



RESUMEN

Ángel Daniel Castellanos Rodríguez

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina humana

Quinto semestre, grupo "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas

Introducción

Dentro de los trastornos neurocognitivos descritos en la psiquiatría clínica, dos entidades destacan por su relevancia en la práctica hospitalaria y ambulatoria: el delirium y el trastorno cognitivo leve (TCL). Ambos afectan la cognición, aunque difieren en su forma de inicio, evolución, factores de riesgo y pronóstico. Mientras el delirium representa un cuadro agudo y transitorio, el TCL se relaciona con un deterioro más insidioso que puede anticipar la aparición de demencia. Reconocerlos de manera temprana es crucial, tanto para instaurar medidas terapéuticas inmediatas como para planear estrategias de prevención.

Delirium

Concepto y definición

El delirium es un síndrome caracterizado por la alteración de la conciencia, la atención y la capacidad de procesar estímulos del entorno. Su inicio es súbito y su curso fluctuante, con oscilaciones en el nivel de alerta y en la orientación. A diferencia de otros trastornos cognitivos, su origen suele estar ligado a condiciones médicas agudas o al uso de sustancias.

Importancia clínica y epidemiología

- Aparece con alta frecuencia en personas hospitalizadas, sobre todo en ancianos y pacientes críticos.
- Se estima que entre el 10% y el 30% de los adultos hospitalizados pueden desarrollarlo, y la prevalencia se eleva aún más en terapia intensiva.
- No se trata solo de un episodio pasajero: es un fuerte predictor de mortalidad, deterioro cognitivo permanente y mayor dependencia funcional.

Etiología

El delirium surge de la interacción de factores predisponentes y precipitantes.

- Predisponentes: edad avanzada, demencia previa, enfermedad neurológica, déficit sensorial, polifarmacia.
- Precipitantes: infecciones (p. ej., neumonía, infección urinaria), alteraciones metabólicas, deshidratación, cirugías mayores, fármacos anticolinérgicos, abstinencia alcohólica.

Manifestaciones clínicas

El cuadro puede ser:

- Hiperactivo: paciente inquieto, con alucinaciones, insomnio y agitación.
- Hipoactivo: somnolencia, apatía, enlentecimiento motor (forma subdiagnosticada).
- Mixto: alternancia de ambas presentaciones.

Son frecuentes los síntomas perceptivos (ilusiones, alucinaciones visuales), así como el pensamiento incoherente y la desorientación.

Diagnóstico

El diagnóstico se fundamenta en la valoración clínica apoyada en instrumentos como el Confusion Assessment Method (CAM). Se requiere siempre una investigación de la causa subyacente. El principal reto es diferenciarlo de la demencia, ya que ambas entidades pueden coexistir.

Evolución y pronóstico

El delirium es potencialmente reversible, pero en pacientes frágiles puede dejar secuelas cognitivas. Su duración varía desde horas hasta semanas. Cuanto más tardío sea el reconocimiento, mayor es el riesgo de complicaciones.

Estrategias terapéuticas

1. Medidas ambientales y no farmacológicas:

- Mantener la orientación (relojes, calendarios, interacción familiar).
 - Fomentar el descanso nocturno y evitar la inmovilización prolongada.
2. Tratamiento farmacológico (solo en casos graves de agitación):
- Haloperidol en dosis bajas.
 - Antipsicóticos atípicos como alternativa.
 - Evitar benzodiacepinas salvo en abstinencia alcohólica.
3. Prevención: detección temprana de factores de riesgo, hidratación, control del dolor, movilización y reducción de fármacos innecesarios.

Trastorno Cognitivo Leve

Definición

El TCL se define como un deterioro cognitivo mayor al esperado para la edad, pero que no interfiere significativamente en la autonomía personal. Según el DSM-5 se incluye bajo el término trastorno neurocognitivo leve, que representa una etapa intermedia entre el envejecimiento fisiológico y la demencia.

Antecedentes históricos

En 1962, Kral diferenció entre el *olvido senil benigno* (propio de la edad) y el *olvido senil maligno* (antecesor de la demencia). Décadas más tarde, la Mayo Clinic consolidó los criterios de TCL, los cuales aún hoy se utilizan: queja subjetiva de memoria, alteración objetiva documentada, independencia en actividades básicas y ausencia de demencia establecida.

Frecuencia y relevancia

- ❖ Su prevalencia se calcula entre 10 y 20% en mayores de 65 años.
- ❖ Cada año, un 10-15% de los pacientes con TCL progresa a enfermedad de Alzheimer, lo que lo convierte en un punto crítico para la intervención clínica.

Factores de riesgo

- ❖ Genéticos: presencia del alelo APOE4.
- ❖ Vasculares: hipertensión, diabetes, aterosclerosis.
- ❖ Neurológicos: traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cerebrovascular.
- ❖ Psicosociales: bajo nivel educativo, aislamiento social.
- ❖ Psiquiátricos: depresión en la vejez, que puede simular un TCL o acelerar su curso.

Cuadro clínico y variantes

- ❖ TCL amnésico: afecta principalmente a la memoria episódica, y es el subtipo con mayor riesgo de progresión a Alzheimer.
- ❖ TCL no amnésico: involucra otras funciones cognitivas como el lenguaje, la atención o las habilidades visuoespaciales.

El paciente suele notar dificultades en actividades complejas (manejo de cuentas, organización de viajes), pero conserva la independencia en su vida cotidiana.

Diagnóstico

Se basa en:

- ❖ Historia clínica detallada, con énfasis en el reporte del paciente y de sus familiares.
- ❖ Pruebas neuropsicológicas (MoCA, Mini-Mental, baterías específicas).
- ❖ Exclusión de demencia y de causas médicas reversibles (hipotiroidismo, déficit de B12, depresión).

Evolución

No todos los pacientes con TCL progresan a demencia. Algunos permanecen estables durante años y otros revierten, especialmente si el deterioro estaba asociado a depresión o a condiciones médicas tratables.

Tratamiento

- ❖ Medidas generales: control de hipertensión, diabetes y dislipidemias; fomento de actividad física y social.
- ❖ Estimulación cognitiva: talleres de memoria, lectura, aprendizaje de nuevas actividades.
- ❖ Nutrición y estilo de vida: dieta mediterránea, sueño adecuado.
- ❖ Farmacoterapia: aunque se han probado inhibidores de colinesterasa (donepezilo, rivastigmina), los resultados no han demostrado beneficio claro, por lo que su uso no es estándar.

Comparación entre delirium y TCL

Aunque ambos comprometen la cognición, presentan diferencias esenciales:

- ✓ El delirium es agudo, reversible y directamente relacionado con una condición médica; requiere intervención inmediata.
- ✓ El TCL es insidioso, crónico y supone un riesgo de progresión hacia la demencia, lo que exige seguimiento a largo plazo.

Un aspecto clínico importante es que ambos pueden coexistir: un paciente con TCL tiene mayor probabilidad de desarrollar delirium ante un estrés médico, y un episodio de delirium puede precipitar un deterioro cognitivo duradero.

Conclusión

El delirium y el trastorno cognitivo leve son entidades distintas pero complementarias dentro del espectro de los trastornos neurocognitivos. El primero constituye una urgencia médica que debe abordarse de inmediato; el segundo representa una alerta para implementar medidas preventivas contra la demencia. El conocimiento de sus características clínicas, factores de riesgo y estrategias de manejo permite al médico actuar con mayor eficacia, mejorando así el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

-Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica* (11.^a ed., versión en español). Wolters Kluwer.