

## NURSING DIAGNOSES RELATED TO DELIRIUM

Daniela Chaves Peixoto Moreira\*

### RESUMO

O *delirium* é uma síndrome cerebral orgânica caracterizada por um estado confusional agudo, alteração da atenção, cognição e consciência, não atribuível à demência prévia, desencadeada em curto período, de horas a dias. O objetivo do estudo visa identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados ao *delirium*. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, através de uma revisão bibliográfica utilizando artigos, teses, dissertações e livros do Ministério da Saúde e consulta ao NANDA para construção dos diagnósticos de enfermagem. Conclui-se que conhecer as características clínicas do *delirium* é fundamental para detectar mais brevemente as alterações apresentadas pelos indivíduos acometidos por essa condição. O diagnóstico de enfermagem, além de todo o processo de enfermagem em si, contribuirá na identificação mais específica dessas alterações, permitindo intervenções mais antecipadas e assertivas.

**Palavras-chave:** Delirium; Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

\*Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Salvador (UNIFACS) – Salvador/Bahia – Brasil

E-mail: danicpds@hotmail.com

## ABSTRACT

Delirium is an organic brain syndrome characterized by an acute confusional state, attention deficit, cognition and consciousness, not attributable to prior dementia, triggered in a short period of time, from hours to days. The objective of this study is to identify nursing diagnoses related to delirium. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, through a bibliographic review using articles, theses, dissertations and books of the Ministry of Health and consultation with NANDA for the construction of nursing diagnoses. It is concluded that knowing the clinical characteristics of delirium is fundamental to detect more briefly the alterations presented by the individuals affected by this condition. The nursing diagnosis, in addition to the entire nursing process itself, will contribute to the more specific identification of these changes, allowing for more early and assertive interventions.

**Keywords:** Delirium; Nursing; Nursing diagnosis.

## INTRODUÇÃO

O termo *delirium* deriva do latim “*delirare*”, e significa “estar fora do lugar”.<sup>1</sup> O *delirium* é uma síndrome cerebral orgânica caracterizada por um estado confusional agudo, alteração da atenção, cognição e consciência<sup>2</sup>, associada à alteração da cognição não atribuída à demência prévia, desencadeada em curto período (de horas a dias) e que apresenta episódios de flutuação.<sup>3</sup>

O distúrbio decorre de condições agudas, sem causa específica e frequentemente multifatorial.<sup>2</sup> Contudo, quando há um quadro agudo de confusão mental, inicialmente tal alteração deve ser interpretada como um sofrimento do sistema nervoso central, com potencial de letalidade e que requer rápida investigação e tratamento adequado.<sup>3</sup> A presença do *delirium* correlaciona-se a um agravamento do prognóstico do paciente, aumento da morbidade, da internação hospitalar e das taxas de mortalidade.<sup>3</sup>

Os fatores de risco para desenvolver *delirium* são: idade avançada, demência, dependência funcional, imobilidade, déficit sensorial, desnutrição, uso de medicações psicotrópicas e multimorbidades.<sup>2</sup> O distúrbio pode indicar um sofrimento orgânico difuso que afeta o sistema nervoso central, tais como: choque que provoca anóxia cerebral, intoxicações agudas, distúrbios hidroeletrólíticos e do equilíbrio ácido-básico, encefalopatias toxicometabólicas, trauma craniano, epilepsia, entre outros.<sup>3</sup>

Os achados clínicos apresentam início agudo, em horas ou dias, e curso flutuante onde o nível de consciência e os sintomas oscilam ao longo do tempo. Pode ocorrer alternância entre torpor, obnubilação e coma e períodos de agitação e hipervigilância. Os pacientes podem ainda aparentar normalidade do estado.<sup>2</sup> Além disso, pode ocorrer: desatenção; déficit cognitivo incluindo orientação, memória e linguagem; pensamento desorganizado com discurso incoerente e sem lógica; distúrbios perceptivos como alucinações; alteração do ciclo sono-vigília com sonolência diurna, insônia ou sono fragmentado; e distúrbios emocionais com manifestações de medo, depressão, irritabilidade, apatia ou euforia.<sup>2</sup>

Apesar de o *delirium* apresentar início súbito, alguns sinais e sintomas podem surgir dias antes. O indivíduo pode manifestar cefaleia, mal-estar generalizado, ansiedade, inquietação, irritação, alterações do ciclo sono-vigília, pesadelo, medo e dificuldade de pensar com clareza.<sup>1</sup> Por isso, é importante haver atenção minuciosa ao comportamento do paciente, de forma que essas manifestações sejam identificadas, possibilitando seu diagnóstico.<sup>1</sup>

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que identifica as situações de saúde, subvencionando a prescrição e implementação das ações da assistência de

enfermagem, contribuindo assim para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e coletividade.<sup>4</sup> É uma atividade privativa do enfermeiro e compõe-se de cinco etapas:

histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e evolução da assistência de enfermagem.<sup>4</sup> O processo ocorre da seguinte maneira: o enfermeiro coleta o histórico do paciente e realiza o exame físico. Logo após, ele analisa os dados coletados e identifica os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, realizando um julgamento clínico sobre as repostas do indivíduo, família e comunidade aos problemas/processos de vida.<sup>4</sup> Posteriormente, o enfermeiro prescreve-se a assistência de enfermagem e avalia-se os resultados das ações planejadas e implementadas. A implementação desse processo deve ser registrada no prontuário do paciente.<sup>4</sup>

Geralmente, a equipe de enfermagem documenta de 60 a 90% dos sinais e sintomas de *delirium*. Portanto, o enfermeiro está em uma situação privilegiada, uma vez que, a observação do comportamento do cliente fundamenta o planejamento da assistência de enfermagem. Além disso, o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto ao paciente.<sup>1</sup> Quanto mais precoce a identificação do *delirium*, melhor o prognóstico orgânico e psíquico.<sup>1</sup> Diante do exposto, surgiu a necessidade de identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados ao *delirium*.

Quando o *delirium* é diagnosticado, o enfermeiro deve adotar medidas e condutas para minimizar o quadro: aplicar avaliação clínica e definição do diagnóstico; em alguns casos, realizar perguntas que devem ser repetidas várias vezes, em alto e bom som, visto que a atenção do paciente está dispersa; manter o paciente em ambiente tranquilo, com iluminação adequada, evitando-se excesso de estímulos sensoriais; a equipe deve se identificar e explicar cada procedimento e evitar mudança constante dos profissionais; quando possível, a presença dos familiares ajuda a reduzir a perturbação do paciente; evitar contenção física e mobilização precoce; manter vias áreas pérvias; manter equilíbrio hídrico; atender e tratar necessidades nutricionais; manter pele íntegra e temperatura corporal; prevenir retenção urinária; promover função intestinal; atender necessidades da família; e monitorar e tratar complicações potenciais.<sup>5</sup> Arelado a isso, a terapia medicamentosa, a detecção e tratamento da causa base, quando possível, são fundamentais para resolver o quadro do *delirium*.<sup>5</sup>

O tratamento do *delirium* envolve os farmacológicos e complementares, que promovem reorientação e manutenção dos ciclos circadianos, adaptação do ambiente, estímulo ao funcionamento cognitivo, execução das atividades de vida diária, entre outras, segundo as manifestações de cada paciente.<sup>1</sup> Quando tratado, pode haver remissão total ou gradual do *delirium*.<sup>1</sup>

Para que haja manejo adequado do *delirium* são necessários treinamento e capacitação da equipe para reconhecimento precoce, avaliação cognitiva dos pacientes e melhora da qualidade do cuidado, possibilitando o melhoramento da qualidade da assistência prestada.<sup>5</sup> Com isso, o objetivo do artigo foi

identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados ao *delirium*, de maneira que contribuam para execução da sistematização da assistência e manejo do *delirium* pelos profissionais de enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica elaborada através do levantamento, seleção, interpretação e construção de informações relacionadas à pesquisa, coletadas a partir de material publicado em artigos, teses e livros do Ministério da Saúde.

A coleta dos dados foi realizada através da consulta nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Livraria Nacional de Medicina (PUBMED), utilizando os seguintes descritores controlados: *delirium*, enfermagem e diagnóstico de enfermagem, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS.

A seleção dos dados para revisão bibliográfica ocorreu no período de 15 de dezembro de 2018 a 05 de fevereiro de 2019. Os critérios de inclusão foram artigos publicados no período entre 2008 a 2018, escritos em português, que abordassem o tema “*delirium*”. Os critérios de exclusão adotados foram artigos repetidos nas bases de dados, publicações sem acesso ao texto completo e que não apresentaram relação com a temática de estudo.

Inicialmente realizou-se a seleção dos dados para construção da revisão bibliográfica sobre *delirium* e uma breve abordagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Posteriormente, selecionaram-se as manifestações clínicas e fatores de risco identificados na literatura e, a partir desses dados, consultou-se a taxonomia NANDA para construção dos diagnósticos de enfermagem.

## RESULTADOS

As manifestações do *delirium* foram listadas em tabelas e separadas de acordo com os diagnósticos de enfermagem elaborados. Algumas manifestações apresentaram diagnósticos de enfermagem semelhantes e, portanto, foram agrupadas e referenciadas a um diagnóstico em comum (Tabela I).

**Tabela I. Manifestações do *delirium* e diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA**

Manifestações do <i>delirium</i>	Diagnósticos de enfermagem <sup>6,7</sup>
Torpor / Obnubilação / Coma	Confusão aguda definida por flutuação no nível de consciência, na cognição e atividade psicomotora relacionada ao delírio/delirium.
Agitação	Confusão aguda definida por agitação aumentada e inquietação aumentada relacionada ao delírio/delirium.
Hipervigilância / Insônia	Insônia definida por relato de dificuldade para adormecer e permanecer dormindo relacionada a prejuízo do padrão de sono normal e/ou fatores ambientais (ambiente desconhecido).
Desatenção / Desorientação	Síndrome da interpretação ambiental prejudicada definida por incapacidade de concentrar-se e/ou desorientação consistente, incapacidade de raciocinar relacionada ao delirium.
Alteração da memória	Memória prejudicada definida por incapacidade de recordar eventos, experiências de esquecimento e incapacidade de recordar informações reais relacionada a distúrbios neurológicos.
Alteração da linguagem / Discurso incoerente	Comunicação verbal prejudicada definida por desorientação, dificuldade de atenção seletiva e verbalização imprópria relacionada a alteração no sistema nervoso central, ausência de pessoas significativas, barreiras psicológicas, condições emocionais.
Alucinações	Confusão aguda definida por alucinações relacionada ao delirium/flutuação no ciclo sono-vigília.
Alterações do ciclo sono-	Padrão de sono prejudicado definida por insatisfação com o

---

vigília / Sono fragmentado	sono, mudança no padrão de sono normal, relatos de dificuldade para dormir e relatos de ficar acordado relacionado a falta de privacidade/controlado do sono, interrupções (motivos terapêuticos).
Sonolência diurna	Insônia definida por relatos de distúrbios do sono que produzem consequências no dia seguinte relacionado a cochilos frequentes durante o dia.
Medo	Relato de apreensão e tensão aumentada, estado de alerta aumentado relacionado a separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização, procedimentos hospitalares).
Depressão	Tristeza crônica definida por relato de sentimentos negativos (depressão) relacionada a crises no controle da doença e/ou experiência de doença crônica.
Irritabilidade	Sobrecarga de estresse definida por demonstração e relato de aumento de sentimentos de impaciência relacionada a estressores intensos (doença crônica).
Apatia	Pesar definido por alteração no nível de atividade e afastamento relacionado à antecipação de perdas importantes (casa, condição social).
Ansiedade / Euforia	Ansiedade definida por apreensão, excesso de excitação, irritabilidade, medo, atenção prejudicada, dificuldade de concentração, esquecimento, inquietação, insônia, vigília, entre outros, relacionados à ameaça ao ambiente, estado de saúde e/ou estresse, mudança no ambiente, estado de saúde.
Cefaleia	Dor aguda relacionada a comportamento expressivo (agitação, vigília, irritabilidade), distúrbio no padrão de sono, expressão facial (apatia) e foco estreitado (processos de pensamento prejudicados) relacionada a agentes lesivos (psicológicos).
Mal-estar generalizado	Conforto prejudicado definido por ansiedade, choro, inquietação, irritabilidade, medo, padrão de sono perturbado, relato de sentir-se desconfortável, relacionado a estímulos ambientais nocivos, falta de controle do ambiente e da situação, recursos insuficientes (apoio social).

---

Fonte: Dados da literatura e interpretação de dados pelo autor

Os fatores de risco para o *delirium* foram listados e agrupados de acordo os diagnósticos de enfermagem encontrados. Assim como as manifestações, alguns fatores apresentaram diagnósticos semelhantes e, portanto, foram agrupados numa mesma categoria (Tabela II).

**Tabela II. Fatores de risco para o *delirium* e diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da NANDA**

Fatores de risco para o <i>delirium</i>	Diagnósticos de enfermagem <sup>6,7</sup>
Demência / Déficit sensorial / Uso de psicotrópicos / Idade avançada	Risco de confusão aguda. Fatores de risco: cognição prejudicada; demência; flutuação no ciclo sono-vigília; maiores de 60 anos de idade; medicamentos (psicoativos); mobilidade reduzida; privação sensorial.
Dependência funcional	Risco de síndrome do desuso. Fatores de risco: dor intensa; imobilização mecânica; nível de consciência alterado.
Imobilidade	Mobilidade física prejudicada definida por capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras finas e/ou grossas relacionada ansiedade, desnutrição, desuso, dor, falta de suporte socioambiental, medicamentos, prejuízos cognitivos, neuromusculares e sensorio-perceptivos.
Desnutrição	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais definida por relato de ingestão inadequada relacionada a fatores psicológicos.

Fonte: Dados da literatura e interpretação de dados pelo autor

## DISCUSSÃO

Referente à análise das manifestações do *delirium* percebe-se que algumas sintomatologias são precursoras ou consequências de outras. Como exemplo, a ansiedade que pode ser desencadeada pelo medo, ou ainda, pode desencadeá-lo. Além disso, a ansiedade pode provocar irritabilidade, euforia, agitação, desorientação e outros sintomas que foram listados na Tabela I. Assim como a dor e o mal estar generalizado que podem gerar outras manifestações próprias do *delirium*.

Quanto aos fatores de risco (Tabela II), percebe-se que assim como as manifestações, alguns fatores podem interferir diretamente ou indiretamente em outro, exacerbando assim, a apresentação clínica do *delirium*.

Vale salientar que a sintomatologia e os fatores de risco foram analisados de forma generalista e inespecífica, visto que, assim como abordado anteriormente pela literatura, o *delirium* não possui causa específica e decorre de causas multifatoriais. Além disso, cada paciente possui a sua particularidade, e com isso, o *delirium* pode apresentar-se de forma diferente em cada indivíduo.

## CONCLUSÃO

Diante o exposto, conclui-se que o *delirium* é uma condição clínica que requer diagnóstico precoce para melhor prognóstico do paciente. Por isso, conhecer as características clínicas do *delirium*, embora alguns sejam inespecíficos, é fundamental para detectar mais brevemente as alterações apresentadas pelos indivíduos acometidos por essa condição. Além disso, por passar mais tempo junto ao paciente, o enfermeiro é capaz de identificar tais alterações de maneira mais rápida.

O diagnóstico de enfermagem, além de todo o processo de enfermagem em si, contribuirá na identificação mais específica dessas alterações, permitindo assim que as intervenções para minimizar ou eliminar os problemas sejam adotadas de maneira mais antecipada e assertiva.

## REFERÊNCIAS

1. Fukuda IMK, Stefanelli MC, Arantes EC, Forcella HT. **Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrentes de delirium**. Em: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri, SP : Manole; 2008 (Série Enfermagem). Cap. 28. p. 489-507
2. Vernaglia IFG, Júnior LAG. **Risco de delirium perioperatório**. Em: Em: Favarato MHS, Saad R, Morinaga CV, Ivanovic LF, Pavanel MC, Oliveira JC, et. al. Manual do residente de clínica médica. Martins MA [editor]. Barueri, SP : Manole; 2015. Cap. 33. p. 93-95
3. Martins HS. **Delirium (Estado Confusional Agudo)**. Em: Martins HS, Neto RAB, Velasco IT. Medicina de emergência: abordagem prática. 11 ed. rev. e atual. Barueri, SP : Manole; 2016. Cap. 42. p. 735-745
4. Oliveira RS, Almeida EC, Azevedo NM, Almeida MAP, Oliveira JGC. **Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem**. Revista UNIABEU Belford Roxo. Rio de Janeiro (RJ) : 8(20). set-dez, 2015 Disponível em: < [http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/viewFile/1912/pdf\\_298](http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/viewFile/1912/pdf_298)>. Acesso em: 05/02/2019
5. Luz LFS, Boniatti MM. Associação do delirium com cognição, capacidade funcional e qualidade de vida no paciente crítico. XII Semana Científica Unilasalle – SEFIC 2016. 17 a 21 de out. Canoas (RS): p. 1-7
6. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014 / [NANDA International] ; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. [et al.]. Porto Alegre : Artmed, 2013
7. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. [et al.]. 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018