



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

413/62 - MÁS ALLÁ DE UN SÍNDROME CONFUSIONAL

P. Díaz Bellido¹, B. Díaz Marqués², M. Portillo Rodríguez³, M. de Diego Castell⁴, I. Asensio Chico⁴, J. Terrero García⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo.²Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olalla. Talavera de la Reina.³Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. Talavera de la Reina. Toledo.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud de Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Síndrome de Down de 10 años. Antecedentes: cardiopatía aórtica. No tratamientos. Acude al Centro de Salud con su madre por vómito seguido de somnolencia. No mantiene bipedestación, habla incoherentemente y tiende al sueño.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina, sin lesiones. No dolor. Auscultación, tensión, glucemia, temperatura, saturación, electrocardiograma normales. Examen neurológico no realizado regladamente. Se pregunta por posible ingestión de sustancias, lo cual niega. Ante clínica neurológica inexplicada se llama al 112 para trasladar al niño al hospital.

Juicio clínico: Intoxicación farmacológica.

Diagnóstico diferencial: Infección. Traumatismo. Hipoxia. Intoxicación por sustancia endógena o exógena.

Comentario final: Tóxicos en orina dan positivo para benzodiacepinas. Resto de analítica normal. La madre la cual es incapaz de decir el tipo de medicamento y dosis de consumición. En las hojas de medicación ningún familiar tiene como tratamiento activo benzodiacepinas. Desde Urgencias hospitalarias se ingresa al niño en Pediatría. Se realiza interconsulta a Servicios Sociales. El paciente no cumple criterios para flumazenilo, lavado gástrico y carbón activado por lo que únicamente se mantiene monitorización cardiorrespiratoria. Al día siguiente se inicia tolerancia oral. Adquiere su estado cognitivo y motor basales. A las 24 horas del ingreso la analítica está en rango y se da el alta. Las benzodiacepinas han sustituido al paracetamol como fuente más frecuente de intoxicación farmacológica. Importancia de una buena historia clínica. Necesidad de valorar tanto al paciente como a su entorno más inmediato en un contexto global. Atención integral a los pacientes, especialmente colectivos vulnerables.

Bibliografía

Margarida de Castro A. Ataxia aguda en la edad pediátrica. Clínica. 2017;(26):29-38.

De la Torre M. Intoxicaciones más frecuentes. Pediatr Integral. 2014;18(5):280-90.

Montero Pérez F, Jiménez Murillo L, del Campo Vázquez P. Intoxicación aguda por benzodiacepinas e hipnóticos no benzodiacepínicos. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez J, ed. by. Medicina de urgencias y

emergencias, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2015; p. 646-9.

Laita A, Ruiz A, Castrillón J. Enfermedades por tóxicos: intoxicaciones agudas más frecuentes por medicamentos y drogas. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018;12(69):4043-54.

Zubiaur O, Salazar J, Azkunaga B, Mintegi S. Ingesta de psicofármacos: causa más frecuente de intoxicaciones pediátricas no intencionadas en España. Anales de Pediatría. 2015;83(4):244-7.

Palabras clave: Benzodiacepinas. Intoxicación. Neurológica.