



Resumen

Damaris Yamileth Espinosa Albores

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto Semestre grupo “C”

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

Delirium

El delirium es un síndrome agudo, reversible y frecuente del sistema nervioso central, caracterizado por una alteración de la conciencia, la cognición y la atención. Se presenta con un inicio súbito (horas o días), curso fluctuante y duración breve, lo que lo diferencia de las demencias. Su importancia clínica radica en la alta mortalidad asociada, especialmente en pacientes adultos mayores, hospitalizados o con múltiples comorbilidades.

Epidemiología

La prevalencia aumenta con la edad: afecta al 1% de los mayores de 55 años y hasta al 13% de los mayores de 85. En pacientes hospitalizados, sobre todo en unidades de cuidados intensivos y posoperatorios, la incidencia puede ser aún mayor. Factores de riesgo incluyen enfermedades neurológicas previas, consumo de alcohol y drogas, infecciones, cirugía mayor y alteraciones metabólicas.

Etiología

El delirium es multifactorial. Entre sus causas principales se encuentran:

- Trastornos metabólicos y tóxicos: hipoxia, hipoglucemias, alteraciones electrolíticas, insuficiencia renal o hepática.
- Fármacos: benzodiacepinas, anticolinérgicos, opioides.
- Infecciones sistémicas: neumonía, sepsis, infecciones urinarias.
- Factores ambientales: privación del sueño, aislamiento sensorial o sobreestimulación.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas incluyen alteraciones del estado de ánimo, percepción y conducta, acompañados de signos neurológicos como temblores, nistagmo, asterixis e incontinencia. Es común la desorganización del ciclo sueño-vigilia y los cambios en la actividad psicomotora (hiperactividad, hipoactividad o mixta). El paciente suele mostrar desorientación, atención lábil, memoria alterada y lenguaje incoherente.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, basado en la historia y exploración física. Herramientas como el Miniexamen Cognoscitivo (MMSE) o el CAM (Confusion Assessment

Method) son útiles. El EEG muestra una identificación difusa, lo que ayuda a diferenciarlo de depresión o psicosis. Es fundamental realizar pruebas analíticas y de gabinete para identificar la causa subyacente.

Diagnóstico diferencial

Debe distinguirse de:

- Demencia: inicio insidioso y progresivo, sin fluctuaciones diarias marcadas.
- Esquizofrenia o manía: delirios y alucinaciones estructuradas, sin alteración de conciencia.
- Depresión mayor: puede simular delirium hipoactivo, pero el EEG orienta al diagnóstico.

Evolución y pronóstico

El delirium suele resolverse en 3 a 7 días una vez tratada la causa, aunque la memoria del episodio suele ser parcial. Se asocia a una mayor mortalidad y puede dejar secuelas emocionales como depresión o estrés postraumático.

Tratamiento

El abordaje principal consiste en identificar y corregir la causa subyacente. Se recomienda optimizar el entorno del paciente (luz adecuada, objetos familiares, reloj y calendario, presencia de cuidadores) para mejorar la orientación. En cuanto al tratamiento farmacológico, el haloperidol sigue siendo el antipsicótico de elección para el control de la agitación. Alternativamente, se pueden emplear risperidona, olanzapina o quetiapina en casos seleccionados. Las benzodiacepinas están reservadas para delirium por abstinencia alcohólica. Es importante evitar fármacos con efecto anticolinérgico, que agravan el cuadro.