



**Mi Universidad**

## **RESUMEN**

*Manuel Alexis Albores López*

*Parcial I*

*Psiquiatria*

*Dr. Erick Jose Villatoro Verdugo*

*Licenciatura en Medicina Humana*

*Quinto Semestre grupo “C”*

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

## DELIRIUM Y TRASTORNOS COGNITIVOS AGUDOS (LEVES)

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico de aparición aguda que se caracteriza por alteraciones significativas en la atención, la conciencia y la función cognitiva, con un curso fluctuante a lo largo del día y un inicio generalmente rápido, en cuestión de horas o pocos días. Esta condición se diferencia de los trastornos neurocognitivos mayores y leves por su reversibilidad potencial y su estrecha relación con enfermedades médicas, neurológicas o farmacológicas subyacentes. Los trastornos cognitivos agudos leves presentan síntomas similares, pero sus déficits son menos pronunciados y no comprometen significativamente el nivel de conciencia. Ambos fenómenos requieren una detección temprana, ya que la demora en el diagnóstico puede derivar en complicaciones graves, incremento de la morbilidad y aumento de la mortalidad, especialmente en adultos mayores hospitalizados.

La epidemiología del delirium indica que afecta entre el 10 y el 30% de los pacientes hospitalizados, con mayor prevalencia en unidades de cuidados intensivos y en personas mayores de 65 años. Factores de riesgo como la edad avanzada, el deterioro cognitivo previo, la polimedición, las comorbilidades crónicas y la privación sensorial incrementan la susceptibilidad al síndrome. Adicionalmente, factores precipitantes agudos como infecciones, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, desequilibrios metabólicos o inflamatorios, así como intervenciones quirúrgicas complejas, contribuyen significativamente a su aparición. Estudios señalan que la combinación de factores predisponentes y precipitantes determina la probabilidad y severidad del delirium, por lo que la evaluación integral del paciente es esencial.

La etiología del delirium es multifactorial. Entre las causas médicas se incluyen infecciones sistémicas como sepsis o neumonía, deshidratación, insuficiencia hepática o renal, y desequilibrios electrolíticos como hiponatremia o hipocalcemia. En el ámbito neurológico, los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos craneoencefálicos y las crisis epilépticas son desencadenantes frecuentes. La exposición a ciertos fármacos, especialmente anticolinérgicos, opioides,

benzodiacepinas y sedantes, representa un factor iatrogénico relevante, al igual que la abstinencia de alcohol u otras sustancias. Las deficiencias nutricionales, particularmente de vitamina B12 y tiamina, y los estados metabólicos alterados, como hipoglucemia o hipoxia cerebral, también desempeñan un papel importante. La etiología multifactorial explica la variabilidad clínica y la necesidad de una evaluación exhaustiva para identificar la causa subyacente y orientar el tratamiento. Desde el punto de vista fisiopatológico, el delirium es un trastorno complejo que involucra múltiples sistemas neuroquímicos y estructuras cerebrales. La hiperactividad dopaminérgica se asocia con síntomas de agitación, psicosis y alucinaciones, mientras que la deficiencia colinérgica se vincula estrechamente con la disminución de la atención, la memoria y la capacidad de aprendizaje. Alteraciones en los niveles de serotonina contribuyen a la desregulación del sueño y del estado de ánimo, y disfunciones en los sistemas GABAérgico y glutamatérgico afectan la excitabilidad neuronal y la percepción sensorial. Estructuras cerebrales como la corteza prefrontal, responsable de la atención, planificación y conducta; el hipocampo, vinculado con la memoria y el aprendizaje; y el tálamo, encargado de integrar información sensorial y mantener la conciencia, se encuentran particularmente afectadas. Además, los núcleos dopaminérgicos, como la sustancia negra y el área tegmental ventral, y los núcleos serotoninérgicos, como el rafe dorsal, desempeñan un papel crucial en la modulación de la alerta, la motivación y el equilibrio emocional. La interacción compleja entre neurotransmisores y circuitos cerebrales explica la diversidad de presentaciones clínicas del delirium y su sensibilidad a factores precipitantes.

Clínicamente, el delirium puede presentarse de manera hiperactiva, hipoactiva o mixta. La forma hiperactiva se caracteriza por agitación, irritabilidad, agresividad y presencia de alucinaciones, mientras que la forma hipoactiva muestra letargo, retraimiento y disminución de la actividad motora. La presentación mixta alterna entre estos estados y es frecuente que los pacientes fluctúen entre ellos a lo largo del día. Los síntomas centrales incluyen alteración de la atención y la conciencia, desorientación temporal y espacial, deterioro de la memoria reciente, alteraciones

en el lenguaje y la percepción, así como confusión y dificultad para procesar información nueva. Los trastornos del sueño, especialmente la inversión del ciclo vigilia-sueño, son frecuentes y pueden agravar la severidad del delirium, fenómeno conocido como “síndrome del sol poniente”. Adicionalmente, los pacientes pueden presentar cambios de humor, ansiedad, depresión o síntomas psicóticos leves, que contribuyen al deterioro funcional y la dificultad en la atención clínica.

El diagnóstico del delirium se basa en criterios clínicos del DSM-5, que incluyen alteración de la atención y la conciencia, inicio agudo, curso fluctuante y evidencia de causa médica, tóxica o neurológica. La evaluación requiere historia clínica detallada, examen neurológico y pruebas complementarias que permitan identificar factores precipitantes. Herramientas de cribado como el Confusion Assessment Method (CAM) son ampliamente utilizadas en hospitales para detectar delirium de manera rápida y fiable, y son útiles para diferenciarlo de los trastornos neurocognitivos crónicos, como la demencia. La evaluación integral debe incluir también la revisión de fármacos, estado metabólico, función renal y hepática, así como la presencia de infecciones o déficits sensoriales.

El manejo del delirium requiere un enfoque multidisciplinario centrado en la identificación y corrección de la causa subyacente. Las intervenciones no farmacológicas son fundamentales e incluyen reorientación frecuente del paciente, provisión de un entorno seguro y tranquilo, estimulación sensorial adecuada y regulación del sueño y la alimentación. Cuando la agitación o el riesgo para el paciente o terceros son significativos, se puede recurrir a antipsicóticos de bajo riesgo, mientras que las benzodiacepinas se reservan para casos específicos, como delirium por abstinencia alcohólica. El seguimiento continuo y la educación del personal de salud y familiares son esenciales para prevenir recaídas y optimizar la recuperación.

El pronóstico del delirium es generalmente favorable si se trata la causa subyacente de manera oportuna; sin embargo, la persistencia del síndrome puede derivar en deterioro cognitivo permanente, aumento de la morbilidad y mayor riesgo de mortalidad. Los trastornos cognitivos agudos leves, aunque menos graves,

requieren atención clínica y seguimiento, ya que pueden representar un primer signo de alteraciones cognitivas mayores si no se interviene de manera temprana. Comprender la base neuroquímica, estructural y clínica de estos trastornos permite implementar estrategias de prevención y tratamiento efectivas, reduciendo complicaciones y favoreciendo la recuperación del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Sadock, BJ, Sadock, VA y Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de la psiquiatría de Kaplan y Sadock: Ciencias del comportamiento/clínicas*(11.<sup>a</sup> ed.).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. *Diagnósticos***(5<sup>a</sup> ed.).