

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**DOENTE CIRÚRGICO COM DELIRIUM:
NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA**

**PACIENTE QUIRÚRGICO CON DELIRIO:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**SURGICAL PATIENT WITH DELIRIUM:
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE**

Maria do Céu Marques - Departamento de Enfermagem. Universidade de Évora. Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2658-3550>

Patrícia Silva - Hospital do Espírito Santo Évora, EPE Serviço de Cirurgia, Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5276-1130>

Rute Pires - Hospital do Espírito Santo Évora, EPE Serviço de Cirurgia, Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5903-1712>

RESUMO

Objetivos: Elaborar uma Norma de Orientação Clínica de abordagem ao doente cirúrgico com delirium, com base em Normas de Orientação Clínicas já existentes e avaliar se a aplicação de intervenções multicomponentes promovem a segurança dos doentes cirúrgicos com delirium, internados numa Unidade de Cuidados Cirúrgicos de um Hospital Central.

Metodologia: Foi adaptada uma Norma de Orientação Clínica baseada em evidência científica atual, mediante a utilização do processo ADAPTE. Posteriormente foi avaliada a efetividade da aplicação da mesma, através de uma análise retrospectiva, referente ao mês de dezembro de 2016 e de 2017. Foi criado um instrumento de recolha de dados e efetuada a sua análise estatística recorrendo a folhas de cálculo em Excel.

Resultados: Foi elaborada a Norma de Orientação Clínica "Abordagem do delirium no doente cirúrgico". Após a implementação da mesma verificou-se uma diminuição na incidência de delirium, tempo de internamento e de consequências associadas.

Conclusão: A implementação de medidas multicomponentes, inseridas em Norma de Orientação Clínica baseadas em evidência, demonstram influenciar positivamente a qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros, promovendo a segurança do doente e os ganhos em saúde.

Descritores: Delirium; segurança do paciente; guias de prática clínica como assunto; avaliação de resultado de intervenções terapêuticas.

ABSTRACT

Objectives: Create a Clinical Practice Guideline to manage delirium in surgical patients, based on existing Clinical Practice Guideline and assess whether the application of a multicomponent interventions promote the safety of surgical patients with delirium, admitted in a Surgical Care Unit at a Central Hospital.

Methodology: A Clinical Practice Guideline based on current scientific evidence was adapted, using the ADAPTE process. Subsequently, the effectiveness of its application was evaluated through a retrospective analysis, relating to the month of December 2016 and 2017. A data collection instrument was created and its statistical analysis was performed using spreadsheets in Excel.

Results: The Clinical Practice Guideline "Approach to delirium in the surgical patient" was created. After its implementation there was a decreasing on delirium incidence, length of stay and associated consequences.

Conclusion: The multicomponent interventions implementation, included in evidence-based Clinical Practice Guideline, has shown a good influence in quality of care, patient safety and health care results.

Keywords: Delirium; patient safety; practice guidelines as topic; evaluation of results of therapeutic interventions.

RESUMEN

Objetivos: Elaborar un guía de práctica clínica de abordaje al paciente quirúrgico con delirio, con base en guía de práctica clínica ya existentes y determinar si la aplicación de las intervenciones multicomponentes promueve la seguridad de los pacientes quirúrgicos con delirio, internados en una Unidad de Cuidados Quirúrgicos de un Hospital Central.

Metodología: Se ha adaptado un guía de práctica clínica basada en evidencia científica actual, mediante la utilización del proceso ADAPTE. Posteriormente fue evaluada la efectividad de la aplicación de esta a través de un análisis retrospectivo, referente al mes de diciembre de 2016 y de 2017. Se creó un instrumento de obtención de datos y se realizó su análisis estadístico recurriendo a hojas de cálculo en Excel.

Resultados: Se elaboró la guía de práctica clínica "Enfoque del delirio en el paciente quirúrgico". Después de su implementación se verificó una reducción en la incidencia de delirio, tiempo de internamiento y de consecuencias asociadas.

Conclusión: La aplicación de medidas multicomponentes, insertadas en guía de práctica clínica basadas en evidencia, demuestran influenciar positivamente la calidad de los cuidados prestados por enfermeros, promoviendo la seguridad del paciente y los beneficios en salud.

Descriptores: Delirio, seguridad del paciente; guías de práctica clínica como asunto; evaluación de resultados de intervenciones terapéuticas.

INTRODUÇÃO

O delirium, também entendido como estado confusional agudo⁽¹⁾, traduz uma disfunção ou insuficiência cerebral⁽²⁾, caracterizada por uma perturbação na atenção e consciência, que se desenvolve de forma aguda e com decurso flutuante⁽³⁾. Este surge como a complicação cirúrgica mais frequente em idosos, com uma incidência no pós-operatório, que pode variar entre 5,2% a 52,2%, encontrando-se associado ao aumento de complicações pós-operatórias, aumento da mortalidade, morbidade, do tempo de internamento e institucionalização, levando a um aumento significativo dos custos hospitalares⁽⁴⁾. Estima-se que estes custos ascendam a mais de 164 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos, e a cerca de 182 bilhões por ano, a nível Europeu⁽²⁾.

O delirium assume-se, portanto, como prioridade de saúde pública e de segurança do doente^(2,5), também esta, assumida como área prioritária na qualidade em saúde⁽⁶⁾. É encarado, cada vez mais, como forte indicador de segurança do doente⁽²⁾ e de melhoria da qualidade cirúrgica^(2,4,5).

Constatada uma redução na incidência de delirium em cerca de 30% através da implementação de medidas multicomponentes⁽⁷⁾, torna-se essencial compreender os fatores de risco de desenvolvimento de delirium em doentes idosos cirúrgicos, de forma a implementar programas baseados neste tipo de medidas, visando o aumento da segurança neste tipo de doentes e a diminuição de complicações, morbidade, mortalidade e custos⁽⁵⁾. Contudo, e apesar de amplamente recomendados pelo consenso internacional,⁽⁸⁻¹¹⁾ surpreendentemente, a maioria dos hospitais não têm programas de prevenção/abordagem de delirium ou então os seus protocolos são implementados inconsistentemente⁽¹²⁾, o que limita os esforços de melhoria da qualidade⁽⁴⁾ e da segurança do doente⁽²⁾.

Estes programas/protocolos de tratamento do delirium passam pela aplicação de medidas farmacológicas e de medidas multicomponentes não farmacológicas (implementadas essencialmente por enfermeiros)⁽¹³⁾, sendo estas as que melhores resultados alcançam junto dos doentes^(2,13). Intimamente interligadas com a prática diária dos enfermeiros⁽¹⁴⁾, as medidas multicomponentes englobam a orientação dos doentes para a realidade, a promoção da presença de familiares e a mobilização precoce⁽¹⁾.

Ao implementar estas medidas, o enfermeiro especialista assume um papel de relevo na abordagem a esta síndrome, quer pela criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, prevenindo incidentes e gerindo o risco⁽¹⁵⁾, quer pela prevenção de complicações⁽¹⁶⁾. Tais medidas, promovem o aumento da segurança do doente e a melhoria dos

cuidados prestados⁽¹⁷⁾, indo ao encontro às competências comuns evidenciadas pelo enfermeiro especialista⁽¹⁵⁾ e ao descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica⁽¹⁶⁾.

A melhoria da qualidade contempla análise e revisão das práticas face aos seus resultados, cabe ao enfermeiro especialista avaliar a qualidade, e, partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua⁽¹⁵⁾. Entende-se então, “que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”^(18:12). Atendendo a todas estas premissas, e a que o conceito da Boa Prática é em si muito similar ao conceito de Norma de Orientação Clínica (NOC)⁽¹⁹⁾, surge a necessidade de criação de uma NOC quanto à abordagem ao doente cirúrgico com delirium. Esta fará a síntese da evidência científica acerca desta temática, com o objetivo de guiar os enfermeiros no processo de tomada de decisão, contribuindo para uma melhoria a nível da qualidade de vida, segurança e cuidados prestados aos doentes cirúrgicos com delirium⁽²⁰⁾.

A elaboração de uma NOC obedece uma metodologia própria e rigorosa, baseando-se na mais elevada evidência científica disponível⁽²⁰⁾. Neste processo, poderá ser criada uma NOC de forma integral ou realizada uma adaptação a partir de NOC's já existentes⁽²⁰⁾. Uma vez que, a elaboração de uma nova NOC exige a colaboração de peritos na área em foco, consome imenso tempo e requer recursos avultados⁽²¹⁾, será adaptada uma NOC, beneficiando da evidência científica de elevada qualidade presente em NOC já existentes, mediante a aplicação do processo ADAPTE. Este processo fornece uma abordagem sistemática que permite adaptar NOC em contextos culturais e organizacionais diferentes, mostrando ser flexível, claro e eficiente, levando a uma melhoria na qualidade e validade da NOC adaptada⁽²¹⁾.

Tendo em conta todas estas premissas, considera-se o delirium no doente cirúrgico, uma temática bastante pertinente e atual. A implementação de intervenções de enfermagem multicomponentes, inseridas numa NOC, terá toda a relevância, quer a nível da melhoria dos cuidados quer a nível da segurança do doente. Neste sentido, foi estabelecido como **objetivo principal**, contribuir com conhecimento baseado em evidência na promoção da segurança do doente cirúrgico com delirium, numa Unidade de cuidados cirúrgicos intensivos (UCCI), e como **objetivos específicos**: (1) Elaborar uma NOC de abordagem ao doente cirúrgico com delirium, com base em NOC já existentes; (2) Avaliar se a aplicação de intervenções multicomponentes (presentes na NOC) promove a segurança dos doentes cirúrgicos com delirium.

MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, numa UCCI de um Hospital Central, após parecer positivo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do referido hospital. Este, teve como base a seguinte questão, formulada através da estratégia PIPOH⁽²²⁾: “Será que os doentes cirúrgicos idosos com delirium (P) submetidos a intervenções multi-componentes (I), implementadas por enfermeiros (P), contribuem para a promoção da segurança (O), numa UCCI (H)?”.

Este estudo compôs-se por duas fases distintas. Numa primeira fase foi adaptada uma NOC baseada em estudos atuais e, numa segunda fase, avaliada a efetividade da aplicação da mesma.

No processo de adaptação da NOC foi utilizada a metodologia ADAPTE, apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Processo ADAPTE.

Fase	Módulo	Etapas
Planeamento	Preparação	1. Estabelecer uma Comissão Organizadora.
		2. Selecionar um tópico.
		3. Verificar se a adaptação é viável.
		4. Identificar habilidades e recursos necessários.
		5. Completar as tarefas necessárias para a fase de adaptação.
		6. Redigir um plano de adaptação.
Adaptação	Âmbito e Finalidade	7. Determinar as questões de saúde: - População alvo e características da doença; - Intervenção(ões) de interesse; - Profissionais alvo da NOC; - Resultados esperados: para o doente, serviço de saúde e/ou resultados para a saúde pública; - Serviço de saúde onde a NOC será implementada.
		8. Pesquisar NOC ou outra documentação relevante.
		9. Selecionar as NOC obtidas.
	Pesquisa e Monitorização	10. Reduzir o número de NOC obtidas (utilização do instrumento AGREE).
		11. a 15. Avaliação da qualidade da NOC, utilizando o instrumento AGREE.
	Decisão e Seleção	16. Reavaliar a revisão para auxiliar na tomada de decisão.
		17. Selecionar entre as NOC e as recomendações de forma a criar uma NOC adaptada. Podem ser tomadas cinco opções: 1 - Rejeitar toda a NOC; 2 - Aceitar toda a NOC e todas as suas recomendações; 3 - Aceitar apenas o sumário de evidências da NOC; 4 - Aceitar apenas algumas recomendações específicas; 5 - Modificar recomendações específicas.
18. Elaborar um esboço da NOC adaptada.		
Finalização	Revisão externa e Confirmação	19. Revisão externa pelos utilizadores alvo da NOC.
		20. Consultar as entidades responsáveis pela aprovação.
		21. Consultar os criadores das NOC originais.
	Pós-planeamento	22. Referenciar as Fontes dos documentos utilizados.
		23. Planear a revisão e atualização da NOC adaptada.
Produção Final	24. Elaboração final da NOC.	

Fonte: ADAPTE Collaboration⁽²¹⁾

Após definir a temática em questão, foi confirmada a viabilidade e a adaptabilidade da NOC, pela existência de guidelines internacionais quanto à abordagem do delirium (prevenção e tratamento), com publicações desde o ano de 2006 até 2016.

Foram seguidamente determinadas as questões de saúde segundo o PIPOH:

- População - Doente cirúrgico com delirium presente ou com risco aumentado de desenvolvimento de delirium;
- Intervenção - Abordagem não farmacológica no tratamento do delirium;
- Profissionais alvo - Enfermeiros;
- Resultados esperados - Melhoria na qualidade dos cuidados, diminuição da duração e gravidade das crises, garantir a segurança do doente, diminuir o tempo de internamento e melhorar os resultados em saúde nestes doentes;
- Contexto - UCCI de um Hospital Central.

Seguidamente, foram pesquisadas NOC em bases de dados eletrónicas de Organizações Internacionais dedicadas ao desenvolvimento e publicação deste tipo de documentos, tais como: *National Institute for Health and Care Excellence*, *Registered Nurses' Association of Ontario*, *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines International Network*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: "delirium" "postoperative delirium" e "Clinical Practice Guideline".

Foram definidos três critérios de inclusão: (1) NOC elaboradas ou revistas há menos de 4 anos; (2) NOC em inglês e (3) NOC referentes à abordagem do doente com delirium. Como critérios de exclusão NOC referentes a delirium tremens.

O processo de seleção da NOC surge representado na Figura 1.

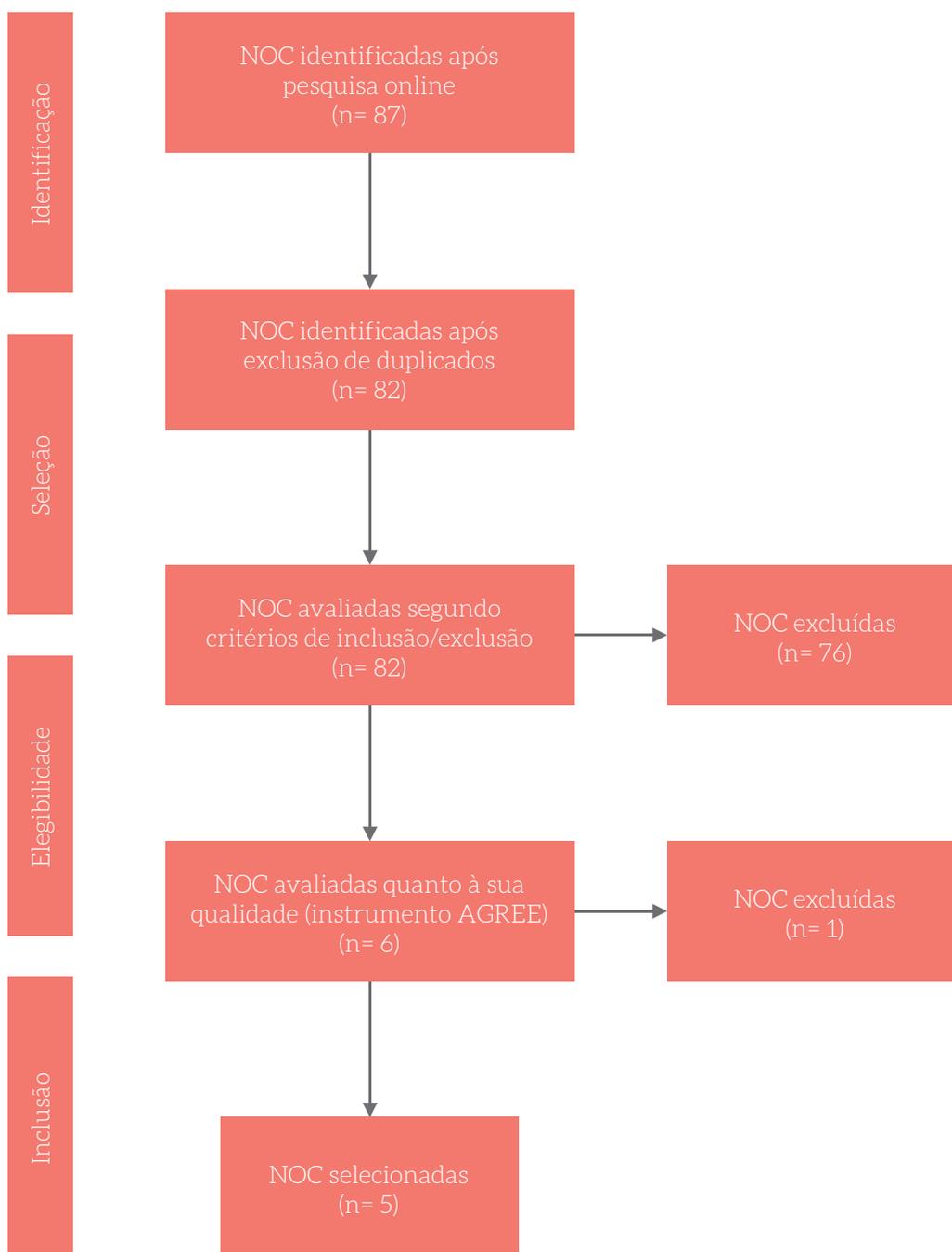


Figura 1 - Processo de seleção de NOC.

Aplicado o instrumento AGREE II⁽²⁴⁾, as NOC selecionadas apresentaram na generalidade uma pontuação de quatro ou mais, em sete, com percentagens entre 77% e 94,5%, comprovando a sua elevada qualidade, sendo a sua utilização amplamente recomendada. Selecionaram-se as seguintes NOC:

- *DELIRIUM: diagnosis, prevention and management, Clinical Guideline 103*⁽⁸⁾, revista em 2015;
- *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care*⁽⁹⁾;
- *The Assessment and Treatment of Delirium*⁽¹⁰⁾, e a respetiva revisão em 2014 (*2014 guideline update: The assessment and treatment of delirium*)⁽²⁵⁾;
- *Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults*⁽¹¹⁾.

Partindo destas, foram selecionadas recomendações relevantes e com maior grau de evidência e criada a NOC: "Abordagem do doente cirúrgico com delirium". Posteriormente foi realizada uma revisão externa por alguns dos utilizadores alvo da NOC e obtido parecer positivo por parte da Enfermeira Chefe, de um Cirurgião (concordância de peritos) e um Psiquiatra. Por último foi consultada a entidade responsável pela aprovação da NOC, na pessoa do Sr. Diretor de Serviço e obtida a aprovação da mesma.

Aprovada a NOC, e visando a sua implementação, foi formada 62,5% da equipa de enfermagem que constitui a UCCI. À posteriori, e após implementada a NOC pela equipa de enfermagem, procedeu-se então à análise da efetividade das intervenções que a compõem, o que constitui a 2.^a fase deste estudo.

Foi realizada uma análise retrospectiva, com base nos registos de enfermagem e médicos, referente ao mês de dezembro de 2016, tendo por base a consulta do processo clínico de todos os doentes internados nesta unidade, durante este período. Para tal, foi criado um instrumento de recolha de dados, com foco na idade, género, presença ou não de confusão mental, complicações decorrentes, presença de dispositivos médicos e tempo de internamento. Após aplicar a NOC durante o período temporal de um mês, foram colhidos dados semelhante, com instrumento de colheita de dados semelhante, a todos os doentes internados na UCCI em dezembro 2017, e realizada a comparação com o respetivo mês do ano anterior. Foi efetuada análise estatística descritiva, frequências absolutas e relativas nas variáveis qualitativas e média e desvio padrão nas variáveis quantitativas contínuas.

Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

O conjunto de recomendações que compõem a NOC fornecem orientação essencial quanto à abordagem do delirium em doentes cirúrgicos. São compostas por^(8-11,25):

- 1 .**Recomendações gerais** – avaliar a administração de medicação, especialmente aquela considerada de alto risco e polimedicação; utilizar a contenção mecânica como último recurso;
- 2 .**Avaliação** – avaliar fatores de risco de desenvolvimento de delirium no contacto inicial e se houver alteração do estado clínico do doente;
- 3 .**Planeamento** – Desenvolver um plano de prevenção de delirium baseado em medidas multicomponentes para doentes em risco de desenvolver delirium;
- 4 .**Implementação** – Implementar o plano de prevenção de delirium delineado; utilizar instrumentos de avaliação de delirium; quando houver delirium presente: identificar a(s) causa(s) subjacente(s) e fatores contribuintes; implementar intervenções multicomponentes que deverão incluir: (a) tratamento das causas precipitantes, (b) intervenções não-farmacológicas e (c) utilizar medicação apropriada para alívio dos sintomas de delirium e/ou controlo da dor; educar os doentes em risco de desenvolver delirium e seus familiares e/ou os cuidadores quanto a medidas de prevenção e tratamento.
- 5 .**Avaliação** – avaliar os doentes com delirium (DcD), pelo menos uma vez dia, utilizando instrumentos de avaliação apropriados e documentando a eficácia das intervenções.

As intervenções multicomponentes, realizadas por enfermeiros, foram implementadas tendo em conta os fatores de risco de desenvolvimento de delirium. Apresentam-se, seguidamente, aqueles considerados mais relevantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Intervenções Multicomponentes na abordagem do doente com delirium^(9-11, 25).

Fatores de Risco	Intervenções
Compromisso cognitivo Privação sensorial	Orientação cognitiva, reorientação (reorientar a pessoa explicando onde ela está, quem é, e qual o seu papel).
	<i>Fatores ambientais</i> (Luz adequada; Sinalização clara; Relógio de 24h; Calendário).
	<i>Atividades cognitivamente estimulantes</i> (utilização de rádio ou televisão; reminiscência).
	Facilitar a visita de familiares/cuidadores/amigos (envolver a família).
Deficiência Sensorial	Garantir a utilização de próteses auditivas e/ou visuais.
	Iluminação adequada.
Infeção	Identificar e tratar a infeção.
	Evitar cateterismos urinários desnecessários.
Desidratação/Obstipação Alterações Hidroelectrolíticas	Monitorizar a nutrição, hidratação e função renal/intestinal.
	Prevenção de distúrbios hidroelectrolíticos/desidratação.
	Garantir a ingestão adequada de líquidos.
Nutrição	Assegurar uma nutrição adequada.
	Assegurar o ajuste adequado das próteses dentárias.
Hipoxia	Monitorizar a saturação de oxigénio e otimizar a oxigenação.
	Avaliar e controlar a dor.
Controlo da Dor	Avaliar qual o tratamento da dor mais adequado, quando identificada.
	Evitar procedimentos durante as horas de sono.
Privação do Sono	Programar a administração de medicação de forma a evitar perturbar o sono.
	Reduzir o ruído e a luz ao mínimo durante os períodos noturnos.
	Evitar o uso de contenção mecânica
Imobilização/mobilidade limitada	Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão
	Mobilização assim que possível após a intervenção cirúrgica.
Deficiência Funcional	
Polimedicação/utilização de medicação de alto risco	Rever a medicação dos doentes

Numa 2.^a fase foi realizada a análise retrospectiva dos dados dos meses de dezembro 2016 e 2017. Em 2016 a amostra foi de 34 doentes, sendo que 13 (38%) desenvolveram delirium, ao passo que em 2017, 8 dos 26 doentes internados desenvolveram esta condição. Verificaram-se médias de idades de 76 anos, em 2016, com um desvio padrão de 11,72, e em 2017, idades médias de 80 anos, com desvio padrão de 8,08. A caracterização da amostra e as complicações decorrentes do delirium nos meses de dezembro 2016 e 2017 encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da amostra e complicações decorrentes do delirium (dezembro 2016/2017).

	Dezembro 2016	Dezembro 2017
Doentes com delirium (%)	38%	30,7%
Doentes sem delirium		
Idade (média)/anos	63 anos	68 anos
Tempo Internamento (médio)/dias	7 dias	8 dias
Desenvolvimento de delirium (em doentes internados)		
Homens (%)	43,7%	31%
Mulheres (%)	33,3%	28%
Doentes com delirium		
Homens (%)	53,8%	75%
Mulheres (%)	46,2%	25%
Idade (média)/anos	76 anos	80 anos
Tempo Internamento (médio)/dias	27 dias	15 dias
Tipo de delirium (%)		
Hipoativo	23%	37,5%
Hiperativo	77%	62,5%
Agressivo	40%	80%
Alucinação visual	20%	20%
Défice sensorial associado (%)	15,3%	50%
Confusão mental (dias)	9 dias	5 dias
Contenção mecânica (dias)	9 dias	4 dias
Doente com delirium – complicações (n.º de avaliações em DcD)/% de complicações		
Retirada de dispositivos médicos:		
– Sonda nasogástrica	(4) 100%	(2) 50%
– Mascara de venturi (O ₂)	(5) 50%	(5) 62,5%
– Acesso Venoso Periférico	(8) 72,7%	(4) 66,6%
– Sistema Ileo/Colostomia	(1) 50%	(1) 50%
– Dreno aspirativo	(1) 33,3%	-
– Dreno Torácico	-	(1) 100%
– Algália	-	(1) 16,6%
Doente com delirium hiperativo – complicações (n.º de avaliações em DcD)/% de complicações		
Tentativas de Levante	(10) 100%	(5) 100%
Ulceras por pressão	(1) 7,6%	-
Quedas	-	-
Esfacelos	(1) 7,6%	-

DISCUSSÃO

Foi elaborada a NOC “Abordagem do delirium no doente cirúrgico”, que permitiu aos enfermeiros sistematizar os cuidados/intervenções a ter perante o doente cirúrgico com delirium ou em risco de desenvolvimento desta condição, baseando a sua praxis na mais recente evidência científica internacional^(9-11,25). Este processo é apresentado no seguinte algoritmo (Figura 2).

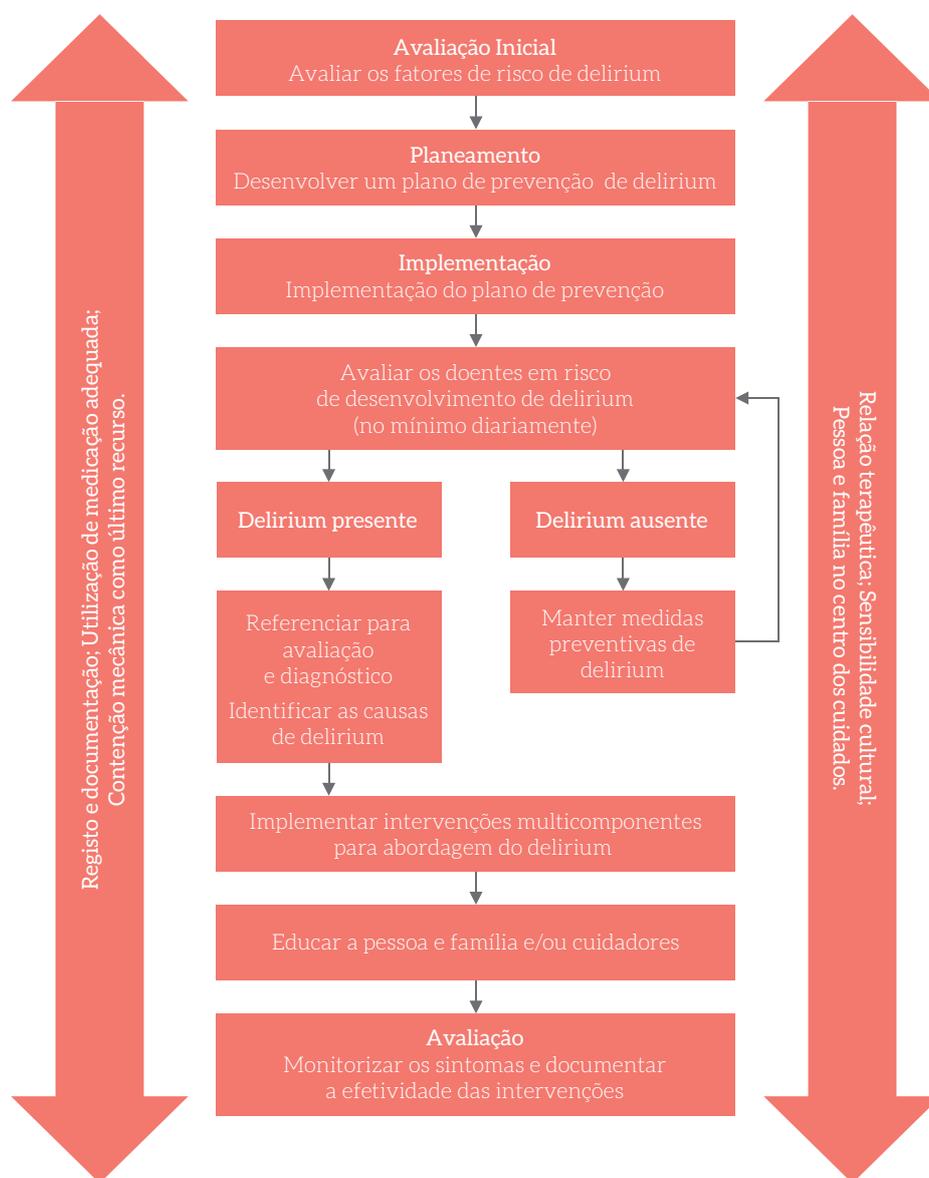


Figura 2 - Algoritmo de abordagem ao doente com delirium.
 Fonte: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/3Ds_BPG_WEB_FINAL.pdf⁽⁶⁾

No respeitante aos dados colhidos (2016/2017), constata-se que o delirium surgiu predominantemente em doentes com idades mais avançadas, sendo a média de idades superior a 75 anos, surgindo maioritariamente em doentes do sexo masculino. Ambas as variáveis (idade ≥ 75 anos e género masculino) são descritas como fatores que predispõem o desenvolvimento de delirium, assim como, a presença de deficiência sensorial, visual ou auditiva^(1,2,8,10), identificada em 15,3% dos DcD em 2016, e 50%, nestes doentes em 2017.

Nos doentes que apresentam delirium, verificou-se um tempo de internamento (médio) superior relativamente a doentes sem delirium (DsD), facto amplamente descrito pela literatura^(1,2,5,7-9).

A salientar, que após a formação realizada, os enfermeiros passaram a avaliar a presença de delirium mediante a utilização do instrumento de avaliação *Confusion Assessment Method* (CAM), tendo sido feita essa avaliação e registo em todos os processos de DcD.

Verificou-se, tal como descrito na literatura, que a implementação de medidas multicomponentes não farmacológicas, executadas por enfermeiros, têm um papel fundamental na redução da incidência de delirium^(1,2,4,5,7-14,17), e do tempo médio de internamento⁽¹²⁾. Após um mês de implementação da NOC confirmou-se uma redução na incidência de delirium em 7,3%, e do tempo médio de internamento em 12 dias. Verificou-se igualmente um decréscimo no período médio de confusão mental dos DcD, em 4 dias, assim como do tempo médio necessário com contenção mecânica em 5 dias. Contudo, apesar da menor incidência de delirium em 2017 e menor tempo de duração das crises, duplicaram os casos de delirium hiperativo com agressividade para com os profissionais, sendo que nestas situações se torna necessária também uma intervenção farmacológica para controlo de sintomas. Contrariando o descrito por alguns autores^(1,9), observou-se, uma maior incidência de casos de delirium hiperativo comparativamente a delirium hipoativo, quer em 2016, quer em 2017.

Relativamente às complicações a curto prazo registadas, e indo ao encontro do exposto na literatura^(1,13,14), verificou-se a remoção de dispositivos médicos, tais como sondas, cateteres e drenos e o desenvolvimento de lesões, autoinfligidas ou por pressão. Todavia, apesar do elevado risco de queda também descrito^(13,14), não foram registadas quedas em ambas as avaliações, apesar de observadas tentativas de levante em 100% dos DcD hiperativo. Tal, prende-se com o facto da UCCI ser uma unidade com presença contínua de enfermeiro, onde qualquer tentativa de levante é prontamente interrompida.

A implementação de medidas multicomponentes, promove a redução de complicações em DcD^(12,13,14), como se comprovou em 2017, tendo-se observado uma diminuição na incidência da retirada de dispositivos médicos, como SNG, acessos periféricos e drenos aspirativos, bem como no desenvolvimento de úlceras de pressão e esfacelos. Porém, verificou-se a retirada de um dreno torácico (100%) e uma algália (16,6%) em doentes agressivos, com delirium hiperativo, o que evidencia a necessidade, de nestas situações, apesar de implementadas medidas ser necessário o controlo de sintomas através da administração de medicação adequada, mediante prescrição médica ou protocolo estabelecido.

CONCLUSÃO

A implementação de NOC baseadas em evidência demonstra influenciar positivamente a qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros, melhorando a segurança do doente e os ganhos em saúde.

A utilização da metodologia ADAPTE, mostrou-se fundamental à adaptação rápida e viável de uma NOC, fazendo benefício da elevada evidência científica disponível.

Foi adaptada uma NOC de abordagem de delirium no doente cirúrgico, tendo por base a implementação de medidas multicomponentes por enfermeiros, mostra indícios eficácia na diminuição da incidência de delirium, tempo de internamento e de consequências associadas, promovendo um aumento na segurança destes doentes e melhoria nos cuidados. Atendendo aos resultados, comprova-se fundamental a intervenção dos enfermeiros no cuidar do doente cirúrgico com delirium, promovendo a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, prevenindo incidentes e gerindo o risco e consequentemente evitar complicações.

Tendo em consideração o aumento de DcD hiperativo, agressivo e às complicações a estes associados seria pertinente o desenvolvimento de um protocolo de administração de medicação apropriada, de forma a controlar os sintomas, nesta fase, limitando futuras complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. *New England J Med*. [Internet]. 2017 [citada em 16 dez 2017]; 377(15): 1456-66. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1605501>
2. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* [Internet]. 2014 [citada em 16 dez 2017]; 38: 911-22. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60688-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60688-1/fulltext)
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2013.
4. Berian, JR, Zhou L, Russell MM, Hornor MA, Cohen ME, Finlayson E, *et al*. Postoperative Delirium as a Target for Surgical Quality Improvement. *Ann Surg* [Internet]. 2017 Jul [citada em 16 dez 2017]; 24: 1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742701>
5. Gleason LG, Schmitt EM, Kosar CM, Tabloski P, Saczynski JS, Robinson T, *et al*. Effect of Delirium and Other Major Complications on Outcomes After Elective Surgery Older Adults. *JAMA Surg* [Internet]. 2015 [citada em 16 dez 2017]; 150(12): 1134-40. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ba10/648622facb617d8c44b0487e19e981f63bd6.pdf>
6. Castilho AM, Parreira PD, Pereira MS. Cuidados de Enfermagem e Eventos Adversos em Doentes Internados: Análise dos Fatores Intervenientes. *RIASE online* [Internet]. 2016 agosto [citada em 6 jan 2018]; 2(2): 605-623. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).600](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).600)
7. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, *et al*. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [citada em 19 dez 2017]; 11(3): CD005563. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005563.pub3/pdf>
8. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management. NICE clinical guidelines N° 103. London: NICE; 2010 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/cg103-delirium-full-guideline3>

9. Registered Nurses' Association of Ontario. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2016 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/3Ds_BPG_WEB_FINAL.pdf
10. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The assessment and treatment of delirium. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2006 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_Delirium.pdf
11. American Geriatrics Society. Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults. New York: American Geriatrics Society; 2014 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: <https://geriatricscareonline.org/application/content/products/CLO18/slide/AGS-PostOp-Delirium.2.pdf>
12. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T *et al*. Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 [citada em 19 dez 2017]; 175(4): 512-20. Disponível em: <http://unmhospitalist.pbworks.com/w/file/attach/92874693/loi140142.pdf>
13. Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing* Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? *Age Ageing* [Internet]. 2014 [citada em 19 dez 2017]; 44(2): 196-20. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/196/93749>
14. Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YS, Silva RMO, Amaral JB. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citada em 19 nov 2017]; 69(4): 725-732. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0725.pdf>
15. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. 2011; 2.ª Série, n.º 35. 8648-53 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

16. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República. 2015; 2.ª Série, n.º 123. 17240-43 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
17. Luna AA, Entringer AP, Silva RCL. Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ [Internet]. 2016 [citada em 20 dez 2017]; 24(1), 1-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.6238>
18. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012 [citada em 17 dez 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padros%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
19. Ordem dos Enfermeiros. Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. Lisboa: OE; 2007 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
20. Hoensing H. Clinical Practice Guidelines: Closing the Gap Between Theory and Practice. USA: Joint Commission International; 2016 [citada em 20 dez 2017]. Disponível em: https://www.clinicalkey.com/info/sea/wp-content/uploads/sites/12/2014/07/JCI-Whitepaper_CPGs-Closing-the-gap-between-theory-practice.pdf
21. ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009. Disponível em: <http://www.g-i-n.net>
22. Sousa LM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação a Prática Baseada na Evidência. Rev Inv Enferm. 2018; S2(23): 31-39.
23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [citada em 6 jan 2018]; 6(7): e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
24. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument. 2013. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>

25. Gage L, Hogan DB. 2014 guideline update: The assessment and treatment of delirium. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2014 [citada em 16 dez 2017]. Disponível em: <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>

Correspondência: mcmarques@uevora.pt