



Moises Santiz Alvarez

Parcial I

Psiquiatria

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto Semestre Grupo A

Delirium y Trastornos Cognitivos Agudos

El delirium y otros trastornos cognitivos agudos son síndromes neuropsiquiátricos transitorios, frecuentes en el entorno hospitalario, especialmente en adultos mayores, pacientes críticos o con comorbilidades médicas importantes. Se caracterizan por una alteración súbita del estado mental, de curso fluctuante, y suelen estar relacionados con múltiples factores predisponentes y precipitantes. El diagnóstico oportuno y el manejo integral son fundamentales para reducir las complicaciones a corto y largo plazo.

El **delirium** es un estado de disfunción cerebral aguda, caracterizado principalmente por:

- **Inicio súbito y curso fluctuante**
- **Alteración de la atención** (incapacidad para concentrarse, seguir instrucciones, distraibilidad)
- **Alteración del nivel de conciencia**
- **Cambios en funciones cognitivas** (memoria, orientación, lenguaje, percepción)
- **Alteraciones del ciclo sueño-vigilia**

Subtipos clínicos

1. **Hiperactivo**: agitación, agresividad, alucinaciones, inquietud.
2. **Hipoactivo**: letargo, somnolencia, bradipsiquia, hipoactividad (frecuentemente subdiagnosticado).
3. **Mixto**: alternancia de síntomas hiperactivos e hipoactivos.

Epidemiología y relevancia clínica

El delirium se presenta en:

- 10-30% de los pacientes hospitalizados
- Hasta 80% de pacientes en UCI o postoperatorios mayores
- 50% de los adultos mayores hospitalizados

Factores de riesgo

Predisponentes (favorecen su aparición):

- Edad >65 años
- Demencia previa
- Deterioro sensorial (visual/auditivo)
- Enfermedad médica grave
- Antecedentes de delirium
- Polifarmacia

Precipitantes (desencadenan el cuadro):

- Infecciones (ITU, neumonía, sepsis)
- Alteraciones metabólicas (hipoxia, hiponatremia, hipoglucemias)
- Cirugía mayor o anestesia general
- Fármacos: anticolinérgicos, opioides, benzodiacepinas, corticosteroides
- Retención urinaria o fecal
- Privación del sueño o inmovilización prolongada

Fisiopatología

El delirium es consecuencia de una disfunción global cerebral, multifactorial. Se postulan los siguientes mecanismos:

- **Déficit colinérgico y exceso dopaminérgico**
- **Inflamación sistémica** con afectación de la barrera hematoencefálica
- **Estrés oxidativo** y disfunción neuronal
- Disminución del metabolismo cerebral y perfusión

Diagnóstico

Es **clínico**, basado en criterios del *DSM-5* y herramientas validadas como:

CAM (Confusion Assessment Method)

Requiere:

1. Inicio agudo y curso fluctuante
2. Alteración de la atención
Y uno de los siguientes:
3. Pensamiento desorganizado
4. Nivel de conciencia alterado

Otros instrumentos:

- **CAM-ICU** (para pacientes intubados)
- **4AT, Mini-Cog, MoCA** (cribado inicial)

Es esencial distinguirlo de:

- **Demencia:** curso lento, progresivo y crónico
- **Depresión (seudodemencia)**
- **Psicosis primaria:** sin alteración de conciencia

Manejo del delirium

1. Tratar la causa subyacente

- Investigar y corregir infecciones, trastornos metabólicos, efectos secundarios de fármacos, hipoxia, etc.

2. Intervenciones no farmacológicas (primera línea)

- Reorientación frecuente del paciente
- Adecuada iluminación, reloj y calendario visibles
- Corrección de déficit sensorial (lentes, audífonos)
- Fomento del sueño fisiológico (evitar sedantes)
- Movilización temprana
- Evitar sondas innecesarias y restricciones físicas

3. Farmacológico (si hay riesgo para el paciente o el equipo)

- Solo si hay agitación severa, alucinaciones intensas o riesgo de daño
- Antipsicóticos atípicos (quetiapina, risperidona) o haloperidol en dosis bajas
- **Evitar benzodiacepinas**, excepto en casos de **abstinencia alcohólica**

Prevención

El delirium puede prevenirse en hasta un 30-40% de los casos mediante intervenciones simples:

- Revisión diaria de medicamentos
- Hidratación y nutrición adecuada
- Control del dolor
- Evitar inmovilización y uso innecesario de sondas
- Protocolos geriátricos preventivos (como el programa HELP)

Trastornos cognitivos agudos vs. demencia

Característica	Delirium	Demencia
Inicio	Agudo (horas a días)	Insidioso (meses a años)
Curso	Fluctuante	Progresivo y constante
Conciencia	Alterada	Conservada en fases iniciales
Atención	Gravemente afectada	Leve afectación inicial
Reversibilidad	Generalmente reversible	Irreversible (crónico)

Un paciente puede presentar **delirium sobre demencia**, lo que requiere mayor sospecha clínica.

Complicaciones y pronóstico

El delirium se asocia con:

- Mayor riesgo de mortalidad (2-3 veces más)
- Prolongación de la hospitalización
- Reingresos hospitalarios
- Transición a demencia en casos prolongados o recurrentes
- Deterioro funcional y cognitivo persistente

Por ello, **la identificación y abordaje precoz son cruciales**.

Conclusión

El delirium es una urgencia médica frecuente y prevenible, con un gran impacto clínico, especialmente en pacientes mayores y hospitalizados. Como profesionales de la salud, debemos mantener un **alto índice de sospecha**, utilizar herramientas diagnósticas simples y priorizar intervenciones no farmacológicas. Reconocer y tratar el delirium de manera oportuna mejora significativamente el pronóstico funcional y cognitivo del paciente, y reduce complicaciones asociadas a la hospitalización.

Bibliografía

DSM5

Kaplan