

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura

Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review

Delirium en ancianos en unidades de cuidados intensivos: revisión integradora de la literatura

Marcia Abath Aires de Barros ¹, Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo ², Maria das Graças Melo Fernandes ³, José Melquiades Ramalho Neto ⁴, Kátia Neyla de Freitas Macêdo-Costa ⁵

ABSTRACT

Objective: conducting a survey about delirium in the elderly in an Intensive Care Unit (ICU). **Method:** an integrative review of the literature held in databases MEDLINE and IBECS, in May 2012, whose inclusion criteria were: to be published between May 2007 to May 2012, available in full and in Portuguese, English and Spanish. **Results:** there were found 68 productions and selected 16, which were categorized into: 1) Incidence and prevalence of delirium in the elderly in ICU; 2) Factors predisposing and precipitating risk of delirium in the elderly in ICU and 3) Strategies for preventing modifiable risk factors of delirium in the elderly patients in the ICU. **Conclusion:** the scientific production about delirium is incipient in Brazil, health professionals, especially nurses, need to improving the recognition of this syndrome and implementing strategies for risk prevention factors for delirium. **Descriptors:** Elderly, Delirium, Intensive care units.

RESUMO

Objetivo: realizar um levantamento acerca do delirium em idosos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** revisão integrativa da literatura, nas bases de dados MEDLINE e IBECS, em maio de 2012, cujos critérios de inclusão foram publicados entre maio de 2007 a maio de 2012, com disponibilidade na íntegra, e nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** foram encontradas 68 produções e selecionadas 16, as quais foram categorizadas em: 1) Incidência e prevalência de *delirium* em Idosos na UTI; 2) Fatores de risco precipitantes e predisponentes do *delirium* em idosos na UTI e 3) Estratégias de prevenção de fatores de risco modificáveis do *delirium* em idosos nas UTIs. **Conclusão:** a produção científica acerca do delirium no Brasil é incipiente, os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem, necessitam melhorar o reconhecimento desta síndrome e implementar estratégias de prevenção dos fatores de risco para delirium. **Descritores:** Idoso, Delirium, Unidades de terapia intensiva.

RESUMEN

Objetivo: realizar un estudio acerca del delirium en los ancianos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** revisión integradora en bases de datos MEDLINE e IBECS, en mayo de 2012, cuyos criterios de inclusión fueron: ser publicados entre mayo 2007 a mayo 2012, disponible en su totalidad en portugués, inglés y español. **Resultados:** se encontraron 68 producciones y seleccionadas 16, que fueron clasificadas en: 1) Incidencia y prevalencia de delirium en ancianos en la UCI; 2) Factores de riesgo precipitantes y predisponentes del delirium en ancianos en la UCI y 3) Estrategias de prevención de factores de riesgo modificables del delirium en ancianos en las UCI. **Conclusión:** la producción científica acerca del delirio es incipiente en Brasil, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, tienen que mejorar el reconocimiento de este síndrome y poner en práctica estrategias para prevenir los factores de riesgo para el delirium. **Descriptor:** Ancianos, Delirium, Unidades de cuidados intensivos.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. E-mail: marciabath@gmail.com. ²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Professora da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. E-mail: daniellesamara@hotmail.com. ³Enfermeira. Doutora em Sociologia. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. E-mail: graacafernandes@hotmail.com; ⁴Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. E-mail: melquiadesramalho@hotmail.com; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são espaços destinados ao atendimento de pacientes críticos. Nessas unidades, cerca de 60% dos pacientes atendidos são indivíduos maiores de 65 anos.¹ Há, portanto, incremento da demanda assistencial de alta complexidade nessa faixa etária em decorrência do fenômeno de transição demográfica, o qual ocorre mundialmente.¹ Nessa perspectiva, o *delirium*, destaca-se dentre os problemas críticos de saúde que comumente apresentam-se em idosos hospitalizados nesse ambiente de cuidados.

O *delirium* consiste em uma síndrome de natureza aguda, que é caracterizada por alterações flutuantes do nível de consciência, déficit de atenção e de percepção^{2,3}, apresenta-se como uma complicação frequente em pacientes críticos, especialmente em idosos, pois esses são mais predispostos a desenvolvê-lo, em decorrência da exposição a eventos iatrogênicos promovidos pela equipe multiprofissional que são, em sua maioria, ocasionados por deficiência no reconhecimento de sinais e sintomas característicos dessa síndrome.⁴⁻⁵

Embora o campo do conhecimento sobre o processo fisiopatogênico do *delirium* ainda necessite de muitos avanços⁶, diferentes processos neuroquímicos estão envolvidos na sua gênese, muitos desses induzidos por causas físicas.⁷ Dentre as formas clínicas, são identificadas a hiperativa, caracterizada por estados de agitação; a hipoativa, na qual o paciente se encontra apático, e a mista, com características que permeiam as duas formas anteriores.⁸ Salienta-se que os idosos são mais acometidos pelo quadro hipoativo⁹ tornando, conseqüentemente, mais difícil a identificação dessa síndrome nesses pacientes, tendo portanto, uma deficiência na identificação de sinais e sintomas sugestivos.⁹⁻¹⁰

Convém ressaltar que dados acerca do *delirium* em idosos nas pesquisas nacionais são escassos. Associado a esse fato, a desorientação e a confusão mental - sinais sugestivos do *delirium* nesses pacientes podem passar despercebidos, tendo em vista que muitos profissionais atribuem erroneamente esses achados a características da senescência.

Associado a isso, outro problema que contribui para a baixa detecção do *delirium* nas UTIs é a ausência de instituição de rotinas de rastreio.¹¹ A utilização de escalas de avaliação e identificação dessa síndrome, ainda não é adotada em muitos destes espaços, mesmo com o acesso a instrumentos validados em vários países, que auxiliam no seu diagnóstico e que podem ser aplicados por diversos profissionais que compõe a equipe multiprofissional, dentre eles o enfermeiro.²

Dessa forma, é possível se observar que nas unidades de cuidados críticos, ainda há falhas no diagnóstico do *delirium*, e estudos internacionais, evidenciam que há um aumento nas taxas de permanência hospitalar e de morbimortalidade quando o quadro de *delirium* se instala.^{6,12-13}

Assim sendo, a relevância deste estudo, consiste em se abordar um tema ainda pouco investigado e analisado em contexto nacional, por ser uma síndrome clínica que pode estar atrelada a vários fatores de risco, é importante que o enfermeiro e a equipe

multiprofissional reconheçam tais fatores, assim como, saibam identificar a síndrome e utilizar condutas baseadas em evidências que guiem a tomada de decisão ante a sua prevenção, seu diagnóstico e seu tratamento.

Dessa forma, a partir deste estudo será possível conhecer o que vem sendo pesquisado com relação ao fenômeno *delirium* em idosos, assim como, estratégias de prevenção dessa síndrome no âmbito da UTI. A sumarização desses achados é relevante para a adoção de condutas baseadas em evidências, contribuindo assim, para melhora da qualidade da assistência de enfermagem e equipe multiprofissional direcionada ao idoso com *delirium* no âmbito das UTIs. Considerando isso, espera-se contribuir para o levantamento da magnitude desse problema. Ante o exposto, o objetivo deste estudo foi: realizar um levantamento da produção científica acerca do delirium em idosos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, pois permite a síntese de estudos publicados e possibilita conclusões de uma particular área de estudo além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam de novos estudos.¹⁴ As etapas percorridas foram: (1) Elaboração da questão norteadora da pesquisa; (2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos/amostragem e Busca na literatura; (3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; (4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) Interpretação dos resultados; (6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.¹⁴

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em maio de 2012, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) tendo como questão norteadora: Qual o conhecimento produzido na literatura científica acerca do *delirium* em idosos hospitalizados em UTIs?

Foram utilizados os seguintes descritores: *delirium*, Unidades de Terapia Intensiva e idosos. Foi utilizada como estratégia de busca “*delirium and Unidades de terapia intensiva*” e selecionado o limite para idosos.

Como critérios de inclusão foram delimitadas as publicações efetuadas entre maio de 2007 a maio de 2012, que estivessem disponíveis na íntegra por meio de acervos eletrônicos, artigos publicados em textos completos, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, ou que não atendiam ao objeto de estudo. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento que contemplava informações relacionadas à identificação do artigo, autor(es), periódico publicado, ano da publicação, características metodológicas do artigo e país da publicação.

Foram identificados no total 68 produções e, a partir dos critérios de inclusão foram selecionados 16 estudos, os quais foram impressos, traduzidos, lidos na íntegra, sendo dispostos e apresentados em tabelas. Os principais aspectos abordados acerca do delirium em idosos em UTI foram categorizados em: Incidência e prevalência de *delirium* em Idosos

na UTI; fatores de risco precipitantes e predisponentes para o desenvolvimento do *delirium* em idosos em UTI; estratégias de prevenção dos fatores de risco modificáveis do delirium em idosos nas UTIs. Posteriormente foi realizado a análise temática e a discussão com base na literatura relacionada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que dos 16 estudos selecionados, 15 (94%) foram obtidos por meio da MEDLINE, e 1 (6%) por meio da IBECs. Percebeu-se um maior número de publicações nos anos de 2009 e 2010, com representatividade de 5 artigos (31,2%) em cada ano. Em relação aos periódicos, destaca-se a Critical Care com 5 artigos publicados (31,2%). A Figura 1 apresenta a síntese dos estudos selecionados.

Figura 1- Distribuição dos estudos segundo autor, periódico, tipo de estudo, ano e país de publicação. João Pessoa-PB, 2013.

Autor	Periódico	Tipo de estudo	Ano	País de publicação
Van den Boogaard M	British Medical Journal	Observacional Multicêntrico	2012	HOLANDA
Svenningsen H, Tonnesen E	Nursing in CriticalCare	Prospectivo	2011	DINAMARCA
Black P, Boore JRP, Parahoo K	Journal of Advanced Nursing	Comparativo	2011	IRLANDA DO NORTE
Mistarz R, Elliott S, Whitfield A, Ernest D	Australian Critical Care	Observacional	2011	AUSTRÁLIA
Campbell NL et al	Trials	Controlado randomizado	2011	EUA
Pandharipande PP et al	Critical Care	Controlado Randomizado duplo-cego	2010	INGLATERRA
Salluh J et al	Critical Care	Observacional multicêntrico	2010	BRASIL
Pisani M, Murphy TE, Araújo KLB, Van Ness PH	Journal of Critical Care	Coorte prospectivo	2010	EUA
Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIF	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Estudo de Revisão	2010	BRASIL

Tobar E et al	Medicina Intensiva	Estudo de validação	2010	CHILE
Weinhouse GL et al	Critical Care	Revisão Integrativa	2009	EUA
Pisani M, Kong SY, Kasl SL, Murphy TE, Araújo KL, Van Ness PH.	American Journal of Respiratory and Critical care	Estudo de Coorte prospectivo	2009	EUA
Pisani M, Murphy TE, Araújo KLB, Van Ness PH	Critical Care Medicine	Estudo de coorte prospectivo	2009	EUA
Page VJ, Navarange S, Gama S, McAuley DF	Critical Care	Prospectivo	2009	INGLATERRA
Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L	Critical Care	Estudo de coorte multicêntrico	2009	BÉLGICA
Pisani M, Murphy TE, Van Ness PH, Araujo KL, Inouye SK	Arch Intern Med	Estudo de coorte prospectivo	2007	EUA

Com base nos estudos evidenciados na figura 1 as categorias definidas foram:

Incidência e prevalência de *delirium* em Idosos na UTI

No tocante a incidência, identificou-se em quatro estudos, que a ocorrência de *delirium* nos idosos admitidos em UTI, varia de 27% a 79%.^{6,15,16,17} Outros dois estudos, embora retratem a prevalência global de *delirium*, evidenciaram altos índices em indivíduos maiores de 65 anos.¹²⁻¹⁵ Estudo que incluía todos os adultos maiores de 18 anos, identificou que, dos 139 pacientes que permaneceram sob cuidados intensivos, 41 (40,2%) apresentaram *delirium*, sendo a metade composta por pacientes com mais de 65 anos.¹²

Fatores de risco precipitantes e predisponentes para o desenvolvimento do *delirium* em idosos em UTI

A ocorrência de *delirium* em idosos na UTI está diretamente ligada aos fatores de risco que esta população apresenta, sejam os predisponentes, que não podem ser modificados, pois, envolvem características pessoais e comorbidades, quanto os precipitantes, os quais são passíveis de modificação. São descritos diversos fatores relacionados com o paciente, como a doença grave e o ambiente. Nesta revisão, identificou-se 13 estudos que descrevem os fatores modificáveis e não modificáveis ao surgimento da síndrome.

Os fatores de risco não modificáveis são aqueles decorrentes de uma condição preexistente do paciente sem possibilidade de intervenção no momento da apresentação clínica do *delirium*, dentre esses, destacam-se a abstinência ao tabagismo e consumo de álcool; a idade avançada e o comprometimento cognitivo prévio.^{4,5,6,7,8,9,12,15,16,17,18} Já os fatores de risco modificáveis relacionam-se a uma condição aguda ou a eventos iatrogênicos e ambientais os quais são passíveis de intervenção, são exemplos, infecções^{9,12,18}, sedativos e analgésicos opióides administrados^{5,12,13,15,16,18,19}, admissão de urgência¹⁸, dor^{9,12-15}, hipóxia¹², contenção física^{12,7}, distúrbios do sono^{5,9,12,19}, dispositivos invasivos^{9,13} e características próprias ao ambiente da UTI como iluminação artificial, ruídos, isolamento familiar.^{7,9} A associação de *delirium* com o agravamento de comorbidades crônicas que culminam com disfunção hepática, cardiovascular e renal foi descrito em cinco estudos.^{4,6,17,18,19}

Estratégias de prevenção dos fatores de risco modificáveis do delirium em idosos nas UTIs

A prevenção do *delirium* deve ser alicerçada no reconhecimento dos fatores de risco modificáveis, os quais são passíveis de intervenção. Nesta revisão, identificou-se dez estudos que descrevem os fatores de risco modificáveis por meio da atuação farmacológica e não-farmacológica na prevenção da síndrome em idosos admitidos na UTI.^{2,5,8,9,13,17,18,19,20,21}

Dentre as estratégias farmacológicas destaca-se o uso de haloperidol, sendo recomendado para os idosos a metade da dose utilizada em adultos.²¹ O sedativo de escolha foi a dexmetomidina.¹⁹ Dentre as estratégias não-farmacológicas destacam-se: o atendimento psicológico na UTI, presença do familiar do paciente, desmobilização da contenção física, promoção de ambiente calmo, silencioso e com redução de estímulos sonoros e luminosos especialmente durante a noite buscando o sono e repouso adequados, mobilização precoce, musicoterapia, estimulação cognitiva, utilização de escalas de rastreio precoce como o método CAM-ICU, adequar o ambiente para auxiliar na percepção da noite e do dia, uso de óculos e aparelhos auditivos, remoção precoce de dispositivos invasivos e correção de distúrbios hidroeletrólíticos.^{7,5,9,13,18,20,21}

Os estudos analisados mostram que as pesquisas acerca do *delirium* na população idosa ainda são incipientes, e que essa síndrome se constitui em problema frequente nesses pacientes. A incidência de *delirium* na população de 60 anos ou mais nos diversos estudos internacionais variou de 27 a 79%, demonstrando ser um importante problema nesses pacientes.

Diversos estudos randomizados investigaram a ocorrência de *delirium* em idosos e identificaram que o fenômeno surge rapidamente quando este grupo necessita de cuidados em ambientes críticos.^{17,16,6,15} Em 2007, um estudo revelou que 214 (70,4%) idosos internados em UTI apresentaram o quadro nas primeiras 48 horas.¹⁷ Em 2009, outro estudo observacional, verificou que 239 (79%) dos idosos estudados tiveram *delirium* durante a permanência na UTI, sendo que 72% evidenciou a síndrome no primeiro dia de internação.⁶

Estes autores supracitados investigaram a ocorrência de *delirium* persistente nos idosos que tiveram *delirium* na UTI em dois estudos. No primeiro estudo¹⁶, que envolveu 239 idosos, e no segundo que teve uma amostra de 173 idosos¹⁵, verificou-se que 27% e 58% respectivamente, apresentaram-se com *delirium* persistente após sua alta da UTI. Além

disso, constatou-se que a ocorrência de delirium em idosos gravemente enfermos tem um grande impacto na mortalidade, pois 50% desses pacientes acometidos pelo fenômeno morreram em até um ano.⁶

Dada à relevância do *delirium*, tanto na sobrevida quanto na alteração cognitiva de longo prazo, faz-se necessário o reconhecimento dos fatores associados ao aparecimento da síndrome e o que pode ser modificado na assistência ao idoso, quando admitidos em unidades críticas.⁶ São reconhecidos os fatores que não podem sofrer intervenções, mas que predispõe os idosos a estados de confusão mental, especialmente quando expostos as intervenções próprias do tratamento de enfermidades agudas.

Reconhecendo que os idosos, principalmente em faixas etárias maiores^{4,5,6,12,16,18} estão mais propensos a desenvolver o *delirium*, principalmente se possuem algum déficit cognitivo prévio¹⁷, a exemplo de quadros demenciais, a equipe de enfermagem e demais profissionais intensivistas, precisam investigar os fatores responsáveis em precipitar a ocorrência do fenômeno, para atuação nos fatores modificáveis. Em um estudo, a demência foi associada ao *delirium* persistente.¹⁵ Já em outra pesquisa foi identificado que os idosos que apresentam essa disfunção, quando expostos ao ambiente de UTI, apresentam piora significativa da função cognitiva.²²

Dentre os fatores que precipitam o surgimento do fenômeno, destacam-se alguns pontos relevantes para atuação da equipe de enfermagem e multiprofissional que atende o idoso enfermo, pelo seu caráter modificável, portanto, preventivo⁷, sendo que a identificação desses fatores deve ocorrer por ocasião da admissão do idoso na UTI, vislumbrando direcionar estratégias de intervenção e prevenção precocemente.¹⁷

No que concerne às estratégias de prevenção farmacológicas destacam-se a utilização do haloperidol, a redução de benzodiazepínicos, e alternativas à terapia farmacológica sedativa. Um estudo que utiliza um programa de gestão farmacológica no acompanhamento de *delirium* recomenda o uso de haloperidol em idosos, porém com a metade da dose utilizada em adultos.²¹ Por outro lado, outro estudo¹⁵, alerta para a presença de *delirium* persistente após o uso de haloperidol, devido ao risco dessa medicação converter um estado hiperativo da síndrome para um estado hipoativo. Portanto, existem discordâncias na literatura quanto ao uso do haloperidol quando o quadro de confusão e agitação psicomotora se instala.

Convém enfatizar que o uso de medicamentos psicoativos, a exemplo dos benzodiazepínicos, podem interferir na neurotransmissão cerebral e induzir aos sintomas do delirium⁷, devendo ser, portanto, a sedação dos idosos, bastante criteriosa. Estudos mostram a relação do *delirium* com uso de benzodiazepínicos e opióides que são comuns nos protocolos de sedação utilizados em muitas UTIs.^{4,13,16,19} Os idosos que receberam benzodiazepínicos e/ou opióides na UTI, tiveram associação com uma duração prolongada do *delirium*,¹⁶ apesar de outro estudo⁹ destacar a importância da continuidade dos benzodiazepínicos em idosos que já fazem uso crônico, pelo risco de desenvolverem abstinência com a retirada abrupta.

Como alternativa para eleger uma droga de escolha para a sedação de pacientes críticos com risco de *delirium*, elege-se a dexmetomidina pois, estudo¹⁹ que comparou o uso desta medicação na sedação de pacientes sépticos com um benzodiazepínico verificou

que seu uso contribuiu para diminuição na incidência, prevalência, e mortalidade de *delirium*.¹⁹ Já no tocante as estratégias não farmacológicas de prevenção do delirium, um estudo comparativo, que envolveu a família no atendimento psicológico de pacientes na UTI, com grupo controle e grupo de intervenção compostos por 73% de idosos, entre um total de 170 pacientes criticamente doentes, foi verificado que 54 (77%) dos pacientes do grupo controle apresentou *delirium*, enquanto que 23 (29%) dos pacientes do grupo de intervenção apresentaram o fenômeno, indicando a importância da presença de um familiar como estratégia de prevenção dos fatores de risco, em ambientes de cuidados críticos.²⁰

Outro fator de risco que merece destaque é a contenção física, um dos principais fatores precipitantes do *delirium* em idosos, que se constitui em prática constante em muitas UTIs, cujo objetivo é evitar retiradas de cateteres venosos, tubos e lesões auto-infringidas. Muitas vezes, este dispositivo, chamado de “algemas leves”, é utilizado inclusive em idosos sem quadro de agitação prévia. Dessa forma, existe a grande necessidade de mudanças dessa prática, pois, a literatura refere que a contenção física aumenta significativamente a incidência de *delirium* e, em alguns países a exemplo da Dinamarca, este dispositivo só pode ser utilizado com a permissão de um médico psiquiatra.¹² Estudo mostrou que o uso de restrição física apresentou risco muito elevado de ocorrência do delirium.⁷

Outro fator de risco é a privação do sono, visto que os idosos ante esse fenômeno revelam sintomas semelhantes de disfunção neurocognitiva como a desatenção e a flutuação do estado mental.⁵ Considerando isso, os autores sugerem que deve ser dada atenção especial ao ambiente da UTI, permitindo que o período da noite, se mantenha calmo, com as luzes reduzidas, para evitar interrupções do sono. Já durante o dia, os pacientes devem ser mantidos acordados, sendo considerado uma medida de conforto semelhante ao controle da dor.⁵

Já os pacientes que sofrem com o isolamento familiar, estão mais propensos em desenvolverem o *delirium*, sendo este fator argumento na discussão de uma política de visita aberta na UTI, como ferramenta propulsora da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, é garantido ao idoso, por meio do estatuto do idoso, o acompanhamento por familiares em seu período de internação, no entanto, em algumas instituições é vedada a presença destes parentes, por problemas estruturais ou devido a políticas institucionais. A participação da família durante hospitalização do idoso em UTI pode proporcionar redução dos estressores que existem neste ambiente, representando uma prevenção primária em relação às alterações de estado mental.²⁰

Nesse sentido, sugere-se que medidas de humanização, a exemplo da inserção dos familiares durante hospitalização por meio da visita aberta, associadas às práticas farmacológicas e não farmacológicas precisam ser incentivadas e aplicadas por equipe multidisciplinar composta, dentre outros, por profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos. Outros autores destacam que devem ser realizadas ainda outras pequenas intervenções, com o foco nos fatores de risco modificáveis, devendo ser proporcionado um ambiente nas unidades de cuidados críticos menos inóspito, com melhoria na percepção de noite e dia, uso de óculos e

aparelhos auditivos, remoção precoce de dispositivos invasivos e correção de distúrbios hidroeletrólíticos.⁹⁻¹³

Outra estratégia de prevenção necessária é um modelo de previsão e rastreamento da ocorrência de *delirium*. A identificação precoce facilita o uso de medidas preventivas, especialmente as não farmacológicas, que podem ser utilizadas por todos os profissionais, a exemplo de mobilização precoce, musicoterapia, estimulação cognitiva.¹⁸ É importante destacar o papel chave da equipe de enfermagem na detecção de *delirium*, porquanto esses profissionais permanecem constantemente a beira do leito, tornando-se assim mais fácil a detecção precoce especialmente com o uso de uma ferramenta de rastreamento, a exemplo do *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU)*.²

CONCLUSÃO

Nesta revisão, foi possível identificar que a maioria das publicações, quase absoluta, foi realizada por pesquisadores internacionais, demonstrando que o Brasil necessita de avanços no reconhecimento desta síndrome na prática assistencial, refletindo seus resultados em pesquisas.

Na literatura internacional, verifica-se uma alta incidência de *delirium* em idosos, muitas vezes associados aos fatores precipitantes de sua ocorrência, que são passíveis de mudanças, através de estratégias de prevenção e de vigilância. Nestes estudos, evidencia-se a importância de mudanças de práticas assistenciais, especialmente conduzidos pela equipe de enfermagem, dentro de um contexto multiprofissional, objetivando diminuir o efeito durador deste fenômeno nos idosos quando permanecem gravemente enfermos.

A identificação precoce dos idosos propensos a desenvolverem o *delirium*, e a própria identificação da síndrome, utilizando ferramentas que auxiliem o seu diagnóstico é de suma importância para condução de medidas profiláticas e tratamento. Sabe-se que os idosos criticamente enfermos estão expostos a uma série de intervenções necessárias para a monitorização de suas funções vitais, mas estas deverão ser feitas com critérios estabelecidos, objetivando a não ocorrência de iatrogenias nesta população tão susceptível, estabelecendo-se ações de vigilância contínua para sua descontinuidade precoce assim que as condições clínicas do idoso permitam.

Espera-se, que este estudo possa contribuir para o reconhecimento da incidência e prevalência dessa síndrome, além do conhecimento dos fatores de risco e das estratégias de prevenção dos fatores de risco modificáveis do *delirium* em idosos em UTI, melhorando, dessa forma, a qualidade da assistência multiprofissional ao idoso criticamente enfermo.

REFERÊNCIAS

1. Feijó CAR, Bezerra ISAM, Peixoto Júnior AA, Meneses FA. Morbimortalidade do Idoso internado na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário de Fortaleza. *Rev. bras. ter. intensiva* [internet]. 2006 [cited 2013 oct 16]; 18(3):263-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n3/v18n3a08.pdf>
2. Mistarz R, Elliott S, Whitfield A, Ernest D. Bedside nurse-patient interactions do not reliably detect delirium: an observational study. *Aust. crit. care* [internet]. 2011 [cited 2013 oct 16]; 24(2):126-32. Available from: http://www.nursingconsult.com/nursing/journals/0197-4572/full_text/PDF/s1036731411000038.pdf?issn=10367314&full_text=pdf&pdfName=s1036731411000038.pdf&spid=24280755&article_id=825991
3. Lee H B, DeLoatch CJ, Cho S, Rosenberg P, Mears SC, Sieber FE. Detection and Management of Pre-existing cognitive impairment and associated behavioral symptoms in the intensive care unit. *Crit Care Clin* [internet]. 2008 [cited 2013 oct 16]; 24(4):723-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2610456/>
4. Tobar E, Romeroa C, Galleguillosb T, Fuentesb P, Cornejoa R, Lira MT et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión em idioma español. *Med. Intensiva* [internet]. 2010 [cited 2013 oct 16]; 34(1):4-13. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n1/original1.pdf>
5. Weinhouse GL, Schwab RJ, Watson PL, Patil N, Vaccaro B, Pandharipande P. Bench-to-bedside review: Delirium in ICU patients- importance of sleep deprivation. *Crit. care.* [internet]. 2009 [cited 2013 oct 19]; 13(6):1-8. Available from: <http://ccforum.com/content/pdf/cc8131.pdf>
6. Pisani M, Murphy TE, Araujo KL, Slattum P, Van Ness PH, Inouye SK et al. Benzodiazepine and opioid use and the duration of intensive care unit delirium in an older population. *Crit. care med.* [internet]. 2009 [cited 2013 oct 19]; 37(1):177-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700732/pdf/nihms117966.pdf>
7. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L.. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit. care.* [internet] 2009 [cited 2013 oct 19]; 13(3):1-12. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc7892.pdf>
8. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L.A Comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. *Crit. care.* [internet] 2008 [cited 2013 Apr 11]; 12(1): 1-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2374628/pdf/cc6790.pdf>
9. Pitrowsky MT, Shinotsuka CR, Soares M, Lima MASD, Salluh JIF. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva.* [internet] 2010 [cited 2013 Apr 12]; 22(3):274-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/10.pdf>
10. Mori S, Kashiba KI, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. Confusion assessment method to analyze delirium in intensive care unit: literature review. *Rev. bras. ter. intensiva.* [internet] 2009 [cited 2013 Apr 12]; 21(1):58-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a09.pdf>
11. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit. care.* [internet] 2008 [cited 2013 sept 10]; 12(3):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2391269/pdf/cc6149.pdf>

12. Svenningsen H, Tonnesen E. Delirium incidents in three Danish intensive care units. *Nurs. crit. care.* [internet] 2011 [cited 2013 oct 26]; 16(4): 186-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21651659>
13. Salluh J, Soares M, Teles JM, Ceraso D, Raimondi N, Nava VS et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Crit. care.* [Internet]. 2010 [cited 2013 jul 31]; 14(6):210-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220001/>
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [internet]. 2008 [cited 2013 oct 17]; 17(4): 758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
15. Pisani M, Murphy TE, Araújo KLB, Van Ness PH. Factors associated with persistent delirium after intensive care admission in a older medical patient population. *J. crit. care.* [internet] 2010 [cited 2013 oct 17]; 25(3): 540-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939229/>
16. Pisani M, Kong SY, Kasl SL, Murphy TE, Araújo KL, Van Ness PH. Days of delirium are associated with 1-year mortality in a older intensive care unit population. *Am J Resp Crit Care Med.* [internet] 2009 [cited 2013 oct 26]; 180(11):1092-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2784414/>
17. Pisani M, Murphy TE, Van Ness PH, Araujo KL, Inouye SK. Characteristics associated with delirium in older patients in a medical intensive care unit. *Arch. intern. med.* [internet] 2007 [cited 2013 oct 26]; 167(15):1629-34. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=769859>
18. Van den Boogaard M, Pickkers P, Slooter AJ, Kuiper MA, Spronk PE, Van der Voort PH et al. Development and validation of PRE-DELIRIC (Prediction of delirium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicenter study. *BMJ.* [internet] 2012 [cited 2013 oct 26]; 34(4): 420-5. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/22323509>
19. Pandharipande PP, Sanders RD, Girard TD, McGrane S, Thompson JL, Shintani AK et al. Effect of dexmedetomidine versus lorazepam on outcome in patients with sepsis: an a priori- designed analysis of the MENDS randomized controlled trial. *Crit. care.* [internet] 2011 [cited 2013 oct 22]; 15(1): 402. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887145/>
20. Black P, Boore JRP, Parahoo K. The effect of nurse-facilitated participation in the psychological care of the critically ill patient. *J. adv. nurs.* [internet] 2011 [cited 2013 oct 20]; 67(5):1091-101. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x/abstract>
21. Campbell NL, Khan BA, Farber M, Campbell T, Perkins AJ, Hui SL et al. Improving delirium care in the intensive care unit: The design of a pragmatic study. *Trials.* [internet] 2011 [cited 2013 oct 20]; 6(12):139- 43. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-12-139.pdf>
22. Page VJ, Navarange S, Gama S, McAuley DF. Routine delirium monitoring in a UK critical care unit. *Crit. care.* [internet] 2009 [cited 2013 oct 20]; 13(1):16-21. Available from: <http://ccforum.com/content/pdf/cc7714.pdf>

Recebido em: 20/11/2013
Revisões requeridas: 23/05/2014
Aprovado em: 03/09/2014
Publicado em: 01/07/2015

Endereço de contato dos autores:
Danielle samara Tavares de Oliveira Figueiredo
Rua Ana de Fátima Gomes, nº 116, Aptº 101, Portal do Sol, CEP: 58046-780, João Pessoa-Paraíba, Brazil. E-mail: daniellesamara@hotmail.com