



## Resumen

*Espinosa Calvo Brayan Armando*

*Primer parcial*

*Psiquiatría*

*Dr. Erick José Villatoro Verdugo*

*Medicina humana*

*Quinto semestre, grupo “C”*

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

## ***DELIRIUM.***

**Definición:** deterioro agudo en nivel de conciencia y cognición, además de deficiencia de atención. Trastorno del SNC que puede ser reversible. Genera alteraciones de la percepción, actividad anormal psicomotora y disfunción en el ciclo circadiano.

Caracterizado por el deterioro de la conciencia lo cual progresivamente va disminuyendo las funciones cognitivas, existen síntomas neurológicos de sospecha como alteraciones en el estado de ánimo, en la percepción y la conducta, temblor, asterixis, nistagmo, descoordinación e incontinencia urinaria. Este puede iniciar de horas a días, teniendo evolución breve y de mejoría rápida al identificar y eliminar causas.

**Epidemiología:** es habitual en edades longevas, afectando principalmente a aquellos de mayor edad (1%-55 años, 13% de 85 o más), ante la consulta el 5% y 10% de los pacientes en edad avanzada llegan con delirium. Se conoce que del 5-30% de los pacientes que están hospitalizados llegan a presentar delirium (10-15% de cirugía general, 30% cirugía cardiaca abierta, 50% ante fractura de cadera, 70-87% en UCI, 83% de los que reciben cuidados paliativos y 60% en los que viven en centro de cuidados, 21% pacientes con quemaduras graves, 30-40% pacientes con sida, 80% de pacientes terminales), donde el factor que puede generarlo es el estrés, dolor, insomnio, fármacos e infecciones que suscitan durante los procesos quirúrgicos.

Otros factores pueden verse relacionados como ser del sexo masculino, padecer demencia, depresión, dependencia funcional, inmovilidad, antecedentes de caídas, déficits sensoriales, deshidratación, desnutrición, tratamiento con fármacos, psicoactivos, consumo de alcohol, patologías, trastornos metabólicos, fracturas, traumas.

Delirium como signo de mal pronóstico. Además de que conlleva a un aumento en el índice de mortalidad (23-33% a los 3 meses, 50% al año, ingreso hospitalario con edad avanzada 20-75%, tras alta muere el 15% en un mes y el 25% en 6 meses.

**Etiología:** el origen se da paso por las enfermedades del SNC (epilepsia, migraña, tumores cerebrales, traumatismo craneal, accidentes cerebrovasculares, Isquemia), aquellas sistémicas (infecciones como sepsis, malaria, sífilis, virus, traumatismos, deshidratación, desnutrición, quemaduras, dolor, golpe de calor, alturas), metabólicas (alteraciones electrolíticas, DM, hipo/hiperglucemia), intoxicaciones (metales pesados) y la abstinencia a fármacos o agentes tóxicos. Por lo tanto, se debe indagar el consumo de fármacos y la presencia de patologías, que también podrían ser cardíacas, pulmonares, renales, hepáticas, endocrinas, hematológicas.

### **Criterios diagnósticos:**

- A. Alteración de la atención (reducida, desviada) y conciencia (reducida al entorno)
- B. Alteraciones de corto tiempo (horas-días), cambio en la atención y conciencia, gravedad variable en el transcurso del día.

- C. + alteración cognitiva (déficit de memoria, de orientación, lenguaje, percepción)
- D. Criterios A y C no tienen una explicación más alejada de alteraciones neurocognitivas que estén en curso, establecidas o preexistentes, ni de estimulación reducida.
- E. Anamnesis, exploración física y análisis clínicos muestran resultados de alteración de consecuencia fisiológica, directa de otra atención médica (enfermedad, intoxicación, abuso de sustancias).

**Diagnóstico:** En base a la especificación, delirium por:

- ✓ Intoxicación por sustancias: Criterios A y C en el cuadro clínico, suficientemente graves para recibir atención clínica.
- ✓ Abstinencia de sustancias: Establecer en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de criterios A y C predominan en el cuadro clínico y por gravedad requieran atención clínica urgente.
- ✓ Inducido por medicamentos: Cuando los síntomas de criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta.
- ✓ Otra afección médica: En la anamnesis, exploración física o análisis clínicos evidencian que puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección.
- ✓ Etiologías múltiples: En la anamnesis, exploración física o análisis clínicos se evidencia más de una etiología (ej. Intoxicación más patología o efecto secundario a fármaco)

Especificar:

- Agudo: Horas o días
- Persistente: Semanas o meses
- Hiperactivo: Individuo con nivel hiperactivo de actividad psicomotora, acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar a la asistencia médica,
- Hipoactivo: Nivel hipoactivo de actividad psicomotora, acompañada de lentitud y aletargamiento próximos al estupor.
- Nivel de actividad mixto: Nivel normal de actividad psicomotora pero con percepción y atención alteradas, nivel de actividad fluctúa rápidamente.

También podremos identificar el delirium especificado, este cumple los síntomas, pero no los criterios y se explica porque no cumple los criterios, delirium atenuado a el sx donde cumple con algunos criterios, pero la gravedad no se acerca a lo que mencionan los diagnósticos, delirium no especificado a aquel que no cumple ningún criterio y no existe información diagnóstica pero que los síntomas pueden generar una afección grave.

**Apoyo en el diagnóstico y pruebas complementarias:** Existe alteración del ciclo sueño-vigilia (criterio esencial en diagnóstico), incluyendo somnolencia diurna, agitación nocturna, insomnio, somnolencia excesiva a lo largo del día, o vigilia por la noche, puede haber inversión del ciclo sueño-vigilia. Puede haber alteraciones emocionales como ansiedad, temor, depresión,

irritabilidad, enfado, euforia o apatía, bipolaridad drástica, puede hacerse evidente este cambio emocional con gritos, chillidos, insultos, murmullos, gemidos. Esto suele presentarse por las noches y en ausencia de estimulación y de señales ambientales.

Uso de laboratoriales para enfermedades subyacentes (química sanguínea, hemograma, función tiroidea, serología luética, análisis de orina, EKG, RX tórax, análisis toxicológico en sangre y orina) y solicitud de electroencefalograma donde puede verse actividad acelerada.

### Diagnóstico diferencial:

- ✗ Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas: Delirium asociado con alucinaciones vividas, delirio, alteración del lenguaje y agitación, debe excluirse del trastorno psicótico breve, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos psicóticos, bipolares y depresivos de características psicóticas.
- ✗ Trastorno de estrés agudo: Delirium asociado a temor, ansiedad o síntomas disociativos como la despersonalización debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que es precipitado por la exposición a un acontecimiento traumático grave.
- ✗ Simulación y trastorno facticio: Puede distinguirse debido a la presentación atípica que se presenta en la simulación y el trastorno facticio y a la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.
- ✗ Otros trastornos neurocognitivos: Principal problema en ancianos es distinguirlo de la demencia, se debe determinar si puede ser un delirium superpuesto a una TNC preexistente como el debido al Alzheimer, o un TNC sin delirium. El delirium y la demencia se dificultan de diferenciar en el inicio y el curso temporal en ancianos que ya tienen un TNC previos sin diagnóstico o que han desarrollado un deterioro cognitivo persistente tras un episodio de delirium.

**Tratamiento:** Tratar causa subyacente, soporte físico (evitar accidentes) y observación por otra persona, mantener orientada a la persona en lugar y tiempo con fotos, relojes y calendarios.

Ante el tx farmacológico se debe aplicar ante síntomas de psicosis (haloperidol 2-6mg/IV/ en 1 hr si sigue agitado, 0.5-1 mg 2 veces por día de 4-6 hrs) o insomnio (benzodiazepinas -> Lorazepam 1-2 mg al acostarse)

Considerar tx antipsicótico de segunda generación como risperidona, clozapina, quetiapina y aripiprazol.

## TRANSTORNO COGNITIVO LEVE

**Definición:** declive cognitivo de escasa gravedad que no justifica el diagnóstico de demencia, se preserva la capacidad de independencia de las actividades cotidianas básicas.

Es una categoría diagnóstica que cubre el espacio entre las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento y los trastornos cognitivos indicativos de demencia, mantiene criterios compartidos para el Alzheimer de acuerdo a MCADRC, donde marca lo siguiente:

1. Preocupación por un declive de la memoria, preferiblemente indicada por un informe cualificado
2. Déficit de memoria para la edad y nivel educativo
3. Función cognitiva general preservada
4. Actividades de la vida diaria preservadas
5. Ausencia de demencias.

La perspectiva histórica es importante para buscar describir la frontera entre el declive cognitivo relacionado con el envejecimiento normal y el trastorno cognitivo asociado a la demencia:

- 1962: Kral lo divide en olvido senil benigno (hechos poco importantes/conciencia de problema) y olvido senil maligno (acontecimientos recientes/ sin conciencia de problema)
- 1986: Los National Institute of Mental Health de EUA lo llamaron alteración de la memoria asociada a la edad (considerándolo normal en el proceso de envejecer)
- 1994: La asociación internacional de psicogeriatría lo presenta como el declive cognitivo asociado a la edad (describiendo los déficits que aparecen de acuerdo a la edad en ausencia de demencia o de otros trastornos cognitivos)
- 1997: Canadian Study of Health and Aging lo describe como trastorno cognitivo en ausencia de demencia, independientemente del proceso subyacente.

**Epidemiología:** es dependiente del factor etiológico, sin embargo, algunos subtipos están distribuidos a lo largo de la vida, mientras que otros aparecen exclusivamente en edades avanzadas, la prevalencia está arriba de los 60 años, el mayor factor de riesgo siempre será la edad debido al riesgo de enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares. El sexo femenino tiene una prevalencia mayor a la demencia y al Alzheimer debido a la mayor longevidad. FR: HTA, hipercolesterolemia, DM, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, depresión, por el consumo de fármacos.

**Etiología:** se debe a la interacción de los factores de riesgo y protectores, los FR más significativos tienen mayor relación con los diferentes tipos de neuro degeneración que se presentan en las demencias, cuales se expresan clínicamente en los diferentes subtipos de trastornos cognitivos leves, así principalmente los que están aunados a la amnesia. Factores

como el alelo APOE4 y los trastornos cerebrovasculares son de relevancia para el origen. La exposición crónica a niveles altos de cortisol aumenta el riesgo de este TC debido a la reducción del hipocampo. Los efectos del tamaño del cerebro y de la densidad neuronal pueden resultar protectores contra la demencia, a pesar de la neurodegeneración.

#### Criterios diagnósticos:

- A. Evidencia de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o mas dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:
  1. Preocupación propia, en un informante que le conoce o en el clínico, debido a declive significativo en una función cognitiva.
  2. Deterioro moderado del rendimiento cognitivo, documentado por un test neuropsicológico estandarizado u otra evaluación cuantitativas.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia de las actividades cotidianas (Ej. Seguimiento de tx, pagos bancarios, actividades diarias complejas).
- C. Los déficits cognitivos no recurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (ej. Esquizofrenia).

**Diagnóstico:** En base a la especificación, debido a:

- ✓ Enfermedad de Alzheimer
- ✓ Degeneración del lóbulo frontotemporal
- ✓ Enfermedad por cuerpos de Lewy
- ✓ Enfermedad vascular
- ✓ Traumatismo cerebral
- ✓ Consumo de sustancias o medicamentos
- ✓ Infección por VIH
- ✓ Enfermedad por priones
- ✓ Enfermedad de Parkinson
- ✓ Enfermedad de Huntington
- ✓ Otra afección médica
- ✓ Etiologías múltiples
- ✓ No especificado

Especificar:

- Sin alteraciones del comportamiento: Si el TC no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativo.
- Con alteración del comportamiento (especificar alteración): Si el TC se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativo (ej. Síntomas psicóticos, alteraciones en el estado de ánimo, apatía)

La clasificación para el dx por el subtipo de TCL se debe a las entidades etiológicas o patológicas que subyacen al declive cognitivo.

**Apoyo en el diagnóstico y pruebas complementarias:** Las características para el apoyo diagnóstico dependen de la etiología de donde subyacen, por lo tanto, las características diagnósticas específicas de cada uno de los subtipos se detallan conforme la patología o etiología.

El apoyo diagnóstico se realiza a través de la valoración neuropsicológica (percepción de la memoria episódica), los biomarcadores presentes (portar el alelo APOE04, marcadores en sangre y LCR como cistatina C, B2-microbulina y polipéptidos BEGF, así como concentraciones patológicas bajas de AB42 y elevadas de la proteína tau), los factores genéticos (APP, PSEN1, PSEN2, APOE), las técnicas de neuroimagen que permiten observar alteraciones temporales mediales, atrofia neuronal, disminución sináptica, perdida neuronal general, atrofia del volumen del hipocampo y corteza entorrinal (por medio de técnicas como resonancias magnéticas, modelados 3D).

#### **Diagnóstico diferencial:**

- ✗ Cognición normal: Se torna complicado por los límites de naturaleza arbitrarios, se realiza con una cuidadosa anamnesis y una evaluación objetiva para las distinciones. Evaluar de manera cuantificada para mayor precisión.
- ✗ Delirium: Se diferencia con una cuidadosa evaluación de la atención y el nivel de conciencia.
- ✗ Trastorno de depresión mayor: Observar déficits sistemáticos de la memoria y de funciones ejecutivas. Puede tratarse el trastorno depresivo y repetirse las observaciones a largo tiempo para el correcto dx.
- ✗ Trastorno específico de aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo: Considerar el dx diferencial de los subtipos etiológicos.
- ✗ Continuo cognitivo: La degradación cognitiva normal de acuerdo al aumento de la edad.

**Tratamiento:** Realizar una detección temprana para lograr la prevención, tratar de prevenir el declive cognitivo con apoyo del entrenamiento cognitivo, control de causas subyacentes y de los FR (HTA, hipercolesterolemia, DM, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, depresión, por el consumo de fármacos).

#### **Curso y pronóstico:**

- Evolución de TCL -> ALZH 10-15% de la población x año= perdida progresiva de la funcionalidad
- Puede involucionar si es tratado
- TCL aunado a amnesia= >morbilidad

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Asociación Americana de Psiquiatría
- Sadock B, Sadock V, Ruiz P. (2015). SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA (11ed). WOLTERS KLUWER