

**AVALIAÇÃO DE *DELIRIUM* EM PACIENTES EM USO DE SEDATIVOS****Evaluation of delirium in patients in sedative use**

Aline Affonso Luna<sup>1</sup>, William de Almeida Sousa<sup>2</sup>, Viviane Modesto Ferraz<sup>3</sup>

1 Enfermeira, mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); Professora de Enfermagem da Universidade do Grande Rio.

2 Enfermeiro, especialista em enfermagem em alta complexidade com ênfase em CTI pela Universidade do Grande Rio (2008); Enfermeiro do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo.

3 Enfermeira, mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007); enfermeira do Hospital Pró - Cardíaco, Membro do Núcleo Científico da Berkeley Inteligência e Simulação em Saúde e integrante da Coordenação de Enfermagem da Sociedade de terapia Intensiva do Rio de Janeiro (SOTIERJ).

**Resumo**

Este estudo foi elaborado com o intuito de discutir a relação entre sedação e o *delirium* no que tange a assistência de enfermagem ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. Os objetivos foram: definir sedação e *delirium*; discutir as escalas de Ramsay e RASS (Escala de Agitação e Sedação de Richmond) como instrumentos para avaliação do nível de sedação; discutir a avaliação do *delirium* pelo enfermeiro, utilizando o CAM- ICU (*Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit*). Foi realizada uma revisão de literatura buscando informações sobre o tema proposto, utilizando-se os descritores: Sedação, *delirium*, escala de RASS e CAM- ICU. Evidenciou-se que o tema em estudo ainda é pouco explorado no contexto nacional, principalmente, no que se refere a produção científica realizada por profissionais Enfermeiros. O *delirium* é uma condição clínica de difícil diagnóstico pela equipe multidisciplinar. Tem como causa multifatores e deve ser acompanhada e evitada precocemente.

**Descritores:** Sedação, *delirium*, assistência de enfermagem.

**Abstract**

This study it was elaborated with intention to argue the relation between sedation and delirium in what it refers to the assistance of nursing to the patient interned in the unit of intensive therapy. The objectives had been: to it defines sedation and delirium; to argue the scales of Ramsay and RASS (Scale of Agitation and Sedation de Richmond) as instruments for evaluation of the sedation level; to argue the evaluation of delirium for the nurse, being used CAM- ICU (Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit). It was carries through a literature revision searching information on the considered subject, using the describers: Sedation, delirium, scale of RASS and CAM- ICU. It was proven that the subject in study still little explored in the national context, mainly, with respect to scientific production carried through by professional Nurses. Delirium is a clinical condition of difficult diagnosis for the team to multidiscipline. It has as cause multifactors and it must precociously be folloied and be prevented.

**Descriptors:** Sedation, delirium, nursing assistance.

**Introdução**

O paciente criticamente enfermo em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é rigorosamente monitorizado e, para que seu acompanhamento hemodinâmico seja eficaz, são necessários diversos procedimentos invasivos. Os quais podem causar desconforto, ansiedade, medo e dor. Além dos procedimentos invasivos, a terapia medicamentosa é parte fundamental e complementar aos cuidados prestados. Comumente, em unidades de terapia intensiva essa terapêutica é realizada com antibióticos, amins vasoativas, vasodilatadores, sedativos e analgésicos.

No que se refere ao cuidado prestado ao paciente crítico, o profissional de enfermagem é o que permanece em contato todo o tempo, estando, portanto, responsável por observar, participar e intervir em todos os procedimentos e terapias realizados.

Considerando um aspecto do cuidado envolvendo a terapêutica utilizada para o paciente crítico, esta pesquisa contempla a avaliação do *delirium* pelo enfermeiro associada à redução precoce da sedação. Sabe-se que o *delirium* pode causar uma série de conseqüências maléficas para o paciente, como, por exemplo, o aumento no tempo de internação.

A partir dos delineamentos acima, tem-se a seguinte problemática: Há uma percepção de que os pacientes mais acometidos por *delirium* são aqueles internados em Unidade de Terapia Intensiva em uso de sedativos.

Considerando a problemática envolvida neste estudo, traçou-se as seguintes questões norteadoras:

1. Qual a relação entre sedação e *delirium*?
2. Como o enfermeiro de terapia intensiva pode avaliar, prevenir e tratar o paciente acometido por *delirium*?

Para que responder as questões norteadoras, têm-se como objetivos: definir sedação e *delirium*; discutir as escalas de Ramsay e RASS (Escala de Agitação e Sedação de Richmond) como instrumentos para avaliação do nível de sedação; discutir a avaliação do *delirium* pelo enfermeiro, utilizando o CAM- ICU (*Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit*).

O estudo pretende trazer aos Enfermeiros informações que contribuam para a melhoria da assistência de enfermagem influenciando, diretamente, na recuperação dos clientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva.

Trata-se de um estudo de conclusão de especialização, realizado por enfermeiros, alunos do curso de Pós-graduação em Enfermagem em Clientes de Alta Complexidade com Ênfase em CTI.

A sedação é um método terapêutico bastante comum e utilizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). “Os sedativos têm a capacidade de deprimir o sistema nervoso central e tendem a causar lassidão e atividade mental reduzida.”<sup>1</sup>

A sedação tem a finalidade de sustentar a conduta médica de escolha, de acordo com o grau de comprometimento clínico do doente, favorecendo em determinado momento o seu conforto e bem-estar. O paciente gravemente enfermo que necessita de suporte intensivo, muitas das vezes está monitorizado por diversos equipamentos, submetido a diversos procedimentos invasivos ou não, e mantido em um ambiente não familiar, incômodo devido aos alarmes dos aparelhos e conversa dos profissionais. Esses fatores podem oferecer barreiras para o pronto restabelecimento do cliente hospitalizado, principalmente devido ao estresse.

“A sedação está indicada para diminuir a ansiedade e o medo, adequar o ciclo sono-vigília, diminuir o hipermetabolismo, controlar sintomas cardiovasculares como taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigênio, obter amnésia durante paralisia da musculatura respiratória, controlar a agitação e facilitar a ventilação mecânica.”<sup>2</sup>

Além da sedação atenuar a resposta fisiológica ao estresse contribuindo positivamente ao prognóstico do cliente, a sedação associada a analgesia é um recurso

importante para prevenir a ocorrência da síndrome do estresse pós-traumático na UTI; patogênese, provavelmente, multifatorial. Decorrente da ventilação mecânica e intubação traqueal prolongadas, punções, monitorizações invasivas, cateterismo vesical e a ocorrência de alucinações.

Nas unidades de terapia intensiva é comum ver o cliente mantido com um alto nível de sedação, completamente desconectado do meio. Atualmente, já se percebe uma mudança na avaliação da sedação, em manter o paciente confortável, porém facilmente despertável. Para isto, deve-se atingir efeito sedativo com o mínimo de drogas ou associação de drogas. “Flutuações da concentração sanguínea dos sedativos podem ser evitadas, utilizando técnicas de infusão contínua.”<sup>2</sup>

O paciente em terapia sedativa deve ser avaliado, diariamente pela equipe multidisciplinar para que o tratamento seja benéfico a sua recuperação. Acompanhando todos os sinais, mesmo que mínimos de resposta do cliente.

A avaliação de enfermagem deve ser feita seguindo o Processo de Enfermagem. Para que se alcance o desejado o enfermeiro deve-se utilizar o diagnóstico de enfermagem, sendo uma das fases que compõe esse processo, descritos na Resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) 272/ 2002:

“O enfermeiro após ter analisado os dados no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.”<sup>3</sup>

Para que o grau de sedação possa ser avaliado, criteriosamente, foram propostas várias escalas, porém neste estudo, discute-se a escala de Ramsay e de RASS.

Quadro 1: Escala de Ramsay

<b>Avaliação da Sedação</b>	
<b>Nível Clínico</b>	<b>Grau de Sedação Atingido</b>
1	Ansioso, agitado ou irrequieto
2	Cooperativo, aceitando ventilação, orientado e tranquilo
3	Dormindo, resposta discreta e estímulo tátil ou auditivo
4	Dormindo, resposta mínima a estímulo tátil ou auditivo
5	Sem resposta a estímulo auditivo ou tátil, porém com resposta à dor

6	Sem resposta a estímulo doloroso
---	----------------------------------

É uma escala numérica, com pontuação de 1 à 6, que avalia a resposta motora graduada de acordo com a profundidade da sedação.

Com a avaliação da sedação seguindo a escala de Ramsay, pode-se ajustar a dose da medicação para o cliente. Ressaltando a importância de que cada indivíduo tem sua peculiaridade e singularidade, onde um cliente não necessariamente tem que ter a mesma dose do outro. Haja vista, que a dose da droga de escolha é baseada no peso do doente, e no quadro clínico. “O paciente deve ser mantido, na escala de Ramsay nos níveis 2, 3 e 4. A sedação mais profunda deve ser evitada, devendo ser reservada para comprometimento ventilatório grave ou em uso de relaxantes musculares.”<sup>2</sup>

Para que a sedação seja eficaz é necessário que o sedativo de escolha prescrito, seja bem avaliado no que tange o conhecimento da farmacodinâmica e farmacocinética da droga. “Deve ser levado em conta o custo da terapia escolhida relacionada à técnica de administração e aos efeitos adversos. Dentre os efeitos da sedação profunda indesejáveis incluem a atrofia dos músculos respiratórios, desmame prolongado do ventilador mecânico, trombose venosa profunda e infecção.”<sup>4</sup>

É de grande relevância que o paciente tenha a diminuição ou a ausência do sedativo no período do dia, propiciando-o despertar diário e maior interação com o meio em que está.

Estudos mostram que a sedação tem também influenciado, diretamente, no aparecimento do *delirium* em pacientes internados. “A palavra *delirium* define um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível. Onde desenvolve-se em um curto período de tempo (horas ou dias), ocorre em consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, medicação, exposição a toxinas, ou em combinação desses fatores.”<sup>5</sup>

O *delirium* pode ser confundido como depressão, demências ou psicose, principalmente em idosos.

O aparecimento do *delirium* acarreta em um maior tempo de internação, expondo o paciente a riscos ainda maiores, como o aumento nas taxas de mortalidade, as infecções, déficits cognitivos irreversíveis ou mais prolongados, distúrbios emocionais, mudança no ciclo sono-vigília, bem como nos altos gastos na permanência hospitalar.

Para o diagnóstico do *delirium* é preciso associar a monitorização da sedação e do *delirium* propriamente dito, através do método de duas etapas para avaliação da consciência. Para este processo acontecer são destacadas a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) e o *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM-ICU).<sup>6</sup>

O primeiro passo se refere à avaliação da sedação, que é quantificada pela escala de Richmond. Se o RASS for superior a - 4 (- 3 até + 4), deve-se então seguir para o segundo passo, que é a avaliação do *delirium*.

Para avaliação do *delirium*, utiliza-se o método CAM- ICU, que exige apenas um rápido treinamento, já que o formulário para diagnóstico é de fácil aplicação.

Quadro 2: Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+ 4	Agressivo	Violento, perigoso
+ 3	Muito Agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes
+ 1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Alerto, calmo	
- 1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10seg)
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10seg)
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Quadro 3: *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit* (CAM- ICU).

CAM-ICU – Características e Descrições

**Característica 1:** Início agudo ou curso flutuante Ausente Presente

A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

Ou

B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (p. ex.: RASS), Glasgow, ou avaliação do *delirium* prévio?

**Característica 2:** Falta de atenção Ausente Presente

A. O paciente teve dificuldades em focar a atenção , tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual, quer no componente auditivo do teste de Atenção (*Attention Screening Examination – ASE*)?

**Característica 3:** Pensamento desorganizado Ausente Presente

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

Questões (alternar conjunto A e conjunto B)

**Conjunto A**

1. Uma pedra pode flutuar na água?

2. Existem peixes no mar?

3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?

4. Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha?  
cortar madeira?

**Conjunto B**

1. Uma folha pode flutuar na água?

2. Existem elefantes no mar?

3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?

4. Pode-se usar um martelo para

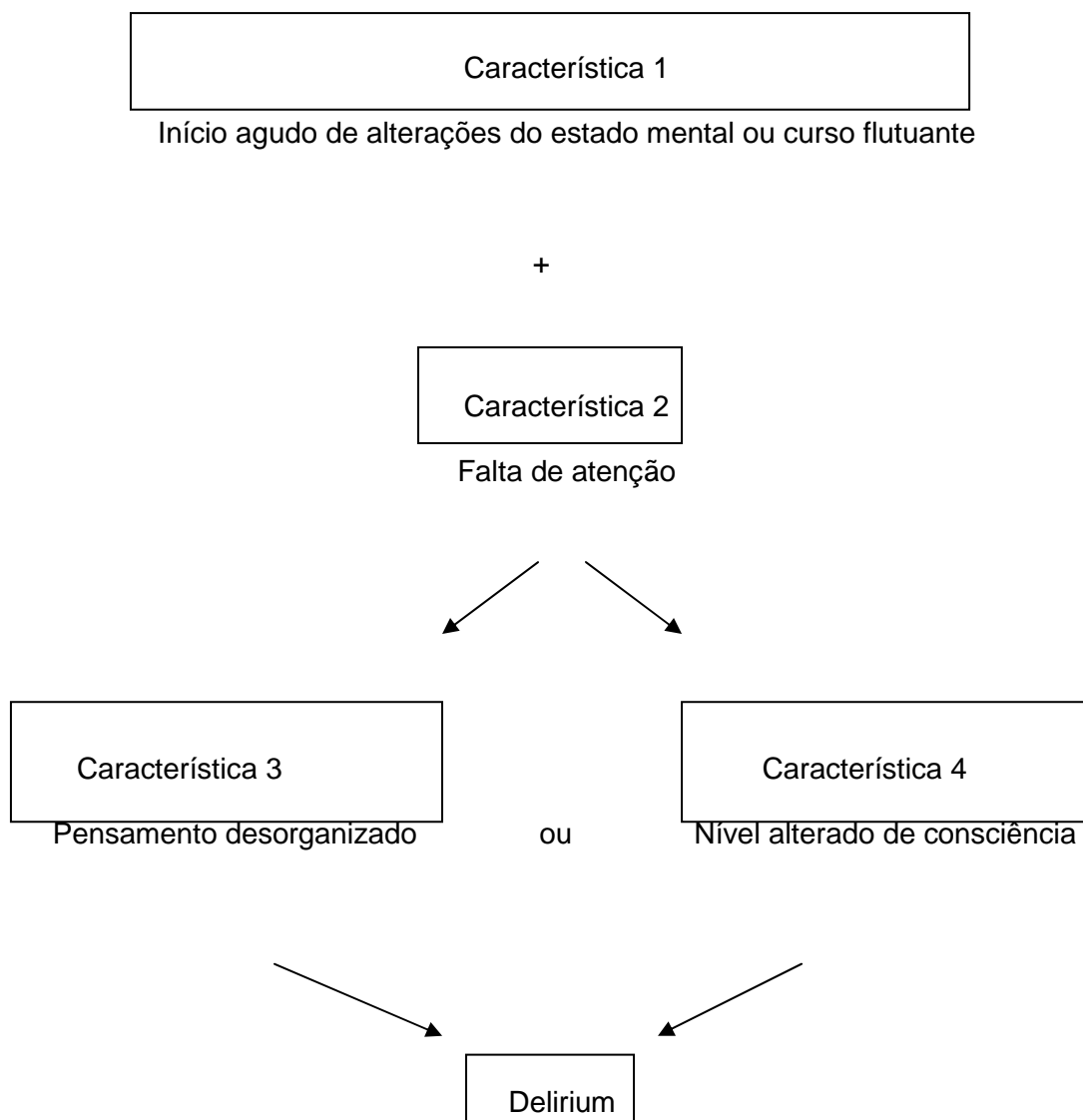
**Característica 4:** Nível de consciência alterado Ausente Presente

O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta, tal como o vigil, letárgico ou estuporoso? (p. ex.: RASS, CAM-ICU Global (característica 1 e 2 e quer característica 3 ou 4)

Sim

Não

Quadro 4: Diagrama de Fluxo do Método CAM- ICU



“Para diagnóstico do *delirium* é preciso identificar a presença de alterações do estado mental, desatenção e pensamento desorganizado ou nível alterado da consciência.”

6

Quando identificado o *delirium*, o Enfermeiro atuante na Unidade de Terapia Intensiva possui um papel de grande relevância. Pois, estando grande parte do tempo com o paciente, poderá lançar mão de ações que permitam manter o paciente mais próximo da realidade, e orientado em relação ao do tempo, espaço e pessoa.



Essas ações podem ser: manter a luz do setor acesa durante o dia e um pouco mais fraca a noite; cumprimentar o paciente com “bom dia”, “boa tarde” ou “boa noite”; chamá-lo sempre pelo nome; se o paciente estiver acordado nos horários de suas refeições, sempre deixar claro o horário de café da manhã, almoço, jantar; dentre muitos outros recursos e situações que acontecem ao longo do dia.

### ***Materiais e métodos***

Foi desenvolvida uma revisão literária buscando informações sobre o tema proposto. Utilizou-se pesquisa em banco de dados, revistas científicas nacionais e internacionais. Os descritores utilizados nas buscas foram: Sedação, *delirium*, escala de RASS e CAM- ICU. Constando o período de junho à setembro de 2008 para levantamento de subsídios sobre o tema realizado.

### ***Resultados e Discussão***

No decorrer da realização da pesquisa evidenciou-se que o tema em estudo ainda é um assunto pouco explorado no contexto nacional, principalmente, no que tange a produção científica realizada por profissionais Enfermeiros. Sendo encontrado somente um artigo brasileiro, porém não desenvolvido por enfermeiros.

Em nível internacional existe uma grande mobilização ao redor desse tema, tendo como grande estudioso Dr. Ely, que realiza diversos estudos sobre o *delirium* em pacientes criticamente enfermos.

Ainda são muito frágeis os trabalhos realizados em torno desta temática. Ainda há um maior destaque para apresentar o *delirium* através da escala de avaliação aos profissionais de saúde, identificando sua prevalência, sinais clínicos, tipos de *delirium*, fisiopatologia e alternativas de tratamento.

Através das escalas demonstradas e discutidas, observou-se que o *delirium* pode ser diagnosticado precocemente evitando e minimizando possíveis complicações decorrentes do mesmo. Ressalta isto no artigo encontrado de Pessoa em 2006 através da utilização do método de Avaliação CAM-ICU (Confusion Assessment Method in a Intensive Care unit) para diagnosticar o *delirium* em pacientes críticos<sup>6</sup>.

Onde a equipe de enfermagem tem um papel de suma importância na abordagem diária ao cliente, pois são os profissionais que permanecem maior tempo prestando assistência direta, conseguindo identificar sinais e sintomas claros nesta patologia podendo intervir precocemente.

## Conclusão

O *delirium* é uma condição clínica de difícil diagnóstico pela equipe multidisciplinar. Tem como causa multifatores e deve ser acompanhada e evitada precocemente. Para isso os Enfermeiros devem realizar a avaliação diária da sedação e delirium, utilizando as escalas de Ramsay, RASS e CAM- ICU, respectivamente.

Atualmente, com o advento da acreditação hospitalar, o tema discutido é pertinente no que tange a adequação das instituições aos parâmetros internacionais. Visto que “o principal aspecto tratado no programa de acreditação internacional é a segurança na execução dos processos de cuidado ao paciente.”<sup>7</sup>

O tema abordou pontos essenciais que já estão inclusos no manual internacional de padrões 2003, dentre eles: Atividades essenciais para o desenvolvimento assistencial, avaliação e cuidados ao paciente, melhoria da qualidade e segurança do paciente, prevenção e controle de infecções.

## Referências

1. MILLER, Benjamin Frank. *Enciclopédia & Dicionário Médico para Enfermeiros & Outros Profissionais da Saúde*. Tradução de Paulo Marcos Agria de Oliveira, Silvia M. Spada, São Paulo, Editora Roca: 6ª ed, 2003.
2. KNOBEL, Elias. *Conduitas no paciente grave*. São Paulo, Editora Atheneu: 3ª Ed, 2006.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução 272/ 2002*, Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.
4. GOMES, Marcelo Vieira; CAMILLIS, Luiz Felipe; VIANNA, Arthur; NÁCUL, Flávio Eduardo. *Medicina Intensiva Cardiopulmonar*, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2002.
5. ELY, Wesley. *Melhor avaliação e uma melhor gestão da unidade de cuidados intensivos delírio leva a resultados melhores para a unidade de cuidados intensivos sobreviventes: entrevista com um especialista*. Medscape Critical Care, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.via6.com/topico.php?tid=192911>> Acessado em: 20/09/2008.
6. PESSOA, Renata Fittipaldi; NÁCUL, Flávio Eduardo. *Delirium em pacientes críticos*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva Vol. 18 Nº 2, Abril – Junho, 2006. Disponível em: [http://www.rbti.org.br:8080/paginasdinamicas/controller?command=MontarPagina&id\\_pag=6&IdArtigo=93](http://www.rbti.org.br:8080/paginasdinamicas/controller?command=MontarPagina&id_pag=6&IdArtigo=93). Acessado em: 21/06/2008.

7. JÚNIOR, Heleno Costa. A Garantia da Segurança e da Qualidade por Meio da Acreditação Internacional. Revista Nursing. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/>. Acessado em: 17/01/2009.