

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

AUTORES:

Maria Amparo Palma Suárez*

Andrés Jesús Belmonte Rodríguez*

Francisco José Ortiz Leal*

Andres Buforn Galiana**

Maria Gonzalez Rando***

* Medico de Familia. Centro de Salud “Las Delicias” MALAGA

** Adjunto de Urgencias. Hospital Clínico de MALAGA

*** Medico de Urgencias. Clínica Parque San Antonio. MALAGA

INDICE:

I. CONCEPTO

II. ETIOLOGÍA

III. DIAGNÓSTICO

IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

V. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

VI. TRATAMIENTO

I. CONCEPTO

Se denomina síndrome confusional agudo (SCA) o *delirium* al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición fluctuante y concurrente de:

- alteración del nivel de conciencia,
- afectación global de las funciones cognitivas,
- alteraciones de la atención-concentración con desorientación,
- exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación,
- alteraciones del ritmo vigilia-sueño.

El enfermo aparece adormecido, obnubilado, confuso, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva.

Entre el estado de alerta físico y mental que supone un nivel de conciencia normal y la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma pueden establecerse una serie de estados intermedios:

Somnolencia: Tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas, así como a estímulos dolorosos. No es característico que esté presente la desorientación.

Obnubilación: Somnolencia más acusada; que se caracteriza por respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos. No hay respuesta adecuada a órdenes verbales complejas.

Estupor: Estado previo al coma. El paciente necesita estímulos muy vigorosos para despertar y no es capaz de ejecutar órdenes verbales.

Coma profundo: Ausencia de respuesta a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el SCA se puede producir por alteración funcional bilateral, y difusa o por lesiones críticas en la sustancia reticular ascendente. También pueden manifestarse como SCA lesiones focales en los lóbulos frontal y parietal derechos o en la circunvolución del cíngulo.

II. ETIOLOGÍA

El SCA puede estar originado por toda una larga serie de factores que actúan a varios niveles; pudiendo ser factores predisponentes o factores desencadenantes.

Los *factores que predisponen* a la aparición del SCA son:

- Edad avanzada.
- Deterioro cognitivo previo.
- Antecedentes de SCA o de daño cerebral.
- Abuso crónico de alcohol o drogas.
- Factores psicosociales (depresión, estrés, falta de apoyo familiar).
- Factores relacionados con la hospitalización, siendo este un factor de suma importancia; tales como inmovilización (p. ej. postquirúrgica, postraumática) privación de sueño, falta de adaptación al entorno hospitalario, privación sensorial, entendida como una reducción de los estímulos sensoriales habituales (p. ej. estancia en UCI, aislamiento por enfermedad contagiosa, etc.), sobreestimulación sensorial, entendida como aumento persistente de los estímulos sensoriales habituales (p.ej. conversaciones inusuales de personas ajenas al paciente, ruidos no habituales, trasiego del personal, etc.)

Por otra parte, existen una serie de *factores desencadenantes* que constituirían la causa orgánica del SCA, tales como:

- Enfermedad cerebral primaria.
- Enfermedad sistémica que afecta secundariamente a las funciones cerebrales.
- Intoxicaciones con sustancias exógenas.
- Privación brusca en caso de abuso de sustancias tóxicas.

Las etiologías más frecuentes son aquellas de origen neurológicas (tabla 1) y de origen sistémico (tabla 2) que afectan a las funciones cerebrales. Las intoxicaciones (tabla 3), así como la privación de tóxicos son la causa más frecuente de SCA reversible.

Tabla 1. **Causas neurológicas del SCA**

<i>Lesiones focales</i>	<i>Lesiones difusas</i>
Ictus	Traumatismo craneal
Hematoma subepidural/epidural	Hidrocefalia
Hemorragia subaracnoidea	Status no convulsivo
Tumor cerebral	Meningoencefalitis
Absceso cerebral	

Tabla 2. **Causas sistémicas del SCA.**

Trastornos metabólicos

Hipoxia
 Hipercapnia
 Hipoglucemia
 Uremia
 Porfiria
 Deshidratación
 Enfermedad de Wilson
 Hepatopatía
 Acidosis/alcalosis
 Hiper-hiponatremia
 Hiper-hipokalemia
 Hiper-hipocalcemia

Endocrinopatías

Hiper-hipotiroidismo
 Hiper-hipoparatiroidismo
 Panhipopituitarismo
 Hiperglucemia
 Insulinoma
 Síndrome de Cushing
 Enfermedad de Addison

Enfermedades cardiopulmonares

Infarto agudo de miocardio
 Insuficiencia cardiaca
 Arritmias
 Tromboembolismo pulmonar

Infecciones

Sepsis
 Neumonía
 Fiebre reumática
 Endocarditis
 Brucelosis
 Paludismo

Agentes externos

Hipotermia
 Golpe de calor
 Electrocución

Tabla 3. Tóxicos implicados.

Alcohol	Ciclosporina	Litio
Antiarrítmicos	Cimetidina	Narcóticos
Anticolinérgicos	Corticoides	Neurolépticos
Anticomiciales	Cocaína	Opiáceos
Antidepresivos	Digoxina	Tóxicos industriales
Antihipertensivos	Disulfiram	
Antineoplásicos	Heroína	
Agonistas dopaminérgicos	Inhalantes	
Barbitúricos	Interferón	
Benzodiacepinas	Levodopa	

III. DIAGNÓSTICO

Es esencial hacer el diagnóstico etiológico con rapidez. A veces no se identifica el factor causal, o el origen es multifactorial.

III.1.- Anamnesis

La historia clínica del paciente se recoge a través de sus familiares o de las personas que han estado en contacto con él. Interesa la situación basal (autónomo, dependiente, etc.), patologías previas, hábitos tóxicos, trastornos psiquiátricos, traumatismo craneal reciente, cronología del proceso, medicaciones habituales. El Síndrome confusional agudo no siempre se presenta con el cuadro típico de agitación, alucinaciones y trastornos psicomotores, en pacientes ancianos puede presentarse como un cuadro de letárgica e hipoactividad.

Hay que tener en cuenta que estos cuadros pueden sufrir rápidas fluctuaciones o pueden asociarse a otras patologías que afecten a funciones corticales como la demencia.

III.2.- Exploración física.

Debe incluir las constantes habituales. Una minuciosa exploración sistémica y neurológica puede orientarnos hacia una patología sistémica concreta (hepatopatía, cardiopatía, alteración endocrina, meningismo, señales de venopunción...). Un temblor prominente aparece en el sd de privación (alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas...) y algunos tóxicos (antidepresivos tricíclicos, teofilina...). Mioclonías y asterixis sugieren encefalopatía metabólica (hepática, urémica hipercápnica). La exploración neurológica irá enfocada a descartar signos de

focalidad, sd meníngeo, hipertensión intracraneal, mioclonías focales. También se debe valorar el estado mental, explorando los siguientes puntos:

- **Conciencia:** es el estado en el cual uno se da cuenta de sí mismo y del entorno. La conciencia tiene dos componentes, el contenido y el grado de alerta. El contenido se altera siempre en el síndrome confusional agudo. El grado de alerta varía desde la somnolencia a la hiperactividad, pudiendo fluctuar a lo largo de la evolución del cuadro.
- **Atención:** es la capacidad para concentrarse en una tarea u objeto. En el síndrome confusional agudo está siempre alterada. Para explorarla se le puede pedir al paciente que repita dígitos, uno por segundo (normal hasta 5). Otro método es hacer que el paciente cuente los meses del año hacia delante y atrás (una persona normal puede nombrar hacia atrás los meses del año en 20 segundos). Si es incapaz de realizar esta tarea se le pide que haga lo mismo con los días de la semana.
- **Orientación:** está alterada en el síndrome confusional agudo. Por orden se afecta la esfera temporal, espacial y personal.
- **Memoria:** siempre se afecta en el síndrome confusional agudo. Se afecte principalmente la memoria reciente. Se puede explorar haciendo que el paciente recuerde algunos acontecimientos históricos, año, mes, día (memoria remota) o bien diciéndole 3 palabras y pidiéndolo que las repita pasados 3 minutos (memoria reciente).
- **Pensamiento:** se alteran la organización y el contenido del pensamiento. Así el paciente presenta perseveración, repetición y fuga de ideas constantemente.
- **Percepción:** se altera dependiendo del nivel de conciencia. Pueden existir alucinaciones e ilusiones, generalmente visuales.
- **Alteraciones de funciones no intelectivas:** se alteran el estado afectivo (ansiedad, depresión, euforia, apatía...), conducta o comportamiento (hipo o hiperactividad) y el sistema neurovegetativo (diaforesis, taquicardia, hipertermia...)

IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que hacerlo principalmente con la demencia y otras enfermedades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastornos disociativos, manía aguda y la esquizofrenia (*tabla*)

CARACTERÍSTICAS	SCA	DEMENCIA	PSICOSIS
Comienzo	Agudo	Insidioso	Agudo
Evolución	Fluctuante	Estable	Estable
Duración	Transitorio	Persistente	Variable
Nivel de conciencia	Disminuido	Normal	Normal
Ciclo vigilia-sueño	Alterado	Normal	Alterado
Atención	Alterada	Normal	Puede alterarse
Orientación	Alterada	Alterada	Variable, según tipo
Lenguaje	Incoherente	Afasia frecuente	Normal, lento, rápido
Ilusiones	Transitorias, poco sistemáticas	Infrecuentes	Persistentes y sistemáticas
Alucinaciones	Visuales	Infrecuentes	Auditivas frecuentemente
Movimientos Involuntarios	Frecuentes	Infrecuentes	No
Enfermedad orgánica	Sí	No	No

V. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Deben solicitarse basándose en los datos obtenidos en la historia clínica y exploración física.

- **Estudio inicial.** Ante todo paciente con síndrome confusional agudo se debe realizar Hemograma, glucemia capilar inmediata, bioquímica sanguínea (glucosa, iones, calcio, creatinina), sistemática de orina, Rx de tórax, y ECG. Dado que la mayoría de los cuadros confusionales son de etiología exógena, siempre debe considerarse la búsqueda de focos infecciosos y un examen toxicológico.
- **Pruebas dirigidas.**
 - Datos de laboratorios.- según sospecha pueden realizarse pruebas de función hepática, serologías, cultivos microbiológicos, tóxicos en sangre y orina, hormonas tiroideas. La punción lumbar debe realizarse siempre que la etiología no está clara o exista sospecha de infección del sistema nervioso central (previa realización de estudios de neuroimagen)

- Estudios de neuroimagen.- según se disponga puede realizarse TAC con sin contraste, RMN...
- EEG.- puede ser de gran ayuda para: detectar causas intracraneales, diagnóstico en pacientes con trastornos del comportamiento, diferencias entre esquizofrenia y otros estados psiquiátricos, seguimiento y evolución de síndrome confusional agudo.

La necesidad de realizar alguna de estas exploraciones en urgencias y no durante el ingreso, viene dada por la disponibilidad de medios de cada centro y por la sospecha diagnóstica: por ejemplo, será urgente hacer una TC craneal y una punción lumbar a un paciente del que se sospecha padece una encefalitis herpética, pero no una determinación de hormonas tiroideas si se sospecha hipotiroidismo.

VI. TRATAMIENTO

A. Medidas generales:

- Asegurar la permeabilización adecuada de la vía aérea. Para ello se aspirarán secreciones bronquiales en caso de ser necesario y se asegurará una ventilación apropiada, administrando oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi al 24%. Si no hay respiración espontánea se valorará la posibilidad de intubación endotraqueal.
- Estabilizar hemodinámicamente al paciente mediante canalización de vía endovenosa y control de temperatura corporal, glucemia capilar, medición seriada de tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- Valorar la indicación de monitorización electrocardiográfica y oximétrica.
- Valorar la indicación de sondaje nasogástrico y vesical.

B. Tratamiento farmacológico: Se valorará la utilización de los siguientes fármacos:

- Tiamina por vía im a dosis de 100mg (equivale a una ampolla del preparado comercial Benerva) como profilaxis de la encefalopatía de Wernicke.
- Naloxona por vía iv en bolo a dosis de 0'01mg/kg que, para un paciente de unos 70kg equivale a 1'5 ampollas del preparado comercial Naloxone. Es útil en pacientes con disminución del nivel de conciencia con miosis y depresión respiratoria o evidencia de consumo de opiáceos.

- Glucosa hipertónica por vía iv a dosis de una ampolla del preparado comercial Glucosmon R-50, en caso de hipoglucemia confirmada por tira reactiva.
- Flumazenil (preparado comercial Anexate) por vía iv a dosis de 0'3mg en bolo. Si conseguimos una respuesta adecuada continuaremos con bolos de 0'3 hasta un máximo de 7 dosis; se administrará una perfusión de 25ml de flumazenil en 250ml de glucosado al 5%.
- Si existe agitación el fármaco de elección es el haloperidol por vía iv a dosis de 0'5 a 5mg. Si no hay respuesta se puede administrar una perfusión continua de clometiazol (Distraneurine) a un ritmo de 24-60mg/min; el ritmo de mantenimiento es de 4-8mg/min.

C. Tratamiento etiológico. Se instaurará lo antes posible según la causa que se sospeche.

D. Medidas ambientales. Puede ser útil todo aquello que le resulte familiar al paciente, así como lo que le facilite la comodidad en el lugar de estancia hospitalaria: permanencia de familiar, mantener luz encendida en la habitación, aportar al paciente objetos propios o familiares, limitar número de visitas.

E. Criterios de UCI

Cuando la patología desencadenante del SCA sea criterio de UCI (IAM; Sepsis severa, Intoxicación potencialmente letal...)

Cuando las complicaciones requieren monitorización estrecha (arritmia.)

Cuando el nivel de conciencia fluctúe de forma extrema o esté tan deprimida que requiere intubación orotraqueal/ventilación mecánica.

F. Criterios de ingreso.

Siempre que la patología subyacente requiere ingreso

Todo SCA en el que la etiología no está clara.

Cuando existe patología de base que puede descompensarse por el SCA o por el tratamiento de este.

Cuando aún no cumpliendo los requisitos anteriores y tras la estancia en observación el SCA no haya revertido parcialmente y/o no sea manejable en el domicilio del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Perez. *Guía diagnóstica y Protocolos de actuación*. 2ª edición.
2. C. Gastó Ferre, J. Vallejo Ruiloba. *Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría*.
3. M. Moya Mir *Normas de actuación en urgencias*. Edición 2000.
4. M. S. Acedo Gutierrez et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 12 de Octubre*. 4ª ed.
5. José María Agudo García et al. *Medicina Interna*. Farreras-Rozman. 13 ed.
6. Harrison. *Principios de Medicina Interna 14ª ed. Compendio*. Ed McGraw-Hill
7. Jesús Medina Asensia. *Manual de Urgencias Médico.. 2ª ed. Ed. Díaz de Santos*.
8. M. S. Moya Mir. *Guía de Actuación en Urgencias.. Ed. Mcgraw-Hill-Interamericana*.
9. J.C. García Moncó. *Manual del Médico de Guardia*. 4ª ed. Ed. Diaz de los Santos.
10. *Manual DSM-IV American Phsychatric Assocition 129-162 1996*
11. Martínez, V; Piqueras L. *Hospital General de Elda-Alicant, 2001*.
12. Medina Asencio J. *Manual de urgencias médicas. Hospital 12 de Octubre, Madrid 1998*.

CUESTIONARIO

1.- No es una causa de síndrome confusional agudo:

- a) Traumatismo craneal.
- b) Enfermedad de Alzheimer.
- c) Infarto agudo de miocardio.
- d) Absceso cerebral.
- e) Migraña basilar.

2.- Son situaciones que predisponen a la aparición de síndrome confusional agudo:

- a) La edad avanzada.
- b) Infecciones.
- c) Alcoholismo.
- d) Insuficiencia renal.
- e) Todas son correctas.

3.- Señala los grupos de fármacos más frecuentemente implicados en el Síndrome confusional agudo:

- a) Sedantes, hipnóticos, antibióticos.
- b) Antineoplásicos, antihipertensivos.
- c) Sedantes, hipnóticos, narcóticos y anticolinérgicos.
- d) Antidepresivos.
- e) Todos los anteriores.

4.- ¿Cuál de estas afirmaciones es la verdadera?:

- a) La conciencia nunca se altera en el síndrome confusional agudo.
- b) La memoria que más se afecta es la remota.
- c) La atención siempre se altera en el síndrome confusional agudo.
- d) Las alucinaciones e ilusiones en este cuadro son raras e infrecuentes.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

5.- El diagnóstico diferencial se debe realizar con:

- a) Afasia de Wernicke.
- b) Esquizofrenia.
- c) Estado dissociativo.
- d) Psicosis reactiva.
- e) Todas son correctas.

6.- Dentro de la alteración de la afectación de la memoria es cierto que:

- a) Nunca se afecta.
- b) La que más se afecta es la memoria reciente.
- c) La que más se afecta es la memoria remota.
- d) Es lo único que se afecta.
- e) Ninguna es cierta.

7.- No es un punto básico a explorar en el síndrome confusional agudo:

- a) La conciencia.
- b) La atención.
- c) La orientación.
- d) Las alteraciones del lenguaje (parafasias, neologismos..etc).
- e) Todas son correctas.

8.- En el estudio inicial de un cuadro confusional agudo se debe realizar siempre.

- a) Glucemia capilar.
- b) Hemograma.
- c) Bioquímica sérica.
- d) TAC.
- e) A, b y c, son correctas.

9.- Señala lo correcto:

- a) La punción lumbar nunca hay que realizarla en un cuadro confusional.
- b) La punción lumbar se realiza ante una etiología incierta y previa realización de prueba de imagen.
- c) Si no hay sospecha de infección no hay que realizar nunca la punción lumbar.
- d) b y c, son correctas.
- e) a, b y c, son correctas.

10.- El estudio complementario que nos diferencia el cuadro confusional de la esquizofrenia y otras patologías psiquiátricas es:

- a) La RMN.
- b) El TAC con contraste.
- c) El test de Cage.
- d) El EEG.
- e) Ninguna de las anteriores.

- 11.- En el EEG el enlentecimiento global y aparición de ondas trifásicas es típico de:
- a) Encefalitis herpética.
 - b) Esquizofrenia.
 - c) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
 - d) Metástasis cerebrales.
 - e) Enfermedad de Parkinson.
- 12.- Ante un paciente con síndrome confusional agudo la primera medida a tomar es:
- a) Administrar Tiamina im.
 - b) Canalizar una vía endovenosa.
 - c) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
 - d) Realizar una glucemia capilar.
 - e) Sedar al paciente si presenta agitación.
- 13.- En presencia de agitación del paciente en un cuadro confusional agudo con riesgo de parada respiratoria el fármaco de elección es:
- a) Clometizol.
 - b) Haloperidol.
 - c) Midazolam.
 - d) Tiaprizal.
 - e) Diazepam.
- 14.- La tiamina en el manejo del síndrome confusional agudo se utiliza para:
- a) Fármaco sedante para controlar la agitación.
 - b) Antagonista opiáceo.
 - c) Evitar la depleción de los depósitos de glucógeno.
 - d) Profilaxis de la encefalopatía de Wernicke.
 - e) Todas son ciertas.
- 15.- ¿Cuándo se habla de delirium nos referimos a?:
- a) Un estado confusional agitado que asocia hiperactividad simpática, como temblor, hipertensión, sudoración, midriasis o taquicardia.
 - b) Una fase de un cuadro demencial.
 - c) Un deterioro de las funciones intelectuales aprendidas.
 - d) No tiene relación con los cuadros confusionales.
 - e) Ninguna de las anteriores es correcta.

16.- Señala lo cierto:

- a) El síndrome confusional tiene un comienzo insidioso.
- b) En él la principal alteración del lenguaje es la afasia.
- c) Siempre se acompaña de un nivel de conciencia disminuido.
- d) Cuando se acompaña alucinaciones son principalmente auditivas.
- e) c y d son correctas.

17.- Un cuadro confusional acompañado de temblor aparece fundamentalmente en:

- a) En el sd de privación (alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas...) y algunos tóxicos (antidepresivos tricíclicos, teofilina...).
- b) En las infecciones del SNC.
- c) En el ocasionado por una Migraña basilar.
- d) En el TEP.
- e) Nunca se da ese cuadro.

18.- El uso de antagonistas de benzodiacepinas puede tener efecto beneficioso transitorio en:

- a) La intoxicación por aminofilina.
- b) La encefalopatía hepática.
- c) La intoxicación por etanol.
- d) Solo se utiliza en los casos de sobredosis de BZD.
- e) Todas son ciertas.

19.- Con respecto al alcohol en relación al síndrome confusional agudo, es cierto que:

- a) Es poco frecuentes como causa de síndrome confusional agudo.
- b) La privación nunca se acompaña de alucinaciones visuales.
- c) Los pacientes no habituados a su consumo pueden tener síndrome confusional con niveles de 200 mg/dl.
- d) La bajada de niveles de etanol por debajo de 400 mg/dl en el alcohólico crónico es insuficiente para causar delirium.
- e) Ninguna es cierta.

20.- ¿En causa endocrina de síndrome confusional agudo?:

- a) Panhipopituitarismo.
- b) Insulinoma.
- c) Hipo e hipertiroidismo.
- d) Síndrome de Cushing.
- e) Todas las anteriores.

21.- Cuando la causa de síndrome confusional es una hemorragia subaracnoidea, es cierto que:

- a) El TAC es siempre patológico.
- b) Hay que realizar punción lumbar cuando el TAC es normal y existe sospecha clínica.
- c) El LCR presenta un color amarillento tras centrifugarlo (xantocromía).
- d) a y c, son ciertas.
- e) b y c son ciertas.

22.- En la intoxicación por BZD en el síndrome confusional hay que tener en cuenta que:

- a) El diazepam es una BZD de vida media larga.
- b) Puede ocasionar disartria y ataxia.
- c) El antídoto empleado es el Flumazenil a una dosis de 0,5 mg iv cada 3-5 min. hasta alcanzar buen nivel de conciencia (máximo 3 mg).
- d) El lavado gástrico solo es eficaz si se realiza en las primeras 3-4 horas.
- e) Todas son ciertas.

23.- Los microorganismos que más frecuentemente causan meningitis en pacientes > de 50 años son:

- a) Meningococo y Neumococo.
- b) Hemofilus influenzal y E.coli.
- c) Streptococo tipo A y Enterobacterias.
- d) Listerias.
- e) Ninguno de los anteriores.

24.- Señala la respuesta falsa:

- a) Una hiperglucemia puede ser causa de síndrome confusional.
- b) Es recomendable la administración de Haloperidol en el sdm confusional si hay agitación.
- c) Los agentes ambientales (hipotermia, calor...), nunca son causa de sdm confusional.
- d) Su diagnóstico es especialmente difícil cuando el enfermo padece demencia.
- e) Todas son falsas.

25.- Cuando la causa del síndrome es una hipopotasemia:

- a) Se suele acompañar de letargia, irritabilidad y síntomas psicóticos.
- b) Puede acompañarse de íleo paralítico.
- c) En el EKG aparece: Onda U $> 1\text{mm}$; aplanamiento de T y depresión de ST; ensanchamiento de QRS; PR aumentado.
- d) Ninguna es cierta.
- e) a, b y c, son ciertas.

RESPUESTAS:

1. B
2. E
3. C
4. C
5. E
6. B
7. D
8. E
9. B
10. D
11. A
12. C
13. D
14. D
15. A
16. C
17. A
18. B
19. C
20. E
21. E
22. E
23. A
24. C
25. E