

delirio – delirium

Authored by
memjavad

December 4, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *delirio – delirium*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=6873>

Delirio

Primary Disciplinary Field(s): Medicina, Psiquiatría, Geriátría, Cuidados Intensivos.

1. Definición Central

El delirio, a menudo denominado síndrome cerebral agudo o estado confusional agudo, constituye una alteración neurocognitiva de aparición súbita y curso fluctuante, que afecta primordialmente la atención, la conciencia y la cognición. Esta condición no es una enfermedad en sí misma, sino un síndrome que refleja una disfunción cerebral subyacente, causada generalmente por una enfermedad médica sistémica, intoxicación o abstinencia de sustancias. Su característica definitoria es la incapacidad para enfocar, mantener o desviar la atención, acompañada de una perturbación en la conciencia que se manifiesta como una reducción de la claridad del entorno. El delirio representa una emergencia médica que requiere una identificación rápida, ya que está asociado a un aumento significativo de la morbilidad, la mortalidad, la prolongación de la estancia hospitalaria y la pérdida de autonomía funcional a largo plazo, especialmente en poblaciones vulnerables como los pacientes ancianos y aquellos en unidades de cuidados intensivos.

A diferencia de la demencia, que se caracteriza por un inicio gradual y un curso crónico e irreversible, el delirio se distingue por su naturaleza aguda y potencialmente reversible si se identifica y trata la causa precipitante. La fluctuación de los síntomas a lo largo del día es un sello distintivo del delirio; los pacientes pueden parecer relativamente lúcidos en un momento y gravemente desorientados o agitados horas después, siendo esta variabilidad crucial para el diagnóstico diferencial. Esta fluctuación se intensifica típicamente durante la noche, fenómeno conocido como inversión del ritmo circadiano. La manifestación clínica abarca desde la desorganización del pensamiento, que se evidencia en un discurso incoherente o ilógico, hasta alteraciones perceptivas, incluyendo alucinaciones visuales vívidas y aterradoras, que contribuyen a la angustia del paciente y dificultan su manejo médico.

Desde una perspectiva médica, el delirio se considera la manifestación final común de múltiples insultos fisiológicos que sobrepasan la capacidad de reserva del cerebro. Es fundamental comprender que la alteración de la conciencia y la cognición no puede explicarse únicamente por una demencia preexistente o por un nivel de excitación gravemente reducido, como el coma. Por lo tanto, el diagnóstico requiere la evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente. La presencia de delirio indica una vulnerabilidad cerebral significativa, lo que subraya la necesidad de abordar no solo los síntomas psiquiátricos, sino también la etiología orgánica subyacente, que puede incluir infecciones severas, desequilibrios electrolíticos, hipoxia o efectos secundarios de medicamentos.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término **delirio** proviene del latín *delirare*, que significa literalmente "salirse del surco" (de *de*, fuera, y *lira*, surco), una metáfora que describe el acto de desviarse del camino recto o de la razón. Esta antigua connotación refleja la percepción histórica de la condición como un estado de mente errante o desordenada. Ya en la antigüedad, médicos como [Hipócrates](#) observaron y documentaron estados de confusión mental aguda asociados a fiebres y enfermedades graves. Aulo Cornelio Celso, en el siglo I d.C., también describió síntomas compatibles con el delirio, vinculándolo a procesos infecciosos y al alcoholismo. Sin embargo, durante siglos, el delirio fue a menudo confundido con otras formas de locura o psicosis, lo que dificultó su estudio sistemático.

El reconocimiento formal del delirio como un síndrome distinto y diferenciable de las enfermedades mentales crónicas y la demencia se consolidó en los siglos XIX y XX. A medida que la medicina y la psiquiatría se desarrollaron, se hizo evidente que los estados confusionales agudos tenían una etiología orgánica clara y un curso temporal limitado, contrastando con la naturaleza progresiva de la demencia o las psicosis primarias como la esquizofrenia. Este reconocimiento fue vital para trasladar el manejo del delirio del ámbito puramente psiquiátrico al médico general y de cuidados intensivos. La distinción entre delirio y demencia se formalizó aún más con la publicación de sistemas de clasificación diagnóstica como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

La introducción del término **estado confusional agudo** en la literatura clínica moderna ayudó a enfatizar la naturaleza transitoria y orgánica de la condición. El desarrollo de herramientas diagnósticas estandarizadas, como el [Método de Evaluación de la Confusión \(CAM\)](#) en la década de 1990, marcó un hito crucial. El CAM proporcionó criterios operacionales basados en la observación de la agudeza, la fluctuación, la inatención y el pensamiento desorganizado, permitiendo una identificación más rápida y fiable del delirio, incluso en entornos no psiquiátricos. Este avance estandarizó la investigación y el tratamiento, consolidando el delirio como un indicador crítico de disfunción cerebral en el contexto de la enfermedad sistémica.

3. Características Clave y Presentación Clínica

Las características clínicas del delirio son variadas, pero giran en torno a cuatro pilares fundamentales. El primer pilar es el **inicio agudo**, lo que significa que los síntomas aparecen en horas o días, no de manera insidiosa. El segundo es el **curso fluctuante**, la característica más distintiva, donde la gravedad de los síntomas varía notablemente a lo largo del día, a menudo empeorando por la tarde o la noche (sundowning). El tercer pilar es la **inatención**, la incapacidad para filtrar estímulos irrelevantes y concentrarse en la tarea o conversación. Finalmente, la **cognición desorganizada**, que incluye alteraciones de la memoria, desorientación

(especialmente temporal y espacial) y un lenguaje incoherente o perseverante, conforma el cuarto pilar. La combinación de estos elementos define el síndrome.

Además de estos criterios centrales, la presentación clínica del delirio incluye frecuentemente **alteraciones perceptivas**. Estas se manifiestan comúnmente como alucinaciones visuales, que suelen ser complejas, vívidas y a menudo de naturaleza amenazante (por ejemplo, ver insectos o personas extrañas). Las ilusiones, que son interpretaciones erróneas de estímulos reales, también son comunes. Estas alteraciones contribuyen a la agitación y al miedo del paciente. La alteración del ciclo sueño-vigilia es casi universal, con insomnio nocturno y somnolencia diurna, o la inversión completa del patrón de sueño. La presencia de estos síntomas accesorios, junto con la evidencia de un trastorno cognitivo y atencional, confirma la gravedad del estado mental.

Es crucial reconocer que el delirio afecta profundamente el **estado psicomotor**. Tradicionalmente, se distinguen tres subtipos clínicos en función de la actividad psicomotora. El delirio hiperactivo se caracteriza por agitación, hipervigilancia, inquietud, labilidad emocional y, a menudo, alucinaciones prominentes. El delirio hipoactivo, por otro lado, se presenta con letargo, somnolencia, reducción de la actividad motora, y habla lenta o escasa; este subtipo es a menudo subdiagnosticado, ya que se confunde erróneamente con depresión o fatiga, a pesar de estar asociado a un peor pronóstico. Finalmente, el delirio mixto presenta una alternancia entre periodos de hiperactividad e hipoactividad en el mismo día. La identificación del subtipo es esencial para el manejo clínico, pero todos los tipos comparten la base fisiopatológica de disfunción cerebral aguda.

4. Etiología y Fisiopatología

La etiología del delirio es casi siempre **multifactorial**, especialmente en pacientes ancianos con comorbilidades. Se suele describir mediante el modelo de factores predisponentes (vulnerabilidad basal del paciente, como edad avanzada, demencia preexistente o enfermedad grave) e factores precipitantes (el insulto agudo que desencadena el síndrome). Los factores precipitantes más comunes incluyen infecciones (especialmente neumonía o infecciones del tracto urinario), desequilibrios metabólicos (hiponatremia, hipercalcemia, uremia), hipoxia, dolor no controlado, retención urinaria o fecal, y, crucialmente, la administración o suspensión de medicamentos. La polifarmacia y el uso de fármacos con efectos anticolinérgicos son causas principales de delirio iatrogénico. La abstinencia de alcohol o sedantes también provoca un tipo específico y grave de delirio.

Desde la perspectiva fisiopatológica, la hipótesis principal sugiere una **disfunción generalizada de la neurotransmisión**, con un enfoque particular en la deficiencia colinérgica y el exceso dopaminérgico. El sistema colinérgico, crucial para la atención, la memoria y el ciclo de sueño-vigilia, se ve comprometido por la enfermedad sistémica o por fármacos anticolinérgicos. La

reducción de la actividad de la acetilcolina en regiones corticales y subcorticales se correlaciona directamente con la gravedad de la inatención y el pensamiento desorganizado observados en el delirio. Paralelamente, el exceso relativo de dopamina, que puede ser causado por ciertas condiciones médicas o medicamentos (como los agonistas dopaminérgicos), se ha asociado con la agitación y las alucinaciones del subtipo hiperactivo.

Además de la alteración de los neurotransmisores clásicos, la **inflamación sistémica** juega un papel crítico. La respuesta inmune a infecciones, traumatismos o cirugías libera citocinas proinflamatorias (como IL-1, IL-6 y TNF-alfa). Estas citocinas cruzan la barrera hematoencefálica o activan células gliales, provocando una neuroinflamación. Esta inflamación altera la función endotelial, perturba el metabolismo neuronal y exacerba el desequilibrio de neurotransmisores, lo que conduce al fallo agudo de la función cerebral. La neuroinflamación explica por qué pacientes con infecciones o traumas distantes del cerebro pueden desarrollar delirio: la enfermedad sistémica se comunica con el cerebro a través de vías inmunológicas.

Otros mecanismos contribuyentes incluyen el estrés oxidativo, la privación sensorial o la sobrecarga sensorial (común en las unidades de cuidados intensivos, dando lugar al llamado **delirio de UCI**), y la alteración de la integridad de la barrera hematoencefálica. La suma de estos factores, actuando sobre un cerebro ya vulnerable (por ejemplo, un cerebro con cambios degenerativos incipientes o demencia), reduce el umbral necesario para que se manifieste el síndrome delirante. Esta compleja interacción de factores neuroquímicos, inflamatorios y estructurales subyace a la naturaleza aguda y a la alta prevalencia del delirio en el entorno hospitalario.

5. Subtipos y Criterios Diagnósticos

El diagnóstico del delirio es eminentemente clínico y se basa en la observación de los cambios agudos en el estado mental y la aplicación de criterios estandarizados. Los criterios del [DSM-5](#) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición) definen el delirio por la presencia de una alteración en la atención y la conciencia, que se desarrolla en un corto período de tiempo (horas o días), representa un cambio del nivel basal del paciente, y tiende a fluctuar. Además, debe haber una alteración cognitiva adicional (como desorientación o alteración de la memoria) que no se explica por otra condición neurocognitiva preexistente o en evolución, y debe haber evidencia de que la alteración es consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o exposición a toxinas.

La herramienta diagnóstica más utilizada universalmente es el **Método de Evaluación de la Confusión (CAM)**. El CAM permite a los clínicos no psiquiatras identificar el delirio de manera rápida y fiable, incluso en pacientes críticos. El diagnóstico según el CAM requiere la presencia de los dos primeros criterios (1. Inicio agudo y curso fluctuante; 2. Inatención) y al menos uno de los

dos criterios restantes (3. Pensamiento desorganizado; 4. Nivel de conciencia alterado). La aplicación rutinaria del CAM en entornos de alto riesgo (como la UCI o unidades de geriatría) ha demostrado ser eficaz para mejorar la tasa de detección, que históricamente ha sido muy baja, especialmente para el subtipo hipoactivo.

La distinción entre los subtipos psicomotores (hiperactivo, hipoactivo y mixto) es vital para el manejo. El **delirio hiperactivo** es el más fácil de reconocer debido a la agitación y la conducta disruptiva, a menudo requiriendo intervención farmacológica inmediata. Por el contrario, el **delirio hipoactivo**, caracterizado por el mutismo, la apatía y la somnolencia, puede pasar inadvertido, lo que resulta en un retraso en el tratamiento de la causa subyacente. Estudios han demostrado que el delirio hipoactivo es tan o más peligroso que el hiperactivo en términos de resultados adversos, incluyendo mayor mortalidad y riesgo de complicaciones.

El diagnóstico diferencial es complejo y crucial. El delirio debe distinguirse de la demencia (inicio agudo vs. gradual; fluctuación vs. estabilidad; atención preservada vs. alterada), la depresión (ausencia de inatención o alucinaciones visuales prominentes en la depresión pura) y la psicosis aguda. En pacientes con demencia preexistente, el diagnóstico se complica; la aparición de delirio en este contexto se conoce como **delirio superpuesto a demencia**, lo que indica un deterioro agudo y una vulnerabilidad cerebral aún mayor. Las escalas de gravedad, como la Delirium Rating Scale (DRS), también se utilizan en investigación y clínica avanzada para cuantificar la severidad de los síntomas.

6. Manejo y Tratamiento

El manejo del delirio se fundamenta en dos pilares esenciales: la identificación y el tratamiento urgente de la causa etiológica subyacente, y la implementación de **medidas no farmacológicas** para controlar los síntomas y reducir el riesgo de daño. El primer paso es una evaluación exhaustiva que incluya la revisión de medicamentos (descontinuoando aquellos que puedan ser precipitantes, especialmente anticolinérgicos y sedantes), la búsqueda de infecciones, desequilibrios metabólicos, dolor, y la detección de retención urinaria o fecal. Si la causa (por ejemplo, una infección grave) no se resuelve, el delirio persistirá.

Las **intervenciones no farmacológicas** son la base del tratamiento preventivo y terapéutico. Estas estrategias se centran en la reorientación ambiental, el mantenimiento de un ciclo de sueño-vigilia normal (evitando siestas diurnas y promoviendo la actividad durante el día), la provisión de ayudas sensoriales (gafas y audífonos), la movilización temprana y el aseguramiento de la hidratación y la nutrición adecuadas. La participación familiar en la reorientación y el apoyo emocional es vital. En la UCI, se han desarrollado protocolos de cuidado que priorizan la analgesia, la interrupción de la sedación diaria y la movilización temprana (el paquete ABCDEF), demostrando una reducción significativa en la incidencia y duración del delirio.

El **tratamiento farmacológico** se reserva generalmente para el control de la agitación grave, la psicosis o la angustia que pone en peligro al paciente o al personal, especialmente en el subtipo hiperactivo. Los fármacos de primera línea son los antipsicóticos de baja potencia, como el haloperidol, aunque los antipsicóticos atípicos (como risperidona u olanzapina) son a menudo preferidos debido a un perfil de efectos secundarios potencialmente más favorable, especialmente en ancianos. Es crucial utilizar la dosis efectiva más baja y durante el menor tiempo posible, dado que los antipsicóticos pueden tener efectos secundarios cardiovasculares y extrapiramidales.

Es fundamental evitar el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del delirio no relacionado con la abstinencia de alcohol o sedantes, ya que pueden exacerbar la confusión y prolongar el delirio. La única indicación clara para el uso de benzodiazepinas es el delirio por abstinencia de alcohol (*delirium tremens*) o el delirio por abstinencia de sedantes, donde son esenciales para prevenir convulsiones y estabilizar al paciente. En resumen, el manejo efectivo es multidisciplinario, prioriza la reversión de la causa y el soporte ambiental, y utiliza fármacos solo como medida auxiliar para la seguridad y el confort.

7. Significado, Pronóstico e Impacto

El delirio no es un fenómeno benigno; es un marcador pronóstico de resultados adversos significativos. Su ocurrencia, especialmente en el ámbito hospitalario, se asocia con una **mayor mortalidad**, tanto durante la hospitalización como en el año posterior al alta. Los pacientes que desarrollan delirio experimentan estancias hospitalarias prolongadas, un aumento en los costos de atención médica y una mayor probabilidad de ser dados de alta a instituciones de cuidado a largo plazo en lugar de regresar a su domicilio. Esto subraya que el delirio representa una seria amenaza para la autonomía y la calidad de vida del paciente.

El impacto a largo plazo es particularmente preocupante en relación con la función cognitiva. El delirio se considera un factor de riesgo independiente y modificable para el desarrollo o la aceleración de la demencia. Los episodios de delirio pueden causar daño neuronal duradero o acelerar los procesos neurodegenerativos subyacentes. Incluso después de la resolución clínica aparente del delirio, muchos pacientes experimentan un déficit cognitivo que puede persistir durante meses o años, un fenómeno conocido como **deterioro cognitivo post-delirio**. Esta secuela subraya la importancia de considerar el delirio como una lesión cerebral aguda y de implementar estrategias de prevención primaria.

Desde una perspectiva de salud pública, el delirio es una epidemia silenciosa en los hospitales, afectando a hasta el 50% de los pacientes ancianos hospitalizados y hasta el 80% de los pacientes en ventilación mecánica en la UCI. Su alta prevalencia y su asociación con resultados catastróficos han impulsado un cambio de paradigma en la atención médica, promoviendo la detección activa y las estrategias de prevención multidisciplinarias. La implementación de

programas de prevención, como el [Hospital Elder Life Program \(HELP\)](#), ha demostrado que el delirio es prevenible en una proporción significativa de casos, lo que enfatiza el papel crucial de la atención centrada en el paciente y el entorno.

8. Lecturas Adicionales

[Wikipedia: Delirio](#)

[American Psychiatric Association: DSM-5](#)

[UpToDate: Delirium \(Requires Subscription/Access\)](#)

[National Library of Medicine: Pathophysiology of Delirium](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM