



Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva

Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit

Incidencia y factores relacionados con el delirium en Unidad de Cuidados Intensivos

Satomi Mori¹, Juliana Romy Tsuchihashi Takeda², Fernanda Souza Angotti Carrara³, Cibelli Rizzo Cohrs¹, Suely Sueko Viski Zanei¹, Iveth Yamaguchi Whitaker¹

Como citar este artigo:

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):585-591. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500014>

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

³ Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, Núcleo de Gestão de Pesquisa, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify the incidence of delirium, compare the demographic and clinical characteristics of patients with and without delirium, and verify factors related to delirium in critical care patients. **Method:** Prospective cohort with a sample made up of patients hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU) of a university hospital. Demographic, clinical variables and evaluation with the Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit to identify delirium were processed to the univariate analysis and logistic regression to identify factors related to the occurrence of delirium. **Results:** Of the total 149 patients in the sample, 69 (46.3%) presented delirium during ICU stay, whose mean age, severity of illness and length of ICU stay were statistically higher. The factors related to delirium were: age, midazolam, morphine and propofol. **Conclusion:** Results showed high incidence of ICU delirium associated with older age, use of sedatives and analgesics, emphasizing the need for relevant nursing care to prevent and identify early, patients presenting these characteristics.

DESCRIPTORS

Delirium; Intensive Care Units; Nursing Care.

Autor correspondente:

Iveth Yamaguchi Whitaker
Escola Paulista de Enfermagem,
Universidade Federal de São Paulo
Rua Napoleão de Barros, 754 – Vila Clementino
CEP 04024-002 – São Paulo, SP, Brasil
iveth.whitaker@unifesp.br

Recebido: 18/12/2015

Aprovado: 24/05/2016

INTRODUÇÃO

O delirium é uma disfunção neurológica aguda frequentemente observada em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), caracterizado por alterações transitórias da consciência e cognição, em geral, por breve período de tempo⁽¹⁾. A prevalência do delirium é de aproximadamente 70% e a sua incidência pode chegar a 89%. Além disso, pacientes que desenvolvem esse distúrbio apresentam piores resultados na evolução, contribuindo para o aumento do tempo de hospitalização, maior possibilidade de ocorrência de eventos adversos, tais como complicações respiratórias, neurológicas e maior mortalidade⁽¹⁻³⁾.

Considerando-se os aspectos negativos do delirium na evolução dos pacientes, observa-se sua valorização e seu reconhecimento pelos profissionais da saúde como uma condição clínica importante no contexto da terapia intensiva. Tais aspectos foram observados por 1.384 profissionais atuantes em UTI de 41 hospitais americanos que responderam a um questionário sobre crenças e práticas relacionadas ao delirium. Entre os respondentes, 86% reconheceram que o delirium era subdiagnosticado, 90% concordaram que o mesmo prejudicava o desmame da ventilação pulmonar mecânica (VPM) e 95% concordaram que sua ocorrência prolongava o tempo de internação. Em relação à identificação do delirium, 59% referiram realizar algum tipo de avaliação para a sua detecção⁽⁴⁾. Esses dados reforçam que a necessidade de cuidados para a sua prevenção e identificação devem ser melhorados.

No dia a dia das UTI, os profissionais de saúde e, em especial, a equipe de enfermagem, preocupam-se com o paciente em quadros confusionais ou de agitação em razão de eventos adversos que podem colocar em risco sua segurança e ocasionar consequências deletérias. Em geral, a equipe de enfermagem é a primeira a identificar as alterações comportamentais apresentadas pelos pacientes⁽²⁾. Diante disso, ressalta-se a importância e a necessidade da identificação precoce do delirium realizada pelo enfermeiro através de instrumentos válidos, bem como o conhecimento dos possíveis fatores relacionados à ocorrência do delirium em pacientes internados na UTI.

Assim sendo, o uso de instrumentos que facilitam o reconhecimento do delirium deve ser estimulado. Dentre os disponíveis para a identificação do delirium na UTI, foram identificados os seguintes instrumentos num estudo de revisão: *Cognitive Test for Delirium*, *Intensive Care Delirium Screening Checklist*, *Neecham Scale*, *Delirium Detection Score* e *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU)⁽⁵⁾.

O CAM-ICU tem sido amplamente utilizado para a identificação do delirium em pacientes de UTI, incluindo-se aqueles com intubação orotraqueal sob VPM. O instrumento foi adaptado para o português brasileiro e possui alta sensibilidade (72,5%) e especificidade (96,2%). Além disso, ressalta-se que a sua aplicação é simples e permite ser aplicado por profissionais da equipe multidisciplinar⁽⁶⁾. Resultados sobre o uso do CAM-ICU revelaram que 91,5% dos enfermeiros referiram que seus conhecimentos sobre o delirium aumentaram depois que começaram a utilizar o

CAM-ICU sistematicamente, e 85,1% mencionaram que o instrumento é de fácil aplicação⁽⁷⁾.

O conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores que podem favorecer a ocorrência do delirium é essencial para que realizem o planejamento da assistência de enfermagem, bem como para o estabelecimento eficaz da rede de comunicação com os pacientes e seus familiares, e também com os demais membros da equipe multidisciplinar para a obtenção de resultados positivos na evolução dos pacientes⁽²⁾.

Diante da relevância do tema, ressalta-se a importância da participação efetiva dos enfermeiros na prevenção e identificação do delirium entre os pacientes de UTI. Assim sendo, as questões norteadoras do presente estudo foram: *Qual a incidência do delirium em UTI? Quais os possíveis fatores que contribuem para a ocorrência do delirium nas UTI?* Para responder a essas questões, os objetivos deste estudo foram: identificar a incidência do delirium, comparar as características demográficas e clínicas entre os pacientes com e sem delirium e verificar os fatores relacionados ao delirium em pacientes internados em UTI.

MÉTODO

Trata-se de coorte prospectiva conduzida nas UTI (Pneumologia, Clínica Médica e Pronto-Socorro) de um hospital universitário de nível quaternário do município de São Paulo. Essas unidades totalizaram 17 leitos para pacientes adultos procedentes do Pronto-Socorro, do Centro Cirúrgico e das Unidades de Internação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (nº1509/11).

Para a seleção da amostra de conveniência foram observados os seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos, internação na UTI por no mínimo 24 horas. Pacientes com distúrbios cognitivos prévios diagnosticados como demência senil e doença de Alzheimer não foram incluídos na amostra.

Para a obtenção dos dados foi elaborado um instrumento de coleta após revisão integrativa da literatura, sendo composto por itens relacionados à caracterização dos pacientes, tais como: idade, sexo, antecedentes mórbidos avaliados pelo Índice de Comorbidade e Idade de Charlson (ICIC), tipo de internação na UTI, diagnóstico médico, gravidade da doença no momento da internação pelo *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS-III), uso de sedativos e analgésicos, uso VPM, uso de restrição física por meio de faixas, tempo de internação, desfecho (alta e óbito) e presença ou ausência de delirium pelo CAM-ICU.

Os critérios que definem o delirium por meio do CAM-ICU são: 1. alteração aguda ou flutuação no estado mental, 2. desatenção, 3. alteração do nível de consciência e 4. pensamento desorganizado. A presença de delirium é definida pela seguinte composição: 1 + 2 + 3 ou 1 + 2 + 4⁽⁶⁾.

O primeiro critério do CAM-ICU avalia a presença de alterações agudas ou flutuação do estado mental nas últimas 24 horas por meio da oscilação do nível de consciência pelo *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) ou da Escala de Coma de Glasgow. A avaliação deve ser realizada tanto em pacientes sedados quanto em pacientes sem sedação, bem como naqueles submetidos à VPM. No critério 2 avalia-se

o nível de atenção do paciente por meio da identificação de letras ou de figuras definidas pelo CAM-ICU. No critério 3, avalia-se o nível de consciência no momento da aplicação do CAM-ICU e no critério 4, a avaliação da presença de pensamento desorganizado é analisada por meio de perguntas simples e estruturadas pelo próprio CAM-ICU⁽⁸⁾.

A coleta de dados foi realizada por quatro enfermeiras com experiência assistencial em cuidados intensivos que receberam treinamento prático com carga horária total de 15 horas. Nessa ocasião, as dúvidas sobre a detecção do delirium com o uso do CAM-ICU foram elucidadas por meio da sua aplicação em pacientes de UTI, até a obtenção de concordância entre elas, resultando em 20 aplicações.

Concluída a etapa de treinamento, diariamente as enfermeiras percorriam as UTI, e aos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão foram apresentados os objetivos do estudo para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando as condições clínicas do paciente impediam sua manifestação, um familiar ou responsável era contatado.

O CAM-ICU foi aplicado a cada 12 horas nos primeiros cinco dias de internação. Após esse período, se o paciente continuasse internado nessa unidade e sem apresentar o distúrbio, a avaliação era realizada em dias alternados, até sua alta ou óbito. Se o paciente desenvolvesse o delirium após o quinto dia, a aplicação do CAM-ICU, novamente, era diária, por cinco dias consecutivos ou até a sua remissão.

No período de 02 de janeiro a 19 de junho de 2012, ocorreram 262 internações, destas, 10 pacientes recusaram participar do estudo e 103 não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 149 pacientes.

As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais, e as quantitativas expressas por média e desvio-padrão ou por mediana e intervalo interquartil. Para comparar os grupos de pacientes com e sem delirium, aplicou-se o teste de Fischer bicaudal para as variáveis categóricas e o teste t ou Mann-Whitney para as quantitativas ordinais, conforme a distribuição dos dados. Para identificar os fatores relacionados ao delirium, selecionaram-se as variáveis com $p < 0,05$ na análise univariada e o método de seleção *backward* (α de saída de 0,05) para processar a regressão logística múltipla. Caso uma variável prevalecesse fortemente sobre as outras, a opção foi processar um novo modelo, excluindo-a nesta nova análise. Aplicou-se o teste de Hosmer-Lemeshow para analisar o ajuste do modelo de regressão⁽⁹⁾. As análises foram realizadas por meio do *software* R 3.0.1 (R Core Team, 2012) e o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

RESULTADOS

De acordo com os critérios de seleção, a amostra foi constituída por 149 pacientes. Destes, 69 (46,3%) apresentaram delirium durante a internação na UTI.

Os dados da caracterização da amostra mostram diferenças significativas entre os grupos de pacientes com e sem delirium. Naqueles que apresentaram delirium, a média de idade foi maior ($p = 0,001$), possuíam escores SAPS-III mais elevados ($p < 0,001$), apresentavam maior média do

ICIC ($p = 0,001$), o tipo de admissão predominantemente foi clínico ($p < 0,001$) e a permanência na UTI foi maior ($p < 0,001$). Apesar do maior número de óbitos no grupo de pacientes com delirium, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Pacientes com e sem delirium segundo as variáveis demográficas e clínicas – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variáveis	Com delirium (n=69)	Sem delirium (n=80)	P
Idade, mediana (IQ*)	65 (22,0)	54 (24,25)	0,001 [†]
Sexo Feminino, n (%)	27 (39,1)	31 (38,8)	1 [†]
Masculino, n (%)	42 (60,9)	49 (61,2)	
SAPS-III [§] , média (dp)	58,2 (\pm 16,1)	44,5 (\pm 16,8)	<0,001 [†]
ICIC ^{**} , mediana (IQ*)	3 (3,0)	2 (2,25)	0,001 [†]
Tipo admissão na UTI: Cirúrgico, n (%)	7 (10,0)	33 (41,0)	<0,001 [†]
Clínico, n (%)	62 (90,0)	47 (59,0)	
Permanência na UTI ^{††} , mediana (IQ*)	11 (16,0)	4 (4,0)	<0,001 [†]
Óbito, n (%)	16 (23,2)	9 (11,2)	0,077 [†]

*Intervalo Interquartil; [†]Mann-Whitney; ^{††}Fischer; [§]*Simplified Acute Physiology Score III*; ^{||}Desvio-padrão; ^{††}teste t; ^{**}Índice de Comorbidade e Idade de Charlson; ^{††} Unidade de Terapia Intensiva.

Comparando-se as frequências entre o grupo de pacientes que apresentaram delirium com os que não o apresentaram, observaram-se diferenças significativas ($p < 0,001$) quanto ao uso da VPM, da restrição física, do midazolam, fentanil, propofol, tramal e morfina ($p = 0,027$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Pacientes com e sem delirium, segundo ventilação pulmonar mecânica, restrição física e terapêutica - São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variáveis	Com delirium (n=69) n (%)	Sem delirium (n = 80) n (%)	p*
VPM [†]	54 (78,3)	15 (18,8)	<0,001
Restrição física	57 (82,6)	8 (10,0)	<0,001
Midazolam	41 (59,4)	9 (11,3)	<0,001
Fentanil	48 (69,6)	16 (20,0)	<0,001
Propofol	23 (33,3)	6 (7,5)	<0,001
Tramal	48 (69,6)	32 (40,0)	<0,001
Morfina	20 (29,0)	11 (13,8)	0,027

*Fischer; [†]ventilação pulmonar mecânica.

Para identificar os fatores relacionados ao delirium, inicialmente, foram relacionadas as variáveis com $p < 0,05$ na análise univariada, quais sejam: idade, SAPS-III, ICIC, tipo de admissão, permanência na UTI, VPM, restrição física, midazolam, fentanil, propofol e morfina.

O modelo apresentado mostra que as variáveis idade ($p = 0,019$) e restrição física ($p < 0,001$) relacionaram-se ao delirium. A cada 1 ano de vida, a chance do paciente ter delirium aumenta em 4%, e a presença de restrição física aumenta a chance do paciente ter delirium em 44,3 vezes. O teste de Hosmer-Lemeshow não rejeitou a adequabilidade do modelo ($p = 0,646$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo de regressão logística segundo variável dependente delirium – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variável	Estimativa	Erro Padrão	OR*	IC [†] 95%	p
Intercepto	-3,85	0,98	0,02	0,00 - 0,15	<0,001
Idade	0,04	0,02	1,04	1,01 - 1,07	0,019
Restrição física	3,79	0,51	44,30	16,15 - 121,48	<0,001

*Odds Ratio; †Intervalo de Confiança.

No modelo de regressão logística da Tabela 3, constatou-se que na inclusão das variáveis o efeito de algum fator prevaleceu sobre os outros, sendo realizado um novo processamento por meio do método *backward*. Neste novo processamento, optou-se em realizar a regressão logística mantendo-se as medicações midazolam, fentanil e propofol juntamente com as variáveis idade e restrição física (Tabela 4).

No modelo apresentado, os medicamentos midazolam, fentanil e propofol não alcançaram significância estatística ($p=0,522, 0,578$ e $0,747$, respectivamente) (Tabela 4). Verificou-se também que o Odds Ratio das variáveis idade (OR 1,04) e restrição física (OR 40,41 *versus* 44,3, respectivamente) permaneceram iguais ou próximos aos da Tabela 3. Contudo, o teste de Hosmer-Lemeshow não rejeitou a adequabilidade do modelo ($p=0,557$).

Tabela 4 – Modelo de regressão logística segundo variável dependente delirium – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variável	Estimativa	Erro Padrão	OR*	IC [†] 95%	p
Intercepto	-3,87	1,01	0,02	0,00 - 0,15	<0,001
Idade	0,04	0,02	1,04	1,01 - 1,07	0,019
Restrição física	3,70	0,73	40,41	9,74 - 167,62	<0,001
Midazolam	0,55	0,85	1,73	0,32 - 9,20	0,522
Fentanil	-0,48	0,87	0,62	0,11 - 3,38	0,578
Propofol	0,24	0,74	1,27	0,30 - 5,44	0,747

*Odds Ratio; †Intervalo de Confiança.

Em razão de essas variáveis, principalmente a restrição física, prevalecerem sobre os medicamentos na regressão logística global, decidiu-se processar um terceiro modelo. Neste, foram incluídos os medicamentos que apresentaram associação significativa com a presença de delirium na análise univariada: tramal, midazolam, fentanil, propofol e morfina. A fim de se evitar vieses pelo modelo não ser controlado pela idade e sexo, estas variáveis foram mantidas na análise.

Verificou-se que os fatores que se relacionaram ao delirium foram a idade ($p=0,004$) e as seguintes medicações: midazolam ($p<0,001$), morfina ($p=0,036$) e propofol ($p=0,007$). Em pacientes que receberam Midazolam a chance de ocorrência de delirium foi sete vezes maior, naqueles que receberam Propofol foi quase cinco vezes e nos que receberam morfina foi quase três vezes maior. O teste de Hosmer-Lemeshow não rejeitou a adequabilidade do modelo final ($p=0,918$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Modelo de regressão logística segundo variável dependente delirium – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variável	Estimativa	Erro-padrão	OR*	IC [†] 95%	p
Intercepto	-3,52	0,88	0,03	0,01 - 0,17	<0,001
Idade	0,04	0,01	1,04	1,01 - 1,07	0,004
Midazolam	1,96	0,46	7,09	2,86 - 17,57	<0,001
Morfina	1,08	0,52	2,95	1,07 - 8,12	0,036
Propofol	1,58	0,59	4,85	1,54 - 15,30	0,007

*Odds Ratio; †Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

O delirium é um distúrbio complexo relacionado a diversos fatores, tais como: a gravidade da doença, o ambiente, o acolhimento ao paciente e fatores iatrogênicos. Em razão disso, o distúrbio deve ser tratado por meio de cuidados multidisciplinares que atualmente englobam o desmame da sedação e mobilização precoce, atividades terapêuticas, otimização da audição e da visão e favorecimento do sono do paciente, dentre outros. Mesmo com os conhecimentos adquiridos até o presente momento, verifica-se que a aplicação desses cuidados no dia a dia continuam reduzidos⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, é essencial que o enfermeiro participe ativamente nos cuidados e ressalta-se a importância desse profissional se aprofundar nos conhecimentos relacionados ao delirium para que suas práticas assistenciais sejam melhoradas.

As análises sobre a incidência de delirium na UTI indicam que esta pode variar de acordo com as características dos pacientes e de outros fatores, tais como as medidas terapêuticas. Na amostra deste estudo, constituída por pacientes clínicos e cirúrgicos, a incidência de delirium foi de 46,3%, semelhante aos resultados descritos na literatura. Estudos realizados em populações com as mesmas características observaram que a incidência de delirium variou de 9 a 64%^(3,11-12). Já em UTI destinadas a pós-operatório de cirurgia cardíaca, foi de 13,3 a 34,78%^(1,13).

Apesar de o delirium apresentar incidência considerável nessas unidades, este pode ser reduzido por alguns cuidados prestados pelo enfermeiro e sua equipe. Resultados sobre a eficiência da orientação direcionada à prevenção do delirium em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca mostraram que no grupo que recebeu tal intervenção a ocorrência de delirium foi inferior em comparação ao grupo que não o recebeu (respectivamente: 12,24% e 34,78%, $p=0,009$)⁽¹³⁾. Em outro estudo realizado numa UTI clínica e cirúrgica, na qual, dentre outros cuidados, os pacientes eram chamados pelo primeiro nome, eram informados sobre o local de internação e sobre a progressão de seu estado clínico, a intervenção também foi considerada protetora para a ocorrência de delirium⁽¹⁴⁾. Destaca-se que essas são intervenções simples que colaboraram para a prevenção do delirium e que o enfermeiro deve valorizar e aplicar em sua prática assistencial, além de estimular sua equipe.

Dentre os dados relacionados às características dos pacientes, verificou-se que a idade mais elevada foi associada ao delirium, semelhante aos resultados de outros

estudos^(1,12,13). Ressalta-se que a presença de idosos na UTI tem sido cada vez maior. Outro aspecto comumente associado ao delirium é a gravidade da doença. No entanto, neste estudo observou-se que, apesar de os pacientes com delirium apresentarem piores condições clínicas de acordo com o SAPS III, este não foi um fator de risco associado ao distúrbio. Numa revisão sistemática realizada para identificação de fatores de risco com fortes evidências para o desenvolvimento de delirium em pacientes internados na UTI, constatou-se que, além da idade e maior escore de gravidade avaliado pelo *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*, outras condições clínicas foram consideradas de risco, tais como: demência, hipertensão arterial, cirurgias de emergência ou traumas prévios à internação na UTI, VPM, acidose metabólica e coma⁽¹⁵⁾.

Entre as variáveis analisadas neste estudo, verificou-se que a restrição física estava presente, frequentemente, no grupo de pacientes que apresentou delirium, sendo associada ao distúrbio. No entanto, ressalta-se que, devido à ausência de informações sobre o momento da aplicação da restrição, não foi possível confirmá-la como fator de risco. Assim sendo, a análise desta variável se constituiu como limitação do estudo. Da mesma forma, outro estudo que analisou esta relação constatou somente que na presença de delirium houve elevação no uso de sedativos e de restrição física, salientando que outras pesquisas deveriam ser realizadas para a melhor compreensão da influência do uso da restrição física com o delirium⁽¹⁶⁾.

A restrição física pode ser necessária em diversas situações para se evitar a ocorrência de eventos adversos. No entanto, recomenda-se a boa comunicação do enfermeiro e equipe multidisciplinar para favorecer a aplicação mais criteriosa da restrição física. Observou-se em um estudo que a comunicação inefetiva não só entre os profissionais, mas também entre esses e os pacientes ou seus familiares influenciaram negativamente as decisões e as práticas relacionadas ao uso da restrição⁽¹⁷⁾.

Quanto ao uso de sedativos e analgésicos, os resultados deste estudo revelaram que o uso de midazolam, morfina e propofol constituíram-se em fatores de risco para o desenvolvimento de delirium.

Resultados de estudos mostraram que o uso de benzodiazepínicos como o midazolam em pacientes graves pode favorecer o surgimento de delirium^(3,18-19). No entanto, essa afirmação não foi confirmada na revisão sistemática que analisou o uso desse fármaco em pacientes submetidos à VPM. Os pacientes que utilizaram os benzodiazepínicos apresentaram maior tempo de permanência na UTI e maior dependência da VPM. Nessa revisão foi sugerida a utilização de dexmetomidina ou propofol em vez dos benzodiazepínicos, para se obter a sedação dos pacientes, para reduzir o tempo de permanência na UTI e tempo de VPM⁽²⁰⁾. Em outros estudos, verificou-se que o uso da dexmetomidina pode oferecer vantagens em termos de diminuição do tempo de permanência do paciente na UTI e menor risco de delirium⁽²¹⁻²²⁾.

Atualmente, diversos estudos têm recomendado a aplicação de protocolos ou metas interdisciplinares para direcionar a utilização dos sedativos e o tratamento precoce da

dor para o melhor controle do delirium em pacientes internados na UTI⁽²³⁻²⁵⁾. Nesse contexto, a participação do enfermeiro é importante por contribuir para a redução da utilização das drogas sedativas em níveis mínimos, suficientes para o conforto e segurança dos pacientes. Essa prática pode levar à diminuição da necessidade de utilização de dispositivos para restrição mecânica, possibilitando, assim, o início precoce da mobilização física, que contribui para a melhor evolução clínica dos pacientes, além de diminuir os custos relacionados ao tratamento e à prevenção do delirium⁽²¹⁻²⁶⁾.

Dentre os protocolos que envolvem a participação do enfermeiro, destacam-se: *Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring and Management, e Early Mobility (ABCDE Bundle)*, nos quais são descritos vários cuidados de monitoração e manejo do nível de sedação, da VPM, do delirium e da mobilização precoce dos pacientes. No *ABCDE Bundle*, o enfermeiro participa ativamente na avaliação do paciente para determinar a segurança da interrupção do uso de sedativos e a sua tolerância⁽²⁷⁾. Resultados da implementação deste protocolo apontaram redução do delirium de 62,3% para 48,7% e redução do tempo de VPM⁽²⁸⁾.

As evidências são favoráveis ao uso do conjunto das medidas propostas pelo *ABCDE Bundle*. Os resultados do uso isolado do protocolo de despertar diário não confirmaram a redução na ocorrência de delirium⁽²⁹⁾. Diante da existência de controvérsias relacionadas aos fatores de risco, medidas preventivas e terapêuticas relacionadas ao delirium, ressalta-se a necessidade de realização de novos estudos.

Tendo em vista que a incidência de delirium em pacientes de UTI é alta e considerando-se a existência de diversos fatores relacionados ao distúrbio, ressalta-se a importância de cuidados sistematizados e utilização de instrumentos específicos para a sua detecção. Tais cuidados poderiam colaborar não somente para o alcance de resultados positivos na prevenção do delirium, como também propiciar a sensibilização da equipe para realizá-los de forma consciente e direcionados para o controle do distúrbio na UTI.

Ressalta-se que as limitações do estudo relacionaram-se ao tamanho da amostra, às diferentes características clínicas dos pacientes incluídos para a análise e à ausência de informações detalhadas sobre o momento exato em que a restrição foi aplicada nos pacientes. Tais fatores podem ter influenciado os resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Os resultados permitiram concluir que a incidência de delirium nos pacientes das UTI foi de 46,3% e os fatores relacionados à sua ocorrência foram idades mais avançadas e o uso de sedativo e analgésico, como midazolam, propofol e morfina.

O estudo reforça a importância da atuação do enfermeiro na prevenção do delirium, por meio de medidas não farmacológicas, e sobretudo em idosos, os quais têm maior chance de desenvolver esta disfunção cognitiva no ambiente da UTI. Ressalta-se que o enfermeiro pode implementar estratégias para monitorar de forma sistematizada a presença de dor ou desconforto para melhor adequação do uso dos analgésicos e sedativos.

Para a identificação precoce do delirium, recomenda-se o uso de instrumentos, como o CAM-ICU, que favoreçam a comunicação por meio de uma linguagem uniforme na equipe multidisciplinar. Vários aspectos relacionados ao delirium

ainda não estão elucidados e, especificamente, em enfermagem destaca-se a necessidade de mais estudos que avaliem a relação do uso da restrição física e a sua ocorrência, bem como o uso de intervenções não farmacológicas para a sua prevenção.

RESUMO

Objetivo: Identificar a incidência de delirium, comparar as características demográficas e clínicas dos pacientes com e sem delirium e verificar os fatores relacionados ao delirium em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Coorte prospectiva, cuja amostra foi constituída de pacientes internados em UTI de um hospital universitário. Variáveis demográficas, clínicas e da avaliação com o *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* para identificação de delirium foram processadas para análise univariada, e regressão logística para identificar fatores relacionados à ocorrência do delirium. **Resultados:** Do total de 149 pacientes da amostra, 69 (46,3%) apresentaram delirium durante a internação na UTI, observando-se que a média da idade, o índice de gravidade e o tempo de permanência nas UTI foram estatisticamente maiores. Os fatores relacionados ao delirium foram: idade, midazolam, morfina e propofol. **Conclusão:** Os resultados mostraram elevada incidência de delirium na UTI e sua ocorrência associada às idades mais avançadas e o uso de sedativos e analgésicos, ressaltando-se a importância da atuação do enfermeiro na prevenção e identificação precoce do quadro nos pacientes com essas características.

DESCRITORES

Delírio; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la incidencia de delirium, comparar las características demográficas y clínicas de los pacientes con y sin delirium y verificar los factores relacionados con el delirium en pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** Cohorte prospectiva, cuya muestra estuvo constituída de pacientes ingresados en la UCI de un hospital universitario. Variables demográficas, clínicas y de evaluación con el *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* para identificación de delirium fueron procesadas para análisis univariado y regresión logística a fin de identificar factores relacionados con la ocurrencia del delirium. **Resultados:** Del total de 149 pacientes de la muestra, 69 (46,3%) presentaron delirium durante la estancia en la UCI, observándose que el promedio de edad, el índice de gravedad y el tiempo de estancia en las UCI fueron estadísticamente mayores. Los factores relacionados con el delirium fueron: edad, midazolam, morfina y propofol. **Conclusión:** Los resultados mostraron elevada incidencia de delirium en la UCI y su ocurrencia estuvo asociada con las edades más avanzadas y el uso de sedativo y analgésicos, resaltándose la importancia de la actuación del enfermero en la prevención e identificación precoz del cuadro en los pacientes con dichas características.

DESCRIPTORES

Delirio; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

- Dessap AM, Roche-Campo F, Launay JM, Charles-Nelson A, Katsahian S, Brun-Buisson C, et al. Delirium and circadian rhythm of melatonin during waning from mechanical ventilation: an ancillary study of wearing trial. *Chest*. 2015;148(5):1231-41.
- Balas MC, Rice M, Chaperon C, Smith H, Disbot M, Fuchs B. Management of delirium in critically ill older adults. *Crit Care Nurse*. 2012;32(4):15-26.
- Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med*. 2015;43(3):557-66.
- Patel RP, Gambrell M, Speroff T, Scott TA, Pun BT, Okahashi J, et al. Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professional. *Crit Care Med*. 2009;37(3):825-32.
- Devlin JW, Fong JJ, Fraser GL, Riker RR. Delirium assessment in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2007;33(6):929-40.
- Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011;66(11):1917-22.
- Scott P, McIlveney F, Mallice M. Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(2):96-102.
- Ely EW. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) the complete training manual [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 17]. Available from: http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/docs/CAM_ICU_training.pdf
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2012.
- Collinsworth AW, Priest EL, Campbell CR, Vasilevskis EE, Masica A. A review of multifaceted care approaches for the prevention and mitigation of delirium in Intensive Care Units. *J Intensive Care Med*. 2016;31(2):127-41.
- Elliot D, Aitken LM, Bucknall TK, Seppelt IM, Webb SAR, Weisbrodt L, et al. Patient comfort in the intensive care unit: a multicentre, binational point prevalence study of analgesia, sedation and delirium management. *Crit Care Resusc*. 2013;15(3):213-19.
- Tsuruta R, Oda Y, Shintani A, Nunomiya S, Hashimoto S, Nakagawa T, et al. Delirium and coma evaluated in mechanically ventilated patients in the intensive care unit in Japan: A multi-institutional prospective observational study. *J Crit Care*. 2014;29(3):472.e1-5.

13. Lee J, Jung J, Noh JS, Yoo S, Hong YS. Perioperative psycho-educational intervention can reduce postoperative delirium in patients after cardiac surgery: a pilot study. *Int J Psychiatry Med.* 2013; 45(2):143-58.
14. Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an international study. *Minerva Anestesiol.* 2012;78(9):1026-33.
15. Zaal IJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJ. A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Crit Care Med.* 2015;43(1):40-7.
16. Langleya, G, Schmollgruber S, Eganb A. Restraints in intensive care units: a mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(2):67-75.
17. McPherson JA, Wagner CE, Boehm LM, Hall D, Johnson DC, Miller LR, et al. Delirium in the cardiovascular ICU: exploring modifiable risk factors. *Crit Care Med.* 2013;41(2):405-13.
18. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2013;41(1):263-306.
19. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, Thompson J, Pun BT, Morris JA Jr, et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J Trauma.* 2008;65(1):34-41.
20. Fraser GL, Devlin JW, Worby CP, Alhazzani W, Barr J, Dasta JF, et al. Benzodiazepine versus nonbenzodiazepine: based sedation for mechanically ventilated, critically ill adults: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Crit Care Med.* 2013;41(9 Suppl1):S30-8.
21. Xia ZQ, Chen SQ, Yao X, Xie CB, Wen SH, Liu KX. Clinical benefits of dexmedetomidine versus propofol in adult intensive care unit patients: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Surg Res.* 2013;185(2):833-43.
22. Serafim RB, Bozza FA, Soares M, do Brasil PE, Tura BR, Ely EW, et al. Pharmacologic prevention and treatment of delirium in intensive care patients: a systematic review. *J Crit Care.* 2015;30(4):799-807.
23. Trogrlić Z, van der Jagt M, Bakker J, Balas MC, Ely EW, van der Voort PH, et al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Crit Care.* 2015; 19:157.
24. Shehabi Y, Bellomo R, Reade MC, Bailey R, Bass F, Howe B, et al. Early goal-directed sedation versus standard sedation in mechanically ventilated critically ill patients: a pilot study. *Crit Care Med.* 2013;41(8):1983-91.
25. Barr J, Kishman Jr CP, Jaeschke R. The methodological approach used to develop the 2013 pain, agitation and delirium clinical practice guidelines for adult ICU patients. *Crit Care Med.* 2013;41(9 Suppl1):S1-15.
26. Hughes CG, Girard TD, Pandharipande PP. Daily sedation interruption versus targeted light sedation strategies in ICU patients. *Crit Care Med.* 2013;41(11):S39-45.
27. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse.* 2012;32(2):35-8.
28. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, ShostromV, Cohen MZ, et al. Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility (ABCDE) bundle. *Crit Care Med.* 2014;42(5):1024-36.
29. Khan BA, Fadel WF, Tricker JL, Carlos WG, Farber MO, Hui SL, et al. Effectiveness of implementing a wake up and breathe program on sedation and delirium in the ICU. *Crit Care Med.* 2014;42(12):e791-5.