



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1325 - Síndrome Confusional Agudo, a propósito de un caso

S. Caracuel Gómez^a y M. Aldeanueva Escribano^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Montoro. Córdoba. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villa del Río.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años, hipertenso en tratamiento con enalapril 10 mg; hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con tamsulosina 400 mcg/dutasteride 500 ?g; síndrome ansioso depresivo en tratamiento con escitalopram 20 mg. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Encontrándose previamente bien, presenta cuadro de inicio brusco caracterizado por alteración de la conducta con alucinaciones visuales, actitud agresiva e inquietud motora con sudoración profusa. La esposa niega exposición a calor, ingesta de alcohol u otras drogas, así como sobredosificación de su medicación habitual. No fiebre. No inversión sueño-vigilia.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente hiperactivo, balbuceante, hiperalerta que no presta atención a nuestros intentos de contención. A la auscultación cardiorrespiratoria presenta tonos rítmicos con murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Miembros Inferiores sin signos de trombosis venosa profunda. Neurológicamente, Glasgow 15; pupilas isocóricas normorreactivas, resto de la exploración sin poderse completar por el estado del paciente. Se procede a la administración de midazolam 15 mg iv en bolos lentos de 7 ml, con lo que se logra contener al paciente y realizar traslado a Hospital de Referencia. Analítica sanguínea: con parámetros dentro de la normalidad. TAC craneal: áreas hipodensas correspondientes a infartos lacunares antiguos. Urianálisis: leucocitos y nitritos positivos.

Juicio clínico: Síndrome confusional agudo. Infección tracto urinario.

Diagnóstico diferencial: Demencia; psicosis funcional.

Comentario final: El síndrome confusional agudo (SCA) representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano. La incidencia aumenta con la edad, aunque la información derivada de los diferentes estudios epidemiológicos varía según las características de la muestra analizada, del nivel asistencial donde se ha llevado a cabo el estudio (mayor en servicios hospitalarios y mejor en medios comunitarios) y de la sensibilidad de los métodos de detección. Los principales factores de riesgo implicados en su inclusión desde el envejecimiento cerebral fisiológico hasta presencia de patología orgánica cerebral, infecciones, fármacos, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas agudas, y episodios de hospitalización entre otros. Las manifestaciones clínicas cardinales son: presentación brusca y curso fluctuante con alteración global de las funciones cognitivas y de la atención, los trastornos del ciclo sueño-vigilia y la exaltación o inhibición de la actividad psicomotora. En el aspecto diagnóstico cabe resaltar la importancia de un inicial diagnóstico sindrómico, es decir, reconocer que el paciente está realmente confuso, y en segundo lugar detectar los factores predisponentes y precipitantes para iniciar el tratamiento adecuado, siendo imprescindible para ello

una historia clínica y exploración física minuciosas. En cuanto al manejo terapéutico, se ha de realizar énfasis en la necesidad de llevar a cabo un abordaje multidisciplinar, así como en las medidas preventivas y el papel de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francis J. Delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc.* 1993;40:829.
2. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Inter Med.* 1998;13:234-42.
3. Rummans T, Jonathan E, Khahn L, et al. Delirium in elderly patients: Evaluation and management. *Mayo Clin Proc.* 1995;70:989-98.