

## Episodio Psicótico. Psicosis Delirante. Diagnóstico del Estado Delirante.-

Autor:

Dr. Ricardo Manuel Castro Bourdichon M.P.Nº 12759/8

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 3887

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12400

Importantísima Diferenciación para el Médico General. La Crisis Existencial o Confusional puede parecer una Psicosis pero NO LO ES.-

Se define el **DELIRIO** como una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa, que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de toda prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario.

El delirio **no es una enfermedad sino un síntoma**. Aunque es característico de las psicosis, no pertenece ni es patognomónico de ninguna en concreto, pudiendo aparecer tanto en enfermedades orgánicas, como mentales, o por efecto fisiológico de algún tóxico o sustancia.

**ALUCINACIÓN:** se puede definir como una percepción en ausencia de un objeto o estímulo externo. El individuo está totalmente convencido de la realidad de dicha percepción. Al igual que ocurre con el delirio, la alucinación es un síntoma psicótico característico, aunque puede aparecer en situaciones de estrés, de déficit sensorial o por causas externas en personas sin patología mental.

**ALUCINOSIS:** De causa orgánica, cursa sin delirio y el paciente adopta una actitud crítica frente a lo alucinado (sabe que no es real).

**ILUSIÓN:** Es una alteración de la percepción en la que existe una interpretación errónea de un estímulo externo real. No tiene por qué ser patológico y puede aparecer en situaciones de ansiedad o de miedo, sobre todo en sujetos con algún déficit sensorial así como en el delirium.

### el Diagnóstico

Primero debemos asegurarnos de que se trata verdaderamente de un delirio, distinguiéndolo de idea deliroide e idea sobre valorada:

- Delirio o idea delirante: es un síntoma psicótico en donde hay una ruptura con la realidad y en el que el sujeto tiene plena convicción de que lo que esta viviendo es cierto.
- Idea deliroide: toda idea que surge como consecuencia de fenómenos afectivos sin que exista ninguna transformación previa de la personalidad. Son fácilmente influenciables, comprensibles, de duración breve y transitoria. No exige una patología mental.
- Idea sobrevalorada: son ideas con un marcado tono afectivo para el individuo y en torno a la que gira la conducta del paciente. Pueden ser comprensibles en el contexto de algunas situaciones, culturas o costumbres y pueden ser corregibles. El sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta.

### Síndrome confusional agudo ó DELIRIUM.

El síndrome confusional agudo no es sólo un síntoma, implica una alteración de la conciencia y por tanto una disminución de la capacidad de identificar y reconocer el entorno, ocasionado siempre por causa orgánica (entendiendo por causa orgánica una enfermedad o efectos de alguna sustancia o tóxico). Secundariamente a la alteración de la conciencia puede existir afectación de otras funciones cognoscitivas, como una alteración del pensamiento (delirio), alteración de la percepción, de la memoria, de la afectividad, etc.

Los ancianos tienen mayor riesgo de presentar un delirium por distintos factores (polimedicados, "envejecimiento cerebral", déficit sensoriales, aislamiento, cambios de entorno habitual). Todos estos factores se combinan entre sí y cualquier desencadenante puede actuar sobre ellos y producir un cuadro de delirium. Algunos estudios revelan que entre el 20-40% de los pacientes ancianos ingresados, presentan en algún momento de su estancia hospitalaria un cuadro confusional transitorio.

El Diagnóstico diferencial que se debe establecer en una URGENCIA, es EVITANDO la confusión del delirium con el empeoramiento de una demencia y con la Psicosis.

Modificado por el autor  
(RMCB-2005) de  
Vázquez-Barquero J.  
L., 1996

	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable (según personalidad)
Conciencia	Disminuida	Normal	Alteración de Contenido
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal ó Dispersa
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	Generalmente normal
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Generalmente ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Correcta
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Generalmente normal	Generalmente normal

### El DIAGNÓSTICO diferencial de idea delirante o delirio

1º.- Confirmar que existe en realidad una idea delirante y que no es una creencia que no es habitual. Por tanto, habrá que hacer un diagnóstico diferencial entre idea delirante e idea sobrevalorada. En un paciente con una idea delirante no hay más explicación que la suya, por tanto dejaremos que el paciente hable y plantearemos hipótesis alternativas para observar el grado de convicción de la creencia.

2º.- Buscar causa ORGÁNICA o efecto de alguna sustancia. Haremos una historia bien detallada y un estudio de drogas, sobre todo en gente joven para descartar consumo. En ancianos hay que descartar una enfermedad subyacente o el efecto de cualquier fármaco.

3º.- ¿Cambios de estado de ánimo?:

- Si las ideas delirantes aparecen exclusivamente durante episodios de depresión mayor, mixtos o maníacos → Nos orientamos hacia una Enfermedad del Ánimo con síntomas psicóticos.

- Si las ideas delirantes con o sin otros síntomas psicóticos aparecen antes o después de los síntomas afectivos nos orientará hacia:
  - Trastorno esquizoafectivo: episodios afectivos constituyen una parte significativa del cuadro psicótico.
  - Esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes: síntomas afectivos constituyen sólo una parte del cuadro psicótico total.

### PARA LA URGENCIA:

Ante un Delirio-----Descartar Enfermedad o Adicción: Hay Alteración de la Conciencia-

Si solo hay Síntomas Psicóticos-Alucinaciones-desorganización del lenguaje-----

### EL diagnóstico **diferencial de una alucinación**

Lo primero que habrá que hacer ante un paciente con una alucinación será descartar patología ORGÁNICA o consumo de tóxicos a través de la historia clínica. Una vez descartado esto, antes de diagnosticar un trastorno psicótico, deberemos tener en cuenta 4 situaciones que no forman parte de éste :

1. Trastorno de conversión (seudo alucinación).
2. Experiencias alucinatorias que forman parte de un ritual religioso
3. Alucinaciones inducidas por sustancias pero sin existir ruptura con la realidad. Por ejemplo la alucinación de un joven al tomar algún tóxico sabiendo que dicha alucinación es debida a la toma de esa sustancia.
4. Alucinaciones hipnagógicas: al inicio o al final del sueño.

Por tanto, haremos igual que para el diagnostico diferencial de idea delirante:

1º.- Confirmar que existe en realidad una alucinación y que no se trata de alguna situación anterior.

2º.- Buscar causa orgánica o efecto de alguna sustancia:

- Si se asocia a una alteración de la conciencia y otros déficit cognitivos y se caracteriza por un curso fluctuante alternando periodos de lucidez → Delirium por sustancia o enfermedad médica.
- Si no existe tal alteración de la conciencia sino que hay un deterioro de la memoria predominantemente y otros déficit cognoscitivos tratándose de un curso más progresivo → Demencia.

3º. ¿Cambios de estado de ánimo?:

- Si las alucinaciones aparecen exclusivamente durante episodios de depresión mayor, mixtos o maniacos → Enfermedad del ánimo con síntomas psicóticos.
- Si las alucinaciones aparecen sin otros síntomas afectivos o cuando estos han remitido → Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo (al menos 2 semanas sin síntomas afectivos).

### TRATAMIENTO

Debemos distinguir entre la atención del episodio agudo en urgencias por un lado y la atención del paciente en la consulta de Atención Primaria. En la consulta de Atención Primaria debemos actuar sobre:

**La causa orgánica o enfermedad :** en el caso de episodio de Delirium o Síndrome confusional agudo hemos de buscar posibles causas que puedan desencadenarlo, ya sea por una sustancia, tóxico ó enfermedad

### La enfermedad psiquiátrica se trata con:

- Apoyo y consejo a la familia. La familia va a cumplir un papel primordial, sobre todo y entre otras cosas amortiguando sucesos estresantes que pudieran precipitar una recaída. Hemos de informar de la enfermedad y de las características de un brote psicótico, favoreciendo en todo momento la comunicación. En el Delirium, son muy importantes las medidas de intervención y apoyo, tales como el abastecimiento de un nivel óptimo del estímulo ambiental, la reducción de déficit sensoriales, la fabricación de ambientes más familiares o el proporcionar señales ambientales que faciliten la orientación. Dichas medidas se recomiendan para todos los pacientes con delirium, en base a una cierta evidencia formal pero principalmente debido al valor observado con la experiencia clínica y por la ausencia de efectos nocivos.  
A veces, los síntomas negativos de la psicosis, son interpretados como manifestaciones egoístas del enfermo. Debemos saber explicar cómo estas conductas forman parte de la enfermedad, resaltando las actitudes positivas del paciente.
- Antipsicóticos: Las medicaciones antipsicóticas son a menudo el tratamiento farmacológico de elección en el delirium. Se elegirá según el perfil de efectos secundarios. Los antipsicóticos clásicos, son eficaces ante los síntomas positivos. Los antipsicóticos atípicos son eficaces también ante los síntomas negativos y tienen menos efectos secundarios. A nivel práctico se prefiere pautar en primer lugar aquel antipsicótico al que el paciente ha respondido con anterioridad..

Desde hace mucho tiempo y según la bibliografía se ha considerado el **HALOPERIDOL**, el fármaco de elección en la crisis psicótica aguda. Es un fármaco relativamente seguro a corto plazo, con su menor efecto anticolinérgico y menor poder sedativo e hipotensor que otros antipsicóticos típicos, especialmente útil por eso en ancianos y personas con enfermedades subyacentes. **Además no existen diferencias significativas en los beneficios con los antipsicóticos nuevos en cuanto al tratamiento de los síntomas psicóticos positivos** (sí en cuanto a la tolerancia, efectos secundarios y síntomas negativos, en los que los antipsicóticos nuevos han demostrado mayor eficacia. En personas sin sintomatología orgánica comenzamos con 2.5-5 mg IM (niveles en plasma entre 2-3 veces superior que en la vía oral) hasta un máximo de 1 vial de 5mg cada 6 horas sin sobrepasar los 2 ó 3 días con esta pauta. Existen comprimidos de 10 mg y presentación en gotas (10 gotas= 1mg). Para los pacientes que requieren las dosis múltiples del bolo de medicaciones antipsicóticas, las infusiones intravenosas continuas de la medicación antipsicótica pueden ser útiles ; dosis más bajas se pueden requerir para los pacientes mayores.-

A los pacientes que reciben medicaciones antipsicóticas para el delirium debe hacerseles un ECG de control. Un intervalo de QTc mayor de 450 milisegundos o línea de fondo excesiva (más del 25%) puede indicar una consulta a cardiología y una reducción o una discontinuación de la medicación antipsicótica.

Los **antipsicóticos atípicos** han demostrado efectos similares en cuanto a tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, demostrando además su superioridad ante los síntomas negativos. Tienen menor tendencia a producir síndrome extrapiramidal y no suelen inducir elevaciones en los valores de prolactina. Las dosis requieren ser manejadas de forma empírica según la intensidad de los síntomas, y teniendo también en cuenta la tolerancia al fármaco y los efectos secundarios. Su **INCONVENIENTE FUNDAMENTAL ES EL COSTO**.

Diagnóstico Diferencial en casos de Demencia.

### Demencia

Al contrario del delirio, la demencia es una condición crónica de progresión lenta que causa pérdida de memoria y afecta todos los procesos cognitivos. La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia. Los síntomas de la demencia y del delirio pueden llegar a ser similares en cuanto al estado de confusión, desorientación e incapacidad de concentración, y en alguna medida al estado de alucinación. Una persona que vive con demencia puede manifestar delirio. preguntas:

- ¿Está tomando medicamentos nuevos?

- ¿Ha habido cambios en las dosis de los medicamentos que toma?
- ¿Dejó de tomar algún medicamento recientemente?
- ¿Está comiendo y tomando líquidos como lo hace normalmente?
- ¿Ha tenido fiebre, vómito, o diarrea?
- ¿Cómo difiere su comportamiento de lo normal, y cuándo empezó?
- ¿Ha consumido alcohol, remedios homeopáticos, vitaminas o té?
- ¿Ha consumido medicamentos sin receta? Por ejemplo, jarabes para la tos, medicamentos para el resfriado, alergias, o dolor.

**Covid-19 secuelas: 2 de cada 3 pacientes sufren delirios tras la enfermedad .Este síntoma se trata de un principio de delirio, según revela un estudio publicado en Nature .**

### BIBLIOGRAFÍA

Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. Delirio. Madrid: TROTTA; 1996. A la fecha con Vigencia.

Jarabo Crespo Y., Santos Rodríguez JL. Actitud ante una psicosis desde la atención primaria de salud. FMC 1996; 7: 447-53. A la fecha con Vigencia.

Munárriz Fernandis M . Manejo del paciente violento. FMC 1997; 4: 59-67. A la fecha con Vigencia.

Tizón JL. Las percepciones sensoriales anómalas en la clínica (II). Etiopatogenia y aproximación terapéutica. FMC 2000; 7: 2-10. A la fecha con Vigencia.

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-secuelas-pacientes-sufren-delirios-tras-enfermedad-4287>