



Capítulo 42

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

P. E. Jiménez Caballero - C. Marsal Alonso

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) puede traducir sólo agitación banal, ser el primer escalón para un proceso más severo, o ser la manifestación de una patología grave de base. Algunos autores han establecido que supone hasta un 5% de toda la patología que llega al Servicio de Urgencias de un hospital general.

CONCEPTO

- ▲ El Síndrome Confusional Agudo es un cuadro clínico de instauración rápida y potencialmente reversible caracterizado por alteración en las funciones cognitivas (nivel de conciencia, ATENCIÓN, lenguaje, memoria, percepción), comportamiento psicomotor, emoción y ciclo vigilia-sueño. Puede tener un curso fluctuante.
- ▲ Se considera sinónimo de DELIRIUM (no confundir con delirium tremens etílico, aunque algunos autores relacionen este último con la forma agitada del SCA) al estado evolutivo con mayor alteración del nivel de conciencia, o bien, cuando se asocia a hiperactividad simpática. Se han establecido unos criterios diagnósticos. (cuadro 42.1)

Cuadro 42.1: Criterios diagnósticos de delirium (DSM-IV)

- A) Dificultad para mantener la atención ante estímulos externos y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos.
- B) Pensamiento desorganizado que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante e incoherente.
- C) Al menos 2 de los siguientes síntomas:
 - Alteración del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día.
 - Desorientación en cuanto al tiempo, espacio o reconocimiento de personas.
 - Aumento o disminución de la actividad psicomotora.
 - Deterioro de la memoria.
- D) Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.
- E) Cualquiera de los siguientes:
 - Demostración a través de la historia, del examen físico y de las pruebas de laboratorio, de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración.
 - En ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico.

ETIOLOGÍA

- ▲ Las etiologías más frecuentes (cuadro 42.2) son: a) Enfermedades sistémicas que afectan secundariamente al cerebro, b) Enfermedades neurológicas y c) drogas o fármacos, por abstinencia o abuso. (La más frecuente de éstas es la ABSTINENCIA ALCOHÓLICA) En pacientes ancianos la INFECCIÓN URINARIA es una causa siempre a considerar en Urgencias.

- ▲ En los pacientes ingresados hasta un 10% desarrollarán un cuadro confusional agudo, llegando hasta un 30-50% en series geriátricas. El proceso quirúrgico más frecuentemente relacionado con delirium son las intervenciones cardíacas y de cadera (suelen ser pacientes muy añosos) y dentro de las médicas los pacientes que ingresan por SIDA. Casi el 80% de los pacientes con procesos terminales lo desarrollarán. Por servicios, es la UVI la que cuenta con mayor porcentaje por el ambiente poco familiar que rodea al paciente.
- ▲ La mortalidad es importante en ancianos donde diversas series han descrito cifras de hasta un 25%, aunque no se han establecido estudios que disciernen entre la mortalidad debida al delirium y la perteneciente al proceso de base.
- ▲ Desde el punto de vista fisiopatológico se puede producir por una alteración metabólica cerebral difusa o bien por afectación de la sustancia reticular ascendente. También puede haber lesiones focales en los lóbulos frontales y parietal derechos o en la circunvolución del cíngulo.
- ▲ Se han establecido factores predisponentes para desarrollar el proceso (cuadro 42.3) y también factores ambientales implicados (cuadro 42.4).

Cuadro 42.2: Procesos etiológicos del síndrome confusional agudo

- ENFERMEDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS:

- Fiebre tifoidea.
- Neumonía.
- Septicemia.
- Estado postraumático.
- Encefalopatía hepática.
- Uremia.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Hipoxia, hipercapnia.
- Porfiria.
- Hipoglucemia e hiperglucemia.
- Alteraciones tiroideas y suprarrenales.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Alteraciones del equilibrio ácido-base.
- Síndromes coronarios agudos y shock.
- Infección urinaria, importante en ancianos.

- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:

- Hematoma subdural y epidural.
- Tumores y abscesos.
- Meningitis.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Encefalitis virales.
- Status epiléptico parcial.
- Migraña basilar.
- Accidente cerebrovascular.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Hidrocefalia.

- ESTADOS DE ABSTINENCIA O INTOXICACIONES EXÓGENAS:

- Abstinencia alcohólica (Delirium Tremens).
- Supresión de ansiolíticos e hipnóticos.
- Anticolinérgicos. Anticomociales. Antiparkinsonianos. Antidepresivos. Litio. Neurolépticos.
- Drogas de abuso: cocaína, heroína, inhalantes y opiáceos.
- Fármacos de uso muy común: propranolol, digoxina, teofilinas, AINES, corticoides, omeprazol...
- Intoxicación por monóxido de carbono.



Cuadro 42.3: Factores Predisponentes

- ▲ Deterioro cognitivo previo.
- ▲ Edad avanzada.
- ▲ Antecedente de síndrome confusional agudo.
- ▲ Daño cerebral previo.
- ▲ Enfermedad médico-quirúrgica grave.
- ▲ Dependencia de sedantes (opíaceos o alcohol).
- ▲ Factores psicosociales: depresión, desadaptación social.

Cuadro 42.4: Factores Ambientales

- ▲ Ambiente no familiar.
- ▲ Privación de sueño.
- ▲ Cambios de habitación.
- ▲ Realización de pruebas diagnósticas, sobre todo si son invasivas.
- ▲ Dolor.

ACTITUD DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

1. **ANAMNESIS:** recogida de la historia a los acompañantes. Ver cuál era su estado cognitivo y capacidades previas, ya que nos permitirá diferenciarlo de procesos de evolución crónica. Es importante indagar sobre antecedentes médico-quirúrgicos, fármacos que recibe y posible abuso de drogas. Según nuestra experiencia es fundamental interrogar acerca de la toma de ansiolíticos tipo benzodiazepinas, como el lorazepam puesto que muchos ancianos lo usan como hipnótico de forma habitual y no lo consideran "medicación". Ésta es una causa a valorar (por exceso o defecto) en gran número de los cuadros.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

Siempre debe incluir una **exploración general** que nos oriente sobre enfermedades sistémicas y una **exploración neurológica** precisa para descartar focalidad neurológica o meningismo, sin olvidar nunca realizar un **fondo de ojo**.

Así mismo, es crucial un **examen del estado mental** que incluya:

- ▲ **CONCIENCIA:** el contenido deberá estar alterado, y el grado de alerta puede fluctuar desde somnolencia a hiperactividad.
- ▲ **ATENCIÓN:** es la capacidad para concentrarse en una tarea u objeto. Supone la base del diagnóstico. Se suele explorar con "la prueba de la A" (consiste en ir repitiendo una serie de letras entre las cuales se va intercalando la "a", de modo que se le ordena al paciente que cuando la oiga dé una palmada), la repetición de dígitos o los días del mes o la semana.
- ▲ **ORIENTACIÓN:** la pérdida es progresiva; primero la temporal, a continuación la espacial, y finalmente la personal.
- ▲ **MEMORIA:** característicamente hay una pérdida de la memoria para hechos recientes y anterógrada, probablemente secundaria a la inatención. Se explora con la repetición de series de palabras. Posteriormente se pierde la memoria lejana.
- ▲ **PENSAMIENTO:** se alteran el contenido y la organización del mismo, dando lugar a la incoherencia y reiteratividad.
- ▲ **PERCEPCIÓN:** puede haber alteraciones en la interpretación, ilusiones e incluso alucinaciones, sobre todo visuales.

- ▲ ALTERACIÓN DE FUNCIONES NO INTELECTIVAS:
 - Ánimo (depresión, ansiedad, temor, rabia).
 - Alteración del ciclo sueño-vigilia (insomnio nocturno y hipersomnia diurna).
 - Sistema neurovegetativo (diaforesis, hipertermia, temblor...).
 - Comportamiento: da lugar a dos formas; hipoactiva e hiperactiva.

3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- ▲ DETERMINACIONES BÁSICAS INICIALES: *glucemia capilar* junto con la toma de constantes a la llegada del enfermo. Se extrae sangre para *hemograma, ionos, urea, glucosa, calcio, creatinina, gasometría arterial, radiografía de tórax* y ECG. Nunca debe olvidarse un sistemático de orina para descartar la infección urinaria, sobre todo en ancianos.
Si los estudios básicos son normales y no hay factor precipitante ni etiología clara se debe realizar *TAC craneal seguido o no de punción lumbar* para descartar procesos como: hemorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascular, encefalitis.
- ▲ DETERMINACIONES DIRIGIDAS: en función de la situación clínica y sospecha diagnóstica, individualizando en cada caso se podrá pedir: perfil hepático, cultivos microbiológicos, estudios toxicológicos, hormonas tiroideas, amonio, CPK, estudios serológicos, porfirinas, estudio de coagulación, cuantificación de vitamina B12 y ácido fólico, EEG, etc.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ▲ **DEMENCIA:** su inicio es más insidioso en meses o años, suele ser irreversible y la atención y el nivel de conciencia están indemnes al menos al principio. No fluctúa a lo largo del día. No hay que olvidar que en pacientes con demencia pueden aparecer síndromes confusionales agudos intercurrentes.
- ▲ **CUADROS CONVERSIVOS:** la alteración psicopatológica es más selectiva y el conflicto emocional relacionado con la aparición del cuadro suele ser evidente.
- ▲ **ESQUIZOFRENIA Y ESTADOS MANÍACOS:** cursa con claridad de conciencia, mayor alteración del pensamiento, las alucinaciones suelen ser auditivas.
- ▲ **MELANCOLIA ESTUPOROSA DEL DEPRESIVO.**

TRATAMIENTO

El Síndrome Confusional Agudo es una URGENCIA MÉDICA. Requiere 3 tipos de abordajes: tratamiento general, sintomático y etiológico.

1) TRATAMIENTO GENERAL:

- ▲ Estabilización hemodinámica del paciente, asegurando vía aérea, controlando temperatura, frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, y si fuese necesario sondaje vesical y nasogástrico.
- ▲ Protección de la camilla con barras laterales, evitando en lo posible la contención física, que contribuye a la agitación.
- ▲ Proporcionar un ambiente relajado, acompañado de familiares, fotos, música placida, reloj, calendario, evitando fuentes de ruidos y cambios de habitación, manteniendo una luz tenue por la noche.
- ▲ Medidas médicas básicas: rehidratación, aporte calórico suficiente y suero glucosado al 5%; administración de vitamina B12 (1 ampolla al día vo o im), vitamina B1 (1 ó 2 ampollas al día im), vitamina B6 (1 ó 2 ampollas iv/im al día) y vitamina C (1 sobre cada 12 horas vo).



- 2) **TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:** siempre después de haber llegado a un diagnóstico.
- ▲ **NEUROLÉPTICOS:** *Haloperidol* 1 ó 2 ampollas im para iniciar la sedación. La vía oral también se puede usar, hasta 60 gotas, intentando dejar 2/3 de la dosis total para la noche. Se debe iniciar poco a poco, ya que aunque con escasos efectos anticolinérgicos, tiene efectos extrapiramidales que aumentan con el aumento de la dosis y la duración del tratamiento, pudiéndose contrarrestar este efecto adverso con *Biperideno* tanto vo como im. Es aconsejable pautarlo conjuntamente cuando se van a usar grandes dosis o si se prevé un tratamiento largo. Puede producir síndrome QT largo por lo que hay que vigilar periódicamente con ECG. Es la droga de elección en la mayoría de los casos, pero debe evitarse en casos de privación alcohólica o por benzodiazepinas, toxicidad por anticolinérgicos o fallo hepático.
 - Clorpromacina*, 1 ó 2 ampollas im hasta 3 veces al día y *Levopromacina* 1 a 3 ampollas im al día. Ambos producen efectos secundarios de hipotensión y arritmias debido al bloqueo alfa, así como mayor frecuencia de convulsiones.
 - Risperidona*, 0,5 – 1 mg vo por la noche puede ser efectivo para evitar el desarrollo de un cuadro florido en los ancianos con ligeros cambios en el comportamiento como insomnio o que hayan tenido antecedentes de delirium en ingresos previos.
 - Zuclopentixol*, 1 ampolla cada 3 días, posee escasos efectos secundarios e interacciones.
 - ▲ **TIAPRIDE:** Dosis repartidas en tres tomas pudiendo llegar a 12 comprimidos o ampollas al día. Se utiliza en ancianos, predelirium tremens, etc. con escasa depresión de centros cardiorespiratorios.
 - ▲ **BENZODIAZEPINAS:** *Diazepam*, 10mg vo o im hasta tres veces al día. Son de 1ª elección en abstinencia alcohólica o por benzodiazepinas, porfiria o insuficiencia hepática. Pueden causar agitación paradójica en los ancianos.
 - ▲ **BENZODIAZEPINAS + HALOPERIDOL:** Se consigue un aumento en la potencia y menos efectos secundarios.
 - ▲ **AGENTES COLINÉRGICOS:** fisostigmina, tacrina y donepezilo se han utilizado de 1ª elección en intoxicación por productos anticolinesterásicos, aunque no existe aún suficiente evidencia científica que apoye su uso en el Delirium.
 - ▲ **SEDACIÓN Y VENTILACIÓN MECÁNICA:** pueden realizarse en casos de síndrome de distress respiratorio del adulto, shock distributivo y crisis hipertiroideas.
- 3) **TRATAMIENTO ETIOLÓGICO:** en función de la causa subyacente (ver cuadro 42.2).

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Delirio y otros estados confusionales agudos. En: Adams R, Victor M, Ropper A. Principios de Neurología. 6ª ed. México DF: McGraw-Hill Internacional; 1999. p. 355-364.
- ▲ Vaquero Cajal F, Losantos Pascual R. Síndromes confusionales agudos, delirium. En: Moreno Martínez JM, editor. Urgencias en neurología. 2ª ed. Madrid: FAES; 1998. p. 228-238.
- ▲ Trzepacz PT. Advances in diagnosis, pathophysiology and treatment. Psychiatr Clin North Am 1996; 19: 429-448.
- ▲ Chan D, Brennan N. Delirium: making the diagnosis, improving the prognosis. Geriatrics 1999; 54 (3): 28-42.
- ▲ American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry 1999; 156 Suppl. 5: 1-20.