



23/01/2008

Autores:

- Alejandro Villena Ferrer Especialista en MFyC. (2)
- Susana Morena Rayo Especialista en MFyC. (1)
- Juan Manuel Téllez Lapeira Especialista en MFyC. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC (1)
- Carmen López García Especialista en MFyC. (1)
- Pablo Pascual Pascual Especialista en MFyC. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC (3)

- (1) Centro de Salud Zona V-B Albacete
 (2) Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete
 (3) Centro de Salud Rochapea. Pamplona

Revisión y agradecimientos:

- Ma Vicenta Piqueras García Revisión. Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Ma José Castillo Ros, Ma José Román Madrigal Revisión expertas en aspectos médico-legales

Información:

Elaborada por médicos con revisión posterior.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Método de búsqueda y selección bibliográfica: no especificado [cierre búsqueda 3/2005]

Grados de recomendación [Grados de Recomendación]

Tabla de contenidos:

| Índice | Más en Fisterra |
|---|---|
| → ¿De qué hablamos? | - Puede existir un documento más completo o actualizado sobre este tema en Fisterrae [Comparación Fisterra/ Fisterra-e] [Acceso a Fisterra-e] |
| → ¿En qué situaciones lo encontramos? | - Fisterra en soporte papel [Libro: Guías para la consulta de Atención Primaria] |
| → ¿Cómo lo diagnosticamos? | - Material para pacientes [FisterraSalud] |
| → ¿Qué diagnóstico diferencial podemos hacer? | |
| → ¿Cómo lo tratamos? | |
| → Bibliografía | |

¿De qué hablamos?

Entendemos por paciente confuso aquel que ha perdido la capacidad para desarrollar un pensamiento claro y coherente. Esta situación se encuadra habitualmente en el contexto de un trastorno orgánico, aunque también puede aparecer en procesos psicóticos y acompañando a emociones intensas en trastornos neuróticos.

Nos centraremos en este punto en el cuadro confusional de origen orgánico conocido como delirium, estado confusional agudo o síndrome confusional agudo (SCA).

El SCA es un trastorno mental que se caracteriza por una disminución del nivel de conciencia, de la atención y de funciones cognitivas que se instaura de forma aguda o subaguda, tiene un curso fluctuante y su origen está en una enfermedad orgánica o en los efectos de alguna sustancia o tóxico.

Puntos clave

- Paciente confuso es aquel que ha perdido la capacidad para desarrollar un pensamiento claro y coherente, habitualmente en el contexto de un trastorno orgánico, aunque también puede aparecer en procesos psicóticos y acompañando a emociones intensas en trastornos neuróticos.
- Tabla de causas >>>
Tabla de diagnóstico >>>
Diagnóstico diferencial >>>
- El tratamiento del SCA debe incluir dos vertientes: sintomática y etiológica, por lo que en la mayor parte de los casos será necesaria la derivación del paciente

▲ ¿En qué situaciones lo encontramos?

Aunque el SCA puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente en mayores de 65 años y habitualmente nos encontramos con un paciente en su domicilio o llevado de forma involuntaria al centro de salud cuyos familiares consultan porque presenta, en las últimas horas o días, lenguaje incoherente o incapacidad para dirigir la atención.

hacia el medio hospitalario para completar un diagnóstico y un tratamiento integral >>>

➔ Algoritmo de tratamiento del SCA >>>

[Arriba ▲](#)

Las causas más frecuentes de SCA se recogen en la tabla 1.

| Tabla I. Causas comunes del Síndrome Confusional Agudo |
|--|
| Enfermedades médicas |
| Deshidratación |
| Desnutrición |
| Infecciones |
| Hipotermia/Hipertermia |
| Estado postoperatorio |
| Cambio de domicilio en ancianos |
| Nefrourológicas: insuficiencia renal, retención urinaria |
| Endocrinológicas: hipoglucemia, hiperglucemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo |
| Metabólicas: hipoxia, hipercapnia, alteraciones del equilibrio ácido/base |
| Hematológicas: anemia, policitemia, coagulación intravascular |
| Cardiológicas: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, arritmias, tromboembolismo pulmonar |
| Enfermedades del aparato digestivo: encefalopatía hepática, alteraciones pancreáticas, impactación fecal. |
| Neurológicas: accidente cerebrovascular, neoplasias, infecciones, enfermedades desmielinizantes, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia |
| Inducido por intoxicación, abstinencia o efectos secundarios de sustancias: benzodiacepinas, antidepresivos, anticolinérgicos, fármacos de acción cardiovascular, alcohol, opiáceos, tóxicos |

▲ ¿Cómo lo diagnosticamos?

Ante esta situación, la actitud diagnóstica del médico debe ir encaminada hacia dos aspectos paralelos:

- Identificar el cuadro clínico
- Identificar la etiología.

Los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV se presentan en la tabla 2.

| Tabla 2. Criterios DSM-IV de Síndrome Confusional Agudo |
|--|
| A. Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención. |

- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva (ilusiones, alucinaciones) que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto periodo 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 o más enfermedades médicas y/o está relacionada con el consumo o abstinencia de sustancias o medicamentos

Aunque se han elaborado diversas herramientas diagnósticas con aceptables niveles de sensibilidad y especificidad para el screening del SCA, las recomendaciones actuales siguen centrándose en la valoración individual de los criterios DSM-IV [C].

La secuencia de actuación diagnóstica vendrá determinada en cada caso por el estado del paciente y los recursos humanos y materiales disponibles en cada momento.

A continuación se expone una secuencia lógica de actuación en un centro de atención primaria ante un paciente confuso hemodinámicamente estable ya que, en caso contrario, todas las medidas diagnósticas y terapéuticas iniciales irán encaminadas a recuperar la estabilidad.

- Anamnesis a los familiares. En este apartado es necesario recoger información sobre:
 - Síntomas del paciente. Los más importantes desde el punto de vista diagnóstico son la dificultad para mantener o dirigir la atención de forma adecuada, la alteración del lenguaje con pensamiento desorganizado, la desorientación en tiempo y espacio y las alteraciones de la percepción como ilusiones o alucinaciones.
 - Forma de comienzo y evolución. El SCA se caracteriza por un comienzo brusco, una evolución de entre horas o días y un curso fluctuante.
 - Antecedentes inmediatos que precedieron al inicio del cuadro como fiebre, traumatismos, síntomas de infección, ingesta de sustancias o medicamentos, cambios de domicilio e inmovilización en el anciano, privación de sueño y, en definitiva, cualquier detalle que pueda hacernos sospechar una etiología orgánica. Mención especial merece la revisión de toda la medicación que toma el paciente habitualmente y de la que haya podido dejar de tomar en los días precedentes bien sea por cambios de tratamiento o bien por olvidos o interrupción voluntaria.
 - Estado basal del paciente, haciendo hincapié en las funciones cognitivas y actividades habituales para evitar la confusión con una demencia establecida. Así mismo es conveniente indagar los antecedentes psiquiátricos o sistémicos que pueda presentar.
- Determinación de glucemia capilar y temperatura. Por su rapidez y accesibilidad merecen ser incluidas entre las exploraciones iniciales con el fin de descartar hipoglucemia, descompensación diabética o fiebre elevada que nos oriente hacia un proceso infeccioso.
- Exploración física. Además de la exploración general destinada a encontrar un factor etiológico y una posible focalidad neurológica, se debe realizar una valoración del estado mental que incluya seis aspectos fundamentales:
 - Nivel de conciencia, entendiendo como tal el grado de alerta que permite al individuo relacionarse con el entorno. En el SCA el nivel de conciencia suele ser fluctuante a lo largo del día y puede variar desde la somnolencia a la hiperactividad.
 - Atención. Para explorar la atención se pueden utilizar diversas pruebas como, por ejemplo, pronunciar una serie de letras y solicitar al paciente que indique cada vez que se repita una previamente determinada. La incapacidad para mantener la atención es una de las características principales del SCA.
 - Orientación. Se explora pidiendo al paciente que identifique a personas por su nombre o parentesco o el lugar en el que se encuentra. El paciente con SCA se encuentra desorientado en tiempo, espacio y persona.
 - Pensamiento y lenguaje. El paciente con SCA pierde la capacidad de abstracción por lo que será incapaz de interpretar un refrán o encontrar relaciones entre dos palabras como pera y manzana o rojo y verde. En el SCA el pensamiento es incoherente, sin idea directriz, por lo que el discurso resulta incomprensible. Así mismo, al conversar con el paciente se observa una tendencia a perseverar en el mismo tema repitiendo las mismas respuestas ante preguntas distintas.
 - Memoria. En el paciente con SCA se ve afectada la memoria inmediata (segundos), la reciente (minutos-horas) y la capacidad de aprendizaje, mientras que la memoria remota (la información antigua) se suele observar conservada. La memoria inmediata y reciente se puede explorar pidiendo al paciente que repita una serie de números o palabras.
 - Percepción. El paciente con SCA presenta alteraciones de la percepción como ilusiones

(interpretaciones erróneas de un objeto real) y alucinaciones (percepciones de objetos o sensaciones similares a las reales pero sin que exista un estímulo real que los esté originando). Las alteraciones de la percepción se suelen objetivar durante la conversación o mediante la anamnesis dirigida a los acompañantes del paciente.

- Una vez orientado el diagnóstico hacia el SCA, será necesario confirmar la etiología orgánica mediante la realización de una serie de pruebas complementarias que, en buena medida, estarán condicionadas por el grado de colaboración del paciente y la accesibilidad a las mismas desde los servicios de urgencias de atención primaria.
 - Glucemia capilar. Debería ser realizada en la valoración inmediata del paciente para descartar hipoglucemia o descompensación diabética.
 - Pulsioximetría. Útil para descartar hipoxia.
 - Electrocardiograma. Mediante su análisis se pueden detectar arritmias y signos de sospecha de cardiopatía isquémica o de tromboembolismo pulmonar.
 - Analítica de orina mediante tira reactiva. Permite sospechar infecciones del tracto urinario.
 - La realización de Radiografía de tórax, hemograma, bioquímica básica (glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio y albúmina), gasometría y estado de coagulación estarán indicadas en aquellos servicios de urgencia de atención primaria en los que dichas pruebas complementarias se encuentren disponibles con el fin de aproximar el diagnóstico etiológico.

▲ ¿Qué diagnóstico diferencial podemos hacer?

Un episodio de confusión se puede encuadrar en el contexto de ciertas entidades distintas al SCA con las que puede ser necesario realizar un diagnóstico diferencial:

- **Demencia.** La demencia tiene un inicio gradual, una evolución crónica, un curso progresivo y no suele presentar fluctuaciones. En este caso, los acompañantes del paciente refieren una historia de deterioro cognitivo que se remonta a meses o años anteriores. El nivel de conciencia y la orientación suelen estar conservados salvo en los estadios finales. La atención y la memoria reciente pueden estar disminuidas.
- **Depresión.** La depresión es un trastorno afectivo en cuyo curso pueden aparecer episodios de confusión asociados a gran emotividad. Aunque la atención puede estar disminuida, la conciencia, la orientación y la memoria suelen estar conservadas.
- **Episodio maniaco de un trastorno bipolar.** La alteración predominante aquí es la del estado de ánimo. El paciente puede presentar humor desbordante, euforia, irritabilidad, pensamiento acelerado de contenido megalomaniaco con verborrea (lenguaje acelerado pero coherente), hiperactividad, distraibilidad e incluso alucinaciones visuales.
- **Trastorno de angustia.** La confusión también puede estar presente en el contexto de una crisis de angustia o ataque de pánico caracterizado por la aparición brusca e intensa de miedo y malestar que se acompaña de síntomas neurovegetativos, como palpitaciones, disnea, mareo, temblor, sudoración, náuseas, parestesias o escalofríos. El cuadro no suele sobrepasar los 30 minutos de duración y el paciente recuerda por completo lo sucedido.
- **Trastornos psicóticos.** En estos casos el paciente suele tener el nivel de conciencia, la capacidad de fijar la atención y la memoria intactos. Las alucinaciones son frecuentes, sobre todo auditivas y, aunque el inicio del cuadro es brusco, suele existir historia previa de enfermedad psiquiátrica o exacerbaciones.
- **Trastornos disociativos.** Son cuadros caracterizados por la alteración de las funciones integradoras de la memoria, la conciencia y la identidad. Estos pacientes pueden presentar desorientación en persona, amnesia disociativa (incapacidad para recordar información personal, conservándola intacta para la información general), fugas (viajes repentinos o inesperados) y presencia de varias identidades o personalidades.
- **Afasia de Wernicke.** Aquí los niveles de conciencia y atención suelen ser normales y la alteración fundamental está en la comprensión y en la construcción del lenguaje. No suele haber fluctuaciones y suele acompañarse de otros defectos neurológicos.
- **Amnesia global transitoria.** Se caracteriza por una incapacidad para aprender nueva información posterior al inicio del cuadro (memoria anterógrada) mientras que permanece intacta la capacidad de recordar lo aprendido anteriormente. No existen otras alteraciones cognitivas ni del nivel de conciencia.
- **Mutismo acinético.** Se caracteriza por una incapacidad de hablar junto con inmovilidad en un paciente con niveles de conciencia y atención conservados.
- **Trastorno facticio y simulación.** Los pacientes con trastorno facticio fingen síntomas físicos o psicológicos de forma repetida sin que exista trastorno o enfermedad confirmada y sin que esta conducta se justifique por la obtención de una ganancia secundaria. En la simulación el paciente finge los síntomas con la finalidad de obtener algún tipo de beneficio.

▲ ¿Cómo lo tratamos?

El tratamiento del SCA debe incluir dos vertientes: sintomática y etiológica, por lo que en la mayor parte de los casos será necesaria la derivación del paciente hacia el medio hospitalario para completar un diagnóstico y un tratamiento integral. Hay que tener en cuenta que el estado de síndrome confusional se puede mantener incluso algunos días después de haber corregido la causa etiológica, hecho que será necesario recordar tanto a la hora de derivar a un paciente a los servicios de urgencias hospitalarios como cuando es dado de alta desde el segundo nivel asistencial para continuar seguimiento por el médico de atención primaria.

El tratamiento inicial (Fig 1) del paciente con SCA debe ser individualizado dependiendo del estado del enfermo y puede incluir:

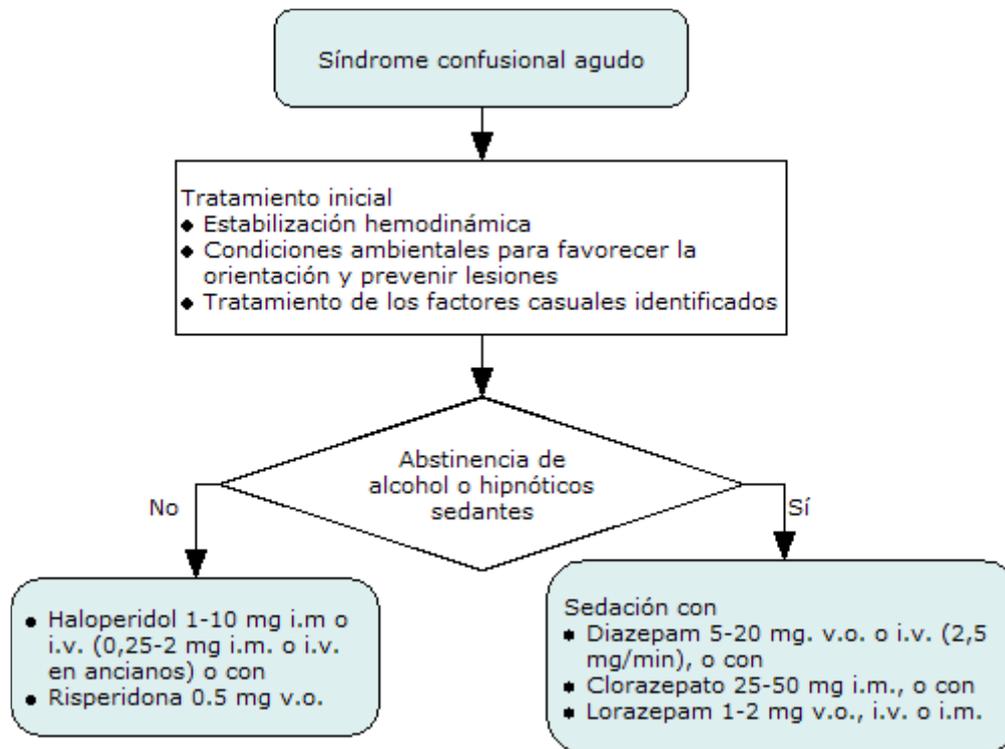
- Medidas generales de **estabilización del paciente** en caso necesario manteniendo la permeabilidad de la vía aérea y la estabilidad hemodinámica. En este apartado será necesario valorar la retirada de prótesis dentales, aspiración de secreciones orofaríngeas, canalización de una vía venosa y sondaje vesical y nasogástrico, así como la solicitud de ayuda a un servicio de emergencias móvil según los medios con los que se pueda contar en cada momento en el centro de salud.
- Proporcionar **condiciones ambientales adecuadas** para favorecer la orientación y evitar que el paciente se dañe o dañe a los acompañantes o al personal sanitario como pueden ser un trato tranquilizador en habitación tranquila, empleando preguntas sencillas, evitando ambientes ruidosos y cambios de personal o de habitación, una actitud comprensiva alejada de la discusión, evitar que el paciente permanezca solo, una iluminación completa y no olvidar las gafas y audífonos de uso personal en los pacientes ancianos [C]. Las medidas de contención física sólo deben emplearse en circunstancias excepcionales mientras no sea efectivo el tratamiento médico.
- **Corrección de los factores causantes o precipitantes** de SCA que se hayan podido detectar como hipoglucemia, deshidratación, fiebre, hipotermia, isquemia cardiaca, arritmias, intoxicaciones o síndrome de abstinencia a alcohol y otras drogas, hipoxia, retención urinaria, impactación fecal, etc.
- **Tratamiento farmacológico específico.**
 - **Antipsicóticos.** Se administran para intentar evitar las alteraciones conductuales peligrosas.
 - **Haloperidol.** Se considera el antipsicótico de elección en la mayoría de los casos de SCA llegando a controlar los síntomas con dosis de entre 1 y 10 mg/día [C].
 - Dosis inicial: 1-2 mg v.o., i.m. o i.v. pudiendo repetir cada 4 horas si es necesario y teniendo en cuenta que la v.o. tiene un pico de absorción de 2-4 horas y la vía i.m. de 30-60 minutos. La vía i.v. precisa monitorización electrocardiográfica por la posible prolongación del intervalo QT.
 - En casos de agitación grave se puede iniciar el tratamiento con dosis de 5-10 mg. vía i.m. o i.v. y, si el paciente no se controla tras 20 ó 30 minutos de observación y tampoco presenta reacciones adversas, se puede repetir la dosis.
 - En ancianos las dosis recomendadas son menores pudiendo iniciarse con 0,25-1 mg. repitiendo cada 4 horas si es necesario. En casos de agitación grave se puede iniciar el tratamiento con 2 mg.
 - En pacientes terminales el **Haloperidol** también es el fármaco de elección en el SCA [C] pudiendo asociarse a opiáceos en los casos en los que el dolor haya sido el desencadenante del cuadro.
 - Las dosis máximas de **Haloperidol** en el tratamiento del SCA no han sido todavía claramente establecidas. En algunos estudios se demuestra que dosis de 100 mg. vía i.v. o 60 mg, cuando se usa en asociación con **Benzodiacepinas**, se consideran seguras. Otros autores, sin embargo, basándose en estudios realizados en sujetos esquizofrénicos, indican que no parece razonable administrar dosis superiores a 10 mg/día ya que esta dosis mantiene saturados la mayor parte de los receptores cerebrales dopaminérgicos consiguiendo la eficacia antipsicótica en ausencia de los efectos secundarios de dosis mayores.
 - El **Haloperidol** puede inducir, entre otros efectos indeseables, distonías agudas que pueden ser tratadas mediante la administración de **Biperideno** 2.5 - 5 mg i.m. que se puede repetir cada 30 minutos hasta un máximo de 20 mg. [A] y acatisia (inquietud y necesidad de estar en constante movimiento) que suele responder a la administración de **Diazepam** 5-10 mg. v.o. [D]
 - **Antipsicóticos atípicos.** En diversos estudios se están demostrando como alternativa eficaz al **Haloperidol**.
 - **Risperidona** a dosis inicial de 0,5 mg/12 horas pudiendo incrementarla hasta 1,5-4 mg/día [C].
 - **Olanzapina** a dosis de 5-10 mg/día [C].
 El uso de ambos fármacos se ha relacionado con un aumento de accidentes isquémicos cerebrales en ancianos, por lo que su utilización en este grupo de edad será valorada con precaución.
 - **Benzodiacepinas.** Su uso en monoterapia se limita al SCA originado por síndrome de abstinencia a alcohol [A] o a hipnóticos sedantes o al asociado a convulsiones. En asociación con antipsicóticos se indican en aquellos pacientes que sólo toleran dosis bajas de éstos. En el resto de situaciones se desaconsejan.

En las indicaciones descritas pueden ser útiles:

 - **Diazepam** 5 mg v.o. o i.v. lenta (2.5 mg/min) que se puede repetir en 5-10 minutos si la primera dosis no es eficaz. Si tras 5-10 minutos la segunda dosis tampoco es eficaz se pueden administrar 10 mg más. La vía i.m. se desaconseja por su absorción errática.
 - **Cloracepato.** 25-50 mg vía i.m. que se puede repetir cada hora hasta sedación.
 - **Lorazepam** 1-2 mg v.o., i.m. o i.v. (disponible en ampollas como fórmula magistral).
 - Otros

- Vitamina B1 en alcohólicos o malnutridos [D].
- **Traslado** del paciente a un servicio de urgencias hospitalario para completar diagnóstico y valorar el ingreso.

Fig 1. Algoritmo de tratamiento del SCA.



Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

▲ Bibliografía

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. [Internet]. 1999. [Resumen en [NGC](#)]. [[Texto completo](#)].
- Altimir Losada S, Prats Roca M. Síndrome confusional en el anciano. Med Clin (Barc) 2002;119 (10):386-9 [[Medline](#)]
- Brown TM, Boyle MF. Delirium. BMJ. 2002 Sep;325(7365):644-7 [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
- Espino DV, Jules-Bradley AC, Johnston CL, Mouton CP. Diagnostic approach to the confused elderly patient. Am Fam Physician.1998 Mar;57(6):1358-66 [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
- Gleason OC. Delirium. Am Fam Physician. 2003 Mar;67(5):1027-34 [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
- Han CS, Kim YK. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. Psychosomatics. 2004 Jul-Aug;45(4):297-301 [[Medline](#)]
- Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Confusion assessment method in the diagnostics of delirium among aged hospital patients: would it serve better in screening than as a diagnostic instrument? Int J Geriatr Psychiatry 2002;17(12):1112-9 [[Medline](#)]
- Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art No.: CD004770.DOI: 10.1002/ 14651858.CD004770. [[Resumen](#)] [Texto completo en la [Biblioteca Cochrane Plus](#)]
- [Mayo-Smith MF](#), [Beecher LH](#), [Fischer TL](#), [Gorelick DA](#), [Guillaume JL](#), [Hill A](#) et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Arch Intern Med. 2004; 164(13): 1405-12 [[Medline](#)]
- Meagher DJ. Delirium: optimising management. BMJ 2001 Jan;322(7279):144-9 [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
- Mittal D, Jimerson NA, Neely EP, Johnson WD, Kennedy RE, Torres RA, Nasrallah HA. Risperidone in the treatment of delirium: results from a prospective open-label trial. J Clin Psychiatry 2004;65 (5):662-7 [[Medline](#)]
- Parellada E, Baeza I, de Pablo J, Martínez G. Risperidone in the treatment of patients with delirium. J Clin Psychiatry 2004;65(3):348-53 [[Medline](#)]

- Tauscher J, Tauscher-Wisniewski S, Kasper S. Treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry 2000;157(10):1711 [[Medline](#)]
- Tejeiro Martínez J, Gómez Sereno B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. Rev Clin Esp 2002;202(5):280-8 [[Medline](#)]