



Mi Universidad

Resumen

Breici del Rocio López Méndez

Primer parcial

psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de septiembre del 2025

Delirium

El delirium se define por el deterioro agudo tanto en el nivel de conciencia como en el de cognición con gran importancia en la deficiencia de atención, es originario del sistema nervioso central en algunas ocasiones el delirium puede ser reversible, dentro de los síntomas del delirium son psiquiátricos, normalmente alteraciones del estado de ánimo, la percepción y la conducta y algunos síntomas neurológicos como temblor, asterixis, nistagmo, descoordinación y por último la incontinencia urinaria.

Causas frecuentes

Sistema Nervioso Central (SNC): crisis epilépticas, migraña, traumatismo craneal, tumores, hemorragias, abscesos, accidente cerebrovascular, isquemia transitoria.

Metabólicas: alteraciones electrolíticas, diabetes, hipoglucemia, resistencia a la insulina.

Sistémicas: infecciones (sepsis, malaria, sífilis, abscesos), traumatismos, deshidratación/sobrecarga de líquidos, deficiencias nutricionales, quemaduras, dolor incontrolado, golpe de calor, grandes alturas.

Fármacos: analgésicos (meperidina, morfina), antibióticos/antivirales, esteroides, anestesia, antihipertensivos, antineoplásicos, anticolinérgicos, síndrome neuroléptico maligno, síndrome serotoninérgico.

Otros: Productos de venta libre: suplementos, fitoterapia.

- **Plantas tóxicas:** estramonio, digital, cicuta, etc.
- **Enfermedades cardíacas:** insuficiencia, arritmias, infarto, cirugía cardíaca.
- **Enfermedades pulmonares:** EPOC, hipoxia, trastornos ácido-base.
- **Endocrinas:** crisis suprarrenal, enfermedades tiroideas/paratiroides.
- **Hematológicas:** anemia, leucemia, trasplante de células madre.
- **Renales:** insuficiencia renal, uremia.

- **Hepáticas:** hepatitis, cirrosis, insuficiencia hepática.
- **Neoplasias:** cerebrales o metastásicas.
- **Sustancias de abuso:** intoxicación y abstinencia.
- **Toxinas:** metales pesados, aluminio.

Criterios para diagnóstico.

- A.** Una alteración de la atención y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B.** La alteración aparece en poco tiempo (horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C.** Una alteración cognitiva adicional (déficit de memoria/ orientación/de lenguaje/capacidad visuoespacial/percepción).
- D.** Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E.** En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a toxina o se debe a múltiples etiologías.

Exploración física y pruebas analíticas (Kaplan)

- Diagnóstico clínico a la cabecera del paciente (inicio súbito).
- Herramientas: Mini-Mental State Examination, exploración neurológica.
- **EEG:** enlentecimiento generalizado, útil para diferenciar de depresión o psicosis.

- Importancia de identificar enfermedad física, traumatismo, consumo de alcohol o drogas.

Diagnóstico diferencial

Realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo con diferentes trastornos neurodegenerativos por gran similitud de síntomas como:

Demencia:

- Delirium → inicio agudo, fluctuante, atención variable.
- Demencia → inicio gradual, síntomas estables en el tiempo.

Esquizofrenia/Depresión:

- Esquizofrenia → síntomas más estables, conciencia no alterada.
- Depresión → puede parecerse en hipovigilancia, pero EEG y clínica los diferencian.

Evolución y pronóstico

- Inicio súbito, con síntomas prodrómicos (inquietud, temor).
- Duración: 3 a 7 días, máximo 2 semanas si se trata la causa.
- Recuperación más lenta en ancianos o casos prolongados.
- Puede haber recuerdos vagos posteriores.
- Se asocia a alta mortalidad en el año siguiente (por enfermedades de base).
- No está demostrado que progrese a demencia, aunque algunos médicos lo creen.

Tratamiento (Kaplan)

Objetivo principal: tratar la causa subyacente.

Medidas de apoyo:

- Evitar accidentes → apoyo físico y supervisión.
- Evitar aislamiento sensorial o sobreestimulación.
- Orientar al paciente en persona, lugar y tiempo.
- Ambiente con objetos familiares (fotos, reloj, calendario).

Trastornos neurocognitivos agudos

(leves)

El término de trastorno cognitivo leve se propuso para cubrir el espacio entre alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento y los trastornos cognitivos indicativos de demencia, existen ciertos criterios propuestos por Mayo Clinic Alzheimer's Disease Research Center:

- preocupación por un problema de declive de la memoria preferiblemente indicada por un informante cualificado que conozca bien al paciente
- Deterioro objetivo de la memoria para la edad y nivel educativo
- preservación de la función cognitiva
- Actividades de la vida diaria intactas
- Ausencia de demencia

La expresión clínica de un trastorno cognitivo leve puede considerarse el resultado de la interacción de diversos factores de riesgo y protectores, el cuadro clínico dependerá de los criterios utilizados para definirlo.

Valoración: La mayoría de los especialistas coinciden que los déficits mas precoces se perciben en la memoria episódica, Se dice que es muy probable a que la aparición de los trastornos cognitivos leves estén relacionados a diferentes genes; en el Alzheimer e han descrito cuatro genes: APP, PSEN1, PSEN2 y APOE, siendo las primeras dos con afectación autosómica dominante poco frecuentes de la enfermedad de Alzheimer.

Criterios diagnósticos: (DSM5)

- Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o msd dominios cognitivos basados en:
- Preocupación en el propio individuo, en un informante que lo conoce
- Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado

- Los déficits no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas
- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de delirium
- Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental

Codificación según DSM-5:

- Trastorno neurocognitivo leve: 331.83 (G31.84)
- Trastorno neurodegenerativo leve no especificado: 799.59 (R41.9)

Tratamiento:

En la actualidad, no existe un tratamiento para el trastorno cognitivo leve aprobado por la FDA, así que el tratamiento se basa en la realización de las pruebas de detección y diagnóstico adecuadas. Idealmente, debe incluir también la mejora de la pérdida de memoria y la prevención de un mayor declive cognitivo hacia la demencia.

En atención primaria, los médicos deberían considerar el diagnóstico de trastorno cognitivo leve en los pacientes que presentan problemas cognitivos, por otra parte, algunos de los casos de trastorno cognitivo leve con demencia prodrómica podrían deberse a causas reversibles de deterioro cognitivo, como el hipotiroidismo, la deficiencia de vitamina B12, el uso de fármacos o la depresión, en cuyo caso la identificación y corrección de la causa subyacente sería altamente beneficiosa para el paciente.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.; L. Ezpeleta, Trad.). Editorial Médica Panamericana.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica* (11.^a ed.). Wolters Kluwer.