

Síndrome confusional agudo

María José García Antelo

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

Cad Aten Primaria
Año 2012
Volume 18
Páx. 33-35

PALABRAS CLAVE

Síndrome confusional; agitación; nivel conciencia; delirio.

DEFINICIÓN:

El término de síndrome confusional agudo (SCA) se puede superponer al de encefalopatía aguda, que denota una disfunción cerebral aguda y difusa (Tabla 1).

Es un síndrome clínico, de aparición generalmente brusca, en el que se produce una alteración de la atención y de las capacidades mentales, con tendencia a la fluctuación a lo largo del día. Se caracteriza por una combinación variable de inatención, discurso incoherente, desorientación, agitación psicomotriz o somnolencia, alucinaciones o falsos reconocimientos, alteración del ciclo sueño-vigilia (empeoramiento nocturno).

Es muy frecuente en el ámbito hospitalario, particularmente en ancianos, pacientes con demencia previa o daño vascular cerebral de base, los pacientes a tratamiento con benzodiacepinas y los pacientes alcohólicos. Los cuadros confusionales no son infrecuentes tras traumatismos craneoencefálicos, en estos casos suelen ser autolimitados y se recuperan satisfactoriamente¹.

ETIOLOGÍA:

Puede ser única o multifactorial. (Tabla 2).

Las causas más comunes en el anciano son los trastornos metabólicos, las infecciones, los ictus y los fármacos (sobre todo anticolinérgicos y analgésicos opiáceos). En ocasiones pueden coincidir varias.

En los jóvenes hay que pensar en el abuso de drogas y en la privación alcohólica como primera posibilidad.

Ante un síndrome confusional agudo siempre se debe descartar y tratar en primer lugar una causa sistémica: infecciosa, metabólica, tóxica y medicamentosa^{2,3}.

ACTITUD A SEGUIR⁴:

1. Historia clínica detallada, tanto del episodio que motiva la consulta

como de otros antecedentes del paciente: epilepsia, trauma craneal, medicación, abuso de drogas, etc.

2. Revisión detallada de la medicación actual del paciente.

3. Exploración física:

- Constantes vitales: TA, temperatura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, glucemia capilar, pH, etc.
- Exploración general.
- Exploración neurológica: descartar rigidez de nuca, meningismo, focalidad motora, disartria, etc. Es típica la mirada de estos pacientes, ya que no miran al explorador. Se describe como "mirada perdida" o mirada hacia el infinito.

4. Estudios complementarios: si con las maniobras realizadas previamente no hemos llegado al diagnóstico etiológico, se procederá a solicitar:

- Análítica que incluya: hemograma, urea, creatinina, glucemia, sodio, potasio, GOT, GPT, coagulación, calcio, sedimento de orina, drogas de abuso en orina, niveles de fármacos monitorizables si toma, hormonas tiroideas.
- Hemocultivos y urocultivo si tiene fiebre.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de Tórax.

5. Si a pesar de los exámenes previos no se observan anomalías, continuar con:

- TAC craneal: para descartar causas estructurales cerebrales (ictus, tumor, absceso, hemorragia, etc.)
- Punción lumbar: para descartar meningocelitis, especialmente si tiene fiebre o rigidez de nuca. También para descartar hemorragia subaracnoidea si existe alta sospecha clínica y el TAC craneal

Correspondencia

María José García Antelo
Email: marigaran@yahoo.es

es normal.

- EEG: para descartar un status epiléptico no convulsivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL⁵:

1. Demencia: proceso de larga evolución. Excepciones: los pacientes con demencia vascular pueden tener un inicio más agudo o un deterioro cognitivo brusco; los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy suelen presentar fluctuaciones del estado mental. Todos los pacientes con demencia que empeoran de forma brusca, siempre deberían ser reevaluados para identificar un posible síndrome confusional añadido.

2. Afasia sensitiva: No entiende, por lo que no obedece órdenes sencillas. Además, no se muestra orientado en persona, que sí está conservado en la mayoría de los SCA. El lenguaje está mal construido pero no disártrico.

3. Brote psicótico: están orientados, pero con pensamiento desestructurado. En general, los comportamientos psiquiátricos que aparecen en pacientes de más de 40 años, sin historia psiquiátrica previa, deben hacer pensar en un SCA subyacente.

TRATAMIENTO:

1. Tratamiento etiológico cuando sea posible.

2. Tratamiento sintomático.

1. Medidas ambientales: evitar cambios de lugar y de acompañante, mantener una buena iluminación, evitar ruidos, mantener orientado en lo posible al paciente, etc.

2. Fármacos:

i. Revisar la medicación que toma el paciente y ajustarla, retirando los fármacos que no sean necesarios o posibles causantes de la clínica.

ii. Los neurolépticos son los fármacos de elección si el paciente precisara medicación para control de su comportamiento. Se usarán preferiblemente los atípicos o de nueva generación, por presentar menos efectos secundarios, especialmente extrapiramidales.

- Risperidona: 1mg/24h el primer día, 1mg/12h el segundo día. Aumentar progresivamente. Máximo 6 mg/24h.
- Olanzapina: 2,5mg/24h el primer día, 5mg/24h el segundo día. Aumentar progresivamente. Máximo 15mg/24h. 1 ampolla IM si agitación.
- Tiapride: 100 mg/24h el primer día. Aumentar progresivamente. Máximo 800 mg/24h. 1 ampolla IM si agitación.
- Haloperidol: variable según el grado de sedación deseado.
- Levomepromacina: variable según el grado de sedación deseado.

iii. Benzodiazepinas de acción intermedia: se usarán para tratamiento del insomnio o como ansiolítico.

- Bromazepam: 1,5-6mg/8h. Máximo 12-18 mg/24h.
- Lorazepam: 1-3mg/8h. Máximo 10mg/24h.

El pronóstico depende de varios factores: de la causa, de la duración,

etc. En general puede durar desde pocos días a varias semanas, siendo más prolongado generalmente en los ancianos. El diagnóstico y tratamiento precoces se asocian a un mejor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA.

1. P. de Castro. Paciente con alteración del nivel de conciencia. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (Supl. 1): 87-97.
2. Porta-Etessam J. Síndrome confusional agudo. Curso de urgencias en neurología. Neurología 2006; 2: 7-10.
3. Síndrome confusional agudo. Demencia. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª edición. Capítulo 73, página 997.
4. Paciente confuso. Guía clínica fisterra.com 2008.
5. Tejeiro Martínez J, Gomez Sereno B. Diagnostic and therapeutic guideline for acute confusional syndrome. Rev Clin Esp. 2002; 202(5):280-8.

TABLAS

TABLA 1: Criterios diagnósticos DSM-IV del síndrome confusional agudo

- Alteración de la conciencia con disminución para centrar, mantener o dirigir la atención.
- Cambio en las funciones cognitivas (déficit de memoria, desorientación, alteración en el lenguaje, etc.) 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 período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Demostración a lo largo de la historia, de la exploración física y de las pruebas complementarias de que la afectación es un efecto directo de una enfermedad médica.

TABLA 2: Principales causas del síndrome confusional agudo³
• Fármacos:

- Intoxicación y síndromes de privación: alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, anfetaminas, cocaína.
- Anticolinérgicos: atropínicos, biperideno, escopolamina, trihexifenidilo, atihistamínicos, antidepresivos, neurolépticos.
- Analgésicos opiáceos: codeína, meperidina.
- Antagonistas de los Receptores H2: cimetidina, ranitidina.
- Antiparkinsonianos: amantadina, bromocriptina, levodopa, pergolida.
- Antiepilépticos: fenobarbital, fenitoina, valproato, carbamacepina, primidona.
- Antimigrañosos: ergotamínicos, metisergida, propranolol.
- Corticoides: hidrocortisona, prednisona.
- Broncodilatadores: teofilina, aminofilina.
- Agentes cardiovasculares: antiarrítmicos (lidocaina, procainamida, quinidina), cardiotónicos (digoxina), antihipertensivos (atenolol, metoprolol, propranolol, timlol, captopril, clonidina, metildopa, nifedipino, verapamilo, prazosina, reserpina).
- Diuréticos: acetazolamida.
- Anticoagulantes: cumarínicos.
- Antidiabéticos: sulfonilureas.
- Antieméticos: metoclopramida.
- Antimicrobianos: aciclovir, aminoglucósidos, cefalexina, penicilina, ticarcilina, cicloserina, ciprofloxacino, ofloxacino, cloranfenicol, tetraciclina, vancomicina, metronidazol, colistina, anfotericina B, griseofulvina, cloroquina, mefloquina, etambutol, isoniácida, rifampicina, qinacrina.
- AINES: AAS, fenilbutazona, ibuprofeno, indometacina, naproxeno, sulindaco.
- Antineoplásicos: 5-fluoracilo, asparaginasa, bleomicina, citarabina, clorambucilo, inteleucina-2, metotrexato, procarbina, tamoxifeno, vinblastina, vincristina.
- Otros: disulfiram, vitamina D, metrizamida.

• Trastornos metabólicos:

- Hipoxia.
- Endocrinopatías: hipoglucemia, crisis hipertiroideas, mixedema, crisis Addisonianas.
- Insuficiencia orgánica: hepática, renal, pancreática, cardíaca, respiratoria.
- Alteraciones hidroelectrolíticas: deshidratación, hipo o hipercalcemia, hipo o hipermagnesemia, hipo o hipernatremia, acidosis, alcalosis, hipercapnia.
- Déficit de vitaminas: tiamina.
- Exposición a tóxicos: alcohol, monóxido de carbono.

• Fiebre e infecciones:

- No neurológicas: infección urinaria, neumonía, bacteriemia, sepsis, endocarditis.
- Neurológicas: meningitis, encefalitis, cerebritis, absceso cerebral.

• Trastornos vasculares:

- No neurológicas: infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar.
- Neurológicas: ictus cerebral, hemorragia subaracnoidea, encefalopatía hipertensiva, migraña, vasculitis del sistema nervioso central.
- Infarto talámico bilateral: produce somnolencia, no coma, de manera que el paciente despierta al estimularlo, se mantiene orientado. Puede ir acompañado de un déficit motor (generalmente hemiparesia y limitación de la mirada vertical), o no.

• Epilepsia:

- Síndrome confusional agudo ictal: status de ausencia, status parcial complejo, status tónico sin convulsiones.
- Síndrome confusional agudo postictal.
- Síndrome confusional agudo interictal: incluye el delirium epiléptico, que consiste en la aparición de irritabilidad, agitación y síntomas afectivos asociados a crisis inminentes.
- Status no convulsivo: generalmente se produce en pacientes epilépticos conocidos o con daño vascular cerebral antiguo. Se debe hacer un EEG urgente. Mejoran espectacularmente con fármacos antiepilépticos.

• Cirugías mayores y factores perioperatorios.
• Miscelánea:

- Causas no neurológicas: discrasias sanguíneas, síndromes de hiperviscosidad, golpe de calor, electrocución, Porfiria, lupus eritematoso.
- Causas neurológicas: traumatismo craneo-encefálico, hematoma subdural crónico, amnesia global transitoria, encefalopatía de Wernicke.
- Cuadro funcional/psicógeno.