

Capítulo 6 - SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Behrouz Fatahi Bandpey, Maria Luiza Fatahi Bandpey, Fernando Roderó Álvarez

DEFINICIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA), llamado también delirio, corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible.

El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por sus consecuencias pronósticas. Características del delirio:

- Alteración del nivel de conciencia (menor claridad de percepción del entorno).
- Deterioro cognitivo (como pérdida de memoria, desorientación, o trastorno de lenguaje).
- Aparición de la alteración en un plazo de tiempo breve (generalmente horas y días).

Se considera sinónimo de *delirium* (no confundir con el *delirium tremens* etílico), aunque algunos autores relacionan este término con un tipo concreto de estado confusional, caracterizado por un aumento de alerta con hiperactividad psicomotora y autonómica.

EPIDEMIOLOGIA

Diversos estudios reflejan que este síndrome es infrecuente en personas jóvenes o de mediana edad; cuando sucede en éstas, generalmente se asocia con el uso del alcohol o drogas ilícitas. Su incidencia se incrementa progresivamente con cada década de la vida después de los 40 años.

Las estadísticas generalmente coinciden en que se encuentra presente en el 11 al 24% de los ancianos al ingreso en el hospital y se desarrolla hasta en el 35% de los ancianos hospitalizados. En los intervenidos quirúrgicamente la prevalencia es del 61%.

Más del 30% de los enfermos con estado confusional agudo fallece. Más del 50% de estos pacientes tienen una demencia previa y hasta el 25% puede desarrollarla después de la regresión del cuadro.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del SCA no se conoce bien y es posiblemente que no sea la misma para todas las etiologías. El sustrato fisiopatológico básico es una reducción global del metabolismo oxidativo encefálico, que afecta la corteza cerebral y las estructuras subcorticales encargadas de mantener la conciencia y la atención.

Sin embargo, una lesión ubicada en el hemisferio no dominante (como un infarto parietal), puede generar un *delirium*, dado que este hemisferio controla la atención.

ETIOLOGÍA

El SCA puede ser causado por enfermedades médicas o inducido por sustancias. No obstante, con frecuencia se ven implicadas varias enfermedades médicas a la vez, o la combinación de éstas con consumo de fármacos y tóxicos.

No hay que olvidar que el SCA puede constituir el modo de presentación de patologías severas del sistema nervioso. La edad avanzada y la demencia son los factores predisponentes más importantes.

Las causas más frecuentes en **ancianos** son los trastornos metabólicos (hipoxia, hipoglucemia, endocrinopatías, déficit de B12 y tiamina e hipervitaminosis A y C), las infecciones, los infartos cerebrales y los fármacos (sobre todo anticolinérgicos y analgésicos opiáceos, aunque existen muchos grupos farmacológicos implicados).

Las causas más frecuentes en **jóvenes** son el abuso de drogas y la deprivación alcohólica, de sedantes e hipnóticos.

El SCA puede aparecer también en relación con tóxicos industriales, en el síndrome postcomicial, traumatismos, enfermedades causadas por agentes físicos, enfermedades hematológicas (anemia severa, púrpura trombocitopénica trombótica, policitemia) y en grandes quemados.

Existen un 5-20% de los casos en los que no se puede determinar la etiología.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Fiebre e infecciones (sobre todo en niños y ancianos): infección urinaria, neumonía, endocarditis, bacteriemia.

Alteraciones metabólicas:

- Hipoxia e hipercapnia.

- Endocrinopatías: hiperglucemia, hipoglucemia, crisis hipertiroidea, mixedema, crisis addisoniana.

- Insuficiencia orgánica: insuficiencia hepática, renal o pancreática.

- Alteraciones hidroelectrolíticas: deshidratación, hipo/hipercalcemia, hipo/hipermagnesemia, hipo/hipernatremia, acidosis, alcalosis.

- Deficiencia de vitaminas: tiamina (vitamina B1), niacina (vitamina B3), cianocobalamina (vitamina B12).

- Alteraciones metabólicas congénitas: porfiria, enfermedad de Wilson.

Trastornos vasculares no neurológicos: síndromes coronarios agudos, shock, tromboembolismo pulmonar.

Estados de hipertermia, golpe de calor, electrocución.

Anemias graves, síndromes de hiperviscosidad.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Infecciones del SNC: encefalitis, meningitis, abscesos cerebrales o epidurales.

Epilepsia: SCA ictal (status de ausencia, focal complejo o tónico sin convulsiones). SCA postictal (después de una crisis focal compleja o tónico-clónica generalizada).

SCA interictal (irritabilidad, agitación y síntomas afectivos asociados a crisis inminentes).

Trastornos vasculares neurológicos: ictus (sobre todo de localización parietal posterior derecha), hemorragia subaracnoidea, hematomas subdurales y epidurales, encefalopatía hipertensiva, migraña basilar (sobre todo en niños), vasculitis del SNC.

Tumores y abscesos cerebrales.

Traumatismo craneoencefálico.

Hidrocefalia aguda.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Manía aguda, depresión o ansiedad extrema, esquizofrenia, estado de fuga histérica.

FÁRMACOS O TÓXICOS

Abstinencia alcohólica.

Supresión brusca de ansiolíticos e hipnóticos.

Drogas de abuso: cocaína, heroína, inhalantes y opiáceos.

Intoxicación por monóxido de carbono.

Fármacos: anticolinérgicos, anticomociales, antiparkinsonianos, antidepresivos, litio, neurolépticos, analgésicos opiáceos, miorelajantes, corticoides, broncodilatadores, antiarrítmicos, anticoagulantes, antidiabéticos, antieméticos, antineoplásicos, propranolol, digoxina, teofilinas, AINE, etc.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Cambios del estado mental de inicio agudo (horas o días) de curso fluctuante y empeoramiento nocturno.
- Déficit de atención: signo cardinal del SCA.
- Pensamiento desorganizado con lenguaje confuso.
- Nivel de conciencia alterado: la mayoría de los pacientes suelen estar letárgicos, aunque pueden estar en hiperalerta.
- Alteración de la actividad psicomotora que fluctúa de retraso psicomotor a agitación.
- Alteraciones de la percepción: disminución de la percepción, ilusiones y alucinaciones visuales (vividias como desagradables).
- Alteraciones del ciclo vigilia-sueño con insomnio e hipersomnias diurnas.
- Desorientación: primeramente temporal y posteriormente espacial.
- Alteración de la memoria inmediata, reciente y de la capacidad de aprendizaje, por lo que existe amnesia del episodio tras la resolución del cuadro.
- Otros déficits cognitivos: alteraciones de la escritura y habilidades viso-espaciales.
- Alteraciones del comportamiento: delirios poco sistematizados, sobre todo de tipo persecutorio, e ideas paranoides.
- Alteraciones de la emoción: disforia.

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL SCA

Para ayudarnos en la aproximación diagnóstica del SCA, existen una serie de instrumentos o escalas, y que se clasifican según su utilidad en:

a) **Escalas de detección:** *Clinical Assessment of Confusion-A*, *Confusion Rating Scale*, *Delirium Symptom Interview*, *NEECHAM Confusion Scale*.

b) **Escalas de diagnóstico:** *Confusional Assessment Method (CAM)*, que se basa en los criterios del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) III y se adapta bien a los criterios del DSM IV. Recoge el inicio agudo con curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado. Es sencillo y eficaz; además puede ser usado por personal no facultativo. Tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100%.

c) **Cuantificación:** *Delirium Rating Scale*. Es una escala de 10 ítems que evalúa el inicio temporal de las alteraciones perceptivas de comportamiento, sueño, humor, cognición y severidad de la enfermedad. Esta prueba está basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y fue diseñada para ser utilizada por los médicos como herramienta útil para identificar el delirium, y diferenciarlo de la demencia y otros trastornos neuropsiquiátricos. Sus autores consideran que es una prueba útil para medir y cuantificar la severidad del delirium, estableciéndose el diagnóstico de delirium cuando la puntuación sea igual o superior a 12.

FACTORES PREDISPONENTES

El SCA suele ser multifactorial. Entre los factores implicados se mencionan:

- * El envejecimiento, que disminuye el umbral. Las personas más ancianas tienen más riesgo de sufrir delirio.

- * Disminución de visión y/o audición.

- * Enfermedad mental o física crónica preexistente (Parkinson, demencia, depresión, enfermedades psiquiátricas). La demencia aumenta el riesgo en 2-3 veces.

- * Reacciones adversas a drogas; uso de alcohol y benzodiazepinas. La susceptibilidad varía entre los diferentes individuos.

- * Factores ambientales (cambio de ambiente, exceso de estímulos, falta de sueño, fatiga)

- * Trauma o cirugía reciente (especialmente de cadera).

- * Insuficiencia renal o hepática. Alteraciones electrolíticas. Infecciones.

Estos factores parecen tener un efecto multiplicativo más que sumatorio.

Una característica importante del SCA es su *gran variabilidad*, de hecho dos enfermos con los mismos factores predisponentes pueden presentar cuadros clínicos muy diferentes.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SCA

1) Comienzo agudo, con fluctuaciones a lo largo del día y frecuente empeoramiento durante la noche (por lo que es importante interrogar a familiares y cuidadores).

2) Inversión del ritmo sueño - vigilia.

3) Desorientación en tiempo y espacio.

4) Alteración de la conciencia. Alteración de la atención: incapacidad de mantener la atención a un estímulo externo. Se distraen fácilmente, no siguen órdenes.

5) Deterioro de la memoria de corto plazo (fallan en el test de repetir 3 palabras).

6) Alucinaciones principalmente visuales, o malinterpretaciones, que con frecuencia no recuerdan posteriormente. Se exacerban de noche y son vividas con miedo y angustia. Ideas delirantes de persecución (creen que les envenenan la comida, o que el personal de enfermería les quiere hacer daño).

7) Alteración del nivel de actividad: agitación, vagabundeo o intranquilidad que se alternan con somnolencia y letargo; repiten actividades ocupacionales previas.

8) Alteraciones del lenguaje: vago, incoherente.

9) Pensamiento desorganizado, fragmentado y distorsionado. Mezclan experiencias del pasado con el presente y distorsionan la realidad. Alternan con periodos de lucidez.

10) Humor variable, con frecuencia hay miedo y ansiedad. Se suman además aquellas manifestaciones físicas propias de la enfermedad desencadenante (taquicardia, sudoración, etc.).

No son raros los síndromes parciales, de hecho muchas veces no se dan todas estas características en un mismo enfermo, lo que hace más difícil el diagnóstico.

El delirio es frecuentemente infradiagnosticado (hasta en un 30-50%); esta situación mejora cuando el médico recolecta información de las enfermeras, cuidadores y familiares.

DROGAS ASOCIADAS AL SCA

Narcóticos: morfina, meperidina

Sedantes: triazolam, alprazolam

Antihistamínicos anti-H2: ranitidina, famotidina, nizatidina

Antiparkinsonianos: amantadina, levodopa/ carbidopa, bromocriptina, bengtropina (anticolinérgico)

Anticolinérgicos: amitriptilina, difenhidramina, tioridazina, atropina, escopolamina, quinidina

Otros: digoxina, corticoides, propranolol, clonidina, metildopa, lidocaina, HIN, rifampicina, AINE, etc.

DIAGNÓSTICO

1. La **historia clínica** es fundamental a la hora de establecer un diagnóstico de delirio e identificar su causa. Evidentemente, la historia debe ser recogida de una fuente fiable, probablemente el familiar que acompaña al enfermo, por lo que en todo paciente con SCA es *fundamental la entrevista con el familiar que conozca la historia médica del paciente*. El mejor método estandarizado para el correcto diagnóstico de delirio es el CAM (*Confusión Assessment Method*).

2. En la **exploración** es importante realizar pruebas que valoren las esferas cognitivas afectadas en el SCA, fundamentalmente aquéllas que exploran la atención. El Mini-Mental es un test útil si se quiere confirmar la afectación en otras áreas cognitivas. Si existen dudas, otras exploraciones del área cognitiva son útiles.

CAM (CONFUSIÓN ASSESSMENT METHOD)

El diagnóstico de SCA (delirio) requiere la presencia de 1 y 2 y o bien 3 o 4:

1. Comienzo agudo y curso fluctuante. Se obtiene historiendo al familiar o cuidador si responde positivamente a las siguientes preguntas: existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente. Su conducta fluctúa durante el día: tiene trastornos conductuales que van y vienen, o aumentan y disminuyen en gravedad.

2. Inatención. Respuesta positiva a la siguiente pregunta: tiene el paciente dificultad para enfocar la atención, por ejemplo, se distrae fácilmente o es incapaz de mantener la atención en lo que está haciendo.

3. Pensamiento. Respuesta positiva a la siguiente pregunta: ha sido el curso del pensamiento desorganizado, con conversación incoherente, flujo ilógico o confuso de ideas o desviación impredecible de tema a tema.

4. Trastorno del nivel de conciencia. Es positivo si la respuesta es distinta a "alerta" al responder a la pregunta: en general, como graduaría el nivel de conciencia del paciente? Posibles respuestas: alerta (normal), hiperalerta (superalerta), somnoliento (fácilmente despertable), estuporoso (difícilmente despertable) o en coma (no despertable).

PROTOCOLO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL SCA

1. DE 1ª LÍNEA (URGENCIAS)

a. Sospecha de enfermedad sistémica

Analítica: gasometría, hemograma, tiempos coagulación, iones, (Na, K, Ca, P, Mg,), perfil renal, perfil hepático (incluyendo amonio) elemental y sedimento orina

Radiografía Tórax

Electrocardiograma

b. Sospecha de enfermedad neurológica

Tomografía computarizada craneal

Punción lumbar: presión, células, proteínas, glucosa, tinciones, cultivo. (Guardar muestras por si fuese necesario ampliar estudio).

Electroencefalograma: Descartar status no convulsivo. Confirmar encefalopatía metabólica. Sospecha de encefalitis herpética.

2. DE 2ª LÍNEA

a. Sospecha de enfermedad sistémica

Analítica: niveles de fármacos o tóxicos, niveles B12, fólico hormonas tiroideas, anticuerpos antitiroideos, serologías y cultivos reactantes fase aguda, perfil de auto-anticuerpos, enzimas cardíacas, frotis sanguíneo, porfirinas en orina.

Otros: TAC torácico, ecografía abdominal

b. Sospecha de enfermedad neurológica

Analítica: anticuerpos de enfermedad paraneoplásica

Resonancia magnética craneal.

Punción lumbar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es muy importante poder distinguir el *delirio* de:

Psicosis funcional aguda (pseudodelirio): resultados inconsistentes en tests cognitivos, antecedente de enfermedad psiquiátrica previa, comportamiento maniaco o depresivo, ideas delirantes sistematizadas, sin fluctuación durante el día. EEG normal.

Demencia: tiene un curso progresivo, suele ser estable, el nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías.

Trastorno de ansiedad: se caracteriza por la aparición de miedo

	DELIRIO	DEMENCIA	PSICOSIS AGUDA FUNCIONAL
Comienzo	súbito	insidioso	súbito
Curso en 24hs	fluctuante	estable	estable
Conciencia	disminuida	normal	normal
Atención	alterada global	normal	a veces alterada
Cognitivo	alterado global	alterado	alterado (selectivo)
Alucinaciones	visual (auditivo)	no	auditivas
Delusiones	mal sistematizadas	no bien	sistematizadas
Orientación	frecuentemente alterada	frecuentemente alterada	+/- alterada
Actividad Psicomotora	+ +/--	normal	a veces alterada
Lenguaje	incoherente	perseveraciones	normal
Movimientos involuntarios	asterixis, temblor	no	no
Enfermedad física	presente	ausente	ausente

Tabla de Diagnóstico Diferencial (The New England Journal of Medicine, 1989; 40:578- 582).

o malestar intensos, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica.

Depresión: cursa con humor triste, anorexia, fatiga, apatía, insomnio...

Otros cuadros menos frecuentes con los que se debe realizar diagnóstico diferencial son: esquizofrenia, episodio maníaco, afasia de Wernicke, amnesia global transitoria...

TRATAMIENTO

El tratamiento debe dividirse en tres aspectos principales: prevención, tratamiento de la enfermedad de base, y manejo sintomático del síndrome confusional agudo (general y farmacológico).

1. Prevención: en todo enfermo geriátrico, especialmente en aquellos con factores de riesgo para el desarrollo de delirio, se debe minimizar o evitar el uso de drogas anticolinérgicas, sedantes y narcóticos, mantener una buena hidratación y oxigenación y tratar precozmente cualquier complicación médica. Es útil también contar con un manejo de enfermería cuidadoso y continuo, y con un ambiente físico tranquilo y con elementos de orientación (reloj, calendario, etc.). La compañía de familiares es muy importante.

2. Tratamiento específico: El tratamiento etiológico es el pilar del manejo del síndrome confusional agudo. Se recomienda tratar enérgicamente la enfermedad de base. Muchas veces el delirio no evoluciona en forma paralela a la patología desencadenante, sino que tarda más en resolverse. Se debe intentar eliminar – en la medida de lo posible – las drogas que pudieran producir delirio. Descartar privación de benzodiazepinas o alcohol.

3. Tratamiento de soporte (sintomático):

a. En relación al manejo sintomático, la mayoría de las veces las medidas no farmacológicas son suficientes.

El tratamiento de soporte incluye asegurar una adecuada alimentación e hidratación y aporte de vitaminas.

Se debe optimizar el cuidado intensivo de enfermería. Ayuda mucho para la orientación contar con un ambiente adecuado, lo más tranquilo posible, amigable, sin estímulos excesivos, con música suave e iluminación adecuada. Es bueno que tengan objetos conocidos en su habitación (fotos de familiares, adornos, etc.).

No es favorable juntar en la misma sala a dos enfermos con delirio, pues se van a potenciar uno a otro. Se recomienda también corregir problemas de visión y audición, con lentes y audífonos adecuados.

Evitar la contención física, que solo consigue aumentar la agresividad. Es preferible el uso de cuidadoras o "sitters", que acompañen, tranquilicen y reorienten al paciente.

Además, se debe complementar el manejo con apoyo psicosocial y de terapia ocupacional, y orientación por la trabajadora social.

Se debe preparar el ambiente para el alta, y decidir con cautela si se requerirá institucionalización.

b. Si el enfermo está muy agitado se pueden utilizar medidas farmacológicas como *haloperidol* (en la menor dosis posible y durante el menor tiempo, y suspenderlo una vez tratada la enfermedad orgánica subyacente). Se recomienda comenzar con una dosis de 0,5mg intramuscular y repetir cada media hora doblando la dosis anterior, hasta lograr controlar la agitación (el comienzo de acción del fármaco es a los 10-30 min post-administración intramuscular). Al día siguiente se administrará por vía oral la mitad del total de la dosis de impregnación, y se mantendrá hasta que pase el delirio. Se debe recordar siempre el riesgo de efectos colaterales de los neurolépticos (parkinsonismo, temblor, acatisia y síndrome neuroléptico maligno).

Otra alternativa de tratamiento es el uso de *benzodiazepinas* (BZD), que tienen mayor rapidez en el comienzo de acción (5 minutos), pero producen más sedación. Son el tratamiento de elección en caso de privación de sedantes y alcohol. Se recomienda el uso de BZD de vida media corta. El lorazepam se usa en dosis de 0,5- 1mg intravenoso. Los narcóticos son útiles para el tratamiento del delirio secundario a dolor.

En caso de sospecha de delirio por toxicidad por anticolinérgicos, se usa *fisostigmina* (1-2 mg iv), su efecto terapéutico es limitado pero sirve para hacer el diagnóstico.

Para evaluar la progresión del enfermo es útil hacer una evaluación mental seriada (minimal test u otro, diariamente).

BIBLIOGRAFIA

- Acedo Gutierrez, M. S. et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica* 12 de Octubre.
- Casay D., Defazio JV. Delirium. *Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment*. Postgrad Med. 1996.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed. Washington, American Psychiatric Association.
- Jacobson S. *Behavioral and pharmacologic treatment of delirium*. Am Physician 1997.
- Jiménez Murillo F.J., Montero Perez. *Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 2ª Ed..
- Lipowski ZJ. *Delirium: Acute Confusional States*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Merck Sh. *Estado confusional agudo*. J Am Physician 1997.
- Thomas P. *The diagnostic approach to the patient presenting with cognitive impairment*. Geriatry SOC.
- Trzapacz PT. *Delirium. Advances in diagnosis, pathophysiology, and treatment*. Psychiatr Clin North Am 1996.