


SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO



19/08/10

Silvia García Martínez_R1 M.I.
Hospital MSI (León)

Caso

- p MI: ♂ 73 años q ingresa por desorientación e inestabilidad.

Caso

- p MI: ♂ 73 años q ingresa por **desorientación e inestabilidad.**

Sd alt neuro...DD:

p SCA

p ...

p ...

p ...

p ...

p ...

p ...

p ...

¿Qué es el SCA?

p = Deterioro cognitivo agudo.

p (DSM-IV):

n 1. Consciencia.

n 2. Cognición.

n 3. Corto.

n 4. Orgánico.

p Clínica: PSQ + Etiopatogenia: Orgánica.


Clínica:




- p 1. **Consciencia:** (1ª manifestación)
 - n Atención
 - n Letargo vs hipervigilancia
- p 2. **Cognición:** (Test y previo)
 - n Memoria
 - n Desorientación
 - n Lenguaje
 - n Alt. percepción
- p 3. **Curso** ("Corto"):
 - n Agudo
 - n Inestable: noche
 - n Fluctuante
 - n Pródromo
- p 4. **Orgánico:** AGUDO
- p 5. **Otros:**
 - n Psicomotor
 - n Sueño
 - n Emocional

Caso: Clínica


- p Refiere cuadro autolimitado de 24 h de evolución consistente en desorientación en tiempo y espacio. Además, sensación de mareo, sin giro de objetos ni acúfenos, q se desencadena con el cambio postural de sedestación a bipedestación, cediendo con la sedestación. Episodio febril de hasta 38°. Sin otra clínica acompañante.
- p Los familiares añaden q permaneció consciente, levemente letárgico, con dificultad para atender a sus preguntas y discurso incoherente. Niegan alucinaciones y alt comportamiento.


Caso: Clínica

- p 1. **Consciencia:** (1ª manifestación)  Consciente. Levemente letárgico. Incapaz de focalizar atención.

- p 2. **Cognición:**
 - n Memoria  **Amnesia** del episodio
 - n **Desorientación**  en tiempo y espacio.
 - n Lenguaje  conversación **incoherente**.

- p 3. **Curso** ("Corto"):
 - n **Agudo**
 - n Inestable: **noche**
 - n Fluctuante : **autolimitado**

- p 4. **Orgánico:** AGUDO  Fiebre de hasta 38°C.

- p 5. Otros: Psicomotor  sensación de mareo e inestabilidad en bipedestación.

Epidemiología:

- p Comunidad: 1 – 2%
- p **Ancianos** (>85 años): 14%
- p Hospital: 30%
- p **IQ**: 10 – 50% (Fractura cadera, IQ ♥)
- p **UCI: 70%**
- p **Urgencias**: 10% - 30%
- p Residencias: 42%
- p **Final vida**: > **83%**

Etiopatogenia:

Fc predisponentes (\Rightarrow Sujeto **susceptible**)

+

Fc precipitantes



SCA

p **_1_ > 65 años**

p **_2_ ♂**

p **_3_ Estado funcional / Reserva cerebral basal ↓ :**

p **- Déficit sensorial - Déficit cognitivo**

p **- Depend. funcional - ↓Ingesta oral**

p **_4_ Pluripatología (orgánica):**

p **- IResp, IRC, I♥, IH/Cirrosis**

p **- Endocrinopatías, Anemia Crónica.**

Etiopatogenia:

p Fc precipitantes:

a) Fármacos

b) Tóxicos

c) Enfd orgánica

Etiopatogenia:

p Fc precipitantes:

1 Fármacos:

- **Polimedicación**
- **E.S**

Ingesta (previa y actual)

2 Tóxicos:

- **Intoxicación**
- **Sd Abstinencia**

OH

Etiopatogenia:

p Fc precipitantes:

3 Traumatismos y agresiones físicas:

- **Politrauma**
- **TCE**
- **IQ (ortopédicas, ♥)**

4 Infecciones:

- **Sepsis**
- **ITU**
- **Meningitis – Encefalitis**

5 Vascular:

- **ACV isquémico vs hemorrágico.**

Etiopatogenia:

p Fc precipitantes:

_6_Mb:

- Tr. **hidroelectrolíticos.**
- Tr. ácido-base.
- Descompensaciones **endocrinas**




_7_Patología neurológica (intracraneal) aguda:

- **Epilepsia** y estados postictales
- (ACV)
- (Infecciones)

Etiología:

p Fc precipitantes:

8 Patología orgánica aguda:

- I Resp  Hipercapnia y/o hipoxemia
- ICA / hTA grave
- IRenal  Uremia – Encefalop. Urémica.
- IHep  Encefalop. Hep. Aguda.
- Anemia aguda

9 Procesos invasivos:

- UCI

Caso: AP

- p NAMC. Ex-camarero, ex-forjador.
- p Fumador 30 cig/día durante > 30años. Exbebedor 80g/d desde hace 40 años.
- p Enfisema sin criterios espirométricos de EPOC.
- p Accidente moto a los 25 años:
 - n Amnesia retrógrada postraumática transitoria.
 - n TCE con IQ x frac múltiples.
- p Epilepsia 2ª.
- p SCA en 2009 x infección respiratoria.
- p I. venosa crónica.
- p Ateromatosis calcificada en arteria carótida dcha sin estenosis significativa.

Caso: AP

- p ♂ > 65 años.
- p NAMC. Ex-camarero, ex-forjador.
- p Fumador 30 cig/día durante > 30años. Exbebedor 80g/d desde hace 40 años.
- p **Enfisema** sin criterios espirométricos de EPOC.
- p Accidente moto a los 25 años:
 - n Amnesia retrógrada postraumática transitoria.
 - n **TCE con IQ x frac múltiples.**
 - n **Epilepsia 2ª.**
- p **SCA** en 2009 x infección respiratoria.
- p I. venosa crónica.
- p **Ateromatosis** calcificada en arteria carótida dcha sin estenosis significativa.

EF:

p 1. Gnral:

n Constantes:

p TA (shock, ACV)

p T^a (infección)

p FC (UCI, infección, hipertermia...)

p FR (Iresp), Sat O₂ (hxemia, Hcapnia...)

p Diuresis (IC...)

n Hidratación. Nutrición

n Foco infeccioso (ITU, sepsis, intracraneal...)

n Piel:

p Cianosis (Isq, I respiratoria, Hcapnia, hipoxemia)

p Ictericia (IH)

p Pinchazos aguja (ADVP)

n Aliento: Fétor (IH, OH, Uremia, cetonas)

**Episodio de fiebre
termometrada de hasta 38°**

Resto ∅

Perfil caquéctico

No.

EF:

p 2. E. Neuro:

n Nivel conciencia

n Memoria

n Orientación

n Lenguaje

n Percepción

n Psicomotor

n Sueño

n Emocional

n Focalidad

Totalmente ∅ n Flapping

n Asterixis

n Nistagmo

GCS, CAM, DAS

¿SCA?

Base orgánica

DD

EF:



EF:

- ρ **Episodio de fiebre termometrada de hasta 38°**
- ρ **Perfil caquéctico**
- ρ **Expl Neuro: ∅*****



PC:

p 1. Analítica sangre:

- n Glucemia
- n Iones
- n Cr, urea, iones
- n Hb, Hto, VCM, HCM
RDW, ferritina...
- n Leucocitos y F.
- n Perfil Hepático
- n ProBNP
- n Niveles de fcos/tóxicos

p 2. Sistemático y Sedimento orina: ITU, Tóxicos

p 3. Gasometría arterial:

- n Alc resp  Sepsis inicio, IHA, ♥, pulmón.
- n Ac mb  Uremia, cetoacidosis DM, intox metanol, sepsis final.

p 4. Micro: Orina, Esputos

p 5. TAC craneal

p 6. PL

p 7. EEG

PC:

p 1. Analítica sangre:

- n Niveles de fcos/tóxicos
 - p Niveles bajos de fenitoína y fenobarbital

p 2. Sistemático y Sedimento orina:

- n Leucocitos 25
- n Nitritos –
- n Eritrocitos 50

- n Sedimento:
 - p 2 – 5 leucos/campo
 - p 2 – 5 eritrocitos/campo

p 3. Gasometría arterial

p 4. Micro:

- n Orina: - (ABT) Esputos

p 5. TAC craneal: sin cambios respecto al previo.


p 6. PL

p 7. EEG

¿Posible ITU?

Caso: Conclusión

= **SCA**

1. **Consciencia:** Levemente letárgico. ↓ atención.
2. **Cognición:**
 - p Amnesia del episodio
 - p Desorientación tiempo y espacio
 - p Conversación incoherente.
3. **Curso :**
 - p Agudo + noche + autolimitado
4. **Orgánico:** AGUDO  38°C.
5. Inestabilidad.

EF:

- p **Episodio 38°**
- p **Perfil caquético**
- p **Expl Neuro: Ø*****

PC:

- p Orina:
 - n Leucocitos 25, Eritrocitos 50
 - n Sedimento:
 - p 2 – 5 leucos/campo
 - p 2 – 5 eritrocitos/campo
- p Uroc: - (ABT)

Compatible con **SCA**

AP:

- ♂ **73** a

- **TCE**

- **Epilepsia** postraum.

- **AP SCA**

- **Enfisema**

- **Ateromatosis**

Posible **ITU**

**= Fc
desencadente**

DD:

p **Demencia**

Insidiosa, progresiva (meses años)

No fluctuante

p **Sundowning**: madrugada + institucionalizados +no base orgánica

p **Focalidad:**

n Temporal

n Occipital

n Frontal

p **Estatus epiléptico no convulsivo.**

p **PSQ:** historia larga, sd depresivo, episodios previos...

Manejo:

p A) ¿Susceptible?  Prevención 1^a

p B) ¿SCA?  TTo  Sintomático + Causa

Manejo:

p A) ¿Susceptible?  Prevención 1ª

- n **Orientación**: familiares, fotos; reloj, calendario; luz...
- n **Movilización** precoz y no sujeción mecánica.
- n Evitar medicación **psicoactiva**.
- n **Sueño – vigilia natural** (preservar, adaptar).
- n **Percepción**: Audífonos y gafas. Luz natural. No exceso ruidos.
- n **Cognición**: estimulación cognitiva.

_↓nº episodios SCA

_NO ↓ severidad ni
recurrencia.

Manejo: B) ¿SCA?



TTo

p Sintomático:

p Id: Agitación severa

p Fco:

§ Neurolépticos: Haloperidol o APS atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina) o Clometiazol

§ BZD: Lorazepam.

§ AD: trazodona.

§ Clometiazol.

p Etiológico:

n 1. Fcos: ajustar dosis o sustituir.

n 2. Tóxicos: tto sd abstinencia

n 3. Trauma.

n 4. Infección: ABT.

n 5. Vascular.




n 6. Mb: reposición hidroelectrolítica, control glucémico.

n 7. Neuro: ajuste tto FAE; Fibrinólisis, IQ...; ABT...

n 8. **Patología orgánica aguda**: lo específico.

n 9. **Procesos invasivos**: UCI  retirar medidas invasivas si es posible.

Delirium Tremens

- p En sd abstinencia OH (deprivación).
- p 48 – 96h tras cese de ingesta OH.
- p Clínica: alt conciencia + desorientación temporoespacial + alt percepción (alucinaciones visuales_microzoopsias) + temblor.
- p Tto:
 - n Estable  Planta  Benerva, benadom, S glucosado, distraneurine.
 - n Inestable, séptico, fallo orgánico  UCI.

Bibliografía:

- p J.C. Sanchez Alonso y cols. *Sd confusional agudo: manejo diagnóstico y terapéutico*. Medicine. 2007; 9(77): 4969 – 4973.
- p H. Díaz Moreno y Cols. *Protocolo diagnóstico y terapéutico del delirium tremens*. Medicine. 2007; 9(86): 5567 – 5570.
- p Joseph Francis y cols. *Diagnosis of delirium and confusional states*. Uptodate. 2010.
- p Inouye SK. *Delirium in older persons*. N. Engl J Med. 2006; 354 (11): 1157 – 65.

Y es eso es tooodo
amigos.



Gracias.