



Anamim Cordero Aranda

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 9 de septiembre de 2025

El delirium es un síndrome clínico agudo caracterizado por el deterioro repentino del nivel de conciencia y de las funciones cognitivas, con un déficit central de la atención. Se trata de un trastorno del sistema nervioso central que constituye una urgencia médica, ya que supone un riesgo vital, aunque es potencialmente reversible si se identifican y corrigen los factores desencadenantes. Además de la alteración de la conciencia, los pacientes suelen presentar cambios en el estado de ánimo, en la percepción y en la conducta, así como síntomas neurológicos que incluyen temblor, asterixis, nistagmo, descoordinación motora e incluso incontinencia urinaria. El inicio es súbito, generalmente en horas o días, con un curso breve, fluctuante y de carácter reversible si se trata la causa. En muchos pacientes los síntomas son más intensos durante la noche, cuando se manifiesta el denominado fenómeno del “ocaso”, con mayor desorganización, confusión y alteraciones perceptivas.

El cuadro clínico se acompaña de desorientación temporal y espacial, reducción de la memoria, incoherencia en el pensamiento, delirios, alucinaciones y alteraciones del ciclo sueño-vigilia. La actividad psicomotora puede oscilar entre la hiperactividad y la hipoactividad, lo que dificulta su identificación, especialmente en formas hipoactivas. En el electroencefalograma suele observarse lentificación difusa de la actividad de fondo, lo cual ayuda a diferenciarlo de la depresión o la esquizofrenia.

Desde el punto de vista epidemiológico, es más común en personas mayores. La prevalencia es cercana al 1% en mayores de 55 años y alcanza el 13% en mayores de 85. En los servicios de urgencias afecta entre un 5% y un 10% de los ancianos, mientras que en hospitalización la frecuencia aumenta: alrededor del 15% al 21% de los pacientes mayores lo presentan al ingreso, y hasta un 30% lo desarrollan durante la estancia hospitalaria. En cirugía general se registra en un 10% a 15% de casos, en cirugía cardíaca abierta en un 30% y en cirugía por fractura de cadera en más del 50%. En cuidados intensivos lo padecen hasta el 87% de los pacientes y en cuidados paliativos más del 80%. Además, es muy común en pacientes con sida, quemaduras graves o enfermedades terminales. El delirium postoperatorio puede deberse a múltiples factores, entre ellos el dolor, el insomnio, los analgésicos, los desequilibrios hidroelectrolíticos, las infecciones, la fiebre o la pérdida sanguínea.

Los factores de riesgo para delirium se dividen en predisponentes y precipitantes. Entre los predisponentes destacan la edad avanzada, la demencia previa, la comorbilidad médica y el sexo masculino. Entre los precipitantes se incluyen las infecciones, la cirugía, el dolor, la deshidratación, la polimedicación y la abstinencia de alcohol o fármacos. Las causas principales se agrupan en enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades sistémicas y el uso, intoxicación o abstinencia de fármacos y sustancias.

La etiología está relacionada con un déficit de neurotransmisores, en particular de acetilcolina, lo que explica la frecuencia de delirium inducido por medicamentos con acción anticolinérgica. También se ha descrito participación de la serotonina, del glutamato y de la hiperactividad del locus cerúleo noradrenérgico, especialmente en los casos por abstinencia de alcohol. Anatómicamente, la formación reticular del tronco cerebral y la vía tegmental dorsal son áreas clave implicadas en la fisiopatología.

El diagnóstico se basa en la clínica y se apoya en pruebas cognitivas a la cabecera del paciente, como el Mini-Mental State Examination, además de la exploración física y los estudios analíticos, que permiten identificar causas desencadenantes. El diagnóstico diferencial se establece con demencia, esquizofrenia, depresión y otros trastornos psicóticos o disociativos. A diferencia de la demencia, en el delirium la atención está gravemente comprometida y el inicio es rápido y fluctuante.

El pronóstico es reservado: la mortalidad en tres meses puede llegar al 33% y al año alcanza hasta el 50%. Entre los hospitalizados, la mortalidad varía entre el 20% y el 75%, y muchos requieren institucionalización permanente. Incluso tras la resolución, puede quedar amnesia del episodio, que los pacientes suelen describir como un mal sueño.

El tratamiento consiste en identificar y corregir la causa subyacente, brindar soporte físico y ambiental, y en ocasiones utilizar tratamiento farmacológico. El entorno debe ser estable, con presencia de familiares, relojes y calendarios para la orientación, evitando tanto la privación sensorial como la estimulación excesiva. Para la psicosis y la agitación, el fármaco más usado es el haloperidol, aunque se consideran también antipsicóticos de segunda generación como risperidona, quetiapina u olanzapina. El insomnio se maneja preferentemente con benzodiacepinas de vida media corta, como el lorazepam, aunque su uso se restringe a casos específicos, como la abstinencia de alcohol. En pacientes con enfermedad de Parkinson se prefiere la clozapina, y en pacientes terminales el manejo suele ser paliativo, priorizando el confort y no la búsqueda agresiva de la causa.

Trastornos cognitivos agudos (leves / amnésicos)

Dentro de los trastornos neurocognitivos, el DSM-5 distingue entre los de tipo mayor y los de tipo leve. Los trastornos cognitivos agudos de carácter leve se corresponden en gran medida con los llamados trastornos amnésicos, en los que el síntoma principal es el déficit de memoria. Se caracterizan por la incapacidad para aprender información nueva o para recordar información previamente adquirida,

mientras que otras funciones cognitivas pueden estar relativamente preservadas. No se trata de un déficit congénito o estático, sino de una alteración adquirida que marca un descenso respecto al nivel previo de funcionamiento.

La etiología de estos cuadros es variada, incluyendo causas médicas, neurológicas y tóxicas. Entre las más reconocidas se encuentran el traumatismo craneoencefálico, los síndromes metabólicos, el consumo crónico de alcohol y la intoxicación por sustancias como el monóxido de carbono. En estos casos, la alteración se produce principalmente por daño en estructuras cerebrales relacionadas con la memoria, como los núcleos dorsomediales y de la línea media del tálamo, el hipocampo, los cuerpos mamilares y la amígdala. Dichas lesiones interfieren con la consolidación de la memoria y explican la pérdida de la capacidad para generar nuevos recuerdos.

Los trastornos cognitivos leves se clasifican en amnésicos debidos a enfermedad médica, persistentes inducidos por sustancias, y no especificados cuando la causa no es clara. Aunque su prevalencia exacta no está bien establecida, se sabe que son más frecuentes en personas con consumo crónico de alcohol y en quienes han sufrido traumatismos craneales. De hecho, en la práctica clínica se observa que los casos de etiología alcohólica han disminuido, mientras que los vinculados a traumatismos han aumentado.

En el ámbito clínico, los pacientes pueden no ser conscientes de sus limitaciones, llegando a negarlas o minimizar sus déficits, lo que dificulta el tratamiento y la rehabilitación. Pueden recurrir a mecanismos de defensa como la confabulación, en la que completan lagunas de memoria con relatos inventados. Esto hace necesario un abordaje integral que combine psicoterapia de apoyo y programas de rehabilitación cognitiva dirigidos a potenciar estrategias de compensación y adaptación. En casos graves, cuando los déficits interfieren significativamente con la vida cotidiana, puede ser necesario apoyo institucional prolongado.

El curso clínico puede ser transitorio si la causa es corregida, como en casos de alteraciones metabólicas, pero también puede ser persistente cuando el daño cerebral es irreversible. En el DSM-5, la distinción entre trastorno neurocognitivo mayor y leve se establece en función del grado de afectación funcional: en los trastornos leves el paciente mantiene cierto grado de autonomía, aunque con esfuerzos compensatorios, mientras que en los mayores existe un deterioro importante de la vida social y ocupacional.