



Mi Universidad

Resumen.

Daniela Montserrath Lopez Perez.

1er parcial.

Psiquiatría.

Dr. Erick José Villatoro Verdugo.

Medicina Humana

Quinto semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 07 de septiembre del 2025.

El delirium constituye uno de los síndromes neurocognitivos más relevantes en la práctica clínica por su elevada frecuencia, gravedad y repercusiones en la morbilidad. Se caracteriza por la alteración aguda y fluctuante de la conciencia y la atención, con deterioro cognitivo adicional. Aunque es potencialmente reversible, a menudo es subdiagnosticado, lo que incrementa complicaciones como caídas, prolongación de la estancia hospitalaria e incluso la mortalidad.

Definición (DSM-5): El delirium es un trastorno neurocognitivo caracterizado por un déficit en la atención y en el nivel de conciencia, de inicio agudo y curso fluctuante, acompañado de alteraciones cognitivas adicionales (memoria, orientación, lenguaje, percepción).

Kaplan: El delirium se define por el deterioro agudo tanto en el nivel de conciencia como en la cognición, con particular deficiencia de atención. Este trastorno del sistema nervioso central (SNC) supone un riesgo vital, pero potencialmente reversible, e incluye alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y disfunciones en el ciclo del sueño.

Epidemiología: El delirium es frecuente en adultos mayores y en pacientes hospitalizados. Su prevalencia oscila entre 15% y 21% en pacientes geriátricos al ingreso hospitalario, con cifras aún mayores en unidades de cuidados intensivos (70–87%) y en cuidados paliativos (hasta 80%). Factores predisponentes como edad avanzada, demencia, fragilidad y déficit sensorial aumentan la vulnerabilidad, mientras que infecciones, cirugía, fármacos y desequilibrios metabólicos actúan como precipitantes. La mortalidad a un año tras un episodio puede alcanzar el 50%, lo que lo convierte en un signo de mal pronóstico.

Clasificación (DSM-5): distingue el delirium por intoxicación de sustancias, por abstinencia, secundario a una condición médica y debido a múltiples etiologías. Desde un enfoque clínico se reconocen subtipos según el patrón psicomotor:

- Hiperactivo: agitación, alucinaciones, agresividad.
- Hipoactivo: somnolencia, enlentecimiento, apatía (con frecuencia infradiagnosticado).
- Mixto: alternancia de ambos. El delirium subsindrómico es considerado una forma intermedia que puede evolucionar a un cuadro completo.

Etiología: Multifactorial. Entre los factores predisponentes se encuentran:

- Enfermedades del SNC (Epilepsia, Migraña, traumatismo craneal).
- Enfermedades sistémicas y metabólicas (Insuficiencia cardíaca, Diabetes Mellitus, alteraciones electrolíticas, hipoglucemia, hiperglucemia, infecciones, quemaduras).
- Intoxicación o abstinencia de fármacos o agentes tóxicos (Analgésicos, antibióticos, esteroides, anestesia)
- Edad avanzada.
- Demencia.

Fisiopatología: El mecanismo más aceptado es el déficit colinérgico, con un desequilibrio relativo frente a la dopamina. También se describen procesos de neuroinflamación y alteraciones en la red neuronal de la atención, que involucran corteza prefrontal, tálamo e hipocampo. El delirium por abstinencia alcohólica se asocia a hiperactividad noradrenérgica. Otros neurotransmisores implicados incluyen serotonina y glutamato.

Cuadro clínico: Los criterios del DSM-5 incluyen:

- Alteración de la atención (capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar).
- Alteración del nivel de conciencia.
- La alteración aparece en poco tiempo, su gravedad fluctúa a lo largo el día.
- Déficit cognitivo adicional (Déficit de memoria, de orientación, lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- Evidencia de causa médica o tóxica.

Además, pueden aparecer alucinaciones visuales, pensamiento desorganizado, labilidad emocional, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas neurológicos asociados. El subtipo hipoactivo es común en ancianos y suele pasar desapercibido.

Diagnóstico:

- Apoyado en escalas como Confusion Assessment Method (CAM) y CAM-ICU. La exploración física y los estudios de laboratorio buscan la causa subyacente (biometría hemática, electrolitos, glucosa, estudios de imagen según contexto). El EEG puede mostrar lentificación difusa.
- Criterios de DSM-5:

- A. Una alteración de la atención.
- B. La alteración aparece en poco tiempo, habitualmente unas horas o pocos días, constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional.
- D. 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 sería el coma.
- E. 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.

Diagnóstico diferencial:

- Demencia: curso crónico y progresivo, atención relativamente conservada.
- Psicosis primaria: alucinaciones constantes sin fluctuación de conciencia.
- Depresión mayor: enlentecimiento y pseudodemencia, pero sin inicio agudo.
- Otros: accidentes cerebrovasculares, crisis epilépticas, amnesia global transitoria.

Tratamiento: El abordaje se centra en identificar y tratar la causa.

- **Medidas no farmacológicas:** reorientación, apoyo familiar, estimulación sensorial adecuada, higiene del sueño, movilización temprana.
- **Tratamiento farmacológico:** se reserva para casos con agitación o riesgo. El haloperidol es el fármaco más utilizado, vigilando el intervalo QT. Antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina) son opciones en pacientes con riesgo extrapiramidal. Las benzodiacepinas se emplean únicamente en delirium por abstinencia de alcohol o benzodiacepinas.
- **Casos especiales:** en enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy se prefiere quetiapina o clozapina. En cuidados paliativos se prioriza el confort y control sintomático.

El delirium es un síndrome neurocognitivo agudo, frecuente y grave, con gran impacto clínico en pacientes vulnerables. Su reconocimiento temprano y el abordaje de factores precipitantes

son esenciales para reducir complicaciones y mortalidad. Los trastornos cognitivos agudos leves, como el delirium subsindrómico, requieren también atención, pues pueden evolucionar a cuadros completos y reflejan una vulnerabilidad cerebral significativa. La combinación de estrategias preventivas, medidas de apoyo y tratamiento dirigido a la causa subyacente constituye la base de su manejo.

Referencias

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
2. American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.; L. Serrano, Trad.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.