

**FATORES ASSOCIADOS AO DELIRIUM EM PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**FACTORS ASSOCIATED WITH DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PATIENTS ADMITTED TO
AN INTENSIVE CARE UNIT**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-020>

Lucas Naves Lemos

Medicina, UNIFRAN

E-mail: lucasnlemos00@gmail.com

Rafaela Oliveira Franco

Medicina pela Faceres

E-mail: rafaelaoliveirafranco03@gmail.com

Flávio Salles Previti

Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP

E-mail: flaviopreviti7@gmail.com

Hendy Noda Rodrigues Teles

Medicina, pela Uninersid Politécnica e Artística do Paraguai (UPAP)

E-mail: hendynoda0@gmail.com

Ana Carolina Ferreira Lago

Medicina, UNICERRADO

E-mail: Anacarolina.lago@hotmail.com

Gabriel Candiota Dias

Medicina, Pequeno Príncipe

E-mail: gabrielcandiota@hotmail.com

Regiany Carvalho Faustino

Médica pela Escuela Latinoamericana de Medicina (Elam Cuba)

E-mail: dra.regianycarvalho@hotmail.com

Resumo

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda caracterizada por alterações da atenção, consciência e cognição, apresentando elevada frequência entre pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Sua ocorrência está associada ao aumento da morbimortalidade, prolongamento da permanência hospitalar, maior necessidade de ventilação mecânica e possíveis prejuízos cognitivos após a alta. Este estudo teve como objetivo analisar os principais fatores associados ao desenvolvimento de delirium em pacientes críticos internados em UTI, destacando condições clínicas, terapêuticas e ambientais que podem contribuir para seu aparecimento. Entre os fatores relacionados, destacam-se idade avançada,

gravidade da doença, presença de infecções, alterações metabólicas, insuficiência orgânica, distúrbios hidroeletrolíticos, privação do sono e imobilidade. Além disso, o uso de determinados medicamentos, especialmente sedativos e analgésicos, pode estar associado ao desenvolvimento da síndrome, particularmente quando utilizados em doses elevadas ou por períodos prolongados. A ventilação mecânica, a permanência prolongada na UTI e a exposição contínua a estímulos ambientais, como ruídos, luminosidade excessiva e interrupções frequentes do sono, também são apontadas como condições relacionadas ao delirium. A identificação precoce dos fatores de risco é fundamental para a implementação de estratégias preventivas e para o manejo adequado dos pacientes. Nesse contexto, recomenda-se a avaliação sistemática do estado neurológico, a redução de sedação quando clinicamente possível, a promoção do sono, a mobilização precoce, a manutenção da orientação temporal e espacial e a participação dos familiares nos cuidados. A abordagem deve ser multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais da equipe de saúde. Conclui-se que o delirium em pacientes críticos apresenta origem multifatorial, resultando da interação entre características individuais, condições clínicas, intervenções terapêuticas e fatores ambientais. Dessa forma, o reconhecimento dos fatores associados permite direcionar medidas preventivas e terapêuticas, contribuindo para a segurança do paciente, redução de complicações e melhoria dos desfechos clínicos durante e após a internação em UTI.

Palavras-chave: Cuidados intensivos; Delirium; Fatores de risco; Paciente crítico; Unidade de Terapia Intensiva.

Abstract

Delirium is an acute neuropsychiatric syndrome characterized by changes in attention, consciousness and cognition, with a high frequency among critically ill patients admitted to Intensive Care Units (ICU). Its occurrence is associated with increased morbidity and mortality, prolonged hospital stay, greater need for mechanical ventilation and possible cognitive impairment after discharge. This study aimed to analyze the main factors associated with the development of delirium in critically ill patients admitted to the ICU, highlighting clinical, therapeutic and environmental conditions that may contribute to its appearance. Related factors include advanced age, severity of the disease, presence of infections, metabolic changes, organic failure, fluid and electrolyte disorders, sleep deprivation and immobility. Furthermore, the use of certain medications, especially sedatives and analgesics, may be associated with the development of the syndrome, particularly when used in high doses or for prolonged periods. Mechanical ventilation, prolonged stay in the ICU and continuous exposure to environmental stimuli, such as noise, excessive light and frequent sleep interruptions, are also identified as conditions related to delirium. The early identification of risk factors is essential for implementing preventive strategies and for the appropriate management of

patients. In this context, systematic assessment of the neurological status, reduction of sedation when clinically possible, promotion of sleep, early mobilization, maintenance of temporal and spatial orientation and the participation of family members in care are recommended. The approach must be multidisciplinary, involving doctors, nurses, physiotherapists and other health team professionals. It is concluded that delirium in critically ill patients has a multifactorial origin, resulting from the interaction between individual characteristics, clinical conditions, therapeutic interventions and environmental factors. In this way, the recognition of associated factors allows directing preventive and therapeutic measures, contributing to patient safety, reducing complications and improving clinical outcomes during and after ICU admission.

Keywords: Critical patient; Delirium; Intensive care; Intensive Care Unit; Risk factors.

1 INTRODUÇÃO

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda caracterizada por alteração da atenção, da consciência e da cognição, com início geralmente súbito e curso flutuante⁴.

Em pacientes críticos, constitui uma das complicações mais relevantes da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo manifestar-se por agitação, desorientação, alucinações, sonolência ou redução importante da responsividade. A apresentação hipoativa, por ser menos evidente, frequentemente dificulta o reconhecimento clínico⁵.

A ocorrência do delirium resulta da interação entre vulnerabilidade individual, doença aguda grave e exposições relacionadas ao tratamento intensivo. Assim, sua prevenção não depende apenas da identificação de um fator isolado, mas da avaliação contínua de condições clínicas, medicamentos, ambiente e práticas assistenciais. Revisões e diretrizes de terapia intensiva destacam que a síndrome pode acometer parcela expressiva dos pacientes críticos, especialmente aqueles submetidos à ventilação mecânica e a múltiplas intervenções invasivas⁴.

O seguinte artigo, buscou compreender o impacto do delirium sobre a segurança do paciente, a duração da ventilação mecânica, a permanência hospitalar e a recuperação funcional e cognitiva. Nesse contexto, conhecer os fatores associados é fundamental para orientar estratégias de rastreamento precoce, prevenção multifatorial e manejo individualizado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, fundamentada em diretrizes clínicas, revisões científicas e estudos clássicos sobre delirium em pacientes críticos.

A busca bibliográfica foi orientada por publicações disponíveis em bases científicas e documentos de sociedades especializadas, utilizando os descritores: delirium, intensive care unit, critically ill patients,

risk factors, sedation, mechanical ventilation e prevention. Foram priorizados estudos sobre adultos internados em UTI, incluindo revisões, diretrizes e trabalhos observacionais relevantes.

A análise foi organizada em quatro eixos: definição e importância clínica do delirium; fatores predisponentes; fatores precipitantes e relacionados ao cuidado intensivo; e estratégias de identificação e prevenção. Por se tratar de revisão narrativa, não foram aplicados critérios de seleção próprios de uma revisão sistemática nem realizada metanálise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 DELIRIUM EM PACIENTES CRÍTICOS

O delirium caracteriza-se por uma alteração aguda da atenção e da consciência, acompanhada de comprometimento cognitivo, que não é explicada exclusivamente por um transtorno neurocognitivo preexistente. Seu curso costuma ser flutuante, com variações ao longo do dia³.

Em UTI, a síndrome apresenta particularidades. A presença de intubação orotraqueal, sedação, restrição de mobilidade, privação do sono e dificuldade de comunicação pode dificultar a identificação de alterações cognitivas. Além disso, o delirium pode ocorrer tanto em pacientes hiperativos quanto em indivíduos hipoativos, nos quais a redução da interação e da responsividade pode ser confundida com sonolência ou efeito esperado de medicamentos².

A avaliação clínica deve considerar a possibilidade de delirium mesmo quando o paciente não apresenta agitação. As diretrizes recomendam o uso de instrumentos validados, como o Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) e o Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). A escala de sedação e agitação de Richmond (RASS) auxilia na avaliação do nível de consciência e na definição da possibilidade de aplicação dos instrumentos⁶.

3.2 FATORES ASSOCIADOS AO DELIRIUM

A compreensão dos fatores associados exige distinguir fatores predisponentes, que aumentam a vulnerabilidade do paciente, de fatores precipitantes, que desencadeiam ou intensificam a síndrome durante a internação. Na prática, ambos frequentemente coexistem¹.

3.3 FATORES PREDISPONENTES

Condições preexistentes que reduzem a reserva cognitiva ou fisiológica.

Idade avançada, comprometimento cognitivo, fragilidade, múltiplas comorbidades e histórico de doença neurológica⁵.

3.4 FATORES PRECIPITANTES

Os eventos agudos e exposições durante a doença crítica. A sepse, hipóxia, distúrbios metabólicos, dor, sedação profunda, ventilação mecânica, privação do sono e imobilidade.

3.5 IDADE AVANÇADA

A idade avançada é um dos fatores predisponentes mais consistentemente associados ao delirium. O envelhecimento pode estar acompanhado de redução da reserva cerebral, maior prevalência de comprometimento cognitivo e maior suscetibilidade às alterações fisiológicas provocadas pela doença crítica⁴.

Entretanto, a idade isoladamente não determina a ocorrência da síndrome. Seu efeito deve ser interpretado em conjunto com fragilidade, funcionalidade prévia, comorbidades, exposição a medicamentos e gravidade clínica³.

3.6 COMPROMETIMENTO COGNITIVO PRÉVIO E DEMÊNCIA

A presença de demência ou comprometimento cognitivo preexistente aumenta a vulnerabilidade ao delirium. Pacientes com menor reserva cognitiva podem apresentar maior dificuldade de adaptação às mudanças ambientais, à hospitalização e às alterações metabólicas próprias da doença crítica².

Esse fator também apresenta relevância diagnóstica: alterações cognitivas prévias podem dificultar a distinção entre o estado basal e uma mudança aguda. Por isso, informações fornecidas por familiares ou cuidadores são importantes para estabelecer o funcionamento habitual do paciente⁶.

3.7 GRAVIDADE DA DOENÇA E DISFUNÇÃO ORGÂNICA

A gravidade da doença crítica está associada à maior probabilidade de delirium. Pacientes com insuficiência respiratória, choque, disfunção renal, alterações cardiovasculares ou falência de múltiplos órgãos estão expostos a mecanismos que podem comprometer a função cerebral⁷.

A sepse merece destaque, pois a inflamação sistêmica, as alterações da perfusão cerebral, a disfunção endotelial e as alterações metabólicas podem contribuir para o desenvolvimento de encefalopatia associada à sepse e delirium. Contudo, é importante não confundir associação com causalidade: a presença de sepse não significa que todos os pacientes desenvolverão delirium, e a síndrome pode ocorrer em outras condições clínicas⁶.

3.8 VENTILAÇÃO MECÂNICA

A ventilação mecânica é frequentemente associada ao delirium em pacientes críticos. Essa relação pode envolver a própria gravidade da doença respiratória, a necessidade de sedação, a imobilidade, a dificuldade de comunicação e a alteração do ciclo sono-vigília³.

Além disso, pacientes ventilados podem apresentar maior exposição a intervenções invasivas e desconforto, fatores que contribuem para o estresse fisiológico e psicológico. A ventilação mecânica, portanto, deve ser compreendida como parte de um conjunto de fatores inter-relacionados, e não como causa isolada².

3.9 SEDAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS

A exposição a sedativos, especialmente quando associada à sedação profunda, constitui um dos fatores modificáveis mais importantes no contexto do delirium em UTI. Benzodiazepínicos, em particular, são frequentemente relacionados ao aumento do risco, embora a decisão terapêutica dependa da condição clínica e da indicação de cada medicamento⁶.

A sedação profunda pode dificultar a avaliação neurológica, prolongar a imobilidade e contribuir para alterações do sono e da consciência. Por isso, recomenda-se que a sedação seja individualizada, com metas claras e reavaliação frequente⁶.

A atualização de 2025 das diretrizes PADIS da Society of Critical Care Medicine sugere o uso de dexmedetomidina em vez de propofol quando a prioridade é manter sedação leve e/ou reduzir delirium em adultos sob ventilação mecânica, com recomendação condicional e certeza moderada da evidência¹.

É necessário, contudo, evitar uma interpretação simplista: não se deve substituir automaticamente um sedativo por outro em todos os pacientes. A escolha deve considerar hemodinâmica, contraindicações, necessidade de sedação profunda, analgesia e objetivos clínicos³.

3.10 DOR E DESCONFORTO

A dor não controlada é um fator potencialmente precipitante do delirium. Procedimentos invasivos, cirurgias, trauma, aspiração de vias aéreas, posicionamento e outras intervenções podem gerar estímulos dolorosos ou desconforto significativo⁷.

A avaliação da dor deve ser realizada regularmente, utilizando instrumentos adequados ao nível de consciência e à capacidade de comunicação do paciente. Em indivíduos incapazes de relatar dor, ferramentas comportamentais podem auxiliar na identificação do desconforto⁸.

A relação entre dor, sedação e delirium é complexa: tanto a dor não tratada quanto a exposição excessiva a medicamentos podem contribuir para desfechos desfavoráveis. Dessa forma, a abordagem deve buscar analgesia adequada, evitando sedação desnecessária⁴.

3.11 DISTÚRBIOS METABÓLICOS E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

Alterações metabólicas podem contribuir para o comprometimento da função cerebral. Entre os fatores frequentemente considerados estão: hipóxia e hipercapnia; distúrbios hidroeletrólíticos, como alterações do sódio; hipoglicemia e hiperglicemia; insuficiência renal e acúmulo de metabólitos; insuficiência hepática e encefalopatia; desidratação; alterações ácido-base; febre e infecções sistêmicas³.

Essas condições devem ser investigadas conforme o contexto clínico. A identificação de uma alteração laboratorial, isoladamente, não confirma delirium, mas pode apontar para uma causa precipitante potencialmente reversível⁵.

3.12 IMOBILIDADE E RESTRIÇÃO FÍSICA

A imobilidade prolongada está associada à perda de força muscular, piora funcional e maior vulnerabilidade durante a internação. Em pacientes críticos, a restrição ao leito pode ser agravada por sedação, ventilação mecânica, dispositivos invasivos e gravidade clínica³.

A mobilização precoce, quando segura e clinicamente indicada, integra as estratégias de prevenção do delirium. A atualização de 2025 das diretrizes PADIS sugere mobilização e reabilitação intensificadas em comparação com os cuidados usuais, com recomendação condicional¹.

A mobilização deve ser individualizada e não deve ser realizada sem avaliação de estabilidade clínica, risco de queda, suporte ventilatório e condições cardiovasculares e neurológicas⁶.

4 CONCLUSÃO

O delirium é uma complicação frequente e clinicamente relevante em pacientes críticos internados em UTI, resultante da interação entre vulnerabilidade individual, gravidade da doença e fatores relacionados ao tratamento intensivo. Idade avançada, comprometimento cognitivo prévio, sepse, disfunção orgânica, ventilação mecânica, sedação profunda, dor, distúrbios metabólicos, privação do sono e imobilidade estão entre os principais fatores associados.

A identificação precoce por instrumentos validados, aliada à investigação das causas reversíveis e à prevenção multifatorial, constitui a base do cuidado. A redução de sedação desnecessária, a promoção do sono, a mobilização segura, o controle da dor e a manutenção da orientação do paciente são medidas essenciais.

Conclui-se que o enfrentamento do delirium em UTI deve ser sistemático, individualizado e multidisciplinar, com foco não apenas na detecção da síndrome, mas também na redução dos fatores modificáveis que contribuem para seu desenvolvimento e para a piora dos desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. DEVLIN, John W. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018. DOI: [10.1097/CCM.0000000000003299](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299).
2. ELY, E. Wesley et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **JAMA**, v. 286, n. 21, p. 2703-2710, 2001. DOI: [10.1001/jama.286.21.2703](https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703).
3. GIRARD, Timothy D. et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. **Critical Care Medicine**, v. 38, n. 7, p. 1513-1520, 2010. DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181e47be1](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47be1).
4. INOUE, Sharon K. et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. **Annals of Internal Medicine**, v. 113, n. 12, p. 941-948, 1990. DOI: [10.7326/0003-4819-113-12-941](https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941).
5. LEWIS, Kimberley et al. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 3, p. e711-e727, 2025. DOI: [10.1097/CCM.0000000000006574](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006574).
6. PANDHARIPANDE, Pratik P. et al. Effect of dexmedetomidine versus lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. **JAMA**, v. 298, n. 22, p. 2644-2653, 2007. DOI: [10.1001/jama.298.22.2644](https://doi.org/10.1001/jama.298.22.2644).
7. PARK, Seung Yong; LEE, Heung Bum. Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. **Acute and Critical Care**, v. 34, n. 2, p. 117-125, 2019. DOI: [10.4266/acc.2019.00451](https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451).
8. SEO, Yijun et al. 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. **Acute and Critical Care**, v. 37, n. 1, p. 1-25, 2022. DOI: [10.4266/acc.2022.00094](https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094).