

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM



Autores: Bailón Pinargote Franklin Daniel
Duicela Simbaña Sharon Aracely
Holguín Maldonado Mateo Javier
Lopez Bravo Marcela Tatiana
Peñafiel Miranda Indira Salomé
Ramírez Correa, Bryan Vicente
Toral Santos Shanny Estefania

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

EVALUACIÓN POR PARES ACADEMICOS CIEGOS

Fecha de evaluación: 01/08/2023	Alto	Medio	Bajo
Títulos Académico de los pares evaluadores: Cuarto nivel en el Campo de la Salud			
a. El tema es pertinente y brinda aportes a su área de conocimiento.	X		
b. Calidad de la argumentación y solvencia en la escritura.	X		
c. Calidad de la sustentación teórico-conceptual. Grado de documentación.	X		
d. Metodología pertinente y adecuada para el objetivo propuesto.	X		
e. Fuentes bibliográficas actualizadas – Normas Vancouver	X		

Declaración de confidencialidad: Entiendo que tendré acceso a información confidencial, por lo cual no se podrá hacer uso de la información a la que tenga acceso (como divulgación de resultados previo a su publicación, o divulgación de los conceptos elaborados) para beneficio personal, darla a conocer o ponerla en disposición del beneficio de cualquier otra persona y organización. **Normas de ética en investigación:** Declaro que conozco y acepto los estándares internacionales de publicación científica, en particular los referentes al manejo del plagio y el proceso de revisión de pares externos:

http://publicationethics.org/files/International%20standard_editors_for%20website_11_Nov_2011.pdf

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Autores:

❖ **BAILÓN PINARGOTE FRANKLIN DANIEL**

correo electrónico: daniel23@hotmail.com

❖ **DUICELA SIMBAÑA SHARON ARACELY**

correo electrónico: shar_duicela@hotmail.com

❖ **HOLGUÍN MALDONADO MATEO JAVIER**

correo electrónico: mateoholguinm1@gmail.com

❖ **LOPEZ BRAVO MARCELA TATIANA**

correo electrónico: marcelalopezbravo@outlook.com

❖ **PEÑAFIEL MIRANDA INDIRA SALOMÉ**

correo electrónico: indy_jolie@hotmail.com

❖ **RAMÍREZ CORREA, BRYAN VICENTE**

correo electrónico: bryanramirezute@gmail.com

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

❖ **TORAL SANTOS SHANNY ESTEFANIA**

correo electrónico: shannytoral@gmail.com

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

TÍTULO DEL LIBRO

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Quito - Ecuador

La reproducción completa o parcial de esta obra está estrictamente prohibida por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, sin la autorización previa y escrita de los titulares.

Cada uno de los artículos e información aquí descrita son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Quito Copyright 2023

ISBN: 978-9942-7150-1-2

<http://doi.org/10.58927/vitalfam.2808>

Open Library: OL49351664M

Editorial VitalFam



DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

DESARROLLO DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION

2- DEFINICIÓN

2.1.- HISTORIA DEL DELIRIUM

- BAILÓN PINARGOTE FRANKLIN DANIEL
MEDICO CIRUJANO
HOSPITAL GENERAL QUEVEDO

3.- FACTORES DE RIESGO

4.- ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA

- DUICELA SIMBAÑA SHARON ARACELY
MD. RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

5.- FISIOPATOLOGIA

- HOLGUÍN MALDONADO MATEO JAVIER
MÉDICO CIRUJANO, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA FUERZAS ARMADAS N.1

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

6.- CLINICA, FORMAS CLINICAS, CASO CLINICO

7.- DIAGNOSTICO, CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- LOPEZ BRAVO MARCELA TATIANA

MÉDICO RESIDENTE HOSPITAL GENERAL IESS MACHALA

8.- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO Y FARMACOLOGICO, MANEJO EN EMERGENCIA

- PEÑAFIEL MIRANDA INDIRA SALOMÉ

MÉDICO GENERAL, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N°1

8.4 MANEJO POR SALUD MENTAL

- RAMÍREZ CORREA, BRYAN VICENTE

MEDICO GENERAL HOSPITAL DOCENTE DE CALDERÓN

9.- ESCALA DIAGNOSTICA Y ALGORITMO

10.- PRONOSTICO, PREVENCION, COMPLICACIONES

- TORAL SANTOS SHANNY ESTEFANIA

MEDICO

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	6
2- DEFINICIÓN.....	7
2.1.- HISTORIA DEL DELIRIUM:.....	9
2.2.- BIBLIOGRAFÍA:.....	12
3.- FACTORES DE RIESGO.....	13
3.2.- BIBLIOGRAFÍA:.....	25
4.- ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA.....	26
4.1 ETIOLOGIA.....	26
4.2 EPIDEMIOLOGIA.....	30
4.3 BIBLIOGRAFÍA.....	33
5.- FISIOPATOLOGIA.....	34
5.1 BIBLIOGRAFÍA.....	47
6.- CLINICA, FORMAS CLINICAS, CASO CLINICO.....	48
6.1 CLÍNICA.....	48
6.2 FORMAS CLÍNICAS DE DELIRIUM.....	49
6.3 CASO CLÍNICO.....	50
6.4 BIBLIOGRAFÍA.....	52
7.- DIAGNOSTICO, CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	53
7.2 BIBLIOGRAFÍA.....	57
8.- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO Y FARMACOLOGICO, MANEJO EN EMERGENCIA....	58
8.1 NO FARMACOLOGICO.....	58
8.2 FARMACOLOGICO.....	65
8.3 MANEJO EN EMERGENCIA.....	72
8.4 MANEJO POR SALUD MENTAL.....	75
8.5. BIBLIOGRAFÍA:.....	78
9.- ESCALA DIAGNOSTICA Y ALGORITMO.....	80
9.1. BIBLIOGRAFÍA.....	83
10.- PRONOSTICO, PREVENCION, COMPLICACIONES.....	84

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

10.1 PRONÓSTICO.....	84
10.2 PREVENCIÓN.....	86
10.3 COMPLICACIONES.....	88
10.1 BIBLIOGRAFÍA.....	89
EPILOGO:.....	90

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

1. INTRODUCCION

En las vastas fronteras de la mente humana, existe un reino misterioso y perturbador que ha desconcertado a médicos, psicólogos y filósofos a lo largo de la historia: el delirio.

En este rincón oscuro de la psique, los límites entre la realidad y la fantasía se desvanecen, dando paso a un torbellino de pensamientos distorsionados y percepciones desgarradas. ¿Qué fuerzas impulsan a la mente a embarcarse en estos viajes tumultuosos hacia lo desconocido? ¿Cómo podemos entender y descifrar los secretos del delirio, una experiencia que puede oscilar entre la angustia y la revelación?

Este libro es un intento de arrojar luz sobre el fenómeno del delirio, explorando sus múltiples facetas a través de la historia, la ciencia y la cultura. Desde las interpretaciones mitológicas de antaño hasta las investigaciones neurológicas más vanguardistas, nos aventuraremos en un viaje en el que los límites entre cordura y locura se desdibujan.

A medida que desentrañamos los enigmas del delirio, descubriremos cómo los artistas han buscado inspiración en los abismos de la mente y cómo los sanadores han luchado por encontrar métodos para restaurar el equilibrio

Un estado mental en el que la realidad y la fantasía convergen en un torbellino caótico, el delirium es como un espejo distorsionado que refleja los matices más oscuros y enigmáticos de la mente humana

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

2- DEFINICIÓN

El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico agudo y fluctuante caracterizado por un cambio rápido en la conciencia y la cognición, que resulta en una disminución en la capacidad de mantener la atención, la orientación y la coherencia del pensamiento. Se manifiesta a través de una variedad de síntomas, como confusión, desorientación, alucinaciones, agitación y cambios en el estado emocional. (1)

El delirium suele ser causado por una enfermedad médica subyacente, como infecciones graves, trastornos metabólicos, intoxicación por sustancias, o como resultado de cirugías o tratamientos médicos intensivos.

Este trastorno es diferente de otros estados mentales como la demencia o la psicosis, ya que se desarrolla de manera rápida y su gravedad puede variar a lo largo del día. La identificación y manejo tempranos del delirium son cruciales, ya que puede tener implicaciones graves para la salud y el bienestar del paciente. (1)



DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

El delirium es a menudo considerado como una emergencia médica debido a su potencial para indicar una enfermedad subyacente grave. Las personas que experimentan delirium pueden mostrar una serie de síntomas que van más allá de la mera confusión. Pueden tener dificultades para comunicarse de manera coherente, fluctuar entre estados de agitación y apatía, y presentar alteraciones en el ciclo del sueño.

El delirium afecta a personas de todas las edades, pero es más común en adultos mayores y en aquellos que tienen condiciones médicas preexistentes. Su naturaleza compleja y la amplia gama de factores que pueden desencadenarlo hacen que el diagnóstico y tratamiento sean desafiantes. Los profesionales médicos y psiquiatras emplean escalas de evaluación específicas para identificar y cuantificar la gravedad del delirium, lo que ayuda a guiar las decisiones de tratamiento. (1,2)

La investigación continua en el campo de la psiquiatría y la medicina ha arrojado luz sobre los mecanismos neurológicos subyacentes al delirium. Se ha encontrado que hay disrupciones en las vías de neurotransmisores y en la función cerebral, lo que contribuye a los síntomas observados. A medida que avanzamos en la comprensión de estas bases biológicas, se abren nuevas posibilidades para el desarrollo de enfoques terapéuticos más precisos y efectivos.

El impacto del delirium va más allá del paciente individual, afectando también a sus cuidadores y familiares. La ansiedad y la confusión que puede generar el comportamiento delirante pueden ser emocionalmente agotadores para aquellos que los rodean. Por lo tanto, la educación y el apoyo a las personas cercanas al paciente también son aspectos cruciales en la gestión global de este trastorno. (2)

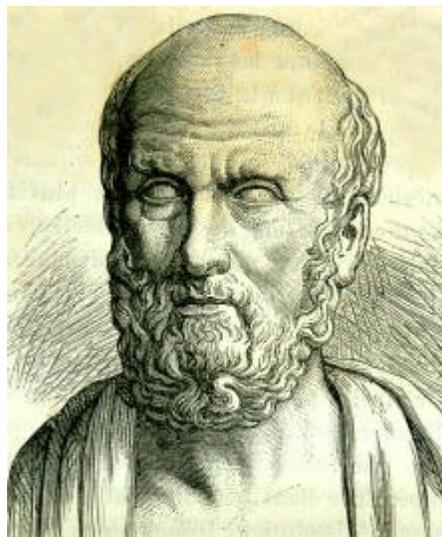
DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

2.1.- Historia del delirium:

A medida que profundizamos en nuestra exploración, no podemos evitar sumergirnos en los anales de la historia en busca de indicios de experiencias pasadas de delirium. Desde las descripciones crípticas de estados mentales alterados en textos antiguos hasta los testimonios de figuras históricas famosas que enfrentaron episodios de confusión mental, descubriremos cómo el delirium ha sido un hilo subyacente en la narrativa humana a lo largo de los siglos. (1)

Antigüedad:

Los primeros registros de síntomas delirantes pueden encontrarse en textos antiguos de diversas culturas. La literatura médica de la antigua Grecia y Roma hace referencia a estados de confusión mental y alucinaciones que podrían considerarse como formas tempranas de delirium. Hipócrates, a menudo considerado el "padre de la medicina", describió en sus escritos síntomas de agitación, confusión y delirio en pacientes con fiebre y otras enfermedades.



DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM



Edad Media:

Durante la Edad Media, las explicaciones sobre el delirium a menudo se mezclaban con creencias religiosas y supersticiones. Se consideraba que los estados delirantes eran el resultado de posesiones demoníacas o influencias sobrenaturales. La enfermedad mental en general era estigmatizada y mal comprendida. (2)



Renacimiento y Siglo de las Luces:

Con el surgimiento del método científico y el avance de la anatomía y la fisiología, comenzaron a surgir explicaciones más racionales para el delirium. En el Renacimiento, médicos como Paracelso y Van Helmont intentaron relacionar los trastornos mentales

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

con desequilibrios en los fluidos corporales. Sin embargo, la comprensión real de las causas y la fisiopatología del delirium seguía siendo limitada.

Siglo XIX:

El Siglo XIX fue un período crucial para el desarrollo de la psiquiatría como disciplina médica. Philippe Pinel, un psiquiatra francés, se destacó al abogar por un enfoque más humanitario en el tratamiento de los enfermos mentales. El término "delirium" se acuñó en este período y comenzó a utilizarse para describir estados de confusión y agitación. A medida que la neurología y la psiquiatría se separaban como campos distintos, el delirium quedó bajo el enfoque de la psiquiatría. (1)

Siglo XX:

Con los avances en la comprensión de la fisiología cerebral y la psicofarmacología en el siglo XX, se hizo evidente que el delirium no era simplemente un trastorno psicológico, sino que tenía una base biológica. Se desarrollaron escalas de evaluación para medir la gravedad del delirium, lo que permitió una mayor objetividad en el diagnóstico.

Siglo XXI y Futuro:

En el siglo XXI, la investigación médica y científica continúa avanzando en la comprensión del delirium. Los avances en neuroimagen y la neurociencia cognitiva han permitido un mayor entendimiento de las bases neurales del delirium. Se están investigando las interacciones entre neurotransmisores, inflamación cerebral y otros procesos biológicos que pueden contribuir al desarrollo y la manifestación de este trastorno.

Además, se ha incrementado la conciencia sobre la importancia del delirium en entornos clínicos, como hospitales y unidades de cuidados intensivos. Los profesionales de la salud están implementando estrategias de prevención y manejo del delirium en

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

pacientes hospitalizados, reconociendo que una detección temprana y un tratamiento adecuado pueden marcar la diferencia en los resultados de los pacientes.

En el futuro, es probable que la investigación continúe enfocándose en entender mejor las causas subyacentes del delirium y en desarrollar enfoques terapéuticos más efectivos y personalizados. Además, se espera que la tecnología, como la inteligencia artificial y la telemedicina, desempeñe un papel en la detección y el seguimiento del delirium, especialmente en entornos médicos donde la observación constante es difícil.

A medida que la sociedad evoluciona y nuestra comprensión de la mente humana sigue expandiéndose, es probable que el estigma que rodea a los trastornos mentales, incluido el delirium, continúe disminuyendo. Una mayor educación y conciencia pública sobre el delirium y su impacto en la salud y el bienestar de las personas podrían llevar a un enfoque más compasivo y efectivo en su manejo y tratamiento.

2.2.- Bibliografía:

1. León Acero AD, Henao-Castaño AM. DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO DEL DELIRIUM EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO: UNA REVISIÓN PARAGUAS. Revista de Ciencias de la Salud [Internet]. 2023 Abr [citado 2023 Julio 20]; 34(1):139-54. Disponible en: <https://revistaaissthesis.uc.cl/index.php/RHE/article/view/53525>
2. Lamas PR, Breton BH, Oroz EG, Orga MB, Molina YR, Morote MJC. Conociendo el delirium. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. 2023;4(3):41.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

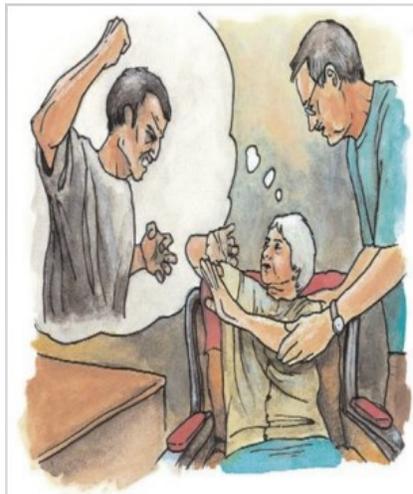
3.- FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el delirium son diversas condiciones, circunstancias y características individuales que aumentan la probabilidad de desarrollar este trastorno neuropsiquiátrico. (1,3) Estos factores pueden variar según el individuo y la situación clínica, pero aquí tienes una descripción detallada de los factores de riesgo más comunes:

1. Edad avanzada: El delirium es más frecuente en personas de edad avanzada, especialmente en aquellos mayores de 65 años. Esto se debe a cambios en el cerebro y en el sistema nervioso que pueden hacer que los ancianos sean más susceptibles al desarrollo del delirium, especialmente cuando están enfermos o hospitalizados. (1)

El delirium, a menudo referido como "confusión aguda", es un estado mental alterado caracterizado por una fluctuación rápida y aguda en la conciencia y la cognición. Este fenómeno impacta de manera significativa a personas de todas las edades, pero es particularmente prevalente y problemático en la población de edad avanzada.

La relación entre el delirium y la edad avanzada es profunda y compleja, y su comprensión requiere un análisis detallado de la fisiopatología involucrada. (1)



DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Deterioro Cognitivo Preexistente:

La fisiopatología del delirium en la edad avanzada a menudo está influida por la presencia de trastornos cognitivos preexistentes, como la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. En estos trastornos, las vías neuronales se vuelven más susceptibles a las alteraciones metabólicas y los desequilibrios químicos, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar delirium. Además, la capacidad del cerebro para mantener la homeostasis se reduce con la edad, lo que puede exacerbar la vulnerabilidad a las fluctuaciones en la función cognitiva. (2)

Cambios en los Neurotransmisores:

La fisiopatología del delirium en personas de edad avanzada también se relaciona con cambios en la función de los neurotransmisores. Los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos, que desempeñan un papel crucial en la regulación de la cognición y la atención, pueden verse alterados en el delirium. Los desequilibrios en la producción y recepción de neurotransmisores pueden conducir a la disrupción de las redes neuronales, lo que resulta en síntomas como la alteración de la conciencia y la atención. (2)

Inflamación y Respuesta Inmune:

La inflamación crónica y la activación del sistema inmune, que son comunes en la edad avanzada, también están implicadas en la fisiopatología del delirium. La inflamación puede desencadenar una cascada de eventos en el cerebro que afectan la función neuronal y la comunicación entre las células cerebrales. Los cambios en los niveles de citocinas inflamatorias y la respuesta inmune pueden contribuir al desarrollo del delirium y su severidad en personas de edad avanzada. (2)

Cambios en la Barrera Hematoencefálica:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

La barrera hematoencefálica, una capa protectora que regula el paso de sustancias entre la sangre y el cerebro, puede volverse más permeable con la edad. Esto permite que sustancias tóxicas y desencadenantes inflamatorios alcancen el cerebro con mayor facilidad, lo que podría contribuir al desarrollo del delirium. Además, los cambios en la función de la barrera hematoencefálica pueden afectar la disponibilidad de nutrientes y oxígeno en el cerebro, lo que compromete la función neuronal. (2,3)

Factores de Estrés Agudo:

En las personas de edad avanzada, los factores de estrés agudo, como cirugías, enfermedades graves o cambios en el entorno, pueden desencadenar el delirium. La respuesta al estrés agudo puede aumentar la liberación de hormonas del estrés, como el cortisol, que a su vez pueden afectar la función cerebral y la homeostasis neuronal.

2. Enfermedades médicas graves: Cualquier enfermedad médica que afecte el funcionamiento del cerebro o del sistema nervioso central puede aumentar el riesgo de delirium. Ejemplos incluyen infecciones graves (como sepsis o neumonía), trastornos cardíacos, trastornos pulmonares, insuficiencia renal, diabetes mal controlada y trastornos metabólicos. (3)

3. Cirugía: Someterse a procedimientos quirúrgicos, especialmente aquellos que son invasivos o extensos, puede aumentar el riesgo de delirium debido al estrés del cuerpo y los efectos de la anestesia.

La relación entre el delirium y los procedimientos quirúrgicos se debe a una interacción compleja entre factores fisiológicos, neuroquímicos y ambientales. Veamos más de cerca la fisiopatología involucrada:

Estrés Quirúrgico y Respuesta Inflamatoria:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Los procedimientos quirúrgicos conllevan un estrés significativo para el cuerpo. Durante la cirugía, se liberan hormonas del estrés, como el cortisol, y se desencadena una respuesta inflamatoria como parte de la defensa del cuerpo ante el trauma. Esta respuesta inflamatoria puede afectar la función cerebral al alterar la barrera hematoencefálica y permitir que ciertas sustancias inflamatorias alcancen el cerebro. Estos cambios en el entorno cerebral pueden contribuir a la aparición del delirium. (3)

Desequilibrio Neurotransmisor:

Los procedimientos quirúrgicos, especialmente en combinación con la anestesia y el uso de medicamentos, pueden dar lugar a desequilibrios en los neurotransmisores. La alteración de los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos, que son fundamentales para la regulación de la cognición y la atención, puede llevar a la aparición de síntomas delirantes. Además, los cambios en los niveles de neurotransmisores como la acetilcolina y la dopamina pueden interferir con la comunicación entre las células cerebrales.

Alteración en la Regulación Circadiana:

Los procedimientos quirúrgicos pueden interrumpir los ritmos circadianos normales del cuerpo, lo que afecta el ciclo sueño-vigilia y la regulación de los niveles de hormonas. La desincronización circadiana puede influir en la producción de melatonina y otros reguladores neurológicos, lo que a su vez puede contribuir al desarrollo del delirium.

Cambios en el Flujo Sanguíneo Cerebral:

La cirugía y la anestesia pueden afectar el flujo sanguíneo cerebral y la oxigenación del cerebro. Las fluctuaciones en el suministro de sangre y oxígeno al cerebro pueden alterar la función neuronal y predisponer a la aparición de síntomas delirantes. (3,4)

Polifarmacia y Medicamentos Anestésicos:

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Los medicamentos anestésicos utilizados durante los procedimientos quirúrgicos pueden tener efectos directos en la función cerebral. La polifarmacia, que implica la administración de múltiples medicamentos, puede aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas y contribuir al desarrollo del delirium. Algunos medicamentos anestésicos también pueden afectar la regulación de los neurotransmisores y la función neuronal. (2,4)

Cambios Metabólicos y Homeostasis:

La cirugía y el estrés asociado pueden influir en el equilibrio metabólico y la homeostasis del cuerpo. Los cambios en los niveles de glucosa, electrolitos y otros componentes pueden afectar la función cerebral y aumentar la vulnerabilidad al delirium.

4. Hospitalización: Estar hospitalizado en sí mismo es un factor de riesgo, ya que el entorno hospitalario puede ser desconcertante y estresante, lo que puede contribuir al desarrollo de delirium. Los cambios en la rutina, la privación del sueño y la exposición a medicamentos y procedimientos médicos también pueden influir.



La relación entre el delirium y la hospitalización está arraigada en una interacción compleja entre factores médicos, ambientales y fisiológicos. Examinemos la fisiopatología involucrada en esta relación:

Estrés y Cambios Ambientales:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

La hospitalización puede ser una experiencia estresante para muchos pacientes. El cambio de entorno, la separación de seres queridos y la incertidumbre sobre la salud pueden desencadenar respuestas de estrés en el cuerpo. El estrés, a su vez, puede afectar la función cerebral y predisponer a la aparición del delirium. Los cambios en la rutina diaria, la exposición a ruidos y luces, y la interacción con personal médico desconocido también pueden contribuir al desarrollo del delirium. (3)

Privación de Sueño y Desincronización Circadiana:

La hospitalización puede interrumpir los patrones normales de sueño y la regulación circadiana. La falta de sueño adecuado y la desincronización de los ritmos biológicos pueden afectar negativamente la función cerebral y aumentar el riesgo de delirium. La privación de sueño puede influir en la producción de neurotransmisores y desencadenar síntomas delirantes.

Cambios en la Medicación:

Durante la hospitalización, los pacientes a menudo están expuestos a una variedad de medicamentos, incluidos analgésicos, sedantes y otros agentes farmacológicos. La polifarmacia y los efectos secundarios de los medicamentos pueden alterar la función cerebral y contribuir al desarrollo del delirium. Algunos medicamentos pueden tener un impacto directo en la función de los neurotransmisores y la comunicación entre las células cerebrales.

Respuesta Inflamatoria y Enfermedad Aguda:

Las enfermedades agudas que requieren hospitalización a menudo están asociadas con respuestas inflamatorias del cuerpo. La liberación de citocinas inflamatorias y la activación del sistema inmune pueden afectar la función cerebral y predisponer al delirium. Además, la presencia de una enfermedad grave puede aumentar la vulnerabilidad del cerebro a las fluctuaciones en la homeostasis y el suministro de oxígeno y nutrientes.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Deshidratación y Desequilibrio Electroquímico:

La deshidratación y el desequilibrio de electrolitos son comunes en pacientes hospitalizados, especialmente aquellos con enfermedades médicas agudas. Estos cambios metabólicos pueden afectar la función neuronal y desencadenar síntomas delirantes. La falta de hidratación adecuada puede influir en la función cerebral y aumentar la vulnerabilidad al delirium.

Debilidad Física y Movilización Limitada:

La hospitalización a menudo lleva a la debilidad física y la limitación en la movilización. La inactividad física puede afectar la circulación sanguínea cerebral y la función neuronal. La falta de actividad física también puede contribuir a la desregulación de los neurotransmisores y aumentar el riesgo de delirium. (3)

5. Medicamentos: Algunos medicamentos, especialmente aquellos con efectos sedantes, anticolinérgicos o psicoactivos, pueden aumentar el riesgo de delirium. Esto incluye ciertos analgésicos, antipsicóticos, benzodiazepinas y medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades cardíacas.

6. Uso de sustancias: El consumo de alcohol, drogas ilegales o ciertos medicamentos puede aumentar el riesgo de delirium, especialmente si se combina con una enfermedad médica subyacente.

7. Historial de enfermedad mental: Las personas con antecedentes de enfermedad mental, especialmente demencia, tienen un mayor riesgo de desarrollar delirium, ya que pueden ser más vulnerables a los cambios en el funcionamiento cerebral.

8. Estrés emocional: El estrés emocional extremo, como la pérdida de un ser querido o un evento traumático, puede aumentar el riesgo de delirium.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

9. Deterioro cognitivo: Las personas con problemas cognitivos preexistentes, como demencia, tienen un mayor riesgo de desarrollar delirium debido a la vulnerabilidad de su función cerebral.

10. Falta de sueño: La privación de sueño o la alteración de los patrones de sueño pueden aumentar el riesgo de delirium al afectar negativamente el funcionamiento cerebral. (3,4)

Los trastornos del sueño, como la apnea del sueño, pueden afectar la función cerebral y aumentar la susceptibilidad al delirium.



11. Polifarmacia: El uso de múltiples medicamentos al mismo tiempo, conocido como polifarmacia, puede aumentar el riesgo de delirium, ya que ciertos medicamentos pueden interactuar de manera adversa y afectar la función cerebral.



DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

La interacción entre diferentes medicamentos y la posibilidad de efectos adversos en el sistema nervioso central son factores importantes que pueden contribuir al riesgo de delirium en personas que toman múltiples fármacos. Aquí te presento algunos ejemplos de estudios que exploran esta relación.

Segun Kurisu K, Miyabe D, Furukawa Y, Shibayama O, Yoshiuchi K. en el Estudio “ Association between polypharmacy and the persistence of delirium: a retrospective cohort study” (2020) (4)

Investigación: Este estudio examinó la relación entre la polifarmacia y el delirium en pacientes hospitalizados de edad avanzada.

Resultados: Se encontró una asociación significativa entre la cantidad de medicamentos que los pacientes estaban tomando y la incidencia de delirium durante la hospitalización.

Conclusión: Los resultados sugieren que la polifarmacia puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de delirium en pacientes hospitalizados de edad avanzada.

Según Christophe Hein, Adrien Forgues, Antoine Piau, Agnès Sommet, Bruno Vellas, Fati Nourhashémi,

Estudio: " Impact of Polypharmacy on Occurrence of Delirium in Elderly Emergency Patients" (2014) (5)

Investigación: Este estudio investigó si la polifarmacia estaba relacionada con el riesgo de delirium en adultos mayores críticamente enfermos.

Resultados: Se encontró que la exposición a un mayor número de medicamentos se asociaba con un aumento del riesgo de delirium en pacientes críticamente enfermos.

Conclusión: Los resultados respaldan la idea de que la polifarmacia es un factor importante a considerar al evaluar el riesgo de delirium en pacientes graves.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Estos estudios subrayan la importancia de evaluar cuidadosamente la prescripción de medicamentos en pacientes de edad avanzada o críticamente enfermos para reducir el riesgo de delirium. La interacción entre los medicamentos, especialmente cuando se toman en conjunto, puede aumentar la vulnerabilidad a la alteración cognitiva y la confusión asociadas con el delirium.

12. Desequilibrio electrolítico y deshidratación: Los desequilibrios en los niveles de sodio, potasio u otros electrolitos, así como la deshidratación, pueden afectar la función cerebral y aumentar el riesgo de delirium.

13. Trastornos neurológicos: Las personas con antecedentes de trastornos neurológicos, como accidentes cerebrovasculares o enfermedad de Parkinson, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar delirium debido a la vulnerabilidad de su sistema nervioso.

14. Inmovilidad: La inmovilidad prolongada, especialmente en pacientes hospitalizados, puede contribuir al desarrollo de delirium. La falta de actividad física puede afectar el flujo sanguíneo cerebral y la función cognitiva.

15. Cambios ambientales: Los cambios bruscos en el entorno, como trasladarse a un entorno hospitalario desconocido, pueden ser estresantes y aumentar el riesgo de delirium. (6)

16. Hipoxia: La falta de oxígeno en el cuerpo y en el cerebro, como resultado de problemas respiratorios o afecciones cardíacas, puede aumentar el riesgo de delirium.

17. Factores genéticos: Algunos estudios sugieren que puede haber predisposición genética al desarrollo de delirium en ciertas personas.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

La relación entre factores genéticos y el desarrollo de delirium ha sido objeto de investigación en los últimos años. Se ha observado que la genética también puede desempeñar un papel en la susceptibilidad de una persona a desarrollar delirium.

Se presentan algunos estudios que exploran la relación entre factores genéticos y el delirium:

Estudio: "Genetic Variants Associated with Delirium in Critically Ill Patients" (2019)

Investigación: Este estudio analizó datos genéticos de pacientes críticamente enfermos para identificar variantes genéticas asociadas con el riesgo de delirium.

Resultados: Se identificaron variantes genéticas en genes relacionados con la función cerebral y la respuesta inflamatoria que estaban asociadas con un mayor riesgo de delirium en pacientes críticos.

Conclusión: Los resultados sugieren que las diferencias genéticas pueden influir en la vulnerabilidad de una persona al delirium durante la hospitalización en cuidados intensivos. (6)

Estudio: "Genetic Risk Factors for Delirium in ICU Patients" (2020)

Investigación: Este estudio evaluó la asociación entre polimorfismos genéticos específicos y el desarrollo de delirium en pacientes de cuidados intensivos.

Resultados: Se encontraron relaciones significativas entre ciertos polimorfismos genéticos y la probabilidad de desarrollar delirium en pacientes críticos.

Conclusión: Los hallazgos indican que la genética puede influir en la predisposición de un individuo a experimentar delirium en el entorno de cuidados intensivos.

Estudio: "Association of Genetic Polymorphisms in TLR2 and TLR4 With Risk of Postoperative Delirium in Cardiac Surgery Patients" (2019)

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Investigación: Este estudio se centró en la relación entre polimorfismos genéticos en los genes TLR2 y TLR4 (relacionados con la respuesta inmunológica) y el riesgo de delirium en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Resultados: Se encontró una asociación entre ciertos polimorfismos genéticos y un mayor riesgo de desarrollar delirium después de la cirugía cardíaca.

Conclusión: Los resultados sugieren que los genes involucrados en la respuesta inmunológica pueden estar relacionados con el riesgo de delirium postoperatorio en pacientes de cirugía cardíaca. (6)

Estos son solo algunos ejemplos de estudios que han explorado la relación entre factores genéticos y el delirium. Si bien estos estudios proporcionan información valiosa sobre la posible influencia de la genética en el desarrollo de delirium, es importante tener en cuenta que el delirium es una condición multifactorial en la que factores genéticos interactúan con factores médicos y ambientales.

18. Cambios sensoriales: Las personas con déficits sensoriales, como la visión o audición deteriorada, pueden experimentar desorientación y confusión, lo que aumenta el riesgo de delirium. (6)

19. Estrés físico y emocional: Cualquier situación que cause estrés físico o emocional agudo, como una lesión traumática o una enfermedad repentina, puede aumentar el riesgo de delirium.

3.2.- Bibliografía:

1. Sandoval IJ, Pérez AH, Larracochea JFVM, Camacho MÁM. Risk factors for delirium. Acta Médica Grupo Angeles. 2022;20(3):258-265.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

2. Rodríguez JG, Benedet LSDSM, Ronderos RGG, Estébanez GO, Rodríguez MG, Jaurrieta JJS, et al. DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.
3. Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracochea JF, Martínez Camacho MÁ. Factores de riesgo de delirium. Acta médica Grupo Ángeles. 2022;20(3):258-265.
4. Kurisu K, Miyabe D, Furukawa Y, Shibayama O, Yoshiuchi K. Association between polypharmacy and the persistence of delirium: a retrospective cohort study. Biopsychosoc Med. 2020 Oct 6;14:25. doi: 10.1186/s13030-020-00199-3. PMID: 33042216; PMCID: PMC7541288.
5. Christophe Hein, Adrien Forgues, Antoine Piau, Agnès Sommet, Bruno Vellas, Fati Nourhashémi, Impact of Polypharmacy on Occurrence of Delirium i Elderly Emergency Patients, Journal of the American Medical Directors Association, Volumen 15, Publicacion 11, 2014, Paginas 850.e11-850.e15,
6. Vesga LMP, Rodríguez Gómez ML. Factores Asociados al Delirium en Pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos de. MEDICO. 2023;6:25.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

4.- ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA

4.1 ETIOLOGIA

El delirium, también conocido como estado confusional agudo, puede tener diversas causas subyacentes, también llamadas etiologías. Estas causas pueden variar según el individuo y la situación clínica. (1)



1. Infecciones:

Las infecciones, especialmente las infecciones graves como la sepsis, neumonía, infecciones del tracto urinario o infecciones del sistema nervioso central, pueden llevar al desarrollo de delirium. Las toxinas liberadas por los patógenos, así como la respuesta inflamatoria del cuerpo, pueden afectar el funcionamiento cerebral y dar lugar a síntomas delirantes. (1,2)

2. Desequilibrios electrolíticos:

Los desequilibrios en los niveles de electrolitos como el sodio, el potasio y el calcio pueden afectar la función de las células nerviosas y cerebrales, lo que puede dar lugar a

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

la confusión y el delirium. Por ejemplo, niveles bajos de sodio (hiponatremia) pueden llevar a síntomas neuropsiquiátricos, incluido el delirium. (1)

3. Medicamentos:

El uso de ciertos medicamentos, especialmente aquellos con propiedades sedantes, anticolinérgicas o psicoactivas, puede aumentar el riesgo de delirium. Ejemplos incluyen analgésicos opioides, antipsicóticos, benzodiazepinas y algunos medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades cardíacas.

4. Abstinencia o intoxicación de sustancias:

La abstinencia de sustancias como alcohol, sedantes o narcóticos, así como la intoxicación aguda con estas sustancias, puede causar síntomas delirantes. La interrupción abrupta de sustancias a las que el cuerpo se ha vuelto dependiente puede desencadenar una respuesta del sistema nervioso central. (2)

5. Trastornos metabólicos:

Condiciones médicas que afectan el metabolismo del cuerpo, como la insuficiencia hepática o renal, pueden acumular toxinas en el organismo que afectan la función cerebral. Además, condiciones como la hipoglucemia (niveles bajos de azúcar en sangre) pueden causar síntomas similares al delirium. (2)

6. Enfermedades neurológicas preexistentes:

Individuos con trastornos neurológicos crónicos como la enfermedad de Parkinson, la demencia o la enfermedad cerebrovascular tienen un mayor riesgo de desarrollar delirium debido a la vulnerabilidad de su sistema nervioso.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

7. Cirugía y hospitalización:

La cirugía, especialmente la anestesia y el estrés quirúrgico, junto con la hospitalización y el entorno clínico, pueden aumentar el riesgo de delirium. La interrupción de la rutina diaria, la privación de sueño y la exposición a medicamentos pueden contribuir. (2)

8. Factores emocionales y estrés:

El estrés emocional extremo, como la pérdida de un ser querido o situaciones traumáticas, puede desencadenar el delirium. El sistema nervioso puede reaccionar ante situaciones de alta ansiedad y estrés con confusión y síntomas delirantes.

9. Hipoxia y problemas respiratorios:

La falta de oxígeno en el cuerpo, conocida como hipoxia, puede ocurrir debido a problemas respiratorios como la insuficiencia pulmonar, apnea del sueño u obstrucción de las vías respiratorias. La hipoxia puede afectar directamente la función cerebral y llevar al delirium. (3)

10. Cambios en el entorno y la rutina:

Los cambios bruscos en el entorno, como la hospitalización o el traslado a un lugar desconocido, pueden ser estresantes y contribuir al delirium. La interrupción de la rutina diaria, la falta de familiaridad con el entorno y el ruido constante pueden afectar la función cognitiva.

11. Estrés físico extremo:

El estrés físico agudo, como el trauma, el choque, la hemorragia grave o la insuficiencia cardíaca, puede afectar la función cerebral y desencadenar el delirium. La respuesta del sistema nervioso a la crisis física puede manifestarse como confusión y delirio. (2)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

12. Insomnio y privación del sueño:

La falta de sueño o la alteración de los patrones de sueño pueden aumentar la susceptibilidad al delirium. El sueño es esencial para la función cerebral adecuada, y la privación del sueño puede llevar a la confusión y otros síntomas delirantes.

13. Deterioro sensorial:

Las personas con problemas sensoriales, como la visión o la audición deteriorada, pueden experimentar confusión y desorientación debido a la falta de información sensorial precisa. Esto puede contribuir al desarrollo del delirium. (3)

14. Cambios en los niveles de glucosa en sangre:

Tanto la hipoglucemia (niveles bajos de azúcar en sangre) como la hiperglucemia (niveles altos de azúcar en sangre), especialmente en personas con diabetes mal controlada, pueden afectar la función cerebral y llevar al delirium. (2)

15. Lesiones cerebrales traumáticas:

Lesiones cerebrales traumáticas, como las causadas por accidentes automovilísticos o caídas, pueden tener un impacto directo en la función cerebral y llevar al desarrollo de delirium.

16. Cirugía de corazón y aorta:

Las cirugías cardíacas y aórticas, especialmente aquellas que requieren circulación extracorpórea y manipulación de la aorta, pueden aumentar el riesgo de delirium debido a la respuesta inflamatoria y al estrés físico. (3)

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

4.2 EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología del delirium es el estudio de la frecuencia, distribución y factores de riesgo asociados con esta condición en poblaciones específicas. Aquí tienes una explicación detallada sobre la epidemiología del delirium:

Prevalencia: La prevalencia del delirium varía según la población y el entorno clínico. En general, se estima que el delirium afecta aproximadamente al 10-30% de los pacientes hospitalizados. Sin embargo, esta cifra puede ser mucho mayor en ciertos grupos de alto riesgo, como pacientes en unidades de cuidados intensivos, pacientes mayores o pacientes sometidos a cirugías mayores.

Es la complicación más frecuente en individuos mayores de 65 años, con una aparición repentina y fluctuante. A nivel comunitario, se estima que afecta alrededor del 14 % de las personas mayores de 85 años, mientras que en entornos hospitalarios, se calcula que anualmente impacta a aproximadamente 2.6 millones de individuos mayores de 65 años.



Las personas de edad avanzada: enfrentan un riesgo de mortalidad hasta cinco veces mayor en comparación con pacientes que no sufren de este síndrome. A nivel mundial, la tasa de mortalidad debido al delirium varía, situándose entre el 10% y el 65%. En entornos hospitalarios, esta tasa fluctúa entre el 22% y el 76%. (3)

Pacientes en unidades de cuidados intensivos: Las personas gravemente enfermas que se encuentran en unidades de cuidados intensivos tienen un mayor riesgo debido a la

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

severidad de su enfermedad y la utilización de medicamentos y procedimientos invasivos.

Pacientes quirúrgicos: Las cirugías, especialmente las extensas o invasivas, pueden desencadenar delirium debido al estrés físico y a los efectos de la anestesia.

Impacto en la salud:

El delirium está asociado con resultados negativos para la salud, incluida una mayor morbilidad y mortalidad. Los pacientes con delirium tienen un mayor riesgo de complicaciones médicas, estancias hospitalarias más largas y una recuperación más lenta. Además, el delirium puede aumentar el riesgo de desarrollar demencia a largo plazo.

Enfoque preventivo: Dada la alta prevalencia y el impacto en la salud, existe un enfoque creciente en la prevención del delirium en entornos clínicos. Los profesionales de la salud implementan estrategias para reducir los factores de riesgo, como la optimización de medicamentos y la promoción de ambientes hospitalarios que favorezcan el sueño y la orientación. (4)

La epidemiología del delirium en América Latina y en países específicos como Ecuador puede tener particularidades debido a factores socioeconómicos, culturales y de acceso a la atención médica. Aunque la disponibilidad de datos específicos puede variar, aquí hay una descripción general de la epidemiología del delirium en América Latina y Ecuador:

América Latina:

- La información sobre la epidemiología del delirium en América Latina puede ser limitada en comparación con regiones más desarrolladas. Sin embargo, varios factores influyen en la prevalencia y el impacto del delirium en esta región:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- Envejecimiento de la población: Al igual que en muchas partes del mundo, América Latina está experimentando un envejecimiento de la población, lo que puede aumentar la prevalencia del delirium, ya que los adultos mayores son más vulnerables.
- Acceso a la atención médica: En algunas áreas de América Latina, el acceso a la atención médica y a recursos médicos puede ser limitado, lo que podría afectar la identificación y el manejo adecuado del delirium.
- Cultural y lingüístico: Las diferencias culturales y lingüísticas pueden influir en la percepción y la presentación de los síntomas del delirium. Esto puede afectar la capacidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar adecuadamente la condición. (4)
- Recursos de investigación: La investigación sobre el delirium en América Latina puede ser menos extensa en comparación con otras regiones, lo que podría llevar a una comprensión incompleta de la prevalencia y los factores de riesgo.

4.3 Bibliografía

1. Anheim M. DELIRIUM (ESTADO CONFUSIONAL AGUDO). En: El Pequeño Libro Negro de la Neurología. 2020. p. 102.
2. Ramos FP. ATUALIZAÇÃO SOBRE DELIRIUM EM IDOSOS: REVISÃO DE LITERATURA. Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 2020;1(1).
3. Guerrero Gamboa L. Perfil Clínico y Epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de Delirium a su egreso posterior a internamiento en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontologia en el periodo de Junio 2017 hasta Junio 2019. 2020.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

4. Cruz Saldaña E. Incidencia de delirium en adultos mayores en urgencias del Hospital General de Zona No. 50 del IMSS, SLP. REPOSITORIO NACIONAL CONACYT. 2022.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

5.- FISIOPATOLOGIA

Consideraciones estructurales cerebrales y delirium

Las consideraciones estructurales cerebrales desempeñan un papel importante en el desarrollo y la manifestación del delirium.

Las alteraciones en la estructura cerebral, incluyendo la integridad de las vías neuronales y la relación entre diferentes regiones cerebrales, pueden influir en la susceptibilidad de una persona al delirium y en la forma en que se presentan sus síntomas. (1)

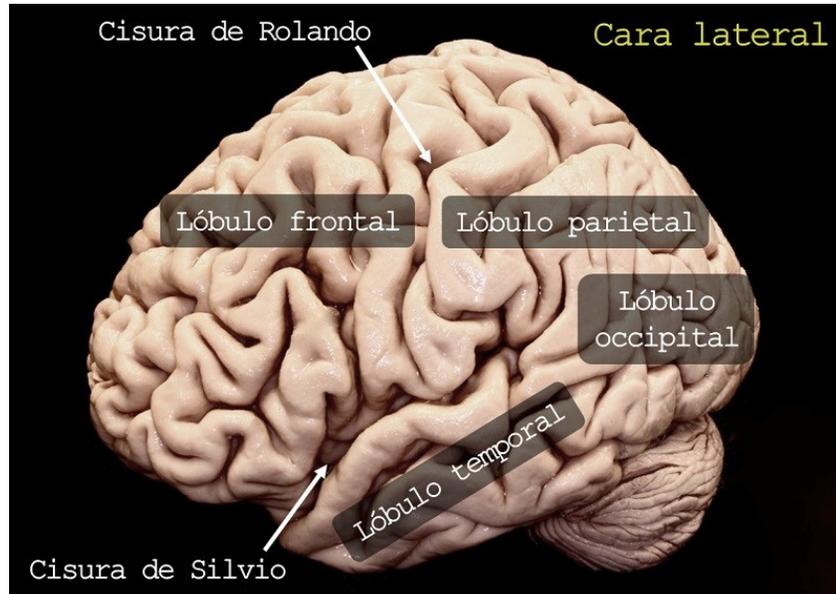
Es cierto que la patogenia y la anatomía exacta del delirium aún no están completamente definidas y comprendidas. Sin embargo, los estudios han proporcionado algunas indicaciones sobre las áreas del cerebro que podrían estar involucradas en la génesis de este síndrome.

Ubicación de los déficits en el cerebro:

El déficit de atención es uno de los síntomas cardinales del delirium. Los estudios sugieren que este déficit de atención y otros síntomas cognitivos y perceptuales pueden estar relacionados con disfunciones en varias áreas cerebrales, incluyendo:

- Tronco del encéfalo: Esta área está implicada en la regulación de la atención y la vigilia. Una disfunción aquí podría contribuir a la alteración en el estado de conciencia y la atención que se observa en el delirium. (1)
- Corteza prefrontal: Esta región es esencial para funciones ejecutivas como la planificación, la toma de decisiones y el control de la atención. Su disfunción podría explicar los problemas cognitivos y la dificultad para mantener la concentración en el delirium. (1,2)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM



- Lóbulos parietales: Estos lóbulos están involucrados en la integración sensorial, la orientación espacial y la percepción. Las lesiones parietales, especialmente en el lado derecho, han sido asociadas con síntomas de delirium.
- Las lesiones en áreas cerebrales clave, como el hipocampo (relacionado con la memoria) y la corteza prefrontal (relacionada con la toma de decisiones y el control cognitivo), pueden aumentar la vulnerabilidad al delirium.
- Tálamo dorsal medial: El tálamo es una región que actúa como centro de retransmisión de señales sensoriales y control de la atención. Lesiones en la región del tálamo dorsal medial se han vinculado con el delirium.
- Regiones corticales y subcorticales: Las alteraciones difusas en estas áreas pueden estar relacionadas con la amplia gama de síntomas y la alteración generalizada en la función cerebral que caracteriza al delirium. (1)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Integridad de las Vías Neuronales:

Las conexiones neuronales y las vías de comunicación entre diferentes regiones cerebrales son esenciales para la función cognitiva y la regulación del estado de alerta.

En individuos con delirium, los resultados de los electroencefalogramas (EEG) a menudo indican una ralentización simétrica, un hallazgo inespecífico que sugiere un posible deterioro cerebral generalizado. (2)

Redes Cerebrales y Coordinación:

El cerebro funciona como una red de regiones interconectadas que trabajan juntas para procesar información y regular funciones.

Las alteraciones en la coordinación entre diferentes redes cerebrales, como la red de modo predeterminado (relacionada con la introspección) y la red de control ejecutivo (relacionada con la atención y el control cognitivo), pueden contribuir a la confusión y la desconexión observadas en el delirium.

Disminución del Volumen Cerebral y Atrofia:

- La disminución del volumen cerebral, que puede ser resultado del envejecimiento normal o de enfermedades neurodegenerativas, puede afectar la reserva cognitiva y aumentar la vulnerabilidad al delirium.
- La atrofia de regiones cerebrales específicas, como el hipocampo, puede influir en la memoria y la orientación, lo que son áreas afectadas en el delirium. (1)
- Lesiones Vasculares y Microinfartos:
- Las lesiones cerebrales pequeñas y no detectadas, como microinfartos o áreas de daño vascular, pueden contribuir a la disfunción cerebral y aumentar el riesgo de delirium en personas mayores.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Interacción con Factores Ambientales y Médicos:

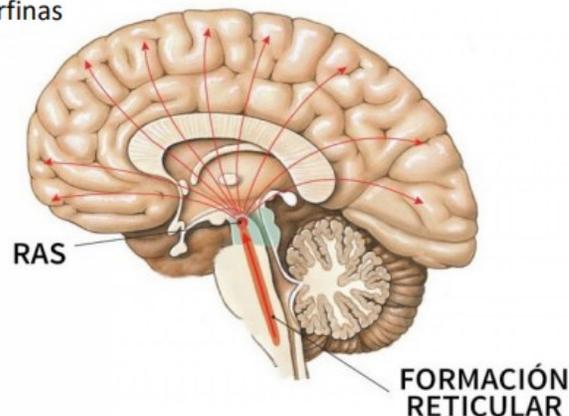
- Las alteraciones estructurales cerebrales pueden interactuar con factores médicos, como infecciones o procedimientos quirúrgicos, y factores ambientales, como el ruido y la privación de sueño, para desencadenar o exacerbar el delirium.

Hipótesis sobre disfunción Neuronal y Comunicación Alterada:

En el delirium, se observa una disfunción en la comunicación entre las células cerebrales, también conocidas como neuronas. Esto puede deberse a desequilibrios en los neurotransmisores, que son sustancias químicas que transmiten señales entre las neuronas. Los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos en particular, que son vitales para la regulación de la cognición, la atención y la memoria, se ven afectados en el delirium. Los desequilibrios en estos sistemas pueden llevar a la aparición de síntomas delirantes, como confusión y desorientación. (2)

Alteración neuroquímica difusa > anatómico

↓ ACETILCOLINA ↓ Serotonina ↓ Noradrenalina
↑ Dopamina ↑ Endorfinas



DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Los neurotransmisores acetilcolina y serotonina desempeñan roles fundamentales en la fisiopatología del delirium médico y quirúrgico. Estos neurotransmisores están involucrados en la regulación de varias funciones cerebrales, incluida la cognición, el estado de ánimo y la percepción. (2)

1. Acetilcolina:

La acetilcolina es un neurotransmisor que desempeña un papel crucial en la transmisión de señales en el sistema nervioso. En el delirium, se cree que un desequilibrio en la actividad de la acetilcolina puede contribuir a los síntomas cognitivos y de atención observados. Algunas teorías sugieren que una disminución en los niveles de acetilcolina puede estar relacionada con la presencia del delirium, ya que la acetilcolina está involucrada en la función cognitiva, la memoria y la atención.

2. Serotonina:

La serotonina es otro neurotransmisor clave que regula el estado de ánimo, la regulación del sueño y la cognición.

Los desequilibrios en los niveles de serotonina pueden afectar la función cerebral y están relacionados con los cambios en el estado de ánimo y la ansiedad. En el contexto del delirium, la alteración de la serotonina puede contribuir a la ansiedad y la agitación observadas en algunos pacientes.

La sobreactivación del sistema serotoninérgico da lugar al "síndrome de serotonina", caracterizado por síntomas como confusión, inquietud, temblores y sudoración. Este síndrome puede ocurrir cuando varios medicamentos con efectos serotoninérgicos se administran en combinación. (2,3)

Estos incluyen diversas combinaciones de L-triptófano, inhibidores de la monoaminoxidasa y fluoxetina, que es un inhibidor selectivo de la recaptación de

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

serotonina. Este fenómeno se atribuye a un aumento general en la transmisión de serotonina.

Se han detectado niveles elevados de ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con delirio, ya sea con o sin demencia o enfermedad cerebrovascular. (3)

Aunque estos hallazgos resultaron estadísticamente significativos en comparación con individuos sanos de control, no se ha determinado si estos cambios son específicos del delirio o si son una manifestación común de enfermedad cerebral.

En otro estudio, se observó que los niveles de 5HIAA estaban elevados en pacientes con delirio tremens y en aquellos con delirio inducido por clozapina, en comparación con sujetos de control sanos, alcohólicos asintomáticos y pacientes tratados con clozapina que no presentaban delirio. En este último estudio, los niveles elevados de 5HIAA volvieron a la normalidad cuando el delirio desapareció.

Por tanto, la hiperactivación de la serotonina, especialmente en el contexto de la intoxicación por medicamentos, parece estar relacionada con el delirio. No obstante, aún no se ha demostrado si este mecanismo desempeña un papel causal en los tipos más comunes de delirio, como el delirio asociado a enfermedades clínicas y el delirio después de cirugía.

Se ha propuesto que la deficiencia relativa de serotonina, debido a la reducción en la disponibilidad de triptófano asociada a la enfermedad, también podría ser un mecanismo del delirio.

3.El ácido gamma-aminobutírico (GABA)

Es el neurotransmisor principal que ejerce funciones inhibitorias en el sistema nervioso central. Aunque se ha asociado con el delirio en casos de encefalopatía hepática, las

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

pruebas disponibles sobre las anormalidades del GABA en relación con el delirio son limitadas. (2)

En el contexto de la encefalopatía hepática, se ha observado un aumento en la actividad GABAérgica hipotalámica, mediado por una sustancia similar a las benzodiazepinas, lo cual parece tener un papel central.

Los antibióticos de quinolona pueden activar el receptor GABA, especialmente cuando se administran en combinación con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, lo que puede dar lugar al desarrollo de delirio.

El delirio que resulta de la retirada de fármacos sedantes se relaciona con un aumento en la actividad del GABA, que normalmente se asocia con una mayor sensibilidad de los receptores GABA. Sin embargo, no se ha demostrado la relevancia de la función del GABA en el delirio de origen clínico y/o quirúrgico, a excepción de los casos de encefalopatía hepática.

4. Interacción con otros sistemas:

Además de su papel directo en la función cerebral, tanto la acetilcolina como la serotonina interactúan con otros sistemas en el cuerpo, como el sistema inmunológico y endocrino. Durante situaciones de estrés, como infecciones graves o cirugías, los cambios en la actividad de estos neurotransmisores pueden tener un impacto en la respuesta inflamatoria y en la regulación hormonal, lo que podría contribuir al desarrollo del delirium. (1)

La investigación sobre los roles de la acetilcolina y la serotonina en el delirium está en curso, y la comprensión exacta de cómo estos neurotransmisores contribuyen a la condición aún se está desarrollando. Sin embargo, es evidente que existen conexiones entre los desequilibrios en estos neurotransmisores y los síntomas cognitivos y emocionales asociados con el delirium. Los medicamentos que afectan la actividad de la

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

acetilcolina y la serotonina, como los anticolinérgicos y algunos antidepresivos, también pueden influir en la susceptibilidad al delirium en ciertos pacientes.

Hipótesis de cambios en la Barrera Hematoencefálica:

La barrera hematoencefálica, una capa de células que protege el cerebro al regular el paso de sustancias entre el torrente sanguíneo y el tejido cerebral, puede verse alterada en el delirium. Esto permite que ciertas sustancias inflamatorias y tóxicas ingresen al cerebro, lo que puede desencadenar una respuesta inflamatoria y afectar la función neuronal. Estos cambios pueden contribuir a la alteración cognitiva y al desarrollo del delirium.

Hipótesis sobre respuesta Inflamatoria y Citocinas:

La inflamación es un componente importante de la fisiopatología del delirium. Durante el delirium, se observa un aumento en la liberación de citocinas inflamatorias, que son proteínas involucradas en la respuesta inmunológica. Estas citocinas pueden cruzar la barrera hematoencefálica y afectar la función cerebral. La inflamación resultante puede desencadenar una cascada de eventos que alteran la regulación neuronal y contribuyen a la confusión y otros síntomas del delirium.

Hipótesis sobre estrés Oxidativo:

El estrés oxidativo, que resulta de un desequilibrio entre la producción de radicales libres y la capacidad del cuerpo para neutralizarlos, también se ha relacionado con el delirium. El estrés oxidativo puede dañar las membranas celulares y afectar la función neuronal. Además, puede influir en la respuesta inflamatoria y contribuir al desarrollo y la persistencia del delirium. (1)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Hipótesis Ritmo Circadiano:

Esta teoría plantea que la alteración del ritmo circadiano de 24 horas y la exposición intermitente a la luz natural pueden influir en la desorganización de la estructura fisiológica del sueño, lo que a su vez podría contribuir a la aparición del delirium. Existe evidencia que sugiere que la privación crónica de sueño actúa como un factor fisiológico estresante que conduce a una adaptación llamada alostasis, favoreciendo así la manifestación de problemas cognitivos y delirium. (3)

Esto posiblemente se deba a que la privación de sueño eleva los niveles de citocinas proinflamatorias, reduce la actividad del sistema nervioso parasimpático, aumenta la actividad del sistema nervioso simpático, eleva la presión arterial, incrementa los niveles nocturnos de cortisol y eleva los niveles de insulina y glucosa en sangre.

Además de lo mencionado, se debe considerar el papel de la melatonina. La melatonina, un derivado de la serotonina, se produce principalmente en la glándula pineal y regula los patrones de sueño y vigilia. Su liberación aumenta en respuesta a la oscuridad y disminuye en presencia de luz diurna.

Dado su papel en la regulación del sueño, la melatonina ha sido objeto de estudios para investigar su relación con ciertos aspectos del delirium. En efecto, se ha observado en adultos mayores hospitalizados que durante episodios de delirium hiperactivo, los niveles urinarios de 6-sulfatoximelatonina (un producto de la melatonina) son bajos, mientras que en pacientes con delirium hipoactivo, estos niveles están aumentados. (3)

Hipótesis Genética

La fisiopatología genética del delirium se refiere a cómo los factores genéticos pueden influir en los mecanismos subyacentes al desarrollo y la manifestación del delirium.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Aunque la genética no es el único factor en la fisiopatología del delirium, hay evidencia creciente de que las diferencias genéticas pueden contribuir a la susceptibilidad individual y a la respuesta ante los desencadenantes del delirium. (2)

Neurotransmisores y Receptores:

Los genes que codifican los neurotransmisores, los receptores de neurotransmisores y las enzimas que los regulan pueden tener variaciones genéticas que afectan la función cerebral. Por ejemplo, polimorfismos genéticos en los genes que controlan la producción y el transporte de neurotransmisores como la dopamina y la acetilcolina pueden influir en la comunicación neuronal. Estos cambios genéticos pueden predisponer a las personas a una mayor sensibilidad a los desequilibrios neurotransmisores asociados con el delirium.

Respuesta Inflamatoria y Genes Inmunológicos:

La respuesta inflamatoria es un componente clave en la fisiopatología del delirium. Polimorfismos genéticos en genes relacionados con la respuesta inmunológica y la producción de citocinas inflamatorias pueden influir en la magnitud y duración de la respuesta inflamatoria durante el delirium. Algunas variantes genéticas pueden hacer que algunas personas sean más propensas a desarrollar una respuesta inflamatoria exagerada en situaciones de estrés, lo que podría aumentar el riesgo de delirium. (2)

Sistema Nervioso Central y Plasticidad Neuronal:

Genes que regulan la plasticidad neuronal y la adaptación del sistema nervioso central también pueden tener un impacto en la fisiopatología del delirium. Variaciones genéticas en estos genes pueden influir en cómo el cerebro responde a desafíos ambientales y cambios metabólicos. Las diferencias genéticas pueden determinar la capacidad de recuperación del cerebro después de la alteración inducida por el delirium.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Metabolismo y Estrés Oxidativo:

Genes relacionados con el metabolismo y la respuesta al estrés oxidativo también pueden ser relevantes en la fisiopatología del delirium. Las variantes genéticas que afectan la capacidad del cuerpo para neutralizar los radicales libres y mantener el equilibrio oxidativo pueden influir en la vulnerabilidad al daño neuronal causado por el estrés oxidativo. Esto podría contribuir a la disfunción cerebral observada en el delirium.

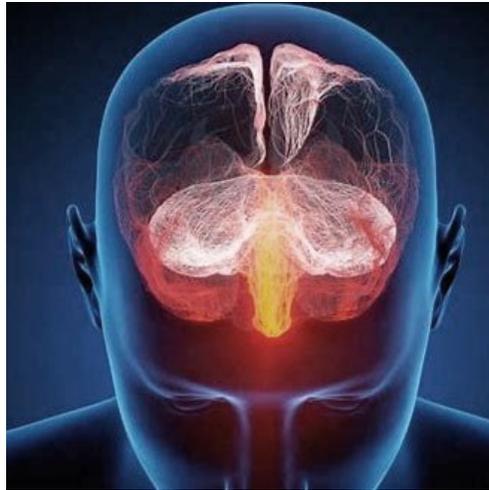
Predisposición a Enfermedades y Deterioro Cognitivo:

Las personas con predisposición genética a enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar delirium. Además, los genes que influyen en el deterioro cognitivo y en la función cerebral a lo largo del envejecimiento pueden interactuar con los factores fisiológicos para aumentar la vulnerabilidad al delirium en la población de edad avanzada. (2)

Hipótesis neuroendocrina:

Esta teoría propone que el delirium es una respuesta fisiológica al estrés agudo o crónico, mediada por un aumento significativo en los niveles de glucocorticoides (GC). Los glucocorticoides tienen diversas funciones en el sistema nervioso central (SNC), como regular la transcripción de genes, la señalización celular, la modulación de la estructura sináptica, la transmisión neuronal y la función de la glía. Dado el papel fundamental de los GC, es comprensible que cambios en sus niveles tengan consecuencias perjudiciales para el organismo.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM



La evidencia científica indica que la exposición repetida y prolongada al estrés, junto con niveles elevados de GC, puede afectar negativamente las funciones cerebrales debido al daño en el tejido cerebral.

Este daño se produce debido a una mayor vulnerabilidad neuronal, causada por la disminución de la capacidad de las neuronas para sobrevivir después de lesiones metabólicas.

En relación con el declive en la función neuronal, se cree que este es el resultado de una liberación excesiva de GC.

Esta liberación excesiva provoca varios efectos perjudiciales, como la inhibición del transporte de glucosa hacia el interior de las neuronas, el aumento de la migración de células proinflamatorias, la producción de citocinas y la actividad de factores de transcripción en el cerebro. Además, esta situación favorece la excitotoxicidad al movilizar iones de calcio y generar especies reactivas de oxígeno, lo que a su vez promueve la atrofia y la pérdida de espinas dendríticas (lo que disminuye la capacidad de neuroplasticidad).

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

La hipótesis también sostiene que la exposición excesiva a glucocorticoides aumenta la neurotoxicidad inducida por especies reactivas de oxígeno, agrava la toxicidad de otras sustancias neurotóxicas que interactúan con la vía de los GC y afecta negativamente la función de las proteínas del citoesqueleto, especialmente la proteína tau. Asimismo, se cree que influye en la inhibición de la potenciación a largo plazo entre neuronas, reduce la activación y proliferación de células gliales en el hipocampo, altera la expresión y señalización de neurotrofinas, en particular del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), y contribuye a la alteración en la neurogénesis. (2)

5.1 Bibliografía

1. Tobar E, Alvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020;31(1):28-35.
2. Jerez GO. Síndrome de Delirium Agitado. El transcurrir de un mal moderno. *Gaceta internacional de ciencias forenses*. 2019;33:7-35.
3. Veiga Fernández F, Cruz Jentoft AJ. Etiología y fisiopatología del delirium. *Rev Esp Geriatr Gerontol (Ed Impr)*. 2008;43(1):4-12.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

6.- CLINICA, FORMAS CLINICAS, CASO CLINICO

6.1 Clínica

Signos:

Los signos son observables por un observador externo y pueden incluir:

- Agitación: Inquietud, actividad motora excesiva e inquietud.
- Letargo: Somnolencia extrema, dificultad para mantenerse despierto y respuesta lenta.
- Desorientación: Confusión en relación al tiempo, lugar o identidad propia.
- Alteraciones en la atención: Dificultad para enfocarse en una tarea o responder a estímulos externos.
- Fluctuaciones: Los síntomas pueden variar a lo largo del día o en momentos de mayor o menor agitación.

Síntomas:

Los síntomas son las experiencias subjetivas que la persona experimenta y puede incluir:

- Alteraciones perceptuales: Alucinaciones (ver, oír o sentir cosas que no están presentes) y/o ilusiones (interpretación errónea de estímulos reales).
- Desorganización del pensamiento: Discurso incoherente, dificultad para seguir una conversación lógica.
- Ansiedad o miedo: Sensación de nerviosismo, temor inexplicado o preocupación intensa.
- Cambios en el estado de ánimo: Oscilaciones bruscas en el estado emocional, incluyendo irritabilidad o euforia.

Características clínicas:

El delirium puede manifestarse con una serie de características adicionales:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- **Rápido inicio:** Los síntomas aparecen en un corto período de tiempo, a menudo en horas o días.
- **Curso fluctuante:** Los síntomas pueden variar en intensidad a lo largo del día y pueden ser más pronunciados por la noche (síndrome del sol poniente).
- **Deterioro de la conciencia:** La persona puede estar confundida acerca de su entorno y situación actual.
- **Inatención:** Dificultad para concentrarse o mantener el enfoque.
- **Cambios en el ciclo de sueño:** Patrones de sueño alterados, como insomnio o somnolencia excesiva.
- **Causas subyacentes:** El delirium puede ser causado por diversas razones, como infecciones, desequilibrios metabólicos, medicamentos, cirugía u otras enfermedades médicas.

6.2 Formas Clínicas de Delirium

Esta patología se caracteriza por presentar cuadro clínico fluctuante (los periodos de lucidez y confusión se ven intercalados), de instauración brusca y aguda (horas o días).

Las principales manifestaciones de esta patología son:

1. **Alteración de la atención:** los pacientes presentan una disminución en la capacidad de dirigir, desviar, centrar y mantener la atención.
2. **Desorden cognitivo adicional:** los desórdenes más prevalentes son el déficit de memoria, alteraciones del lenguaje y un marcado descenso en la orientación del entorno.
3. **Agravamiento nocturno:** es sumamente frecuente que durante las noches estos pacientes manifiesten cuadros de agitación, desorientación, ansiedad, e incluso que manifiesten una inversión en el ciclo sueño/vigilia, manifestando así una marcada hipersomnia diurna.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

El delirium generalmente es un síndrome multifactorial. Así, en el paciente hospitalizado se da la concurrencia de factores predisponentes y factores precipitantes:

<p>Factores predisponentes</p> <p>Características demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad 65 años o más. - Varón <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tto. con múltiples psicotropos - Polimedicación (anticolinérgicos, antiarrítmicos, analgésicos) - Abuso de alcohol <p>Estado cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia - Deterioro cognitivo <p>Historia previa de delirium</p> <p>Trastornos del ánimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad <p>Comorbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades graves - Pluripatología - Enf. crónica renal ó hepática - ACV previos - Enfermedades neurológicas - Trastorno metabólico - Fractura o trauma - Enfermedad terminal - VIH positivo <p>Estado funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit funcional, dependencia - Síndrome de inmovilidad - Historia de caídas 	<p>Factores desencadenantes</p> <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiacepinas - Anticolinérgicos - Anticonvulsionantes - L-dopa - Antagonistas H2 - Analgésicos, AINEs - Polimedicación - Deprivación de drogas, fármacos o alcohol. <p>Enfermedades neurológicas primarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACV - Hemorragia intracraneal - Meningitis o encefalitis <p>Patología intercurrente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones - Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico - Enfermedades agudas severas - Fiebre - Hipoxia - Dolor - Desnutrición - Alteraciones metabólicas - Cirugía <p>Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso en UCI - Restricciones físicas - Sonda vesical - Múltiples procedimientos - Estrés emocional <p>Trastornos del sueño</p>
---	--

6.3 Caso clínico

Paciente que es llevado a urgencias del hospital por presentar hace dos días fiebre, náuseas y vómitos, convulsiones y agitación psicomotriz, no aportando en un principio mayores datos. Anamnesis: varón de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas, viudo y tiene una hija pero no mantiene un buen rol familiar. Únicamente mantiene relaciones sociales con una vecina que le realiza la compra y lo visita de vez en cuando.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

El paciente está consciente, aunque desorientado en tiempo y espacio, presentando disartria, confusión, inquietud y cierto grado de irritabilidad. Presenta un Glasgow de 12/15

Al paciente se le realiza pruebas de laboratorio complementarias, encontrándose los siguientes resultados:

creatinina (294 mmol/l) y del BUN (16,4 mmol/l), **hiperpotasemia (5,03 mmol/l)**, glucosa en **sangre (7,64 mmol/l)** y disminución del hematocrito (34%). Transcurridas 6 horas, en el control de diuresis se detecta oliguria. Se realiza toma de constantes, manteniéndose ligeramente hipertenso (TA: 160/90 mmHg), Fc: 88 por minuto y con febrícula (temperatura: 37,6° C). Se muestra más coherente en su discurso, orientándose en tiempo, espacio y persona.

Disminuye la inquietud e irritabilidad. Se decide su ingreso en planta para estudio y valoración del caso.

A su llegada a planta se decide contactar con su hija, quien (pese a indicar que no tiene actualmente ningún tipo de relación con su padre) facilita una información adicional que ayuda en gran medida a orientar el diagnóstico. Al parecer es una persona **diagnosticada de insuficiencia renal crónica y desde hace 15 años, de diabetes mellitus tipo II** pero que siempre se ha negado a seguir las indicaciones y la educación sanitaria que se le ha realizado al respecto (por tanto, ha rechazado cualquier tipo de tratamiento). Asimismo, nos informa que es fumador de 2 paquetes diarios de tabaco y consumidor habitual y abusivo de alcohol, **que el cuadro actual es propio de un delirium por abstinencia alcohólica (y no por un empeoramiento de la patología renal detectada)**. Todo ello agravado por ser diabético y actualmente presentar sintomatología asociada a una hipoglucemia secundaria a la abstinencia alcohólica. Tras una interconsulta con el departamento de psiquiatría, se inicia tratamiento antipsicótico (haloperidol) y ansiolítico (diazepam), hidrocloreuro de tiamina y disulfiram como fármacos de elección para tratar la sintomatología propia de la abstinencia alcohólica.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Se diagnostica el caso como una IRC asociada a una neuropatía diabética, agravada su sintomatología por presentar un episodio de delirium por abstinencia alcohólica. Para controlar la descompensación diabética se instaura la pauta prescrita de sueros (1.000 ml de suero fisiológico y 1.000 ml de suero glucosado al 5%) e insulina de acción rápida. Asimismo, se instaura tratamiento diurético (furosemida) con la finalidad de disminuir la hiperpotasemia, la TA, y los edemas que presenta.

Pasado un período de 72 h, el paciente permanece tranquilo y colaborador, consciente y orientado en las tres esferas, habiendo normalizado el cuadro de agitación e hipoglucémico. Por otro lado, comienza a mejorar la excreción urinaria, elevándose el volumen diurético, normalizando el balance hídrico, aunque la función renal permanece alterada (BUN y creatinina continúan con valores anómalos) y el paciente se muestra reacio a seguir las recomendaciones dietéticas propias para la IRC y diabetes.

6.4 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003
2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af214h.pdf>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-delirium-version-espanol-del-dsm-5-S1888989115001019>
4. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-de-paciente-que-sufre-delirium/#google_vignette

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

7.- DIAGNOSTICO, CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico

El delirium se caracteriza por una alteración aguda o subaguda de la conciencia, atención y el deterioro en otros dominios de la función cognitiva.

Una de las características principales, es la tendencia del cuadro a la fluctuación a lo largo del día, oscilando desde un fallo mínimo hasta la dificultad de ser activado y al estupor. El trastorno suele agravarse por la noche y primeras horas de la mañana y a veces sólo se presenta por la noche. La presentación nocturna puede explicarse por la menor estimulación sensorial.

En principio suele ser reversible, de corta duración, y suele acompañarse de manifestaciones asociadas a alteraciones del ciclo vigilia-sueño, del comportamiento psicomotor y de las emociones.

El diagnóstico del delirium es básicamente clínico y se hace a la cabecera de la cama del paciente. Los criterios clínicos más utilizados son los del **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV-TR)** y la herramienta diagnóstica más frecuente es el **Confusion Assessment Method (CAM)**.

Los **criterios DSM-V**, incluyen los siguientes ítems:

1. Se pueden observar alteraciones de la atención como la capacidad de dirigir, centrar, mantener o desviar la atención; así como alteraciones de la conciencia.
2. Las alteraciones aparecen en poco tiempo (horas o días). Representan cambios respecto a la atención y la conciencia y su gravedad tiene a cambiar a lo largo del día.
3. Presencia de una alteración cognitiva adicional como un déficit de memoria, orientación, lenguaje, capacidad visoespacial o de la percepción.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

4. Las alteraciones de los criterios 1 y 3 no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducida, como sería el coma.
5. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos que indican 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.

La **Escala CAM**, incluye lo siguiente:

<i>ESCALA- CAM (Confusion Assessment Method)</i>
1. Inicio agudo y curso fluctuante ¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente? ¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?
2. Desatención ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de que estaba hablando)
3. Pensamiento desorganizado ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?
4. Alteración del nivel de conciencia ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente? 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales) 3. Letárgico (inhibido, somnoliento) 4. Estuporoso (es difícil despertar)
Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos

Por otro lado, el **cie-10** contempla **6** características

1. Obnubilación de la conciencia, con reducida capacidad para mantener, sostener o cambiar la atención.
2. Alteración de la cognición:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- 2.1. Deterioro de la memoria inmediata y reciente, con memoria remota intacta.
- 2.2. Desorientación en tiempo, espacio o persona.
3. Al menos una de las siguientes alteraciones psicomotrices
 - 3.1 Cambios rápidos e impredecibles de hipoactividad a hiperactividad.
 - 3.2 Tiempo de reacción incrementado.
 - 3.3 Fluidez del habla incrementada o disminuida.
 - 3.4 Acentuación de las reacciones de sobresalto.
4. Alteraciones del sueño o del ciclo sueño-vigilia, manifestado en alguno de los siguientes:
 - 4.1 Insomnio con o sin somnolencia diurna, o inversión del ciclo sueño-vigilia.
 - 4.2 Empeoramiento de la sintomatología en las noches.
 - 4.3 Sueños desagradables o pesadillas, que pueden continuar tras el despertar.
5. Inicio rápido y fluctuaciones de la sintomatología en el curso del día.
6. Evidencia objetiva de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente (diferente a relacionadas con sustancias psicoactivas) que pueden asumirse como responsables de las manifestaciones clínicas de 1 a 4.

Una vez diagnosticado clínicamente el delirium, se debe iniciar un estudio reglado de las causas con el fin de establecer un adecuado tratamiento, bien etiológico o meramente sintomático.

}

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Estudio Diagnóstico del Delirium:

<p>Evaluación clínica: Anamnesis dirigida (atención especial a los fármacos) Exploración física completa (descartando impactación fecal y retención de orina) Exploración cognitiva (incluida CAM)</p> <p>Pruebas complementarias: Análisis estándar: - Hemograma - Coagulación - Bioquímica sanguínea (incluidos electrolitos, función renal y hepática) - Pruebas función tiroidea - Sedimento y cultivo de orina - Análisis toxicológico de sangre y orina - Anticuerpos frente al VIH - Serología de sífilis - ECG - EEG - Saturación de oxígeno (pulsioxímetro) - Rx tórax</p> <p>Análisis adicionales según indicación - TAC o RM cerebral - Punción lumbar y análisis del LCR - Cultivos de sangre, orina y LCR - Concentraciones de B12 y ácido fólico</p>
--

Diagnóstico diferencial

El delirium es confundido frecuentemente con la demencia, seguido por psicosis y depresión, sin embargo dichas patologías se pueden diferenciar por su cuadro clínico. **El delirium el inicio es súbito**, con un curso fluctuante, caracterizado por presentar un pensamiento desorganizado, afeción en la conciencia, atención, memoria (reciente, remota y de registro) e incluso manifestar temblores y alucinaciones visuales.

Por otro lado, en la **demencia**, el inicio es insidioso, con un curso estable, y se caracteriza por alteraciones en la memoria (reciente y remota), además de pensamiento limitante; mientras que en un cuadro **psicótico** existe un inicio agudo pero estable, en el que típicamente se presentan alucinaciones, hiperactividad y un pensamiento alterado.

Y por último, en la **depresión**, el inicio es subagudo, estable, con la atención ligeramente alterada, una marcada hipoactividad, ideas suicidas y anhedonia.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Características	Delirium	Demencia
Inicio	Súbito	Insidioso
Curso	Fluctuante	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal
Atención	Globalmente alterada	Normal, salvo casos graves
Cognición	Globalmente alterada	Deteriorada globalmente
Alucinaciones	Comunes, generalmente visuales	A menudo ausentes
Actividad psicomotora	Variable, incrementada, reducida o cambiante de forma impredecible	A menudo normal
Pensamiento	Desorganizado	Empobrecido
Movimientos involuntarios	Asterixis o temblor	A menudo ausente

Otros diagnósticos diferenciales tenemos

Trastornos de estrés agudo. El delirium asociado a la ansiedad, temor o síntomas disociativos, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo.

Simulación o trastorno facticio. El delirium puede diferenciarse de estos trastornos en base a la aparición “con frecuencia atípica” que se presenta en la simulación y el trastorno facticio, y la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.

7.2 Bibliografía

1. PEÑALVER, J. Gómez; GARCÍA-CAMBA, Eduardo. Revisión del diagnóstico y actualización en el manejo del delirium. *Psicosomática y psiquiatría*, 2017, no
2. Gaviria, Laura Marcela Velásquez. "Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión." *Medicina UPB* 35.2 (2016): 100-110.
3. <https://www.psicoadactiva.com/blog/delirium-criterios-diagnosticos/>

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

8.- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO Y FARMACOLOGICO, MANEJO EN EMERGENCIA



8.1 NO FARMACOLOGICO

El tratamiento no farmacológico del delirium es esencial para abordar esta condición de manera integral y minimizar sus efectos en la función cognitiva y la calidad de vida de los pacientes. (1)

1. Ambiente y Orientación:

Proporcionar un ambiente tranquilo y familiar para reducir el estrés.

Mantener una iluminación adecuada y regular el ciclo de sueño-vigilia para promover un sueño saludable. (1)

Utilizar relojes y calendarios visibles para ayudar a los pacientes a mantenerse orientados en el tiempo y el lugar.

2. Comunicación:

Hablar con calma y de manera clara, manteniendo un tono de voz suave.

Proporcionar información simple y repetir las instrucciones cuando sea necesario.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Involucrar a los familiares o cuidadores para proporcionar apoyo emocional y ayudar a la orientación del paciente. (1)

3. Movilización y Actividad:

Fomentar la movilización temprana y la actividad física moderada.

Proporcionar ejercicios suaves y actividades cognitivas para estimular la mente y el cuerpo.

Evitar la inmovilidad prolongada, ya que puede contribuir al desarrollo del delirium.

4. Nutrición e Hidratación: (2)

Asegurarse de que los pacientes reciban una alimentación adecuada y suficiente.

Monitorear la hidratación y garantizar que los pacientes estén bien hidratados.

Evitar el exceso de cafeína y azúcar, ya que pueden empeorar los síntomas del delirium.

5. Reducción de Factores de Riesgo:

Evaluar y corregir los factores de riesgo subyacentes, como desequilibrios electrolíticos o infecciones.

Revisar la medicación para identificar y reducir el uso de medicamentos que puedan contribuir al delirium.

6. Participación Familiar:

Involucrar a la familia y a los cuidadores en el cuidado del paciente.

Proporcionar educación sobre el delirium y cómo apoyar al paciente durante su recuperación.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

En un ensayo piloto controlado aleatorizado llevado a cabo por Munro C. y colaboradores, se implementó una intervención mediante grabaciones de familiares dirigidas a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

A los pacientes se les proporcionaron grabaciones durante el día, con el objetivo de ayudarles a tener una mejor percepción del tiempo y del entorno, y así poder diferenciar entre el día y la noche. Esto se hizo con la intención de mejorar la orientación automatizada de los pacientes y permitirles escuchar las voces familiares durante su estancia en el hospital. (2)

Los resultados obtenidos en este estudio indicaron que el grupo de pacientes que recibió las grabaciones familiares presentó un mayor número de días sin delirium en comparación con el grupo que no tuvo acceso a estas grabaciones. En otras palabras, la intervención de proporcionar grabaciones de familiares ayudó a reducir la incidencia de delirium en los pacientes ingresados en la UCI.

Esto sugiere que la familiaridad con las voces y las interacciones familiares puede tener un impacto positivo en la orientación y el bienestar de los pacientes, contribuyendo así a prevenir el delirium.

7. Terapia de Estimulación Cognitiva:

Ofrecer actividades cognitivas como rompecabezas, juegos de memoria y conversaciones estimulantes.

Estas actividades pueden ayudar a mantener la mente activa y reducir la confusión.

8. Musicoterapia y Terapia de Arte:

La música y el arte pueden proporcionar una salida creativa y emocional para los pacientes. (3)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Estas terapias pueden ayudar a reducir el estrés y la ansiedad asociados con el delirium.

Un enfoque para prevenir el delirium consiste en la utilización de musicoterapia. En un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo en la Unidad de Traumatología Intensiva y Traumatología Ortopédica, se eligieron pacientes de manera aleatoria para participar. Durante el transcurso del día, se les proporcionaba una sesión de 60 minutos de música tranquila, con ritmos repetitivos y tonos bajos. (3)

Los resultados obtenidos a través de esta técnica fueron positivos en términos de prevención del delirium. Esto se atribuye a la influencia positiva que la música tiene sobre los mecanismos fisiopatológicos de los neurotransmisores.

McCaffrey y colaboradores han observado que la musicoterapia disminuye comportamientos agresivos en pacientes de residencias para adultos. En este estudio, la técnica se implementó utilizando reproductores personales de discos compactos. Estos dispositivos reproducían música durante una hora, en tres ocasiones a lo largo del día. Como resultado de esta intervención, los pacientes que recibieron musicoterapia experimentaron una reducción en la incidencia de episodios de delirium en comparación con el grupo de control. (3)

9. Prevención de Complicaciones:

Evitar restricciones físicas innecesarias, como sujeciones, que pueden aumentar la agitación y la ansiedad.

Prevenir úlceras por presión y otros riesgos asociados con la inmovilidad.

El enfoque no farmacológico del delirium es parte integral de su manejo, especialmente en combinación con tratamientos médicos y farmacológicos si es necesario. La individualización de las estrategias y la colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeras, terapeutas y familiares son esenciales para proporcionar el mejor cuidado posible a los pacientes con delirium.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

10. Educación del Personal Médico y de Enfermería:

Capacitar al personal médico y de enfermería para identificar y manejar adecuadamente el delirium. (1)

Promover la conciencia sobre la importancia de la prevención y el manejo temprano del delirium.

11. Evaluación Multidimensional:

Realizar una evaluación integral del paciente que incluya factores médicos, psicológicos, sociales y funcionales.

Identificar los factores de riesgo subyacentes y las causas potenciales del delirium.

12. Apoyo Emocional y Psicosocial:

Proporcionar apoyo emocional y psicosocial para reducir la ansiedad, el miedo y la confusión. (1,2)

Crear un entorno seguro y comprensivo donde los pacientes se sientan apoyados.

13. Estimulación Sensorial Adecuada:

Proporcionar estimulación sensorial adecuada a través de la música suave, la aromaterapia y la relajación.

Evitar sobrecargar al paciente con demasiados estímulos que puedan aumentar la agitación.

14. Establecimiento de Rutinas:

Mantener una rutina diaria predecible y consistente para proporcionar una sensación de seguridad y estabilidad.

Programar las actividades, las comidas y el tiempo de descanso de manera coherente.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

15. Evaluación Regular y Seguimiento:

Monitorear continuamente la condición del paciente y evaluar la respuesta a las estrategias no farmacológicas. Realizar ajustes según sea necesario para mejorar el manejo del delirium.

S presentan algunas estrategias multicomponentes estudiadas y/o Implementadas en el continente americano:

Programa de Vida del Hospital para Personas Mayores:

Un enfoque multidisciplinario no farmacológico implementado en América para la prevención del delirium en personas mayores es el Programa de Vida del Hospital para Personas Mayores (HELP), desarrollado por Inouye y colaboradores.

Este programa se centró en abordar seis factores de riesgo, mediante la aplicación de diversas estrategias: reorientación y actividades terapéuticas para prevenir el deterioro cognitivo, movilización temprana para evitar la pérdida de condición física, corrección rápida de la depleción de líquidos para prevenir problemas de hidratación y nutrición, reducción de medicamentos psicoactivos a través de enfoques farmacológicos, mejoras en el sueño y el uso de dispositivos como anteojos y audífonos para corregir déficits sensoriales y mejorar la comunicación con el paciente. Para evaluar los resultados, se utilizaron instrumentos como el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), la Prueba de Alcance de Dígitos (Digit Span Test), el CAM y la Escala de Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria de Katz, entre otros. (2,3)

Las intervenciones aplicadas demostraron reducir de manera significativa la incidencia de delirium, el número total de días con delirium, así como el uso y los costos de los servicios hospitalarios.

Además, se observó una disminución en el deterioro cognitivo posterior al delirium.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Dado el éxito de HELP en la prevención del delirium en adultos mayores hospitalizados, este programa se ha implementado en más de 200 países alrededor del mundo. En un estudio observacional transversal realizado en 2006, se documentó la implementación del programa en 13 hospitales de Estados Unidos y Canadá. A pesar de algunas adaptaciones realizadas, como ampliar los criterios de edad y modificar herramientas de evaluación, se mantuvo una alta fidelidad al modelo original. Estas adaptaciones se debieron principalmente a limitaciones de personal para llevar a cabo todas las intervenciones. Además de los beneficios para los pacientes, la implementación de HELP también tuvo efectos positivos en el personal de salud, los hospitales y los familiares de los pacientes.

Los hospitales que implementaron el programa se convirtieron en sitios educativos y de capacitación para diversos profesionales de la salud, reduciendo el estrés y la carga de trabajo del personal de enfermería, mejorando la satisfacción de pacientes y familias, y aumentando la rentabilidad de la atención médica al reducir la incidencia de delirium y la duración de las estancias hospitalarias. (3)

Terapia ocupacional temprana

Otra estrategia multidisciplinaria no farmacológica para la prevención del delirium es la terapia ocupacional temprana propuesta por Álvarez y su equipo.

Este enfoque se basó en la adición temprana de terapia ocupacional para manejar el delirium en pacientes mayores en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El estudio incluyó a 140 pacientes, asignados al azar en dos grupos: uno recibió la prevención farmacológica estándar y el otro además recibió terapia ocupacional.

La prevención farmacológica estándar consistió en actividades de orientación, movilización temprana, corrección de déficits sensoriales, manejo del entorno, protocolo de sueño y evitación de medicamentos que pueden causar delirium.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

La terapia ocupacional incluyó estimulación polisensorial para aumentar la alerta, posicionamiento para prevenir complicaciones físicas, estimulación cognitiva, actividades de la vida diaria, estimulación motora y participación familiar.

Los resultados del estudio indicaron que el grupo que recibió terapia ocupacional junto con la prevención farmacológica tuvo una disminución significativa en la incidencia de delirium en comparación con el grupo que solo recibió la prevención farmacológica. Además, el grupo de terapia ocupacional mostró una mayor independencia funcional y cognitiva al momento del alta y experimentó menos horas de delirium en comparación con el grupo de control. (3)

8.2 FARMACOLOGICO

El tratamiento farmacológico del delirium se enfoca en aliviar los síntomas agudos y mejorar la función cognitiva y emocional del paciente. Es importante señalar que el tratamiento farmacológico generalmente se considera cuando los síntomas son graves, ponen en peligro la seguridad del paciente o afectan significativamente su bienestar. (4)



1. Antipsicóticos:

Los antipsicóticos atípicos, como la quetiapina, el olanzapina y el risperidona, a menudo se utilizan para controlar la agitación, la agresión y los síntomas psicóticos asociados con el delirium.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Estos medicamentos pueden ser particularmente útiles en casos de delirium hiperactivo, donde los pacientes experimentan agitación, agresión, alucinaciones o delirios.

Perero deben administrarse con precaución debido a posibles efectos secundarios, como sedación, hipotensión y riesgo de eventos cardiovasculares. (4)

Mecanismo de Acción:

Los antipsicóticos afectan a varios neurotransmisores en el cerebro, incluidos la dopamina y la serotonina.

Su efecto calmante y sedante puede ayudar a reducir la agitación y la ansiedad asociadas con el delirium.

Consideraciones Importantes:

El uso de antipsicóticos en el delirium debe ser evaluado cuidadosamente por un médico. Se deben sopesar los beneficios potenciales contra los riesgos, como efectos secundarios y complicaciones.

Los antipsicóticos tienen efectos secundarios, como sedación, hipotensión, aumento del riesgo cardiovascular y riesgo de síndrome neuroléptico maligno (una reacción potencialmente grave a los antipsicóticos).

Dosis y Duración:

En el caso de usar antipsicóticos, las dosis suelen ser más bajas que las utilizadas en el tratamiento de trastornos psicóticos.

La duración del tratamiento con antipsicóticos en el delirium es generalmente breve y se limita al período de agitación aguda. Una vez que los síntomas disminuyen, se busca reducir o suspender gradualmente la medicación. (4,5)

Evaluación y Monitoreo:

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

El médico debe evaluar regularmente la respuesta del paciente al tratamiento y ajustar la dosis según sea necesario.

El monitoreo de efectos secundarios y complicaciones es esencial, especialmente en pacientes ancianos o con condiciones médicas preexistentes.

Benzodiazepinas:

La relación entre las benzodiazepinas y el delirium es compleja y merece atención debido a los posibles efectos adversos de estas medicaciones en pacientes susceptibles. Las benzodiazepinas son una clase de medicamentos que actúan como tranquilizantes y ansiolíticos, y se utilizan para tratar la ansiedad, el insomnio y otros trastornos relacionados. Sin embargo, en el contexto del delirium, hay consideraciones importantes a tener en cuenta: (5)

1. Riesgo de Agudización del Delirium:

Las benzodiazepinas pueden tener efectos sedantes y afectar la cognición y la claridad mental, lo que podría empeorar los síntomas del delirium.

En algunos pacientes, especialmente en aquellos con predisposición a la confusión o en adultos mayores, las benzodiazepinas pueden aumentar la confusión y la desorientación, agravando los síntomas del delirium. (5)

2. Mayor Riesgo en Poblaciones Vulnerables:

Los pacientes ancianos y aquellos con condiciones médicas subyacentes pueden ser particularmente susceptibles a los efectos secundarios de las benzodiazepinas.

La edad avanzada, la polifarmacia y la disminución de la función renal pueden aumentar el riesgo de acumulación de la medicación en el cuerpo, lo que podría aumentar la sedación y los efectos cognitivos.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

3. Uso en el Manejo de la Agitación:

En algunos casos, las benzodiazepinas se pueden utilizar para controlar la agitación y la ansiedad extrema en pacientes con delirium.

Sin embargo, su uso debe ser considerado con precaución, y se deben evaluar los riesgos frente a los beneficios.

4. Retiro de Benzodiazepinas:

La interrupción repentina de las benzodiazepinas en pacientes que las han estado tomando durante un período prolongado puede llevar a síntomas de abstinencia, que pueden incluir agitación, ansiedad y confusión. (5)

En pacientes vulnerables, como aquellos con delirium, el retiro brusco de las benzodiazepinas puede desencadenar o empeorar los síntomas del delirium.

3. Fármacos Anticolinérgicos:

La relación entre los medicamentos anticolinérgicos y el delirium es importante debido a la capacidad de estos fármacos para afectar la función cognitiva y aumentar el riesgo de desarrollar o empeorar los síntomas del delirium. Los medicamentos anticolinérgicos bloquean la acción del neurotransmisor acetilcolina en el sistema nervioso central y periférico, lo que puede tener implicaciones en la función cerebral y en la cognición. Aquí tienes información sobre la relación entre los anticolinérgicos y el delirium: (6)

1. Efectos sobre la Cognición:

Los anticolinérgicos pueden tener efectos negativos en la función cognitiva, incluyendo la memoria, la atención y la concentración.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Dado que el delirium ya implica una disfunción cognitiva aguda, el uso de medicamentos anticolinérgicos puede exacerbar o desencadenar los síntomas del delirium.

2. Riesgo en Pacientes Vulnerables:

Los pacientes ancianos y aquellos con enfermedades preexistentes tienen un mayor riesgo de desarrollar delirium al tomar anticolinérgicos debido a la disminución de la reserva cognitiva y otros factores de riesgo.

Los pacientes con demencia subyacente también son más susceptibles a los efectos cognitivos de los anticolinérgicos. (6)

3. Medicamentos Anticolinérgicos Comunes:

Los anticolinérgicos se encuentran en muchos medicamentos de uso común, incluyendo algunos antihistamínicos, medicamentos para la vejiga, algunos antidepresivos tricíclicos, ciertos antipsicóticos y medicamentos para el mareo y los trastornos del movimiento.

Es importante tener en cuenta que muchos medicamentos de venta libre también contienen anticolinérgicos.

4. Evaluación y Consideraciones:

Antes de iniciar cualquier medicación, especialmente en pacientes en riesgo de delirium, los profesionales de la salud deben evaluar el riesgo de anticolinergia y considerar alternativas con menos efectos cognitivos adversos.

En casos donde los anticolinérgicos son necesarios, la dosis debe ser lo más baja posible para lograr el efecto deseado. (5,6)

5. Retiro o Ajuste de Medicación:

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

En pacientes con delirium, evaluar la lista de medicamentos y considerar la posibilidad de retirar o reducir los anticolinérgicos cuando sea posible.

Cualquier cambio en la medicación debe ser realizado bajo la supervisión de un médico, especialmente si se trata de medicamentos recetados para condiciones médicas subyacentes.

En los Estados Unidos, un estudio realizado por Liptzin B y colaboradores llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en el Centro Médico Baysate, ubicado en Springfield, Massachusetts. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos beneficiosos del donepezilo en comparación con un placebo en la prevención y tratamiento del delirio postoperatorio en una población de personas mayores sin demencia que se sometieron a cirugía electiva de reemplazo total de articulaciones. El grupo de estudio consistió en 80 pacientes mayores de 50 años programados para una artroplastia total de rodilla o cadera. (6)

Cada paciente fue evaluado antes de la cirugía y se les administró donepezilo o placebo durante 14 días antes y después del procedimiento quirúrgico. El diagnóstico de delirio se basó en los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV). Los resultados del estudio revelaron que el 18.8% de los pacientes presentaron delirio en el primer día después de la cirugía, siendo de corta duración en ese caso. Además, se informó que el 68.8% de los pacientes experimentaron un tipo de delirio llamado "subsindrómico" en el primer día postoperatorio, el cual duró dos días o menos. En ambos escenarios, no se observaron diferencias significativas en términos de ocurrencia o duración del delirio entre los grupos que recibieron donepezilo y placebo. (6,7)

Es importante destacar que el uso del donepezilo no demostró una ventaja significativa sobre el placebo en la prevención o manejo del delirio en esta población específica de pacientes sometidos a cirugía de reemplazo total de articulaciones.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

4. Sedantes, antipsicóticos e Hipnóticos:

Los sedantes y hipnóticos pueden utilizarse para promover el sueño y la relajación, lo que puede ayudar a controlar la agitación y mejorar el descanso del paciente.

Se deben utilizar con precaución y bajo supervisión médica para evitar efectos secundarios no deseados.

En un estudio realizado en México en 2017 por Ruiz D. y colaboradores, se investigó la eficacia de la profilaxis con haloperidol en comparación con placebo para prevenir el delirium en pacientes con alto riesgo de desarrollarlo. (6,7)

En el grupo experimental, se administraron medidas no farmacológicas junto con haloperidol profiláctico, mientras que en el grupo control se usaron medidas no farmacológicas y placebo. Los resultados mostraron que el haloperidol profiláctico tuvo diferencias poco significativas en comparación con placebo en términos de: a) retraso en el inicio del delirium, con un promedio de 6.3 días en el grupo tratado y 6.8 días en el grupo control, b) días de hospitalización, con una mediana de 9.5 días en el grupo experimental y 12 días en el grupo control, y c) duración del delirium, con un promedio de 3 días en el grupo tratado y 3.5 días en el grupo control.

En un ensayo realizado en Estados Unidos por Girard T. y colaboradores, se examinó el uso de antipsicóticos y placebo en pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI) con ventilación mecánica. Los pacientes recibieron 5 mg de haloperidol o 40 mg de ziprasidona o placebo cada 6 horas durante un máximo de 14 días.

Los resultados no mostraron una diferencia significativa en la duración del delirium entre los grupos tratados con antipsicóticos (haloperidol o ziprasidona) y el grupo de placebo. Los pacientes en los tres grupos experimentaron una cantidad similar de días sin delirium y sin coma.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

En otro estudio realizado en Estados Unidos por Larsen K. y colaboradores, se llevó a cabo un ensayo de profilaxis con olanzapina en pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía de reemplazo articular.

Se administraron 5 mg de olanzapina de desintegración oral o placebo antes y después de la cirugía.

Los resultados mostraron que la incidencia de delirium fue significativamente menor en el grupo que recibió olanzapina (14.3%) en comparación con el grupo de placebo (40.2%).

Esto sugiere que la administración de olanzapina puede ser una estrategia eficaz para prevenir el delirium postoperatorio en pacientes ancianos sometidos a cirugía de reemplazo articular

5. Tratamiento de Causas Subyacentes:

En casos en los que el delirium se debe a causas médicas específicas, como infecciones o desequilibrios metabólicos, el tratamiento se dirigirá a abordar esas causas subyacentes. (7)

La resolución de la causa subyacente puede mejorar los síntomas del delirium.

8.3 MANEJO EN EMERGENCIA

1. Evaluar la Situación:

Evalúa la gravedad de los síntomas del delirium y cualquier situación de peligro inminente para el paciente o para otros. (8)

Asegúrate de que el paciente tenga una vía aérea despejada y una circulación estable.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

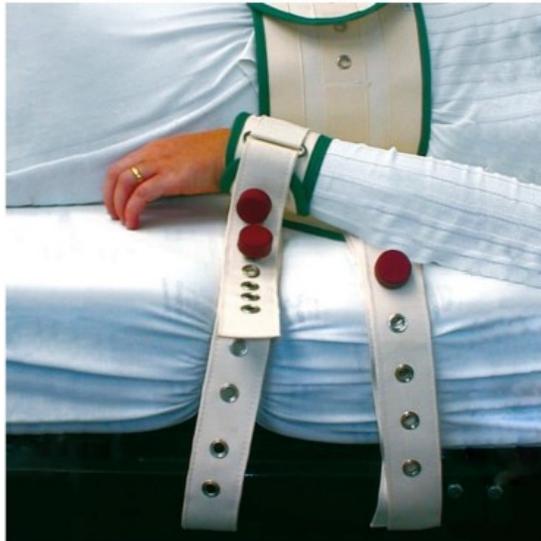
2. Estabilización Médica:

Si el paciente está en una condición médica urgente, prioriza la estabilización de su condición general antes de abordar los síntomas del delirium.

3. Asegurar la Seguridad:

Evalúa cualquier riesgo de caídas, lesiones o comportamiento agresivo por parte del paciente y toma medidas para minimizar estos riesgos.

Si es necesario, considera medidas de restricción solo si no hay alternativas seguras disponibles. (8,9)



4. Minimizar Estímulos:

En una situación de emergencia, busca reducir los estímulos excesivos que puedan contribuir a la agitación.

Proporciona un ambiente tranquilo y tranquilo.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

5. Comunicación Calma:

Habla con el paciente de manera calmada y tranquila. Evita el tono de voz elevado o la confrontación. (8)

6. Identificar la Causa Subyacente:

Si es posible, intenta determinar la causa subyacente del delirium. Esto podría implicar revisar la medicación, buscar signos de infección u otras condiciones médicas.

7. Apoyo Familiar:

Si es posible y seguro, involucra a los familiares o cuidadores para brindar apoyo emocional al paciente y ayudar a la orientación.

8. Evitar Intervenciones Agresivas: (9)

Evita el uso excesivo de medicamentos antipsicóticos o sedantes a menos que sea absolutamente necesario para la seguridad del paciente.

9. Colaboración con Profesionales de Salud Mental:

Si es posible, colabora con profesionales de salud mental o especialistas en geriatría para abordar la situación.

10. Observación Continua:

Mantén una observación continua del paciente para detectar cambios en la condición y ajustar el manejo según sea necesario.

11. Derivación a la Atención Especializada:

En casos graves de delirium que no se pueden manejar en la escena de la emergencia, considera la derivación a un centro médico o unidad de cuidados intensivos. (9)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

8.4 Manejo por Salud Mental

- **INTEREVENCION DE PSICOLOGIA ANTE DELIRIUM**

La intervención psicológica en casos de delirium se centra en proporcionar apoyo emocional, manejar la ansiedad y la agitación, y promover una mayor orientación y conexión con la realidad. Si bien el delirium es principalmente un trastorno médico, la intervención psicológica puede desempeñar un papel importante en la gestión y recuperación del paciente. Hay algunas estrategias que los profesionales de la psicología pueden emplear: (10)

- Evaluación y seguimiento: Un psicólogo puede realizar una evaluación exhaustiva de la condición del paciente, incluyendo su historia médica, medicamentos y factores psicosociales. El seguimiento regular permite ajustar la intervención en función de los cambios en el estado del paciente.
- Apoyo emocional: El delirium puede ser confuso y aterrador para el paciente. El psicólogo puede proporcionar apoyo emocional, validar sus sentimientos y preocupaciones, y ayudar a reducir la ansiedad relacionada con los síntomas del delirium.
- Técnicas de relajación: Enseñar al paciente técnicas de relajación como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva o la meditación puede ayudar a reducir la ansiedad y la agitación. (10)
- Reorientación: Ayudar al paciente a mantener la orientación en el tiempo, el lugar y la situación puede ser útil. Proporcionar recordatorios frecuentes sobre dónde se encuentra, la fecha actual y los eventos recientes puede ayudar a reducir la confusión.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- Estimulación cognitiva: Implementar actividades cognitivas sencillas, como resolver acertijos o juegos de memoria, puede mantener la mente del paciente activa y enfocada.
- Terapia de reminiscencia: En casos donde el paciente esté desorientado o confundido, la terapia de reminiscencia puede ser valiosa. Recordar y discutir recuerdos positivos y eventos significativos de la vida del paciente puede mejorar la conexión con la realidad. (10)
- Manejo de la agitación: En casos de agitación, el psicólogo puede enseñar al paciente y a los cuidadores técnicas de manejo conductual para reducir la agitación y promover un entorno tranquilo.
- Comunicación efectiva: Ayudar al paciente a expresar sus necesidades y preocupaciones puede reducir la frustración y la ansiedad. Los familiares y cuidadores también pueden recibir orientación sobre cómo comunicarse de manera efectiva con el paciente. (11)
- Apoyo a los cuidadores: La intervención psicológica puede extenderse a los familiares y cuidadores del paciente, brindándoles estrategias para lidiar con el delirium y el impacto emocional que puede tener en ellos.
- Educación: Proporcionar información sobre el delirium y su curso puede ayudar al paciente y a los cuidadores a comprender mejor lo que está ocurriendo y cómo manejar la situación. (11)

- **INTEREVENCIÓN DE PSIQUIATRÍA ANTE DELIRIUM**

Los psiquiatras pueden desempeñar un papel esencial en la evaluación y el manejo de los síntomas psiquiátricos que pueden acompañar al delirium.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- Evaluación exhaustiva: El psiquiatra puede llevar a cabo una evaluación detallada de la condición del paciente, incluyendo la identificación de posibles factores de riesgo, condiciones médicas subyacentes y medicamentos que podrían contribuir al delirium. También es importante evaluar los síntomas psiquiátricos específicos presentes, como la agitación, la ansiedad o la depresión. (12)
- Detección de comorbilidades: Los psiquiatras deben identificar y tratar cualquier trastorno psiquiátrico preexistente que pueda estar exacerbando los síntomas del delirium.
- Manejo de síntomas psiquiátricos: Si el paciente presenta síntomas psiquiátricos significativos, como agitación, ansiedad o alteraciones del estado de ánimo, el psiquiatra puede recomendar el uso de medicamentos para controlar estos síntomas. Los antipsicóticos y los ansiolíticos pueden ser considerados, pero se debe tener en cuenta la tolerancia del paciente y posibles interacciones medicamentosas. (11,13)
- Asesoramiento a cuidadores: El psiquiatra puede brindar orientación a los cuidadores y familiares sobre cómo lidiar con los cambios de comportamiento y los síntomas psiquiátricos del paciente durante el delirium.
- Educación: El psiquiatra puede educar al paciente y a los familiares sobre el delirium y sus posibles causas. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad y la confusión relacionadas con los síntomas.
- Terapia de apoyo: En casos en los que los síntomas psiquiátricos sean un componente importante del delirium, la terapia de apoyo puede ser beneficiosa. Proporcionar un espacio para que el paciente pueda expresar sus sentimientos y preocupaciones puede ayudar a reducir la angustia emocional. (13)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- Colaboración interdisciplinaria: El trabajo en equipo con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y terapeutas ocupacionales, es esencial para brindar una atención integral al paciente.
- Monitoreo continuo: El psiquiatra debe seguir monitoreando el progreso del paciente y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. Esto puede implicar cambios en la medicación o enfoques terapéuticos en función de cómo responda el paciente.
- Prevención: El psiquiatra puede trabajar con el equipo médico para identificar y abordar factores de riesgo que podrían llevar al desarrollo de delirium en pacientes vulnerables. (14)

8.5. Bibliografía:

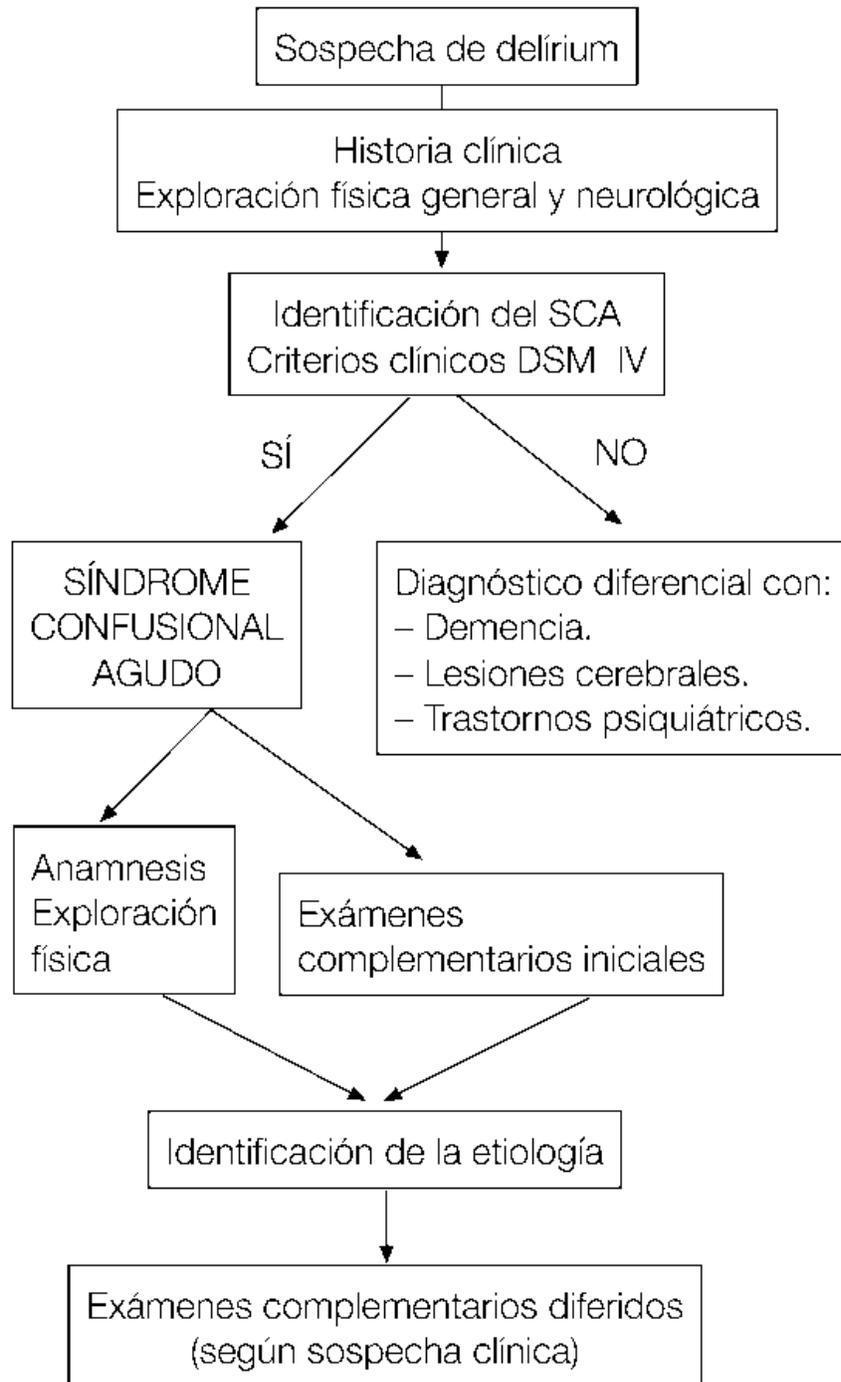
1. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio, 2023];25(2):38-45. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-124494>
2. Franco Vásquez JG. Enfoque del paciente con delirium en un hospital sin psiquiatría, opciones farmacológicas y no farmacológicas. 2023.
3. Mangas Merino P. Musicoterapia como intervención no farmacológica en el marco del delirium en UCI: una revisión sistemática. 2023.
4. Peñalver JG, García-Camba E. Revisión del diagnóstico y actualización en el manejo del delirium. *Psicosomática y psiquiatría*. 2017;2.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

5. Vanega GPA, Araya Oviedo A, Chacón Díaz MS. Tratamiento farmacológico del delirium en el adulto mayor. *Revista Médica Sinergia*. 2021;6(10):7.
6. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio, 2023];377(15):1456-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>
7. Cruz VER, Palacios LPT, Adriano MPC, Lozada EME, Quingatuña DEE, Reyes EPB, et al. Avances en el manejo del delirium en los pacientes geriátricos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020;39(1):1-4.
8. Pontes TA, et al. Manejo do delirium na emergência: Um panorama atualizado
Delirium management in the emergency department: An updated overview. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(11):101900-101911.
9. Rosso LH, et al. Delirium em idosos internados via unidades de emergência: um estudo prospectivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2020;69:38-43.
10. Hofmeister MV, et al. Delirium in the ICU: anxiety and depression as possible risk factors in elderly patients. *Contextos Clínicos*. 2021;14(1):170-185.
11. Morillas MÁN, Andrade I. El delirium en el paciente crítico y el papel de la familia. *Parainfo Digital*. 2020;e32130a-e32130a.
12. Franco JG, et al. Consenso del Comité de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría sobre el diagnóstico y tratamiento del delirium en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2022;51(3):245-255.
13. Franco JG, Oviedo Lugo GF, Patarroyo Rodríguez L, Bernal Miranda J, Molano JC, Rojas Moreno M, Velasquez Tirado JD. Encuesta a psiquiatras y residentes de psiquiatría en Colombia sobre sus prácticas preventivas y terapéuticas del delirium. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(4):260-272.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

9.- ESCALA DIAGNOSTICA Y ALGORITMO



DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Algoritmo de Diagnóstico y Tratamiento del Delirium:

Evaluación Inicial: (1)

- Evaluar los síntomas del paciente: agitación, confusión, desorientación, cambios de comportamiento, etc.
- Obtener una historia médica y revisar los medicamentos actuales.
- Descartar causas médicas o medicamentos que puedan contribuir al delirium.

Evaluación de Factores de Riesgo:

Identificar factores de riesgo: edad avanzada, enfermedades crónicas, hospitalización reciente, cirugía, infecciones, etc. (1)

Evaluación Médica:

Realizar exámenes médicos para identificar posibles causas subyacentes, como infecciones, desequilibrios electrolíticos, etc.

Evaluación Cognitiva:

Evaluar el nivel de conciencia, orientación, memoria y otros aspectos cognitivos.

Evaluación Psiquiátrica: (1)

Descartar trastornos psiquiátricos preexistentes, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Evaluación de Medicación:

Revisar la lista de medicamentos y evaluar si alguna medicación anticolinérgica o sedante podría estar contribuyendo al delirium. (1)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Diagnóstico Diferencial:

Descartar otras condiciones médicas que puedan presentar síntomas similares, como demencia, trastornos metabólicos o neurológicos. (1,2)

Diagnóstico de Delirium:

Si el paciente presenta síntomas característicos de delirium, y se han descartado otras causas, se realiza el diagnóstico de delirium.

Manejo No Farmacológico:

Implementar estrategias no farmacológicas como orientación, ambiente tranquilo, movilización temprana, estimulación cognitiva y apoyo emocional. (1,2)

Tratamiento de Causas Subyacentes:

Tratar cualquier causa médica identificada, como infecciones, desequilibrios electrolíticos o retirar medicamentos anticolinérgicos si es posible.

Manejo Farmacológico (Si necesario):

Si los síntomas son severos o ponen en peligro al paciente, considerar el uso de antipsicóticos u otros medicamentos bajo supervisión médica.

Educación y Apoyo Familiar:

Proporcionar información a la familia o cuidadores sobre el delirium y cómo pueden brindar apoyo al paciente. (2)

Seguimiento y Monitoreo:

Evaluar regularmente la respuesta al tratamiento y ajustar según sea necesario.

Monitorear los efectos secundarios de los medicamentos y la evolución del paciente.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Derivación a Especialistas:

Considerar derivar al paciente a especialistas en geriatría, psiquiatría o neurología en casos más complejos. (2)

Planificación del Alta:

Preparar al paciente y a la familia para la transición de vuelta al hogar o a la atención a largo plazo, según corresponda.

9.1. Bibliografía

1. Lamadrid M, Padilla C, Durantez-Fernández C, Barba-Pérez MÁ. Inclusión de protocolos para la prevención y manejo del delirium en las UCIP: desafíos emergentes en el cuidado del paciente crítico pediátrico. Medicina Intensiva. 2022.
2. Oliver BH, Giménez C, Carmona SA, Ruiz SR. ALGORITMOS DE ACTUACIÓN EN ANALGO-SEDACIÓN Y DELIRIUM.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

10.- PRONOSTICO, PREVENCIÓN, COMPLICACIONES

10.1 Pronóstico

El delirium puede ser reversible en hasta el 50% de las situaciones; sin embargo, en general, tiene un pronóstico desfavorable y puede predecir un posterior deterioro cognitivo en el paciente. (1)

La duración del delirium es impredecible. En casos graves, en pacientes con un diagnóstico subyacente de demencia o en su forma hipoactiva, tiende a ser persistente. La perspectiva más sombría se observa en situaciones en las que se presenta de manera combinada.

En pacientes en estado terminal, experimentar delirium aumenta el tiempo promedio hasta la muerte en dos veces. (1)

Basándonos en lo mencionado, para asegurar que los pacientes y sus familias disfruten al máximo de tiempo de calidad juntos durante los últimos momentos de vida, es recomendable llevar a cabo un proceso de detección activa.

El pronóstico del delirium puede variar significativamente dependiendo de varios factores, incluyendo la causa subyacente, la gravedad de los síntomas, la salud general del paciente y la rapidez con la que se aborde y trate la condición.

1. Causa Subyacente: El pronóstico puede estar influenciado por la causa subyacente del delirium. Por ejemplo, si el delirium es causado por una infección grave, el pronóstico puede mejorar con el tratamiento efectivo de la infección.
2. Duración: El delirium puede ser de corta duración (días a semanas) o prolongarse durante un período más largo. En general, cuanto más rápido se

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

identifiquen y aborden las causas y se manejen los síntomas, mejor será el pronóstico.

3. Edad y Salud General: Los pacientes de mayor edad o con enfermedades médicas preexistentes pueden tener un pronóstico más reservado debido a su mayor vulnerabilidad y menor capacidad para recuperarse de situaciones médicas agudas. (1,2)
4. Abordaje Temprano: Un diagnóstico y tratamiento tempranos son esenciales para un mejor pronóstico. La identificación y el manejo de las causas subyacentes, junto con enfoques no farmacológicos y farmacológicos adecuados, pueden llevar a una recuperación más rápida.
5. Complicaciones: El delirium no tratado o mal manejado puede llevar a complicaciones como debilidad, disfunción cognitiva persistente, mayor riesgo de mortalidad, deterioro funcional y mayor estancia hospitalaria.
6. Reversibilidad: En muchos casos, el delirium es reversible con el tratamiento adecuado. Una vez que se abordan las causas subyacentes y los síntomas se manejan correctamente, es posible que el paciente recupere sus funciones cognitivas y emocionales previas. (2)
7. Recurrencia: En algunos pacientes, especialmente aquellos con factores de riesgo subyacentes, puede haber un mayor riesgo de recurrencia del delirium en situaciones futuras de estrés médico.
8. Colaboración y Cuidados Continuos: La colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeras, terapeutas y cuidadores, así como la implementación de un plan de cuidados continuos, puede influir en el pronóstico positivamente.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

10.2 Prevención

La prevención del delirium es una parte crucial del cuidado de pacientes en riesgo, especialmente aquellos que están hospitalizados o que tienen factores de riesgo conocidos. (2,3)

- Evaluación de Riesgos:

Identifica a los pacientes en riesgo, como adultos mayores, pacientes con demencia preexistente, historia de delirium previo, enfermedades crónicas, uso de medicamentos anticolinérgicos, etc.

- Educación:

Educa a los pacientes, sus familias y cuidadores sobre el delirium, sus causas y síntomas, y la importancia de la prevención.

- Estrategias Ambientales:

Crea un ambiente hospitalario o de cuidado que sea tranquilo, bien iluminado y orientado en el tiempo y el lugar.

Minimiza el ruido, la exposición a luces brillantes y las interrupciones innecesarias.

- Movilización Temprana:

Fomenta la movilización temprana y la actividad física para prevenir la inmovilidad y el declive funcional.

- Mantenimiento del Ritmo Circadiano:

Mantén un ciclo de sueño-vigilia regular y fomenta el sueño de calidad.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

Evita las interrupciones nocturnas innecesarias y promueve la relajación antes de acostarse.

- Nutrición e Hidratación:

Asegúrate de que los pacientes reciban una dieta equilibrada y una hidratación adecuada.

Evita el uso excesivo de cafeína y azúcar, especialmente por la tarde.

- Reducción de Medicamentos Anticolinérgicos:

Revisa y ajusta la medicación, especialmente en pacientes que toman medicamentos anticolinérgicos. Busca alternativas cuando sea posible.

- Estimulación Cognitiva:

Proporciona actividades cognitivas y sociales para mantener la mente activa y prevenir la desorientación.

- Comunicación y Apoyo Emocional:

Mantén una comunicación clara y calmada con el paciente. Brinda apoyo emocional y respuesta a sus necesidades.

- Evita la Polifarmacia:

Reduce el número de medicamentos prescritos siempre que sea seguro y apropiado, para minimizar el riesgo de interacciones medicamentosas.

- Planificación del Alta:

Prepara a los pacientes y sus familias para la transición a casa, proporcionando instrucciones claras y el apoyo necesario.

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

- Colaboración Interdisciplinaria:

Fomenta la colaboración entre médicos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes. (2)

10.3 Complicaciones

1. Deterioro Cognitivo a Largo Plazo: Aunque en algunos casos el delirium puede ser reversible, en otros puede llevar a un deterioro cognitivo persistente, incluyendo el desarrollo de demencia. (2,3)
2. Aumento de la Mortalidad: El delirium está asociado con un mayor riesgo de mortalidad, especialmente en pacientes hospitalizados y en personas de edad avanzada.
3. Mayor Estadía Hospitalaria: Las personas que experimentan delirium durante una hospitalización tienden a tener estadías más largas en el hospital, lo que puede aumentar los costos médicos y la exposición a otros riesgos hospitalarios.
4. Complicaciones Médicas: El delirium puede llevar a un deterioro en la atención y el manejo de condiciones médicas subyacentes, lo que podría resultar en complicaciones médicas adicionales.
5. Caídas y Lesiones: El delirium puede afectar la coordinación y el equilibrio, aumentando el riesgo de caídas y lesiones físicas.
6. Trastornos Emocionales: Las personas que han experimentado delirium pueden experimentar síntomas de ansiedad, depresión y angustia emocional.
7. Desnutrición y Deshidratación: Durante episodios de delirium, los pacientes pueden tener dificultades para alimentarse adecuadamente y mantener una hidratación adecuada.
8. Institucionalización: El delirium puede contribuir a la necesidad de un mayor nivel de atención, lo que podría resultar en la institucionalización de personas que antes eran independientes. (3)

DESENTRAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

9. Impacto en la Función Social y Familiar: El delirium puede afectar la capacidad de una persona para interactuar con su entorno social y familiar, lo que podría llevar a un aislamiento y una disminución de la calidad de vida.
10. Recurrencia: Las personas que han tenido episodios previos de delirium pueden tener un mayor riesgo de experimentar episodios recurrentes en el futuro.

10.1 Bibliografía

1. Gutiérrez JM, Sosa Alarcón CY. PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES DE AMÉRICA.
2. Tovar LO, Gómez ÁM, Henao-Castaño AM, Troche-Gutiérrez IY. Prevenir y tratar delirium en cuidados intensivos: hermenéutica de las vivencias del equipo de enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2022;33(3):113-125.
3. Gómez Tovar LO. Intervención de enfermería para reducir incidencia y duración del delirium en personas en cuidados intensivos. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia.

DESENTAÑANDO LAS PROFUNDIDADES DE LA MENTE: UN VIAJE A TRAVÉS DEL DELIRIUM

EPILOGO:

Epílogo: Un Nuevo Comienzo

En el epílogo de este viaje emocionante y revelador, reflexionamos sobre la riqueza de conocimiento que hemos ganado sobre el delirium y su impacto en la mente humana. Celebramos el poder de la comprensión y la empatía para desterrar las sombras de la confusión mental y ofrecer un nuevo comienzo a aquellos que se han enfrentado a este desafío. Concluimos con una invitación a continuar explorando los misterios de la mente y a mantener viva la llama del descubrimiento y la sanación.

Así culmina nuestro viaje a través de las complejidades del delirium, una exploración que nos ha llevado desde las profundidades de la psique hasta las alturas de la esperanza y la redención. En estas páginas, hemos desentrañado los hilos de la mente en crisis, revelando un mundo de sombras y luces que continúa inspirando asombro y asombro en cada paso del camino.