



Mi Universidad

RESUMEN

Luis Alberto López Abadía

Primer Parcial

Psiquiatría

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto Semestre Grupo B

DELIRIUM

El delirium es un síndrome clínico de gran relevancia en la práctica médica y psiquiátrica, descrito por de Kaplan y Sadock como una alteración aguda y fluctuante del estado de conciencia y de la cognición, donde la atención se ve profundamente comprometida. Se trata de un trastorno que aparece en cuestión de horas o días y que se caracteriza por un curso fluctuante, es decir, los síntomas pueden variar en intensidad a lo largo del día. La clínica incluye desorientación, alteraciones en la memoria de corto plazo, trastornos perceptivos como ilusiones o alucinaciones, desorganización del pensamiento y alteraciones del ciclo sueño-vigilia. Su presentación puede ser tanto hiperactiva, con agitación, irritabilidad y conductas disruptivas, como hipoactiva, con apatía y somnolencia, o una forma mixta que alterna entre ambas. Aunque el delirium es potencialmente reversible si se detecta y trata la causa de fondo, representa un problema grave de salud porque se asocia con alta morbilidad, mortalidad y secuelas cognitivas a largo plazo.

Epidemiología: señalan que la prevalencia del delirium depende en gran medida del contexto clínico en el que se estudie. En la comunidad, menos del 1% de los adultos mayores de 55 años pueden presentarlo, pero el riesgo aumenta progresivamente con la edad y puede alcanzar un 13% en mayores de 85 años. En los servicios de urgencias, entre el 5 y el 10% de los adultos mayores ya lo presentan al momento de la consulta. En el ingreso hospitalario, entre el 15 y 21% de los pacientes cumplen criterios de delirium, y durante la hospitalización hasta un 30% adicional puede desarrollarlo. En pacientes quirúrgicos generales la incidencia se estima entre el 10 y el 15%, en cirugías cardíacas puede llegar al 30% y en pacientes con fractura de cadera supera el 50%. En las unidades de cuidados intensivos el panorama es aún más dramático: entre el 70 y 87% de los pacientes críticos desarrollan delirium en algún momento de su estancia. Asimismo, en pacientes en etapa terminal o de cuidados paliativos la frecuencia es cercana al 80%, mientras que en hogares de reposo o centros de cuidados prolongados se aproxima al 60%. Finalmente, también se ha reportado en pacientes con quemaduras graves (alrededor del 21%) y en personas con VIH o sida hospitalizados (30 a 40%). Estas cifras reflejan que el

delirium es altamente prevalente en la práctica clínica y su presencia indica un pronóstico más sombrío en cuanto a mortalidad, estancia hospitalaria prolongada, deterioro funcional e institucionalización temprana.

El origen del delirium es multifactorial. Se distingue entre factores predisponentes y factores precipitantes. Dentro de los predisponentes se incluyen la edad avanzada, la presencia de demencia, las enfermedades crónicas, la polifarmacia y el deterioro sensorial. Estos factores aumentan la vulnerabilidad del paciente, de manera que un estímulo menor puede desencadenar el cuadro. Entre los precipitantes se encuentran las infecciones, las alteraciones metabólicas, el uso de medicamentos (como anticolinérgicos, benzodiazepinas u opioides), el dolor, el insomnio, el estrés quirúrgico, la hospitalización prolongada y los procedimientos invasivos. Por ello, el delirium suele considerarse un síndrome orgánico cerebral agudo en el que interactúan múltiples elementos biológicos y ambientales. Aunque en la práctica clínica se hace énfasis en identificar y tratar los factores precipitantes, también es crucial atender los predisponentes, ya que su acumulación aumenta la probabilidad de recurrencia y empeora el pronóstico a largo plazo.

Curso Clínico: el delirium tiene la característica de ser un trastorno reversible si se interviene a tiempo. En muchos pacientes, al corregir la causa precipitante, los síntomas mejoran en pocos días. Sin embargo, en otros persiste por semanas y se asocia a deterioro cognitivo permanente, especialmente en adultos mayores frágiles o con demencia previa. Además, el delirium no solo compromete la calidad de vida del paciente, sino que también implica un desafío importante para las familias y para los equipos de salud, pues su manejo requiere vigilancia estrecha, prevención de complicaciones y un abordaje multidisciplinario.

El tratamiento del delirium, de acuerdo con la literatura médica y lo descrito en Kaplan y Sadock, debe ser integral y considerar tanto medidas no farmacológicas como farmacológicas, priorizando siempre las primeras. En cuanto al abordaje no farmacológico, el pilar fundamental es identificar y corregir la causa precipitante, ya sea una infección, alteración metabólica, deshidratación, efectos adversos de

fármacos o privación del sueño. A esto se suman estrategias ambientales y de cuidado que favorecen la orientación y el bienestar del paciente: mantener una adecuada iluminación, garantizar ciclos regulares de sueño y vigilia, utilizar relojes y calendarios visibles, favorecer el contacto con familiares y personal de salud conocido, promover la movilización temprana y corregir déficits sensoriales mediante el uso de lentes o audífonos. Estas medidas disminuyen la confusión, reducen la ansiedad y favorecen la recuperación, además de ser las más seguras en pacientes frágiles como los adultos mayores.

Tx: En los casos en que el delirium genera síntomas graves como agitación intensa, conductas peligrosas, alucinaciones perturbadoras o riesgo para la seguridad del paciente y del equipo de salud, puede recurrirse al tratamiento farmacológico. El fármaco de primera elección suele ser el haloperidol en dosis bajas, por su eficacia y amplia evidencia clínica, aunque requiere monitorización por el riesgo de efectos extrapiramidales y prolongación del QT. Como alternativas, especialmente en pacientes con enfermedad de Parkinson o con riesgo de efectos motores, se recomiendan antipsicóticos atípicos como quetiapina, olanzapina o risperidona, que ofrecen un perfil de seguridad más favorable en este grupo. Las benzodiacepinas, en general, no se utilizan como tratamiento de elección porque pueden empeorar la confusión, aunque están indicadas en delirium secundario a abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. En todo caso, la farmacoterapia debe emplearse por el menor tiempo posible y siempre acompañada de medidas de soporte.

En conclusión, el delirium es un síndrome neuropsiquiátrico agudo y grave, descrito por Kaplan y Sadock como una alteración del estado de conciencia y la cognición con inicio rápido y curso fluctuante. Su alta prevalencia en contextos hospitalarios y críticos, su asociación con elevada morbilidad y mortalidad, así como el hecho de que muchos casos pasan desapercibidos (en especial los hipoactivos), convierten al delirium en una entidad que exige detección temprana, prevención activa y manejo integral. La identificación de factores predisponentes y precipitantes resulta fundamental para reducir su incidencia y mejorar los resultados clínicos, haciendo de este trastorno no solo un problema médico, sino también un desafío de salud

pública que requiere atención prioritaria en un mundo con creciente envejecimiento poblacional.

TRANSTORNOS COGNITIVOS AGUDOS (LEVES)

Los trastornos cognitivos agudos comprenden un conjunto de alteraciones transitorias en las funciones superiores del cerebro que se manifiestan en un período corto de tiempo y que, en la mayoría de los casos, son reversibles si se identifica y corrige la causa subyacente. Dentro de este espectro, se incluyen los estados confusionales leves, también denominados a veces como síndromes confusionales subclínicos o prodrómicos, en los cuales el paciente presenta cambios sutiles en la atención, la memoria, la orientación o el pensamiento, pero sin llegar a cumplir todos los criterios diagnósticos de un delirium. El libro describe estos cuadros como una etapa intermedia o leve del compromiso cognitivo agudo, en la que las funciones mentales superiores muestran una disminución temporal que puede pasar inadvertida si no se realiza una evaluación clínica minuciosa.

Cuadro Clínico: los trastornos cognitivos agudos leves suelen presentarse con síntomas como dificultad para mantener la concentración, tendencia a la distracción, olvidos recientes, enlentecimiento en la respuesta a estímulos, desorganización en el pensamiento y alteraciones del sueño. A diferencia del delirium franco, en estos casos el nivel de conciencia puede mantenerse relativamente estable y no siempre hay desorientación marcada en tiempo, lugar o persona. Sin embargo, el impacto en las actividades cotidianas puede ser significativo, sobre todo en personas mayores o en aquellos con enfermedades crónicas. Por ello, aunque se les denomine “leves”, no deben ser subestimados, ya que en muchos pacientes constituyen la antesala de un delirium completo o reflejan un estado de vulnerabilidad cerebral.

Kaplan y Sadock refiere en epidemiología que estos trastornos es difícil de precisar porque suelen estar subdiagnosticados. Muchos estudios se enfocan únicamente

en el delirium, dejando de lado los estados confusionales subumbrales. Aun así, se estima que un porcentaje importante de los adultos mayores hospitalizados presentan alguna forma de compromiso cognitivo agudo leve, especialmente en contextos de estrés físico, intervenciones quirúrgicas, infecciones o cambios bruscos en la medicación. En este sentido, la hospitalización misma es un factor de riesgo relevante, ya que la alteración del entorno, la privación del sueño y la exposición a múltiples fármacos incrementan la probabilidad de disfunción cognitiva.

La etiología de los trastornos cognitivos agudos leves es multifactorial. Entre los factores predisponentes destacan la edad avanzada, la presencia de deterioro cognitivo previo o demencia, las enfermedades neurológicas, la polifarmacia y la fragilidad médica. Entre los precipitantes, se incluyen infecciones agudas, alteraciones metabólicas, deshidratación, dolor mal controlado, efectos adversos de medicamentos (particularmente los anticolinérgicos, benzodiacepinas, opioides y corticosteroides), así como situaciones de estrés psicológico intenso. En estos pacientes, incluso factores aparentemente menores, como cambios en la rutina de sueño o una hospitalización breve, pueden desencadenar síntomas cognitivos agudos.

El diagnóstico, según Kaplan y Sadock, requiere una observación clínica detallada y la aplicación de herramientas de tamizaje que permitan detectar cambios sutiles. Aunque los criterios del DSM-5 para el delirium no se cumplen en los casos leves, el clínico debe estar atento a alteraciones de la atención y la memoria que no se expliquen por otro trastorno psiquiátrico o neurológico crónico. Una valoración neurológica y médica integral es esencial para descartar causas orgánicas y orientar el manejo. Es frecuente que estos pacientes sean malinterpretados como ansiosos, deprimidos o simplemente distraídos, lo que retrasa la identificación de la condición real.

Curso Clínico, los trastornos cognitivos agudos leves suelen ser transitorios y reversibles si se corrige la causa precipitante. No obstante, también pueden evolucionar hacia un delirium completo si no se interviene a tiempo. Por eso, Kaplan

y Sadock enfatizan la importancia de considerar estos cuadros como una “ventana de oportunidad” para prevenir complicaciones mayores. Su identificación temprana permite iniciar medidas preventivas, como la revisión de medicamentos, la corrección de desequilibrios metabólicos, la mejora del ambiente hospitalario y el acompañamiento del paciente.

Tx: El manejo de estos trastornos es fundamentalmente no farmacológico y se centra en eliminar o mitigar los factores desencadenantes. Se recomienda optimizar la hidratación, garantizar un adecuado descanso nocturno, promover la movilización temprana en pacientes hospitalizados, corregir deficiencias sensoriales mediante el uso de lentes o audífonos, y favorecer la orientación con la presencia de relojes, calendarios y el contacto familiar. En casos en los que exista agitación leve o insomnio persistente, puede considerarse el uso cuidadoso de medicación, siempre valorando el riesgo de efectos adversos en el adulto mayor.

En conclusión, los trastornos cognitivos agudos leves representan una forma inicial o incompleta de disfunción cerebral aguda que, aunque no cumpla criterios de delirium, tiene una relevancia clínica considerable. Su presencia debe entenderse como un signo de vulnerabilidad que requiere una evaluación y una intervención inmediata, ya que puede anticipar complicaciones más graves. Lejos de ser un fenómeno banal, este tipo de alteración cognitiva transitoria constituye una alerta para el equipo médico y debe ser abordada con la misma seriedad que otros síndromes neuropsiquiátricos agudos. Su reconocimiento temprano, la identificación de factores predisponentes y precipitantes y la aplicación de medidas preventivas pueden marcar la diferencia entre una recuperación completa y la evolución hacia un cuadro de mayor gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Benjamin James Sadick, M.D. Virginia Alcott Sadock, M.D. Pedro Ruiz, M.D. Sinopsis de Psiquiatría Ciencia de la conducta/Psiquiatría clínica.. Keplan y Sadock. Actualizado con el DSM-5. 11ª Edición. Recuperado el 09 de septiembre del 2025.