

Delirium

Ferraz Gonçalves
2026

1

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.

2

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.

3

Introdução

- Pode ser 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 a falência múltipla de órgãos.
- O delirium que ocorre nos últimos dias é designado por 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.

4

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.

5

Critérios de diagnóstico essenciais (ICD-11)

- Perturbação da atenção, orientação e consciência que se desenvolve num curto período (horas ou dias), apresentando-se geralmente como confusão significativa ou alteração neurocognitiva global com sintomas transitórios que pode flutuar dependendo da doença ou etiologia subjacente.
- A perturbação representa uma alteração do funcionamento individual de base.

6

Critérios de diagnóstico essenciais (ICD-11)

- O delirium pode ser causado pelo efeito fisiológico directo de uma doença médica não classificada como Doenças Mentais, Comportamentais ou do Neurodesenvolvimento, pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou medicação, incluindo a suspensão, ou por factores etiológicos múltiplos ou desconhecidos.

7

Critérios de diagnóstico essenciais (ICD-11)

- Os sintomas não são melhor atribuídos a uma doença neurodegenerativa pré-existente ou em desenvolvimento ou por outra doença mental.
- Os sintomas não são explicados melhor por uma síndrome típica de intoxicação ou suspensão de uma substância ou medicação que se sabe estar presente, embora o delirium possa ocorrer como complicação de estados de intoxicação ou privação.

8

Factos adicionais (ICD-11)

- No delirium, a cognição está geralmente alterada de uma forma global, se tal modo que múltiplas áreas do funcionamento neurocognitivo estão alterados na avaliação.
- O delirium pode incluir alterações da percepção, que se podem manifestar como ilusões, delusões ou alucinações.
- O delirium inclui muitas vezes perturbações das emoções, incluindo sintomas de ansiedade, humor deprimido, irritabilidade, medo, raiva, euforia ou apatia

9

Factos adicionais (ICD-11)

- Podem estar presentes sintomas comportamentais (ex., agitação, inquietação, impulsividade). Pode também haver distúrbio do ciclo sono-vigília, incluindo despertar reduzido de início agudo ou perda total do sono seguido por inversão do ciclo sono-vigília
- A presença d uma doença neurodegenerative pré-existente pode aumentar o risco de delirium e complicar o seu curso.

10

Fase prodrómica

- Pode haver alterações durante 1 a 3 dias antes do início dos sintomas de diagnóstico.
- O doente pode parecer irritável, perplexo ou inquieto.
- Em alguns casos com um início mais gradual, pode haver sintomas ligeiros e temporários, como ansiedade, diminuição da concentração, fadiga e alterações do sono.
- Pode haver algumas alterações cognitivas como confusão ligeira ou dificuldade em recordar e hipersensibilidade à luz e ao som e alterações da percepção.
- **O sinal mais frequente são as perturbações do sono.**
- A intervenção para o diagnóstico e tratamento da causa pode prevenir a evolução para o delirium declarado.

11

Dificuldade de reconhecimento

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

12

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.

13

Importância do seu reconhecimento

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

14

Rastreio/Diagnóstico

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

15

Mini-exame do estado mental

Pontuação Máxima	Pontuação do Doente	
5 (1 ponto por cada resposta correcta)		Orientação Qual é a data de hoje (dia da semana, dia do mês, mês, ano, estação) ?
5 (idem)		Onde estamos (distrito, concelho, cidade, hospital, piso) ?
3 (idem)		Registo - Nomear 3 objectos (maça, mesa, moeda), demorando 1 segundo para cada. - Depois pedir ao doente para os repetir todos. - Depois repetir-lhe até o doente os aprender (máximo 6 vezes). Contar as tentativas e registá-las.
5		Atenção e cálculo - Séries de 7 (subtrair 7 cinco vezes a partir de 100). - Fazer o mesmo com séries de 3. - Se houver recusa, pedir-lhe para escrever 'mundo' ao contrário.
3		Recordação Perquirir ao doente o nome dos 3 objectos citados acima.
2		Linguagem e Praxis Apontar para um lápis e um relógio e pedir ao doente para os nomear.
1		Pedir ao doente para:
		Repetir o seguinte: 'não há mas, nem meio mas'
3		Seguir um comando de 3 passos: 'pegar num papel com a mão direita, dobrá-lo em 2 e pô-lo nos joelhos'.
1		Ler e cumprir o sinal seguinte: 'Feché os olhos'.
1		Escrever uma frase.
1		Copiar este desenho
30 Pontuação máxima	Pontuação do doente	

16

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

17

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.

18

Diagnóstico diferencial

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

19

Diagnóstico diferencial

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

20

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.

21

Causas de delirium

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

22

Causas médicas de delirium

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

23

Fármacos comuns em CP

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

24

Abstinência de substâncias

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

25

Avaliação

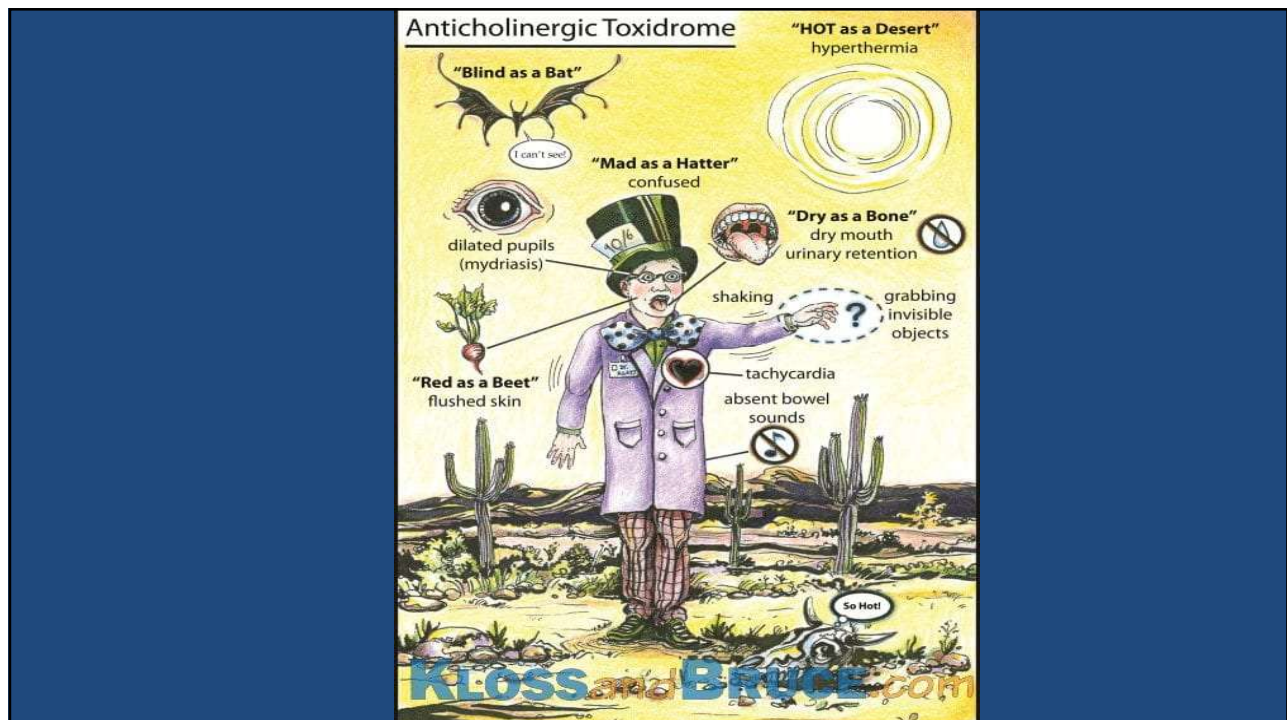
- O principal objectivo é detectar uma causa potencialmente reversível.
- Mas, nos doentes com cancro avançado, a maioria das vezes a etiologia é multifactorial:
 - por vezes, quando se descobre uma causa possível a situação clínica não se altera com a sua correcção.
- Nos doentes com cancro avançado 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.

26

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.

27



28

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.

29

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

30

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

31

Delirium/agitação terminal

- Existe esta entidade?

32

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.

33

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.

34

Delirium/agitação terminal

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

35

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.

36

Delirium/agitação terminal

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

37

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.

38

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.

39

Delirium/agitação terminal

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

40

Tratamento

41

Tratamento não-farmacológico

- Quarto calmo e bem iluminado com objectos familiares, um calendário ou um relógio visíveis, fotografias de familiares, e a presença da família.
- Continuidade do tratamento entre o doente e a equipa com o uso dos mesmos enfermeiros se possível.
- Rotina diária estruturada com horas regulares para refeições, banho e exercício, e alterações mínimas do quarto. Orientação do doente para tempo, espaço, pessoas e estado físico.

42

Tratamento não-farmacológico

- As actividades devem ser realizadas cedo e os estímulos reduzidos no final da tarde, usando música suave e desligando a televisão.
- Não usar cafeína ou medicação que perturbe o ciclo sono-vigília.
- Controlo dos outros sintomas.
- Em períodos de ilusões ou alucinações não é realista argumentar ou aplicar a lógica.
 - Em vez disso, deve procurar-se tranquilizar o doente, desviar-lhe a atenção e atender ao que está por detrás das alucinações ou das ilusões.

43

Tratamento não-farmacológico

- O uso de meios de contenção deve ser evitado:
 - Em geral aumenta a ansiedade dos doentes;
 - É um factor de risco para a persistência do delirium na altura da alta.

44

Tratamento farmacológico

- Uma revisão Cochrane recente não concluiu que os antipsicóticos sejam significativamente mais eficazes do que o placebo em doentes terminais dentro de 24 a 48 horas, podendo até agravá-lo ligeiramente.
 - Os estudos existentes e em que se baseou a revisão eram em geral de má qualidade .
- Outra revisão sistemática, concluiu que os dados recentes não apoiam o uso do haloperidol ou antipsicóticos de segunda geração, por rotina, para tratar o delirium em doentes adultos.

45

Tratamento farmacológico

- Mas o delirium causa agitação, paranoia e alucinações que podem pôr em risco o doente, os profissionais, familiares, visitantes, e impedem a prestação de cuidados.

46

Tratamento farmacológico

- Devem ser procuradas causas reversíveis
- Tratamento não farmacológico
- O tratamento farmacológico não deve ser usado por rotina e reservado para
 - doentes com delirium hiperativo ou misto, quando as outras medidas falham e
 - nos doentes com uma sobrevivência esperada de apenas alguns dias, nos quais não há tempo para tentar outras medidas.

47

Haloperidol

- Antipsicótico e bloqueador potente da dopamina.
- É o fármaco de primeira linha mais frequentemente usado para o tratamento do delirium em doentes com doença avançada devido à:
 - eficácia,
 - segurança relativa:
 - poucos efeitos anticolinérgicos,
 - efeitos cardiovasculares mínimos (mas pode prolongar o intervalo QT, por via IV),
 - não tem metabolitos activos.
 - Versatilidade:
 - pode ser administrado por diferentes vias.
- As doses parentéricas têm aproximadamente o dobro da potência das doses orais.
- Geralmente não é necessário exceder os 20 mg de haloperidol em 24 horas, mas já têm sido usadas doses muito mais altas (até 250 mg/24 h, IV) em alguns casos.

48

Cloropromazina

- Tem uma acção mais sedativa do que o haloperidol,
 - o que pode ser útil em algumas situações:
 - controlar a agitação
 - induzir o sono nestes doentes.
- A cloropromazina produz efeitos anticolinérgicos e hipotensivos.

49

Antipsicóticos atípicos

- Risperidona,
- Olanzapina.
- São tão eficazes no controlo do delirium como o haloperidol.
- Doses de haloperidol > 4,5 mg por dia tendem, a produzir efeitos extrapiramidais mais frequentemente do que os antipsicóticos atípicos,
- Doses < 3,5 mg por dia não resultaram numa frequência maior desses efeitos.

50

Valproato de sódio

- O valproato mostrou-se promissor no tratamento do delirium.
- Pode proporcionar benefícios secundários aos doentes com delirium com comorbilidades como abstinência de álcool, história de traumatismo cerebral e transtornos do humor.

51

Valproato de sódio

- Deve ser evitado em doentes com disfunção significativa das funções hepática e pancreática e em doentes com hemorragia activa ou trombocitopenia
 - antes de iniciar o tratamento com ácido valpróico devem avaliar-se o hemograma e a função hepática e depois monitorizar-se.
- Devem monitorizar-se os níveis de amónia, porque a hiperamonemia pode contribuir para a encefalopatia hepática, confundindo assim os sintomas de delirium.

52

Valproato de sódio

- Após o controlo do delirium pode reduzir-se a dose em 250 a 500 mg por dia até à interrupção.
- Os níveis de ácido valpróico podem ser aumentadas pela aspirina, ibuprofeno, cimetidina e eritromicina.

53

Aripiprazol

- É um antipsicótico derivado da quinolona que actua como estabilizador do receptor D2.
- Pode usar-se no delirium associado a demência e associado ao cancro, tanto hiper com hipoactivo.
- Em comparação com o haloperidol, no delirium hiperactivo, a sua eficácia é igual, mas com menor incidência de sintomas extrapiramidais.

54

Aripiprazol

- Pode-se considerar o seu uso quando não houver resposta ao haloperidol ou o haloperidol estiver contraindicado ou se os antipsicóticos de 2ª geração não se mostrarem eficazes.
- A dose deve começar nos 5 mg por dia em dose única e subir gradualmente com base na resposta clínica.
- As doses publicadas vão até aos 30 mg/dia.
- Têm sido usadas doses de resgate de outros antipsicóticos como o haloperidol.

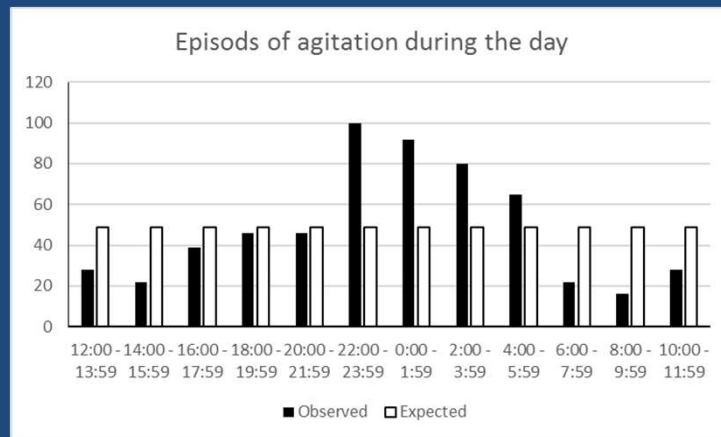
55

Metilfenidato

- No delirium hipoactivo
- Num estudo a dose inicial foi de 10 mg/d de manhã, com aumentos de 5 mg:
 - Limite de dose:
 - melhoria da situação,
 - tolerância.
- No entanto, os dados sobre o metilfenidato no tratamento do delirium hipoactivo são escassos e pode haver o risco de precipitar agitação ou exacerbar os sintomas psicóticos.

56

Distribuição dos episódios de agitação



57

Controlo do sono

- Tendência para a inversão do ciclo sono-vigília;
- Tendência a agravar-se a agitação psicomotora à noite.
- As benzodiazepinas podem agravar o delirium:
 - se o sono por elas induzido não for profundo e contínuo podem ter um efeito contrário ao desejado.
- Para o controlo do sono podem usar-se neurolépticos mais sedativos do que o haloperidol:
- Clorpromazina,
- Levomepromazina.

58

Controlo de urgência da agitação

- Doente sem acesso venoso
 - Haloperidol – 5mg IM + Midazolam – 5 mg IM
 - 30 minutos depois se a situação não estiver controlada:
 - Haloperidol – 2 mg SC + Midazolam – 5 mg SC; até 2 doses
 - Depois, se a situação ainda não estiver controlada:
 - Midazolam 5 mg SC de 1/1 hora até ao controlo da situação.
- Se após o controlo da situação o doente voltar a ficar agitado, verificar quanto tempo decorreu desde a última dose do protocolo. Se tiverem decorrido mais de 2 horas recomeçar do princípio, se tiverem decorrido menos prosseguir o protocolo a partir do ponto em que se estava.

59

Controlo de urgência da agitação

- Doente com acesso venoso
 - Haloperidol 2 mg IV + Midazolam – 2 mg IV, seguido de 1 mg por minuto até ao encerramento das pálpebras.

60

Controlo farmacológico do delirium					
Fármaco	Dose diária	Via	Efeitos indesejados	Interações	Ajustamento de dose
Haloperidol	0,5 a 30 mg; à noite ou divididas de 8 a 12 horas	O, SC, IV, IM	Extrapiramidais, como discinesia tardia, hipotermia, sedação, hipotensão, alterações da função hepática, síndrome maligna dos neurolépticos, agravamento da doença de Parkinson e demência de corpos de Lewy. Prolongamento do intervalo QT por via IV.	Potenciação dos efeitos sedativos produzidos pelo álcool e outros depressores do SNC. Efeitos extrapiramidais aumentados pelo lítio. A carbamazepina reduz a concentração para cerca de metade	Não são necessários ajustamentos nas insuficiências renal (IR) e hepática (IH).
Olanzapina	2,5 a 20 mg à noite	O	Sonolência e aumento do peso, xerostomia, obstipação, hipotensão ortostática, agitação, nervosismo, tonturas e edemas periféricos.	Potenciação dos efeitos sedativos produzidos pelo álcool e outros depressores do SNC. Diminuição das concentrações plasmáticas pelo omeprazol, carbamazepina, rifampicina e tabaco.	Não são necessários ajustamentos nas IR e IH
Risperidona	0,5 a 10 mg à noite	O	Insónia, agitação, ansiedade, cefaleias, perturbações do movimento, sonolência e aumento de peso, fadiga, tonturas, alterações da concentração, visão turva, dispepsia, náuseas e vômitos, obstipação, disfunção sexual, incluindo priapismo e disfunção erétil. Devido ao aumento da mortalidade e de acidentes cerebrovasculares não deve ser usada como primeira linha em idosos com demência.	A carbamazepina reduz a concentração da risperidona e do seu metabolito activo a 9-hidroxisrisperidona. A fluoxetina pode aumentar a concentração da risperidona e do seu metabolito.	Evitar IR
Quetiapina	12,5 de 12/12 horas, até 300 mg por dia	O	Sonolência, tonturas, xerostomia, obstipação, leucopenia, taquicardia hipotensão ortostática, edemas periféricos, elevação das transaminases	Concentrações aumentadas pelos inibidores da CYP 3A4, como antifúngicos e macrólidos. Concentradas diminuídas pelos indutores da CYP 3A4, como a carbamazepina e a fenitoina.	Não necessários na IR, aumentar lentamente na IH
Clorpromazina	12,5 a 300 mg cada 4 a 12 horas	O, IM, IV	Visão turva, perturbações do movimento, hipotensão, obstipação, sonolência e xerostomia, discinesia tardia, alterações da micção, retenção urinária, náuseas e vômitos, galactorreia, erupção cutânea.	Potenciação dos efeitos sedativos produzidos pelo álcool e outros depressores do SNC. Intensifica a acção e os efeitos laterais dos hipotensores e anticolinérgicos. Como outros neurolépticos, pode resultar em convulsões com o tramadol. Pode aumentar as necessidades de insulina dos diabéticos. Os inibidores da recaptação da serotonina e os barbitúricos podem reduzir a semivida da clorpromazina.	Dada a escassez de informação deve usar-se com cuidado em doentes com IR ou IH.
Levomepromazina	6,25 a 200 mg O ou 6,25 a 100 SC	O, SC, IV	Sonolência, hipotensão postural, efeitos anticolinérgicos e síndrome maligna dos neurolépticos	Potenciação dos efeitos sedativos produzidos pelo álcool e outros depressores do SNC. Potencia o efeito dos hipotensores.	Reduzir a dose na IR. Na IH iniciar com doses baixas e titular lentamente
Aripiprazol	5 mg 2 x/dia, até 30 mg	O	Acatísia, cefaleias, insónia, ansiedade, náuseas e vômitos, obstipação, fadiga, xerostomia.	Concentrações aumentadas pelos inibidores da CYP 3A4 e da 2D6. Concentradas diminuídas pelos indutores da CYP 3A4.	Não são necessários ajustamentos nas IR e IH
Valproato	150 1 250 mg, 3x/d, até 2500 mg/d	O	Intolerância gástrica, queda de cabelo, sonolência, tremor postural, insuficiência hepática, pancreatite.	Os antibióticos carbapenémicos podem reduzir a concentração do valproato em 85-90% e o aumento de dose não resolve. Devem usar-se outros antibióticos nos doentes a fazerem valproato.	Reduzir a dose na IR. Não administrar na IH

61

www.medicinapaliativa.pt

ferrazg@netcabo.pt

62