



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

160/1808 - Alteración de la conciencia en ancianos

M.L. Catalina Moñino^a, C.B. Prieto Justicia^b y M. Gamiz Soto^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Virgen de la Consolación. Utrera. Zona Sur. Sevilla. ^bMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Zona Norte. Sevilla. ^cMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años que acude a su MAP tras presentar episodio de bajo nivel de conciencia acompañado de respiración ruidosa y con recuperación espontánea atendido en el CHARE de Utrera, Sevilla. Como antecedentes personales interés alérgica a la penicilina, HTA, DM 2, DLP; lesiones isquémicas cerebrales, enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso, Alzheimer, nódulo tiroideo con hiperplasia folicular, hiperparatiroidismo primario, prolapsos uterino y osteoporosis. Dependiente para las actividades de la vida diaria precisando ayuda para vestirse, come sola, aunque no puede preparar la comida, teniendo riesgos de caídas por deterioro de la deambulación y dolor crónico. Cuenta la hija episodios de pérdida de respiración ruidosos con ojos abiertos en los cuales su madre no responde y pasados 15 o 20 minutos comienza a recuperarse. No se acompaña de rigidez ni de convulsión. No relajación de esfínteres. Probable afectación de conciencia que no puede ser demostrada debido al estado demenciado de la mujer. El día del episodio parecen encontrarla desorientada así como pálida y sudorosa. No conoce a nadie y a veces se muestra agresiva.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presenta regular estado general, consciente y desorientada. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. Con frecuencia cardíaca 108 lpm, tensión 140/70 mmHg y saturación de oxígeno 96%. T^a 36,5^o. Glucosa 88 mg/dl. Auscultación cardiorrespiratoria: corazón rítmico a frecuencia rápida, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos pulmonares sobreañadidos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y a la acomodación. Motilidad ocular extrínseca conservada. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada, moviliza los cuatro miembros. No nistagmos, dismetrías, afasia ni disgrafia. Síntomas meníngeos negativos. Glasgow 14. Escala de Rankin 3. Escala de Cincinnati con caída facial normal, deriva de brazo y alteración del habla normal. No procede activación del código ictus por Rankin mayor de 2. Otros datos: abdomen blando y depresible, normal. No edemas en MMII ni signos de Trombosis venosa profunda. ECG: ritmo sinusal a frecuencia 108 lpm. Eje normal. Sin alteraciones en la repolarización ni cambios significativos. Imposible hacer Holter por agitación. TAC craneal sin contraste: estudio artefactado por el movimiento de la paciente. Signos de atrofia corticosubcortical. Imágenes de pequeño tamaño hipodensas en la sustancia blanca periventricular, coronas radiadas, centros semiovales, regiones capsuloganglionares y probablemente en tronco de probable origen isquémico crónico. EEG: No se puede realizar tanto por su edad como por la demencia que presenta. Minimental: 3/10.

Juicio clínico: Estatus epiléptico.

Diagnóstico diferencial: AIT/síncope/crisis epiléptica/evolución de su demencia.

Comentario final: El servicio de neurología tras estudiar a la paciente y realizar las pruebas pertinentes considera que se trata de episodios de pérdida de conciencia y de origen sincopal y deriva a cardiología donde descartan el origen cardiológico de los cuadros. Tanto el servicio de Medicina Interna como su MAP descartan sincope de origen cardiogénico y accidente isquémico transitorio por repeticiones varias a pesar de la medicación correspondiente para estos casos por lo que deciden introducir el levetiracetam. Desde entonces no presenta más episodios. Dada la respuesta al fármaco suministrado se deriva de nuevo a neurología desde donde se cataloga de estatus epiléptico.