

---

## Delirio o SCA

---

AUTORES: IVETTE VARGAS CARBALLO, ALEJANDRO LARRIERA.  
Hospital de Clínicas, "José de San Martín".  
ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

El **delirio o síndrome confusional agudo (SCA)** constituye un cuadro de disfunción orgánica cerebral transitoria causado por una enfermedad médica general, por intoxicación o efecto colateral de drogas, por privación de sustancias o por múltiples factores.

**DEFINICIÓN:** El SCA está caracterizado por:

1. Comienzo agudo en horas, días o hasta 3 meses, y curso fluctuante.
2. Falta de atención.
3. Pensamiento desorganizado, ideas ilógicas o poco claras.
4. Alteración de la conciencia.

**El diagnóstico requiere de la presencia de las características 1 y 2.**

**FACTORES PREDISPONENTES:** Edad >75 años, deterioro cognitivo o demencia, múltiples comorbilidades, polimedicación, enfermedad terminal, supresión del sueño, alteraciones sensoriales, supresión brusca de alcohol, estado posquirúrgico, enfermedad hepática crónica.

### VALORACIÓN INICIAL

Evaluar siempre la necesidad de internación y de consulta con psiquiatría. Control de signos vitales, saturación de oxígeno, asegurar permeabilidad de la vía aérea.

- Laboratorio: glucosa, electrolitos, función renal y hepática, pruebas toxicológicas.
- Examen físico con examen neurológico completo.
- TC de cerebro, punción lumbar (PL) o ambas, según la condición clínica.

### Causas

Hipoxemia, hipercapnia, hipotensión, fiebre, deshidratación / Trastornos del medio interno: glucosa, sodio, calcio, magnesio, fósforo / Dolor / Infección / Retención aguda de urina / Encefalopatía urémica, hepática o hipertensiva / Lesión del SNC / Estado postictal / Tóxicos / Fármacos o abstinencia a fármacos psicoactivos.

**Siempre buscar una causa orgánica del SCA y tratarla. Tener presente que puede ser la manifestación inicial de una patología grave.**

## Tratamiento no farmacológico y medidas de prevención del SCA en pacientes internados

- **Medidas generales:** Acompañamiento familiar, limitar número de visitas. Asegurar el uso de dispositivos como prótesis auditivas, dentarias, lentes. Colocar medios que le permitan orientarse: reloj, calendario, radio o televisión. Aportar al paciente objetos propios o familiares. Mantener la habitación tranquila e iluminada.
- **Contención física:** es el último recurso y siempre será un método transitorio hasta que se corrija la causa que origina el SCA o se logre tranquilizar al paciente con psicofármacos. Está indicada para prevención de lesiones al propio paciente como a terceros.

## Manejo Farmacológico

- **Antipsicóticos (AP) típicos:** son los fármacos de elección.
  - **Haloperidol:** 5-10 mg, vía intramuscular (IM). Puede repetirse a los 15 min y luego cada 6 H. Dosis máxima de 6-8 ampollas de 5 mg/día. Se puede combinar con BZD.
  - **Clorpromazina:** 25-50 mg IM. Dosis máxima 100 mg cada 6 H.
- **AP atípicos:** para casos leves y moderados y para mantenimiento.
  - **Olanzapina:** IM o vía oral (VO). Dosis inicial: 10 mg (ancianos 2.5-5 mg; si hay alteración renal o hepática 5 mg). Dosis máx. (incluida VO): 40 mg. Máximo de 3 inyecciones en 24 H y hasta 3 días de tratamiento.
  - **Quetiapina:** 25 a 50 mg, VO. Comienzo gradual. Reducir dosis en ancianos e insuficiencia renal y hepática.
  - **Risperidona:** VO ó IM: 0.25-1 mg cada 4 H según necesidad. Riesgo cardiovascular.
- **Benzodiacepinas (BZD):** de elección en abstinencia alcohólica o de BZD y en intoxicación por adrenérgicos (cocaína o anfetaminas).
  - **BZD de elección parenteral:** Lorazepam: IM o intravenoso (IV) 0.02-0.06 mg/kg (2-4 mg) cada 2-6 horas. Puede repetirse a intervalos de 30 min a 2 H hasta que el paciente se calme. Precaución por depresión respiratoria. No superar los 4-6 mg en 90 min, ni 10 mg/día. Disponible por VO y sublingual.
  - **Clonazepam:** VO: 0.5-2 mg cada 8 H.
  - **Diazepam:** 5-10 mg (VO, IM o IV), puede repetirse cada 1-2 H.

## ANTIPSIKÓTICOS + BENZODIACEPINAS

Puede ser útil para algunos pacientes, con menores dosis y menores efectos secundarios que cualquiera de los dos grupos por separado. Los AP disminuyen el riesgo de desinhibición benzodiacepínica.

### Bibliografía:

- Scout T Wildber. Altered Mental Status in Older Emergency Department Patients Emerg Med Clin N Am. 2006;24:299-316.
- Hyman S, Tesar G. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2003. Barcelona, Editorial Masson.
- Denise Nassisi, M.D, Beatriz Korc, M.D. The Evaluation and Management of the Acutely Agitated Elderly Patient. The Mount Sinai Journal of Medicine. Vol. 73 No. 7 November 2006
- Marcantonio ER. Delirium. Ann intern Med 2011, Jun 7; 154 (11): ITC61.