

Síndrome confusional agudo y alucinaciones visuales en el adulto mayor

Acute confusional syndrome and visual hallucinations in the elderly

Mariela Sarahi Morales Ulloa¹, Norma Cardoso Lunar²

RESUMEN

Introducción. El síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales asociadas a la privación sensorial visual con pérdida parcial o total y estado cognitivo conservado. Este se puede acompañar de un síndrome confusional agudo que debuta de las comorbilidades que afectan al paciente no controlado y presenta a la vez alucinaciones visuales y agitación psicomotriz. Se trata de trastornos cuya incidencia parece aumentar en nuestras consultas debido al aumento de la esperanza de vida y de las patologías oculares asociadas al envejecimiento.

Caso. En paciente masculino con SCB, con pluripatología, se presenta un proceso quirúrgico de forma brusca, sin tratar de forma psicológica y educación previa al procedimiento, presentando cuadro confusional agudo y alucinaciones visuales que se agudizan posterior a la intervención de la enfermedad degenerativa. Además no tiene buena adherencia al tratamiento de su patología de base.

Conclusión. La mayoría de los adultos mayores con SCB presentan enfermedades degenerativas oftalmológicas y pluripatología, que deben ser atendidas por un equipo multidisciplinario ya que son infradiagnosticadas por área de salud que recibe respuestas poco acertadas. La mayoría tiene un componente de trastorno depresivo y ansiedad, lo que indica que es importante, a la hora del manejo, la información al paciente y a la familia con el fin de reducir la ansiedad que los limita y el aislamiento social que presentan.

Palabras claves: síndrome confusional agudo, alucinaciones visuales, síndrome Charles Bonnet, adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction. Charles Bonnet syndrome (SCB) is characterized by the presence of visual hallucinations associated with visual sensory deprivation with partial or total loss and preserved cognitive state. This can be accompanied of an acute confusional syndrome that debuts comorbidities that affect to the uncontrolled patient and presents both visual hallucinations and agitation psychomotor. These are disorders whose incidence seems to increase in our consultations due to increased life expectancy and pathologies eyeepieces associated with aging.

Case. In a male patient with SCB, with multiple pathologies, a process is presented surgical abruptly, without psychological treatment and education prior to the procedure, presenting acute confusional symptoms and hallucinations visuals that sharpen after the intervention of the degenerative disease. It also does not have good adherence to the treatment of its pathology base.

Conclusion. Most older adults with SCB have diseases ophthalmological degenerative and multipathology, which must be attended by a multidisciplinary team since they are underdiagnosed by health area who receives unsuccessful answers. Most have a component of depressive disorder and anxiety, which indicates that it is important, at the time of management, information to the patient and the family in order to reduce anxiety that limits them and the social isolation they present.

Keywords: acute confusional syndrome, visual hallucinations, syndrome Charles Bonnet, older adult.

Geriatría Clínica 2020;14(1):14-16

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales asociadas a la privación sensorial visual con pérdida parcial o total y estado cognitivo conservado¹. Aunque algunas veces se presenta el síndrome confusional agudo y el *delirium* como sinónimos, no es una entidad clínica aislada, sino la manifestación de diversas patologías, muchas veces multifactorial, pero también de causas previsible o controlables. Proponemos que el delirio sea considerado como un grado extremo de confusión mental, pues involucra agitación psicomotriz y alucinaciones⁸. La prevalencia del SCB es del 11-13% en personas con pérdida visual parcial, y del 1-2% en la población geriátrica; estos pacientes prefieren ocultar su trastorno por el temor de ser

portadores de alguna enfermedad psiquiátrica grave. En la mayoría de los casos publicados la edad del debut se encuentra entre los 75-84 años, con leve predominio femenino². La aparición de SCB se asocia a determinados factores desencadenantes, como fatiga, estrés, baja iluminación y deslumbramiento, que se puede agudizar por las comorbilidades. También se asocia a aislamiento social, defectos cognitivos, privación sensorial y baja calidad de contactos sociales³. El conocimiento del SCB por el área de servicios de salud es importante para obtener buena asistencia sanitaria de nuestros pacientes y para evitar errores diagnósticos, derivaciones incorrectas a psiquiatría, así como tratamientos innecesarios con psicofármacos.

CASO

Paciente masculino de 90 años, residente en La Habana, Cuba, con jubilación de sastrería de hace 2 años por el déficit visual, de raza negra. Antecedentes personales: destacan hipertensión arterial, cardiopatía isquémica con colocación de *stent*, glaucoma de ambos ojos, catarata en ambos ojos, intervenido ojo izquierdo hace 2 años, recuperando la visión ligeramente, el ojo derecho es intervenido hace un mes no recupera la visión. No presenta hábitos tóxicos, con factores de riesgo geriátrico, presentó una caída, hace dos meses, se-

1. Residente segundo año de Gerontología y Geriatría
2. Especialista Gerontología y Geriatría. Residencia de la Especialidad de Gerontología y Geriatría. Centro de Investigaciones Sobre Longevidad Envejecimiento y Salud. Servicio de Unidad de Consulta Externa de Gerontología y Geriatría. Hospital Calixto García, La Habana, Cuba

✉ Correspondencia: marielasmu@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 08/2019 | Aceptado: 8/2019



Figura 1.

cundaría a las barreras arquitectónicas del medio vial de la ciudad y al déficit visual que lo aqueja. Dentro de las funciones orgánicas refiere alteración del sueño, que no logra consolidarse después de la intervención quirúrgica. Polimedicación justificada por patología de base: enalapril (20 mg) 1 tableta cada 12 horas, ASA (81 mg) 1 tableta cada día, clopidogrel (75 mg) 1 tableta cada día, diltiazem (90 mg) 1 tableta cada día, alprazolam ½ tableta por la noche. El motivo de ingreso a nuestro centro hospitalario es la aparición de alucinaciones tanto complejas y simples, consciente de que no son reales. Describe destellos de luz, gusanos y personas, que desaparecen algunas veces, cambios de conducta de agresividad, con signos de tristeza, predominan en la noche, observándose desorientado de forma fluctuante pensando que se encuentra en su sitio de trabajo. Las alucinaciones se agudizan después del proceso quirúrgico al que fue sometido hace un mes. Además, algunas veces no toma el medicamento prescrito. Al examen físico se encuentra positivo mal control de la presión arterial 190/100, área ocular se observa opacidad total del cristalino formando un aro blanquecino la parte externa, predominante en el ojo derecho, con campo visual y agudeza visual alterados, no logra visualizar de 20 m ni de 10 cm, observando borroso. La capacidad funcional del paciente, a pesar de su limitación visual, demuestra buena participación de dependencia leve (escala de Barthel 65 puntos) en las actividades de la vida diaria en las básicas y dependencia total en las instrumentadas (escala de Lawton) ya que se relaciona la limitación por su déficit visual; en referencia al equilibrio y marcha presenta riesgo mínimo de caídas (escala Tinetti 24 puntos) y SSPB 9 puntos, observándose debilidad en miembros inferiores. Se realizan los exámenes complementarios de rutina donde no reporta ninguna alteración que pueda aportar a las alucinaciones y estado confusional del paciente.

INTERVENCIÓN

Evaluación psicológica

Primera evaluación: aplicando la escala Minimental da una puntuación 18/30 puntos, lo cual refieren tratar primero lo orgánico ya que se relaciona al estado confusional agudo que cursa actualmente realizándole la escala CAM dando positivo.

Concluyendo:

Síndrome confusional agudo hiperactivo.

Tratar lo orgánico de hipertensión arterial no controlada sin daño órgano diana.

Segunda evaluación: se evalúa siete días intrahospitalario, realizándole Minimental de 24/30 puntos donde pierde puntuación en el área de lenguaje por el déficit visual que presenta, sin alteración de otro ítem. Con notable mejoría.

Concluyendo:

No presenta alteraciones cognitivas.

Seguimiento en consulta externa de psicología.

Tercera evaluación: presenta mejoría, con buen confrontamiento de la parte biomédica del paciente, se descarta presencia de deterioro cognitivo. Se le da consejería sobre la pérdida visual y medidas preventivas que debe tener.

Evaluación psiquiátrica

Presenta síntomas depresión según los criterios DMS V y CIE 10, lo que se relaciona con la pérdida visual que lo afectó bruscamente y de la cual esperaba recuperarse. Recomendado seguimiento con psicología. Concluyendo:

Diagnóstico trastorno depresivo adaptativo.

Evaluación oftalmológica

Evidencia de agudeza visual y campimetría en ambos ojos secundario al glaucoma y catarata, donde recomienda una terapia visual. Presenta mejoría en el seguimiento.

Evaluación geriátrica:

Se evalúa el control de la hipertensión arterial, concluyendo que tiene mala adherencia al tratamiento que se relaciona al cuadro depresivo que tiene actualmente, monitoreando las presiones. Observando que no controla los IECA se decide cambiar por amlodipina ½ tableta cada 12 horas y el resto igual, mejorándolo su parte biomédica y haloperidol por agitación que presentó, si era necesario, durante la estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

Síndrome confusional agudo y delirio como sinónimos. Proponemos que el delirio sea considerado como un grado extremo de confusión mental, pues involucra agitación psicomotriz y alucinaciones. Donde la presencia de más de tres enfermedades crónicas por paciente (pluripatológico) tuvo influencia significativa para que el adulto mayor desarrolle síndrome confusional⁸. Que además puede estar causado por un solo factor, o más bien el resultado de la interacción de la vulnerabilidad por parte del paciente (la presencia de factores de riesgo como: deterioro cognitivo previo, inmovilización, reducción en la agudeza visual o auditiva, deshidratación o malnutrición) y circunstancias relacionadas con la hospitalización como medicamentos y procedimientos invasivos⁹. En nuestro caso el paciente es evaluado por un equipo multidisciplinario descartando otras identidades relacionadas con patologías psiquiátricas que frecuentemente son diagnosticadas, encontrando la enfermedad del síndrome de Charles Bonnet que se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales complejas y estructuras asociadas a la deprivación sensorial visual con estado cognitivo conservado. La aparición de una alucinación visual es un fenómeno de desaferentación, según teoría, la pérdida de la aferencia de estímulos a la corteza occipital por las diferentes patologías

oculares produciría el fenómeno de la desaferentación, con cambios histológicos, bioquímicos y anatómicos en las neuronas para intentar compensar la escasa estimulación. Las células sufrirían un proceso de hiperexcitación, por lo que las alucinaciones se originarían ante cualquier estímulo del medio exterior^{1,5}. Es común que las causas que predisponen al SCB se relacionen con la edad, estrés, fatiga, la degeneración macular por glaucoma o cataratas que son las más frecuentes, pero también se deben tomar en cuenta otros trastornos metabólicos, enfermedades psiquiátricas, enfermedad cerebrovascular o neurodegenerativa, que son menos frecuentes³⁻⁴. La prevalencia del SCB descrita en la población con disminución de la agudeza visual es del 8 al 38% y de 1 a 2% en la población geriátrica, prefieren ocultar su trastorno temiendo ser portadores de alguna enfermedad psiquiátrica grave; cuando llegan a consultar, con frecuencia reciben respuestas inadecuadas (6). La mayoría de los casos publicados son de sexo femenino y mayores de 65 años; oscilando un debut entre los 75 – 85 años (7).

Para su tratamiento se han usado fármacos anticomociales, neurolepticos, antidepresivos y agentes colinérgicos. Sin em-

bargo, actualmente no existe suficiente evidencia clínica para seleccionar un tratamiento farmacológico determinado. Lo más importante a la hora del manejo, es la información al paciente y a la familia, con el fin de reducir la ansiedad. Las intervenciones no farmacológicas como mejorar la luminosidad del hogar por la noche y reducir el aislamiento social pueden ser útiles (4).

CONCLUSIÓN

La mayoría de los adultos mayores con SCB, además de presentar enfermedades degenerativas oftalmológicas, pueden mostrar descompensación de sus patologías de base que agudizan el cuadro clínico de las alucinaciones. Por lo tanto, deben ser atendidos por un equipo multidisciplinario ya que son infradiagnosticados por el área de salud que recibe respuestas poco precisas, donde la mayoría presenta un componente de trastorno depresivo y ansiedad. Ello indica que es importante a la hora del manejo de la enfermedad la información al paciente y a la familia, con el fin de reducir la ansiedad que los limita y el aislamiento social que presentan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa, J. M. (julio -diciembre de 2009). Alucinaciones visuales: síndrome de Charles Bonnet. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, vol. 7 N.º 2: pp. 129-140.
2. J. Bordas-Guijarro a, R. Á.-L.-O. (2009). Síndrome de Charles Bonnet: Un gran olvido. *Psicogeriatría*, vol. 1, No 4, pp. 239-241.
3. Bueso, E. S., García, M. S., & Etesam, J. P. (2015). Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. *Revista de neurología*, vol. 60, No 8, pp. 337 – 340.
4. Pablo Guisado Vasco, Á. T. (2014). Aproximación al manejo diagnóstico y terapéutico del Síndrome de Charles Bonnet en un servicio de urgencias: una serie de 10 casos. *Emergencia*, vol 26: pp.133-137.
5. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Sáenz-Francés F, Méndez-Hernández CD, Martínez-dela-Casa JM, García-Feijoo J, et al. Paradoxical cessation in a case of Charles Bonnet syndrome. *Asociacion Española de Oftalmología* 2014; vol. 89: pp. 418-20.
6. Espinosa, J. M. (Diciembre 2019). Alucinaciones visuales: Síndrome de Charles Bonnet. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, vol. 7, No 2, pp. 129 -140.
7. Rodríguez, G., MJ, M. C., Marin, A., & Reyes, A. (2016, Madrid, España). Doctor: yo no estoy loca. Síndrome de Charles Bonnet: a propósito de 3 casos. *Archivo sociedad Candelaria*, Vol. 27, Pag. 38-44.
8. Tíneo, J. P., Chucas, L. A., Rojas, C. R., & Caballero, S. P. (2013, Lima Perú). Factores asociados a Síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. *AN. Facultad de Medicina*, vol 3, pp. 193-197
9. Jaime Lama Valdivia, L. V. (2002, Perú). Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencia médica. *Revista Médica Heredia*, vol. 13, No 1, pp. 10 -18.