

347/767 - DELIRIUM EN PACIENTE FRÁGIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Franzón González^a, M. Alcalde Molina^b y J. Marín Relaño^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de La Capilla. Jaén. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de La Capilla. Jaén. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de La Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 77 años parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, diabético tipo 2 y con antecedente personal de Ictus valorado en su domicilio por su médico de Atención Primaria por cuadro de desorientación temporoespacial, dada la situación del paciente y su calidad de vida del mismo, se acuerda con la familia, no derivar a Urgencias Hospitalarias. Tras 4 días de evolución acude a Servicio de Urgencias por empeoramiento del cuadro, deterioro del estado general, escasa ingesta y reducción de diuresis.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, desorientado y poco colaborador. Exploración neurológica difícil de realizar, somnoliento y lenguaje incoherente. Analítica: Leucocitosis sin neutrofilia, Anemia normocítica normocroma, Creatinina 3,4 mg/dl, filtrado glomerular 19 ml/min y K 9,9 mEq/l. Gasometría venosa: pH 7,21, HCO₃ 14,7 mmol/l. ECG: ritmo sinusal a 40 lpm, Ondas T picudas.

Orientación diagnóstica: El paciente requirió de hemodiálisis urgente, corrigiendo alteraciones electrocardiográficas y el cuadro confusional. Ingresó en Servicio de Nefrología para corrección de insuficiencia renal aguda y estado acidótico del paciente, diagnosticando nefropatía diabética no conocida. Durante el ingreso se diagnostica y trata infección urinaria por Klebsiella pneumoniae.

Diagnóstico diferencial: Debería incluir el accidente cerebrovascular frente al delirium secundario a acidosis metabólica e hipertotasemia confirmadas en pruebas complementarias.

Comentario final: Ante cuadro de delirium debemos considerar el accidente cerebrovascular y otras posibles causas. Dada las comorbilidades del paciente, era relevante considerar insuficiencia renal, acidosis metabólica, hipertotasemia, y la infección como factores etiológicos. Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan hipertotasemia con una frecuencia del 50% mayor frente al resto de la población, y en el 50% de ellos se evidencian cambios electrocardiográficos. En el paciente no se había filiado esta patología que pudo desencadenar del cuadro, demostrando la importancia del cribado de las complicaciones de la diabetes mellitus 2.

Bibliografía

1. Kovesdy CP. Management of hyperkalaemia in chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol. 2014;16.

2. Gary Abuelo J. Treatment of severe hyperkalemia. Confronting 4 fallacies. *Kidney Int Rep.* 2018;3:47-55.
3. Ruiz MI, et al. Síndrome Confusional Agudo (Delirium). Guía de práctica de diagnóstico y tratamiento. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Palabras clave: Hiperpotasemia. Insuficiencia renal. Electrocardiografía.