



Casandra Solis Pinto

Parcial 1

Psiquiatría

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de Septiembre del 2025.

El delirium, también conocido como síndrome confusional agudo, es un trastorno neuropsiquiátrico complejo que se define como un síndrome transitorio de disfunción cerebral global. Su característica esencial es una alteración de la conciencia y un cambio en la cognición que se desarrolla en un corto período de tiempo. Representa una emergencia médica cuya identificación y manejo oportunos son cruciales, dado que su presencia es un indicador de una patología subyacente grave.

La prevalencia del delirium varía significativamente según la población estudiada, pero es marcadamente elevada en entornos médicos.

- **Pacientes Hospitalizados:** Afecta entre el 15% y el 50% de los adultos mayores hospitalizados.
- **Cuidados Intensivos (UCI):** Es extremadamente común en la UCI, con tasas que pueden superar el 80% en pacientes con ventilación mecánica.
- **Postoperatorio:** Ocurre en el 15-50% de los pacientes después de cirugías mayores, especialmente cirugías cardíacas y ortopédicas (p. ej., reemplazo de cadera).

Se asocia de manera independiente con un aumento significativo de la mortalidad hospitalaria, estancias hospitalarias prolongadas, mayores costos de atención sanitaria, un declive funcional post-alta y un riesgo elevado de institucionalización. Además, un episodio de delirium es un potente predictor de desarrollo de demencia a largo plazo y acelera el deterioro en pacientes con un trastorno neurocognitivo preexistente.

El diagnóstico del delirium es clínico y se basa en la observación de un conjunto de síntomas característicos.

A. Alteración de la Atención y la Conciencia: Este es el rasgo central del síndrome.

Atención: Se manifiesta como una capacidad reducida para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención. Clínicamente, el paciente es fácilmente distraído por estímulos irrelevantes, tiene dificultad para seguir una conversación y puede requerir que las preguntas se repitan varias veces.

Conciencia: Se refiere a una orientación reducida hacia el entorno. El paciente puede mostrarse perplejo, sin saber dónde está, la fecha o la razón de su hospitalización.

B. Inicio Agudo y Curso Fluctuante: Esta característica es clave para diferenciar el delirium de la demencia.

- **Inicio Agudo:** El cambio en el estado mental se desarrolla en horas o pocos días, constituyendo una desviación brusca del estado basal del paciente.

- **Curso Fluctuante:** La gravedad de los síntomas varía a lo largo del día. Es típico que los pacientes presenten "intervalos de lucidez" que se alternan con períodos de intensa confusión. Los síntomas a menudo empeoran al final de la tarde y durante la noche, un fenómeno conocido como "Sx del Atardecer".

C. Alteración Cognitiva Adicional: Además de la inatención, debe existir un trastorno en al menos otro dominio cognitivo.

- **Memoria:** El déficit principal es en la memoria a corto plazo y la capacidad para registrar nueva información.
- **Lenguaje:** Pueden presentarse afasia anómica, habla incoherente o divagante.
- **Percepción:** Las alteraciones perceptivas son comunes. Las alucinaciones visuales son las más características del delirium. También son frecuentes las ilusiones, que son interpretaciones erróneas de estímulos sensoriales reales.
- **Pensamiento:** El pensamiento puede volverse desorganizado, fragmentado y con pérdida de la lógica.

D. Evidencia de una Causa Fisiológica Directa: El diagnóstico requiere que la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio demuestren que el delirium es una consecuencia directa de otra afección médica, intoxicación o abstinencia de una

El delirium es el resultado de la interacción compleja entre un cerebro vulnerable (factores predisponentes) y una o varias noxas agudas (factores precipitantes).

Factores Predisponentes (Vulnerabilidad del Paciente):

- Edad avanzada (>65 años).
- Trastorno neurocognitivo preexistente (demencia).
- Deterioro funcional o inmovilidad.
- Deterioro sensorial (déficits visuales o auditivos).
- Desnutrición o deshidratación.
- Enfermedades crónicas múltiples (comorbilidad).
- Antecedentes de delirium.
- Factores Precipitantes (Insulto Agudo): Las causas son numerosas y a menudo se superponen. Un mnemónico es "I WATCH DEATH":
 - Infecciones (urinarias, respiratorias, sepsis).
 - Withdrawal (Abstinencia: alcohol, benzodiazepinas).
 - Acute Metabolic (Trastornos metabólicos agudos: electrolitos, acidosis, insuficiencia renal/hepática).

- Trauma (craneoencefálico, postoperatorio).
- CNS pathology (Patología del SNC: ACV, hemorragia, tumor, crisis epilépticas).
- Hypoxia (Hipoxia: anemia, insuficiencia cardíaca, EPOC).
- Deficiencies (Deficiencias: tiamina, vitamina B12).
- Endocrinopathies (Endocrinopatías: tiroides, suprarrenales).
- Acute Vascular (Vascular agudo: encefalopatía hipertensiva).
- Toxins or Drugs (Toxinas o Fármacos: la causa más común y reversible). Fármacos de alto riesgo incluyen anticolinérgicos, sedantes-hipnóticos (benzodiazepinas), opioides y corticoides. La polifarmacia es un factor de riesgo mayor.
- Heavy Metals (Metales pesados).

La fisiopatología del delirium no se comprende por completo, pero la evidencia apunta a una disfunción neuronal global. Las principales hipótesis son:

- **Desequilibrio de Neurotransmisores:** Es la teoría más aceptada. Postula una deficiencia relativa de acetilcolina y un exceso relativo de dopamina en el SNC. Esto explica por qué los fármacos con alta carga anticolinérgica son potentes delirógenos y por qué los antagonistas de la dopamina (antipsicóticos) son eficaces en el tratamiento sintomático.
- **Neuroinflamación:** Las enfermedades sistémicas (infecciones, cirugías) desencadenan una respuesta inflamatoria con liberación de citoquinas (p. ej., IL-1, TNF- α). Estas moléculas pueden atravesar la barrera hematoencefálica, activar la microglía y alterar la neurotransmisión, conduciendo a una disfunción neuronal.
- **Estrés Fisiológico:** El estrés agudo de una enfermedad grave aumenta los niveles de cortisol, que en exceso puede ser neurotóxico y alterar la función del hipocampo y la corteza prefrontal.

El abordaje diagnóstico debe ser rápido y sistemático para identificar la causa subyacente.

- **Anamnesis y Exploración:** La historia clínica, obtenida de familiares o cuidadores, es crucial para establecer el estado cognitivo basal del paciente y la cronología de los cambios. La exploración física y neurológica busca signos de infección, insuficiencia de órganos o focalidad neurológica.
- **Instrumentos de Detección:** El Método de Evaluación de la Confusión (CAM, por sus siglas en inglés) es la herramienta de cribado más utilizada por su alta sensibilidad y especificidad. Requiere la presencia de: 1) Inicio agudo y curso fluctuante, y 2)

Inatención, más uno de los dos siguientes: 3) Pensamiento desorganizado o 4) Nivel de conciencia alterado.

Estudios de Laboratorio y Gabinete:

- **Pruebas iniciales:** Hemograma completo, panel metabólico completo (electrolitos, función renal y hepática), análisis de orina y urocultivo.
- **Según sospecha clínica:** Niveles de fármacos, tóxicos en orina, gases en sangre arterial, electrocardiograma, radiografía de tórax.
- **Neuroimagen (TC o RM craneal):** Indicada si hay historia de traumatismo craneal, signos neurológicos focales o si no se encuentra una causa evidente tras el estudio inicial.
- **Electroencefalograma (EEG):** Puede ser útil, mostrando típicamente una ralentización difusa de la actividad de fondo, lo que apoya el diagnóstico de una encefalopatía.

El tratamiento del delirium se basa en un enfoque multicomponente.

- **Prevención Primaria:** Es la estrategia más efectiva. Programas como el Hospital Elder Life Program (HELP) han demostrado reducir la incidencia de delirium mediante intervenciones no farmacológicas dirigidas a los factores de riesgo:
 - Protocolos de reorientación frecuente.
 - Fomento de la movilización temprana.
 - Optimización del ciclo sueño-vigilia (higiene del sueño).
 - Manejo del dolor de forma adecuada.
 - Corrección de déficits sensoriales (uso de gafas y audífonos).
 - Revisión y deprescripción de fármacos innecesarios.
- **Tratamiento de la Causa Subyacente:** Una vez identificado el factor precipitante (p. ej., infección, desequilibrio hidroelectrolítico), su corrección es prioritaria y conduce a la resolución del delirium.
- **Cuidados de Soporte y Manejo Ambiental:**
 - Crear un entorno tranquilo, seguro y bien iluminado.
 - Utilizar relojes, calendarios y objetos familiares para facilitar la orientación.
 - Asegurar una hidratación y nutrición adecuadas.
 - Evitar el uso de sujeciones físicas y sondas vesicales, ya que pueden exacerbar la agitación y aumentar el riesgo de complicaciones.

- **Manejo Farmacológico Sintomático:**
- **Indicaciones:** Se reserva para pacientes con agitación severa, psicosis o síntomas perceptivos que supongan un riesgo para su seguridad o la del personal, y solo después de que las medidas no farmacológicas hayan fracasado.
- **Fármacos de Elección (Antipsicóticos):** Se utilizan a dosis bajas.
 - **Haloperidol:** Es el agente más estudiado. Tiene baja actividad anticolinérgica y mínimo riesgo de hipotensión. Se debe monitorizar el intervalo QTc.
 - **Antipsicóticos Atípicos (Risperidona, Olanzapina):** Pueden tener un perfil de efectos secundarios más favorable (menos síntomas extrapiramidales), pero se asocian con advertencias de uso en ancianos con demencia.
 - **Fármacos a Evitar (Benzodiazepinas):** Están contraindicadas en la mayoría de los casos de delirium, ya que pueden empeorar la confusión, deprimir la función respiratoria y causar agitación paradójica. Su uso se limita casi exclusivamente al delirium por abstinencia de alcohol o de los propios sedantes-hipnóticos.

El delirium se presenta en diferentes fenotipos psicomotores, cuyo reconocimiento es importante.

- **Hiperactivo:** Caracterizado por agitación, inquietud, labilidad emocional y agresividad. Es el más fácil de reconocer pero el menos común.
- **Hipoactivo:** Se manifiesta con letargo, apatía, bradipsiquia y disminución de la interacción con el entorno. Es el subtipo más común pero a menudo no se diagnostica, confundiéndose con fatiga o depresión. Es importante destacar que el delirium hipoactivo se asocia a un peor pronóstico.
- **Mixto:** El paciente alterna entre períodos de hiperactividad e hipoactividad. Es el subtipo más frecuente en general.

Lejos de ser un trastorno benigno y completamente reversible, el delirium conlleva un pronóstico serio. La resolución completa de los síntomas puede tardar semanas o incluso meses, especialmente en pacientes frágiles y ancianos. Un porcentaje significativo de supervivientes a un episodio de delirium no recupera su nivel funcional o cognitivo previo. La evidencia actual consolida al delirium como un factor de riesgo independiente y robusto para el desarrollo posterior de un trastorno neurocognitivo mayor (demencia) y para la aceleración del deterioro en quienes ya lo padecían.