

Identificação de *delirium* e *delirium* subsindromático em pacientes de terapia intensiva

Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients
Identificación de delirio y delirio subsindromático en pacientes de terapia intensiva

Alessandra Soler Bastos¹

ORCID: 0000-0001-6567-2199

Lúcia Marinilza Beccaria¹

ORCID: 0000-0002-6299-4130

Daniele Cristiny da Silva¹

ORCID: 0000-0001-8132-4135

Taís Pagliuco Barbosa¹

ORCID: 0000-0002-5626-4529

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
São José do Rio Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC, Barbosa TP. Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):463-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0240>

Autor Correspondente:

Alessandra Soler Bastos
E-mail: lekasoler@hotmail.com



Submissão: 25-10-2017 **Aprovação:** 09-09-2018

RESUMO

Objetivo: identificar *delirium* e *delirium* subsindromático em pacientes de terapia intensiva; relacionar com idade, tempo de internação e demonstrar a mortalidade. **Método:** estudo retrospectivo, quantitativo, realizado em Unidade de Terapia Intensiva, por meio da escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* para avaliar sedação e a escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist* para identificação de *delirium*, com participação de 157 pacientes. Para análise estatística, foram aplicados o teste t e o Qui-quadrado. **Resultados:** a maioria apresentou *delirium* subsindromático (49,7%). A mortalidade foi de 21,7%. A relação entre o *delirium* e sua síndrome com o tempo de internação foi estatisticamente significativo para ambos ($p=0,035$ e $p<0,001$), enquanto a idade foi significativa apenas no subsindromático ($p=0,009$). **Conclusão:** a maioria dos pacientes apresentou *delirium* subsindromático. O tempo de internação foi estatisticamente significativo no *delirium* e no subsindromático. A idade foi significativa apenas no subsindromático. A mortalidade do paciente com *delirium* foi maior do que os demais.

Descritores: Avaliação em Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Mortalidade; Delirium; Tempo de Internação.

ABSTRACT

Objective: identify delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients; age, hospitalization time, and mortality. **Method:** a retrospective, quantitative study conducted in the Intensive Care Unit, using the Richmond Agitation-Sedation Scale to evaluate sedation and the Intensive Care Delirium Screening Checklist for the identification of delirium, with the participation of 157 patients. For statistical analysis, the t-test and the Chi-square test was carried out. **Results:** the majority presented subsyndromal delirium (49.7%). Mortality was 21.7%. The relationship between delirium and its subsyndromal with hospitalization time was statistically significant for both ($p=0.035$ and $p < 0.001$), while age was significant only in the subsyndromal delirium ($p=0.009$). **Conclusion:** the majority of the patients presented subsyndromal delirium. The length of hospital stay was statistically significant in delirium and subsyndromal delirium. Age was significant only in subsyndromal delirium. The mortality of patients with delirium was higher than the others.

Descriptors: Nursing Assessment; Intensive Care Units; Mortality; Delirium; Length of Stay.

RESUMEN

Objetivo: identificar delirio y delirio subsindromático em pacientes de terapia intensiva; relacionar con edad, tiempo de internación y demostrar la mortalidad. **Método:** el estudio retrospectivo, cuantitativo, realizado en Unidad de Terapia Intensiva, a través de la escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* para evaluar la sedación y la escala *Intensive Care Delirium Screening Checklist* para identificación de delirio, con participación de 157 pacientes. Para el análisis estadístico, se aplicó la prueba t y el Qui-cuadrado. **Resultados:** la mayoría presentó delirio subsindromático (49,7%). La mortalidad fue del 21,7%. La relación entre el delirio y su síndrome con el tiempo de internación fue estadísticamente significativa para ambos ($p = 0,035$ y $p < 0,001$), mientras que la edad fue significativa sólo en el subsindromático ($p = 0,009$). **Conclusión:** la mayoría de los pacientes presentó delirio subsindromático. El tiempo de internación fue estadísticamente significativo en el delirio y en el subsindromático. La edad fue significativa sólo en el subsindromático. La mortalidad del paciente con delirio fue mayor que los demás.

Descriptorios: Evaluación en Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Mortalidad; Delirio; Tiempo de Internación.

INTRODUÇÃO

A alteração do padrão neurológico apresentado pelos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), comumente chamada de psicose, hoje é mais compreendida, sendo denominada *delirium* e definida como uma disfunção cerebral aguda potencialmente reversível, que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou dias)⁽¹⁻⁴⁾.

O *delirium* pode ser classificado como agudo, ou seja, aquele que tem duração de poucas horas e persistente, com duração de semanas a meses. Pacientes hospitalizados costumam apresentá-lo por cerca de uma semana, porém, algumas características podem persistir mesmo após a alta hospitalar. Clinicamente, pode-se apresentar na forma hiperativa ou hipoativa. Na forma hiperativa é proeminente a agitação, algumas vezes com agressividade e risco de auto e heteroagressão. No hipoativo, o paciente apresenta-se com nível de consciência rebaixado, geralmente prostrado e pouco comunicativo. Pode ocorrer ainda a forma mista, com alternância entre os dois polos⁽⁵⁾.

Em 2014, foi publicada a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), em que foi descrito a definição de *delirium* subsindromático. Segundo este manual, condições subsindrômicas são aquelas que não satisfazem todos os critérios para um diagnóstico médico, porque os sinais se apresentam em menor número, ou seja, no subsindromático, os doentes têm de um a três sinais de *delirium*, mas não caracterizam o diagnóstico clínico⁽⁴⁻⁵⁾.

Sabe-se que o *delirium* aumenta o tempo de ventilação mecânica, permanência hospitalar e mortalidade do paciente. O subsindromático também aparece em estudos recentes, com associação significativa com o tempo de internação na UTI e no hospital, causando maior dependência do paciente após a alta, entretanto, sem associação com a mortalidade, não se apresentando como um marcador de gravidade da doença, mas como fator de risco para os pacientes^(1,3-6).

Estudos demonstram que *delirium* em pacientes críticos sob ventilação mecânica ocorre em aproximadamente 80%, porém nem todos são corretamente diagnosticados e tratados. A falta de atenção dos profissionais de saúde quanto a essa disfunção custa de 4 a 16 bilhões de dólares anualmente nos Estados Unidos. Raramente a causa primária das internações em UTI é por *delirium*, portanto, quem atua nessa área não percebe os sinais de forma precoce, geralmente considerados como uma reação promovida pela grande quantidade de fármacos administrados^(3,5).

O *delirium* subsindromático está presente em até 33,3% dos pacientes internados. Ele pode ser resolvido ou pode evoluir para o *delirium*, sendo necessária avaliação constante da equipe multiprofissional, a fim de reconhecer rapidamente suas características e tratá-las de forma eficaz. Para avaliação desses sinais deve ser realizado o processo de enfermagem, baseado em histórico e exame físico, levantamento de problemas, avaliação do grau de dependência do sujeito e julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo^(4,6-9).

O uso de escalas e protocolos com embasamento teórico e científico em relação ao padrão neurológico é importante para o rápido reconhecimento dos sinais de *delirium*, fazendo com que os cuidados de enfermagem sejam direcionados para a prevenção e tratamento.

OBJETIVO

Identificar a presença de *delirium* e *delirium* subsindromático em pacientes de terapia intensiva, relacionar com idade, tempo de internação e demonstrar a mortalidade.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo atendeu à Resolução nº. 466/12, que envolve pesquisa com seres humanos.

Desenho, local do estudo e período

Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em duas UTIs Geral de um hospital de ensino, com 27 leitos de pacientes adultos, que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados ocorreu no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de janeiro de 2016.

População do estudo

De uma população de 240 pacientes, 83 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão que foram: internação na UTI no mínimo 24 horas e sedação leve do paciente, verificada por meio da escala RASS ≥ -2 , totalizando uma amostra de 157. Portanto, os critérios de exclusão foram: pacientes com permanência de internação na UTI menor que 24 horas ou com sedação moderada (RASS = -3) ou sedação intensa/profunda (RASS = -4 e -5).

Os dados relacionados à idade, sexo, especialidade médica, tempo de internação, desfecho da UTI (alta e óbito), desfecho após a alta da UTI (alta ou óbito hospitalar) foram obtidos do sistema MV, prontuário eletrônico que reúne informações do histórico de atendimento dos pacientes, compartilhado em uma rede, utilizado em todas as unidades da instituição (hospital, ambulatório) para a gestão hospitalar.

Para monitoramento da sedação e *delirium*, de segunda a sextas feiras, em todos os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), as escalas foram preenchidas pelos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, observando-se o paciente a beira leito e pontuando todos os oito itens que compõem o instrumento. Antes da implantação e implementação, todos os enfermeiros receberam treinamento para padronizar o preenchimento das escalas pelo gerente das unidades estudadas.

Protocolo do estudo

A primeira fase da coleta de dados envolveu 240 pacientes, avaliados quanto à sedação, por meio da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Essa escala baseia-se em uma pontuação que vai de -4 a +4. O número zero se refere ao paciente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis menores que zero significam que o paciente possui algum grau de sedação. Níveis maiores que zero demonstram algum grau de agitação⁽¹⁰⁾.

A segunda fase aconteceu quando o RASS do paciente estava entre -2 e +4, que foi a avaliação do *delirium* por meio do *Intensive*

Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). Essa escala é de fácil aplicação, podendo ser utilizada por médicos e enfermeiros, o tempo de aplicação varia entre um e dois minutos, e pode ser utilizada em pacientes com dificuldade em se comunicar, principalmente os que estão em ventilação mecânica, e por sua capacidade de identificar delirium subsindromático. O ICDSC possui a vantagem de ter sido adaptada para o português e validada para o uso no Brasil por Gusmao-Flores et al⁽¹¹⁻¹²⁾.

A escala ICDSC é composta de uma lista de verificação para diagnóstico de delirium, composto por oito itens: consciência, atenção, desorientação, presença de alucinações ou psicose, retardo ou agitação psicomotora, humor ou discurso inapropriados, distúrbios do sono e a flutuação dos sinais de delirium. Sendo uma escala que varia de zero a oito, um paciente é considerado com delirium se obtiver uma pontuação maior ou igual a quatro e o subsindromático, uma pontuação entre um a três^(4,10-11,13).

Análise dos resultados e estatística

As análises das variáveis de caracterização amostral foram descritas em números absolutos e percentuais, e as quantitativas expressas por média, Desvio Padrão, mediana, mínimo e máximo. Foi aplicado o teste t para amostras independentes, a fim de comparar as variáveis quantitativas em relação à ocorrência de delirium e o teste Qui-quadrado com objetivo de observar associações entre as variáveis categorizadas e a ocorrência de delirium. O nível de significância foi de 5%; ou seja, as diferenças foram consideradas significativas quando o nível descritivo dos testes (valor de p) foi menor que 0,05.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 157 pacientes, destes, 102 (65%) eram do gênero masculino e 55 (35%) do feminino. A especialidade mais encontrada foi Neurocirurgia (42,7%), seguido da Ortopedia (21,6%), Gastroenterologia (13,5%), Cirurgia Cardiovascular (6,4%), Pneumologia (5,7%), Nefrologia (4,4%), entre outros (5,7%).

Quanto à avaliação, 35 (22,3%) apresentaram delirium, 78 (49,7%) apresentaram subsindromático e 44 (28%) não apresentaram sinais de delirium e sua subsíndrome. Quanto à idade e tempo de internação dos 157 pacientes na UTI, os dados estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Estatística descritiva das variáveis idade e dias de internação em UTI, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2017

Variáveis quantitativas	N	Média±DP	Mediana	(Mín;Máx)
Idade	157	53,2±21,9	55,00	(15;96)
Dias de UTI	157	10,6±9,3	7,00	(1;46)

Tabela 2 - Comparação entre os pacientes com e sem delirium e subsindromático com variáveis idade e dias de internação em UTI, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2017

Variáveis Delirium	n	Idade			Valor de p	Dias de UTI			
		Média±DP	Mediana	Mín; Máx		Média±DP	Mediana	Mín; Máx	Valor de p
Não	44	45,86±23,39	43,00	15;91	0,089	6,94±6,90	4,00	1;29	0,035
Sim	35	54,45±20,34	56,00	18;90		10,45±7,59	8,00	2;32	
SS	78	56,70±20,97	57,00	16;96		12,80±10,47	9,00	1,46	

Nota: Valor de p = teste t para amostras independentes a p<0,05; SS = Delirium Subsindromático.

Em relação à idade e tempo de internação dos 157 pacientes na UTI com e sem delirium, os dados encontram-se na Tabela 2.

Constatou-se na Tabela 2 que, quando comparado os dias de internação em UTI dos pacientes com delirium e subsindromático, houve diferenças significativas (p=0,035 e p<0,001, respectivamente). Porém quando comparado com a idade, nos dois grupos, apenas os pacientes que apresentaram o subsindromático tiveram estatística significativa.

Dos pacientes estudados, 123 (78,3%) obtiveram alta da UTI, enquanto 34 (21,7%) foram à óbito. Após a alta da UTI os pacientes foram encaminhados para unidade de internação onde 109 (88,6%) após algum tempo receberam alta hospitalar e 14 (11,4%) morreram no hospital.

A mortalidade em UTI dos pacientes com delirium foi maior do que os que tiveram o subsindromático, porém quando esses pacientes receberam alta da UTI, apresentaram elevada taxa de alta hospitalar.

Tabela 3 - Estatística descritiva de alta/óbito na UTI e no hospital dos pacientes com delirium e sua subsíndrome, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2017

Variáveis	Delirium					
	Não		Sim		SS	
	n	%	n	%	n	%
Na UTI						
Alta	35	79,54	25	71,42	63	80,76
Óbito	9	20,45	10	28,57	15	19,23
Total	44	100	35	100	78	100
No Hospital						
Alta	30	85,71	23	92,00	56	88,88
Óbito	5	14,28	2	8	7	11,11
Total	35	100	25	100	63	100

Nota: SS = Delirium Subsindromático.

DISCUSSÃO

A Enfermagem se preocupa cada vez mais com a assistência ao paciente em uso de sedoanalésgicos em UTI, especialmente quanto ao aparecimento de delirium. Na prática, o monitoramento do delirium e delirium subsindromático é importante para a obtenção de medidas de prevenção e segurança do paciente e redução de lesões acidentais^(4,14).

Estudos relatam incidência de delirium em pacientes internados em UTI entre 31 e 81%. Já o subsindromático, em estudo recente, identificou-se média de 33% em UTI, podendo chegar a 50% quando avaliado em idosos. Nos serviços hospitalares, 20% em média dos idosos são diagnosticados com delirium já na sua admissão e sabe-se que 40% deles após a alta da UTI ainda permanecem com esses sinais^(2,5,15-18).

Neste estudo, 22,3% dos pacientes apresentaram *delirium* e 49,7% apresentaram o subsindromático, demonstrando que a porcentagem de *delirium* foi ligeiramente menor que a média encontrada em outros estudos, indicando que o rastreamento realizado diariamente pela equipe de enfermagem e a valorização do diagnóstico nas decisões clínicas colaboraram para essa diminuição. Já o subsindromático esteve presente em quase metade dos pacientes, corroborando com os demais estudos, chamando atenção para esses pacientes que se não identificados e tratados a tempo podem evoluir para *delirium*. A identificação precoce dos sinais contribui para o tratamento, impedindo sua evolução, portanto a identificação da sua subsíndrome é o primeiro passo para o tratamento do *delirium*^(2,5,7,15-18).

A idade avançada é um fator de risco para *delirium*, pois em idosos o efeito dos sedoanalégsicos tem prolongado tempo de ação, devido à saturação dos tecidos periféricos e presença de metabólitos ativos que podem se acumular. Na comparação entre *delirium* e a idade dos pacientes, observou-se estatística significativa apenas nos que apresentaram *delirium* subsindromático ($p=0,009$) como também demonstrado em estudos recentes, onde idade não aumentou a incidência de *delirium* ($p=0,009$). A média de idade dos pacientes que apresentaram *delirium* foi de 54,4 anos e o subsindromático foi de 56,7 anos, demonstrando que os sinais de *delirium* ocorrem também em adultos jovens, divergindo do fator de risco pré-existente de idade avançada^(7-8,14,18).

Sabe-se que o tempo de internação está diretamente relacionado com a presença ou não de *delirium*. Na Diretriz, foi apresentado a associação do *delirium* com tempo de internação hospitalar e/ou a permanência prolongada em UTI⁽⁶⁾. No presente estudo, os pacientes que apresentaram *delirium* permaneceram em média 10,4 dias e os que apresentaram o subsindromático permaneceram 12,8 dias internados em UTI. Quando comparadas as variáveis, constatou-se estatística significativa tanto no grupo dos pacientes com *delirium* ($p=0,035$) quanto no que apresentou *delirium* subsindromático ($p<0,001$). Esses dados corroboram com os demais estudos e demonstram que o aparecimento de *delirium* e sua subsíndrome podem piorar o prognóstico, aumentar o tempo de permanência na unidade, gerando maiores custos hospitalares e ainda aumentar a dependência do paciente após a alta da UTI^(4,15,19).

Além do tempo de internação, outro desfecho negativo associado ao *delirium* é a mortalidade. *Delirium* é um preditor independente de mortalidade, aumentando em três vezes o risco de morte do paciente, bem como *déficit* cognitivo em longo prazo. A mortalidade global encontrada neste estudo foi de 21,7% de pacientes internados na UTI e 11,4% daqueles que haviam recebido alta da UTI e morreram durante a internação em outras unidades do hospital. Estudos demonstram que pacientes com *delirium* em UTI possuem mortalidade entre 23 e 36% enquanto os sem *delirium* apresentam de 9 e 23%^(15,17). No presente estudo, dos pacientes com *delirium* e *delirium* subsindromático, 28,57% e 19,23% respectivamente, foram a óbito na UTI, enquanto os que não apresentaram sinais de *delirium*, 20,45% morreram.

A equipe de enfermagem não deve se basear somente nas impressões para avaliar e diagnosticar o *delirium*; é necessário

utilizar protocolos institucionalizados, bem delimitados e de fácil aplicação para auxiliar a tomada de decisão. Um estudo realizado com enfermeiros que utilizam o ICDSC para avaliação do *delirium* em UTI demonstrou que esta é uma ferramenta indispensável para melhoria da assistência ao paciente na UTI e encoraja o seu uso pela equipe multidisciplinar^(4,10).

O ambiente de UTI, por si só, já representa um fator de risco para *delirium*, devido à ausência de iluminação natural e de relógios, perturbação dos padrões de sono, vigília e isolamento do doente perante a família⁽⁹⁾. É preciso mudança na assistência ao paciente crítico e acurácia na vigilância da parte neurológica, pois uma vez que a equipe é treinada e sensibilizada para esses cuidados, minimizam-se os riscos para o paciente com *delirium* e *delirium* subsindromático, bem como diminui os estressores que o causam.

Limitações do estudo

A falta de informações quanto aos antecedentes psiquiátricos, ao uso de medicamentos psicotrópicos, consumo de álcool e uso de entorpecentes dos pacientes estudados, antes da internação em UTI foi uma das limitações do estudo, pois são fundamentais para análise estatística, uma vez que foram encontrados sintomas de *delirium* em adultos jovens e não apenas em idosos considerados como grupo de risco devido idade elevada.

Contribuições para a Enfermagem

A avaliação do *delirium* e *delirium* subsindromático pela equipe de enfermagem em UTI deve ser realizada seguindo protocolos com embasamento teórico e científico para que a assistência ao paciente crítico, com sedação leve, seja mais segura. A utilização da escala ICDSC por enfermeiros mostrou-se essencial na identificação precoce de sinais e características dos pacientes quanto ao aparecimento de *delirium* e sua subsíndrome, o que auxilia no tratamento.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes apresentou *delirium* subsindromático. A relação entre *delirium* e subsindromático com tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva foi estatisticamente significativa para ambos, enquanto a idade foi significativa apenas no subsindromático. A mortalidade do paciente com *delirium* em UTI foi maior que os demais grupos estudados.

A utilização da escala ICDSC demonstrou ser uma ação necessária para identificação e monitoramento do *delirium* e *delirium* subsindromático em pacientes com sedação leve, auxiliando na adoção de medidas para minimizar os estressores desencadeantes, o que favorece o tratamento.

São necessários estudos futuros que conheçam e relacione o histórico de antecedentes psiquiátricos, uso de medicamentos psicotrópicos, abuso de álcool e entorpecentes dos pacientes estudados, a fim de melhor compreensão acerca dos sintomas apresentados e melhor direcionamento para o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Shinotsuka CR, Salluh JIF. Perceptions and practices regarding delirium, sedation and analgesia in critically ill patients: a narrative review. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 07];25(2):155-61. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/en_v25n2a14.pdf
2. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* [Internet]. 2004 [cited 2015 Nov 24];291(14):1753-62. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.291.14.1753>
3. Pessoa RF, Nácúl FE. Delirium em pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(2):190-5.
4. Faria RSB, Moreno RP. Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 25];25(2):137-47. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/en_v25n2a12.pdf
5. Sena T. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *Rev Int Interdisciplin INTERthesis* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 25];11(2):96-117. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2014v11n2p96/28101>
6. Guenther U, Popp J, Koecher L, Muders T, Wrigge H, Ely EW, et al. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *J Crit Care* [Internet]. 2010 [cited 2016 May 02];25(1):144-51. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441\(09\)00229-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441(09)00229-9)
7. Meagher D, Adamis D, Trzepacz P, Leonard M. Features of subsyndromal and persistent delirium. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 09];200(1):37-44. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/200/1/37.full-text.pdf+html>
8. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely W, Gélinas C, Dasta JF, et al. Diretrizes para prática clínica da gestão da dor, agitação e delirium em pacientes adultos na unidade de terapia intensiva. *Crit Care Med* [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 19];41(1):263-306. Available from: <http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf>
9. Tomasi CD, Grandi C, Salluh J, Soares M, Giombelli VR, Cascaes S, et al. Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *J Crit Care* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 25];27(2):212-7. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441\(11\)00217-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441(11)00217-6)
10. Serpa Neto A, Nassar Jr AP, Cardoso SO, Manetta JA, Pereira VG, Espósito DC, et al. Delirium screening in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2012 [cited 2016 May 02];40(6):1946-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22610196>
11. Carvalho JPLM, Almeida ARP, Gusmao-Flores D. Delirium rating scales in critically ill patients: a systematic literature review. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 25];25(2):148-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031829/pdf/rbti-25-02-0148.pdf>
12. Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *Am J Crit Care* [Internet]. 2012;21(1):e1-11. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/1/e1.full.pdf+html>
13. Flôres DG. Propriedades psicométricas de instrumentos diagnósticos para delirium no paciente grave em unidade de terapia intensiva [Tese]. [Internet]. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde; 2013 [cited 2017 Apr 01]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15288/1/Tese%20completa.pdf>
14. Barros L, Cruz I. Instruments for quality nursing care in delirium - systematic literature review. *J Specialized Nursing Care* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 25];7(2):1-15. Available from: <http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/2744/656>
15. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidência e fatores relacionados ao delirium em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 22];50(4):587-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0587.pdf
16. Guenther U, Weykam J, Andorfer U, Theuerkauf N, Popp J, Ely EW, et al. Implications of objective vs subjective delirium assessment in surgical intensive care patients. *Am J Crit Care* [Internet]. 2012 [cited 2016 May 02];21(1):e12-e20. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/1/e12.full.pdf+html>
17. Page VJ, Navarange S, Gama S, McAuley DF. Routine delirium monitoring in a UK critical care unit. *Crit Care* [Internet]. 2009 [cited 2016 May 02];13(1):R16. Available from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc7714>
18. Zuliani G, Bonetti F, Magon S, Prandini S, Sioulis F, D'Amato M, et al. Subsyndromal delirium and its determinants in elderly patients hospitalized for acute medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 09];68(10):1296-302. Available from: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/glt021>
19. Lat I, McMillian W, Taylor S, Janzen JM, Papadopoulos S, Korth L, et al. The impact of delirium on clinical outcomes in mechanically ventilated surgical and trauma patients. *Crit Care Med* [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 14];37(6):1898-905. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819ffe38. <https://www.researchgate.net/publication/24346364>