

DELIRIUM: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR EM IDOSOS

DELIRIUM: PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE POSTOPERATIVE PERIOD OF CARDIOVASCULAR SURGERY IN THE ELDERLY

DELIRIUM: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON EL PERÍODO POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN LOS ANCIANOS

Klícia Barbosa Bezerra Matioli¹
Iel Marciano de Moraes Filho²
Thaís Vilela de Sousa³
Mayara Cândida Pereira⁴
Rodrigo Marques da Silva⁵
Erika Silva de Sá⁶
Maria Liz Cunha de Oliveira⁷

Como citar este artigo: Matioli KBB, Moraes Filho IM, Sousa TV, Pereira MC, Silva RM, Sá ES, et al. *Delirium*: prevalência e fatores associados ao pós-operatório de cirurgia cardiovascular em idosos. Rev baiana enferm. 2021;35:e42203.

Objetivo: identificar a prevalência de *delirium* em idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva que estejam em pós-operatório de cirurgia cardiovascular e verificar associação entre o *delirium* e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Método: estudo transversal, analítico, realizado em um centro cardiológico do Distrito Federal, Brasília, Brasil. Foram analisados idosos internados entre junho e outubro de 2018. A triagem para *delirium* foi realizada utilizando o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit*. Resultados: o sexo masculino teve incidência de 65% e a hipertensão arterial sistêmica (75%) foi a doença crônica mais relatada; 30% apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio e maior tempo em circulação extracorpórea, além de terem permanecido mais tempo internados; e 30% dos delirantes evoluíram a óbito. Conclusão: a prevalência encontrada foi de 40% e estava associada ao mais idoso, ao sexo masculino, ao nível significativo de escolaridade, ao uso de tabaco, à apresentação de comorbidades prévias; estes, permaneceram mais tempo internados e morreram mais quando comparados ao outro grupo.

Descritores: Delírio. Idoso. Unidade de Terapia Intensiva. Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares. Enfermagem Cardiovascular.

¹ Enfermeira. Mestre em Gerontologia. Docente do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. klicia barbosa@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-4449-7309>.

² Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Docente da Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0798-3949>.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-7498-516X>.

⁴ Enfermeira. Mestre em Gerontologia. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0242-6262>.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-2881-9045>.

⁶ Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Enfermeira Assistencialista no Centro de Reabilitação e Readaptação Doutor Henrique Santillo. Goiânia, Goiás, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-3026-6091>.

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Católica de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-5945-1987>.

Objective: to identify the prevalence of delirium in elderly inpatients from an Intensive Care Unit in the postoperative period of cardiovascular surgery and to verify an association between delirium and sociodemographic and clinical variables. Method: cross-sectional, analytical study, carried out in a cardiology center. Elderly inpatients between June and October 2018 were analyzed. Screening for delirium was performed using the Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit. Results: males had an incidence of 65% and systemic arterial hypertension (75%) was the most reported chronic disease; 30% had acute myocardial infarction and longer time in cardiopulmonary bypass, in addition to having remained hospitalized longer; and 30% of the delusional ones died. Conclusion: the prevalence found was 40% and was associated with the elderly, with the male sex, with the significant level of education, use of tobacco, previous comorbidities; these remained hospitalized longer and died more when compared to the other group.

Descriptors: Delirium. Aged. Intensive Care Unit. Cardiovascular Surgical Procedures. Cardiovascular Nursing.

Objetivo: identificar la prevalencia del delirium en ancianos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo postoperatorio de la cirugía cardiovascular y verificar una asociación entre el delirium y las variables sociodemográficas y clínicas. Método: transversal, estudio analítico, realizado en un centro de cardiología. Se analizaron los ancianos hospitalizados entre junio y octubre de 2018. La detección del delirium se realizó utilizando el Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit. Resultados: los hombres tenían una incidencia del 65% y la hipertensión arterial sistémica (75%) fue la enfermedad crónica más notificada; El 30% tenía infarto agudo de miocardio y más tiempo en circulación extracorpórea, además de haber permanecido hospitalizado más tiempo; y el 30% de los delirantes murieron. Conclusión: la prevalencia encontrada fue del 40% y se asoció con los ancianos, con el sexo masculino, con el nivel significativo de educación, con el uso del tabaco, con la presentación de comorbilidades anteriores; estos permanecieron hospitalizados más tiempo y murieron más en comparación con el otro grupo.

Descritores: Delirio. Anciano. Unidad de Cuidados Intensivos. Procedimientos Quirúrgicos Cardiovasculares. Enfermería Cardiovascular.

Introdução

O *delirium* é caracterizado pela perturbação e disfunção do estado de consciência, alteração do ciclo sono-vigília, diminuição das habilidades de atenção, disfunção da memória, problemas com a linguagem, além de distúrbio psicomotor. Manifesta-se de forma aguda e flutuante, podendo causar alucinações⁽¹⁾.

Devido à sua natureza peculiar, diversos fatores são observados em sua aparição, e normalmente é verificada a presença de história prévia de *delirium*, demências, alcoolismo, história de acidente vascular encefálico prévio, cateterismo vesical, desnutrição, polifarmácia, infecção, desidratação, pós-operatório, imobilidade, doenças graves, fragilidade, déficits visuais entre outros⁽²⁾.

Assim, por ser um distúrbio de caráter mais funcional do que estrutural, é importante utilizar as características clínicas aliadas a instrumentos capazes de facilitar sua identificação⁽³⁾. A falta de diagnóstico é um problema constante em diversas unidades de tratamento; acredita-se que até 66% dos casos deixam de ser observados,

aumentando assim a morbimortalidade associada. Mesmo que parte dos pacientes se recupere, muitos irão evoluir para estupor, comas, convulsões e até mesmo óbito, decorrendo de causas associadas, como pneumonias, lesões de pele, quedas e fraturas⁽⁴⁾.

O *delirium* é mais frequente entre os doentes idosos e está associado a uma deterioração cognitiva mais grave, quando comparado com uma população de doentes mais jovens. Verifica-se aumento significativo da prevalência de *delirium* na população geral de acordo com a idade: acontecem em 0,4% dos indivíduos com mais de 18 anos, em 1,1% dos indivíduos com mais de 55 anos e em 13,6% dos idosos com mais de 85 anos⁽⁵⁾.

Dessa forma, mecanismos variados estão envolvidos no desencadear de quadros delirantes, e fatores perioperatórios podem interagir com as particularidades individuais e ambientais, criando um elo que terá como resultado a instalação do *delirium*⁽⁶⁾.

Particularmente, *delirium* em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca demonstra resultados como aumento da morbidade e mortalidade, além de apresentar risco elevado de desenvolver arritmias, doenças renais e insuficiência cardíaca congestiva⁽⁷⁾, e pode estar associado ao aumento de, pelo menos, seis vezes das chances de óbito⁽⁸⁾. Dessa forma, é preciso identificar os fatores associados ao *delirium* no idoso submetido a procedimento cirúrgico cardiovascular.

Logo, este estudo se justifica pela necessidade de elucidar os fatores associados ao *delirium*, para melhor atender esta clientela, visando diminuir a morbimortalidade, as chances de complicação e óbito em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Para atender a este propósito, o presente estudo teve por objetivo identificar a prevalência de *delirium* em idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que estejam em pós-operatório de cirurgia cardiovascular, e verificar associação entre o *delirium* e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Método

Trata-se de estudo de natureza quantitativa e caráter transversal e analítico, realizado na UTI de uma instituição de atendimento de referência em cardiologia do Distrito Federal (DF), especializada em cardiologia clínica e cirúrgica de alta complexidade, de caráter filantrópico, que realiza atendimentos particulares, convênios e parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2018, período no qual ocorreram 56 intervenções cirúrgicas cardiovasculares. Foram incluídos no estudo pacientes com idade superior a 60 anos, que iriam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos que abordassem o sistema cardiovascular e que tinham seu pós-operatório reservado em leito de UTI. Foram excluídos os pacientes que evoluíram a óbito no intraoperatório. Dos 56 indivíduos previstos para intervenção cirúrgica, 6 recusaram participar da pesquisa; assim, a população de acesso

foi composta por 50 idosos, isto é, 89,28% da população inicial.

Os dados foram retirados dos prontuários e coletados por entrevista com os pacientes internados na UTI ou seus familiares. O instrumento de coleta de dados foi criado pela própria equipe de pesquisadores e abordava variáveis de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade) e clínica (motivo da internação, desfecho da internação, tempo de permanência na UTI, comorbidades, medicações utilizadas, intercorrências clínicas e procedimentos invasivos). A variável desfecho *delirium* foi avaliada pelo instrumento *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU). O CAM-ICU é um instrumento ideal na utilização para pacientes em ambiente de UTI, que estejam em uso de ventilação mecânica ou não, e pode ser utilizado por qualquer profissional da equipe multiprofissional⁽⁹⁾. Trata-se de ferramenta de aplicação rápida, que não conta com respostas verbais do paciente para verificação do diagnóstico⁽¹⁰⁾.

Os critérios de avaliação do CAM-ICU avaliam os quatro recursos diagnósticos do CAM do delírio usando perguntas que não requerem respostas verbais. A característica 1 é avaliada usando a escala de agitação e sedação de Richmond. Se houver uma flutuação na escala de sedação ou evidência de alteração aguda, a característica será considerada presente. O recurso 2 é avaliado usando o Exame de Triagem de Atenção, envolvendo a tarefa *Vigilance A* e o reconhecimento de imagem. O recurso 3 é avaliado com base na capacidade do paciente de responder corretamente a duas perguntas, sim ou não, e de seguir comandos básicos. O recurso 4 é avaliado usando o *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), com valores diferentes de 0, considerados anormais. Depois que a presença ou a ausência de cada recurso CAM é determinada, o algoritmo de diagnóstico CAM é usado para determinar a presença ou ausência de delírio⁽³⁾.

Os dados coletados foram inseridos em programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), IBM SPSS, versão 17, Armonk,

NY, IBM Corp, no qual também foram realizadas todas as análises. As variáveis quantitativas foram apresentadas na forma de média \pm desvio-padrão, enquanto as variáveis qualitativas foram mostradas como frequência absoluta e relativa.

A normalidade da distribuição dos dados foi verificada utilizando-se o teste de Kolmogorv-Smirnov. Para analisar a associação das variáveis qualitativas com a distribuição normal e o desfecho (presença ou ausência de *delirium*), utilizou-se o teste t de Student. Já para aquelas com distribuição não normal, foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para matrizes com valores esperados inferior a 5, foi aplicado o Teste Exato de Fischer. Para a comparação de variáveis contínuas entre os grupos (com e

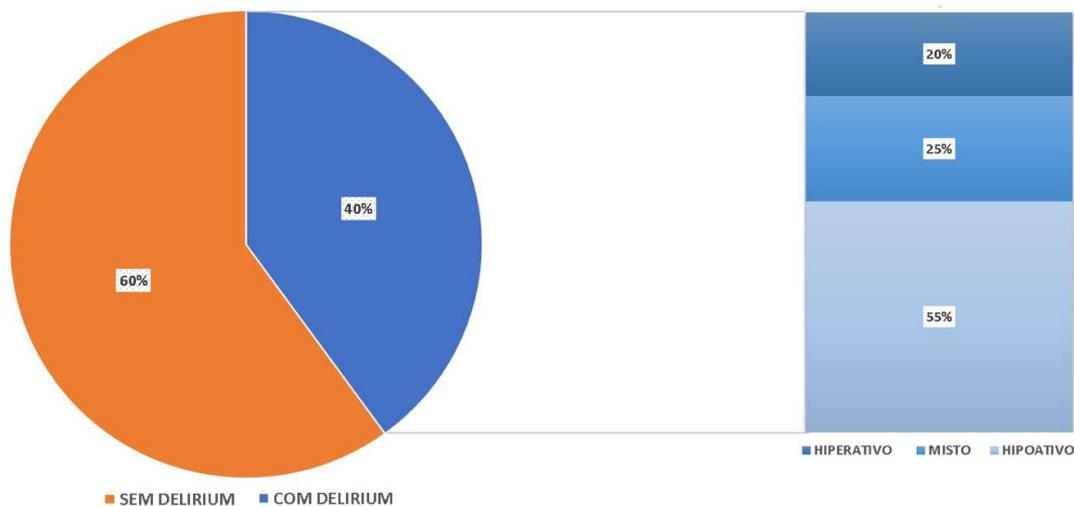
sem *delirium*) foi utilizado o teste F (Modelo ANOVA). Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

O presente estudo respeitou todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução n. 466/12 e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, CAAE n. 79451717.2.0000.0026 e Parecer n. 2.402.029.

Resultados

Entre os 50 pacientes avaliados, verificou-se uma prevalência de *delirium* de 40%, sendo a forma hipoativa mais observada, com 55% dos casos, seguido do tipo misto com 25% e hiperativo com 20% (Figura 1).

Figura 1 – Prevalência de *delirium* e formas de apresentação em idosos. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019



Fonte: Elaboração própria.

Dentre os idosos que apresentaram *delirium*, em sua maioria eram da faixa etária de 60 a 69 anos (80%), do sexo masculino (65%) e estudaram até o segundo grau (40%) (Tabela 1).

Para o grupo com *delirium*, a comorbidade mais relatada foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (75%). Cerca de 45% dos delirantes eram tabagistas ativos e 70% não tinham o hábito de ingerir bebidas alcoólicas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (continua)

Variáveis	Sem <i>delirium</i> (n=30)	Com <i>delirium</i> (n=20)
	n (%)	n (%)
Idade (anos)		
60 - 69	24 (80)	10 (50)
70 - 79	3 (10)	8 (40)

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (conclusão)

Variáveis	Sem <i>delirium</i> (n=30)	Com <i>delirium</i> (n=20)
	n (%)	n (%)
Idade (anos)		
>80	3 (10)	2 (10)
Sexo		
Feminino	11 (36,7)	7(35)
Masculino	19 (63,3)	13(65)
Escolaridade		
Primeiro Grau	16 (53,3)	6 (30)
Segundo Grau	4 (13,3)	8 (40)
Terceiro Grau	5 (16,7)	3 (15)
Analfabeto	5 (16,7)	3 (15)
Doenças prévias*		
Hipertensão Arterial Sistêmica	23 (76,7)	15 (75)
Diabetes Mellitus	17 (56,7)	8 (40)
Dislipidemia	15 (50)	5 (25)
Fibrilação Atrial	2 (6,7)	3 (15)
Angina Estável	2 (6,7)	3 (15)
Infarto Agudo do Miocárdio Prévio	5 (16,7)	4 (20)
Acidente Vascular Cerebral	-	2 (10)
Tabagismo	11 (36,7)	9 (45)
Ex-tabagista	11 (36,7)	5 (25)
Etilismo	7 (23,3)	2 (10)
Ex-etilista	1 (3,3)	4 (20)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

*Alguns pacientes possuíam mais de uma doença.

Em relação à necessidade para abordagem cirúrgica nos idosos delirantes, 40% foram abordados por motivos diversos de saúde, porém 30% apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento de Seguimento ST (IAMCSST). Além disso, os idosos delirantes

permaneceram maior tempo em circulação extracorpórea (CEC) (1:58 ±0:56) e tiveram maior tempo de internação na UTI (5,4 ±3,3). Mesmo assim, 70% dos idosos com *delirium* evoluíram com melhora (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (continua)

Motivos do procedimento cirúrgico	Sem <i>delirium</i> (n=30)	Com <i>delirium</i> (n=20)
	n (%)	n (%)
Aneurisma Aórtico	1 (3,3)	3 (15,0)
Angina Instável	4 (13,3)	-
Doença Aterosclerótica	2 (6,6)	2 (10,0)
IAMCSST	8 (26,6)	6 (30,0)
IAMSSST	4 (13,3)	1 (5,0)
IAMSSST / Doença Aterosclerótica	2 (6,6)	-
Outros diagnósticos diversos	9 (30,0)	8 (40,0)

Tabela 2 – Perfil clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (conclusão)

Motivos do procedimento cirúrgico	Sem delirium (n=30)	Com delirium (n=20)
	n (%)	n (%)
Desfecho		
Alta por melhora	28 (93,3)	14 (70,0)
Transferência	2 (6,6)	-
Óbito	-	6 (30,0)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Seguimento ST; IAMSSST: Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Seguimento ST.

Na Tabela 3, apresentam-se os dados do perfil clínico de idosos internados na unidade de terapia intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular.

Tabela 3 – Perfil clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50)

Variáveis	Sem Delirium (n=30)	Com Delirium (n=20)	P-Valor
	Variáveis ±DP	Variáveis ±DP	
Tempo de UTI (dias)	3,3 ±1,5	5,4 ±3,3	0,01
CEC (hora)	1:23 ±0:21	1:58 ±0:56	0,01
SpO2 (%)	96 ±2,4	96 ±3,7	0,93
Glicemia (mg/dL)	139,7 ±43,7	137,6 ±29,6	0,84
Uréia (mg/dL)	49,3 ±20,0	57,2 ±25,6	0,31
Creatinina (mg/dL)	1,3 ±0,5	1,6 ±0,7	0,22

Fonte: Elaboração própria.

DP: Desvio-padrão; UTI: Unidade de terapia intensiva; CEC: Circulação extracorpórea; SpO2: Saturação periférica de oxigênio;

Valor de p inferior a 0,05: associação estatisticamente significativa.

Em se tratando de procedimentos invasivos e tratamento durante a estadia na UTI, a CEC foi realizada no intraoperatório de 90% dos casos com delirium. Ainda no grupo delirante, a dor foi identificada em 75%, o uso de ventilação mecânica invasiva em 40% e o uso de dispositivos, como o cateter venoso central (CVC) e a sonda vesical de demora (SVD), foram observados em 90% e 95% dos idosos respectivamente,

além de 65% que foram contidos mecanicamente (Tabela 4).

Em relação à dieta e o uso de medicamentos sedativos/neurolépticos ou com propriedades vasoativas, 65% dos pacientes delirantes permaneceram em dieta zero, a dobutamina foi a droga vasoativa mais frequentemente utilizada (40%) e o haloperidol e fentanil foram utilizados em 20% e 25% dos casos respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular com relação a procedimentos invasivos e tratamento durante a internação. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (continua)

Variáveis	Sem delirium (n=30)	Com delirium (n=20)
	n (%)	n (%)
Circulação extracorpórea	25 (83,3)	18 (90,0)
Dor	7 (23,3)	15 (75,0)

Tabela 4 – Perfil clínico de idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular com relação a procedimentos invasivos e tratamento durante a internação. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (conclusão)

Variáveis	Sem <i>delirium</i> (n=30)	Com <i>delirium</i> (n=20)
	n (%)	n (%)
Cateter Venoso Central	28 (93,3)	18 (90,0)
Ventilação Invasiva	-	8 (40,0)
Sonda Vesical de Demora	8 (26,7)	19 (95,0)
Contenção	-	13 (65,0)
Despertar diário	29 (96,7)	13 (65,0)
Dieta		
Dieta Zero	-	13 (65,0)
Recusa alimentar	2 (6,7)	2 (10,0)
Via oral	28 (93,3)	5 (25,0)
Sedação		
Não utilizada	29 (96,7)	11 (55,0)
Midazolam	1 (3,3)	3 (15,0)
Propofol	-	1 (5,0)
Dexmedetomidina	-	5 (25,0)
Haloperidol	-	4 (20,0)
Fentanil	1 (3,3)	5 (25,0)
Drogas Vasoativas		
Dobutamina	4 (13,3)	8 (40,0)
Noraepinefrina	1 (3,3)	3 (15,0)
Noraepinefrina / Dobutamina	1 (3,3)	7 (35,0)
Outras	2 (6,7)	1 (5,0)
Não utilizou	22 (73,3)	1 (5,0)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Foram fatores de risco para *delirium* o uso de haloperidol ($p = 0,02$; OR: 2,87), fentanil ($p = 0,03$; OR: 9,66), DVA ($p < 0,001$; OR: 24,75), dor ($p < 0,001$; OR: 9,85), contenção ($p < 0,001$; OR: 5,28), SVD ($p < 0,001$; OR: 52,25), ventilação invasiva ($p < 0,001$; OR: 3,51). Foi fator protetor o despertar diário ($p = 0,005$; OR: 0,06) (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium*. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (continua)

Variáveis	<i>Delirium</i>		P-valor	Odds Ratio	Intervalo de Confiança 95%	
	Sim	Não			Limite Inferior	Limite Superior
Circulação Extracorpórea > 1 hora	17	24	1,0*	1,42	0,08	24,1
Sexo						
Feminino	7	11	0,91	0,93	0,28	3,03
Masculino	13	19	-	-	-	-
Hipertensão Arterial Sistêmica	15	23	1,0	0,91	0,24	3,41
Diabetes Mellitus	8	17	0,24	0,51	0,16	1,61
Dislipidemia	5	15	0,07	0,33	0,09	1,15
Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	3	1,0*	1,0	0,15	6,59

Tabela 5 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de *delirium*. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2019. (N=50) (conclusão)

Variáveis	<i>Delirium</i>		P-valor	Odds Ratio	Intervalo de Confiança 95%	
	Sim	Não			Limite Inferior	Limite Superior
Fibrilação Atrial	3	2	0,37*	2,47	0,37	16,3
Angina Estável	3	2	0,37*	2,47	0,37	16,3
Infarto Agudo do Miocárdio Prévio	4	5	1,0*	1,25	0,29	5,36
Acidente Vascular Cerebral						
Sim	2	0	0,15	2,66	1,85	3,84
Tabagismo						
Sim	9	11	0,68	-	-	-
Ex-fumante	5	11	-	-	-	-
Etilismo						
Sim	2	7	0,11			
Ex-etilista	4	1				
Haloperidol	4	0	0,02	2,87	1,93	4,27
Sedação	3	1	0,08	0,12	0,01	1,24
Fentanil	5	1	0,03*	9,66	1,03	90,41
Benzodiazepínico	1	0	0,40*	2,57	1,81	3,66
Droga Vasoativa	18	8	<0,001	24,75	4,65	131,47
Dor	17	7	<0,001	9,85	2,63	35,86
Contenção	13	0	<0,001	5,28	2,71	10,29
Sonda vesical de demora	19	8	<0,001	52,25	5,98	456,51
Ventilação invasiva	8	0	<0,001	3,51	2,17	5,64
Cateter venoso central	18	28	1,0*	0,64	0,08	4,98
Sepse	3	0	0,058*	2,76	1,89	4,04
Despertar Diário	13	29	0,005*	0,06	0,007	0,57

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

* Teste Exato de Fisher.

Discussão

Dos 50 participantes que compuseram a população de acesso deste estudo, 40% apresentaram ao menos um episódio da disfunção durante a internação em ambiente de cuidados intensivos. A idade média foi de 70,4±5,83, o sexo masculino esteve mais distribuído entre o grupo delirante (65%) e 40% afirmaram ter concluído o segundo grau.

O subtipo mais observado de *delirium* foi o hipoativo, com 55% das aparições, percentual corroborado em uma pesquisa realizada na Itália em hospitais intensivos⁽²⁾. Contudo, em contradição, por vezes, o subtipo de *delirium* misto pode ser visto com mais frequência nas UTIs⁽¹¹⁾.

O nível educacional é visto como um fator que pode predispor às ocorrências de *delirium*^(2,12). Neste estudo, o número de idosos com *delirium* que terminaram o segundo grau é maior em relação aos que estudaram menos tempo ou eram analfabetos.

Não obstante diversos estudos apresentarem diferentes prevalências que podem chegar até a 80%⁽¹⁾, outro estudo brasileiro, realizado com 335 idosos também em UTI, identificou prevalência de 36%, aproximando-se do achado deste estudo⁽¹³⁾.

Assim, consta que o *delirium* pode estar associado a inúmeros fatores modificáveis ou não. Dentre os fatores não modificáveis, as comorbidades prévias podem funcionar como gatilhos

que favorecem as ocorrências da síndrome. Tendo em vista o perfil dos pacientes investigados, pôde-se observar que as doenças crônicas que estiveram mais presentes foram a HAS (75%), o DM (40%), a DLP (25%) e o IAM prévio (20%). Além disso, os pacientes desta pesquisa faziam uso de tabaco em 45% dos casos.

As doenças cardiovasculares, em especial o Infarto Agudo do Miocárdio, são as principais causas de óbito entre idosos em todo o mundo⁽¹⁴⁾. E a HAS, bastante prevalente entre eles⁽¹⁵⁾, e o tabagismo são fatores de risco para as doenças cardiovasculares, além de aumentar o risco de complicações, desfecho negativo e óbito⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, as cirurgias cardíacas são procedimentos altamente invasivos, e a técnica de esternotomia pode causar dores intensas no pós-operatório⁽⁸⁾. Assim, a dor foi evidenciada para 75% do grupo. Além de ser um desencadeante do quadro, a dor pós-cirurgia foi considerada fator de risco elevado (9,85 vezes); o estabelecimento de protocolos de manejo é importante já que o uso indiscriminado de opiáceos também são considerados fatores de risco⁽¹⁷⁾.

Os achados deste estudo demonstraram que o tempo de internação, o uso de sedação com Fentanil, Haloperidol e a ventilação mecânica aumentam a chance de *delirium* em pacientes idosos hospitalizados em UTI⁽¹³⁾.

A DVA mais prescrita foi a Dobutamina (40%), seguida da combinação de Noraepinefrina (30%). Quando verificado o uso de aminas vasoativas no pós-operatório, 90% dos delirantes estavam utilizando as medicações, contrastando com os que não tiveram *delirium* em que apenas 26,7% dispunha da prescrição. Os pacientes que estavam em uso desses medicamentos apresentaram OR: 24,75 (P <0,001), sendo expressivo o risco que o idoso apresentava em desenvolver o *delirium*⁽⁸⁾.

No que tange ao uso do Fentanil, este fator pode ser justificado pela dificuldade da avaliação da dor, principalmente em pacientes ventilados mecanicamente. Nesse caso, são utilizadas infusões de fentanil, a fim de proporcionar analgesia e ansiólise e aumentar a tolerância do paciente ao ventilador⁽¹⁸⁾. Este procedimento também

pode aumentar até 18 vezes a chance de desenvolver a síndrome em questão⁽¹³⁾.

Em relação ao tratamento do *delirium*, o medicamento de preferência é o antipsicótico Haloperidol, utilizado em larga escala, mas que ainda apresenta escassa evidência científica para diminuir o aparecimento de *delirium*⁽¹⁸⁾. Essa divergência foi ressaltado por este estudo, bem como em outro estudo⁽¹³⁾ que demonstrou que esse fármaco está associado ao alto risco de *delirium* e não reduz complicações.

No que tange ao uso de dispositivos, o CVC (90%) e a SVD (95%) estiveram presentes em quase todos os casos, contudo, apenas a SVD teve correlação ao *delirium*, tendo aumentado as chances em até 52,25% dos idosos desenvolverem *delirium*. Especificamente, a SVD se apresenta como um fator precipitante ao *delirium* por ser um dispositivo de caráter invasivo que modifica/altera a função fisiológica devido ao estado decorrente de sedação e causa imobilidade⁽¹⁹⁾.

Em se tratando da contenção, que esteve associada ao desfecho, é uma técnica amplamente utilizada para pacientes em estado de agitação, mas deverá ser vista pelos profissionais apenas quando for a única ferramenta assistencial possível para prevenção de danos ao paciente e a outrem⁽²⁰⁾.

Neste estudo, os pacientes com diagnóstico positivo para *delirium* (90%) foram submetidos a CEC, com tempo aproximado de 1:58 ±0:56. Se comparados ao outro grupo, que permaneceu 1:23±0:21, os delirantes tiveram tempo maior de CEC, todavia, a assistência com tempo superior a 1 hora não demonstrou ser fator de risco significativo quando realizado teste de associação entre fatores CEC vs. *Delirium*⁽⁶⁻⁷⁾.

A utilização de assistência circulatória durante as cirurgias cardiovasculares é rotineiramente comum. Contudo, sua aplicação pode acarretar inúmeras iatrogenias para o indivíduo; a isquemia tecidual e o contato do sangue em endotélio artificial podem consequentemente ativar o sistema inflamatório; a microembolização e a hipoperfusão podem causar alterações neuro-inflamatórias, sendo possivelmente um fator desencadeante do *delirium* em pós-operatório⁽²¹⁾.

Assim, a UTI é considerada um ambiente hostil, um fator de risco para *delirium*, e o uso de sedação de forma indiscriminada pode colaborar para o seu aparecimento⁽¹⁸⁾. Dessa forma, essa síndrome aumenta o tempo de internação em UTI e no hospital, o tempo de ventilação mecânica, a mortalidade, interfere na avaliação e abordagem da dor e de outros sintomas, aumenta os custos hospitalares e diminui a funcionalidade e a qualidade de vida pós-alta. Logo, tem impacto negativo nos doentes, familiares e profissionais de saúde⁽¹⁸⁾.

O despertar diário foi o único fator que se mostrou protetor contra o *delirium* neste estudo, igualmente ao encontrado por outros pesquisadores. Dessa forma, o despertar diário, a diminuição ou ausência de sedação em algum período do dia é imprescindível para a avaliação do *delirium*⁽¹³⁾.

Lançar energia nas abordagens não farmacológicas, ofertar ambiente calmo, confortável e silencioso, promover o diálogo e a inserção dos familiares nos cuidados, garantir a reorientação com o uso de calendários e relógios, além de respeitar o ciclo circadiano do indivíduo, encorajá-los o quanto antes à retomada do uso de óculos, próteses dentárias e auditivas são todas estratégias simples que contribuem na prevenção do risco de *delirium*.

Este estudo traz como limitações a falta de detecção de condições demenciais que pudessem interferir na avaliação do *delirium*. No entanto, estudo de revisão sistemática com metanálise demonstrou que o CAM-ICU tem maior precisão do teste de diagnóstico e é recomendado como a ferramenta ideal de avaliação do *delirium*⁽¹⁾, o que demonstra que houve preocupação em escolher o melhor método de identificação. Além disso, este estudo contribui para a disseminação de evidências científicas a respeito da detecção, avaliação e diagnóstico do *delirium*, bem como dos fatores a ele associados.

Conclusão

Os idosos caracterizados neste estudo não diferem consideravelmente do que já é apontado

nas literaturas atuais. A prevalência de *delirium* encontrada foi de 40%. O paciente mais idoso, do sexo masculino, com nível significativo de escolaridade, que fazia uso de tabaco, que apresentou comorbidades associadas prévias à cirurgia permaneceu mais tempo internado na UTI e morreu mais quando comparado ao outro grupo.

Finalmente, quando todos as variáveis investigadas foram comparadas estatisticamente com o intuito de estabelecer uma associação de ocorrência nos episódios de *delirium*, pode-se confirmar que fatores comumente conhecidos em ambiente de terapia intensiva, como a ventilação mecânica invasiva, o uso de haloperidol, fentanil e aminas vasoativas, a presença de dispositivo de cateterismo vesical, a presença de crises álgicas, além do diagnóstico de sepse e uso de contenções físicas, estão intimamente ligados nas chances de ocorrência ao desenvolvimento de *delirium* para o público analisado.

Para garantir maior qualidade e segurança nos cuidados com esse público em específico é necessário reconhecer os fatores de risco não modificáveis e trabalhar exaustivamente os principais agentes expositores modificáveis, capacitar a equipe multidisciplinar e padronizar o uso de instrumento de detecção rotineiro.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Klícia Barbosa Bezerra Matioli, Rodrigo Marques da Silva e Maria Liz Cunha de Oliveira;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Klícia Barbosa Bezerra Matioli, Iel Marciano de Moraes Filho, Thaís Vilela de Sousa, Mayara Cândida Pereira, Rodrigo Marques da Silva, Erika Silva de Sá e Maria Liz Cunha de Oliveira;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Klícia Barbosa Bezerra Matioli, Iel Marciano de Moraes Filho, Thaís Vilela de Sousa, Mayara Cândida Pereira, Rodrigo Marques da Silva, Erika Silva de Sá e Maria Liz Cunha de Oliveira.

Referências

1. Ho M-H, Montgomery A, Traynor V, Chang C, Kuo K, Chang H-CR, et al. Diagnostic Performance of Delirium Assessment Tools in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020;17(4):301-10. DOI: 10.1111/wvn.12462
2. 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*. 2016;14(1):106. DOI: 10.1186/s12916-016-0649-8
3. 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*. 2016;31(3):297-303. DOI: 10.1007/s11606-015-3514-0
4. Kotfis K, Szylińska A, Listewnik M, Strzelbicka M, Brykczynski M, Rotter I, et al. Early delirium after cardiac surgery: An analysis of incidence and risk factors in elderly (≥ 65 years) and very elderly (≥ 80 years) patients. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1061-70. DOI: 10.2147/CIA.S166909
5. Burns A, Gallagley A, Byrne J. Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(3):362-7. DOI: 10.1136/jnnp.2003.023366
6. Wesselink EM, Kappen TH, Van Klei WA, Dieleman JM, Van Dijk D, Slooter AJC. Intraoperative hypotension and delirium after on-pump cardiac surgery. *Br J Anaesth*. 2015;115(3):427-33. DOI: 10.1093/bja/aev256
7. Mangusan RF, Hooper V, Denslow SA, Travis L. Outcomes Associated With Postoperative Delirium. *Am J Crit Care*. 2015;24(2):156-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015137>
8. Järvelä K, Porkkala H, Karlsson S, Martikainen T, Selander T, Bendel S. Postoperative Delirium in Cardiac Surgery Patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2018;32(4):1597-602. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.12.030>
9. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomazi CD, Lima MASD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011;66(11):1917-22. DOI: 10.1590/S1807-59322011001100011
10. Wassenaar A, van den Boogaard M, van Achterberg T, Slooter AJC, Kuiper MA, Hoogendoorn ME, et al. Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Med*. 2015;41(6):1048-56. DOI: 10.1007/s00134-015-3777-2
11. Lin WL, Chen YF, Wang J. Factors Associated with the Development of Delirium in Elderly Patients in Intensive Care Units. *J Nurs Res*. 2015;23(4):322-9. DOI: 10.1097/JNR.0000000000000082
12. Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, Fong TG, Gross A, Inouye SK, et al. Cognitive Trajectories after Postoperative Delirium. *N Engl J Med*. 2012;367(1):30-9. DOI: 10.1056/NEJMoa1112923
13. Martins JB, Santos AA, Macedo Junior IJJ, Eberle CC. Avaliação da prevalência de delirium em uma unidade de terapia intensiva pública. *Enferm Foco*. 2019;10(3):76-81. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1759>
14. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-88. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7
15. Redon J, Tellez-Plaza M, Orozco-Beltran D, Gil-Guillen V, Fernandez SP, Navarro-Pérez J, et al. Impact of hypertension on mortality and cardiovascular disease burden in patients with cardiovascular risk factor from a general practice setting: the ESCARVAL-risk study. *J Hypertens*. 2016;34(6):1075-83. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000930
16. Jacondino CB, Schwanke CHA, Closs VE, Gomes I, Borges CA, Gottlieb MG. Association of smoking with redox biomarkers and cardiometabolic risk factors in elder individuals. *Cad saúde colet*. 2019;27(1):45-52. DOI: 10.1590/1414-462X201900010279
17. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol*. 2017;34(4):192-214. DOI: 10.1097/EJA.0000000000000594

18. Bastos AL, Beccaria LM, Silva DC, Barbosa TP . Prevalência de delirium em pacientes de terapia intensiva e associação com sedoanalgesia, gravidade e mortalidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190068. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>
19. Lôbo RR, Silva Filho SRB, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Delirium. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2010;43(3):249-57. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257>
20. Eberle CC, Santos AA, Macedo Júnior IJJ, Martins BJ. Non-Pharmacological Management of Delirium From The Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *Rev Fund Care Online.* 2019;11(5):1242-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
21. Buggeskov KB, Grønlykke L, Risom EC, Wei ML, Wetterslev J. Pulmonary artery perfusion versus no perfusion during cardiopulmonary bypass for open heart surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;8(2):CD011098. DOI: [10.1002/14651858.CD011098.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011098.pub2)

Recebido: 27 de outubro de 2020

Aprovado: 1 de fevereiro de 2021

Publicado: 13 de abril de 2021



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.