

Prevalência do subdiagnóstico de *delirium* entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva

Prevalence of under-diagnosis of delirium among patients in an intensive care unit

Prevalencia del diagnóstico secundario de delirium entre los pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos

Aline Affonso Luna^I; Aline Piovezan Entringer^{II}; Roberto Carlos Lyra da Silva^{III}

RESUMO

Introdução: o *delirium* é um distúrbio neurológico frequentemente manifestado por pacientes graves em unidades de terapia intensiva. **Objetivo:** identificar a prevalência do *delirium* entre pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva do Estado do Rio de Janeiro. **Método:** estudo transversal retrospectivo, nos meses de fevereiro, março e abril de 2012. Foram analisados os prontuários de 128 pacientes internados, buscando características gerais dos pacientes e informações quanto ao nível de consciência e estado psíquico, através do instrumento de coleta de dados criado. **Resultados:** evidenciou-se que somente dois pacientes tiveram o diagnóstico confirmado, com uma prevalência de 2% do *delirium*. **Conclusão:** os resultados apontam para a necessidade de ampliação das discussões acerca do uso de protocolos de avaliação para o diagnóstico de *delirium* entre os profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva, para identificação precoce do agravo visando à prevenção e/ou tratamento adequado no período de hospitalização. **Palavras-chave:** Enfermagem; cuidados de enfermagem; confusão mental; terapia intensiva.

ABSTRACT

Introduction: delirium is a neurological disorder often presented by severe patients in Intensive Care Units. **Objective:** to identify the prevalence of delirium among patients admitted to an Intensive Care Unit (ICU) in Rio de Janeiro State. **Method:** this retrospective, cross-sectional study was conducted in February, March and April 2012. The medical records of 128 hospitalized patients were examined for general patient characteristics and information on level of consciousness and mental state, using a data collection instrument created specifically for the purpose. **Results:** a confirmed diagnosis was found in only two patients, with a 2% prevalence of delirium. **Conclusion:** the results point to the need for more extensive discussion of the use of evaluation protocols for diagnosis of delirium by ICU personnel, so that the disease can be detected early for prevention and/or appropriate treatment during hospitalization. **Keywords:** Nursing; nursing care; confusion; intensive care.

RESUMEN

Introducción: el delirio es un trastorno neurológico menudo manifestada por los pacientes graves en unidades de cuidados intensivos. **Objetivo:** identificar la prevalencia de delirio entre los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos del Estado de Río de Janeiro. **Método:** este estudio retrospectivo transversal se llevó a cabo en febrero, marzo y abril de 2012. En las historias clínicas de 128 pacientes hospitalizados se examinaron las características del paciente e información general sobre el nivel de conciencia y estado mental, a través de un instrumento de recolección de datos creada específicamente para el propósito. **Resultados:** un diagnóstico confirmado fue encontrado en sólo dos pacientes, con una prevalencia del 2% del delirio. **Conclusión:** los resultados apuntan a la necesidad de una discusión más amplia de la utilización de protocolos de evaluación para el diagnóstico del delirio por el personal de la UCI, por lo que la enfermedad se puede detectar temprano para la prevención y / o tratamiento apropiado durante la hospitalización. **Palabras clave:** Enfermería; atención de enfermería; confusión; cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

O *delirium* é um distúrbio neurológico frequentemente manifestado por pacientes graves em unidades de terapia intensiva (UTI). Sua relevância não se deve somente à elevada incidência, mas, sobretudo, a sua influência nas taxas de morbidade, mortalidade e de tempo de permanência hospitalar, resultando em maiores custos sociais e financeiros do tratamento^{1,2}. A sua prevalência em pacientes internados em UTI varia

entre os diversos estudos e pode acometer até 80% dos pacientes criticamente enfermos sob ventilação mecânica³.

Esse estudo é parte dos resultados de uma dissertação de mestrado em enfermagem defendida em 2013, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Para essa pesquisa, traçamos a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência de

^IDoutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: aline-luna@hotmail.com.

^{II}Doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: alineentringer@gmail.com.

^{III}Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: proflyra@gmail.com.

delirium entre pacientes internados em UTI do Estado do Rio de Janeiro?

Logo, o objetivo foi identificar a prevalência do *delirium* entre pacientes internados em uma UTI do Estado do Rio de Janeiro.

REVISÃO DE LITERATURA

O *delirium* é um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível que se desenvolve 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^{4,5}. Recursos tecnológicos como multiparâmetros, respiradores, bombas infusoras e oxímetros com seus alarmes visuais e sonoros são insumos imprescindíveis para o processo de trabalho, pois alertam as equipes para alterações clínicas do paciente e mau funcionamento dos próprios aparelhos⁶. No entanto, podem contribuir de forma ativa no desenvolvimento do *delirium* no paciente internado.

O quadro clínico varia de acordo com o tipo de *delirium*, se hipoativo ou hiperativo. Um doente hipoativo apresenta-se sonolento enquanto que o hiperativo apresenta-se com importante agitação psicomotora e alucinações. O quadro mais frequente do *delirium* é a forma hipoativa, enquanto a forma hiperativa pura é relativamente rara, menor que 5%⁷.

O déficit de atenção é o fenômeno mais aparente, embora possam ser observados outros distúrbios cognitivos e comportamentais como perda de memória, alucinações e agitação. Apesar de sua relevância clínica, o *delirium* ainda permanece consideravelmente subdiagnosticado, apesar de sua elevada prevalência na UTI, em porcentagens entre 25 e 75%, chegando aos 100% no seu tipo hipoativo⁸.

A enfermagem possui papel elementar na avaliação e identificação do distúrbio cognitivo apresentado, pois entendemos que é a equipe profissional que permanece 24 horas com o paciente, e qualquer oscilação do estado de humor que este apresente, é facilmente identificável⁹. No entanto, muitas vezes, a leitura dessa alteração não ocorre de forma ideal, mascarando um importante diagnóstico que poderá acarretar em sérias consequências ao paciente hospitalizado, suscitando um diagnóstico coadjuvante ao real motivo da internação.

O *delirium*, quando não diagnosticado, costuma evoluir com desfechos bastante desfavoráveis, na medida em que o tratamento adequado e o seguimento do doente deixa de ser feito. Dessa forma, considerando as elevadas taxas de morbimortalidade relacionada ao *delirium*, a segurança do paciente fica muito comprometida, assim como a qualidade da assistência nos serviços oferecidos à sociedade, que implica na efetividade, segurança e otimização dos resultados¹⁰.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal retrospectivo, nos meses de fevereiro, março e abril de 2012. Este estudo envolve coletar os dados sobre um resultado no presente e, depois, voltar os olhos para o passado em busca das possíveis causas ou antecedentes¹¹.

O cenário de escolha para realizar a pesquisa constituiu-se em uma UTI geral do Estado do Rio de Janeiro, composta por 35 leitos que recebem pacientes adultos com diversas patologias clínicas e cirúrgicas, provenientes de transferências intra e inter-hospitalares.

Os critérios de inclusão da amostra englobam todos os pacientes que se mantiveram internados num período superior a 24 horas, excluindo-se os com idade inferior a 18 anos, independente de apresentarem ou não registros referentes às variáveis consideradas no estudo.

A produção de dados ocorreu em julho de 2012, através da análise minuciosa de todos os registros diários dos profissionais médicos e enfermeiros que constavam nos prontuários dos pacientes que estiveram internados durante o período de fevereiro a abril de 2012, obtendo-se uma amostra de 128 pacientes.

Foi utilizado um instrumento composto por critérios previamente selecionados e que integra a escala validada no Brasil do *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit (CAM-ICU)*¹², visando trabalhar com as variáveis da avaliação do déficit de atenção (capacidade de receber uma informação e executar), do nível de consciência (orientação, desorientação ou oscilação desse estado) e do estado psicomotor (agressão, agitação, apatia ou oscilação desse estado). Juntamente, foram inseridas variáveis que vão ao encontro de fatores que possibilitem a identificação do diagnóstico de *delirium* conforme a literatura descreve, tais como: sexo, idade e doença de base.

Foram considerados somente os registros dos prontuários que retratavam algum achado da oscilação (flutuação) do nível de consciência e alteração psicomotora, o que fez o paciente ser elegível para aplicação da escala do CAM-ICU através da avaliação dos enfermeiros e médicos da UTI, compondo o primeiro critério avaliado.

É importante destacar que, para dar sequência na avaliação da escala, o paciente precisa apresentar alguma alteração da consciência, onde é seguido para o passo dois da escala, onde é avaliada a atenção do paciente. Neste passo, são lidas em voz alta as seguintes letras: *SAVEAHAART*, e solicitado que ele aperte a mão do examinador apenas quando ouvir a letra A. Sendo considerados erros quando o paciente não aperta a mão quando ouve a letra A e quando aperta a mão quando ouve outra letra diferente A. Caso ele apresente três erros ou mais e mantém a alteração do nível de consciência, o paciente já tem o diagnóstico de *delirium*.

Caso contrário, segue-se com a avaliação da escala através do passo referente ao pensamento desorganizado. Nesse passo, o examinador irá fazer quatro perguntas que possuem respostas fáceis, como por exemplo, *No mar tem peixes?* e também irá dar um comando, facilmente executável. Se o paciente apresentar dois erros ou mais, ele tem o diagnóstico de *delirium*.

No cenário onde ocorreu a coleta de dados, não se tem a padronização da utilização das escalas de avaliação mental muito clara e definida, ficando a critério do profissional a sua utilização ou não e, principalmente, contando com a subjetividade para avaliar cada indivíduo.

É importante ressaltar que a amostragem foi não probabilística do tipo intencional, visto que os prontuários dos pacientes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão no período delimitado.

Os dados foram organizados em planilhas utilizando-se o programa *Excel 2010*[®], posteriormente trabalhados, estatisticamente, através da frequência simples.

O estudo obteve consentimento da direção geral do hospital para acessar os arquivos e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO, através do parecer consubstanciado nº 28590 de 30/05/2012, assim como foi respeitada a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciaram que a idade dos 128 pacientes da amostra situava-se, a maioria, na faixa superior a 59 anos (60,9%), o quantitativo de pacientes do sexo feminino foi representado por 48% e do sexo masculino por 52%. Entre as principais doenças de base predisponentes para o acometimento do *delirium*, foi verificado que as mais destacadas foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 41%, e os distúrbios metabólicos no período da internação hospitalar, com 60%. A permanência hospitalar média foi de 11,7 dias.

Identificaram-se 65,7% de pacientes com idade superior a 59 anos que apresentaram critérios clínicos para o diagnóstico de *delirium*. No que se refere às doenças de base, destacaram-se elevados percentuais de doentes com distúrbio metabólico e HAS, respectivamente 53% e 39%, com critérios clínicos para o diagnóstico de *delirium*. No entanto, de acordo com o quantitativo total de pacientes que compôs a amostra, 108(84%) apresentavam critérios clínicos para identificação do diagnóstico do *delirium*, documentados através do subdiagnóstico do fenômeno, conforme mostra a Tabela 1.

Entretanto, através da leitura e análise dos registros de enfermeiros e médicos nos prontuários, só foram sinalizados por escrito a constatação do diagnóstico do *delirium* em apenas 2(2%) dos 128 pacientes da amostra, o que contraria os achados sinalizados na Tabela 1.

Para definição dos critérios de diagnóstico, foram analisadas duas importantes variáveis que caracterizam

TABELA 1: Características basais da amostra. Rio de Janeiro, 2012.

Características	Critérios para diagnóstico do <i>delirium</i> n(%)	
	Sim (n = 108)	Não (n = 20)
Sexo		
Feminino	49 (45)	13 (65)
Masculino	59 (55)	7 (35)
Idade		
18- 38 anos	7 (6,5)	4 (20)
39- 58 anos	30 (27,8)	9 (45)
59 ou mais	71 (65,7)	7 (35)
Doenças de base		
Hipertensão Arterial		
Sim	42 (39)	10 (50)
Não	66 (61)	10 (50)
Distúrbio Metabólico		
Sim	57 (53)	6 (30)
Não	51 (47)	14 (70)
Déficit Neurológico		
Sim	24 (22)	1 (5)
Não	84 (78)	19 (95)

o nível de consciência e o estado psíquico do paciente. O nível de consciência foi verificado pelos seguintes indicadores: orientação, desorientação, sem interação, e oscilação deste estado. Pode-se constatar uma deficiência nos registros, nos quais não aparecem informações sobre o nível de consciência desses pacientes, perfazendo 25(20%) do total analisado.

Avaliando a documentação das variações do nível de consciência, havia critérios para identificação do diagnóstico do *delirium*; entretanto, evidenciou-se uma parte significativa de 50,5% dos pacientes que não apresentavam interação com o examinador e o ambiente, conforme mostra a Tabela 2.

TABELA 2: Documentação das variações do nível de consciência. Rio de Janeiro, 2012.(N=103).

Nível de consciência (*)	Critérios para diagnóstico do <i>delirium</i> n(%)	
	Sim	Não
Orientado	10 (9,7)	15 (14,6)
Desorientado	7 (6,7)	-
Sem interação	52 (50,5)	2 (1,9)
Oscilou	17 (16,5)	-

(*) O nível de consciência não foi informado em 25 pacientes, 22 com critérios diagnósticos e 3 sem critérios diagnósticos.

O estado psíquico foi investigado através dos relatos, se o paciente apresentava-se calmo, agitado ou oscilava o estado de humor. Grande parcela (80,6%) manteve-se calma, no entanto identifica-se que houve oscilação do estado de humor em 15,7% dos pacientes. Em relação aos critérios clínicos para diagnóstico de *delirium*, pode-se observá-los na Tabela 3.

Tabela 3 - Documentação das variações do estado psíquico. Rio de Janeiro, 2012.

Estado psíquico	Critérios para diagnóstico n (%)	
	Sim(n=108)	Não(n=20)
Calmo		
Sim	87 (80,6)	20 (100)
Não	21 (19,4)	-
Aagitado		
Sim	4 (3,7)	-
Não	104 (96,3)	20 (100)
Oscila estado de humor		
Sim	17 (15,7)	-
Não	91 (84,3)	20 (100)

Os dados analisados são provenientes dos registros em prontuários de relatos de profissionais médicos e enfermeiros e revelaram uma taxa de *delirium* na ordem de 2%. Muito embora, neste estudo, a taxa de prevalência de *delirium* possa ser considerada baixa, diante das taxas estimadas na literatura referenciada, foi possível identificar a prevalência desse subdiagnóstico em 84% dos prontuários de pacientes, conforme os critérios clínicos para *delirium*, segundo o CAM-ICU. Nesse sentido, os resultados do estudo não são tão díspares daqueles apontados na literatura, pelo menos no que se refere aos subdiagnósticos, os quais ressaltam que, apesar da alta prevalência, o *delirium* ainda continua sendo frequentemente subdiagnosticado, com taxas que podem ser superiores a 68%¹⁻¹¹.

Outros estudos ainda revelam que a existência simultânea de documentação com ausência de percepção do fenômeno pode indicar menor compreensão das especificidades dessa síndrome pelos enfermeiros e também, muitas vezes, não identificada pelos médicos^{13,14}.

Os resultados também apontam uma maior taxa para o sexo masculino, sinalizados através de 66(52%) pacientes, o que converge com os achados da literatura e outros estudos relacionados, visto que pacientes do sexo masculino são mais susceptíveis ao desenvolvimento do fenômeno e este fato poderá estar relacionado a eventuais crenças e estereótipos¹³.

A idade surge como fator importante na questão do sub-reconhecimento, pois quanto mais idoso é o paciente menor é o subdiagnóstico do *delirium*¹². Isto porque, possivelmente, os profissionais já tenham claramente definido que esse perfil da população possa estar mais susceptível a desenvolver esse tipo de agravo, embora, na pesquisa desenvolvida, os resultados não apontem para este fim.

Agrupando as faixas etárias (59 a 79 anos ou mais) que englobam aquela predisponente para desenvolvimento do *delirium* (acima de 65 anos) pela escala do CAM-ICU, temos 78(60,9%), dos quais somente um desses teve, de fato, o diagnóstico realizado. Assim, este passou a ser um forte ponto de preocupação, visto que é uma das complicações mais comuns entre pacientes idosos internados e está associada à maior morbimortalidade^{15,16}.

Chama a atenção o percentual pouco significativo de pacientes com distúrbios neurológicos com critérios clínicos para diagnóstico de *delirium* (22%), diante das eventuais complicações da HAS e dos distúrbios metabólicos, não raramente relacionados aos comprometimentos encefálicos.

O nível de consciência e o estado psíquico do paciente são informações essenciais para permear o diagnóstico do *delirium*, pela escala do CAM-ICU. A amostra aponta, estatisticamente, que pouco mais da metade dos pacientes que tinham critérios clínicos para o diagnóstico do *delirium* se apresentaram sem interação com o meio, o que nos remete a uma associação com pacientes que estivessem sem *delirium* ou que pudessem estar com *delirium* hipoativo, caracterizado por uma diminuição do grau de resposta, introversão e apatia. Outros estudos indicam que a elevada prevalência de *delirium* hipoativo em pacientes em estado crítico contribui, provavelmente, para a falta de identificação desta síndrome pelos médicos¹⁴.

A oscilação do nível de consciência, embora tenha se mostrado de forma tímida, ainda assim é preocupante, visto que esta instabilidade de orientação/desorientação pode comprometer o paciente hospitalizado para a síndrome neurológica. O *delirium* caracteriza alteração da consciência, manifestada por desordem cognitiva e por distúrbios da orientação, memória, atenção, pensamento e comportamento, envolvendo também erros de percepção sensorial¹⁷.

No que concerne à falta de informação escrita, foi evidenciado que em 20% dos prontuários não havia registros de médicos e enfermeiros sobre o nível de consciência do paciente, mesmo tendo critérios clínicos para o diagnóstico do *delirium*, sem qualquer indicativo que convergisse para o diagnóstico da síndrome. Outro estudo apontou, em seus resultados, que 12,6% dos pacientes não apresentavam qualquer registro do fenômeno nem de intervenções, reforçando o subdiagnóstico na documentação¹³.

Em relação ao estado psíquico do paciente, houve um percentual significativo de pacientes que se encontravam calmos (80,6%), o que, a princípio, parece ser um ponto positivo, se não fosse um forte indicador do subtipo hipoativo, que, ainda se relaciona com a falta de interação sinalizada nos registros do nível de consciência descrito anteriormente. Tais achados, também ressaltados em outros estudos, evidenciaram que há dificuldades para estabelecer o diagnóstico da situação clínica⁸, o que pode estar relacionado às suas características (natureza flutuante dos sintomas e o subtipo hipoativo)^{18,19}.

CONCLUSÃO

Analisar registros de profissionais em prontuários mostrou-se bastante complexo e desafiador, sobretudo no que diz respeito à busca de informações que trouxessem dados palpáveis e fidedignos das avaliações dos pacientes.

Taxas de subdiagnóstico do *delirium*, encontradas neste estudo, são também muito preocupantes e precisam ser consideradas, uma vez que, apesar de alguns indicadores terem sido relatados nos prontuários, não foram relacionados a um possível quadro de *delirium*, o que talvez possa explicar a baixa prevalência encontrada (2%), diferentemente do que aponta a literatura.

Os resultados desta pesquisa assemelham-se àqueles encontrados em outros estudos, o que reforça o entendimento de que o uso de protocolos de avaliação para o diagnóstico de *delirium* carecem de maior disseminação e uso entre os profissionais que atuam nas UTIs, para identificação precoce do agravo visando à prevenção e/ou tratamento adequado no período de hospitalização, minimizando as vulnerabilidades relacionadas à segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Carrasco MG, Hoyl TM, Marin PPL, Hidalgo JA, Lagos CD, Longton CB et al. Subdiagnóstico de delirium em adultos mayores hospitalizados. *Rev Méd Chile*. 2005; 133:1449-54.
2. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 2004; 291:1753-62.
3. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001; 29:1370-79.
4. Ely, EW. 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*. 2008.
5. Levkoff SE, Cleary P, Liptzin B, et al: Epidemiology of delirium: An overview of research issues and findings. *Int Psychogeriatr*. 1991; 3:149-167.
6. Oliveira LB, Souza NVM. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: Tecnologia dura. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(4):457-62.
7. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(3):479-84.
8. Tropea J, Slee J, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Austr J Ageing*. 2008; 27(3):150-6.
9. Reicha R, Vieira DFVB, Lima LB, Silva ERR. Carga de trabalho em unidade coronariana segundo o Nursing Activities Score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015set; 36(3):28-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51367>.
10. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery* 2014; 18(1):122-129.
11. Polit, DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução Denise Regina de Sales; revisão técnica Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria Henriqueta Luce Kruse. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Flores DG, Salluh JIF, Pizzol FD, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASD, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011;66(11):1917-22. Doi: 10.1590/S1807-59322011001100011.
13. Silva RCG, Paiva e Silva AA, Marques PAO. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de delirium. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2011. 19(01):[09 telas].
14. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. O delirium (síndrome confusional) na unidade de tratamento intensivo. *Critical Care*. 2008; 12(supl.3):S3(Doi:10.1186/cc6149).
15. Fernandes CR, Gomes JMA, Moraes RP, Marinho DS, Holanda MA, Oliveira FRA. Avaliação sistemática do delirium e da dor em pacientes criticamente enfermos. *Rev Dor*. 2009; 10(2):158-168.
16. Santos FS. Delirium: Uma síndrome mental orgânica. São Paulo: Atheneu; 2008.
17. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. *Am J Psychiatr-Suppl*. 1999. 156(5):1-20.
18. Michaud L, Büla C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, et al. Delirium: guidelines for general hospitals. *J Psychosom Res*. 2007; 62(3):371-83.
19. Carvalho JPLM, Almeida ARP, Flores DG. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(2):148-154.