

Deterioro psicofísico reciente en ancianos: una urgencia médica potencialmente grave. Valoración y actitudes

O. Vázquez Ibar^a, R. Miralles Basseda^a, A. Llopis Calvo^a, M. J. Robles Raya^a, M. Porta Casals^a,
J. Gutiérrez^b y A. M. Cervera Alemany^a

^aServicio de Geriátría. IMAS. Centro Geriátrico Municipal y Unidad Funcional de Geriátría (UFISS). Hospital del Mar. Barcelona.

^bServicio de Urgencias. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

La presentación atípica de las enfermedades es frecuente en pacientes de edad avanzada. Asimismo, en los ancianos muchos procesos se acompañan con frecuencia de deterioro en la capacidad funcional, entendiéndose como tal el nivel de independencia para las actividades de la vida diaria. Esta pérdida de la autonomía en ocasiones puede acaparar toda la atención, enmascarando el resto de síntomas. Por otra parte, la alta prevalencia de problemas sociales en ancianos añade un elemento distorsionador en la valoración clínica del caso.

Se presentan 4 pacientes ancianos cuyo motivo principal de consulta a urgencias fue un deterioro reciente físico y psíquico en sus capacidades. Las exploraciones complementarias no fueron concluyentes y fueron catalogados de «problemas sociales», planteándose el alta al domicilio. Posteriormente se demostró que todos tenían enfermedades potencialmente graves y susceptibles de ingreso hospitalario (hipotiroidismo, meningitis, arritmia que requirió marcapasos e intoxicación digitalica). La pérdida reciente de la autonomía debe ser considerada como una urgencia médica potencialmente grave en pacientes ancianos. La no identificación de este problema puede llevar a la minimización de los síntomas y a la sobrevaloración de la problemática social, pudiéndose producir altas hospitalarias inadecuadas.

PALABRAS CLAVE: anciano, urgencia, *delirium*, capacidad funcional.

Vázquez Ibar O, Miralles Basseda R, Llopis Calvo A, Robles Raya MJ, Porta Casals M, Gutiérrez J, Cervera Alemany AM. Deterioro psicofísico reciente en ancianos: una urgencia médica potencialmente grave. *Valoración y actitudes. Rev Clin Esp* 2002;202(12):644-8.

Recent psychophysical deterioration in the elderly patient: a potentially severe medical emergency. Assessment and attitudes

An atypical presentation of diseases is common in the elderly patient. Also, a number of conditions in the elderly are commonly associated with deterioration of the functional status, that is, the independence level for daily life activities. This loss of autonomy occasionally calls the physician's attention, masking other symptoms. On the other hand, the high prevalence of social problems in the elderly adds a distorting element to the clinical evaluation of the patient.

Four patients with a main complaint of recent physical and psychical deterioration are here reported. The complementary tests were inconclusive and patients were classified as «social problems», thus posing the problem of home discharge. All patients were later demonstrated to have potentially severe conditions amenable to hospital admission (hypothyroidism, meningitis, arrhythmia, which prompted the implantation of a pacemaker, and digital intoxication). The recent loss of autonomy should be considered as a potentially severe medical emergency among the elderly. Failure to identify this problem may lead to minimizing the symptoms and overestimating the social problems, thus leading to inappropriate hospital discharges.

KEY WORDS: elderly, emergency, *delirium*, functional ability.

Introducción

La presentación atípica de las enfermedades es frecuente en pacientes de edad avanzada¹. Ello puede ser debido en primer lugar a que la alta prevalencia

de enfermedades crónicas en ancianos hace que con frecuencia coexistan distintas enfermedades en un mismo paciente, favoreciéndose la mezcla de síntomas y signos. En segundo lugar, la anamnesis puede verse dificultada por la presencia de alteraciones del estado mental, impidiendo el reconocimiento de los síntomas clásicos de muchas enfermedades. Por otra parte, en los ancianos muchos procesos se acompañan de deterioro en la capacidad funcional, entendiéndose como tal aquella que permite llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD)². Esta pérdida de

Correspondencia: O. Vázquez Ibar.
Centro Geriátrico Municipal, IMAS.
San Juan de la Salle, 42.
08022 Barcelona.
Correo electrónico: 92257@imas.imim.es

Aceptado para su publicación el 23 de mayo de 2001.

capacidad funcional no siempre es consecuencia directa de la enfermedad aguda, sino que traduce la repercusión que ésta tiene sobre el estado general del anciano. En ocasiones dicha pérdida puede llegar a ser tan evidente que acapara toda la atención, enmascarando el resto de síntomas. Por todo ello es posible que algunos ancianos presenten como primera manifestación de una enfermedad aguda un deterioro de las funciones física y psíquica, sin que existan otros síntomas guía orientadores. A todo lo anterior se añaden las dificultades existentes en la interpretación de muchas exploraciones complementarias efectuadas en los servicios de urgencias, donde es frecuente el hallazgo de alteraciones analíticas poco concluyentes, electrocardiogramas (ECG) con cambios inespecíficos y radiografías de tórax con proyecciones defectuosas³.

Con frecuencia en el momento de la atención en urgencias los familiares o cuidadores no están presentes. Este hecho impide contrastar la veracidad de la información obtenida, haciendo que la anamnesis sea imprecisa. Asimismo, la alta prevalencia de problemas sociales que presentan estos pacientes⁴ añade un elemento distorsionador, ya que la inespecificidad de los síntomas puede hacer que el médico minimice el problema sanitario, sobreestimando en exceso el problema social y adoptando actitudes negativas.

En el presente trabajo se han recogido una serie de observaciones clínicas de pacientes ancianos cuyo motivo principal de consulta a urgencias fue la aparición reciente de un deterioro físico y psíquico en sus capacidades, sin otra sintomatología y sin que las exploraciones complementarias en urgencias fuesen concluyentes de ningún diagnóstico. Todos ellos se han agrupado bajo el epígrafe común de «deterioro psicofísico reciente» (DPFR), interpretado como un síndrome clínico. La experiencia recogida en el servicio de Urgencias de nuestro centro muestra que en ocasiones este síndrome es mal evaluado por los médicos. Muchas veces estos ancianos son catalogados de «problemas sociales»⁵, planteándose el retorno al domicilio al no hallar el médico de guardia una justificación para el ingreso, hecho que a menudo genera conflictos con los familiares. Los pacientes que a continuación se comentan nos muestran que detrás de dicho síndrome puede existir una enfermedad potencialmente grave que en urgencias resulta difícil de diagnosticar. Aunque la redacción de los casos ha sido adaptada para su comprensión, la secuencia con la que son relatados los hechos se corresponde estrictamente con la realidad de lo sucedido en cada paciente.

Observaciones clínicas

Observación 1

Mujer de 80 años con antecedentes de mastectomía izquierda por neoplasia de mama hacía 20 años que recibió radioterapia quedando como secuela linfedema del brazo. Vivía sola y era independiente para las AVD. Acudió a Urgencias por disminución de sus actividades y deterioro físi-

co y psíquico de una semana de evolución sin otra sintomatología acompañante. Las constantes fueron tensión arterial (TA), 160/80 mmHg; frecuencia cardíaca (FC), 65 pm, y temperatura axilar de 36° C. Se hallaba consciente con lentitud psicomotora y desorientación temporoespacial. Presentaba edemas pretibiales en ambas extremidades inferiores, con dolor y enrojecimiento en lado derecho, que se interpretó como celulitis. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia y en la analítica destacaba: Na, 129,3 mEq/ml; K, 3,8 mEq/ml; creatinina, 1,4 mg/dl, y hemoglobina (Hb), 11 g/dl. El resto de exploraciones resultaron sin hallazgos significativos. Se orientó a la paciente como deterioro de sus capacidades secundario a celulitis de la extremidad inferior derecha e hiponatremia *vera* por deshidratación. Se inició sueroterapia y tratamiento con amoxicilina/clavulánico a dosis de 1 g cada 8 horas por vía intravenosa. Tras 24 horas de permanecer en urgencias se plantea el alta a domicilio con tratamiento antibiótico por vía oral. Sin embargo, la paciente no mantiene la bipedestación y carece de familiares directos, por lo que se solicita interconsulta a la asistente social y posteriormente a la Unidad Funcional de Geriátrica (UFISS), indicándose finalmente el ingreso hospitalario. La paciente mejoró su estado general tras completar la hidratación y el tratamiento antibiótico, persistiendo la lentitud psicomotora. El estudio posterior en sala de hospitalización permitió obtener el diagnóstico de hipotiroidismo con tratamiento hormonal sustitutivo (THS) 102 U/1 (vn: 0,25-5), T4 < 0,3 pg/ml (vn: 8-20), anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina negativos. Tras iniciar THS fue dada de alta con el diagnóstico de hipotiroidismo, probablemente postradioterapia. La paciente precisó traslado a un centro sociosanitario, donde recuperó su autonomía, siendo dada de alta a domicilio con soporte de servicios sociales comunitarios.

Observación 2

Varón de 88 años, con antecedentes de fractura de fémur sin secuelas. En ese momento era autónomo para las AVD. Acudió a Urgencias por deterioro progresivo de su capacidad de deambulación, lenguaje incomprensible e incontinencia urinaria en los últimos 5 días. La familia refería una infección bronquial que había sido tratada con un antibiótico en la semana anterior. Las constantes fueron: TA, 200/90 mmHg; FC, 90 pm; temperatura axilar, 37,5° C. La exploración física no mostró hallazgos significativos, excepto ronus en campos pulmonares. No había signos meníngeos. El sedimento urinario y la analítica fueron normales; la radiografía de tórax mostraba fracturas costales antiguas. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) craneal que sólo informó de lesiones compatibles con infartos lacunares. Con los diagnósticos de síndrome confusional, hipertensión arterial e infección bronquial se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico (1 g cada 8 horas por vía intravenosa). Tras 12 horas de tratamiento y al observarse aparente mejoría se planteó alta de urgencias para seguir el tratamiento oral en domicilio. Sin embargo, debido a la situación de dependencia de reciente aparición, la familia no aceptó el alta. Se efectuó una interconsulta a la asistente social para ubicación. Finalmente, tras valoración conjunta con UFISS de Geriátrica, se decidió ingreso en planta para proseguir tratamiento. Cuarenta y ocho horas después se objetiva empeoramiento progresivo con aparición de meningismo. La punción lumbar mostró un líquido turbio con 400 células (90% polimorfonucleares); glucosa, 30 mg/dl; proteínas, 180 g/dl, y una tinción de Gram con diplococos grampositivos. Con la sospecha de

meningitis neumocócica se inició tratamiento con cefotaxima 2 g cada 4 horas por vía intravenosa, siendo la evolución posterior favorable. Fue dado de alta al domicilio con mejoría casi completa del síndrome confusional y habiendo recuperado la autonomía para la mayoría de las AVD.

Observación 3

Mujer de 85 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca en tratamiento con enalapril y furosemida. Acudió a Urgencias por inestabilidad cefálica, desorientación y pérdida de la autonomía para algunas AVD de una semana de evolución. La familia refería que en los últimos días había presentado cuadros similares con caídas al suelo. Las constantes eran TA, 160/80 mmHg; FC, 60 pm, y temperatura axilar, 36,5° C. La exploración física se hallaba dentro de la normalidad. El ECG mostró bradicardia sinusal. La analítica, el sedimento y la radiografía de tórax no mostraron hallazgos significativos. La TAC craneal informó de lesión isquémica antigua en región frontal izquierda. Con el diagnóstico de bradicardia sinusal, la paciente permaneció en observación. A las 24 horas se evidenciaron convulsiones tónicoclónicas generalizadas con hemiparesia derecha residual, que se recuperó totalmente pocas horas después. Una nueva TAC craneal no evidenció nuevas imágenes. Se interpretó como un accidente vascular cerebral transitorio y tras 24 horas más en observación y la repetida normalidad de las exploraciones complementarias se planteó el alta a domicilio, prescribiéndose ácido acetilsalicílico. Sin embargo, la paciente presentaba imposibilidad para deambular. Tras consulta con la asistente social y la UFISS de Geriatría permaneció unas horas más en Urgencias y fue finalmente dada de alta a un centro sociosanitario con el objetivo de intentar recuperar autonomía. A las 24 horas de estancia en dicho centro volvió a presentar convulsiones; un nuevo ECG mostró bradicardia extrema con ritmo nodal, trasladándose de nuevo a Urgencias, donde se le implantó un electrocatéter y posteriormente un marcapasos definitivo. Días después reingresó en el centro sociosanitario, donde tras un programa de cuidados y fisioterapia recuperó la deambulación, siendo dada de alta a su domicilio.

Observación 4

Mujer de 85 años con antecedentes de diabetes, insuficiencia cardíaca, arritmia completa por fibrilación auricular en tratamiento con digoxina y deterioro cognitivo no filiado con dependencia para algunas AVD. Fue traída a Urgencias por deterioro del estado general y empeoramiento cognitivo sin otra sintomatología acompañante. Las constantes fueron normales. En la anamnesis y en la exploración física no se detectó ningún signo o síntoma concluyente. En la analítica destacaba una glucemia de 164 mg/dl, el hemograma, la creatinina y el ionograma se hallaban dentro de la normalidad. El ECG mostró únicamente una fibrilación auricular con frecuencia ventricular media de 70 pm. El sedimento de orina y la radiografía de tórax fueron normales. La TAC craneal informó de atrofia cortical moderada. Se interpretó que la paciente presentaba una descompensación hiperglucémica leve y un empeoramiento de su función cognitiva. Permaneció 24 horas en Urgencias con hidratación intravenosa e insulino terapia, sin presentar mejoría de su estado mental ni de su capacidad funcional. A pesar de ello, al no existir aparentemente ningún proceso agudo intercurrente, se planteó el alta a domicilio. Ante la negativa familiar a causa del nivel de dependencia de la paciente, se contactó con la asistente social y con la UFISS de Geriatría, decidiéndose ingreso hospitalario. A las 48 horas presentó

bradicardia con clínica sincopal. El electrocardiograma mostró bloqueo auriculoventricular completo, siendo la digoxinemia de 2,79 (0,8-2 ng/ml). En las siguientes horas presentó edema agudo de pulmón con insuficiencia respiratoria y falleció.

Discusión

Los casos presentados muestran una serie de acontecimientos cuyo interés radica en las actitudes que se han tomado frente al paciente anciano más que en un posible error diagnóstico. No se cuestiona el mayor o menor acierto del médico de guardia, pues las dificultades diagnósticas que encierran muchas de las enfermedades mencionadas son bien conocidas. De hecho, en algunos casos el diagnóstico final era imposible de establecer en Urgencias (por ejemplo, hipotiroidismo); en otros, éste sólo pudo aclararse cuando transcurridas unas horas aparecieron nuevos síntomas que permitieron llegar a un diagnóstico. Creemos, pues, que el punto crucial de la discusión está en la actitud de no haber considerado la potencial gravedad de los pacientes y haber antepuesto el problema social al sanitario. En todos los casos debiera de haberse considerado que la pérdida reciente de la independencia puede ser un signo de alarma indicativo de alguna enfermedad o proceso oculto. Es conocido que la pérdida de capacidad funcional es una de las formas más frecuentes de presentación atípica de las enfermedades en ancianos¹. En edades avanzadas de la vida existe una menor reserva fisiológica frente a la agresión. Esta situación clínica, que en la literatura médica geriátrica es conocida con el término de «fragilidad»⁶, condiciona que procesos intercurrentes aparentemente banales puedan manifestarse como pérdidas en la capacidad funcional, convirtiendo al anciano en dependiente de su entorno⁷.

Los hallazgos inespecíficos en las exploraciones complementarias y el deterioro global del anciano sin causa aparente hicieron que el médico de guardia no se plantease la posibilidad del ingreso hospitalario y solicitase ayuda únicamente por problemática social. En la **tabla 1** se muestran los diagnósticos iniciales de Urgencias comparándolos con los diagnósticos tras la hospitalización. Obsérvese que la mayoría de los diagnósticos finales son en mayor o menor grado tratables, potencialmente graves y tributarios de ingreso hospitalario.

La observación número 1 muestra cómo una enfermedad de base previamente desconocida (hipotiroidismo) se manifiesta como un deterioro físico y psíquico en el contexto de una infección intercurrente desencadenante. El hipotiroidismo subclínico es una entidad frecuente en ancianos, con una prevalencia que se estima entre el 14% y el 18,2%⁸. El cuadro clínico del hipotiroidismo en este grupo de edad se caracteriza por la presencia de formas oligosintomáticas, en las que predominan manifestaciones inespecíficas en forma de confusión mental, anorexia, apatía o hipocinesia⁹. Por ello, el diagnóstico suele ser tardío ya que dichas manifestaciones pueden ser falsamente atribuidas al propio proceso del envejecimiento. Debería sospecharse hipotiroidismo en an-

TABLA 1
**Comparación entre los diagnósticos iniciales
en urgencias y los diagnósticos finales
tras la hospitalización**

Observaciones clínicas	Orientación inicial en Urgencias *	Diagnósticos finales **
Caso 1	Celulitis extremidad inferior Deshidratación Problema social	Celulitis extremidad inferior Hipotiroidismo
Caso 2	Infección respiratoria Síndrome confusional Problema social	Meningitis neumocócica
Caso 3	Bradicardia sinusal Desorientación Problema social	Ritmo nodal Crisis convulsivas Implantación marcapasos
Caso 4	Fibrilación auricular Desorientación Problema social	Intoxicación digitálica Bloqueo AV completo Edema agudo de pulmón

*Todos los pacientes tenían además deterioro psicofísico reciente y todos habían sido catalogados de problema social. **En todos los casos hubo diagnósticos que no pudieron ser sospechados inicialmente en urgencias.

cianos que no progresan adecuadamente, a pesar de haber instaurado un tratamiento correcto sobre un problema bien definido. En este caso, la lentitud psicomotora fue atribuida a la deshidratación; sin embargo, al no mejorar el estado mental tras la sueroterapia, fue posible plantear en un segundo tiempo el diagnóstico alternativo de hipotiroidismo.

El caso número 2 muestra la presentación atípica de una meningitis con pródromos inespecíficos y febrícula, siendo la única sintomatología relevante un cambio en la situación funcional y mental. A pesar de que la fiebre elevada y la rigidez de nuca son signos frecuentes en las meningitis piógenas, es bien conocido que en ancianos estos signos pueden faltar en las primeras horas de la enfermedad. Así, Rasmussen et al, en una serie de 48 ancianos con meningitis bacteriana, observaron ausencia de fiebre en un 20% de casos y falta de signos meníngeos en un 46%. Estos mismos autores observaron que la presentación clínica atípica se relacionaba con un retraso en el diagnóstico y con un peor pronóstico en la evolución¹⁰. Por fortuna éste no fue el caso de nuestro paciente. Finalmente, es frecuente que las meningitis por gérmenes patógenos meníngeos clásicos vayan precedidas de una infección respiratoria que puede desorientar al clínico, atribuyendo el estado del paciente a la infección respiratoria, tal y como ocurrió en nuestro caso¹¹.

La observación número 3 muestra la inespecificidad de la sintomatología provocada por un trastorno del ritmo, que inicialmente se manifiesta en forma de caídas que la paciente no sabe explicar correctamente. Sólo cuando además de las caídas aparece disminución de la autonomía y desorientación es cuando acuden a Urgencias. Las caídas pueden ser la manifestación atípica inicial de cualquier enfermedad aguda en ancianos frágiles. Así, Cummings et al¹² hallaron que hasta un 10% de caídas que suceden en la

comunidad se producen en el contexto de una enfermedad aguda, destacando entre éstas las infecciones, la deshidratación, los accidentes cerebrovasculares y los trastornos del ritmo cardíaco. Estos últimos básicamente se manifiestan en forma de síncope; sin embargo, sólo uno de cada tres ancianos con verdadera historia sincopal son capaces de relatarla correctamente, lo que dificulta la anamnesis y el diagnóstico¹³. En nuestro caso, además, la presencia de una crisis tónicoclónica con hemiparesia residual orientó hacia un accidente cerebrovascular transitorio y sólo tras la constatación de un nuevo episodio convulsivo con el hallazgo de un ritmo nodal se pudo llegar al diagnóstico final.

Finalmente, el caso 4 constituye un ejemplo de cómo una intoxicación digitálica puede manifestarse como un deterioro psíquico y físico en una anciana frágil con deterioro cognitivo previo. Aunque los síntomas clásicos de la intoxicación digitálica son anorexia, náuseas y vómitos, en enfermos de edad avanzada pueden aparecer síntomas atípicos como debilidad, malestar general y deterioro de la función cognitiva¹⁴. En nuestro caso la ausencia de alteraciones electrocardiográficas al inicio hacía difícil pensar en dicha posibilidad. Sólo tras unas horas de observación pudo constataarse la arritmia cardíaca que permitió llegar al diagnóstico. Se estima que en una población de ancianos portadores de enfermedades cardiovasculares y en tratamiento con digoxina, la incidencia de hospitalización por intoxicación digitálica es del 4,2%. Asimismo, los factores predictivos relacionados con la aparición de la misma fueron la edad superior a 85 años, el sexo femenino y la existencia de deterioro cognitivo previo¹⁴. Todas estas características se hallaban presentes en nuestro caso.

Probablemente algunos de los casos comentados podrían haber sido diagnosticados de síndrome confusional agudo o *delirium*, según criterios de la clasificación DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), que se basa en la existencia de un trastorno mental de instauración aguda secundario a una causa orgánica potencialmente reversible¹⁵. Sin embargo, el hecho de que el síntoma predominante fuese el deterioro de la capacidad funcional hizo que el médico de guardia prestase menor atención al deterioro mental y no se plantease dicha posibilidad diagnóstica. Típicamente en el *delirium* predominan las alteraciones mentales, mientras que el declive de la capacidad funcional suele aparecer secundariamente, a medida que el cuadro progresa. Por ello es necesario saber reconocer el deterioro funcional como síntoma de sospecha de un *delirium*, aunque los síntomas mentales inicialmente sean leves. El *delirium* es una forma de presentación frecuente de enfermedades agudas en ancianos, tiene una elevada mortalidad y constituye un marcador de gravedad cuyo criterio de ingreso hospitalario nadie cuestiona¹⁶. Por otra parte, la capacidad funcional es una variable muy importante en la valoración del estado de salud de los pacientes ancianos, y debe prestársele la debida atención en la anamnesis. Su deterioro se ha relacionado en múltiples estudios con una mayor morta-

lidad, estancias hospitalarias prolongadas, mayor riesgo de institucionalización y menor probabilidad de retorno al domicilio tras la hospitalización^{17,18}. Fue precisamente la valoración del deterioro de la capacidad funcional la razón por la que el equipo de la UFISS indicó el ingreso hospitalario en todos los casos, a pesar de no existir una indicación diagnóstica más concreta.

Finalmente sugerimos que el DPFR debe ser considerado como una urgencia médica potencialmente grave, aunque las exploraciones complementarias efectuadas en urgencias sean poco concluyentes. La no identificación de este síndrome y su potencial gravedad puede llevar a la minimización de los síntomas y a la sobrevaloración de la problemática social, que frecuentemente existe en estos casos, pudiendo producirse altas hospitalarias inadecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, Stolee P, Cosway S. Illness presentation in elderly patients. *Arch Intern Med* 1995;155:1060-4.
2. Ribera Casado JM. Conceptos y generalidades en geriatría. En: Farreras-Rozman, editor. *Medicina Interna*. 13.ª ed. Madrid: Mosby-Doyma SA; 1998. p. 1275-87.
3. Miralles R. Aspectos clínicos de las infecciones en geriatría. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996;14:207-9.
4. Marín N, Kessel H, López-Martínez G, Barnosi A, Montoya J, Navarro A, et al. Viejos, pobres, solitarios y marginados: vulnerabilidad geriátrica en un servicio de Urgencias. *An Med Interna (Madrid)* 1998;15:349-52.
5. Miralles R, Vázquez O, Robles MJ, Llopis A, Cervera AM. Ancianos en los servicios de urgencias: ¿problema sanitario o social? *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:389-90.
6. Frailty and ageing (editorial). *Age Ageing* 1997;26:245-6.
7. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997;26:315-8.
8. Díez JJ. Hipotiroidismo en el paciente anciano: importancia clínica y dificultades en el diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 1998;111:742-50.
9. Klein I, Levey GS. Unusual manifestations of hypothyroidism. *Arch Intern Med* 1984;144:123-8.
10. Rasmussen HH, Sorensen HT, Moller-Petersen J, Mortensen FV, Nielsen B. Bacterial meningitis in elderly patients: clinical picture and course. *Age Ageing* 1992;21:216-20.
11. Williams GO, Jogerst GJ. Infectious disease problems in the elderly. En: Reichel W, editor. *Care of the elderly: clinical aspects of aging*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 206-17.
12. Cummings SR. Falls. *N Engl J Med* 1994;331:872-3.
13. Hogan TM. Geriatric emergencies. Falls. En: Cassel CK, editor. *Geriatric Medicine*. 3rd ed. New York: Springer-Verlag; 1997. p. 133-4.
14. Kernan WN, Castellsague J, Perlman GD, Ostfeld A. Incidence of hospitalization for digitalis toxicity among elderly americans. *Am J Med* 1994;96:426-31.
15. American Psychiatric Association. *DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, SA; 1995. p. 129-39.
16. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340:669-76.
17. Narain P, Rubenstein LZ, Wieland GD, Rosbrook B, Strome LS, Pietruszka F, et al. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients. The importance of functional status. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:775-83.
18. Sabartés O, Miralles R, Ferrer M, Esperanza A, García-Palleiro P, Llorach I, et al. Factores predictivos de retorno al domicilio en pacientes ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid)* 1999;16:407-14.

