



Mi Universidad

Resumen

Angel Adiel Villagómez Gómez

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre de 2025

El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico agudo caracterizado por un **deterioro abrupto de la conciencia** y de la **función cognitiva**, especialmente en la **atención**, con inicio súbito y curso fluctuante. A menudo se acompaña de **alteraciones de la percepción**, actividad psicomotora anormal y disfunción del ciclo sueño-vigilia. Aunque potencialmente reversible, representa un **riesgo vital** y está asociado con alta morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes de edad avanzada.

Epidemiología y factores de riesgo

La edad avanzada es el **factor de riesgo más relevante**:

- Entre el **30% y 40%** de los pacientes hospitalizados mayores de 65 años presentan un episodio de delirium.
 - Alrededor del **10–15%** de los ancianos presentan delirium al ingreso.
 - En pacientes institucionalizados mayores de 75 años, el **60%** experimenta episodios repetidos.
- El **sexo masculino** se reconoce como un factor de riesgo independiente.

Pronóstico

El delirium es un marcador de mal pronóstico:

- Incrementa **3 veces las tasas de institucionalización** en pacientes mayores de 65 años durante la hospitalización.
- La **mortalidad a los 3 meses** es del 23–33%, y puede alcanzar el **50% a 1 año**.
- Durante la hospitalización, la mortalidad de ancianos que presentan delirium oscila entre **20% y 75%**.
- Tras el alta, hasta el **15% muere en 1 mes y 25% en 6 meses**.

Etiología

El delirium puede ser causado por múltiples factores, generalmente **multifactoriales**, que incluyen:

1. Enfermedades del SNC:

- Epilepsia, accidentes cerebrovasculares, infecciones del SNC, traumatismos.

2. Enfermedades sistémicas:

- Insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, infecciones graves, desequilibrios metabólicos (hipo/hipernatremia, hipoglucemia).

3. Intoxicación o abstinencia de fármacos y agentes tóxicos:

- Benzodiacepinas, opioides, anticolinérgicos, alcohol y drogas recreativas.

- Cada fármaco que haya tomado el paciente debe considerarse potencialmente relevante para la aparición del delirium.

Manifestaciones clínicas

- **Síntomas cognitivos y de conciencia:**
 - Deterioro global de la función cognitiva, especialmente **atención y orientación**.
 - Fluctuaciones en el nivel de alerta, que puede alternar entre letargo y agitación.
- **Síntomas psiquiátricos:**
 - Alteraciones del **estado de ánimo**, ansiedad, irritabilidad, desinhibición, apatía.
 - Distorsiones perceptivas como **ilusiones y alucinaciones**.
- **Síntomas neurológicos:**
 - Temblor, asterixis, nistagmo, descoordinación motora, incontinencia urinaria.
- **Ciclo sueño-vigilia:**
 - Fragmentación del sueño, somnolencia diurna o insomnio nocturno.

Curso clínico

- Inicio súbito en **horas o días**.
- Evolución **breve y fluctuante**.
- Mejora rápida si se identifica y elimina la causa subyacente, aunque la recuperación puede variar según la edad, comorbilidades y severidad del episodio.

Importancia clínica

- El reconocimiento temprano es fundamental para:
 - **Tratar la causa subyacente.**
 - Prevenir complicaciones como **caídas, lesiones accidentales, aspiración y deterioro funcional**.
 - Reducir mortalidad y morbilidad, especialmente en adultos mayores.

Diagnóstico

- Según *DSM-5*:
 - Alteración de la atención y de la conciencia que se desarrolla en **un corto periodo de tiempo**, con fluctuaciones a lo largo del día.
 - Cambios cognitivos adicionales (memoria, orientación, lenguaje, percepción) que **no se explican por un trastorno neurocognitivo preexistente**.
 - Evidencia de que el delirium es **consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o abstinencia**.
- Herramientas clínicas: Confusion Assessment Method (CAM), CAM-ICU para pacientes críticos.

Manejo

1. **Identificación y tratamiento de la causa subyacente.**
2. **Soporte general:** hidratación, nutrición, control del dolor, sueño, movilización temprana.
3. **Revisión de fármacos:** suspender medicamentos potencialmente causantes.
4. **Intervención farmacológica** (solo si hay agitación severa o riesgo de daño): antipsicóticos de bajo perfil, como haloperidol o quetiapina.
5. **Prevención:** monitorizar signos tempranos en pacientes de riesgo, optimizar ambiente hospitalario, evitar inmovilización excesiva, corregir alteraciones metabólicas y controlar infecciones.