

RIASE

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

A CONFUSÃO EM PESSOAS INTERNADAS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

CONFUSION IN PEOPLE ADMITTED TO AN INTERNAL MEDICINE WARD

CONFUSIÓN EN PERSONAS INGRESADOS EN UNA ALA DE MEDICINA INTERNA

Fernando Carvalho – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, Santa Maria da Feira, Portugal.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1785-200X>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Fernando Carvalho – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, St.ª Maria da Feira, Portugal. enf.fernando.sc@gmail.com

Recebido/Received: 2022-07-18 Aceite/Accepted: 2022-08-02 Publicado/Published: 2022-08-29

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).557.23-37](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).557.23-37)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

RESUMO

Introdução: A confusão nos doentes internados é um problema frequente que pode ter como consequências a contenção física, as quedas e a mortalidade. É importante o seu reconhecimento precoce.

Objetivos: Descrever a confusão nos doentes internados e verificar a sua relação com as variáveis contenção física, quedas e mortalidade.

Material e Métodos: Estudo de natureza quantitativa, do tipo transversal, descritivo-correlacional, desenvolvido num serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar da Região Norte. O instrumento de colheita de dados foi realizado pelo autor. Os dados foram colhidos entre junho e agosto de 2021, a todos os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a relação entre as variáveis.

Resultados: Foram analisados os dados relativos a 194 doentes e 70,7% apresentaram confusão. Da amostra, 47,8% apresentou idade compreendida entre os 80 e os 89 anos de idade. A contenção física verificou-se em 22,3% dos participantes, todos com confusão identificada, sendo que foram registadas duas quedas (1,3%). Em relação à mortalidade, 39,5% faleceram nos três meses seguintes. Destaca-se a correlação positiva significativa entre a confusão, a contenção física e a mortalidade.

Conclusão: A presença de confusão é muito frequente em enfermaria de Medicina Interna sendo que grande parte dos doentes confusos apresentam idade superior a 70 anos. A presença de confusão está relacionada com a aplicação de contenção física. É importante sublinhar a relação significativa entre a confusão e a mortalidade.

Palavras-chave: Confusão; Contenção Física; Institucionalização; Mortalidade; Quedas Acidentais.

ABSTRACT

Introduction: Confusion in hospitalized patients is a frequent problem that can have the consequences such as: physical restraint, falls and mortality. Early recognition is the best tool to reduce it.

Objectives: Describe the confusion in hospitalized patients and verify its relationship with the variables physical restraint, falls and mortality.

Material and Methods: Observational study of quantitative nature, cross-sectional, descriptive-correlational developed at an Internal Medicine ward of a Hospital Center in

the Portuguese Northern Region. The data collection instrument was performed by the author. Data were collected between June and August 2021, from every patient admitted to an internal medicine ward. Spearman's correlation coefficient was used to verify the relationship between the variables.

Results: The final analysis included 194 patients of which 70.7% presented with confusion and 47.8% were between 80 and 89 years of age. Physical restraint occurred in 22.3% of the participants, all with identified confusion, and two falls were reported (1.3%). Regarding mortality, 39.5% died in the following three months. The significant positive correlation between confusion, physical restraint and mortality is highlighted.

Conclusion: The presence of confusion is very common in the Internal Medicine ward mainly in patients over 70 years of age. The presence of confusion is related to the application of physical restraint. This study highlights the significant relationship between confusion and mortality.

Keywords: Accidental Falls; Confusion; Institutionalization; Mortality; Physical Restraint.

RESUMEN

Introducción: La confusión en los pacientes hospitalizados es un problema frecuente que puede tener las consecuencias en la restricción física, las caídas y la mortalidad. El reconocimiento temprano es importante.

Objetivos: Describir la confusión en pacientes hospitalizados y verificar su relación con las variables restricción física, caídas y mortalidad.

Material y Métodos: Estudio de carácter cuantitativo, de tipo transversal, descriptivo-correlacional, desarrollado en una ala de Medicina Interna de un Centro Hospitalario de la Región Norte. El instrumento de recolección de datos fue realizado por el autor. Los datos se recopilaban entre junio y agosto de 2021, a todos los pacientes hospitalizados en una ala de medicina interna. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para verificar la relación entre las variables.

Resultados: Se analizaron los datos de 194 pacientes y el 70,7% presentó confusión. De la muestra, el 47,8% tenía entre 80 y 89 años de edad. La restricción física ocurrió en el 22,3% de los participantes, todos con confusión identificada y se registraron dos caídas (1,3%). En cuanto a la mortalidad, el 39,5% falleció en los tres meses siguientes. Se destaca la correlación positiva significativa entre la confusión, la restricción física y la mortalidad.

Conclusión: La presencia de confusión es muy común en la ala de Medicina Interna y la mayoría de los pacientes confundidos tienen más de 70 años de edad. La presencia de con-

fusão está relacionada com a aplicação de restrição física. É importante destacar a importante relação entre a confusão e a mortalidade.

Descritores: Confusão; Contenção Física; Caídas; Institucionalização; Mortalidade.

INTRODUÇÃO

No ano de 2020, a população residente em Portugal era composta por 13,4% jovens, 64,1% pessoas em idade ativa e 22,4% idosos. Entre 2015 e 2020, a proporção de jovens decresceu de 14,1% para 13,4%, a proporção de pessoas em idade ativa reduziu-se de 65,2% para 64,1% e a percentagem de idosos aumentou de 20,7% para 22,4%⁽¹⁾. Em 2019, a proporção de idosos em Portugal era superior à da União Europeia (27 países), sendo o 4.º país com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Grécia, Finlândia e Itália⁽¹⁾.

Não sendo o envelhecimento demográfico um problema, já o é o modo como envelhecemos. E para que possamos dar resposta a este desafio temos de pensar a saúde a partir de um paradigma diferente, tendo em consideração, antes de mais, as atuais necessidades de uma população idosa. Os enfermeiros podem constituir um recurso significativo na ajuda a estas pessoas pela conceção de respostas mais eficazes para a saúde e o bem-estar destes cidadãos⁽²⁾.

O estado de confusão pode ser agudo ou crónico sendo que os termos “*delirium*” ou “síndrome confusional agudo” estão associados à confusão aguda⁽³⁾. O estado de confusão e os estados de confusão aguda ou crónica são diagnósticos de enfermagem diferentes. Neste estudo, foi avaliada a “confusão” englobando a confusão aguda e crónica.

A confusão pode definir-se como um “pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo”^(4:32). Já a confusão aguda define-se como um processo de início abrupto e reversível enquanto a confusão crónica é de início insidioso e irreversível, caracterizando-se o *delirium* de um diagnóstico médico com características sobreponíveis à confusão aguda⁽³⁾. A confusão aguda é uma situação grave, que engloba alteração da atenção, consciência e cognição, desenvolvendo-se num curto período de tempo⁽⁵⁾. A American Psychiatric Association⁽⁶⁾, no DSM-5, define o *delirium* como alterações da atenção (diminuição da capacidade de manter ou mudar o foco da atenção) e da consciência (diminuição da orientação em relação ao ambiente) sendo estas as alterações que se desenvolvem num curto período de tempo (geralmente horas a dias), representando uma alteração aguda da atenção e nível de consciência basais e tendem a flutuar ao longo do dia.

A confusão é um problema pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, e que se associa a maior morbidade, mortalidade e custos acarretando ainda elevado stress nos doentes, famílias e profissionais de saúde⁽⁷⁻¹⁰⁾ mas que permanece subdiagnosticada nos serviços de internamento⁽⁸⁻¹²⁾.

O subdiagnóstico constitui-se como um problema, uma vez que os doentes que não são atempadamente identificados, acabam por não beneficiar de intervenções adequadas de forma atempada, com todas as possíveis consequências e complicações associadas⁽¹³⁾.

A confusão e a contenção física estão intimamente ligadas, sendo que imobilizar significa “[...] manter alguém ou alguma coisa com restrição de movimentos.”^(4:74) podendo haver recurso à utilização de instrumentos ou equipamentos que restrinjam os movimentos do doente⁽¹⁴⁾. A contenção física é normalmente utilizada para “[...] impedir as pessoas confusas de vaguear, evitar a exteriorização de dispositivos médicos e minimizar o risco de queda.”^(15:50).

As quedas de doentes são episódios frequentes nos internamentos de qualquer unidade hospitalar que podem originar lesões, hospitalizações mais prolongadas, atraso na reabilitação e aumento de custos sendo que um internamento, por mais curto que seja, altera profundamente os hábitos de vida diários, o que associado a uma saúde debilitada, limitações físicas e cognitivas aumenta consideravelmente o risco de queda⁽¹⁶⁾.

A evidência científica para o tratamento da confusão (especialmente nos estados hiperativos) existe, mas é escassa, sendo preferencial a terapêutica não farmacológica, com implementação de estratégias ambientais, comportamentais e sociais. O tratamento farmacológico é de segunda linha e deverá ser instituído de forma a prevenir que o doente se coloque em risco, nomeadamente através do uso de antipsicóticos, e para doentes que não respondem às medidas não-farmacológicas^(7,8). Ainda assim, nem sempre a terapêutica farmacológica é eficaz na prevenção da confusão⁽¹⁷⁾.

Neste contexto, o reconhecimento da confusão é essencial, pelo que é fundamental a educação e formação dos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento e apoio aos familiares^(7,8,12) tornando-se importante atuar precocemente nos doentes com confusão, quer ela seja aguda ou crónica.

Não foram encontrados muitos estudos sobre a confusão em enfermarias de Medicina Interna, sendo que os poucos estudos existentes avaliaram apenas a confusão aguda/*delirium* em unidades, especialmente, de cuidados intensivos. A avaliação da confusão deve ser sistematizada nos doentes internados nas enfermarias com maior incidência deste problema e, eventualmente, em todas as enfermarias hospitalares devido ao envelhecimento da população e à previsível associação da confusão com a idade mais avançada.

A investigação acerca da confusão justifica-se pela sua prevalência e possíveis consequências, assim como pela sua baixa identificação e reconhecimento. O objetivo deste estudo é o de descrever a confusão nos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal e verificar a sua relação com as variáveis contenção física, quedas e mortalidade.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é observacional apresentando um desenho de natureza quantitativa, do tipo transversal, descritivo-correlacional.

A amostra é não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão são: doentes com internamento superior a 24 horas em enfermaria de Medicina Interna, provenientes do Serviço de Urgência e os critérios de exclusão são: doentes provenientes de outros serviços da instituição, transferências de outras instituições ou internamento inferior a 24 horas. Os dados foram colhidos a todos os doentes internados entre junho e agosto de 2021, durante os primeiros cinco dias de internamento.

Foram definidas as variáveis atributo idade, género e diagnóstico de admissão e as variáveis de investigação confusão, contenção física, quedas e mortalidade. Para dar resposta a estas variáveis, foi realizado um instrumento de colheita de dados pelo autor e, para o seu preenchimento, foram analisados os processos clínicos de todos os doentes no período referido.

A resposta às variáveis idade, género e mortalidade foi colhida através da leitura do rosto do processo clínico. Para o diagnóstico de admissão foi analisada a nota de admissão realizada pelo médico. Já em relação à confusão, contenção física e queda foram analisados os indicadores próprios no processo.

Nesta enfermaria de Medicina Interna, não é utilizada a Confusion Assessment Method (CAM), nem a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS), nem a Escala de Confusão de NeeCham. Porém, Neves, Silva & Marques⁽¹⁸⁾ apontam para uma correlação estatisticamente significativa, positiva e forte entre a Escala de Confusão de NeeCham e os scores da Escala de Coma de Glasgow ($r = 0,866$; $p = 0,0001$).

Deste modo, a ocorrência de confusão foi verificada com base na análise da Escala de Coma de Glasgow⁽¹⁹⁾ em relação ao item “resposta verbal” (se inferior a 5, considerou-se ocorrência de confusão), não tendo sido considerado relevante a análise dos itens “aber-

tura ocular” e “resposta motora”. Além disso, neste serviço, são realizadas notas descritivas pelos enfermeiros em todos os turnos e, para confirmar a ocorrência de confusão, contenção física e queda, foi efetuada a leitura das notas descritivas em todos os turnos nos primeiros cinco dias de internamento. Assim, estas variáveis foram duplamente verificadas.

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS®, versão 20, e respetiva análise através de estatística descritiva tendo sido realizada a análise de distribuição de frequências e da correlação entre as variáveis estudadas. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para analisar a intensidade e a direção entre as variáveis.

A investigação foi submetida à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga tendo sido aprovada. Os dados foram anonimizados de forma alfa-numérica. Não foi necessário o consentimento informado dos participantes por se tratar de um estudo de análise de processos clínicos.

RESULTADOS

A amostra final é constituída por 194 participantes. Foram excluídos 37 participantes por não cumprirem os critérios de inclusão (18 participantes apresentaram internamento inferior a 24 horas e 14 internaram por transferência intra ou inter-hospitalar, e não pelo serviço de urgência). Assim, a amostra final incluiu 157 doentes.

Da amostra final, verificou-se uma predominância maioritariamente feminina com 88 participantes do género feminino e 69 do género masculino o que em frequência relativa se traduziu em 56,1% e 43,9% respetivamente.

Quanto à variável idade (Tabela 1^a), o intervalo compreendido entre os 80 e os 89 anos registou a maioria dos participantes (47,8%), sendo que 86,0% dos participantes apresentaram 70 anos de idade, ou mais.

Em relação ao diagnóstico de admissão (Tabela 2^a), a infeção respiratória (29,3%) foi o mais frequente, seguido da insuficiência cardíaca (17,8%) e renal (16,6%). Estes três diagnósticos totalizaram 63,7% da amostra.

Para a variável de investigação confusão, a ocorrência foi de 70,7% (n = 111).

Já a contenção física foi verificada em 22,3% (n = 35) dos doentes, todos com confusão identificada, sendo que foram comprovadas duas quedas (1,3%).

Em relação à mortalidade, 62 doentes (39,5%) faleceram nos três meses seguintes ao episódio de confusão registado.

No que respeita ao cruzamento entre todas as variáveis, verificou-se uma correlação positiva significativa ($r = 0,381^{**}$) entre a confusão e a idade, entre a confusão e a contenção física ($r = 0,345^{**}$) e entre a confusão e a mortalidade ($r = 0,234^{**}$).

Não se encontrou correlação significativa entre a variável género ($r = 0,050$) e a variável queda ($r = 0,073$), no cruzamento com a variável confusão.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo vão, globalmente, ao encontro da evidência científica sobre o tema. Em relação à principal variável em estudo, a confusão, verificou-se uma grande prevalência nesta amostra representando uma percentagem significativa e preocupante. Embora não se trate de um objetivo principal do estudo, salienta-se ainda a previsível relação significativa entre a idade e a confusão.

Confusão

A generalidade da evidência científica encontrada estudou a confusão aguda e o *delirium* em unidades de cuidados intensivos. Os estudos em enfermarias de Medicina Interna são escassos, e se consideramos especificamente a variável confusão englobando a confusão aguda e crónica, não se encontrou, até à data, nenhum estudo.

No trabalho de Souza, Avant & Berndt⁽²⁰⁾ tentou-se clarificar a distinção entre o diagnóstico de confusão aguda ou crónica, precisamente devido à dúvida que parece existir na sua clara identificação, referindo também que os cuidados de enfermagem prestados a ambos os doentes são similares. Deste modo, o presente estudo poderá ser pioneiro na descrição da confusão em enfermaria, dado identificar os episódios agudos e crónicos.

Nesta amostra, a ocorrência de confusão (aguda e crónica) foi de 70,7%.

No estudo espanhol realizado por Marco *et al*⁽⁸⁾ com uma amostra de 4 628 397 doentes internados em Medicina Interna, a prevalência de *delirium* foi de 2,5%, sendo mais frequente acima dos 81 anos de idade (48%).

Já na investigação de Lopes de Araújo *et al*⁽²¹⁾ a prevalência de *delirium* em enfermaria foi de 40,7% numa amostra de 54 doentes, enquanto que no estudo de Pereira & Lopes⁽²²⁾, com uma amostra de 173 doentes internados em enfermaria, a prevalência de *delirium* foi de

17,9% e a idade média de 71,2 anos. Na Colômbia, um estudo de Peralta-Cuervo *et al*⁽²³⁾ com 1599 doentes internados em enfermaria com idade média de 86 anos, a prevalência de *delirium* foi de 51%.

O estudo de Bastos *et al*⁽²⁴⁾ com uma amostra de 157 doentes em unidade de cuidados intensivos, demonstrou que 22,3% apresentaram *delirium* e 49,7% *delirium* subsindromático. Também em outra unidade de cuidados intensivos, numa amostra de 335 doentes, verificou-se que 36% dos doentes apresentaram *delirium*. Contrariamente, Barcellos *et al*⁽²⁵⁾ num estudo com 1271 doentes em cuidados intensivos, verificou a prevalência de *delirium* apenas em 8% dos doentes.

Analisando a bibliografia existente em relação à confusão aguda/*delirium*, sublinha-se a disparidade nas conclusões dos diferentes estudos, o que poderá estar relacionado com a dificuldade ou imprecisão do diagnóstico, no fundo, o subdiagnóstico.

Tanto para a confusão aguda como crónica, existem intervenções autónomas de enfermagem que podem ser utilizadas nestes doentes, como a redução dos estímulos (luminosidade, ruído) em especial após o jantar, a utilização de próteses dentárias, visuais e auditivas, a orientação para a realidade, visitas das pessoas de referência, simplificação da comunicação, utilização de relógio de pulso/parede, gestão da dor e do trânsito intestinal, promoção da mobilidade e remoção de dispositivos logo que possível.

No estudo de Goldberg *et al*⁽²⁶⁾, um outro fator que parece ter uma relação com o aumento da incidência de confusão nos doentes idosos é a transferência de cama e a mudança de enfermaria, que se traduz assim num fator modificável de prevenção.

Contenção física e quedas

Nesta amostra, a contenção física ocorreu em 22,3% dos participantes, todos com confusão identificada, sendo que foram registadas duas quedas (1,3%).

No estudo de Costa⁽²⁷⁾, numa enfermaria de Medicina Interna, 20,2% dos doentes foram submetidos a contenção física enquanto, noutro estudo, Faria, Paiva & Marques⁽¹⁵⁾ concluíram que, noutra enfermaria de Medicina Interna, 37,3% foram sujeitos a contenção física. Já no estudo de Silva, Silva & Marques⁽²⁸⁾, em 36,6% dos doentes foi utilizada a contenção física.

Assim, sobre a variável contenção física, os resultados deste estudo vão ao encontro de outros estudos já realizados sendo que nesta investigação foi ainda possível identificar uma relação significativa positiva entre a confusão e a contenção física ($r = 0,345^{**}$).

No estudo de Teece, Baker & Smith⁽²⁹⁾, concluiu-se que a contenção física é utilizada quando não é possível vigiar continuamente os doentes e quando existe perigo para o próprio doente e para o meio envolvente como os monitores, ventiladores e restantes dispositivos. Também fazem referência à carga psicológica para os enfermeiros que cuidam de doentes confusos, especialmente em estados hiperativos.

Quaresma *et al*⁽⁹⁾, identificou a contenção física e a limitação da autonomia como fatores independentes para a ocorrência de *delirium*. A restrição física da mobilidade não é recomendada⁽¹⁴⁾. Porém, os enfermeiros são responsáveis por vários doentes em simultâneo, distribuídos por diferentes espaços físicos (diferentes enfermarias sem visão simultânea dos doentes), o que impossibilita uma contínua vigilância visual. Assim, os principais motivos da contenção física parecem ser a prevenção das quedas e a remoção de dispositivos como acessos venosos, cateteres vesicais, sondas de alimentação, dispositivos de oxigénio ou ventilação não invasiva e pensos.

Nesta amostra, foram observadas apenas duas quedas (1,3%) não tendo sido identificada uma relação significativa entre esta variável e a confusão.

No estudo de Caveião *et al*⁽³⁰⁾ com uma amostra de 16 doentes vítimas de queda hospitalar, concluíram que o fator de risco mais frequente foi a alteração neurológica (43,7%), o que parece demonstrar que no caso do doente apresentar algum tipo de confusão apresentará maior risco de queda.

Neste estudo, não se conhece com exatidão se o número de quedas seria maior caso não houvesse recurso à contenção física.

Mortalidade

Nesta amostra, 62 doentes (39,5%) faleceram nos três meses seguintes ao momento da investigação verificando-se uma correlação positiva significativa entre a confusão e a ocorrência de óbito ($r = 0,234^{**}$).

No estudo de Quaresma *et al*⁽⁹⁾, após o diagnóstico de confusão aguda, registaram-se 62 óbitos (39,5%) no período de três meses tendo sido associada a ocorrência de *delirium* a maior mortalidade. Também os estudos de Marco *et al*⁽⁸⁾ e Peralta-Cuervo⁽²³⁾ associaram a confusão aguda à mortalidade.

Este estudo primou pela originalidade. O seu maior contributo é o de mostrar evidência sobre temas pouco estudados. Tem ainda o contributo de descrever a confusão (aguda e crónica) numa enfermaria de Medicina Interna num hospital português.

A necessidade de cuidados de enfermagem nos serviços é naturalmente diferente quando se tratam de doentes com confusão em relação aos doentes não confusos. Quando a confusão está presente, na forma aguda ou crónica, hipoativa ou hiperativa, os cuidados de enfermagem aumentam de complexidade.

Sugere-se a promoção de uma avaliação sistematizada da confusão, o que iria provavelmente melhorar os índices de reconhecimento deste problema e permitir a implementação e a validação de intervenções de enfermagem mais adequadas.

Eventualmente, a aplicação generalizada para todos os doentes internados da Escala Confusion Assessment Method (CAM), ou da Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS), ou da Escala de Confusão de Neecham, poderia contribuir para identificar e categorizar a confusão.

A análise dos processos clínicos foi suficiente para recolher toda a informação necessária à operacionalização das variáveis e este foi um ponto forte do estudo.

As limitações da investigação têm a ver com o facto deste Centro Hospitalar ter sofrido várias reorganizações ao longos dos últimos anos no serviço de Medicina Interna devido à necessidade crescente de camas de internamento, situação que se tem vindo a verificar em todo o país devido ao envelhecimento da população. Neste Centro Hospitalar existem vários serviços de internamento de Medicina Interna sendo que, as equipas de enfermagem são diferentes, o que poderá originar algumas diferenças na prestação de cuidados e intervenções. Além disso, os dados por terem sido colhidos nos meses de verão poderão eventualmente provocar diferenças em relação ao inverno devido à tipologia de doentes que habitualmente estão internados nos serviços de Medicina Interna.

Outra limitação deste estudo foi a impossibilidade de distinguir os participantes com confusão aguda ou crónica, nem os estados hipoativos ou hiperativos. Deste modo, foram analisados os doentes com confusão (aguda e crónica).

Foi também o primeiro estudo do género realizado neste Centro Hospitalar. Sugere-se futuramente a realização de mais estudos no âmbito da confusão a nível hospitalar e as suas consequências para os doentes.

CONCLUSÃO

A presença de confusão é uma ocorrência muito frequente na enfermaria de Medicina Interna sendo que a maior parte doentes com confusão são idosos com idade superior a 70 anos.

A presença do diagnóstico de enfermagem confusão, está relacionado com a contenção física dos doentes e com a mortalidade, contudo, não parece estar relacionado com a ocorrência de quedas. É importante sublinhar a relação positiva entre a confusão e a ocorrência de mortalidade nos três meses seguintes ao momento da investigação.

Devido à elevada prevalência da confusão, este estudo demonstra a relevância do treino e formação dos profissionais sobre intervenções não farmacológicas direcionadas à prevenção da confusão e na atuação aquando do seu diagnóstico. Reforça também a importância acerca da identificação precoce do diagnóstico de confusão.

Contributos dos autores

FC: Desenho e coordenação do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão de resultados.

O autor leu e concordou com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures were followed according to the regulations established by the Clinical Research and Ethics Committee and to the 2013 Helsinki Declaration of the World Medical Association.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas – 2020. Lisboa. Portugal; 2021. [acedida em jul 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>
2. Goes, M., Lopes, M., Marôco, J., Oliveira, H., & Fonseca, C. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF(PT) in a sample of elderly citizens. *Health Qual Life Outcomes*. 2021; 19(1):146. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01783-z>
3. Sampaio F, Sequeira C. Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Referência*. 2013;III Série(9):125-34.
4. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Genève. Suíça; 2018. [acedida em jul 2022]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
5. Sousa L, Simões C, Araújo I. Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Rev Port de Enferm de Saúde Mental*. 2019;22:49-57. doi:10.19131/rpesm.0263
6. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5. 5.ª ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
7. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: O 7.º Parâmetro Vital? *Acta Med Port*. 2018; 31(1):51-8. doi:10.20344/amp.9670
8. Marco J, Méndez M, Cruz-Jentoft AJ, García Klepzig JL, Calvo E, Canora J, et al. Características clínicas del delirio y sus implicaciones pronósticas en los servicios de medicina interna españoles: análisis de una gran base de datos clínico-administrativa. *Rev Clin Esp*. 2019;219(8):415-23. doi:10.1016/j.rce.2019.02.005
9. Quaresma F, Maria A, Sérgio P, Maria I, Almeida J. Delirium numa enfermaria de Medicina Interna – impacto na prática clínica. *Revista de Medicina*. 2020. [acedida em jul 2022]; 99(4):357-65. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/160152>
10. Lopes FG. Prevenção, diagnóstico e tratamento do delirium no doente idoso internado. [Dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019. [acedida em jul 2022]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/89531>

11. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
12. Rieck KM, Pagali S, Miller DM. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract* (1995). 2020;48:3-16. doi:10.1080/21548331.2019.1709359
13. Pereira J, Barradas F, Sequeira R, Marques M, Batista M, Galhardas M, et al. Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Referência*. 2016;30;IV Série(9): 29-36. doi:10.12707/RIV16006
14. Direção Geral da Saúde. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa. Portugal; 2011. [acedida em jul 2022]. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS-Prevenç%C3%A7%C3%A3o-de-comportamentos-dos-doentes-que-po%C3%83em-em-causa-a-sua-seguranc%C3%A7a-e-da-sua-envolvente1.pdf>
15. Faria H, Paiva A, Marques P. A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Referência*. 2012;31;III Série(6):7-16. doi:10.12707/RIII1192
16. Romão AL, Nunes S. Quedas em internamento hospitalar: causas, consequências e custos: estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Port J of Public Health*. 2018; 36(1):1-8. doi:10.1159/000488073
17. Swarbrick CJ, Partridge JSL. Evidence-based strategies to reduce the incidence of postoperative delirium: a narrative review. *Anaesthesia*. 2022;77(1):92-101. doi:10.1111/anae.15607
18. Neves H, Silva A, Marques P. Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Referência*. 2011;III Série(3):105-12. doi:10.12707/RII1052
19. Baptista RCN. Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência – Escala de Glasgow. *Referência*. 2003. [acedida em jul 2022]; 10:77-80. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2067&id_revista=5&id_edicao=11
20. Souza PA, Avant KC, Berndt AE. Nursing diagnoses of impaired memory and chronic confusion for older adults: diagnostic content validation. *Rev Bras Enf*. 2021;74(2):1-8. doi:10.1590/0034-7167-2020-0370

21. Lopes de Araújo D, de Assis Dantas B, da Nóbrega O, Nogueira Neta H, Ibiapina W, Ibiapina G. Delirium e correlações clínicas observadas em pessoas da terceira idade internadas em um hospital geral. *Rev Cienc Saúde Nova Esperança*. 2014. [acedida em jul 2022]; 12(2):57-67. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Delirium-PRONTO.pdf>
22. Pereira FB, Lopes MA. Delirium in elderly inpatients admitted to clinical wards Prevalence and investigation of clinical conditions in a Brazilian sample. *Dement Neuropsychol*. 2018;12(2):152-6. doi:10.1590/1980-57642018dn12-020007
23. Peralta-Cuervo AF, Garcia-Cifuentes E, Castellanos-Perilla N, Chavarro-Carvajal DA, Venegas-Sanabria LC, Cano-Gutiérrez CA. Delirium prevalence in a Colombian hospital, association with geriatric syndromes and complications during hospitalization. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(2):69-74. doi:10.1016/j.regg.2020.10.007
24. Bastos A, José S, Paulo S, Article O, Marinilza L, Cristiny da Silva D, et al. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Rev Gaúcha Enf*. 2020;41(2):1-7. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190068
25. Barcellos RA, Zanon A, Castilhos TC, Candaten AE, Bão AP. Prevalence of delirium in adult intensive therapy. *Res Soc Dev*. 2020;9(8):1-11. doi:10.33448/rsd-v9i8.5431
26. Goldberg A, Straus SE, Hamid JS, Wong CL. Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case-control study. *BMC Geriatr*. 2015;15(1):1-9. doi:10.1186/s12877-015-0070-8
27. Costa C. A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade [Dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013. [acedida em jul 2022]. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=tc4FEopO>
28. Silva RCG, Silva AA, Marques PAO. Analysis of a health team's records and nurses' perceptions concerning signs and symptoms of delirium. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(1):81-9. doi:10.1590/S0104-11692011000100012
29. Teece A, Baker J, Smith H. Understanding the decision-making of critical care nurses when restraining a patient with psychomotor agitation secondary to hyperactive delirium: A 'Think Aloud' study. *J Clin Nurs*. 2022;31(1-2):121-33. doi:10.1111/jocn.15889
30. Caveião C, Sales W, Montezeli J, Sena E, Loureiro G, Avanci M. Perfil clínico e consequências decorrentes de quedas em hospital universitário no sul do Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2018. [acedida em jul 2022]; 12(10):183-96. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/877>

Tabela 1 – Descrição da frequência da variável idade.^κ

Intervalo de Idade	N (157)	%
Até 39 anos	0	0
40-49	2	1,3%
50-59	4	2,5%
60-69	16	10,2%
70-79	31	19,7%
80-89	75	47,8%
Mais de 90 anos	29	18,5%

Tabela 2 – Descrição da frequência da variável diagnóstico de admissão.^κ

Diagnóstico de Admissão	N (157)	%
Infeção respiratória	46	29,3%
Acidente Vascular Cerebral	2	1,3%
Tromboembolismo Venoso	3	1,9%
Insuficiência Renal	26	16,6%
Insuficiência Cardíaca	28	17,8%
Diabetes Descompensada	2	1,3%
Infeção Trato Urinário	23	14,6%
Outros	27	17,2%