

## 1408 - SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

*Medina Rodríguez, Manuel*

*González Oria, Carmen*

*Villar Fernández, Esperanza Macarena*

### CONCEPTOS

Es el trastorno del estado mental más frecuente en personas de edad avanzada ingresadas en un hospital. Aunque se trata, en general, de un cuadro reversible y de corta duración, asocia una morbi-mortalidad considerable (10-26%).

No se considera una enfermedad como tal sino un síndrome con múltiples causas precipitantes. Las características que lo definen son:

- Capacidad reducida para enfocar, sostener y cambiar la atención.
- Cambios cognitivos (disminución de la velocidad, claridad y coherencia del pensamiento) no explicables por una demencia.
- Desarrollo en un corto periodo de tiempo (horas-días) con curso fluctuante.
- Evidencia de un claro factor desencadenante (enfermedad médica, intoxicación, abstinencia o efecto secundario farmacológico).

Además, se pueden añadir alteraciones del comportamiento, afectividad y del sueño (hipersomnia diurna). De todo lo nombrado, la pérdida de atención es el síntoma cardinal.

Debe diferenciarse en la evaluación de un SCA aquellos factores de riesgo (aumentan la vulnerabilidad basal a padecer el cuadro) y factores precipitantes.

Entre los factores de riesgo se encuentran fundamentalmente la demencia, la Enfermedad de Parkinson, el antecedente de ictus previo, la edad avanzada y las alteraciones de los sentidos como vista, presbiacusia...

### CLÍNICA

El diagnóstico del SCA es eminentemente clínico, por lo que el reconocimiento de los síntomas es crucial y resulta interesante una buena anamnesis a los familiares. Cualquier médico que atienda un paciente con sospecha de SCA debe saber realizar correctamente un diagnóstico diferencial con afasias de tipo sensitivo.

- Alteración de la conciencia: disminución de la reactividad a los estímulos, tendencia al sueño...En el otro extremo se encuentran los pacientes con delirium, que se encuentran hipervigilantes y suele aparecer en situaciones de privación de sustancias.
- Cambios cognitivos: lenguaje tangencial, desorganizado y con alteración del flujo, incluyendo alucinaciones. Estos cambios cognitivos están en relación con la afectación de la atención. Aparecen, en ocasiones, delirios persecutorios, disforia, irritabilidad.
- Alteraciones del comportamiento. Conductas autoagresivas o hacia el personal sanitario, tendencia a la caída de la cama, pérdida del control de esfínteres...
- Alteraciones del ciclo vigilia-sueño. Es muy típico la somnolencia diurna con insomnio nocturno, asociando sueños vívidos.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración neurológica debe ir encaminada al despistaje de signos que indiquen focalidad aguda neurológica y que tradujeran afectación estructural. En la valoración del paciente con sospecha de SCA es fundamental el estudio de la atención. A continuación, se enumeran algunas pruebas útiles, fáciles de realizar y que aportan valiosa información sobre el estado de la atención del paciente.

- Recuento de días de la semana en sentido directo e inverso. Los pacientes con déficit de atención tienen dificultad para contar los días de la semana en orden directo, y son incapaces de realizar el conteo en sentido inverso.
- Tareas de función continua. Se explica al paciente que debe dar una palmada cada vez que escuche la letra A. Aquellos pacientes con disminución de la atención darán una palmada con cada letra, independientemente de si decimos la letra A u otra cualquiera.
- Examen de perseverancia. Se le pide al paciente que durante 60 segundos diga nombres de animales, frutas, verduras. Se considera normal si nombra más de 10, sin repetición ni intrusiones.

Como herramienta clínica de screening se puede utilizar el Confusion Assessment Method, que presenta una sensibilidad del 94-100% y especificidad del 90-95% para el diagnóstico de SCA.

## CONFUSION ASSESMENT METHOD

CARACTERÍSTICA	VALORACIÓN
1. Inicio agudo y curso fluctuante	¿Ha habido un cambio agudo en el estado mental basal previo del paciente? ¿Fluctuaba el comportamiento anormal durante el día, aparecía y desaparecía o aumentaba y disminuía?
2. Inatención	¿Tiene el paciente dificultad para enfocar la atención, se muestra distraído o es incapaz de seguir una conversación?
3. Pensamiento desorganizado	¿Presentaba el paciente un discurso tangencial, que se va por las ramas, divagador, irrelevante, con flujo de ideas ilógico y cambios imprescindibles de tema conversacional?
4. Alteración del nivel de conciencia	El paciente se puede encontrar normal, vigilante, tendente al sueño, estuporoso o en coma
El diagnóstico de SCA requiere la presencia de las características 1 y 2 más uno de los otros ítems (3 y 4).	

## DIAGNÓSTICO

Para el manejo y diagnóstico de un paciente con SCA en el área de Urgencias es necesario solicitar:

- Analítica completa (incluyendo coagulación) con perfil abdominal si se sugiere patología a dicho nivel.
- Elemental de orina para descartar foco infeccioso en el tracto urinario.
- Radiografía de tórax.
- TC de cráneo simple.
- Punción lumbar diagnóstica en caso de que todas las pruebas sean negativas.

Si existen dudas de posible focalidad, se debe contactar con el neurólogo de guardia.

Existe el fenómeno de la puesta de sol, característico de pacientes con demencia e institucionalizados, consistente en una alteración del comportamiento que ocurre típicamente al caer la tarde en relación con alteraciones del ritmo circadiano y factores relacionados.



## TRATAMIENTO

Es crucial en el SCA hallar la causa que esté desencadenando el cuadro y tratarla. Una vez instaurado el tratamiento para la causa se deben aportar medidas para paliar los síntomas y evitar la progresión del cuadro.

- **Cuidados básicos.** Asegurar correcta hidratación y nutrición, potenciar la movilidad de los pacientes y evitar, si es posible, medidas de sujeción mecánica. Se considera útil en pacientes ancianos asegurar el uso de gafas o audífonos en caso necesario.
- **Manejo familiar.** Se solicita a los familiares que estimulen al paciente continuamente, intentando mantener conversaciones y al paciente despierto durante el día.
- **Medicación.** Son de elección los antipsicóticos, ya sean clásicos (haloperidol o clorpromazina) o atípicos (quetiapina, risperidona...). El haloperidol a dosis de 0.5-1 mg día vía oral o im es una buena opción, aunque también se puede emplear risperidona 0.5 mg/día. El uso de antipsicóticos aumenta la mortalidad en los pacientes con SCA por lo que su uso debe ser limitado. La única indicación de las benzodiacepinas aprobada es en *delirium tremens*.

