

## **UNIDAD 3**

### **Caso clínico trastorno neurocognitivo: delirium no especificado**

**Dr. Rodolfo Bataz Morales**

#### **PRESENTA LOS ALUMNOS:**

- Jocelyn Alexia Pérez Flores**
- Luis Ángel Flores Herrera**
- Verónica Escandón Aquino**
- Wendi Joana Gómez Gordillo**

**Aisha Carolina Rodríguez López**

#### **GRUPO, CUATRIMESTRE y MODALIDAD:**

**7°. Cuatrimestre “A “Psicología Escolarizado**

**COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS**

**01 DE NOVIEMBRE DEL 2020**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**PLANEACIÓN ACADÉMICA DE ESTUDIO DE CASO**

**FICHA DE IDENTIFICACION**

NOMBRE: FGC	Edad: 38 años
SEXO: MASCIIINO	OCUPACIÓN: comerciante
ORIGEN RESIDENCIA: Comitán de Domínguez ,Chiapas	ESTADO CIVIL: soltero
RELIGIÓN : católico	NIVE DE ESCOLARIDAD: preparatoria
FECHA DE APLICACIÓN:	29/ OCTIBRE/ 2020

Nombres de los integrantes	Jocelyn Alexia Pérez Flores, Luis Ángel Flores Herrera, Wendi Joana Gómez Gordillo, verónica Escandón Aquino, Aisha Carolina Rodríguez López.	
Modalidad: escolarizada	Turno: matutino	Fecha: 01/11/2020
<b>Objetivo</b>		<b>Problemática</b>
Reconocer el tipo de delirium, así como darle la atención debida para las afecciones médicas que presenta.		Presenta y expresa alta incongruencia de la realidad y poco reconocimiento de su entorno, adema presenta autolesión.

<b>Explicación breve del caso</b>
Este paciente ilustra un caso de disfunción cerebral transitoria (delirium) quien presentó una agitación inusualmente intensa y para cuyo tratamiento requirió dosis de haloperidol muy superiores a lo habitual. Fue visto por psiquiatría en estado de agitación y en ausencia de informantes idóneos se dificultó un diagnóstico psiquiátrico preciso.

## CRONOGRAMA DE CASO CLÍNICO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DEL SURESTE	UNIVERSIDAD DEL SURESTE
NOMBRES	JOCELYN ALEXIA PÉREZ FLORES. LUIS ÁNGEL FLORES HERRERA VERÓNICA ESCANDÓN AQUINO WENDI JOANA GÓMEZ GORDILLO AISHA CAROLINA RODRÍGUEZ LÓPEZ
MODALIDAD	ESCOLARIZADA
TURNO	MATUTINO
FECHA	01/11/2020

Fecha y hora	Actividades	Responsables
27/10/20 10am-2pm	Búsqueda de información de casos clínicos	Luis Ángel Flores Herrera Jocelyn Alexia Pérez flores.
28/10/20 10am-11pm	Obtención de datos	Aisha Carolina Rodríguez López
28/10/20 12pm-2pm	Elaboración de planeación en caso clínico	Jocelyn Alexia Pérez Flores
29/10/20 10am-2pm	Elaboración del formato de evaluación	Luis Ángel Flores Herrera
29/10/20 3am-4pm	Creación de la ficha de datos del caso y análisis del mismo	Wendi Joana Gómez Gordillo
30/10/20 11am-1pm	Elaboración del cronograma de trabajo	Verónica Escandón Aquino
01/11/20 10am-12pm	Envío del documento	Jocelyn Alexia Pérez Flores

Motivo de consulta: El paciente acude al centro de atención psicológica por remisión al área de psiquiatría y atención personal por parte de servicios generales médicos. Presenta y expresa alta incongruencia de la realidad y poco reconocimiento de su entorno pues explica que fue medicado después de ser intervenido por las autoheridas que se realizó.

Análisis e intervención: Se cambió la medicación en distintas ocasiones y se posibilitó la acción de darle de alta para establecer el cuidado y mejoría del paciente. Se hacen pruebas de gabinete constante para especificar alteraciones y desviaciones en el tratamiento, pues indican el reflejo de la intervención. Es importante reconocer que los delirios son presentados la mayor parte del día afectan todos los procesos cognitivos del paciente

## CASO CLINICO

Hombre de 38 años ingreso a quirófano en calidad de urgencia inmediata por heridas múltiples por arma de fuego en miembro superior derecho y abdomen. Trece horas después, fue reintervenido por hipotensión y anemia. El paciente presentó acidosis metabólica, insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada. Fiebre el 17, 18 y 19. Se llevó a un lavado abdominal. Requiere ventilación mecánica desde el postquirúrgico hasta el 18 y se reinició el 19.

Descripción y tratamiento de las alteraciones del comportamiento obedece órdenes sencillas. Presentó agitación leve, poca colaboración y confusión. Se le diagnosticó un delirium para el cual con agitación motora severa y confuso. Ante la situación se hizo IC a Psiquiatría de Enlace.

Personalidad previa: ansioso, acelerado, sin antecedentes claros de otra enfermedad diferente a abuso de alcohol. Los informantes eran poco confiables porque no vivían continuamente con él (exesposa e hija). En esa fecha los datos positivos del examen mental fueron los siguientes: inquietud, con evidencia de alucinaciones visuales, desorientación parcial en persona, lugar, tiempo y enfermedad; inmovilizado.

Se diagnóstica delirium, se solicitó tomografía cerebral informada normal; Como no se logró controlar la agitación, se le suministró infusión de PROPOFOL (anestésico endovenoso) 120 mg, logrando control del cuadro clínico. Septiembre 21: disnea con infiltrado alveolar. Hipomagnesemia.

Delirium mejor: orientado en todas las áreas. Examen mental: orientado, describe el trauma, refiere dificultades para tolerar la frustración, se considera como diagnóstico un posible Trastorno de la Personalidad.

Septiembre 23: sale de la UCI a habitación corriente. Septiembre 25: Se autoriza salida de la institución. Comentario Este paciente ilustra un caso de disfunción cerebral transitoria (delirium) quien presentó una agitación inusualmente intensa y para cuyo tratamiento requirió dosis de Haloperidol muy superiores a lo habitual. Fue visto por psiquiatría en estado de agitación y en ausencia de informantes idóneos se dificultó un diagnóstico psiquiátrico preciso. En el delirium, como en todos los trastornos mentales, una historia clínica adecuada y completa es fundamental.

En este caso, como en muchos de los casos de cuidado intensivo, la causa del delirium probablemente fue multifactorial: trastorno de personalidad con mal

manejo del estrés psicológico, sometido a estrés físico y psicológico severo, sedado con midazolam bajo ventilación mecánica, quien al despertar está confuso e interpreta erróneamente la realidad y se agita. No responde al manejo convencional. No es claro si el uso de midazolam después del haloperidol lo empeoró, pero es improbable, ya que no hubo cambios. El inductor de anestesia que ayudó al control del cuadro, se definió, con el apoyo de un informe de la literatura.

Es claro que este paciente tenía un trastorno psiquiátrico previo que no se diagnosticó por falta de información al problema metabólico e infeccioso desencadenó el delirium agitado. El tratamiento abarcó la corrección integral de todos los problemas.

El caso en particular presenta diversas edificaciones y no permite establecer un diagnóstico específico, pues la mayoría de los delirios presentan similitudes exactas. Cabe destacar que el problema metabólico que presenta el paciente junto con la deficiencia renal y otras enfermedades relacionadas que pueden desencadenar son adquiridas de carácter congénito.