



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2907 - DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA. OJO EN EL PACIENTE ANCIANO

I. Rivera Panizo^a, J. Bustamante Odriozola^b, J. Villar Ramos^c y A. Altadill Bermejo^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santander. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Varón 91 años acude a Urgencias por deterioro del nivel de conciencia. AP: HTA, DM2, carcinoma basocelular en mano tratado con radioterapia. Colecistectomía. Artroplastia rodilla derecha. Tratamiento: metformina, vidagliptina, lisinopril-hidroclorotiazida. Caída hace 10 días sin pérdida de consciencia sobre su altura y acude a Urgencias con TAC craneal sin patología aguda. Se objetiva ITU recibiendo tratamiento antibiótico, con escasa mejoría. Acude posteriormente por empeoramiento del nivel de conciencia. Antes de la caída hacía vida limitada por su artropatía pero activa.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 36,7 °C, TAS: 128 mmHg, TAD: 94 mmHg, FC: 108 lpm, FR: 30 rpm, SATO2: 95%. Mal estado general. Taquipneica. Somnolienta. Localiza el dolor. Apertura ocular con órdenes verbales. CyC: mínimo aumento de PVY. No adenopatías. AC: rítmica, taquicárdica, no oigo soplos. AP: crepitantes bibasales. Abdomen: blando, no doloroso. Murphy negativo. Blumberg negativo. RHA+. EEII: Insuficiencia venosa crónica. No edemas. Analítica: glucosa 849 mg/dl, urea 199 mg/dL, creatinina 1,93 mg/dl, FGE 22 ml/min/1,73 m², AST 44 U/L, LDH 455 U/L, CK 927 U/L, sodio 152 mEq/L, potasio 3,4 mEq/L, PCR 7,9 mg/dL. Lactato: 37,8 mg/dL. Leucocitos 16,9 × 10³/μL, hemoglobina 13,6 g/dL, plaquetas 249 × 10³/μL. Gasometría arterial: pH 7,37, pCO₂ 41,4 mm Hg, pO₂ 65,6 mmHg, HCO₃ 23,6 mmol/L, BE -1,000, ctCO₂ 24,9 mmol/L, O₂ sat 93,1%, tHb 13,7 g/dL. Rx tórax: no condensaciones ni derrame. ECG: eje a 30°, ACxFA a 95 lpm. Elemental y sedimento patológico con urocultivo que aísla E. coli. Ecografía abdominal: sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Descompensación diabética hiperglucémica hiperosmolar. FRA mixto: Sepsis urinaria. Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia craneal. Infección de otro origen (neumonía). FRA obstructivo.

Comentario final: Ante todo anciano con disminución del nivel de conciencia descartar foco infeccioso, sobre todo urinario ya que en pacientes mayores suele debutar con alteración del nivel de conciencia o deterioro general. En diabéticos, tener en cuenta, tanto la cetoacidosis diabética como

el estado (coma) hiperosmótico hiperosmolar son complicaciones con elevada morbilidad entre diabéticos mal tratados, por lo que es fundamental su rápido diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. Arias Gómez M. Enfermedades metabólicas y carenciales del sistema nervioso. En: Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012: p. 1447-57.

Palabras clave: Hiperosmolar. Sepsis. Rabdomiolisis. FRA.