



OCORRÊNCIA DE *DELIRIUM* EM PACIENTES CRÍTICOS EM UNIDADE INTENSIVA

Lyana Reis de Moura Benzamat*
Flavia Giron Camerini**
Tiago Braga do Espírito Santo***
Cíntia Silva Fassarella****
Andrezza Serpa Franco*****
Danielle de Mendonça Henrique*****

RESUMO

Objetivo: descrever a ocorrência de *delirium* em pacientes críticos após aplicação de instrumento de rastreio. **Método:** estudo transversal, com amostra por conveniência, para o levantamento da frequência de *delirium* em pacientes críticos. Na primeira parte do estudo, realizou-se uma observação *in locu* para o diagnóstico de *delirium*; em seguida, fez-se uma pesquisa em prontuário para o levantamento de dados epidemiológicos. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2018. **Resultados:** 18 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e 7 (38,9%) foram diagnosticados pelo instrumento de rastreio para *delirium*. Dentre os pacientes com diagnóstico de *delirium*, todos possuíam tempo de internação superior a 7 dias. Destaca-se que 3 (42,9%) pacientes fizeram uso de contenção mecânica e 2 (28, 57%) fizeram uso de contenção física. Ocorreu um evento adverso entre os pacientes acometidos pela síndrome, durante o período de observação. **Conclusão:** evidenciou-se uma taxa de ocorrência de 38,8% de *delirium* em pacientes críticos. Esse dado aponta o *delirium* como um desafio na assistência a pacientes de alta complexidade. Destaca-se a subnotificação como um obstáculo importante para o manejo e prevenção adequados.

Palavras-chave: Delírio. Cuidados Críticos. Cuidados de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

O *delirium* é considerado uma síndrome orgânica mental, aguda, flutuante e generalizada, que gera acometimento das funções cognitivas⁽¹⁾.

Estima-se que em unidades de terapia intensiva a incidência de *delirium* pode atingir mais de 80% dos pacientes, principalmente idosos com ou sem história de demência. A prevalência apresentada em estudos multicêntricos varia entre 32,3% e 77%, e a incidência pode variar entre 45% e 87%. As elevadas taxas variam de acordo com a população do estudo e da escala utilizada para a identificação do *delirium*⁽²⁻⁵⁾.

Essas taxas são preocupantes devido à estreita relação da síndrome com o aumento das

taxas de mortalidade (a cada 48 horas em *delirium*, aumenta-se em 11% a mortalidade), do tempo de internação (acréscimo médio de 7,32 dias de internação em Unidades de Tratamento Intensivo) e do tempo de uso de ventilação mecânica (mais de 7,22 dias sob ventilação mecânica), retirada acidental de tubos e cateteres, comprometimento cognitivo, surgimento de lesões (autoprovocadas e lesões por pressão) e aumento dos custos hospitalares (39% maior que pacientes não acometidos)⁽²⁻⁵⁾.

Diante da elevada taxa de incidência e todas as suas repercussões clínicas, faz-se necessário o diagnóstico adequado do *delirium*. Atualmente, a escala mais utilizada para a detecção e avaliação do *delirium* é a “*Confusion Assessment Method- In a Intensive Care Unit*” (CAM-ICU), que

*Enfermeira. Pós-graduada em Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: lyanamoura.enf@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0388-043X>

**Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Associada do departamento médico-cirúrgico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: fcamerini@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4330-953X>

***Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Professor Adjunto do departamento médico-cirúrgico da Faculdade de Enfermagem (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: tbes81@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4313-6894>

****Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Adjunta do departamento médico-cirúrgico da Faculdade de Enfermagem (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: cintiafassarella@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2946-7312>

*****Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Assistente do departamento médico-cirúrgico da Faculdade de Enfermagem (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dezzafranco@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5008-1345>

*****Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora Adjunta do departamento médico-cirúrgico da Faculdade de Enfermagem (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: danimendh@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0656-1680>

possui especificidade e sensibilidade, além de ser validada na língua portuguesa. Essa escala foi criada a partir do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, sendo voltada ao diagnóstico do *delirium* em pacientes com perfil de tratamentos intensivos (em uso de ventilação mecânica, sedados, comatosos, sem possibilidade de responder a questionários), porém esta não estabelece como parâmetro a gravidade da síndrome⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem um importante papel na detecção precoce e no tratamento do *delirium*. Essa relação se dá pela presença da categoria na maioria do tempo à beira do leito do paciente, possibilitando o uso das estratégias de prevenção continuamente durante a assistência hospitalar⁽⁷⁾.

Porém, apesar da relevância do tema, cerca de 3% a 66% dos casos de *delirium* não são diagnosticados nas unidades intensivas e apenas 16% dos profissionais afirmam utilizar uma escala de avaliação específica diariamente. Esses dados apontam a necessidade de capacitação dos profissionais perante as escalas e aprofundamento do conhecimento referente à síndrome e ao manejo, principalmente quanto às medidas preventivas^(3,7).

Logo, profissionais de enfermagem, tendo em vista sua alta carga assistencial à beira do leito, podem contribuir tanto para redução quanto para o aumento dos casos de *delirium*, por meio das seguintes questões: baixa sensibilização sobre o assunto; comunicação ineficiente na relação familiares *versus* profissionais; baixa qualidade de sono dos pacientes devido a ruídos excessivos; e a polifarmácia⁽⁵⁾.

A relevância deste estudo se dá tanto pelo grande número de pacientes críticos acometidos pela síndrome quanto pela alta ocorrência de eventos adversos decorrentes do *delirium*. Faz-se necessário, então, o diagnóstico precoce, manejo correto da síndrome e capacitação dos profissionais de enfermagem. Na literatura e na prática clínica, o instrumento CAM-ICU é o modo mais eficaz para identificar *delirium*, com alta sensibilidade (94,1%) e especificidade (96,4%), apresentando credibilidade para uso na prática clínica⁽⁸⁾.

Estima-se que essas ações podem reduzir de forma direta os eventos adversos relacionados ao *delirium*, tais como a retirada acidental de

dispositivos enterais, ventilatórios, venosos, aumento do tempo de internação, lesões cutâneas acidentais devido ao estado hiperativo, lesões por pressão em razão do estado hipotativo, entre outros⁽⁹⁾.

Em suma, este trabalho tem por objetivo descrever a ocorrência de *delirium* em pacientes críticos após aplicação de instrumento de rastreio.

MÉTODO

Este estudo abrange uma pesquisa observacional transversal, descritiva, para o levantamento da prevalência de *delirium* em pacientes críticos.

Acerca dos critérios de inclusão utilizados, têm-se pacientes internados na unidade de terapia intensiva, independente do diagnóstico, com idade igual ou acima de 18 anos. Excluíram-se pacientes com registro de história de doença neurológica/psiquiátrica e/ou com escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) entre -4 e -5, ou seja, comatosos, sem interação com o avaliador, não sendo possível a avaliação pela escala CAM-ICU.

A amostragem por conveniência se deu pela análise dos pacientes internados mediante o uso da escala CAM-ICU pelo pesquisador, que observou à beira do leito (*in loco*) os pacientes para identificar a ocorrência de *delirium*. Posteriormente, nos pacientes com diagnóstico de *delirium*, realizou-se uma análise documental, em prontuário, para levantamento de dados dos pacientes, os quais respeitavam os critérios de inclusão e exclusão propostos.

A amostra se deu pela análise de 90 pacientes internados durante o período de coleta, dos quais 18 atenderam aos critérios de elegibilidade e 7 foram diagnosticados com *delirium* e incluídos no estudo.

O cenário foi uma unidade de terapia intensiva geral de um hospital universitário do Rio de Janeiro com capacidade de 10 leitos e uma equipe de enfermagem composta de enfermeiros, residentes e técnicos de enfermagem.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada com a aplicação prévia da escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), a qual analisou o nível de consciência dos pacientes e norteou a

inclusão destes no estudo por meio da pontuação entre +4 e -5; em seguida, o pesquisador aplicou a escala CAM-ICU para diagnóstico do *delirium*, à beira do leito (*in loco*), em que houve 7 diagnósticos de *delirium*.

Na segunda parte da pesquisa, fez-se uma análise documental, nos prontuários dos pacientes com *delirium*, para o levantamento de dados epidemiológicos, história pregressa, notificações de eventos adversos, diagnóstico prévio de *delirium*, uso de contenções e medicações em uso.

Considerou-se contenção física a imobilização sem causar danos ao paciente, mediante o uso de faixas ataduras ou dispositivos industrializados específicos, e como contenção mecânica o uso de restritores de movimento nos membros superiores e inferiores⁽¹⁰⁾.

Além dos aspectos clínicos do *delirium*, observaram-se eventos adversos notificados em prontuários. Considerou-se como evento adverso relacionado ao *delirium* a retirada acidental de dispositivos enterais, ventilatórios e venosos.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de agosto a outubro de 2018, pela pesquisadora principal, com os pacientes

internados no setor, nas segundas e quartas-feiras.

Os dados foram tabulados a partir da estatística descritiva simples, por meio do *Microsoft Excel®*, versão 2010.

Este trabalho atendeu a todas as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que dispõem acerca da pesquisa científica com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob nº 2.138.724 com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em função da natureza do estudo e das condições de um paciente crítico, além da aprovação pelo CEP.

RESULTADOS

Incluíram-se no estudo 18 pacientes. Dentre os pacientes observados, 11 (61,1%) são do sexo feminino, 9 (50,0%) apresentam idade maior ou igual a 60 anos, 7 (38,9%) com diagnóstico de *delirium* pela escala de avaliação CAM-ICU utilizada pela pesquisadora e apenas 1 dos pacientes diagnosticados com *delirium* já possuía o diagnóstico da síndrome pela unidade (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos pacientes investigados para *delirium* na Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=18)

Caraterísticas	n	%
Sexo		
Feminino	11	61,1
Masculino	7	38,9
Idade		
18 a 59 anos	9	50
60 anos ou mais	9	50
Tempo de internação		
Superior a 7 dias	16	88,9
7 dias ou menos	2	11,1
Delirium		
Negativo	11	61,1
Positivo	7	38,9
Diagnóstico anterior de delirium		
Não	17	94,4
sim	1	5,5
Total	18	100

Fonte: autora, 2019.

Dos 18 pacientes analisados, 2 (11,1%) possuem tempo de internação inferior a 7 dias. Destaca-se que, dentre os 7 pacientes com

diagnóstico de *delirium*, todos possuem tempo de internação superior a 7 dias (Tabela 1).

Considerando que pacientes críticos são polifármacos, analisaram-se os principais medicamentos utilizados. Dentre os mais

frequentes, destacam-se os sedativos (50%) anti-hipertensivos (10,5%) e antibióticos (38,9%).

Tabela 2. Descrição dos medicamentos utilizados pelos pacientes em *delirium* observados na Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=18)

Medicamentos	n	%
Sedativos	9	50
Antibióticos	7	39
Anti-hipertensivos	2	11
Total	18	100

Fonte: autora, 2019.

Após a aplicação das escalas, a fim de melhor analisar os casos incluídos no estudo, destacaram-se os 7 (38,9%) pacientes com

diagnóstico de *delirium*, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Casos de *delirium* observados na Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018 (n=7)

Casos de <i>delirium</i>	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	18 a 30 anos	Acima de 60 anos	Acima de 60 anos	Acima de 60 anos	Acima de 60 anos	31 a 59 anos	Acima de 60 anos
Tempo de internação	21 dias	62 dias	13 dias	27 dias	59 dias	76 dias	15 dias
Diagnóstico anterior de <i>delirium</i>	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Medicamento em uso	Anti-hipertensivo Sedativos Antibióticos	Sedativos Antibióticos	Antibióticos Anti- Hipertensivo	Sedativos Antibiótico	Sedativos Antibióticos	Sedativos Antibióticos	Sedativos Antibióticos
Sedativos em uso	Fentanil Propofol	Fentanil Propofol	Nenhum	Midazolam	Fentanil	Fentanil	Fentanil Midazolam
Uso de contenção	Mecânica Física	Mecânica	Nenhuma	Mecânica Física	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Eventos Adversos	ENP do TOT	-	-	-	-	-	-

Fonte: autora, 2018.

*ENP: Extubação não planejada

*TOT: Tubo orotraqueal

Mediante a amostra de 7 pacientes diagnosticados com *delirium*, 4 (57,1%) são do sexo feminino, 5 (71,4%) possuem idade igual ou superior a 60 anos e 7 (100,0%) possuem tempo de internação maior que 7 dias. A média de tempo de internação é de 39 dias.

Ressalta-se que, previamente ao estudo, apenas 1 (14,3%) dos pacientes foi diagnosticado e notificado (em prontuário) com *delirium* (Tabela 3). A classe de medicamentos mais frequentemente administrada, em pacientes com a síndrome, foram os sedativos, com 10

(52,6%) pacientes fazendo uso.

Também se analisou o uso de contenções, que podem ser físicas, mecânicas ou químicas, visto que 3 (42,9%) pacientes fizeram uso de contenção mecânica e 2 (28,6%), de contenção física. Não foram encontrados registros do uso de contenção química nos pacientes acometidos pela síndrome.

Observou-se que, na amostra de pacientes analisados, identificou-se, em prontuário, um evento adverso durante o período de observação, no qual houve a extubação não planejada do

tubo orotraqueal por um paciente acometido pelo *delirium*.

DISCUSSÃO

As evidências apontam que o *delirium* possui alguns fatores predisponentes para sua ocorrência. Dentre eles podem ser destacados sexo, idade igual ou superior a 60 anos e uso de medicamentos (psicotrópicos, hipnóticos, sedativos etc.). Mediante os resultados, nota-se a prevalência de pacientes do sexo feminino diagnosticadas com *delirium*⁽⁹⁾.

Acerca da idade, os resultados corroboram com os estudos sobre o assunto, já que a síndrome acomete mais frequentemente pacientes idosos⁽⁹⁾.

Devido às disfunções generalizadas causadas pela síndrome, percebe-se um aumento do tempo de internação médio dos pacientes de terapias intensivas, em quetodos os casos analisados possuíam mais de 7 dias de internação. Esse achado associa-se aos resultados descritos na literatura, que apontam para um aumento médio de 7,32 dias de internação em pacientes críticos devido ao acometimento pelo *delirium*⁽²⁾.

Mediante o tempo prolongado de internação, identificado em alguns pacientes com *delirium*, existem intervenções não farmacológicas para o manejo do mesmo, dentre elas, tem-se a presença da família, que tem participação ativa na estimulação cognitiva dos pacientes. Outra medida não farmacológica disponível inclui o despertar diário, visto que há uma inter-relação entre o uso contínuo de sedativos e as disfunções cognitivas⁽¹²⁾.

O protocolo do despertar diário tem por objetivo reduzir os acometimentos derivados do uso excessivo de sedação em pacientes críticos. A administração de altas doses de sedativos associada ao uso não habitual dessa classe de fármacos aumenta as taxas de mortalidade e morbidade, o tempo do uso de prótese ventilatória e o risco de *delirium*⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Este se dá pela redução ou interrupção da administração de sedativos em um período de 24 horas. Um estudo realizado em 2019 aponta que, em uma unidade de terapia intensiva, a interrupção diária da sedação ocorre em cerca de 51,6% das observações, contrapondo o observado neste estudo. Logo, faz-se necessário

um protocolo institucional para a realização dessa medida⁽¹⁶⁾.

Mesmo com esses achados, algumas práticas referentes aos protocolos de sedação ainda destoam das ações padrão, descritas na literatura. Os resultados apontam que 6 (60%) dos pacientes utilizavam fentanil para analgesia e sedação. Entretanto, afim de prevenir os acometimentos cognitivos, considera-se preferencialmente o uso de lorazepam, para sedações venosas contínuas ou intermitentes, e propofol para proporcionar um despertar mais rápido. Notou-se que 2 (20%) dos pacientes observados utilizavam midazolam, o qual, segundo a literatura, associa-se com frequência ao diagnóstico de *delirium*⁽¹⁵⁾.

Todavia, o fentanil em uso contínuo ou em altas doses pode acarretar depressão respiratória e acúmulo no organismo do paciente, o que dificulta o despertar diário e o desmame de sedação, aumentando o índice de *delirium*, diferentemente do lorazepam, midazolam, propofol e dexametodina⁽¹⁴⁾.

A terapia farmacológica utilizada com maior frequência aponta para um provável desconhecimento ou pouca capacitação da equipe multiprofissional acerca do *delirium*⁽¹⁷⁾.

Cabe ressaltar que muitos profissionais de saúde ainda entendem o uso de contenção mecânica e física como formas de manejo do *delirium*, entretanto esse hábito é considerado um fator precipitante e agravante da síndrome. Esses dados são demonstrados quando 3 (42, 85%) dos casos descritos fazem uso de algum tipo de contenção, sem qualquer tipo de prescrição ou justificativa para o uso registrada em prontuário⁽⁵⁾.

Ainda existem muitos questionamentos e debates acerca das definições do que seriam contenções físicas e mecânicas. Contudo, a contenção física pode ser a imobilização do paciente pelos integrantes da equipe multiprofissional, sem gerar danos aos mesmos, e a contenção mecânica o uso de restritores de movimento nos membros superiores e inferiores⁽¹⁰⁾.

Porém, para a utilização da contenção mecânica, fazem-se necessárias a prescrição médica e a justificativa para o uso da mesma, pois esta pode causar lesões ao paciente, sendo passível de processos éticos. Além das questões

legais, questiona-se o uso incorreto da contenção mecânica, já que tanto a colocação quanto o material utilizado podem ferir o manejo humanizado do *delirium*, podendo na verdade agravá-lo.

Neste estudo, obteve-se uma frequência de 7 (38,9%) pacientes com *delirium*, corroborando com a alta taxa de incidência descrita na literatura (56% a 72% dos pacientes)⁽⁵⁾. Destarte, faz-se necessária maior vigilância sobre os possíveis eventos adversos decorrentes da síndrome em pacientes críticos. Diante dos resultados colhidos, destaca-se que 1 (14,28%) dos pacientes diagnósticos com *delirium* sofreu um evento adverso, no qual houve a extubação não planejada do tubo orotraqueal. Esse fato pode ser classificado como um evento adverso grave, já que poderia trazer danos ao paciente ou até mesmo levar a óbito⁽⁵⁾.

Estima-se que por ano acontecem cerca de 42,7 milhões de eventos adversos com pacientes ao redor do mundo⁽¹⁸⁾. Outro estudo aponta que 17% dos pacientes com *delirium* positivo tiveram piora do prognóstico devido à ocorrência de eventos adversos e que a ocorrência desses incidentes é significativamente menor, na ausência da síndrome⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, é notório o desafio da subnotificação associado à patologia, visto que apenas 1 (14,28%) dos pacientes observados teve diagnóstico prévio de *delirium*, antes da aplicação do estudo. Os eventos adversos anteriormente discutidos tiveram apenas um registro sobre o fato devido à avaliação da necessidade de uma nova intubação.

A avaliação do *delirium*, na realidade estudada, ainda não é considerada uma prática de rotina, principalmente por enfermeiros, logo a subnotificação da síndrome pode chegar a 72% dos pacientes internados. Esse parâmetro é ratificado por este estudo, quando na unidade de terapia intensiva observada não é realizada a prática da avaliação diária dos pacientes por meio das escalas de RASS e CAM-ICU⁽⁷⁾.

Dessa forma, a subnotificação pode estar associada à falta de conhecimento da equipe multiprofissional sobre a patologia e/ou a dificuldade de manejo da mesma, sendo necessários um trabalho de educação permanente para capacitação profissional e o uso de

protocolos operacionais relacionados ao *delirium*, manejo e diagnóstico.

A necessidade de atividades educacionais com a equipe de enfermagem, acerca do *delirium*, é notória na prática assistencial. Inicialmente, levantaram-se as necessidades educacionais acerca do assunto e, em seguida, realizou-se um trabalho de educação continuada para aprimoramento da equipe, a partir dos dados colhidos. Como resultados, foram vistos a melhoria do manejo da síndrome e o diagnóstico precoce, embasados pela reflexão crítica sobre o cuidado prestado^(5,20).

A equipe de enfermagem é um dos principais filtros no que tange à segurança do paciente. Especificamente, quanto ao *delirium*, esses profissionais são responsáveis, com a composição da equipe multiprofissional, tanto pelo manejo quanto pela prevenção dos acometimentos cognitivos por meio das medidas não farmacológicas⁽²¹⁾.

Sendo assim, ações voltadas ao ambiente, à mobilização e ao conforto do paciente, para manutenção do ciclo sono-vigília, redução do desconforto causado pelos equipamentos e dispositivos, incentivo à socialização e controle eficaz de parâmetros fisiológicos são medidas que precisam ser implementadas com presteza nos cuidados com pacientes críticos⁽¹⁰⁾.

Como principal limitação do estudo, destaca-se a qualidade dos registros em prontuários, além do número limitado de pacientes e variáveis. Em virtude da multifatorialidade da ocorrência de *delirium*, sugere-se que novos estudos sejam feitos com outras variáveis e delineamentos, bem como estudos multicêntricos em outros cenários de terapia intensiva.

Os fatores limitadores do estudo foram a escassez de registros e informações nos prontuários e a não monitorização diária do *delirium* por meio das escalas de avaliação pelo setor observado.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, a prevalência de *delirium* foi de 38,9%, em sua maioria mulheres (57,14%), com idade maior ou igual a 60 anos (71,42%) e todos com tempo de internação maior que 7 dias. Destaca-se entre os pacientes a ocorrência de, pelo menos um evento adverso.

Além dos eventos adversos e dos acometimentos cognitivos, o *delirium* traz consigo uma série de agravantes que podem retardar o reestabelecimento de pacientes críticos. Isso mostra que ainda são necessários estudos que correlacionem o aumento dos custos hospitalares, os eventos adversos, as sequelas cognitivas, o aumento do tempo de internação e todos os outros possíveis fatores que interferem no curso do cuidado a pacientes críticos com diagnóstico de *delirium*. Só assim poderiam ser

realizadas ações mais eficazes para educação permanente da equipe multiprofissional, diminuindo, dessa forma, os casos subnotificados e a frequência da síndrome.

O *delirium* ainda é um grande desafio perante os cuidados em pacientes críticos. Ainda existem muitas lacunas científicas relacionadas à doença, destacando-se a subnotificação como um obstáculo importante para o manejo e prevenção adequados.

OCCURRENCE OF DELIRIUM IN CRITICAL PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS

ABSTRACT

Objective: to describe the occurrence of *delirium* in critical patients after application of a screening instrument. **Method:** cross-sectional study, with convenience sampling, to survey the frequency of *delirium* in critical patients. In the first part of the study, an *in locu* observation was performed for the diagnosis of *delirium*; then, a research was performed with medical records to collect epidemiological data. Data were collected from August to October 2018. **Results:** 18 patients met the inclusion criteria and 7 (38.9%) were diagnosed by the screening instrument for *delirium*. Among the patients diagnosed with *delirium*, all had a length of hospitalization longer than 7 days. It is noteworthy that 3 (42.9%) patients made use of mechanical restraint and 2 (28, 57%) made use of physical restraint. There was an adverse event among patients affected by the syndrome during the observation period. **Conclusion:** there was an occurrence rate of 38.8% of *delirium* in critical patients. This datum points to *delirium* as a challenge in the care of high complexity patients. Underreporting stands out as an important obstacle to proper management and prevention.

Keywords: Delirium. Critical Care. Nursing Care. Intensive Care Units.

OCURRENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDAD INTENSIVA

RESUMEN

Objetivo: describir la ocurrencia de *delirium* en pacientes críticos después de la aplicación del instrumento de cribado. **Método:** estudio transversal, con muestreo por conveniencia, para el análisis de la frecuencia de *delirium* en pacientes críticos. En la primera parte del estudio, se realizó una observación *in locu* para el diagnóstico de *delirium*; a continuación, se realizó una investigación en registro médico para la recopilación de datos epidemiológicos. Los datos se recopilaron de agosto a octubre de 2018. **Resultados:** 18 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y 7 (38,9%) fueron diagnosticados por el instrumento de cribado para *delirium*. Entre los pacientes con diagnóstico de *delirium*, todos poseían tiempo de internación superior a 7 días. Se destaca que 3 (42,9%) pacientes hicieron uso de contención mecánica y 2 (28, 57%) hicieron uso de contención física. Ocurrió un acontecimiento adverso entre los pacientes afectados por el síndrome, durante el período de observación. **Conclusión:** se evidenció una tasa de ocurrencia de 38,8% de *delirium* en pacientes críticos. Este dato señala el *delirium* como un desafío en la atención a pacientes de alta complejidad. Se destaca la subnotificación como un obstáculo importante para el manejo y la prevención adecuados.

Palabras clave: Delirio. Cuidados Críticos. Cuidados de Enfermería. Unidades de Cuidados Intensivos.

REFERÊNCIAS

1. Prayce R, Quadresma F, Neto IG. Delirium: o 7º parâmetro vital?. Acta Med Port. 2018;31(1):51-8. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
2. Faria RS, Moreno RP. Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. Rev Bras Ter Intensiva. 2013;25(2):137-47. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
3. Lange S, Mędrzycka-Dąbrowska W, Friganovic A, Oomen B, Krupa, S. Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients—An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice. J Pers Med. 2022; 12(5): 760. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12050760>
4. Bersaneti MDR, Whitaker IY. Association between nonpharmacological strategies and delirium in intensive care unit. Nurs Crit Care. 2022;21(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12750>
5. Chen TJ, Traynor V, Wang AY, Shih CY, Tu MC, Chuang CH. Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. Int J Nurs Stud.2022;131 (1): 104239. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104239>
6. Carvalho JP, Almeida AR, Gusmao-Flores D. Delirium rating scales in critically ill patients: a systematic literature review. Rev Bras Ter Intensiva. 2013;25(2):148-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20130026>
7. Souza RCS, Bersaneti MDR, Siqueira EMP, Meira L,

- Brumatti DL, Prado NRO. Nurses' training in the use of a delirium screening tool. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e64484. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64484>
8. Billig AE, Lampert MA, Guerra RR, Steigleder NE. Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. *Rev bras enferm.* [online]. 2022;75(4):e20210054. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0054>.
9. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):585-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500014>
10. Figueiredo Júnior JC, Santos LCA, Ribeiro WA, Lima LAC, Oliveira MD, Jesus BF, et al. Mechanical restraint x humanization: nursing contributions to mental health care in the hospital environment. *Braz J of Sci.* 2022; 1(6):52-57. Disponível em: <https://brazilianjournalofscience.com.br/revista/article/view/124>
11. Bento MSP, Marques RMD, Sousa PP. Delirium: nursing interventions directed to the hospitalized adult patient – a bibliographic review. *Enferm. Glob.* 2018;52(1):657-673. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/en_1695-6141-eg-17-52-640.pdf
12. Lima HB, Nascimento JS. Incidência do delirium em função da internação em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review.* 2022; 5(3), 8349-8360. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-027>
13. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32 (10): e00081815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>
14. Juárez SI, Hernández PA, Vázquez MLJF, Martínez CMÁ. Factores de riesgo de delirium. *Acta Med GA.* 2022; 20 (3): 258-265. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/105730>
15. Carmo TG. As vantagens e desvantagens do uso de dexmedetomidina na sedação em unidades de terapia intensiva. *Revista saúde e desenvolvimento.* 2017;11(6):268-82. Disponível: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/646>
16. Frota ML, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Piacuzzi LHV, Okuno MFP, Batista REA. Good practices for preventing ventilator-associated pneumonia in the emergency department. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e0460. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010803460>
17. Luna AA, Caldas CP, Fassarella CS, Bueno AAB, Camerini FG. Segurança do doente: potenciais interações medicamentosas favorecidas pela sobreposição de medicamentos programados pelo enfermeiro. *Rev Enf Referencia.* 2020; 5(3):1-14. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20038>
18. Souza RF de, Alves AS, Alencar IGM. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line.* 2018; 12(1):19-27. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25205p19-27-2018>
19. Silva MHO, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Franco AS, Pereira SRM. Delirium in intensive therapy: predisposing factors and the prevention of adverse events. *Rev baiana enferm.* 2018; 32:e26031. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26031>
20. Garzin ACA, Melleiro MM. Safety in the training of health professionals. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2019; 18(4): 45780. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.45780>
21. Bueno AAB, Cardoso RB, Fassarella CS, Camerini FG, Caldas C P. Patient safety: drug interactions in adulted patients. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2020; 19: e50038. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.50038>

Endereço para correspondência: Flavia Giron Camerini. Rua Boulevard 28 de Setembro 157/822. Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Telefone: (21) 993829834. E-mail: fcamerini@gmail.com

Data de recebimento: 19/11/2021

Data de aprovação: 17/08/2022

Apoio financeiro

Edital FAPERJ E_26/2021 – Auxílio básico à pesquisa (APQ1) em ICTs Estaduais UERJ, UENF e UEZO – 2021. Processo: 260003/015567/2021 - APQ1