



# PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

---

Servicio de Cardiología

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

# ÍNDICE

---

INTRODUCCIÓN (Pág. 2).

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (Pág. 2).

Sospecha clínica (Pág. 2).

Tipos de presentación clínica (Pág. 2).

Escala para valorar el estado confusional (Pág. 3).

FACTORES DE RIESGO (Pág. 4).

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN (Pág. 5).

TRATAMIENTO (Pág. 7).

ESQUEMA PROPUESTO PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL SÍNDROME  
CONFUSIONAL AGUDO (Pág. 9).

BIBLIOGRAFÍA (Pág. 10).

## INTRODUCCIÓN

---

El **síndrome confusional agudo (o delirio)** es un estado **fluctuante** del nivel de consciencia, asociado a cambios graves en función cognitiva y pensamiento desorganizado. Es de **carácter agudo**, manifestándose habitualmente en horas o días, y se produce en el contexto de una enfermedad orgánica o como consecuencia del uso o abstinencia de determinadas sustancias. Se trata del trastorno neuropsiquiátrico **más frecuente** en el paciente crítico. Es una situación común con importantes repercusiones: aumento de la mortalidad, hospitalizaciones prolongadas, aumento de los costes hospitalarios y mayor riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo.

## DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

---

### ▪ SOSPECHA CLÍNICA

Se debe sospechar en pacientes ancianos o con comorbilidades, que presenta un cuadro de alteración de la atención y del nivel de consciencia que se presenta de forma aguda (horas o pocos días) y que fluctúa en el tiempo a lo largo del día. Estos síntomas no se deben explicar mejor por otra alteración neurocognitiva.

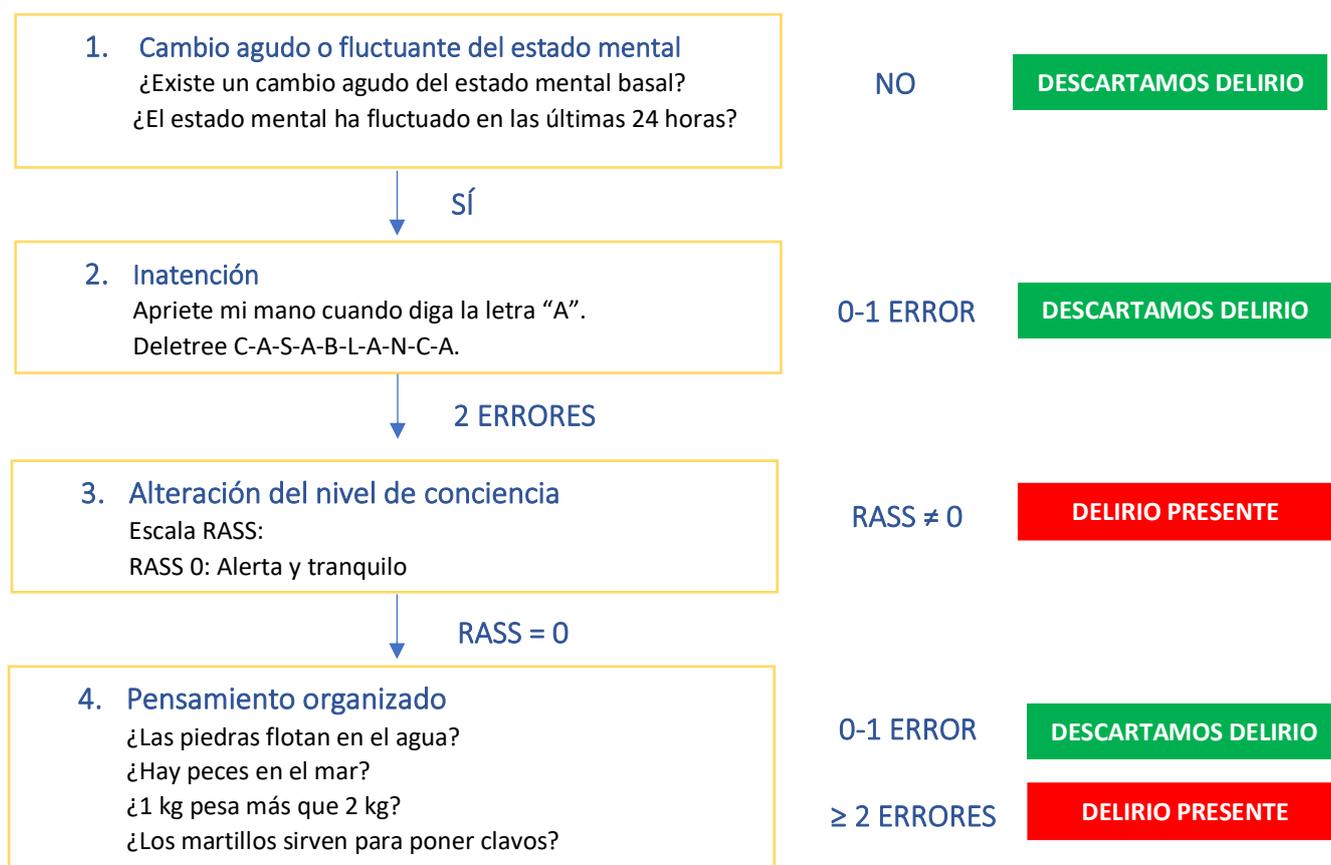
### ▪ TIPOS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

Existen tres tipos clínicos de presentación del síndrome confusional agudo el **hiperactivo** (15-25% de los delirios) se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante, el **Hipoactivo** (20-25% de los delirios) que se da con más frecuencia en ancianos y se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento, letargia, apatía e inhibición y el **mixto** (35-50% de los delirios) que alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.

## ▪ ESCALA PARA VALORAR EL ESTADO CONFUSIONAL

La escala que emplearemos para valorar el estado confusional es la **CAM-ICU** (UCI Confusion Assessment Method For The ICU).

### ESCALA CAM - ICU



#### Escala RASS (Richmonn Agitation Sedation Scale):

+4	<b>Combativo.</b> Ansioso, violento
+3	<b>Muy agitado.</b> Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc...
+2	<b>Agitado.</b> Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
+1	<b>Ansioso.</b> Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
0	<b>Alerta y tranquilo</b>
-1	<b>Adormilado.</b> Despierta con la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
-2	<b>Sedación ligera.</b> Despierta con la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
-3	<b>Sedación moderada.</b> Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada
-4	<b>Sedación profunda.</b> No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física
-5	<b>Sedación muy profunda.</b> No hay respuesta a la estimulación física

## FACTORES DE RIESGO

El delirio rara vez es causado por un único factor, por lo que es considerado un síndrome de etiología multifactorial. Dichos factores pueden ser divididos en predisponentes y precipitantes y se describen a continuación.

### FACTORES DE RIESGO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

**TABLA 1: FACTORES PREDISPONENTES**

- Edad avanzada.
- Sexo masculino.
- Demencia.
- Grado de la demencia.
- Enfermedad de Parkinson.
- Depresión.
- Enfermedad en fase terminal.
- Enfermedad vascular cerebral.
- Infección por VIH.
- Gravedad de la enfermedad culpable.
- **Deterioro visual o auditivo.**
- **Deprivación del sueño.**
- **Dependencia funcional.**
- **Inmovilidad.**
- **Fractura de cadera.**
- **Dependencia de sustancias.**
- **Trastornos metabólicos.**

**TABLA 2: FACTORES PRECIPITANTES**

- Ingreso en una unidad de críticos.
- Cirugía cardíaca y ortopédica.
- **Fármacos (\*).**
- **Mal control del dolor.**
- **Alto número de procedimientos.**
- **Retirada súbita de drogas o fármacos.**
- **Malnutrición.**
- **Sujeción física.**
- **Anemia.**
- **Hiponatremia.**
- **Hipoxemia (ICC).**
- **Hipo/hiperglicemia.**
- **Hipo/hipertiroidismo.**
- **Fallo renal.**
- **Infección de tracto urinario.**
- **Sonda vesical.**

**SEÑALADOS EN ROJO:** AQUELLOS FACTORES SOBRE LOS QUE PODEMOS ACTUAR (VER APARTADO “ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN”).

(*) FÁRMACOS Y DROGAS PRECIPITANTES	
<b>Anticolinérgicos</b>	Antieméticos, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, <b>atropina</b> .
<b>Sedantes y analgésicos</b>	Benzodiazepinas, barbitúricos, ketamina, opioides.
<b>Anticonvulsivantes</b>	Fenitoína, valproato.
<b>Cardiovasculares</b>	<b>Procainamida, lidocaína, digoxina, diuréticos, propanolol, nifedipino, nitroprusiato.</b>
<b>Antibióticos</b>	Penicilinas, aminoglucósidos, sulfamidas, cefalosporinas, carbapenems, metronidazol,
<b>Antagonistas H2</b>	Ranitidina, cimetidina.
<b>Drogas</b>	Alcohol, cannabis, cocaína, heroína ( <i>por consumo y abstinencia a las mismas</i> ).
<b>Otros</b>	Aciclovir, anfotericinas, litio, metoclopramida, esteroides, quimioterápicos.

## ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La **prevención** es la manera **más eficaz** de reducir la incidencia de síndrome confusional agudo en el paciente crítico. Se basa en tres hechos: medidas generales aplicables a todos los enfermos, actuar sobre los factores de riesgo modificables y fármacos como profilaxis en determinadas situaciones.

### 1) MEDIDAS GENERALES

El paciente no debe estar completamente aislado.
La estancia debe estar iluminada.
Ayuda para mantener la orientación (presencia de reloj, calendario, etc.).
Incorporar a los familiares en los cuidados del enfermo.
Todo el personal en contacto con el paciente debe llevar identificación y presentarse cuando se dirige a él.
Proporcionarle al paciente información sobre su estancia, motivo de ingreso, etc.
Explicar al paciente todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo.
Actividades terapéuticas programadas: discusión y conversación sobre cuestiones de actualidad o interés, recuerdos estructurados, etc.
Permitir la dentadura postiza, periódicos, lecturas, música y radios (en medida de las posibilidades del paciente).

### 2) ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

**Son los factores de riesgo resaltados en rojo previamente.**

<b>Uso de gafas y audífonos.</b> Limpieza ocular y auditiva.
<b>Evitar la privación del sueño:</b> evitar la sedación farmacológica y favorecer el sueño por medios naturales: oscuridad y silencio, bebidas nocturnas (vaso de leche o infusión no estimulante), ajuste de los horarios de medicación y toma de constantes para respetar las horas de sueño.
<b>Movilización precoz,</b> sesiones de ejercicios pasivos y ejercicios activos.
<b>Identificación de los pacientes con alto riesgo de caídas</b> (escalas validadas, fragilidad).
<b>Previsión y tratamiento precoz del síndrome de abstinencia de sustancias,</b> tanto de sustancias previas al ingreso en la unidad (alcohol, nicotina, benzodiazepinas, opiáceos) como de sustancias administradas durante el ingreso (reducción gradual de las dosis tras sedoanalgesia prolongada).
<b>Realizar un buen control del dolor:</b> Reducir si es posible la dosis de opiáceos necesaria con el uso de otros analgésicos no opiáceos, como paracetamol y ketorolaco.
<b>Suspender de forma precoz los dispositivos invasivos</b> (sondas, catéteres) cuando dejen de ser necesarios y tratar de llevar a cabo aquellos procedimientos estrictamente necesarios.
Prestar <b>atención al cribado nutricional</b> del paciente y a los protocolos de nutrición.
<b>Limitar la sujeción física</b> en los casos necesarios bajo prescripción médica.
Vigilancia estrecha y <b>corrección temprana de los trastornos hidroelectrolíticos y prevención de la hipoxia. Monitorización estrecha de la función renal.</b>

### 3) PROFILAXIS FARMACOLÓGICA EN DETERMINADOS PACIENTES

#### Consumidores habituales de OH o grandes fumadores (abstinencia)

**DE ELECCIÓN: DIAZEPAM** → 5 MG CADA 8 HORAS (SIN ADMINISTRAR LA SIGUIENTE DOSIS SI EXCESIVA SOMNOLENCIA).

**ASOCIAR HIDROXIL. MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN.**

#### Pacientes con deterioro cognitivo de base

**DE ELECCIÓN: RISPERIDONA** → 0,25 MG CADA 12 HORAS.

#### Pacientes ancianos (o como alternativa a las BZD en prevención de abstinencia)

**DE ELECCIÓN: CLOMETIAZOL** → 192 MG CADA 8 HORAS.

# TRATAMIENTO

El tratamiento del síndrome confusional agudo no consiste en sedar a paciente, sino de aminorar los síntomas estando el paciente lo más despierto posible. La sedación excesiva puede dar complicaciones, como aspiraciones, apneas o inmovilidad. El fármaco elegido debe darse a bajas dosis y durante el menor tiempo posible.

## TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

### DE ELECCIÓN: HALOPERIDOL

#### Dosis:

- Síntomas leves: 0,5-2 mg bolo iv (puede repetirse cada 20-30 min).
- Síntomas moderados: 2-5 mg bolo iv.
- Síntomas graves: 5-10 mg bolo iv.
- Perfusión continua: si necesario (25 mg en 100 ml de SF 0.9%): Desde 10 a 140 ml/h (2,5 – 35 mg/h): vigilando efectos secundarios.

Una vez normalizada la alteración cognitiva, dosis nocturna de 0,5-1 mg vía oral durante 2-3 días más.

**Efectos secundarios:** reacciones extrapiramidales (disonía, acatisia, parkinsonismo), síndrome neuroléptico maligno, hipotensión, **prolongación del intervalo QTc (riesgo de torsade de pointes): MONITORIZAR.**

### SI NO CORRIGEN LOS SÍNTOMAS CON HALOPERIDOL

#### DELIRIUM CON AGITACIÓN GRAVE

#### Valorar **sedar al paciente:**

- Bolos de midazolam (2 mg). **Vigilar depresión respiratoria.**
- Perfusión de dexmedetomidina. **Contraindicado si bradicardia o hipotensión.**

#### DELIRIUM SIN AGITACIÓN GRAVE

#### RISPERIDONA

##### Dosis:

- Inicio: 0,25 y 0,5 mg cada 12 horas vía oral. Ir incrementando dosis en función de la evolución (máximo 6 mg diarios, repartidos en 2-4 tomas).
- Si se administra por sonda nasogástrica, se recomienda emplear la solución en gotas de risperidona.
- Requiere ajuste hepático / renal.

##### Efectos secundarios:

- Reacciones extrapiramidales.
- **Prolongación de intervalo QTc (MONITORIZAR).**

#### OLANZAPINA

##### Dosis:

- Inicio: 2,5 y 5 mg cada 24 horas vía oral. La dosis máxima es de 15 mg al día (en 1-2 tomas).
- No requiere ajustes en la insuficiencia renal.
- Monitorización estrecha en caso de alteración hepática.

##### Efectos secundarios:

- Reacciones extrapiramidales.
- **Prolongación de intervalo QTc (MONITORIZAR).**
- **Hiper glucemia grave y cetosis (MONITORIZAR).**

**SI EL PACIENTE TIENE EXTRAPIRAMIDALISMO: PARKINSON**

**DE ELECCIÓN: QUETIAPINA**

**Dosis:** 25 a 50 mg cada 4 - 12 horas.

**Efectos secundarios:** Menos efectos extrapiramidales, **prolongación del QTc (MONITORIZAR).**

**SITUACIONES ESPECIALES**

**ABSTINENCIA ALCOHÓLICA**

**DE ELECCIÓN: DIAZEPAM**

**Dosis:**

- Inicio: 10 mg cada 6-8 horas vía oral.

**ALTERNATIVA: CLOMETIAZOL**

**ASOCIAR HIDROXIL CADA 8 HORAS.**

**MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN.**

**DELIRIO HIPOACTIVO**

**METILFENIDATO**

**Dosis:**

- Inicio: Inicio: 2,5-5 mg cada 12 horas vía oral.  
No se recomiendan dosis superiores a 20 mg al día.

**Efectos secundarios:**

- HTA.  
- **Palpitaciones, riesgo de taquiarritmias.**

# ESQUEMA PROPUESTO PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

## MANEJO INTEGRAL DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Paciente que ingresa en Cardiología

1. MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN (Pág. 5).
2. IDENTIFICAR SUS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES Y ACTUAR SOBRE ELLOS (Pág. 4 y 5).
3. ¿NECESITA PROFILAXIS FARMACOLÓGICA? (TÓXICOS, DEMENCIA MUY ANCIANO) (Pág. 6).

Sospecha de delirio → ESCALA CAM-ICU (Pág. 3).

**Delirio presente**

Instaurar tratamiento  
De elección: **HALOPERIDOL**.  
Vigilancia estrecha del QT.

Si no basta con haloperidol: Valorar sedar si agitación grave y si no, asociar Risperidona / Olanzapina.

*Si Parkinsonismo previo: Quetiapina.*

*Si delirio hipoactivo: Metilfenidato.*

**Delirio descartado**

Vigilancia estrecha del nivel de conciencia.  
Incidir en medidas de prevención

## BIBLIOGRAFÍA

---

Mesa T. Diagnosis and management of acute confusional state in the critical patient in the intensive care unit. *Psiquiatría*. 2019 Mar (vol 23).

Restrepo D, Duque M, Montoya L, Berrouet MC, Rojas M, Lopera G, Giraldo K. Risk Factors and Hospital Mortality in Surgical and Non-surgical Patients with Delirium. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018 Jul - Sep;47(3):148-154.

Monte R, Rabuñal R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición de la SEMI.

Kotfis K1, Marra A, Ely EW. ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2018;50(2):160-167. doi: 10.5603/AIT.a2018.0011. Epub 2018 Jun 8.