



Universidad del sureste.

Campus Comitán.

Lic. Medicina humana.



Delirium y trastornos cognitivos agudos

Mariana Sarahi Espinosa Pérez.

5 – B.

Psiquiatría.

Dr. Erick José Villatoro Verdugo.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 5 de septiembre 2025.

Delirium y trastornos cognitivos agudos.

El delirium es un deterioro agudo tanto a nivel de conciencia como en la cognición, con particular deficiencia de atención. El delirium es a menudo infradiagnosticado por los profesionales sanitarios.

Tiene diferentes síntomas psiquiátricos el más común es el deterioro de la conciencia y otros como las alteraciones del estado de ánimo, la percepción y la conducta; el temblor, entre otros. El delirium tiene un inicio súbito que puedes en horas o días y su evolución es breve y fluctuante, y mejora con rapidez si se identifica y elimina el factor causal, como médicos deben identificar el delirium para tratar la causa subyacente y evitar la aparición de las complicaciones relacionadas.

Epidemiología.

El delirium es mas en los adultos de mayor edad y son los que más llegan al servicio de urgencias. Existe el delirium postoperatorio que incluyen síntomas como el estrés de la cirugía, el dolor postoperatorio, el insomnio, la fiebre, la pérdida hemática, entre otros. Existen categorías de factores como lo son los **predisponentes y precipitantes** las aproximaciones actuales al delirium se centran principalmente en los factores precipitantes, mientras que prestan poca atención a los factores predisponentes, cuyo tratamiento resulta esencial para disminuir la incidencia de episodios futuros, así como la morbilidad y la mortalidad que se asocian.

Etiología.

Las causas principales de delirium son las enfermedades del SNC, enfermedades sistémicas, y la intoxicación o la abstinencia de fármacos o agentes tóxicos. Al evaluar delirium, el médico debe asumir que cualquier fármaco que haya tomado puede ser etiológicamente relevante para el delirium.

Diagnóstico y cuadro clínico.

Las características principales del delirium consisten en alteración de la conciencia, alteración de la atención, deterioro en otros dominios de la función cognitiva, que puede manifestarse como desorientación y reducción de la memoria.

Es habitual observar manifestaciones clínicas asociadas que pueden ser acusadas y consistir en desorganización de los procesos del pensamiento, trastornos perceptivos, como delirios y alucinaciones, hiperactividad e hipoactividad psicomotoras, interrupción del ciclo de sueño-vigilia, alteraciones del estado de ánimo y otras alteraciones de la función neurológica. El EEG suele demostrar una lentificación difusa de la actividad de fondo, aunque en pacientes con delirium provocado por la abstinencia de alcohol o de hipnótico-sedantes se observa una actividad rápida de bajo voltaje. Varios estudios han descrito que diversos factores inductores de delirium causan una reducción de la actividad de la acetilcolina en el cerebro: uno de los más habituales es la toxicidad por la prescripción de un número excesivo de fármacos con actividad anticolinérgica. El delirium por abstinencia de alcohol se ha asociado con la hiperactividad del locus cerúleo y sus neuronas noradrenérgicas. Otros neurotransmisores implicados son la **serotonina y el glutamato**.

Criterios diagnósticos del DSM-5.

- Alteración de la atención y conciencia.
- La alteración aparece en poco tiempo, constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Una alteración cognitiva adicional.
- Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como el coma.
- En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia, una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Exploración física y pruebas analíticas.

El delirium suele diagnosticarse a la cabecera del paciente, y se caracteriza por el inicio súbito de los síntomas. La exploración del estado mental a la cabecera del enfermo, la evaluación del estado mental o los signos neurológicos, puede

emplearse para documentar el deterioro cognitivo y facilitar una valoración inicial con la que comparar la evolución clínica del paciente. Las pruebas analíticas en un paciente con delirium deben incluir análisis sistemáticos y estudios adicionales según la situación clínica. En el delirium, el EEG demuestra de forma característica una lentificación generalizada de la actividad, y puede ser útil para diferenciarlo de la depresión o la psicosis.

Diagnóstico diferencial.

- Delirium frente a demencia.
- Delirium frente a esquizofrenia o depresión.

Evolución y pronostico.

Los síntomas persisten mientras estén presentes los factores causales relevantes, aunque es frecuente que el delirium dure menos de 1 semana. Cuanta más edad tenga el paciente y más prolongado haya sido el delirium, más tiempo tardará en resolverse. En estudios controlados no se ha demostrado que el delirium progrese a demencia. Una observación clínica validada por algunos estudios indica que los períodos de delirium se siguen ocasionalmente de una depresión o un trastorno de estrés postraumático.

Tratamiento.

El objetivo principal en el tratamiento del delirium es tratar la causa subyacente. Cuando el trastorno subyacente es una toxicidad anticolinérgica, puede estar indicado el uso de salicilato de fisostigmina. Otros objetivos terapéuticos importantes son facilitar un apoyo físico, sensitivo y ambiental. Por lo general es útil la presencia de un amigo o familiar en la habitación, o la de un cuidador habitual.

Tratamiento farmacológico.

Para psicosis es el haloperidol, la dosis inicial puede oscilar entre 2 y 6 mg por vía intramuscular, repetida en 1 h si sigue agitado, bastarán dos tomas orales diarias.

Para el tratamiento del delírium pueden considerarse los antipsicóticos de segunda generación como la risperidona, la clozapina, la olanzapina, la quetiapina, la ziprasidona y el aripiprazol.

Referencias bibliográficas.

- Kaplan & Sdock (2015). Sinopsis de psiquiatría, cap 21 sección 21.2. Delirium.