

AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE DELIRIUM EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

EVALUATION OF THE DELIRIUM PRESENCE IN PATIENTS SUBMITTED TO CARDIAC SURGERY

Alícyia Teotonio Silva Loureiro¹

Ariany Duarte Neves²

Ana Carolina do Nascimento Calles³

Adeline Soraya de Oliveira da Paz Menezes⁴

RESUMO

O delirium é um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção caracterizado por início agudo e curso flutuante. Acomete com frequência pacientes internados em unidade de terapia intensiva, principalmente os em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Objetivo:** Avaliar se pacientes submetidos a cirurgia cardíaca manifestam delirium nas primeiras 24 horas após a intervenção cirúrgica. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, e de coorte, realizado no Hospital do Coração de Alagoas, no período de Julho a Outubro de 2016. A amostra é do tipo não probabilística, sendo composta por todos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca durante o estudo. Os instrumentos utilizados foram o Mini Exame de Estado Mental, Método de Avaliação da Confusão, e o Método de Avaliação de Confusão em Unidades de Cuidados Intensivos associado a Escala de Sedação e Agitação de Richmond. **Resultado e discussão:** Dos 20 pacientes avaliados, apenas 1 (5%) manifestou delirium. Na literatura essa taxa é considera baixa, entretanto, encontramos trabalhos parecidos que corroboram com o nosso resultado. **Conclusão:** Mesmo apresentando fatores de risco para o delirium, os paciente não desenvolveram a síndrome. Tal resultado pode estar relacionado ao bom serviço prestado ao paciente na unidade de terapia intensiva.

Palavras-chave: Delirium. Cirurgia cardíaca. Pós-operatório. Unidade de terapia intensiva.

Abstract

¹ Discente do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Tiradentes.

² Discente do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Tiradentes.

³ Doutoranda em Biotecnologia em Saúde pela Universidade Federal de Alagoas.

⁴ Mestre em Ciências da Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo.

Delirium is a disturbance of consciousness, attention, cognition and perception characterized by acute and fluctuating onset. It frequently affects patients hospitalized in an intensive care unit, especially those in the postoperative period of cardiac surgery. **Objective:** To evaluate if patients undergoing cardiac surgery manifest delirium in the first 24 hours after the surgical intervention. **Methods:** This is a descriptive, cohort study performed at the Hospital do Coração de Alagoas from July to October 2016. The sample is of a non-probabilistic type, being composed of all patients submitted to cardiac surgery during the study. The instruments used were the Mini Mental State Examination, Confusion Evaluation Method and the Confusion Evaluation Method in Intensive Care Units associated with the Richmond Sedation and Agitation Scale. **Outcome and discussion:** Of the 20 patients evaluated, only 1 (5%) manifested delirium. In the literature this rate is considered low, however, we find similar works that corroborate with our result. **Conclusion:** Although presenting risk factors for delirium, the patients did not develop the syndrome. This result may be related to the good service provided to the patient in the intensive care unit.

Keywords: Delirium. Cardiac surgery. Postoperative. Intensive care unit.

INTRODUÇÃO

A cirurgia cardíaca é um procedimento de grande porte, que implicava alteração de vários mecanismos fisiológicos. É indicada quando existe uma estimativa de melhor qualidade de vida para o paciente e é dividida em três tipos: corretoras, relacionadas aos defeitos do canal arterial, incluído o do septo atrial e ventricular; reconstrutoras, destinadas à revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide; e substitutivas, que correspondem às trocas valvares e aos transplantes. No entanto, apesar de sua ampla execução e evolução ao longo dos anos, ainda provoca certos riscos para o paciente (FILHO; CARMONA; JUNIOR, 2004; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006; FEITOSA, et al., 2010; NINA, et al., 2012).

Durante o pós-operatório, o paciente pode desenvolver várias complicações, sendo, algumas mais prevalentes que as outras. Dentre as complicações típicas encontradas nesse período estão as alterações neurológicas, que podem variar desde alterações psicológicas transitórias, como o delirium, até eventos mais graves, como acidente vascular encefálico (LELIS; JUNIOR, 2004).

O delirium foi uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica, atualmente é definido como uma síndrome neuropsiquiátrica transitória, de início agudo e curso flutuante, que envolve transtorno global das funções cognitivas, rebaixamento do nível de consciência, desordem no ciclo vigília-sono, e atividade psicomotora aumentada ou diminuída. Pode ocorrer de forma hipoativo, representado por lentificação psicomotora, apatia, letargia, diminuição da resposta a estímulos externos e introversão; hiperativo caracterizado por quadro de hiperatividade psicomotora, onde os pacientes precisam ser contido ao leito; e misto caracterizado por períodos de hiperatividade e hipoatividade em um só momento (SANTOS, 2005; AGUIAR, 2009; LUNA, 2013; PAREJO, 2014; OLIVEIRA, 2015).

Pacientes com delirium apresentam-se confuso, com pensamento ilógico e discurso incompreensível. É frequente a perda de memória e, geralmente, exibem uma amnesia anterógrada. Alterações de linguagem e de percepção sensorial podem surgir. Ilusão ou alucinações visuais e/ou táteis também são comuns. Além disso, podem apresentar intensa ansiedade, eventos de ideação paranoide, labilidade efetiva e inversão do ciclo vigília-sono. Esses episódios são tipicamente súbito e se desenvolvem por horas ou dias. Em geral, surgem no final da tarde e início da noite. Os sintomas modulam no decorrer do dia, (período de 24 horas) e costumam ser piores à noite (LOBO, et al., 2010; OLIVEIRA, 2015).

O aparecimento do delirium se deve a uma somatização de fatores, porém, algumas pessoas têm mais suscetibilidade para desenvolvê-lo. Essas características, que os tornam suscetíveis, são conhecidas como fatores de risco para delirium e podem ser classificadas em fatores predisponentes (pouco ou nada modificáveis) e precipitantes (modificáveis) (MUÑOZ, et al., 2012).

Dentre os fatores de risco pouco ou nada modificáveis estão déficit cognitivo pré-existente/demência, episódio prévio de delirium, idade maior que 65 anos, sexo masculino, múltiplas comorbidades, doenças crônicas, polifarmácia, hepatopatia, insuficiência renal crônica, doença terminal, desidratação, depressão, desnutrição e déficits sensoriais. Entre os fatores modificáveis estão medicações, procedimentos médicos/cirurgias, doenças agudas (infecções, infarto agudo, acidente vascular cerebral, trauma, entre outras), imobilização prolongada, uso de equipamentos invasivos (sonda vesical e sonda nasoenteral), restrição física, desidratação, desnutrição, iatrogenia, distúrbios metabólicos e hidroeletrolíticos, mudanças de

ambiente, abuso ou abstinência de substâncias (álcool, drogas ilícitas) e privação de sono prolongada (PESSOA; NÁCUL, 2006; LOBO, et al., 2010; FARIA; MORENO, 2013).

Apesar do crescente entendimento sobre a epidemiologia, fatores de risco e associação com os desfechos clínico, os mecanismos fisiopatológicos que envolvem o desenvolvimento e a progressão do mesmo ainda continuam desconhecidos na literatura, mais supõem-se que estes mecanismos estejam intimamente relacionados a alterações nas concentrações de neurotransmissores, que modulam o controle da função cognitiva, do comportamento e do humor (SILVEIRA, 2012; SILVA; MOREIRA, 2012).

Com relação ao delirium no pós-operatório, ele costuma ocorrer dentro de 24 a 48 horas após a cirurgia, e está geralmente relacionado a idade, sexo, história médica prévia, tipo de medicação utilizada no pré-operatório e fatores de risco intraoperatório (tipo de cirurgia, tempo de permanência em circulação extracorpórea, tempo de permanência em internação e uso de medicação específica) (SOARES, et al., 2011).

Além disso, o delirium pós-operatório está associado a um mau prognóstico, incluindo risco de desenvolvimento de demência, declínio funcional, complicações adicionais, prolongação do tempo de ventilação mecânica, aumento no tempo de permanência no hospital ou unidade de terapia intensiva (UTI), aumento dos custos de tratamento e mortalidade intra-hospitalar e após alta (SANTOS, 2005; VEIGA, et al., 2012; ABELHA, et al., 2013).

Apesar de sua alta prevalência e incidência, principalmente em UTI, o delirium ainda é uma entidade pouco conhecida pelos profissionais da saúde, sendo subdiagnosticado e desvalorizado, especialmente por não ser a razão primária de admissão do paciente no ambiente hospitalar (PITROWSKY, et al., 2010).

A partir dessas colocações o presente estudo tem como objetivo, avaliar se os pacientes submetidos a cirurgia cardíaca apresentam delirium durante as primeiras 24 horas de pós-operatório imediato.

METODOLOGIA

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração de Alagoas, em consonância com a Resolução 466/12 CNS-MS para pesquisa

envolvendo seres humanos, e só foi executado após sua aprovação sob o parecer consubstanciado 4785. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram e receberam um via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de um estudo descritivo, e de coorte, realizado inicialmente nas enfermarias e nos apartamento, e após na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Coração de Alagoas, em Maceió, AL, Brasil. A amostra não probabilística foi composta por todos os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, durante o período de Julho a Outubro de 2016.

Foram incluídos neste estudo pacientes de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, com condições físicas e psicológicas para responder previamente o instrumento da pesquisa antes da intervenção cirúrgica, e indicação de cirurgia cardíaca e internação em UTI após procedimento. Não foram incluídos neste estudo pacientes com suspeita ou diagnóstico fechado de rebaixamento do nível consciência, demência, depressão, febre, deficiência visual e/ou auditiva não corrigidas, doenças neurológicas, alterações cognitivas e delirium antes da avaliação, assim como pacientes que inviabilizasse o uso dos instrumentos de delirium após o procedimento cirúrgico.

Os pacientes elegíveis foram submetidos a um pré-teste pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM). O MEEM, foi criado em 1975 por Folstein e col. para detectar alterações cognitivas em adultos e idosos. É composto por duas seções, que objetivam avaliar funções cognitivas específicas. A primeira seção contém questões que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de composição livre de uma frase e de cópia de um desenho (polígonos), perfazendo mais nove pontos. Por tanto, seu score pode variar de um mínimo de 0 pontos (maior grau de comprometimento cognitivo), até um total máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva) (MELO; BARBOSA, 2015).

No Brasil o mini exame possui uma variedade de versões, adaptações e pontos de cortes, devido à heterogeneidade da população brasileira, especialmente no que diz respeito à escolaridade. Diante disso, Bertolucci e col. (1994), realizaram um estudo de análises de base populacional, na qual encontram pontos de cortes diferentes para o diagnóstico de declínio cognitivo, de acordo com a escolaridade ou o nível educacional. Então, os pontos de cortes sugeridos por eles foram 13 pontos para

analfabetos, 18 pontos para indivíduos com baixa e média escolaridade (1 a 8 anos incompletos de estudo) e 26 para aqueles com alta escolaridade (≥ 8 anos de estudo) (MELO; BARBOSA, 2015).

Considerando a importância de identificar os fatores predisponentes e precipitantes do delirium, foi utilizada uma ficha tipo formulário (elaborada pelos pesquisadores), para registrar os dados do pré-operatório, do transoperatório e do pós-operatório imediato informados no prontuário dos pacientes.

No pré-operatório foram obtidos dados correspondentes a idade, sexo, peso, raça, escolaridade, estado civil, data e o motivo de internação hospitalar, doenças associadas e medicações em uso. Já no transoperatório os dados abordados foram data e o tipo de cirurgia cardíaca, tempo de cirurgia, tempo de anestesia, tempo de circulação extracorpórea (CEC), transfusões realizada, sedação utilizadas e intercorrência durante a cirurgia. Em relação ao pós-operatório imediato foram coletadas informações sobre: uso de sedação e outras drogas, tipo de ventilação e intercorrências.

Para avaliar o delirium no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, utilizamos como ferramenta principal o Método de Avaliação de Confusão em Unidades de Cuidados Intensivos (CAM-ICU), criado e validado por Ely e colaboradores em 2001. O CAM-ICU é um métodos não verbal que permite rastrear e/ou diagnosticar o delirium em pacientes graves sob ventilação mecânica (VM) em unidade de cuidados intensivos. Esse instrumento é formado por 4 itens que são característicos de alteração do estado mental no paciente: 1. início agudo ou curso flutuantes; 2. desatenção (neste item são lidas em voz alta uma sequência de letras (SAVEAHAART), e solicitado ao paciente que aperte a mão do examinador quando ouvir a letra A. Caso ele apresente três erros ou mais, já tem o diagnóstico de delirium); 3. nível de consciência alterado (avaliação com a escala de sedação), e 4. pensamento desorganizado (nesse passo, o examinador irá fazer quatro perguntas que possuem respostas fáceis, e também irá dar um comando, facilmente executável. Se o paciente apresentar dois erros ou mais, ele tem o diagnóstico de delirium). É positivo quando as características 1 e 2 estão presentes, associada a característica 3 ou à 4 (BARROS, 2014; LUNA; ENTRINGER; SILVA, 2016).

Antes de aplicar CAM-ICU, é necessário avaliar primeiro o nível de consciência do paciente. Para isso, é empregada a Escala de Sedação e Agitação de Richmond

(RASS), desenvolvida por uma equipe multidisciplinar na Universidade da Virginia, em Richmond, que compreende uma escala com dez níveis de pontuação (+ 4 Combativo; + 3 Muito agitado; + 2 Agitado; + 1 Inquieto; 0 Alerta e calmo; - 1 Torporoso; - 2 Sedado leve; - 3 Sedado moderado; - 4 Sedado Profundamente e; - 5 Coma), que são obtidos facilmente com a resposta do paciente ao comando verbal e com estímulo físico. Seu uso é indispensável na avaliação do delirium por meio da CAM-ICU, pois para dá continuidade a esse método é preciso que o paciente apresente escore maior que -4 (BARROS, 2014; OLIVEIRA, 2015).

Outro instrumento psicométrico usado para rastrear e/ou diagnosticar o delirium no mesmo período foi, o Método de Avaliação da Confusão (CAM), criado em 1990 por Inouye et al. Este é composto por quatro característica clinicas consideradas importantes para o diagnóstico do delirium: 1 - início agudo e curso flutuante; 2 - inatenção; 3 - desorganização do pensamento; e 4 - perturbação da consciência. Para fazer o diagnóstico de delirium é necessário a presença dos itens 1 e 2 e/ou 3 e 4 (SAMPAIO; SERQUEIRA, 2012).

Os dados foram organizados em planilhas do software Microsoft Excel 2013. As variáveis foram apresentadas como frequências relativas e absolutas. E para auxiliar na visualização dos dados, foi utilizado gráficos em barras. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS v. 20.0 (IBM Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Foram avaliados 23 pacientes, porém, 3 deles foram excluídos da amostra, pois a ocorrência do delirium não pode ser avaliada pelos seguintes motivos: um paciente apresentou déficit cognitivo no pré-operatório, quando foi avaliado pelo teste do MEEM, não atingindo o escore previsto para seu nível educacional; e dois pacientes tiveram complicações graves durante a cirurgia, sendo necessário manter a sedação após a cirurgia (mais de 24 horas), inviabilizando a aplicação do método de CAM-ICU, pois o RASS avaliado foi de -5 (coma).

A amostra (Tabela 1) foi composta por 12 (60%) pacientes do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino. A faixa etária de maior frequência entre eles foi menor que 60 anos (65%). O peso dos participantes variou entre 70 e 90 kg (60%). A raça branca (50%) foi a mais prevalente nos pacientes. A maioria era casado (70%). E o nível de escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo (50%).

Tabela 1. Características da amostra (n = 20)

Variável	Frequência	%
Categoria de Idade		
≤ 60 anos	13	65,0
≥ 60 anos	7	35,0
Sexo		
Masculino	8	40,0
Feminino	12	60,0
Peso		
Entre 50 e 70 Kg	7	35,0
Entre 70 e 90 Kg	12	60,0
Entre 90 e 110 Kg	1	5,00
Raça		
Branco	10	50,0
Negro	1	5,0
Pardo	9	45,0
Estado Civil		
Casado	14	70,0
Divorciado	3	15,0
Solteiro	2	10,0
Viúvo	1	5,0
Escolaridade		
Fund. Incompleto	1	5,0
Médio Completo	10	50,0
Superior	9	45,0

Kg: quilograma.

Com relação às comorbidades encontradas no pré-operatório (Tabela 2), observou-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (80%), seguindo da diabetes mellitus (45%), são as enfermidades mais comuns dos pacientes submetidos à cirurgia.

Tabela 2. Presença de comorbidades (n = 20)

Variável	Frequência	%
Cardiopatias		
Não	13	65,0
Sim	7	35,0
Diabetes Mellitus		
Não	11	55,0
Sim	9	45,0
Dislipidemias		
Não	13	65,0
Sim	7	35,0
HAS		
Não	4	35,0
Sim	16	80,0
Outras doenças		
Não	18	90,0
Sim	2	10,0

HAS: hipertensão arterial sistêmica.

No intraoperatorio (Tabela 3) observou-se que o tratamento cirúrgico, mais frequente foi à revascularização do miocárdio (RVM) (65%). Em relação ao tempo de cirurgia, a maioria durou de 3 e 4 horas (50%). Sobre o uso e tempo de CEC, 19 pacientes usaram a técnica, e o tempo mais frequente variou de 1 a 2 horas (75%). Referente ao tempo de anestesia, a maior parte deles passou de 4 a 5 horas (50%), sedados. Dentre os sedativos mais utilizados o midazolam (100%), o propofol (95%), a morfina (90%), e o sevoflurano (90%), foram o mais usados. E durante o procedimento, apenas 2 pacientes necessitaram de transfusão e somente 1 teve intercorrências.

Tabela 3. Características do intraoperatório (n = 20)

Variável	Frequência	%
Tipo de Cirurgia		
Cardíaca		
Implante/Troca Valvar	6	30,0
RVM	13	65,0
Outros	1	5,0
Tempo de Cirurgia		
Entre 2 e 3 hrs	2	10,0
Entre 3 e 4 hrs	10	50,0
Entre 4 e 5 hrs	7	35,0
Mais que 5 hrs	1	5,0
Tempo CEC		
Não realizou	1	5,0
Até 1 hr	4	20,0
Entre 1 e 2 hrs	15	75,0
Tempo de Anestesia		
Entre 3 e 4 hrs	4	20,0
Entre 4 e 5 hrs	10	50,0
Transfusão		
Não	18	90,0
Sim	2	10,0
Sedativos utilizados		
Midazolam	20	100,0
Fentanil	6	30,0
Sulfentanil	10	50,0
Propofol	19	95,0
Morfina	18	90,0
Sevoflurano	18	90,0
Dextrocetamina	5	25,0
Outros sedativos	3	15,0
Intercorrência		
Hipotensão e Bradicardia	1	5,0
Não	19	95,0

RVM: revascularização do miocárdio; Hrs: horas; CEC: circulação extracorpórea.

Referente os dados registrados no pós-operatório imediato (tabela 4), analisa-se que só dois (10%) pacientes fizeram uso de sedação (dexmedetomidina). No entanto, outras medicações foram utilizadas com grande frequência como: tramadol (70%), dipirona (50%), cefuroxima (55%) e pantoprazol (45%). Sobre o tipo de ventilação, a ventilação não invasiva (VNI) (50%), e a oxigenoterapia (40%), foram o suporte ventilatório dominante na pesquisa, pois, boa parte dos pacientes já chegava do centro cirúrgico sem ventilação artificial ou eram extubado precocemente na UTI. Entre as complicações achadas, estão a agitação (5%), bradipneia (5%), hipovolemia e hipotensão (5%).

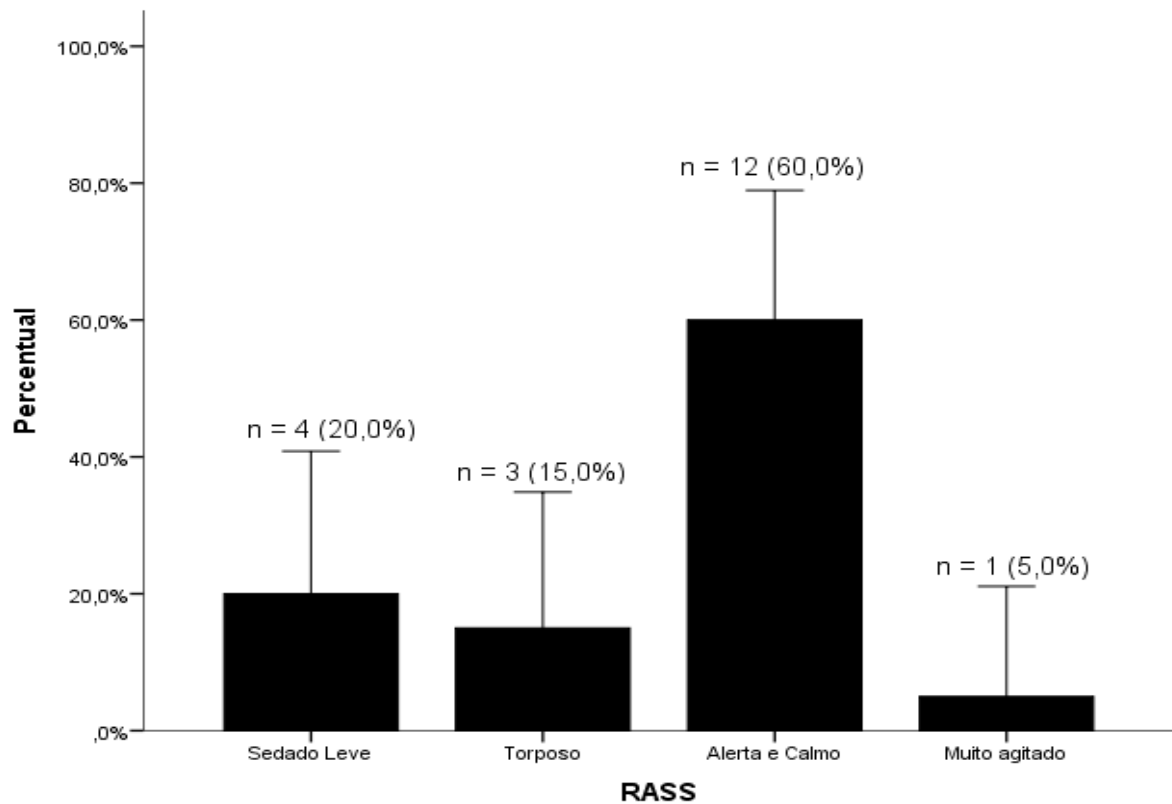
Tabela 4. Características do pós-operatório imediato (n = 20)

Variável	Frequência	%
Sedativos utilizados		
Dexmedetomidina	2	10,0
Não	18	90,0
Medicações utilizadas		
Tramadol	14	70,0
Tridil	3	15,0
Dopamina	4	20,0
Dipirona	10	50,0
Cefuroxima	11	55,0
Morfina	3	15,0
Pantoprazol	9	45,0
Haloperidol	1	5,0
Outras	9	45,0
Tipo de ventilação		
VMI	2	10,0
VMNI	10	50,0
Oxigenoterapia	8	40,0
Intercorrências		
Agitação	1	5,0
Bradipneia	1	5,0
Hipovolemia e	1	5,0
Hipotensão		
Não	17	85,0

VMI: ventilação mecânica invasiva; VMNI: ventilação mecânica não invasiva.

Na figura 2, nota-se que no pós-operatório imediato os pacientes apresentaram RASS superior a -4 (sedado profundamente), viabilizando a continuidade da avaliação do delirium pelo método de CAM-ICU.

Figura 2. Distribuição do RASS na amostra (n = 20)



Embora o delirium seja comumente encontrado no pós-operatório de cirurgia cardíaca, apenas um (5%) paciente da amostra foi diagnosticado com a delirium, tanto pelo instrumento de CAM-ICU (figura 3), como também pelo método de CAM (figura 4).

Figura 3. Distribuição de delirium de acordo com CAM-ICU na amostra (n = 20)

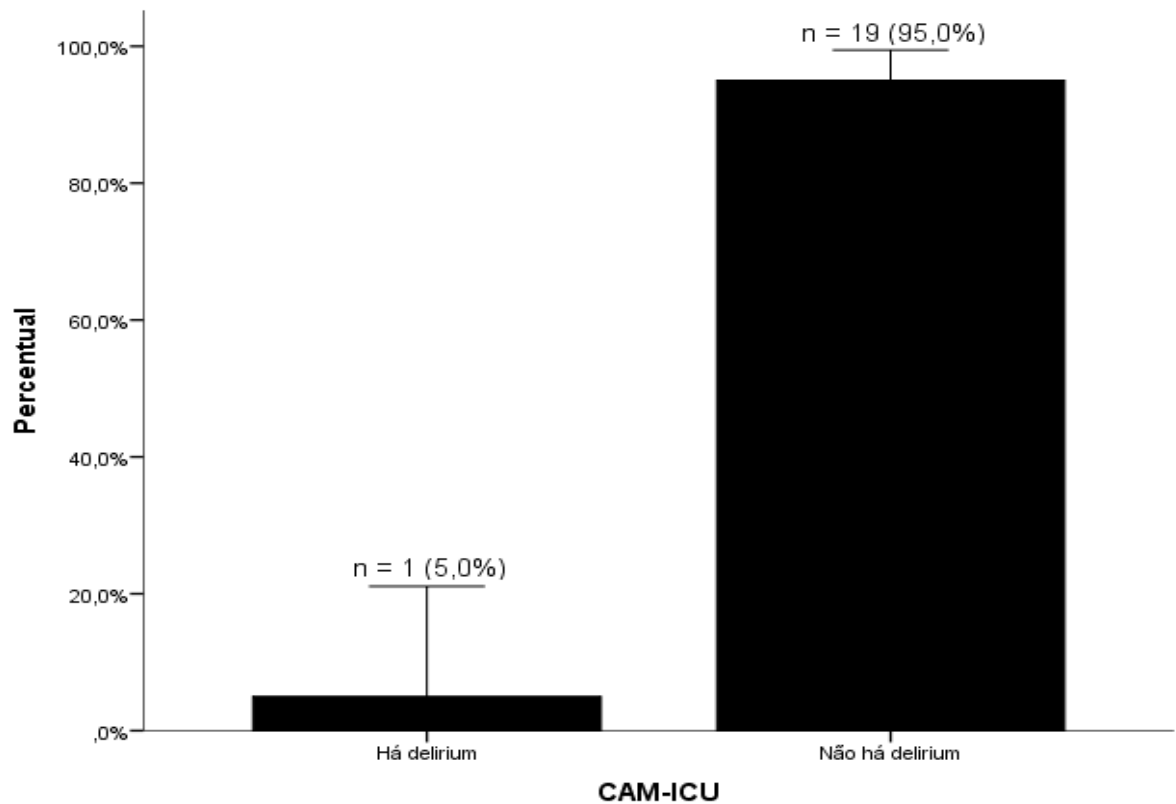
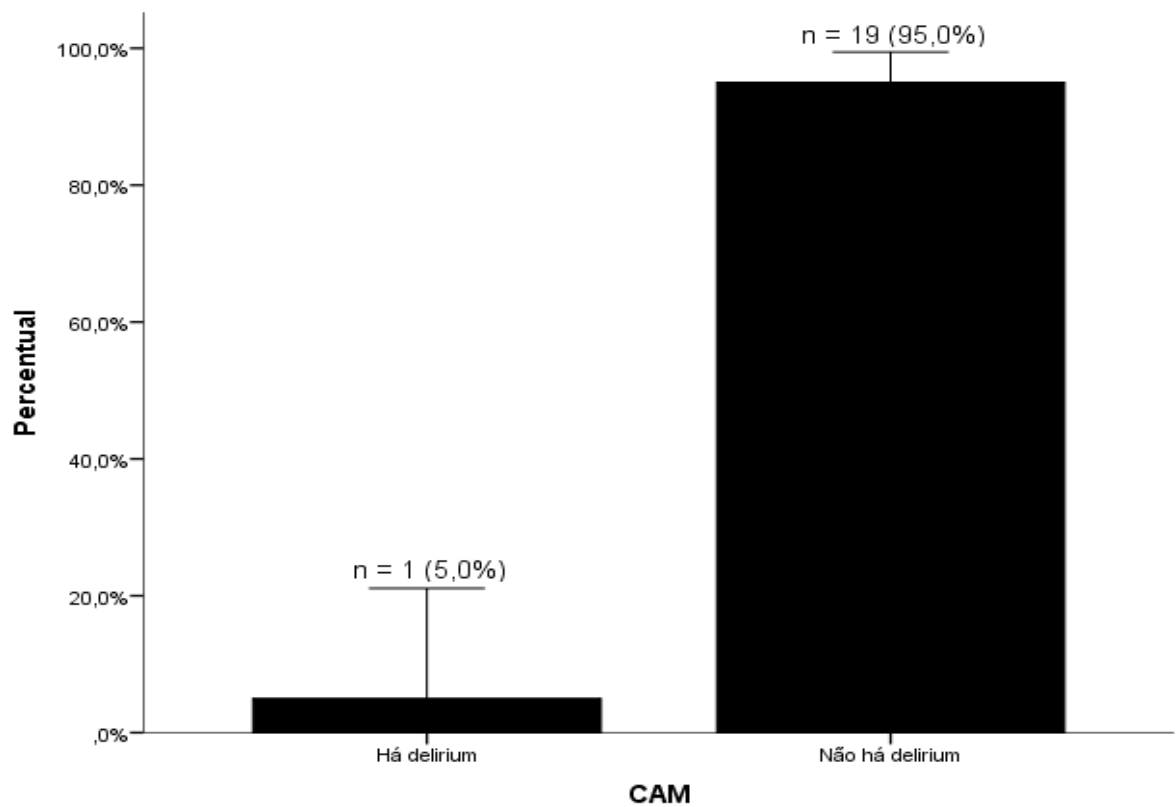


Figura 4. Distribuição de delirium de acordo com CAM na amostra (n = 20)



DISCUSSÃO

A incidência de delirium encontrada no presente estudo foi menor que as taxas reportadas na literatura, porém a trabalhos parecidos que corroboram com o nosso resultado, como o estudo de Muñoz e col. (2012) que apresentou prevalência de delirium de 5,7% (8/140) e a incidência, 2,1%. Em outro estudo, com uma amostra bem maior (680 pacientes), apenas 18% (128 pacientes) desenvolveram quadro de delirium durante o pós-operatório (VEIGA, et al., 2012).

O baixo índice de delirium pode estar relacionado a vários fatores e um deles seria a predominância de pacientes de sexo feminino (60%) e a idade menor que 60 anos (65%). Muñoz e col. (2012) verificaram que realmente a associação entre idade e delirium, pois em sua amostra os pacientes mais idosos (> 60 anos) apresentam 10,8% delirium, comparado aos pacientes com menos de 60 anos, que foi de 3,9%. Com relação ao sexo, a literatura aponta que o sexo masculino constitui fator predisponente para desenvolvimento de delirium. Luna, Entringer e Silva (2016), confirmam esse relato, observando uma maior taxa de delirium em pessoas do sexo masculino (62%).

Outro fator que pode ter contribuído para esse resultado é alto nível educacional dos pacientes que foram ensino médio (50%) e superior (45%). Oliveira (2015) pode confirmar esse resultado através de seu estudo, onde descrever que o baixo grau de escolaridade dos seus participantes foi um dos fatores de risco independente para o delirium no pós-operatório de cirurgia cardíaca (95%).

O pouco uso de sedação (80%) no pós-operatório imediato pode ter cooperado para o presente resultado. Em concordância Shinotsuka e Salluh (2013) contam que ocorreu substancial progresso em relação à ocorrência de delirium na UTI, após a introdução do protocolo desperta diário. Eles corroboram ainda que os pacientes que fizeram uso do dexmedetomidina apresentam menor índice delirium (54%) do que os que utilizaram midazolam (76,6%) e propofol (70%).

O serviço de saúde da UTI e o ambiente intensivo podem ter sido fatores fundamentais para a pequena taxa de delirium. Segundo Aguiar (2009), a redução da incidência de delirium na UTI deve ser considerada um indicador de qualidade e um alvo a ser perseguido, representando melhoria no processo de prestação de cuidados ao doente.

Com tudo, o resultado de 5% de delirium contribui positivamente na redução de complicações clínicas, diminuição do tempo de permanência na UTI e de uso de ventilação mecânica. Visto que as evidências comprovam que pacientes críticos com sinais e sintomas de delirium tendem a aumentar sua estadia na Unidade de Terapia Intensiva e está associado a intercorrências como auto extubação, remoção de cateteres, alteração cognitiva a longo prazo, mortalidade de seis meses a um ano e aumento dos custos hospitalar (PITROWSKY, et al., 2010).

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que mesmo diante de inúmeros fatores de risco, incluindo também o medo dos pacientes de estar em um ambiente iminente de mortalidade e desconhecido, o surgimento de delirium nesta unidade de terapia intensiva foi relativamente pequeno comparado aos achados na literatura. Podemos atribuir esse resultado a vários fatores, e um deles seria a excelência do trabalho prestado pela equipe multiprofissional do hospital ao paciente. Diferente do que é visto na literatura, esse serviço utiliza protocolos que minimizam os riscos que causam o delirium. Além disso, adequam o ambiente para que o paciente não fique confuso, e assim mantêm o bom estado psíquico.

REFERÊNCIAS

ABELHA; F., et al. Avaliação do delírio em pacientes pós-operatórios: validação da versão Portuguesa da Nursing Delirium Screening Scale na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 63, n. 6, p. 450-455, jul/set. 2013.

AGUIAR; J. P. C. A. **Delirium pós-operatório: uma situação frequente, pouco reconhecida e com impacto na morbidade**. Porto, Junho, 2009.

BARROS; M. A. A., **Delirium em idosos criticamente enfermos: um estudo utilizando a ferramenta CAM-ICU**. João Pessoa, PB, 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F., et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

FARIA; R. S. B., MORENO; R. P. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.25, n. 2, p. 137-147, 2013.

FEITOSA; M. S., et al. CIRURGIA CARDIACA: importância da assistência de enfermagem. **XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**. Bom Conselho, Taubaté, 2010.

FILHO; P. O. V., CARMONA; M. J. C., JUNIOR; J. O. C. A. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 54, n. 5, set/out. 2004.

LELIS; R. G. B., JUNIOR; J. O. C. A. Lesão neurológica em cirurgia cardíaca: aspectos fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 54, n. 4, jun./ago. 2004.

LOBO; R. R., et al. Delirium. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249-57, 2010.

LUNA; A. A. **Delirium em terapia intensiva – um estudo retrospectivo**. Rio de Janeiro, 2013.

LUNA; A. A., ENTRINGER; A. P., SILVA; R. C. L. Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v 24, n. 1, Rio de Janeiro, 2016.

MELO; D. M., BARBOSA; A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MUÑOZ; R. L. S., et al. Prevalência e fatores associados com ocorrência de delirium em adultos e idosos internados. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 4, p. 285-90, jul/ago. São Paulo, 2012.

NINA; V. J. S., et al. Avaliação do escore CABDEAL como preditor de disfunção neurológica no pós-operatório de revascularização miocárdica com circulação extracorpórea. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 3, p. 429-35, mai/jul. 2012.

OLIVEIRA; F. R. A. **Incidência, fatores preditores e consequência do delirium no pós-operatório de cirurgia cardíaca em idosos**. São Paulo, 2015.

PAREJO; L. S. **Delirium como foco da atenção para os enfermeiros de terapia intensiva**. Botucatu, 2014.

PESSOA; R. F., NÁCUL; F. E. Delirium em pacientes críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, vol. 18, n. 2, abr/jun. 2006.

PITROWSKY; M. T., et al. Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 274-279, 2010.

ROCHA; L. A., MAIA; T. F., SILVA; L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 321-6, mai/jun. 2006.

SAMPAIO; F. M. C., SEQUEIRA; C. A. C. Confusão aguda e delirium: importância da utilização de instrumentos psicométricos de diagnóstico e/ou rastreio. **E-book – III Congresso Internacional SPESM “Da Investigação à Prática Clínica em Saúde Mental”**. Porto, 2012.

SANTOS; F. S. Mecanismos fisiopatológicos do delirium. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 104-112, 2005.

SHINOTSUKA; C. R., SALLUH; J. I. F. Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 155-161, 2013.

SILVA; R. F. L. C., MOREIRA; L. R. Fatores de risco para ocorrência de delirium em idosos na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem**, v. 5, n. 1, jan/abr. 2012.

SILVEIRA; B. E. **Avaliação de delirium em uma unidade de terapia intensiva coronariana: um estudo exploratório**. Brasília – DF, 2012.

SOARES; G. M. T., et al. Prevalência das principais complicações pós-operatórias em cirurgias cardíacas. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 24, n. 3, p. 139-146, mai/jun. 2011.

VEIGA; D., et al. Delirium pós-operatório em pacientes críticos: fatores de risco e resultados. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, vol. 62, n. 4, jun/ago. 2012.