



RESUMEN

Jorge Santis García

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Quinto Semestre Grupo "B"

Comitán de Domínguez Chiapas 07 de septiembre 2025

Introducción

El estudio de los síndrome neurocognitivos es fundamental para comprender las alteraciones agudas del sistema nervioso central que comprometen de manera significativa la calidad de vida de los pacientes. Entre estas entidades, el delirium y los trastornos cognitivos agudos leves ocupan un papel central en la práctica clínica, ya que se caracterizan por su aparición rápida, curso fluctuante y potencial reversibilidad.

El delirium constituye un síndrome clínico complejo, frecuente en pacientes hospitalizados y en adultos mayores, que se asocia con un incremento de la morbimortalidad y la prolongación de la estancia hospitalaria. Por otro lado, los trastornos cognitivos agudos leves representan formas más sutiles de alteración cognitiva que no alcanzan la severidad del delirium, pero que pueden constituir una señal temprana de vulnerabilidad.

Ambos cuadros demandan una detección precoz y un abordaje integral, ya que su diagnóstico oportuno puede evitar complicaciones graves y favorecer la recuperación funcional del paciente.

DELIRIUM

El delirium se define por el deterioro agudo tanto en el nivel de conciencia como en la cognición, con particular deficiencia de atención. Este trastorno del sistema nervioso central (SNC) supone un riesgo vital, pero potencialmente reversible, e incluye alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y disfunciones en el ciclo del sueño. El síntoma distintivo del delirium es un deterioro de la conciencia que suele aparecer asociado con un deterioro global de las funciones cognitivas. Son síntomas psiquiátricos frecuentes las alteraciones del estado de ánimo, la percepción y la conducta; el temblor, la asterixis, el nistagmo, la descoordinación y la incontinencia urinaria son síntomas neurológicos frecuentes. Clásicamente, el delirium tiene un inicio súbito (horas o días), su evolución es breve y fluctuante, y mejora con rapidez si se identifica y elimina el factor causal, aunque todas estas características pueden variar según el paciente.

Epidemiología:

El delirium es un trastorno habitual, con las mayores tasas de incidencia y prevalencia entre los adultos de mayor edad. En los estudios llevados a cabo en la población general, el 1% de las personas de 55 años o más de edad presentan delirium (el 13% en el grupo poblacional de 85 años o más). Se comunicó la aparición de delirium en el 10% al 15% de los pacientes de cirugía general; en el 30% de los sometidos a cirugía cardíaca abierta, y en más del 50% de los que recibieron tratamiento por fractura de cadera. Presentan delirium el 70% a 87% de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, y hasta el 83% de los que reciben cuidados paliativos, así como el 60% de los que viven en residencias o en centros de cuidados. Aproximadamente el 21% de los pacientes con quemaduras graves y del 30% al 40% de los que tienen sida tienen episodios de delirium mientras están hospitalizados. Este trastorno se observa también en el 80% de los pacientes terminales.

Etiología

Las principales causas de delirium son las enfermedades del SNC (p. ej., epilepsia), enfermedades sistémicas (p. ej., insuficiencia cardíaca) y la intoxicación o la abstinencia de fármacos o agentes tóxicos.

Diagnóstico y cuadro clínico

conciencia (como reducción del nivel de conciencia); alteración de la atención (reducción de la capacidad para centrar, mantener o desplazar la atención); deterioro en otros dominios de la función cognitiva, que puede manifestarse como desorientación (especialmente en el tiempo y el espacio) y reducción de la memoria; inicio relativamente rápido (habitualmente horas o días); duración breve (de días a semanas), y fluctuaciones a menudo intensas e impredecibles de la gravedad y otras manifestaciones clínicas durante el día que, en ocasiones, se agravan por la noche (con la puesta del sol) y pueden oscilar desde períodos de lucidez hasta un grave deterioro cognitivo y desorganización.

Es habitual observar manifestaciones clínicas asociadas que pueden ser acusadas y consistir en desorganización de los procesos del pensamiento (desde una leve tangencialidad a incoherencia franca), trastornos perceptivos, como delirios y alucinaciones, hiperactividad e hipoactividad psicomotoras, interrupción del ciclo de sueño-vigilia (que suele manifestarse como fragmentación del sueño nocturno, con somnolencia diurna o sin ella), alteraciones del estado de ánimo (desde irritabilidad sutil hasta disforia obvia, ansiedad o incluso euforia) y otras alteraciones de la función neurológica (p. ej., hiperactividad o inestabilidad autónoma, convulsiones mioclónicas y disartria).

Exploración física y pruebas analíticas

El delirium suele diagnosticarse a la cabecera del paciente, y se caracteriza por el inicio súbito de los síntomas. La exploración del estado mental a la cabecera del enfermo, la evaluación del estado mental o los signos neurológicos) puede emplearse para documentar el deterioro cognitivo y facilitar una valoración inicial con la que comparar la evolución clínica del paciente.

Diagnostico diferencial

- Delirium frente a demencia
- Delirium frente a esquizofrenia o depresión

Evolución y pronóstico

Aunque el inicio del delirium suele ser súbito, pueden observarse síntomas prodrómicos (p. ej., inquietud y temor) los días anteriores a la presentación de los síntomas completos. Los síntomas persisten mientras estén presentes los factores causales relevantes, aunque es frecuente que el delirium dure menos de 1 semana. Tras la identificación y corrección de los factores causales, los síntomas suelen resolverse en un intervalo de 3 a 7 días, si bien pueden tardar hasta 2 semanas en desaparecer. Cuanta más edad tenga el paciente y más prolongado haya sido el delirium, más tiempo tardará en resolverse.

Tratamiento

- Cuando el trastorno subyacente es una toxicidad anticolinérgica, puede estar indicado el uso de salicilato de fisostigmina, 1-2 mg por vía intravenosa o intramuscular, con dosis repetidas en 15-30 min.
- Los dos síntomas principales del delirium que pueden requerir tratamiento farmacológico son la psicosis y el insomnio. Un fármaco que se emplea con frecuencia para la psicosis es el haloperidol, un antipsicótico butirofenónico. En función de la edad del paciente, su peso y su estado físico, la dosis inicial puede oscilar entre 2 y 6 mg por vía intramuscular, repetida en 1 h si sigue agitado.
- La dosis diaria total efectiva del haloperidol puede oscilar entre 5 y 40 mg para la mayoría de los pacientes con delirium.
- Para el tratamiento del delirium pueden considerarse los antipsicóticos de segunda generación como la risperidona, la clozapina, la olanzapina, la quetiapina, la ziprasidona y el aripiprazol, aunque la experiencia en estudios clínicos con estos fármacos para el delirium es limitada.
- El mejor tratamiento para el insomnio consiste en la administración de benzodiazepinas de semivida corta o intermedia (p. ej., lorazepam, 1-2 mg al acostarse).

TRASTORNOS COGNITIVOS AGUDOS (LEVES)

El trastorno cognitivo agudo leve, conocido también como delirio leve o síndrome confusional leve, es una alteración transitoria y reversible del estado mental que afecta principalmente la atención, la percepción, la memoria y otras funciones cognitivas. A diferencia de los trastornos neurocognitivos mayores como la demencia, el trastorno cognitivo agudo se presenta de manera súbita y tiene un curso fluctuante, siendo más común en personas mayores o en pacientes hospitalizados.

Etiología

Las causas del trastorno cognitivo agudo leve son variadas y multifactoriales. Se consideran factores predisponentes y desencadenantes:

- **Factores predisponentes:** edad avanzada, deterioro cognitivo previo, enfermedades crónicas, consumo de fármacos psicoactivos, alteraciones sensoriales (pérdida de visión o audición), y hospitalización.
- **Factores desencadenantes:** infecciones (como infecciones urinarias o neumonía), deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, hipoxia, hipoglucemia, dolor no controlado, cirugías recientes, efectos adversos de medicamentos o abstinencia de sustancias.

Cuadro Clínico

El delirio leve suele manifestarse con los siguientes signos y síntomas:

- Alteración de la atención: dificultad para concentrarse, distraibilidad, o incapacidad para mantener una conversación coherente.
- Trastornos de la percepción: ilusiones o alucinaciones visuales (menos frecuentes en casos leves).
- Alteración del ciclo sueño-vigilia: somnolencia diurna excesiva o insomnio nocturno.
- Desorientación temporal o espacial: confusión sobre el lugar, la hora o la fecha.
- Alteraciones del pensamiento: incoherencia, lentitud para responder, pensamiento desorganizado.
- Cambios emocionales: ansiedad, irritabilidad, apatía o labilidad emocional.

Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno cognitivo agudo leve es principalmente **clínico** y se basa en la observación del cambio agudo en el estado mental, con fluctuaciones a lo largo del día.

El diagnóstico diferencial incluye:

- Trastornos neurocognitivos mayores (como la demencia).
- Trastornos psiquiátricos (depresión mayor, psicosis).
- Intoxicaciones o abstinencias de sustancias

Tratamiento

El manejo del trastorno cognitivo agudo leve se centra en:

1. **Identificar y tratar la causa subyacente** (infecciones, desequilibrios metabólicos, medicamentos, etc.).
2. **Medidas de apoyo no farmacológicas:**
3. Reorientación frecuente del paciente.
 - Ambientes tranquilos, bien iluminados y con presencia de objetos familiares.
 - Mejora del ciclo sueño-vigilia mediante rutinas diurnas y reducción de estímulos nocturnos.
 - Evitar el uso innecesario de sondas, sujeciones o cambios frecuentes de habitación.
4. **Medicación:** en casos leves generalmente no se requiere tratamiento farmacológico. Sin embargo, si hay agitación o riesgo para el paciente o terceros, puede considerarse el uso limitado de antipsicóticos atípicos como risperidona o quetiapina. Se debe evitar el uso de benzodiacepinas, excepto en casos de abstinencia alcohólica

Pronóstico y Prevención

El pronóstico del trastorno cognitivo agudo leve es generalmente **bueno** si se identifica y trata adecuadamente la causa. No obstante, en personas mayores o con comorbilidades, puede aumentar el riesgo de complicaciones, prolongación de la estancia hospitalaria y deterioro funcional posterior.

La **prevención** es clave, especialmente en entornos hospitalarios. Algunas estrategias preventivas incluyen:

- Mantener una buena hidratación y nutrición.
- Evitar polifarmacia y revisar interacciones medicamentosas.
- Control adecuado del dolor.
- Estimulación cognitiva y sensorial.
- Fomentar la movilidad temprana.

Referencia bibliográfica

1. Sadock, B. J. (2015). Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría. Barcelona: Wolters Kluwer.