

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

REBECA MESADO REVIEJO
R1 MFYC HGUV

TUTORA: Mónica Descalzo. Médico adjunta. Medicina Interna HGUV

OBJETIVOS

Reconocer el síndrome
confusional agudo

Conocer su
manejo

Saber cómo
prevenirlo

INDICE

1. Epidemiología
2. Casos clínicos
3. Semiología
4. Clasificación
5. Diagnóstico
6. Diagnóstico diferencial
7. Tratamiento
8. Conclusiones



EPIDEMIOLOGÍA

- Incidencia del 3-29%
- Prevalencia del 10-31%
- Prevalencia pacientes ancianos institucionalizados 3-40%
- Prevalencia en unidades quirúrgicas 15-61%
- Prevalencia unidades medicina intensiva 20-80%
- Mortalidad hospitalaria 41%
- Tasa de mortalidad al año del diagnóstico 38%
- Solo el 50% de los SCA aparece reflejado en los informes de alta

DATOS HGUV

servicioalta	fechaalta	textodiaging
MIN	07-jul-21	CUADRO CONFUSIONAL AGUDO EN CONTEXTO DE ITU. SEPSIS DE ORIGEN URINARIO.ICC DESCOMPENSADA
MIN	16-jul-21	INFECCION DEL TRACTO URINARIO DERRAME PLEURAL IZQUIERDO A ESTUDIOSINDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDA
MIN	22-jul-21	SEPSIS DE PROBABLE ORIGEN URINARIO SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO FRACASO RENAL AGUDO.
MIN	26-jul-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO
MIN	20-ago-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO
MIN	07-sep-21	-SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO -FIBRILACIÓN AURICULAR PARÓXISTICA -ANEMIA EN ESTUDIO, SINDROME CONS
MIN	08-sep-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO A ITU
MIN	13-sep-21	CLAUDICACIÓN FAMILIAR NEGATIVA Y RECHAZO A LA INGESTA AGITACION
MIN	05-oct-21	- SINDROME CONFUSIONAL, AGUDO HIPOACTIVO - ITU (TRATADA CON LEVOFLOXACINO HASTA 19/09/2021)- ANTE
MIN	15-oct-21	SINDROME CONFUSIONAL AGUDO
MIN	25-oct-21	SINDROME CONFUSIONAL AGUDO SEPSIS FOCO URINARIO
MIN	29-oct-21	SINDROME CONFUSIONAL AGUDO POR ITU
MIN	03-nov-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO
MIN	12-nov-21	SINDROME CONFUSIONAL AGUDO ITU
MIN	16-nov-21	SEPSIS SINDROME CONFUSIONAL AGUDO AGUDIZACION EPOCITU
MIN	19-nov-21	CUADRO CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO A:FRACASO RENAL AGUDO DE ORIGEN PRERRENAL SEPSIS DE ORIGEN URIN
MIN	23-nov-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO A ESTUDIO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE DEMENCIA DE BASE.
MIN	23-nov-21	SD CONFUSIONAL AGUDO
MIN	24-nov-21	INSUFICIENCIA CARDIACA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
MIN	24-nov-21	SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN MODERADA DEL TRACTO URINARIO
MIN	07-dic-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO DE POSIBLE ORIGEN INFECCIOSO VS PSICÓGENO
MIN	09-dic-21	SD CONFUSIONAL AGUDO INFILTRADO LOBAL DERECHO
MIN	10-dic-21	SINDORME CONFUSIONAL AGUDO EN CONTEXTO DE NAC EN LA COMUNIDAD
MIN	14-dic-21	SINDRÓME CONFUSIONAL AGUDO EN CONTEXTO DE ITU E INFECCIÓN RESPIRATORIA
MIN	27-dic-21	AGITACIÓN EN PACIENTE CON DEMENCIA
UCP	29-dic-21	DETERIORO DEL ESTADO GENERAL NEGATIVA A LA INGESTA ITU FECALOMA POLIARTRALGIAS AGITACIÓN EN PACIEN
MIN	30-dic-21	SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

27

Fuente: Documentación HGUV

4'5 pacientes/ mes

CASO CLÍNICO Nº1

Paciente varón de 89 años ingresado en COT por fractura subcapital de fémur proximal. En su 2º día postquirúrgico se realiza IC con el servicio de MIN por desorientación completa.

Nos encontramos con un paciente con hipoacusia severa y cataratas que tiene por estos motivos poca relación social. Conseguimos comunicarnos con él, relata sus empleos en la juventud con claridad y conecta con normalidad.

A la exploración consciente y orientado en las 3 esferas con discurso fluido y coherente. Hipoacusia severa que dificulta la relación social en su domicilio



CASO CLÍNICO Nº2

Paciente varón de 81 años ingresado en MIN por deshidratación hipernatrémica. En tratamiento con *(entre otras cosas)*:

- QUETIAPINA 25 MG 2 COMPRIMIDO cada 12 horas
- RISPERDAL 1MG/1ML 1 ML cada 12 horas
- QUETIAPINA 100 MG 1 COMPRIMIDO cada 12 horas
- DEPRAX 100MG 1 COMPRIMIDO cada día

Nos avisa enfermería por que esta noche ha estado agitado sin poder conseguir descanso nocturno eficaz.



CASO CLÍNICO Nº3

Mujer de 78 años con deterioro cognitivo ingresada en MIN por ITU. Su hija está muy preocupada. Cree que su demencia ha empeorado “de repente”, tiene miedo de que su madre se quede así para siempre y está convencida de que es por haber estado todo el fin de semana sin levantarse.

A nuestra llegada se encuentra adormilada, pero se despierta con estímulos intensos.



SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Alteración del nivel de conciencia y de la atención, de instauración aguda que fluctúa a lo largo del día.

Pueden verse afectados el lenguaje, el pensamiento, la memoria, la percepción, el ciclo sueño-vigilia o la orientación. Puede ser la manifestación de una alteración orgánica subyacente, aunque en la mayoría de casos su origen es multifactorial.

Causas frecuentes del SCA

- Consumo o abstinencia de fármacos, drogas o tóxicos
- Infecciones
- Alteraciones metabólicas
- Alteraciones neurológicas/psiquiátricas
- Enfermedades sistémicas
- Daño físico

ETIOLOGÍA

Factores predisponentes

Edad avanzada, deterioro cognitivo previo (**↓acetilcolina ↑de dopamina**), episodios anteriores de delirium, hospitalización, privación del sueño, escaso uso de las lentes o las prótesis auditivas

Factores precipitantes

Polifarmacia, intervenciones quirúrgicas, sondajes, estreñimiento o impactación fecal, sujeciones físicas, desnutrición y deshidratación...



FÁRMACOS
ANTICOLINÉRGICOS Y
DOPAMINÉRGICOS

CLASIFICACIÓN

HIPOACTIVO 20-25%

- Disminución del nivel de actividad, enlentecimiento del lenguaje, letargia, apatía, bradipsiquia o inhibición

HIPERACTIVO 15-20%

- Aumento del nivel de actividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones o ideación delirante

MIXTO 35-50%

- Alterna episodios hipoactivos con hiperactivos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	S. CONFUSIONAL AGUDO	DEMENCIA	PSICOSIS	DEPRESIÓN
Instauración	Agudo	Insidioso	Agudo	Subagudo
Curso	FLUCTUANTE	Estable	Estable	Estable
Nivel de conciencia	ALTERADA	Conservada	Conservada	Conservada
Memoria	Disminuida	Disminuida	Conservada	Conservada
Atención	MUY DISMINUIDA	Parcialmente disminuida	Parcialmente disminuida	Ligeramente disminuida
Alucinaciones	Frecuentes	Escasas	Habituales	Raras

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico

Criteria DSM-V

Criteria CIE 10

Escala CAM
*Confusion
Assessment
Method*

ESCALA CAM

ESCALA CAM

1.- Comienzo agudo y curso fluctuante ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? SÍ/NO (si es NO, no seguir el test)

2.- Alteración de la atención El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación? SI/NO (si es NO, no seguir el test)

3.- Pensamiento desorganizado ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? SI/NO

4.- Alteración del nivel de conciencia Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso) SI/NO

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos



TRATAMIENTO

**TRATAMIENTO
ETIOLÓGICO**

FÁRMACOS

**MEDIDAS NO
FARMACOLÓGICAS**

TRATAMIENTO

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Promover buena iluminación, respetando el ciclo circadiano
- Fomentar el descanso nocturno, evitando despertares innecesarios
- Actividades de estimulación cognitiva
- Asegurarse de que el paciente sepa la fecha y hora, donde se encuentra, el motivo y quien le rodea
- Uso de gafas, prótesis dentales y audífonos
- Control de fármacos y tóxicos
- Asegurar nutrición e hidratación adecuadas
- Movilización temprana con máxima actividad física posible
- Evitar sujeciones físicas
- Evitar sondajes innecesarios

TRATAMIENTO

FÁRMACOS

- NEUROLÉPTICOS TÍPICOS
HALOPERIDOL: semivida corta, de acción rápida y no presenta demasiados efectos anticolinérgicos
- NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS: provocan menos efectos extrapiramidales
RISPERIDONA: acción rápida, sin efectos anticolinérgicos
QUETIAPINA
- ANTIDEPRESIVOS: Principalmente para tratar el insomnio en el SCA
TRAZODONA
MIRTAZAPINA

** BENZODIACEPINAS: solamente en deshabituaciones alcohólicas o por hipnóticos sedantes*



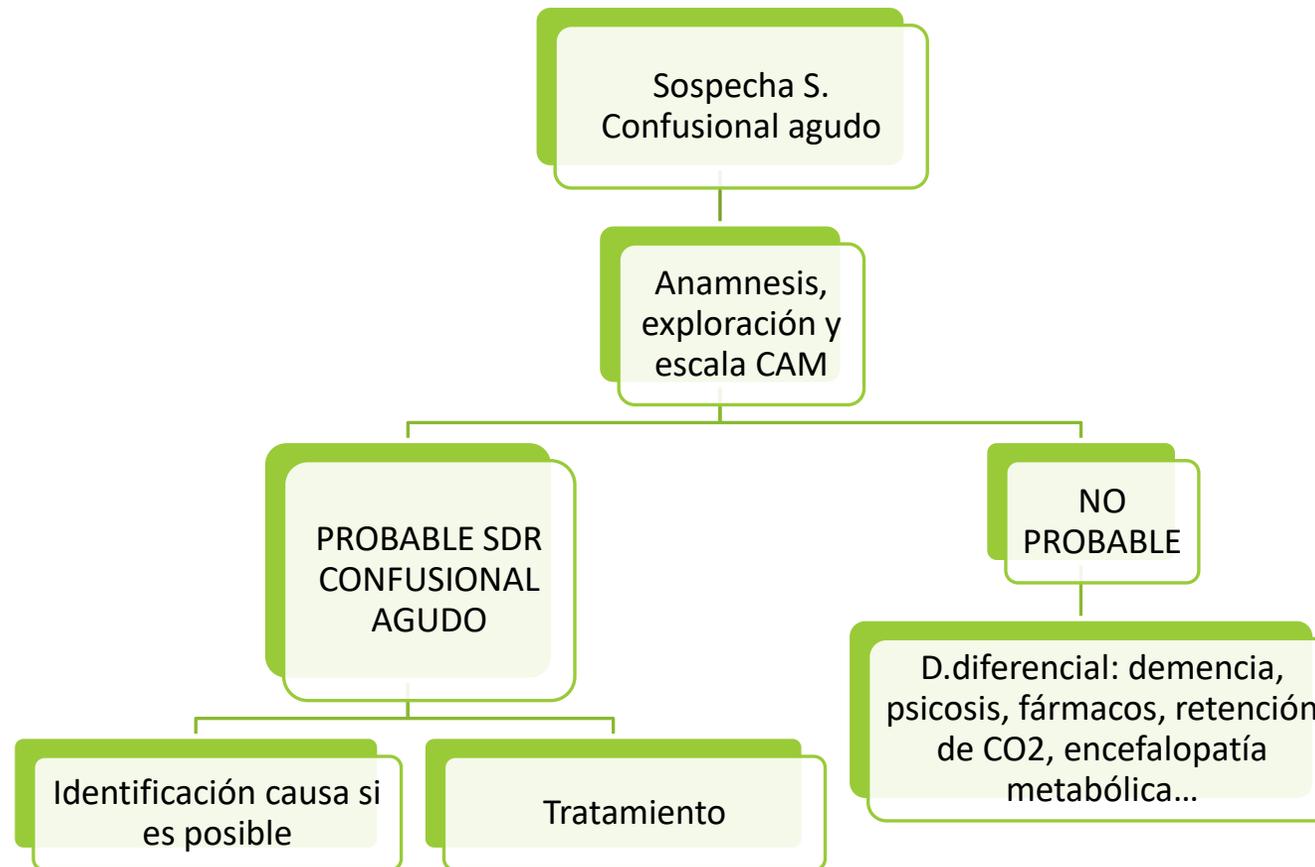
PREVENCIÓN

Es **imprescindible** hacer una **buena prevención** para evitar o minimizar al máximo el número de nuevos casos:

Medidas NO
farmacológicas

Formación de
los familiares o
acompañantes

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



CONCLUSIONES

- El síndrome confusional agudo es una alteración **brusca** de la atención y del **nivel de conciencia, fluctuante** a lo largo del día.
- Es un cuadro **frecuente** en la población anciana de origen multifactorial.
- Factor de **mal pronóstico** que aumenta la mortalidad, prolonga las estancias hospitalarias y conduce a una mayor institucionalización de los pacientes
- El tratamiento debe ir dirigido a controlar las **causas desencadenantes**. Las intervenciones **no farmacológicas** son útiles tanto para el tratamiento como para la prevención. **Reservar** el uso de medicamentos para los casos de peor control.

ANEXO

Escala CAM, (14,15) .

Síndrome confusional DSM V

- A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visuoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

ESCALA- CAM (Confusion Assessment Method)

1. Inicio agudo y curso fluctuante

¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?

¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?

2. Desatención

¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de que estaba hablando)

3. Pensamiento desorganizado

¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia

¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

1. Alerta (normal)

2. Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales)

3. Letárgico (inhibido, somnoliento)

4. Estuporoso (es difícil despertar)

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos

DSM-IV-TR: Criterios de *delirium*

- A. Alteración de conciencia con reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención.
- B. Cambios en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, por intoxicación o abstinencia de sustancias o debido a múltiples etiologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis Daniel HJ. The descriptive epidemiology of delirium symptoms in a large population-based cohort study: results from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *BMC Geriatrics*. 2014;14: 87.
2. Gutiérrez Rodríguez J. Delirium en centros residenciales para personas mayores. Estudio de la prevalencia y los factores asociados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(4):177-9
3. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), ed. Tratado de Geriatria para residentes. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2006.
4. Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009;1(4):209-21.
5. Rizzo JA, Bogardus ST Jr, Leo-Summers L, Williams CS, Acampora D, Inouye SK. Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med Care*. 2001;39:740-52.

**GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN**