

Prevalência e fatores associados com ocorrência de *delirium* em adultos e idosos internados*

Prevalence and factors associated with delirium occurrence in hospitalized adults

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz¹, Leila Coutinho Tagushi², Géssica Crhistine de Carvalho e Silva Martins², Mara Rufino de Andrade³, Katyara Mylena Silveira Ribeiro Lima³

*Recebido do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW-UFPB). João Pessoa, PB.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: *Delirium* é uma complicação grave altamente prevalente em pacientes internados, com importante impacto sobre morbimortalidade hospitalar. O objetivo deste estudo foi verificar prevalência, incidência e fatores de risco de *delirium* em pacientes internados em hospital universitário.

MÉTODO: Estudo observacional de *coorte*, avaliando-se 140 pacientes maiores de 18 anos entre admissão e alta. O instrumento de pesquisa foi o Método de Avaliação de Quadros Confusionais (*Confusion Assessment Method*).

RESULTADOS: A prevalência de *delirium* foi 5,7% (8/140) e a incidência, 2,1%. Nos pacientes com *delirium*, observaram-se alteração do ciclo sono-vigília (6/75%), alteração do nível da consciência (6/75%), pensamento desorganizado (5/62,5%) e retardo psicomotor (5/62,5%). Houve associação significativa com idade, contenção mecânica no leito, antecedente de comprometimento cognitivo prévio, déficit sensorial auditivo e visual, internação psiquiátrica, mau estado geral e mortalidade hospitalar.

CONCLUSÃO: A prevalência de *delirium* no momento da internação foi menor que a encontrada em outros estudos, ocorrendo em pacientes com comprometimento sensorial e psiquiátrico prévio e contenção no leito. Evidenciou-se a importância da idade avançada como fator de risco para o seu desenvolvimento durante a internação e como fator preditivo de mortalidade hospitalar.

Descritores: *Delirium*, Fatores de risco, Internação, Mortalidade.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Delirium is a serious complication highly prevalent in hospitalized medical patients, with significant impact on hospital morbidity and mortality. The objective of this study was to determine prevalence, incidence and risk factors of delirium in patients hospitalized in a university hospital.

METHOD: An observational cohort study evaluating 140 patients over 18 years between admission and discharge. The survey instrument was the Assessment Method Frame Confusion (*Confusion Assessment Method*).

RESULTS: The prevalence of delirium was 5.7% (8/140) and incidence, 2.1%. In patients with delirium were observed alteration of sleep-wake cycle (6/75%), altered level of consciousness (6/75%), disorganized thinking (5/62.5%) and psychomotor retardation (5/62.5%). It was observed a significant association of delirium and age, mechanical immobilization in bed, prior history of cognitive impairment, hearing and visual sensory deficit, psychiatric hospitalization, poor health status and mortality.

CONCLUSION: The prevalence of delirium at admission was lower than that found in other studies, occurring in patients with sensory impairment and psychiatric prior restraint in bed. It was evidenced the importance of age as a risk factor for its development during hospitalization and as a predictor of hospital mortality.

Keywords: Delirium, Hospitalization, Mortality, Risk factors.

INTRODUÇÃO

O *delirium* é um transtorno situado na fronteira entre a neuropsiquiatria e outras especialidades médicas, aparecendo no curso de diversas doenças, principalmente no âmbito da clínica médica e geriatria¹. Trata-se de um transtorno neuropsiquiátrico secundário a uma condição médica geral, altamente prevalente em pacientes internados e de importante impacto sobre sua morbimortalidade². Tem sido demonstrado um aumento progressivo da incidência desta síndrome na população maior de 60 anos², mas com detecção tardia em 32% a 67% dos casos³. Contudo, Rudberg e col.⁴ salientam a grande heterogeneidade clínica entre os pacientes que desenvolvem *delirium* durante internações clínicas, embora existam poucos dados referentes a pacientes de diversas faixas etárias ou em relação a gênero e doença clínica de base.

Pacientes com *delirium* têm maior risco de várias complicações, como pneumonia, úlcera de decúbito e complicações pós-cirú-

1. Professora do Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil

2. Médicas Residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil

3. Graduandas do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil

Apresentado em 19 de janeiro de 2012

Aceito para publicação em 23 de maio de 2012

Conflito de interesses: Nenhum

Endereço para correspondência:

Dra. Rilva Lopes de Sousa-Muñoz

Departamento de Medicina Interna / Hospital Universitário Lauro Wanderley / UFPB

Campus I, s/n - Cidade Universitária

58050-000 João Pessoa, PB.

E-mail: rilva@ccm.ufpb.br

gicas, assim como internações mais longas e pior prognóstico⁵. Diante desses dados, o presente estudo teve como objetivos verificar prevalência, incidência, fatores de risco e desfecho de pacientes com *delirium* internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário.

MÉTODO

Estudo observacional, do tipo *coorte*, em que o paciente foi acompanhado desde o período de admissão hospitalar, com ou sem detecção do episódio de *delirium*, até sua alta.

Os pacientes elegíveis foram convidados a participar da pesquisa, diretamente ou através de seus responsáveis e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi feita também a captação de dados referentes ao período prévio à internação (pré-hospitalar). Foram recrutados os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica (ECM) do HULW que preencheram os critérios de inclusão/exclusão.

O recrutamento dos pacientes foi realizado de maneira acidental, com seleção dos pacientes consecutivamente internados nas ECM do HULW até obtenção de um tamanho amostral de 140 pacientes. Este tamanho da amostra foi calculado para estimar uma proporção de *delirium* referente à população de interesse, ou seja, a frequência do evento, supondo-se que a verdadeira taxa desta condição seja de aproximadamente 10% e que a diferença entre a prevalência real e estimada seja de até 5%, a um nível de significância de 5%.

Os pacientes recrutados deveriam ter, no máximo, 24h de internação nas ECM. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: a) pacientes de ambos os sexos admitidos para tratamento clínico nas ECM do HULW; e b) idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos da amostra os pacientes com suspeita diagnóstica, ou diagnóstico confirmado, de quadro de demência (considerado pela existência de diagnóstico clínico prévio), assim como pacientes em coma, com escore da escala de coma de Glasgow menor ou igual a 8.

Antes do início formal do estudo foi realizado um pré-teste para fazer ajustes nos procedimentos metodológicos.

Durante o período do estudo, os pesquisadores revisaram diariamente o livro de admissões das ECM, anotando cada novo paciente internado para depois procederem à avaliação dos critérios de seleção, submetendo-o às medições pré-estabelecidas; desta maneira todos os pacientes do estudo tiveram uma primeira avaliação dentro das primeiras 24h de internação hospitalar.

Posteriormente à admissão, as enfermarias foram visitadas três vezes por semana no mesmo horário do dia (8h00) para acompanhamento.

Os instrumentos de pesquisa foram o Método de Avaliação de Quadros Confusionais – *Confusion Assessment Method* (CAM)⁶ e a Escala de Coma de Glasgow⁷.

O CAM é um instrumento criado para a avaliação diagnóstica de *delirium*⁶, validado no Brasil por Fabbri e col. com sensibilidade de 94,1%, especificidade de 96,3% e confiabilidade entre avaliadores de 0,70⁸. O diagnóstico de *delirium* exige necessariamente a presença dos itens 1 e 2 do CAM (início agudo e distúrbio da atenção) e/ou dos itens 3 e 4 (pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência).

Foram registrados em formulário padronizado, diferentes variáveis demográficas e clínicas: (1) demográficas (idade; sexo; estado civil; grau de instrução; procedência (Grande João Pessoa / Interior); ocupação) e (2) clínicas (diagnóstico definitivo principal); antecedente de redução da acuidade visual e hipocausia, dados da ectoscopia à admissão; imobilização mecânica no leito; uso abusivo ou dependência de álcool; uso de medicamentos; traumatismo craniano; tuberculose; tabagismo; drogas ilícitas, antecedentes de depressão, internação psiquiátrica e de déficit cognitivo crônico; duração da permanência hospitalar; número de atendimentos médicos e de internações prévias; e mortalidade hospitalar.

O diagnóstico definitivo principal que motivou a internação do paciente no HULW foi categorizado por grupo de doenças segundo a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Imobilização foi definida como sujeição mecânica no leito por uso de barras metálicas ou laços para manter imóvel o paciente. História de déficit cognitivo crônico foi definida como a referência do paciente, familiar ou ambos, de um déficit das funções cognitivas de ao menos seis meses, suficiente para afetar a habilidade do paciente de reconhecer as pessoas, realizar as atividades da vida diária ou deambular sem ajuda.

Os dados obtidos foram inseridos, processados e analisados com o programa SPSS 15.0 para *Windows*. Na análise estatística descritiva, calcularam-se frequências absolutas e relativas para as variáveis discretas e médias e desvio-padrão para as intervalares. Para a análise inferencial dos dados, foram estratificadas as diferentes variáveis e utilizado o teste *t* de Student para a comparação das médias de idade entre os grupos de pacientes com e sem *delirium*, o teste Qui-quadrado (ou o Exato de Fisher) para a comparação de variáveis qualitativas, considerando-se como diferença estatisticamente significativa o valor de $p = 0,05$.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW-UFPB) com registro SISNEP – CAAE 0070.0.126.000-2007.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 140 pacientes. A maioria era do sexo feminino (55%). A idade mínima dos pacientes entrevistados foi de 18 anos e a máxima, de 89 anos, com média de $47,3 \pm 17,3$ anos; 19,6% tinham idade entre 18 e 29 anos; 36,2% entre 30 e 49 anos; 33,3% entre 50 e 69 anos; e 10,9% mais de 70 anos. Os idosos (a partir dos 60 anos) representaram 26,4% da amostra.

A escolaridade média da amostra foi de $5,3 \pm 4,1$ anos. A maioria dos pacientes era parda (52,9%). Observou-se que 56,4% dos pacientes eram residentes em João Pessoa e região metropolitana. A profissão mais frequente foi a de agricultor (17,1%), seguida pela de dona de casa (15,7%), 52,9% mantinham atividade laboral.

Observou-se que as doenças do aparelho digestório foram as mais frequentes (24,3%). A segunda categoria mais frequente foi a das doenças cardiovasculares (14,3%), seguida pelas doenças reumatológicas (13,6%). Quanto ao diagnóstico principal por doença específica, as hepatopatias (cirrose hepática e hipertensão portal

esquistossomótica) foram as mais frequentes (16,3%), seguido pelo diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (8,5%) e lúpus eritematoso sistêmico (5%).

A prevalência de *delirium* à admissão hospitalar foi de 5,7% (8/140), ou seja, oito pacientes alcançaram o ponto de corte na aplicação do CAM. Estes oito pacientes com *delirium* apresentaram início agudo do quadro e distúrbio da atenção. A maioria apresentou alteração do ciclo sono-vigília (6/75%), alteração do nível da consciência (6/75%), pensamento desorganizado (5/62,5%), e retardo psicomotor (5/62,5%).

Quanto à evolução dos pacientes que desenvolveram ou não *delirium*, durante o acompanhamento, observou-se que 32,1% apresentaram mudança em algum dos itens do CAM, sendo o item 10 (alteração do ciclo sono-vigília) o que mais sofreu mudanças (22,1%).

Na amostra total (n = 140), através da aplicação do CAM, detectaram-se, como alterações mais comuns, a dificuldade de focalizar a atenção, alteração do nível de consciência e da memória (Tabela 1), porém apenas 5,7% foram classificados como portadores de *delirium* à admissão.

Tabela 1 - Aplicação do Método de Avaliação de Quadros Confusionais (*Confusion Assessment Method* – CAM) (n = 140).

Sintomas de <i>delirium</i> (itens do CAM)	f	%
Alteração do ciclo sono-vigília	23	16,4
Dificuldade de focalizar a atenção	15	10,8
Alteração do nível de consciência	14	10
Alteração da memória	14	10
Retardo psicomotor	12	8,6
Mudança aguda no estado mental de base do paciente	9	6,4
Desorientação	6	4,3
Pensamento desorganizado	5	3,6
Alteração da percepção	2	1,4
Agitação psicomotora	1	0,7

Três pacientes evoluíram com sinais de *delirium* no decorrer da internação, embora não os apresentassem no início. Portanto, a taxa de incidência de *delirium* foi de 2,1%.

As variáveis etnia e procedência não tiveram correlação com o surgimento de *delirium*, porém observou-se que os pacientes que se declararam inativos tiveram maior índice de desenvolvimento de *delirium* (10,3%) do que os ativos (2,5%).

Verificou-se associação significativa entre idade e *delirium* detectado pelo CAM (p = 0,03), observando-se maior frequência em pacientes mais velhos. Entre os idosos, a prevalência de CAM positivo foi de 10,8%, enquanto em pacientes com menos de 60 anos, esta taxa foi de 3,9%. A média de idade dos pacientes com *delirium* foi de 58,6 ± 15,6 anos, enquanto a dos pacientes que não apresentaram foi de 46,6 ± 15,5 anos, registrando-se uma diferença significativa entre as médias de idade dos dois grupos (p = 0,04).

Os casos de detecção de *delirium* ocorreram em pacientes com doenças do aparelho digestório (2), doenças hematológicas (2), infecciosas (2), neurológicas (1) e reumatológicas (1), não havendo, contudo, associação estatisticamente significativa quando se comparou a ocorrência de *delirium* entre as diversas categorias da CID-10 (Gráfico 1).

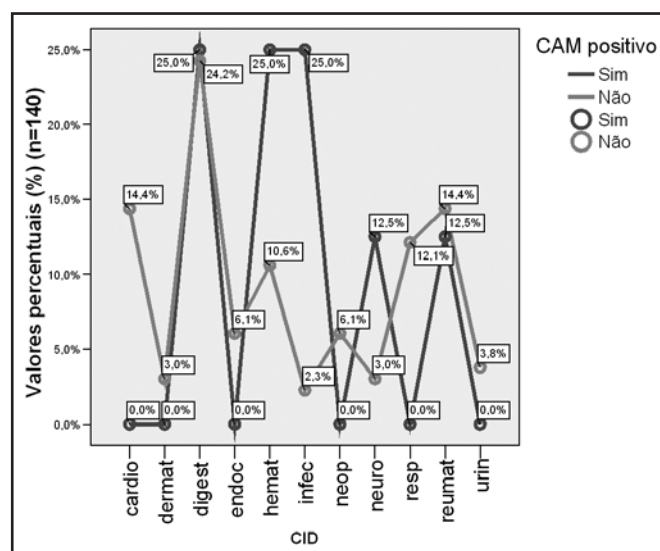


Gráfico 1 - Ocorrência de *delirium* por categoria diagnóstica da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde), considerando os diagnósticos principais dos pacientes.

O tempo de permanência hospitalar não diferiu entre os que apresentaram *delirium* (18,9 ± 12,6 dias) em relação aos que não apresentaram (22,2 ± 14,4 dias). Também não houve associação significativa entre número de atendimentos médicos anteriores e número de hospitalizações prévias com *delirium*.

As variáveis antecedentes de traumatismo craniano, tuberculose, consumo alcoólico, episódios anteriores de *delirium tremens*, tabagismo, uso de benzodiazepínicos, uso prévio drogas ilícitas e história de depressão não apresentaram associação estatisticamente significativa com positividade na aplicação do CAM.

Entre os medicamentos utilizados pelos pacientes e listados anteriormente, os que apresentaram associação estatística significativa com ocorrência de *delirium* foram os antibióticos (p = 0,02), simpaticomiméticos (p = 0,03) e anti-histamínicos (p = 0,004). Em relação aos dados pesquisados do exame físico geral, apenas as variáveis “descolorado” (p = 0,04), “desnutrido” (p = 0,03) e “presença de *flapping*” (p = 0,001) apresentaram associação com CAM positivo; “desidratado” e os demais dados da ectoscopia não se associaram significativamente com a ocorrência de *delirium*.

A imobilização no leito por contenção mecânica associou-se significativamente com a presença de *delirium* (p = 0,0001). Contudo, verificou-se que os pacientes contidos no leito tinham valores medianos de idade maiores que os não imobilizados.

Foi estatisticamente significativa (p = 0,006) a associação entre história de déficit cognitivo (definido pela história pregressa) e *delirium*. Os pacientes que tinham déficit cognitivo crônico apresentaram *delirium* em 33,3% dos casos, enquanto 4,4% dos que não tinham este antecedente alcançaram o ponto de corte do CAM. Outra variável que apresentou associação com *delirium* foi antecedente de internação psiquiátrica (p = 0,03).

A ocorrência de *delirium* no início da internação apresentou uma associação estatisticamente significativa com mortalidade hospitalar (p = 0,03). Verificou-se que 37,5% dos pacientes que morreram durante a internação apresentaram quadro compatível com *delirium* à admissão, maior que os 11,4% dos pacientes que não tiveram esse desfecho (Gráfico 2).

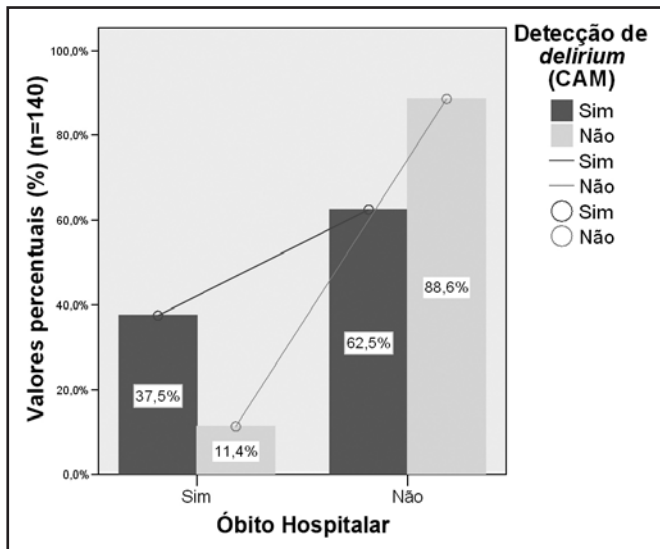


Gráfico 2 - Relação entre mortalidade e detecção de *delirium* à admissão hospitalar.

O escore médio da amostra na escala de coma de Glasgow foi de 14,9 e o desvio-padrão de 0,5 ($14,9 \pm 0,5$). Verificou-se que 97,8% dos pacientes atingiram o escore 15, enquanto 0,7% alcançaram o escore 14. Apenas 0,7% apresentaram escore 11% e 0,7%, o escore 10. A escala de coma de Glasgow teve correlação com *delirium* ($p = 0,0001$); observou-se que 100% dos pacientes com escore entre 11 e 14 apresentaram *delirium*.

DISCUSSÃO

A caracterização da amostra evidencia predominância de pacientes de meia-idade e idosos, corroborando pesquisas anteriores no serviço de clínica médica do HULW nos últimos 10 anos⁹.

A variável primária deste estudo baseou-se na aplicação do Método de Avaliação de Quadros Confusionais, que é um instrumento criado para a avaliação diagnóstica de *delirium*, necessitando para isso a presença dos itens um e dois da escala (início agudo e distúrbio da atenção) e/ou dos itens três e quatro (pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência)⁶.

A prevalência de *delirium* encontrada no presente estudo foi menor que as taxas reportadas na literatura, porém os trabalhos publicados enfocam principalmente a prevalência de *delirium* em pacientes idosos. Chávez-Delgado e col.¹⁰ observaram prevalência de 38,3% e incidência de 11,7% de *delirium* entre idosos internados; os pacientes que desenvolveram *delirium* eram mais velhos que os que não desenvolveram este quadro. Em outro estudo¹¹ realizado em hospital universitário (enfermarias clínicas e cirúrgicas), a prevalência de *delirium* foi de 15% em idosos, com incidência de 26%.

Estudo¹² que abordou a prevalência de *delirium* em uma coorte de 133 pacientes internados de diversas idades, verificou-se uma taxa de 15%, quase três vezes a proporção encontrada no presente trabalho. Contudo, é preciso considerar a grande heterogeneidade de apresentação clínica de pacientes com *delirium*⁴.

A faixa etária dos pacientes do presente estudo foi diversificada, embora tenha havido predominância de pacientes de meia-idade, sendo um terço da amostra constituída por idosos.

Entretanto, é preciso salientar que as taxas de prevalência variam muito de um serviço de saúde para outro. Ouimet e col. destacaram este aspecto, relatando que a prevalência de *delirium* em unidades de terapia intensiva¹³, por exemplo, variou entre 11% e 80%, encontrando na sua própria casuística uma taxa de 31,8%. Supõe-se que a prevalência também deva variar em serviços de atenção terciária como o da população incluída no presente estudo.

A incidência observada neste estudo foi pequena, menor que a prevalência inicial, o que pode indicar o resultado da melhora das condições clínicas e gerais dos pacientes, reduzindo-se a ocorrência de fatores predisponentes de natureza metabólica, hemodinâmica, toxi-infecciosa, hidroeletrólítica, entre outros fatores que levam ao *delirium* durante uma internação.

Deve-se ressaltar que, segundo o CAM, grande número dos pacientes com *delirium* apresentou alteração do nível de consciência e alteração do ciclo sono-vigília. A maioria dos pacientes apresentou pensamento desorganizado, porém menor proporção apresentou desorientação, distúrbio da memória e agitação psicomotora. Chamou atenção a pequena prevalência de distúrbios perceptivos na amostra.

Os aspectos clínicos do *delirium* são multiformes e variam rapidamente com o tempo. Esta variabilidade e flutuação é característica do *delirium*, e também pode levar à confusão diagnóstica. Contudo, o aparecimento de intervalos de lucidez no curso clínico de um paciente é uma observação importante, sendo fator diagnóstico para *delirium*.

Por outro lado, a mudança do quadro no que se refere à alteração da pontuação do CAM foi pequena. Estes dados são de difícil comparação com a literatura, devido à complexidade e multiplicidade de variáveis envolvidas na evolução de *delirium*, além da já mencionada heterogeneidade clínica da síndrome de *delirium*. O uso da escala psicométrica CAM na busca diagnóstica do *delirium* é associado à validade e confiabilidade satisfatórias. Embora o exame clínico usual tenha apresentado boa especificidade (99%) para detecção da síndrome em pacientes idosos em um departamento de emergência, a sensibilidade foi baixa (35%)¹⁴. Além disso, um estudo de Zou¹⁵ mostrou superioridade do CAM em relação a múltiplas observações clínicas, com melhor sensibilidade (85 versus 73%) e especificidade (100 versus 93%) na detecção de *delirium*. Desta forma, considera-se que a validade interna dos resultados observados não foi causa para a variabilidade da prevalência do quadro.

Quanto à evolução clínica, o dado mais importante foi a relação de *delirium* com mortalidade hospitalar. Foi estatisticamente significativa a relação entre CAM e mortalidade, o que está em consonância com a literatura que evidencia que esta síndrome está associada à maior mortalidade^{12,13}.

O escore da escala de coma de Glasgow foi 13,7, apresentando correlação com a positividade do CAM, o que é um dado esperado uma vez que as duas escalas medem construtos que estão associados. Nenhum paciente teve escore na escala menor do que oito porque esse valor foi critério de exclusão e o paciente estaria em coma, impossibilitando a aplicação das escalas.

A existência de doenças clínicas de base, principalmente as que foram mencionadas, representa um fator de risco importante para a ocorrência de *delirium*. As doenças mencionadas estão ge-

ralmente associadas à ocorrência de *delirium*¹⁵. Contudo, é mais comum a etiologia do *delirium* ser multifatorial, associando fatores predisponentes e precipitantes^{6,16}.

O abuso prévio de álcool também é um fator de risco muito importante para a ocorrência de *delirium*¹⁵, porém não foi encontrada esta associação no presente estudo, nem a relação com o antecedente de episódios de *delirium tremens*.

A prescrição medicamentosa está implicada em até 40% dos casos de *delirium* e deve ser considerado um fator predisponente^{1,16,17}. Virtualmente qualquer medicamento pode desencadear o quadro de *delirium*, porém os principais fármacos relacionados ao *delirium* são benzodiazepínicos, anticolinérgicos e analgésicos narcóticos. No presente estudo, observou-se associação de *delirium* com os antibióticos, o que pode representar um fator de confusão, considerando que fatores toxi-infecciosos subjacentes ao uso destes medicamentos estariam associados ao *delirium*.

Inouye¹⁷ relata que o sexo masculino constitui fator predisponente para desenvolvimento de *delirium*, porém, no presente estudo a diferença de ocorrência entre sexo masculino e feminino não foi estatisticamente significativa.

Indivíduos com lesão cerebral prévia e idade avançada são muito vulneráveis ao desenvolvimento de *delirium*. Além disso, certas condições se associam ao início de um quadro de *delirium*: privação de sono, déficit sensorial (em especial, visual ou auditivo), imobilização, desidratação e desnutrição^{18,19}. Pompei e col.¹¹ relataram a associação entre *delirium* e déficit cognitivo anterior²⁰. Também Chávez-Delgado e col. observaram que 48,5% dos pacientes que apresentaram *delirium* apresentavam antecedente de déficit sensorial, dado concordante com os resultados do presente trabalho¹⁰.

Pacientes com *delirium* apresentam, em comparação com pacientes de grupos controles, maior risco para mortalidade intra-hospitalar e após a alta²¹. Nesse sentido, é preciso salientar que além da relevância epidemiológica do presente estudo, há uma contribuição adicional importante: o reconhecimento deste transtorno na rotina da enfermagem de clínica médica do HULW, pois o *delirium* é comumente subdiagnosticado; aproximadamente 70% dos casos não são reconhecidos pelos médicos¹⁰, levando a um aumento nas taxas de mortalidade e morbidade. Nesse sentido, em hospitais onde são atendidas altas proporções de pacientes com *delirium*, como uma comorbidade de um diagnóstico somático principal, deveriam ser incluídas medidas para detecção precoce e intervenção em pacientes com esta condição²².

É relatada na literatura a relação entre *delirium* e maior tempo de permanência hospitalar^{10,21,23}, porém, no presente estudo, não se observou tal associação. Contudo, a literatura também mostra trabalhos em que não foram observadas diferenças na permanência hospitalar após episódio de *delirium*, como o de Mittal e col. um estudo de *coorte* de pacientes internados²⁴.

Inouye e col.²⁵ identificaram cinco fatores de risco para *delirium*: demência, déficit visual, incapacidade funcional, presença de comorbidades e contenção mecânica no leito. Esta última associação foi verificada no presente trabalho, porém a imobilização foi mais frequente em idosos, que foram os pacientes que mais apresentaram *delirium* e, portanto, a contenção pode ter atuado como uma variável interveniente nesta relação. Esse achado indicou a participação da variável idade na relação entre imobilização

no leito e positividade no CAM. Esta associação deveria ser mais bem estudada para que inferências mais precisas possam ser feitas. Considerando o modelo multifatorial proposto por Inouye e col.²⁵ para explicação do *delirium*, há uma relação complexa entre um paciente vulnerável, com fatores predisponentes como doença clínica grave, déficit cognitivo, déficits sensoriais e fatores precipitantes, ocorridos durante o período de hospitalização do paciente. Tais aspectos são altamente prevalentes nos pacientes internados nas ECM do HULW e, portanto, a síndrome de *delirium* deveria ser levada em consideração em todos os pacientes atendidos no serviço, para facilitar o reconhecimento e reduzir a sua morbimortalidade dessa população.

CONCLUSÃO

A prevalência geral de *delirium* na amostra foi de 5,7%, taxa menor que a encontrada em outros estudos, e a incidência de *delirium*, de 2,1%, foi pequena. Esta última pode ter resultado de melhora das condições clínicas dos pacientes e da redução de fatores precipitantes de *delirium* em virtude do tratamento instituído para a doença de base. Ficou evidenciada a importância da idade avançada como fator de risco consistente para o desenvolvimento de *delirium* durante uma internação, além do fato de que os pacientes que apresentaram *delirium* no início da internação apresentaram maior taxa de mortalidade hospitalar.

Portanto, o reconhecimento deste transtorno deve ser considerado na rotina da enfermagem de clínica médica do HULW, onde são atendidos pacientes com múltiplas doenças crônicas, pois o *delirium* é comumente não detectado, levando a um aumento nas taxas de mortalidade. O diagnóstico de *delirium*, um ato puramente clínico, baseado na observação do paciente e na valorização dos dados fornecidos pela família, deve ser realizado sistematicamente em pacientes nesse contexto para reduzir o subdiagnóstico de um quadro mórbido com importantes implicações prognósticas.

REFERÊNCIAS

- González M, de Pablo J, Valdés M. Delirium: the clinical confusion. Rev Med Chile 2003;131(9):1051-60.
- Homsí J, Luong D. Symptoms and survival in patients with advanced disease. J Palliat Med 2007;10(4):904-9.
- Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. Rev Psiquiatr 2005;32(3):97-103.
- Rudberg MA, Pompei P, Foreman MD, et al. The natural history of delirium in older hospitalized patients: a syndrome of heterogeneity. Age Aging 1997;26(3):169-74.
- Cole MG, Primeau FJ. Prognosis of delirium in elderly hospital patients. CMAJ 1996;149(1):41-6.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113(12):941-8.
- Teasdale GB, Jennett L, Murray G. "Glasgow coma scale: to sum or not to sum." Lancet 1983;2(8351):678.
- Fabrizi RM, Moreira MA, Garrido R, et al. Validity and reliability of Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. Arq Neuropsiquiatr 2001;59(2-A):175-9.
- Sousa RL, Maroja JLS, Cunha GN, et al. Detecção clínica de

- consumo alcoólico em pacientes internados no hospital-escola da UFPB. *Rev Bras Med* 2005;62(9):387-90.
10. Chávez-Delgado ME, Virgen-Enciso N, Pérez-Guzmán J, et al. Detection of delirium in hospitalized elderly patients using the confusion assessment method. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(4):321-8.
 11. Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, et al. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(8):809-15.
 12. Thomas RI, Cameron DJ, Fahs MC. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. Exploratory study. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(10):937-40.
 13. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med* 2006;33(1):66-73.
 14. Elie M, Rousseau F, Cole M, et al. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ* 2000;163(8):977-81.
 15. Zou Y. Detection and diagnosis of delirium in the elderly: psychiatrist diagnosis, confusion assessment method, or consensus diagnosis? *Int Psychogeriatr* 1998;19(3): 303-8.
 16. Fann JR. The epidemiology of delirium: a review of studies and methodological issues. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5(2):64-74.
 17. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10(5):393-400.
 18. Conn DK, Lief S. Diagnosing and managing delirium in the elderly. *Can Fam Physician* 2001;47:101-8.
 19. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354(11):1157-65.
 20. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med* 1998;13(4):234-42.
 21. Santos FS. Mecanismos fisiopatológicos do delirium. *Rev Psiquiatr Clin* 2005;32(3):104-12.
 22. Stevens LE, De Moore GM, Simpson M. Delirium in hospital: does it increase length of stay? *Aust N Z J Psychiatry*, 1998;32(6):805-8.
 23. O'Keefe SL, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(2):174-8.
 24. Mittal D, Majithia D, Keneth R, et al. Differences in characteristics and outcome of delirium as based on referral patterns. *Psychosomatics* 2006;47(5):367-75.
 25. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, et al. Delirium at discharge: development and validation of a predictive model. *Arch Intern Med* 2007;167(13):1406-13.