

PREVALENCIA DE PRIMER EPISODIO DE DELIRIO, FACTORES RELACIONADOS Y SU IMPACTO SOBRE MORTALIDAD, EN PACIENTES INGRESADOS EN CONVALECENCIA

Javier Santolaria Giner

Médico Geriatra . Hospital de Mollet del Vallès
javiersantolariaginer@hotmail.com

Alvaro José Betancourt

Médico Internista. Hospital Moisés Broggi

Paula Ariana Bozin

Médico Geriatra. Hospital Moisés Broggi

Trabajo premiado con el tercer premio de la edición 2016 – 2018 del Máster de Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de aparición de primer episodio de delirio en mayores de 65 años, su impacto sobre mortalidad y factores relacionados.

Métodos: Estudio cross-sectional, prospectivo. Durante 4 meses se incluyeron pacientes ≥ 65 años ingresados en una unidad de convalecencia, excluyéndose sujetos con demencia avanzada, diagnóstico de encefalopatía orgánica o evidencia de delirio al momento del ingreso. Se estudiaron variables específicas de la valoración geriátrica y mediante un cuestionario se observaron probables factores predisponentes (deterioro visual/auditivo, uso de medicamentos psicoactivos) y factores precipitantes (uso de catéter urinario, fiebre, mal control del dolor o alteraciones en el sueño). El delirio

se diagnosticó mediante la escala CAM. Se realizó análisis multivariable utilizando métodos de regresión logística para descripción de factores relacionados con delirio; y método proporcional de Cox para descripción de los predictores de mortalidad

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes. El 39% (76/195) fueron hombres, con edad media de 81.9 años (8.5). El índice de Barthel al ingreso fue 45 (IQR 25-60) y el índice de Charlson 2 (IQR 1-4). El 21% (41/195) presentó delirio previo. La prevalencia de primer episodio de delirio fue de 23.1% (95% CI: 17.7-29.5). Los principales factores relacionados con el riesgo de desarrollo de delirio fueron: la edad OR:1.6 (95%CI 1.01-1.11), el número de errores según Test de Pfeiffer OR:1.4 (95%CI 1.2-1.64) y el Índice de Charlson al ingreso OR:1.25 (95%CI 1.02-1.53). La estancia media fue de 37.1

(21.2) días y e tiempo para desarrollo de delirio fue de 15 días. Fueron éxitus 11 sujetos (5.7%). Los principales predictores de mortalidad global, ajustados por edad e índice de Charlson, fueron: Delirio HR:5.26 (95%CI 1.30-21.29) y derivación desde Urgencias (Subagudos) HR:5.34 (95%CI 1.62-17.56).

Conclusión: Las variables relacionadas con deterioro cognitivo fueron las más importantes relacionadas con el desarrollo de delirio en una unidad de convalecencia. El delirio es un factor independiente de mortalidad en estas unidades.

Palabras clave: Delirio, Déficit cognitivo, mortalidad.

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of the first episode of delirium in patients older than 65 years, its impact on mortality and related factors

Methods: Prospective and cross-sectional study. During 4 months of follow-up, patients older than 65 years admitted in a post-acute convalescence unit were included. Using a questionnaire, we studied probable predisposing factors (visual and hearing impairment, psychoactive drugs) and precipitating factors (bladder catheter, fever, poor control of pain and sleep disturbances). Additionally, demographic data, comorbidity, pre-existing cognitive impairment and physical function were recorded. Subjects with advanced dementia, diagnosis of any organic encephalopathy or evidence of delirium at the time of the admission were excluded. Delirium was defined according the Confusion Assessment Method. The factors associated with delirium were studied by a multivariate analysis performed by logistic regression. A multivariate Cox proportional hazards regression analysis

was used to examine predictors of mortality with competing endpoints (death and discharge alive) and estimated both the daily hazard and cumulative risk of death.

Results: A total of 195 patients received follow-up during the observation period. A 39% (76/195) were men (mean 82.1 years). Admission Barthel index score was 45 (IQR 25-60) and Charlson comorbidity score was 2 (IQR 1-4). A 21% (41/195) had presented history of delirium prior. Prevalence of first episode of delirium was 23.1% (95% CI: 17.7-29.5). Principal related factors to delirium were: Age OR:1.6 (95%CI 1.01-1.11), total errors according Pfeiffer's Test OR:1.4 (95%CI 1.2-1.64) and Charlson comorbidity score OR:1.25 (95%CI 1.02-1.53). Mean time for development of delirium was 15 days and average time for hospital discharge was 37.1 days. 11 subjects (5.7%) died during follow-up. Adjusted by age and Charlson score, main predictors for mortality were: Delirium HR:5.26 (95%CI 1.30-21.29) and derivation from emergency room HR:5.34 (95%CI 1.62-17.56).

Conclusions: Associated variables with cognitive impairment were the most important with development of first episode of delirium in a convalescence unit. Delirium is an independent factor of mortality in these units.

Key Words: Delirium, cognitive impairment, mortality.

Introducción

El síndrome confusional agudo (SCA), también llamado delirio, es uno de los trastornos cognitivos más prevalentes en las personas mayores[1]. Se caracteriza por ser una alteración mental de inicio agudo, potencialmente prevenible y reversible con afectación a nivel de las funciones cognitivas superiores (atención, memoria, orientación, percepción y lenguaje) además de fluctuaciones del nivel de consciencia[2]. Tradicionalmente se han descrito tres formas de presentación del delirio en función de las alteraciones psicomotrices: el hiperactivo, que se detecta en un 15% de los casos y se caracteriza por presencia sobre todo de agitación; el hipoactivo, definido por tendencia a disminución en el nivel de consciencia y se presenta en un 19% de los casos; y el mixto, que representaría el 66% del total, en el que co-existen tanto periodos de agitación como de somnolencia[3].

El delirio se puede desarrollar a cualquier edad, siendo más frecuente en el grupo de ancianos frágiles que presentan un umbral más bajo para su aparición, además de la presencia de factores precipitantes conocidos como hospitalización, cirugía previa o descompensaciones agudas de tipo médicas [4,5]. En este grupo de pacientes, el delirio puede ser la forma atípica de presentación de diversas patologías médico-quirúrgicas, o aparecer en el transcurso de ellas, suponiendo una amenaza potencial para la vida del paciente[6].

Se considera que entre un 30-40% de los episodios de delirio podrían prevenirse[7,8], motivo por el que actualmente se encuentra incluido en los programas hospitalarios de seguridad del paciente siendo un indicador de la calidad sanitaria para los pacientes ancianos[9].

Por todo lo anterior, el delirio, como condición médica, puede conllevar a una cascada de eventos clínicos no deseados que provocan la aparición o empeoramiento de la dependencia funcional y en consecuencia, un potencial aumento de la morbi-mortalidad, así como mayor riesgo de institucionalización y aumento de los costes sanitarios.

Los datos epidemiológicos en la población comunitaria global sitúan la prevalencia del delirio en un porcentaje bajo entre 1-2%[10]. En cuanto a las personas mayores de más de 85 años la situación cambia, puesto que pueden presentar delirio hasta en un 14%[3]. La prevalencia de delirio en personas mayores en el momento del ingreso hospitalario aumenta hasta un 24-50% de los casos[2]. Cabe destacar la elevada prevalencia de delirio en condiciones específicas, como por ejemplo en el postoperatorio inmediato (hasta el 41% de los casos de fractura de cadera). Esta situación inevitablemente conlleva, aparte de una mayor lentitud en la recuperación funcional, un mayor riesgo de incremento de la morbi-mortalidad y de una elevada posterior institucionalización alta[11].

La prevalencia del delirio al ingreso en unidades de convalecencia se sitúa entre un 14-23% (al cabo de una semana post-ingreso) y otro 30%, pasadas las dos semanas del ingreso. Adicionalmente se ha descrito un 22% de recaídas del delirio durante el ingreso y un 28% de los casos no se recuperaron durante todo el seguimiento.[12,13]

La etiología del delirio en las personas mayores habitualmente es multifactorial y pocas veces está causado por solo un factor desencadenante.

Desafortunadamente la patogénesis del delirio no está del todo aclarada. Algunas hipótesis postuladas la han relacionado con ciertas moléculas neurotransmisoras (siendo

los más relevantes las teorías sobre el déficit colinérgico y el exceso dopaminérgico), con la presencia de un proceso inflamatorio (citoquinas), con el estrés crónico, o con otras alteraciones de tipo metabólica o electrolítica [10]

Entre los *factores predisponentes* descritos de acuerdo a algunos estudios observacionales, constan: demencia, deterioro cognitivo previo, evidencia de delirio previo, depresión, focalidad neurológica previa, deterioro funcional, déficits sensoriales, comorbilidad, enoismo y edad avanzada. Entre los *factores precipitantes* se han descrito las restricciones físicas, polifarmacia y el uso de psicofármacos, utilización de sondas, catéteres, eventos iatrogénicos de cualquier clase, infecciones e intervenciones quirúrgicas[12-14].

El diagnóstico de delirio es eminentemente clínico y en muchas ocasiones infradiagnosticado. Las principales causas, entre otras, son la dificultad en la identificación del cuadro, así como la falta de conocimiento por parte de los mismos profesionales sanitarios.

El instrumento más utilizado para la detección del delirio es el CAM (Confusion Assessment Method) descrito por Sharon K. Inouye, con una sensibilidad del 94-100% y una especificidad de 90-95%[15]. Se basa en la presencia de 4 ítems, 1) inicio agudo y curso fluctuante, 2) inatención, 3) pensamiento desorganizado y 4) alteración del nivel de conciencia. Para establecer el diagnóstico de delirio, son necesarios los dos primeros criterios más uno de los dos segundos.

Bajo este marco conceptual, hemos considerado como principal objetivo de nuestro trabajo, determinar la prevalencia del primer episodio de delirio durante el ingreso en una unidad de convalecencia, describiendo los principales factores relacionados y como objetivo secundario, observar la relación del delirio con la mortalidad en este grupo de pacientes.

Métodos

Estudio transversal, de tipo *cross-sectional*. Se ofreció participar a todos los pacientes ≥ 65 años ingresados en el servicio de convalecencia del Centro Sociosanitario Hestia Duran i Reynals de L'Hospitalet de Llobregat durante el periodo del 1 de enero hasta el 30 de abril de 2018. Este hospital dispone de 390 camas con un número total de 115 camas destinadas al Servicio de convalecencia. Se determinó como criterio de exclusión, diagnóstico previo de demencia severa (con escala de deterioro global, GDS 7) y/o diagnóstico de delirio al ingreso mediante el método de evaluación CAM.

La información aportada para el estudio, se ha realizado a partir de la revisión de la historia clínica al ingreso, al alta del paciente, y de entrevista clínica con el paciente y/o acompañante durante las primeras 48 horas posteriores a la admisión.

A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para la participación, se les solicitó un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. El proyecto fue autorizado por el comité de ética del Hospital y los sujetos seleccionados no fueron sometidos a pruebas o analíticas adicionales diferentes a las consideradas dentro de su seguimiento clínico habitual en el centro de convalecencia.

Se recogieron datos tanto demográficos como clínicos que incluían desde el sexo, edad, lugar de residencia, antecedentes de delirio previo y deterioro cognitivo, la comorbilidad mediante Índice de Charlson, tipos y número de fármacos pautados, capacidad funcional previa y al ingreso mediante Índice de Barthel, estado cognitivo al ingreso mediante Índice de Pfeiffer, síndromes geriátricos (estreñimiento, déficit visuales y auditivos importantes) que pudieran estar

relacionados con la aparición del delirio durante el ingreso. Adicionalmente se recogieron datos sobre mortalidad, destino y fecha del alta.

Previo al inicio del estudio, con el fin de optimizar la identificación de los posibles casos, se realizaron sesiones formativas tanto al personal médico como a enfermería y auxiliares de cada planta sobre el delirio, enfatizando en su detección temprana y de esta manera optimizar la identificación de episodios, siguiendo las recomendaciones de otros estudios.

La asociación entre el delirio y factores relacionados se realizó en el análisis univariante, mediante estadísticos de X^2 o el test exacto de Fisher para las variables categóricas, y la prueba de T-student para las variables cuantitativas. Se realizó el método de regresión logística en el análisis multivariante para el ajuste de posibles variables confusoras, previo análisis de correlación entre la variable dependiente con las demás variables del estudio.

Adicionalmente se determinaron los principales factores predisponentes para mortalidad mediante análisis de supervivencia utilizando el método de regresión de Cox. Se utilizó el programa STATA, v 12 para el análisis de los datos.

Resultados

Durante el periodo de seguimiento del 1 de enero 2018 hasta el 30 de abril 2018 ingresaron en la unidad de convalecencia un total de 306 pacientes. De éstos se descartaron 25 por ser menores de 65 años. Se incluyeron en el seguimiento los 281 restantes, de los cuales se excluyeron 44 por diversas razones por lo que finalmente ingresaron al estudio 195 sujetos (Figura 1).

Los pacientes que ingresaron al estudio, presentaron una estancia media de 37 días en convalecencia y el tiempo medio para el desarrollo del primer episodio de delirio fue de 14 días (Tabla 1). La prevalencia de delirio en los sujetos evaluados durante el tiempo de seguimiento fue del 23.1% (45/195) (95% CI: 17.7-29.5).

Mediante análisis univariable, los principales factores relacionados con delirio fueron la edad, evidencia de déficit cognitivo y/o delirio previo, así como el índice de comorbilidad al ingreso y que hubieran sido derivados desde el servicio de urgencias (Tabla 1). Posterior al análisis multivariable, utilizando análisis de regresión logística, los principales factores relacionados con el delirio fueron la edad, el número de errores en el test de Pfeiffer y la comorbilidad al ingreso (Tablas 2 y 3).

El análisis de supervivencia se realizó utilizando el método de regresión de Cox, teniendo en cuenta que murieron un 5.7% (11/195) de los pacientes ingresados a convalecencia.

Los principales factores predisponentes –ajustados por edad y co-morbilidad– para mortalidad fueron haber presentado delirio durante su ingreso en convalecencia (Figura 2) y haber sido derivados desde urgencias (Tablas 4 y 5).

Discussion

El delirio es un síndrome geriátrico de gran importancia en virtud de su alta prevalencia, por la gravedad del evento clínico subyacente, el importante aumento de la morbimortalidad, además del incremento del gasto sanitario, tal y como hemos constatado en nuestro estudio.

El tipo de delirio más frecuentemente detectado en este estudio fue el activo a pesar

de ser el mixto el más descrito por la literatura[1,2]. El delirio activo, probablemente por su fluctuación temporal, ha sido el más fácil de detectar en nuestro caso dado que, dentro del diseño del estudio, no se planteó un seguimiento en el tiempo más allá de la detección del primer episodio de delirio.

Hemos observado que, similar a otros estudios, la edad, el deterioro cognitivo y el delirio previos son factores relevantes en el desarrollo del síndrome confusional agudo [10,16]. Por otra parte, en nuestra estudio hemos detectado significación estadística en la relación del delirio con un mayor número de errores en el test de Pfeiffer, lo cual nos lleva a pensar que la alta puntuación del test viene producida por la presencia de deterioro cognitivo, en muchas ocasiones, no detectado previamente.

Las unidades de subagudos ubicadas en centros sociosanitarios, son destinadas a dar soporte a los servicios de urgencias hospitalarias, siendo los principales beneficiarios aquellos pacientes crónicos complejos que presentan descompensaciones de su patología de base. En nuestra muestra ha sido relevante y ha presentado significación estadística la presencia de delirio en pacientes derivados desde la unidad de subagudos, que al no poder ser dados de alta, tuvieron que pasar a la unidad de convalecencia prolongando así su estancia hospitalaria.

A diferencia de otros estudios en los cuales oscilaba la prevalencia de un sexo sobre otro (más frecuente en hombres) en el desarrollo del síndrome, nosotros no hemos encontrado significaciones estadísticas al respecto.

Tampoco hemos demostrado relación directa entre pacientes con trastornos del sueño, dolor mal controlado, estreñimiento, los portadores de sonda vesical, contención mecánica, como factor precipitante del cuadro. Sin embargo dentro de las recomendaciones

para evitar el delirio y también de abordaje siguen siendo las no farmacológicas y el manejo multidisciplinar las más importantes[17].

Adicionalmente, hemos observado, independiente de la edad y la comorbilidad, una relación significativa entre delirio y el estar ingresado en una unidad de subagudos (análisis univariable como en el multivariable), con la supervivencia dentro del grupo de pacientes estudiados.

Estos hallazgos van en concordancia con lo encontrado en otros trabajos[6] y demuestra la necesidad de implementar medidas para la detección temprana y en lo posible, asegurar las condiciones requeridas para la prevención de esta condición clínica en los pacientes mayores ingresados en unidades de convalecencia.

Es importante anotar que nuestro trabajo ha contado con limitaciones. Además de las típicamente presentadas en los estudios observacionales, nuestro trabajo no contó con la realización de otras pruebas y/o estudios complementarios, que pudieran aclarar condiciones clínicas subyacentes en este grupo de pacientes.

Finalmente, ha llamado la atención durante la recogida de datos el déficit de diagnósticos de deterioro cognitivo recogidos por HCCC (Historia Clínica Compartida de Cataluña) y en los informes de derivación de los Hospitales, lo cual contrastaba de manera importante con lo encontrado en la entrevista con los pacientes y los familiares e incluso al pasar el test de Pfeiffer a modo de screening, donde quedaba constancia de un deterioro cognitivo pre-establecido, e incluso cuadros de demencia evidente, diagnósticos meramente clínicos que no se recogían en ningún otro informe, ni se habían estudiado correctamente durante el ingreso hospitalario previo.

Referencias

- [1] Inouye SK. Delirio in older persons. *N Engl J Med* 2006;354:1157-65. doi:10.1056/NEJMra052321.
- [2] Cole MG, McCusker J, Marques Windholz S. [Delirio in older patients: clinical presentation and diagnosis]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:13-8.
- [3] Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirio in elderly people. *Lancet* (London, England) 2014;383:911-22. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
- [4] Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirio symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:4-9.
- [5] Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirio: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med* 1999;106:565-73.
- [6] Kiely DK, Marcantonio ER, Inouye SK, Shaffer ML, Bergmann MA, Yang FM, et al. Persistent delirio predicts greater mortality. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:55-61. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02092.x.
- [7] Kalisvaart K, Vreeswijk R. Prevention of delirio in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:19-24.
- [8] Martinez Velilla NI, Petidier-Torregrosa R, Casas-Herrero A. [Delirio in the elder patient: update in prevention, diagnosis and treatment]. *Med Clin (Barc)* 2012;138:78-84. doi:10.1016/j.medcli.2011.03.015.
- [9] Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirio in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA* 2017;318:1161-74. doi:10.1001/jama.2017.12067.
- [10] Veiga Fernandez F, Cruz Jentoft AJ. [Delirio: etiology and pathophysiology]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Suppl 3:4-12.
- [11] Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. Delirio is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:618-24.
- [12] Kiely DK, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Characteristics associated with delirio persistence among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:344-9.
- [13] Kosar CM, Thomas KS, Inouye SK, Mor V. Delirio During Postacute Nursing Home Admission and Risk for Adverse Outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1470-5. doi:10.1111/jgs.14823.
- [14] Miu DKY, Chan CW, Kok C. Delirio among elderly patients admitted to a post-acute care facility and 3-months outcome. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16:586-92. doi:10.1111/ggi.12521.
- [15] Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method.

A new method for detection of delirio.
Ann Intern Med 1990;113:941-8.

- [16] Kiely DK, Jones RN, Bergmann MA, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Association between delirio resolution and functional recovery among newly admitted postacute facility patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61:204-8.
- [17] Duran Alonso JC, Pageo Gimenez M del M. [Non-pharmacological treatment of delirio]. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43 Suppl 3:25-32.

Anexos

Figura 1. Diagrama de flujo.

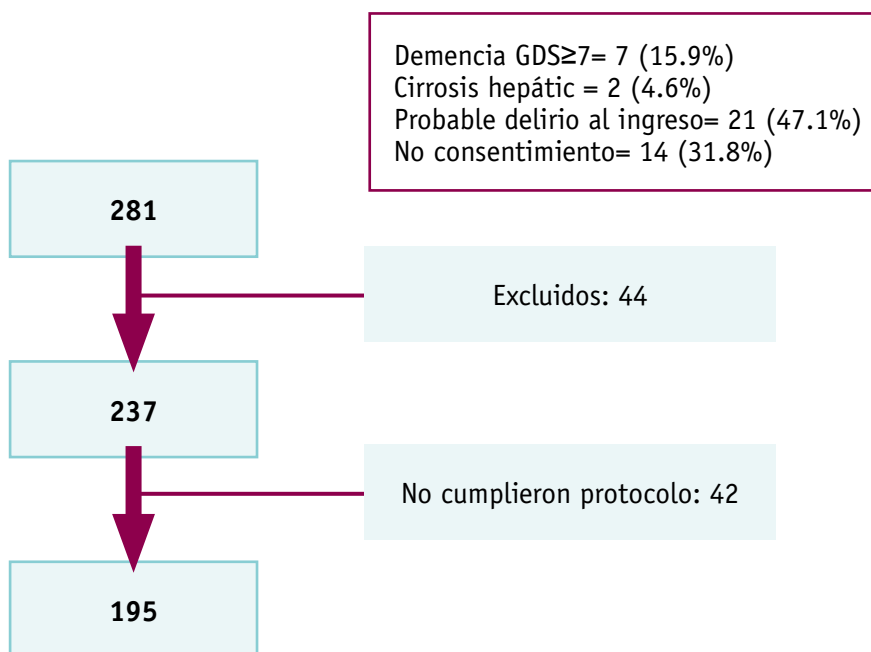


Tabla 1. Características basales de la población

Variable*	n (%) media (SD) mediana (IQR)
Edad años (SD)	81,9 (8,7)
Hombres n (%)	76 (39)
Origen de derivación	
Médica n (%)	101 (51,8)
Quirúrgica n (%)	74 (38)
Urgencias (Subagudos) n (%)	20 (10,3)
<i>Características Geriátricas a la admisión</i>	
Barthel basal Score (IQR)	80 (55-95)
Barthel Score al ingreso (IQR)	45 (25-60)
Número de medicamentos (SD)	11 (3,6)
Índice de comorbidad de Charlson ingreso (IQR)	2 (1-4)
Número de errores Test de Pfeifer (IQR)	2 (1-5)
<i>Hospitalización y delirium</i>	
Estancia, días (SD) n=194	37,1 (21,2)
Tiempo para desarrollo de Delirium, días (SD) n=45	14,7 (15,2)
Tiempo para Exitus, días (SD) n=11	17,2 (14,5)
<i>Antecedentes</i>	
Déficit cognitivo n (%)	68 (34,9)
Delirium previo n (%)	41 (21)
Estreñimiento n (%)	97 (49,7)
Enolismo n (%)	21 (10,8)
Tabaquismo n (%)	19 (9,7)
<i>Condiciones clínicas</i>	
Déficit auditivo n (%)	86 (44,1)
Déficit visual n (%)	162 (83,1)
Transtornos del sueño n (%)	102 (52,3)
Inadecuado control del dolor n (%)	84 (43,1)
Cateterismo urinario n (%)	19 (9,7)
Uso de medicamentos con potencial efecto en SNC	
Ningún tratamiento n (%)	32 (16,4)
Al menos uno n (%)	70 (35,9)
Dos o más n (%)	93 (47,7)

Variable*	n (%) media (SD) mediana (IQR)
<i>Condiciones de la habitación en convalecencia</i>	
Habitación doble n (%)	194 (99,5)
Cerca de la ventana n (%)	98 (50,3)
Tiempo estimado de acompañamiento, horas/día (IQR)	5 (3-8)
<i>Condiciones del hogar</i>	
Vive solo (a) n (%)	50 (26,5)
Domicilio propio n (%)	190 (97,4)
<i>Destino al alta n=194</i>	
Domicilio/Residencia n (%)	112 (57,7)
Hospital Agudos n (%)	33 (17)
Larga estancia/Paliativos n (%)	38 (19,6)
Exitus n (%)	11 (5,7)

*SD desviación estándar, IQR rango intercuartil, SNC sistema nervioso central, medicamentos estudiados fueron benzodiazepinas, neurolépticos, anti-colinesterásicos, antidepresivos.

Tabla 2. Factores relacionados con primer episodio de delirio. Análisis univariable

Variable*	No Delirium (n=150)	Delirium (n=45)	p value
Edad años (sd)	80,7 (0,7)	86,2 (1,4)	<0,001
Mujer n (%)	89 (59,3)	30 (66,7)	0,378†
<i>Características Geriátricas a la admisión</i>			
Barthel basal Score (sd)	73 (2)	62 (4,3)	0,013
Barthel Score al ingreso (sd)	45 (1,8)	38 (3,9)	0,059
Número de medicamentos (sd)	11,4 (0,3)	11,8 (0,5)	0,466
Índice de comorbidad de Charlson ingreso (sd)	2,6 (0,2)	3,3 (0,3)	0,025
Número de errores Test de Pfeifer (sd)	2,5 (0,2)	5,5 (0,4)	<0,001
Derivación desde Subagudos n (%)	11 (7,3)	9 (20)	0,023‡
<i>Antecedentes</i>			
Déficit cognitivo n (%)	39 (26)	29 (64,4)	<0,001†
Delirium previo n (%)	22 (14,7)	19 (42,2)	<0,001†
Estreñimiento n (%)	77 (51,3)	20 (44,4)	0,419†
Enolismo n (%)	17 (11,3)	4 (8,9)	0,788‡
Tabaquismo n (%)	17 (11,3)	2 (4,4)	0,253‡
<i>Condiciones clínicas</i>			
Trastornos del sueño n (%)	80 (53,3)	22 (48,9)	0,602†
Inadecuado control del dolor n (%)	66 (44)	18 (40)	0,635†
Cateterismo urinario n (%)	15 (10)	4 (8,9)	0,826†
Déficit auditivo n (%)	65 (43,3)	21 (46,7)	0,694†
Déficit visual n (%)	126 (84)	36 (80)	0,531†
<i>Uso de medicamentos con potencial efecto en SNC</i>			
Al menos uno n (%)	120 (80)	43 (95,6)	0,011‡
Uso de Neurolépticos n (%)	35 (23,3)	19 (42,2)	0,013†
Uso of Acetil-cholinesterásicos n (%)	26 (17,3)	17 (37,8)	0,004†
<i>Condiciones de la habitación en convalecencia</i>			
Cama cerca de la ventana n (%)	72 (48)	26 (57,8)	0,251†
Tiempo estimado de acompañamiento, horas/día (sd)	6,4 (0,5)	6,4 (0,6)	0,996
<i>Condiciones del hogar</i>			
Vive solo (a) n (%)	44 (29,7)	6 (14,6)	0,053†
Vive en residencia n (%)	2 (1,3)	3 (6,7)	0,081‡

*Variable categóricas informadas como n(%) y variables continuas como media (sd). Respecto no tratamiento: † Mantel-Haenzel method; ‡ Fisher's exact test.

Tabla 3. Factores relacionados con primer episodio de delirio. Análisis multivariable Regresión logística

Análisis Multivariable Regresión Logística Variable	OR	95%CI	p value
Edad	1,06	1,01-1,11	0,02
Delirio previo	1,82	0,73-4,51	0,2
Barthel Score al ingreso	10,1	0,99-1,03	0,14
Número de errores Test de Pfeifer	1,4	1,2-1,64	<0,001
Índice de Charlson ingreso	1,25	1,02-1,53	0,03

Figura 2. Impacto del delirio sobre mortalidad en una unidad de de convalecencia. Análisis De Supervivencia, Kaplan-Meier

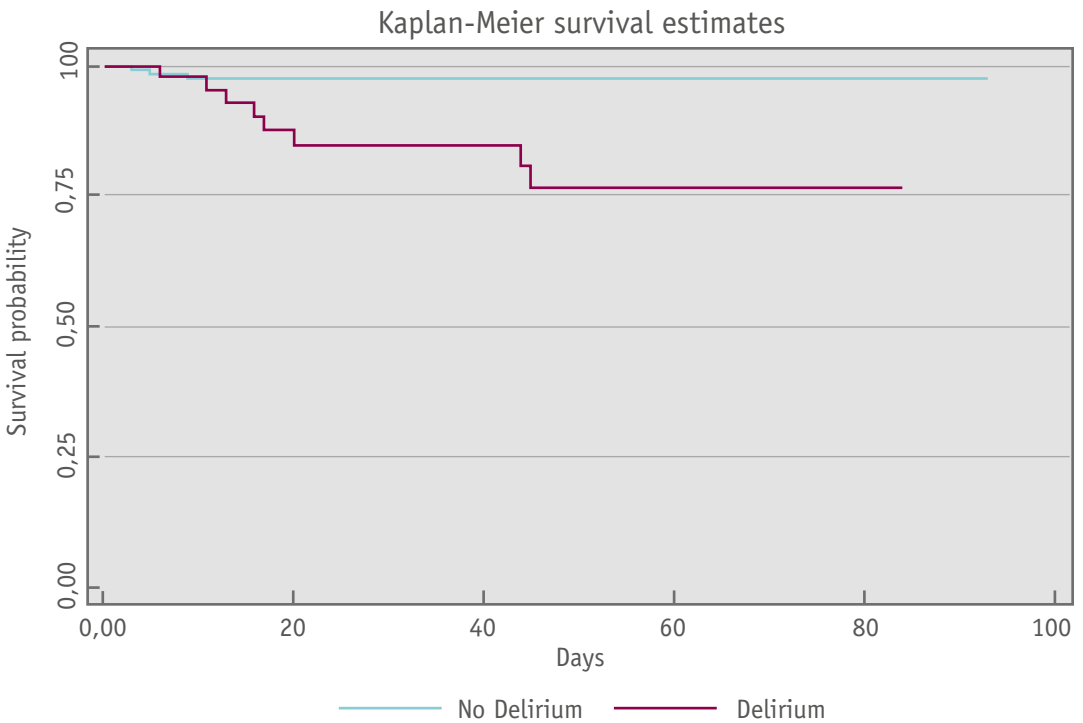


Tabla 4. Factores relacionados con mortalidad. Análisis univariable. Regresión de Cox

Análisis Univariable Regresión de Cox Variable*	HR	95%CI	p value
Presencia de Delirium	5,26	1,30-21,29	0,02
Barthel basal	1,01	0,99-1,03	0,36
Barthel al ingreso	1,02	0,99-1,06	0,25
Número de errores Test de Pfeifer	1,18	0,98-1,42	0,09
Historia de deterioro cognitivo	2,34	0,67-8,17	0,18
Historia de Delirium	1,64	0,46-5,86	0,45
Derivación desde Urgencias (Subagudos)	5,34	1,62-17,56	0,01

Tabla 5. Factores relacionados con mortalidad. Análisis multivariable. Regresión de Cox

Análisis Univariable Regresión de Cox Variable*	HR	95%CI	p value
Presencia de Delirium	4,02	0,89-18,07	0,07
Número de errores Test de Pfeifer	1,07	0,96-1,12	0,574
Derivación desde Urgencias (Subagudos)	3,95	1,15-13,5	0,03