

**ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA- FACENE**

REBECA DA SILVA TORQUATO

**DELIRIUM EM PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

JOÃO PESSOA- PB

2022

REBECA DA SILVA TORQUATO

DELIRIUM EM PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:

UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Artigo apresentado ao componente curricular TCC II, do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me Dyego Anderson Alves Farias.

JOÃO PESSOA - PB

2022

T61d

Torquato, Rebeca da Silva

Delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa / Rebeca da Silva Torquato. – João Pessoa, 2022.

23f.

Orientador: Pro. Me Dyego Anderson Alves de Farias.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Delirium. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Transtorno Neurocognitivo. I. Título.

CDU: 616-08:616.89

REBECA DA SILVA TORQUATO

DELIRIUM EM PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:

UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado pela aluna **Rebeca da Silva Torquato** do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, tendo obtido o conceito APROVADA, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em 30 de Maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Orientador: Prof. Me Dyego Anderson Alves de Farias



Membro: Prof.ª Dra Danyelle Nóbrega de Farias



Membro: Prof.ª Dra Rafaela Faustino Lacerda de Souza

Dedico este trabalho a minha mãe
Rosilda e ao meu pai Reginaldo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem ele não estaria aqui e não teria realizado o meu sonho.

Agradeço especialmente a minha mãe Rosilda da Silva e ao meu pai Reginaldo Ferreira Torquato, que fizeram de tudo por mim, faziam o possível e o impossível pra nunca me faltar nada, sempre me motivaram em relação aos estudos, estavam presentes nas minhas alegrias e nas minhas tristezas, sem eles eu não seria ninguém.

A minha tia Rosália Josefa, que esteve presente em todos os momentos, me incentivava nas minhas ideias e sempre me ajudou em tudo que eu precisava.

Ao meu primo Antônio Marcos (que eu chamo carinhosamente de Patite), e como se fosse meu pai, me deu amor e carinho e esteve presente em todos os momentos importantes da minha vida.

Agradeço a Larissa Hester e a Yasmin Rodrigues, por terem tornado esses 4 anos mais leves, sem elas tudo seria mais difícil, estamos juntas desde o início, nunca discutimos por nada. Vivemos muitos momentos incríveis, que sempre vão estar guardado na minha memória e vai me fazer muita falta, Vocês são um grande presente que a faculdade me deu, é meio clichê falar isso, mas a amizade que eu tenho com vocês vai ser pra vida toda se depender de mim, Obrigada por tudo que vivemos.

Agradeço a minha amiga Evillin Cristina, que sempre esteve ao meu lado, foi a primeira pessoa que eu falei quando cheguei na faculdade, desde de então não saiu mais do meu lado, o seu jeito alegre de ser, tornava os meus dias mais alegres. E uma pessoa com personalidade forte, mas eu não mudaria nada, amo o seu jeitinho. Obrigada por tudo que vivemos.

Agradeço ao meu orientador Dyego Farias, por toda a paciência comigo durante a construção desse trabalho. Além disso por te me apresentado o mundo que é a UTI, foi a área que ganhou o meu coração.

Por fim agradeço a mim mesma, por nunca ter desistido e ter persistido no meu sonho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. MATERIAS E MÉTODOS	11
3. RESULTADOS	13
4. DISCUSSÃO	18
4.1 Escalas de avaliação do <i>delirium</i> na UTI	18
4.2 Incidência de <i>delirium</i> na UTI.....	19
4.3 Desfechos da internação do paciente com <i>delirium</i> na UTI.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
6. REFERÊNCIAS	22

DELIRIUM EM PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DELIRIUM IN PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Rebeca da Silva Torquato ¹

Dyego Anderson Alves de Farias ²

RESUMO

O Delirium é definido como uma alteração da consciência, reduzindo a capacidade de evidenciar, preservar ou alterar a atenção. É um distúrbio agudo frequentemente observado na UTI e que contribui para um pior desempenho nos desfechos clínicos dos pacientes internos. O presente estudo teve como objetivo avaliar os desfechos da internação de pacientes com delirium na UTI. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nos meses de fevereiro e março de 2022. Procedeu-se com as seguintes etapas: 1) elaboração da questão norteadora; 2) amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise dos estudos incluídos; e 5) discussão dos resultados. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, SciELO e Cochrane. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos completos em inglês, português e espanhol, disponíveis eletronicamente na íntegra e publicados no período de 2010 a 2021. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 9 artigos na revisão, com concentração de artigos publicados no ano de 2020. As escalas CAM-ICU, seguida da ICDSC, corresponderam às escalas mais utilizadas para diagnóstico clínico do delirium. O delirium foi associado ao aumento do tempo de internação, ao declínio funcional e ao aumento da mortalidade hospitalar e após a alta. Levando-se em consideração o contexto, fica evidente que o delirium é uma condição clínica que necessita de atenção, devendo ser diagnosticado e tratado de forma precoce, incluindo ainda a necessidade de sua prevenção.

Palavras-chaves: Delirium. Unidade de terapia intensiva. Transtorno neurocognitivo;

ABSTRACT

Delirium is defined as an alteration of consciousness, reducing the ability to evidence, preserve or alter attention. It's an acute disorder frequently observed in the ICU and that contributes to

a worse performance in the clinical outcomes of inpatients. The present study aimed to evaluate the hospitalization outcomes of patients with delirium in the ICU. It was an integrative literature review carried out in February and March 2022. The steps were followed: elaboration of guiding question; sampling in the literature; data collect; analysis of included studies; and discussion of the results. The databases PubMed, SciElo and Cochrane were used. As inclusion criteria, full articles in English, Portuguese and Spanish, available electronically in full and published from 2010 to 2021 were considered. After applying the eligibility criteria, 9 articles were included in the review, with a concentration of articles published in the year 2020. The CAM-ICU scales, followed by the ICDSC corresponded to the most used scales for the clinical diagnosis of delirium. Delirium was associated with increased length of stay, functional decline, and increased in-hospital and post-discharge mortality. Taking into account the context, it's evident that delirium is a clinical condition that needs attention and should be diagnosed and treated early, in addition to the need for prevention.

Keywords: Delirium. Intensive care unit. neurocognitive disorder

Bacharelado em Fisioterapia, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58036-460, João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Autora Correspondente: fisiorebecatorquato@gmail.com
Fisioterapeuta. Mestre em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. CEP: 58067-695, João Pessoa, Paraíba, Brasil

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), o *delirium* é definido como uma alteração da consciência, reduzindo a capacidade de evidenciar, preservar ou alterar a atenção. São características desse distúrbio: a redução da atenção, alterações cognitivas, de memória, linguagem e desorientação, comprometimento no sono e transtornos emocionais (ansiedade e depressão)¹.

Existem fatores que influenciam o surgimento do *delirium*, a exemplo de pacientes com idade avançada, que já tenham algum comprometimento cognitivo ou comorbidade (principalmente doenças respiratórias)². O *delirium* pode ser classificado como: 1) hiperativo (associado a um melhor prognóstico geral e caracterizado por agitação, inquietação e instabilidade emocional); 2) hipoativo (é o mais comum e tende a ser mais prejudicial em longo prazo, caracterizado pela diminuição da capacidade de responder, abstinência e apatia, além disso não é reconhecido em boa parte dos pacientes hospitalizados); e 3) misto (é a junção do hiperativo e do hipoativo)³.

O estado de *delirium* é uma das alterações comportamentais mais comuns na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dados da revista *Intensive Care Medicine* indicam que cerca de 40% dos pacientes internos graves apresentam algum grau de *delirium*. Porém, entre os pacientes internados que utilizam ventilação mecânica (VM), 80% deles irá apresentar *delirium*⁴.

Para avaliar o estado de *delirium* em pacientes na UTI, pode-se utilizar algumas escalas. As principais são: *Delirium Rating Scale-Revised-98* (DRS-R-98), *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), *Cognitive Test of Delirium* (CTD), sendo a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) a mais utilizada⁵.

A prevenção e o tratamento do *delirium* requerem a combinação de uma abordagem multidisciplinar com procedimentos assistenciais padronizados, incluindo atividades precoces como a mobilização precoce, que, por sua vez, estão associadas a estratégias que minimizam a sedação^{6,7}.

Considerando a importância do *delirium* nas UTI's, este estudo tem como finalidade realizar uma revisão de literatura sobre o *delirium* em pacientes internos na UTI, tendo o seguinte questionamento: Quais os desfechos da internação de pacientes com *delirium* na UTI?

2. MATERIAS E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa de literatura. Esta modalidade de investigação tem como eixo norteador a prática baseada em evidências (PBE), a qual possibilita a compilação de conhecimentos a respeito de um determinado assunto e integração da aplicabilidade dos resultados obtidos de estudos relevantes para respaldar a prática clínica.⁸

Para a execução deste estudo, foram realizadas as seguintes etapas: (1) Elaboração da questão norteadora; (2) Busca ou amostragem na literatura; (3) Coleta de Dados; (4) Análise criteriosa dos estudos inclusos; (5) Discussão dos resultados; (6) Apresentação da revisão integrativa.

Para tanto, foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais os desfechos da internação de pacientes com delirium na UTI?

As buscas dos artigos ocorreram nas seguintes bases de dados: Public/Publish Medline (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane Library. Em relação à coleta dos dados, para a busca dos estudos, foram delimitados os descritores controlados, *Medical Subject Headings* (MeSH Database) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e não controlados (palavras-chave), atinentes a cada base de dados. Logo, foram considerados como descritores controlados: “Delirium” e “Unidade de Terapia Intensiva”. O descritor não controlado foi: “Transtorno Neurocognitivo”.

Após a fixação, os descritores controlados e palavras-chaves foram cruzados por meio dos operadores booleanos *AND*. Os descritores foram adaptados para a língua estrangeira específica para cada base de dados. As estratégias de buscas utilizadas foram: 1) “*delirium and intensive care units*”; 2) “*Neurocognitive disorder and Intensive Care Units*”; e 3) “*Delirium and Neurocognitive disorder*”.

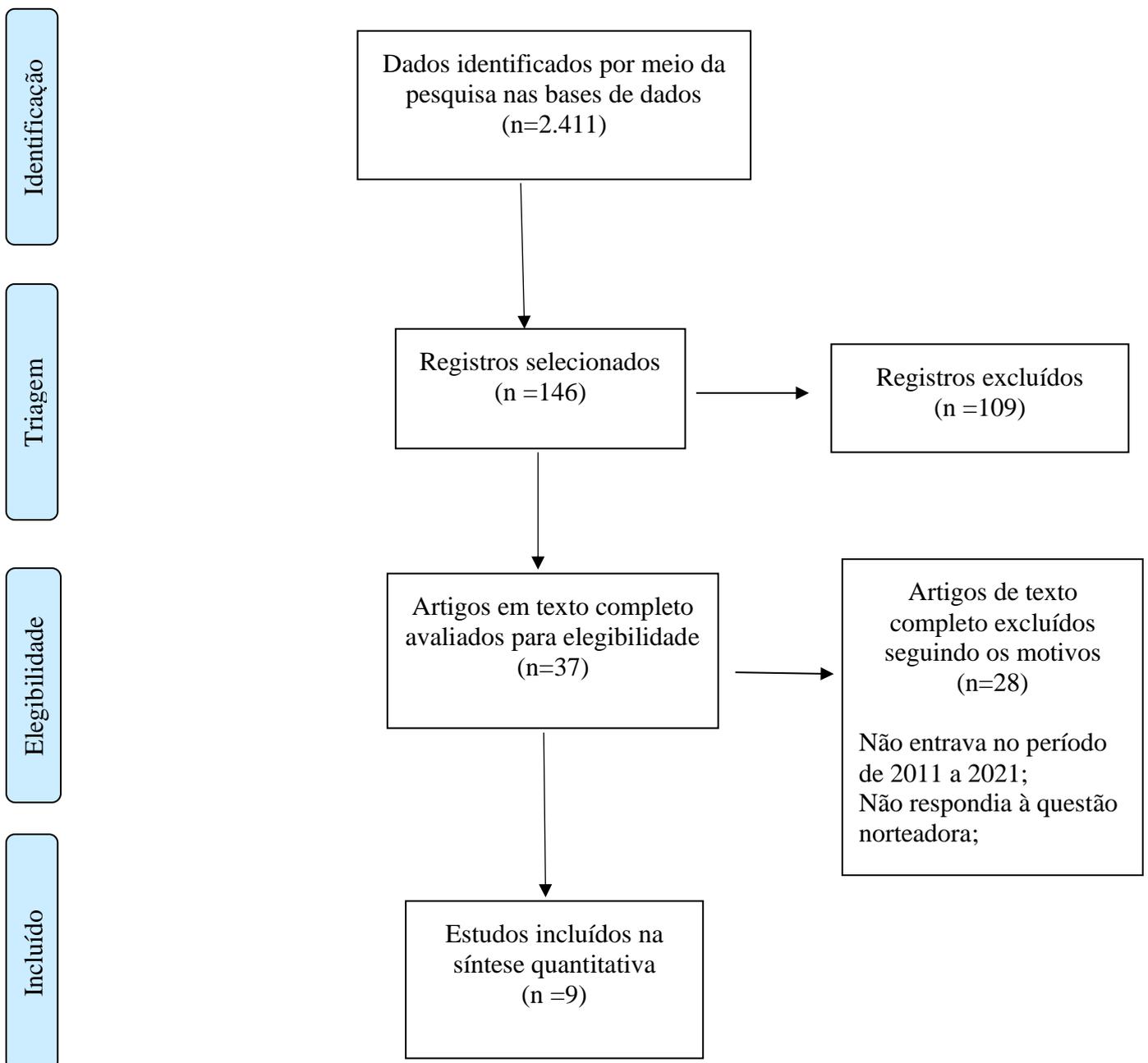
Foram adotados como critérios de inclusão: artigos em inglês, português e espanhol; artigos disponíveis eletronicamente na íntegra, publicados de 2011 a 2021. Foram excluídos estudos com duplicidade de publicação nas bases de dados selecionadas. A seleção dos estudos ocorreu mediante a leitura dos títulos e resumos, sendo escolhidos para a leitura na íntegra, aqueles que fizessem referência ao tema abordado: *delirium* em pacientes na unidade de terapia intensiva.

Após a coleta dos dados, foi realizada uma análise qualitativa, por meio da caracterização dos estudos e à luz da literatura pertinente, para a discussão das evidências. Os estudos foram caracterizados quanto ao ano, tipo de intervenção, público-alvo, formas de

intervenção e principais resultados obtidos com a intervenção.

As estratégias de busca utilizadas nas respectivas bases de dados e os motivos da exclusão foram apresentadas no fluxograma (Figura 1), como recomendado pelo grupo PRISMA*. Os resultados deste estudo foram apresentados por meio de tabelas, com as devidas discussões.

Figura 1. - Fluxograma, segundo Prisma, para seleção dos estudos encontrados.



3. RESULTADOS

Nesta revisão, foi empregado o sistema de classificação composto de sete níveis: nível I - evidências oriundas de revisões sistemáticas ou meta-análises de relevantes ensaios clínicos; nível II - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III – ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; nível IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V - revisão de estudos descritivos e qualitativos; nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII - opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos incluídos na revisão de literatura. Em relação ao idioma, 8 (90%) dos artigos estavam em inglês e houve concentração de artigos publicados no ano de 2020 (30,6%). A maioria dos estudos 6 (50,4%) foi conduzida nos Estados Unidos da América, representados pelas revistas *American Association of Critical-Care Nurses*, *Critical-Care*, *Journal of Critical Care*, *Critical Care Medicine*, *International Journal of Nursing Studies* e *The American Geriatrics Society*.

O Quadro 2 apresenta a descrição da amostra e as principais intervenções e resultados/conclusão dos estudos incluídos na revisão integrativa.

QUADRO 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Ano	Título	Autores	Periódico	Base de dados	Tipo de Estudo	Objetivos
2018	Avaliação do <i>delirium</i> com uso do modelo PRE-DELIRIC em uma unidade de terapia intensiva na Argentina	SOSA et al., ⁹	<i>Revista Brasileira de terapia intensiva</i>	Scielo	Estudo observacional, prospectivo de coorte	Descrever a incidência e os fatores de risco para <i>delirium</i> na UTI de um hospital terciário de ensino e conduzir o primeiro estudo não europeu para explorar o desempenho do modelo <i>PREdiction of DELIRium in ICU Patients (PRE-DELIRIC)</i>
2019	Identification of <i>delirium</i> and subsyndromal <i>delirium</i> in intensive care patients	BASTOS et al., ¹⁰	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>	Scielo	Estudo retrospectivo, quantitativo	Identificar <i>delirium</i> e <i>delirium</i> subsindromático em pacientes de terapia intensiva e relacionar com idade, tempo de internação e mortalidade.
2020	Prevalence of <i>delirium</i> in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality.	BASTOS et al., ¹¹	<i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>	Scielo	Estudo quantitativo e transversal	Estabelecer a prevalência do <i>delirium</i> e sua subsíndrome em pacientes de terapia intensiva e associar com uso de sedoanalgesia, gravidade e mortalidade.
2020	Relationship Between Intensive Care Unit <i>Delirium</i> Severity and 2-Year Mortality and Health Care Utilization.	WANG et al., ¹²	<i>American Association of Critical-Care Nurses</i>	Pubmed	Ensaio clínico randomizado	Determinar a relação entre a gravidade do <i>delirium</i> na UTI, mortalidade e utilização aguda de cuidados de saúde dentro de 2 anos após a alta hospitalar.
2020	Association between incident <i>delirium</i> and 28- and 90-day mortality in critically ill adults: a secondary analysis	DUPREY et al., ¹³	<i>Critical-Care Medicine</i>	Pubmed	Análise de coorte secundária de um estudo randomizado, duplo-cego	Avaliar a associação entre <i>delirium</i> na UTI e dias passados com <i>delirium</i> nos 28 dias após a admissão na UTI e mortalidade em 28 e 90 dias.
2020	Incidence, risk factors, and outcomes for sepsis-associated <i>delirium</i> in patients with mechanical ventilation: A sub-analysis of a multicenter randomized controlled trial	YAMAMOTO et al., ¹⁴	<i>Journal of Critical Care</i>	Pubmed	Análise de uma coorte retrospectiva	Investigar a incidência, fatores de risco e desfechos para <i>delirium</i> associado a sepse (TAS) em pacientes ventilados mecanicamente.
2015	Prevalence, risk factors, and outcomes of <i>delirium</i> in mechanically ventilated adults	MEHTA et al., ¹⁵	<i>Critical Care Medicine</i>	Pubmed	Ensaio randomizado	Comparar características e resultados de pacientes delirantes e não delirantes inscritos em um estudo multicêntrico comparando sedação protocolizada com sedação protocolizada mais interrupção diária da sedação.
2015	The effects of a tailored intensive care unit <i>delirium</i> prevention protocol: A randomized controlled trial	KYOUNG-JA et al., ¹⁶	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	Pubmed	Estudo randomizado simples-cego	Examinar os efeitos da aplicação de um protocolo preventivo de <i>delirium</i> personalizado, para pacientes de UTI, analisando seus efeitos na incidência de <i>delirium</i> , mortalidade hospitalar, readmissão na UTI e tempo de permanência na UTI em um hospital coreano.

Continuação

2019	Pharmacological Management of <i>Delirium</i> in the Intensive Care Unit: A Randomized Pragmatic Clinical Trial	KHAN et al., ¹⁷	<i>The American Geriatrics Society</i>	Pubmed	Um ensaio clínico randomizado.	Testar a eficácia de um pacote de manejo farmacológico do <i>delirium</i> (PMD) na melhoria dos dias sem <i>delirium</i> /coma e na redução da gravidade do <i>delirium</i> entre pacientes de UTI.
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------------------	--------	--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: UTI (unidade de terapia intensiva), Pacote de Manejo Farmacológico do Delirium (PMD), Desfechos para delirium Associado à Sepsis (TAS),

QUADRO 2. Descrição da amostra, intervenções e principais resultados/conclusão dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Autores	Caracterização da Amostra	Intervenções/Instrumentos	Resultados	Conclusão
SOSA et al. ⁹	178 pacientes em UTI.	Protocolo PRE-DELIRIC. Avaliou-se o <i>delirium</i> com uso da ferramenta CAM-ICU.	A média de idade foi de 64,3 ± 17,9 anos. O tempo mediano de permanência na UTI foi de 6 dias (variação entre 2 e 56 dias). Dentre o total de pacientes, 49/178 (27,5%) desenvolveram <i>delirium</i> , definido como avaliação positiva segundo a CAM-ICU, durante a permanência na UTI. A taxa de mortalidade foi de 14,6% no grupo <i>delirium</i> .	Neste primeiro estudo conduzido fora da Europa, o PRE-DELIRIC previu de forma precisa o desenvolvimento de <i>delirium</i> .
BASTOS et al. ¹⁰	240 pacientes de UTIs Neurológica e Geral.	Utilização das escalas de (RASS), a ICDSC para avaliar o <i>delirium</i> . Em relação ao escore para predição de gravidade, foi utilizado o <i>Sepsis-Related Organ Failure Assessment</i> (SOFA).	A mortalidade foi de 21,7% no grupo <i>delirium</i> . A relação entre o <i>delirium</i> e sua subsíndrome com o tempo de internação foi estatisticamente significativo para ambos, enquanto a idade foi significativa apenas no subsindromático.	A maioria dos pacientes apresentou <i>delirium</i> subsindromático. O tempo de internação foi estatisticamente significativo no <i>delirium</i> e no subsindromático. A idade foi significativa apenas no subsindromático. A mortalidade do paciente com <i>delirium</i> foi maior do que os demais.
BASTOS et al. ¹¹	240 pacientes de UTIs Neurológica e Geral.	Utilização de escalas de RASS, a ICDSC para avaliar o <i>delirium</i> .	A prevalência de <i>delirium</i> foi 22,3%. Não houve diferenças significativas entre mortalidade de paciente com <i>delirium</i> (p=0,40), bem como associação com o escore de mortalidade.	O uso de sedoanalgesia está associado à presença de <i>delirium</i> e <i>delirium</i> subsindromático. Não foram encontradas associações estatísticas significativas entre os escores de gravidade e mortalidade.

ANDREWS et al. ¹²	434 pacientes admitidos nos serviços de UTI de três hospitais.	Aplicação das escalas RASS e CAM-ICU.	Aqueles com 5 ou mais dias de <i>delirium</i> ou coma tiveram maior risco de mortalidade do que aqueles com menos de 5 dias.	O aumento da gravidade do <i>delirium</i> e dias de <i>delirium</i> ou coma estão associados a maior risco de mortalidade 2 anos após a alta.
DUPREY et al., ¹³	1.495 adultos sem <i>delirium</i> e gravemente doentes em 14 UTIs	Os pacientes foram avaliados três vezes ao dia quanto à presença de coma RASS e <i>delirium</i> usando CAM-ICU, Avaliação de Fisiologia Aguda e Saúde Crônica II (APACHE-II)]	A mortalidade em 28 dias foi de 17% e a mortalidade em 90 dias foi de 21% no grupo <i>delirium</i> .	Esse estudo sugere que o <i>delirium</i> incidente e os dias gastos com ele não estão associados à mortalidade em curto prazo em uma coorte de pacientes que estavam livres de <i>delirium</i> na admissão na UTI.
YAMAMOTO et al., ¹⁴	201 pacientes em ventilação mecânica de UTI no Japão.	Avaliação do grau de sedação pela escala de RASS. Utilização da escala CAM-ICU pelo menos uma vez ao dia no período diurno.	Não houve diferenças significativas entre os grupos na mortalidade em 28 dias, autoextubação e reintubação. O número de dias sem ventilador foi significativamente menor no grupo <i>delirium</i> vs. não <i>delirium</i> , e o tempo de permanência na UTI foi significativamente maior no grupo <i>delirium</i> .	O TAS foi associado a um menor número de dias sem ventilação e maior tempo de permanência na UTI. Cirurgia de emergência, mais doses de midazolam e fentanil podem ser fatores de risco independentes para TAS em pacientes ventilados mecanicamente com sepse.
MEHTA et al., ¹⁵	430 adultos criticamente doentes, ventilados mecanicamente em 16 UTIs médicas e cirúrgicas norte-americanas.	Todos os pacientes tiveram titulação de hora em hora de infusões de opióides e benzodiazepínicos usando uma escala de sedação validada RASS. A triagem de <i>delirium</i> ocorreu diariamente; a triagem positiva foi definida como uma pontuação do ICDSC de 4 ou mais a qualquer momento.	<i>Delirium</i> foi diagnosticado em 226 dos 420 pacientes avaliados (53,8%). Coma foi identificado em 32,7% dos delirantes em comparação com 22,7% dos não delirantes ($p = 0,03$). O tempo médio para o início do <i>delirium</i> foi de 3,5 dias, e a duração mediana do <i>delirium</i> foi de 2 dias. Os pacientes delirantes eram mais propensos a ser do sexo masculino.	Em adultos ventilados mecanicamente, o <i>delirium</i> foi comum e associado a maior tempo de ventilação e hospitalização. A contenção física foi mais fortemente associada ao <i>delirium</i> .
Kyoung-Ja Moon, Sun-Mi Lee., ¹⁶	1.049 leitos hospitalares e 105 leitos sob a alçada dos departamentos de medicina interna e cirurgia.	Os pesquisadores aplicaram o protocolo de prevenção de <i>delirium</i> ao grupo de intervenção todos os dias durante os primeiros 7 dias de internação na UTI.	A aplicação do protocolo não teve efeito significativo na incidência de <i>delirium</i> , mortalidade hospitalar, readmissão na UTI ou tempo de permanência na UTI. O índice de mortalidade foi menor no grupo de intervenção.	A aplicação de um protocolo de prevenção de <i>delirium</i> adaptado a pacientes em estágio agudo durante os primeiros 7 dias de internação na UTI pareceu reduzir o risco de mortalidade hospitalar em 7 dias apenas para essa população de pacientes.
_KHAN et al., ¹⁷	351 pacientes críticos de UTIs três hospitais terciários.	Um pacote de PMD multicomponente que consiste em reduzir a exposição a 20 medicamentos anticolinérgicos	Não foram observadas diferenças entre os grupos para tempo de internação na UTI e no hospital, mortalidade, e complicações hospitalares relacionadas ao <i>delirium</i> .	A implementação do <i>bundle</i> PMD na UTI não reduziu a duração ou gravidade do <i>delirium</i> em pacientes críticos.

		definidos e benzodiazepínicos e prescrever haloperidol em baixa dose.		
--	--	--------------------------------------------------------------------------	--	--

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Legenda: Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), Agitation-Sedation Scale (RASS), Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), Pacote de Manejo Farmacológico do Delirium (PMD), desfechos para delirium Associado à Sepsis (TAS), Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) , Sedation-Agitation Scale (SAS)

4. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi estruturada nessa sequência: escalas de avaliação para diagnóstico do *delirium*, incidência de *delirium* e desfechos da internação do paciente com *delirium* na UTI.

4.1 Escalas de avaliação do *delirium* na UTI

As escalas de avaliação do *delirium* na UTI tem por objetivo identificar os sinais e sintomas que estabelecem esse diagnóstico e, assim, servir como uma ferramenta precoce para prevenir seu acometimento e minimizar suas complicações. Dentre as diversas escalas disponíveis para a avaliação do paciente com *delirium*, destacam-se a CAM-ICU e a ICDSC⁵.

Observou-se, na seleção dos artigos, que a escala mais estudada foi a CAM-ICU, sendo citada por Sosa⁹, Andrews¹², Duprey¹³, Yamamoto¹⁴, como a escala que melhor se adequa ao uso em UTI, pois é a mais simples e rápida de ser aplicada. Dessa forma, é considerada a mais rápida e objetiva. Na CAM-ICU para um diagnóstico do *delirium*, o paciente deve apresentar quatro características: início agudo ou curso flutuante da alteração do estado mental, falta de atenção, nível de consciência alterado e pensamento desorganizado.¹⁸ Na CAM-ICU, de forma complementar, utiliza-se a escala de sedação de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), para avaliar o nível de agitação e sedação dos pacientes. Mehta et al.¹⁵ também utilizou a escala de RASS no seu estudo.

Logo em seguida, aparece a escala ICDSC, citada nos estudos de Bastos et al.¹⁰ e Mehta et al.¹⁵ como a segunda escala mais utilizada. Diferente da CAM-ICU, ela avalia mais pontos durante a avaliação e isso a torna um pouco mais demorada. Os pontos avaliados são: consciência, orientação, alucinações ou delírios, atividade psicomotora, fala inadequada ou humor, atenção, distúrbios do ciclo sono-vigília e flutuação de sintomatologia. Caso o paciente apresente uma pontuação maior que três, significa que ele apresenta *delirium*.¹⁸

Os estudos de Bastos et al.¹⁰ e Duprey et al.¹³ utilizaram os escores do *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) e *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE), respectivamente, como forma de avaliar a gravidade dos pacientes com diagnóstico de *delirium*. A escala de SOFA foi utilizada para identificar o nível de sepse em cada paciente. Essa escala avalia 6 variáveis, cada uma representando um sistema do órgão. A cada sistema do órgão, é atribuído um valor de pontos: 0 é considerado normal e 4 é considerado alto grau de falência. A pontuação SOFA varia de 0 a 24.¹⁹ Já a escala de APACHE avalia a gravidade da doença e prever

a mortalidade hospitalar, tanto para os óbitos que ocorrem na UTI como para os que ocorrem nas enfermarias, após a saída da UTI.²⁰

No estudo de Mehta¹⁵, foi aplicado um pacote de manejo farmacológico do *delirium* (PMD), e esse pacote se concentrou na redução da exposição a 20 medicamentos anticolinérgicos. Kyoung-Ja Moon¹⁶ utilizou um protocolo que consistia em entender as mudanças cognitivas, alterações sensoriais, mudanças físicas como agitação e mudança social, durante a avaliação e também utilizou a escala CAM-ICU.¹⁶

4.2 Incidência de *delirium* na UTI

No estudo de Sosa et al⁹, foi identificado que 27,5% dos pacientes que permaneciam na UTI desenvolveram *delirium*. Esses pacientes foram divididos em dois grupos: o grupo com *delirium* teve faixa etária entre 74 e 94 anos; já o grupo sem *delirium* teve faixa etária entre 18 e 60 anos. Já no estudo de Bastos et al¹⁰, foi identificado que cerca de 22,3 % foram diagnosticados com *delirium*, e a idade avançada foi um dos principais fatores para ocorrência do *delirium*. A média de idade dos pacientes que apresentaram *delirium* foi de 54 a 56 anos.

No estudo de Andrews et al¹², não ficou específica a quantidade exata dos pacientes que apresentaram *delirium*. Porém, 54,6% dos pacientes avaliados eram do sexo feminino. Foram avaliados cerca de 1.495 pacientes. Desse total, 542 pacientes desenvolveram *delirium* enquanto estavam na UTI, nos 28 dias após a admissão na UTI. Os pacientes com *delirium* passaram em média 3 dias com *delirium*¹². No estudo de Mehta et al¹⁵, o *delirium* foi diagnosticado em 226 dos 420 pacientes avaliados. Além disso, os pacientes delirantes eram do sexo masculinos.¹⁵

Foram avaliados 351 pacientes com *delirium* no estudo Khan et al 52% dos pacientes eram do sexo feminino.¹⁷

4.3 Desfechos da internação do paciente com *delirium* na UTI

A taxa de mortalidade dos pacientes na UTI no estudo de Bastos et al.¹⁰ foi de 14,6%, e o tempo de internação na UTI teve uma variação de 2 a 56 dias. No entanto, não se observou durante a avaliação uma diferença significativa entre os grupos com *delirium* e sem *delirium*, embora a incidência tenha sido mais elevada no grupo *delirium*. Em um segundo estudo de

Bastos et al.¹⁰, foi identificado um índice de 21,5% de mortalidade em pacientes com *delirium*, com esses pacientes internados aproximadamente 10 dias na UTI. No final do estudo, ficou claro que o aparecimento do *delirium* pode piorar o prognóstico, aumentar o tempo de permanência na UTI, gerar maiores custos hospitalares e até aumentar a dependência a fármacos após a alta.

No estudo de Andrews et al¹², pacientes com *delirium* grave eram mais propensos a morrer dentro de 2 anos após a alta do que aqueles com *delirium* de resolução rápida, enquanto aqueles com *delirium* leve a moderado não pareciam ter um risco maior de morte dentro de 2 anos após a alta. Foi ressaltado que os pacientes que tiveram 5 ou mais dias de *delirium* ou coma eram mais propensos a morrer.

Duprey et al¹³ avaliaram a mortalidade em 28 e 90 dias após a inclusão do paciente na pesquisa, e sugeriram que o *delirium* incidente e os dias gastos com ele na UTI não estão associados à mortalidade em curto prazo em uma coorte de pacientes que estavam livres de *delirium* na admissão na UTI.

Em relação aos pacientes que se encontravam em ventilação mecânica, o estudo de Yamamoto et al¹⁴ revelou que o grupo de pacientes com *delirium* não apresentou diferença significativa em relação aos pacientes sem *delirium*. Porém, o tempo de permanência na UTI foi significativamente maior. Já no estudo de Mehta et al¹⁵, ficou evidente que os pacientes delirantes tiveram piores desfechos, incluindo maiores durações de ventilação mecânica e tempo de internação na UTI e no hospital, a mortalidade também foi maior. Entretanto, não ficou claro se esses resultados foram consequências do *delirium* ou da gravidade da doença de cada paciente.

No estudo de Moon e Lee¹⁶, não foi observada uma diferença significativa nos grupos com *delirium* e sem *delirium* em relação à mortalidade. No estudo de Khan et al¹⁷, que utilizou um pacote PMD, observou-se que no grupo em que foi aplicado o pacote não foi eficaz na redução da duração do *delirium* e da gravidade do *delirium* desses pacientes.

Uma das formas de prevenir a ocorrência do *delirium* é a implementação pelo serviço da UTI do pacote (*bundle*) ABCDEF que consiste em um guia para coordenar a assistência ao paciente e minimizar a ocorrência de complicações durante a internação e complicações futuras como a síndrome pós-terapia intensiva. Esse pacote contempla a necessidade de manejo adequado da dor e sedação do paciente, realização de despertar diário para realização do teste de respiração espontânea a fim de diminuir o tempo de VM e engajamento da família no tratamento. Além disso, destaca-se a importância de a equipe realizar a busca ativa do *delirium* e a realização da mobilização precoce como recurso preventivo²¹.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão, foi possível identificar que o *delirium* em pacientes na UTI pode agravar o quadro clínico dos pacientes e comprometer o desfecho da internação. A literatura dispõe de uma variedade de escalas de avaliação validadas para diagnóstico. No entanto, devido ao caráter flutuante da alteração do estado mental, faz-se necessária uma busca ativa dos possíveis candidatos a evoluir com *delirium* na internação.

As escalas CAM-ICU, seguida da ICDSC, corresponderam às escalas mais utilizadas para diagnóstico clínico do *delirium*. O *delirium* foi associado a um aumento do tempo de internação, declínio funcional e aumento da mortalidade hospitalar e após a alta. No entanto, ainda existem lacunas que necessitam ser melhor elucidadas; em especial, em relação à gravidade dos casos.

Considerando-se o contexto de ocorrência do delirium, fica evidente que o *delirium* é uma condição clínica que necessita de atenção pela equipe da UTI, devendo ser diagnosticado e tratado de forma precoce, além da necessidade evidente da prevenção.

6. REFERÊNCIAS

1. Marra A, Pandharipande PP, Patel MB. Intensive Care Unit Delirium and Intensive Care Unit-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Surgical Clinics of North America*. 2017 Dec;97(6):1215–35.
2. Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Intensive Care Unit Delirium. *Anesthesiology*. 2016 Dec;125(6):1229–41.
3. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical Care Clinics* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Jan 19];33(2):225–43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5351776/>
4. Pandharipande PP, Ely EW, Arora RC, Balas MC, Boustani MA, La Calle GH, et al. The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intensive Care Medicine* [Internet]. 2017 Jun 13;43(9):1329–39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709210/>
5. Carvalho JPLM, Almeida ARP de, Gusmao-Flores D. Delirium rating scales in critically ill patients: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2013;25(2):148–54.
6. 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. *Critical Care*. 2015 Apr 9;19(1).
7. Souza TL de, Azzolin K de O, Fernandes VR. Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018 Aug 2;39(0)
8. Tavares De Souza M, Dias Da Silva M, De Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? 2010;8(1):102–8.
9. Sosa FA, Roberti J, Franco MT, Kleinert MM, Patrón AR, Osatnik J. Assessment of delirium using the PRE-DELIRIC model in an intensive care unit in Argentina. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2018;30(1).
10. Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC da, Barbosa TP. Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019 Apr;72(2):463–7.
11. Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC da, Barbosa TP. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020;41.
12. Andrews PS, Wang S, Perkins AJ, Gao S, Khan S, Lindroth H, et al. Relationship Between Intensive Care Unit Delirium Severity and 2-Year Mortality and Health Care Utilization. *American Journal of Critical Care*. 2020 Jul 1;29(4):311–7.

13. Duprey MS, van den Boogaard M, van der Hoeven JG, Pickkers P, Briesacher BA, Saczynski JS, et al. Association between incident delirium and 28- and 90-day mortality in critically ill adults: a secondary analysis. *Critical Care* [Internet]. 2020 Apr 20 [cited 2022 May 15];24(1).
14. Yamamoto T, Mizobata Y, Kawazoe Y, Miyamoto K, Ohta Y, Morimoto T, et al. Incidence, risk factors, and outcomes for sepsis-associated delirium in patients with mechanical ventilation: A sub-analysis of a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Critical Care*. 2020 Apr;56:140–4.
15. 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*. *Critical Care Medicine*. 2015 Mar;43(3):557–66.
16. Moon K-J, Lee S-M. The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015 Sep;52(9):1423–32.
17. Khan BA, Perkins AJ, Campbell NL, Gao S, Farber MO, Wang S, et al. Pharmacological Management of Delirium in the Intensive Care Unit: A Randomized Pragmatic Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019 Jan 25;67(5):1057–65.
18. Krewulak KD, Rosgen BK, Ely EW, Stelfox HT, Fiest KM. The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. Adrish M, editor. *PLOS ONE*. 2020 Nov 16;15(11): e0242378.
19. Freitas GRC de, Fonseca-Neto OCL da, Pinheiro CLF, Araújo LC, BARBOSA REN, Alves P. Relationship between Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) and intra-abdominal pressure in intensive care unit. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2014 Dec;27(4):256–60.
20. Cardoso LG dos S, Chiavone PA. APACHE II medido na saída dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva na previsão da mortalidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2022 May 19];21:811–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pzmdFnPbLTjTm6779MjVshg/?lang=pt>
21. Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, Pun BT, Byrum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. *Critical Care Medicine*, n.20, v (30), 2019.