



Resumen

Carla Sofía Alfaro Domínguez

Resumen de “Delirium y trastornos cognitivos agudos (leves)”

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Licenciatura en Medicina Humana

Quinto Semestre grupo “A”

07 de septiembre del 2025, Comitán de Domínguez, Chiapas.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos neurocognitivos constituyen un grupo de alteraciones caracterizadas por el deterioro adquirido de funciones como la atención, la memoria, el lenguaje y la percepción. Entre ellos, el delirium y el trastorno cognitivo leve (TCL) representan entidades distintas, pero de gran relevancia clínica, tanto en su frecuencia como en su impacto en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes. El delirium se asocia a cuadros agudos y potencialmente reversibles, mientras que el TCL refleja una transición entre el envejecimiento normal y la demencia. Comprender ambos cuadros es esencial en medicina clínica, geriatría y psiquiatría, pues su identificación temprana modifica la evolución del paciente.

"Delirium y trastornos cognitivos agudos (leves)"

1. Delirium

El delirium es definido por el DSM-5 como una alteración de la conciencia y la atención, con un inicio agudo y curso fluctuante, acompañado de un déficit en funciones cognitivas adicionales como memoria, orientación, lenguaje o percepción. Se distingue de otros trastornos porque su aparición está vinculada a una condición médica general, intoxicación o abstinencia de sustancias, o múltiples causas combinadas.

Un rasgo esencial es la oscilación a lo largo del día, con periodos de lucidez intercalados con confusión.

Epidemiología:

- Su incidencia varía entre 10-30% en pacientes hospitalizados, pero puede superar el 50% en cuidados intensivos y posquirúrgicos.
- Es más frecuente en adultos mayores, especialmente con deterioro cognitivo previo.
- Constituye un marcador de mal pronóstico: mayor riesgo de institucionalización, prolongación de la estancia hospitalaria, aumento de la mortalidad y de la progresión a demencia.

Etiología y factores de riesgo:

El delirium es multifactorial, pero algunos factores predisponentes son:

- Edad avanzada y fragilidad.
- Demencia previa o trastorno cognitivo leve.
- Enfermedades neurológicas, como enfermedad de Parkinson o ictus.

Factores precipitantes:

- Infecciones (neumonía, ITU).
- Alteraciones metabólicas (hiponatremia, hipoglucemia, hipoxia).
- Fármacos con efecto anticolinérgico, benzodiacepinas, opioides.
- Cirugías mayores, sobre todo cardíacas y ortopédicas.
- Privación del sueño y hospitalización prolongada.

Presentación clínica y subtipos:

1. **Hiperactivo:** inquietud, agitación, alucinaciones visuales, labilidad emocional.
2. **Hipoactivo:** letargo, somnolencia, apatía (frecuente en ancianos y fácilmente confundido con depresión).
3. **Mixto:** alternancia de fases hiperactivas e hipoactivas.

El delirium suele acompañarse de *trastornos perceptivos* (ilusiones, alucinaciones), desorganización del pensamiento y alteraciones psicomotoras.

Diagnóstico:

- Es clínico, apoyado en instrumentos como el “Confusion Assessment Method (CAM)”, que evalúa inicio agudo, fluctuaciones, déficit de atención y pensamiento desorganizado.
- Se deben descartar causas médicas y neurológicas mediante exploración física, analítica y estudios complementarios.
- El diagnóstico diferencial incluye demencia, depresión mayor y psicosis primaria.

Curso y pronóstico:

El delirium suele ser reversible si se identifica y trata la causa precipitante. No obstante, en ancianos con fragilidad o con demencia previa, puede dejar secuelas cognitivas permanentes. Su duración puede ir de horas a semanas.

Tratamiento no farmacológico:

- Orientación del paciente (reloj, calendario, familiar presente).
- Adecuada iluminación y sueño-vigilia.
- Movilización temprana, hidratación y nutrición.

Tratamiento farmacológico:

- Antipsicóticos como *haloperidol* (fármaco de referencia en agitación grave).
- Antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) como alternativa.
- Evitar benzodiacepinas, excepto en delirium por abstinencia alcohólica.

Prevención:

- Control de factores predisponentes en pacientes hospitalizados.
- Evaluación geriátrica integral.

Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

Definición:

El TCL corresponde al trastorno neurocognitivo leve del DSM-5. Se caracteriza por un declive cognitivo mayor al esperado para la edad, confirmado por el paciente, familiares o pruebas neuropsicológicas, pero sin interferir de forma significativa en la autonomía del individuo.

Historia del concepto:

En 1962, Kral diferenció entre olvido senil benigno y olvido senil maligno. Posteriormente, el grupo de la Mayo Clinic estableció criterios diagnósticos que delimitan el TCL como una fase intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Estos criterios incluyen:

1. Queja subjetiva de memoria.
2. Evidencia objetiva en pruebas cognitivas.
3. Preservación de actividades de la vida diaria.
4. Ausencia de demencia franca.

Epidemiología:

- Afecta entre *10 y 20% de adultos mayores.
- **Riesgo anual de progresión a demencia:** 10-15%, frente a 1-2% en ancianos sin TCL.
- Puede permanecer estable o, en algunos casos, revertir a la normalidad.

Factores de riesgo:

- Edad avanzada.
- Genotipo *APOE4* (predisposición a Alzheimer).
- Enfermedad cerebrovascular.
- Factores psicosociales: bajo nivel educativo, escasa estimulación cognitiva.
- Depresión geriátrica, que puede simular o favorecer deterioro cognitivo.

Presentación clínica y subtipos:

El TCL puede clasificarse en:

- **Amnésico:** déficit predominante en memoria episódica; es el subtipo con mayor riesgo de progresión a Alzheimer.
- **No amnésico:** alteraciones en otras funciones (lenguaje, funciones ejecutivas, visuoespaciales).

El paciente conserva su independencia, aunque reconoce más dificultad en actividades complejas (manejo de finanzas, organización de viajes, aprendizaje de nuevas tecnologías).

Diagnóstico:

- Evaluación clínica detallada.
- Aplicación de pruebas neuropsicológicas (Mini-Mental, MoCA, baterías específicas).
- Exclusión de demencia y de causas secundarias (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12, depresión).

Curso y pronóstico:

El TCL no es homogéneo

- Un tercio progresiona a demencia (Alzheimer principalmente).
- Otro tercio permanece estable.
- Un porcentaje menor revierte a la normalidad, lo que refleja la influencia de factores como depresión o causas médicas reversibles.

Tratamiento no farmacológico:

- Estimulación cognitiva, actividades intelectuales y sociales.
- Ejercicio físico regular.
- Control de factores cardiovasculares (hipertensión, diabetes).
- Promoción de dieta mediterránea.

Tratamiento farmacológico:

- No existe medicación aprobada. Los inhibidores de colinesterasa (donepezilo, rivastigmina) han sido probados, pero sin eficacia concluyente.
- El abordaje principal es preventivo, retrasando la progresión hacia demencia.

BIBLIOGRAFIA

Kaplan & Sadock ,sinopsis de psiquiatría 11^a edición