



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/901 - AGITACIÓN EN EL ANCIANO

N.E. Terrero Ledesma<sup>a</sup>, M. Prado Coste<sup>b</sup>, R.M. Acosta Mercedes<sup>a</sup>, M. Arozín Ras<sup>c</sup>, N.D. Guerrero Lugo<sup>d</sup>, C. Crespo Cotilla<sup>e</sup> y R. Muñoz Sánchez-Villacañas<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>d</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castro Viejo. Hospital la Paz. Albacete. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona IV. Albacete.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 75 años que acude a Urgencias por cuadro de agitación y rechazo de ingesta oral. No ha tomado su medicación en las últimas 48h. La hija refiere dicho cuadro de agitación desde último evento de "dudosa crisis epiléptica" con deterioro funcional progresivo, con exacerbación del mismo hace 2 días cuando rechaza cualquier alimento vía oral. No refiere fiebre, tos, disnea, sd. miccional, alteraciones de la deposición ni otros síntomas de interés. Glucemias elevadas. Antecedentes patológicos: no hábitos tóxicos. HTA; obesidad; dislipemia. Trastorno psicótico; Sind depresivo; delirios; Deterioro cognitivo en el contexto de trastorno psiquiátrico ± posible demencia frontotemporal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente no colaboradora. CyO. desconectada, intranquila. No signos de deshidratación. Normocoloreada. TA 160/88, T<sup>a</sup> 37,1 °C. Gluc 170. Neuro: poco valorable. Glasgow 14. Pupilas isocóricas y reactivas. Rigidez en RD en MMSS, hiperreflexia, Reflejos primitivos presentes. AC: rítmica a 80 lpm. AP: MVC. ABD: sin hallazgos. MI: no edemas ni signos de TVP. Rx de tórax: normal. Analítica: BQ. Hemograma. Coagulación y sedimento de orina: sin alteraciones relevantes. TAC cerebral de abril-2015: sistema ventricular centrado en línea media de morfología conservada y tamaño discretamente aumentado. Signos de retracción cortical difusa. Todos estos hallazgos en relación con atrofia cortico-subcortical difusa. No colecciones hemáticas intra ni extraaxiales. Lesiones hipodensas en sustancia blanca junto con infartos lacunares en ganglios basales bilaterales, inespecíficas, probablemente isquémicas crónicas por encefalopatía de pequeño vaso. No desplazamiento de la línea media ni semiología radiológica de proceso expansivo. El registro vídeo-EEG. Hallazgos son compatibles con la presencia de estatus epiléptico no convulsivo, de expresión generalizada. RM cerebral: no alteraciones en la difusión, no lesiones agudas, atrofia generalizada de predominio temporal medial y posterior, pendiente de informe.

**Juicio clínico:** 1) Status epiléptico generalizado no convulsivo. 2) Demencia degenerativa primaria probable con sintomatología psiquiátrica y conductual importante.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome confusional agudo. Demencia. Afasias. Mutismo acinetico.

Esquizofrenia. Trastorno disociativos. Simulación.

**Comentario final:** Los ancianos hacen episodios de cuadro confusional frecuentemente, las causas más frecuentes son las infecciones, en primer lugar la ITU, los trastornos neurológicos intrínsecos tampoco son infrecuente, por lo que se deben descartar en un paciente en el que se han descartado las otras causas más frecuentes, esta paciente tenía muchos criterios de riesgos, para pensar en un status epiléptico y fue acertada la decisión se pedir un EEG tras el ingreso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA. 2001;286(21):2703-10.
2. González M, de Pablo J, Fuente E, Valdés M, Peri JM, Nomdedeu M, Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptación of the confusion assessment method. Psychosomatic. 2004;45(5):426-31.
3. Bulbena A, Corrons C, Amorós G, Martín-Santos R, Anguiano B. Escalas de delirium y orientación. Adaptación castellana del Delirium Rating Scale y de la Orientation Scale. Rev Gerontología. 1996;6:245-54.