



Mi Universidad

Resumen

Carlos Eduardo Villatoro Jiménez

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina humana

Semestre 5-A

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 10 de septiembre del 2025

Delirium y trastornos cognitivos agudos (leves)

El delirium constituye un trastorno neurocognitivo de inicio agudo, fluctuante y habitualmente reversible, se caracteriza por una alteración de la atención y de la conciencia. Aparece en cuestión de horas o días, lo que lo convierte en una urgencia médica y psiquiátrica. No se limita a un mero estado confusional, sino que constituye un síndrome multifactorial en el que confluyen alteraciones neuroquímicas, factores médicos, quirúrgicos, farmacológicos y ambientales. Su importancia radica en que no solo se asocia con un incremento de la mortalidad hospitalaria, sino también con la aparición de secuelas cognitivas a largo plazo, incluyendo mayor riesgo de desarrollar demencia en quienes sobreviven a un episodio.

Los trastornos cognitivos agudos o leves, por su parte, forman parte de un espectro donde el delirium representa la manifestación más florida y grave. Se incluyen alteraciones que afectan funciones superiores como la atención, la memoria de trabajo, la orientación o la percepción.

Criterios diagnósticos según el DSM-5

El delirium se caracteriza por un inicio agudo y un curso fluctuante. Esta se define a través de criterios diagnósticos precisos que permiten diferenciarlo de otras condiciones neuropsiquiátricas:

- **Alteración de la atención y de la conciencia**

Existe una disminución notable de la capacidad para dirigir, enfocar, sostener y cambiar la atención.

- **Inicio agudo y curso fluctuante**

El delirium se desarrolla en un período breve (horas o pocos días) y representa un cambio respecto al estado basal previo.

- **Alteración cognitiva adicional**

Memoria, orientación en tiempo y espacio, lenguaje (con discurso incoherente o desorganizado), capacidad visoespacial y percepción (ilusiones o alucinaciones)

- **Alteración del ciclo sueño-vigilia**
Inversión del ritmo, somnolencia diurna y vigilia nocturna, con empeoramiento vespertino conocido como “sundowning”
- **Relación etiológica con una condición médica, tóxica o múltiple**

Según el DSM-5 especifica subtipos según la etiología:

- Delirium debido a enfermedad médica
- Delirium inducido por sustancias (intoxicación, abstinencia o exposición a fármacos)
- Delirium debido a múltiples etiologías

Clasificación según el curso clínico de presentación:

- Delirium hiperactivo: agitación, inquietud, labilidad emocional
- Delirium hipoactivo: somnolencia, apatía, lentitud psicomotora
- Delirium mixto: alternancia de fases hiperactivas e hipoactivas

Epidemiología y factores de riesgo

El delirium constituye uno de los síndromes neuropsiquiátricos más frecuentes en el contexto hospitalario, especialmente en adultos mayores y en pacientes con enfermedades médicas graves. Su frecuencia varía según el ámbito clínico:

- **Pacientes hospitalizados en servicios generales:** entre el 10% y el 30% desarrollan delirium durante su estancia.
- **Pacientes postquirúrgicos:** la incidencia oscila entre el 15% y el 50%, siendo mayor en cirugías de cadera y cardíacas.
- **Unidades de cuidados intensivos (UCI):** más del 50% de los pacientes presentan algún grado de delirium, lo que se asocia a un incremento significativo de la mortalidad.
- **Pacientes en cuidados paliativos:** la prevalencia se aproxima al 80%, convirtiéndose en un fenómeno casi universal en etapas terminales.

Factores de riesgo predisponentes

- **Edad avanzada:** la prevalencia se incrementa de manera exponencial a partir de los 60 años
- **Deterioro cognitivo leve:** condiciones de base que facilitan la aparición del delirium frente a insultos mínimos
- **Antecedente de delirium:** quienes han presentado un episodio previo son más propensos a recaídas
- **Daño cerebral estructural:** accidentes cerebrovasculares, tumores, lesiones traumáticas
- **Trastornos sensoriales:** hipoacusia, ceguera parcial, privación sensorial en ambientes hospitalarios
- **Polifarmacia:** especialmente uso de benzodiacepinas, anticolinérgicos, opioides y corticoides

Factores precipitantes

- **Infecciones** (neumonía, infección urinaria, sepsis).
- **Alteraciones metabólicas y electrolíticas** (hiponatremia, hipercalcemia, hipoglucemias).
- **Cirugía mayor:** particularmente ortopédica y cardíaca.
- **Deshidratación, desnutrición o hipoxia.**
- **Ambiente hospitalario hostil:** encierro, inmovilización, falta de orientación temporal.

Tratamiento

Principios generales

- El delirium es una urgencia médica que requiere evaluación inmediata para identificar la etiología.
- Intervenciones multidisciplinarias: psiquiatras, internistas, geriatras, enfermería y en algunos casos, neurólogos y farmacólogos clínicos.

- El primer paso siempre es retirar factores precipitantes (fármacos, tóxicos, ambientes hostiles).

Medidas no farmacológicas

- Orientación frecuente: recordar día, lugar, situación.
- Relojes y calendarios visibles en la habitación.
- Iluminación adecuada
- Favorecer la movilidad temprana y la rehabilitación física.
- Evitar restricciones físicas innecesarias.
- Regular el ciclo sueño-vigilia
- Involucrar a la familia como apoyo emocional.

Tratamiento farmacológico

- Haloperidol, antipsicóticos atípicos, benzodiacepinas

El delirium y los trastornos cognitivos agudos se tratan de síndromes caracterizados por un inicio súbito, curso fluctuante y alteración profunda de la atención, la conciencia y la cognición.

Su importancia radica en tres aspectos fundamentales:

1. **Frecuencia:** es extremadamente común, sobre todo en adultos mayores hospitalizados.
2. **Gravedad:** se asocia con mayor mortalidad, complicaciones médicas y deterioro cognitivo.
3. **Reversibilidad:** a diferencia de otros trastornos neurocognitivos, el delirium es potencialmente reversible si se identifica y se trata la causa subyacente.

Referencias

1. American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica (11.^a ed.). Wolters Kluwer.