

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM *DELIRIUM* NA UTI GERAL DE UM HOSPITAL NO OESTE DO PARANÁ

YURK, Thaylise Caroline¹
MANTOVANI, Dânia de Camargo Lealdini²
TAKEMURA, Andressa de Melo³
BROCH, Luisa Rosseto⁴
MORAIS, Vinicius de Souza⁵
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata⁶
DALLAZEN, Anderson Roberto⁷

RESUMO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente extremamente qualificado para pacientes que necessitam de maior auxílio na sua enfermidade. Equipe multidisciplinar, máquinas que dão amparo a vida e assistência contínua fazem parte desse ambiente. Contudo, além da causa primária da internação do paciente na UTI, muitos desenvolvem *Delirium*, uma síndrome cerebral orgânica. Essa pesquisa tem como objetivo traçar um perfil epidemiológico para entender o que pode desencadear o *Delirium* nos pacientes internados e buscar medidas que visam diminuir a incidência dessa síndrome.

PALAVRAS-CHAVE: *Delirium*, UTI, Cascavel/PR.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH DELIRIUM IN THE GENERAL ICU OF A HOSPITAL IN THE WEST OF PARANÁ

ABSTRACT

The intensive care unit (ICU) is an extremely qualified environment for patients who need more help with their illness. Multidisciplinary team, machines that support life and continuous assistance are part of this environment. However, in addition to the primary cause of the patient's ICU admission, many develop *Delirium*, an organic brain syndrome. This research aims to draw an epidemiological profile to understand what can trigger *Delirium* in hospitalized patients and seek measures to reduce the incidence of this syndrome.

KEYWORDS: *Delirium*, UCI, Cascavel/PR.

1. INTRODUÇÃO

Delirium pode ser definido como uma disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de comprometimento cognitivo, que afeta, com frequência, doentes internados em unidades de cuidados intensivos. O quadro clínico varia de

¹ Graduanda em Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: thay.yurk@gmail.com

² Graduanda em Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: dclmantovani@minha.fag.edu.br

³ Graduanda em Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: andressa.takemura@hotmail.com

⁴ Graduanda em Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: luisa_broch@hotmail.com

⁵ Graduando em Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: yquincas@gmail.com

⁶ Economista. Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: eduardo@fag.edu.br

⁷ Médico formado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Residência em clínica médica pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). Residência médica em Cardiologia pelo Instituto do Coração - InCor - da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Especialização em aterosclerose pelo Instituto do Coração - InCor - da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutor em Ciências pelo Programa de Cardiologia da Faculdade de Medicina da USP.

acordo com o tipo de *Delirium*, se hipoativo ou hiperativo. Um paciente hipoativo apresenta-se sonolento enquanto que o hiperativo apresenta-se com importante agitação psicomotora e alucinações.

É importante monitorizar o *Delirium*, porque é frequentemente sub-diagnosticado e acaba impactando no prognóstico do paciente. O *Delirium* é uma condição que pode ser prevenida na grande maioria das vezes, quando adotadas medidas simples na rotina de cuidado, por todos da equipe profissional.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar que tem como objetivo o cuidado intensivo de pacientes graves. É um ambiente de profissionais qualificados, com alto aparato tecnológico e assistência contínua. Nesse ambiente, é muito comum que os pacientes apresentem *Delirium*, uma síndrome orgânica cerebral de etiologia não específica reconhecida por distúrbios de consciência, atenção, cognição, psicomotricidade e interrupção do ciclo sono-vigília (CAVALLAZZI; SAAD; MARIK, 2012).

Há muitas hipóteses sobre a fisiopatologia dessa síndrome, mas é importante ressaltar que o *Delirium* é secundário a uma série de comorbidades que farão parte do perfil epidemiológico (HAYHURST; PANDHARIPANDE; HUGHES, 2016).

As manifestações clínicas do *Delirium* são divididas em sintomas cognitivos e comportamentais. Os cognitivos são desorientação, incapacidade de manter a atenção, memória de curto prazo prejudicada, nível de consciência reduzido, capacidade visoespacial reduzida. Já os comportamentais são: alucinações, irritabilidade, alterações no ciclo sono-vigília, irritabilidade. O *Delirium* pode ser subdividido conforme os sintomas em hiperativo, hipoativo e misto. Pacientes com *Delirium* hipoativo apresentam hipocinesia, letargia e lentidão ou ausência de fala, o paciente que apresenta o *Delirium* hiperativo é caracterizado pela agitação, irritação, delírio, hipervigilância, e o misto inclui manifestações da síndrome hiperativo e hipoativo (READE; FINGER, 2014).

Os fatores de risco para o *Delirium* podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis são idade, gênero, estilo de vida (por exemplo tabagismo e etilismo), comorbidades e doenças pré-existentes do sistema nervoso central. Já os fatores modificáveis são os aparelhos de suporte à vida que devem ser removidos mais rápido possível, evitar sedação excessiva, o próprio ambiente da UTI, alterações eletrolíticas, infecções e controle da dor, é necessário ressaltar que os fatores modificáveis ainda são observados e discutidos no ambiente hospitalar (XU; YANG; ZHU, 2020).

O diagnóstico dessa síndrome é clínico e pode ser feito com as ferramentas CAM-ICU e ICDSC, ambas fazem uma avaliação a beira leito dos sinais e sintomas que o paciente com *Delirium* apresentam. Porém, a diferença entre elas é que enquanto a CAM-ICU é uma avaliação um único momento do tempo, o ICDSC lista o que é observado ao longo de um período de tempo. A ferramenta CAM-ICU é uma forma condensada do Método de Avaliação de Confusão utilizado na avaliação psiquiátrica do dSM-IV, antes da aplicação dessa ferramenta é necessário usar a Escala de RASS que avalia a agitação ou sedação do paciente de forma passiva, observando o paciente, após a aplicação dessa escala, a ferramenta CAM-ICU avalia as 4 características: mudanças /flutuações agudas no estado mental, desatenção, pensamento desorganizado e nível alterado de consciência (PAŘÍZKOVÁ, 2019).

O tratamento e prevenção dessa síndrome ainda é bastante discutido e questionável, mas é extremamente necessário que medidas sejam tomadas para que a incidência dessa síndrome seja diminuída. O próprio ambiente da Unidade de Terapia intensiva causa bastante estresse para o paciente e contribui para que ele apresente *Delirium*, portanto medidas visando orientação de tempo e espaço do paciente e diminuição de barulho a noite já contribuiriam para mudanças na incidência dessa síndrome. Outra medida seria a extubação mais rápida possível, uma vez que ajudaria a diminuir o uso de sedativos que também contribuem para a manifestação do *Delirium* (LUETZ *et al*, 2019).

3. METODOLOGIA

Essa pesquisa consiste em um estudo observacional descritivo através da análise de prontuários de pacientes que foram diagnosticados com *Delirium* na Unidade de Terapia Intensiva Geral de um Hospital no Oeste do Paraná no ano de 2020. O estudo foi desenvolvido na cidade de Cascavel, Paraná, Brasil. A população do estudo foi composta pela análise de 370 prontuários e a amostra que atendeu os critérios de inclusão foram 50.

A coleta de dados foi realizada do mês maio até junho de 2022, diretamente nos prontuários disponíveis no arquivo da instituição no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados pesquisados foram: sexo, idade, motivo do internamento, comorbidades, tempo de internação na UTI até ser diagnosticado com *Delirium* e se houve contenção mecânica do paciente. Os critérios de exclusão foram pacientes com idade inferior a 18 anos e superior a 90 anos e pacientes que não foram diagnosticados com essa síndrome. Após a coleta, foi construído um banco de dados, em planilhas do programa Microsoft Office Excel.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG e foi aprovado pelo CAAE nº 57383222.3.0000.5219.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontam que dos 50 prontuários analisados, 30 (60%) são pacientes do sexo masculino e 20 (40%) são do sexo feminino, a faixa etária definida na amostra variou de 18 anos a 90 anos com uma média aproximadamente de 66,5 anos. A maior parcela de internações de pacientes que foram diagnosticadas com *Delirium* foi na faixa etária de 62 a 83 anos com 24 (48%), seguida da faixa etária de 84 anos a 90 anos com 11 (22%).

Tabela 1 – Caracterização Sócio demográfica referente a UTI estudada no período de janeiro a dezembro de 2020 (n=50)

Faixa etária	Número de Pacientes	Percentual
18 a 28 anos	1	2%
29 a 39 anos	5	10%
40 a 50 anos	3	6%
51 a 61 anos	6	12%
62 a 72 anos	12	24%
73 a 83 anos	12	24%
84 a 90 anos	11	22%
Gênero		
Masculino	30	60%
Feminino	20	40%
Raça		
Branca	35	70%
Parda	12	24%
Negra	3	6%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A raça branca predominou nos pacientes internados da amostra com 35 (70%), seguido da raça parda 12 (24%) e negra 3 (6%). Por meio desta análise de dados sócio demográficos pode-se notar que o *Delirium* tem mais incidência em homens e é mais comum conforme a pessoa envelhece.

Na análise de prontuários sobre a causa de admissão que levou o paciente a internação na UTI identificou-se que as principais causas foram doenças do sistema neurológico 15 (30%), seguido de pós-operatórios imediatos de cirurgias no geral 9 (18%), doenças do sistema cardiológico 7 (14%) igualmente a outros tipos de patologias, doenças infecciosas 6 (12%) e doenças do sistema respiratório 3 (6%) igualmente doenças do sistema digestório.

Tabela 2 – Causas de admissão de maior prevalência e seus principais diagnósticos na Unidade de Terapia Intensiva no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2020

Causas	Número de Pacientes	Percentual
Cardiovasculares: Pós-operatório imediato de Cateterismo, Revascularização Miocárdica, Troca valvar, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca descompensada	7	14%
Neurológicos: TCE, AVC Hemorrágico, AVC Isquêmico, Crise convulsiva ,Hemorragia Subaracnoidea, Hematoma Subdural e Trombose de Artéria Cerebral Média	15	30%
Respiratório: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica exacerbada e Pneumonia	3	6%
Cirúrgicos: Amputação a nível de Coxa, Pós operatório de cirurgia de aneurisma de Aorta Abdominal , Fratura de fêmur e de Cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho.	9	18%
Sistema Digestório: Hemorragia digestiva alta, Hemorragia digestiva baixa	3	6%
Infecciosas: Infecção do trato urinário, Seps e Choque séptico.	6	12%
Outros: Síndrome de Fournier, Síndrome Endemigemica, Rebaixamento do nível de consciência e Intoxicação Endógena.	7	14%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Ao fazer uma análise mais detalhada sobre os diagnósticos de internação, identificou-se que dentre as doenças neurológicas destacam-se: Traumatismo Craniano Encefálico, Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, AVC Isquêmico, Crise convulsiva, Hemorragia Subaracnoidea, Hematoma Subdural e Trombose de Artéria Cerebral Média. Já nos pacientes pós cirúrgicos há predominância

em correção de fratura de fêmur, aneurisma de Aorta Abdominal, amputação a nível de coxa e reconstrução do ligamento cruzado anterior. Entre os pacientes com causa de internação cardiológicas destacam-se Pós-operatório imediato de Cateterismo, Revascularização Miocárdica, Troca valvar, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca descompensada. Outros tipos de patologia se enquadram Rebaixamento do nível de consciência, Intoxicação Endógena, Síndrome de Fournier e Síndrome Endemigêmica.

Dentre as doenças infecciosas há predominância de Sepses, Choque séptico e Infecção do trato urinário. Já no sistema respiratório Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Exacerbada e Pneumonia foram as causas de admissão. E no sistema digestivo destacam-se Hemorragia Digestiva Alta e Baixa.

Tabela 3 – Comorbidades de maior incidência nos pacientes internados que foram diagnosticados com *Delirium* na UTI no período de janeiro a dezembro de 2020.

Comorbidades	Número de Ocorrências	Percentual
Doenças Neurológicas: Demência, Epilepsia, Enxaqueca	8	8,69%
Doenças Respiratórias: Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4	4,34%
Doenças Cardiovasculares: Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca Crônica, Dislipidemia e Fibrilação Atrial	45	48,91%
Doenças Metabólicas: Diabetes Melitus, Obesidade e Hipotireoidismo	14	15,21
Doenças Urológicas: Câncer de próstata, Hiperplasia Prostática Benigna, Insuficiência Renal Crônica	10	10,86%
Doenças Reumatológicas: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Gota, Artrite Reumatoide	4	4,34%
Doenças Psiquiátricas: Ansiedade, Depressão, Surto paranoides e Etilismo	7	7,6%

Fonte: Dados da Pesquisa.

*Vale salientar que a maioria dos pacientes possuía mais de uma comorbidade e que houve pacientes dessa amostra sem nenhuma comorbidade.

Nas comorbidades há maior incidência em doenças cardiovasculares com 45 (48,9%) ocorrências nos pacientes. Seguindo de doenças metabólicas que apresentou 14 ocorrências nos pacientes. Já em terceiro há as doenças urológicas que houve 10 (10,8%) ocorrências em pacientes.

Nas doenças neurológicas que apresentou 8 (8,6%) ocorrências. Doenças psiquiátricas houve 7 (7,6%) ocorrências. E doenças respiratórias e reumatológicas tiveram mesmo número de ocorrências 4 (4,3%).

Tabela 4 – Referente ao tempo de internamento em dias até o paciente ser diagnosticado com *Delirium* na Unidade de Terapia Geral.

Quantidade de Dias	Número de Pacientes	Percentual
1 dia	18	36%
2 dias	15	30%
3 dias	7	14%
4 dias	4	8%
5 dias	0	0%
6 dias	4	8%
7 dias	1	2%
8 dias	1	2%

Fonte: Dados da Pesquisa.

O tempo de internamento até o paciente ser diagnosticado *Delirium* variou do primeiro dia de internamento na UTI até o oitavo dia de internamento, importante ressaltar que foi contabilizado dias de internamento assim que o paciente foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva Geral visto o objetivo da pesquisa.

A maioria dos pacientes apresentou *Delirium* entre o primeiro e segundo dia totalizando 33 pacientes (66%) da amostra. Já no terceiro e quarto dia de internação na UTI foram 11 pacientes (22%), no quinto dia nenhum paciente apresentou, e no sexto até o sétimo dia 6 pacientes foram diagnosticados com a síndrome.

Tabela 5 – Número de pacientes que foi necessário contenção mecânica após o diagnóstico de *Delirium*

Contenção Mecânica	Número de Pacientes	Porcentagem
Sim	14	28%
Não	36	72%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A necessidade de contenção mecânica quando o paciente foi diagnosticado com *Delirium* foi de 14 (28%) pacientes e 36 (72%) não foi necessário. Essa medida acaba influenciando no prognóstico do paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tão necessário quanto medidas para prevenção e tratamento do *Delirium*, é o conhecimento da população atendida por meio de um perfil epidemiológico. O *Delirium* é uma síndrome comum nos pacientes que estão na Unidade de Terapia intensiva Geral do Hospital, uma vez que de 370 prontuários analisados foram identificados 50 com esse diagnóstico. Pode-se constatar que os pacientes admitidos na UTI e diagnosticados com essa síndrome eram predominantemente masculino, com a faixa etária de 62 anos a 83 anos e da raça branca.

Evidenciou-se que há maior incidência na causas de admissão foram pacientes com doenças neurológicas seguido de pós-operatório imediato de cirurgias gerais, com base nesses dados pode-se concluir que nessa UTI é necessário a vigilância ativa pacientes que possuem essas causas de admissão, usando o score de RASS e se necessário a escala de CAM-ICU própria para diagnóstico do *Delirium*, com o intuito de prevenir e diminuir a incidência dessa patologia.

Após a análise das comorbidades dos pacientes que apresentaram essa síndrome foi constatado que há maior numero de ocorrência em doenças cardiovasculares, seguido de doenças metabólicas e doenças neurológicas. Era esperado esse resultado, uma vez que a doença crônica mais presente nos indivíduos brasileiros é a cardiovascular⁸. É importante ressaltar que a maioria dos pacientes possuem mais de uma comorbidade e houve pacientes dessa amostra que eram hígidos.

O tempo de internação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva geral mostrou que 33 pacientes (66%) desenvolveram o *Delirium* no primeiro e segundo dia de internação, mostrando não é proporcional o aumento de chance de desenvolver *Delirium* com o maior tempo de internação.

A necessidade de contenção mecânica em pacientes diagnosticados com *Delirium* dá a entender que o paciente estava com *Delirium* hiperativo, pois a contenção mecânica é necessária em um paciente não colaborativo com os médicos e enfermeiros e com agitação.

Conclui-se que apesar de muito sub-diagnosticado, o *Delirium* tem bastante incidência e importância no prognóstico do paciente. Portanto, é necessário a prevenção dessa síndrome com medidas de busca ativa dos sintomas a beira leito com o uso do score de RASS e a escala de ICU-CAM e mudanças nos fatores de risco modificáveis como aparelhos de suporte a vida que devem ser removidos mais rápido possível, evitar sedação excessiva, o próprio ambiente da UTI, alterações eletrolíticas, infecções e controle da dor. Prevenir é melhor que tratar.

REFERÊNCIAS

CAVALLAZZI, R.; SAAD, M.; MARIK, P. E. *Delirium* in the ICU: an overview. **Ann Intensive Care**. v. 27, n. 2, Dez, 2012.

HAYHURST, C. J.; PANDHARIPANDE, P. P.; HUGHES, C. G. Intensive Care Unit *Delirium*: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment. **Anesthesiology**. v. 125, n. 6, p. 1229-1241, dez, 2016.

LUETZ A, GRUNOW JJ, MÖRGELI R, ROSENTHAL M, WEBER-CARSTENS S, WEISS B, SPIES C. Innovative ICU Solutions to Prevent and Reduce *Delirium* and Post-Intensive Care Unit Syndrome. **Semin Respir Crit Care Med**. v. 40, n. 5, p. 673-686, out, 2019.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. F. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Rev Saúde Pública**. v. 51, suppl 1, 2017.

PAŘÍZKOVÁ, R. Č. *Delirium* in the intensive care unit. **Vnitr Lek**. 2019.

READE, M. C.; FINGER, S. Sedation and *Delirium* in the intensive care unit. **N Engl J Med**. v. 370, n. 5, p. 444-454, jan, 2014.

XU, R.; YANG, C.; ZHU, B. Research progress of *Delirium* in intensive care unit. **Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue**. v. 32, n. 5, p. 636-640, mai, 2020.