



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1527 - ALUCINACIONES, ¿QUÉ PUEDO HACER?

M. Ayora Rodríguez¹, M. Lorente Callejo², L. Alcázar Zafra³ y J. Toribio Vázquez⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartaya. Cartaya. Huelva. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva-Centro. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Como antecedentes personales: lumbalgia de repetición, cefalea crónica en tratamiento con flunarizina, síndrome vertiginoso en tratamiento con betahistina. Acude a consulta del Centro de Salud refiriendo alucinaciones visuales, “ve bichos” y somnolencia de un día de evolución. El familiar comenta que desde ayer la encuentra “alterada, irritable y muy agresiva, diciendo cosas sin sentido”, además refiere que desde hace un par de semanas “ha tomado por su cuenta amitriptilina y trazodona porque se encontraba más decaída”. Se lo recomendaron sus amigas y lo dispensaron en farmacia sin receta médica. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración psiquiátrica.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente. Exploración física sin hallazgos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 115 latidos por minuto sin alteraciones en la repolarización. Hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad. Gasometría venosa sin alteraciones y tomografía axial computarizada craneal sin hallazgos valorables. Tras valoración psiquiátrica, observamos fluctuaciones de conciencia, manteniendo nivel normal de manera predominante. Alteración de la memoria reciente. Inquietud psicomotriz y alto nivel de ansiedad. Alucinaciones visuales y auditivas. Ideación delirante no continuada ni estructurada. Se inicia tratamiento con antipsicótico atípico y ansiolítico, con clara mejoría en sucesivas revisiones posteriores.

Orientación diagnóstica: Delirium.

Diagnóstico diferencial: La característica esencial del delirium es la alteración de la conciencia en un período breve de tiempo que fluctúa a lo largo del día; a diferencia de la demencia, donde el deterioro cognitivo se establece de forma gradual. Se debe descartar patología orgánica como: cuadros infecciosos, intoxicaciones, abuso de sustancias, traumatismo craneoencefálico o enfermedades cerebrovasculares... que pudieran dar clínica similar, también se debe establecer diagnóstico diferencial con cuadros psiquiátricos como psicosis o esquizofrenia.

Comentario final: El delirium es una patología tratable, autolimitada y reversible. Sería importante tener en cuenta sus desencadenantes, como, en este caso, medicación no administrada por personal sanitario. Es importante a nivel de la sociedad crear conciencia para evitar iatrogenia, así como efectos secundarios por automedicación.

Bibliografía

1. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2018.
2. Sarabia LI, et al. Actualización en delirium: conocimientos actuales del trastorno. Interpsiquis. 2006.

Palabras clave: Delirium. Deterioro cognitivo. Demencia.