

Prevalência de delirium em pacientes de terapia intensiva e associação com sedoanalgesia, gravidade e mortalidade



Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality

Prevalencia de delirio en pacientes de cuidados intensivos y asociación con la sedoanalgesia, gravedad y mortalidad

Alessandra Soler Bastos^a

Lúcia Marinilza Beccaria^a

Daniele Cristiny da Silva^a

Taís Pagliuco Barbosa^a

Como citar este artigo:

Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC, Barbosa TP. Prevalência de delirium em pacientes de terapia intensiva e associação com sedoanalgesia, gravidade e mortalidade. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190068. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>

RESUMO

Objetivo: Estabelecer a prevalência do delirium e sua subsíndrome em pacientes de terapia intensiva e associar com uso de sedoanalgesia, gravidade e mortalidade.

Método: Realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva de pacientes adultos, trata-se de estudo quantitativo e transversal, com 157 pacientes, utilizando as escalas *Richmond Agitation-Sedation Scale* para avaliação do nível de sedação e *Intensive Care Delirium Screening Checklist* para delirium. Foi aplicado o teste t e qui-quadrado para análise estatística.

Resultados: A prevalência de delirium foi 22,3% e da subsíndrome 49,7%. Foram encontradas associações do uso de midazolam com a presença de delirium ($p=0,05$) e delirium subsindromático ($p<0,01$), uso de clonidina com o aparecimento de delirium ($p<0,01$) e de fentanil com o delirium subsindromático ($p=0,09$). Não houve diferenças significativas entre mortalidade de paciente com delirium ($p=0,40$) e delirium subsindromático ($p=0,86$), bem como associação com o escore de mortalidade.

Conclusão: O uso de sedoanalgesia está associado à presença de delirium e delirium subsindromático. Não foram encontradas associações estatísticas significativas entre os escores de gravidade e mortalidade.

Palavras-chave: Hipnóticos e sedativos. Delirium. Unidade de terapia intensiva. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence of delirium and its subsyndrome in intensive care and to associate it with the use of sedative and analgesia, severity and mortality.

Method: Carried out in two intensive care units of adult patients, this is a quantitative and transversal study, with 157 patients, using the *Richmond Agitation-Sedation Scale* to assess the level of sedation and the *Intensive Care Delirium Screening Checklist* for delirium. The T test and Chi-square test were applied for statistical analysis.

Results: The prevalence of delirium was 22.3%, and 49.7% of the subsyndrome. Associations of the use of midazolam with the presence of delirium ($p=0.05$) and subsyndromal delirium ($p<0.01$), use of clonidine with the appearance of delirium ($p<0.01$) and of fentanyl with subsyndromal delirium ($p=0.09$). There were no significant differences between the mortality of patients with delirium ($p=0.40$) and subsyndromal delirium ($p=0.86$), as well as association with the mortality score.

Conclusion: The use of sedoanalgesia is associated with the presence of delirium and subsyndromal delirium. No significant statistical associations were found between the severity and mortality scores.

Keywords: Hypnotics and sedatives. Delirium. Intensive care units. Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la prevalencia del delirio y su subsíndrome en pacientes de cuidados intensivos y asociarlos con el uso de la sedoanalgesia, con la gravedad y con la mortalidad.

Método: Realizado en dos unidades de cuidados intensivos de pacientes adultos, se trata de un estudio cuantitativo y transversal, con 157 pacientes, utilizando las escalas *Richmond Agitation-Sedation Scale* (Escala de agitación-sedación de Richmond) para evaluar el nivel de sedación y la de la *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (Lista de verificación para la detección del delirio en cuidados intensivos) para el delirio. Se aplicaron las pruebas de T y Chi-cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados: La prevalencia del delirio fue del 22,3%, y la del subsíndrome fue del 49,7%. Se han encontrado asociaciones del uso de midazolam con la presencia de delirio ($p = 0,05$) y del delirio subsindromático ($p < 0,01$), del uso de clonidina con la aparición de delirio ($p < 0,01$) y de fentanil con el delirio subsindromático ($p = 0,09$). No se registraron diferencias significativas entre la mortalidad de los pacientes con delirio ($p = 0,40$) y el delirio.

Conclusión: El uso de sedoanalgesia se asocia con la presencia de delirio y delirio subsindromático. No se encontraron asociaciones estadísticas significativas entre la gravedad y las puntuaciones de mortalidad.

Palabras clave: Hipnóticos y sedantes. Delirio. Unidades de cuidados intensivos. Atención de enfermería.

^a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Delirium é entendido como um estado confusional proveniente de uma disfunção cerebral aguda potencialmente reversível, que pode ser detectado no momento da admissão do paciente no hospital ou surgir durante a sua internação e persistir após a alta hospitalar. Ele ocorre por condições clínicas ou cirúrgicas do paciente, à ação de medicamentos, exposição a toxinas ou a combinação de todos os fatores. Caracteriza-se por declínio cognitivo do nível de consciência e da atenção, alterações comportamentais e de humor, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília. O reconhecimento precoce e a prevenção são a melhor forma de reduzir e tratar o delirium⁽¹⁻³⁾.

Sabe-se que esta doença aumenta o tempo de internação em UTI e no hospital, tempo de ventilação mecânica, mortalidade, interfere na avaliação e abordagem da dor e de outros sintomas, aumenta os custos hospitalares, diminui a funcionalidade e qualidade de vida pós-alta e tem impacto negativo nos doentes, familiares e profissionais de saúde. Por isso, há a necessidade de identifica-lo rapidamente e agir de forma assertiva, para melhora do prognóstico e da qualidade de vida do paciente^(1,4-6).

O delirium é um dos fatores que mais causa agitação em pacientes críticos, aumentando o risco de auto-extubação, remoção de dispositivos, quedas e lesões. Assim, enfermeiros devem planejar os cuidados de enfermagem de forma individualizada e específica, utilizando escalas para diagnóstico de delirium e desenvolver protocolos institucionais que promovam a identificação dos seus sinais, a fim de melhorar a assistência ao paciente crítico^(1-2,4,7).

As diretrizes preconizadas pela *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-V) ou pela *International Classification of Disease*, 10ª revisão (ICD-10) é o padrão-ouro para diagnóstico de delirium, porém, exige conhecimento específico de neurociência, além de maior tempo para avaliação, o que dificulta o seu uso rotineiro. Assim, foram criadas escalas que viabilizem o diagnóstico rápido e de forma eficaz no paciente grave, como a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC)⁽⁸⁻⁹⁾.

A ICDSC foi criada em 2001 e foi baseada nos critérios do DSM-V, sendo uma lista de verificação composto por oito itens de avaliação. Com essa escala é possível pontuar o número de sinais de delirium e classificar pacientes com delirium subsindromático (SSD), que é a presença de alguns sintomas apenas. Nessa escala, uma pontuação de 1 a 3, configura-se a subsíndrome e pontuações de 4 ou mais itens, o delirium. Esse levantamento é de extrema importância, pois se a mesma é detectada e os sintomas são tratados precocemente, evita-se que o paciente venha a desenvolver o delirium^(1-2,8,10-11).

A fisiopatologia do delirium é complexa, mas a etiologia é conhecida, como número de comorbidades e fatores de risco desencadeantes, como: ventilação mecânica invasiva, hipóxia cerebral, uso de drogas psicoativas, sepse grave e dor negligenciada. Pela exposição contínua a esses fatores de risco o paciente crítico apresenta grandes chances de desenvolver essa síndrome. Assim, a identificação dos fatores desencadeantes é necessária, pois cerca de 50% dos casos de delirium é potencialmente reversível^(5,7,12).

Atualmente a teoria mais aceita da fisiopatologia do delirium é de que a diminuição da atividade colinérgica associada ao aumento dopaminérgico, corroborada pela falta de atenção causada por medicações anticolinérgicas causam tais sintomas. De uma perspectiva da neurociência, acredita-se que o delirium está relacionado ao desequilíbrio na síntese, liberação e inativação de neurotransmissores, modulando o controle da função cognitiva, comportamento e humor^(5,13).

Há muito tempo, delirium é considerado um fator de risco para mortalidade em UTI e após a alta hospitalar, causando maior dependência do paciente e comprometimento cognitivo à longo prazo. A mortalidade hospitalar nos pacientes com delirium variam entre 25% e 33%, porém a associação estatística é menos clara^(5-6,12-13).

O delirium SSD está associado aos mesmos fatores de risco que o delirium. Embora tenha mostrado associação com maior tempo de internação em UTI e no hospital, estes desfechos são menos conclusivos e ainda necessitam de estudos. Baseado em trabalhos realizados nos últimos anos, aproximadamente 25% dos pacientes que foram diagnosticados com delirium SSD utilizando a ICDSC na admissão, progrediram para delirium evidente devido a falta de tratamento, porém poucos estudos trazem a mortalidade desses pacientes e a associação com a gravidade^(4,7,10-11).

O tratamento de escolha para delirium é o não farmacológico, por meio de mobilização precoce do paciente, permanência com familiares, preservação do ciclo sono-vigília, reorientação tempo-espço e ajudas visuais que auxiliem a orientação como: relógios, calendários e elementos pessoais e familiares do paciente. Entretanto, existem situações que esses tratamentos não são suficientes, e os pacientes apresentam-se agitados e desconfortáveis, sendo necessário intervenção farmacológica. Para isso utiliza-se sedativos não benzodiazepínicos como, propofol, dexmedetomidina e clonidina, ou antipsicóticos como haloperidol e quetiapina, porém estes últimos, ainda apresentarem evidência científica escassas para diminuir o aparecimento de delirium^(1,4-6,13).

A fim de proporcionar conforto, diminuir o estresse e a ansiedade do paciente ventilado mecanicamente, utiliza-se sedativos para fins bem esclarecidos e por um tempo determinado, uma vez que a Sociedade de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM) recomenda sua utilização de forma

moderada e avaliação diária como parte dos cuidados ao paciente crítico. Com isso, os enfermeiros, devem possuir amplo conhecimento da farmacologia desses sedativos e equilibrar a administração desses medicamentos, mantendo sedação leve e proporcionando conforto ao paciente^(4,6,14).

O ambiente hostil da UTI, é um fator de risco para delirium e o uso de sedação de forma indiscriminada pode colaborar para o seu aparecimento, sendo assim, o objetivo deste estudo foi estabelecer a prevalência do delirium e delirium subsindromático em pacientes de terapia intensiva e identificar associação com uso de sedoanalgesia, gravidade e mortalidade.

■ MÉTODO

Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto, hospital-escola, em duas UTIs de pacientes adultos (Neurológica e Geral), totalizando 27 leitos, que atende ao sistema único de saúde (SUS). A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016.

A primeira fase envolveu 240 pacientes, avaliados pela equipe de enfermeiros quanto ao nível de sedação, por meio da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Essa escala baseia-se em uma pontuação que vai de -5 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 e maiores que zero apresentam algum grau de agitação^(1,13).

Na segunda fase, selecionou-se pacientes que apresentaram RASS entre -2 e +4, para que fosse possível a avaliação do delirium por meio da ICDSC. Essa escala foi escolhida por ser 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 para se comunicar, principalmente os que estão em ventilação mecânica, e também por sua capacidade de identificar delirium e delirium subsindromático⁽⁸⁻⁹⁾.

A escala ICDSC é uma lista de verificação para diagnóstico de delirium, composta por oito itens relacionados à: consciência, atenção, desorientação, presença de alucinações ou psicose, retardo ou agitação psicomotora, humor ou discurso inapropriados, distúrbios do sono e flutuação dos sintomas. Variando de zero a oito, é considerado com delirium se obtiver uma pontuação maior ou igual a quatro e com delirium subsindromático uma pontuação entre um e três⁽⁸⁻¹¹⁾.

De uma população de 240 pacientes, 83 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão que foram, internação na UTI por no mínimo 24 horas e sedação leve (RASS \geq -2), totalizando uma amostra de 157. A coleta de dados sobre idade, sexo, especialidade médica, tempo de

internação, desfecho da UTI (alta ou óbito) e desfecho após alta da UTI foram obtidos a partir do prontuário eletrônico.

Quanto ao escore para a predição da gravidade foi utilizado o *Sepsis Related Organ Failure Assessment* (SOFA) que é um instrumento que descreve o grau de disfunção de órgãos durante a permanência de um paciente na UTI. Ele é obtido por intermédio da pontuação de variáveis a respeito do paciente como: uso de drogas vasoativas, contagem de plaquetas, escala de coma de Glasgow, entre outros⁽¹⁵⁾. O instrumento foi aplicado diariamente por médicos intensivistas e armazenado no prontuário eletrônico do paciente, de onde foram obtidos os dados para análise de gravidade. Foi verificada a média entre os valores do SOFA e os dias de permanência em UTI para análise estatística.

Para monitoração da sedação e delirium, previamente todos os enfermeiros das unidades em estudo, receberam treinamento específico sobre o preenchimento das escalas e sua importância clínica. Após o treinamento as escalas foram incorporadas à rotina da UTI. As escalas foram preenchidas pelos enfermeiros da unidade de segunda a sextas-feiras em todos os turnos (manhã, tarde e noite), observando-se o paciente a beira leito e pontuando todos os itens do instrumento.

As análises das variáveis de caracterização amostral foram descritas em números absolutos e percentuais e as quantitativas, expressas por média e desvio-padrão. Foi aplicado o teste t para amostras independentes a fim de comparar os sintomas de delirium com a média do escore SOFA, sendo considerado com maior gravidade aquele paciente com maior média de escore. Foi aplicado o teste qui-quadrado com o objetivo de observar associações entre delirium e as variáveis: utilização de sedoanalgesia e diferentes tipos de medicações, alta e óbito da UTI e do hospital. Foram considerados resultados significativos valores $p < 0,05$. O estudo atendeu à Resolução 466/12. O projeto foi aprovado pela Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob parecer nº 984.505.

■ RESULTADOS

Dos 157 pacientes avaliados, a maioria era do gênero masculino (65%), com idade média de 53,2 anos. Na admissão da UTI, 47% apresentavam diagnósticos relacionados à neurocirurgia como: politraumatismos (23), traumas cranioencefálicos (19), tumores intracranianos (16), acidente vascular encefálico hemorrágico (16) e isquêmico (5). Seguido de internação por doenças relacionadas à ortopedia (21,8%), cirurgia geral (13,5%) e cirurgia cardiovascular (6,4%), entre outros. Não houve diferenças significativas entre o diagnóstico da internação com os sintomas de delirium.

A prevalência de delirium foi 22,3% e de delirium subsindromático foi 49,7%. A associação com o uso de

sedoanalgésico foi significativa para delirium ($p < 0,01$) e delirium subsindromático ($p = 0,01$) (Tabela 1).

Os sedoanalgésicos mais utilizados foram: fentanil (43,3%), seguido por midazolam (36,9%), propofol (14%) e clonidina (12,7%). Foram encontradas associações entre o medicamento midazolam e a presença de delirium e delirium subsindromático ($p = 0,05$ e $p < 0,01$), clonidina com delirium ($p < 0,01$) e fentanil com delirium subsindromático ($p = 0,09$) (Tabela 2).

A média encontrada do escore preditor de mortalidade SOFA dos pacientes avaliados foi de 4,54 com mediana de 4,59 e máximo de 24. Não foram encontradas associações entre o escore de mortalidade e a presença de delirium e delirium subsindromático (Tabela 3).

A taxa de mortalidade global na UTI foi 21,7% (34) e no hospital 11,4% (14). Dos pacientes que morreram na UTI, 29,1% (10) apresentaram delirium e 44,1% (15) delirium SSD. Já os que morreram no hospital, 14,3% (2) apresentaram delirium e 50% (7) SSD. Quando realizado associação da mortalidade em UTI, não foram encontradas diferenças significativas tanto para pacientes com delirium ($p = 0,40$) quanto delirium SSD ($p = 0,86$).

No hospital, os pacientes que receberam alta da UTI e apresentaram os sintomas de delirium, também não foi encontrada associação significativa entre a taxa de mortalidade de delirium ($p = 0,38$) e delirium SSD ($p = 0,67$), demonstrando que delirium não foi preditor de mortalidade, tanto na UTI quanto em unidades de internação hospitalar.

Tabela 1 – Comparação dos pacientes que usaram sedoanalgésicos ou não, com os pacientes diagnosticados com delirium e delirium subsindromático - São José do Rio Preto - Brasil – 2016

Variáveis	Uso de sedoanalgésico		Valor p*
	n (%)	n (%)	
Delirium	22 (28,2)	13 (16,5)	<0,01
Delirium Subsindromático	42 (53,8)	36 (45,5)	0,01
Total	78 (49,7)	79 (50,3)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: *Teste qui-quadrado.

Tabela 2 – Comparação entre as variáveis delirium e delirium subsindromático, com os dias de sedoanalgésico utilizado pelo paciente – São José do Rio Preto – Brasil – 2016

Variáveis	ICDSC	Média±DP	Valor p(1)
Fentanil	Delirium	1,54±2,29	0,12
	Delirium SSD(2)	2,57±4,21	0,09
Midazolam	Delirium	1,14±2,03	0,05
	Delirium SSD	2,05±3,47	<0,01
Propofol	Delirium	0,54±1,52	0,47
	Delirium SSD	0,69±2,30	0,24
Clonidina	Delirium	0,74±1,09	<0,01
	Delirium SSD	0,16±0,63	0,15
Outros (3)	Delirium	0,02±0,16	0,75
	Delirium SSD	0,02±0,22	0,70

Fonte: Dados da pesquisa 2016.

Nota: ICDSC: *Intensive Care Delirium Screening Checklist*. (1) Teste qui-quadrado.

(2) Delirium Subsindromático. (3) Outros: dexmedetomidina, ketalar e tionembutal.

Tabela 3 – Características descritivas e comparação do escore de mortalidade SOFA com as variáveis delirium e delirium subsindromático – São José do Rio Preto – Brasil – 2016

	Delirium	Delirium SSD	Valor p
	n=35	n=78	
Escore SOFA	4,93±2,70	4,40±2,71	0,59
	5(3,3-5,6)	4,6(2-6)	0,93

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Variáveis expressas em média±desvio padrão e mediana (percentil 25-percentil 75); SOFA: Sepsis Related Organ Failure Assessment; SSD: Delirium subsindromático; Teste t para amostras independentes.

■ DISCUSSÃO

As análises da presente pesquisa mostram que o delirium SSD estava presente em 49,7% da população e o delirium em 22,3%. Segundo estudos, em pacientes internados em enfermarias a incidência de delirium varia de 11% e 42%, mas em UTI pode chegar a 90%. Verificou-se respectivamente que 60% e 80% dos pacientes críticos em respiração espontânea e em uso de ventilação mecânica foram diagnosticados com delirium. Da mesma forma, respectivamente 34% e 54% foram diagnosticados com delirium SSD, dados que corroboram com o presente estudo^(4-5,11,13,16-18).

Quando realizado comparação dos sintomas de delirium com o uso de sedoanalgésicos, foi encontrado que os pacientes que apresentaram delirium e delirium SSD fizeram uso de pelo menos um sedoanalgésico durante a estadia na UTI, sendo estatisticamente significativa a associação para ambos ($p=0,01$ e $p<0,01$). O uso de benzodiazepínicos é um fator de risco para o desenvolvimento de delirium, tal prática se não interrompida precocemente, causa um ciclo vicioso, no qual o sedativo aumenta os sintomas de delirium, e por sua vez ele é tratado com abuso de sedação. Gerando assim aumento no tempo de ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e no hospital, aumentando custos, dificultando a avaliação correta da dor e gerando sofrimento para o paciente e sua família^(1-2,4,6,14,17,19).

Neste estudo, o uso de midazolam (benzodiazepíno) esteve associado estatisticamente com o delirium, corroborando com diversos estudos e diretrizes ($p=0,05$)^(6,17-18). A clonidina, um α_2 -agonista classicamente anti-hipertensivo, utilizado para sedação superficial em UTI também apresentou associação significativa quando comparada com delirium ($p<0,01$). Esse medicamento é utilizado nas UTIs estudadas, principalmente, após a avaliação do paciente e identificação do delirium hiperativo associado a hipertensão, o que pode justificar a associação⁽³⁾.

O SDD esteve associado apenas ao uso de fentanil, no presente estudo. O que pode ser justificado pela dificuldade da avaliação da dor, principalmente em paciente ventilados

mecanicamente. Sendo então utilizado infusões de fentanil a fim de proporcionar analgesia e ansiólise e aumentar a tolerância ao ventilador. Há escassos estudos relacionando o delirium SSD com uso de fentanil, sendo demonstrada associação apenas com o delirium, levantando a necessidade de mais estudos acerca desse assunto^(17,19).

Para medir a gravidade do paciente crítico ao longo do tempo de internação, o SOFA é muito utilizado pois é capaz de medir o grau de disfunção orgânica. O SOFA médio da UTI analisada foi 4,54 pontos, sendo que o encontrado nos demais estudos variam entre 3 e 6 pontos, considerados baixo risco de mortalidade. Quando realizada comparação do SOFA dos pacientes que apresentaram delirium e delirium SSD, não foram encontradas significâncias ($p=0,59$ e $0,93$). Em estudos anteriores, a maioria corrobora com o presente estudo, sendo que alguns utilizaram outros instrumentos para predição de mortalidade, mesmo assim, podemos observar que ainda é escassa os dados relacionados a gravidade, principalmente do paciente com delirium SSD. Recentemente foi publicado um estudo com 141 pacientes demonstrando que o SOFA da admissão do paciente em UTI esteve estatisticamente associado ao aparecimento de delirium, corroborando com a diretriz de 2002 sobre gestão da dor, agitação e delirium^(4,15,20).

Há muito tempo, delirium é considerado um fator de risco para mortalidade em UTI e após a alta hospitalar, causando maior dependência do paciente e comprometimento cognitivo à longo prazo. A mortalidade hospitalar nos pacientes com delirium variam entre 25% e 33%, porém a associação estatística é menos clara. No presente estudo a taxa de mortalidade em UTI dos pacientes com delirium foi de 29,1% ($p=0,40$), dentro da faixa encontrada em trabalhos anteriores, porém quando realizado a associação, o delirium não apresentou significância estatística com a mortalidade. Ao relacionar os dados com os demais estudos, ambos os resultados foram encontrados, sendo ainda controverso. Tal fato pode estar relacionado principalmente aos diferentes perfis e características clínicas dos pacientes avaliados. Sendo melhor aceito o conceito de que delirium é um forte fator de risco para mortalidade^(5-6,12-13,18).

A taxa de mortalidade dos pacientes com delirium SSD no presente estudo foi de 44,1% ($p=0,86$) e após alta da UTI, ainda no hospital 50% ($p=0,67$). Não foram encontradas associações da mortalidade com delirium SSD, o que corrobora com estudos anteriores, demonstrando que a mortalidade desses pacientes se assemelha com as taxas daqueles sem sintomas de delirium. Porém em um estudo internacional realizado com 610 pacientes, demonstrou que não podemos desconsiderar o risco de mortalidade desses paciente com delirium SSD, sendo caracterizados como de risco intermediário pelos autores^(11,18).

■ CONCLUSÃO

Os sintomas de delirium são comuns em pacientes internados na UTI e devem ser investigados, pois é um problema que não possui tratamento farmacológico bem definido, influenciando no prognóstico. Este estudo oferece novos dados para melhor compreensão da epidemiologia do delirium e do delirium SSD, a influência do uso de sedoanalgésicos e associação com a gravidade clínica do paciente e a mortalidade.

O uso diário das ferramentas RASS e ICDSC pelos enfermeiros em UTI permitiu identificar o nível de sedação e a prevalência de delirium e delirium SSD dos pacientes críticos e identificar associação da sedoanalgesia com delirium e delirium SSD. O uso do midazolam esteve associado ao aumento de delirium e sua subsíndrome, a clonidina apenas ao aumento de delirium e fentanil apenas ao aumento do delirium SSD.

Não foi encontrada associação entre o escore de mortalidade (SOFA) e a presença de delirium e delirium SSD. A taxa de mortalidade dos pacientes com delirium durante a estadia na UTI e após a alta, internado em unidades do hospital, foi menor do que os com delirium subsindromático. Apesar da taxa elevada de pacientes com delirium e delirium SSD em uso de sedoanalgésicos, não foram encontradas associações estatísticas significativas entre os escores de gravidade e mortalidade.

■ LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A falta de informações quanto antecedentes psiquiátricos, 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. Outra limitação é a realização do estudo em apenas uma instituição.

■ REFERÊNCIAS

1. Faria RSB, Moreno RP. Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):137-47. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
2. Sena T. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *Rev Inter Interdiscr INTERthesis*. 2014;11(2):96-117. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n2p96>
3. Berbigier EJ, Berbigier RJ, Moritz RD, Machado FR. Estudo comparativo da clonidina com a dexmedetomidina para a sedação do paciente crítico sob ventilação mecânica. *Arq Catarin Med*. 2014 [citado 2019 fev 10];43(2):44-52. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1286.pdf>
4. Al-Qadheeb NS, Skrobik Y, Schumaker G, Pacheco M, Roberts R, Ruthazer R, et al. Preventing ICU subsyndromal delirium conversion to delirium with low dose IV haloperidol: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Crit Care Med*. 2016;44(3):583-91. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001411>
5. Prayce R, Quaresma F, Glariça Neto I. Delirium: The 7th Vital Sign? *Acta Med Port*. 2018 Jan;31(1):51-8. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
6. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
7. Souza RCS, Bersaneti MDR, Siqueira EMP, Meira L, Brumatti DL, Prado NRO. Nurses' training in the use of a delirium screening tool. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 mar;38(1):e64484. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64484>
8. Carvalho JPLM, Almeida ARP, Gusmão-Flores D. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):148-54. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130026>
9. Flôres DG. Propriedades psicométricas de instrumentos diagnósticos para *delirium* no paciente grave em unidade de terapia intensiva [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde Salvador; 2013.
10. Hakim SM, Othman AI, Naoum DO. Early treatment with risperidone for subsyndromal delirium after on-pump cardiac surgery in the elderly. *Anesthesiology* 2012;116(5):987-97. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31825153cc>
11. Serafim RB, Soares M, Bozza FA, Lapa e Silva JR, Dal-Pizzol F, Paulino MC, et al. Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2017;21(1):179. doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1765-3>
12. Mesa P, Previgliano IJ, Altez S, Fravetto S, Orellano M, Lecor C, et al. *Delirium* in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(3):337-45. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170058>
13. Luz LFS. Avaliação da associação do *delirium* com cognição, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes críticos [tese]. Canoas (RS): Centro Universitário La Salle; 2017.
14. Almeida TML, Azevedo LCP, Nosé PMG, Freitas FGR, Machado FR. Risk factors for agitation in critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):413-9. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160074>

15. Hissa PNG, Hissa MRN, Araújo PSR. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. *Rev Bras Clin Med*. 2013 [citado 2019 jan 10];11(1):21-6. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3383.pdf>
16. Pereira JM, Barradas FJR; Sequeira RMC, Marques MCMP, Batista MJ, Galhardas M, et al. Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Rev Enferm Referência*. 2016;IV(9):29-36. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16006>
17. Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):587-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500007>
18. Diwell RA, Davis DH, Vickerstaff V, Sampson EL. Key components of the delirium syndrome and mortality: greater impact of acute change and disorganised thinking in a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*. 2018;18:24. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0719-1>
19. Luz Omaira GT, Leticia DS, Fabián CM. Evidence – and Betty Neuman’s model – based nursing care to prevent delirium in the intensive care unit. *Enfermeria Global*. 2016 [cited 2019 Apr 17];(41):64-77. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/en_clinica4.pdf
20. Yang J, Zhou Y, Xu B, Wang P, et al. Risk factors of delirium in sequential sedation patients in intensive care units. *BioMed Res Int*. 2017:Article ID 3539872. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/3539872>

■ **Autor correspondente:**

Alessandra Soler Bastos

E-mail: lekasoler@hotmail.com

Recebido: 22.03.2019

Aprovado: 27.08.2019

Editores associados:

Aline Marques Acosta

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti