ENTENDENDO O HOSPITAL · DELIRIUM

Confusão mental no hospital: o que é delirium e por que acontece

> *Delirium é um sintoma, não um veredito. Trata-se de uma alteração aguda e flutuante da atenção e da consciência, que frequentemente melhora quando seus fatores precipitantes são identificados e tratados.*



"Ele não me reconheceu." É uma das frases mais duras de ouvir no corredor de um hospital. Um pai, uma mãe ou um avô que, até poucos dias antes, conversava normalmente, de repente fala coisas sem nexo, confunde os filhos com outras pessoas ou parece não entender onde está. A reação mais comum é o medo de que aquilo seja definitivo, como se a pessoa tivesse ficado, dali em diante, mentalmente diferente de quem sempre foi.

Na maior parte das vezes, não é isso que está acontecendo. O que a família está vendo pode ser delirium, uma condição aguda e flutuante que exige avaliação clínica. Ela é comum entre pacientes internados, especialmente pessoas idosas, e ainda passa despercebida com frequência.

O que é delirium

Delirium é uma alteração aguda da atenção, da consciência e de outras funções cognitivas. Instala-se em horas ou poucos dias e costuma oscilar ao longo do próprio dia: mais confuso em um momento, mais lúcido em outro. Esse início rápido e o curso flutuante ajudam a diferenciá-lo de quadros crônicos.

Não é uma doença isolada. É um sinal de que algo está sobrecarregando um cérebro que, naquele momento, está mais vulnerável. Por isso, a equipe procura identificar e corrigir os fatores que precipitaram o quadro, em vez de tratar apenas a agitação ou a sonolência.

Delirium hiperativo, hipoativo e misto: por que o quieto costuma passar despercebido

Existem três apresentações clínicas principais. Na forma hiperativa, há agitação, fala desconexa, tentativas de retirar acessos ou sondas e, por vezes, alucinações. Como chama atenção, costuma ser reconhecida mais rapidamente.

A forma hipoativa também é comum, sobretudo em pessoas idosas, e costuma ser menos reconhecida. O paciente fica mais quieto do que o habitual, sonolento, apático, com respostas mais lentas ou mais curtas. Pode ser confundida com cansaço, tristeza ou piora esperada da internação. Existe ainda a forma mista, na qual a pessoa alterna entre períodos de hipoatividade e hiperatividade.

O que os estudos mostram

- A frequência varia amplamente conforme idade, fragilidade, gravidade da doença, tipo de internação e instrumento utilizado para o diagnóstico.
- O risco é maior em pessoas idosas, no pós-operatório, em unidades de terapia intensiva e em pacientes com comprometimento cognitivo prévio.
- A apresentação hipoativa é comum e frequentemente não reconhecida, porque pode ser confundida com cansaço, tristeza ou piora esperada da internação.

Fontes: Oh et al., JAMA, 2017; Ormseth et al., JAMA Network Open, 2023.

Por que acontece no hospital

O delirium quase sempre resulta da combinação de vulnerabilidade prévia e fatores precipitantes. Entre os gatilhos possíveis estão infecções com manifestações clínicas compatíveis, medicamentos que afetam o sistema nervoso central, como sedativos, opioides e fármacos com efeito anticolinérgico, privação de sono, dor mal controlada, desidratação, alterações metabólicas e hidroeletrolíticas, como distúrbios de sódio, cálcio ou glicose, retenção urinária, constipação, cirurgia e anestesia recente. Em pessoas idosas, bacteriúria isolada, sem sintomas urinários ou sinais sistêmicos de infecção, não confirma infecção urinária e não deve ser presumida como causa do delirium.

A isso se soma o ambiente em si. Ficar num quarto desconhecido, sem os próprios óculos ou aparelho auditivo, sem referência de dia e noite, rodeado de sons de monitores e de pessoas estranhas entrando e saindo, é desorientador até para quem não tem nenhuma fragilidade cognitiva prévia. Num paciente já mais vulnerável, por idade avançada ou por uma doença de base, esse conjunto de fatores é suficiente para desencadear o quadro.

Delirium não é demência

A confusão entre as duas é uma das mais comuns, e uma das mais importantes de desfazer, porque cada uma pede uma reação diferente da família. A demência é uma condição crônica, que se instala ao longo de meses ou anos, com curso lentamente progressivo. O delirium se instala em horas ou dias, com curso agudo e flutuante. Uma se desenvolve devagar. A outra irrompe.

É comum que uma pessoa que já tinha algum esquecimento desenvolva delirium durante a internação e apresente uma piora abrupta. Quando os fatores precipitantes são tratados, muitos pacientes melhoram e se aproximam do nível cognitivo anterior, mas a recuperação pode levar dias ou semanas e nem sempre é completa. Delirium também está associado a maior risco de perda funcional, declínio cognitivo e mortalidade, especialmente em pessoas frágeis. Por isso, melhora parcial ou persistência dos sintomas exige reavaliação e acompanhamento.

Como a equipe investiga e trata

A primeira pergunta da equipe diante de um paciente confuso não é qual remédio dar para acalmar. É o que mudou. Exame físico, revisão cuidadosa das medicações em uso, exames de sangue e, quando indicado, exames de imagem ou de urina, tudo isso serve para procurar a causa reversível por trás do quadro. Boa parte da abordagem inicial nem sequer é medicamentosa: reorientar a pessoa com calma, devolver óculos e aparelho auditivo, manter luz natural durante o dia e ambiente mais escuro e silencioso à noite, estimular a mobilização fora da cama sempre que possível, e retirar sondas e acessos que já não sejam necessários.

Medicação para sedar ou conter a agitação fica reservada para quando há risco real de o paciente se machucar ou machucar alguém, não é a conduta padrão diante de qualquer confusão. Em muitos serviços, inclusive, a equipe usa instrumentos de rastreio validados à beira do leito para confirmar o diagnóstico de forma sistemática, em vez de depender só da impressão de quem está de plantão naquele momento.

O que a família pode fazer

- Trazer óculos, aparelho auditivo e alguns objetos familiares do dia a dia, quando a unidade permitir.
- Lembrar a pessoa, com calma, de onde ela está e que dia é, sem discutir ou corrigir à força o conteúdo confuso que ela disser.
- Ajudar a manter o ritmo de dia e noite, incentivando claridade natural durante o dia e ambiente mais calmo à noite.
- Avisar a equipe diante de qualquer mudança nova, tanto agitação quanto sonolência maior do que o habitual, os dois merecem atenção.
- Evitar presumir que a confusão é definitiva antes de a causa ter sido investigada.

A evolução varia. Muitos pacientes melhoram à medida que as causas são identificadas e tratadas, mas a recuperação pode ser gradual e, em pessoas muito frágeis ou com comprometimento cognitivo prévio, pode não ser completa. Por isso, em vez de concluir que a mudança é definitiva, a família pode perguntar quais fatores estão sendo investigados, o que já foi corrigido e como a evolução está sendo acompanhada.

Delirium é um sintoma agudo. Precisa ser reconhecido, investigado e acompanhado.

Referências

1. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017;318(12):1161-1174. (o texto completo pode exigir assinatura) https://doi.org/10.1001/jama.2017.12045

2. Faeder M, et al. Preventing and treating delirium in clinical settings for older adults. Ther Adv Psychopharmacol. 2023;13:20451253231198462. (acesso aberto) https://doi.org/10.1177/20451253231198462

3. Ormseth CH, et al. Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2249950. (acesso aberto) https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49950

4. Nicolle LE, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2019;68(10):e83-e110. https://doi.org/10.1093/cid/ciy1121

Dr. Caio Túlio Cordeiro Palheta

Médico especialista em Clínica Médica

CRM/SP 220148 | RQE 153629