



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1527 - ALUCINACIONES, ¿QUÉ PUEDO HACER?

M. Ayora Rodríguez<sup>1</sup>, M. Lorente Callejo<sup>2</sup>, L. Alcázar Zafra<sup>3</sup> y J. Toribio Vázquez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartaya. Cartaya. Huelva. <sup>4</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva-Centro. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Como antecedentes personales: lumbalgia de repetición, cefalea crónica en tratamiento con flunarizina, síndrome vertiginoso en tratamiento con betahistina. Acude a consulta del Centro de Salud refiriendo alucinaciones visuales, “ve bichos” y somnolencia de un día de evolución. El familiar comenta que desde ayer la encuentra “alterada, irritable y muy agresiva, diciendo cosas sin sentido”, además refiere que desde hace un par de semanas “ha tomado por su cuenta amitriptilina y trazodona porque se encontraba más decaída”. Se lo recomendaron sus amigas y lo dispensaron en farmacia sin receta médica. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración psiquiátrica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente. Exploración física sin hallazgos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 115 latidos por minuto sin alteraciones en la repolarización. Hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad. Gasometría venosa sin alteraciones y tomografía axial computarizada craneal sin hallazgos valorables. Tras valoración psiquiátrica, observamos fluctuaciones de conciencia, manteniendo nivel normal de manera predominante. Alteración de la memoria reciente. Inquietud psicomotriz y alto nivel de ansiedad. Alucinaciones visuales y auditivas. Ideación delirante no continuada ni estructurada. Se inicia tratamiento con antipsicótico atípico y ansiolítico, con clara mejoría en sucesivas revisiones posteriores.

**Orientación diagnóstica:** Delirium.

**Diagnóstico diferencial:** La característica esencial del delirium es la alteración de la conciencia en un período breve de tiempo que fluctúa a lo largo del día; a diferencia de la demencia, donde el deterioro cognitivo se establece de forma gradual. Se debe descartar patología orgánica como: cuadros infecciosos, intoxicaciones, abuso de sustancias, traumatismo craneoencefálico o enfermedades cerebrovasculares... que pudieran dar clínica similar, también se debe establecer diagnóstico diferencial con cuadros psiquiátricos como psicosis o esquizofrenia.

**Comentario final:** El delirium es una patología tratable, autolimitada y reversible. Sería importante tener en cuenta sus desencadenantes, como, en este caso, medicación no administrada por personal

sanitario. Es importante a nivel de la sociedad crear conciencia para evitar iatrogenia, así como efectos secundarios por automedicación.

### **Bibliografía**

1. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2018.
2. Sarabia LI, et al. Actualización en delirium: conocimientos actuales del trastorno. Interpsiquis. 2006.

**Palabras clave:** Delirium. Deterioro cognitivo. Demencia.