



Resumen

De la cruz Anzueto Karla Alejandra.

Primer parcial

Psiquiatría.

Dr. Erick José Villatoro Verdugo.

Licenciatura en Medicina Humana.

Quinto semestre, grupo “C”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025.

DELIRIUM Y TRASTORNOS COGNITIVOS AGUDOS (LEVES)

El delirium es una disminución aguda tanto en el nivel de la conciencia como de la cognición que se desarrolla en un corto período de tiempo, generalmente en horas o días. Este trastorno se presenta con fluctuaciones en el estado de conciencia y puede incluir desorientación, confusión, alteraciones en la percepción y dificultades en la memoria. Es un trastorno potencialmente mortal, pero potencialmente reversible, del sistema nervioso central (SNC). El delirio a menudo implica alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y alteración del ciclo del sueño.

Se estima que la prevalencia del delirium en la población general oscila entre el 1% y el 2%, pero esta cifra aumenta significativamente en entornos hospitalarios. En unidades de cuidados intensivos, la prevalencia puede alcanzar entre el 30% y el 80% de los pacientes. En hospitales, el delirium es más común en pacientes mayores de 65 años, donde se reporta que hasta el 50% de los ancianos hospitalizados pueden experimentar delirium. Factores de riesgo como comorbilidades médicas, polifarmacia, deterioro cognitivo previo y hospitalización prolongada aumentan la probabilidad de desarrollar este síndrome. La incidencia del delirium en pacientes postquirúrgicos, especialmente en cirugías mayores, también es notablemente alta, con tasas que van del 10% al 15%. Se ha estimado que la mortalidad a los 3 meses en pacientes con un episodio de delírium es del 23% al 33%, y a 1 año puede alcanzar el 50%. Los pacientes de edad avanzada que experimentan este trastorno durante una hospitalización tienen una mortalidad del 20% al 75% durante el ingreso. Tras el alta, hasta el 15% de estos individuos mueren en un período de 1 mes, y el 25% en 6 meses.

Las principales causas de delírium 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. Al evaluar a un paciente con delírium, el médico debe asumir que cualquier fármaco que haya tomado puede ser etiológicamente relevante para el delírium. Se ha observado que hay un desequilibrio en neurotransmisores, particularmente en sistemas que involucran la

acetilcolina, la dopamina y el glutamato. La disminución de la actividad colinérgica y el aumento de la actividad dopaminérgica se han asociado con la aparición de delirium. Condiciones que provocan hipoxia cerebral, como infecciones severas o deshidratación, pueden contribuir al desarrollo de delirium. Además, desequilibrios electrolíticos y alteraciones en el metabolismo (como hipoglucemia o insuficiencia renal) pueden afectar la función neuronal.

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).

El EEG suele demostrar una lentificación difusa de la actividad de fondo, aunque en pacientes con delirium provocado por la abstinencia de alcohol o de hipnótico-sedantes se observa una actividad rápida de bajo voltaje. Según se ha postulado, el principal neurotransmisor implicado en el delirium es la acetilcolina, y la formación reticular es la principal área neuroanatómica.

El delirium se puede agrupar en diagnósticos diferenciales con la demencia o bien, la esquizofrenia o depresión, si hablamos de la demencia a diferencia del delirium los principales puntos diferenciales entre ambas entidades son el tiempo hasta la aparición del trastorno y el nivel fluctuante de atención en el delirium, en comparación con una atención relativamente mantenida en la demencia, y si hablamos de un diagnóstico diferencial con la esquizofrenia o depresión, las alucinaciones y delirios de pacientes con esquizofrenia son más constantes y están mejor organizadas que las de aquellos con delirium.

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.

El objetivo principal en el tratamiento del delirium es tratar la causa subyacente. No hablando de fármacos, El soporte físico es necesario para que el paciente con delirium no incurra en situaciones en las que pueda sufrir un accidente. Asimismo, pueden contribuir a la comodidad del paciente tener cerca fotografías o elementos decorativos familiares, disponer de un reloj o un calendario, y las orientaciones regulares sobre persona, lugar y tiempo.

De igual manera, un tema relacionado a delirium, que están en un mismo ámbito, son los trastornos cognitivos agudos (leves), los trastornos cognitivos leves (TCL) han emergido como un tema de creciente interés en el campo de la neurociencia y la geriatría, representando un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia. Este fenómeno se caracteriza por un deterioro cognitivo que es más notable que lo esperado para la edad del individuo, pero que no es lo suficientemente grave como para interferir significativamente con las actividades diarias. La comprensión de los TCL es crucial, no solo porque afectan a un número considerable de personas mayores, sino también porque pueden ser un indicador temprano de un riesgo mayor de desarrollar demencia.

Los TCL se definen como un deterioro cognitivo que afecta áreas específicas, como la memoria, la atención, el lenguaje y las habilidades visuoespaciales. Aunque los síntomas pueden variar, los individuos con TCL a menudo reportan dificultades para recordar información reciente, seguir conversaciones o realizar tareas cotidianas que antes eran sencillas. La clasificación de los TCL se basa en la naturaleza y la severidad de los déficits cognitivos, que pueden ser episódicos, permanentes o fluctuantes.

El cuadro clínico del trastorno cognitivo leve depende de los criterios utilizados para definirlo. Es necesario que haya un déficit de memoria, pero resulta difícil cuantificarlo. Una posible medida consiste en la observación de una pérdida objetiva de memoria o bien de otro dominio cognitivo de más de 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media de los individuos de edad y nivel educativo similares. No

existe consenso entre los expertos con respecto a qué pruebas de memoria utilizar y qué límites tomar como diagnósticos. Los avances en los estudios con técnicas de neuroimagen están orientados a desarrollar medidas que permitan distinguir entre el trastorno cognitivo leve y el proceso normal de envejecimiento, así como entre los pacientes que permanecerán estables y los que con el tiempo desarrollarán enfermedad de Alzheimer. No existe un tratamiento específico para los TCL, pero la intervención temprana puede ser beneficiosa. La intervención multidisciplinaria, que involucra médicos, terapeutas ocupacionales y psicólogos, puede ser fundamental para abordar las necesidades específicas de cada paciente.

Bibliografía

SADOCK, K. Y. (2015). *Sinopsis de psiquiatría* (10 ed.). España: Wolters Kluwer. Recuperado el 10 de Septiembre de 2025, de [Downloads/Kaplan%20&%20Sadock%20Sinopsis%20de%20Psiquiatria%2011a%20Edicion_booksmedicos.org.pdf](https://booksmedicos.org/pdf/Downloads/Kaplan%20&%20Sadock%20Sinopsis%20de%20Psiquiatria%2011a%20Edicion_booksmedicos.org.pdf)