



**Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza**

**MASTER DE INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN
EN MEDICINA**

TRABAJO FIN DE MASTER

**MORTALIDAD A UN AÑO EN
PACIENTES MÉDICO-
QUIRÚRGICOS VALORADOS
DESDE UNIDAD DE
PSICOSOMÁTICA Y
PSIQUIATRÍA DE ENLACE: UN
ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

Raúl Ortega Fernández

Universidad de Zaragoza

Director: Antonio Jesús Campayo Martínez

ÍNDICE

1. Justificación	3
2. Hipótesis de trabajo	5
3 .Objetivos	5
4 Material y métodos	6
4.1 Diseño	6
4.2 Muestra	6
4.3 Criterios de inclusión	7
4.4 Criterios de exclusión	7
4.5 Protocolo del estudio	8
5. Análisis estadístico	9
6. Resultados	9
7. Discusión	16
8. Conclusiones	17
9. ANEXO I	18
10. ANEXO II	24
11. Bibliografía	30

1- JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los pacientes atendidos por el servicio de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza superan los 65 años. En población geriátrica, el delirium⁽¹⁻³⁾, la demencia⁽⁴⁻⁷⁾ y la depresión⁽⁸⁻¹¹⁾ son los tres trastornos psiquiátricos más prevalentes, y se asocian significativamente con una mayor mortalidad en personas de edad avanzada. ⁽¹²⁾

Refiriéndonos a pacientes post-quirúrgicos, la existencia de comorbilidad psiquiátrica se ha asociado con un mayor riesgo de muerte, y las personas con depresión tenían un mayor riesgo de mortalidad a los 30 días después la intervención. ⁽¹³⁾

Los síntomas depresivos son frecuentes en pacientes hospitalizados en lo que a población geriátrica se refiere. Existe asociación entre dicha clínica y mortalidad a los 3 años en pacientes pertenecientes a este grupo poblacional con enfermedades médicas. ⁽⁸⁾

Añadido a lo anterior, en el estudio de St. John y Montgomery se define a la existencia de sintomatología depresiva como factor predictor de mortalidad en ancianos. ⁽¹⁴⁾

Asimismo , la sintomatología depresiva se relaciona con una mayor mortalidad a largo plazo en paciente anciano hospitalizado con insuficiencia cardiaca/angina de pecho o ictus hemorrágico ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Desde Atención Primaria se objetivó que la depresión contribuye a la mortalidad tanto como patologías médicas del tipo del infarto de miocardio o la diabetes entre los pacientes mayores de 65 años. ⁽¹⁸⁾

El delirium es el trastorno psiquiátrico más prevalente en pacientes hospitalizados mayores de 65 años, Aproximadamente el 30% de estos pacientes desarrollarán un síndrome confusional durante el ingreso hospitalario, especialmente después de una fractura de cadera o cirugía vascular. ⁽¹⁹⁾

Al igual que ocurre con la depresión, el delirium es también un predictor de mortalidad (20) y se asocia con una mayor mortalidad en pacientes de edad avanzada. (1-3)

Estudios previos han indicado que la tasa de mortalidad al año en pacientes médico-quirúrgicos es del 15,2%, (21). Por otro lado esta misma tasa se sitúa en el 25% en el mismo tipo de paciente atendido de forma ambulatoria desde el servicio de Psiquiatría. (22)

Los pacientes mayores de 65 años con deterioro cognoscitivo de origen demencial sufren una alta mortalidad a corto plazo después de ingresos hospitalarios (23). Si a la demencia de estos pacientes se le añade un episodio de delirium, el riesgo de mortalidad se multiplica por dos respecto a los pacientes con demencia sin delirium. (24, 25)

Profundizando un poco más, una revisión reciente ha encontrado que; cuanto mayores son la gravedad de la enfermedad, la edad del paciente, la comorbilidad con otras enfermedades, el declive funcional y el deterioro cognitivo, mayor es la mortalidad en los pacientes ancianos con enfermedades orgánicas. (26)

En la literatura científica existen multitud de publicaciones de este tipo , pero generalmente subdivididas por patología, o centradas únicamente en población geriátrica. Este trabajo busca la valoración de la mortalidad a un año en pacientes de todas las edades atendidos por la unidad de Psicosomática, sin descartarlos de antemano por tener una patología distinta a las más prevalentes.

2-HIPÓTESIS DE TRABAJO

- 1.- Existe correlación entre edad y mortalidad al año en los pacientes hospitalarios seguidos desde la Unidad de Psicosomática.
- 2.- Igualmente existe correlación entre el padecimiento de Síndrome Confusional durante estancia hospitalaria y mortalidad al año.

3-OBJETIVOS

- 1.- Cuantificar la tasa mortalidad al año de los pacientes evaluados durante su ingreso hospitalario por la Unidad de Psicosomática en una muestra representativa de los mismos.
- 2.- Cuantificar dicha tasa en los pacientes que presentaron clínica de Delirium durante el ingreso.
- 3.- Evaluar la posible correlación entre todas las variables y la mortalidad al año.

4- MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, y observacional de los pacientes ingresados en el HCU "Lozano Blesa" en plantas médicas y quirúrgicas, por los que se solicitó colaboración a la unidad de Psicosomática y Psiquiatría de enlace durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 2011.

4.2 MUESTRA

La muestra está formada por 239 hojas de colaboración destinadas al servicio de Psicosomática, pertenecientes a 239 pacientes, formalizadas por servicios médicos y quirúrgicos del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza durante el periodo citado anteriormente. .

Las colaboraciones destinadas a Psicooncología se han desestimado debido a la escasez de información aportada por lo reservado de ésta, y por la existencia de personal no médico entre la plantilla con imposibilidad de prescripción medicamentosa (Psicólogos).

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1.- Se incluyeron pacientes tanto mayores de edad como menores de edad. No obstante la muestra no cuenta con pacientes menores de edad pero no por exclusión de éstos.

2.- Situación de ingreso hospitalario durante los meses de Abril - Junio de 2011.

3.- Solicitud de colaboración al servicio de Psicosomática y Psiquiatría de enlace desde el 1 de Abril de 2011 hasta el 30 de Junio de 2011.

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- Pacientes que pese a estar ingresados durante el tiempo a estudio, fueron subsidiarios de colaboración al servicio de Psicosomática en una fecha no comprendida entre el 1 de Abril de 2011 hasta el 30 de Junio de 2011.

2.- Pacientes vistos de forma ambulatoria en las consultas de Psicosomática y Psiquiatría de enlace durante el tiempo a estudio.

3.- Pacientes cuya hoja de colaboración iban destinadas directamente a Psicooncología.

4.- Segunda solicitud de colaboración o posteriores acerca del mismo paciente.

4.5 PROTOCOLO DEL ESTUDIO

La recopilación de los datos referentes a las variables a estudio se realizó desde los informes de alta de Psicosomática alojados en la intranet del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". En los casos en los que por cualquier motivo no se disponía de dicha información de forma informatizada, se revisaron las historias clínicas físicas de Psicosomática y Psiquiatría de enlace en los archivos propios del servicio.

Para determinar la mortalidad de los pacientes a estudio se obtuvo primeramente la información sobre la existencia o no de exitus en el apartado "datos personales" del paciente de la intranet hospitalaria. En los casos positivos se comprobaron en los informes de alta médica la fecha y causa de la muerte.

Las variables recopiladas de la fuente de información fueron las siguientes:

- Número de Historia Clínica.
- Sexo:
 - . Hombre.
 - . Mujer.
- Edad.
- Estado civil:
 - . Soltero.
 - . Casado.
 - . Viudo.
 - . Divorciado/Separado.
 - . Otros.
- Convivencia habitual:
 - . Solo.
 - . Con familia (pareja).
 - . Con familia (hijos).
 - . Con familia (padres).
 - . Con familia (otros).
 - . Institución.
 - . Otros.
- Nivel de instrucción:
 - . Analfabeto.
 - . Alfabeto/Estudios Primarios.
 - . Estudios medios/Universitario.
- Deterioro cognoscitivo:
 - . Leve.
 - . Moderado.
 - . Severo.
 - . No determinado.
- Fecha de solicitud de la colaboración a Psicosomática.
- Diagnóstico psicopatológico al alta.
- Causa del exitus.
- Fecha del exitus.

- Uso de ansiolíticos/hipnóticos durante el ingreso. (SI/NO)
- Uso de antidepresivos durante el ingreso. (SI/NO)
- Uso de eutimizantes durante el ingreso. (SI/NO)
- Uso de neurolépticos durante el ingreso. (SI/NO)

En un segundo paso se obtuvieron las siguientes variables a partir de las arriba citadas para facilitar el análisis estadístico posterior:

- Existencia de Delirium durante el ingreso. (SI/NO)
- Existencia de exitus. (SI/NO)
- Días desde la valoración psiquiátrica hasta la fecha de la muerte.
 - . Exclusión si superase los 365 días.
- Convivencia habitual, (unificando los subtipos de "con familia").
- Uso de psicofármacos durante el ingreso. (SI/NO)
- Edad mayor de 65 años. (SI/NO)

5- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza un análisis descriptivo calculando las frecuencias de las variables sociodemográficas. Para la inferencia estadística, se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas y la T de Student para comparación de medias. Se consideraron en ambas significativos los valores $p<0.05$. La potencia estadística no permitió realizar análisis multivariados. Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

6- RESULTADOS

De los 239 pacientes incluidos en el estudio, al año sobrevivían 202 (84,5%) y habían fallecido 37 (Tasa de mortalidad específica: 15,5%). A continuación se muestran las tablas de contingencia de cada una de las variables a estudio referidas a la mortalidad al año en cada una de ellas, y el valor de su significancia estadística. Las

tablas de frecuencia, carentes de interés en este estudio, pueden encontrarse en los ANEXOS 1(no exitus) y 2 (exitus).

Sexo

Recuento

	Exitus		Total	
	No	Si		
Sexo	Hombre	105	20	125
	Mujer	97	17	114
Total		202	37	239

p= 0,816

Estado civil

Recuento

	Exitus		Total	
	No	Si		
ECivil	Soltero	28	4	32
	Casado	88	11	99
	Viudo	41	7	48
	Divorciado/Separado	13	3	16
	Otros	3	0	3
	No determinado	29	12	41
Total		202	37	239

p= 0,139

Convivencia

Recuento

	Exitus		Total	
	No	Si		
Convivencia	Solo	23	4	27
	Con pareja	86	9	95
	Con hijos	24	6	30
	Con padres	10	1	11
	Con otra Familia	6	0	6
	Institución	23	11	34
	Otros	9	2	11
	No determinado	21	4	25
	Total	202	37	239

p=: 0,100

Convivencia 2 (unificados subtipos de "Familia")

Recuento

	Exitus		Total
	No	Si	
Convivencia2	Solo	23	5
	Familia	126	16
	Institucion	23	11
	Otros	9	2
	No determinado	21	3
Total		202	37
			239

p=0,046

Nivel de instrucción

Recuento

	Exitus		Total
	No	Si	
NivInstruccion	Analfabeto	4	0
	Alfabeto/Estudios primarios	75	6
	Estudios medios/Universitario	25	3
	No determinado	98	28
Total		202	37
			239

p= 0,022

Deterioro cognoscitivo

Recuento

	Exitus		Total
	No	Si	
Deterioro cognoscitivo	Deterioro cognoscitivo leve	11	0
	Deterioro cognoscitivo moderado	7	3
	Deterioro cognoscitivo severo	14	3
	Deterioro cognoscitivo sin determinar	170	31
Total		202	37
			239

p=0,29

Diagnóstico psiquiatrico al alta

Recuento

	Exitus		Total
	No	Si	
Diagnostico psiquiatrico	Demencia mixta	0	1
	Trastorno adaptativo sin especificar/ reaccion de adaptacion	14	1
	Trastorno adaptativo depresivo	14	7
	Trastorno adaptativo ansioso/ sindrome ansioso	9	0
	Trastorno adaptativo mixto	23	5
	Sindrome confusional agudo	30	11
	No psicopatología aguda	5	0
	Alteraciones conductuales en contexto de deterioro cognitivo	4	1
	Distimia	10	2
	Abuso/dependencia toxicos	3	1
	Deterioro cognitivo	7	0
	Consumo perjudicial toxicos	3	0
	Trastorno por ideas delirantes persistentes	1	0
	Reaccion vivencial	5	1
	Reaccion vivencial anomala / conducta anormal de enfermar	7	2
	Alta medica antes de valoracion	3	1
	Insomnio	4	0
	Enfermedad de Alzheimer	2	1
	Retraso mental	1	0
	TOC	1	0
	Trastorno psicotico leve recurrente	1	0
	Trastorno por estres postraumatico	1	0
	Duelo patologico	1	0
	Trastorno bipolar no descompensado	3	0
	Depresion mayor	5	0
	TAG	2	0
	Sindrome confusional subagudo	9	2

Trastorno esquizoafectivo no descompensado	2	0	2
Trastorno Limite de la personalidad	1	0	1
Esquizofrenia Paranoide no descompensada	6	1	7
Esquizofrenia Paranoide; sintomas psicoticos	2	0	2
Intoxicacion por CO	1	0	1
Colaboracion no realizada	6	0	6
Gesto autolitico	2	0	2
Trastorno de la personalidad no especificado/ rasgos vulnerables de personalidad	3	0	3
Sindrome de desmoralizacion	2	0	2
Depresion mayor con sintomas psicoticos	1	0	1
Trastorno depresivo recurrente	3	0	3
Agitacion psicomotriz	2	0	2
Sintomas psicoticos de origen farmacologico	1	0	1
Total	200	37	237

p=0,849

Uso de hipnóticos/ansiolíticos durante el ingreso

Recuento

	Exitus		Total
	No	Si	
Hipnotico/ansiolitico	No	122	26
	Si	69	10
Total		191	36
			227

p=0,335

Uso de antidepresivos durante el ingreso

Recuento

		Exitus		Total
		No	Si	
Antidepresivo	No	98	23	121
	Si	93	13	106
Total		191	36	227

p=0,165

Uso de eutimizantes durante el ingreso

Recuento

		Exitus		Total
		No	Si	
Eutimizante	No	167	32	199
	Si	24	4	28
Total		191	36	227

p=0,808

Uso de neurolépticos durante el ingreso

Recuento

		Exitus		Total
		No	Si	
Neuroleptico	No	110	19	129
	Si	81	17	98
Total		191	36	227

p=0,593

Cantidad de tipos de psicofármacos administrados en el ingreso

Recuento

		Exitus		Total
		No	Si	
Farmacos	0	27	8	35
	1	79	15	94
	2	69	10	79
	3	14	3	17
	4	2	0	2
Total		191	36	227

p=0,679

Edad superior a 65 años

Recuento

		Exitus		Total
		No	Si	
Edad65	Menores de 65 años	89	7	96
	Mayores de 65 años	113	30	143
Total		202	37	239

p=0,004

Presencia de Delirium durante el ingreso

Recuento

		Exitus		Total
		No	Si	
Delirium	No	163	25	188
	Si	39	12	51
Total		202	37	239

p=0,073

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio que habían fallecido en el año siguiente a su evaluación psiquiátrica fue de 75,41 años (desviación standard 13,611, error típico 2,238) frente a los 64,81 años (desviación standard 18,623, error típico 1,314) de los supervivientes. Siendo las diferencias estadísticamente significativas ($t=-3,301; gl=236; p=0,001$).

Referente al grupo de fallecidos en el primer año, la media del número de días que sobrevivieron al alta del ingreso hospitalario fue de 132,62.

7-DISCUSIÓN

El análisis de los datos referentes al sexo y estado civil de los pacientes no revela relación alguna con la probabilidad de fallecer en el año posterior a la fecha de alta del ingreso.

En referencia a la convivencia podemos afirmar que existe relación estadísticamente significativa con la mortalidad al año al unificar en un solo grupo los distintos tipos de convivencia con familiares.

Respecto al nivel de instrucción, mencionar que el alto número de pérdidas en el grupo de fallecidos en el primer año puede haber enmascarado los resultados, resultando casi significativo estadísticamente. No se recogió este dato en el 48,51% de los casos, una cifra excesivamente elevada.

Las variables "deterioro cognoscitivo" y "diagnóstico psiquiátrico" tampoco revelan asociación con la mortalidad al año. En el primero de ellos existe un elevado porcentaje de pérdidas y en la segunda variable; el elevado número de diagnósticos distintos ha hecho que haya una gran dispersión de los datos, imposibilitando de esta forma cualquier asociación. El elevado número de pacientes con deterioro cognoscitivo sin determinar da pie a la discusión acerca de la falta en la práctica clínica de un instrumento rápido y eficiente para establecer la enfermedad en los pacientes que la sufren y así poder adecuar mejor las medidas terapéuticas y de apoyo en dependencia de la situación evolutiva del proceso neurodegenerativo.

El uso de fármacos, bien de forma agrupada o por separado según las distintas familias no se asocia con la mortalidad al año, si bien los más cercanos a ello son el grupo de los ansiolíticos/hipnóticos. Resaltar el hecho de que el 40,1% de los pacientes no fallecidos al año y el 45,9% de los exitus tomaron medicación antipsicótica a lo largo de su ingreso.

La edad superior a 65 años es la única variable con una asociación estadística fuertemente significativa. Por último, la presencia de Delirium durante el ingreso presentó una asociación que no alcanza la significación por muy poco, como dato destacable hay que mencionar que el 23,51% de los pacientes que presentaron clínica confusional durante el ingreso, al año de su alta médica habían fallecido. Probablemente

de haber escogido un tamaño muestral más grande, existiese la significación estadística para esta variable como en la bibliografía consultada; el porcentaje de pacientes con delirium fallecidos en el transcurso de un año se asemeja a lo descrito en la literatura científica.

Por último, y relacionado con la relación obtenida entre ser mayor de 65 años y la mortalidad al año, observamos una correlación de igual manera referente a la media de edad, mayor en los fallecidos al año que en los supervivientes.

8- CONCLUSIONES

De nuestro estudio se derivan las siguientes conclusiones:

1.- Existe una asociación estadísticamente significativa entre el hecho de tener más de 65 años y la posibilidad de fallecer en el transcurso de un año desde la fecha de alta de dicho ingreso. De la misma manera existe significancia en el hecho de que la media de edad de los pacientes fallecidos al año es mayor que la de los supervivientes.

2.- Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de convivencia del paciente previo al ingreso, y la mortalidad al año. De la misma manera existe significación estadística entre el nivel de instrucción del paciente y la mortalidad al año. No se han encontrado datos en la bibliografía al respecto. Este hecho junto con el número de casos sin determinar en ambas variables, indican que hacen falta más estudios al respecto con mayor profundización que permitan objetivar significación clínica en caso de que así sea.

3.- El porcentaje de pacientes con delirium fallecidos al año del alta del ingreso en el que presentaron la clínica confusional es similar al descrito en la literatura científica.

ANEXO I

Tablas de frecuencia: Exitus = No

Sexo					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Hombre	105	52,0	52,0	52,0
	Mujer	97	48,0	48,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Estado civil					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Soltero	28	13,9	13,9	13,9
	Casado	88	43,6	43,6	57,4
	Viudo	41	20,3	20,3	77,7
	Divorciado/Separado	13	6,4	6,4	84,2
	Otros	3	1,5	1,5	85,6
	No determinado	29	14,4	14,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Tipo de convivencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	23	11,4	11,4	11,4
	Con pareja	86	42,6	42,6	54,0
	Con hijos	24	11,9	11,9	65,8
	Con padres	10	5,0	5,0	70,8
	Con otra Familia	6	3,0	3,0	73,8
	Institución	23	11,4	11,4	85,1
	Otros	9	4,5	4,5	89,6
	No determinado	21	10,4	10,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Tipo de convivencia 2 (unificados subtipos de "con familia")

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	23	11,4	11,4	11,4
	Familia	126	62,4	62,4	73,8
	Institucion	23	11,4	11,4	85,1
	Otros	9	4,5	4,5	89,6
	No determinado	21	10,4	10,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Cantidad de tipos de Psicofarmacos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	27	13,4	14,1	14,1
	1	79	39,1	41,4	55,5
	2	69	34,2	36,1	91,6
	3	14	6,9	7,3	99,0
	4	2	1,0	1,0	100,0
	Total	191	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	5,4		
Total		202	100,0		

a. Exitus = No

Nivel de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeto	4	2,0	2,0	2,0
	Alfabeto/Estudios primarios	75	37,1	37,1	39,1
	Estudios medios/Universitario	25	12,4	12,4	51,5
	No determinado	98	48,5	48,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Deterioro cognoscitivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deterioro cognoscitivo leve	11	5,4	5,4	5,4
	Deterioro cognoscitivo moderado	7	3,5	3,5	8,9
	Deterioro cognoscitivo severo	14	6,9	6,9	15,8
	Deterioro cognoscitivo sin determinar	170	84,2	84,2	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Diagnóstico psiquiátrico al alta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trastorno adaptativo sin especificar/ reacción de adaptación	14	6,9	7,0	7,0
	Trastorno adaptativo depresivo	14	6,9	7,0	14,0
	Trastorno adaptativo ansioso/ síndrome ansioso	9	4,5	4,5	18,5
	Trastorno adaptativo mixto	23	11,4	11,5	30,0
	Síndrome confusional agudo	30	14,9	15,0	45,0
	No psicopatología aguda	5	2,5	2,5	47,5
	Alteraciones conductuales en contexto de deterioro cognitivo	4	2,0	2,0	49,5

Distimia	10	5,0	5,0	54,5
Abuso/dependencia toxicos	3	1,5	1,5	56,0
Deterioro cognitivo	7	3,5	3,5	59,5
Consumo perjudicial toxicos	3	1,5	1,5	61,0
Trastorno por ideas delirantes persistentes	1	,5	,5	61,5
Reaccion vivencial	5	2,5	2,5	64,0
Reaccion vivencial anomala / conducta anormal de enfermar	7	3,5	3,5	67,5
Alta medica antes de valoracion	3	1,5	1,5	69,0
Insomnio	4	2,0	2,0	71,0
Enfermedad de Alzheimer	2	1,0	1,0	72,0
Retraso mental	1	,5	,5	72,5
TOC	1	,5	,5	73,0
Trastorno psicotico leve recurrente	1	,5	,5	73,5
Trastorno por estres posttraumatico	1	,5	,5	74,0
Duelo patologico	1	,5	,5	74,5
Trastorno bipolar no descompensado	3	1,5	1,5	76,0
Depresion mayor	5	2,5	2,5	78,5
TAG	2	1,0	1,0	79,5
Sindrome confusional subagudo	9	4,5	4,5	84,0
Trastorno esquizoafectivo no descompensado	2	1,0	1,0	85,0
Trastorno Limite de la personalidad	1	,5	,5	85,5
Esquizofrenia Paranoide no descompensada	6	3,0	3,0	88,5
Esquizofrenia Paranoide; sintomas psicoticos	2	1,0	1,0	89,5
Intoxicacion por CO	1	,5	,5	90,0
Colaboracion no realizada	6	3,0	3,0	93,0
Gesto autolitico	2	1,0	1,0	94,0

	Trastorno de la personalidad no especificado/ rasgos vulnerables de personalidad	3	1,5	1,5	95,5
	Sindrome de desmoralizacion	2	1,0	1,0	96,5
	Depresion mayor con sintomas psicoticos	1	,5	,5	97,0
	Trastorno depresivo recurrente	3	1,5	1,5	98,5
	Agitacion psicomotriz	2	1,0	1,0	99,5
	Sintomas psicoticos de origen farmacologico	1	,5	,5	100,0
	Total	200	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,0		
Total		202	100,0		

a. Exitus = No

Uso de hipnotico/ansiolitico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	122	60,4	63,9	63,9
	Si	69	34,2	36,1	100,0
	Total	191	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	5,4		
Total		202	100,0		

a. Exitus = No

Uso de antidepresivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	98	48,5	51,3	51,3
	Si	93	46,0	48,7	100,0
	Total	191	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	5,4		
Total		202	100,0		

a. Exitus = No

Uso de eutimizante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	167	82,7	87,4	87,4
	Si	24	11,9	12,6	100,0

	Total	191	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	5,4		
Total		202	100,0		

a. Exitus = No

Uso de neuroleptico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	110	54,5	57,6	57,6
	Si	81	40,1	42,4	100,0
	Total	191	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	11	5,4		
Total		202	100,0		

a. Exitus = No

Edad superior a 65 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menores de 65 años	89	44,1	44,1	44,1
	Mayores de 65 años	113	55,9	55,9	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

Presencia de delirium

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	163	80,7	80,7	80,7
	Si	39	19,3	19,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

a. Exitus = No

ANEXO II

Tablas de frecuencia: Exitus = Si

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	20	54,1	54,1	54,1
	Mujer	17	45,9	45,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Estado civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	4	10,8	10,8	10,8
	Casado	11	29,7	29,7	40,5
	Viudo	7	18,9	18,9	59,5
	Divorciado/Separado	3	8,1	8,1	67,6
	No determinado	12	32,4	32,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Tipo de convivencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	4	10,8	10,8	10,8
	Con pareja	9	24,3	24,3	35,1
	Con hijos	6	16,2	16,2	51,4
	Con padres	1	2,7	2,7	54,1
	Institución	11	29,7	29,7	83,8
	Otros	2	5,4	5,4	89,2
	No determinado	4	10,8	10,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Tipo de convivencia 2 (unificados subtipos de "con familia")

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	5	13,5	13,5	13,5
	Familia	16	43,2	43,2	56,8
	Institucion	11	29,7	29,7	86,5
	Otros	2	5,4	5,4	91,9
	No determinado	3	8,1	8,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Nivel de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alfabeto/Estudios primarios	6	16,2	16,2	16,2
	Estudios medios/Universitario	3	8,1	8,1	24,3
	No determinado	28	75,7	75,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Deterioro cognoscitivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deterioro cognoscitivo moderado	3	8,1	8,1	8,1
	Deterioro cognoscitivo severo	3	8,1	8,1	16,2
	Deterioro cognoscitivo sin determinar	31	83,8	83,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Diagnostico psiquiatrico al alta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Demencia mixta	1	2,7	2,7	2,7
	Trastorno adaptativo sin especificar/ reaccion de adaptacion	1	2,7	2,7	5,4
	Trastorno adaptativo depresivo	7	18,9	18,9	24,3
	Trastorno adaptativo mixto	5	13,5	13,5	37,8
	Sindrome confusional agudo	11	29,7	29,7	67,6
	Alteraciones conductuales en contexto de deterioro cognitivo	1	2,7	2,7	70,3
	Distimia	2	5,4	5,4	75,7
	Abuso/dependencia toxicos	1	2,7	2,7	78,4
	Reaccion vivencial	1	2,7	2,7	81,1
	Reaccion vivencial anomala / conducta anormal de enfermar	2	5,4	5,4	86,5
	Alta medica antes de valoracion	1	2,7	2,7	89,2
	Enfermedad de Alzheimer	1	2,7	2,7	91,9
	Sindrome confusional subagudo	2	5,4	5,4	97,3
	Esquizofrenia Paranoide no descompensada	1	2,7	2,7	100,0
Total		37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Diagnóstico exitus

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	6	16,2	16,2	16,2
	Síndrome fracaso multiorgánico	4	10,8	10,8	27,0
	Insuficiencia respiratoria grave	8	21,6	21,6	48,6
	Neoplasia esofágica	1	2,7	2,7	51,4
	Cáncer de cérvix avanzado con metástasis	1	2,7	2,7	54,1
	Cáncer vejiga	1	2,7	2,7	56,8
	Alzheimer avanzado	1	2,7	2,7	59,5
	SDRA	2	5,4	5,4	64,9
	Insuficiencia cardíaca	3	8,1	8,1	73,0
	Cáncer laringe	2	5,4	5,4	78,4
Perdidos	Shock séptico	3	8,1	8,1	86,5
	Derrame pleural hemorrágico masivo	1	2,7	2,7	89,2
	Encefalopatía hipercapnica	1	2,7	2,7	91,9
	Taquicardia ventricular	1	2,7	2,7	94,6
	Insuficiencia renal	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Uso de hipnótico/ansiolítico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	26	70,3	72,2	72,2
	Si	10	27,0	27,8	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,7		
	Total	37	100,0		

a. Exitus = Si

Uso de antidepresivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	23	62,2	63,9	63,9
	Si	13	35,1	36,1	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,7		
Total		37	100,0		

a. Exitus = Si

Uso de eutimizante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	32	86,5	88,9	88,9
	Si	4	10,8	11,1	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,7		
Total		37	100,0		

a. Exitus = Si

Uso de neuroleptico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	19	51,4	52,8	52,8
	Si	17	45,9	47,2	100,0
	Total	36	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,7		
Total		37	100,0		

a. Exitus = Si

Cantidad de tipos de Psicofarmacos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	8	21,6	22,2	22,2
	1	15	40,5	41,7	63,9
	2	10	27,0	27,8	91,7
	3	3	8,1	8,3	100,0
Total		36	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,7		
Total		37	100,0		

a. Exitus = Si

Edad superior a 65 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menores de 65 años	7	18,9	18,9	18,9
	Mayores de 65 años	30	81,1	81,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

Presencia de delirium

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	25	67,6	67,6	67,6
	Si	12	32,4	32,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

a. Exitus = Si

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK: Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42(8):809–815
- (2) González M, Martínez G, Calderón J, Villarroel L, Yuri F, Rojas C, et al: Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: a prospective cohort study. *Psychosomatics* 2009; 50(3):234–238
- (3) Adamis D, Treloar A, Martin FC, Macdonald AJ: Recovery and outcome of delirium in elderly medical inpatients. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 43(2):289–298
- (4) van Dijk PT, Dippel DW, Habbema JD: Survival of patients with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(6):603–610
- (5) Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, Winblad B: Mortality from dementia in advanced age: a 5-year follow-up study of incident dementia cases. *J Clin Epidemiol* 1999; 52(8): 737–743
- (6) Llinàs-Regla J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Román GC: Mortality after a diagnosis of dementia in a population aged 75 and over in Spain. *Neuroepidemiology* 2008; 31(2):80–88
- (7). Jotheeswaran AT, Williams JD, Prince MJ: Predictors of mortality among elderly people living in a south Indian urban community; a 10/66 Dementia Research Group prospective population-based cohort study. *BMC Public Health* 2010; 10:366
- (8) Covinsky KE, Kahana E, Chin MH, Palmer RM, Fortinsky RH, Landefeld CS: Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med* 1999; 130(7):563–569

- (9) Roach MJ, Connors AF, Dawson NV, Wenger NS, Wu AW, Tsevat J, et al: Depressed mood and survival in seriously ill hospitalized adults. The SUPPORT Investigators. *Arch Intern Med* 1998; 158(4):397–404
- (10) Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG: Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37(7):599–606
- (11) Ganzini L, Smith DM, Fenn DS, Lee MA: Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(3):307–312
- (12) Nightingale S, Holmes J, Mason J, House A: Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *Lancet* 2001; 357(9264):1264–1265
- (13) Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M, Rosenthal GE: Influence of psychiatric comorbidity on surgical mortality. *Arch Surg* 2010; 145(10):947–953
- (14) St. John PD, Montgomery PR: Do depressive symptoms predict mortality in older people? *Aging Ment Health* 2009; 13(5):674–681
- (15) Zuluaga MC, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Pascual C, Conde- Herrera M, Conthe P, Rodríguez-Artalejo F: Mechanisms of the association between depressive symptoms and long-term mortality in heart failure. *Am Heart J* 2010; 159(2):231–237
- (16) Macchia A, Monte S, Pellegrini F, Romero M, D’Ettorre A, Tavazzi L, et al: Depression worsens outcomes in elderly patients with heart failure: an analysis of 48,117 patients in a community setting. *Eur J Heart Fail* 2008; 10(7):714–721
- (17) Ellis C, Zhao Y, Eggede LE: Depression and increased risk of death in adults with stroke. *J Psychosom Res* 2010; 68(6):545–551

- (18) Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Ten Have T, Bruce ML: Depression, cardiovascular disease, diabetes, and two-year mortality among older, primary-care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(9):748–755
- (19) Saxena S, Lawley D: Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgrad Med J* 2009; 85(1006):405–413
- (20) Silva TJ, Jerussalmy CS, Farfel JM, Curiati JA, Jacob-Filho W: Predictors of in-hospital mortality among older patients. *Clinics (Sao Paulo)* 2009; 64(7):613–618
- (21) Tennen GB, Rundell JR, Stevens SR: Mortality in medicalsurgical inpatients referred for psychiatric consultation. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31(4):341–346
- (22) van Hemert AM, van der Mast RC, Hengeveld MW, Vorstenbosch M: Excess mortality in general hospital patients with delirium: a 5-year follow-up of 519 patients seen in psychiatric consultation. *J Psychosom Res* 1994; 38(4):339–346
- (23) Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, Tookman A, King M: Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry* 2009; 195(1):61–66
- (24) Bellelli G, Frisoni GB, Turco R, Lucchi E, Magnifico F, Trabucchi M: Delirium superimposed on dementia predicts 12- month survival in elderly patients discharged from a postacute rehabilitation facility. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(11):1306–1309
- (25) Cole MG, Primeau FJ: Prognosis of delirium in elderly hospital patients. *CMAJ* 1993; 149(1):41– 46
- (26) Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR; ACMEPLUS Project: A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing* 2004; 33(2):110–115