

PROBLEMAS CLÍNICOS EN NEUROLOGÍA

NOTA PARA EL LECTOR: Este espacio de la Revista está dedicado a los problemas clínicos neurológicos más frecuentes en la práctica médica general. Es nuestra intención que estos temas sirvan al neurólogo para la docencia dirigida al médico general o de otras especialidades, con la finalidad de optimar la calidad de la atención de estos problemas en los servicios médicos de salud de primer nivel. El esquema que se sigue es en realidad un puente entre teoría y práctica, y comprende tres puntos básicos respecto de la actuación del médico: 1, Cómo delimita el problema clínico en cuestión; 2, Cómo diagnóstica la enfermedad causal subyacente, y 3, Cómo organiza su estrategia de atención del paciente en el servicio respectivo. Cabe advertir que artículos como el presente, de ningún modo sustituyen al dominio de los contenidos teóricos que se exponen en los textos y la literatura pertinentes. Una constante revisión crítica de los mismos es indispensable para adaptar el conocimiento nosológico general y abstracto de la enfermedad a la estrategia de atención del enfermo individual y concreto.

ATENCIÓN DEL PACIENTE CONFUSO

Pedro Ortiz C., Profesor Principal de Medicina (Neurología), Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Ex-Jefe del Servicio de Neurología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, Lima.

El paciente confuso siempre requiere atención médica urgente; por eso el médico tiene que acudir a donde él se encuentra, o tiene que recibirle en un servicio de emergencia. Hasta donde podemos intuir, es posible que el paciente confuso no tenga cómo ni de qué preocuparse; pero los miembros de su familia sin duda vivirán una situación de angustia que luego podría convertirse en una desgracia. Por su parte, el médico tiene ante sí uno de los problemas clínicos más serios y difíciles de resolver, pues sabe que un paciente que está confuso, es posible que pase al coma, y sabe que éste tiene estrecha relación con muerte cerebral. De otro lado, todos saben que un estado de confusión o delirio es también afín a la locura, y que estos cuadros son expresión de alguna enfermedad cerebral que puede dejar las formas más incapacitantes de secuela, como son las que afectan el nivel más superior de organización de una persona que es su conciencia.

En efecto, si alguien se da cuenta que una persona en la plenitud de sus capacidades, bruscamente cambia su modo de ser, y comprueba que está confusa o delira, no le será difícil imaginar que algo riesgoso está sucediendo con esa persona, y con toda razón se pensará que ella tiene una enfermedad mental o una afección grave del cerebro. Desafortunadamente, no todos saben que estos trastornos se deben a alteraciones del cerebro que pueden ser totalmente reversibles, siempre y cuando se atienda al paciente en forma oportuna y se haga todo lo debido a favor de él.

Desde el punto de vista médico, ya es tradicional estudiar los estados confusionales dentro de la categoría de los trastornos de la conciencia, junto a los de obnubilación, estupor, coma y otros estados afines. Sin embargo, es preciso reconocer que en este contexto el concepto de conciencia ha sido tomado en su significado más simple, más común. Por eso es fácil captar el sentido de estar confuso, obnubilado, inconsciente, de haber perdido el sentido, de tener compromiso del sensorio, pues todos estos términos significan no darse cuenta, no pensar con claridad. De allí la facilidad de la interpretación clínica de estos estados, aunque la existencia de una extensa y variada terminología médica al respecto, sobre todo en los círculos psiquiátricos, todavía expresa nuestras dificultades teóricas acerca de la verdadera naturaleza y significación de los procesos cerebrales subyacentes a las perturbaciones de la actividad consciente.

Lo que está claro es que estos disturbios de la conciencia se deben a una reducción de la actividad metabólica y/o funcional del cerebro, por lo que en la atención práctica del enfermo parecería que no se necesita de una exacta respuesta a la pregunta qué es en realidad la conciencia. Pero la desventaja de mantener ese vacío conceptual es que podría perderse la comprensión cabal del sistema integrado de la persona, de tal modo que mientras se atiende la alteración patológica, podría pasarse por alto el otro aspecto de la realidad que es el conjunto de los procesos internos normales del paciente, procesos que se deben cuidar tanto como los afectados por la enfermedad. En otras palabras, el cuidado de los tejidos y los sistemas sanos de un enfermo -que comprende la prevención y la atención precoz de las complicaciones no sólo de su enfermedad, sino también de los procedimientos del examen y el tratamiento-, no debe ser consecuencia colateral que se desprende del tratamiento de sus procesos patológicos actuales, sino que ambos son aspectos de la atención integral de una personalidad como es el enfermo.

Sin embargo, un enfoque de esta naturaleza requiere de una correcta concepción acerca de qué son realmente los hombres, ya que la atención médica no debe ser cuestión de arte práctico ni consecuencia de idealizaciones acerca de la dignidad humana en abstracto, sino una cuestión científica y ética en que está de por medio la integridad y la dignidad de un individuo humano concreto, situación que es aún más patente cuando la vida de esta personalidad depende de todo cuanto pueda hacer por ella el médico u otro trabajador de salud.

Debemos remarcar entonces cuan importante es que el médico disponga de una correcta concepción acerca del nivel más superior de la estructura de una personalidad que es su conciencia, y que ello le sirva para valorar debidamente el impacto que pueden causar los trastornos que la afectan. Al respecto, hemos sugerido en otro lugar que la conciencia es toda la información social que cada persona ha sido y es capaz de incorporar y codificar en su neocórtex cerebral a lo largo de toda su vida, y que esta es la clase de información en base a la cual el individuo humano se convierte en personalidad. Y si una persona se ve privada, aunque fuese en parte o por un tiempo breve, de esta clase de información -es decir, de sus capacidades afectivas, cognitivas y conativas: de sus sentimientos más superiores, de sus conocimientos y habilidades, de sus aspiraciones e ideales-, ya no será difícil imaginar cuan importante es cuidar de su integridad emocional, intelectual y moral puesta en riesgo por la enfermedad de su cerebro.

De otro lado, el hecho de que un paciente confuso tenga una alteración, reducción o pérdida de su actividad consciente, ya de por sí significa que él no podrá tomar decisiones, y que todo cuanto pueda hacerse por esta persona es de exclusiva responsabilidad de quienes le atienden, de quienes además saben o deben saber que una enfermedad cerebral de esta naturaleza puede dejarla con una forma o grado de discapacidad que, como acabamos de decir, será de una naturaleza muy diferente a la de cualquier otra. Se justifica entonces que los pacientes que pasan por estos estados de confusión o delirio merezcan de parte de los servicios médicos de cualquier nivel, un afronte integral y una estrategia de atención tan completa como de fácil aplicación que reduzca al mínimo la posibilidad de que la persona afectada pueda morir o quedar inválida.

Parte de esta estrategia es pues que todo médico disponga de una teoría consecuente como base de los principios de atención que le permitan actuar sin mayores contradicciones y con la mayor serenidad posible, dada la exigencia de tener que tomar decisiones a pesar de los pocos datos que se puedan disponer y de que no será siempre fácil acudir a un consultor.

Naturaleza del síndrome confusional

Como se sabe, cualquier enfermedad que afecte al cerebro, puede hacerlo en forma circunscrita a una región de la masa cerebral, o en forma global que comprometa la totalidad o gran parte de la misma. Es de esperar entonces que una lesión restringida a una parte del cerebro genere déficits más o menos específicos igualmente limitados a alguno de los procesos de la actividad consciente: estos desórdenes aparecerán luego como síndromes de disfunción cerebral focal u oligosistémica. Pero si el desorden patológico abarca toda o casi toda la corteza cerebral, la sustancia blanca subcortical o las estructuras axiales

bilateralmente, el compromiso de múltiples redes neurales determinará a su vez el deterioro de varios procesos psíquicos en distintas combinaciones que se expresarán en la forma de un síndrome de disfunción cerebral difusa, multifocal o multisistémica.

De otro lado, si esta forma de compromiso difuso es de curso agudo, se ha instalado en cuestión de minutos, horas o pocos días, el síndrome correspondiente diremos que es de tipo confusional, en cuyo caso es frecuente que se asocie una alteración del ciclo sueño/vigilia. Si, de otro lado, el mismo compromiso cerebral ha tenido un curso crónico, se ha instalado insidiosamente, o es secuela de una enfermedad aguda y ya dura muchos meses o años, diremos que se trata de un síndrome demencial. Esta dicotomía deja lugar para trastornos con un perfil evolutivo de varias semanas o pocos meses, que se podrían categorizar como formas de demencia subaguda, o como estados confusionales de curso prolongado. Es también de hecho posible que un paciente inicialmente confuso pueda quedar demente, y que un paciente demente pueda tener estados confusionales agudos.

Teniendo en cuenta todos estos elementos de juicio, definiremos un estado confusional como un desorden global de la actividad consciente de personas que tienen algún grado de déficit funcional del cerebro por una falla metabólica o lesión estructural generalizada o multifocal del mismo, que se produce en el curso de un proceso patológico intracraneal o sistémico, en ambos casos de curso agudo y potencialmente reversible.

El síndrome como tal incluye un amplio conjunto de trastornos de la actividad consciente, los que pueden encontrarse en un paciente dado en número variable, en diversas combinaciones y en grados tan leves como para pasar desapercibidos, o tan graves como para llamar la atención del más lego. Los más genéricos de estos trastornos son los siguientes:

- Una disminución o un incremento del nivel de actividad consciente, que abarca desde los estados de acinesia/hipersomnia hasta los de hipercinesia/insomnio (en este segundo caso puede haber incremento de la actividad autonómica, con taquicardia, midriasis, diaforesis, temblor, hipertensión);
- Una desorganización de la ansiedad, la atención y las tendencias habituales del paciente;
- Una disminución o un incremento de las capacidades afectivas (en este caso por presencia de emociones inapropiadas -como malhumor, irritabilidad, miedo, angustia, agresividad excesivos fuera de contexto), o fluctuaciones inexplicables entre ambos extremos;
- Una disminución o pérdida de sus capacidades cognitivas (como amnesia a corto plazo, desorientación para el lugar y el tiempo) o presencia de contenidos anormales (como falsas interpretaciones, delusiones, ilusiones, alucinaciones);
- Una disminución o pérdida de sus capacidades conativas (como ausencia de objetivos mediatos o inmediatos, ausencia de actividad orientada a un fin), presencia de actitudes anormales (como desconfianza, suspicacia), o pérdida de la identidad personal y la autoconciencia.

Como se puede observar, los desórdenes psíquicos del paciente pueden clasificarse como negativos o positivos: en el primer caso definimos el cuadro total como confusión; en el segundo le definimos como delirio. Sabemos que las diferencias se deben a procesos patogenéticos diferentes, como la distribución de los trastornos locales, la rapidez de su instalación, la naturaleza de la enfermedad subyacente.

En este contexto, es importante recordar que algunos pacientes con enfermedades o desórdenes cerebrales o sistémicos que comúnmente causan confusión o delirio (o demencia), pueden presentar más bien cuadros psicóticos (semejantes a los de la esquizofrenia), desórdenes afectivos (de tipo depresivo o maníaco), estados de angustia, trastornos sexuales o trastornos del sueño, como únicas manifestaciones del compromiso cerebral.

1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA CLÍNICO

Como sucede ante cualquier paciente, la delimitación de su problema de salud comprende (a) la interpretación de los datos clínicos que trae o presenta, (b) la gradación de su estado confusional, (c) la diferenciación de este último respecto de otros estados similares y (d) la clasificación de los datos clínicos asociados al cuadro propiamente confusional. El paso siguiente es la explicación diagnóstica y pronóstica del estado de salud del paciente tal como ha sido afectado por la enfermedad. Como tiene que ser, damos por entendido que el médico ya conoce perfectamente los procedimientos del examen clínico, la explicación tanto de los procesos quimiopatogenéticos y fisiopatogenéticos, así como de los psicopatocinéticos y sociopatocinéticos que determinan los desórdenes de la conciencia como manifestaciones de los desórdenes cerebrales; es decir, conoce los modelos nosológicos de las enfermedades respectivas, en especial de las que más frecuentemente se atienden en la práctica médica.

(a) La interpretación de los datos clínicos: En base a la definición anterior, diremos que un paciente está confuso cuando muestra un deterioro generalizado de su actividad consciente que se ha instalado rápidamente, de un momento a otro o en el lapso de minutos, horas o pocos días. Este deterioro puede manifestarse de diversas maneras y en diversos contextos. Así, para el médico será fácil reconocer el estado confusional de un paciente cuando es traído por sus familiares u otra persona porque ya ellos han reconocido que el paciente “está confuso”, o “parece que delira”. Otros datos descriptivos son igualmente muy sugestivos, como cuando dicen que está como ido, no nos reconoce, hace una cosa por otra, habla incoherencias, no habla y nos mira como asustado, no sabe dónde está; está aturdido, atontado, camina como zonzo, habla una cosa por otra, se duerme más de la cuenta. Otras veces, el aturdido es el familiar, sobre todo cuando en medio de su angustia dice de su paciente, no se qué le pasa, él (o ella) no es así, está medio raro, nunca le vi así, sin atinar a dar mayores precisiones.

Otros pacientes acuden o son traídos a la emergencia por un síntoma común pero con características inusuales -como dolor de cabeza, vómito, fiebre, vértigo, desmayo-, o de reconocido significado patológico -convulsiones, déficit motor, visión borrosa, pérdida del habla, etc.- que se ha instalado en forma aguda o reciente. En estos pacientes, el estado confusional puede pasar desapercibido, sobre todo si es de grado leve. La importancia de reconocer el estado confusional en esta situación no puede disminuirse, ya que de su ausencia o presencia depende la decisión de si se trata de un trastorno relativamente banal o de una enfermedad grave. Una situación típica es, por ejemplo, decidir si el paciente tiene sólo un episodio de migraña o sufre los efectos de una hemorragia subaracnoidea, meningitis o hipertensión endocraneana: la presencia de signos de confusión en este caso, aunque fuesen leves, será suficiente para prestarle la atención debida y no cometer el grave error de darle de alta, para que vaya a otro servicio en condiciones que pueden quedar fuera de control.

Una tercera situación se produce cuando el paciente ya tiene una historia conocida: ha tenido un traumatismo, se ha golpeado la cabeza, tiene síntomas de enfermedad neurológica o de enfermedad sistémica, y los cambios confusionales han aparecido dentro de este contexto. Podría también tratarse de un paciente que se sabe está enfermo por algún tiempo, aunque todavía no tiene un diagnóstico definitivo. Una situación similar es la del paciente que acude por un cuadro confusional y sólo al momento del examen se constata que tiene los signos definidos o sugestivos de la enfermedad causal.

Una vez terminado el examen anamnéstico y el examen actual, antes de indicar los exámenes auxiliares, el médico debe concluir si el paciente tiene confusión (disminución de la actividad consciente) o delirio (incremento desorganizado de esta actividad) tomando en cuenta la índole de los trastornos que caracterizan y definen el síndrome.

(b) La gradación del estado de confusión o delirio: Una vez que el problema clínico del paciente ha quedado definido como confusión o delirio, debe precisarse si el compromiso de sus capacidades es de grado leve, moderado o severo.

Los pacientes con confusión leve pueden mostrar un bajo nivel de ansiedad, no pueden concentrarse o están algo indiferentes o apáticos, y no pueden retener información a corto plazo. Pero hay que tener en cuenta que los pacientes con grado leve de confusión pueden no tener alteraciones evidentes por sí mismas, y sólo se descubre que están confusos por su desempeño en tests usados para examinar atención (restando en serie, 100-7, por ejemplo) y el recuerdo a corto y largo plazo (repetiendo una frase larga de inmediato y después de algunos minutos). El estado de confusión de estos pacientes puede pasar desapercibida, sobre todo cuando acuden por otros síntomas más evidentes como los arriba mencionados, o no se examinan estos aspectos de su actividad personal.

Los pacientes con las formas moderadas o más severas de confusión ya muestran alteraciones ostensibles: están hipocinéticos, hablan muy poco o no hablan del todo, no dan sus síntomas con claridad y coherencia, no están orientados respecto del tiempo -día, fecha, mes, año, principalmente-, y en caso más severo, respecto del lugar. Les es imposible repetir series de palabras o frases. Parecen no reconocer a sus allegados y no se dan cuenta de su situación. Los pacientes con estos grados de confusión generalmente están somnolientos, bostezan con frecuencia, o se quedan dormidos cuando se les deja solos; pero se despiertan con estímulos superficiales, al hablarles o tocarles, aunque a veces requieren que se les llame en voz alta o se les sacuda con cierta energía.

Los pacientes con delirio leve, también requieren de un examen orientado de antemano, pues por lo general sólo están más ansiosos, locuaces o inquietos de lo usual. En realidad, estas son las únicas diferencias respecto de los pacientes con confusión leve. Su trastorno de fondo es el mismo: un déficit de atención y del recuerdo a corto plazo.

De modo similar, los pacientes con grados mayores de delirio están en realidad moderada o severamente confusos, pero hiperkinéticos -en vez de hipocinéticos-, en grados que varían entre una hiperactividad controlable hasta una que escapa a todo control físico razonable: estos pacientes no pueden mantenerse entonces en un lugar, tratan de escapar, y podrían agredir para lograr su objetivo. Es usual que estos pacientes tengan alucinaciones, que hablen sin cesar y confundan a quienes le acompañan y que interpreten como amenazante cualquier acercamiento hacia ellos. Pueden tener delusiones e interpretar falsamente cuanto se les dice o hace con ellos, por lo que no podrán seguir las indicaciones que se les da. Es igualmente frecuente que estos pacientes permanezcan sin dormir, con un insomnio que puede ser leve o severo y resistente a las medidas terapéuticas más usuales. Es habitual decir que un paciente tiene "agitación psicomotriz" cuando presenta el mayor grado de hiperkinesia y agresividad. El parecido entre este estado y el de las psicosis esquizofrénica o maniaca, hizo que se denominara "psicosis sintomática" a estos cuadros severos de delirio.

Cuando un paciente tiene una enfermedad o una insuficiencia funcional progresiva del cerebro, de su estado de confusión, generalmente con hipersomnolia (o parasomnolia) severa, o de su estado de delirio, puede pasar a los estados de estupor y coma. Pero si el proceso patológico es reversible y el paciente estaba inicialmente en coma, la confusión o el delirio que sigue marcará el comienzo de su recuperación.

(c) Diagnóstico diferencial: La delimitación del problema clínico como síndrome confusional o delirio, implica también el descarte de otros trastornos con síntomas de índole similar, pero de patogenia diferente. La dificultad para diferenciar estos síndromes puede presentarse en pacientes con lesión cerebral aguda que ostentan síntomas de tipo confusional, y también en pacientes con algún desorden de naturaleza puramente psicológica. Los siguientes síndromes deben diferenciarse de los verdaderos estados confusionales que implican una disfunción cerebral generalizada aguda:

-Síndromes de disfunción cerebral focal aguda.- En este caso los pacientes tienen un aparente estado confusional por efecto de la falla funcional local aguda, de modo que el diagnóstico diferencial comprendería más a la patogenia que a la naturaleza del síndrome. Sin embargo, el estado de confusión o delirio en estos pacientes tiene usualmente características peculiares que pueden ser notorias y facilitar su diagnóstico. Además, podrían existir signos sensoriales o motores que son los que por lo general orientan mejor al observador.

Así, por ejemplo, los pacientes con afasia de instalación brusca, sobre todo cuando es de tipo Wernicke, o alguna de las formas transcorticales o subcorticales, pueden causar la impresión de estar confusos o delirando, porque no pueden decir el día, la fecha o el mes (por dificultad para nominar); porque no se entiende lo que dicen, aunque si se le presta atención las frases anómalas que emiten sí tienen sentido; también porque no entienden lo que se les dice, o porque permanecen en estado de mutismo, y sólo repiten en eco cuando se les habla directamente. Es característico que los pacientes afásicos emitan parafasias y frases anómalas (con fallas en la construcción gramatical), que hagan algún esfuerzo para hablar o dejarse entender; además se nota que están atentos y su expresión indica su deseo de ser atendidos. Se tendrá en cuenta que un paciente confuso también puede tener trastornos afásicos.

Los pacientes con disfunción prefrontal aguda o subaguda, presentan un síndrome confusional que puede ser indiferenciable del causado por disfunción generalizada del cerebro; pero en ellos predomina la apatía y el mutismo, a veces una tendencia a sonreír puerilmente. Los únicos signos motores podrían ser una rigidez paratónica o un reflejo de prehensión unilateral.

Ocasionalmente, pacientes con lesión aguda bilateral de las áreas mesiales de los lóbulos temporales (sobre todo con infarto en territorio de las arterias cerebrales posteriores) manifiestan un delirio agresivo que es provocado cuando se trata de contactar con ellos; de modo que si no son estimulados pueden permanecer en estado acinético. Un paciente con una lesión similar pero unilateral puede presentar un síndrome amnésico y prosopagnosia.

Algunos pacientes con lesión parietal derecha presentan indiferencia, inatención contralateral e hipocinesia. El cuadro es más difícil de diferenciar de un estado confusional cuando el signo focal es una hemianopsia o una inatención visual o táctil izquierda que no ha sido descubierta durante el examen. De modo similar, algún paciente con afasia semántica, indiferenciación derecha-izquierda y acalculia, parece confuso, cuando en realidad tiene un síndrome de lesión focal parietal izquierda.

-Síndrome amnésico global: Los pacientes con síndrome amnésico global de instalación brusca pueden parecer confusos, pero ellos no tienen somnolencia, se muestran razonables, aunque están aturridos y preguntan una y otra vez sobre lo mismo; su dificultad mayor consiste que no pueden repetir o retener información a largo plazo. Por lo tanto, sus capacidades de concentración y de recuerdo a corto plazo están preservadas. Un paciente con amnesia global transitoria, también parece estar muy confuso, pero está ansioso, alerta, y puede repetir a corto plazo; después de unas horas se recuperará de modo espontáneo. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que muchas causas de confusión mental producen solamente amnesia global.

-Demencia: Las enfermedades que causan demencia producen deterioro de las capacidades personales que comienza subrepticia y lentamente, pero que puede descubrirse de un momento a otro por alguna falla lógica, desorientación u olvido grosero que en cualquier momento tenía que cometer el paciente. Si este paciente es visto en tales condiciones, es posible que se le catalogue como confuso. Esta posibilidad se puede descartar si es que el paciente ha presentado hechos similares que vistos retrospectivamente ya son significativos. En otros casos, el desorden es francamente confusional, y si no hay otra explicación, tendrá que pensarse en la posibilidad de un síndrome demencial que se ha complicado por una afección banal. Pero aquí no nos referimos a los pacientes con demencia complicada, sino a la situación de aquellos que son llevados de urgencia por sus familiares al servicio médico por haber descubierto dicho comportamiento irracional y con la seguridad de que sus síntomas son de aparición reciente. Sin embargo, en alguna ocasión un paciente demente es presentado engañosamente como si su déficit mental fuese agudo, a fin de dejarle en el hospital y liberarse de él por unos días.

-Psicosis y estados depresivos: Los pacientes con esquizofrenia o enfermedad maniaco-depresiva, también pueden presentar una acentuación de su afección de se manifiesta como un cuadro psicótico agudo. En este estado, el paciente tiene alucinaciones, delusiones,

diversos grados de agitación y agresividad. De otro lado, algunos pacientes con enfermedad depresiva pueden sufrir una acentuación aguda de su humor depresivo que alcanza un grado de acinesia y mutismo que semeja un cuadro confusional notable. Estos pacientes no tienen desorientación, mantienen la lógica de su pensamiento (incluso si tienen delusiones), y generalmente destacan su humor depresivo. El reconocimiento del síndrome es importante en la emergencia, porque pueden tener un trastorno metabólico o tóxico de fondo, y porque pueden intentar suicidarse al salir de tal estado.

-Histeria: Así como hay pacientes en quienes el dolor de cabeza u otro desorden somático que sufren puede ser determinado por procesos que hemos denominado *psicocinéticos*, es decir, causados por procesos psíquicos o psicosociales anómalos, no debe llamar la atención que también haya ocasiones en que se deba atender pacientes con desórdenes confusionales o de delirio determinados de manera similar. Entre estos pacientes con desórdenes de la actividad consciente de naturaleza puramente psíquica, están aquellos que son llevados a la emergencia por un cuadro disociativo, un estado de fuga, por ejemplo, por amnesia total o por pérdida del autocontrol.

Sin embargo, el problema mayor en las emergencias es diagnosticar como histérico a un paciente con un síndrome confusional o de delirio -o algo similar- con características atípicas o poco habituales. Esto es particularmente común en pacientes con dolor de cabeza, vértigo o angustia excesiva, en quienes no se descubre, ni en el examen anamnéstico ni el actual, los rasgos propios de los desórdenes estructurales, metabólicos o funcionales del cerebro, por lo menos aquellos que se recuerdan y examinan más fácilmente. Así, puede pasarse por alto las dificultades de concentración y de la memoria características de la confusión mental, pero también una hemianopsia, un fenómeno de inatención unilateral; e inclusive una rigidez de nuca o una hemiparesia cuando son de grado leve o inaparentes.

Es aconsejable, entonces, evitar en la emergencia catalogar a un paciente como histérico y seguir estudiándole; o mejor, tratar al paciente realmente histérico teniendo en cuenta que el síndrome que ostenta también puede ser manifestación de un desorden cerebral o sistémico.

(d) La clasificación de los datos clínicos asociados: Finalmente, la delimitación del problema clínico de un paciente se complementa con la clasificación de los trastornos asociados que presenta. Sabemos que estos datos tendrán la máxima importancia durante el razonamiento lógico necesario para llegar al diagnóstico de la localización y la naturaleza de la enfermedad que causa el estado confusional del paciente individual.

Respecto de la historia anterior, se debe establecer si el paciente tiene un desorden confusional que ha sido precedido por síntomas de otra naturaleza, sistémicos o cerebrales. Alguno de estos pacientes podría tener ya el diagnóstico de una enfermedad que se sabe produce este tipo de complicación cerebral. En otros pacientes, el cuadro confusional es puro desde el comienzo. Igualmente, a partir del examen actual se tiene que determinar si el paciente tiene signos de alguna enfermedad sistémica, signos neurológicos sensoriales o motores de tipo focal, signos meníngeos, o si no tiene signos de ninguna de estas categorías, o presenta signos motores bilaterales y simétricos.

Respecto de las alteraciones sistémicas, son particularmente importantes la presencia de cambios en el fondo de los ojos -edema de papila y otros cambios en la retina y los vasos retinales-; cualquier evidencia de lesión traumática en la piel, el cuero cabelludo o el sistema óseo; signos de falla funcional local -respiratoria, cardiocirculatoria, digestiva, hepática, renal- con repercusiones sistémicas; signos de enfermedad primariamente sistémica o generalizada -de la sangre, endocrina, infecciosa, nutricional o neoplásica. En este contexto, son de primera importancia los trastornos del ciclo respiratorio, como los diversos patrones de respiración periódica, la taquipnea neurogénica, la respiración apneusica, atáxica, etc.

De los signos neurológicos, son de la mayor importancia los cambios de las pupilas, los déficits visuales, auditivos o somatosensoriales, unilaterales o bilaterales; los defectos de la motilidad ocular, facial, cervical y de los miembros, como son la presencia de un déficit motor unilateral o bilateral, directo o cruzado, postura anormal, local o general, rigidez de nuca, crisis convulsivas, mioclonías, temblor.

2. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CAUSAL

Seguiremos los lineamientos que ya hemos desarrollado para el diagnóstico de los problemas clínicos revisados con anterioridad. Nuestro objetivo es que el médico disponga de un procedimiento lógico que le facilite llegar al diagnóstico correcto de un paciente dadas las circunstancias en que se le atiende. De este modo le será más fácil también prescribir o solicitar los procedimientos de examen instrumentales y de laboratorio que confirmen o descarten sus hipótesis, y diseñar un plan terapéutico que pueda aplicarse a dicho paciente en la forma más adecuada y en el momento más oportuno.

Se sabe que la explicación de los procesos patológicos internos subyacentes al estado clínico de un paciente implica un análisis y una interpretación de las tres clases de datos que se pueden obtener respecto de su historia: los datos anamnésicos, los del examen actual y los de los exámenes auxiliares. En esta tarea, los modelos nosológicos, las listas clasificadas de enfermedades, los datos estadísticos sólo sirven como reglas de inferencia para deducir cuál es la explicación más lógica, es decir, inferir cual es la posible naturaleza de los procesos patogenéticos que sufre el paciente y que es preciso corregir.

Al respecto, creemos que es importante que el médico sea consciente de que al momento de atender un paciente y elaborar en su pensamiento el diagnóstico acerca de éste, es preciso que haga una inversión lógica de sus ideas acerca de la enfermedad y del enfermo. En efecto, el conocimiento que todo médico tiene de las enfermedades consiste en modelos teóricos cuya estructura nuclear es un conjunto de nociones respecto de los procesos patogenéticos que determinan un síndrome clínico. Dentro de cada modelo, la enfermedad se expresa en un conjunto de síntomas y signos que aparecen como las manifestaciones finales o externas de aquella. En cambio, durante la atención real de un paciente, lo único accesible, observable por el propio paciente o por el observador externo son estos síntomas y signos finales, mientras que “la enfermedad” tiene que ser intuida primero, y comprobada después, a veces mucho tiempo después de la primera observación. En otras palabras, cuando el médico explica la historia abstracta de la enfermedad sus ideas van de la patogenia al síntoma; en cambio, cuando explica de la historia concreta de un enfermo sus ideas tienen que ir inversamente del síntoma a su posible patogenia.

Por esta razón juzgamos importante y preferible que el médico tenga que usar no sólo una clasificación de las enfermedades que causan el síndrome -en realidad las tradicionales listas de las enfermedades que causan el síndrome-, sino una guía para clasificar los enfermos según la índole de sus síntomas. De este modo, serán los datos clínicos o el síndrome mismo la clave que servirá al médico para deducir la naturaleza del proceso patológico subyacente en un paciente y únicamente en él. Creemos que sólo así se pueden superar las dificultades lógicas que nos generan las estadísticas. Por ejemplo, una meningitis aguda tiene una alta probabilidad de producir confusión mental; pero una cuestión muy diferente es determinar cuán posible es que la confusión mental que compruebo en este paciente sea debida a meningitis; la posibilidad es sin duda baja. Más aún, hablar aquí de una *posibilidad* ya no hace referencia a la relación entre dos hechos de la realidad, sino a la posibilidad que tiene el médico de acertar o de equivocarse, pues se trata de la relación entre un hecho observado y su ocasional observador.

Por consiguiente, las verdaderas “entradas” que dispone el médico para recordar cuales son los procesos patológicos que debe tener en cuenta en un paciente dado, serán los datos que ha obtenido por medio del examen anamnésico, del examen actual y de los exámenes auxiliares acerca del mismo. Nuestra clasificación de las causas de confusión se basará entonces en los datos del examen anamnésico y los datos del examen actual. El diagnóstico se confirmará, o no, con los datos de los exámenes auxiliares instrumentales o de laboratorio.

1. Causas de confusión o delirio según los datos anamnésicos

Si el médico ha prestado toda la atención debida a los detalles acerca del comienzo y la evolución inicial de los síntomas, es seguro que tendrá a la mano los datos más tempranos de los trastornos que precedieron o acompañaron a la instalación del cuadro confusional. Las posibilidades respecto de la historia del enfermo que más frecuentemente se encuentran en la

práctica son que el paciente haya tenido un accidente traumático previo, síntomas de una enfermedad sistémica previa, u otros síntomas de compromiso del sistema nervioso.

1.1. El paciente tuvo un accidente traumático previo

Los pacientes con historia de haber sufrido un traumatismo plantean diversos problemas de diagnóstico y tratamiento que deben resolverse de inmediato. El paciente puede haber tenido una caída, sentado o de pie, se ha golpeado la cabeza o no, el golpe puede haber sido leve o intenso, puede haber herida local superficial o no; pudo tener un trastorno de conciencia desde el comienzo o no; el accidente pudo haber ocurrido recientemente o hace semanas o meses atrás. Los pacientes pueden quejarse de dolor de cabeza, pueden tener rinorrea, otorragia, o fiebre; o presentan algún déficit focal, somnolencia excesiva, o hipersomnolia, de curso progresivo, estable o fluctuante. Todos estos datos deben ser exhaustivamente analizados en el contexto de las lesiones traumáticas del cerebro y las meninges. (Se tendrá en cuenta que hay pacientes con afección post-traumática que no recuerdan o los testigos no saben que tuvo un traumatismo). Las posibilidades respecto de la patogenia causal, son:

1. En los pacientes con confusión, hipersomnolia y signos focales horas después del traumatismo, las primeras posibilidades son: hematoma epidural, hematoma subdural agudo, contusión cerebral focal.
2. En los pacientes con confusión, hipersomnolia, con signos focales o sin ellos, que evoluciona en días o semanas después del trauma, debe considerarse el hematoma subdural en primer lugar.
3. En los pacientes con delirio, hipercinesia, con dolor de cabeza o sin ella, que progresa en las horas que siguen al traumatismo, es probable una hemorragia subaracnoidea (puede haber o no rigidez de nuca).
4. En los pacientes con confusión o delirio, dolor de cabeza, rigidez de nuca, sin signos focales, con puerta de entrada local (como fractura de piso y licuorrea, herida operatoria inclusive), que aparecen días después del traumatismo, debe pensarse en meningitis, y si se encuentran signos focales, ha de pensarse en infección local.
5. Los pacientes con fractura múltiple pueden sufrir embolismo graso cerebral.

De otro lado, hay que tener en cuenta la posibilidad de que la caída se haya producido a consecuencia del desorden cerebral y que no sea la causa de éste. Un paciente con ataque cerebrovascular, un paciente que ha tomado un tranquilizante o un hipotensor, puede caerse en el momento que se instala el trastorno cerebral.

1.2. El paciente ya tuvo síntomas de una enfermedad sistémica previa

En este caso la posibilidad es que el desorden confusional del paciente sea debido a una encefalopatía metabólica secundaria a un desorden sistémico, extracraneal. En el caso ideal, los testigos saben que el enfermo tiene un diagnóstico definido; en otras situaciones, los testigos refieren los síntomas que ya tenía o tiene el paciente, o podrían mostrar informes de exámenes auxiliares y las prescripciones recibidas. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos, la familia no dispone de todos los datos, sólo tiene datos parciales, indirectos, o apenas saben que su paciente toma medicamentos. Puede suceder también que el paciente esté en pleno estudio y que los datos no hayan podido ser interpretados o son insuficientes para el diagnóstico. Pero también puede haber ocurrido que los síntomas no hayan sido tomados en cuenta, que no se les haya prestado la atención debida.

Cuando un paciente es llevado a la emergencia por confusión o delirio, y ya se sabe que tiene una enfermedad determinada, será importante esclarecer si existe una relación causal directa o indirecta entre la enfermedad sistémica y la encefalopatía actual, pues existe la posibilidad de que el paciente presente el cuadro confusional por un desorden asociado distinto. Por ejemplo, un paciente cirrótico, así como puede tener una encefalopatía metabólica secundaria a la insuficiencia hepática, también podría tener un hematoma traumático, una hemorragia intracraneal, una meningitis, o los efectos de una medicación.

Como veremos más adelante, puede haber signos motores en estos pacientes -por ejemplo, temblor, aleteo, mioclonías multifocales-, pero estos signos son inespecíficos y no diferencian una causa o un mecanismo de otro.

Por consiguiente, en los pacientes con síndrome confusional o de delirio, si los datos clínicos acerca de alguno de los desórdenes sistémicos que se mencionan a continuación están presentes, se los tendrá que valorar con toda rigurosidad. Ante estas posibilidades, el médico no deberá hacer el diagnóstico basándose sólo en el antecedente, sino fundamentalmente en las características evolutivas y la naturaleza de los síntomas del desorden cerebral. En la siguiente relación, los pacientes se categorizan según las enfermedades causales o por los síntomas sugestivos de las mismas.

1. **Desórdenes endocrinos:** En pacientes diabéticos que usan insulina, antidiabéticos orales, o en quienes se ha comprobado la ocurrencia de episodios de hipoglicemia, es lógico pensar en que el cuadro confusional está en relación directa con la hipoglicemia. En estos pacientes es aún frecuente la encefalopatía hiperosmolar; también se produce en pacientes con cuadros hiperosmolares de otra etiología. Otros pacientes con desórdenes endocrinos importantes son aquellos con hipotiroidismo -en quienes destaca la hipotermia corporal-; con hipertiroidismo, hipercorticismos (incluso por medicación corticoide) -en cuyo caso predominan síntomas psicóticos, las delusiones maniformes-, con panhipopituitarismo -en quienes predominan los efectos del hipotiroidismo. También los pacientes con enfermedad paratiroidea pueden tener alteraciones de tipo delirio.
2. **Desórdenes respiratorios:** Se presenta confusión en pacientes con enfermedades respiratorias, agudas o crónicas, con insuficiencia ventilatoria por diversos mecanismos; en quienes viven o han subido a la altura.
3. **Desórdenes cardiovasculares y circulatorios:** Se observa confusión o delirio en pacientes con insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial severa, vasculitis generalizada, anemia severa, síndrome de hiperviscosidad. En estos pacientes puede ocurrir que la atención del cuadro sistémico impida prestar atención al problema cerebral; o por el contrario, que el cuadro confusional sea diagnosticado como ataque cerebrovascular atribuido a la enfermedad sistémica -hipertensión arterial, por ejemplo-, sin mayor análisis del desorden de la conciencia. De otro lado, un cuadro confusional en adultos jóvenes, sobre todo mujeres, puede ser la manifestación más destacada de una vasculitis sistémica. Una anemia, aunque fuese leve, es por lo general factor adicional de cuadros confusionales de causalidad múltiple, situación que es particularmente grave cuando se debe a hemorragia digestiva, como lo es también la del paciente traumatizado en quien la hemorragia por rotura de una víscera se descubre a veces demasiado tarde. También ubicaremos aquí los casos de embolismo graso o por aire.
4. **Intoxicaciones:.** La lista de sustancias tóxicas es larga, comprende: los medicamentos (en especial sedantes y tranquilizantes, antidepresivos, antiepilépticos, anticolinérgicos, colinérgicos, cardiotónicos, salicilatos), drogas (alcohol etílico, anfetaminas, cocaína, canabinol, hioscina), compuestos orgánicos (fosforados), metales pesados (plomo, mercurio, arsénico, antimonio). En primer lugar, en todo paciente confuso, siempre hay que tener en mente los efectos adversos y tóxicos de los medicamentos. En los personas que usan drogas, hay que diferenciar los problemas causados por la propia intoxicación (embriaguez alcohólica, por ejemplo), los efectos del uso prolongado de una droga o medicamento (como la embriaguez alcohólica patológica), y los efectos de la abstinencia en caso de dependencia (como es el caso del delirium tremens). Generalmente en estos casos hay historia conocida y signos adicionales del cuadro tóxico. Otros pacientes pueden haber sufrido intoxicación por CO
5. **Desórdenes carenciales:** Rara vez los pacientes con carencia vitamínica tienen signos de la carencia propiamente, pero pueden tener signos de la enfermedad

que es capaz de producirla, tal es el caso de alcohólicos, desnutridos, gestantes con vómitos incoercibles, pacientes con cáncer, en quienes debe considerarse esta posibilidad. En estos pacientes, por ejemplo, la carencia de tiamina puede ser desencadenada por la administración de glucosa parenteral por estar al límite de la carencia; en tales casos casi siempre es posible detectar signos motores del tronco encefálico superior en la etapa aguda, y amnesia global en las formas crónicas. Los pacientes con carencia de ácido nicotínico pueden tener signos dérmicos más o menos típicos. En pacientes con anemia o cáncer gástrico su cuadro confusional puede deberse a carencia de cobalamina.

6. **Desórdenes viscerales:** En los pacientes con insuficiencia hepática, renal, pancreática, el cuadro confusional no sólo puede ser consecuencia directa del desorden visceral, sino de otras complicaciones (las de la hemodiálisis, por ejemplo). En algunos pacientes el cuadro confusional (o el coma) es la primera manifestación de una enfermedad visceral subclínica.
7. **Desórdenes del equilibrio hídrico, electrolítico y ácido-básico:** Esta situación ocurre más frecuentemente en pacientes hospitalizados. Sucede que estos pacientes acuden por algún otro desorden más o menos definido, inclusive por ataque cerebrovascular: ese día el paciente no se alimenta y en el hospital se atiende más al problema principal, descuidándose el aporte de líquidos, electrolitos y nutrientes, y el cuadro confusional es atribuido erróneamente a la enfermedad "de fondo". Otra condición relativamente frecuente es la de personas de edad avanzada, en quienes un desorden respiratorio o digestivo banal los obliga a tomar sólo líquidos, y se descuida reemplazar los alimentos sólidos con una cantidad equivalente o superior de líquidos. Igualmente, los desórdenes electrolíticos como los del sodio, potasio, calcio, magnesio, fósforo, pocas veces se producen en forma aislada. El síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética en personas de edad avanzada puede ocurrir aún en ausencia de los factores desencadenantes más conocidos. Los desórdenes ácido-básicos casi siempre ocurren en pacientes con otro desorden metabólico, visceral o tóxico en marcha. El compromiso cerebral es más grave en pacientes con acidosis (Las formas de acidosis metabólica más importantes son la acidosis diabética, urémica, láctica y la debida a la ingestión de ácidos orgánicos; la acidosis respiratoria puede producirse por insuficiencia hepática, intoxicación por salicilatos).
8. **Enfermedad neoplásica:** los cuadros confusionales en los pacientes con cáncer pueden producirse por varios mecanismos patogénéticos, desde metástasis hasta efectos paraneoplásicos, carencia de cofactores, además de las complicaciones viscerales de toda índole.
9. **Enfermedad infecciosa:** Los pacientes con alguna de las infecciones sistémicas pueden sufrir complicaciones cerebrales aun en ausencia de invasión intracraneal directa, sobre todo cuando la infección es grave y se trata de personas de edad o con otra enfermedad de fondo. Es particularmente grave la situación de pacientes con encefalopatía metabólica causada por septicemia (a gramnegativos, por ejemplo), endocarditis bacteriana, neumonía, formas de paludismo maligno, o las infecciones oportunistas del SIDA.
10. **Enfermedad metabólica hereditaria:** En pacientes con cólicos abdominales, más aún cuando ya han sido explorados por laparoscopia con resultados negativos, cualquier desorden confusional, de delirio o cambio psíquico de cualquier naturaleza que presenten obliga a descartar un cuadro de porfiria intermitente aguda.
11. **Injuria térmica:** Es conocida la encefalopatía aguda que se presenta en pacientes con hipertermia severa, como parte del síndrome de agotamiento por calor, o del golpe de calor, debido a fiebre severa, calor ambiental excesivo, ejercicio físico en exceso, síndrome neuroléptico maligno.

12. Desórdenes multisistémicos: Es frecuente que algunos pacientes, sobre todo ancianos, quienes pueden tener varias enfermedades en curso, generalmente subclínico, su estado confusional o de delirio sea resultado de la acumulación de diversos procesos patogenéticos en diferentes combinaciones y secuencias. Por ejemplo, ocurre en pacientes que ya tienen algún grado de insuficiencia respiratoria, renal o hepática, tal vez cierto grado de desnutrición, anemia o depresión, sobre cuyo fondo se añade una descompensación metabólica, una infección, inclusive banal, o los efectos adversos de los medicamentos, especialmente de los tranquilizantes. También hay circunstancias en que esta cadena de procesos se acoplan entre sí, como es el caso de pacientes atendidos en las salas de recuperación post-operatoria, en las unidades de cuidado intensivo o de shock-trauma. Como sabemos, estos pacientes tienen que sumar a los efectos de su enfermedad de fondo generalmente grave, las consecuencias del estrés, el temor de morir y el aislamiento.

1.3. El paciente ya tuvo síntomas de enfermedad del sistema nervioso

Se trata de pacientes de ya tuvieron síntomas de enfermedad neurológica previos a su cuadro confusional actual. Al respecto, de modo similar al caso de los pacientes con enfermedad sistémica, hay muchas posibilidades: por ejemplo, hay pacientes que no han dado importancia a sus síntomas, otros que no se han percatado de ellos, pero que ahora los recuerdan a instancias del médico; otros tienen síntomas neurológicos por los que ya había consultado, y por lo tanto se encuentra en estudio o ya tiene un diagnóstico, y que inclusive esté bajo tratamiento. También habrá que tener en cuenta que cualquier tipo de intervención, de diagnóstico o tratamiento, médico o quirúrgico, puede ser la causa de la descompensación de la función cerebral actual.

En estos pacientes, la enfermedad o los síntomas previos al desorden confusional, pueden haberse presentado desde mucho tiempo atrás -años, meses, semanas-, o sólo horas, minutos o segundos antes de instalarse el cuadro confusional, o son concomitantes con él. Suele suceder que los datos muchas veces no se conocen al momento de atender al paciente por primera vez, pero que en algún momento sean dados a conocer por testigos ocasionales. Los pacientes de este grupo pueden presentarse con uno de los cuadros siguientes, o varios en distintas combinaciones:

1. **Dolor de cabeza, vómitos y/o pérdida del conocimiento:** En estos pacientes los síntomas pueden instalarse de súbito, por un mecanismo desencadenante inclusive, o más gradualmente en horas o pocos días. En ellos, las causas más importantes del cuadro confusional son: hemorragia subaracnoidea, meningitis, hidrocefalia hipertensiva aguda. Si los síntomas son de más larga evolución, la posibilidad será hipertensión endocraneana por un proceso expansivo intracraneal, por ejemplo.
2. **Déficits motores o sensoriales de tipo focal:** Estos pacientes pueden tener los síntomas desde mucho tiempo atrás -como sucede en aquellos con tumor cerebral u otras lesiones de lento crecimiento-, o pueden tener tales síntomas desde sólo minutos u horas antes del cuadro confusional, como sucede en los casos de hemorragia intracerebral, infarto cerebral, encefalitis.
3. **Crisis epilépticas focales o generalizadas:** Un paciente epiléptico puede tener estados confusionales postictales, como sucede en pacientes con crisis de grand mal de cualquier etiología. Un caso especial es el de los pacientes en estado de mal epiléptico, que puede ser no sólo de tipo grand mal, sino también de petit mal o de crisis parciales complejas: rara vez, niños o adolescentes con crisis de petit mal pueden presentar un *status* de crisis continuadas de ausencia, por lo que se les observa confusos, a veces por varias horas. La historia anterior de las crisis y el EEG esclarecen el diagnóstico en estos casos. Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal también pueden presentar un *status* similar con conducta automática; estos también pueden presentar cuadros psicóticos por horas o días.

4. **Síndromes de deterioro psíquico de tipo focal:** Los pacientes pueden tener trastornos afectivos (angustia excesiva, cambio de humor, irritabilidad, labilidad emocional, depresión), cognitivos (amnesia, afasia, apraxia, agnosia, desorientación espacial, inatención) o conativos (apatía, abulia, descuido personal, desinterés, aislamiento), previamente al desorden confusional o de delirio. Sus causas son: tumor, granuloma, absceso, hematoma, cisticercosis, infarto (de localización apropiada).
5. **Síndromes de disfunción cerebral global:** Los pacientes con demencia, desorden psicótico, o regresión (en adolescentes o niños) de larga data o de curso subagudo en meses, pueden tener un cuadro confusional, generalmente como complicación aguda por un desorden adicional que, como se ha dicho, puede ser banal. Se observa con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer o con secuela de enfermedad cerebral previa.

1.4. El paciente ha presentado sólo cambios confusionales desde el comienzo

Cuando los pacientes son traídos a la emergencia porque se les ha encontrado inconscientes, deambulando sin rumbo conocido, sin dar razón de su estado, o porque “despertó así” por la mañana o la siesta, y no existe o no se sabe que el paciente tenía síntomas previos, el diagnóstico tiene que basarse primordialmente en los datos del examen actual. La estrategia del diagnóstico cambia entonces a una basada en la presencia, naturaleza y distribución de los signos neurológicos o sistémicos. No se debe olvidar que algunos pacientes pueden quedar en esta categoría sólo por no haberse hecho las preguntas adecuadas o haberse descuidado el examen anamnéstico.

2. Causas de confusión o delirio según los datos del examen actual

Como acabamos de decir, en ocasiones los pacientes son traídos a la emergencia sólo por haber presentado un deterioro rápidamente progresivo de su actividad consciente. Puede suceder entonces que el paciente haya sido encontrado así de un momento a otro, o que gradualmente en horas o en unos días haya presentado disminución de sus actividades, somnolencia o alguna de las demás características del cuadro confusional. Cabe pues que se sepa con certeza que el paciente no tenía síntomas adicionales previos o acompañando al síndrome confusional, o que sea difícil o imposible de obtener los datos clínicos respecto de su estado de salud anterior ni acerca del inicio de su estado confusional. Esta segunda dificultad puede presentarse sólo en los primeros momentos de la atención del paciente y que posteriormente se obtengan los datos por medio de otra persona.

Todo médico sabe que el diagnóstico de la enfermedad de una persona se deduce mucho más fácilmente a partir de los datos anamnésticos acerca de la evolución de sus síntomas. Pero en ausencia de éstos, como es el caso de los pacientes de la categoría que discutimos aquí, el diagnóstico de la enfermedad causal se tendrá que deducir a partir de la índole y la distribución de los signos obtenidos por medio del examen actual. En estas condiciones la inferencia será menos segura, pero puede orientar la elección de los procedimientos auxiliares más apropiados que servirán para confirmar la naturaleza de la enfermedad subyacente. En estos casos, deberá tenerse en cuenta los datos siguientes:

1. La naturaleza y distribución de los signos neurológicos, los que pueden ser:
 - * a) signos focales unilaterales, debidos a probable lesión hemisférica (tener presente la posible presencia de hemianopsia, inatención visuoespacial o afasia, que no siempre son evidentes por sí mismos);
 - * b) signos focales alternos, por lesión de tronco encefálico;
 - * c) signos bilaterales y simétricos, como son: pupilas mióticas o midriáticas, ojos en posición central y movimientos a ambos lados, postura de decorticación o descerebración, temblor, asterixis, mioclonías multifocales;
 - * d) Signos meníngeos, es decir, alteraciones del tono de la musculatura cervical, principalmente rigidez de nuca, o paratonía cervical. Pueden haber otros signos meníngeos, en algún caso.

- * e) Signos de compromiso de los nervios periféricos, de lesión de nervios craneales o de los miembros, de tipo mononeuropatía o polineuropatía.

2. La naturaleza de los signos sistémicos, que pueden ser

- * de enfermedad local con repercusiones sistémicas: broncopulmonar, cardiovascular, digestiva, hepática;
- * de enfermedad metabólica generalizada, sistémica: circulatoria, de la sangre, endocrina, etc.

Por lo tanto, en base a los datos obtenidos durante el examen actual se pueden obtener cinco categorías de pacientes en quienes a su cuadro de confusión o delirio se asocia cualquiera de los signos que acabamos de señalar. De este modo tendremos pacientes

1. con signos de disfunción cerebral focal;
2. con signos meníngeos;
3. con signos de nervios periféricos;
4. con signos de enfermedad sistémica, y
5. sin signos asociados, o con signos motores bilaterales y simétricos.

2.1. Pacientes con confusión o delirio y signos de disfunción cerebral focal

Los pacientes confusos con signos de disfunción focal, pueden tener:

1. Tumor cerebral: tumor metastásico principalmente, aunque cualquier tumor primario, inclusive de lento crecimiento, puede descompensarse por edema, infarto o hemorragia dentro de él.
2. Hemorragia intracraneal: post-traumática o espontánea por aneurisma, malformación arteriovenosa, angiopatía hipertensiva, endocarditis bacteriana, discrasia sanguínea.
3. Infarto cerebral, por embolia o por trombosis (inclusive venosa), arteritis, sobre todo si es un segundo o tercer infarto, o de localización apropiada.
4. Cisticercosis, granulomas, absceso (sobre todo múltiples o complicados).
5. Encefalitis, encéfalomiелitis; infecciones focales en pacientes con SIDA.

2.2. Pacientes con confusión o delirio y signos meníngeos;

No siempre es fácil determinar si un paciente tiene rigidez de nuca. Algún paciente podría hacer gestos de dolor y aún señalar la cabeza. El médico debe familiarizarse con el tono de la musculatura cervical examinado a todo paciente de rutina, y no examinar el tono cervical sólo cuando sospecha una posible irritación meníngea. De esta manera se garantiza a sí mismo que podrá descubrir una rigidez de nuca aunque fuese de grado leve. Si la resistencia es sólo para la flexión pasiva y hay mueca de dolor, se trata de un signo de irritación meníngea. Si el paciente tiene hipertonia cervical variable para todos los movimientos pasivos del cuello, inclusive los laterales y la extensión, sin dolor, posiblemente se trata de un fenómeno paratónico afín a la postura de descerebración (en tal caso podría tener la boca fuertemente ocluida y los miembros en la postura respectiva). Hay casos intermedios en que rigidez y paratonia se combinan, pues estas alteraciones no se excluyen entre sí.

Los pacientes con confusión o delirio y rigidez de nuca (y otros "signos meníngeos"), pueden tener:

1. Meningitis, de cualquier etiología
2. Hemorragia subaracnoidea (por ruptura de aneurisma o malformación arteriovenosa, principalmente)
3. Carcinomatosis meníngea
4. Algunas formas de encefalitis (por virus del herpes simple, por ejemplo)

2.3. Pacientes con confusión o delirio y signos de neuropatía periférica

Algunos pacientes sin historia conocida tienen signos de compromiso de nervios periféricos, craneales o de los miembros, de tipo mononeuropatía o polineuropatía. Esta situación puede ocurrir en pacientes con:

1. Carencia vitamínica, sobre todo de tiamina, cobalamina o ácido nicotínico.
2. Alcoholismo, por acidosis alcohólica o por carencia vitamínica.
3. Porfiria
4. Uremia
5. Lesión intracraneal con compromiso de nervios craneales.

2.4. Pacientes con confusión o delirio y signos de enfermedad sistémica

Con alguna frecuencia en los pacientes traídos a la emergencia por confusión o delirio y sin historia conocida, se descubren signos de una enfermedad sistémica por primera vez. En algunos de ellos, los signos son bastante específicos, tal el caso de los pacientes con aliento alcohólico, con hipertensión arterial severa, con signos de enfermedad renal o hepática. Cabe recordar que los signos de afección del sistema nervioso no son por sí mismos específicos de una u otra enfermedad causante de la encefalopatía secundaria.

En estos pacientes esta encefalopatía secundaria es más posible que sea de tipo metabólico debido a cualquiera de las causas ya reseñadas en 1.2. Pero también es preciso que el médico considere algunas posibilidades antes que otras cuando un paciente presenta sólo el cuadro confusional y no conoce la historia de éste. En efecto, no es infrecuente que las enfermedades sistémicas que tienen un curso subclínico prolongado den manifestaciones secundarias a distancia, como son las del compromiso cerebral, antes de manifestarse por sí mismas. Por tanto, en esta clase de pacientes es importante tener presente las siguientes posibilidades:

1. Hipertensión arterial
2. Insuficiencia hepática
3. Hipertiroidismo, hipotiroidismo
4. Neoplasia oculta
5. Porfiria
6. Lupus eritematoso sistémico
7. Complicaciones del SIDA

2.5. Pacientes con confusión o delirio puro (o sólo signos motores bilaterales y simétricos)

Un buen número de pacientes confusos o con delirio y sin signos asociados, o únicamente con signos motores bilaterales y simétricos (temblor, asterixis, mioclonías multifocales, rigidez de decorticación, rigidez de descerebración), pueden tener cualquiera de las enfermedades mencionadas dentro de las categorías ya conocidas, pero es más frecuente que estos pacientes tengan alguna de las siguientes condiciones:

1. Intoxicación con fines suicidas, sobre todo con barbitúricos o benzodiazepinas, por ejemplo, en pacientes deprimidos que viven solos; en personas que fueron intoxicadas, por ejemplo con intención delictiva; en personas que accidentalmente o sin darse cuenta han ingerido alguna sustancia o medicamento, por ejemplo, en pacientes ancianos que han tomado algún preparado farmacéutico que contiene medicación sedante, o una infusión de plantas medicinales aparentemente anodinas.
2. Hematoma subdural crónico, más aún si es bilateral, cuando el accidente fue leve o ha pasado mucho tiempo desde su ocurrencia. Esto puede ocurrir inclusive en personas que fueron atendidas en algún centro de salud y el examen fue considerado negativo en esa oportunidad.

3. Hidrocefalia hipertensiva aguda (cuando el dolor de cabeza u otros síntomas no son referidos por el paciente), debido a quiste de cisticerco intraventricular, por ejemplo.
4. Estado post-convulsivo, sobre todo cuando se trata de una crisis de grand mal ocurrida en ausencia de testigos, como cuando el paciente fue encontrado en la calle.
5. Demencia leve, en personas de edad, retirados o jubilados, sin mayores actividades que las de rutina cotidiana, en quienes nadie se ha percatado de su estado mental, cuando su estado se complica por alguna enfermedad intercurrente, que puede ser banal, como ya se ha dicho.

Debemos tener presente que algunos pacientes podrían ser incluidos en esta categoría sólo por no haberse detectado los signos asociados durante el examen hecho en la emergencia.

3. Causas de confusión o delirio según los datos de los exámenes auxiliares

Como es usual, los exámenes auxiliares que se prescriban al paciente confuso servirán para confirmar una hipótesis planteada en términos de las categorías precedentes, o para indagar por la enfermedad causal cuando los datos clínicos no han sido suficientes para sustentar un posible diagnóstico. Recordaremos que hay pacientes en quienes el diagnóstico no puede precisarse aún después de varios episodios confusionales reversibles, tal como a veces sucede en pacientes con porfiria, con enfermedad visceral o endocrina subclínica.

Desde el punto de vista neurológico, los exámenes auxiliares más importantes en esta clase de pacientes son los exámenes de sangre y de orina habituales, la radiografía simple de cráneo, la tomografía computarizada de cerebro, el estudio del líquido céfalorraquídeo, la angiografía cerebral.

La lista de las enfermedades que se diagnostican por medio del laboratorio, prácticamente incluye a todas las condiciones señaladas previamente, aunque en una proporción de casos es probable que tal confirmación no sea del todo necesaria. El médico deberá tener en cuenta que en muchos casos no es imprescindible la confirmación diagnóstica para iniciar una terapia, y que bastan los datos anamnésticos y/o los del examen actual para tomar las medidas correspondientes, por lo que en tales casos serán los datos de la evolución de su estado clínico los que sirvan para confirmar el diagnóstico.

3.- ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CONFUSO

Debemos recalcar que todo diseño de una estrategia de atención médica depende, en primer lugar, de la clase de problema clínico que presenta la persona que debe ser atendida; en segundo lugar, de los recursos con que cuenta el servicio médico para atenderle, y en tercer lugar, también de las capacidades profesionales del médico y el personal de salud de dicho servicio. Como los recursos materiales y las circunstancias en que se presta una atención médica son los que determinan las condiciones reales en que debe atenderse un paciente dado, tal como hemos hecho al delinear la estrategia de atención de otros problemas clínicos, vamos a sugerir un plan genérico de atención médica de los pacientes con confusión o delirio, que se puede ejecutar en tres etapas, que comprende: 1°, la atención local inicial; 2°, la atención en el hospital general, y 3°, la atención en el servicio especializado.

3.1. La atención local inicial

Por principio, la mayor parte de los pacientes con problemas de confusión mental o delirio requieren de atención hospitalaria de emergencia; excepto tal vez aquellos que tienen alguna enfermedad crónica conocida cuyo estado confusional puede ser controlado con medidas ya conocidas de antemano y de fácil administración. Sin embargo, muchas veces la atención médica del paciente confuso debe hacerse en una primera fase en el lugar donde se encuentra, como puede ser su domicilio, el consultorio, el puesto o centro de salud más cercano. A este nivel, los principales objetivos que persigue el médico son:

1. Asegurarse si el paciente está en realidad confuso y si tiene otros signos de un proceso que pone en riesgo su vida, por lo que necesita atención médica de emergencia;
2. Indagar acerca de algún trastorno causal de fácil control que requiera la administración de una medida correctiva inmediata, con el menor riesgo posible;
3. Prescribir las medidas más adecuadas para aliviar al paciente y evitarle mayores complicaciones durante todo el tiempo previo a su atención en el hospital.

Afortunadamente, cuando una persona se muestra confusa o delira, no es difícil que uno de sus allegados, familiar, amigo, compañero de trabajo, o un testigo ocasional, reconozca su estado anómalo. Sin embargo, es posible que los testigos piensen o comenten que dicha persona está ebria o ha tomado algún brebaje y demoren su atención. También hemos dicho que el cuadro confusional puede pasar desapercibido, sobre todo cuando se produce dentro de un contexto clínico más evidente o junto a síntomas más llamativos; por lo tanto también existe la posibilidad que el cuadro pase desapercibido para el médico igualmente y que se preste atención sólo a los síntomas y no al desorden confusional en sí.

En estos casos seguramente que el paciente va a ser atendido en su domicilio, en su centro de trabajo o de estudios, aunque es usual que sea llevado al servicio médico más cercano, al puesto o centro de salud, o al consultorio médico. También es usual que estos pacientes sean atendidos por personal de salud no médico. En efecto, si cualquier persona puede intuir que se trata de un trastorno grave, con mayor razón el personal de salud debe saber reconocer este cuadro clínico y orientar a la familia o a la persona responsable para que el paciente sea atendido médicamente en las mejores condiciones y la mayor oportunidad. Inclusive, algunas de las medidas que se indican en seguida pueden, y en algún caso deben ser aplicadas por dicho personal. Pero la aplicación cabal de estas medidas es responsabilidad del médico, con sólo las limitaciones materiales del lugar y el momento.

La estrategia siguiente, racionalmente adaptada a las circunstancias de la situación concreta, puede servir para facilitar la atención inicial o la solución del problema clínico en el primer nivel de los servicios médicos.

3.1.1. Reconocer el problema clínico y evaluar el estado vital del paciente: La manera más atinada de empezar la atención de un paciente de esta clase consiste en escuchar la versión de sus testigos mientras simultáneamente se le observa y se le toman sus constantes vitales. Si el médico tiene un claro conocimiento sobre esta clase de problema clínico, es seguro que la descripción de los testigos le parecerá rápidamente transparente. Y de igual modo la expresión del enfermo. Desde este momento ya él debe dar indicaciones para que el paciente no se caiga, se hiera, o hiera a otros si está excitado; para que se quite la dentadura; para que adopte una posición adecuada para que ventile, y expectore si fuera preciso.

3.1.2. Evaluar su capacidad de atender y recordar: Entonces, si los datos parecen corresponder a un paciente confuso, se conversa con él y se toma debida nota de qué dice y de cómo lo dice, de lo que hace o pretende hacer. A veces es evidente que habla de modo incoherente, que sus datos son irrelevantes, inconexos, y demuestra que no se da cuenta de su estado. En todo caso, es importante evaluar su capacidad del paciente para concentrarse y recordar a corto y largo plazo. Para ello, se le pide que cuente 20-1, 40-3, 100-7, las tres series una después de otra, o una de ellas según su grado de instrucción. Luego se le pide que demuestre su orientación en el tiempo. Si está desorientado, se le dan todos los datos al respecto, pidiéndole que los repita de inmediato y unos 3 minutos después.

3.1.3. Indagar por síntomas de la enfermedad causal: Si se confirma que el paciente está confuso, se indaga por las posibles condiciones causales más importantes: si ha sufrido algún traumatismo, si tenía diagnóstico de alguna enfermedad, si está tomando alguna medicación, si tenía o tuvo otros síntomas antes de mostrarse confuso. Si se sabe que es diabético (y se sepa o no qué medicamentos usa), o no hay historia conocida en este momento, se le hace ingerir una bebida azucarada o consumir un caramelo, por si se tratase de un cuadro de hipoglicemia. Si la respuesta es positiva, y se llega a saber que el paciente usa insulina o antidiabéticos orales, deberá continuar su control en el hospital local.

En caso de posible intoxicación, de ser posible deben tomarse las medidas más aconsejables para estos casos; por ejemplo, si se sabe con certeza que el paciente ha ingerido una sobredosis de algún medicamento o sustancia tóxica no más de 3 horas antes y está lo suficientemente despierto, se le puede provocar el vómito. Intentar el lavado gástrico por medio de una sonda o administrar un antídoto, son medidas que es preferible tomarlas en el hospital.

3.1.4. Se completa el examen clínico esencial: Luego, cualquiera que sea el resultado, se dan las indicaciones para que el paciente sea transportado al servicio de salud más adecuado o al más cercano. Mientras tanto se completa el examen clínico esencial: se prosigue con la anamnesis acerca del problema actual hasta obtener los detalles que faltan, incluyendo el mayor número de datos acerca de su historia anterior y sus condiciones de vida. Si el paciente está siendo atendido en su casa, se recomienda revisar los ambientes que vienen al caso en busca de medicamentos o drogas, que podrían estar bien guardados o escondidos por el propio paciente, como es el caso de quienes intentan suicidarse. Hay que recordar que algunos preparados farmacéuticos tienen tranquilizantes y que hay plantas que se usan porque contienen sustancias psicoactivas (floripondio, por ejemplo, que suele colocarse debajo de la cama). El examen actual debe adecuarse a las circunstancias, y se debe buscar las evidencias de las enfermedades que hayan sido sugeridas por los datos de la anamnesis.

3.1.5. Puede ser necesario aliviar ciertos síntomas: Hay algunos síntomas o trastornos que deben ser aliviados, sobre todo cuando no es posible la transferencia inmediata del paciente al hospital. En primer lugar, se debe mantener en posición semisentada, vigilando que respire adecuadamente. El paciente con delirio y algún grado de agitación podría requerir alguna medicación, aunque, por principio, a este nivel no conviene administrar tranquilizante alguno. Por eso, si el grado de delirio es leve o moderado, es preferible que el ambiente esté bien iluminado y sin ruidos en lo posible, y que el familiar más cercano o más capaz de tranquilizarle se mantenga al lado del enfermo. Habrá que usar medidas de sujeción en algún caso. Sin embargo, podría ser necesario calmarle farmacológicamente si es que la agitación hace difícil su manejo y su transporte. En tal caso, médico estará más tranquilo si es que tiene una hipótesis clara acerca de la enfermedad de fondo y sabe anticipar los efectos del medicamento. Se puede usar entonces unas 10 a 40 gotas de haloperidol, aunque es probable que se disponga solamente de diazepam. Hay que tener en cuenta que la medicación puede exacerbar la confusión o empeorar la función cerebral ya deteriorada.

Sólo si el paciente ha tenido crisis convulsivas recurrentes (crisis agudas o crónicas), se debe administrar diazepam, una ampolla de 10 mg sin diluir por vía endovenosa, muy lentamente (para evitar paro respiratorio). El dolor de cabeza y la fiebre pueden aliviarse con paracetamol, o metamizol i.m. Los vómitos pueden controlarse con una ampolla i.m de metoclopramida (pero se tendrá en cuenta que pueden ser beneficiosos al comienzo). Una crisis hipertensiva debe ser controlada sólo en caso de que se sepa que el paciente es hipertenso (la hipertensión podría ser consecuencia de la lesión cerebral y remitir espontáneamente).

3.1.6. El informe médico: Una vez atendido el paciente, el médico debe preparar un informe clínico acerca del paciente, haciendo constar sus hallazgos más importantes, las medidas que ha tenido que tomar, sin olvidar de mencionar los medicamentos que ha tenido que administrar al paciente.

3.1.7. Instrucciones para el transporte: Finalmente se dan las instrucciones para el transporte del paciente al hospital local, o al hospital especializado si fuera necesario. El paciente debe ir acompañado por sus familiares. Hay que aconsejarles para que estén atentos a los cambios o trastornos más importantes que puedan ocurrirle al paciente en el trayecto, para ser referidos después al médico que le vuelva a atender: así, el paciente puede quejarse de alguna molestia, puede tener vómitos, movimientos involuntarios, convulsiones, dificultad respiratoria, incontinencia urinaria o fecal.

3.2. La atención en el hospital general

Es necesario y con frecuencia imprescindible que el paciente confuso o delirante reciba atención intrahospitalaria. A veces, el paciente confuso es llevado a la emergencia de un hospital de *motu proprio* por sus familiares (los vecinos o la policía); otras por indicación del médico que le atendió en el primer nivel de los servicios médicos.

Si bien un hospital general cuenta con más y mejores recursos para atender la mayor parte de los problemas clínicos, el esquema de la atención médica no es diferente al esbozado para el primer nivel de los servicios. En consecuencia, los objetivos que persigue el médico son aquí los mismos que los indicados para el primer nivel, pero comprenden otros más amplios y específicos, como son:

1. Realizar un examen más exhaustivo para precisar el tipo de confusión o delirio que presenta el paciente, precisar su grado de confusión, efectuar el diagnóstico diferencial;
2. Mantener las constantes vitales del enfermo dentro de los límites adecuados a su condición clínica, en especial respecto de sus funciones respiratoria y cardiocirculatoria, tomando las medidas terapéuticas de emergencia desde el comienzo de la atención médica;
3. Proveer al paciente de las medidas generales más adecuadas para mantener su equilibrio interno, así como su metabolismo y función cerebrales, con el adecuado aporte de fluidos, electrolitos y nutrientes;
4. Aliviar sus síntomas asociados al cuadro confusional, como convulsiones, cefalea, vómitos, fiebre, agitación;
5. Hacer la profilaxis y el control temprano de las complicaciones secundarias a la enfermedad de fondo, al mismo estado confusional o de delirio -como heridas y caídas-, a los exámenes, los medicamentos y otras formas de tratamiento;
6. Diagnosticar y tratar la enfermedad causal del paciente, en especial las más comunes y relativamente menos difíciles de controlar, de modo que si tuviera alguna de las condiciones que requieren atención médica especializada, deberá ser transferido lo más oportunamente posible a un servicio de tercer nivel, y
7. Promover la rehabilitación de las capacidades personales del enfermo desde el comienzo de su atención.

Para cumplir estos objetivos, el procedimiento de atención médica puede organizarse en base a las pautas siguientes:

3.2.1. La atención médica inmediata: Apenas se recibe al paciente, se empieza la observación de su actividad, se escucha la explicación de los testigos y se le toman sus constantes vitales. Como en la fase anterior, la atención de emergencia en el hospital también empieza con la observación directa del paciente mientras se escucha la versión acerca de su afección. Al mismo tiempo la enfermera toma sus constantes vitales.

Mientras se interroga a los testigos, debe prestarse especial atención a la facies, los gestos y los ademanes que realiza el paciente. La observación en esta etapa abarca principalmente el ritmo respiratorio en busca del patrón o perfil de la respiración; igualmente, a donde dirige la mirada, la postura y la motilidad espontánea de las extremidades, y si tiene movimientos anormales.

3.2.2. Se indican los exámenes auxiliares habituales y se aplican las primeras medidas terapéuticas: Ya en esta primera etapa de la atención en el hospital, el paciente podría necesitar medidas simples para que ventile mejor o mejore su función cardíaca. Al mismo tiempo se obtendrá una muestra de sangre y orina para el laboratorio (se miden glicemia, nitrógeno ureico, electrolitos como Na, Ca, hemoglobina, hematocrito; se hace el recuento celular, y si fuera posible se determinan el pH, pCO₂, pO₂).

Como en el servicio de primer nivel, si no se tienen datos acerca del paciente o se sabe que es diabético, se le administra glucosa al 33%, unas 3 ampollas por vía e.v. Si el paciente parece desnutrido o alcohólico, se le administra tiamina 1 amp i.m. Ya sabemos que si hay respuesta positiva a la administración de glucosa o se comprueba que el paciente estaba en hipoglicemia, se continúa con la administración de glucosa por todo el tiempo necesario,

teniendo en cuenta su causa. Si no es el caso, se deja la vía endovenosa con solución glucosada o salina a goteo lento, lista para cualquier otra indicación.

En caso de posible intoxicación, o el paciente está severamente confuso, es mejor colocarle sonda nasogástrica y realizar un lavado gástrico (podría ser necesario administrar el antídoto respectivo si es posible o necesario). Debe discontinuarse todos los medicamentos que venía usando el paciente, sobre todo los que no son indispensables y los que tienen efectos adversos de tipo confusional o demencial.

3.2.3. Se completa el examen clínico integral: Después que se han tomado las medidas correctivas indicadas, se prosigue con el examen clínico integral: debe obtenerse una anamnesis completa acerca del problema actual, incluyendo los datos acerca de su historia anterior. Como en la atención del nivel anterior, después que los testigos han proporcionado los datos que conocen, se conversa con el paciente para determinar el nivel de su actividad consciente, sus niveles de ansiedad y atención, hasta formarse una clara idea respecto del grado de confusión mental o delirio, y haberse descartado los otros síndromes con los cuales se confunden estos estados. El examen termina con la evaluación de las funciones de la sensibilidad y la motilidad del paciente que se realiza junto con el examen somático. La observación debe ser exhaustiva en busca de las evidencias acerca de las enfermedades que deben tenerse en cuenta en estos casos.

En esta fase del examen ya se habrá acumulado la evidencia clínica suficiente para sustentar las primeras hipótesis diagnósticas. Por lo tanto, habrá que decidir qué exámenes auxiliares de diagnóstico requiere el paciente. Puede necesitar exámenes electrocardiográfico y radiográfico de cráneo y de campos pulmonares. Debe considerarse la necesidad de punción lumbar para examen del líquido céfalorraquídeo, sobre todo si hay dolor de cabeza o fiebre no explicables de otra manera, rigidez de nuca, o si todos los resultados de los exámenes han sido negativos. Si es posible y el paciente lo requiere, se debe obtener una tomografía computarizada de cerebro, y si no es posible y se sospecha la presencia de masa intracraneal, se debe realizar una angiografía cerebral, carotídea por lo menos. Otros pacientes como es lógico requieren exámenes especiales para investigar o confirmar la existencia de una enfermedad sistémica. La imposibilidad de realizar estos exámenes en el hospital general, ya es por sí misma una indicación para transferir al paciente a un centro especializado.

3.2.4. El alivio de los síntomas: En la emergencia de un hospital, hay una mayor libertad y seguridad en el uso de fármacos para el alivio de los síntomas que pueden acompañar al cuadro confusional, así como para el control del delirio y la agitación consiguiente.

El paciente con delirio y algún grado de agitación podría requerir alguna medicación si es que fracasan las medidas más simples que ya se han mencionado y que de hecho también se deben usar en el hospital. En especial cuando se tiene un diagnóstico definido acerca de la enfermedad de fondo y se conoce bien la relación riesgo/beneficio de los medicamentos más seguros, es preferible administrar entonces alguno de ellos, evitando los llamados "cócteles líticos" que pueden enmascarar el desorden cerebral y dificultar la tarea diagnóstica subsiguiente. Más aún, si se trata de personas de edad avanzada, con retardo en el metabolismo y la eliminación del medicamento, el efecto se prolongaría demasiado facilitando la presentación de complicaciones adicionales, que tendrán que ser consideradas como yatrogénicas. Si se decide por esta forma de tratamiento, se recomienda entonces administrar una ampolla de haloperidol (de 5 mg) por vía i.m. o e.v., o clorpromazina 25 a 50 mg, a intervalos que dependen de la duración de sus efectos en cada paciente. El empleo de diazepam -una ampolla de 10 mg sin diluir, muy lentamente por vía endovenosa- está reservado para calmar al paciente al momento de ser sometido a un examen auxiliar, como punción lumbar, tomografía computarizada o angiografía.

Si el paciente ha presentado crisis convulsivas recurrentes (crisis agudas o crónicas), se debe administrar diazepam en la forma indicada y fenitoina 1 g. por una única vez para continuar con 0.3 g diariamente. El dolor de cabeza, la fiebre y los vómitos deben aliviarse con la medicación ya referida. Si el paciente tiene hipertensión arterial severa, debe administrársele

un hipotensor cuyos efectos se pueden controlar. En general, se usan más fácilmente la furosemida o la nifedipina con estos fines.

3.2.5. El tratamiento específico y el monitoreo y control subsecuente del enfermo: Por supuesto que hay muchas enfermedades entre las mencionadas como causa de confusión o delirio que pueden ser tratadas en este nivel de los servicios médicos. Esto significa que después de terminado el examen clínico, y después de evaluar toda la información clínica acerca del paciente, los médicos del servicio estarán en condiciones de decidir si el enfermo debe ser tratado en el mismo hospital o debe ser transferido al servicio especializado más apropiado.

El tratamiento y control del paciente después que se ha aplicado todo el esquema anterior depende de la naturaleza de la enfermedad. Es entonces probable que el paciente necesite de un período de unos días en que debe tratarse dicha enfermedad. Independientemente de su mayor o menor reversibilidad, y paralelamente al tratamiento específico, el paciente tiene que ser atendido integralmente, cumpliendo así con los objetivos de la atención médica ya señalados. Estos cuidados generales que los ejecuta el personal de enfermería, comprenden:

1. El control de las constantes vitales: frecuencia respiratoria, pulso, presión arterial y temperatura, con la periodicidad que el caso lo requiera.
2. La hidratación y alimentación parenteral (usualmente el primer día) y enteral (durante los días siguientes, por vía oral o por sonda nasogástrica, dependiendo de si el paciente puede alimentarse sólo o no). Puede ser necesario medir la ingesta calórica, llevar un balance hídrico o sólo medir la diuresis.
3. El cuidado de la evacuación vesical e intestinal.
4. El cuidado de la integridad de las mucosas y la piel (especialmente para evitar las úlceras de presión).
5. La administración horaria de los medicamentos.
6. El mantenimiento de un ambiente adecuado: respecto de iluminación, temperatura y seguridad (evitando la presencia de objetos contundentes, punzantes o cortantes).
7. La rehabilitación temprana: conversar con el paciente, orientarle en el tiempo y en el lugar, enseñarle a emplear sus útiles de uso personal; ejercitarle sus movimientos respiratorios, y generales son cambios posturales, movimientos pasivos y masajes. Para cumplir con estas tareas, la presencia de un familiar inteligente puede ser beneficiosa.

Si es que el paciente tiene que ser transferido a un hospital o servicio médico especializado, se debe preparar un informe acerca de sus condiciones clínicas y de todos los procedimientos y tratamientos empleados a este nivel.

3.3. La atención en el servicio especializado

Lógicamente que un paciente puede ser llevado directamente a un centro especializado por indicación del médico que le atendió en un primer nivel, o por propia iniciativa. Pero, tal como acabamos de ver, los criterios más generales de transferencia al hospital de tercer nivel son la necesidad de realizar los exámenes especializados para confirmar o refutar una hipótesis diagnóstica y/o la necesidad de un tratamiento específico de una enfermedad que no puede realizarse en un servicio de segundo nivel.

Una circunstancia especial es aquella en que el paciente ya viene siendo atendido en el hospital y en el curso del tratamiento, o después de éste, presenta un cuadro confusional, por ejemplo en una sala de recuperación de cirugía, en una sala de trabajo de parto o en el post-parto, en la sala de cuidado intensivo. Desafortunadamente, todavía es preciso llamar la atención que en algunos de estos casos el síndrome confusional, o un cuadro similar, no siempre es reconocido a su debido tiempo.

Desde un punto de vista muy general, a este nivel de atención, los objetivos de la atención del paciente confuso son más específicos (aunque de hecho incluyen los objetivos de la atención

en los niveles anteriores, pues la atención de un nivel más avanzado no excluye a las medidas del nivel anterior):

1. El diagnóstico de la enfermedad que causa el estado confusional;
2. El tratamiento de la enfermedad causal;
3. El tratamiento de las complicaciones, y
4. La supervisión del seguimiento del paciente.

Una vez que el paciente ha sido admitido en el servicio de la especialidad correspondiente, y teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad causal, los procedimientos clínicos comprenden:

3.3.1. El examen especializado: Como todo examen correspondiente a este nivel de atención, el examen del paciente será primero de tipo integral y luego de tipo preferencial: neurológico, neuroquirúrgico, gastroenterológico, hematológico, oncológico, endocrinológico, cardiológico, neumológico, nefrológico, etc., según la enfermedad causal más probable. Los pacientes con problemas de orden neurológico, generalmente requieren estudios de diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada de cerebro o tomografía por resonancia magnética nuclear), o estudios angiográficos. El EEG es útil para el diagnóstico de estado epiléptico (de petit mal), de encefalitis (por virus del herpes simple, por ejemplo). El examen del LCR es imprescindible para el diagnóstico de la forma y etiología de las meningitis. Podría ser necesario un estudio toxicológico en busca de tóxicos o medicamentos en sangre.

3.3.2. El tratamiento especializado: Una vez terminados los estudios de diagnóstico, el tratamiento tendrá que ser aplicado en el mismo servicio, aunque, como se ha visto, éste pudo haber empezado desde el comienzo de la atención.

3.3.3. El seguimiento del paciente: Muchas enfermedades que han causado un síndrome confusional son crónicas y pueden descompensarse nuevamente provocando un síndrome similar. Estos pacientes requieren, por lo tanto de un seguimiento. Las pautas del seguimiento las establece el servicio especializado, pero es usual que el control efectivo y periódico del paciente lo realice el médico en el primer o el segundo nivel de los servicios médicos. Por eso es que el médico general debe estar preparado para seguir la evolución ulterior de estos pacientes que pueden tener cualquiera de las enfermedades ya señaladas.

BIBLIOGRAFÍA

Existen muchos artículos y textos que contienen información importante y actualizada sobre el problema clínico que hemos tratado, muy especialmente respecto del diagnóstico y el tratamiento de las diferentes enfermedades que causan confusión mental o delirio. Sin embargo, los siguientes son fácilmente accesibles y se los recomienda para uso médico general.

1. Aquino, T.M. y Samuels, M.A. (1995) Coma and Other Alterations in Consciousness. En: Samuels, M.A, (Ed.) Manual of Neurologic Therapeutics. Little Brown, Boston.
2. Brown, M.M. y Hachinski, V.C. (1994) Acute Confusional States, Amnesia and Dementia. En: Isselbacher, K.J. y Otros (Eds.) Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill, New York.
3. Caine, E.D., Grossman, H. y Lyness, J.M. (1995) Delirium, Dementia and Amnestic and Other Cognitive Disorders and Mental Disorders Due to a General Medical Condition. En: Kaplan H.I. y Sadock, B.J. (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore.
4. Lishman, W.A. (1980) Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of Cerebral Disorder. Blackwell, Oxford.
5. Ortiz C.P. (1995, 1996) Problemas Clínicos en Neurología. Rev. Per. Neurol. Vols. 1, 2, 3.
6. Plum, F. y Posner J.B. (1980) The Diagnosis of Stupor and Coma. Davis, Philadelphia.
7. Shader, R.L. (1994) Manual of Psychiatric Therapeutics. Little Brown, Boston.