

MANEJO DO DELIRIUM NO IDOSO

MANAGEMENT OF DELIRIUM IN THE ELDERLY

MANEJO DEL DELIRIO EN ANCIANOS



10.56238/sevened2026.016-001

Lucas Xavier dos Santos

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidad Privada Franz Tamayo (UNIFRANZ)

Yngryson Almeida Diniz

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

Maria Larissa do Nascimento Melo

Bacharel em Psicologia

Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Renan Schmitz Marcheti

Graduando em Medicina

Instituição: Estácio IDOMED (Jaraguá do Sul)

Nailon de Moraes Kois

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidad Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos (UNERG)

Maria Clara Teixeira da Silva

Graduanda em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Pedro Augusto Godinho de Castilho

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade Municipal Professor Franco Montoro (FMPFM)

Miquéia Aurélio Vieira Diniz Dantas

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário UNIESP

Mike Draiber da Silva

Bacharel em Fisioterapia e Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Estácio de Teresina (ESTÁCIO) e Universidad Superior Hernando Arias de Saavedra (UNIHAS)

Gustavo Stanislaski Bazana

Graduando

Instituição: Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)

Hercia Simone Palhano Oliveira Pereira

Bacharel em Psicologia

Instituição: Universidade Santo Amaro (UNISA)

Rubia Martinez Santos

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)

RESUMO

O delirium pós-operatório (DPO) constitui uma das complicações mais frequentes e graves em pacientes idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos, caracterizando-se por distúrbios agudos e flutuantes da atenção, consciência e cognição. Sua ocorrência associa-se a desfechos adversos significativos, incluindo aumento da morbimortalidade, prolongamento da internação hospitalar, declínio funcional e cognitivo, institucionalização e elevação dos custos em saúde. A fisiopatologia do DPO é complexa e multifatorial, envolvendo a interação entre vulnerabilidade cerebral subjacente (fatores predisponentes) e estressores agudos perioperatórios (fatores precipitantes). Entre os fatores predisponentes destacam-se a idade avançada, fragilidade, desnutrição, multimorbidade, comprometimento cognitivo prévio e depressão. Os fatores precipitantes incluem cirurgias de grande porte, resposta inflamatória sistêmica, hipotensão intraoperatória, dor mal controlada e uso de medicamentos como benzodiazepínicos. A prevenção do DPO fundamenta-se em intervenções multicomponentes não farmacológicas, como as propostas pelo Hospital Elder Life Program (HELP), que demonstram eficácia na redução da incidência do quadro. A Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA) no período pré-operatório permite a otimização sistemática dos fatores de risco modificáveis. As evidências para profilaxia farmacológica são limitadas, destacando-se a dexmedetomidina como opção promissora em populações selecionadas, enquanto benzodiazepínicos devem ser evitados. Modelos de predição baseados em aprendizado de máquina têm demonstrado acurácia superior à regressão logística tradicional na identificação de pacientes de alto risco, incorporando biomarcadores como peptídeo natriurético cerebral (BNP), troponina T e proteína C-reativa. A relação entre delirium e demência é íntima e bidirecional, sendo o delirium frequentemente subdiagnosticado em pacientes com demência preexistente. A abordagem clínica deve priorizar a identificação e o manejo dos fatores desencadeantes em todo idoso confuso, independentemente da suspeita de demência subjacente.

Palavras-chave: Delirium. Idoso. Complicações Pós-Operatórias. Prevenção. Aprendizado de Máquina.

ABSTRACT

Postoperative delirium (POD) is one of the most frequent and serious complications in elderly patients undergoing surgical procedures, characterized by acute and fluctuating disturbances of attention, consciousness, and cognition. Its occurrence is associated with significant adverse outcomes, including increased morbidity and mortality, prolonged hospital stay, functional and cognitive decline, institutionalization, and increased healthcare costs. The pathophysiology of POD is complex and multifactorial, involving the interaction between underlying brain vulnerability (predisposing factors)

and acute perioperative stressors (precipitating factors). Predisposing factors include advanced age, frailty, malnutrition, multimorbidity, previous cognitive impairment, and depression. Precipitating factors include major surgeries, systemic inflammatory response, intraoperative hypotension, poorly controlled pain, and the use of medications such as benzodiazepines. Prevention of postoperative delirium (POD) is based on multicomponent non-pharmacological interventions, such as those proposed by the Hospital Elder Life Program (HELP), which have demonstrated effectiveness in reducing the incidence of the condition. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in the preoperative period allows for the systematic optimization of modifiable risk factors. Evidence for pharmacological prophylaxis is limited, with dexmedetomidine standing out as a promising option in selected populations, while benzodiazepines should be avoided. Machine learning-based prediction models have demonstrated superior accuracy to traditional logistic regression in identifying high-risk patients, incorporating biomarkers such as brain natriuretic peptide (BNP), troponin T, and C-reactive protein. The relationship between delirium and dementia is intimate and bidirectional, with delirium frequently underdiagnosed in patients with pre-existing dementia. The clinical approach should prioritize the identification and management of triggering factors in all confused elderly individuals, regardless of suspicion of underlying dementia.

Keywords: Delirium. Elderly. Postoperative Complications. Prevention. Machine Learning.

RESUMEN

El delirio postoperatorio (DPO) es una de las complicaciones más frecuentes y graves en pacientes ancianos sometidos a procedimientos quirúrgicos, caracterizado por alteraciones agudas y fluctuantes de la atención, la conciencia y la cognición. Su aparición se asocia con resultados adversos significativos, como un aumento de la morbilidad y la mortalidad, una estancia hospitalaria prolongada, deterioro funcional y cognitivo, institucionalización y un incremento de los costes sanitarios. La fisiopatología del DPO es compleja y multifactorial, e implica la interacción entre la vulnerabilidad cerebral subyacente (factores predisponentes) y los factores estresantes perioperatorios agudos (factores precipitantes). Los factores predisponentes incluyen la edad avanzada, la fragilidad, la desnutrición, la multimorbilidad, el deterioro cognitivo previo y la depresión. Los factores precipitantes incluyen cirugías mayores, respuesta inflamatoria sistémica, hipotensión intraoperatoria, dolor mal controlado y el uso de medicamentos como las benzodiazepinas. La prevención del delirio postoperatorio (DPO) se basa en intervenciones no farmacológicas multicomponente, como las propuestas por el Programa de Vida para Ancianos en el Hospital (HELP), que han demostrado su eficacia en la reducción de la incidencia de esta afección. La valoración geriátrica integral (VGI) en el periodo preoperatorio permite la optimización sistemática de los factores de riesgo modificables. La evidencia sobre la profilaxis farmacológica es limitada, y la dexmedetomidina se perfila como una opción prometedora en poblaciones seleccionadas, mientras que deben evitarse las benzodiazepinas. Los modelos de predicción basados en aprendizaje automático han demostrado una precisión superior a la de la regresión logística tradicional en la identificación de pacientes de alto riesgo, incorporando biomarcadores como el péptido natriurético cerebral (BNP), la troponina T y la proteína C reactiva. La relación entre el delirio y la demencia es estrecha y bidireccional, y el delirio suele estar infradiagnosticado en pacientes con demencia preexistente. El abordaje clínico debe priorizar la identificación y el manejo de los factores desencadenantes en todos los ancianos con confusión, independientemente de la sospecha de demencia subyacente.

Palabras clave: Delirio. Ancianos. Complicaciones Postoperatorias. Prevención. Aprendizaje Automático.

1 INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda e flutuante, caracterizada por distúrbios na atenção, consciência e cognição, com alta prevalência na população idosa hospitalizada (Briganti, 2025). Considerado uma emergência médica, o delirium resulta de uma interação complexa entre vulnerabilidades predisponentes, como demência, fragilidade e déficits sensoriais, e fatores precipitantes agudos, incluindo infecções, cirurgias e estresses ambientais (Briganti, 2025; Wróbel et al., 2024). A condição está associada a desfechos clínicos adversos graves, como aumento da mortalidade, declínio funcional prolongado e maior risco de institucionalização (Briganti, 2025).

A fisiopatologia do delirium no envelhecimento está intimamente ligada à redução da reserva funcional cerebral. O declínio sistêmico relacionado à idade, que afeta o fluxo sanguíneo cerebral, a função mitocondrial e a imunidade, torna o cérebro idoso incapaz de compensar estressores agudos (Bugiani, 2023). Frequentemente, o delirium é subdiagnosticado ou confundido com demência devido à sobreposição de sintomas confessionais, o que retarda a intervenção adequada e agrava o prognóstico (Bugiani, 2023; Swarbrick & Partridge, 2022). Portanto, o manejo eficaz exige uma abordagem diagnóstica precisa e a implementação de protocolos preventivos e terapêuticos multidisciplinares focados na modificação de fatores de risco (Swarbrick & Partridge, 2022).

O envelhecimento populacional tem implicações significativas para os serviços cirúrgicos, uma vez que pacientes idosos apresentam maior risco de complicações perioperatórias em comparação com indivíduos mais jovens (Wrobel et al., 2025). Entre essas complicações, o delirium pós-operatório (DPO) destaca-se como uma das mais frequentes e impactantes. O DPO é definido como um distúrbio agudo da atenção e da consciência, acompanhado de comprometimento cognitivo, que ocorre como consequência direta de uma condição médica, da ação (ou abstinência) de uma substância psicoativa ou da influência simultânea de múltiplos fatores (Wrobel et al., 2025).

A incidência do DPO varia amplamente conforme o tipo de procedimento, oscilando entre 9,7% em cirurgias urológicas eletivas e 54,9% em cirurgias cardíacas (Wrobel et al., 2025). Essa variabilidade reflete a complexidade dos fatores envolvidos em sua gênese e a importância de estratégias de manejo personalizadas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se como uma revisão bibliográfica de natureza narrativa, organizada com a finalidade de sintetizar e avaliar as evidências científicas contemporâneas sobre o manejo do delirium no idoso. O levantamento bibliográfico foi conduzido na plataforma PubMed, empregando-se os descritores "Delirium" e "Elderly", integrados por operadores booleanos AND e OR, em harmonia com o Medical Subject Headings (MeSH). A seleção abrangeu trabalhos publicados nos últimos cinco anos, com texto completo disponível no idioma inglês, que abordassem diretamente

os protocolos de manejo, diagnóstico e predição. Foram excluídos estudos sem correlação temática direta, duplicatas, revisões narrativas com baixo rigor metodológico e artigos não indexados na base de dados utilizada. A seleção ocorreu em duas fases: triagem de títulos e resumos, seguida pela leitura analítica dos textos completos para validação de relevância. As informações extraídas foram organizadas e apresentadas de forma descritiva.

3 RESULTADOS

Fisiopatologia e Fatores de Risco : O DPO resulta de uma interação complexa entre a vulnerabilidade cerebral subjacente do paciente (fatores predisponentes) e uma série de estressores agudos (fatores precipitantes) relacionados à cirurgia e ao período perioperatório.

Fatores Predisponentes: A idade avançada é o fator de risco mais consistente, refletindo o acúmulo de alterações cerebrais relacionadas ao envelhecimento, como a redução do fluxo sanguíneo cerebral, a disfunção mitocondrial e a neurodegeneração preexistente (Wrobel et al., 2025; Swarbrick & Partridge, 2022). Outros fatores incluem deficiências sensoriais (visão e audição), consumo de álcool, desnutrição, fragilidade, multimorbidade (hipertensão, diabetes, insuficiência renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca), distúrbios cognitivos e depressão pré-operatórios (Chen et al., 2024; Wrobel et al., 2025). O uso de medicamentos como benzodiazepínicos e anticolinérgicos também aumenta significativamente o risco (Swarbrick & Partridge, 2022).

Fatores Precipitantes: Os gatilhos perioperatórios incluem cirurgias de grande porte (especialmente cardíacas, ortopédicas e vasculares), cirurgias de emergência, hipotensão intraoperatória, necessidade de transfusão sanguínea, sobrecarga de fluidos, e o uso de certos agentes anestésicos. A resposta inflamatória sistêmica desencadeada pelo trauma cirúrgico, com elevação de citocinas como a interleucina-6, desempenha um papel central na patogênese do delirium (Wrobel et al., 2025; Swarbrick & Partridge, 2022). A dor mal controlada é um potente gatilho, superando o risco associado aos próprios opióides, quando estes são utilizados de forma titulada (Swarbrick & Partridge, 2022).

Biomarcadores: Estudos recentes têm explorado o papel de diversos biomarcadores para auxiliar na predição do DPO. Marcadores inflamatórios (relação neutrófilo-linfócito, proteína C-reativa), marcadores de lesão neuronal (proteína tau, S100A12), marcadores de lesão da barreira hematoencefálica (albumina urinária), peptídeo natriurético cerebral (BNP) e troponina T têm sido associados ao risco de DPO (Song et al., 2024; Wrobel et al., 2025). O Índice de Risco Nutricional Geriátrico (GNRI), um indicador objetivo de desnutrição, também demonstrou ser um preditor independente de DPO em cirurgia cardíaca (Chen et al., 2024).

3.1 PREVENÇÃO E MANEJO

A prevenção do DPO é o pilar do manejo, sendo as estratégias não farmacológicas multicomponentes as mais eficazes.

Intervenções Multicomponentes: Baseadas no modelo do Hospital Elder Life Program (HELP), essas intervenções visam a modificação estruturada de múltiplos fatores de risco, incluindo: orientação diária, mobilização precoce, protocolos de sono não farmacológicos, manejo da dor, correção de déficits sensoriais, nutrição e hidratação adequadas, e revisão da medicação. Essas abordagens demonstram reduzir a incidência de delirium e são custo-efetivas (Swarbrick & Partridge, 2022).

Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA): A implementação da AGA no pré-operatório permite uma otimização sistemática dos aspectos físicos, funcionais, cognitivos e sociais do paciente idoso. Estudos mostram que a AGA pré-operatória está associada a uma redução significativa na incidência de DPO em diversas especialidades cirúrgicas (Swarbrick & Partridge, 2022).

Estratégias Farmacológicas: A evidência para a profilaxia farmacológica é limitada. A principal recomendação é evitar medicamentos de risco, como os benzodiazepínicos. O uso de dexmedetomidina tem mostrado resultados promissores na redução do DPO, possivelmente por atenuar a resposta inflamatória. Por outro lado, a melatonina e os antipsicóticos (como o haloperidol) não têm demonstrado eficácia consistente na prevenção, embora os antipsicóticos ainda sejam utilizados no tratamento (Swarbrick & Partridge, 2022).

Técnicas Intraoperatórias: O monitorização da profundidade anestésica guiada por EEG processado (ex: índice bispectral - BIS) para evitar anestesia excessivamente profunda tem sido associado a menor incidência de DPO. Não há evidências suficientes para recomendar uma técnica anestésica (geral vs. regional) em detrimento de outra para a prevenção do delirium (Swarbrick & Partridge, 2022).

Modelos de Predição e o Futuro : A identificação precoce de pacientes de alto risco é crucial para direcionar as intervenções preventivas.

Ferramentas de Predição: Embora existam escores de risco (como os baseados nos critérios de Inouye), ainda não há uma ferramenta de predição universalmente válida para todas as especialidades cirúrgicas. A dificuldade reside na combinação ideal de fatores predisponentes e precipitantes que seja ao mesmo tempo abrangente e clinicamente viável (Swarbrick & Partridge, 2022).

Aprendizado de Máquina e Inteligência Artificial: Estudos recentes têm explorado o uso de algoritmos de aprendizado de máquina para melhorar a acurácia preditiva do DPO. Em pacientes com fratura de quadril, modelos como Random Forest e Gradient Boosting Machine alcançaram áreas sob a curva ROC (AUC) superiores (0,80-0,81) em comparação à regressão logística tradicional (AUC de 0,71), identificando biomarcadores como BNP, troponina e PCR como preditores de alta importância (Song et al., 2024). Esses modelos, aliados a técnicas de interpretabilidade como o SHAP (Shapley

Additive Explanations), permitem uma estratificação de risco mais refinada e individualizada. (YNGRYSON ALMEIDA DINIZ)

3.2 FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS

O delirium pós-operatório apresenta repercussões que ultrapassam o âmbito clínico, alcançando dimensões psicossociais relevantes. Segundo Swarbrick e Partridge (2022), o delirium está associado a “ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático” em pacientes após internação hospitalar, especialmente em contextos de maior gravidade, como unidades de terapia intensiva. Familiares frequentemente vivenciam “sofrimento emocional significativo” ao presenciarem alterações agudas no comportamento e na cognição do paciente, enquanto profissionais de saúde relatam “carga psicológica aumentada” no manejo desses quadros, sobretudo em ambientes de alta complexidade. A revisão bibliográfica denota a necessidade de uma abordagem ampliada, que contemple não apenas o paciente, mas também o suporte emocional aos familiares e às equipes assistenciais.

De acordo com Swarbrick e Partridge (2022) a ocorrência do delirium está relacionada a uma complexa interação entre fatores biológicos e sociais. Variáveis como baixo nível socioeconômico, isolamento social, menor escolaridade e estado civil estão associadas a maior risco, possivelmente por refletirem menor acesso aos serviços de saúde e suporte social reduzido. Fatores clínicos, como sexo masculino, baixo índice de massa corporal e hipoalbuminemia, também emergem como marcadores de fragilidade, contribuindo para a redução da reserva fisiológica e cerebral (Swarbrick & Partridge 2022). Do ponto de vista fisiopatológico, o delirium envolve uma resposta exacerbada ao estresse, com elevação de cortisol e liberação de citocinas, afetando negativamente atenção, cognição, percepção e humor, especialmente em indivíduos com neurodegeneração prévia. Nesse contexto, a avaliação geriátrica abrangente e a identificação de fatores predisponentes e precipitantes tornam-se fundamentais para uma estratégia de risco mais precisa.

Apesar das evidências robustas acerca da eficácia de intervenções multicomponentes na prevenção do delirium, observa-se uma importante lacuna entre o conhecimento científico e sua aplicação na prática clínica. Tais intervenções são descritas como “eficazes na redução da incidência de delirium”, porém “frequentemente não são implementadas na prática clínica rotineira”, devido a “limitações de recursos, treinamento inadequado e desafios organizacionais”, configurando um “gap entre evidência e prática”. Estratégias como programas educativos para pacientes e familiares, educação continuada das equipes, atuação interdisciplinar, acompanhamento pós-alta e intervenções não farmacológicas (orientação, estimulação cognitiva, mobilização precoce e higiene do sono) mostram-se promissoras (Swarbrick & Partridge, 2022). Contudo, sua efetiva implementação depende da reorganização dos serviços, do fortalecimento das equipes multidisciplinares e da incorporação

sistemática dessas práticas no cuidado perioperatório, especialmente em populações idosas e vulneráveis.

O diagnóstico assertivo fundamenta-se no uso de ferramentas validadas à beira do leito. O *Confusion Assessment Method* (CAM) e o 4AT são amplamente recomendados, sendo o 4AT particularmente útil pela rapidez e facilidade de aplicação, inclusive em pacientes com demência subjacente (Briganti, 2025). A identificação precoce de pacientes de alto risco também evoluiu com a aplicação de modelos de aprendizado de máquina (*machine learning*), que apontam a idade avançada, insuficiência renal, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), uso prévio de antipsicóticos e níveis elevados de lactato desidrogenase (LDH) e proteína C-reativa (PCR) como preditores robustos de delirium pós-operatório (Song et al., 2024). Além disso, o estado nutricional surge como um marcador crítico: idosos com o Índice de Risco Nutricional Geriátrico (GNRI) inferior a 98 apresentam um risco significativamente maior de desenvolver a síndrome (Chen et al., 2023).

No que tange ao manejo, as intervenções não farmacológicas multicomponentes consolidaram-se como o padrão-ouro. Protocolos focados na reorientação frequente, higiene do sono, mobilização precoce, hidratação adequada e suporte visual e auditivo demonstraram eficácia clínica e custo-efetividade na redução da incidência de delirium (Swarbrick & Partridge, 2022; Briganti, 2025). Em ambientes cirúrgicos, a titulação cuidadosa da profundidade anestésica e a evitação de picos pressóricos são medidas preventivas essenciais (Swarbrick & Partridge, 2022). A vigilância ativa deve ser mantida, uma vez que não existe um biomarcador único ou teste definitivo para confirmar o desenvolvimento da síndrome, dependendo inteiramente da observação clínica do comportamento flutuante do paciente (Wróbel et al., 2024).

4 DISCUSSÃO

A discussão sobre o manejo do delirium reflete uma mudança de foco do tratamento farmacológico reativo para a prevenção estruturada. A literatura é enfática ao afirmar que o uso de medicamentos para profilaxia não apresenta evidências robustas de benefício (Swarbrick & Partridge, 2022). Pelo contrário, o uso perioperatório de benzodiazepínicos deve ser estritamente evitado em idosos devido ao seu papel como potente gatilho para estados confusionais (Swarbrick & Partridge, 2022). O papel do médico geriatra e da equipe multidisciplinar é vital para preencher o "vácuo de implementação" de medidas complexas de cuidado (Swarbrick & Partridge, 2022).

A análise integrada dos estudos evidencia que o delirium pós-operatório deve ser compreendido como uma condição multifatorial, cuja prevenção depende tanto da identificação precoce de fatores de risco quanto da implementação de estratégias assistenciais ao longo do período perioperatório. O estudo baseado em modelos preditivos demonstra que o delirium pode ser antecipado por meio da análise de variáveis clínicas e laboratoriais, como idade avançada, presença de comorbidades e

marcadores inflamatórios, reforçando o conceito de vulnerabilidade do paciente idoso frente a estressores cirúrgicos (SONG et al., 2024). Além disso, a utilização de algoritmos de aprendizado de máquina mostrou desempenho superior em relação a modelos tradicionais, sugerindo maior capacidade de identificar interações complexas entre fatores de risco.

Outro aspecto relevante diz respeito à limitada eficácia das intervenções farmacológicas na prevenção do delirium. As evidências disponíveis indicam que medidas como a evitação de benzodiazepínicos e o manejo adequado da dor são mais consistentes do que o uso de fármacos profiláticos específicos (SWARBRICK; PARTRIDGE, 2022). Tal achado reforça a natureza multifatorial da síndrome e a necessidade de abordagens integradas.

A intersecção entre delirium e demência sugere que pacientes com comprometimento cognitivo prévio possuem uma "barreira de proteção" cerebral mais frágil, exigindo que qualquer alteração mínima no estado mental seja investigada como delirium até que se prove o contrário (Bugiani, 2023). A inclusão de marcadores nutricionais, como o GNRI, no protocolo de admissão permite uma estratificação de risco mais refinada, possibilitando intervenções dietéticas precoces que podem mitigar o estresse metabólico cerebral (Chen et al., 2023). Em suma, o manejo contemporâneo do delirium no idoso deve ser personalizado, fundamentado em modelos preditivos modernos e priorizando intervenções ambientais e comportamentais para preservar a integridade cognitiva e reduzir a morbimortalidade.

5 CONCLUSÃO

Nesse contexto, evidencia-se que o avanço no entendimento do delirium pós-operatório não está limitado ao aprimoramento de modelos preditivos, mas à capacidade dos sistemas de saúde em operacionalizar tais conhecimentos. A dissociação entre evidência e prática ainda constitui um dos principais entraves para a redução da incidência da síndrome. Portanto, a efetividade das estratégias propostas depende menos da inovação isolada e mais da integração entre tecnologia, equipe multiprofissional e organização do cuidado, configurando um desafio essencialmente sistêmico.

A síntese dos dados demonstra que a fisiopatologia multifatorial do DPO exige uma visão que integre marcadores biológicos e nutricionais — como o GNRI e biomarcadores inflamatórios — ao uso de tecnologias emergentes, como o aprendizado de máquina, que superam as ferramentas tradicionais na estratificação de risco. Contudo, a tecnologia por si só não substitui o "padrão-ouro" do cuidado: as intervenções multicomponentes não farmacológicas e a Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA).

A dissociação entre evidência e prática ainda constitui um dos principais entraves para a redução da incidência da síndrome. Portanto, a efetividade das estratégias propostas depende menos da inovação isolada e mais da integração entre tecnologia, equipe multiprofissional e organização do

cuidado. Conclui-se que o manejo do DPO deve ser encarado como um indicador de qualidade assistencial, exigindo políticas institucionais que priorizem a educação continuada, a adequação ambiental e o suporte psicossocial, visando não apenas a sobrevida, mas a preservação da autonomia e da dignidade do paciente idoso.

REFERÊNCIAS

BRIGANTI, G. Delirium in the elderly. **Psychiatria Danubina**, v. 37, n. Suppl. 1, p. 104-111, 2025.

BUGIANI, O. Delirium and Dementia in the Elderly: Sometimes Associated or Always Together? **European Neurology**, v. 86, p. 161-165, 2023.

CHEN, Z. et al. Predictive value of the geriatric nutrition risk index for postoperative delirium in elderly patients undergoing cardiac surgery. **CNS Neuroscience & Therapeutics**, v. 30, n. 1, p. e14343, 2023.

SONG, Y. et al. Prediction models for postoperative delirium in elderly patients with machine-learning algorithms and SHapley Additive exPlanations. **Translational Psychiatry**, v. 14, n. 57, 2024.

SWARBRICK, C. J.; PARTRIDGE, J. S. L. Evidence-based strategies to reduce the incidence of postoperative delirium: a narrative review. **Anaesthesia**, v. 77, n. Suppl. 1, p. 92-101, 2022.

WRÓBEL, M. et al. Postoperative delirium in the elderly. **Medycyna Pracy**, v. 75, n. 4, 2024.