



**Faculdades Nova  
Esperança**  
De olho no futuro

**FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

**HOSPITAL NOVA ESPERANÇA**

**RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA**

**FATORES PREDISPOANTES E MORTALIDADE DE DELIRIUM EM IDOSOS  
INTERNADOS NO HOSPITAL NOVA ESPERANÇA**

**Sara Pereira Dantas**

**JOÃO PESSOA**

**2023**

**Sara Pereira Dantas**

**FATORES PREDISPOANTES E MORTALIDADE DE DELIRIUM EM IDOSOS  
INTERNADOS NO HOSPITAL NOVA ESPERANÇA**

Projeto de Conclusão de Residência (TCR)  
apresentado a Faculdade Nova Esperança  
como parte dos requisitos exigidos para a  
conclusão de residência médica em Clínica  
Médica.

**Orientador:** Prof. George Robson Ibiapina

JOÃO PESSOA

2023

## **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar fatores predisponentes e mortalidade de delirium nos idosos internados do Hospital Nova Esperança. **Métodos:** um total de 28 pacientes idosos internados no período de março de 2021 a março de 2022 com o diagnóstico de delirium foram avaliados. A coleta foi feita através de instrumento próprio, avaliando dados clínicos e epidemiológicos do usuário; A presente pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução n.º 510 de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional da Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS). **Resultados:** o acúmulo de fatores predisponentes contribuem para o desenvolvimento do delirium e aumento da morbimortalidade em idosos, sendo a hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, as mais prevalentes, respectivamente. **Conclusão:** conhecer quais pacientes são mais susceptíveis ao desenvolvimento do delirium é importante na medida em que se aumenta a acurácia diagnóstica e a rapidez na instituição de tratamento.

**Descritores:** Delirium; Idoso.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To identify predisposing factors and mortality from delirium in the elderly hospitalized at Hospital Nova Esperança. **Methods:** A total of 28 elderly patients hospitalized from March 2021 to March 2022 with a diagnosis of delirium were evaluated. Data were collected using a specific instrument, evaluating the user's clinical and epidemiological data; This research was carried out in accordance with Resolution No. 466 of December 12, 2012 and Resolution No. 510 of April 7, 2016, both from the National Health Council (CNS), the Ministry of Health (MS ). **Results:** the accumulation of predisposing factors contribute to the development of delirium and increased morbidity and mortality in the elderly, with hypertension, cardiovascular disease and diabetes mellitus being the most prevalent, respectively. **Conclusion:** knowing which patients are more susceptible to the development of delirium is important as it increases diagnostic accuracy and speed in instituting treatment.

**Keywords:** Delirium; Elderly.

## **SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. MÉTODOS.....	7
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	8
4. CONCLUSÃO .....	15
5. AGRADECIMENTOS .....	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16
7. APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	19

## INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome caracterizada por um estado confusional agudo, definida pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) como, um distúrbio na atenção e na consciência, aspectos esses que podem flutuar ao longo do dia. Ainda de acordo com o DSM-5, o déficit desenvolve-se agudamente, isto é, de horas a alguns dias e não há uma doença cognitiva, como uma demência prévia estabelecida ou em evolução que explique o quadro. Além disso, é multifatorial e com mecanismos não bem estabelecidos – alguns estudos apontam para um desequilíbrio de neurotransmissores (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

Marcantônio (2017), em estudo sobre esse tema, constatou que um terço dos idosos com idade acima de 70 anos foram admitidos com delirium e metade deles o adquiriram durante internação; também observa-se frequentemente tal intercorrência clínica em pacientes submetidos a cirurgias e, entre elas, as de quadril e cardíacas são as mais enumeradas (DYER; ASHTON; TEASDALE, 1995). Em terapia intensiva, a frequência de delirium gira em torno de 80% (ROMPAEY, *et al.*);

A síndrome, quando presente em unidades hospitalares, acarreta em maior tempo e custo de internação, complicações em Terapia Intensiva e em emergência, bem como aumento da morbimortalidade (MARCANTONIO, 2017). À longo prazo, observa-se ainda declínio cognitivo e funcional considerável, maior risco de quedas e de institucionalização após alta hospitalar (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014). Alto impacto também é observado não só para o doente, como também para os familiares e cuidadores, gerando sofrimento para essas pessoas, uma vez que a comunicação não é efetiva, pois é prejudicada pelo quadro de delirium (BOND, 2009).

Didaticamente, os fatores de risco podem ser divididos em fatores predisponentes e precipitantes. Entre os predisponentes, observa-se idade acima de 65 anos, alcoolismo, depressão, demência, déficit sensorial (má visão e audição), acidente vascular cerebral e/ou acidente isquêmico transitório; doenças hepáticas, pulmonares e cardíacas também são citadas (ROSSO *et al.*, 2020; BILLIG, 2022), bem como síndrome demencial, violência, isolamento social, restrição ao leito e lesões por pressão. O status nutricional comprometido, déficits sensoriais (visuais e auditivos) e polifarmácia predispõe ao desenvolvimento de delirium. Além disso, é importante reiterar que uma vez apresentando a síndrome em internação prévia, o

paciente está predisposto a ter novos episódios posteriormente. (TORALES; BARRIOS; ARMOA, 2017; NATIONAL..., 2022).

No que diz respeito aos fatores precipitantes, cita-se: contenção mecânica, privação de sono, retenção urinária e/ou de fezes, ambiente de UTI e uso de dispositivos invasivos (sonda vesical e nasoenteral); já os distúrbios metabólicos descritos são as disglicemias, hipoxemia, encefalopatia, uremia e distúrbios hidroeletrólíticos. Entre as medicações que induzem o desenvolvimento de delirium, há os benzodiazepínicos, anticolinérgicos e meperidina. (TORALES; BARRIOS; ARMOA, 2017; NATIONAL..., 2022).

Diante desse panorama, observa-se que na vivência hospitalar, o delirium, embora muito presente, é subdiagnosticado pelos profissionais de saúde (OH et al., 2017) e isso implica em um pior prognóstico para os pacientes acometidos. Somado a isso, não há um consenso entre a teoria descrita pelos estudos e a prática clínica, o que deixa lacunas na prevenção e tratamento da síndrome (CASCELLA et al., 2019).

Assim, visto a relevância do tema na comunidade científica, o objetivo do presente estudo é identificar os fatores predisponentes e mortalidade de delirium nos idosos internados no Hospital Nova Esperança e comparar tais aspectos com aqueles achados da literatura.

## **MÉTODOS**

A pesquisa em questão foi conduzida através de um estudo transversal, quantitativo, útil para estimar a frequência de um evento de saúde específico em determinada população (BASTOS; DUQUIA 2007).

Esse tipo de delineamento possui vantagens diversas e, por isso, sua popularidade. Entre elas, é possível citar sua facilidade de implementação, seu baixo custo e rapidez com que se obtém os dados. Contudo, ele também apresenta limitações: enquanto agravos à saúde de longa duração têm maior probabilidade de ser incluídos, os de curta podem permanecer aquém da pesquisa; além disso, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito no presente estudo (BASTOS; DUQUIA 2007).

Foram incluídos 28 pacientes idosos internados entre o período de março de 2021 a março de 2022 no Hospital Nova Esperança, localizado em João Pessoa,

capital da Paraíba. A coleta de dados ocorreu durante os meses de outubro e de novembro de 2022.

As variáveis avaliadas neste estudo incluem: idade, sexo, tempo de permanência hospitalizado, hipertensão, diabetes, doença neurológica, cardiovascular e/ou pulmonar, depressão, demência, etilismo e/ou tabagismo e, por fim, desfecho, isto é, alta hospitalar ou óbito.

Os dados em questão foram digitados na planilha EXCEL e analisados estatisticamente através do IMB SPSS na versão 25, programa utilizado para obtenção dos cálculos

Por fim, a pesquisa em questão obedeceu à resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e à 510 de 07 de abril de 2016, ambas pertencentes ao Conselho Nacional da Saúde (CNS), do Ministério da Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A princípio, é importante destacar que a variável idade apresentou-se como forte preditor para o desenvolvimento de delirium. Observou-se que a idade dos 28 pacientes analisados variou de 61 a 99 anos, teve média de 81,50 anos, desvio padrão de 8,81 anos e mediana de 80,50 anos. Na Tabela 1, se apresentam os resultados relativos às características demográficas e hábitos de vida. Desta tabela se destaca que: a maioria (60,7%) da amostra tinha 80 a 99 anos e os 39,3% restantes tinham 60 a 69 anos. Dessa forma, tal dado está em consonância com as demais pesquisas uma vez que elas pontuam o estado confusional agudo como um fator idade-dependente (SERPYTIS et al., 2017);

Além disso, a maioria (64,3%) dos idosos com delirium era do sexo feminino, diferente do exposto pelos demais estudos, uma vez que eles apontam para uma predominância masculina; a exemplo disso, foi realizada uma pesquisa em um hospital universitário de Roraima que mostrou que 53,9% dos pacientes acometidos eram homens (BILLIG et al., 2022). Essa discrepância de resultados pode ser explicada devido às particularidades locais de um único serviço de saúde, não sendo possível uma generalização.

A presença de hábitos de vida, como o etilismo e o tabagismo também foram avaliados, com um percentual de 10,7% e 25,0%, respectivamente. Apesar de a literatura apontar o consumo de bebida alcoólica como fator precipitante, ainda há controvérsias a respeito desse assunto (BELLELLI et al., 2016).

Tabela 1 – Características demográficas e hábitos de vida

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28 (100,0)</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>	
60 a 79	11 (39,3)
80 a 99	17 (60,7)
<b>Sexo</b>	
Masculino	10 (35,7)
Feminino	18 (64,3)
<b>Hábito do etilismo</b>	
Sim	3 (10,7)
Não	25 (89,3)

**Hábito do tabagismo**

Sim	7 (25,0)
Não	21 (75,0)

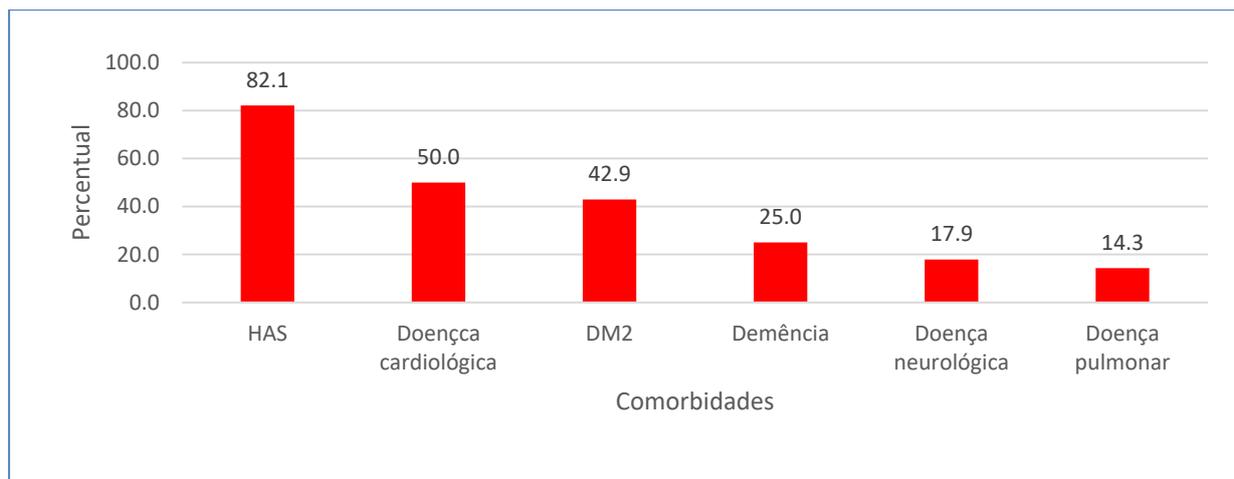
---

No gráfico 1, se apresenta a relação das comorbidades e do desfecho, onde pode ser verificado que a maioria (82,1%) tinha hipertensão; 42,9% dos pacientes tinham diabetes mellitus; a metade tinha doença cardiovascular e as prevalências de doença neurológica (exceto demência) e doença pulmonar foram respectivamente 17,9% e 14,3%; 25,0% tinham demência.

Nesse sentido, os achados da literatura apenas reafirmam os resultados deste estudo, pois mostram uma associação importante entre o acúmulo de comorbidades, como doenças do aparelho respiratório e circulatório e um risco aumentado de desenvolver delirium (KOTFIS et al., 2018); as demais pesquisas ainda apontam doenças neurológicas, psiquiátricas, metabólicas, infecciosas e causas traumáticas como fatores de risco para delirium (PEREIRA; LOPES, 2018). Em relação à demência, os estudos mostram que a Doença de Alzheimer, a principal representante das demências, compartilha fisiopatologia semelhante à do delirium, com mecanismos colinérgicos e isso pode explicar o fato de que esse grupo é mais susceptível ao desenvolvimento de delirium (Rockwood et al., 1999; Rahkonen et al., 2001).

Já no que diz respeito à hipertensão e ao diabetes, essas são doenças crônicas bastante prevalentes na terceira idade, as quais podem acarretar em um aumento da morbimortalidade, do comprometimento cognitivo, bem como do delirium (KOTFIS et al., 2018).

Gráfico 1 – Frequências percentuais das comorbidades presentes



Ademais, destaca-se que a mortalidade é um desfecho negativo que merece ser enfatizado, sendo o delirium um preditor independente para tal; os estudos estimam que o estado confusional aguda pode aumentar em três vezes o risco de morte e de declínio cognitivo a longo prazo (ELY et al., 2004). Segundo estudos, a incidência de delirium pode variar entre 13,75 e 45,03% (MALDONALDO, 2017), o que corrobora o encontrado nesta pesquisa, em que um pouco mais de 1/3 (35,7%) foi à óbito e os outros 64,3% tiveram alta.

Em estudo realizado em Minas Gerais, Han et al. (2017) uma comparação entre um grupo de pacientes com delirium e sem delirium e analisou a mortalidade de cada um deles. O resultado encontrado foi que pacientes acometidos por delirium têm uma taxa de mortalidade de 37% versus 14%.

Nas Tabelas 2 a 5, há os resultados dos cruzamentos entre o desfecho com cada uma das características demográficas, os hábitos de vida, as comorbidades e os tempos de internamento na enfermaria e na UTI.

Para a margem de erro fixada (5%) não foram registradas associações significativas ( $p > 0,05$ ) entre o desfecho e as características demográficas e os hábitos de vida, conforme resultados contidos na Tabela 4.

Tabela 2 – Avaliação do desfecho segundo as características demográficas e hábitos de vida

---

### Desfecho

<b>Variável</b>	<b>Óbito</b>	<b>Alta</b>	<b>Grupo Total</b>	<b>Valor de p</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>TOTAL</b>	<b>10 (35,7)</b>	<b>18 (64,3)</b>	<b>28 (100,0)</b>	
<b>Faixa etária</b>				$p^{(1)} = 0,444$
60 a 79	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100,0)	
80 a 99	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (100,0)	
<b>Sexo</b>				$p^{(1)} = 0,412$
Masculino	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (100,0)	
Feminino	5 (27,8)	13 (72,2)	18 (100,0)	
<b>Hábito do Etilismo</b>				$p^{(1)} = 0,284$
Sim	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	
Não	8 (32,0)	17 (68,0)	25 (100,0)	
<b>Hábito do tabagismo</b>				$p^{(1)} = 0,674$
Sim	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100,0)	
Não	7 (33,3)	14 (66,7)	21 (100,0)	

---

(1) Pelo teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3 não foram registradas associações significativas ( $p > 0,05$ ) entre o desfecho e a ocorrência de comorbidades. Apesar dos dados encontrados, a literatura não inclui em suas pesquisas, uma correlação entre as variáveis acima, apenas citam que o número de doenças anteriores à hospitalização é um fator predisponente para a ocorrência de delirium (ROSSO et al., 2020),

Tabela 5 – Avaliação do desfecho segundo a ocorrência das comorbidades

Comorbidades	Desfecho			Valor de p
	Óbito n (%)	Alta n (%)	Grupo Total n (%)	
<b>TOTAL</b>	<b>10 (35,7)</b>	<b>18 (64,3)</b>	<b>28 (100,0)</b>	
<b>HAS</b>				$p^{(1)} = 1,000$
Sim	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (100,0)	
Não	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	
<b>DM2</b>				$p^{(1)} = 0,243$
Sim	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (100,0)	
Não	4 (25,0)	12 (75,0)	16 (100,0)	
<b>Doença neurológica</b>				$p^{(1)} = 1,000$
Sim	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	
Não	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (100,0)	

<b>Doença cardiológica</b>				$p^{(2)} = 0,430$
Sim	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100,0)	
Não	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100,0)	
<b>Doença pulmonar</b>				$p^{(1)} = 0,601$
Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)	
Não	8 (33,3)	16 (66,7)	24 (100,0)	
<b>Demência</b>				$p^{(1)} = 1,000$
Sim	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100,0)	
Não	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (100,0)	

---

**(1) Pelo teste Exato de Fisher**

**(2) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson.**

Na Tabela 6 se verifica que tempo de internamento em UTI (ou internamento sim ou não em UTI) foi a única variável com associação significativa ( $p < 0,05$ ) com o desfecho e para a referida variável se destaca que o percentual que foi a óbito foi mais elevado entre os que ficaram internados em UTI (um ou mais dias internado) do que os que ficaram 0 dias internados na UTI - ou não ficaram internados (66,7% x 21,1%). Isso pode ser explicado sob a ótica da gravidade dos doentes admitidos com delirium na Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 6 –Avaliação do desfecho segundo o tempo e internamento em enfermaria e em UTI

---

Variável	Desfecho		Grupo Total	Valor de p
	Óbito	Alta		

	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>TOTAL</b>	<b>10 (35,7)</b>	<b>18 (64,3)</b>	<b>28 (100,0)</b>	
<b>Internamento na enfermaria (dias)</b>				$p^{(1)} = 0,444$
Até 10	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100,0)	
Mais de 10	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (100,0)	
<b>Internamento em UTI (dias)</b>				$p^{(1)} = 0,035^*$
Nenhum (Não ficou em UTI)	4 (21,1)	15 (78,9)	19 (100,0)	
Um ou mais	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100,0)	

(\*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Pelo teste Exato de Fisher.

## CONCLUSÃO

A pesquisa em questão objetivou estudar o delirium em todas as suas dimensões, com abordagem específica dos aspectos clínicos e demográficos da síndrome. Dessa forma, conhecer quais pacientes são mais susceptíveis ao desenvolvimento do delirium é importante na medida em que se aumenta a acurácia diagnóstica e a rapidez na instituição de tratamento.

Visto os desfechos negativos do estado confusional agudo, os estudos mostram que a monitorização dos seus sinais e sintomas deve ser uma prática rotineira nos serviços de saúde, pois o subdiagnóstico pode ser fatal para essa

população. Apesar de grande relevância clínica, a mortalidade de delirium em idosos é um tema que ainda carece de estudos, diferente dos fatores de risco, para os quais há pesquisas robustas.

## AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Nova Esperança, ao qual devo todo o conhecimento adquirido até hoje. Aos mestres que participaram dessa trajetória, em especial ao orientador George Robson pelo apoio. Aos colegas residentes, o meu muito obrigada pela parceria e amizade durante os dois anos de residência de Clínica Médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p.229-232, out. 2017
3. BELLELLI, G. et al. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. **BMC medicine**, v. 14, n. 1, p. 106, 2016.
4. BILLIG, Ariel Eduardo. Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. **Rev Bras Enferm.**, [S. l.], p. 75, 7 mar. 2022. DOI 10.1590/0034-7167-2021-0054. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35262608/>. Acesso em: 30 set. 2022.
5. BOND, Stewart M. Delirium at home: strategies for home health clinicians. **Home Health Nurse**, [S. l.], p. 24-34, 27 jan. 2009. DOI 10.1097/01.NHH.0000343782.11723.ea. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19114784/>. Acesso em: 30 set. 2022.
6. CASCELLA, Marco *et al.* Current controversies and future perspectives on treatment of intensive care unit delirium in adults. **World J Crit Care Med**, [S. l.], p. 18-27, 12 jun. 2019. DOI 10.5492/wjccm.v8.i3.18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6582227/>. Acesso em: 30 set. 2022.

7. DYER, Carmel Bitondo; ASHTON, Carol M.; TEASDALE, Tom A. Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. **Arch Intern Med**, [S. l.], p. 461-465, 13 mar. 1995. DOI 10.1001/archinte.155.5.461. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7864702/>. Acesso em: 30 set. 2022.
8. ELY, E. W. et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 14, p. 1753–1762, 2004b.
9. HAN, Jin H *et al.* Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. **Annals of Emergency Medicine**, [S. l.], p. 244-252, 3 abr. 2010. DOI 10.1016/j.annemergmed.2010.03.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20363527/>. Acesso em: 30 set. 2022.
10. MARCANTONIO, Edward R. Delirium in Hospitalized Older Adults. **N Engl J Med.**, [S. l.], p. 1456-1466, 12 out. 2017. DOI 10.1056/NEJMcp1605501. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020579/>. Acesso em: 30 set. 2022.
11. KOTFIS, K. et al. Early delirium after cardiac surgery: an analysis of incidence and risk factors in elderly ( $\geq 65$  years) and very elderly ( $\geq 80$  years) patients. **Clinical interventions in aging**, v. 13, p. 1061–1070, 2018.
12. MALDONADO, J. R. Acute brain failure. **Critical care clinics**, v. 33, n. 3, p. 461–519, 2017.
13. OH, Esther S. *et al.* Delirium in Older Persons. **JAMA**, [S. l.], p. 1161-1174, 26 set. 2017. DOI 10.1001/jama.2017.12067. Disponível em: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5717753&blobtype=pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.
14. RAHKONEN, T. et al. Delírio no idoso idoso não demente na população geral: fatores de risco e prognóstico: DELÍRIO NO IDOSO MAIS VELHO. **Revista Internacional de Psiquiatria Geriátrica**, v. 16, n. 4, p. 415–421, 2001.
15. ROCKWOOD, K. et al. O risco de demência e morte após o delírio. **Idade e envelhecimento**, v. 28, n. 6, p. 551–556, 1999.
16. ROSSO, Lucas Henrique *et al.* Delirium em idosos internados via unidades de emergência: um estudo prospectivo. **J. bras. psiquiatr.**, [S. l.], p. 38-43, 2 mar. 2020. DOI 10.1590/0047-2085000000261. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zFg4V3hmYjd3TYCxtgdgkvzh/>. Acesso em: 30 set. 2022.

17. ROMPAEY, Bart Van *et al.* The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. **Critical Care**, [S. l.], p. 2-10, 4 maio 2012. Disponível em:
18. SERPYTIS, P. *et al.* Age- and gender-related peculiarities of patients with delirium in the cardiac intensive care unit. **Kardiologia polska**, v. 75, n. 10, p. 1041–1050, 2017.
19. TORALES, Julio; BARRIOS, Ivan; ARMOA, Luis. Delirium: an update for internists and psychiatrists. **Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna**, [S. l.], p. 54-64, 2 abr. 2017. DOI 10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)54-064. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/117baa54-91b9-335a-96d8-4730443e3f35/>. Acesso em: 30 set. 2022.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Leito:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> F ( ) M ( )
<b>Permanência na enfermaria:</b>		<b>Permanência na UTI:</b>
<b>Hipóteses diagnósticas:</b> <b>Comorbidades prévias:</b> HAS ( ) DM2 ( ) Doença neurológica ( ) Doença cardiovascular ( ) Doença pulmonar ( ) Depressão ( ) Demência ( )		
<b>Hábitos de vida:</b> Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Ambos ( ) Não possui ( )		
<b>Desfecho:</b> Óbito ( ) Alta ( )		