



Entrega 00 I

Daniel Esteban Hernández Méndez

Parcial I

Investigación epidemiológica avanzada

Dr Erick José Villatoro

Licenciatura en Medicina Humana

Cuarto semestre, grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas a 09 de septiembre de 2025

DELIRIUM

Se trata del deterioro agudo tanto en el nivel de conciencia como en la cognición, con particular deficiencia de atención, representa riesgo vital, pero potencialmente reversible, e incluye alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y disfunciones en el ciclo del sueño.

Esta afección trae manifestaciones psiquiátricas como alteraciones del estado de ánimo, la percepción y la conducta, al mismo tiempo presenta manifestaciones neurológicas como el temblor, la asterixis, el nistagmo, la descoordinación y la incontinencia urinaria, aunque el síntoma distintivo del delirium es un deterioro de la conciencia que suele aparecer asociado con un deterioro global de las funciones cognitivas.

Este tiene un inicio súbito que puede ir de horas a días, su evolución es breve y mejora con rapidez si se identifica y elimina el factor causal, esto favorecerá a la aparición de complicaciones como las lesiones accidentales.

El delirium es frecuente en personas mayores, con una prevalencia del 1% en mayores de 55 años y del 13% en mayores de 85. En urgencias lo presentan entre el 5 y el 10% de los ancianos, y al ingreso hospitalario entre el 15 y el 21%, apareciendo durante la hospitalización en un 5 a 30% de los pacientes; bajo el contexto quirúrgico la incidencia es mayor: 10 a 15% en cirugía general, 30% en cirugía cardíaca y más del 50% en fractura de cadera; en la UCI afecta al 70–87%, en cuidados paliativos hasta al 83%, en residencias al 60%, en grandes quemados al 21%, en personas con sida hospitalizadas al 30–40% y en pacientes terminales al 80%. El delirium se asocia con mal pronóstico, ya que triplica el riesgo de institucionalización en mayores de 65 años y presenta una mortalidad del 23–33% a los tres meses y de hasta el 50% al año. Durante la hospitalización la mortalidad puede ser del 20 al 75%, mientras que tras el alta mueren hasta el 15% en el primer mes y el 25% en seis meses.

Las principales causas de delirium son las enfermedades del sistema nervioso central, como la epilepsia, las enfermedades sistémicas, como la insuficiencia

cardíaca y la intoxicación o abstinencia de fármacos o agentes tóxicos, dentro de la evaluación clínica debe considerarse que cualquier medicamento que el paciente haya recibido puede ser relevante como causa del cuadro, este mismo no se explica mejor por la existencia de un trastorno neurocognitivo mayor o menor previamente establecido, ni por otro trastorno mental, y debe atribuirse a una consecuencia fisiológica directa de una condición médica, la intoxicación o abstinencia de sustancias, la exposición a tóxicos o la concurrencia de múltiples etiologías.

El diagnóstico del delirium se realiza habitualmente a la cabecera del paciente, caracterizado por un inicio súbito de síntomas, la exploración del estado mental, mediante herramientas como el Mini-Mental State Examination u otras pruebas neuropsicológicas y neurológicas, permite documentar el deterioro cognitivo y establecer una base para monitorizar la evolución clínica. Las pruebas analíticas deben incluir estudios sistemáticos y exploraciones adicionales dirigidas, caso ocurrido en el electroencefalograma, que en el delirium muestra típicamente una lentificación difusa de la actividad cerebral, lo que facilita su diferenciación frente a la depresión o la psicosis, aunque en algunas ocasiones pueden observarse áreas focales de hiperactividad.

Respecto a su diagnóstico diferencial, este debe establecerse principalmente con la demencia, la esquizofrenia y la depresión, para un primer caso, es decir, frente a la demencia, el delirium se caracteriza por un inicio agudo, fluctuación del nivel de atención y alteración de la conciencia, mientras que en la demencia los síntomas aparecen de forma progresiva y la atención suele estar relativamente preservada, a excepción de fases avanzadas, como dato adicional, la coexistencia de ambas condiciones se conoce como demencia oscurecida. Ahora, en relación con los trastornos psicóticos, las alucinaciones y delirios en la esquizofrenia suelen ser más organizados y persistentes, sin alteraciones del nivel de conciencia ni de la orientación, lo que los diferencia del delirium.

El delirium suele iniciarse de forma brusca, los síntomas persisten mientras actúe la causa subyacente, aunque habitualmente el cuadro dura menos de una semana y se resuelve en 3 a 7 días tras la corrección del factor desencadenante, pudiendo

prolongarse hasta dos semanas en algunos casos, a destacar que la recuperación es más lenta en pacientes de mayor edad o con episodios prolongados.

Finalmente, el tratamiento consiste en identificar y tratar la causa subyacente, por ejemplo, en situaciones de toxicidad anticolinérgica puede emplearse fisostigmina suministrada de 1–2 mg por vía intravenosa o intramuscular, con repeticiones cada 15–30 minutos si es necesario, adicionalmente deben aplicarse medidas de apoyo físico, sensorial y ambiental. De igual manera se remarca que el entorno debe adaptarse para evitar accidentes, reduciendo tanto la privación sensorial como la sobreestimulación, la presencia de familiares o cuidadores habituales, así como objetos personales, relojes o calendarios, favorece la orientación y el bienestar del paciente.

TRASTORNO COGNITIVO LEVE

Se define como un declive cognitivo de poca gravedad que no cumple criterios de demencia y mantiene la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. En el DSM-5 se incluye como trastorno neurocognitivo leve, debido a múltiples etiologías o no especificado, este concepto surge para cubrir la zona intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Dentro de esto aparecen los criterios del Mayo Clinic Alzheimer's Disease Research Center son: preocupación por pérdida de memoria, deterioro objetivo de memoria en relación con edad y educación, preservación de la función cognitiva global, actividades diarias intactas y ausencia de demencia.

Bajo un contexto histórico, desde 1962 se han propuesto diferentes denominaciones para este fenómeno: olvido senil benigno/maligno según Kral, alteración de la memoria asociada a la edad según la NIMH en 1986, declive cognitivo asociado a la edad según la Asociación Internacional de Psicogeriatría en 1994 y trastorno cognitivo en ausencia de demencia según la Canadian Study of Health and Aging en 1997.

En cuanto a epidemiología y etiología, se sabe que las alteraciones neuropatológicas de la enfermedad de Alzheimer pueden identificarse mucho antes

de la aparición clínica. Los factores de riesgo incluyen procesos neurodegenerativos, enfermedad cerebrovascular y exposición prolongada a cortisol como ocurre en la depresión geriátrica que contribuye a la atrofia hipocampal.

Para la presentación clínica, se considera que este trastorno se caracteriza principalmente por un déficit de memoria, especialmente episódica, que puede evaluarse de manera objetiva mediante una pérdida cognitiva superior a 1,5 desviaciones estándar respecto a individuos de igual edad y nivel educativo, aunque las quejas subjetivas del paciente o de sus familiares también se consideran, a pesar del riesgo de falsos positivos. Entre los biomarcadores, el alelo ApoE4 se ha identificado como factor de riesgo de progresión rápida a enfermedad de Alzheimer, y en el LCR, bajas concentraciones de A β 42 y elevadas de t-tau y p-tau permiten diferenciar los primeros estadios de la enfermedad del envejecimiento normal; también se han detectado proteínas como cistatina C, β 2-microglobulina y BEGF asociadas a la patología de Alzheimer. En cuanto a neuroimagen, se observa atrofia del hipocampo y de la corteza entorrinal, en conjunto, este trastorno representa un estadio prodrómico de diversas demencias y su diagnóstico y seguimiento requieren la integración de evaluaciones neuropsicológicas, biomarcadores, genética y neuroimagen para identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer.

La evolución del trastorno es variable, con una tasa de progresión hacia Alzheimer de entre 10 y 15% por año, aunque algunos pacientes pueden permanecer estables o regresar a su estado cognitivo previo.

No existe un tratamiento aprobado por la FDA, por lo que la intervención se centra en la detección y diagnóstico, el entrenamiento cognitivo leve y el control de factores de riesgo vascular como hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, mientras que las causas reversibles de deterioro cognitivo, como hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, fármacos o depresión, deben identificarse y corregirse.

BIBLIOGRAFÍA

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (Año). Sinopsis de psiquiatría (11.^a ed.). Wolters Kluwer.