



Mi Universidad

Delirium y trastornos cognitivos agudos

Cristian Josué Valdez Gómez

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina humana

Semestre V

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 10 de Septiembre del 2025

El delirium es un síndrome clínico agudo caracterizado fundamentalmente por una perturbación de la atención y de la conciencia que se desarrolla sobre horas o días y tiende a fluctuar a lo largo del día; esta alteración atencional va acompañada de al menos otra perturbación cognitiva (por ejemplo, memoria, orientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción). Según las directrices del DSM-5, para establecer el diagnóstico debe demostrarse que el cuadro constituye un cambio respecto al nivel cognitivo basal del paciente y que existe evidencia clínica o de laboratorio de que la alteración es consecuencia fisiológica directa de una condición médica, intoxicación o abstinencia por sustancias, o de múltiples causas simultáneas. Estas características inicio agudo, curso fluctuante, inatención como rasgo central y relación causal con una condición médica o tóxica distinguen al delirium de otros trastornos cognitivos de inicio insidioso.

Clínicamente el delirium puede manifestarse en formas clásicamente descritas como hiperactivo (agitación, inquietud, distrés psicomotor, alucinaciones) o hipoactivo (letargia, enlentecimiento, apatía), e incluso en una forma mixta que alterna ambos polos; la presentación hipoactiva es especialmente proclive al subdiagnóstico por su menor visibilidad en escenarios de hospitalización. El delirium es frecuente en pacientes hospitalizados, sobre todo en ancianos, en unidades de cuidados intensivos y tras cirugías mayores; su aparición se asocia a mayor morbilidad, estancia hospitalaria prolongada, aumento de costes y mayor mortalidad a corto y medio plazo. El reconocimiento precoz y la descripción adecuada del tipo de actividad psicomotora son pasos clínicos importantes para la evaluación inicial.

Desde el punto de vista de la fisiopatología, el delirium se entiende hoy como un síndrome multifactorial en el que convergen vulnerabilidad del sustrato cerebral (edad avanzada, demencia previa, comorbilidad neurológica), precipitantes agudos (infección, hipoxia, desórdenes metabólicos, fármacos anticolinérgicos, abstinencia por alcohol o sedantes, cirugía, dolor) y alteraciones de sistemas neuromoduladores y de la homeostasis neuronal. Entre las hipótesis mecanísticas más estudiadas figura la “hipótesis de la deficiencia colinérgica”, que postula que una reducción de

la neurotransmisión colinérgica favorece las alteraciones atencionales y perceptivas propias del delirium; esta hipótesis se integra con observaciones sobre la contribución de la neuroinflamación (citoquinas periféricas que alteran la función sináptica y la microglia), la disfunción mitocondrial y la alteración de los sistemas catecolaminérgicos (p. ej. actividad anómala del locus coeruleus) que modulan el nivel de arousal y la atención. La interacción entre factores predisponentes y precipitantes agudos explica por qué individuos con fragilidad cognitiva desarrollan delirium ante una agresión moderada que no produciría la misma respuesta en una persona con reserva cerebral mayor. Estas concepciones se apoyan tanto en síntesis neurobiológicas clásicas como en revisiones clínicas contemporáneas sobre colinergia e inflamación en delirium.

La evaluación diagnóstica debe combinar un examen clínico dirigido (valoración de atención, orientación, lenguaje, memoria y funciones perceptivas), la toma de una historia que precise el nivel cognitivo basal y la identificación rápida de factores precipitantes, y el uso de instrumentos de cribado validados (por ejemplo, el Confusion Assessment Method CAM o 4AT) para la detección en entornos agudos. Estudios y guías enfatizan que la confirmación diagnóstica exige diferenciar delirium de otras causas de confusión aguda como intoxicaciones o trastornos psiquiátricos primarios, y también de la exacerbación de demencia subyacente; para esto último es crítico disponer de información sobre el estado previo del paciente y observar la naturaleza fluctuante del cuadro actual. El DSM-5 subraya la importancia de documentar la relación temporal entre la aparición de los síntomas y la presencia de una condición médica o de uso/cesación de sustancias.

En cuanto al manejo, el principio cardinal es identificar y corregir los factores precipitantes (p. ej., tratar infección, corregir desequilibrios hidroelectrolíticos, retirar fármacos causales), junto con medidas de soporte orientadas a prevenir complicaciones y facilitar la recuperación: entorno tranquilo y con estímulos sensoriales adecuados, reorientación frecuente, optimización del sueño-vigilia, movilización precoz, hidratación y control del dolor. La evidencia farmacológica para

prevenir o tratar delirium es limitada; los antipsicóticos han sido utilizados para controlar la agitación o síntomas psicóticos que amenacen la seguridad, pero no existe evidencia robusta de que prevengan la duración ni mejoren el pronóstico general del delirium; las benzodiacepinas están contraindicadas salvo en el manejo de delirium por abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. Las guías contemporáneas recomiendan priorizar medidas no farmacológicas y la búsqueda exhaustiva de causas tratables.

Respecto a lo que muchas veces se nombra como “trastornos cognitivos agudos (leves)”, es importante precisar lo que establece el DSM-5: el manual distingue los trastornos neurocognitivos mayores (demencias) y los leves (mild neurocognitive disorder). El trastorno neurocognitivo leve, según DSM-5, se define por un deterioro cognitivo modesto respecto al nivel previo en una o más áreas cognitivas, detectable por el examen clínico o mediante pruebas neuropsicológicas confiables, que no interfiere significativamente con la independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (aunque puede requerir mayor esfuerzo o estrategias compensatorias). A diferencia del delirium, el trastorno neurocognitivo leve suele tener un inicio insidioso y una evolución más sostenida; no constituye un diagnóstico que por sí solo explique un cuadro de alteración atencional aguda y fluctuante. Si el clínico documenta inicio rápido y fluctuación, el diagnóstico apropiado sigue siendo delirium; si la alteración es leve, sin curso agudo y sin relación clara con una causa médica aguda, entonces el DSM-5 plantea el diagnóstico de trastorno neurocognitivo leve conforme a sus propios criterios.

Finalmente, en términos pronósticos y de impacto poblacional, el delirium no sólo es un marcador de enfermedad médica grave, sino que puede desencadenar o acelerar el declive cognitivo a largo plazo en una proporción significativa de pacientes, particularmente en ancianos con reserva cognitiva ya disminuida; por ello la prevención, la identificación precoz y el enfoque multidisciplinario son esenciales para mejorar resultados. La comprensión actual del delirium invita también a invertir en investigación traslacional que clarifique biomarcadores, mecanismos

neuroinflamatorios y vías de intervención más eficaces, objetivos en los que confluyen las aportaciones de la neurociencia básica y la medicina clínica y geriátrica.