



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/25 - SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO

A. Morales<sup>a</sup>, M. Infante Ruiz<sup>b</sup> y A. Lara Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año; <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. CS de Santa Rosa. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 85 años que como antecedentes es hipertenso, diabético y ACVA sin secuelas en 2009. Demencia leve. Acude a urgencias, traído por la familia, porque hace 24 horas comenzó de forma más o menos brusca con cuadro de confusión, desorientación temporoespacial y agitación psicomotriz. La familia refería que ya le había ocurrido este cuadro en otras ocasiones, teniendo que traerlo a urgencias también. No focalidad neurológica. Desde hace unos días le llevan notando la orina más oscura de lo normal y con mal olor. No contaban más clínica de interés.

Tratamiento habitual: enalapril, metformina y AAS. No benzodiacepinas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presentaba regular estado general. Consciente, agitado, desorientado y no colaborador. Eupneico en reposo. No signos de deshidratación. TA 130/85. FC 78 lpm. Temperatura 38,3 °C. SatO2 95%. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: leve dolor a la palpación en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal y resto de exploración abdominal normal. Extremidades sin edemas ni signos de TVP. Se realiza sondaje vesical y se obtiene muestra de orina, siendo piúrica. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Pares craneales normales. PINR. No focalidad neurológica. No rigidez de nuca. BTEST: 120; Analítica general normal salvo leucocitos 14.000 con neutrofilia de 70%; Sistemático de orina: esterasa leucocitaria 500 con nitritos positivos; Radiografía de tórax y abdomen normal; TAC craneal: normal. El paciente ingresa en el área de observación donde se administran antipiréticos y antibióticos por vía intravenosa, a las 24 horas el cuadro febril cede al igual que el cuadro de confusión y agitación.

**Juicio clínico:** Síndrome confusional agudo secundario a una ITU.

**Diagnóstico diferencial:** Demencia. Psicosis aguda. ACVA.

**Comentario final:** El síndrome confusional agudo es un cuadro muy común tanto en consultas de Urgencias Hospitalarias como en Atención Primaria. Debe sospecharse en todo paciente, anciano, que presente de forma aguda alteración en la conciencia junto con desorientación e hiper o hipoactividad psicomotriz; a veces suele ir acompañado de alucinaciones y delirios. Las infecciones (urinarias y respiratorias) constituyen la causa más frecuente. A éstas le siguen las intoxicaciones por benzodicepinas y las causas metabólicas (hipoglucemias, encefalopatía hipercápnica, deshidratación, encefalopatía hepática...). Debemos sospecharlo sobre todo en paciente anciano hospitalizado o institucionalizado y con previa cirugía sobre todo la tipo ortopédica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Perez FJ Agitación psicomotriz. Manual de Urgencias y Emergencia; Guía diagnóstica y Protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona, Elsevier, 2015.