

**Prevalência de delirium em terapia intensiva adulto**

**Prevalence of delirium in adult intensive therapy**

**Prevalencia del delirium en terapia intensiva adulto**

Recebido: 08/06/2020 | Revisado: 09/06/2020 | Aceito: 14/06/2020 | Publicado: 28/06/2020

**Ruy de Almeida Barcellos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7857-2151>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: [rbarcellos@hcpa.edu.br](mailto:rbarcellos@hcpa.edu.br)

**Andreia Zanon**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2507-6904>

Centro Universitário da Serra Gaúcha

E-mail: [andreiaz300@gmail.com](mailto:andreiaz300@gmail.com)

**Taciana de Castilhos Cavalcanti**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5856-769X>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: [tcavalcanti@hcpa.edu.br](mailto:tcavalcanti@hcpa.edu.br)

**Angela Enderle Candaten**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6717-8327>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: [aecandaten@hcpa.edu.br](mailto:aecandaten@hcpa.edu.br)

**Ana Cristina Pretto Bão**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2747-7197>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: [abao@hcpa.edu.br](mailto:abao@hcpa.edu.br)

**Resumo**

**Objetivo:** mensurar a prevalência de *delirium* em pacientes internados na terapia intensiva.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de alta complexidade de Caxias do Sul. A população investigada constituiu-se de 1271 pacientes, internados na terapia intensiva no ano de 2017. Para a coleta de dados foi utilizada uma planilha em formato eletrônico elaborada pelos pesquisadores. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva. **Resultados:** evidenciaram que 8% (101) dos

pacientes investigados foram diagnosticados com *delirium*; desses 50% tinham mais de 70 anos, 74% usaram benzodiazepínicos, 65% eram hipertensos, 71% possuíam alguma comorbidade e 76% sobreviveram. **Conclusão:** o *delirium* é uma patologia de início súbito, mas pode ser prevenida a partir de estratégias no plano de cuidados, sendo que é o enfermeiro que realiza a identificação dos pacientes com risco para desenvolver *delirium*, aplicando escalas específicas.

**Palavras-chave:** *Delirium*; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem.

### Abstract

**Objective:** Measure the prevalence of delirium in intensive care patients. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in a highly complex hospital in Caxias do Sul. The study population consisted of 1271 patients hospitalised in the intensive care unit in 2017. For the data collection it was used an electronic spreadsheet made by the researchers. The data was analysed using descriptive statistics. **Results:** It was evidenced that 8% (101) of the patients were diagnosed with delirium; of those 50% were older than 70 years, 74% used benzodiazepines, 65% were hypertensive, 71% had some comorbidity and 76% survived. **Conclusion:** The delirium is a sudden onset pathology, but it can be prevented through strategies in the care plan, and it is the nurse who performs the identification of the patients at risk for developing delirium by applying specific scales.

**Keywords:** Delirium; Intensive care unit; Nursing.

### Resumen

**Objetivo:** medir la prevalencia del delirium en pacientes internados en la terapia intensiva. **Método:** Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital de alta complejidad de Caxias do Sul. La población investigada se constituyó de 1271 pacientes, internados en la terapia intensiva en el año 2017. Para la recolección de datos fue usado una hoja en formato electrónico elaborada por los investigadores. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** evidenciaron que 8% (101) de los pacientes investigados fueron diagnosticados con delirium; de esos 50% tenían más de 70 años, 74% usaron benzodiazepinas, 65% eran hipertensos, 71% tenían alguna comorbilidad y el 76% sobrevivió. **Conclusión:** el delirium es una patología de inicio súbito, pero puede prevenirse a partir de estrategias en el plano de cuidados, siendo que es el enfermero que realiza la identificación de los pacientes con riesgo de desarrollar delirium, aplicando escalas específicas.

**Palabras clave:** Delirium; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería.

## 1. Introdução

O *delirium* pode ser definido como uma disfunção orgânica prevalente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com incidência variando entre 10 a 90% dos pacientes, dependendo da ferramenta diagnóstica e do momento da avaliação, estando associada a maior tempo de ventilação mecânica, de UTI, hospitalar e crescente mortalidade. A ocorrência do *delirium* eleva custos e atribuir aumento de morbimortalidade, tornando-se uma experiência desagradável para familiares e pacientes, podendo inclusive causar déficit funcional e cognitivo persistente e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) naqueles pacientes que sobrevivem a essa importante síndrome (Chanques, et al., 2014, Delaney, et al., 2018, Faria & Moreno, 2013).

No que se refere aos fatores de risco, o uso de benzodiazepínicos, esses que são fármacos sedativos utilizados com maior frequência em pacientes de UTI, também se associam à transição para delirium. Ainda são considerados fatores de risco para *delirium* a pré-existência de demência, idade acima de 65 anos, evento cirúrgico de grande porte, infecções/seps e drogas. Já os mecanismos neuropatológicos que desencadeiam *delirium* ainda não foram totalmente esclarecidos (Faria & Moreno, 2013, Shinotsuka & Salluh, 2013, Mori, et al., 2016, Clatt, et al., 2020).

Dos instrumentos de rastreamento disponíveis para o *delirium*, os indicadores mais confiáveis de escore são o *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) e o *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), ambos recomendados pelas diretrizes PAD (dor, agitação e *delirium*). A utilização do CAM-ICU pela equipe de enfermagem previamente capacitada é viável (Chanques, et al., 2014, Peitz, et al., 2013).

Em relação à evolução clínica, há oscilação de acordo com a categoria do *delirium*, se hipoativo, hiperativo ou misto. Quando hipoativo, o paciente apresenta-se sonolento, em oposição o hiperativo apresenta-se com agitação psicomotora e alucinações. A forma mista é o quadro mais frequente, já a hiperativa existe em 5% dos pacientes (Delaney, et al., 2018, Faria & Moreno, 2013).

Sabe-se que para o *delirium* há medidas de prevenção e de tratamento para os casos inevitáveis. Com isso, os pacientes ao serem admitidos na terapia intensiva devem ser avaliados sistematicamente para *delirium* com estratégias institucionais implementadas para prevenir e reduzir a sua ocorrência e o seu impacto. Assim como, o indicador de prevalência

de *delirium* deve fazer parte da terapia intensiva como indicador de qualidade assistencial (Mori, et al., 2016, Pitrowsky, et al., 2010, Faustino, et al., 2016, Barcellos & Chatkin, 2020).

Considerando a importância do gerenciamento do delirium, o estudo leva em consideração o paciente e sua família, pois se almeja evitar eventos adversos ao paciente crítico, minimizando o seu tempo de permanência, infecções hospitalares e sequelas pós-alta hospitalar. Com base no exposto, o objetivo foi mensurar a prevalência de *delirium* em pacientes internados na terapia intensiva.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em um hospital de alta complexidade, filantrópico, que atende 60% dos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de 320 leitos, sendo 30 destinados à UTI adulto.

A população investigada foi constituída por todos os pacientes que estiveram internados nas três UTIs adulto no ano de 2017. No total, foram 1271 pacientes. Enquanto que a amostra por conveniência foi composta por 101 pacientes, que atenderam aos critérios de inclusão que foram: i) internados nas UTIs adulto no ano de 2017; e ii) diagnóstico positivo para *delirium*. Já os critérios de exclusão foram: i) registros incompletos no prontuário; ii) pacientes com diagnóstico prévio de demência; e iii) pacientes menores de 18 anos.

Para a coleta de dados utilizou-se de análise documental retrospectiva por meio de prontuário eletrônico, livro de registro das UTIs e relatórios disponíveis no sistema de informação entre os meses de março e maio de 2017. A análise dos dados foi direcionada pela estatística descritiva sendo descritas como números absolutos e percentis.

A pesquisa respeitou as diretrizes da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada conforme Parecer número 1218724. Os dados foram arquivados em planilhas eletrônicas em um servidor digital. O acesso aos arquivos só é permitido por meio de identificação de usuário e senha restritos à equipe da pesquisa por um período de três anos.

## 3. Resultados

Compuseram a população deste estudo 1,271 mil pacientes. Desses, 8% (101) foram diagnosticados com *delirium*, no ano de 2017. Conforme dados apresentados na Tabela 1, 55% (56) dos pacientes eram do sexo masculino.

**Tabela 1** - Caracterização dos pacientes com *delirium* em 2017 – Caxias do Sul/RS.

Variável	n(%)
<b>Total</b>	101
Sexo Masculino	56(55)
Sexo Feminino	45(45)
<b>Idades</b>	
Até 59 anos	35(35)
60 a 69 anos	16(16)
> 70 anos	50(49)
<b>Causa de Internação</b>	
Clínica	66(65)
Trauma	24(24)
Cirúrgica	11(11)

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto às comorbidades, conforme a Tabela 2, dos 101 pacientes do estudo, 81% possuíam alguma doença prévia, destes 53% eram doenças cardiovasculares; 16%, doenças neurológicas; 17%, doenças respiratórias. Do grupo de pacientes com comorbidades, 53% apresentavam além destas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) associada.

**Tabela 2** – Principais comorbidades dos pacientes diagnosticados com *delirium* em 2017 - Caxias do Sul/RS.

Variável	n(%)
<b>Total</b>	<b>82</b>
Doenças Cardiovasculares	43(52)
Doenças Neurológicas	13(16)

Doenças Respiratórias	14(17)
Doenças Oncológicas	7(8)
Outras	5(6)

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme Tabela 3, no ano de 2017, no hospital analisado, dos 101 pacientes diagnosticados com *delirium*, 76% progrediram para um quadro de melhora ou cura, no entanto, 24% evoluíram para o óbito. Os dias de internação na UTI variaram de 01 a 93 dias, e a média foi de 07 dias. Enquanto que a internação hospitalar oscilou entre 01 e 144 dias, a média manteve-se em 23 dias. Durante a permanência na UTI, 74% dos pacientes foram medicados com benzodiazepínicos. De acordo com os registros, 8% dos pacientes apresentavam histórico de etilismo e 50% tinham 70 anos ou mais.

**Tabela 3** – Fatores de Risco e desfecho dos pacientes com *delirium* em 2017 - Caxias do Sul/RS.

Variável	Média (em dias)
Média Permanência UTI	7
Média Permanência hospitalar	23
<b>Fatores de risco</b>	<b>%</b>
Uso de Benzodiazepínicos	74%
Hipertensos	65%
Histórico de Etilismo	8%
> 70 anos	50%
<b>Desfechos</b>	
Sobreviventes	76%
Óbitos	24%

Fonte: dados da pesquisa.

#### 4. Discussão

O *delirium* caracteriza-se por perturbação da consciência, com alterações cognitivas ou distúrbios de percepção, que podem ocorrer a curto ou longo prazo. Trata-se de uma manifestação da disfunção cerebral aguda e que pode cursar com diferentes manifestações clínicas. Podem ser observados alucinações, perda de memória, agitação psicomotora e esquecimentos, no entanto, dificuldades relacionadas à atenção são as mais frequentes (Faria & Moreno, 2013, Luna, et al., 2015, Nassar & Park, 2016).

Fatores de risco associados ao *delirium* são relacionados a condições preexistentes ou agudas do paciente e a fatores ambientais, os quais se dividem em modificáveis e não modificáveis. Nos fatores modificáveis se inclui possíveis situações do ambiente que o paciente está como: isolamento, contenção física no leito, privação do sono e ausência de vistas e a doença no período de internação (febre, desidratação, alto risco de morte, sedativos, analgésicos, utilização de dispositivos invasivos, como os tubos e cateteres. Os fatores não modificáveis incluem doenças neurológicas prévias e demência, idade, sexo, tabagismo, etilismo e múltiplas comorbidades (Pitrowsky, et al., 2010, Souza, et al., 2018).

Os achados do presente estudo demonstram similaridade a pesquisas anteriores que também evidenciou em sua amostra, predomínio do sexo masculino, idade > 60 anos e causa de internação cirúrgica (Mori, et al., 2016, Luna, et al., 2015).

Em pesquisa desenvolvida previamente, 60% dos pacientes da amostra tinham como principal doença prévia, distúrbios metabólicos, 39,3% hipertensão arterial sistêmica e 24,3% distúrbios neurológicos. Assim, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica e os distúrbios neurológicos como fator associado a maior risco para desenvolvimento do *delirium* (Luna, et al., 2015).

A UTI é um lugar propício para ocorrência de *delirium* devido a fatores de estrutura física, que quando associados aos fatores de risco como, idade, hipertensão arterial sistêmica, etilismo, distúrbios metabólicos, uremia, hipoxemia, anemia, acidose, hipotensão, comprometimento visual e auditivo, intervenções cirúrgicas e drogas, favorecem o aumento da incidência (Faria & Moreno, 2013).

Estudo prospectivo de coorte multicêntrico realizado com mais de 500 pacientes com *delirium* durante a internação, identificou a idade (acima de 65 anos), tabagismo e uso de álcool como fatores de risco para quase todos os pacientes (Van, et al., 2008).

Desequilíbrios eletrolíticos, infecções, abstinência de drogas são condições clínicas que devem ser verificadas e corrigidas. Agregado a isso, torna-se relevante considerar que estímulos algícos podem ser disparadores de agitação psicomotora podendo caracterizar risco ou potencializar o *delirium* (Souza, et al., 2018). Neste sentido, o controle e manejo da dor no

doente crítico deve ser gerenciado pela equipe assistencial uma vez que, esta se associa ao aumento dos casos de delirium.

Da mesma forma, evitar a sedação excessiva é benéfico na redução das taxas de *delirium*, assim como, para outros desfechos clínicos, como infecções adquiridas na UTI, duração da ventilação mecânica e tempo de internação. Tão importante quanto à exposição à sedação, é o tipo de sedativo, uma vez que, as evidências apontam que o uso de benzodiazepínicos associa-se a maior ocorrência de *delirium*. Sendo assim, estratégias de sedação rapidamente reversível são indicadas (Pitrowsky, et al., 2010).

O tratamento mais efetivo do *delirium* atualmente é o preventivo. A droga de escolha mais utilizada na terapia intensiva é o haloperidol, apesar de não haver evidência publicada de que o mesmo reduza a duração do *delirium*. Sedativos e opióides são administrados para melhorar o conforto e a sincronia com a ventilação mecânica. A interrupção diária da sedação ou protocolo de sedação podem ser realizados com segurança e são estratégias recomendadas para minimizar o uso de sedativos nas UTIs (Horsten, et al., 2018, Rose, et al., 2015).

O próprio ambiente da UTI representa um fator de risco para *delirium*, devido à falta de iluminação natural, modificação no padrão do ritmo circadiano, isolamento social do paciente e excesso de ruídos. Assim como, o uso de dispositivos como cateteres, sondas e drenos (Luna, et al., 2015, Rose, et al., 2015).

Pequenas intervenções podem tornar o ambiente da UTI menos desagradável, como permitir a percepção do ambiente, diferenciação do dia e da noite providenciar próteses auditivas e visuais a pacientes que utilizavam previamente, propiciar intervenções para minimizar a privação do sono e permitir o uso de dispositivos eletrônicos quando possível. Da mesma forma, a remoção de dispositivos invasivos assim que possível (Luna, et al., 2015, Rose, et al., 2015, Delaney, et al., 2018, Faustino, et al., 2016).

No hospital em estudo, o enfermeiro também é o responsável pela identificação dos pacientes de risco para desenvolver *delirium* a beira do leito, assim como seu diagnóstico mediante a utilização da Escala *CAM-ICU* e prescrição de cuidados.

Geralmente, o início do *delirium* é súbito, porém podem ocorrer sintomas como medo ou inquietação nos dias que precedem a manifestação dos sintomas. O tratamento é baseado principalmente na prevenção. A equipe de enfermagem, portanto, desempenha papel fundamental, pois cabe a ele promover a iluminação natural ou diminuir a intensidade da luz no período noturno, estimular a presença de familiares, disponibilizar cobertores para o aquecimento adequado, adequar os horários de medicações, principalmente as noturnas, para



não alterar o ciclo sono-vigília, pois a privação do sono provoca desatenção, flutuação da capacidade mental e disfunção cognitiva (Souza, et al, 2018, Rose, et al., 2015).

Compete também à equipe de enfermagem orientar no tempo e no espaço, com o uso de calendários e relógios, informar o dia da semana, horário das refeições, banho, exames de rotina e visitas. Permitir, sempre que possível, o uso de próteses visuais, auditivas e dentárias. Manter grades elevadas para garantir a segurança do paciente.

A UTI constitui uma unidade complexa que requer assistência de enfermagem técnica científica apurada, pois os pacientes que ali estão precisam de muitos cuidados devido à gravidade dos casos. Acredita-se que o enfermeiro pode desmistificar o conceito de que a UTI é um ambiente frio e hostil, proporcionando ao paciente medidas de conforto que contribuam para um tratamento de melhor qualidade e ao mesmo tempo nos desfechos dos pacientes.

A equipe de enfermagem se destaca na avaliação diária do paciente, desta forma, conseguindo identificar sinais e sintomas relacionados a esta patologia e desta forma podendo intervir precocemente.

## 5. Considerações Finais

Mensurou-se a prevalência de *delirium* em pacientes internados na UTI de um hospital de alta complexidade de Caxias do Sul, no ano de 2017, que foi de 8%. Foram conhecidos os principais fatores de risco para *delirium* em UTIs, que são idade acima de 70 anos, histórico de etilismo ou comorbidade, HAS e uso de benzodiazepínicos.

O presente estudo teve como contribuição apresentar dados que evidenciam a importância do gerenciamento do *delirium* em terapia intensiva. Apresenta limitações como: seu desenho, utilização de dados secundários e dificuldade de generalização, pois foi realizado em apenas uma instituição. Novos estudos, levando em conta as características clínicas e contextuais em diferentes ambientes de UTI, são necessários.

O *delirium* é uma disfunção que pode ser prevenida, principalmente com intervenções não farmacológicas, traçadas pelo enfermeiro juntamente com a equipe multidisciplinar, as quais podem ter impacto na melhora clínica e na qualidade de vida do paciente após a internação na UTI.

## Referências

Barcellos, R. A., & Chatkin, J. M. (2020). Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. *J Bras Pneumol*. 20180261.

Chanques, G., Ely, E. W., Garnier, O., Perrigault, F., et al. (2018). The 2014 updated version of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit compared to the 5th version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and other current methods used by intensivists. *Ann Intensive Care*. 10.1186/s13613-018-0377-7.

Clatt, F. C., Barcellos, R. A., & Susin, A. C (2020). Eventos adversos relacionados a medicamentos em terapia intensiva em adultos: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 9, n. 7, p. e646974402.

Delaney, A., Hammond, N., & Litton, E. (2018). Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. *JAMA*. 10.1001/jama.2018.0159.

Faria, R. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva* 25(2), 137-147.

Horsten, S., Reinke, L., Absalom, A. R., & Tulleken, J. E. (2018). Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically ill. *Br J Anaesth*. 04;120(3),443-452.

Luna, A. A., Bridi, A. C., & Silva, R. C. L.(2015) Delirium in intensive care- a retrospective study. *J Nurs UFPE on line*. [Internet], Recife, PE, v. 9, n. 1, p. 69-75, jan.,2015.

Mori, S., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., et al. (2016). Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP* 50(4),585-591.

Nassar Junior, A. P., & Park, M.(2014) Daily sedative interruption versus intermittent sedation in mechanically ventilated critically ill patients: a randomized trial. *Ann Intensive Care*. 4:14.

Peitz, G. J., Balas, M. C., Olsen, K. M., Pun, B. T., & Ely, E. W. (2013). Top 10 myths regarding sedation and delirium in the ICU. *Crit Care Med* 41(9 Suppl 1):S46-56.

Pitrowsky, M. T., Shinotsuka, C. R., Soares, M., et al. (2010). Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 22(3), 274-279

Rose, L., Fitzgerald, E., Cook, D., Kim, S., et al. (2015) SLEAP Investigators. Canadian Critical Care Trials Group Clinician perspectives on protocols designed to minimize sedation. *J Crit Care*. 2015;30(2),348–352

Souza, T. L., Azzolin, K. O., & Fernandes, V. R. (2018) Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm.* 1983-14472018000100505

Shinotsuka CR, & Salluh JIF. (2013). Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva* 25(2),155-161

Van, R. B., Schuurmans, M. J., & Shortridge-Baggett, L. M., (2008) A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. *J Crit Care*. 12(1),12-6.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Ruy de Almeida Barcellos – 36%

Andreia Zanon – 32%

Taciana de Castilhos Cavalcanti – 15%

Angela Enderle Candatem – 15%

Ana Cristina Pretto Bão – 2%