

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Dra. Iratxe Jiménez Pz. de Heredia
M.I.R. en Medicina Interna

Síndrome clínico neuropsiquiátrico caracterizado por una alteración AGUDA o SUBAGUDA de la atención y de las capacidades mentales. También llamado Encefalopatía Aguda o Síndrome Cerebral Orgánico. Se caracteriza por una combinación variable de: inatención, discurso incoherente, desorientación, agitación-somnolencia y alucinaciones o falsos reconocimientos. Suele ser reversible, de corta duración y con tendencia a las fluctuaciones a lo largo del día. Representa un grave problema tanto asistencial como social, en los servicios de urgencias, generalmente inadaptados para este tipo de pacientes, que comportan un serio peligro para el propio enfermo, sus familiares, el personal sanitario y el entorno. Además es el trastorno del comportamiento más frecuente en pacientes hospitalizados sobre todo en ancianos, alcohólicos y con demencia previa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- **Demencias:** inicio insidioso y curso progresivo.
 - Excepciones:
 - Demencia vascular (más brusco)
 - Demencia con Cuerpos de Lewy (fluctuaciones)
 - **Afasia de Wernicke**
 - **Esquizofrenia**
 - **Depresión:** sobre todo si cursa con agitación
- ¡¡ Todos los pacientes con demencia que de manera brusca empeoran, deben ser evaluados para identificar un SCA añadido !!

Como regla general: los comportamientos psiquiátricos que aparecen en pacientes mayores de 40 años, sin historia previa psiquiátrica deben hacer pensar en un SCA.

DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO

Son muy numerosas. Las más frecuentes:

- **Ancianos** (casi la mitad de los ancianos tienen más de una causa identificable):
 - Trastornos metabólicos
 - Infecciones
 - Infarto cerebral
 - Fármacos (anticolinérgicos y opiáceos)
- **Joven:**
 - Abuso de drogas
 - Deprivación alcohólica

ETIOLOGÍAS PRINCIPALES DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA)

FÁRMACOS	<p>Intoxicación y síndromes de privación: <i>alcohol, BZD, barbitúricos, anfetaminas, cocaína.</i></p> <p>Agentes con propiedades anticolinérgicas: <i>atropínicos, biperideno, escopolamina, trihexifenidilo, antihistamínicos</i> (clorfenamina, difenhidramina, fenilpropanolamina, hidroxicina, prometacina, pseudoefedrina), <i>antidepresivos, neurolépticos.</i></p> <p>Agentes psicótropos: <i>psicoestimulantes</i> (anfetaminas, cocaína, café, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes), <i>hipnóticos-sedantes</i> (alprazolam, butalbital, diazepam, fenobarbital hidrato de cloral, lorazepam, midazolam, tiordacina), <i>antidepresivos</i> (fluoxetina, trazodona, maprotilina, tricíclicos), <i>antimaniacos</i> (litio), <i>neurolépticos</i> (fenotiacinas, clozapina).</p> <p>Analgésicos opiáceos: <i>codeína, meperidina.</i></p> <p>Antagonistas de los receptores H2: <i>cimetidina, ranitidina.</i></p> <p>Antiparkinsonianos: <i>amantadina, bromocriptina, levodopa, pergolida.</i></p> <p>Miorrelajantes: <i>baclofeno, ciclobenzaprina, metocarbamol.</i></p> <p>Antiepilépticos: <i>fenobarbital, fenitoína, ácido valproico, carbamacepina, primidona.</i></p> <p>Antimigrañosos: <i>ergotamina, metisergida, propranolol.</i></p> <p>Corticoides: <i>hidrocortisona, prednisona</i> (la psicosis esteroidea puede aparecer en los pacientes que toman el equivalente a 40 mg al día o más).</p> <p>Broncodilatadores: <i>aminofilina, efedrina, teofilina.</i></p> <p>Agentes cardiovasculares: <i>antiarrítmicos</i> (disopiramida, lidocaína, procainamida, quinidina, tocainida), <i>cardiotónicos</i> (digoxina), <i>antihipertensivos</i> (atenolol, metoprolol, propranolol, timolol, captopril, clonidina, metildopa, nifedipino, verapamilo, prazosina, reserpina).</p> <p>Diuréticos: <i>acetazolamida.</i></p> <p>Anticoagulantes: <i>cumarínicos.</i></p> <p>Antidiabéticos: <i>sulfonilureas.</i></p> <p>Antieméticos: <i>metoclopramida.</i></p> <p>Agentes antimicrobianos: <i>aciclovir, ácido nalidixico, aminoglucósidos, cefalexina, penicilina, ticarcilina, cicloserina, ciprofloxacino, ofloxacino, cloranfenicol, tetraciclina, vancomicina, metronidazol, colistina, anfotericina B, griseofulvina, cloroquina, mefloquina, etambutol, isoniazida, rifampicina, quinacrina.</i></p> <p>AINES: <i>AAS y salicilatos, fenilbutazona, ibuprofeno, indometacina, naproxeno, sulindaco.</i></p> <p>Antineoplásicos: <i>5-fluorouracilo, asparraginas, bleomicina, citarabina, clorambucilo, IL-2, metotrexate, procarbamina, tamoxifeno, vinblastina, vincristina.</i></p> <p>Otros: <i>disulfiram, vitamina D, metrizamida.</i></p>
-----------------	---

TRASTORNOS METABÓLICOS	<p>Hipoxia Endocrinopatías: hipoglucemia, crisis hipertiroideas, mixedema, crisis Addisonianas. Insuficiencia orgánica: insuficiencia hepática, renal, pancreática. Alteraciones hidroelectrolíticas y de otros metabolitos: deshidratación, hipo/hipercalcemia, hipo/hipermagnesemia, hipo/hipernatremia, acidosis, alcalosis, hipercapnia. Deficiencia de vitaminas: tiamina Exposición a tóxicos: alcohol, CO.</p>
FIEBRE E INFECCIONES	<p>No neurológicas: infección urinaria, neumonía, bacteriemia, septicemia, endocarditis. Neurológicas: meningitis, encefalitis, cerebritis, absceso cerebral.</p>
TRASTORNOS VASCULARES	<p>No neurológicas: infarto de miocardio, embolia pulmonar. Neurológicas: infarto cerebral (<i>sobre todo el de la corteza parietal posterior derecha</i>), hemorragia subaracnoidea, encefalopatía hipertensiva, migraña (<i>sobre todo en niños</i>), vasculitis del SNC.</p>
EPILEPSIA	<p>Síndrome confusional agudo ictal: <i>status</i> de ausencia, <i>status</i> parcial complejo, <i>status</i> tónico sin convulsiones. Síndrome confusional agudo postictal: después de una crisis parcial compleja o tónico-clónica generalizada. Síndrome confusional agudo interictal: incluye el <i>delirium epiléptico</i> que consiste en la aparición de irritabilidad, agitación, y síntomas afectivos asociados a crisis inminentes.</p>
ALTERACIONES PERIOPERATORIAS	<p>Factores perioperatorios: suele ser MULTIFACTORIAL: <i>efectos residuales de la anestesia y otros fármacos, hipoxia postoperatoria, hipotensión perioperatoria, anemia, hiperventilación, alteraciones de fluidos y electrolitos, infecciones o sepsis, embolismo, dolor, fragmentación del sueño, privación o sobreestimulación sensorial.</i> Los factores que predisponen a la aparición de un SCA perioperatorio son: edad mayor de 70 años, alcoholismo, deterioro cognitivo, capacidad funcional disminuida y niveles preoperatorios de electrolitos y glucosa muy alterados. Cirugías específicas: CARDIACAS (sobre todo de corazón abierto y bypass de arterias coronarias), ORTOPÉDICAS (sobre todo las fracturas del cuello femoral y de cadera y los recambios de rodilla bilaterales), OFTALMOLÓGICAS (especialmente cirugía de cataratas), CIRUGÍA TORÁCICA NO CARDIACA Y DE ANEURISMA AORTICO, UROLÓGICAS (especialmente la resección transuretral de próstata).</p>
MISCELÁNEA	<p>Causas no neurológicas: síndromes de hiperviscosidad, discrasias sanguíneas, factores físicos (golpe de calor, electrocución). Causas neurológicas: TCE (el hematoma subdural en el anciano puede ocurrir sin historia de trauma o tras un golpe leve), la AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA (curso inicialmente como un SCA y se caracteriza por amnesia anterógrada desproporcionada, cierto grado de amnesia re-trograda de las horas previas y mejoría en 24 horas), la ENCEFALOPATIA DE WERNICKE (se caracteriza por un SCA asociado a paresia oculomotora, nistagmus y ataxia....una vez transcurrido el cuadro agudo, pueden presentar amnesia residual (PSICOSIS DE KORSAKOFF).</p>

APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA

A) DIAGNOSTICO SINDROMICO:

El primer paso es reconocer la existencia del SCA. Es fundamental una anamnesis detallada y una evaluación del estado mental del paciente.

RESUMEN DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL SCA DEL DSM-IV
ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA (ej. Disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
CAMBIO EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
La alteración se presenta en un CORTO PERIODO DE TIEMPO (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
Demostración a través de la HISTORIA, DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

B) DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO (el segundo paso es identificar la causa del SCA):

- **Anamnesis General:** historia clínica y antecedentes personales (epilepsia, traumatismos cerebrales, tóxicos...), intentando identificar los factores que predisponen a la aparición de un SCA.
 - Estos son aditivos y cada factor nuevo aumenta el riesgo de manera considerable.
 - Revisión detallada de la medicación del paciente.
- **Examen Físico:** constantes y exploración general.
 - Debe dirigirse al reconocimiento de signos de enfermedad sistémica, focalidad neurológica, meningismo, aumento de presión intracraneal, enfermedad cerebrovascular o TCE.
- **Exploraciones complementarias:**
 - Primer nivel:
 - Hematimetría completa con VSG
 - Iones (Na, K, Ca), osmolalidad, urea, creatinina, glucemia, AST/ALT, hormonas tiroideas.
 - Orina y sedimento
 - Tóxicos en orina y niveles de fármacos que tome (si son medibles....como digoxina)
 - ECG
 - Rx Tórax
 - Hemocultivos y urinocultivo si fiebre
 - Gasometría arterial
 - Segundo nivel: si con las pruebas anteriores no se observan anomalías o cuando existen signos de focalidad neurológica, sospecha de aumento de la presión intracraneal o TCE:
 - Estudio de neuroimagen: TAC CRANEAL
 - Si es normal valorar realizar Punción lumbar y EEG.

TRATAMIENTO**A) TRATAMIENTO DE LA CAUSA:**

- **Hipoxia e hipoglucemia:** deben ser considerados de inmediato, pueden poner en peligro la vida del paciente.
- Es muy importante administrar **tiamina** (Benerva IM) antes de la administración de suero glucosado, sobre todo en **alcohólicos** y en los que sospeches **déficit nutricional grave**, para evitar la precipitación de una encefalopatía de Wernicke.

B) TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

- **Medidas no farmacológicas:**
 - Mantener una estimulación sensorial adecuada (evitar tanto la sobreestimulación como la deprivación sensorial).
 - Mantener buena iluminación (facilitarle sus gafas y/o prótesis auditivas).
 - Limitar el ruido ambiental y el número de visitas de extraños.
 - Promover el soporte social (visitas de familiares próximos).
 - No apoyar pero tampoco poner en duda las ideas delirantes y/o alucinaciones.
 - **Inmovilización física:** antes de proceder, informar al paciente de por qué tiene que llevarse a cabo y cuáles son las opciones terapéuticas, ofreciéndole siempre, en primer lugar, el tratamiento farmacológico. Se debe utilizar cuando el tto farmacológico no haya sido posible. La posición de contención ideal es la de decúbito supino, con la cabecera elevada para permitir al enfermo mantener contacto visual con el medio y disminuir el riesgo de aspiración, piernas abiertas y brazos en abducción de 30º, que permita la canalización de la vía venosa.
- **Medidas farmacológicas:**
 - Revisar todos los medicamentos que lleve el paciente, retirar los que no sean necesarios y/o minimizar la dosis de los que sí lo sean.
 - Muchos pacientes se benefician de una regulación del sueño-vigilia y de un buen sueño nocturno facilitado por HIPNÓTICOS.
 - Si el comportamiento del paciente es potencialmente peligroso, interfiere con los cuidados médicos o le causa mucha ansiedad, puede ser necesario administrar NEUROLÉPTICOS O ANSIOLÍTICOS.
 - La vía de administración elegida para los pacientes que necesiten una sedación rápida y eficaz es la INTRAVENOSA, si bien en la actualidad se ha demostrado una buena absorción por vía INTRAMUSCULAR.
 - Investigar si ha habido antecedentes de episodios similares, si la respuesta obtenida con un determinado fármaco ha sido satisfactoria, éste es el que hay que administrar en primer lugar, siempre que no haya contraindicaciones.

GRUPOS TERAPÉUTICOS**BENZODIAZEPINAS:**

Indicadas fundamentalmente en pacientes agitados por abstinencia alcohólica, intoxicación aguda por cocaína, anfetaminas o fenciclidina, y cuando se requiera una sedación rápida para la realización de exploraciones diagnósticas.

- **MIDAZOLAM** (Dormicum® ampollas de 3 ml con 15 mg o de 5 ml con 5 mg). Dosis inicial: 0.1 mg/kg/iv hasta 0.4 mg/kg/iv o 0.2 mg/kg/im.
- **DIAZEPAM** (Valium® ampollas de 10 mg). Dosis : 5-10 mg/iv.
- **BROMAZEPAM** (Lexatin® cápsulas de 1.5, 3 y 6 mg). Dosis adultos: 1.5-6 mg/8 horas. Dosis ancianos: 1.5-3 mg/ 12-24 horas.
- **LORAZEPAM** (Orfidal® comprimidos de 1 y 5 mg). Dosis adultos: 1-3 mg/8-12 hrs. Dosis ancianos: 1-2 mg/12 hrs.

NEUROLÉPTICOS:

El objetivo inicial es el control de la hiperactividad, la excitación y la ansiedad que se consigue en 30-90 minutos. La vía de elección es la IV, ya que es más rápida y no aumenta el riesgo de efectos secundarios. Los fármacos más utilizados son:

- **HALOPERIDOL** (Haloperidol® ampollas de 1ml= 5 mg iv/im, comprimidos de 10 mg, gotas 1 gota= 2mg). Es el **neuroléptico de elección**, menos efectos anticolinérgicos e hipotensores. Dosis inicial: 2- 10 mg/iv/30 min, max: 100 mg/día.
- **TIAPRIDA** (Tiaprizal® ampollas de 100 mg, comprimidos de 100 mg). Dosis: 100-200 mg/ iv o im /8hrs. Tiene más efecto sedante, y también hay presentación parenteral, aunque su potencia es inferior.
- **RISPERIDONA** (Risperdal® solución 1 ml= 1 mg, comprimidos 1, 3 y 6 mg, flas: 0.5, 1 y 2 mg). Dosis adultos: inicial: 1 mg/12 hrs el primer día; 2 mg/12 hrs el segundo y 3 mg/ 12 hrs el tercero. Dosis máxima: 8 mg/ 12 hrs. No son anticolinérgicos parecen producir menos parkinsonismo.
- **LEVOMEPRMAZINA** (Sinogan® ampollas 1ml= 25 mg; gotas 1 gota=2 mg). Dosis: 25-50 mg vía IM (**nunca IV**). Dosis máxima: 200mg/día. Poco empleada por efectos hipotensores y extrapiramidales, pero puede ser una alternativa (más sedante que el haloperidol) en pacientes muy agitados que no toleren ingesta oral, por su presentación IM.

PRONÓSTICO

En la mayoría de los casos, si la causa subyacente se corrige precozmente, el pronóstico es bueno. La duración promedio del SCA es entre pocos días y dos semanas, en los ancianos puede prolongarse hasta 12 semanas y no recuperar su estado basal.