



Resumen Delirium y trastornos cognitivos agudos (leves)

Liliana Guadalupe Hernández Gómez

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Villatoro Verdugo Erick José

Medicina Humana

5º semestre Grupo ``B``

Comitán de Domínguez Chiapas; 07 de septiembre del 2025

Delirium

El delirium es el deterioro agudo tanto en el nivel de conciencia como en la cognición, con particular deficiencia de atención. Es potencialmente reversible e incluye alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y disfunciones en el ciclo del sueño.

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, varía según el paciente.

Epidemiología

Mayor tasa de incidencia y prevalencia de delirium es en adultos mayores

- 1% de las personas de 55 años
- 13% en el grupo de 85 años o más
- 5% y 10% de pacientes de edad avanzada que llegan al servicio de urgencias
- 15% y el 21% de pacientes de edad avanzada admitidos a servicios médicos
- 5% al 30% en pacientes durante la hospitalización
- 10% al 15% en pacientes en cirugía general
- 30% sometidos a cirugía cardiaca abierta
- 50% de los que recibieron tratamiento por fractura de cadera
- 70% a 87% en pacientes en las unidades de cuidados intensivos
- 83% de los que reciben cuidados paliativos
- 21% en pacientes con quemaduras graves
- 30% al 40% de los que tienen sida mientras están hospitalizados
- Delirium postoperatorio: estrés de la cirugía, desequilibrios hidroelectrolíticos. Infección, insomnio, fiebre, y la perdida hemática

Las principales causas de delirium son las enfermedades del SNC y la intoxicación o la abstinencia de fármacos o agentes tóxicos, asumir que cualquier fármaco tomado por el paciente puede ser relevante para el delirium.

Manifestaciones clínicas

Alteración de la atención, deterioro en otros dominios de la función cognitiva (desorientación), reducción de la memoria (habitualmente horas o días) y fluctuaciones a menudo intensas e impredecibles de la gravedad algunas se agravan por la noche.

Manifestaciones asociadas: desorganización de los procesos del pensamiento, trastornos perceptivos como delirios y alucinaciones, hiperactividad e hipoactividad psicomotoras, interrupción del ciclo de sueño-vigilia, alteraciones del estado de ánimo y otras alteraciones de la función neurológica.

El DSM5 Menciona que se tiene que diagnosticar si es delirium por intoxicación por sustancias, delirium por abstinencia de sustancia, delirium inducido por medicamentos, delirium debido a otra afección médica, delirium debido a etiologías múltiples, especificar si es agudo que tarda unas horas o días, o si es persistente que dura semanas o meses. De igual manera especificar si es hiperactivo, hipoactivo y el nivel de actividad mixto.

Diagnóstico diferencial

Delirium frente a demencia: El tiempo hasta la aparición de los síntomas suele ser corto en el delirium y gradual en la demencia, un paciente con demencia está alerta, mientras que uno con delirium presenta episodios de reducción de la conciencia, aunque en ambos trastornos se acompaña de deterioro cognitivo, los cambios en la demencia son más estables con el tiempo no hay fluctuaciones durante el día.

Delirium frente a esquizofrenia o depresión: Las alucinaciones y delirios de pacientes con esquizofrenia son más constantes y están mejor organizadas que las de aquellos con delirium. Pacientes esquizofrénicos no suelen presentar cambios en el nivel de conciencia o en la orientación. Aquellos con síntomas hipoactivos de delirium pueden asemejarse ligeramente a los pacientes con depresión intensa.

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

El principal tratamiento es tratar la causa subyacente, otros objetivos terapéuticos son facilitar un apoyo físico, sensitivo y ambiental.

Cuando el trastorno subyacente es una toxicidad anticolinérgica, puede ser indicado el uso de salicilato de fisostigmina, 1-2 mg por vía intravenosa o intramuscular, con dosis repetidas en 15-30min. Un fármaco que se emplea con frecuencia para la psicosis es el haloperidol, un antipsicótico butirofenónico.

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. Mejor tratamiento para el insomnio son las benzodiazepinas de semivida corta o intermedia.

En la enfermedad de Parkinson los fármacos administrados con frecuencia se consideran causantes de delirium. Debe sopesarse la reducción de la dosis de antiparkinsonianos ante el empeoramiento de síntomas motores. Si no pueden reducirse se recomienda administrar clozapina.

Trastorno cognitivo leve

Se propuso como una categoría diagnóstica para cubrir el espacio entre las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento y los trastornos cognitivos indicativos de demencia.

La expresión clínica de un trastorno cognitivo leve puede considerarse el resultado de la interacción entre diversos factores de riesgo y protectores. Factores de riesgo más significativos se relacionan con los diferentes tipos de neuro degeneración presentes en las demencias. Otros factores es el alelo APOE4 y los trastornos cerebrovasculares. La exposición crónica a concentraciones elevadas de cortisol, observadas en la depresión geriátrica aumenta el riesgo debido a la reducción del volumen del hipocampo.

El cuadro clínico del trastorno cognitivo es una posible medida que consiste en la observación de una pérdida objetiva de memoria o bien de otro dominio cognitivo

de mas de 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media de los individuos de edad y nivel educativo similares.

Dentro de las valoraciones encontramos la neuropsicológica, los especialistas coinciden en que los déficits mas precoces se perciben en la memoria episódica. No existe consenso con respecto a que pruebas de memoria utilizar y que límites tomar como diagnósticos. Han propuesto la utilización de una escala como la Tarea de recuerdo diferido del Consorcio para el establecimiento de un Registro de la Enfermedad de Alzheimer, para la detección de estadios tempranos. Instrumentos breves para la evaluación del estado mental son poco sensibles para la detección de problemas de memoria en el trastorno cognitivo leve.

Biomarcadores en los trastornos cognitivos leves con amnesia, se ha observado que el alelo ApoE4 es un factor de riesgo de progresión más rápida a enfermedad Alzheimer. Se han identificado algunos marcadores del LCR como factor predisponente para la profesión. Así como concentraciones patológicas bajas de AB42 y elevadas T total y fosfo-t, permiten diferenciar los primeros estadios de la enfermedad de Alzheimer del envejecimiento normal.

Genética, en relación con la enfermedad de Alzheimer, se han descrito cuatro genes: el gen que codifica la proteína precursora del amiloide (APP), la presenilina-1 (PSEN1), la presenilina-2 (PSEN2) y el gen que codifica la apolipoproteína E (APOE). El gen APOE se ha estudiado con mayor profundidad para descubrir su posible relación con el trastorno cognitivo leve.

Técnicas de neuroimagen, los estudios estructurales volumétricos del trastorno cognitivo leve han mostrado alteraciones tempranas en las estructuras temporales mediales, incluida la atrofia neuronal, la disminución de la densidad sináptica y la perdida neuronal general. Además, se ha descrito atrofia del volumen del hipocampo y de la corteza entorrinal. Técnicas de modelado tridimensional localizan la alteración de la forma del hipocampo, así como otras regiones de atrofia. La morfometría permite realizar un seguimiento de las alteraciones cerebrales y cuantificar el crecimiento o la atrofia tisular cerebral e indica la rapidez de la perdida tisular local.

Marcadores para la PET permiten visualizar las placas de amiloide y los ovillos neurofibrilares. Compuesto Pittsburgh B marcado con carbono-11, 11C-PIB y fluorodesoxiglucosa marcada con fluor-18 localizan las alteraciones patológicas en los estadios preclínicos de la enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

La diferenciación del trastorno cognitivo leve de un declive cognitivo relacionado con la edad se basa principalmente en las pruebas neurofisiológicas, en las que se observa un déficit cognitivo más grave para la edad y un menor nivel educativo. La diferencia entre el trastorno cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer consiste en la ausencia de déficit funcional en el primero.

La tasa típica de los pacientes con trastorno cognitivo leve que evolucionan a enfermedad de Alzheimer es del 10% al 15% por año y se asocia con perdida progresiva de funcionalidad. El trastorno cognitivo leve acompañado de amnesia se ha asociado con una mayor morbilidad en comparación con individuos de referencia.

Tratamiento

No existe un tratamiento para el trastorno cognitivo leve aprobado por la FDA. El tratamiento implica la realización correcta de las pruebas de detección y diagnóstico adecuadas.

El control de los factores de riesgo vascular puede ser un método preventivo eficaz para los casos con un problema subyacente. En los casos de trastorno cognitivo leve con demencia prodrómica podrían deberse a causas reversibles de deterioro cognitivo, como el hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, el uso de fármacos o la depresión. La identificación y corrección de la causa subyacente sería altamente beneficiosa para el paciente.

Por el momento no existen pruebas de que el tratamiento farmacológico a largo plazo resulte eficaz para revertir el trastorno cognitivo leve.

Bibliografía

Benjamin James Sadock, v. A. (2015). Kaplan y Sadok Sinopsis de Psiquiatria . China: Wolters Kluwer.

Psiquiatria, A. A. (2014). DSM5. En *Delirium* (págs. 596-598). Estados unidos de America : Editorial medica panamericana .