

- Morone NE, Weiner DK. Pain as the 5th vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clin Ther*. 2013;35:1728-32.
- Waller A, Groff SL, Hagen N, Bultz BD, Carlson LE. Characterizing distress, the 6th vital sign, in an oncology pain clinic. *Curr Oncol*. 2012;19:e53-9.
- Meagher D. Delirium: the role of psychiatry. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7:433-42.
- Duarte C, Choi KM, Li CL. Delírio de infestação parasitária associado a

díálise tratado com aripiprazol. *Acta Med Port*. 2011;24:457-62.

- Cerqueira GL. Delirium e delírio. *Portal dos Psicólogos*. 2015. [consultado 2018 jan 31]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0931.pdf>.
- Alagiakrishnan K. Delirium. *Medscape*. Aug 23, 2017. [consultado 2018 jan 31]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/288890-medication#3>.

João GAMA MARQUES^{1,2}

1. Hospital Júlio de Matos. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa. Portugal.

2. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: João Gama Marques. joagamamarques@gmail.com

Recebido: 01 de fevereiro de 2018 - Aceite: 02 de fevereiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018

<https://doi.org/10.20344/amp.10326>



Resposta a Carta ao Editor: Ainda a Propósito do Delirium

Reply to the Letter to the Editor: Still About Delirium

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Delírio

Keywords: Cost of Illness; Delirium

Caro Colega,

Foi com grande satisfação que lemos os seus comentários a respeito do artigo que publicámos e agradecemos o interesse demonstrado, pois este tema é de facto da maior pertinência e carece de maior informação e formação por parte dos diversos profissionais de saúde.

Quanto aos esclarecimentos solicitados:

- É comumente aceite que os quatro sinais vitais são a pressão arterial, a frequência cardíaca (por vezes indevidamente substituída pela frequência de pulso), a frequência respiratória e a temperatura. Um quinto sinal vital, a dor, foi proposto pelo médico James Campbell em 1995, sendo atualmente aceite pelo Veterans Health Administration (VHA) e o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations,¹ e utilizado por profissionais de saúde a nível global. Quando se procura um sexto sinal vital na literatura, deparamo-nos com uma miríade de propostas, incluindo o *distress*,² o *distress*/sofrimento emocional,³ a velocidade de caminha-

da,⁴ o próprio *delirium*,⁵ a adesão terapêutica,⁶ a alfabetização na saúde,⁷ a concentração de CO₂ no final da expiração (ETCO₂),⁸ o trânsito intestinal,⁹ a continência urinária,¹⁰ o risco de queda¹¹ e o *status* funcional.¹² Estas numerosas propostas pretendem, do ponto de vista destes autores, alertar os profissionais de saúde para tópicos de elevada relevância e impacto no cuidado aos doentes e é essa a lógica por base na nossa proposta de designar o *delirium* como um sinal vital. Pela ausência de concordância no que será o sexto sinal vital, as autoras propõem o *delirium* como o sétimo sinal vital, evitando ampliar a desordem associada ao sinal prévio e porque consideram o *delirium* como merecedor de reconhecimento e subsequente abordagem, de forma universal.

- e 3. Entre a extensão do tema, sem dúvida estes são dois aspetos pertinentes. Efetivamente a nomenclatura na área do *delirium* é diversa e heterogénea, existindo diversos sinónimos e por vezes o uso incorreto por confusão com o termo delírio como assinalou. Os autores destacaram apenas o termo mais frequentemente usado como sinónimo – síndrome ou estado confusional agudo, mas na literatura termos como agitação, alteração da consciência, encefalopatia, falência cerebral aguda, síndrome cerebral agudo, psicose são aplicados a áreas específicas como os Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos ou áreas Cirúrgicas.^{12,13}

REFERÊNCIAS

- Morone N, Weiner D. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clin Ther*. 2013;35:1728-32.
- Howell D, Olsen K. Distress - the 6th vital sign. *Curr Oncol*. 2011;18.
- Bultz B, Carlson L. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*. 2005;23:6440-1.
- Fritz S, Lusardi M. White paper: "walking speed: the sixth vital sign". *J Geriatr Phys Ther*. 2009;32:2-5.
- Flaherty JH, Rudolph J, Shay K, Kamholz B, Boockvar KS, Shaughnessy M, et al. Delirium is a serious and under-recognized problem: why assessment of mental status should be the sixth vital sign. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8:273-5.
- Rosenow E. Patients' understanding of and compliance with medications: the sixth vital sign?. *Mayo Clin Proc*. 2005;80:983-7.
- Heinrich C. Health literacy: the sixth vital sign. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012;24:218-23.
- Hunter C, Silvestri S, Ralls G, Bright S, Papa L. The sixth vital sign: prehospital end-tidal carbon dioxide predicts in-hospital mortality and metabolic disturbances. *Am J Emerg Med*. 2014;32:160-5.
- Dedeli O, Pakyuz S. Bowel movement: the sixth vital sign?. *Clin Exp Health Sci*. 2016;6:135-9.
- Joseph A. Continence: the sixth vital sign?. *Am J Nurs*. 2003;103:11.
- Younce A, Hinton D, Haynes D, Berg J. Make fall risk the sixth vital sign. *Nursing*. 2011;41:62-4.
- May C. Chronic illness and intractability: professional - patient interactions in primary care. *Chronic Illn*. 2005;1:15-20.
- Lipowski ZJ. Delirium (acute confusional states). *JAMA* 1987;258:1789-92.
- Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, Rozzini R, Mistraretti G, Trompeo AC, et al. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2008;34:1907-15.

Filipa QUARESMA✉¹

1. Unidade Funcional Medicina 1.2. Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

Autor correspondente: Filipa Quaresma. fquaresma15@gmail.com

Recebido: 04 de fevereiro de 2018 - Aceite: 09 de fevereiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018

<https://doi.org/10.20344/amp.10386>**Letter to the Editor re: “Medicine and its Preventive Excesses”****Carta ao Editor re: “Medicina e os seus Excessos Preventivos”****Keywords:** Medical Overuse; Preventive Medicine; Public Health
Palavras-chave: Medicina Preventiva; Saúde Pública; Uso Excessivo de Produtos e Serviços de Saúde

Promoting health and preventing disease are common endeavours of all physicians. Juan Gérvas reminds us again that prevention should only be implemented if there is high quality evidence that the benefits of prevention surpass its harms.¹ He also reminds us of the ethical and epidemiological differences between the curative and preventive contract,²⁻⁴ and these differences are worth emphasising.

In curative medicine, harm and benefit coexist in the same patient. Consider treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) for rheumatoid arthritis. The patient who has an NSAID-induced GI-bleeding is the same that experienced a reduction in arthritis symptoms. Contrast this with lung cancer screening. The individual whose life is saved by earlier detection of her lung cancer is not the same individual who requires a bronchoscopy to exclude cancer after a false-positive screening test. So, a preventive intervention may have a favourable benefit harm balance at the population level, but the individual patient we offered prevention can suffer net harm.² This is a first argument to

support the idea that preventive interventions need high quality evidence that they are safe.

One of the teachings of clinical epidemiology is that the probability of benefiting from an intervention depends on the baseline risk of a poor outcome. Consider acetylsalicylic acid (ASA) for prevention of cardiovascular disease.⁵ In people with previous cardiovascular events, for every 1000 patients treated with ASA for 10 years, 150 avert a second cardiovascular event. Contrast this with people with no previous cardiovascular events. For every 1000 people treated with ASA for 10 years, 6 avert a second cardiovascular event. A striking difference from curative to preventive medicine is that the percentage of patients that benefit from a curative treatment is much larger than the percentage of patients that benefit from a preventive treatment. In addition, it is estimated that for 1000 people treated with ASA for 10 years, 3 will experience a major gastrointestinal bleeding. It becomes clear that the larger the baseline risk of cardiovascular event, the more favourable is the balance of benefits and harms antiplatelet treatment with ASA. This relationship is valid for most preventive interventions. This is a second argument to support the idea that preventive interventions need high quality evidence that they are safe.

In clinical practice it is easy to forget the differences between the curative and preventive contract, especially now when the lines between and the other are blurred (e.g. the treatment of hypertension, osteoporosis, cervical intraepithelial neoplasia). We should thank Juan Gérvas for this opportunity to pause and think about our everyday practice.

REFERENCES

1. Gérvas J. Medicine and its preventive excesses. *Acta Med Port.* 2018;31:74-5.
2. Weingarten M, Matalon A. The ethics of basing community prevention in general practice. *J Med Ethics.* 2010;36:138-41.
3. Santos I. Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios. Lisboa: CNECV; 2014. p. 47-63.
4. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018;24:106-11.
5. Collaboration AT (ATT). Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *The Lancet.* 2009;373:1849-60.

Bruno HELENO✉¹

1. Assistant Professor. NOVA Medical School. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Autor correspondente: Bruno Heleno. bruno.heleno@nms.unl.pt

Recebido: 12 de fevereiro de 2018 - Aceite: 12 de fevereiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018

<https://doi.org/10.20344/amp.10397>