



DELIRIUM EM TERAPIA INTENSIVA - UM ESTUDO RETROSPECTIVO
DELIRIUM IN INTENSIVE CARE - A RETROSPECTIVE STUDY
DELIRIO EN CUIDADOS INTENSIVOS - UN ESTUDIO RETROSPECTIVO
Aline Affonso Luna¹, Adriana Carla Bridi², Roberto Carlos Lyra da Silva³

RESUMO

Objetivos: identificar a ocorrência de risco do *delirium* entre pacientes em uso de sedativos em uma UTI do Estado do Rio de Janeiro e descrever os achados mais reportados pela equipe de saúde, sugestivos de *delirium* em pacientes em uso de sedativos e hipnóticos, de acordo com o CAM- ICU. **Método:** estudo retrospectivo transversal, realizado com adultos internados na UTI, em um hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, com base em fontes documentais, durante os meses de fevereiro a abril de 2012. A amostra composta de 128 prontuários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 01135312.0.0000.5285. **Resultados:** foi possível observar achados clínicos sugestivos de *delirium*, em 69,53% no entanto, apenas dois pacientes diagnosticados. **Conclusão:** os resultados parecem sugerir de fato o quanto é comum o subdiagnóstico do *delirium* entre os pacientes em uso de sedativos na UTI. **Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objectives: identifying the occurrence of risk for delirium among patients using sedatives in an ICU of the State of Rio de Janeiro and describing the findings more reported by the health team, suggestive of delirium in patients using sedatives and hypnotics, according to the CAM-ICU. **Method:** a retrospective study with adults in the ICU, in a public hospital in the State of Rio de Janeiro, based on documentary sources, during the months of February to April 2012. The sample consisted of 128 records. The study was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 01135312.0.0000.5285. **Results:** we observed clinical findings suggestive of delirium in 69,53% however, only two patients diagnosed. **Conclusion:** the results seem to suggest the fact how common underdiagnosis of delirium among patients using sedatives in the ICU. **Descriptors:** Nursing; Nursing Care; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivos: identificar la ocurrencia de riesgo de delirio entre los pacientes que utilizan sedantes en una UCI del Estado de Río de Janeiro y describir los hallazgos más informados por el equipo de salud, sugestivos de delirio en pacientes que utilizan sedantes e hipnóticos, de acuerdo con el CAM-ICU. **Método:** un estudio retrospectivo con los adultos en la UCI, en un hospital público en el estado de Río de Janeiro, a partir de las fuentes documentales, durante los meses de febrero a abril de 2012. La muestra consistió en 128 registros. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE 01135312.0.0000.5285. **Resultados:** se observó hallazgos clínicos sugestivos de delirio en 69,53%, sin embargo, sólo dos pacientes diagnosticados. **Conclusión:** Los resultados parecen sugerir el hecho de cómo infradiagnóstico común de delirio entre los pacientes que utilizan sedantes en la UCI. **Descriptor:** Enfermería; Los cuidados de Enfermería; Seguridad del Paciente.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Escola de Ciências da Saúde, Universidade Professor José de Souza Herdy/UNIGRANRIO, Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: aline-luna@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Centro de Tratamento Intensivo adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: adrianacarla@globo.com; ³Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Coordenador do Curso de Doutorado em Enfermagem e Biociências da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UFRJ. Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPQ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: proflyra@gmail.com

INTRODUÇÃO

O *delirium* é um distúrbio neurológico frequentemente manifestado por pacientes graves em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Sua relevância não se deve somente à elevada incidência, mas, sobretudo, às suas consequências tais como influenciar nas taxas de morbidade, mortalidade e prolongar o período de internação que resultam em maiores custos sociais e financeiros do tratamento.

O *delirium* é um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou dias). Ocorre em consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, medicação, exposição a toxinas, ou em combinação desses fatores.¹

Além dos fatores citados, os ruídos também têm grande influência no desencadeamento do *delirium* em pacientes internados em UTI, visto que protocolos de sono são propostos a partir das 22h, com intuito de minimizar os sons.² Ruídos intensos e permanentes podem causar vários distúrbios, alterando significativamente o humor e a capacidade de concentração nas atividades cotidianas, além de levar o indivíduo a um grau de condicionamento, que poderá ser perigoso para a sua saúde.³

O quadro clínico varia de acordo com o tipo de *delirium*, se hipoativo ou hiperativo. Um paciente hipoativo apresenta-se sonolento enquanto que o hiperativo apresenta-se com importante agitação psicomotora e alucinações. O quadro mais frequente do *delirium* é a forma hipoativa, enquanto a forma hiperativa pura é relativamente rara, menor que 5%.⁴

Os fatores de risco para *delirium* podem ser classificados em modificáveis (febre, desidratação, alto risco de morte, utilização de sedativos e analgésicos, utilização de dispositivos invasivos, como os tubos e cateteres entre outros) e não modificáveis (idade, gênero, hábitos pessoais (por exemplo, tabagismo, abuso de álcool), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso, e demência).⁵

Com o intuito de facilitar a observação e o diagnóstico do *delirium* em pacientes hospitalizados foram criados instrumentos, tais como a CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (Método da Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Terapia Intensiva).

Há de se considerar, também, que o fato do *delirium* não ser a razão primária de admissão de pacientes nessas unidades ou ainda, o fato de ser geralmente considerado como uma iatrogenia corriqueira provocada por fármacos ou uma psicose do paciente crítico ("*ICUpsychosis*"), parece contribuir para que, muito embora os pacientes em uso de sedativos possam apresentar manifestações clínicas sugestivas de *delirium*, o seu diagnóstico raramente é feito, aumentando e muito seu subdiagnóstico.

Do ponto de vista clínico, o subdiagnóstico implica em um não reconhecimento de uma doença ou problema, impossibilitando a imediata tomada de medidas terapêuticas, o que poderá em muitos casos, custar a vida do paciente. Desse modo, o *delirium*, ao ser subdiagnosticado, não é tratado, acarretando inúmeras consequências pessoais, sociais e econômicas, razão pela qual, entendemos ser muito oportuna a investigação dessa problemática.

OBJETIVOS

- Identificar a ocorrência de risco do *delirium* entre pacientes em uso de sedativos em uma UTI do Estado do Rio de Janeiro.
- Descrever os achados mais reportados pela equipe de saúde, sugestivos de *delirium* em pacientes em uso de sedativos e hipnóticos, de acordo com o CAM- ICU.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da Dissertação << Delirium em Terapia Intensiva - Um Estudo Retrospectivo >>, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro EEAP/UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2013.

A pesquisa utilizou do método quantitativo com um estudo retrospectivo transversal. Para isto foram utilizados os prontuários de pacientes assistidos no período de 01/02/2012 a 30/04/2012, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, composto por 35 leitos, em busca de relatos médicos e de enfermagem que pudessem preencher critérios de achados clínicos sugestivos de *delirium* segundo o CAM- ICU ou com diagnóstico fechado.

Este período ficou delimitado visando a encontrar os relatos característicos dos sinais e sintomas (agitação, desorientação, apatia entre outros) que evidenciem flutuação do nível de consciência para os quadros de *delirium*, correlacionando-os com variáveis

(sexo, idade, doença de base, medicações, uso de sedativos, nível de consciência e estado psicomotor) sugestivas que propiciem o seu desenvolvimento em pacientes que estiveram internados em unidades de terapia intensiva. Buscamos este período, para analisar criteriosamente os prontuários e identificar informações sólidas que nos permitiam entrelaçar dados consistentes (variáveis) que fossem suficientes para fazer o fechamento do diagnóstico de *delirium*.

Vale ressaltar que para compor a produção de dados foi construído um instrumento que norteou a coleta em prontuários. Este instrumento foi composto por critérios previamente selecionados que integram a escala do CAM-ICU e algumas variáveis que vão ao encontro de fatores que possibilitem a identificação do diagnóstico de *delirium*, tais como: Sexo, idade, doença de base, medicações e detalhar a sedação especificando qual droga, tempo de uso, período e dose. Assim como acrescentar informações pertinentes como oscilações do estado de humor/ agressão, momentos de desorientação e utilização de palavras inadequadas/ incoerentes. Todos esses critérios integram informações de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa. O critério de exclusão da pesquisa foram os pacientes com idade inferior a 18 anos.

É importante observar que a coleta de dados só iniciou após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO),

sob parecer consubstanciado nº 28590 em 30/05/2012.

Para o tratamento dos dados foi utilizada estatística não paramétrica com frequência simples e organização de planilhas utilizando o programa Microsoft Excel versão 2010®. Sendo aplicado o recurso de cruzamento das variáveis pela tabela dinâmica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos constatar no perfil da amostra (tabela 1) que, com relação à faixa etária houve predomínio de pacientes nas faixas de idades superiores a 58 anos (62%), sendo que, na faixa acima de 68 anos, acima, portanto da faixa apontada como de predisposição para o *delirium* (acima de 65 anos), a frequência na amostra estudada foi de 39%. Nesse sentido, sem considerar os demais fatores de predisposição ao desenvolvimento de *delirium*, há de se considerar que, pelo menos 39% desses pacientes estariam propensos a desenvolver o *delirium*.

Estudos apresentam em seus resultados que os pacientes mais vulneráveis de desenvolver o *delirium* através da avaliação do CAM-ICU são aqueles com idade acima de 65 anos, esboçando uma prevalência que pode flutuar entre 10 e 30%⁶. Essa mesma prevalência é observada também em outros estudos.^{7,8}

Tabela 1. Características basais da amostra. Rio de Janeiro, 2012.

Características	Grupo total n = 128
Sexo	
Feminino	62 (48%)
Masculino	66 (52%)
Idade	
18-28 anos	4 (3%)
29-38 anos	7 (5%)
39-48 anos	13 (10%)
49 - 58 anos	26 (20%)
59 - 68 anos	29 (23%)
69 - 78 anos	25 (20%)
79 ou mais	24 (19%)
Principais doenças de base	
HAS	52 (41%)
Metabólico	77 (60%)
Neurológico	25 (20%)
HIV	4 (3%)
Outras	2 (2%)

Ao fazer o cruzamento do sexo e idade, considerando-se apenas os pacientes do sexo masculino e a faixa etária acima dos 59 anos, constatamos que a maior concentração da amostra de pacientes desse sexo, está na faixa etária acima de 69 anos (63,2%),

enquanto que nas mulheres temos uma aproximação desses resultados representados por 62,5%.

Nos resultados apresentados num estudo, observou-se que cerca de metade (56,8%)

tinha idade compreendida entre 65 e 84 anos, e 52,3% eram do sexo masculino.⁹

No que concerne às doenças de base encontradas na literatura, em particular, pelo CAM- ICU, como de predisposição ao *delirium*, e considerando somente o sexo mais vulnerável (masculino), constatamos o predomínio de pacientes com distúrbios metabólicos (56%), seguido de pacientes com hipertensão arterial sistêmica - HAS (39,3%). Tendo em vista o fato do sexo feminino não ser apontado na literatura como predisposição ou precipitante do *delirium*, sobretudo, no CAM-ICU, o mesmo obteve resultados

superiores para distúrbios metabólicos (64,5%) e de HAS (41,9%), respectivamente.

Ao analisarmos o número de pacientes com distúrbios metabólicos, que apresentavam duas ou mais doença de base, foi possível constatar, na tabela 2, que a hipertensão arterial foi a doença de base mais comum entre os pacientes do sexo masculino (48,6%), quase metade da amostra, seguido dos distúrbios neurológicos (24,3%). Enquanto que nas mulheres resultaram porcentagens inferiores com a HAS (40%) seguidamente dos distúrbios neurológicos (15%).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino com distúrbios metabólicos e as principais doenças de base associadas. Rio de Janeiro, 2012.

Doenças de base associadas	Sexo masculino com distúrbio metabólico n = 37	Sexo feminino com distúrbio metabólico n = 40
HAS	18 (48,6%)*	16 (40%)*
Distúrbios neurológicos	9 (24,3%)*	6 (15%)*
HIV	1 (2,7%)*	-
Outras	1 (2,7%)*	-

*Os percentuais relativos às comorbidades nessa tabela se explicam em função do fato de um único paciente poder ter apresentado mais de uma comorbidade.

Outros estudos descrevem que entre outros fatores associados ao *delirium* na UTI, contam-se a idade avançada, insuficiência cognitiva inicial, doenças metabólicas (tais como desequilíbrios dos níveis de sódio, cálcio e azoto ureico sanguíneo), infecção aguda, doenças respiratórias, acidose, anemia e hipotensão.^{4,10-1,}

Os resultados supracitados reforçam que a pluralidade das doenças de base interfere diretamente no desenvolvimento do *delirium*, assim como aponta os resultados expostos na tabela 2 do presente estudo, identificados através dos distúrbios metabólicos nos diferentes sexos.

Após análise dos registros de médicos e enfermeiros, identificamos que apenas 02 pacientes (1,56%), a partir da avaliação clínica, tiveram o diagnóstico fechado para o *delirium*, o que parece bastante preocupante se tratando de uma amostra que após análise, foram evidenciadas diferentes situações que poderia torná-la suscetível ao *delirium*, no que se refere aos fatores precipitantes e predisponentes, em particular, o sexo e a idade. Visto que os 2 pacientes com diagnóstico de *delirium*, embora não fizeram uso de sedativos no período de internação, eram portadores de múltiplas doenças de base, tiveram oscilação do seu estado psicomotor e de nível de consciência, assim como, foram tratados com múltiplas medicações.

Causa estranheza e ao mesmo tempo nos chama a atenção, o fato de somente 02 pacientes terem tido o diagnóstico de

delirium, o que pode nos fazer pensar na possibilidade de subdiagnóstico, o que poderia se constituir em risco para o paciente nessa situação, haja vista a possibilidade de ocorrência de complicações, inclusive, fatais, diante da possibilidade do não diagnóstico de *delirium*.

Apesar da importância do *delirium*, frequentemente não é diagnosticado.¹² Estima-se que em 36% a 67% dos casos de *delirium* o diagnóstico não é realizado, sendo usualmente confundido com outras síndromes, tais como demência, depressão, ou mesmo como parte do processo de envelhecimento.

Em relação à prevalência por idade, identificamos um caso no intervalo de 49 a 58 anos, o que é pouco descrito nas literaturas, e um caso nos pacientes de 59 a 68 anos, o que vai ao encontro das referências predispondo pacientes com idade acima de 65 anos. Vale ressaltar que a amostra desse estudo tem um intervalo de 59 até 65 anos.

As múltiplas doenças de base também foram frequentes nos casos diagnosticados, o que também vem sendo descritas como causa do aparecimento do *delirium* nos estudos desenvolvidos. Muito embora vários autores digam que muito é conhecido sobre a epidemiologia do *delirium*, incluindo fatores predisponentes tais como preexistência de demência, idades avançadas e precipitantes comuns, tais como infecção, drogas e evento cirúrgico de grande porte,^{13,13,15} em contrapartida, muito pouco é conhecido sobre os mecanismos neuropatológicos que levam ao desenvolvimento do *delirium*.

Fazendo uma leitura na tabela 3, que distribui os pacientes que utilizaram sedativos em relação aos sexos, idade e que tinham critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico de *delirium*, podemos identificar que pouco mais da metade dos homens fizeram uso de sedativo (51,7%) e destes, com maior frequência, representados por (23,9%) nos intervalos de idades de 49 a 58 anos e (21,7%) nos intervalos de idades de 59 a 68 anos. Relembrando que foram justamente esses dois períodos de faixas etárias que

tiveram a prevalência do *delirium*, representados por dois casos.

No sexo feminino, observamos resultados igualmente caracterizados por 20,9% nas mesmas faixas etárias do sexo masculino, diferenciando no intervalo de idades de 69 a 78 anos que obteve resultados superiores de 32,6% que utilizaram sedativos. Igualmente ocorrido no sexo masculino, as mulheres apresentaram as mesmas proporções de terem utilizados sedativos e de terem critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico (48,3%).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino que utilizaram sedativos em relação à idade e que tinham critérios clínicos para estabelecimento do diagnóstico de *delirium*. Rio de Janeiro, 2012.

Características	Uso de Sedativo n = 89
Sexo masculino	46 (51,7%)
18- 28 anos	2 (4,3%)
29- 38 anos	1 (2,2%)
39- 48 anos	6 (13,1%)
49- 58 anos	11 (23,9%)
59- 68 anos	10 (21,7%)
69- 78 anos	6 (13,1%)
79 ou mais	10 (21,7%)
Crítérios clínicos para estabelecer o diagnóstico	46 (51,7%)
Sexo feminino	43 (48,3%)
18- 28 anos	1 (2,3%)
29- 38 anos	1 (2,3%)
39- 48 anos	2 (4,7%)
49- 58 anos	9 (20,9%)
59- 68 anos	9 (20,9%)
69- 78 anos	14 (32,6%)
79 ou mais	7 (16,3%)
Crítérios clínicos para estabelecer o diagnóstico	43 (48,3%)

Os sedativos utilizados na amostra foram representados pelo Midazolam e Propofol, atuando como sedativos- hipnóticos, com tempo médio de uso de 6,5 dias num período médio de internação de 11,7 dias.

Estudo sobre traumatismo em pacientes de UTI cirúrgicas mostrou que o midazolam aumenta a possibilidade de transição para o *delirium*.¹¹ O uso de sedativos foi observado em todos os pacientes da amostra que apresentavam critérios clínicos para o diagnóstico de *delirium*, muito embora, o *delirium* não tivesse sido diagnosticado em nenhum deles.

Tivemos nesse estudo a frequência de ocorrência de 2,24%, a partir do número total de casos em relação ao total de indivíduos em risco em determinado momento. Embora esse resultado seja próximo aos encontrados nas literaturas, muito nos preocupa em relação ao quantitativo de pacientes que havia critérios clínicos para o estabelecimento do diagnóstico do *delirium* (tabela 3), concorrendo para um

risco de ocorrência do *delirium* em 69,53% da amostra analisada.

Crítérios clínicos para estabelecer o diagnóstico foram a idade igual ou superior a 65 anos, as múltiplas doenças de base, a utilização de sedativos, a oscilação do nível de consciência e/ou do estado psíquico. Se observarmos os resultados do sexo feminino, esses se assemelham ao do sexo masculino e até se sobrepõe a eles. Dado interessante para atentarmos que talvez o maior subdiagnóstico esteja com os pacientes do sexo feminino, já que a literatura não o coloca como fator predisponente para o *delirium*.

Foram quantificados, exatamente os critérios clínicos encontrados entre os pacientes do sexo masculino que faziam uso de sedativos e que não tiveram o diagnóstico de *delirium*, representados através de 46 pacientes (51,7%). Visualizamos que as múltiplas doenças de base foram representativas de forma crescente nas faixas etárias de 49 a 58 anos, 39 a 48 e acima dos 79 anos, com porcentagens de 30,4% e 26,1%

nas duas últimas respectivamente. Muito embora seja habitual o paciente de terapia intensiva estar recebendo múltiplas medicações devido a sua complexidade e gravidade que se estabeleceu no seu processo patológico, identificamos nas faixas etárias mais avançadas um percentual da poliquimioterapia mais elevado, permeando o mesmo grupo de idades das comorbidades já referidas.

No que se refere ao estado psicomotor há de se atentar para uma questão importante. Em maior regularidade é referido nos registros de médicos e enfermeiros analisados um nível de consciência calmo com poucas alterações deste estado. No entanto, percebemos que nas faixas etárias de 49 a 58 anos e acima de 79 anos dois casos (4,3%) para cada faixa etária, mantiveram-se agitados em algum período da internação. Assim como, a oscilação nos intervalos de idades de 39 a 48 anos (2,2%), 59 a 68 anos (4,3%) e acima dos 79 anos (2,2%).

Quanto ao nível de consciência há maiores relatos no que concerne a ausência de interação com o examinador e o meio, principalmente notados nos pacientes com idade acima dos 49 até os 78 anos. Diferentemente a isto, em relação à oscilação deste estado houve predomínio nos pacientes com idade acima dos 79 anos representados por 5 idosos obtendo uma representatividade de 10,8% dos casos.

Muito nos preocupa quando avaliamos com maior rigor os percentuais do estado da consciência dos pacientes que não apresentaram interação com o meio e/ou examinador. Pressupomos que os pacientes pudessem estar extremamente sedados ou até mesmo no desenvolvimento do *delirium* hipoativo, principalmente, se imaginarmos que estes mesmos pacientes que se mantiveram sem interação, são os mesmos ou uma parcela significativa dos que se apresentaram calmos na avaliação do estado psicomotor.

No sexo feminino podemos visualizar os resultados dos critérios clínicos encontrados entre as mulheres que faziam uso de sedativos e que não tiveram o diagnóstico de *delirium* estabelecido. Onde ressalta o aparecimento de doenças de base e utilização da poliquimioterapia nas faixas etárias mais elevadas apontadas acima dos 49 anos.

Em relação à avaliação psicomotora se aproximou ao constatado no sexo masculino, com uma porcentagem maior nas faixas de idade mais elevadas quando encontrados nos registros de médicos e enfermeiros um estado calmo desses pacientes. Assim, como podemos

sustentar o mesmo pressuposto em relação à ausência de interação com o meio e/ou examinador como discutido anteriormente no sexo masculino, nos remetendo a uma sedação excessiva ou um estado hipoativo de *delirium*.

Quanto à oscilação do nível de consciência se mostrou mais disperso entre as faixas etárias, porém com valores absolutos muito próximos ao encontrado nos homens. Ao referir os pacientes que fizeram uso de sedativos e havia critérios clínicos para diagnosticar o agravo cognitivo, a amostra desse estudo compreende um risco para o subdiagnóstico de *delirium* para o sexo masculino referente a 35,9%, enquanto que para as pacientes do sexo feminino um resultado de 33,6%.

Dentre todos os pacientes da amostra analisada 23,4% receberam alta da unidade e 76,6% foram a óbito, incluindo os dois pacientes que tiveram diagnóstico de *delirium*. Sendo que deste total de óbitos, 37,8% foram de pacientes do sexo masculino e 38,8% foram de pacientes do sexo feminino que fizeram uso de sedativos no período de internação.

CONCLUSÃO

Foi possível percebermos o quão vulneráveis estão os pacientes em uso de sedação contínua em terapia intensiva em relação ao *delirium* e o quanto o subdiagnóstico pode concorrer para o agravamento desse problema que tantas implicações trás para a prática de enfermagem. Sendo identificado o risco de ocorrência do *delirium* em 69,53% da amostra analisada.

Torna-se imprescindível que as escalas de avaliação que detectam o *delirium* à beira leito sejam manipuladas e aplicadas no cotidiano da avaliação dos pacientes que suscitam um diagnóstico coadjuvante no seu processo patológico, como nos pareceu ser, a partir desse estudo, aqueles que fazem uso de sedativo.

REFERÊNCIAS

1. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harell FE Jr, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA [Internet]. 2004 Apr [cited 2013 Jan 10];14;291(14):1753-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082703>
2. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. Crit Care [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 10]; 12(Suppl

Luna AA, Bridi AC, Silva RCL.

Delirium em terapia intensiva - um estudo retrospectivo...

3):S3.14;291(14):1753-62. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2391269/>

3. Silva RCL, Fittipaldi A, Louro TQ, Silva RCL. Alarms in intensive care units and its implications for the patient comfort. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 Jan 10];6(7):2800-7. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3012>

DOI: 10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201229

4. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2006 Mar [cited 2013 Jan 10];54(3):479-84. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551316>

5. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson, GR, Dittus, RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor transitioning to delirium in intensive care unit patients. Anesthesiology [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Jan 10];104(1)21-6. Available from:
<http://www.medscape.com/medline/abstract/16394685>

6. González M, De Pablo J, Valdés M. *Delirium*: la confusión de los clínicos. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Sep [cited 2013 Jan 10];131(9):1051-60. Available from:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art13.pdf>

7. Cole MG. Delirium in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2004 Jan-Feb [cited 2013 Jan 10];12(1):7-21. Available from:
<http://webpace.psychiatry.wisc.edu/walaszek/geropsych/docs/cole-ajgp-2004.pdf>

8. Briton A, Russell R. Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. Cochrane Database of Syst rev. 2004;(2):CD000395.

9. Silva RCG, Silva AVP, Marques PAO. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de *delirium*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Jan Feb [cited 2013 Jan 10];19(1):[about 9 screens]. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_12.pdf

10. Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Baç B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. Crit Care [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Jan 10];104(1)21-6. Available from:.. 2001

Oct;5(5):265-270.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11737901>

11. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2003 May [cited 2013 Jan 10]; 51(5):591-8. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752832>

12. Santos FC. Delirium: Uma síndrome mental orgânica. 1st ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

13. Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, Cleary PD, Lipsitz LA, Wetle TT, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. Arch Intern Med [Internet]. 1992 Feb 2006 Jan [cited 2013 Jan 10];152(2):334-40. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1739363>

14. Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. Ann Intern Med [Internet]. 1993 Sept [cited 2013 Jan 10];119(6):474-81. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8357112>

15. Santos FS, Velasco IT, Fráguas RJr. Risk factors for delirium in elderly after coronary artery bypass graft surgery. Int Psychogeriatr [Internet]. 2004 June [cited 2013 Jan 10];16(2):175-93. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15318763>

Submissão: 14/03/2014

Aceito: 14/11/2014

Publicado: 01/01/2015

Correspondência

Aline Affonso Luna

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/EEAP

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO -

Rua Dr. Xavier Sigaud, 290

Bairro Urca

CEP 22290-180 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil