

Delirium

Ferraz Gonçalves

IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos
8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO-Porto
2018

Introdução

- É reversível mesmo em doentes com doenças avançadas;
 - contudo, pode não ser reversível nas últimas horas ou dias de vida.
 - provavelmente porque nas últimas horas de vida estão em curso processos irreversíveis, como falência múltipla de órgãos.
- O delirium que ocorre nos últimos dias é referido como inquietação ou agitação terminal.
- O aparecimento de delirium é, em geral, um sinal de mau prognóstico
- O hipoactivo associa-se a uma mortalidade superior à do hiperactivo.

Introdução

- É um problema extenso e grave nos hospitais de agudos.
- A insuficiência cognitiva é muito frequente nos doentes com doenças avançadas.
- É um marcador de vulnerabilidade e está associado a resultados adversos em vários contextos.
- Representa uma descompensação da função em resposta a um ou mais "stressors" fisiológicos.

Definição

- Provém do latim: *de* significa afastado de e *lira* significa trilho, significando assim "estar fora do trilho".
- Outros termos, entre os quais confusão, estado confusional agudo, demência aguda, síndrome orgânico agudo e encefalopatia metabólica.
- A definição de delirium tem evoluído ao longo do tempo, reflectindo a evolução na sua compreensão.

Introdução

- É uma causa importante de sofrimento para os doentes e famílias e perturbador para os profissionais de saúde e para os outros doentes e visitantes, quando os doentes estão internados.
- Ocorre em 25% a 40% dos doentes com cancro e em 28% a 83% dos doentes próximos da morte.
- É um factor de risco para um controlo deficiente de sintomas como a dor.
 - Mas, por outro lado a agitação pode ser interpretada como sinal de dor não controlada e tratada com opióides o que, se não for certo, pode levar à exacerbação do delirium.

CrITÉrios de diagnóstico (DSM-5)

- A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida de dirigir, focar, manter ou mudar a atenção) e do conhecimento (orientação reduzida para o ambiente).

Critérios de diagnóstico (DSM-5)

- B. O distúrbio desenvolve-se num período curto de tempo (geralmente horas a alguns dias), representa uma alteração aguda da atenção e conhecimento de base e tende a flutuar em gravidade durante o dia.

Critérios de diagnóstico (DSM-5)

- E. Há evidência da história, exame físico ou dados laboratoriais de que o distúrbio é uma consequência fisiológica directa de outra condição médica, intoxicação ou privação de uma substância (i.e., devido a uma droga ou medicação), exposição a uma toxina ou é causada por etiologias múltiplas.

Critérios de diagnóstico (DSM-5)

- C. Distúrbio adicional na cognição (ex., défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuo-espacial ou percepção).

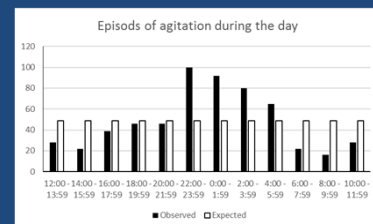
Sintomas associados

- Alterações do ciclo sono-vigília
- Alterações do comportamento psicomotor
 - Hiperactividade
 - Hipoactividade
- Alterações emocionais
 - Euforia
 - Ansiedade
 - Depressão
 - Medo
 - Apatia

Critérios de diagnóstico (DSM-5)

- D. Os distúrbios dos critérios A e C não são melhor explicados por uma doença neurocognitiva pré-existente, estabelecida ou em evolução e não no contexto de um nível gravemente reduzido do despertar, como no coma.

Distribuição dos episódios de agitação



Fisiopatologia

- Não é completamente conhecida.
- Provavelmente está envolvida a formação reticular com as suas conexões com o hipotálamo, o tálamo e efeitos difusos no córtice.
- Entre os neurotransmissores importantes para a consciência e a vigília a acetilcolina parece ter um papel central na patogénese do delirium.
- Assim todos os fármacos ou tóxicos que afectem os neurónios colinérgicos do SNC podem causar delirium.

Importância do seu reconhecimento

- É geralmente reversível mesmo nas doenças avançadas, excepto nas últimas horas ou dias.

Dificuldade de reconhecimento

- Em 32% a 67% dos doentes com delirium, este não é reconhecido pelos médicos.

Rastreio/Diagnóstico

- Instrumentos que medem alterações cognitivas
 - MEEM
- Instrumentos diagnósticos de delirium
 - MAC
- Escalas numéricas de delirium
 - MDAS

Barreiras ao reconhecimento do delirium

- Não reconhecimento da sua importância clínica.
 - Pode ser a única manifestação de uma patologia como uma pneumonia ou sépsis, sobretudo nos doentes idosos.
- Espera-se que um doente com delirium esteja agitado, mas muitas vezes este é hipoactivo.
- O seu curso flutuante.

Mini-exame do estado mental

Parâmetro	Notação	Comentários
1	Identificação do doente	• Quem é o doente? Nome, idade, sexo, estado civil, profissão, etc.
2	Localização	• Onde estamos? (país, estado, cidade, hospital, etc.)
3	Tempo	• Qual o dia da semana? (sexta, sábado, domingo, etc.) • Qual o mês? (julho, agosto, setembro, etc.) • Qual o ano? (2018, 2019, etc.) • Qual o tempo da tarde? (manhã, tarde, noite, etc.)
4	Atenção e cálculo	• Contagem regressiva (de 100 para 15) • Soma de 20 e 30 • Subtração de 15 de 20
5	Memória	• Nome de 3 objetos (uma maçã, um copo, um livro) • Nome de 3 locais (Lisboa, Porto, Coimbra) • Nome de 3 profissões (médico, professor, engenheiro)
6	Compreensão e execução	• Seguir instruções simples (levantar a mão direita) • Seguir instruções complexas (pegar num objeto e colocá-lo no chão)
7	Orientação	• Nome do doente • Nome do local • Nome do país • Nome do estado • Nome da cidade • Nome do hospital
8	Fluência verbal	• Nome de 20 objetos em 1 minuto
9	Repetição	• Repetir uma frase (sem sentido)
10	Parâmetros adicionais	• Nome do doente

Método de avaliação da confusão - algoritmo

1. Início agudo e curso flutuante
 - Há evidência de uma alteração aguda do estado mental do doente
 - O comportamento anormal flutua ao longo do dia
(estas informações obtêm-se geralmente de um membro da família ou de outra pessoa)
2. Inatenção
 - O doente tem dificuldade em manter a atenção
3. Pensamento desorganizado
 - O doente tem pensamento desorganizado ou incoerente, tal como conversação irrelevante ou desconexa, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico ou muda imprevisivelmente de assunto para assunto.
4. Alteração do nível de consciência
 - Globalmente o nível de consciência poderia classificar-se como: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (sonolento, acorda facilmente), estupor (acorda dificilmente), coma (não acorda).

O diagnóstico de delirium requer a presença de 1 e 2 e de 3 ou 4

Diagnóstico diferencial

- A agitação e a confusão podem ocorrer sem as alterações cognitivas difusas e o embotamento da consciência:
 - acatisia induzida por neurolépticos,
 - a ataques de pânico,
 - ou a mania.

Diagnóstico diferencial

- O delirium e a demência têm aspectos clínicos comuns como alterações da memória, do pensamento, do julgamento e desorientação.
- Na demência há pouco ou nenhum embotamento da consciência até à fase terminal.
- A demência tem um curso subagudo ou crónico,
- O delirium é agudo.
- Na demência são mais proeminentes as dificuldades na memória de curto e longo prazo, alterações de julgamento e pensamento abstracto, e das funções corticais superiores (como afasia e apraxia).
- Ocasionalmente, o delirium sobrepõe-se numa demência o que torna o diagnóstico particularmente difícil.

Diagnóstico diferencial

- Os sintomas iniciais de delirium podem ser confundidos com:
 - ansiedade,
 - depressão
 - psicose.
- O delirium hipoactivo pode ser confundido com depressão;
- As alucinações podem ser serem atribuídas a esquizofrenia:
 - embora seja muito improvável que esta se apresente depois dos 40 anos.

Diagnóstico diferencial

- Quando ocorre actividade epiléptica com pouca ou nenhuma actividade motora, a apresentação clínica pode simular delirium.

Causas de delirium

- Condição médica geral
- Induzido por uma substância
- Abstinência de substância
- Múltiplas etiologias
- Delirium sem outra especificação

Causas médicas de delirium

- Infecção
- Metástases cerebrais
- Encefalopatia hepática
- Insuficiência renal
- Hipercalcemia
- Hiponatremia
- Coagulação intravascular disseminada
- Hipoxemia
- Depleção de volume

Avaliação

- O principal objectivo é detectar uma causa potencialmente reversível.
- Mas, nos doentes com cancro avançado, a maioria das vezes a etiologia é multifactorial:
 - por vezes, quando se descobre uma causa possível a situação clínica não se altera com a sua correcção.
- Nos doentes com cancro avançado na fase final descobre-se uma causa em menos de 50% dos doentes com delirium, embora em fases menos avançadas se possa fazer numa percentagem maior de casos.

Fármacos comuns em CP

- Opióides
- Corticosteróides
- Metoclopramida
- Benzodiazepinas
- Hidroxizina
- AINEs
- Bloqueadores-H2
- Antidepressivos tricíclicos
- Escopolamina

Avaliação

- O delirium hiperactivo caracteriza-se por alucinações, ilusões, agitação e desorientação
 - Associa-se, por exemplo, a síndromes de abstinência (benzodiazepinas, álcool), a anticolinérgicos (hot as a hare, red as a beet, dry as a bone, blind as a bat and mad as a hatter) ou retenção urinária.

Abstinência de substâncias

- Opióides
- Álcool
- Benzodiazepinas
- Antidepressivos tricíclicos
- Inibidores da recaptação da serotonina
- Gabapentina

Avaliação

- Delirium hipoactivo com letargia e estado hipoalerta, caracteriza-se por sonolência, confusão, afastamento, lentificação
 - Associa-se, por exemplo, a encefalopatias (hepática, metabólicas), intoxicação por sedativos (ex. benzodiazepinas) ou hipoxia.

Avaliação

- História e exame físico: tentar estabelecer o curso da alteração do estado mental, e a sua relação com possíveis factores precipitantes como alterações da medicação, sinais de infecção aguda, sinais de abdomen agudo e exame neurológico cuidadoso.
- Excluir retenção urinária ou de fezes, principalmente se o delirium teve início muito recentemente
- Rever a medicação que o doente realiza
- Estudo analítico dirigido: hemograma, electrólitos, ureia, creatinina, glicose, cálcio, fósforo, enzimas hepáticas
- Pesquisa de infecções, nomeadamente ocultas: análise de urina, Rx tórax, culturas seleccionadas

Delirium/agitação terminal

- A falência cognitiva é muito frequente nos últimos dias de vida.
- É provavelmente uma ocorrência normal, como a astenia e a anorexia, reflectindo a falência multiorgânica.
- Mas a agitação é uma questão diferente e pode não ser uma parte natural do processo.

Considerar ainda em alguns doentes:

- Análises:
 - Magnésio, função da tireóide, vitamina B12, níveis de fármacos, rastreio toxicológico, amónia.
- Gases do sangue:
 - em doentes com dispneia, taquipneia, processo pulmonar agudo ou história de doença pulmonar significativa
- Electrocardiograma:
 - em doentes com dor torácica, dispneia ou história de doença cardíaca
- Punção lombar:
 - em doentes febris com sinais de meningite
- TAC ou RM:
 - nos doentes com sinais focais novos ou história ou sinais de traumatismo craniano
- Electroencefalograma:
 - para o diagnóstico de convulsões ocultas e para diferenciar delirium de doenças psiquiátricas funcionais

Delirium/agitação terminal

- Como muitas vezes não sabemos o que se está a passar chamamos-lhe inquietação terminal, agitação terminal ou termo semelhante, como se fosse um diagnóstico.

Delirium/agitação terminal

- Existe esta entidade?

Delirium/agitação terminal

- Mas é uma entidade clínica?
- É um diagnóstico?
- Ou é a manifestação de várias causas possíveis?

Delirium/agitação terminal

- Mesmo que seja um diagnóstico só pode ser feito com segurança *a posteriori*, porque só a morte o pode confirmar.
- Mas mesmo assim o diagnóstico pode ser duvidoso porque a causa do delirium (ex. pneumonia) pode ser também a causa da morte.

Delirium/agitação terminal

- Mas qual é o problema se a única forma de actuar com razoabilidade é a sedação?
- O problema é que ao aceitá-la como uma entidade clínica, um assunto indiscutível não faremos progressos na sua investigação, nas formas de actuar sobre as suas causas ou de a prevenir.

Delirium/agitação terminal

- Deixar a situação evoluir pode ser apropriado ou não
- Claro que num doente que conhecemos bem, obviamente nos seus últimos dias de vida, não é apropriado fazer uma avaliação compreensiva e sedação pode ser a melhor acção.
- Mas isto não a transforma numa entidade clínica

Delirium/agitação terminal

- Seria talvez mais apropriado designar esta situação como delirium, inquietação na fase terminal e não delirium ou inquietação terminal.

Delirium/agitação terminal

- Quantos casos são induzidos por:
 - Mau controlo de sintomas
 - Retenção urinária
 - Toxicidade farmacológica
 - Privação quando a deglutição está comprometida necessitando de interrupção de fármacos
 - Dificuldade de comunicação quando a oportunidade de expressar pensamentos e sentimentos ou despedir-se se perdeu.

www.medicinapaliativa.pt

ferrazg@netcabo.pt