



Mi Universidad

**Reseña sobre Delirium y
Trastornos Cognitivos
Leves**

Alexander Gómez Moreno

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 08 de septiembre de 2025

Delirium

El delirium se entiende como el deterioro agudo caracterizado por la alteración de la conciencia y de la cognición, con una marcada afectación de la atención. Constituye un trastorno del sistema nervioso central de curso fluctuante y potencialmente reversible, aunque representa un riesgo vital para el paciente, clínicamente puede acompañarse de cambios en el estado de ánimo, la percepción y la conducta, además de síntomas neurológicos como temblores, asterixis, nistagmo, descoordinación o incontinencia urinaria, donde su aparición suele ser súbita (horas o días) y de corta duración, con fluctuaciones diurnas y empeoramiento nocturno.

Epidemiológicamente, el delirium es común en adultos mayores y su prevalencia aumenta con la edad; en población general afecta alrededor del 1% de mayores de 55 años, llegando al 13% en mayores de 85. En hospitalización, entre el 15 y el 21% de ancianos lo presentan al ingreso, y hasta un 30% lo desarrollan durante la estancia. Es frecuente en cirugía (10-50%), cuidados intensivos (70-87%) y cuidados paliativos (83%). También aparece en enfermedades graves como SIDA, quemaduras y en pacientes institucionalizados. La edad avanzada y el sexo masculino son factores de riesgo claros, y la presencia de delirium se asocia con alta mortalidad: hasta un 50% al año tras un episodio.

Las causas son múltiples, como enfermedades del SNC (epilepsia, traumatismos), enfermedades sistémicas graves (cardíacas, infecciosas, metabólicas), intoxicación o abstinencia de fármacos y drogas, dolor, cirugía o desequilibrios metabólicos, además neurobiológicamente, el déficit colinérgico es central, con implicación de la formación reticular y otras vías neurotransmisoras como noradrenalina, serotonina y glutamato.

El cuadro clínico incluye alteración de la conciencia y atención, desorientación, pérdida de memoria, pensamiento desorganizado, delirios, alucinaciones, alteraciones psicomotoras (hiper o hipoactividad), trastornos del ciclo sueño-vigilia y cambios emocionales bruscos. El EEG suele mostrar lentificación difusa, salvo en delirium por abstinencia de alcohol, donde se observa actividad rápida.

El diagnóstico diferencial principal es con demencia: en esta última el inicio es insidioso y la atención se conserva relativamente, mientras que en delirium los síntomas aparecen de forma súbita y fluctúan; a su vez también debe diferenciarse de esquizofrenia, depresión mayor, psicosis breve, trastornos disociativos, el trastorno esquizofreniforme y trastornos facticios.

En cuanto al curso y pronóstico, el delirium suele resolverse en días si se elimina la causa, aunque puede durar hasta dos semanas; y a recuperación es más lenta en ancianos y en casos prolongados, también puede dejar recuerdos fragmentarios y se asocia con depresión o síntomas postraumáticos posteriores, eso da un signo de mal pronóstico vital y funcional.

Para el diagnóstico el DSM-5 establece criterios específicos:

- a) Alteración de la atención y la conciencia
 - b) Aparición aguda (horas o días) y curso fluctuante a lo largo del día
 - c) Alteración cognitiva adicional (memoria, orientación, lenguaje, percepción)
 - d) No atribuible a otro trastorno neurocognitivo ni al coma
 - e) Evidencia de causa médica, tóxica o múltiple
- Además, especifica subtipos (por intoxicación, abstinencia, medicamentos, etiología médica o múltiple) y modalidades clínicas (hiperactivo, hipoactivo o mixto)

El tratamiento se centra en la identificación y corrección de la causa subyacente, junto con medidas de soporte ambiental, sensorial y físico que garanticen la seguridad del paciente; en casos de agitación o psicosis se utilizan antipsicóticos, siendo el haloperidol el más empleado; para el insomnio pueden indicarse benzodiazepinas de vida media corta, particularmente en delirium asociado a abstinencia alcohólica. En casos terminales, el abordaje se orienta a cuidados paliativos y bienestar.

Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

El trastorno cognitivo leve es un concepto relativamente reciente, descrito para cubrir el espacio entre el envejecimiento normal y la demencia; este se define como un declive cognitivo mayor de lo esperado para la edad y nivel educativo, sin alcanzar la severidad de la demencia, ya que la independencia funcional se conserva. Es un estado prodrómico en muchos casos, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, aunque no todos los pacientes progresan.

Históricamente se han descrito categorías como olvido senil benigno y maligno, alteración de la memoria asociada a la edad o declive cognitivo asociado al envejecimiento. Actualmente se considera que el trastorno cognitivo leve representa un estado clínico intermedio, con déficits evidentes en memoria u otros dominios cognitivos, pero sin pérdida significativa de autonomía.

Los trastornos cognitivos leves pueden anteceder a la enfermedad de Alzheimer, ya que las alteraciones cerebrales aparecen antes de los síntomas clínicos. Su aparición depende de factores de riesgo como la neurodegeneración, el alelo APOE4, los problemas cerebrovasculares y la exposición prolongada a cortisol en la depresión geriátrica, que reduce el hipocampo. En contraste, la “reserva cerebral” sugiere mayor tamaño cerebral y densidad neuronal, actúa como un factor protector que retrasa o atenúa las manifestaciones clínicas de la demencia.

Clínicamente, el déficit suele localizarse en la memoria episódica, aunque puede afectar otras funciones cognitivas. Para el diagnóstico se requieren pruebas neuropsicológicas sensibles, ya que los tests breves suelen fallar, también se han propuesto biomarcadores como niveles de beta-amiloide y t-tau en LCR y estudios de neuroimagen (atrofia hipocámpal, depósitos de amiloide en PET) como predictores de progresión a Alzheimer.

El diagnóstico diferencial principal es con envejecimiento normal (donde el déficit es menos marcado) y con demencia (donde existe deterioro funcional). El curso es

variable: algunos pacientes evolucionan a Alzheimer, otros permanecen estables y algunos incluso mejoran.

Para el diagnóstico según el DSM-5: el TCL se denomina trastorno neurocognitivo leve. Los criterios incluyen:

- a) Evidencia de declive cognitivo en uno o más dominios (memoria, atención, función ejecutiva, lenguaje, percepción, cognición social), documentado por pruebas o evaluación clínica
- b) Preservación de la independencia en las actividades diarias, aunque con mayor esfuerzo o uso de estrategias compensatorias
- c) No aparece exclusivamente en el contexto de delirium
- d) No se explica mejor por otro trastorno mental (ejemplo: esquizofrenia, trastorno depresivo mayor)

Actualmente no existe un tratamiento aprobado para el trastorno cognitivo leve, por lo que el manejo se basa en la detección temprana, la corrección de causas reversibles (como hipotiroidismo, déficit de vitamina B12, uso de fármacos o depresión), y el control de factores de riesgo vascular (hipertensión, diabetes, colesterol). El entrenamiento cognitivo ofrece beneficios modestos, aunque no hay evidencia sólida de que los fármacos sean efectivos. Estudios con antihipertensivos, antioxidantes, estrógenos y antiinflamatorios han mostrado menor riesgo de demencia, pero sin resultados concluyentes, además se espera que en el futuro los biomarcadores y técnicas de neuroimagen permitan identificar mejor a los pacientes en riesgo y desarrollar tratamientos más eficaces.

REFERENCIAS

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A. y Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica (11.^a ed.). Wolters Kluwer.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.