



Mi Universidad

Resumen

Ramón de Jesús Aniceto Mondragón

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 5 de Septiembre de 2025

Se define al delirio (*delirium*), a aquel estado de deterioro agudo de la conciencia, cognición y condiciones particulares de atención ineficaz. Relacionado anatomo-patológico con el sistema nervioso central (SNC), se comprende las siguientes alteraciones a diferentes niveles, partiendo desde la percepción, actividad psicomotora, anormal, disfunciones en el ciclo del sueño, entre demás condiciones neurogénicas.

El punto de partida de este estado es el deterioro marcado de las funciones cognitivas, principalmente la conciencia. Clínicamente en lo subjetivo manifestado con alteraciones en el estado de ánimo, percepción, conducta; objetivamente, son la aparición de temblores, asterixis, nistagmo, descoordinación, incontinencia urinaria. Afección de inicio súbito, evolución breve y fluctuante, rápidamente resuelto a la identificación del factor que lo desencadena.

A nivel epidemiológico, valoramos con datos estadísticos, cifras de incidencia y prevalencia inclinadas a la población en los extremos de la vida, representando un 1% de personas >55 años y un 13% más en >85 años. Condición tratada en el área de urgencias en una proporción estimada de 15% a 21% de casos en el primer contacto, 5% al 30%, adquirida en el nosocomio, relacionado multifactorialmente con enfermedades que no tienen un vínculo directo. Un 80% de pacientes terminales, adquieren este trastorno.

La manera de adquisición de delirio está conservada en dos causas principales, predisponentes y precipitantes, siendo esta clasificación el parteaguas de la rehabilitación.

Como factores predisponentes encontramos, edad >65 años, mayor incidencia en hombres, antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, bajo nivel de actividad, caídas, déficits sensoriales, estados de desequilibrios hidroelectrolíticos, toxicomanías, enfermedades sistémicas graves, enfermedades terminales. Por otro lado, los factores desencadenantes o precipitantes, encontramos la terapéutica a base de fármacos depresores, anticolinérgicos, narcóticos, sedantes y alcohol; compromiso neurovascular sistémico, enfermedades concomitantes, como complicaciones iatrogénicas, infecciones, shock, anemia, desnutrición,

hipoalbuminemia, cirugías, trastorno metabólicos, desnutrición, hipotermia, factores del entorno como ingreso a la UCI, procedimientos médicos invasivos usados en la hospitalización.

A partir del conocimiento de las implicaciones medicas y del entorno de este trastorno, debemos conceptualizar el pronóstico negativo posterior al diagnóstico oportuno, los índices de mortalidad aumentan, epidemiológicamente representada como un descenso en la temporalidad restante de vida, reducida a un periodo de tres meses luego del diagnóstico y mínimamente un año después en un grupo reducido, representado en un 50% de los casos.

Etiológicamente vinculado a afecciones multisistémicas, partiendo desde una enfermedad neurológica, hasta una más compleja como la insuficiencia cardiaca, la interacción con sustancias psicoactivas, crisis epilépticas, traumatismos, hematoma, hemorragia, eventos cerebrovasculares, desequilibrios hidroelectrolíticas, trastornos metabólicos, infecciones, quemaduras, altitudes altas, enfermedad de Lyme, sífilis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, uso descontrolado de fármacos, como opiáceos, antibióticos, esteroides, anestesia, antineoplásicos, anticolinérgicos, serotoninérgicos, condiciones de bajo gasto como en la enfermedad pulmonar obstructiva, síndrome del equilibrio ácido base, uremia, insuficiencia renal, de importante relevancia, tenemos a la intoxicaciones y síndrome de abstinencia, metales pesados y aluminio, sin fin de condiciones aunadas por una enfermedad neurológica, es habitual observar manifestaciones clínicas asociadas que pueden ser desde fluctuaciones en el estado de ánimo, hasta incapacidad de sostener, centrar, mantener, desplazar, funciones cognitivas alteradas, reducción de la memoria, disociación de la percepción del entorno, duraciones desde horas hasta pocas semanas, en ocasiones muy particulares, hay tendencia en los horarios de aparición, agravándose por la noche, para continuar la orientación del diagnóstico, es importante valorar estados de desorganización de los procesos del pensamiento, desde algo leve, que escala hasta incoherencia completa, interrupción del sueño-vigilia, alteraciones del estado de ánimo (desde sutil hasta disforia obvia, ansiedad o incluso euforia) y otras alteraciones de la

función neurológica (p. ej., hiperactividad o inestabilidad autónoma, convulsiones mioclónicas y disartria). El delírium se asocia principalmente a déficit de acetilcolina y afecta sobre todo a la formación reticular del tronco cerebral, en especial la vía tegmental dorsal que conecta con el tectum y el tálamo. Entre las causas, destaca la toxicidad por fármacos con acción anticolinérgica. Puede iniciar de forma súbita, aunque a veces hay síntomas prodrómicos como inquietud o temor. Suele durar menos de una semana y resolverse en 3 a 7 días tras corregir la causa, aunque en pacientes mayores o con cuadros prolongados puede tardar hasta 2 semanas. La evaluación incluye exploración del estado mental (MMSE u otras), búsqueda de signos neurológicos y exploración física para orientar la causa. Factores de riesgo: enfermedades físicas, traumatismo craneal, alcoholismo u otras adicciones. El abordaje diagnóstico requiere analítica básica y estudios complementarios según el contexto clínico.

El delírium se diferencia de la demencia por su inicio rápido, fluctuaciones en la atención y alteraciones del nivel de conciencia, mientras que en la demencia los síntomas aparecen de forma gradual, la atención se mantiene más estable y el paciente suele estar alerta. En la demencia los cambios son más constantes a lo largo del día. Puede coexistir delírium en un paciente con demencia, lo que se denomina demencia oscurecida.

En la esquizofrenia, las alucinaciones y delirios son más estables y organizados, sin cambios importantes en conciencia u orientación. En la depresión grave, el delírium hipoactivo puede simular un cuadro depresivo, pero se distingue mediante EEG y por la presencia de fluctuaciones y alteración de la conciencia.