

DELIRIUM NA TERAPIA INTENSIVA: FATORES PREDISPONENTES E PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

DELIRIUM IN INTENSIVE THERAPY: PREDISPOSING FACTORS AND THE PREVENTION OF ADVERSE EVENTS

DELIRIO EN LA TERAPIA INTENSIVA: FACTORES PREDISPONENTES Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Monique Hellen Oliveira da Silva¹
Flavia Giron Camerini²
Danielle de Mendonça Henrique³
Luana Ferreira de Almeida⁴
Andrezza Serpa Franco⁵
Sandra Regina Maciqueira Pereira³

Como citar este artigo: Silva MHO, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Franco AS, Pereira SRM. *Delirium* na terapia intensiva: fatores predisponentes e prevenção de eventos adversos. *Rev baiana enferm* (2018); 32:e26031.

Objetivo: analisar os fatores predisponentes e identificar os eventos adversos relacionados ao *delirium* nos pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo de coorte prospectivo, ocorrido entre julho e agosto de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento próprio, com variáveis relacionadas ao *delirium*. Para análises de associação, foi aplicada a razão de risco. **Resultados:** entre os 18 pacientes selecionados, foi identificado *delirium* em 7 (39%); a privação do sono e o tabagismo foram os fatores predisponentes com maior razão de risco (5 e 2,83 respectivamente) e a ocorrência de evento adverso também apresentou uma associação positiva significativa relacionada à ocorrência de *delirium* (RR=4,71). **Conclusão:** o principal evento adverso associado ao *delirium* foi a retirada não planejada de dispositivos invasivos.

Descritores: *Delirium*. Segurança do paciente. Cuidados críticos.

Objective: to analyze the predisposing factors and to identify the adverse events related to delirium in patients admitted to the intensive care unit. *Method:* a prospective cohort study, which occurred between July and August 2017. Data collection was performed using a specific instrument, with variables related to delirium. The risk ratio was applied for association analysis. *Results:* among the 18 selected patients, delirium was identified in 7 (39%); sleep deprivation and smoking were the predisposing factors with the highest risk ratio (5 and 2.83 respectively) and the occurrence

¹ Enfermeira. Especialista em terapia intensiva. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora da Escola Técnica José Rodrigues. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. hellen.nique@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora convidada da Pós-graduação em enfermagem intensivista da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fcamerini@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Doutora em Educação em Ciências e Saúde. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

of an adverse event also had a significant positive association related to the occurrence of delirium (RR = 4.71). Conclusion: The main adverse event associated with delirium was the unplanned withdrawal of invasive devices.

Descriptors: Delirium. Patient safety. Critical care.

Objetivo: analizar los factores predisponentes e identificar los eventos adversos relacionados al delirio en pacientes internados en unidad de terapia intensiva. Método: estudio de cohorte prospectivo, ocurrido entre julio y agosto de 2017. Recolección de datos realizada por medio de instrumento propio, con variables relacionadas al delirio. Para análisis de asociación, se aplicó la razón de riesgo. Resultados: entre los 18 pacientes seleccionados, fue identificado delirio en 7 (39%); privación del sueño y tabaquismo fueron los factores predisponentes con mayor razón de riesgo (5 y 2.83 respectivamente), y ocurrencia de evento adverso también presentó asociación positiva significativa relacionada con la ocurrencia de delirio (RR=4,71). Conclusión: el principal evento adverso asociado al delirio fue la retirada no planificada de dispositivos invasivos.

Descriptores: Delirio. Seguridad del paciente. Cuidados críticos.

Introdução

O *delirium* é a disfunção cerebral aguda mais presente em pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva (UTIs). Apresenta-se nas formas clínicas, como hiperativo (agitação), hipoativo (apatia) e misto (com características das duas formas). É caracterizado por alterações transitórias e flutuantes do nível de consciência e por períodos de agitação, podendo durar horas a dias⁽¹⁻³⁾. Alguns estudos^(2,4) afirmam que a taxa de prevalência de *delirium* nas UTIs pode variar entre 32,3% e 77%.

Estima-se que os pacientes que desenvolvem *delirium* apresentam piores evoluções clínicas, com aumento do tempo de hospitalização, maior risco de ocorrência de eventos adversos e maior mortalidade⁽¹⁻⁵⁾. Quando não diagnosticado e tratado precocemente, apresenta uma taxa de mortalidade estimada de 25% a 33%, tão elevada quanto a do infarto agudo do miocárdio e sepse⁽¹⁾.

Apesar da elevada prevalência e alta taxa de mortalidade, o *delirium* frequentemente é subvalorizado. Entretanto, quando a equipe é envolvida no diagnóstico precoce, por meio de instrumentos validados e protocolos bem estruturados, é possível pensar em estratégias de prevenção⁽⁶⁾. Para identificar e reconhecer o *delirium*, diversos instrumentos foram criados e o mais amplamente utilizado na UTI é o *Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Este

instrumento foi adaptado ao português brasileiro, possuindo alta sensibilidade e especificidade, podendo ser aplicado por todos os membros da equipe multidisciplinar⁽⁷⁻⁸⁾.

O monitoramento adequado contribui para o cuidado seguro e de qualidade no ambiente de cuidados críticos. O enfermeiro intensivista tem papel primordial, pois o contato frequente com o paciente permite-lhe visualizar precocemente quaisquer alterações do nível de consciência, além de identificar com mais facilidade os fatores de risco⁽⁹⁾.

O *delirium* rotineiramente manifesta-se nos pacientes graves internados em UTI associado a fatores de risco que são divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis, são: idade e gênero. Já os fatores modificáveis, são: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, isolamento, restrição física, privação do sono, ausência de relógios e de janelas, ausência da família ou de visitas, tempo de internação prolongado, dispositivos invasivos, uso de ventilação mecânica e uso prolongado de medicamentos antipsicóticos, distúrbios hidroeletrólíticos e febre^(1,9).

Nesse sentido, suscita-se a hipótese que a avaliação do *delirium* baseada na identificação dos fatores predisponentes previne a ocorrência de eventos adversos, proporcionando o cuidado mais seguro e individualizado.

Diante disso, o estudo apresenta como objetivo: analisar os fatores predisponentes e identificar os eventos adversos relacionados ao *delirium* nos pacientes internados na UTI.

Método

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, documental e com abordagem quantitativa. O estudo propôs identificar, nos prontuários dos pacientes críticos, a ocorrência do *delirium* com o apoio do instrumento CAM-ICU, os fatores predisponentes e os eventos adversos conforme a literatura.

O campo do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Geral de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, Brasil, estruturada com 10 leitos. Entre os 10 leitos, um é destinado e estruturado fisicamente para isolamento respiratório, podendo ser utilizado para este fim ou não, a depender da demanda.

O perfil da clientela são pacientes cirúrgicos e clínicos. Essa UTI é o principal campo de atuação do residente em enfermagem no programa de terapia intensiva. O setor conta com a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos) diariamente. A equipe de enfermagem é composta por: 2 enfermeiros diaristas, 13 plantonistas, 7 residentes do segundo ano e 8 do primeiro ano, totalizando 30 enfermeiros.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes acima de 18 anos e tempo de internação maior que 24 horas. Como critério de exclusão: pacientes com histórico de doença psiquiátrica.

O cálculo amostral e o poder estatístico do estudo foram estimados, considerando um erro amostral de 5% (Nível de significância de 95%), uma população de 25 pacientes (média mensal de internação na instituição estudada no ano de 2017) e um percentual máximo de 77% (maior taxa de *delirium* em UTI evidenciada na literatura), obtendo-se uma amostra de 23 pacientes.

Nos meses de julho e agosto de 2017, foram admitidos na UTI Geral do estudo, 23 pacientes, porém 5 foram excluídos do estudo: 3 por terem histórico de doença psiquiátrica e 2

por permanecerem menos de 24 horas na UTI. Foram colhidos os dados do prontuário de 18 pacientes. Naquele que apresentava agitação ou alteração do nível de consciência, aplicava-se o CAM-ICU para confirmação do *delirium*. Em 7 pacientes, a aplicação do CAM-ICU foi positiva.

Previamente à coleta de dados, foi realizado um pré-teste do instrumento por duas semanas, para avaliar os pontos positivos e de fragilidade. Foram alterados aqueles que não tinham relevância clínica, por serem dados além do necessário, e outros por não se adequarem ao que se pretendia.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento próprio elaborado pelo pesquisador. Cada impresso era utilizado semanalmente para cada prontuário selecionado, com as variáveis: idade, gênero, tempo de internação, óbito, uso de ventilação mecânica, tabagismo, etilismo, hipertensão arterial (PA>140x90 mmHg), hipertermia (Tax>37,5 °C), sepse, privação do sono, uso de dispositivos invasivos, alterações hidroeletrólíticas, medicamentos psicotrópicos (sedativos, benzodiazepínicos e antipsicóticos) e eventos adversos (autoextubação, retirada de cateteres e tempo prolongado de internação).

As variáveis numéricas foram dicotomizadas. A idade foi dividida em <60 e >60 anos e dias de internação <7 e >7. Todos os pacientes com *delirium* estavam em ventilação mecânica e em uso de medicamentos psicotrópicos. Por esse motivo, não foi calculada a razão de risco para essas variáveis.

Os dados foram organizados à luz da estatística descritiva e tabulados com o uso do programa *Microsoft Excel Office XP*[®]. A organização deu-se com o agrupamento dos resultados em bancos de dados construídos com base no instrumento de coleta e nas variáveis do estudo. Em seguida, para a realização da análise estatística, foi utilizado o *OPEN EPI*[®], programa de estatísticas epidemiológicas de código aberto para a Saúde Pública, disponível gratuitamente no site OpenEpi (<http://www.openepi.com>).

Para identificar a associação e o risco dos pacientes para o desenvolvimento do *delirium*, foi aplicada a razão de risco (RR) que é a medida

da força de associação e a ocorrência da doença. Quando os valores são >1 demonstram uma associação positiva do *delirium* com a exposição; porém, quando são <1 sugerem fator de proteção. Para a análise, utilizou-se o intervalo de confiança (IC) de 95% e p valor ($<0,05$) calculado pelo teste exato de *Fisher*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob nº 2.138.724, com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em função da natureza do estudo e das condições de um paciente crítico.

Resultados

Dos 18 pacientes estudados, 39% (n=7) foram acometidos pelo *delirium* no período da coleta,

todos com mais de 7 dias de internação, em VM e uso de psicotrópicos, a maioria 27% (n=5) com privação do sono. O quantitativo de pacientes do sexo masculino e feminino foi equivalente: 22% (n=4) do sexo masculino e 17% (n=3) do sexo feminino. O *delirium* teve maior proporção em pacientes <60 anos.

Dos 5 pacientes que foram a óbito, 11% (n=2) possuíam diagnóstico de *delirium*. A hipertensão arterial sistêmica, a sepse e a hipertermia foram os fatores de menor predomínio e com a mesma porcentagem para o *delirium*, sendo 17% (n=3) os acometidos. A Tabela 1 descreve a caracterização e os fatores predisponentes da ocorrência do *delirium* analisados neste estudo.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva relacionados com a ocorrência de *delirium*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2017. (N=18) (continua)

Variáveis	Com <i>delirium</i> (n= 7)		Sem <i>delirium</i> (n=11)		Total (n=18)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	3	17	6	33	9	50
Masculino	4	22	5	28	9	50
Idade						
<60	4	22	5	28	9	50
>60	3	17	6	33	9	50
Tempo de internação						
<7	-	-	4	22	4	22
>7	7	39	7	39	14	78
Óbito						
Sim	2	11	3	17	5	28
Não	5	28	8	44	13	72
Fatores predisponentes						
Ventilação mecânica						
Sim	7	39	8	44	15	83
Não	-	-	3	17	3	17
Hipertensão						
Sim	3	17	4	22	7	39
Não	4	22	7	39	11	61
Sepse						
Sim	3	17	4	22	7	39
Não	4	22	7	39	11	61
Hipertermia						
Sim	3	17	3	17	6	34
Não	4	22	8	44	12	66

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva relacionados com a ocorrência de *delirium*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2017. (N=18) (conclusão)

Variáveis	Com <i>delirium</i> (n= 7)		Sem <i>delirium</i> (n=11)		Total (n=18)	
	n	%	n	%	n	%
Privação do sono						
Sim	5	27	1	6	6	33
Não	2	11	10	56	12	67
Alterações Hidroeletrólíticas						
Sim	4	22	6	33	10	55
Não	3	17	5	28	8	45
Psicotrópicos						
Sim	7	39	6	33	13	72
Não	-	-	5	28	5	28

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Ao analisar os dados, observou-se que há uma associação do quantitativo dos fatores predisponentes para o desenvolvimento do *delirium*. Entre os 7 pacientes que apresentaram *delirium*, 4 tiveram mais que 5 desses fatores e 3 tiveram entre 1 e 5. Ou seja, todos os pacientes que

apresentaram a síndrome tinham pelo menos um fator predisponente presente.

Para analisar se a ocorrência de *delirium* apresentou associação positiva com a presença de fatores predisponentes e com a ocorrência de eventos adversos foi calculada a Razão de Risco (RR) (Tabela 2).

Tabela 2 – Medidas de associação da ocorrência de *delirium* com os fatores predisponentes e os eventos adversos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2017. (N=18)

Fatores predisponentes	p valor	Razão de Risco	Intervalo de Confiança 95%
Tabagismo	0,07	2,83	1,48 - 5,39
Hipertensão Arterial Sistêmica	0,99	1,17	0,36 - 3,75
Sepse	0,99	1,17	0,36 - 3,75
Hipertermia	0,85	1,5	0,48 - 4,65
Privação do sono	0,02	5	1,34 - 18,62
Alterações Hidroeletrólíticas	0,99	1,06	0,33 - 3,44
Exposição: <i>delirium</i>			
Evento adverso	0,01	4,71	1,29 - 17,12

Fonte: Elaboração própria.

A privação do sono e o tabagismo foram identificados como os fatores predisponentes com maior razão de risco (RR=5 / RR=2,83), isto é, pacientes com privação de sono têm cinco vezes maior risco e tabagistas, quase três vezes maior

risco de desenvolver *delirium*, quando comparados com pacientes com padrão de sono normal (p valor=0,02) e não tabagistas (p valor=0,07).

Os demais fatores predisponentes, apesar de não terem apresentado significância estatística

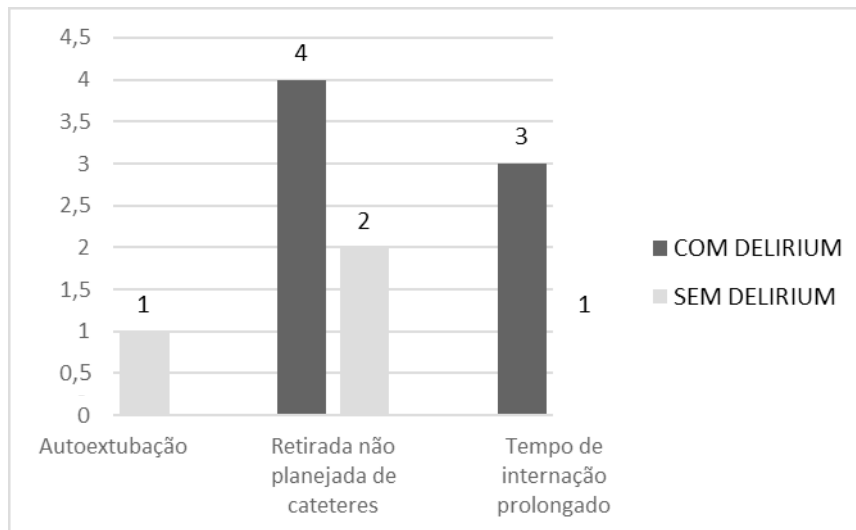
na associação com *delirium*, apresentaram razão de risco maior que um, o que confirma relação positiva da exposição com o desfecho.

A ocorrência de evento adverso também apresentou uma associação positiva significativa relacionada à ocorrência de *delirium* (RR=4,71 /

p valor=0,01), isto é, pacientes com *delirium* têm 4,71 maior risco de apresentar algum evento adverso relacionado à assistência.

A seguir serão apresentados os principais eventos adversos identificados nos pacientes do estudo relacionados com a presença de *delirium*.

Gráfico 1 – Eventos adversos relacionados à ocorrência de *delirium*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil – 2017. (N=18)



Fonte: Elaboração própria.

Entre os pacientes que apresentaram *delirium*, o evento adverso mais identificado foi relacionado à retirada não planejada de dispositivos invasivos (sonda nasogástrica), com 22% (n=4); o tempo de internação prolongado também concorreu para uma ocorrência maior nos pacientes com *delirium* 17% (n=3).

Discussão

Entre os pacientes críticos com *delirium* na UTI, 32% a 66% são corretamente diagnosticados e tratados. Estima-se que o *delirium* pode acometer cerca de 80% dos pacientes, dependendo das características populacionais e das formas diagnósticas utilizadas^(2,10).

No presente estudo, foi identificado que 39% (n=7) dos pacientes apresentaram *delirium*. Uma porcentagem relevante, se for considerado que o monitoramento dessa síndrome ainda não é implementado de forma sistematizada no setor

do estudo, o que pode estar impedindo um resultado absoluto para diagnóstico precoce.

A relevância do *delirium* deve-se não somente a sua elevada prevalência, mas também às suas consequências⁽⁹⁾, que podem causar prejuízos maiores ao paciente, ao profissional e à instituição. A causa da *síndrome* é multifatorial e seu desenvolvimento envolve uma relação entre fatores predisponentes e de exposição⁽⁶⁾.

Na caracterização dos pacientes, a prevalência de *delirium* ocorreu em pacientes do sexo masculino, tendo 22% (n=4). Estudos⁽¹¹⁻¹²⁾ mostram que a proporção de *delirium* entre os sexos tem predomínio masculino, visto que pacientes do sexo masculino são mais susceptíveis ao desenvolvimento do fenômeno e este fato poderá estar relacionado a eventuais crenças e estereótipos, visto que homens não costumam procurar assistência a saúde com a crença de que afeta a masculinidade⁽¹¹⁾. Estudo corrobora

esse achado e relata que o sexo masculino constituiu fator predisponente para desenvolvimento dessa síndrome⁽¹²⁾.

No presente estudo, a maior ocorrência do *delirium* foi em pacientes <60 anos, 22% (n=4), resultado que se contrapõe aos encontrados em alguns estudos^(1,10,13), que consideram que o *delirium* compõe o grupo das principais síndromes geriátricas⁽⁶⁾, estando associado a deterioração cognitiva mais grave, cuja complicação frequente de hospitalização ocorre geralmente em pacientes maiores de 65 anos, por serem suscetíveis devido às alterações fisiológicas do envelhecimento⁽¹⁴⁾. Entretanto, quando associada a outros cuidados, contribui para a prevenção de doenças, como o *delirium*. Justificando os achados do estudo, entende-se que esse distúrbio está associado a diversos fatores, o que pode levar a pacientes com idades pouco avançadas também apresentarem a síndrome^(7,10).

Dos pacientes com tempo prolongado de internação, 39% (n=7) ficaram internados mais que 7 dias e 11% (n=2) foram a óbito durante a coleta de dados. Nos últimos 10 anos, estudos^(2,4,15) demonstraram claramente uma associação entre *delirium* e aumento da mortalidade, da duração da ventilação mecânica e da permanência no hospital.

Estudo que associou a taxa de mortalidade com a ocorrência de *delirium* apontou que, entre os pacientes diagnosticados com *delirium* durante a internação hospitalar, reconheceu-se uma taxa de mortalidade hospitalar 5,5 vezes maior do que em paciente diagnosticado com demência. Pacientes que sobrevivem à hospitalização têm uma taxa de mortalidade muito elevada durante os meses imediatos à alta⁽¹⁶⁾.

Com relação aos fatores predisponentes, a ventilação mecânica teve um percentual considerável, sendo 39% (n=7) dos usuários com *delirium*. A prevalência em pacientes internados em UTI varia entre os diversos estudos e pode acometer até 80% dos pacientes criticamente enfermos sob ventilação mecânica^(3,5).

No local do estudo, o perfil dos pacientes era de insuficiência respiratória, o que prejudicava

no desmame e na retirada do suporte ventilatório. As potenciais razões para agitação seriam a presença do tubo endotraqueal, secreções e assíncronas com o ventilador. Pacientes em ventilação mecânica podem não ser capazes de comunicar suas necessidades à equipe de saúde. A incapacidade de comunicar-se também é descrita como fator de risco para o *delirium*⁽¹⁾.

Em paralelo à ventilação mecânica, o uso de sedativos e medicamentos psicotrópicos tem alta relação com o *delirium*, 39% (n=7). Na prática clínica, o uso dos sedativos, benzodiazepínicos, antipsicóticos e medicações emergenciais são frequentes nas UTIs. Quando o paciente tem algum tipo de desorientação ou agitação, a primeira escolha é o antipsicótico seguido do sedativo, o que dificulta o diagnóstico de *delirium*, mascarando o problema.

Alguns estudos^(6,9) que avaliaram o desenvolvimento e a exacerbação do *delirium*, relacionados à utilização de medicamentos, observaram que os benzodiazepínicos (midazolam, lorazepam, diazepam) podem causar agitação paradoxal, hostilidade, agressividade e confusão, e os narcóticos pioram a cognição e agravam tal distúrbio.

Os agentes sedativos e opioides, muito utilizados em UTI, representam um importante subgrupo de medicações conhecidas por ocasionar *delirium*. Em estudo realizado na Dinamarca, pacientes que receberam fentanil tiveram risco dez vezes maior de apresentar o distúrbio cognitivo e a utilização de lorazepam esteve associada ao maior risco para desencadeamento de *delirium*⁽⁹⁾. O uso profilático do haloperidol, em pacientes com alto risco para essa síndrome pode reduzir complicações.

Outros medicamentos comumente utilizados em terapia intensiva, como propofol, meperidina, morfina e anticolinérgicos (como atropina e hioscina), também mostraram potencial para desenvolvimento do *delirium*. O objetivo da sedação é proporcionar, dentre outros fatores, um paciente cooperativo, calmo, com sono apropriado, mantido sem dor e minimamente ansioso. Entretanto, a sedação em excesso deprime

a função cardiorrespiratória, diminui a motilidade intestinal, aumenta o risco de pneumonia relacionada à ventilação mecânica, aumentando, também, o tempo de permanência em UTI⁽⁹⁾.

Além disso, no ambiente da UTI, os fatores de risco para *delirium* e distúrbios do sono superpõem-se, incluindo medicações, como benzodiazepínicos, que diminuem o sono de ondas lentas, levando a grave fragmentação do sono. Dessa forma, é plausível que o *delirium* possa ser também precipitado pela privação de sono⁽⁴⁾.

Outro potencial fator predisponente para o *delirium* é a privação de sono. No estudo atual foi identificado que 27% (n=5) dos pacientes com privação do sono apresentaram *delirium*, ocorrendo uma relação relevante comparado aos outros fatores predisponentes. Sabe-se que a privação do sono influencia na recuperação, na capacidade de resistir a infecções, provoca problemas neurológicos e respiratórios, podendo prolongar a duração da ventilação e permanência na UTI.

Em UTIs vários fatores estão relacionados com a privação do sono em pacientes críticos, inclusive os ambientais, como: ruído, luminosidade e atividades de cuidado; fatores intrínsecos relacionados ao paciente e à sua condição aguda de doença e/ou insulto; e ainda aqueles relacionados ao tratamento em curso, como o suporte ventilatório e a terapia medicamentosa. Apesar da identificação desses fatores, o papel exato de cada um deles no sono do paciente crítico ainda é desconhecido^(9,15).

Nesse sentido, é imprescindível que seja dada a real importância e se tenha atenção para que o ambiente no período noturno seja calmo e as luzes amenizadas, para proporcionar o sono eficaz. Quando não há o cuidado com o ambiente, os pacientes admitidos na UTI têm propensão a redução da qualidade de sono, com fragmentação e outros distúrbios.

Sabe-se que a privação do sono provoca desatenção, flutuação da capacidade mental e disfunção cognitiva, características que também estão presentes nos pacientes com *delirium*. Mais ainda, as alterações neuro-hormonais e de

estruturas anatômicas estão igualmente envolvidas no *delirium* e em distúrbios do sono^(2,4).

Ratificando o apresentado na literatura, no presente estudo, a maioria dos pacientes apresentou desorientação no período noturno, com episódios recorrentes de *delirium*, que muitas vezes levaram também a eventos adversos. Portanto, destaca-se a privação do sono como um potencial risco confirmado neste estudo.

No estudo atual, 22% (n=4) dos pacientes tiveram alterações hidroeletrólíticas e *delirium*. As alterações hidroeletrólíticas^(4,9) foram apontadas, em sua maioria, nos pacientes renais, que já estão com tempo prolongado de internação devido a sua comorbidade e, por fim, são envolvidos por outros fatores que também provocam o *delirium*. Os estudos citados não justificam a relação das alterações hidroeletrólíticas com essa síndrome, porém as incluem como fatores de risco.

Além das alterações hidroeletrólíticas, o tabagismo também foi avaliado e apenas 6% (n=1) dos pacientes do estudo era tabagista. Esse único fumante desenvolveu o *delirium* e por vezes solicitava o fumo durante seus períodos de desorientação. O hábito de fumar também é reconhecido como um fator de risco para agitação, contribuindo para prognósticos desfavoráveis⁽⁴⁾.

Não se pode deixar de ressaltar a importância da implementação e monitorização do *delirium*, pois, durante o estudo, foi um problema para identificar os pacientes com a síndrome, visto que, no cenário estudado, esta não é uma prática implementada. Em estudo⁽⁷⁾ que narrou a implementação da avaliação do *delirium* pelos enfermeiros em uma UTI, essa foi efetiva na redução do uso de medicamentos de sedação, de restrição física e no melhor manejo de aspectos relacionados ao ambiente, como luminosidade e nível de ruído, por influência das intervenções prescritas pelos enfermeiros.

A monitorização do *delirium* na UTI é importante não apenas como indicador de uma disfunção orgânica, mas também para prevenção de eventos adversos. Promove-se, assim, um cuidado seguro, permitindo à equipe da UTI

implementar medidas preventivas e terapêuticas para proporcionar reabilitação adequada e potencialmente diminuir as perdas relativas à qualidade de vida⁽⁴⁾.

Os eventos adversos podem ser definidos como ocorrência indesejável advinda da assistência prestada (direta ou indiretamente) ao paciente e que resulta em dano ou agravo à sua condição de saúde⁽¹⁷⁾. Neste estudo, identificou-se que a retirada não planejada de cateteres (sonda nasogástrica) apresentou a maior taxa de evento adverso 22% (n=4). A retirada de sonda nasogástrica foi amplamente visível diversas vezes e com o mesmo paciente, inclusive no mesmo turno. Foi relatada no prontuário, em diversos momentos, sendo mais frequentes em serviços noturnos.

A ocorrência desse evento, entretanto, é prejudicial ao paciente, pois prolonga o tempo de internação. Além dos eventos adversos, evidencia-se também na prática clínica a ocorrência de alguns incidentes. O incidente refere-se ao “[...] evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente”^(17:477), como a restrição física. O paciente em *delirium*, na maioria das vezes, precisa ser contido e, com a restrição física, fica ainda mais agitado, o que pode provocar lesões na pele, privação do sono e até mesmo retirada de dispositivos.

Durante o estudo, percebeu-se que alguns pacientes tiveram a necessidade do uso de restrição física. Desses, 22% (n=4) tiveram *delirium*. 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 com a equipe multidisciplinar, para favorecer a aplicação mais criteriosa desse tipo de restrição⁽¹⁰⁾. Em alguns países, a exemplo da Dinamarca, esse dispositivo só pode ser utilizado com a permissão de um médico psiquiatra⁽¹⁾.

Em estudo⁽⁹⁾ com o objetivo de compreender o cuidado em terapia intensiva sob a ótica do paciente, a restrição física no leito foi mencionada como uma percepção insatisfatória do tempo de

internação, relacionada com sensações desagradáveis ou desfavoráveis. Recomenda-se ainda que a restrição física somente deve ser utilizada quando for o único meio possível para prevenção de danos aos pacientes ou aos demais, não devendo ser prolongada, tampouco utilizada com o propósito de disciplinar, punir ou coagir ou mesmo por conveniência da equipe⁽⁹⁾.

Como visto, no estudo atual, 17% (n=3) dos pacientes tiveram pior prognóstico, o que torna essas ocorrências eventos em cadeia. As discussões sobre segurança do paciente têm aumentado gradativamente no meio científico e assistencial, em virtude da frequência dos eventos adversos nas instituições hospitalares⁽¹⁸⁾, e têm impulsionado os profissionais a olharem de forma diferenciada e criteriosa, a fim de minimizar os eventos adversos e proporcionar melhor prognóstico.

Os eventos adversos, na ausência do *delirium* são menores, comparados aos eventos ocorridos em pacientes com *delirium*. O que leva à constatação de que o *delirium* tem grande associação com a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados na terapia intensiva⁽¹⁹⁾.

Quando a equipe é envolvida no diagnóstico precoce do *delirium*, por meio de instrumentos validados e protocolos bem estruturados, é possível pensar em identificação precoce e em estratégias de prevenção. Algumas estratégias descritas, como protocolo não farmacológico de sono, mobilização precoce e remoção precoce de cateteres e restrições, desmame ventilatório e correção da desidratação e de eletrólitos, têm se mostrado eficazes na prevenção e no tratamento dessa síndrome⁽⁶⁾.

Além dessas medidas, recentemente tem-se proposto uma estratégia sustentada no algoritmo ABCDEF, que tem sido recomendada como uma forma de incentivar a colaboração interdisciplinar e a implementação de uma abordagem padronizada. Essa estratégia consiste em: A - despertar; B - respiração; C - coordenação; D - monitoramento do delírio; E - exercício físico/mobilidade precoce; Engajamento e Empoderamento Familiar na UTI^(8,20).

Os enfermeiros que atuam em UTI precisam ser capacitados para sua aplicação, porque podem atuar nos processos educativos da equipe e da família. Essa condição contribui para um cuidado de melhor qualidade, por meio da identificação precoce da disfunção que determina as causas, possibilita a identificação dos fatores predisponentes, previne eventos adversos e permite o planejamento de intervenções terapêuticas juntamente com a equipe multiprofissional^(1,6-7).

Como limitação do estudo, destaca-se o curto período de coleta de dados, a não implementação da escala como rotina de avaliação do *delirium* no setor estudado e o reduzido dimensionamento de pessoal, o qual não permitiu a aplicação do CAM-ICU no período noturno, o que pode ter subestimado a taxa encontrada.

Conclusão

Durante o estudo, pôde-se identificar os fatores predisponentes e as ocorrências dos eventos adversos, relacionando-os diretamente com o *delirium*. Foi notória a presença dessa disfunção multifatorial nos pacientes com maior número de fatores predisponentes, destacando-se a ventilação mecânica, medicamentos psicotrópicos, privação do sono e tabagismo. Concluiu-se que o principal evento adverso associado ao *delirium* foi a retirada não planejada de dispositivos invasivos, expondo o paciente a maiores riscos e, conseqüentemente, aumento do tempo de internação.

Recomenda-se que as instituições tenham protocolo de detecção precoce baseado na identificação dos fatores de risco. A existência desse protocolo, de regras ou de rotina implementada voltada à prevenção e ao tratamento do *delirium*, possibilita à equipe multidisciplinar planejar o cuidado voltado para o paciente que tem o risco de desenvolver o *delirium*, compreendendo quais fatores são predisponentes e os eventos adversos que podem ocorrer, direcionando o cuidado com o controle e o equilíbrio das medidas tomadas para priorizar a segurança do paciente.

Salienta-se, mais uma vez, a necessidade de o *delirium* deixar de ser subdiagnosticado e subvalorizado, considerando os fatores predisponentes e prevenindo eventos adversos, visto que é a causa de maior tempo de internação, uso de ventilação mecânica e principalmente de mortalidade.

Este estudo é importante para o conhecimento do acadêmico da área de saúde que vivenciará essa temática e para profissionais que já estão na assistência, mas não têm protocolos implementados e não sabem como lidar com o paciente. Assim, favorecerá o ensino e o aperfeiçoamento dos profissionais, além de melhorar a assistência prestada a esses indivíduos. Já em âmbito de pesquisas científicas, o levantamento dos fatores predisponentes e dos eventos adversos relacionados ao *delirium* contribuirá para a pesquisa, tendo fundamentação teórica e prática mediante o estudo realizado. Assim, a mudança é uma questão de atitude, e os enfermeiros estão na linha de frente para acrescentar de forma positiva nessa realidade. O *delirium* é uma emergência e precisa ser estimado.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Monique Hellen Oliveira da Silva, Flavia Giron Camerini e Danielle de Mendonça Henrique;
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Luana Ferreira de Almeida, Andrezza Serpa Franco e Sandra Regina Maciqueira Pereira;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Monique Hellen Oliveira da Silva e Flavia Giron Camerini.

Referências

1. Silva CL, Firmino JS, Roznowski KC, Knopfholz J. Dificuldade diagnóstica dos profissionais da saúde frente ao *delirium*: uma revisão de literatura. Rev Saúde Com [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 27];9(4):293-302. Available from: DOI: 10.22481/rsc.v9i4.205

2. Faria RSB, Moreno RP. *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. Rev Bras Ter Intensiva [internet]. 2013 [cited 2017 Nov 27];25(2):137-47. Available from: DOI: 10.5935/0103-507X.20130025
3. Luz LFS, Boniatti MM. Associação do *delirium* com cognição, capacidade funcional e qualidade de vida no paciente crítico. Trabalho apresentado na XII Semana Científica Unilasalle. Canoas (RS); 2016. Anais (on-line). Rio de Janeiro; 2018 [cited 2018 Jan 12]. Available from: <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2016/article/view/337>
4. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIF. Importância da monitorização do *delirium* na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(3):274-9.
5. Beltrami FG, Nguyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sono na unidade de terapia intensiva. J Bras Pneumol [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 12];41(6):539-46. Available from: DOI:10.1590/s1806-37562015000000056
6. Parejo LS. *Delirium* como foco de atenção para os enfermeiros de terapia intensiva [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2014 [cited 2017 Sep 25]. Available from: <http://hdl.handle.net/11449/110494>
7. Souza RCS, Bersaneti MDR, Siqueira EMP, Meira L, Brumatti DL, Prado NRO. Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de *delirium*. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(1):644-84.
8. 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.
9. Ribeiro SCL, Nascimento ERP, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertoncetto KC. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 27];24(2):513-20. Available from: DOI:10.1590/0104-07072015001702014
10. Coelho TD, Machado FS, Joaquim MAS. *Delirium* em terapia intensiva: fatores de risco e fisiopatogenia. Rev Port Med Int. 2011;18(3):17-23.
11. Luna AA, Entringer AP, Silva RCL. Prevalência do subdiagnóstico de *delirium* entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 12];24(1):623-8. Available from: DOI: 10.12957/reuerj.2016.6238
12. Munoz RLS, Tagushi LC, Martins GCCS, Andrade MR, Lima KMSR. Prevalência e fatores associados com ocorrência de *delirium* em adultos e idosos internados. Rev Bras Clin Med. 2012;10(4):285-90.
13. Lemos MS, Verissimo MTM, Eulalio MIB. *Delirium* pós-operatório no idoso: diagnóstico e prevenção [dissertação] [Internet]. Coimbra (PT): Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2015 [cited 2017 Sep 11]. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/31990>
14. Sousa FJD, Silva MPSDC, Andrade FSSD. Atividade física em idosos no contexto amazônico. Rev Cuid [Internet]. 2014 [cited 2017 Dez 6];5(2):792-8. Available from: DOI:10.15649/cuidarte.v5i2.119
15. Almeida TML, Azevedo LCP, Nosé PMG, Freitas FGR, Machado FR. Fatores de risco para desenvolvimento de agitação em pacientes críticos. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 27];28(4):413-9. Available from: DOI: 10.5935/0103-507x.20160074
16. Ribeiro SCL, Nascimento ERP, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertoncetto KC. Conhecimento de enfermeiros sobre *delirium* no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 15];24(2):513-20. Available from: DOI: 10.1590/0104-07072015001702014
17. Santos RP, Luz MAP, Borges F, Carvalho ARS. Active search contributes to the identification of adverse events and incidents in intensive care unit. Rev Eletron Trim Enfermeria [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 12];16(4):465-98. Available from: DOI:10.6018/eglobal.16.4.269601
18. Jezewski1 GM, Loro MM, Herr GEG, Fontana RT, Aozane F, Santos FP, et al.. Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital privado acerca da higienização das mãos. Rev Cuid [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 12];8(3):1777-85. Available from: DOI: 10.15649/cuidarte.v8i3.419
19. Tovar LOG, Suárez LD, Muñoz FC. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. Enfermeria global [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 27];15(1):49-77. Available from: DOI: 10.6018/eglobal.15.1.210841

20. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB.
The ABCDEF bundle in critical care. *Crit Care Clin*
[Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 12];33(2):225-43.
Available from: DOI: 10.1016/j.ccc.2016.12.005

Recebido: 26 de março de 2018

Aprovado: 27 de julho de 2018

Publicado: 19 de setembro de 2018



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).
Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais.
Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais,
os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.