

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PRESENÇA DE DELIRIUM EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS

PREVALENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE PRESENCE OF DELIRIUM IN AN EMERGENCY HOSPITAL IN GOIÁS

Bruna Kelly **Ferreira**¹; Érika Letícia **Nunes**²; Letícia de Souza **Pereira**³; Maristela Lúcia Campos **Soares**⁴; Isadora Oliveira Freitas **Barbosa**⁵; Giulliano **Gardenghi**⁶

RESUMO

Introdução: O *delirium* é compreendido como uma alteração aguda do estado mental, com uma alta variedade de sinais e sintomas neuropsiquiátricos, de curso flutuante, explicado por distúrbios na homeostase cerebral, que acomete principalmente idosos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de *delirium* e os fatores de risco associados em idosos que estão na enfermaria e nas Unidades de Terapias Intensiva (UTIs) de um Hospital de Urgências. **Metodologia:** Estudo transversal analítico, realizado com idosos, internados nas enfermarias e nas UTIs de um Hospital de Urgência de Goiás. Foi realizada a aplicação de uma ficha de avaliação criada pelos pesquisadores, seguida pela aplicação da escala CAM-ICU na UTIs e a escala 3D-CAM nas enfermarias, para detecção do *delirium*. Adicionalmente foi utilizada a Escala Visual Analógica para avaliação de dor. **Resultados:** Foram avaliados 102 pacientes e a prevalência de *delirium* foi de 18,6%. Não foi encontrada associação do *delirium* com tempo de internação, polifarmácia e idade. Encontramos associação do *delirium* com contenção física. **Conclusão:** A quantidade de indivíduos com *delirium* em nossa amostra assemelha-se àquela encontrada na literatura de hospitais com perfis semelhantes de pacientes, encontrando-se uma prevalência de 18,6% de *delirium*, sendo que a contenção física foi associada à presença de *delirium*.

PALAVRAS-CHAVE: *Delirium*; Idosos; Disfunção Cognitiva.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is understood as an acute change in mental status, with a wide variety of neuropsychiatric signs and symptoms, with a fluctuating course, explained by disturbances in cerebral homeostasis, which mainly affect the elderly. **Objective:** To assess the prevalence of delirium and associated risk factors in elderly people who are in the ward and intensive care units (ICUs) of an Emergency Hospital. **Methodology:** Analytical cross-sectional study, carried out with elderly people admitted to the wards and ICUs of an Emergency Hospital in Goiás. An evaluation form created by the researchers was applied and finally the CAM-ICU scale was applied in the ICU's and the 3D-CAM scale in the wards to detect delirium. In addition, a visual analogue scale was used to assess pain. **Results:** The prevalence of delirium in the current study was 18.6%. No association was found between delirium and length of stay, polypharmacy and age. We found an association between delirium and physical restraint. **Conclusion:** The number of individuals with delirium in our sample is similar to that found in the literature of hospitals with similar patient profiles, finding a prevalence of 18.6% of delirium, with physical restraint being associated with the presence of delirium.

KEYWORDS: Delirium; Elderly; Cognitive Dysfunction.

INTRODUÇÃO

O *delirium* é compreendido como uma alteração aguda do estado mental, com uma alta variedade de sinais e sintomas neuropsiquiátricos, de curso flutuante e explicada por

distúrbios na homeostase cerebral. Alguns autores o nomeiam de Síndrome da insuficiência cerebral aguda^{1,2,3}.

Existem três classificações principais de *delirium*. O *delirium* hiperativo, caracteriza-se por inquietação, agitação e labilidade emocional. Já o hipoativo é definido pela

presença de apatia e redução da capacidade de respostas. Por fim, no tipo misto temos a característica de alternância entre os tipos hipoativo e hiperativo⁴. Alguns autores demonstram mais um subtipo de *delirium* na qual recebe o nome de subsindrômico, que se caracteriza por uma disfunção cognitiva aguda durante a permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), porém ainda sem cumprir os critérios para diagnóstico de *delirium*⁵.

Essa condição tem etiologia multifatorial. Entre os fatores de risco não modificáveis, aqueles que são decorrentes de uma condição preexistente do paciente, destacamos a idade avançada e o comprometimento cognitivo prévio; a abstinência, o tabagismo e o consumo de álcool. Já os fatores de risco modificáveis relacionam-se a uma condição aguda ou a eventos iatrogênicos e ambientais os quais são passíveis de intervenção, são exemplos, admissão de urgência, hipóxia, dor, infecções, contenção física, distúrbios do sono, dispositivos invasivos, procedimento cirúrgico, sedativos e analgésicos opioides e características próprias ao ambiente como iluminação artificial, ruídos, isolamento familiar⁶. Além disso, o estudo de Lima⁷ mostrou que internações por fratura de fêmur e/ou quadril estão entre as principais causas de hospitalização que levam ao *delirium*.

Para contribuir na acurácia diagnóstica, visto que o *delirium* é uma condição subdiagnosticada⁸, foram desenvolvidas diversas ferramentas. Entre os instrumentos estão a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM – ICU) e a 3D-CAM (*3-Minute Diagnostic Assessment for Delirium*). A CAM-ICU permite a aplicação em pacientes não verbais na unidade de terapia intensiva, tendo uma de alta acurácia com 95% de sensibilidade e 89% de especificidade, aproximadamente^{9,10}. Já a 3D-CAM foi elaborada com itens especificamente projetados para um ambiente de medicina geral, no qual a maioria dos pacientes podem ser submetidos a uma avaliação verbal, mostrando também uma alta sensibilidade e especificidade¹¹.

Os estudos demonstram que essa condição é extremamente comum em idosos hospitalizados, sendo que um terço dos pacientes de clínica geral com 70 anos de idade ou mais apresentam *delirium*; a condição está presente em metade desses pacientes na admissão e se desenvolve durante a hospitalização na outra metade. Já a prevalência em pacientes internados em unidade de terapia intensiva que passaram pela ventilação mecânica e em pacientes em cuidados paliativos podem ultrapassar 75% e 85%, respectivamente¹.

No estudo de Park e Kim et al³, a mortalidade intra-hospitalar, após 3, 6 e 12 meses foram significativamente maiores nos pacientes com *delirium*. No grupo de pacientes com *delirium*, também foram observadas maiores taxas de eventos adversos, maiores gastos hospitalares e maiores taxas de readmissão hospitalar.

Dado que o *delirium* é considerado uma emergência médica associada a diversos fatores de risco e consequências orgânicas para os pacientes afetados, é crucial reconhecer a prevalência dessa condição em idosos e identificar seus principais fatores de risco, para que, dessa forma, possam ser implementadas medidas de prevenção para reduzir os fatores que causam complicações.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de *delirium* e os fatores de risco associados em idosos internados, na UTI ou na enfermaria, em um Hospital de Urgências.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo analítico de característica transversal. A pesquisa teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUGO/SES), de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde/CEP sob o CAAE: 61770322.0.0000.0033.

Foram avaliados pacientes com idade ≥ 60 anos de idade que estavam internados na UTI I, II, III, IV e nas enfermarias do 2º, 3º ou 4º andar, de ambos os sexos de um Hospital de Urgências de Goiás, entre os meses de dezembro de 2022 e março de 2023. Foram excluídos do estudo pacientes com déficit cognitivo prévio incapazes de compreender as orientações dos pesquisadores e pacientes com diagnósticos neurológicos. Além disso, foi critério de exclusão pacientes que se recusaram a participar do estudo, pela não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, procedeu-se a uma triagem dos pacientes na instituição de pesquisa utilizando o sistema de prontuários eletrônicos, com o intuito de identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão. Em seguida, os pacientes elegíveis foram convidados a participar da pesquisa, durante a qual receberam explicações sobre o estudo e tiveram a oportunidade de ler o TCLE. A assinatura do TCLE foi obtida dos pacientes que estavam aptos a compreender os requisitos do termo. Nos casos em que o paciente não tinha condições de entender completamente o termo, a elucidação da pesquisa e a assinatura do termo foram conduzidas pelo responsável legal.

Após a assinatura do TCLE, a fim de assegurar resultados mais confiáveis, o paciente foi submetido a uma triagem na qual era necessário apresentar algum nível de cooperação, sendo avaliado por meio de cinco comandos básicos: “abra e feche os olhos”, “olhe para mim”, “abra a boca e coloque a língua para fora”, “balance a cabeça”, “levante as sobrancelhas quando eu contar até 5”. Para ser incluído na pesquisa, o paciente precisava ser capaz de responder pelo menos três desses cinco comandos¹². Para os pacientes que foram incluídos, foi coletado em prontuário os dados principais como diagnóstico, dias de internação hospitalar e medicamentos em uso hospitalar. Foi realizada uma anamnese do paciente beira leito, coletando sinais vitais,

estado atual do paciente, medicamentos utilizados anteriormente a internação hospitalar, hábitos de vida, comorbidades associadas, dispositivos invasivos presentes e se há presença de contenção física. Esses dados foram transferidos para a ficha de avaliação criada pelo pesquisador.

Posteriormente, foi feita a aplicação da escala CAM-ICU no ambiente da UTI e no ambiente da enfermaria foi feita aplicação da escala 3D-CAM para o diagnóstico dos pacientes com *delirium*. O paciente também foi questionado sobre presença de dor e, caso houvesse, ele deveria marcar o local da dor utilizando o mapa de dor e por fim verificar a intensidade utilizando a Escala Visual Analógica (EVA), representada por uma reta numérica em ordem crescente de 10 cm, sua pontuação varia de 0 que significa ausência completa de dor até 10, dor insuportável¹³.

A avaliação do *delirium* com a CAM-ICU é possível mesmo em pacientes incapazes de se comunicar verbalmente, e foi baseada em 4(quatro) principais domínios: 1) alteração aguda no estado mental de base ou uma condição que flutua; 2) desatenção; 3) nível alterado de consciência e 4) pensamento desorganizado. É considerado diagnóstico positivo para o *delirium* quando ambos dos domínios (1e 2) estão presentes, associados a um dos itens (3 ou 4) também presentes.

A escala 3D-CAM utiliza os mesmos critérios de diagnóstico da escala anterior, porém inclui ainda sondagens de sintomas do paciente. A característica 1(um) é avaliada por meio de tais sondagens de sintomas (por exemplo, "durante o último dia você viu coisas que não estavam lá?"). A característica 2 (dois) é avaliada usando tarefas como percorrer os dias da semana e meses do ano ao contrário. A

característica 3(três) é avaliada usando três itens de orientação e observações do entrevistador, e a característica 4 (quatro) é avaliada pela observação do entrevistador. A presença de qualquer resposta "positiva" (resposta incorreta/nenhuma em um teste cognitivo, relato positivo de um sintoma pelo paciente) faz com que a característica seja considerada presente. Semelhante ao CAM-ICU, a presença de dos itens 1+2 associados aos itens 3 ou 4 diagnostica o *delirium*.

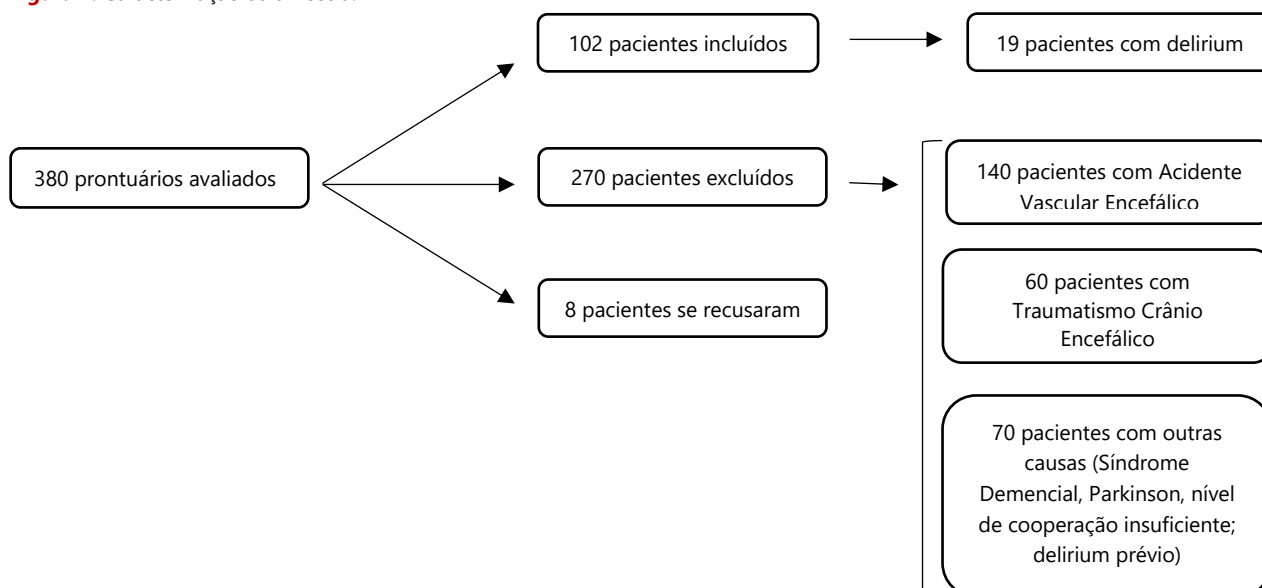
A caracterização do perfil demográfico dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A associação entre a presença de *delirium* com o perfil dos pacientes foi realizada aplicando os testes do Qui-quadrado de Pearson e Teste *t* de Student. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliados 380 prontuários, na qual 270 pacientes foram excluídos com base nos critérios estabelecidos, tendo ainda oito se recusado a participar da pesquisa. Com isso, a amostra foi composta por 102 pacientes, com uma prevalência de *delirium* de 18,6% (n: 19), sendo que aproximadamente 58% ocorreram no sexo feminino. A média de idade dos pacientes foram de $76,40 \pm 8,51$ anos, conforme apresentado na Tabela 1. Já em relação aos pacientes com *delirium* a média de idade foi $76,32 \pm 10,28$ anos e a dos sem *delirium* de $72,84 \pm 7,98$ anos ($p: 0,11$).

A sequência de procedimentos realizados na seleção dos participantes da presente pesquisa está descrita a seguir, na [figura 1](#).

Figura 1. Caracterização da amostra.



Fonte: Os autores

A descrição da população estudada, com as características basais da amostra estudada, está contida na [Tabela 1](#), apresentada abaixo.

Tabela 1. Características basais da amostra.

Caracterização	Total (n = 102)
Idade (DP)	73,49 ± 8,51
60-69 anos	34 (33,3%)
70-79 anos	41 (40,2%)
>80 anos	27 (26,5%)
Sexo, n (%)	
Feminino	50 (49,0%)
Masculino	52 (51%)
Quantidade de medicações na internação (DP)	7,91 ± 2,81
Tem medicação para dor?	
Sim	92 (90%)
Não	10 (10%)
Tabagismo ou etilismo, n (%)	25 (24,5%)
Local de internação	
Enfermaria	75 (73,5%)
UTI	27 (26,5%)
Comorbidades, n (%)	
Hipertensão arterial	61 (70,9%)
Diabetes	23 (26,7%)
Insuficiência Cardíaca	13 (15,1%)
Neoplasia	6 (7,0%)
IAM prévio	6 (7,0%)
AVE prévio	11 (12,8%)
DPOC	16 (18,6%)
Insuficiência Renal	11 (12,8%)
Outras	27 (31,4%)
Perfil clínico, n (%)	
Cardiologia	2 (2,0%)
Clínica Médica	27 (26,5%)
Cirurgia Geral	25 (24,5%)
Geriatria	11 (10,7%)
Neurologia	1 (1,0%)
Ortopedia	35 (34,3%)
Vascular	1 (1,0%)

Fonte: Os autores. **Legenda:** DP: desvio padrão. N: número. % porcentagem; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; AVC: Acidente Vascular Encefálico; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Quanto à análise de fatores de risco, o presente estudo não demonstrou nível de significância entre idade (p: 0,11), sexo (p: 0,39), polifarmácia (p: 0,85), comorbidades (p: 0,16) e

tempo de internação (p: 0,90) associado ao *delirium*, conforme apresentado na [tabela 2](#).

Tabela 2. Caracterização do perfil dos pacientes e associação com a presença de Delirium

		Delirium		
	Total n= 102	Não 83 (81,4)	Sim 19 (18,3)	P
Internação				
Média ± DP	10,14 ± 10,12	10,19 ± 10,74	9,89 ± 7,01	0,909**
<5 dias	37 (36,3%)	31 (37,3%)	6 (31,6%)	0,575*
5 a 10 dias	31 (30,4%)	25 (30,1%)	6 (31,6%)	
11 a 19 dias	17 (16,7%)	12 (14,5%)	5 (26,3%)	
20 ou mais dias	17 (16,7%)	15 (18,1%)	2 (10,5%)	
Está na VM				
Não	98 (96,1%)	79 (95,2%)	19 (100,0)	0,329*
Sim	4 (3,9%)	4 (4,8%)	0 (0,0)	
Está contida no leito				
Não	91 (89,2%)	80 (96,4%)	11 (57,9%)	<0,001*
Sim	11 (10,8%)	3 (3,6%)	8 (42,1%)	

Dor				
Não		79 (95,2%)	13 (68,4%)	<0,001*
Sim		4 (4,8%)	6 (31,6%)	
Nº de medicamentos				
Média ± DP	7,91 ± 2,81	7,90 ± 2,87	7,94 ± 2,55	0,956**
Polifarmácia				
Não	12 (11,8%)	10 (12,0%)	2 (10,5%)	0,853*
Sim	90 (88,2%)	73 (88,0%)	17 (89,5%)	
Nº de comorbidades				
Média ± DP	2,23 ± 1,05	2,22 ± 1,08	2,28 ± 0,96	0,838**
Comorbidades				
HAS	61 (70,9%)	50 (73,5%)	11 (61,1%)	0,302*
DM	23 (26,7%)	19 (27,9%)	4 (22,2%)	0,626*
I.C	13 (15,1%)	10 (14,7%)	3 (16,7%)	0,836*
Neoplasia	6 (7,0%)	3 (4,4%)	3 (16,7%)	0,070*
IAM prévio	6 (7,0%)	4 (5,9%)	2 (11,1%)	0,439*
AVE prévio	11 (12,8%)	8 (11,8%)	3 (16,7%)	0,759*
DPOC	16 (18,6%)	12 (17,6%)	4 (22,2%)	0,657*
I.R	11 (12,8%)	8 (11,8%)	3 (16,7%)	0,580*
Outras	27 (31,4%)	21 (30,9%)	6 (33,3%)	0,842*

Fonte: Os autores. **Legenda** *Qui-quadrado; **Teste t de Student; n: frequência absoluta; %, frequência relativa; DP: desvio padrão; VM: Ventilação Mecânica; Nº: Número; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; AVC: Acidente Vascular Encefálico; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Não houve associação significativa de *delirium* entre idosos que estavam na UTI com idosos da enfermaria (p: 0,98). A incidência de *delirium* foi de 18,5% entre os idosos na UTI e 18,7% entre os idosos na enfermaria. Entre a amostra total, apenas quatro pacientes estavam em ventilação mecânica e não foi identificada associação significativa entre a ventilação mecânica e a ocorrência de *delirium* (p: 0,32).

O estudo demonstrou uma associação significativa entre contenção mecânica e *delirium* (p: <0,0001), sendo que dos 11 pacientes que estavam contidos, oito deles (42,1%)

apresentaram *delirium*. Além disso, houve também uma associação significativa de *delirium* e dor (p: <0,0001).

Em relação às fraturas, não houve associação significativa com *delirium* (p: <0,06), apesar de que 35 indivíduos (34,3%) foram diagnosticados com fraturas e destes, 52,6% apresentavam *delirium* no momento da avaliação.

Quanto à caracterização do *delirium* temos os seguintes dados, descritos na [tabela 3](#).

Tabela 3. Classificação do tipo de *delirium*

DELIRIUM	N	%
Hipoativo	4	21.1
Hiperativo	8	42.1
Misto	7	36.6

Fonte: Os autores. **Legenda:** N= número; % porcentagem

Acerca do desfecho final, cinco pacientes com *delirium* foram a óbito (26,3%), 13 pacientes (68,4%) receberam alta e um paciente ainda permanecia internado.

DISCUSSÃO

A prevalência de *delirium* encontrada neste estudo foi de 18,6%, sendo 18,7% dos pacientes da enfermaria (n: 75) e 18,5% dos pacientes da UTI (n: 27). Quando comparada a estudos anteriores, como no estudo de Mosk et al¹⁴, que avaliaram 566 pacientes, a incidência de *delirium* foi de 35%, enquanto no estudo de Reynish et al¹⁵ o *delirium* estava presente em 38,5% em pacientes com mais de 65 anos e em mais da metade daqueles com mais de 85 anos. Em serviços de emergência, assim como o apresentado

nesse estudo, demonstra-se uma variação na prevalência de *delirium* de 9%¹⁶ a 18%¹⁷.

Embora grande parte das pesquisas indique que o risco de desenvolvimento de *delirium* aumenta com o avanço da idade^{18,19}, nosso estudo não revelou resultados significativos na associação entre *delirium* e a idade. Billig et al²⁰ demonstraram associação de *delirium* com a idade, mas não encontraram associação de *delirium* com o sexo, aspecto que também não foi evidenciado em nosso estudo.

Em nosso estudo foi demonstrada associação entre *delirium* e dor, porém um dado intrigante é que 68,4% dos pacientes que não relataram dor apresentaram *delirium*, quando se esperava o contrário. Mais *delirium* na presença de dor¹⁹. Esse dado pode ter sido influenciado pelo fato de

que 90% dos pacientes (n: 92), estavam recebendo medicação analgésica, entre as mais comuns, a dipirona e o tramadol, o que pode influenciar na avaliação da dor e consequentemente, nesse achado. Pesquisas como a conduzida por Kubota et al¹⁹ demonstraram associação *delirium* com a presença de dor.

No mesmo estudo de Kubota et al¹⁹ foi associado *delirium* com a permanência na UTI. Paralelamente, no estudo de Farias et al²¹, identificaram uma associação significativa entre *delirium* e uso de ventilação mecânica ($p < 0,001$). As associações mencionadas não foram evidenciadas em nossos dados, possivelmente devido à avaliação restrita a um grupo de 27 pacientes dentro da UTI, e destes apenas 4 (3,9%) estavam em ventilação mecânica. A reduzida presença de pacientes em ventilação mecânica no estudo pode ser atribuída ao perfil predominante nas UTIs, caracterizado por casos gravíssimos, significativos quadros neurológicos e o uso de doses elevadas de sedação, o que inviabilizaria a aplicação da CAM-ICU.

No estudo de Farias et al²¹ foi observada associação de *delirium* com o tempo de internação ($p 0,007$), sendo que aqueles com mais de 14 dias de internação tiveram mais *delirium*, diferente do nosso estudo na qual não houve essa associação, ou seja, pacientes com menos de 5 dias de internação não tiveram diferenças significativas quando comparados com aqueles com mais de 20 dias de internação. Isso pode ter ocorrido porque todos os participantes da nossa amostra estavam acompanhados por algum membro da família, fato que pode diminuir a ocorrência de *delirium*.

Em relação a associação de *delirium* com fraturas, no estudo de Lima et al⁷ foram avaliados 376 idosos e observado que houve maior risco de *delirium* em idosos que sofreram fratura de fêmur. No entanto, é importante notar que nesse mesmo estudo, foram excluídos idosos que permaneceram internados na instituição por um período inferior a 72 horas. Em nosso estudo não houve associação com fratura e *delirium*. O dado apresentado pode ser explicado devido à avaliação ter sido realizada independentemente do tempo de internação, portanto, havia pacientes com poucos dias de internação, podendo ter mascarado os resultados. Adicionalmente, no decorrer do período de avaliação, o hospital onde as coletas foram conduzidas estava realizando grande demanda de cirurgias eletivas, o que resultou em pacientes com menos de três dias de internação.

Observou-se que houve associação significativa entre contenção física e *delirium*. Esses resultados corroboram com um estudo multicêntrico, conduzido por Bellelli e colaboradores¹⁸, realizado com 1.867 pacientes, e identificou uma associação semelhante (OR 1,84, 95% CI 1,40–2,40). Essa associação também foi evidenciada no estudo de Kubota et al¹⁹, realizado com 2.168 pacientes

internados na ala cirúrgica ($p < 0,001$). No nosso estudo não foi obtida a informação se a contenção foi realizada antes ou após o *delirium*.

Por fim, o presente estudo não revelou associação significativa de comorbidades com *delirium*, corroborando com o estudo de Emond et al¹⁷, no qual foram revisados 200 prontuários de pacientes do pronto socorro, não se verificando diferenças significativas entre *delirium* e comorbidades. Em contraste, o estudo de Ohl et al²² evidenciou significância estatística de *delirium* com as variáveis de hipertensão arterial sistêmica ($p 0,0020$), dislipidemia ($p 0,0045$) e doenças cerebrovasculares ($p 0,0293$). Adicionalmente, assim como nosso estudo, Ohl et al²², não demonstrou correlação entre o consumo de álcool e a presença de *delirium* ($p 1,0000$). Quanto a polifarmácia, o estudo de Lima et al⁷ identificou a associação de *delirium* e o uso de várias medicações, ao contrário de nossa pesquisa, na qual essa associação não foi observada.

Várias limitações desse estudo devem ser reconhecidas. Por se tratar de um estudo transversal, a causalidade observada entre exposição a fatores de risco e desfechos de *delirium* não possui o mesmo grau de evidência quando comparada a estudos longitudinais. Outra limitação importante diz respeito ao fato de que nosso estudo avaliou apenas a prevalência de *delirium*, na qual foi realizada uma única abordagem aos indivíduos incluídos. O ideal seria avaliar também a incidência de *delirium* nesta população, realizando acompanhamento durante toda a internação. Adicionalmente, a avaliação dos pacientes nas UTIs foi complicada devido ao elevado número de pacientes em estado gravíssimo e fortemente sedados, conforme o perfil característico do hospital. Por fim, é importante observar que o presente estudo não incluiu a avaliação de pacientes com *delirium* subsindrômico, o que pode ter impactado a representatividade da amostra. Como descrito, o *delirium* é uma realidade frequentemente subdiagnosticada, com a possibilidade de os próprios profissionais de saúde deixarem de reconhecer e documentar o início dessa condição.

CONCLUSÃO

A quantidade de indivíduos com *delirium* em nossa amostra assemelha-se àquela encontrada na literatura de hospitais com perfis semelhantes de pacientes, encontrando-se uma prevalência de 18,6%, sendo que a contenção física foi associada como fator de risco para presença de *delirium*. A presente pesquisa apresenta algumas limitações, conforme já descrito. Portanto, é fundamental destacar a importância de realizar estudos futuros para enriquecer e delimitar os fatores de risco, permitindo uma prevenção mais eficaz. O *delirium* no ambiente hospitalar é um assunto que se encontra em constante investigação e desenvolvimento. Sendo assim mais estudos são necessários para elucidar esse problema tão abrangente.

AFILIAÇÃO

1. Fisioterapeuta Residente em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz, Goiânia, GO, Brasil. Avenida 31 de março esquina com 5ª radial, Pedro Ludovico, Goiânia – GO, CEP: 74.820-300. E-mail de contato: brunakf2009@hotmail.com
2. Fisioterapeuta Pós-Graduada em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva no adulto. Preceptora do programa de Residência em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz, Goiânia, GO, Brasil
3. Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde pela Universidade Estadual de Goiás e Coordenadora de Residências da Secretaria Estadual de Saúde, Goiânia, GO, Brasil
4. Fisioterapeuta, Residente em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz, Goiânia, GO, Brasil
5. Fisioterapeuta, Residente em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz, Goiânia, GO, Brasil
6. Fisioterapeuta, Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tutor da residência multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro, Goiânia, GO. Coordenador Científico do Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia, GO, Brasil.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *New Engl J Med* [Internet]. 12 Out 2017 [citado 21 Ago 2023];377(15):1456-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>
2. Oh ST, Park JY. Postoperative delirium. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 1 Feb 2019 [citado 21 Ago 2023];72(1):4-12. Disponível em: <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1>
3. Park, Kim. Postoperative delirium is associated with negative outcomes and long-term mortality in elderly koreans: a retrospective observational study. *Medicina* [Internet]. 20 Set 2019 [citado 21 Ago 2023];55(10):618. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55100618>
4. Liptzin B, Levkoff SE. An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1992;161(6):843-845. doi: <https://10.1192/bjp.161.6.843>.
5. Serafim RB, Soares M, Bozza FA, Lapa e Silva JR, Dal-Pizzol F, Paulino MC, et al. Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* [Internet]. 12 Jul 2017 [citado 21 Ago 2023];21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1765-3>
6. De Barros MA, De Oliveira Figueirêdo DS, Fernandes MD, Ramalho Neto JM, Macêdo-Costa KN. Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review. *Rev Pesqui* [Internet]. 1 Jul 2015 [citado 21 Ago 2023];7(3):2738. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2738-2748>
7. Lima BR, Nunes BK, Guimarães LC, Almeida LF, Pagotto V. Incidence of delirium following hospitalization of elderly people with fractures: risk factors and mortality. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [citado 21 Ago 2023];55:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0467>
8. Gusmao-Flores D, Salluh JI, Chalhoub R, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Crit Care* [Internet]. 2012 [citado 21 Ago 2023];16(4):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc11407>
9. Brown CH. Delirium in the cardiac surgical ICU. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. Abr 2014 [citado 21 Ago 2023];27(2):117-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/aco.0000000000000061>
10. Mori S, Kashiba KI, Silva DV, Zanei SS, Whitaker IY. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. Mar 2009 [citado 21 Ago 2023];21(1):58-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2009000100009>
11. Kuczmarska A, Ngo LH, Guess J, O'Connor MA, Branford-White L, Palihnich K, et al. Detection of delirium in hospitalized older general medicine patients: a comparison of the 3D-CAM and CAM-ICU. *J Gen Intern Med* [Internet]. 6 Out 2015 [citado 21 Ago 2023];31(3):297-303. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3514-0>.
12. Vento DA, Faria AM, Silva LG, Ferreira JC, Guimarães VA. Utilização da escala do medical research council no desmame em pacientes críticos. *Rev Educ em Saude* [Internet]. 21 Dez 2018 [citado 21 Ago 2023];6(2):125-32. Disponível em: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i2.p125-132>.
13. Garcia NG, Sousa CS, Anjos JS, Carreira H, Mendes NOF, Spadari JAA, et al. Escalas de avaliação da dor em ambiente hospitalar. *Revista Eletrônica Saúde e Ciência* [Internet]. 2022 [citado 12 de Outubro de 2023];8(1). Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/562/310>.
14. Mosk C, Mus M, Vroemen J, Van der Ploeg T, Vos D, Elmans L, et al. Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. *Clin Interv Aging* [Internet]. Mar 2017 [citado 21 Ago 2023];12:421-30. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/cia.s115945>.
15. Reynish EL, Hapca SM, De Souza N, Cvoro V, Donnan PT, Guthrie B. Epidemiology and outcomes of people with dementia, delirium, and unspecified cognitive impairment in the general hospital: prospective cohort study of 10,014 admissions. *BMC Med* [Internet]. 27 Jul 2017 [citado 22 Ago 2023];15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0899-0>.
16. Magny E, Le Petitcorps H, Pociumban M, Bouksani-Kacher Z, Pautas É, Belmin J, et al. Predisposing and precipitating factors for delirium in community-dwelling older adults admitted to hospital with this condition: a prospective case series. *PLoS ONE* [Internet]. 23 Feb 2018 [citado 22 Ago 2023];13(2):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193034>.
17. Émond M, Grenier D, Morin J, Eagles D, Boucher V, Le Sage N, et al. Emergency department stay associated delirium in older patients. *Can Geriatr J* [Internet]. 31 Mar 2017 [citado 22 Ago 2023];20(1):10-14. Disponível em: <https://doi.org/10.5770/cgj.20.246>.
18. Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, Mazzone A, Cherubini A, Mossello E, et al. "Delirium day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Med* [Internet]. 18 jul 2016 [citado 22 ago 2023];14(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0649-8>.
19. Kubota K, Suzuki A, Ohde S, Yamada U, Hosaka T, Okuno F, et al. Age is the most significantly associated risk factor with the development of delirium in patients hospitalized for more than five days in surgical wards. *Ann Surg* [Internet]. Maio 2018 [citado 22 Ago 2023];267(5):874-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000002347>
20. Billig AE, Lampert MA, Guerra RR, Steigleder NE. Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [citado 22 Ago 2023];75(suppl 4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0054>
21. Farias AA, Lopes WF, Silva SA, Amaral TL, Prado PR. Delirium em pacientes sob ventilação mecânica em terapia intensiva: coorte prospectiva. *Glob Clin Res J* [Internet]. 2022 [citado 22 Ago 2023];3(2):e252. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200252>
22. Ohl IC, Chavaglia SR, Ohl RI, Lopes MC, Campanharo CR, Okuno MF, et al. Evaluation of delirium in aged patients assisted at emergency hospital service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019

[citado 6 Set 2023];72(suppl 2):153-60. Disponível
em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0386>

DATA DE PUBLICAÇÃO: 15 de Agosto de 2024