

Tratamento não farmacológico do delirium

Introdução

O delirium é comum em cuidados paliativos [1] e em muitos outros contextos médicos [2], sobretudo nas pessoas mais idosas [3]. O tratamento do delirium envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Actualmente, recomenda-se que o tratamento não farmacológico venha em primeiro lugar. O tratamento farmacológico não se tem revelado eficaz e pode ter mesmo efeitos deletérios, incluindo aumento da mortalidade [4]. Assim, o tratamento farmacológico deve ser reservado para situações em que o doente pode pôr em perigo outras pessoas ou a si mesmo, situação em que terá mesmo de ser empregue, incluindo com recurso a sedação.

Uma revisão sistemática recente concluiu que as intervenções de multicomponentes são eficazes na prevenção do delirium, na redução da incidência de quedas e úlceras de pressão e mostrou uma tendência no encurtamento da duração dos internamentos e na melhoria da função cognitiva [5]. Contudo, a eficácia dessas intervenções no tratamento não é clara devido à inconsistência dos resultados e não têm impacto na taxa de mortalidade. Nas intervenções de componente único, o treino físico, a avaliação do risco em doentes geriátricos e protocolo de reorientação têm efeitos significativos na prevenção do delirium, enquanto a hidratação e a terapia com luz brilhante não. A musicoterapia pode ser eficaz, mas demora muito tempo a mostrara resultados [5].

Existem vários factores de risco identificados em vários estudos. Num estudo, os factores de risco foram modificáveis, como infecções, ou não modificáveis, como idade avançada ou história de delirium [6]. Outro estudo em doentes submetidos a cirurgia ortopédica identificou o sexo masculino, comorbilidades médicas, má nutrição, hipoacusia, polimedicação, antipsicóticos e morfina, além de outros mais relacionados com a própria cirurgia [7].

Tratamento não farmacológico (adaptados das referências 8-10)

Os cuidados das pessoas com delirium baseia-se no que parece razoável e parece funcionar noutras situação. Embora sendo um problema comum, o delirium continua a ser gerido de um modo essencialmente empírico.

O foco deve estar na prevenção do comportamento agitado. Como resultado da dificuldade em manter a atenção, aprender, recordar, raciocinar e de fazer julgamentos ponderados. O doente com delirium está em risco de mal-entendidos e medo.

É importante perceber o que num dado doente pode desencadear a agitação. Um desencadeador comum é a estimulação excessiva. As modificações do ambiente, de acordo com causas de agitação identificadas é importante.

Medidas gerais

- Tratamento de todas as causas potencialmente corrigíveis que possam contribuir para o delirium, em tempo útil e de modo eficaz.
- Tentar estabelecer e manter a estabilidade cardiovascular, temperatura normal, oxigenação adequada, balanço normal de líquidos e electrólitos, nível de glicose aceitável e ingestão adequada de nutrientes.
- As pessoas com delirium estão em risco de deficiências de micronutrientes, como vitaminas, especialmente se forem alcoólicos ou tiverem sinais de má nutrição. Deve considerar-se a administração de um multivitamínico.
- Ter atenção ao débito urinário e ao funcionamento intestinal.
- Nos doentes em delirium deve procurar-se activamente retenção urinária e impacção fecal e, se presentes, resolvê-los.
- Tratamento de sintomas não controlados como a dor, tendo em mente que os medicamentos usados para esse fim também podem agravar o delirium. Se possível tentar tratamentos não farmacológicos como tratamentos locais ou regionais. Tentar fármacos não opióides primeiro e usar os opióides, se necessários, na menor dose possível.
- Os óculos e as próteses auditivas devem ser usados se necessário porque a privação sensorial pode contribuir para o delirium.
- O ambiente deve ser calmo, com pouco barulho e com baixo nível de iluminação à noite.
- Envolver a família....

Medicamentos que possam precipitar ou agravar o delirium

- Sempre que possível os fármacos que possam contribuir para o delirium devem ser retirados. Se não for possível suspender, deve usar-se a menor dose possível ou substituir por outro fármaco similar com um risco menor.
- Os fármacos psicoactivos, os que têm efeitos anticolinérgicos e os fármacos recentemente iniciados ou com alterações da dose devem ser particularmente suspeitos.

- Atenção à suspensão de fármacos que possam dar sintomas de privação quando retirados. Também a possível privação de álcool deve ser tida em mente.

Mobilidade e função

- Tentar manter ou melhorar, se possível a capacidade de autocuidado, mobilidade e actividade e encorajar outras actividades pessoais e permitir movimentos livres – se adequado.
- Não é provável que reabilitação intensa que requeira atenção e aprendizagem sejam úteis num doente em delirium, podendo ser adiada para uma altura em que a função cognitiva eventualmente melhore.

Segurança

- Devem ser tomadas medidas para prevenir os doentes de se porem em perigo, com as medidas menos restritivas possível.
- A contenção física deve ser evitada porque reduz a mobilidade, aumenta a agitação e prolonga o delirium.
- Retirar do ambiente do doente objectos potencialmente perigosos e não familiares.

Comunicação

- Como as pessoas com delirium têm dificuldade em manter a atenção, a comunicação deve ser clara, em ritmo lento, curta, simples e repetida.
- Evitar linguagem abstracta e discussões que o doente não compreenda.
- Discutir assuntos que sejam familiares e de interesse para os doentes como actividades e *hobbies*.
- Fornecer por rotina informação orientadora no contexto dos cuidados. Ex., apresentando-se sempre nos encontros com o doente, como “eu sou o seu médico”, “eu sou a sua enfermeira” e usar o nome que o doente prefere.
- Nos cuidados, explicar o que se vai fazer para reduzir a probabilidade de más interpretações.
- Evitar movimentos ou gestos rápidos que possam ser interpretados como agressivos e, tentar evitar tocar no doente para o redireccionar.
- Não lembrar aos doentes o comportamento que tiveram durante os episódios de delirium. Muitos retêm memórias do medo que sentiram ou ficam embaraçados.

Gestão do comportamento

- Não contradizer directamente as crenças delirantes, porque só aumentará a agitação e não trará nenhum benefício. Se houver uma questão de segurança, tentar usar distração como forma de alterar o comportamento.
- Evitar confrontações mesmo se disser coisas incorrectas ou inapropriadas. As discordâncias podem aumentar a agitação e provavelmente não alterarão as percepções ou o comportamento. O melhor é tentar distrair a pessoa. Se for necessário corrigir a pessoa é melhor esperar e tentar dar a informação noutra altura mais calma. As afirmações que não necessitem de correcção devem ser ignoradas.
- Na medida do possível, os cuidados devem ser prestados sempre pelas mesmas pessoas.

Sono

- O sono é fundamental para o controlo do delirium.
- Massagem de 5 minutos a nível de ambos os lados dos processos espinhosos da cabeça até ao sacro com pressão baixa e rítmica, com o doente em decúbito lateral.
- Bebida quente: chá ou leite.
- Música suave, incluindo clássica.

Desescalada verbal

Trabalhar com um doente agitado é esforço de equipa e deverá haver treino no modo de lidar com os doentes agitados e quando possível aplicar o método da desescalada verbal. Em situações de violência ou se não for possível estabelecer contacto verbal, não é possível usar esta técnica. Nesse caso a contenção e o tratamento farmacológico terão de ser empregues. A revisão da literatura estabelece 10 domínios de desescalada [11], de que se mostra aqui uma adaptação.

1. Respeitar o espaço pessoal
 - Quando se aborda um doente agitado deve manter-se uma distância de pelo menos 2 braços, o que dá ao doente o espaço de que necessita, mas também ao profissional o espaço para se afastar se o doente o tentar agredir.
 - Se o doente lhe disser para se afastar deve fazê-lo imediatamente.
 - Tanto o doente como o profissional devem ser capazes de abandonar o espaço sem sentirem que o outro está a bloquear a passagem.
2. Não ser provocador

- A linguagem corporal deve mostrar que o profissional não é uma ameaça para o doente.
 - As mãos devem estar visíveis e não fechadas. Evitar esconder as mãos, porque implica uma arma escondida
 - Evitar encarar o doente directamente e colocar-se num ângulo com o doente para não parecer conformacional.
 - É importante mostrar uma atitude e expressão facial calma. O contacto directo excessivo pode ser interpretado como um acto agressivo.
 - É também importante evitar que outros doentes ou outros indivíduos provoquem mais o doente.
3. Estabelecer contacto verbal
- Só uma pessoa deve interagir verbalmente com o doente. A primeira pessoa que contacta com o doente deve ser a pessoa designada para desescalar. Se por qualquer motivo for incapaz de ocupar esse lugar, deve designar-se imediatamente outra.
 - Várias pessoas a interagir pode confundir o doente e resultar numa maior escalada. Outros profissionais podem alertar para o que se está a passar e remover os espectadores.
 - Apresentar-se ao doente, dizendo o nome e o título.
 - Trate o doente pelo nome. Se não o souber, pergunte ao doente.
4. Ser conciso
- Usar frases curtas e simples. Maior complexidade pode aumentar a confusão.
 - Dar tempo ao doente para processar o que foi dito e responder antes de continuar a conversa.
 - A repetição é essencial. Repetir persistentemente a mensagem até ser ouvida pelo doente.
5. Identificar desejos e sentimentos
- Usar informação livre proveniente do que o doente diz, da sua linguagem corporal e mesmo de encontros anteriores.
 - Expressar o desejo de ajudar o doente a obter o que ele precisa. Se tal não for possível dizer que se vai tentar resolver a situação.
6. Ouvir atentamente o que o doente diz

- Usar escuta activa. Deixar claro pelo reconhecimento verbal, conversa e linguagem corporal que se está a prestar atenção ao doente. Deve repetir-se o que o doente está a dizer, perguntando-lhe, por exemplo, “diga-me se estou a dizer bem...”
7. Concorde ou concorde em discordar
- Deve procurar-se concordar com o doente tanto quanto possível, procurando encontrar algo com que se possa concordar.
 - A concordância pode ser genérica. Se o doente se queixa que foi desrespeitado por alguém, não é necessário concordar no caso concreto, mas pode dizer-se algo como “toda a gente deve ser tratada com respeito”.
 - Se não houver maneira de concordar com o doente, pode concordar-se em discordar.
8. Estabelecer limites claros
- Se o comportamento do doente for inaceitável porque pode ferir-se ou ferir alguém, deve ser-lhe comunicado, mesmo que se tenha de lhe dizer que pode ser preso ou acusado judicialmente. Isso, porém, deve ser comunicado como matéria de facto e não como uma ameaça.
 - O estabelecer de limites deve ser razoável e feito de modo respeitoso.
 - Após estabelecer uma relação com o doente pode-se tentar orientá-lo como “queria que se sentasse, porque quando anda não consigo prestar atenção ao que está a dizer; ajudava-me a compreendê-lo se me dissesse com calma o que o preocupa”.
9. Oferecer alternativas
- Propor alternativas à violência pode interromper a espiral de agressividade. Pode mesmo ao mesmo tempo, oferecer algo ao doente como qualquer coisa para comer ou beber. Mas as alternativas devem ser realistas, não prometendo o que não pode ser realizado.
 - Pode levantar-se a questão da medicação para acalmar o doente. Mesmo aqui se devem dar alternativas sobre a forma da medicação (oral, subcutânea, etc.); se o pedido de medicação vier do doente melhor. A medicação deve ter como objectivo principal acalmar o doente e não sedá-lo.
10. Reavaliar a situação
- Se o doente tiver condições para isso, quando se acalmar é importante reestabelecer a relação terapêutica para aliviar a natureza traumática da intervenção.

- Uma vez o doente calmo, pode ser possível pôr as preocupações do doente em perspectiva e ajudá-lo a compreender a situação precipitante inicial.

Contenção física

A contenção física pode ser definida como qualquer método, dispositivo físico ou mecânico, ou equipamento que imobiliza ou reduz a capacidade de um doente mover livremente os seus braços, pernas, corpo ou cabeça [12].

A contenção física deve ser usada apenas como último recurso, se a desescalada verbal não for eficaz ou não puder ser usada. Ainda assim a contenção química deve ser considerada em primeiro lugar, usando fármacos que acalmem os doentes, podendo mesmo ser necessária a sedação.

Não tem sentido a contenção física em situações como a de doente com demência avançada que já não consegue deglutir e ao qual foi introduzida uma sonda nasogástrica para alimentação. O incómodo causado pela sonda pode levar o doente, que não tem capacidade para compreender a situação, a instintivamente tentar retirar a sonda e, para o evitar, prendem-se-lhe os braços. Isto significa que a consequência da “racionalidade” que está por trás desta atitude será que o doente ficará preso até à morte, com a justificação errada de que o doente morrerá se não se alimentar. Os estudos mostram que as sondas não têm nenhuma vantagem na sobrevivência dos doentes com demência avançada. Poderia usar-se a imaginação para nos colocarmos no lugar do doente e pensar se queríamos isso para nós.

Ver também outros artigos sobre delirium neste blog

Referências

1. Recchia A, Rizzi B, Favero A, Nobili A, Pasina L. Prevalence of Delirium in End-of-Life Palliative Care Patients: An Observational Study. *Med Princ Pract*. 2022;31(2):118-124. doi: 10.1159/000521994.
2. Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, Silbersweig D. Delirium. *Am J Psychiatry*. 2019 Oct 1;176(10):785-793. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18070893.
3. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210-20. doi: 10.1038/nrneurol.2009.24.
4. Yokomichi N, Maeda I, Morita T, Yoshiuchi K, Ogawa A, Hisanaga T, Sakashita A, Nakahara R, Kaneishi K, Iwase S. Association of Antipsychotic Dose With Survival of Advanced Cancer

- Patients With Delirium. *J Pain Symptom Manage*. 2022 Jul;64(1):28-36. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.03.005.
5. Zhao Q, Liu S, Zhao H, Dong L, Zhu X, Liu J. Non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older people: An overview of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2023 Dec;148:104584. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104584.
 6. Quispel-Aggenbach DWP, Schep-de Ruiter EPR, van Bergen W, Bolling JR, Zuidema SU, Luijendijk HJ. Prevalence and risk factors of delirium in psychogeriatric outpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Jan;36(1):190-196. doi: 10.1002/gps.5413.
 7. Yang Y, Zhao X, Gao L, Wang Y, Wang J. Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Jun;33(6):1493-1506. doi: 10.1007/s40520-020-01674-1.
 8. National Guidelines for Seniors' Mental Health 2006: The Assessment and Treatment of Delirium. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_Delirium.pdf
 9. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210-20. doi: 10.1038/nrneurol.2009.24.
 10. Meagher DJ. Delirium: optimising management. *BMJ*. 2001 Jan 20;322(7279):144-9. doi: 10.1136/bmj.322.7279.144.
 11. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864.
 12. American College of Emergency Physicians (ACEP). Use of patient restraints. Policy statement. *Ann Emerg Med*. 2014 Nov;64(5):574. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.08.039.