



**Mi Universidad**

## **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 progresa 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 11ª edición