



CARTAS CIENTÍFICAS

Infradiagnóstico del delirium en pacientes ancianos valorados en un servicio de urgencias



Unrecognized diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department

Sr. Editor:

El envejecimiento poblacional ha tenido un impacto significativo en la salud pública y en la atención médica, representando hoy en día un reto para el sector de la salud y en especial para los servicios de urgencias. El delirium es un síndrome clínico potencialmente prevenible, se caracteriza por una rápida disminución en la atención y estado de conciencia. La aparición del delirium a menudo se inicia con una cascada de eventos que culminan en la pérdida de la independencia, un mayor riesgo de la morbimortalidad y el aumento de los costes de la atención a la salud¹. A pesar de las consecuencias negativas del delirium, el médico de urgencias no lo diagnostica hasta en un 57 a 83% debido a la falta de un examen adecuado y de su evaluación en forma rutinaria². La prevalencia de delirium varía dependiendo de las características de los pacientes, el lugar de la atención y la sensibilidad del método de detección. En el servicio de urgencias, la prevalencia de delirium en pacientes mayores de 65 años oscila entre el 8 y el 30%^{3–6}. El desarrollo de delirium implica la interrelación entre un paciente vulnerable (presencia de factores predisponentes) y la exposición a factores precipitantes⁷ como edad avanzada, hospitalizaciones, demencia, inmovilización, desnutrición, polifarmacia e infecciones.

Durante los meses de mayo a agosto del 2013, se incluyeron pacientes mayores de 65 años vistos en el área de monitorización en urgencias de un Hospital General Regional, Tijuana, México. Se utilizó el *Confusion Assessment Methods* (CAM)⁸, instrumento validado que evalúa la presencia, la severidad y la fluctuación de nuevas características de delirium, y el índice de Barthel⁹ para evaluar el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Se estudiaron 200 pacientes. La edad promedio ($\pm$ DE) fue de $76,1 \pm 9,2$ años y 96 (48%) presentaron delirium. El tipo de delirium fue en el 12, 42 y 44% hiperactivo, hipoactivo y mixto, respectivamente.

Los pacientes con delirium tuvieron significativamente mayor edad ($78,2 \pm 8,5$ vs. $74,1 \pm 9,3$, $p=0,002$), menor índice de masa corporal ($25,3 \pm 2,8$ vs. $26,8 \pm 4,5$, $p=0,007$), mayor frecuencia de hospitalización previas (36 vs. 15%, $p=0,001$), polifarmacia (82 vs. 70%, $p=0,04\%$), discapacidad visual y/o auditiva (36 vs. 21%, $p=0,01$), mayor número de leucocitos totales ($12,412 \pm 10,027$ vs. $9,847 \pm 3,519$ mm³, $p=0,01$) menor nivel de hemoglobina ($11,4 \pm 1,3$ vs. $11,8 \pm 1,6$ mg/dl, $p=0,008$), mayor nivel de creatinina sérica ($1,6 \pm 1,9$ vs. $1,0 \pm 0,7$ mg/dl, $p=0,008$) y menor frecuencia de independencia en la realización de actividades diarias (49 vs. 86%, $p=0,0001$). Las variables retenidas en el análisis de regresión

logística fueron la edad, el mayor número de leucocitos totales y la mayor dependencia en la realización de actividades diarias.

Nuestro estudio mostró una prevalencia mayor de delirium en urgencias a la observada previamente^{4–6}, quizás debido a que el 30% de los pacientes fueron mayores de 80 años, el 85% tenían antecedentes de enfermedades crónicas, el 76% antecedentes de polifarmacia, y probablemente a la búsqueda intencionada de delirium, factores que tienen influencia sobre su prevalencia⁷.

En nuestro estudio la sospecha inicial de delirium por el médico de urgencias fue del 9,5%. El diagnóstico de delirium se pierde con mayor frecuencia en pacientes con sintomatología hipoactiva, mayores de 80 años o si presentan discapacidad visual o demencia. Pacientes con delirium que fueron dados de alta sin el diagnóstico de delirium en urgencias fueron más propensos a morir a los 6 meses en comparación con los pacientes en los que el delirium fue reconocido (31 vs. 12%)¹⁰. Pacientes en urgencias en los que el delirium no es detectado pueden recibir diagnósticos inadecuados; pueden permanecer sin diagnóstico de una enfermedad subyacente que amenaza la vida y pacientes con delirium que son dados de alta de los servicios de urgencias son menos propensos a entender sus instrucciones de descarga lo que puede llevar al incumplimiento y la reincidencia.

El servicio de urgencias juega un papel vital en el cuidado de la salud de la población que envejece y sirve como puerta de entrada para la mayoría de los ingresos hospitalarios. En un futuro se espera que la población de ancianos crezca en forma exponencial y, por lo tanto, se intensificará la presencia de delirium en los servicios de urgencias. La Sociedad Académica de Medicina de Emergencia Geriátrica ha recomendado que la detección de delirium en urgencias sea uno de los indicadores de calidad de la atención geriátrica de urgencia.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

Bibliografía

- González Tugás M, Uslar Nawrath W, Villarroel del Pino L, Calderón Pinto J, Palma Onetto C, Carrasco Gorman M. Coste hospitalario asociado al delirium en pacientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:23–6.
- Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2003;41:678–84.
- Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS. Delirium in older emergency department patients: Recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med*. 2009;6:193–200.
- Han JH, Eden S, Shintani A, Morandi A. Delirium in older emergency department patients is an independent predictor of hospital length of stay. *Acad Emerg Med*. 2011;18:451–7.

5. Press Y, Margulin T, Grinshpun Y, Kagan E, Snir Y, Berzak A, et al. The diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:201–4.
6. Fontova Almató A, Basurto Oña X, Congost Devesa L. Prevalencia de delirium en un área de monitorización de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:39–40.
7. Perelló Campaner C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:285–90.
8. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113:941–8.
9. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61–5.
10. Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, Perrault A, Platt RW, Monette J, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: Effect on survival. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:443–50.

Claudia Guadalupe Valdivia-Armenta^a
y Abraham Zonana-Nacach^{b,*}

^a Medicina de Urgencias, Hospital General Regional n.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, BC, México

^b Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional n.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, BC, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zonanaa@yahoo.com (A. Zonana-Nacach).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.001>

Lipoma mediastínico en paciente mayor



Mediastinal lipoma in an elderly patient

Sr. Editor:

El lipoma es uno de los tumores benignos más frecuentes del tejido adiposo en el adulto. Suele presentarse de forma múltiple y se localiza en el tejido subcutáneo. Se trata de la neoplasia benigna más frecuente, su localización a nivel de la cavidad torácica es extremadamente rara; en estos casos tiende a ser único y asintomático, por lo que su detección es tardía y casual.

Se presenta un caso de «lipoma paracardiaco» que cursa de forma concomitante con infecciones respiratorias de repetición y se diagnostica incidentalmente.

Mujer de 90 años, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Viuda, vive en su domicilio con una hija y no recibe ayuda domiciliaria. Entre sus antecedentes destacan: HTA, dislipemia y síncope de origen vasovagal. Seguía tratamiento con ácido acetilsalicílico (100 mg/día) y amilorida/hidroclorotiazida 5/50 (un comprimido/día).

Había sido ingresada en nuestro centro por disnea, tos y sibilancias, objetivándose consolidación parenquimatosa en campo medio y base pulmonar derecha (fig. 1A). Con el diagnóstico de infección respiratoria secundaria a neumonía adquirida en la comunidad fue tratada con amoxicilina-clavulánico. En la radiografía de control al alta se describe mejoría de la consolidación y pérdida de volumen de dicho hemitórax y/o elevación hemidiafragmática (fig. 1B).

Reingresa en nuestra Área de Gestión Clínica por astenia, alteración de la marcha y deterioro funcional desde hospitalización previa. Mantiene disnea de reposo, tos con expectoración amarillenta y sensación distérmica.

Se realiza hemograma (leve leucocitosis con desviación izquierda), bioquímica completa (sin alteraciones, salvo proteína C reactiva de 4,5 mg/dl), gasometría arterial basal (pH 7,50; pO₂ 79; pCO₂ 29; HCO₃ 35,2) y radiografía de tórax en la que se visualiza pérdida de volumen en base derecha (ya conocida), consolidación parenquimatosa basal derecha y posible aumento de densidad basal izquierda.

Se inicia antibioterapia empírica (levofloxacino 500 mg) y se solicita cultivo de esputo, siendo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* multisensible.

Ante la incongruencia clínico-radiológica se entrevista de nuevo a la familia, quienes refieren accidente de tráfico con traumatismo costal derecho 3 meses antes.

Con la sospecha de hematoma intratorácico postraumático solicitamos TAC torácico, siendo informado como: «gran masa de densidad grasa homogénea en base de hemitórax derecho, de 145 × 102 × 54 mm. Es una lesión de localización anterior, paracardiaca derecha de aspecto graso sugerente de lipoma benigno. Está por encima del diafragma, el cual se encuentra íntegro, descartándose afectación hepática o de otras estructuras infradiafragmáticas. Contacta con pulmón derecho, al cual comprime, causando atelectasia del LM y LID. También contacta con aurícula derecha, ventrículo derecho, vena cava superior, aorta ascendente y salida de la arteria pulmonar, ya que el lipoma cruza la línea media hasta el mediastino anterior. Se

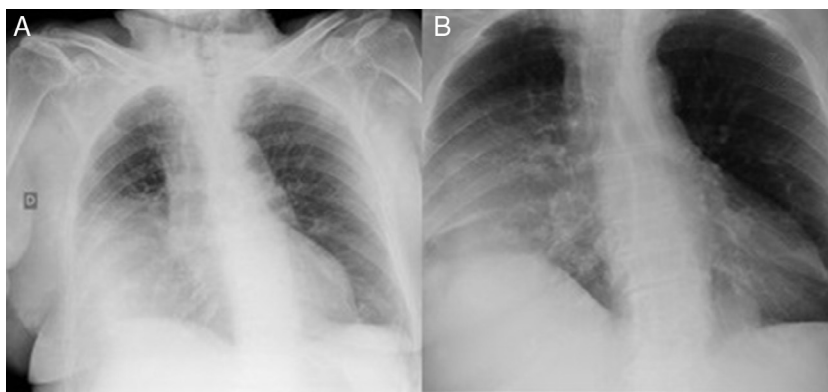


Figura 1. A) Radiografía de tórax donde se visualiza consolidación parenquimatosa en campo medio y base pulmonar derecha. B) Radiografía de tórax con mejoría de la consolidación y pérdida de volumen de dicho hemitórax y/o elevación hemidiafragmática.