

A síndrome de desorientação hospitalar

Delirium in hospitalized older patients

A. de Oliveira Soares*

Resumo

Muitos doentes idosos que estavam lúcidos quando da admissão no hospital vêm a entrar em estado de desorientação ou delírio, frequentemente na primeira noite.

O autor discute de forma breve as várias designações desta síndrome, a sua apresentação e sintomas. Sobre a pouco estudada fisiopatologia, expõe as causalidades mais consensuais: mudança abrupta de residência e perda consequente de referências orientadoras; factores relacionados com a doença física, nomeadamente, febre, dor e desidratação; factores iatrogénicos, incluindo manobras invasivas e certos fármacos.

O tratamento da desorientação hospitalar do idoso está por definir, mas há alguns resultados interessantes de protocolos preventivos. São comentados os benefícios conseguidos num recente estudo de prevenção realizado em Yale (EUA).

Concluiu-se, preconizando encurtamento do tempo de hospitalização do idoso, limitação de técnicas agressivas e restrição das prescrições de psicofármacos, como as medidas eventualmente mais úteis e exequíveis, a título de profilaxia.

Palavras chave: doentes idosos internados, estados confusionais agudos

Abstract

Many older patients who were lucid previously to hospital admission will soon develop a mental state of confusion or delirium, and this is common in the first night at the ward.

The author discusses the several designations of the syndrome, its presentation and symptoms. Being the physiopathology poorly studied and understood, the more consensual causalities are outlined: abrupt change of residence with consequent loss of

orienting references; vulnerability induced by physical illness, namely by fever, pain and dehydration; iatrogenic mechanisms, invasive procedures and some medicines included.

The treatment of delirium in hospitalized older patients is not yet established. Nevertheless, there are some interesting results of preventing protocols.

The benefits obtained in a recent prophylactic intervention, carried on in Yale (USA) are shortly commented.

In conclusion, the more feasible and useful prevention measures suggested herein are: to minimize the time of hospitalization of the elder; to avoid aggressive procedures; and to restrain the use of psychoactive compounds.

Key words: hospitalized older patients, acute delirium

Dar um título a um texto pode ser problemático. Apercebo-me que o que escolhi para encabeçar estas considerações não é transparente. De facto, poderá sugerir que vou debater uma hipotética má orientação ou má gestão de dirigentes de igualmente hipotéticas unidades hospitalares. Contudo, o título tem de ser este, não vou mudá-lo.

Torna-se necessário fazer uma prévia ressalva.

Entendamo-nos! Não vou abordar problemas administrativos de hospitais mal orientados. Não vou tratar a magna questão da carência de profissionais qualificados que ninguém dá mostras de querer solucionar. Não vou discutir o mistério da igualdade dos horários laborais de quarenta e duas e de trinta e cinco horas por semana. Não investigarei as intrigantes diferenças de trabalhar em exclusividade ou não. Não questionarei a enxurrada de doentes tratáveis em unidades distritais ou locais mas que flui para os hospitais dos centros, inundando-os até muito perto da asfixia. Não levantarei a voz contra a carência de estabelecimentos para crónicos, sejam grandes dependentes físicos, demenciados ou enfermos lentamente terminais. Não revelarei suspeitas de falta de controlo de qualidade e rendimento de meios auxiliares de diagnóstico e unidades de cuidados intensivos.

Arrumado que fica, por via desta longa e plangente epífora de não, o possível mau entendimento do título, há que declarar que o tema é outro.

Trata-se do estado confusional agudo induzido pela hospitalização em muitas pessoas idosas.

A literatura anglo-americana prefere a designação de delírio mas eu acho mal porque se presta a confusões com quadros próprios de doenças mentais muito específicas.

É abrangente e assenta bem à síndrome de desorientação hospitalar a definição de Ms. Sharon Inouye e colaboradores que criaram o *Confusion Assessment Method*¹: “início agudo e evolução flutuante de sintomas de delírio, desatenção e desorganização do pensamento, ou um nível de consciência alterado”.

* Assistente graduado de Medicina Interna
Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Maria, Lisboa
Recebido para publicação em 14-3-1999

Na coloquial linguagem médica portuguesa dizemos que um doente está desorientado, está confuso, ou está desorientado e confuso. Mera simplificação, referimo-nos à mesmíssima entidade que aqueles colegas definiram.

Pessoalmente, há muito que me impressiona o alto número de indivíduos idosos que são internados no hospital por um qualquer e honesto motivo de natureza somática, angina de peito ou hipertensão não controlada, para dar dois exemplos comuns e, decorridas as escassas horas da noite de enfermaria, passam duma lucidez plena a franco estado de desorientação (ou confusão mental).

“Esta noite caíram três doentes velhinhos das macas e um deles partiu o colo do fémur” – participava-me, em data recente, uma desolada enfermeira.

“Ó senhor doutor, explique-me lá por que razão o meu pai entrou ontem aqui, bem da cabeça, para tratar a diabetes e hoje está péssimo, não diz coisa com coisa” – inquiria, desconfiado, um filho atento.

A fisiopatologia da síndrome de desorientação do doente idoso hospitalizado é pouco clara, por mal estudada que tem sido, mas ninguém de boa fé lhe negará a existência e a grande, muito grande prevalência.

Uma das causalidades invocadas por muitos é a agressão implícita na mudança abrupta de residência para uma enfermaria. O idoso perde numerosas referências orientadoras. Vão-se as imagens de pessoas e objectos, as vozes, ruídos, cheiros e estímulos tácteis, tudo o que é familiar. Sabe-se que um octogenário típico está preso à realidade envolvente e mantém a sua orientação graças a ténues fios condutores da consciência. Bem entendido que uso aqui o termo *consciência* na acepção definida por Henri Ey: “a organização no campo da vida psicológica do conjunto das vivências, em cada momento da representação do presente vivido”.

Um cidadão idoso acorda do seu débil sono e acha-se numa estranha cama de colchão plástico, ouve gemidos em vez da voz da filha, olha na penumbra e vê uma janela onde devia estar a cómoda, em lugar do perfume das flores do limoeiro do quintal entra-lhe pelas narinas um forte cheiro a urina. Assusta-se, grita pela Alice, pelo João ou pela Ester e aparecem-lhe inquietantes desconhecidos de trajes brancos. Ralham com ele, provavelmente vão ligar-lhe os membros à cama, para ficar contido e evitar que caia (se ainda não caiu).

Mudança aguda de ambiente e estranheza da nova envolvência são, para mim, os primeiros motores da desorientação do idoso internado. Claro que se juntam outras causas.

A vulnerabilidade introduzida pela doença física é importante. Febre, desidratação e dor são fragilizantes de relevo.

Também há que contar com a iatrogenia: o catéter de drenagem vesical, a sonda ou máscara de oxigénio, a medicação anti-hipertensiva entusiasta, condicionando

amiúde baixo débito, os hipnóticos que neste grupo etário são férteis de efeitos adversos, pior ainda a psicofarmacologia organizadora que tanto desorganiza a mente senil, as punções venosas que magoam e não são entendidas, os assustadores ruídos de aparelhos de monitorização do ritmo cardíaco ou da pressão arterial, etcetera.

É muito problemática a terapêutica da síndrome de desorientação do idoso hospitalizado. Um grupo de investigadores clínicos da universidade americana de Yale resolveu sondar as possibilidades de profilaxia. Em estudo de publicação recente², relatam que seleccionaram 852 doentes internados em enfermarias gerais de medicina dum hospital universitário, distribuindo-os para receberem, ou os “cuidados usuais” (banais), ou um “protocolo de intervenção” concebido para diminuir a incidência de estados confusionais. O protocolo fundamentava-se na correcção ou atenuação de seis factores de risco previamente identificados: declínio cognitivo, privação de sono, imobilidade, défice visual, défice auditivo e desidratação. As medidas protocolares eram numerosas mas bastante simples. Por exemplo, conversar com os doentes para os inserir no ambiente e familiarizar com os objectos à volta; massajar-lhes os ombros e dorso para induzir sono fisiológico; devolver óculos e próteses auditivas “confiscados” na admissão por receio de extravio; estimular a ingestão de líquidos.

Trata-se de atitudes muito elementares. Contudo, nas sobrecarregadas enfermarias médicas de alguns dos nossos hospitais é impensável pô-las em prática. Muitas noites há com uma única enfermeira encarregada de vinte e cinco, trinta doentes. Que possibilidade de fazer massagens sedativas?!

A doença infecciosa respiratória que afligiu a nossa população no inverno de 1998-99, apesar da oficial negação de ter tido dimensão epidémica e de não se saber se foi gripe, levou os serviços de medicina à iminência de colapso, superlotados de doentes pessimamente instalados em macas, das quais a maioria nem grades de protecção têm, são meros veículos de transporte. Mesmo fora de épocas de crise é comum haver alguns enfermos nas macas. Quem vai preconizar mobilização passiva e levante gradual a pessoas deitadas nesses estreitos catres de pés altos e sistema de travagem deficiente? Também não é aplicável o protocolo de Yale, está visto!

Adiando as comparações com o caso nacional, devo citar que a intervenção profiláctica do “delírio” no estudo americano propiciou que apenas 9,9% dos doentes do “grupo da intervenção” entrassem em estado confusional, contra 15% dos que receberam os “cuidados usuais”, diferença esta que impressiona e tem significado estatístico. Contudo, nos casos em que sobrevinha mesmo a desorientação, as medidas terapêuticas protocolares revelaram-se sem valor.

Assim, afigura-se que o que vale a pena são as iniciativas para evitar a instalação do quadro confusional, através do

combate aos factores causais já elucidados no doente idoso. A dificuldade de execução, na prática hospitalar, é um óbice de peso.

Atendendo às condições dos hospitais cujos doentes tenho servido, a minha primeira preocupação é limitar ao mínimo indispensável o tempo de internamento da pessoa de idade. A segunda é reduzir maximamente as manobras semiológicas e tratamentos de carácter doloroso e invasivo. Citando Carlos George: aos velhinhos só se limpa o pó e é com espanador de penas”. Obviamente que esta saborosa metáfora cautelar não é aplicável em numerosos casos. Por vezes, temos mesmo de avançar com métodos que implicam alguma invasão. Evitamos o mais que podemos. Uma terceira norma é um uso restritíssimo de benzodiazepinas, fenotiazinas e butirofenonas.

A síndrome de desorientação hospitalar do idoso é um problema ainda insolúvel que parece ser evitável numa fracção por agora pequena dessa subpopulação. Temos de conviver com ela e mobilizar os poucos recursos preventivos à nosso dispor.

Seria excelente que os recentes projectos de activação de elos da cadeia assistencial que precedem os hospitais restringissem o internamento de pessoas avançadas em anos, quando não é absolutamente indispensável.

Também daria uma boa ajuda o aumento de camas hospitalares, evitando o acamamento nas perigosíssimas e limitantes macas.

O que se pode fazer, no circunstancialismo dos hospitais que conheço (é bem possível que haja outros que disponham de melhores condições) é, em primeira linha, combater o internamento não justificado, quantas vezes tradutor de dúvidas e medos do médico, abreviar a hospitalização concretizada, insistir na dotação das

enfermarias com camas e macas providas de grades, zelar pela boa hidratação dos doentes e resistir à tentação de prescrever suporíferos com facilidade.

Perdoarão os virtuais leitores a série de truísmos que estive a escrever, mas as coisas simples nem sempre são óbvias, esquecem muito e falham com frequência, no quotidiano. Como dizia João Cid dos Santos, “pode fazer-se assim, pode fazer-se assado e pode não se fazer de todo, o que corresponde à pior das atitudes, o desleixo”.

Creio que os cemitérios estão cheios de idosos cuja existência poderia ter ido mais longe, em aceitável qualidade de vida, não fosse o encadeamento nosológico iniciado em quadros confusionais e de agitação que o internamento no hospital despoletou.

Fica o exposto a título de convite a reflexões e soluções individuais. No nosso país, a qualidade da assistência hospitalar depende mais da iniciativa do clínico que de “protocolos” implementados por instituições.

Como é diferente ser internista em Portugal! – poderia dramaticamente ter exclamado o nosso colega Júlio Dantas, se a ceia não tivesse sido de cardeais, mas de médicos lusitanos com os seus pares de instituições como Yale, E.U.A., onde são praticáveis “protocolos” preventivos da desorientação do idoso internado.

Referências

1. Inouyke SK, Van Dick CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP e Horowitz RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method – a new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113:941-948.
2. Inouyke SK, Bogardus Jr. ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TH, Cooney LM. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999; 340:669-676.