



Resumen

Eduardo Mendez Trigueros

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto semestre, grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025

DELIRIUM

El delirium es un trastorno neurocognitivo agudo que se caracteriza por una alteración en la conciencia y la atención, acompañado de un deterioro global de las funciones cognitivas. Se presenta con un inicio súbito, que puede ir de horas a pocos días, y tiene un curso fluctuante a lo largo del día. La característica central es la incapacidad para mantener la atención, lo cual impide al paciente registrar, organizar e integrar la información de manera adecuada. Se observa con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados, sobre todo en adultos mayores, en quienes existe una mayor vulnerabilidad debido al envejecimiento cerebral y a la presencia de comorbilidades médicas. También es muy común en unidades de cuidados intensivos y en el periodo postquirúrgico, siendo un factor que se asocia a mayor mortalidad, estancia hospitalaria prolongada y complicaciones generales. La etiología del delirium es siempre multifactorial. Se suele dar cuando un factor precipitante actúa sobre un cerebro vulnerable. Entre las causas más frecuentes se encuentran las infecciones, como la neumonía o las urinarias, el uso de ciertos medicamentos, especialmente los que tienen efectos anticolinérgicos, benzodiacepinas, opioides o corticoides, la abstinencia de alcohol o drogas, los trastornos metabólicos como la hiponatremia, la hipoglucemia o la insuficiencia renal y hepática, así como enfermedades neurológicas como los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos craneoencefálicos o las crisis epilépticas. Factores ambientales, como la hospitalización prolongada, la privación del sueño o el aislamiento, también pueden contribuir al desarrollo de este síndrome. Las manifestaciones clínicas incluyen un inicio agudo, que suele empeorar o mejorar a lo largo del día, alteraciones graves de la atención con facilidad para distraerse, incapacidad de concentrarse y dificultad para mantener una conversación. El nivel de conciencia se encuentra alterado y fluctúa entre somnolencia, letargo e hiperalerta. Los déficits cognitivos abarcan la memoria reciente, la desorientación temporal y espacial, y el pensamiento desorganizado. Es frecuente la presencia de alteraciones perceptivas, sobre todo alucinaciones visuales e ilusiones. El ciclo sueño-vigilia suele estar invertido, con somnolencia diurna e insomnio nocturno. En cuanto a la actividad psicomotora, puede ser hiperactiva con agitación e inquietud, hipoactiva con letargo y pasividad, o bien mixta. El diagnóstico diferencial debe hacerse con demencia, depresión mayor y psicosis primaria. La demencia se distingue porque su instalación es lenta y progresiva, con un curso crónico y una conciencia habitualmente preservada en las fases iniciales. La depresión mayor puede compartir lentitud y desinterés, pero no muestra la grave alteración de la atención que caracteriza al delirium. En la psicosis primaria, los pacientes presentan delirios o alucinaciones, pero la orientación y la atención suelen estar conservadas. El tratamiento del delirium se basa en identificar y corregir la causa subyacente, ya sea una infección, un fármaco o una alteración metabólica. Además, se recomiendan medidas de sostén como mantener un ambiente seguro, tranquilo y con adecuada iluminación, reorientar de manera repetida al paciente, fomentar la presencia de familiares y asegurar una buena hidratación, nutrición y oxigenación. Es importante reducir al mínimo los factores de riesgo como la inmovilización prolongada o el uso de sondas y catéteres innecesarios. El tratamiento farmacológico debe reservarse para casos de agitación grave o riesgo de daño, y el antipsicótico de elección es el haloperidol. En adultos mayores, se prefiere utilizar

antipsicóticos atípicos como la quetiapina o la risperidona. Las benzodiacepinas no deben usarse salvo en situaciones de abstinencia alcohólica o de benzodiacepinas, donde sí están indicadas.

TRASTORNOS COGNITIVO AGUDOS

Los trastornos cognitivos agudos leves constituyen un espectro diferente de alteraciones que no alcanzan la severidad ni los criterios diagnósticos del delirium. Se caracterizan por ser cuadros transitorios y discretos de disfunción cognitiva, en los cuales la memoria reciente y la atención se encuentran afectadas de manera leve. El paciente puede experimentar dificultad para concentrarse, sensación de fatiga mental o de “mente nublada” y ligeros problemas en la organización del pensamiento. Puede aparecer una leve desorientación, pero sin la confusión marcada, la alteración del nivel de conciencia ni las alucinaciones que caracterizan al delirium. Las causas de estos trastornos leves suelen ser menos graves y más fácilmente reversibles, como la privación de sueño, el estrés físico o emocional, el consumo de alcohol o medicamentos en dosis bajas, las infecciones en etapas iniciales y ciertos estados metabólicos subclínicos como la hipoglucemia leve o la deshidratación incipiente. La duración es corta y el pronóstico es favorable, con recuperación completa una vez corregida la causa desencadenante. La importancia clínica de estos trastornos cognitivos agudos leves radica en que pueden representar la antesala de un delirium, especialmente en pacientes vulnerables como los ancianos o aquellos con enfermedad neurológica previa. Por lo tanto, deben ser reconocidos como señales de alerta, pues permiten una intervención temprana que puede prevenir complicaciones mayores. La diferencia fundamental entre el delirium y los trastornos cognitivos agudos leves se centra en la gravedad y la extensión de la afectación.

El delirium altera profundamente la conciencia, la atención, la memoria y la percepción, con un curso fluctuante y potencialmente fatal si no se trata, mientras que los trastornos cognitivos leves se limitan a alteraciones discretas y transitorias que no suelen poner en peligro la vida. Sin embargo, la existencia de estos cuadros menores subraya la necesidad de una vigilancia clínica cuidadosa, ya que en ciertos casos pueden evolucionar hacia delirium si no se corrigen las causas precipitantes.

Referencias:

1. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica* (11.^a ed.). Wolters Kluwer Health