

ESTADOS ALTERADOS DE LA CONSCIENCIA

*Dr. Ramiro Coello-Cortés**

1. LA CONSCIENCIA Y FUNCIONES RELACIONADAS

Después de las observaciones sobre la apariencia y la conducta del paciente el siguiente paso en el examen mental es determinar el estado de la consciencia (20). Como cualquier alteración de esta función cortical primaria desorganiza secundariamente las demás funciones corticales superiores es importante hacer un diagnóstico correcto de sus trastornos (19). Con una consciencia alterada el resto del examen mental debe interpretarse con cautela (16). Es necesario además diferenciar con precisión los siguientes términos: consciencia, vigilia, alerta y atención.

Consciencia es una función elemental que determina la capacidad del individuo para relacionarse con el ambiente y con él mismo (8). El individuo consciente debe estar en vigilia pero puede tener grados variables de alerta y atención (19). En la vigilia está despierto pero no necesariamente con una consciencia, una alerta y una atención normales. Estas pueden alterarse hasta cierto nivel y aun así el paciente permanecerá en vigilia (14). A través de la consciencia la persona se da cuenta de lo que pasa tanto exterior como interiormente (7). En este estado el sujeto adquiere ese conocimiento especial de sí mismo y de su alrededor (21). La vigilia, en cambio, es el estar despierto e indica activación de la formación reticular del tallo cerebral (19). La consciencia es una función más superior con activación de la corteza cerebral (13).

Alerta o estado de alerta es la capacidad de responder a estímulos. Para que el individuo esté alerta

* Profesor de Psiquiatría Facultad de Ciencias Médicas U. N. A. H.

debe estar totalmente consciente y en vigilia aunque la atención puede estar alterada (19). Por último, la atención es la capacidad de atender un estímulo con la exclusión de otros. En la persona atenta, la consciencia, la vigilia y el estado de alerta deben estar completamente normales (8).

2. EL SISTEMA DE LA CONSCIENCIA .

El cerebro se pone en contacto con el ambiente por medio de dos sistemas: a) el sistema de la percepción y b) el sistema de la consciencia (14). Las percepciones, tanto visuales, auditivas, olfatorias, gustatorias y táctiles se transmiten a través de sistemas sensoriales especializados u órganos de los sentidos. Sin embargo, para que estas sensaciones se hagan conscientes el cerebro debe utilizar además el sistema de la consciencia con sus dos grandes componentes: a) el sistema activador reticular ascendente o SARA y b) áreas difusas de la corteza cerebral (21). El SARA a su vez está compuesto por la formación reticular del tallo cerebral, el sistema de proyección ascendente, el sistema talámico difuso y los haces talamo-corticales (19). El sistema activador reticular ascendente (SARA) es el regulador general de toda la actividad del sistema nervioso central mientras que el sistema talámico difuso es el regulador general de la actividad global de la corteza cerebral. La consciencia, desde el punto de vista neurofisiológico, depende de la actividad recíproca entre el SARA y la corteza cerebral (21).

Cualquier trastorno del SARA o la corteza cerebral puede alterar el estado de la consciencia. En la práctica clínica la mayoría de las alteraciones de la consciencia son producidas por lesiones que afectan ambas regiones en una forma difusa (22). Los trastornos aislados del SARA son relativamente ra-

ros. En cambio, los desórdenes de la corteza cerebral son comunes aunque, simultáneamente, afectan al SARA (12).

Una de las características generales de los trastornos de la consciencia es que son de relativa corta duración tendiendo a ser fluctuantes o intermitentes. Esto se debe a que tan pronto las áreas dañadas comienzan a recuperarse - especialmente la corteza cerebral - la consciencia empieza a recobrase. De este modo, en las enfermedades crónicas de la corteza cerebral la consciencia es una de las primeras funciones que se recuperan. En las enfermedades agudas hay fluctuaciones de un momento a otro y no es sorprendente que un examinador encuentre la consciencia normal por la mañana y alterada por la noche (4). Estas variaciones de la consciencia son uno de los hallazgos clínicos típicos del delirio (4).

3. FUNCIONES DEPENDIENTES (SECUNDARIAS) DE LA CONSCIENCIA

Como la consciencia es una función básica, cuando se trastorna altera subsecuentemente otras funciones corticales superiores. Estas incluyen la comprensión, la atención, la orientación, la memoria, el pensamiento y la conducta motora dirigida a actividad (8). El examen cuidadoso de estas funciones puede sugerirnos, en ocasiones, algún menoscabo no detectado de la consciencia (6).

La comprensión es la habilidad para mantener en la consciencia información relevante de tal modo que el individuo pueda reaccionar hacia ella. En los disturbios leves de la consciencia el individuo puede responder preguntas sencillas pero no complicadas o puede ejecutar actos simples pero no aquellos que necesiten secuencia

La atención siempre se altera en los desórdenes de la consciencia debido a que el sujeto no puede atender correctamente ningún estímulo.

La orientación, especialmente la de tiempo y a veces la de lugar, también se desorganizan. En los síndromes orgánicos cerebrales agudos (delirios) la orientación autopsíquica se mantiene y esto ayuda a diferenciarlos de la demencia. La desorientación autopsíquica es más típica de los síndromes orgánicos cerebrales crónicos (demencias) y no se observa en el delirio (11).

ANATOMIA DEL SISTEMA DE LA CONSCIENCIA

I. SISTEMA ACTIVADOR RETICULAR ASCENDENTE

- 1) Formación reticular del tallo cerebral
- 2) Sistema de Proyección Ascendente
- 3) Sistema Talámico Difuso:
 - a) núcleos intralaminares
 - b) núcleos de la línea media
 - c) núcleos reticulares
- 4) Haces tálamo-corticales

II. AREAS DIFUSAS DE LA CORTEZA CEREBRAL

LA CONSCIENCIA Y FUNCIONES ASOCIADAS

I. FUNCIONES PRIMARIAS

- 1) Consciencia
- 2) Vigilia/Sueño

II FUNCIONES SECUNDARIAS

- 1) Comprensión
- 2) Atención/Concentración
- 3) Orientación general
- 4) Memoria Límbico-Cortical
- 5) Pensamiento
- 6) Actividad (conducta motora dirigida)

Clásico de todos los disturbios de la consciencia es la amnesia anterógrada para el episodio, que se produce por la ausencia de una atención y una percepción adecuadas. Esto impide que el individuo reciba información de una manera apropiada y por lo tanto no puede memorizarla.

El pensamiento del paciente con trastornos de la consciencia se caracteriza porque es retardado (re-

tardo del pensamiento) y porque requiere un mayor esfuerzo para producirlo. El pensamiento no es espontáneo, puede ser incoherente y errante y la conservación se vuelve sin sentido y sin meta (7).

La actividad deja de ser dirigida y se convierte en agitación que puede ir de una forma leve hasta el estado de excitación, la deambulación sin propósito o la violencia física.

4. ESTADOS ALTERADOS DE LA CONSCIENCIA

Las alteraciones de la consciencia se dividen en: a) pérdida súbita de la consciencia que incluye la concusión, el síncope, las convulsiones mayores, las ausencias, los automatismos y las crisis aquinéticas y b) pérdida progresiva de la consciencia donde está la obnubilación, la somnolencia, el estupor y el coma (5).

Los trastornos de pérdida súbita de la consciencia se caracterizan por su aparición repentina y porque son de corta duración. La pérdida progresiva de la consciencia se instala más lentamente y sigue una secuencia. De este modo, por ejemplo, un individuo para llegar al coma debe necesariamente pasar primero por la obnubilación, la somnolencia y el estupor - aunque lo haga rápidamente - y para recuperarse tiene que seguir el orden inverso hasta llegar a la obnubilación y luego a la claridad mental.

5. CONCUSIÓN

En la concusión (13) hay una pérdida súbita de la consciencia que es transitoria y secundaria a un traumatismo directo en el craneoencéfalo. El paciente pierde la consciencia por escasos segundos o minutos y se recupera completamente sin secuela neurológica. El examen físico, la radiografía de cráneo y el electroencefalograma son normales en el paciente postconcuso. Sin embargo, en algunos sujetos, a pesar de esta aparente normalidad neurológica, se presenta un cuadro clínico de angustia, cafaea, mareos, parestesias, insomnio e irritabilidad que es de duración su baguda o crónica. Este complejo clínico se denomina síndrome de postconcusión (13). Si la etiología de esta secuela psi-

quiátrica es orgánica o psicológica es, hasta la fecha, debatible.

6. SINCOPE

Síncope (9) es la pérdida súbita de la consciencia debida a la disminución pasajera del riego sanguíneo cerebral. El síncope es posiblemente la causa más frecuente de pérdida súbita de la consciencia y el vahido - síncope vasodepresor o desmayo - la causa más común de síncope. Este puede no ser completo y el paciente quejarse de sensación de debilidad, disminución del tono muscular, mareos y ligereza de la cabeza. El síncope es de comienzo rápido, duración breve y recuperación completa. La disminución del riego sanguíneo cerebral por debajo del valor crítico de 30 ml/min/100 gr de cerebro (normal: 50-55 ml) puede ser debida a: 1) disminución de la presión arterial como se observa en la hipotensión ortostática crónica y 2) disminución del gasto cardíaco o asistolia como se produce en el síndrome de Stokes-Adams. Durante el episodio sincopal el electroencefalograma muestra ondas lentas (2 a 4 ciclos por segundo) de alto voltaje. El síncope debe diferenciarse de las convulsiones mayores, del vértigo, de la cataplexia y de los accidentes cerebro-vasculares.

7. CONVULSIONES MAYORES

En las convulsiones mayores (18) hay una pérdida súbita de la consciencia asociada a contracciones musculares tónico-clónicas generalizadas. El episodio suele durar de segundos a minutos y es causado por descargas eléctricas anormales que pueden ser centro encefálicas o corticales. Si el foco es centroencefálico, primero se produce la pérdida de la consciencia y luego las crisis motoras generalizadas. Cuando es cortical aparecen inicialmente contracciones musculares focales de un hemicuerpo y si la descarga eléctrica se disemina entonces se produce la pérdida de la consciencia y luego la convulsión se generaliza (16). Las convulsiones mayores deben distinguirse de las convulsiones hiperventilatorias o tetánicas - a veces llamadas histéricas o conversivas. En estas no hay pérdida de la consciencia y las contracciones son únicamente tónicas. A diferencia del síncope en las convulsiones mayores no hay una recuperación completa. El estado postictal se caracteriza por amnesia anterógrada, som-

nolencia u obnubilación, cefalea, mareos y confusión que dura de minutos a horas. El diagnóstico de las convulsiones mayores puede comprobarse por estudios electroencefalográficos que mostrarán si el proceso epiléptico es generalizado o focal.

8. AUSENCIAS

Las ausencias (10) como fenómeno neurofisiológico son convulsiones mayores incompletas. El origen de las ausencias es siempre centroencefálico pero no hay propagación cortical de las descargas anormales y por lo tanto se acompaña de pérdida súbita de la consciencia pero no de convulsiones. Clínicamente, el paciente presenta una cesación brusca de la consciencia con detención de movimientos excepto por parpadeo rítmico. El enfermo se queda con la mirada fija, observando el vacío y esto dura escasos segundos. La crisis es tan breve que en muchas ocasiones el sujeto no se da cuenta del fenómeno a menos que se repita frecuentemente. Las ausencias no se acompañan de pérdida del tono muscular. El EEG muestra los clásicos complejos onda-espiga de 3 ciclos por segundo.

9. AUTOMATISMOS

Fenomenológicamente, los automatismos (15) son similares a las ausencias excepto que son de mayor duración y se acompañan de actos sencillos o complejos. En el automatismo simple hay pérdida de la consciencia con movimientos involuntarios de la boca y la lengua. En algunas ocasiones, durante la entrevista con el paciente, éste puede levantarse, deambular confusamente, ejecutar algunos actos motores complicados y regresar a su silla sin después acordarse de nada. Descargas afectivas intensas como enojo y violencia también pueden presentarse. En estos automatismos complejos el sujeto puede quejarse de amnesia para un período prolongado durante el cual ejecuta actos complicados sin tener luego memoria de ellos. Por ejemplo, el paciente ignora como, inexplicablemente, se encontró sentado a mitad de una función de cine. Puede recordar que salió de su casa pero nada más. Aunque se alega que durante estos episodios algunas personas pueden cometer crímenes, estos hechos no están confiablemente comprobados y posiblemente son exageraciones o distorsiones legales

aunque, indudablemente, accidentes pueden ocurrir.

10. CRISIS AQUINETICAS

Las crisis aquinéticas (17) están relacionadas con las ausencias excepto que se acompañan de caída al suelo en forma brusca y pasiva. Esta se debe no a una relajación sino que a una contracción de los músculos del cuello y la cadera lo que hace que el paciente caiga hacia adelante golpeándose la cara y la cabeza contra objetos cercanos. De estos traumatismos múltiples sobreviene una desfiguración secundaria típica de las crisis aquinéticas. Los traumatismos pueden prevenirse con el uso de un casco protector. A diferencia de las ausencias, las crisis aquinéticas se observan en niños con daño cerebral severo y considerable retardo mental.

11. PERDIDA PROGRESIVA DE LA CONSCIENCIA

En los trastornos de pérdida progresiva de la consciencia existe un gradiente que va desde la obnubilación al coma y viceversa. Los pacientes estuporosos o comatosos tienen, sin lugar a dudas, una

ESTADOS ALTERADOS DE LA CONSCIENCIA	
I	PERDIDA SUBITA DE LA CONSCIENCIA
	1) Concusión
	2) Síncope
	3) Convulsiones mayores
	4) Ausencias
	5) Automatismos
	6) Crisis aquinéticas
II.	PERDIDA PROGRESIVA DE LA CONSCIENCIA
	1) Obnubilación
	2) Somnolencia
	3) Estupor
	4) Coma

SIGNOS Y SINTOMAS TÍPICOS DEL DELIRIO

- 1) Obnubilación / Somnolencia
- 2) Comprensión disminuida
- 3) Inatención
- 4) Desorientación general
- 5) Amnesia anterógrada (parcial o total)
- 6) Ideas delirantes secundarias
- 7) Agitación psicomotriz
- 8) Ilusiones y alucinaciones visuales
- 9) Angustia excesiva / Pánico / Terror

enfermedad médica, deben ser manejados en una unidad de cuidados intensivos y son de mayor interés para el internista y el neurocirujano que para el psiquiatra o el psicólogo. En el coma, toda consciencia se ha perdido ^y no hay ninguna respuesta a estímulos incluidos los dolorosos. Por otro lado, en el estupor la consciencia permanece ausente pero ya hay respuesta a algunos estímulos.

Desde el punto de vista psiquiátrico, la obnubilación y la somnolencia (8) son de mayor importancia clínica ya que durante estos estados puede ocurrir una de las psicosis más frecuentes: el delirio. La somnolencia se caracteriza por un deseo patológico e irresistible de dormir. Para poder comunicarse con el paciente hay que estimularlo vigorosamente y si se le deja solo, abruptamente vuelve a dormirse. La obnubilación es más difícil de describir pero se parece a ese estado que se presenta cuando estamos intensamente preocupados y se nos pregunta algo que no sabemos. De ahí que el rasgo clínico propio de la obnubilación es la perplejidad.

12 DELIRIO

Durante las dos primeras fases de pérdida progresiva de la consciencia - obnubilación y somnolencia - pueden presentarse otros signos y síntomas de disfunción cortical tales como pérdida de la comprensión, inatención, desorientación, amnesia anterógrada, ideas delirantes, agitación e ilusiones y alucinaciones visuales (2).

Este complejo sindromático es conocido como delirio. El delirio siempre se acompaña de una alteración de pérdida progresiva de la consciencia e implica una disfunción cerebral difusa aguda (23). La causa más frecuente de delirio es la encefalopatía metabólica. En las salas de emergencia esta es corrientemente provocada por el abuso de alcohol (1) y en las salas de hospitalización la causa más común es la iatrogénica, debida al uso excesivo de medicamentos o a los efectos adversos de ciertos fármacos como los anestésicos, los digitálicos, los psicotrópicos y otros (3).

13. CONFUSIONES SEMÁNTICAS

La consciencia no debe confundirse con el término "conocimiento". Aunque es común decir que "el paciente perdió el conocimiento durante una convulsión", en realidad no ha perdido el conocimiento ya que éste - acumulo de información - no se altera por las convulsiones. Otro nombre confuso es el de "consciencia de enfermedad" en vez de autoconocimiento. El proceso de darse cuenta de la enfermedad propia debe denominarse autoconocimiento y no consciencia de enfermedad. Consciencia, en el sentido moral, tampoco debe confundirse con la consciencia descrita aquí en un sentido neurológico. Las frases "no tiene consciencia", "no se toca la consciencia", "es inconsciente de sus actos", etc. no se refieren obviamente a la consciencia neurológica. Un tercer término que causa confusión es la palabra "confusión". Confusión no es ninguna de las alteraciones de la consciencia aunque a veces se incluye dentro de ellas. Confusión es la falta de orden, es equivocar una cosa por otra. En los trastornos de pérdida progresiva de la consciencia hay confusión y de ahí el nombre de "estado confusional agudo" con que a veces se denomina al delirio leve, pero por otro lado, no toda confusión se acompaña de alteración de la consciencia. Una persona puede tener confusión en un supermercado nuevo pero no necesariamente tendrá un trastorno de la consciencia. Por último, debemos distinguir entre delirio e idea delirante. El lego muchas veces utiliza los términos de delirio de grandeza, persecutorio, etc. para referirse a ideas delirantes de grandeza, persecutorias, etc. Reservaremos el término "delirio" - algunos dicen "delirium" - para el síndrome sugestivo de disfunción cortical descrito anteriormente y el término "idea delirante" para un trastorno

específico en el contenido del pensamiento. Los pacientes que tienen delirio pueden tener ideas delirantes pero no todo el que tiene ideas delirantes tiene delirio.

14. RESUMEN

La consciencia es una función primaria que depende de una interacción entre la corteza cerebral y el sistema activador reticular ascendente. Cualquier disfunción de la consciencia altera otras funciones corticales superiores. La consciencia se trastorna en forma súbita o progresiva. Durante las alteraciones progresivas puede acontecer el delirio, una psicosis orgánica que siempre se acompaña de obnubilación o somnolencia y de otros signos y síntomas de disfunción cortical difusa aguda. La causa más frecuente del delirio es la encefalopatía metabólica provocada por alcohol o iatrogénica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: Manual on Alcoholism. 3rd. Edición. Chicago; 1977.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd. Edición. Washington; 1980.
3. BARCHAS JD, BERGER PA, CIARANELLO RD, ELLIOT GR: Psychopharmacology. From theory to practice New York; Oxford, 1977.
- 4.- CADORET RJ, KING LJ: Psychiatry in Primary Care. Saint Louis: Mosby, 1974.
- 5.- COELLO-CORTES, R: Bases Neuropsicológicas de la Conducta. Folleto publicado por el Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, 1980.
- 6.- DAMASIO, A: The Frontal Lobes. Clinical Neuropsychology. Hellman & Valestein (eds). New York: Oxford, 1979.
7. HACKETT TP, CASSEM NH: Handbook of General Hospital Psychiatry. Saint Louis: Mosby, 1978.
- 8.- HAMILTON, M: Fish's Clinical Psychopathology. Bristol: Wright, 1974.
- 9.- HEYMAN, A: Sincope. Tratado de Medicina Interna. Beeson & McDermott (eds), 14a Edición, México: Interamericana, 738-742, 1977.
10. JERAS J, TIVADAR I: Epilepsies in Children. New Hampshire University Press of New England Hanover. Traducción al inglés. 1973.
11. JOYNT RJ, SHOULSON I: Dementía. Clinical Neuro psychology. Hellman & Valenstein (eds). New York: Oxford, 1979.
12. LIPOWSKI ZJ, LIPSITT DR, WHYBROW PC: Psychosomatic Medicine. Current trends and clinical applications. New York: Oxford, 1977.
13. LISHMAN, WA: Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder. Oxford: Blackwell, 1978.
14. LURIA, AR: El cerebro en acción. Barcelona: Fontanella, 1979.
15. NICHOLI Jr, AM: The Harcard Guide to Modern Psychiatry. Cambridge: Belknap, 1978.
16. PINCUS JH, TUCKER GJ: Behavioral Neurology. 2nd Edición- New York: Oxford, 1978.
17. SNYDER, SH: Biológica] Aspects of Mental Disorder. New York: Oxford, 198a
18. SOLOMON GE, PLUM F: Clinical Management of Seizures. A guide for the physician. Philadelphia: Saunders, 1976.
19. STRUB RL, BLACK FW: The Mental Status Examination in Neurology. Philadelphia: Davis, 1977.
- 20 TAYLOR, MA: The Phenomenologic Mental Status. A programmed text Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Chicago Medical School, 1977.
21. WALTON, JN: Brain's Diseases of the Nervous System. New York: Oxford, 1977.
22. WITTKOWER ED, WARNES H: Psychosomatic Medicine. Its clinical applications. Hagerstown: Harper & Row, 1977.
23. WOODRUFF RA, GOODWIN DW, GUZE SB: Psychiatric Diagnosis. New York: Oxford, 1974.