

Delírio no doente com cancro avançado

Delirium in patients with advanced cancer

Isabel Costa\*

\* Assistente Hospitalar de Medicina Interna

Unidade de Cuidados Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto

Recebido para publicação a 21.01.2002

## **Resumo**

As alterações cognitivas são muito comuns em doentes com cancro. O delírio é uma das complicações neuropsiquiátricas mais frequentes nos doentes com cancro avançado. O delírio pode ser reversível, excepto nas últimas 24 a 48 horas de vida. Muitas vezes não é diagnosticado pelos profissionais de saúde, sobretudo nos idosos. O início agudo de flutuação da consciência e da diminuição da atenção, alterações do ciclo sono-vigília, letargia ou agitação e agravamento dos sintomas durante a noite, são elementos muito importantes para o diagnóstico. O reconhecimento precoce do delírio e o tratamento da causa subjacente é essencial. AA. faz uma revisão sobre as características clínicas, etiologia, diagnóstico e tratamento desta situação.

**Palavras chave:** delírio, cancro avançado, diagnóstico, tratamento paliativo

## **Abstract**

Cognitive disorders are very common in cancer patients. Delirium is one of the most frequent neuropsychiatric complications in patients with advanced cancer. It may be reversible except in terminal patients. Delirium is often not diagnosed by health-care professionals, in elderly medical patients. Acute onset of a fluctuating level of awareness, accompanied by sleep-wake cycle disruption, lethargy or agitation, and nocturnal worsening of symptoms, is diagnostic of this condition. The author make a revision of the clinical features, aetiology, diagnosis and management of delirium.

**Key words:** delirium, advanced cancer, diagnosis, palliative care

### *Frequência e importância*

O delírio tem prevalência alta nos doentes internados, o que contribui significativamente para a morbidade e a mortalidade<sup>1,2</sup>. Aproximadamente 15 a 25% dos doentes com cancro e 10 a 56% dos doentes idosos desenvolvem delírio durante o internamento<sup>3</sup>. A sua prevalência é maior nas fases avançadas de cancro e pode atingir 80% dos doentes em fase terminal<sup>4,5</sup>. Pereira *et al.* realizaram um estudo retrospectivo numa população de 348 doentes com cancro avançado admitidos numa unidade de cuidados paliativos e verificaram que 44% dos doentes tinham perturbações cognitivas na admissão e que, próximo da morte, a sua frequência aumentava para 62.1%<sup>6</sup>.

O delírio não só é frequente como é também clinicamente importante. No idoso é muitas vezes a forma de apresentação de doença aguda (enfarte agudo do miocárdio, pneumonia ou outra) ou manifestação de toxicidade farmacológica, sobretudo dos anticolinérgicos<sup>2,7</sup>. Assim, o reconhecimento precoce do delírio e o tratamento da sua causa subjacente são fundamentais.

### *Definições e características clínicas*

O delírio é uma disfunção cerebral global caracterizada por alterações da consciência e cognitivas ao nível da atenção, pensamento, memória, percepção, discurso, emoções, comportamento psicomotor e do ciclo sono-vigília (*Quadro I*). Estas alterações são flutuantes e de início súbito, com tendência a serem mais pronunciadas durante a noite.

O delírio pode ser reversível, mesmo em doentes com doença avançada; no entanto, é irreversível nos últimos dias de vida. Sintomas de ansiedade, sonolência, humor depressivo, insónia e pesadelos podem preceder o desenvolvimento do delírio, ocorrendo muitas vezes durante a noite<sup>2,8</sup>. O doente levanta-se confuso e agitado,

tentando sair da cama para a rua. O delírio, muitas vezes, não é reconhecido ou é diagnosticado de forma errada<sup>9</sup>. Se o delírio é hiperactivo, isto é, se há agitação psicomotora com actividade alucinatória, ele é facilmente reconhecido. Mas, se é hipoactivo ou misto, o diagnóstico passa muitas vezes despercebido. E nestas circunstâncias, já de uma forma retrospectiva, é possível detectarem-se sintomas prodrómicos, tais como alterações do humor, do ciclo sono-vigília, da personalidade, a preceder um delírio florido. Os familiares são geralmente bons observadores destes sintomas *minor*. O diagnóstico de delírio deve ser considerado em qualquer doente do foro médico com agitação aguda, alterações cognitivas, flutuação da consciência, ansiedade ou depressão incomum<sup>1</sup>. Um erro comum é interpretar estas situações como perturbações psiquiátricas, sem avaliar e eliminar uma possível etiologia orgânica<sup>10,11</sup>.

Embora o delírio seja uma situação clínica aguda, o seu curso pode ser subagudo, com períodos de recuperação longa, de várias semanas; sintomas persistentes podem ser observados em idosos, meses depois do episódio agudo.

### *Diagnóstico*

O diagnóstico faz-se essencialmente com base nas características clínicas, que são cruciais. O diagnóstico diferencial entre delírio e demência é, por vezes, difícil de fazer<sup>12</sup>. No entanto, a demência surge no indivíduo que está relativamente alerta, sem perturbação da consciência; o início dos sintomas localiza-se mal no tempo e o ciclo sono-vigília é menos alterado.

Existem muitos instrumentos para avaliação da função cognitiva e do nível de consciência. A maioria dos autores considera que são os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) os mais importantes. Baseados nestes

critérios, há numerosos testes que podem ajudar a fazer o diagnóstico de delírio<sup>13</sup>. São vários os testes que podem ser usados, quer na clínica quer na investigação, como o *Delirium Rating Scale* (DSR), o *Confusion Assessment Method* (CAM), o *Delirium Symptom Interview* (DSI) e o Mini-exame do Estado Mental (MEEM), entre outros. São muito específicos e sensíveis, podendo ser usados com confiança e relativa rapidez. Os dois primeiros permitem distinguir o delírio da demência<sup>12,14</sup>. O teste CAM é um método simples e pouco moroso, pelo que tem grande aplicabilidade na prática clínica (Tabela 1). O teste MEEM é muito útil para medir a gravidade das perturbações cognitivas, permitindo quantificar o delírio e avaliar a resposta às intervenções terapêuticas; no entanto, não permite o diagnóstico diferencial entre delírio e demência (Tabela 2).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA), no seu DSM-III, em 1980, estabelece para o diagnóstico de delírio, os seguintes critérios: 1 – obnubilação da consciência e diminuição da atenção; 2 – perturbações cognitivas (desorientação e memória); 3 – dois dos seguintes: a)distúrbio psicomotor, b)alterações do ciclo sono-vigília, c)distúrbios da percepção e d)discurso incoerente. Em 1987 foi efectuada uma revisão destes critérios (*Quadro II*). Efectivamente, estes critérios são os mais usados na realização de testes para aplicação clínica e investigação, embora tenha sido já feita outra revisão – a DSM-IV – num esforço de simplificar a revisão anterior (*Quadro III*)<sup>15</sup>.

### *Etiologia*

O delírio pode ser devido ao efeito directo do cancro sobre o SNC, indirecto (fármacos, alterações metabólicas ou electrolítica), ou outro (*Tabela 3*).

Frequentemente, o delírio é multifactorial.

O doente com cancro, sobretudo se idoso, é muitas vezes submetido a tratamento com vários fármacos; um sedativo prescrito de forma rotineira nestas situações pode precipitar o aparecimento de delírio ou exacerbar uma demência subclínica<sup>16</sup>.

São vários os fármacos que podem desencadear delírio (*Quadro IV*). No doente com cancro avançado, são os opióides e os psicotrópicos aqueles que mais frequentemente estão na origem de estados confusionais<sup>10,12,17</sup>. Os corticosteróides podem dar alterações cognitivas com amplo espectro de apresentação, que surgem principalmente com doses altas e nas duas primeiras semanas, mas também podem surgir em qualquer altura, mesmo na fase de “desmame”<sup>18,19</sup>.

Existem vários factores de risco para o aparecimento de delírio. A idade avançada está associada a um alto risco. A deficiência de acetilcolina a nível cerebral no idoso, característica do processo de envelhecimento e de doenças como a demência, combinada com a capacidade de drogas anticolinérgicas em induzirem delírio, apoiam a teoria colinérgica para explicação deste mesmo<sup>1</sup>. Outros factores predisponentes importantes são a insuficiência renal, a insuficiência hepática, a desidratação, a encefalopatia hipóxica e metabólica<sup>11,17,20</sup>.

### *Tratamento*

Começa por se tratar a causa sempre que possível. Como já foi dito, a etiologia do delírio é frequentemente multifactorial. Há causas que são reversíveis, nomeadamente fármacos e desidratação<sup>17,21</sup>. Deve ser feita uma revisão cuidadosa da medicação, no sentido de tentar correlacionar o início das alterações cognitivas com algum fármaco que o doente tenha iniciado ou a sua dose aumentada. Os fármacos que não são essenciais devem ser suspensos. Se o doente está a fazer opióides e tem a dor controlada, deve reduzir-se a dose ou mudar para outro opióide<sup>22,23</sup>. Corrigir a

desidratação também é importante, pois vai permitir a eliminação de metabolitos tóxicos que se acumularam pelo agravamento da função renal<sup>23</sup>.

O tratamento farmacológico é indicado para reduzir a agitação, tratar alucinações ou ilusões e restabelecer os padrões do sono. Este tratamento permite uma melhoria das funções cognitivas. A droga de escolha é o haloperidol que tem a vantagem de ser pouco sedativa. Pode ser administrada por via oral, intramuscular, endovenosa e subcutânea. A via parentérica é preferível em situações de urgência. Há várias formas de tratamento e a que utilizamos na Unidade de Cuidados Continuados é uma forma possível (*Quadro V*). Assim, pode iniciar-se o haloperidol na dose de 5 mg, por via intramuscular. Se for possível um acesso venoso, pode ser administrada a dose de 2 mg por via endovenosa. Se a situação clínica não estiver controlada ao fim de uma hora, poder-se-á repetir a administração do haloperidol de 1/1 hora, por três doses, numa dose 50% inferior à inicial e substituindo a via intramuscular pela via subcutânea. Se desta forma a agitação psicomotora se mantém, é necessário iniciar um fármaco sedativo. O midazolam é muito útil nestas situações porque tem a vantagem de ter uma curta duração de acção. Pode ser administrado por via endovenosa na dose de 1 mg/minuto, até controlar a agitação, ou por via subcutânea na dose de 5 mg, e repetir ao fim de uma hora, se necessário.

A restrição física deve ser evitada e usada apenas quando o doente corre o risco de se lesionar, no período de tempo até se conseguir o controlo da situação com medidas farmacológicas.

Outra forma de abordagem do doente com agitação psicomotora é o uso de neurolépticos mais sedativos. A sedação pode ser necessária, mas é importante ter sempre presente que os fármacos sedativos, nomeadamente as benzodiazepinas, podem agravar o delírio<sup>21</sup>. Se o doente não responde ao haloperidol, é de considerar o

tratamento com clorpromazina. Esta pode ser administrada, inicialmente, por via intramuscular, na dose de 50 mg, seguida de uma dose regular, por via oral, de 25 a 100 mg, à noite ou em doses repartidas. A via subcutânea é de evitar porque pode provocar irritação local. A levomepromazina é também um neuroléptico sedativo e administrado numa dose diária de 25 a 100 mg, por via oral ou subcutânea. O midazolam pode ser administrado em infusões subcutâneas contínuas na dose inicial de 30 mg em 24 horas. É particularmente útil no doente em fase terminal, com inquietação/agitação terminal, na qual já não é possível a comunicação e o objectivo é a sedação/conforto do doente<sup>25,26</sup>. O diazepam por via rectal, na dose de 10 mg, é também eficaz nesta situação, com a vantagem de se utilizar facilmente no domicílio.

Quando a agitação está controlada, deverá ser instituída a terapêutica de manutenção. Esta terapêutica também está indicada no delírio que ocorre sem agitação (*Quadro VI*). Os fármacos utilizados são os neurolépticos e a via de eleição é a via oral.

Se o doente tem delírio hipoactivo o tratamento é controverso. Se o doente quer comunicar, mas a confusão o perturba, o haloperidol é útil para diminuir as perturbações cognitivas. Inicia-se a sua administração de forma regular, por via oral, na dose inicial de 1 mg de 12/12 horas. Esta dose pode ser aumentada cada 24 horas, de acordo com a resposta. Se necessário, pode associar-se uma benzodiazepina, à noite.

A olanzapina é um fármaco recente e tem já sido utilizado em doentes com cancro avançado. Quando não é possível controlar o delírio com neurolépticos devido a toxicidade que o doente possa apresentar (reação extrapiramidal), a olanzapina, na dose de cinco a 10 mg oral, á noite, pode ser eficaz<sup>27-29</sup>. No entanto, tem a desvantagem de ser muito cara.



## **Bibliografia**

1. Lipowski ZJ: Delirium (Acute Confusional States). JAMA 1987;258:1789-1792.
2. Inouye SK: The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnoses and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med 1994;97:278-288.
3. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: A Symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. Am J Med 1999;106:565-573.
4. Massie MJ, Holland JC, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 1983; 140: 1048-1050.
5. Conill C, Verger E, Henriquez I et al. Symptom prevalence in the last week of life. J Pain Symptom Manage 1997; 14: 328-331.
6. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive in patients with terminal cancer. Cancer 1997;79(4):835-842.
7. Tune L, Carr S, Hoag E et al. Anticholinergic effects of drugs commonly prescribed for the elderly: Potencial means for assessing risk of delirium. Am J Psychiatry 1992, 149(10): 1393-1394.
8. Caraceni A: Delirium in palliative medicine. European Journal of Palliative Care 1995; 2 (2): 62-67
9. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H et al. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. J. Pain Symptom Manag 1995; 10(2): 131-141.
10. Rummans TA et al. Delirium in Elderly Patients: evaluation and management. Mayo Clin Proc 1995; 70:989-998.

11. Breitbart W. Psycho-Oncology: Depression, Anxiety, Delirium. *Seminars in Oncology* 1994; 21(6): 754 -769.
12. Breitbart W, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press 1998:933-956.
13. Smith MJ et al. A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and rate delirium. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10(1): 35-77.
14. Inouye SK et al. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine* 1990, 113: 941-948.
15. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edn. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
16. Larson EB, Kukull WA, Buchner D et al. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Ann Intern Med* 1987; 107: 169-173.
17. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL et al. Occurrence, causes and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160(6): 786-794.
18. Breitbart W et al. Neuropsychiatric disturbance in cancer patients with epidural spinal cord compression receiving high dose corticosteroids: a prospective comparison study. *Psycho-Oncology* 1993; vol. 2: 233-245.
19. Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North America* 1987; 71 (2): 243-259.
20. Bruera E, Neumann CM. The uses of psychotropics in symptom management in advanced cancer. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 346-358.
21. Stedeford A. Confusion. *Baillière's Clin Oncol* 1987; 1(2): 373-384.

22. Mercadante M. Opioid rotation for cancer pain. *Cancer* 1999; 86 (9): 1856-1866.
23. Bruera E, Franco JJ, Maltoni M et al. Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration, and opioid rotation. *J Pain Symptom Manag* 1995; 10(4): 287-291.
24. Noémi D. de Stoutz, Eduardo Bruera, Maria Suarez-Almazor. Opioid Rotation for Toxicity Redution in Terminal Cancer Patients. *J. Pain Symptom Manag* 1995; 10(5): 378-384.
25. Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliative Care* 1990; 6(4): 7-15.
26. Faisinger RL, Moissac D, Mancini I et al. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliative Care* 2000; 16(2): 5-10.
27. Reus VI. Olanzapine: a novel atypical neuroleptic agent. *The Lancet* 1997; 349(3): 1264-1265.
28. Sipahimalani A, Masand PS. Olanzapine in the treatment of delirium. *Psychosomatics* 1998; 39: 422-430.
29. Passik SD, Cooper M. Complicated delirium in a cancer patient successfully treated with olanzapine. *Journal of Pain and Symptom Manag* 1999; 17(3): 219-223.

## Quadro I - Aspectos clínicos do delírio

### **Perturbações cognitivas**

? percepção: percebidos pelos outros como de confusão. O doente interpreta mal os estímulos sensoriais (ilusões) visuais ou auditivos ou tem falsas percepções (alucinações) nas quais acredita serem reais.

? pensamento: discurso incoerente, incapacidade de resolver problemas e de utilizar conceitos abstractos

? memória

? orientação: pode estar correcta em casos moderados, mas nos casos graves o doente está desorientado no tempo, no lugar e pode confundir ou não reconhecer um familiar.

**Perturbações da atenção**: o doente está distraído, mais ou menos lúcido; estas alterações encontram-se descritas na literatura como obnubilação da consciência.

**Perturbações do ciclo sono-vigília**: o doente dorme de dia e durante a noite está mais ou menos agitado.

**Comportamento psicomotor**: o delírio pode ser hiper ou hipoactivo.

**Sinais associados**: apatia, depressão, sinais de estimulação do S.N.S. (taquicardia, sudção, palidez, flushing), midríase e aumento da pressão arterial estão tipicamente presentes no delírio devido a fármacos, álcool, particularmente nas síndromes de abstinência.

### **Quadro II - DSM – III – R critérios de diagnóstico**

- A.** Capacidade reduzida de manter ou mudar a atenção para estímulos externos.
- B.** Pensamento desorganizado, como o que se manifesta por discurso desconexo, irrelevante ou incoerente.
- C.** Pelo menos dois dos seguintes:
  - 1. Nível de consciência reduzido
  - 2. Distúrbios perceptuais: erros de interpretação, ilusões ou alucinações
  - 3. Alterações do ciclo sono-vigília com insónia e sonolência diurna
  - 4. Actividade psicomotora aumentada ou diminuída
  - 5. Desorientação para o tempo, lugar ou pessoa
  - 6. Alterações da memória
- D.** Início abrupto dos sintomas (horas a dias), com flutuações diárias.
- E.** Qualquer dos seguintes:
  - 1. Evidência na história, exame físico ou testes laboratoriais de factores etiológicos orgânicos específicos.
  - 2. Exclusão de alterações mentais não orgânicas quando nenhum factor etiológico puder ser identificado

### **Quadro III - DSM – IV critérios de diagnóstico**

- A.** Distúrbios da consciência/diminuição da atenção.
- B.** Alterações cognitivas (como diminuição da memória, desorientação, perturbações da linguagem, perturbações da percepção).
- C.** O distúrbio desenvolve-se num período curto de tempo e tende a ser flutuante ao longo do dia.
- D.** Há evidência de uma causa médica, à qual pode ser atribuída a etiologia do distúrbio.

## Quadro IV - Fármacos associados a delírio

- **Ansiolíticos-Hipnóticos**

Benzodiazepinas, barbitúricos

- **Anticolinérgicos**

Anti-histamínicos (difenidramina, hidroxizina)

Antiespasmódicos (escopolamina)

Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina)

Fenotiazinas (tioridazina, clorpromazina)

Antiparkinsonianos

- **Opióides**

- **Antibióticos**

Aminoglicosídeos, penicilinas, cefalosporinas,  
sulfonamidas, ciprofloxacina

- **Anticonvulsivantes**

Fenitoína, valproato de sódio

- **Agonistas da dopamina**

Levodopa, bromocriptina

- **Anti-hipertensores e antiarrítmicos**

Diuréticos, B-bloqueadores, metildopa,  
digoxina, amiodarona

- **Citostáticos**

Metotrexato, fluoruracilo, vincristina, vimblastina, bleomicina,  
carmustina, cisplatina, asparaginase, procarbazona

- **Miscelânea**

Cimetidina, ranitidina, corticóides, metoclopramida,

AINE, interferão, interleukina, aciclovir

## Quadro V - Controlo da agitação/delírio agudo

Excluir sempre retenção urinária ou dor não controlada
<b>Ⓟ Protocolo A</b> Haloperidol – 5 mg IM, seguido de 2 mg SC de 1/1 hora, até 3 doses; Não havendo controlo da situação: Midazolam – 5 mg IM, seguido de 5 mg SC de 1/1 hora, até controlo da situação
<b>Ⓟ Protocolo B</b> Se estiver em uso uma via EV: Haloperidol – 2 mg EV, seguido de 1 mg EV de 1/1 hora, até 3 doses Não havendo controlo da situação: Midazolam como anteriormente.
<b>Ⓟ Protocolo C</b> Midazolam – como no protocolo A
Se a situação parecer controlada num dado momento, mas o doente voltar a ficar agitado: - Se passaram mais de 2 horas da última dose, voltar ao início do protocolo; - Se não passaram mais de 2 horas, retomar o protocolo como se não tivesse sido interrompido

## Quadro VI - Tratamento do delírio

Fármaco	Dose	Via de administração *
Haloperidol	1-15 mg de 8/8 ou 12/12 horas	VO, SC, EV, IM
Tioridazina	10-75 mg 8/8 ou 12/12 horas	VO
Clorpromazina	12,5-50 mg 12/12 h	VO, IM
Olanzapina	5-10 mg/dia	VO
Levomepromazina	12,5-50 mg 8/8 ou 12/12 horas	VO, SC, IV
Lorazepam	1-5 mg/dia	VO, SL

\* As doses parenterais são geralmente duas vezes mais potentes que as doses orais

Tabela 1 - Método de avaliação da confusão

---

### 1. Início agudo e curso flutuante

- Há evidência de uma alteração aguda no estado mental do doente?
- O comportamento anormal flutua ao longo do dia?

Esta informação obtém-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

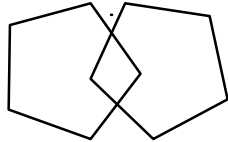
- Globalmente, como classificaria o nível de consciência do doente: alerta (normal); vigilante (hiperalerta); letárgico (sonolento, acorda facilmente); estupor (acorda dificilmente); coma (não acorda)?

---

O diagnóstico de delírio pelo Método de Avaliação da Confusão requer a presença dos factos 1 + 2 + 3 ou 4.



Tabela 2. Mini-exame do estado mental

<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação do Doente</b>
<b>5</b> (1 ponto por cada resposta correcta)	<b>Orientação</b> Qual é a data de hoje (dia da semana, dia do mês, mês, ano, estação)?
<b>5</b> (idem)	Onde estamos (distrito, concelho, cidade, hospital, piso)?
<b>3</b> (idem)	<b>Registo</b> Nomear 3 objectos (maçã, mesa, moeda), demorando 1 segundo para cada. Depois pedir ao doente para os repetir todos. Depois repeti-los até o doente os aprender (máximo 6 vezes). Contar as tentativas e registá-las.
<b>5</b>	<b>Atenção e cálculo</b> 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.
<b>3</b>	<b>Memória</b> Perguntar ao doente o nome dos 3 objectos citados acima
<b>2</b>	<b>Linguagem e Praxis</b> Apontar para um lápis e um relógio e pedir ao doente para os nomear
<b>1</b>	Pedir ao doente para: Repetir o seguinte: “não há mas, nem meio mas”.
<b>3</b>	Seguir um comando de 3 passos: “pegar num papel com a mão direita, dobrá-lo com a mão direita e pô-lo nos joelhos”.
<b>1</b>	Ler e cumprir o sinal seguinte: “Feche os olhos”.
<b>1</b>	Escrever uma frase.
<b>1</b>	Copiar este desenho 

-----  
**30**  
**Pontuação Máxima**

-----  
**Total do Doente**

Tabela 3. Causas do delírio

---

**Directas – Sistema Nervoso Central**

Lesões primárias ou metastáticas

Infecção

Traumatismo e outros agentes físicos (radiação)

Epilepsia

Doenças degenerativas

---

**Indirectas**

Fármacos

Infecção

Insuficiência cardíaca ou respiratória (hipoxemia, hipercapnia)

Alterações metabólicas

Alterações hidroelectrolíticas

Alterações de eliminação (retenção urinária ou de fezes)

---

**Outras**

Síndrome de abstinência (álcool, ansiolíticos, opióides)

---