



**Mi Universidad**

## **Resumen**

*Daniel de Jesús Berrios Jiménez*

*Delirium y trastornos cognitivos agudos*

*Parcial I*

*Psiquiatría*

*Erick José Villatoro Verdugo*

*Licenciatura en Medicina Humana*

*Quinto Semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 09 de septiembre de 2025*

## ***Delirium***

### **Definición**

El **delirium** es un síndrome neurocognitivo agudo caracterizado por alteraciones de la conciencia, la atención y la cognición, con un inicio rápido y un curso fluctuante. El *DSM-5* lo define como una alteración de la atención (capacidad de dirigir, enfocar, sostener y cambiar la atención) y de la conciencia (orientación hacia el ambiente), acompañada de un cambio cognitivo adicional (como memoria, lenguaje o percepción). Se desarrolla en un corto período de tiempo y tiende a fluctuar en gravedad a lo largo del día.

### **Epidemiología**

Según *Kaplan*, su prevalencia es elevada en hospitales generales, oscilando entre el 10% y 30%, y alcanza hasta un 80% en unidades de cuidados intensivos. Es más común en personas mayores de 65 años, en pacientes con demencia previa, tras cirugías mayores (en especial ortopédicas y cardíacas), en presencia de infecciones, insuficiencia orgánica múltiple, alteraciones hidroelectrolíticas o polifarmacia. Su incidencia aumenta proporcionalmente con la edad y la fragilidad del paciente.

### **Fisiopatología**

El delirium tiene una fisiopatología multifactorial. Se postulan alteraciones en la neurotransmisión, en particular una **deficiencia colinérgica** y un **exceso de actividad dopaminérgica**. También se han implicado procesos inflamatorios y disfunción en la regulación del estrés. El cerebro vulnerable (ancianos, con demencia, con daño previo) presenta menor reserva cognitiva, lo que facilita la aparición del cuadro frente a desencadenantes médicos o farmacológicos.

## Manifestaciones clínicas

Los síntomas cardinales incluyen:

- **Alteración de la atención:** dificultad para enfocar, mantener o desplazar la atención.
- **Conciencia reducida:** fluctuaciones en la claridad de la percepción del entorno.
- **Cognición alterada:** déficit en la memoria inmediata y reciente, pensamiento desorganizado, lenguaje incoherente.
- **Trastornos perceptivos:** ilusiones, alucinaciones visuales frecuentes.
- **Desorganización del ciclo sueño-vigilia:** inversión del ritmo, somnolencia diurna, insomnio nocturno.
- **Curso fluctuante:** empeora por la noche (fenómeno del “sundowning”).

## Subtipos clínicos

- **Hiperactivo:** agitación, inquietud, agresividad, alucinaciones, hiperalerta.
- **Hipoactivo:** somnolencia, apatía, enlentecimiento psicomotor. Es más difícil de reconocer, con peor pronóstico por retraso en el diagnóstico.
- **Mixto:** alternancia entre periodos de agitación y letargo.

## Diagnóstico

El *DSM-5* establece cinco criterios diagnósticos esenciales.

- Alteración de la atención y la conciencia.
- Aparición en un corto período de tiempo (horas o días), con fluctuaciones a lo largo del día.
- Presencia de una alteración cognitiva adicional (memoria, lenguaje, percepción, orientación).
- No atribuible a un trastorno neurocognitivo preexistente.
- Evidencia de que es consecuencia fisiopatológica directa de una condición médica, intoxicación, abstinencia o múltiples etiologías.

Además, recomienda la evaluación clínica completa y pruebas complementarias para identificar causas. *Kaplan* enfatiza la importancia de escalas como *Confusion Assessment Method (CAM)* para facilitar la detección en el ámbito clínico.

### Diagnóstico diferencial

El delirium debe diferenciarse de:

- **Demencia:** curso crónico, progresivo y sin fluctuaciones marcadas.
- **Trastornos psicóticos:** el contenido delirante puede ser estructurado, pero no hay fluctuaciones de conciencia.
- **Depresión mayor:** enlentecimiento psicomotor, pero sin alteraciones atencionales tan graves.

### Curso, evolución y pronóstico

El delirium puede durar desde horas hasta semanas. Si se corrige la causa subyacente, puede resolverse por completo, aunque en muchos casos deja secuelas cognitivas residuales. El delirium se asocia con:

- Mayor riesgo de complicaciones hospitalarias.
- Incremento de la mortalidad (hasta 25–30% en algunos estudios).
- Mayor riesgo de institucionalización y de deterioro cognitivo persistente, especialmente en ancianos.

constituye una **urgencia médica-psiquiátrica** que requiere intervención inmediata.

## **Trastornos Cognitivos Agudos (Leves)**

### **Definición**

El *DSM-5* introduce la categoría de **trastorno neurocognitivo leve**, que describe un deterioro cognitivo modesto en uno o más dominios cognitivos (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades perceptuales-motoras o cognición social). No interfiere de manera significativa en la independencia funcional, aunque requiere mayor esfuerzo, compensaciones o estrategias adaptativas.

En la práctica clínica, *Kaplan* distingue los **trastornos cognitivos leves de inicio agudo** como alteraciones transitorias y menores de la cognición que no cumplen criterios de delirium ni de trastorno neurocognitivo mayor. Estos pueden deberse a fatiga, estrés, efectos adversos de medicamentos o condiciones médicas reversibles.

### **Características clínicas**

- Deterioro leve de la memoria, principalmente memoria reciente.
- Dificultad para la concentración y para procesar tareas complejas.
- Lenguaje y orientación preservados.
- No se acompaña de fluctuaciones notables en el nivel de conciencia.
- El inicio puede ser más gradual que en el delirium, pero sigue siendo perceptible en un período corto.

### **Criterios diagnósticos del DSM-5**

1. Evidencia de deterioro cognitivo modesto en uno o más dominios, basada en:
  - a. Preocupación del individuo, informante o clínico.
  - b. Evaluación neuropsicológica objetiva.
2. Déficit cognitivo que no interfiere de manera significativa en la independencia funcional.
3. No ocurre exclusivamente en el contexto de un delirium.
4. No se explica mejor por otro trastorno mental.

## Epidemiología y relevancia clínica

El trastorno cognitivo leve es más frecuente en la población mayor de 60 años. Representa un **estado intermedio** entre el envejecimiento normal y la demencia. Aproximadamente un 10–15% de los casos progresan a demencia anualmente. Por ello, constituye una categoría diagnóstica de gran importancia clínica, ya que permite la **detección temprana** y la implementación de estrategias preventivas.

## Diagnóstico diferencial

- **Envejecimiento normal:** presenta olvidos leves pero no deterioro funcional ni progresión significativa.
- **Delirium:** diferencia fundamental en la alteración de la conciencia y el curso fluctuante.
- **Depresión (seudodemencia depresiva):** enlentecimiento y falta de concentración que simulan deterioro cognitivo, pero con predominio de síntomas afectivos.

## Curso y pronóstico

En muchos casos, los trastornos cognitivos agudos leves son transitorios y reversibles si se identifica la causa. Sin embargo, en la población geriátrica, su persistencia puede indicar un riesgo de progresión hacia un trastorno neurocognitivo mayor. El seguimiento clínico periódico es esencial para diferenciar los casos reversibles de los que evolucionan hacia demencia.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.
2. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica* (11.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer Health.