ARTIGO ORIGINAL

Prevalência e características demográficas e clínicas do óbito hospitalar em pacientes idosos com quadro de *delirium*

Prevalence and demographic and clinical characteristics of in-hospital death among older patients with *delirium*

Fernanda Drumond Rabelo[1], Túlio Ribeiro de Oliveira[1], Lorena Mota Freitas Braga[1], Fernanda Brandão Machado Carneiro[2], Helena Ribeiro Sosa[2], Juliano Bergamaschine Mata Diz[2]

1. Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Barbacena, MG, Brasil. 2. Faculdade de Medicina de Barbacena/Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada (FAME/FUNJOBE), Barbacena, MG, Brasil

Resumo

Objetivo: estimar a prevalência e investigar características demográficas e clínicas do óbito hospitalar em pacientes idosos com *delirium* internados em uma enfermaria de clínica médica. **Métodos:** estudo transversal com dados de pacientes idosos (≥60 anos) com *delirium* provenientes de um hospital público de Barbacena-MG. O quadro de *delirium* foi identificado utilizando-se o instrumento *Confusion Assessment Method* (CAM). As variáveis demográficas e clínicas foram operacionalizadas como: faixa etária (60–74/≥75 anos), sexo (masculino/feminino), subtipo de *delirium* (hiperativo/hipoativo/misto), comorbidades prévias (sim/não), medicações usadas para o manejo do *delirium* (nenhuma/antipsicóticos/outros) e óbito hospitalar (sim/não). Os dados foram expressos como frequência relativa. As categorias das variáveis demográficas e clínicas foram comparadas conforme o óbito hospitalar por meio dos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A não sobreposição entre os intervalos foi considerada como diferença significativa. **Resultados:** utilizou-se dados de 52 prontuários de pacientes idosos. A prevalência de óbito hospitalar foi de 38,5%. A frequência de óbitos foi significativamente maior nos idosos que apresentaram *delirium* hiperativo (65,0%, IC 95% = 43,2–82,0% vs 20,0%, IC 95% = 7,5–42,2% vs 15,0%, IC 95% = 4,4–36,9%), com comorbidades prévias (95,0%, IC 95% = 75,6–100% vs 5,0%, IC 95% = 0,0–25,4%) e naqueles que usaram antipsicóticos (75,0%, IC 95% = 52,8–89,2% vs 15,0%, IC 95% = 4,4–36,9% vs 10,0%, IC 95% = 1,6–31,3%). **Conclusão**: contrariamente ao observado na literatura, houve uma maior mortalidade no subtipo hiperativo. Profissionais da assistência hospitalar devem estar atentos aos pacientes idosos com *delirium* que cursam com agitação psicomotora, que possuem comorbidades prévias e que estão em uso de antipsicóticos.

Palavras-chave: *delirium*; mortalidade hospitalar; comorbidade; antipsicóticos; idosos.

Abstract

Objective: to estimate the prevalence and investigate demographic and clinical characteristics of in-hospital death in older patients with *delirium* admitted to a medical clinic ward. **Methods:** cross-sectional study using data from older patients (≥60 years) with *delirium* from a public hospital in Barbacena-MG. *Delirium* was identified using the *Confusion Assessment Method* (CAM) instrument. Demographic and clinical variables were operationalized as: age group (60–74/≥75 years), sex (male/female), subtype of *delirium* (hyperactive/hypoactive/mixed), previous comorbidities (yes/no), medications used to the management of *delirium* (none/antipsychotics/others) and in-hospital death (yes/no). Data were expressed as relative frequency. The categories of demographic and clinical variables were compared according to in-hospital death using 95% confidence intervals (95% CI). Non-overlap between intervals was considered a significant difference. **Results**: Data from 52 medical records of older patients were used. The prevalence of in-hospital death was 38.5%. The frequency of deaths was significantly higher in older adults who presented with hyperactive *delirium* (65.0%, 95% CI = 43.2–82.0% vs 20.0%, 95% CI = 7.5–42.2% vs 15.0%, 95% CI = 4.4–36.9%), with previous comorbidities (95.0%, 95% CI = 75.6–100% vs 5.0%, 95% CI = 0,0–25.4%) and in those who used antipsychotics (75.0%, 95% CI = 52.8–89.2% vs 15.0%, 95% CI = 4.4–36.9% vs 10.0%, 95% CI = 1.6–31.3%). **Conclusion**: contrary to what was observed in the literature, there was a higher mortality in the hyperactive subtype. In-hospital healthcare professionals must be attentive to older patients with *delirium* who present with psychomotor agitation, who have previous comorbidities and who are using antipsychotics.

Keywords: *delirium*; hospital mortality; comorbidity, antipsychotic agents, aged.

INTRODUÇÃO

O *delirium*, também denominado de ''estado confusional agudo'', consiste em alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de comprometimento cognitivo[1]. É uma das manifestações mais comuns em pacientes com doenças médicas, especialmente, em pacientes idosos hospitalizados[2]. Cerca de 25% dos pacientes idosos admitidos em unidades hospitalares sofrem *delirium* em algum momento da internação, e a unidade de cuidados intensivos apresenta uma prevalência ainda maior, podendo alcançar 70%[2,3].

Trata-se de uma condição importante não apenas por sua alta prevalência, mas também porque pode ser a principal e única manifestação clínica de uma doença potencialmente grave, que impacta diretamente pior prognóstico. Adicionalmente, é um fator que aumenta o tempo de internação hospitalar, o risco de desfechos adversos (e.g., pneumonia, demência e morte) e os

Correspondente: Juliano Bergamaschine Mata Diz. Faculdade de Medicina de Barbacena – Praça Presidente Antônio Carlos, nº 08, bairro São Sebastião, CEP: 36202-336, Barbacena, Minas Gerais, Brasil. Email: julianodiz@gmail.com
Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse
Recebido em: 2 Jul 2025; Revisado em: 31 Out 2025; Aceito em: 6 Nov 2025

custos de saúde, além de servir como marcador de qualidade da assistência hospitalar, visto que, em grande parte dos casos, decorre de uma causa iatrogênica[2,4]. Ressalta-se que, no Brasil, ainda há uma escassez de estudos sobre a mortalidade hospitalar dos idosos com *delirium* fora dos ambientes de terapia intensiva. O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e investigar características demográficas e clínicas do óbito hospitalar em pacientes idosos com *delirium* internados em uma enfermaria de clínica médica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal e descritivo-analítico. O estudo foi conduzido no Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (da rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG), no período entre maio e dezembro de 2023, com pacientes idosos internados em uma enfermaria de clínica médica. O referido hospital é vinculado ao Sistema Único de Saúde e possui um grande número de leitos de enfermaria, os quais recebem pacientes que tiveram alta da unidade de cuidados intensivos, ainda com seu quadro clínico em resolução. A escolha desse ambiente de enfermaria se deveu também ao alto fluxo de pacientes idosos hospitalizados que cursam com condições crônicas de saúde e necessidade de internação prolongada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, sob o Parecer n° 6.643.420.

População-alvo e avaliação do *delirium*

Foram utilizados dados de pacientes com idade ≥ 60 anos, internados em enfermaria de clínica médica, que preencheram a pontuação do *Confusion Assessment Method* (CAM), o qual é instrumento válido e confiável para identificação clínica do quadro de *delirium*, com alta confiabilidade entre-examinadores (kappa = 0,85−0,92), sensibilidade (94%) e especificidade (89%)[4]. O instrumento é composto de quatro itens: (1) início agudo e flutuante, (2) desatenção, (3) pensamento desorganizado e (4) alteração do nível de consciência. O *delirium* foi definido pela presença dos itens: 1 e 2 + 3 e/ou 4[5].

Coleta de dados e variáveis

Os dados de prontuários médicos dos pacientes com critérios de elegibilidade (i.e. idade ≥ 60 anos, internados em enfermaria de clínica médica e presença de *delirium*) juntamente com outras informações relevantes para o estudo foram obtidos por meio de um questionário multidimensional elaborado pelos próprios autores. As variáveis de estudo foram operacionalizadas da seguinte forma: demográficas – faixa etária (60–74 / ≥ 75 anos) e sexo (masculino / feminino); clínicas – subtipo de *delirium* (hiperativo / hipoativo / misto), comorbidades prévias (sim / não) e medicamentos usados para o manejo do *delirium* (nenhum / antipsicóticos / outros). Na categoria de medicamentos "outros", foram incluídos os benzodiazepínicos, anti-histamínicos, sedativos e as combinações utilizadas para manejo do *delirium*.

Análise dos dados

As variáveis de estudo, bem como a prevalência de óbito hospitalar, foram expressas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%). A frequência entre as categorias de cada variável demográfica e clínica conforme a presença de óbito hospitalar foi comparada por meio dos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A não sobreposição entre os intervalos foi considerada como diferença significativa. Todas as estimativas e seus respectivos IC 95% foram obtidas por meio da calculadora epidemiológica Epitools (https://epitools.ausvet.com.au/).

RESULTADOS

Dados de 52 prontuários médicos de pacientes idosos (≥ 60 anos) com quadro de *delirium* foram utilizados no estudo. A média de idade desses pacientes foi de 76,4 ± 9,7 anos, variando entre 60 e 96 anos. A prevalência de óbito hospitalar foi de 38,5% (IC 95% = 26,5–52,1%; n = 20). A maioria dos idosos era da faixa etária ≥ 75 anos, sexo feminino, tinha *delirium* hiperativo, possuía comorbidades prévias e utilizava antipsicóticos para manejo do quadro confusional (tabela 1).

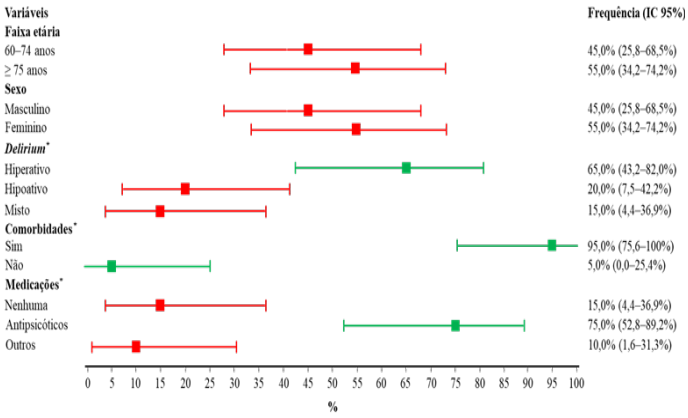
Tabela 1. Principais características dos pacientes identificados nos prontuários (n = 52).

Variáveis	n (%)
Faixa etária	
60–74 anos	24 (46,2)
≥ 75 anos	28 (53,8)
Sexo	
Masculino	24 (46,2)
Feminino	28 (53,8)
Delirium	
Hiperativo	37 (71,2)
Hipoativo	9 (17,3)
Misto	6 (11,5)
Comorbidades*	
Sim	46 (88,5)
Não	6 (11,5)
Medicações	
Nenhuma	6 (11,5)
Antipsicóticos	40 (76,9)
Outros†	6 (11,5)

*Cardiopatia, pneumopatia, neuropatia, nefropatia, dentre outras
†Benzodiazepínicos, anti-histamínicos, sedativos e combinações
Fonte: elaborada pelos autores.

A frequência de óbito hospitalar conforme as categorias das variáveis demográficas e clínicas foi significativamente maior nos idosos com *delirium* hiperativo, com presença de comorbidades, e naqueles que usaram antipsicóticos (figura 1).

Figura 1. Comparação entre as categorias de cada variável demográfica e clínica conforme a presença de óbito hospitalar por meio dos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) dos pacientes idosos com quadro de *delirium* (n = 52). *Diferença significativa considerada pela não sobreposição entre os intervalos.



Fonte: elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi investigada, de forma transversal e pontual, a mortalidade hospitalar de 52 pacientes idosos com quadro de *delirium*, internados em uma enfermaria de clínica médica. Os dados de mortalidade foram comparados conforme a faixa etária, o sexo, o subtipo de *delirium*, a presença de comorbidades prévias e o tratamento medicamentoso utilizado para o quadro confusional. Os resultados evidenciaram um número elevado de óbito hospitalar nos idosos avaliados, sobretudo, naqueles com *delirium* hiperativo, comorbidades prévias e em uso de antipsicóticos. Em contrapartida, não foi observada diferença nas estimativas de óbito hospitalar conforme a idade e o sexo.

A estimativa de óbito hospitalar neste estudo evidenciou que o óbito ocorreu em quase quatro em cada 10 idosos com quadro de *delirium*. De fato, a literatura atual suporta, de forma contundente, a associação entre esse quadro de confusão mental e a mortalidade[4]. Uma revisão sistemática/metanálise de larga escala, conduzida em 2020, que incluiu 71 artigos originais publicados no período 1981–2018, evidenciou que pacientes idosos com *delirium* apresentaram chances três vezes maiores de óbito quando comparados com controles sem *delirium* (OR = 3,18, IC 95% = 2,73–3,70). Os autores ressaltaram, ainda, que a associação entre *delirium* e mortalidade foi independente do ano de publicação dos estudos originais, mantendo-se consistente ao longo de 30 anos[6].

No Brasil, estimativas recentes mostram que a prevalência de *delirium* em idosos hospitalizados fora de ambientes de terapia intensiva é de aproximadamente 14 a 19%[7-9]. Especificamente em enfermaria, esse valor é de 17,9%[10]. As estimativas de óbito hospitalar nos idosos com *delirium* parecem variar entre 15 e 30%[8,9,11]. Em comparação com essas estimativas, o elevado número de óbito hospitalar observado no presente estudo (38,5%) pode ser explicado pela presença de comorbidades prévias, uma vez que 95% dos idosos avaliados apresentavam alguma doença crônica no momento da admissão na enfermaria. Destacam-se, sobretudo, as doenças cardio/cerebrovasculares e os quadros demenciais (dados não mostrados), os quais podem contribuir para o aumento da mortalidade[1,11].

Embora alguns autores tenham reportado a idade avançada e o sexo masculino como preditores de *delirium* em pacientes idosos[2,4,12], esses fatores parecem influenciar a mortalidade hospitalar de forma variada. Por exemplo, Avelino-Silva et al[11] (2018) observaram um aumento significativo da mortalidade com o aumento da idade (HR = 1,25, IC 95% = 1,04–1,50), mas não com relação ao sexo (HR = 1,10, IC 95% = 0,81–1,50). Sanchez et al[12] (2020) não observaram associação significativa da mortalidade hospitalar com idade avançada (RR = 1,01, IC 95% = 0,95–1,07) e sexo (RR = 0,94, IC 95% = 0,65–1,37). É provável que outras variáveis importantes tais como o perfil clínico dos idosos internados, o ambiente de internação e o subtipo de *delirium* (e.g., hipoativo) atuem como confundidores da relação entre idade/sexo e mortalidade hospitalar em pacientes idosos com *delirium*[4,6].

No que diz respeito ao subtipo de *delirium*, foi encontrada, de forma surpreendente, uma maior mortalidade no subtipo hiperativo (65% dos óbitos). A literatura tem mostrado que o subtipo hipoativo é o mais prevalente em pacientes idosos e o que está associado com piores desfechos, tais como pneumonia aspirativa, úlceras de pressão, quedas, maior tempo de internação e morte[2,4,9]. Em um estudo multicêntrico conduzido nos Estados Unidos em cinco grandes centros hospitalares (n = 1.046), o subtipo hipoativo foi o mais frequente (70% dos casos) e apresentou forte associação com a mortalidade hospitalar (OR = 3,35, IC 95% = 1,51–7,46) em comparação com o subtipo hiperativo[13].

Achado semelhante ao estudo supracitado foi evidenciado por Avelino-Silva et al[11] (2018) no Brasil (n = 1.409), cujo subtipo hipoativo também foi o mais prevalente (53% dos casos) e apresentou a maior força de associação com a mortalidade hospitalar (HR = 2,43, IC 95% = 1,64–3,59) em comparação com o subtipo misto e hiperativo. Isso acontece, principalmente, pela dificuldade de se identificar, de forma clara e precoce, o quadro clínico do *delirium* hipoativo, uma vez que o idoso tende a apresentar-se sonolento, apático e com redução da atividade motora, o que pode passar despercebido pela equipe clínica[1]. Por outro lado, o resultado obtido aqui acerca da maior frequência de mortalidade hospitalar no subtipo hiperativo também pode ser justificado. Comportamentos que cursam com aumento da atividade psicomotora tais como agitação extrema, hipervigilância, ansiedade e pânico podem desencadear alterações deletérias nos sinais vitais de pacientes idosos com comorbidades, incluindo aumento adicional da pressão arterial, taquicardia e taquipneia com fadiga respiratória, o que pode culminar em desfechos cardiovasculares e/ou pulmonares fatais[14].

Embora os antipsicóticos típicos (e.g., haloperidol) e atípicos (e.g., quetiapina) tenham sido utilizados como primeira linha no manejo farmacológico do *delirium* em idosos hospitalizados[2,4,15], neste estudo, três em cada quatro pacientes que tiveram óbito estavam em uso dessas classes medicamentosas, o que corrobora, inclusive, a maior frequência de *delirium* hiperativo (71% dos casos). Revisões sistemáticas de ensaios clínicos prévias[16,17], incluindo uma da Colaboração Cochrane com pacientes internados fora de ambientes de cuidados intensivos[18], revelaram que os antipsicóticos não reduziram a mortalidade hospitalar no *delirium* (e.g., OR = 0,90, IC 95% = 0,62–1,29; RR = 0,98, IC 95% = 0,75–1,27; RR = 1,29, IC 95% = 0,73–2,27). Além disso, Nikooie et al[17] (2019) reportaram uma diminuição significativa da sobrevida de pacientes paliativos com *delirium* em uso de haloperidol (HR = 1,73, IC 95% = 1,20–2,50). Essas drogas podem provocar efeitos colaterais importantes tais como disfunção cardíaca com alargamento do intervalo QT e *torsade* de *pointes*, hiperglicemia, retenção urinária e manifestações extrapiramidais, especialmente, nos idosos com quadros demenciais[1,18]. Recomenda-se o uso parcimonioso desses fármacos por meio de doses terapêuticas baixas, menor tempo de uso e avaliação clínica minuciosa do paciente por meio de exame físico e complementar[4].

Este estudo tem potenciais limitações. Primeiro, o desenho transversal não permite a inferência de relações causais; segundo, o uso de prontuários pode ter acarretado viés de informação por incompletude e/ou falta de padronização dos dados registrados; terceiro, o baixo poder amostral do estudo pode ter influenciado negativamente na comparação do óbito hospitalar entre as variáveis demográficas e clínicas. Apesar disso, deve ser salientado que o estudo agrega informações importantes à lacuna existente no corpo de conhecimentos acerca da mortalidade hospitalar de pacientes idosos com *delirium* internados em enfermaria, além de oferecer novos insights para estudos futuros.

CONCLUSÃO

A prevalência pontual de óbito hospitalar em pacientes idosos com quadro de *delirium* internados em uma enfermaria mostrou-se consideravelmente alta, em particular, naqueles com comorbidades prévias e em uso de antipsicóticos. De forma oposta ao observado na literatura, houve uma maior mortalidade no subtipo de *delirium* hiperativo. Médicos e demais profissionais de saúde que atuam na assistência hospitalar devem estar atentos aos sinais de deterioração do paciente idoso com quadro confusional agudo que cursa com agitação psicomotora, que possui doenças prévias e que está em uso de drogas antipsicóticas. Adicionalmente, gestores devem elaborar estratégias e direcionar recursos para diminuir a carga de mortalidade hospitalar de pacientes idosos com *delirium*.

REFERÊNCIAS

1. Iglseder B, Fruhwald T, Jagsch C. *Delirium* in geriatric patients. Wiener Mediz Woch. 2022; 172(5-6): 114-21. doi: https://doi.org/10.1007/s10354-021-00904-z.

2. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLullich AM, et al. *Delirium*. Nat Rev Dis Primers. 2020 Nov; 6(1): 90. doi: https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4.

3. Gibb K, Seeley A, Quinn T, Siddiqi N, Shenkin S, Rockwood K, et al. The consistent burden in published estimates of *delirium* occurrence in medical inpatients over four decades: a systematic review and meta-analysis study. Age Ageing. 2020; 49(3): 352-60. doi: https://doi.org/10.1093/ageing/afaa040.

4. Garcez FB, Avelino-Silva TJ, Castro RE, Inouye SK. *Delirium* in older adults. Geriat Geront Aging. 2021; 15(e0210032): 1-12. doi: https://doi.org/10.53886/gga.e0210032.

5. Sampaio FMC, Sequeira CAC. Tradução e validação do *Confusion Assessment Method* para a população portuguesa. Revista de Enfermagem Referência. 2013;3(9):125-34. doi:https://doi.org/10.12707/RIII12127

6. Aung Thein MZ, Pereira JV, Nitchingham A, Caplan GA. A call to action for *delirium* research: meta-analysis and regression of *delirium* associated mortality. BMC Geriatr. 2020 Sep; 20(1): 325. doi: https://doi.org/10.1186/s12877-020-01723-4.

7. Billig AE, Lampert MA, Guerra RR, Steigleder NE. *Delirium* in the elderly admitted to an emergency hospital service. Rev. Bras. Enferm. 2022; 75(Suppl 4): 1-7. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0054.

8. Flores TG, Lampert MA, Keller GR, Paula DO, Alvarenga EF, Santos TM, et al. Análise do perfil de admissão, evolução e desfecho intra-hospitalar de idosos: coorte prospectiva. Est. Inter Env. 2021; 25(2): 125-46. doi: https://doi.org/10.22456/2316-2171.93036.

9. Antonio CH, Dellaroza MS, Cabrera MA, Lopes GK. *Delirium* in the hospitalized elderly: evaluation of precipitating factor. Ciênc Cuid Saúde. 2023; 22(e66319): 1-9. doi: https://doi.org/10.4025/cienc cuid saude.v22i0.66319.

10. 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 Apr-Jun;12(2):152-56. doi: https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-020007.

11. Avelino-Silva TJ, Campora F, Curiati JA, Jacob-Filho W. Prognostic effects of *delirium* motor subtypes in hospitalized older adults: a prospective cohort study. PLoS One. 2018 Jan; 13(1): e0191092. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191092.

12. Sanchez D, Brennan K, Al Sayfe M, Shunker SA, Bogdanoski T, Hedges S, et al. Frailty, *delirium* and hospital mortality of older adults admitted to intensive care: the *Delirium* (Deli) in ICU study. Crit Care. 2020 Oct; 24(1): 609. doi: https://doi.org/10.1186/s13054-020-03318-2.

13. Hughes CG, Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Shotwell MS, Feng X, Wilson JE, et al. Association of *delirium* during critical illness with mortality: multicenter prospective cohort study. Anesth Analg. 2021 Nov; 133(5): 1152-61. doi: https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005544.

14. Gonin P, Beysard N, Yersin B, Carron PN. Excited *delirium*: a systematic review. Acad Emerg Med. 2018 May; 25(5): 552-65. doi: https://doi.org/10.1111/acem.13330.

15. Smit L, Wiegers EJ, Trogrlic Z, Rietdijk WJ, Gommers D, Ista E, et al. Prognostic significance of *delirium* subtypes in critically ill medical and surgical patients: a secondary analysis of a prospective multicenter study. J Intensive Care. 2022 Dec; 10(1): 54. doi: https://doi.org/10.1186/s40560-022-00644-1.

16. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic medication for prevention and treatment of *delirium* in hospitalized adults: a

systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr; 64(4): 705-14. doi: https://doi.org/10.1111/jgs.14076.

17. Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Antipsychotics for treating *delirium* in hospitalized adults: a systematic review. Ann Intern Med. 2019 Oct;171(7):485-95. https://doi.org/10.7326/M19-1860.

18. Burry L, Mehta S, Perreault MM, Luxenberg JS, Siddiqi N, Hutton B, et al. Antipsychotics for treatment of *delirium* in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jun; 6(6): CD005594. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005594.pub3.

Como citar este artigo/ How to cite this article:
Rabelo FD, Oliveira TR, Braga LMF, Carneiro FBM, Sosa HR, Diz JBM. Prevalência e características demográficas e clínicas do óbito hospitalar em pacientes idosos com quadro de *delirium* . J Health Biol Sci. 2025; 13(1): e5919.