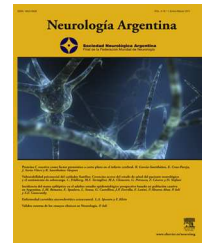




Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

Causas de cuadros confusionales agudos asistidos en el departamento de urgencias



Villate Sebastian^{a,*} y Graciana Passaglia^b

^a Residente de Neurología, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

^b Servicio de neurología, Medica neuróloga, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de julio de 2014

Aceptado el 19 de noviembre de 2014

On-line el 24 de enero de 2015

Palabras clave:

Síndrome confusional agudo

Delirium

Primer episodio

Estatus epiléptico no convulsivo

R E S U M E N

Introducción: El síndrome confusional agudo es una entidad clínica que puede deberse a múltiples causas. Si bien se presenta con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados, también pueden evaluarse en el ámbito ambulatorio y a cualquier edad. Cuadros confusionales agudos aislados que ingresan al departamento de urgencias, sin antecedentes de algo similar, pueden ser motivo de preocupación para el médico tratante.

Objetivos: Evaluar las causas de los cuadros confusionales agudos que se presentan por primera vez en el departamento de urgencias.

Método: A cada paciente ingresado se le realizó un electroencefalograma, una imagen y laboratorio para poder definir la etiología del cuadro.

Resultados: Sobre un total de 997 individuos consultantes en el servicio de guardia de un hospital de la comunidad, entre febrero y octubre del 2012, 45 cumplieron con los criterios de inclusión los accidentes cerebrovasculares (ACV) y neoplasias fueron las principales etiologías halladas.

Conclusiones: Los pacientes con cuadros confusionales evaluados por el servicio de guardia central mostraron etiologías y gravedades diferentes respecto a las descritas en enfermos hospitalizados.

© 2014 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Causes of acute confusional episode assisted at the emergency department

A B S T R A C T

Keywords:

Acute confusional syndrome

Delirium

First episode

Non-convulsive status epilepticus

Introduction: Acute confusional syndrome is a disease with multiple possible causes. It occurs most frequently in hospitalized patients, but can also be evaluated in the outpatient and at any age. Isolated episodes of delirium admitted at the emergency department (ED) with no history of anything similar, can be worrisome for the treating physician.

Objectives: To assess the causes of acute confusional episodes presented at the first time assisted at the ED.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sebastianvillate@hotmail.com, sebastianvillate@yahoo.com.ar (V. Sebastian).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.11.003>

1853-0028/© 2014 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Method: each patient admitted to the study was analyzed by EEG, laboratory and image to define the etiology.

Results: 997 patients were evaluated at emergency room of a community hospital between February and October 2012, and 45 fulfilled inclusion criteria. Strokes and neoplasms were the most common etiologies.

Conclusions: Patients with delirium evaluated at the ED showed different etiologies and severities compared to those described in hospitalized patients.

© 2014 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El síndrome confusional agudo se caracteriza por desatención, pensamiento desorganizado o fluctuaciones en el nivel de consciencia de inicio agudo y curso fluctuante¹. A lo largo de la historia, esta agrupación sindrómica fue variando y con ella sus nominaciones; alguno de los nombres otorgados fueron reacción exógena aguda, estado oniroide, síndrome mental orgánico o síndrome mental agudo^{2,3}.

Los cuadros confusionales agudos representan una complicación relativamente frecuente en los pacientes internados^{3,4}. Estos pacientes poseen una historia clínica detallada, lo cual facilita al médico tratante a determinar la etiología^{5,6}. Situaciones similares en la sala de urgencias representan un desafío mayor debido a la imposibilidad del paciente o sus familiares de fundamentar lo sucedido, más aún si se trata de un cuadro sin antecedentes similares^{6,7}. En esta última instancia los exámenes complementarios definirán si realmente se trata de un cuadro confusional agudo o síndromes clínicamente similares^{7,8}.

El objetivo de este estudio consiste en evaluar las causas de los cuadros confusionales agudos que se presentan por primera vez en el servicio de guardia.

Materiales y métodos

Pacientes

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes que concurrieron al servicio de guardia central perteneciente al Sanatorio Allende durante el periodo comprendido entre febrero y octubre del año 2012, que presentaron cuadros confusionales agudos de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos en la [tabla 1](#). Los pacientes con dicha sintomatología fueron revisados por el médico neurólogo de guardia, el cual realizó el CAM y comprobó el cumplimiento de los requisitos para su incorporación¹.

El trabajo clínico estuvo sujeto a las reglas de buena práctica clínica, según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁹. El consentimiento informado fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación en Salud del Sanatorio Allende. Aclaramos que en aquellos casos en los cuales no se pudo tomar consentimiento directo, se realizó a través de consentimiento diferido o de un familiar.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se analizaron en programa estadístico Graphpad Instat. Se obtuvo la media de edades $\pm$ desviación estándar para la muestra tomada, las variables dicotómicas fueron expresadas por porcentajes realizando estadística descriptiva.

Métodos

Los sujetos incorporados fueron evaluados por anamnesis dirigida, para identificar señales de alarma vinculados a los trastornos de conciencia^{6,7} y se completó una encuesta semiestructurada que incluyó: edad, sexo, antecedentes de episodios similares, tratamientos médicos, enfermedades congénitas; fallo orgánica; encefalopatía hipertensiva; trastornos electrolíticos y correcciones recientes; intervenciones neuroquirúrgicas de procesos vasculares cerebrales o neoplásicos; traumatismo encefálico; antecedentes oncológico; enfermedades endocrinas; procesos infecciosos; historial de epilepsia; angiografía o mielografía, administración de medio de contraste para tomografía; esclerosis múltiple; enfermedades hematológicas; antecedentes psiquiátricos o de delirium; enfermedades cerebrovasculares; se indagó acerca del consumo de fármacos en uso actual y de drogas de abuso.

En el examen físico se consideraron: signos vitales, valoración estado mental, signos meníngeos, lenguaje, pares craneales, evaluación motora, reflejos, sensibilidad, reflejo plantar y taxias.

A todos los pacientes se les realizaron los siguientes exámenes complementarios: un estudio de imágenes de cerebro según indicación con tomógrafo (Tomógrafo Siemens SomatomSensation® multicorte, 64 canales) o resonador (Resonador Philips Intera® 1,5 T, Córdoba, Argentina); medición de valores de glucemia, citológico, coagulación, gases en sangre arterial, ionograma, uremia, creatininemia, enzimas hepáticas, bilirrubina, proteína C reactiva, eritrosedimentación, creatinfosfocinasas (analizador Radio Meter ABC-800 FLEX equipado con electrodo ion selectivo); electrocardiograma (Electrocardiógrafo Fukuda Cardisuny C110) y electroencefalograma (EEG) computarizado (equipo Stellate Harmonie) de 20 canales con electrodos aplicados según sistema internacional 10-20 de 20 min de duración.

Se realizó análisis de líquido cefalorraquídeo (analizador Radio Meter ABC-800 FLEX equipado con electrodo ion selectivo), en aquellos pacientes que tuviesen signos meníngeos o

Tabla 1 – Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes con edad igual o mayor a 15 años de ambos géneros	Abstenerse de participar luego de leer correctamente el consentimiento informado
Tener consentimiento informado para participar de dicho trabajo	Antecedente de trastornos cognitivos-conductuales crónicos
Pacientes con síndrome confusional agudo según los criterios establecidos por el CAM	
Pacientes que ingresan por el servicio de guardia central del Sanatorio Allende	
Consideramos episodio agudo al evento que lleva menos de 24 h de evolución. CAM: Este test consta de 4 criterios: a) inicio agudo y curso fluctuante; b) desatención; c) pensamiento desorganizado, y d) nivel de consciencia alterado. Para el diagnóstico de delirium se requiere la presencia de a y b + c o d. CAM: Confusion Assessment Method.	

ante la falta de una etiología clara; dosajes de psicofármacos, marihuana y cocaína en orina (tiras reactivas) en pacientes con antecedentes de consumo o inconsistencia de las pruebas diagnósticas.

Resultados

De los 997 pacientes que consultaron al servicio de guardia durante el periodo estudiado, 45 presentaron síndrome confusional agudo por primera vez, lo que significa una incidencia de 4,5%. La edad promedio fue 56,3 años $\pm$ 18,2 (media $\pm$ desviación estándar [M $\pm$ DE]); el 39,5% fueron mujeres y el 60,5 fueron hombres.

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) y las lesiones tumorales fueron las etiologías más prevalentes de nuestra serie (tabla 2). El 65,1% de los pacientes incluidos presentaron cuadros confusionales sin otros síntomas acompañantes y el 34,9% restante se acompañaron de signos de foco.

Cuatro casos permanecieron sin diagnóstico etiológico, mostrando trazados electroencefalográficos alterados en forma inespecífica; estos están referidos como caso número 1, número 2, número 3 y número 4 en la figura 1 y se abordarán en la discusión.

Los métodos de imágenes establecieron el diagnóstico en el 40% de los casos, el laboratorio en el 20% y el EEG en otro 20%. Las etiologías y los exámenes complementarios utilizados se presentan en la figura 1.

Discusión

La definición del síndrome confusional agudo tal como lo conocemos en la actualidad ha tenido diversas modificaciones a través de la historia^{2,3}. Con el advenimiento del DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades, queda definitivamente incorporado como entidad. El CAM constituye un instrumento diagnóstico, recomendado por la Sociedad Neurológica Argentina, simple, práctico y presenta una alta especificidad y sensibilidad^{1,2}.

Cuadros de delirium pueden presentarse a cualquier edad, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios^{3,4,7,8}. Los estudios realizados en servicios de guardia son escasos y solo incluye a pacientes ancianos⁷. Actualmente, no contamos con trabajos científicos en nuestro medio que incorporen pacientes en el ámbito de la urgencia donde se expongan

sus causas y abordaje diagnóstico. Llamativamente, las causas de los cuadros confusionales agudos que consultaron por el departamento de urgencias no se corresponden en orden de frecuencia con las observadas en los pacientes internados según refiere la literatura. En nuestra serie predominaron las causas vasculares y tumorales (metástasis, carcinomatosis meníngea y tumores primarios del sistema nervioso central) a diferencia de los pacientes hospitalizados, donde los efectos secundarios a narcóticos, infecciones y alteraciones hidroelectrolíticas son los principales agentes causales reportados por fuentes bibliográficas^{6,8}.

Tabla 2 – Etiologías y frecuencias observadas

Etiologías	n	%
ACV	5	11,11
Meningitis	4	8,88
Casos problema	4	8,88
TEC	4	8,88
HSA	3	6,66
Estrés	2	4,44
Glioblastoma	2	4,44
Metástasis	2	4,44
Síndrome confusional agudo del paciente crítico	2	4,44
EENC	2	4,44
Postictal convulsivo	1	2,22
EEC	1	2,22
Encefalitis por CMV	1	2,22
FA	1	2,22
Mielinólisis pontina	1	2,22
Alcoholismo	1	2,22
Amnesia global transitoria	1	2,22
Encefalopatía hipóxica	1	2,22
Psicosis	1	2,22
LEPM	1	2,22
Encefalopatía HTA	1	2,22
ADEM	1	2,22
Carcinomatosis meníngea	1	2,22
Enfermedad de Alzheimer	1	2,22
Hidrocefalia	1	2,22

ACV: accidente cerebrovascular; ADEM: encefalitis desmielinizante aguda; CMV: citomegalovirus; EENC: estatus epiléptico no convulsivo; FA: fibrilación auricular; HSA: hemorragia subaracnoidea; HTA: hipertensión arterial; LEMFP: leucoencefalopatía multifocal progresiva; TEC: traumatismo craneoencefálico.

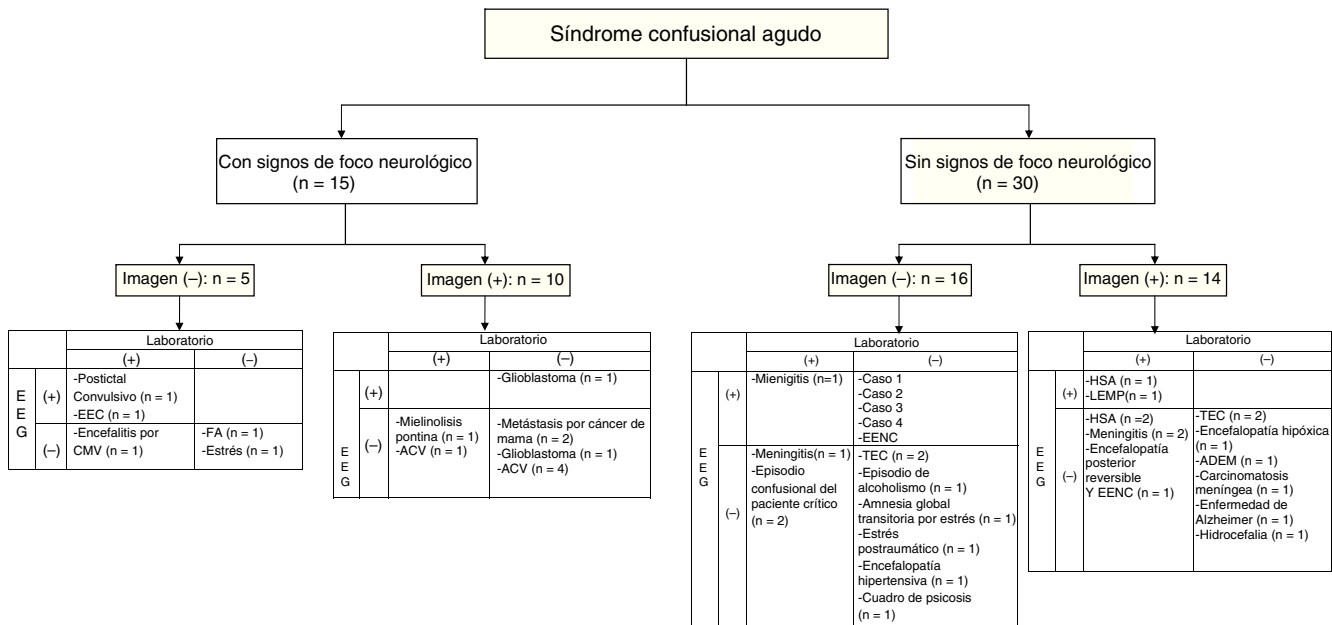


Figura 1 – Distribución por frecuencias de pacientes con síndrome confusional agudo según etiologías y exámenes complementarios empleados.

ACV: accidente cerebrovascular; ADEM: encefalomielitis diseminada aguda; CMV: citomegalovirus; EEC: estatus epiléptico convulsivo; EENC: estatus epiléptico no convulsivo; FA: fibrilación auricular; LEMP: leucoencefalopatía multifocal progresiva.

El abordaje inicial de un cuadro confusional en ámbito de guardia puede resultar dificultoso; síntomas acompañantes pueden resultar de utilidad al momento de hacer los diagnósticos diferenciales⁸. Como se aprecia en la figura 1, aquellos pacientes que en su ingreso presentaron trastornos sensitivos o motores asociados, en su mayoría resultaron secundarios a lesiones orgánicas. El laboratorio fue beneficioso al dosar serologías para virus, cultivos en los cuadros meníngeos y al constatar fallo renal o hepático en los pacientes críticos, es decir en situaciones puntuales. En nuestra serie de casos, el EEG sirvió para el diagnóstico de 2 estatus epilépticos no convulsivos (EENC), un estatus epiléptico convulsivo y 4 casos de alteraciones inespecíficas (casos 1, 2, 3, 4), 3 de estos presentaron lentificación frontal bilateral y el restante ondas lentas y agudas en forma semicontinua parietal derecha.

Es discutida la utilización del EEG en los cuadros confusionales agudos, por lo cual enfatizamos dicho punto^{10,11}. Con el fracaso de las teorías de organicidad en contextos confusionales, diversos autores comenzaron a postular factores que puedan fundamentar los síntomas sin una lesión visible¹¹. Si bien hay reportes del uso del EEG en los cuadros confusionales por más de 100 años sin ser concluyentes, nuevas teorías en donde incluyen una entidad llamada EENC hizo que se lo incorporase nuevamente a las baterías de estudios¹²⁻¹⁵. Debido a esto, EEG atípicos surgen con mayor frecuencia y generan dudas acerca de su probable origen epileptiforme o no y su tratamiento¹⁶⁻¹⁸. La problemática encontrada acerca de los casos clínicos que presentaron manifestaciones y EEG patológicos inespecíficos con imágenes y laboratorio normal es un tema de discusión mundial^{17,18}. Los casos de nuestra

serie que presentaron EEG alterados en forma parcial tuvieron una resolución benigna espontánea.

Conclusión

Los cuadros confusionales agudos pueden resultar difíciles de abordar, más aún si se trata del primer episodio. En nuestra serie, las principales causas fueron debidas a trastornos vasculares y neoplasias pero, al igual que en los pacientes hospitalizados, son diversas las etiologías encontradas con pronósticos desiguales. La correcta evaluación diagnóstica de un síndrome confusional agudo que se presente en el departamento de emergencias es esencial para determinar la gravedad del paciente y efectivizar el manejo inicial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inouye S, Dyck C, Alessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R. Clarifying confusion. The confusion assessment method: A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113:941-8.
2. Adamis D, Treloar A, Martin FC, Macdonal A. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *Hist. of Psychiatry.* 2007;18:459-469.
3. González M, Valdés M. Delirium la confusión de los clínicos. Artículo de revisión. *Rev Méd Chile.* 2003;131:1051-60.
4. Burns A, Gallagley A, Byrne J. Delirium, review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75:362-7.
5. Argente H, Álvarez M. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. 1.^a ed. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires; 2006. p. 1227-33.
6. Ropper A, Samuels M. Adams y Victor. Principios de neurología, 17. Mexico: Editorial McGraw-Hill; 2011. p. 339-62.
7. Élie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ.* 2000;163:977-81.
8. Johnson HM. Assessing confused patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001;71(1):7-12.
9. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59.^a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre del 2008.
10. Niedermeyer E, da Silva F. Electroencephalography, basic principles, clinical application and related fields, 19, 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. p. 350-9.
11. Obrecht RF, Okhomina FOA, Scott F. Value of EEG in acute confusional states. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1979;42:75-7.
12. Abdel Baki SG, Omurtag A, Fenton AA, Zehtabchi S. The new wave: Time to bring EEG to the Emergency Department. *Int J Emerg Med.* 2011;4:36.
13. Bauer G, Trinka E. Nonconvulsive status epilepticus and coma. *Epilepsia.* 2010;51:177-90.
14. Viaggio MB, Bernater R, Campanille V, Fontela ME, Grupo de trabajo de epilepsia de la Sociedad Neurológica Argentina. Status epiléptico: consideraciones clínicas y guías terapéuticas. *Rev Neurol Arg.* 2007;32:56-62.
15. Young GB, Jordan KG, Doig GS. An assessment of nonconvulsive seizures in the intensive Care Unit Using Continuous EEG monitoring: An investigation of variables associated with mortality. *Neurology.* 1996;47:83-9.
16. Kalviainen R. Status epilepticus treatment guidelines. *Epilepsia.* 2007;48 Suppl. 8:99-102.
17. Chong DJ, Hirsch LJ. Which EEG patterns warrant treatment in the critically ill? Reviewing the evidence for treatment of periodic epileptiform discharges and related patterns. *J Clin Neurophysiol.* 2005;22:79-91.
18. Cosenza Andraus ME, Fantezia Andraus C, Vieira Alves-Leon S. Periodic EEG patterns: Importance of their recognition and clinical significance. *Arq Neuropsiquiatr.* 2012;70:145-215.