



**Mi Universidad**

**Delirium y Trastornos**

**Cognitivos Agudos**

*David García Caballero*

*Parcial 1*

*Psiquiatria*

*Dr. ERICK JOSE VILLATORO VERDUGO*

*Medicina Humana*

*Quinto Semestre*

## **Delirium y Trastornos Cognitivos Agudos (Leves): Una Síntesis Basada en la Evidencia**

### **Delirium**

El delirium se caracteriza por los siguientes criterios diagnósticos:

**A. Alteración de la atención y la conciencia:** Existe una capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener y cambiar la atención, así como una orientación reducida al entorno.

**B. Inicio agudo y curso fluctuante:** La alteración se desarrolla en un corto período de tiempo (generalmente de horas a unos pocos días), representa un cambio con respecto al nivel basal de atención y conciencia, y tiende a fluctuar en gravedad durante el transcurso del día.

**C. Alteración cognitiva adicional:** Se presenta una alteración en otro dominio cognitivo, como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción.

**D. Exclusión de otra condición neurocognitiva preexistente:** Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución, y no ocurren en el contexto de un nivel de excitación gravemente reducido, como el coma.

**E. Evidencia de una etiología fisiológica directa:** La historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio evidencian que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, intoxicación o abstinencia de una sustancia, o exposición a una toxina.

### **Trastorno Neurocognitivo Leve (Trastorno Cognitivo Agudo Leve)**

**A. Evidencia de un declive cognitivo modesto:** Existe una preocupación por parte del individuo, un informante bien informado o el clínico de que ha habido un

ligero declive en la función cognitiva, y un deterioro modesto en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado por pruebas neuropsicológicas estandarizadas.

**B. No interfiere con la independencia en las actividades cotidianas:** Los déficits cognitivos no impiden la capacidad para la independencia en las actividades de la vida diaria (por ejemplo, se conservan las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos, pero pueden requerir un mayor esfuerzo, estrategias de compensación o adaptación).

**C. No ocurre exclusivamente en el contexto de un delirium.**

**D. No se explica mejor por otro trastorno mental.**

### **Perspectiva Clínica desde Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**

La presentación clínica del delirium es heterogénea y a menudo subdiagnosticada. Desde la perspectiva de la práctica clínica, se destacan los siguientes aspectos:

#### **Presentación Clínica del Delirium**

El cuadro clínico del delirium es de **inicio súbito** y de **naturaleza fluctuante**. Un paciente puede presentar momentos de lucidez que se alternan con períodos de confusión intensa. La **alteración de la atención** es el sello distintivo, manifestándose como una incapacidad para mantener una conversación o seguir instrucciones. La **desorientación** en tiempo y espacio es común.

Las **alteraciones perceptuales** son frecuentes, incluyendo ilusiones (interpretaciones erróneas de estímulos reales) y alucinaciones, que suelen ser visuales. El **ciclo sueño-vigilia** se encuentra a menudo invertido, con

somnolencia diurna y agitación nocturna. El **pensamiento** se vuelve desorganizado e incoherente.

El **estado psicomotor** puede variar, dando lugar a subtipos de delirium:

**Hiperactivo:** caracterizado por agitación, inquietud y labilidad emocional.

**Hipoactivo:** con letargo, bradipsiquia y disminución de la respuesta al entorno. Este subtipo es a menudo confundido con depresión o fatiga.

**Mixto:** una combinación de ambos estados.

### **Diagnóstico Diferencial**

El diagnóstico diferencial del delirium es amplio. Es fundamental distinguirlo de:

**Demencia:** La demencia tiene un inicio insidioso y un curso progresivo, mientras que el delirium es agudo y fluctuante. Sin embargo, el delirium es común en pacientes con demencia subyacente.

**Trastornos psicóticos primarios:** Aunque puede haber síntomas psicóticos en el delirium, la presencia de una alteración de la atención y la conciencia, junto con la evidencia de una causa médica subyacente, orienta hacia el delirium.

**Depresión:** El delirium hipoactivo puede simular una depresión, pero la alteración cognitiva aguda y fluctuante es más característica del delirium.

### **Manejo del Delirium**

El pilar del tratamiento del delirium es la **identificación y el tratamiento de la causa subyacente**. Esto requiere una evaluación médica exhaustiva. Las medidas de manejo incluyen:

**Soporte ambiental:** Proporcionar un entorno tranquilo, bien iluminado y con orientación constante (relojes, calendarios, presencia de familiares).

**Manejo no farmacológico:** Fomentar la movilidad, asegurar una adecuada hidratación y nutrición, y corregir déficits sensoriales (uso de gafas y audífonos).

**Tratamiento farmacológico:** Se reserva para el manejo de la agitación severa o los síntomas psicóticos que pongan en riesgo al paciente o al personal. Los antipsicóticos en dosis bajas son los fármacos de elección. Las benzodiazepinas deben evitarse, excepto en casos de delirium por abstinencia de alcohol o sedantes.

### **Fundamentos Neurobiológicos desde Kandel's Principles of Neural Science**

La fisiopatología del delirium es compleja y multifactorial, implicando una disfunción cerebral global. Aunque no se ha identificado una vía única, se postula una alteración en múltiples sistemas de neurotransmisores.

La hipótesis central sugiere una **disfunción colinérgica** generalizada, dada la importancia de la acetilcolina en la atención y la cognición. Fármacos con propiedades anticolinérgicas son conocidos precipitantes de delirium.

Además, existe evidencia de una desregulación en los sistemas **dopaminérgico** y **serotoninérgico**:

**Dopamina:** Un exceso de actividad dopaminérgica se ha asociado con los síntomas de agitación, delirios y alucinaciones en el delirium. Esto sustenta el uso de antipsicóticos (antagonistas de los receptores de dopamina) en su tratamiento.

**Serotonina:** La alteración en la neurotransmisión serotoninérgica puede contribuir a las fluctuaciones del ciclo sueño-vigilia y del estado de ánimo que se observan en el delirium.