

---

# Patología neurológica con síntomas psiquiátricos

Isabel Molinero (MIR2)  
Víctor Ferrer (PIR2)

Hospital Santa María (Lleida).

# ÍNDICE

---

## CASO CLÍNICO

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Enfermedad actual
  - 3.1 Orientación diagnóstica y tratamiento iniciales
  - 3.2 Evolución
    - 3.2.1 Valoración neuropsicológica
    - 3.2.2 Pruebas de imagen
4. Evolución, diagnóstico y tratamiento al alta
5. Evolución tras alta hospitalaria
6. Reevaluación neuropsicológica
7. Evolución global y situación actual
8. Delirium
  - 8.1 Historia
  - 8.2 Epidemiología
  - 8.3 Etiología
  - 8.4 Diagnóstico DSM-5.
  - 8.5 Diagnóstico diferencial
  - 8.6 Tratamiento

---

# CASO CLÍNICO

# 1. INTRODUCCIÓN

---

Hombre de 43 años de edad que acude a servicio de urgencias generales de Hospital Universitario Arnau de Vilanova tras accidente de tráfico.



## 2. ANTECEDENTES:

---

- ❑ **Psicobiografía breve:**
  - Natural de Lleida. Es el menor de dos hermanos.
  - Madre fallecida en el año 2010 (se desconoce causa).
  - No finalizó estudios básicos.
  - Trabaja en una granja porcina.
  - Vive con su padre en Ponts.
  
- ❑ **Médico-quirúrgicos:**
  - No alergias medicamentosas conocidas.
  - Cólico nefrítico en 2009.
  - Tuberculosis pulmonar en 2012.
  - No constan/refiere otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

## 2. ANTECEDENTES:

---

- ❑ Hábitos tóxicos:
  - Fumador de 20-40 cigarros de tabaco diarios.
  - Consumo de heroína fumada de más de 10 años de evolución, desde 2011 concomitantemente en tratamiento con metadona (30 mg/día),
  - Niega consumo de alcohol o de otras sustancias.
  - Visitado en CASD con seguimiento irregular y baja adherencia terapéutica .
  
- ❑ Psiquiátricos personales:
  - TUS por opiáceos de años de evolución.
  - No constan otros diagnósticos psiquiátricos ni ingresos previos.
  
- ❑ Psiquiátricos familiares: No presenta

### 3. ENFERMEDAD ACTUAL

---

- ❑ Paciente trasladado a servicio de urgencias generales por SEM tras sufrir accidente de tráfico con impacto de alta energía.
  
- ❑ Exploración en urgencias; se objetiva en pruebas complementarias:
  - Analítica, sedimento y gasometría arterial sin alteraciones destacables.
  - Tóxicos en orina: + opioides
  - Pruebas de imagen:
    - Rx: Fractura de huesos propios nasales, contusión pulmonar izquierda y ocupación de celdas etmoidales,
    - TC craneal normal.
  
- ❑ Se traslada a servicio de neurocirugía para vigilancia neurológica por TCE de alta energía sin hallazgos patológicos intracraneales.

# 3. ENFERMEDAD ACTUAL

## Ingreso en servicio de Neurocirugía

### Sintomatología:

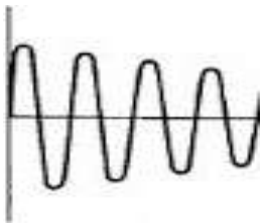
- **Clínica fluctuante**
- Glasgow 15/15
- Agitación psicomotora
- Desorientación en tiempo y persona
- Lenguaje incoherente
- Desorganización conductual
- Fugas constantes

### Tratamiento sintomático:

- Analgésico
- Ansiolíticos e hipnóticos.
- Haloperidol si precisa por agitación

**Unidad de  
interconsulta y  
psiquiatría de enlace:**

- Haloperidol  
1 amp/8horas i.m



6 primeros  
días post  
TCE



# 3. ENFERMEDAD ACTUAL

---

Transcurrido el período de observación neurológica se coordina derivación a Unidad Hospitalaria de Agudos de Psiquiatría para estudio por:

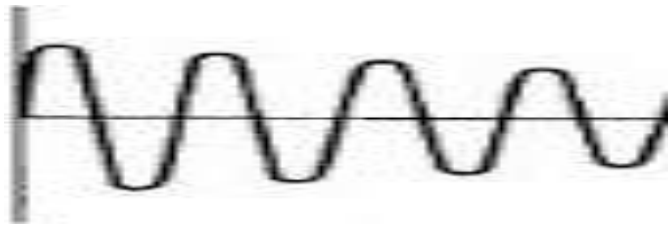
- ✓ Dificultad de manejo
- ✓ Clínica psiquiátrica
- ✓ Antecedente de tóxicos



# 3. ENFERMEDAD ACTUAL

## 3.1. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO INICIALES

- DD: Delirium vs. sintomatología psicótica a estudio.
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:
  - Risperidona hasta 7mg/día
  - Metadona hasta 30mg/día.



6 primeros días post TCE

Primeras 2 semanas de ingreso

Persiste cuadro confusional y a la exploración psicopatológica destaca:

- Desorientado en tiempo, espacio y persona.
- Contacto disintónico
- Inquietud psicomotora.
- Amnesia retrógrada y anterógrada.
- Lenguaje disgregado, con pararespuestas, adecuado en tono.
- **Fabulaciones.**

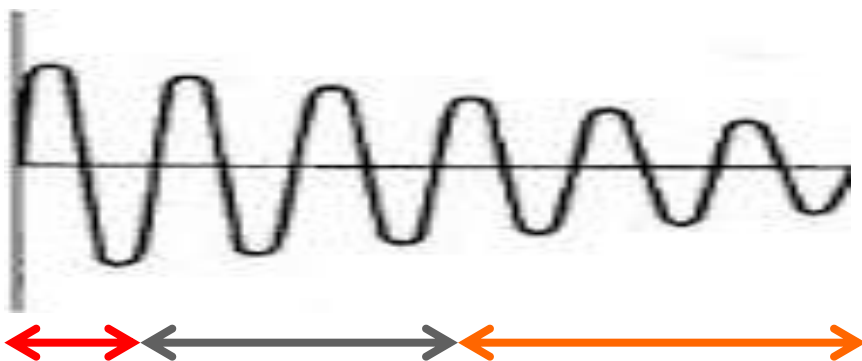
## 3.2 EVOLUCIÓN

---

IC a servicio de Neurología

Mejoría clínica lentamente progresiva

Ajuste farmacológico



6 primeros  
días post  
TCE

Primeras 2  
semanas de  
ingreso en  
UHA

# INTERCONSULTA A SERVICIO DE NEUROLOGÍA

---



## 3.2.1 VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

---

### DATOS PACIENTE

NOMBRE: X

APELLIDOS: X

EDAD: 43 años

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 27-07-14

AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: Estudios Básicos hasta los 14 años (no finalizó), repitió 2º EGB.

ACTIVIDAD PROFESIONAL: En la actualidad, trabaja en la granja familiar. Anteriormente, como camarero y paleta.

DOMINANCIA MANUAL : Diestro

IDIOMA MATERNO: Catalán

DEFICIENCIAS VISUALES O AUDITIVAS: No constan.



## 3.2.1 VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

### FUNCIONES

### PRUEBAS

ORIENTACIÓN

ESPACIO  
TIEMPO  
PERSONA



TEST  
BARCELONA

ATENCIÓN

MEMORIA DE  
TRABAJO



DÍGITOS DD WMS

CÁLCULO



TEST BARCELONA

LENGUAJE

COMPRENSIÓN  
REPETICIÓN  
LECTURA



TEST BARCELONA

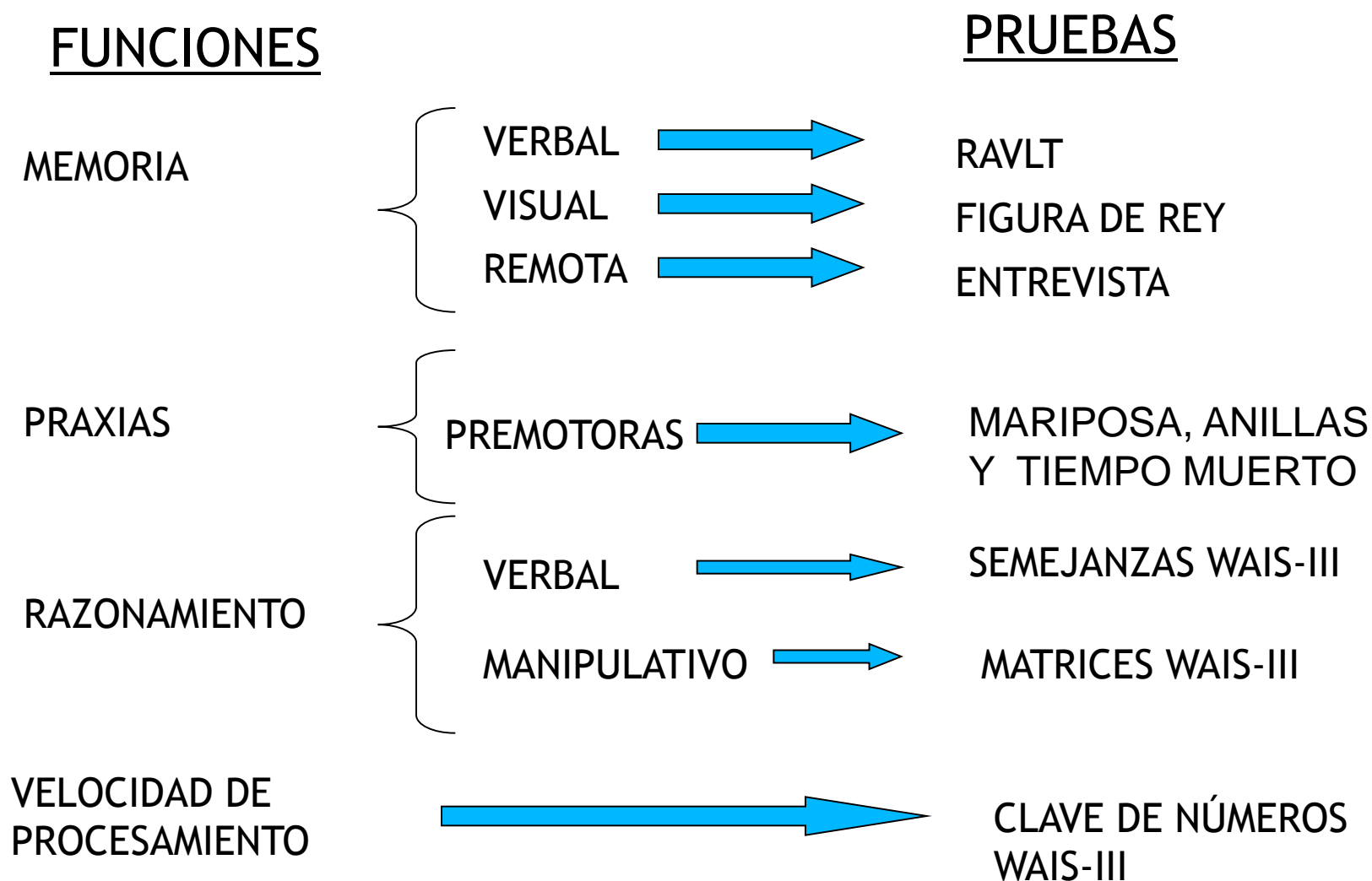
FLUENCIA



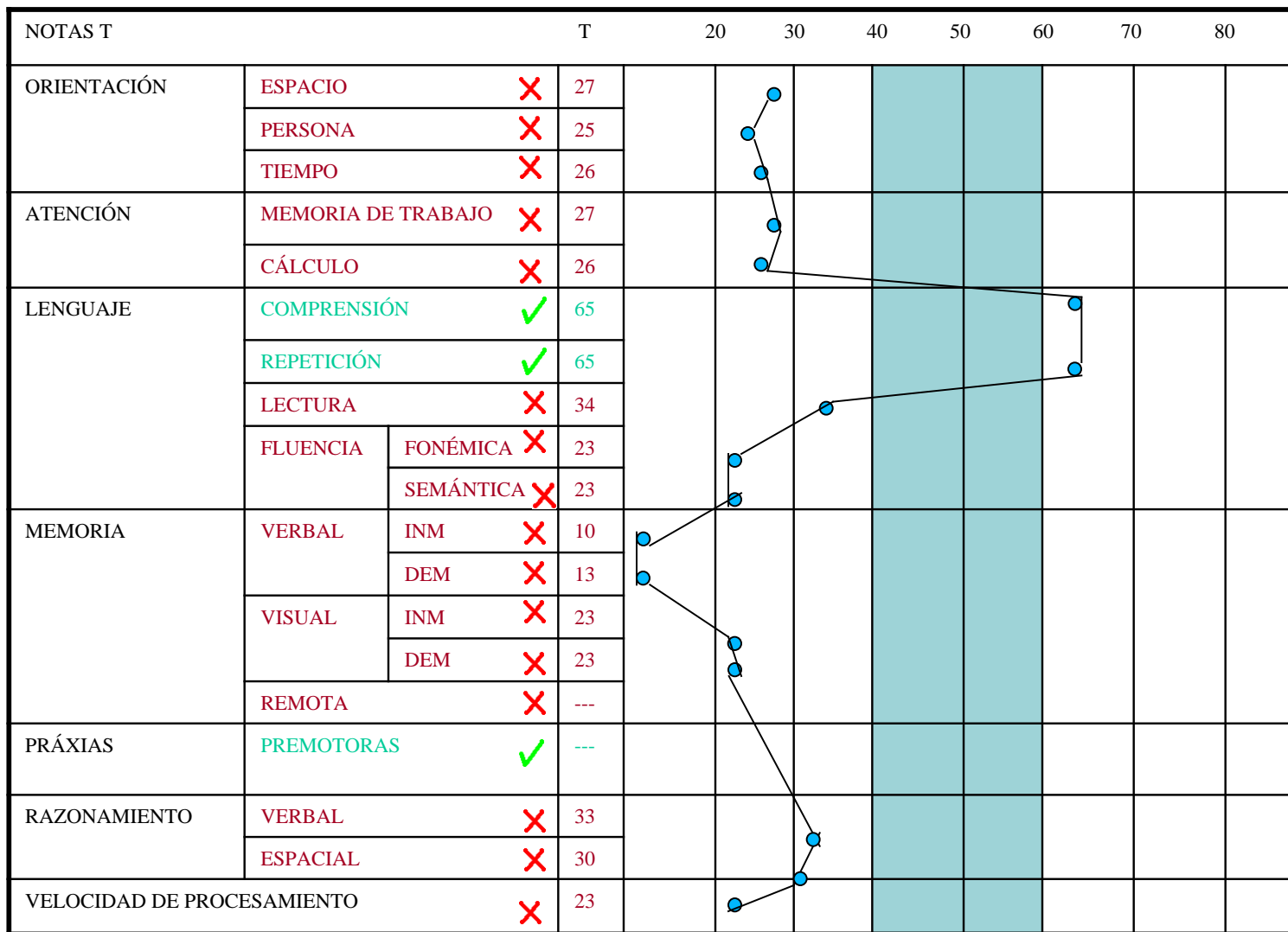
PMR y ANIMALES



## 3.2.1 VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA



## 3.2.1 VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

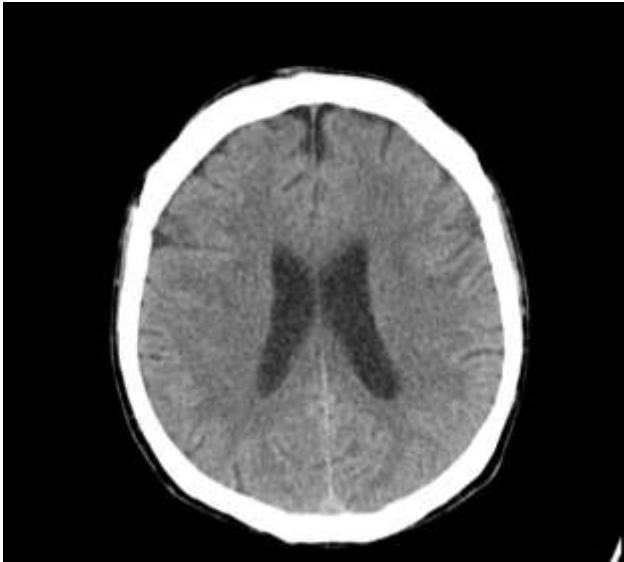




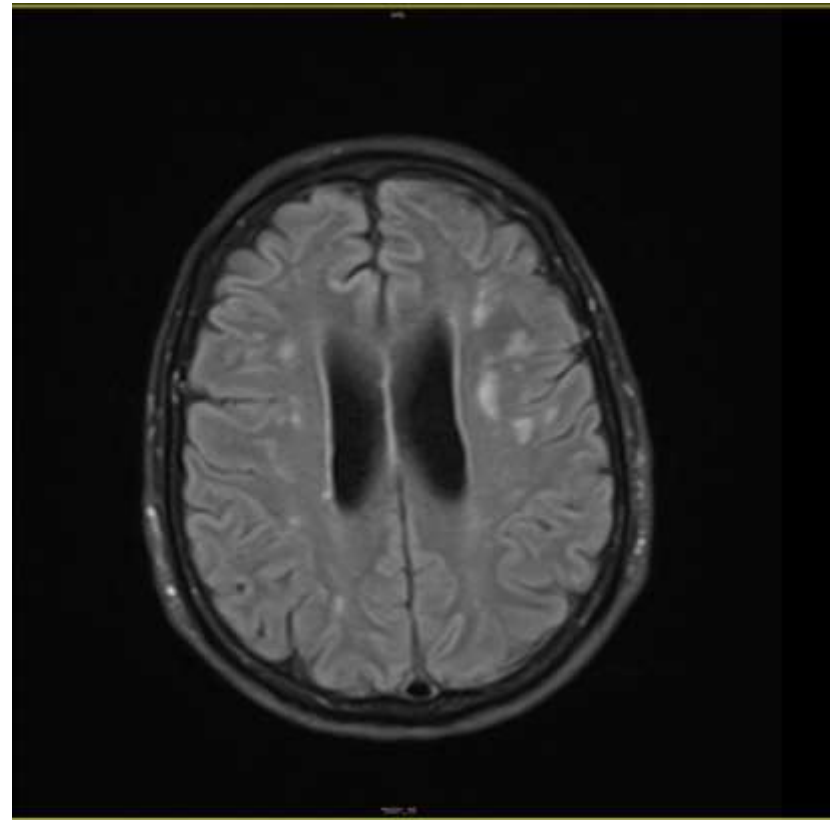
## 3.2.2 PRUEBAS DE IMAGEN

---

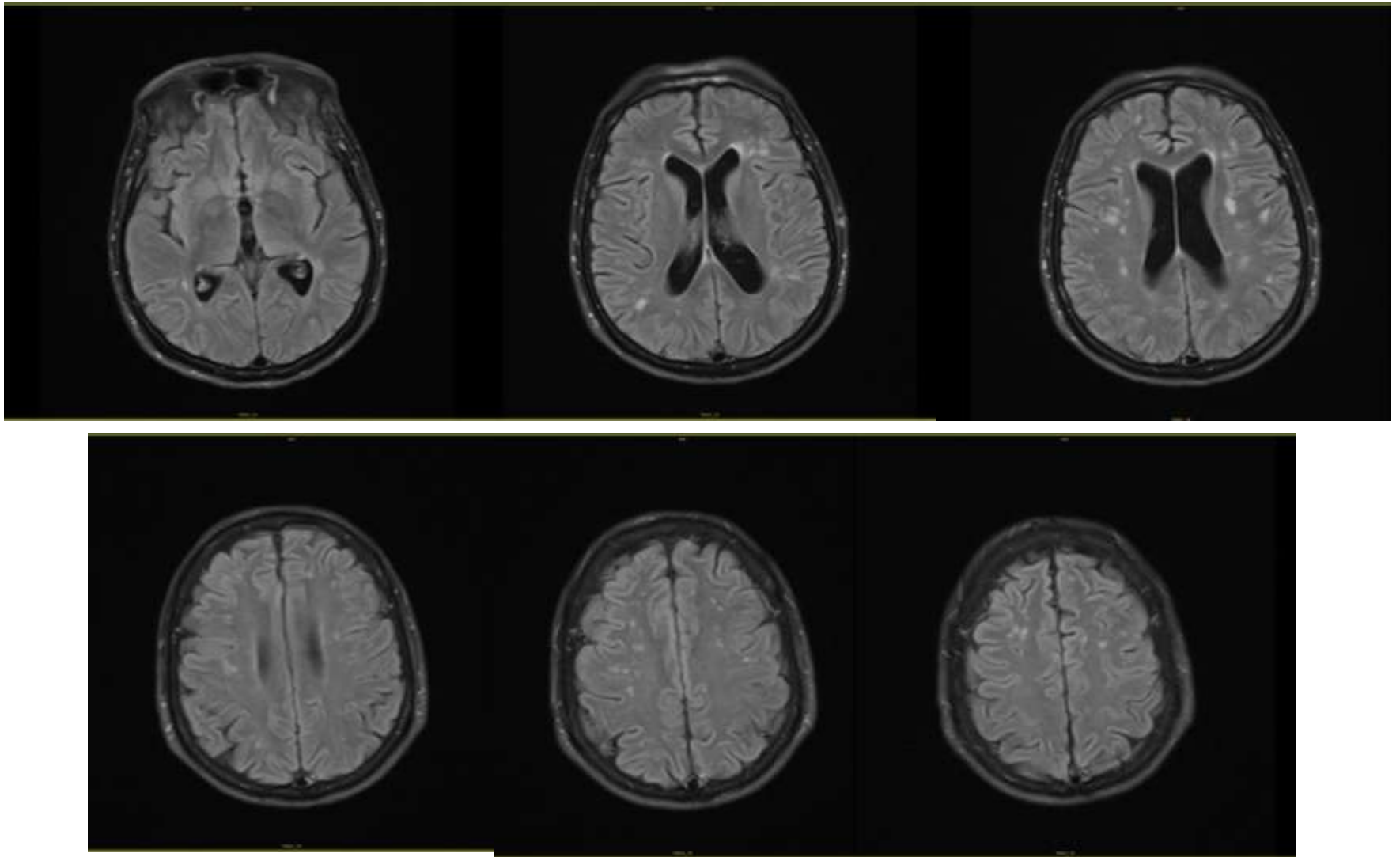
Tomografía axial computarizada (TAC)



Resonancia magnética (RM)

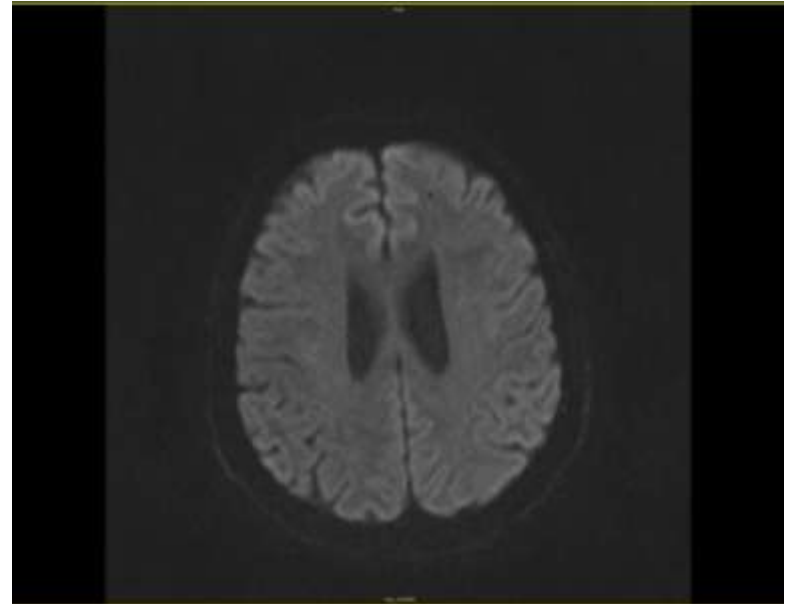
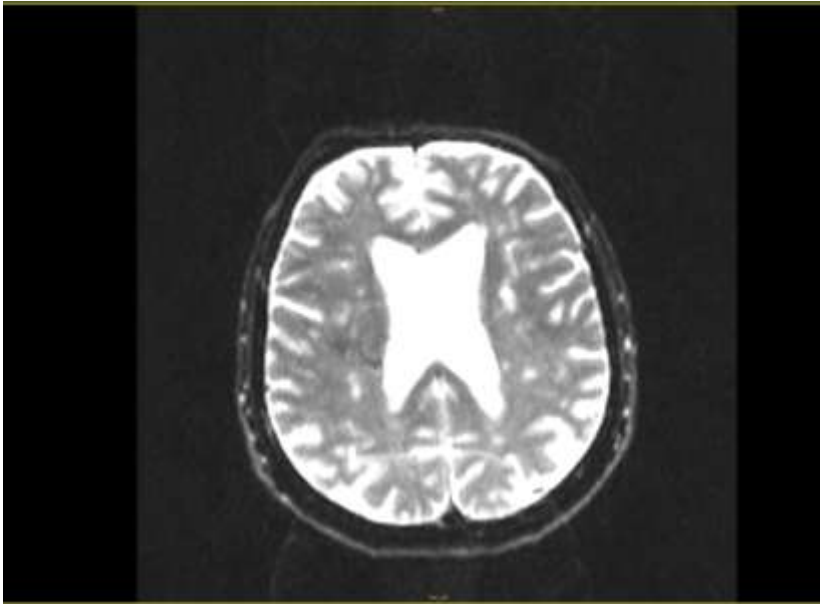


## Resonancia magnética (RM)



## Resonancia magnética (RM)

---



### Daño axonal difuso

# 4. EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AL ALTA

---

A partir de su historia y los resultados de las pruebas complementarias se sospecha de delirium por efecto fisiológico del accidente en un paciente con los antecedentes toxicológicos descritos.

Ajuste farmacológico por predominio de ansiedad e insomnio global:

- Se disminuye progresivamente risperidona y metadona hasta retirada por completo.
- Se instaaura:
  - » gabapentina hasta 1200mg/día
  - » quetiapina hasta 200mg/día



# 4. EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AL ALTA

---

## DIAGNÓSTICO:

- ❑ Eje I: Delirium debido a otra afección médica (293.0)  
Dependencia de heroína (304.00)
- ❑ Eje II: Diagnóstico aplazado
- ❑ Eje III: Accidente de coche con traumatismo craneo encefálico el 20/06/14.  
Daño axonal difuso.
- ❑ Eje IV: Problema biográfico (V62.89)
- ❑ Eje V: EEAG ingreso 15; alta 30

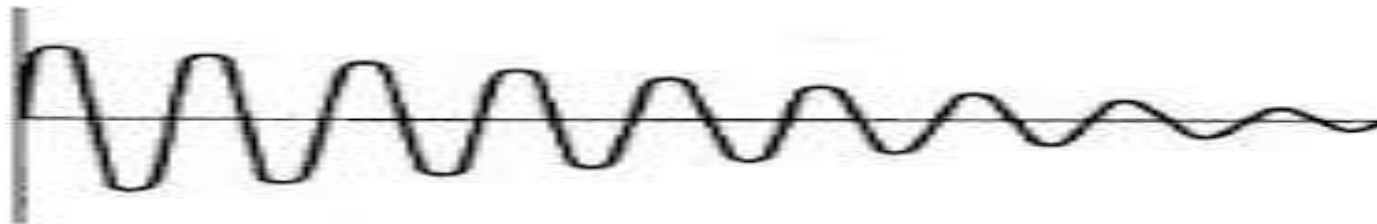
## TRATAMIENTO AL ALTA:

- ❑ Gabapentina 600mg 1-0-1
- ❑ Quetiapina 200mg 0-0-1
- ❑ Lormetazepam 2 mg (si insomnio)
- ❑ Rehabilitación cognitiva



# 5. EVOLUCIÓN TRAS ALTA HOSPITALARIA

- Clínica rehabilitación cognitiva
- Seguimiento ambulatorio por servicio de psiquiatría.



## 6. REEVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

---

### DATOS PACIENTE

NOMBRE: X

APELLIDOS: X

EDAD: 43 años

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 24-12-14

ANTECEDENTES: Paciente con valoración anteriormente en situación aguda estando ingresado en Unidad Hospitalaria de Agudos se reprograma nueva exploración neuropsicológica 5 meses después

SITUACIÓN ACTUAL: Paciente consciente de déficits cognitivos aunque refiere mejoría objetivada por el padre. Actualmente se encuentra de baja laboral.

OBSERVACIONES: Colaborador y correcta comprensión de instrucciones a lo largo de toda la exploración.



# 6. REEVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

## FUNCIONES

## PRUEBAS

ORIENTACIÓN

ESPACIO  
TIEMPO  
PERSONA



TEST BARCELONA

ATENCIÓN

MEMORIA DE  
TRABAJO  
CÁLCULO



*DÍGITOS WMS*  
*LOCALIZACIÓN ESPACIAL  
WMS*



TEST BARCELONA

*ALTERNANTE*



*TMT-B*

*INHIBICIÓN*



*STROOP P-C*

LENGUAJE

COMPRENSIÓN  
REPETICIÓN  
LECTURA  
FLUENCIA



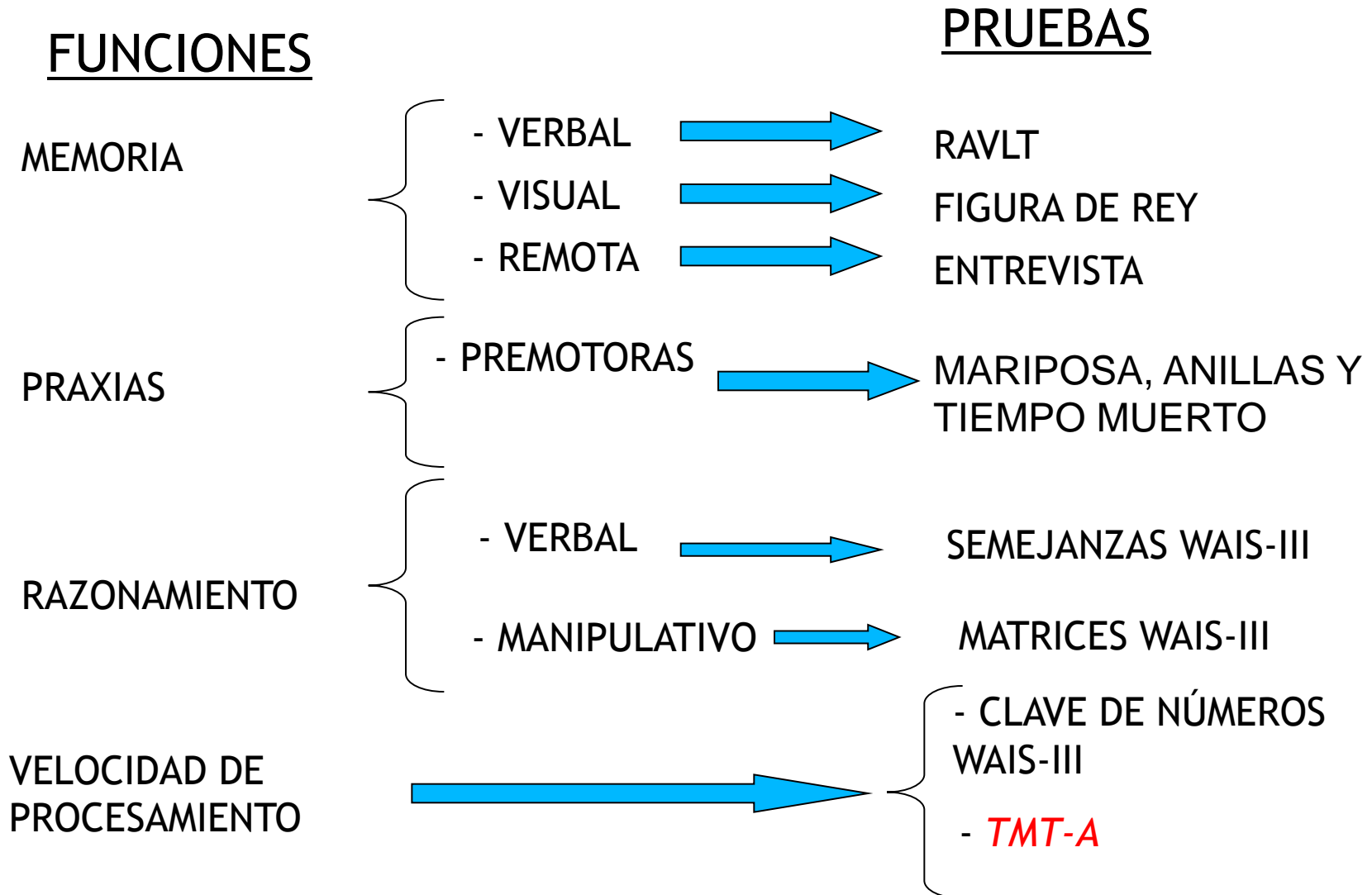
TEST BARCELONA



PMR y ANIMALES



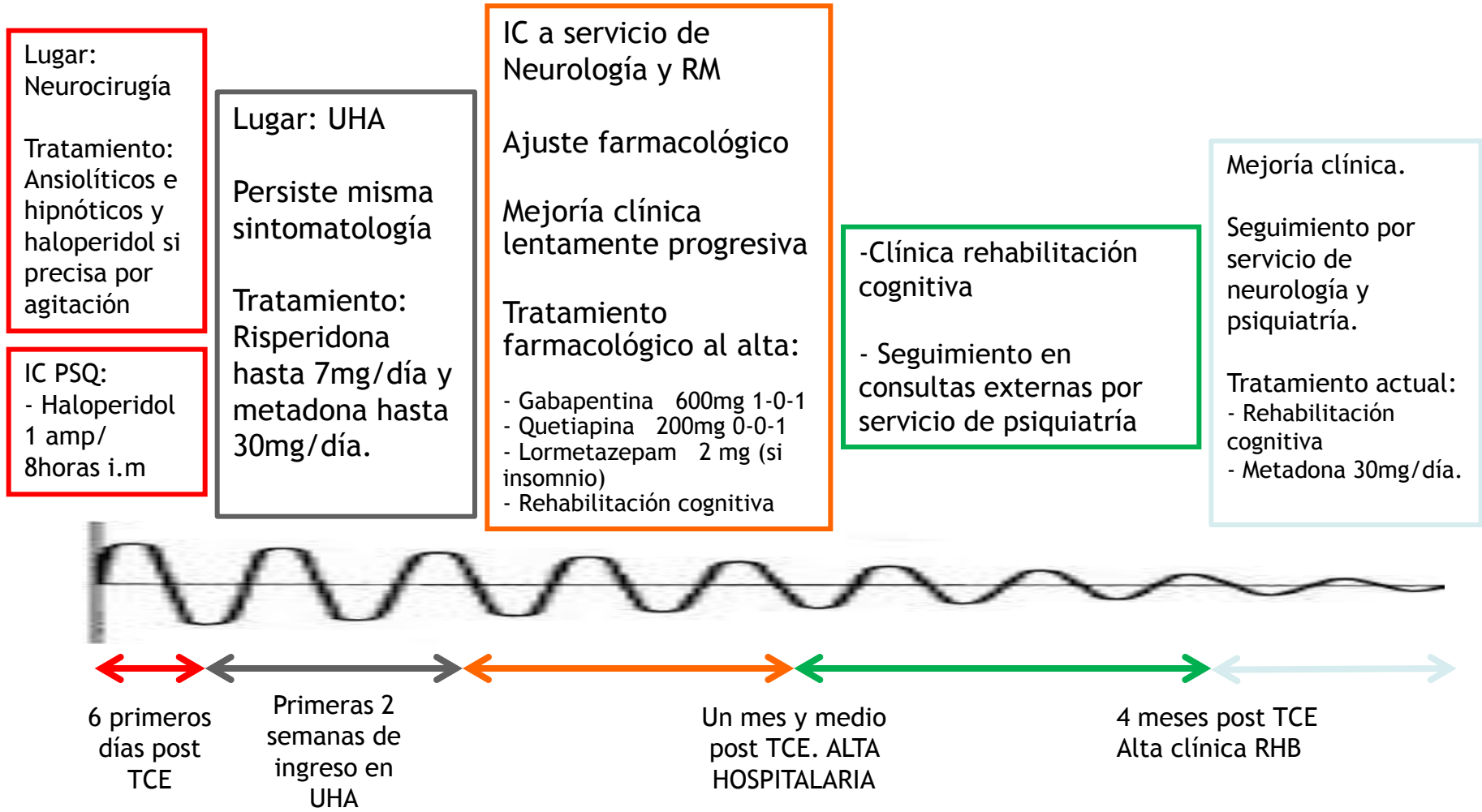
# 6. REEVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA



# 6. REEVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

NOTAS T		POST	PRE	20	30	40	50	60	70	80	
ORIENTACIÓN	ESPACIO	✓	65	27							
	PERSONA	✓	65	25							
	TIEMPO	✓	65	26							
ATENCIÓN	MEMORIA DE TRABAJO	VERBAL	✓	40	27						
		MANIPULATIVA	✓	43	----						
	CÁLCULO	✓	37	26							
	ALTERNANTE	✗	23	----							
	INHIBICIÓN	✗	30	----							
	LENGUAJE	COMPRESIÓN	✓	65	65						
REPETICIÓN		✓	65	65							
LECTURA		✓	65	34							
FLUENCIA		FONÉMICA	✗	27	23						
		SEMÁNTICA	✓	40	23						
MEMORIA	VERBAL	INM	✗	16	10						
		DEM	✗	17	13						
	VISUAL	INM	✓	40	23						
		DEM	✓	33	23						
	REMOTA	✗	---	---							
	PRÁXIAS	PREMOTORAS	✓	---	---						
RAZONAMIENTO	VERBAL	✗	30	33							
	ESPACIAL	✓	47	30							
VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	TMT-A	✗	23	---							
	CN	✗	30	23							

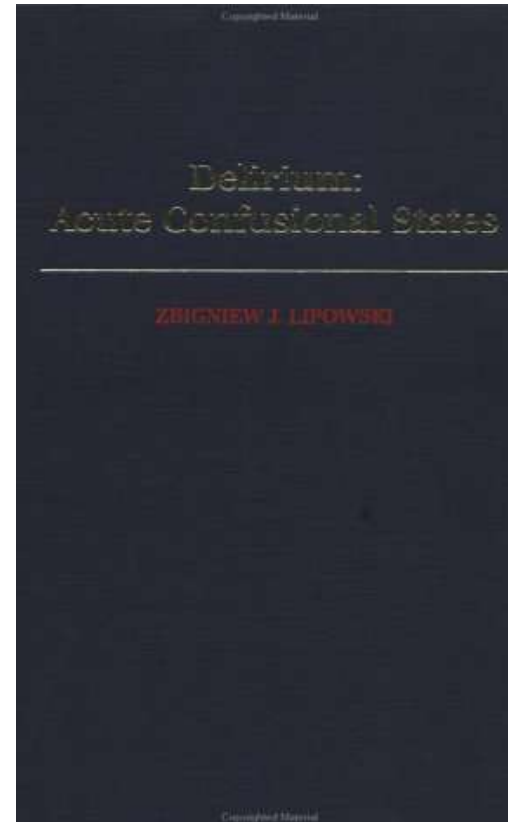
# 7. EVOLUCIÓN GLOBAL Y SITUACIÓN ACTUAL





# 8. DELIRIUM

## □ 8.1 Historia



# 8. DELIRIUM

## 8.2 Epidemiología

**Tabla 10-2.2**  
Incidencia y prevalencia del delirium en diversos ámbitos

Población	Intervalo de prevalencia (%)	Intervalo de incidencia (%)
Pacientes hospitalizados por enfermedades médicas	10-30	3-16
Pacientes hospitalizados por enfermedades médicas y quirúrgicas	5-15	10-55
Pacientes hospitalizados por enfermedades quirúrgicas durante el postoperatorio	N/D	9-15
Pacientes en unidades de cuidados intensivos	16	16-83
Pacientes hospitalizados por cirugía cardíaca	16-34	7-34
Pacientes hospitalizados por cirugía ortopédica	33	18-50
Servicio de urgencias	7-10	N/D
Pacientes oncológicos terminales	23-28	83
Ancianos institucionalizados	44	33

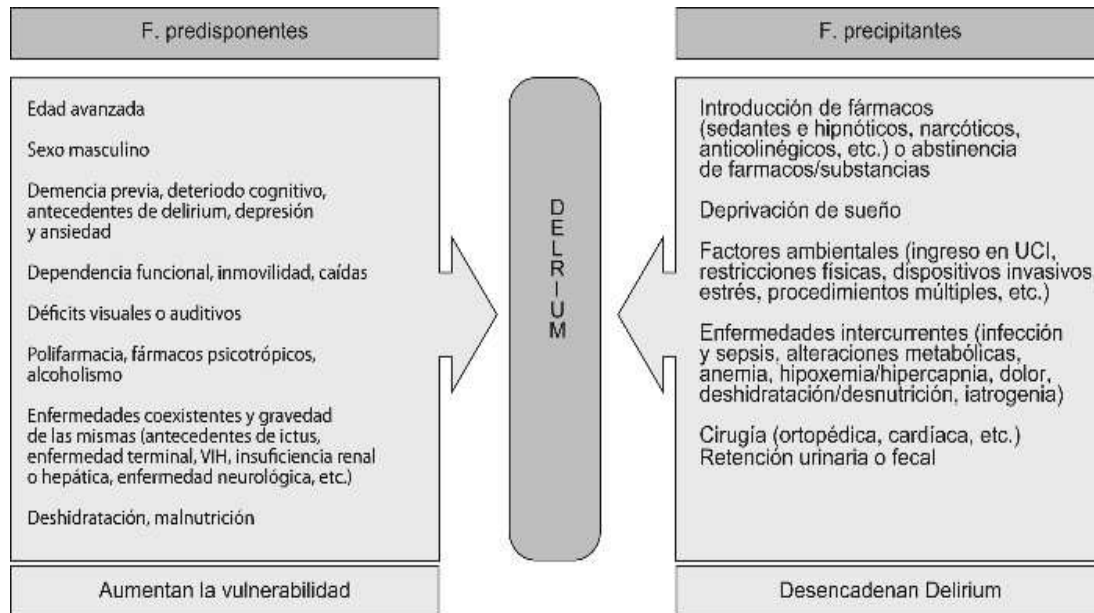
N/D, no disponible.

### FACTORES PREDISPONENTES

Alteraciones visuales	Alteraciones de la glucemia
Enfermedad médica (gravedad y cantidad)	Alteraciones de la bilirrubinemia
Alteración cognitiva	Cociente nitrógeno ureico: creatinina > 18.
Mayores de 70 años	Uso de sonda vesical
Cualquier acontecimiento iatrogénico	Alteración cognitiva preoperatoria
Uso de contenciones físicas	Limitaciones funcionales
Malnutrición	Antecedentes de delirium
Adicción de más de 3 medicaciones	Alteraciones de la potasemia
Hipertensión arterial	Uso preoperatorio de benzodiazepinas
EPOC	Uso preoperatorio de analgésicos narcóticos
Uso de alcohol	Uso de anestesia epidural
Alteraciones de la natremia	Antecedentes de tabaquismo

# 8. DELIRIUM

## 8.3 Etiología



**Tabla 10-2.4**  
**Causas frecuentes de delirium**

Enfermedades del sistema nervioso central	Crisis epilépticas (postictal, estado no convulsivo, estado epiléptico) Meningitis Traumatismo craneal, tumor cerebral, hemorragia subaracnóidea, hematoma subdural, hemorragia epidural, absceso, hemorragia intracerebral, hemorragia cerebelosa, accidente cerebrovascular no hemorrágico, isquemia transitoria
Enfermedades metabólicas	Alteraciones electrolíticas Diabetes mellitus, hipoglucemia, hiperglucemia o resistencia a la insulina
Enfermedades sistémicas	Infección (p. ej., sepsis, malaria, erisipela, virus, peste, enfermedad de Lyme, sífilis o absceso) Traumatismo Variaciones del equilibrio hídrico (deshidratación o sobrecarga de volumen) Deficiencia nutricional Quemaduras Dolor incontrolado Golpe de calor Grandes altitudes (habitualmente > 5.000 m) Analgésicos (p. ej., morfina o morfina parenteral) Antibióticos, antivirales y antifúngicos Esteroides Anestesia Fármacos cardíacos Antihipertensivos Antineoplásicos Anticolinérgicos Síndrome neuroléptico maligno Síndrome serotoninérgico
Fármacos	Productos fitoterapéuticos, infusiones y suplementos nutricionales
Productos de venta sin receta	Plantas
Plantas	Estramonio, adelfa, digital, cicuta, diferribarbita y <i>Amanita phalloides</i>
Enfermedades cardíacas	Insuficiencia cardíaca, arritmia, infarto de miocardio, marcapasos, cirugía cardíaca
Enfermedades pulmonares	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipoxia, SIADH, trastornos del equilibrio ácido-básico
Enfermedades endocrinas	Crisis suprarrenal o insuficiencia suprarrenal, enfermedades tiroideas, enfermedades paratiroideas
Enfermedades hematológicas	Anemia, leucemia, discrasias sanguíneas, trasplante de células madre
Enfermedades renales	Insuficiencia renal, anemia, SIADH
Enfermedades hepáticas	Hepatitis, cirrosis, insuficiencia hepática
Neoplasias	Neoplasias (cerebrales primarias, metastásicas, síndrome paraneoplásico)
Substancias de abuso	Intoxicación y síndrome de abstinencia
Toxinas	Intoxicación y síndrome de abstinencia Metales pesados y aluminio

SIADH, síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretic Hormone).

## 8. DELIRIUM

### □ 8.4 Diagnóstico DSM-5.

- A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

#### □ Especificar si:

- Por intoxicación por sustancias.
- Por abstinencia de sustancia.
- Inducido por medicamento.
- Debido a otra afección médica (293.0)
- Debido a etiologías múltiples.

#### • Especificar si:

- Agudo
- Persistente

#### • Especificar si:

- Hiperactivo
- Hipoactivo
- Nivel de actividad mixto

- Síndrome confusional especificado
- Síndrome confusional no especificado



# 8. DELIRIUM

## 8.5 Diagnóstico diferencial

- Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas.
- Trastorno de estrés agudo
- Simulación y trastorno facticio
- Otros trastornos neurocognitivos

Característica	Delirium	Demencia	Psicosis aguda
Comienzo	Súbito	Insidioso	Súbito
Curso clínico	Fluctuante (exacerbación nocturna)	Estable	Estable
Nivel de conciencia	Disminuido	Normal	Normal
Atención	Alterada globalmente	Normal o baja	Normal o baja
Cognición	Alterada globalmente	Alterada globalmente	Normal o baja
Alucinaciones	Visuales	Ausentes	Auditivas
Orientación	Alterada	Alterada	Poco alterada
Actividad psicomotriz	Variable	Normal	Variable
Lenguaje	Incoherente, lento o rápido	Afasia o perseverancia	Normal, lento o rápido

# 8. DELIRIUM

## □ 8.6 Tratamiento

- Etiológico
- Soporte físico
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico



# BIBLIOGRAFÍA

---

- ❑ MANUAL DE NEUROPSICOLOGIA. CARME JUNQUE I PLAZA, SINTESIS, 2009. Capítulo 3: Amnesias y alteraciones de memoria. Páginas 97-123.
- ❑ SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA. KAPLAN & SADOCK. 10ª edición, 2009. Páginas 322-329
- ❑ TRATADO DE PSIQUIATRÍA. VALLEJO RUILOBA LEAL CERCÓS. Marbán. Reimpresión revisada de la segunda edición, 2012. Páginas 644-648.
- ❑ DSM-5. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Editorial médica panamericana. 5ª edición. Páginas 596-602.
- ❑ MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. VICENTE E.CABALLO, ISABEL C.SALAZAR, J.A CARROBLES. Editorial Pirámide. 2ª edición, 2014. Páginas 780-787.
- ❑ Resonancia magnética cerebral en daño axonal difuso. Revista Chilena de Rdiología. Vol 9 N°4, año 2003; 182-186
- ❑ Noll Campbell et al. Pharmacological Management of Delirium In Hospitalized Adults - A Systematic Evidence Review. J Gen InternMed 2009.
- ❑ Nayeem K, O'Keefe S. Delirium. Clin Med 2003; 412-5.
- ❑ Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico. A.F.Pérez, V.H.Agudelo. Revista Colombiana de Psiquiatría vol XXXVI, Suplemento nº1, 2007.
- ❑ Manual de Neuropsicología, J. TIRAPU-USTÁRROZ; M. RÍOS-LAGO; F. MAESTÚ. 2ª Edición. Viguera Editores 2011.
- ❑ Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury. Orlovská S, Pedersen MS, Benros ME, Mortensen PB, Agerbo E, Nordentoft M. 2013.

---

# GRACIAS