



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



160/267 - SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL ANCIANO

M.I. Rico Rangel^a, M. Muñoz Ayllón^b, J. León Tercero^c, A. Díaz Romero^d, S. Fernández Ortega^e, B. Rodríguez Montado^f, E. Frutos Hidalgo^g, D. Gómez Prieto^h, M.T. Colombo Garcíaⁱ y L.M. Sáez García^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. ^fMédico de Familia. Cádiz. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^h. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Tomás del Valle. San Fernando.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, mujer de 75 años, que es llevada por sus hijas a su centro de atención primaria por cambio brusco de actitud de horas de evolución. Según sus hijas se despertó de forma brusca en la madrugada, con gran inquietud psicomotriz, incoherencias, desorientación temporoespacial, apraxias y conductas desorganizadas. Como AP de la paciente: No RAMC. HTA en tratamiento. DM en tratamiento con ADO. Dislipemia en tratamiento. FA paroxística sin tratamiento en el momento actual. Distimia en tratamiento antidepressivo de años de evolución e hipotiroidismo. Ante esta situación su MAP la deriva al servicio de urgencia de psiquiatría de manera urgente. Allí es valorada por psiquiatra de guardia y la deriva al servicio de urgencias generales para descartar organicidad. Tras la realización de pruebas complementarias ingresa en el servicio de Medicina Interna para tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, eupneica en reposo, afebril, normotensa. AC: rítmica sin soplos audibles. AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: globuloso, depresible sin masas ni megalias palpables, no signos de irritación peritoneal. Neurológico: consciente, poco colaboradora, desorientada en tiempo y espacio, no en persona. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservadas. REM disminuidos de manera generalizada. Marcha no valorable (le da miedo ponerse de pie). No dismetría ni diadococinesia. No signos meníngeos. Analítica, sistemática de orina, gasometría arterial, TAC craneal y radiografía de tórax sin alteraciones. Ante la normalidad de las pruebas analíticas y de imágenes realizadas se realiza punción lumbar. Citoquímica del líquido pleural compatible con trasudado.

Juicio clínico: Proceso meningítico.

Diagnóstico diferencial: Hay que realizar el diagnóstico diferencial con otros problemas que cursen con alteraciones de la conciencia, alteraciones cognitivas, alucinaciones y alteraciones de la memoria. En ancianos las más frecuentes son la demencia, las infecciones y los fármacos. Demencia: el inicio es insidioso y la evolución, crónica. El curso es lentamente progresivo con mantenimiento

de la conciencia hasta los estadios finales. Se pierde la memoria a corto plazo. Con frecuencia aparecen cuadros de delirium (episodios agudos) en la evolución de una demencia (dos tercios de los casos de delirium ocurre en personas con demencia). Fármacos: con actividad colinérgica (propantelina, trihexifenidilo, biperideno, prociclidina, escopolamina, oxibutinina, flavoxato, antidepresivos tricíclicos, atropina). Otros fármacos como anestésicos, opiáceos, levodopa, benzodiazepinas, agonistas dopaminérgicos, antihistamínicos corticosteroides, ranitidina, amantadina, teofilina, bupropión. Cuadros depresivos graves: el inicio es variable, con un curso lento. No hay alteración de la conciencia, ni de la memoria. Predomina el trastorno del humor, con pérdida de interés y placer en las actividades habituales. La actividad delirante es ocasional y congruente con el estado de ánimo. Esquizofrenia y otros cuadros psicóticos: el inicio es variable, no hay deterioro en la conciencia, ni en la memoria. Son personas muy retraídas con escaso contacto social. Las alteraciones sensorio-perceptivas se presentan fundamentalmente como alucinaciones auditivas. Es muy raro el comienzo a la edad de nuestra paciente.

Comentario final: El estado confusional agudo o delirium es una alteración aguda de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención. Es un trastorno de la atención, la cognición, la memoria y la percepción que también puede afectar al sueño, la actividad psicomotora y las emociones. Los ancianos son más susceptibles a este trastorno. Con frecuencia es una forma de presentación atípica de una enfermedad aguda y también puede ser un marcador temprano de enfermedad neurológica. Lo más importante y por lo que he escogido este caso, es para recordar que ante un cuadro de estas características en un paciente anciano lo primero que hay que descartar es organicidad.