

Síndrome confusional agudo (SCA)

o delirium al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición fluctuante y concurrente de:

- alteración del nivel de **consciencia**
- afectación global de las funciones cognitivas,
- alteraciones de la atención-concentración con desorientación,
- exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación,
- alteraciones del ritmo vigilia-sueño.

El enfermo aparece adormecido, obnubilado, **confuso**, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva.

Entre el estado de alerta físico y mental que supone un nivel de conciencia normal y la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma pueden establecerse una serie de estados intermedios:

Somnolencia

Obnubilación: Somnolencia más acusada; que se caracteriza por respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos. No hay respuesta adecuada a órdenes verbales complejas.

Estupor: Estado previo al coma. El paciente necesita estímulos muy vigorosos para despertar y no es capaz de ejecutar órdenes verbales.

Coma profundo: Ausencia de respuesta a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el SCA se puede producir por alteración funcional bilateral, y difusa o por lesiones críticas en la sustancia reticular ascendente.

También pueden manifestarse como SCA lesiones focales en los lóbulos frontal y parietal derechos o en la circunvolución del cíngulo.

Este trastorno mental transitorio consiste en la alteración de las funciones cerebrales superiores, que se caracteriza por disminución de la capacidad de atención y alteración de las funciones cognitivas tales como lenguaje y orientación temporoespacial.

El delirium es fácilmente reconocible en pacientes con estado agudo de agitación.

Pero existe poca información sobre recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia (Teitelbaum y col., 2011).

El uso de la sedación en la UCI puede contribuir al delirio. Limitar la sedación en la UCI permite el diagnóstico de lesiones neurológicas asociadas, lo cual puede suponer un menor tiempo de ventilación mecánica, menor duración de estancia, y la mejora de las tasas de mortalidad.

La identificación de la etiología subyacente de delirio es fundamental para el desarrollo de los

paradigmas de tratamiento (Frontera, 2011).

Las intervenciones de enfermería son considerados como uno de los métodos no farmacológicos para tratar el delirio y mediante el uso de estos métodos de manera apropiada en la UCI, el delirio hipoactivo puede ser reducido (Khalifezadeh y col., 2011).

Bibliografía

Frontera, J.A., 2011. Delirium and sedation in the ICU. *Neurocritical Care*, 14(3), págs.463-474.

Khalifezadeh, A. et al., 2011. Reviewing the effect of nursing interventions on delirious patients admitted to intensive care unit of neurosurgery ward in Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), págs.106-112.

Teitelbaum, J.S., Ayoub, O. & Skrobik, Y., 2011. A critical appraisal of sedation, analgesia and delirium in neurocritical care. *The Canadian Journal of Neurological Sciences. Le Journal Canadien Des Sciences Neurologiques*, 38(6), págs.815-825.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=sindrome_confusional_agudo

Last update: **2019/09/26 22:31**

