



## Resumen

*Andrea Alejandra Albores López*

*Parcial I*

*Psiquiatría*

*Dr. Erick José Villatoro Verdugo*

*Licenciatura en medicina humana*

*Quinto semestre grupo "C"*

## **Delirium y trastornos cognitivos agudos (leves)**

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico agudo que implica un deterioro global y fluctuante de la función cerebral. Se caracteriza principalmente por alteraciones en la atención, la conciencia y la cognición. Según el DSM-5, el inicio es rápido, en cuestión de horas a pocos días, y los síntomas presentan variaciones significativas a lo largo del día, con exacerbaciones nocturnas. Su identificación es crucial, ya que refleja un estado de disfunción cerebral aguda, frecuentemente reversible si se corrige la causa subyacente.

Los trastornos cognitivos agudos leves constituyen un espectro subumbral, en el que existen alteraciones cognitivas y atencionales sin cumplir criterios plenos para delirium. Son considerados como un “estado de vulnerabilidad”, con importancia clínica por su potencial de progresión.

### **Manifestaciones clínicas**

El delirium afecta múltiples dominios cognitivos y conductuales:

#### **1. Conciencia y atención**

- Dificultad para enfocar, sostener o cambiar la atención.
- Disminución de la capacidad de alerta.
- Distractibilidad marcada.

#### **2. Funciones cognitivas**

- Déficit en memoria reciente e inmediata.
- Desorientación en tiempo, lugar y, en casos graves, persona.
- Lenguaje empobrecido, incoherente o con perseveración.

#### **3. Percepciones y pensamiento**

- Alucinaciones visuales, ilusiones, ideas delirantes.
- Pensamiento desorganizado.

#### **4. Alteraciones psicomotoras y del sueño**

- Agitación o letargia (formas hiperactivas vs hipoactivas).

- Inversión del ciclo sueño-vigilia, con empeoramiento nocturno.

## 5. Curso fluctuante

- Variaciones notorias en horas o incluso minutos.

El **DSM-5** distingue tres subtipos clínicos:

- **Hiperactivo:** agitación, inquietud, labilidad emocional.
- **Hipoactivo:** somnolencia, apatía, enlentecimiento psicomotor.
- **Mixto:** alternancia entre ambos estados.

## Etiología y fisiopatología

El delirium es multifactorial, con interacción entre factores **predisponentes** y **precipitantes**.

- **Factores predisponentes:** edad avanzada, deterioro cognitivo previo, enfermedad neurológica, polifarmacia.
- **Factores precipitantes:** infecciones, alteraciones metabólicas (hiponatremia, hipoglucemia), hipoxia, intoxicaciones, abstinencia de alcohol o benzodiacepinas, cirugías mayores.

Desde la perspectiva neurobiológica, **Kandel y Schwartz** describen una desregulación de sistemas de neurotransmisores:

- **Déficit colinérgico:** correlacionado con alteración de la atención.
- **Exceso dopaminérgico relativo:** asociado a síntomas psicóticos.
- **Inflamación sistémica:** citoquinas proinflamatorias afectan la neurotransmisión y la plasticidad sináptica.
- **Disfunción de redes corticales y subcorticales:** particularmente del sistema reticular activador ascendente.

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico debe establecerse diferenciando:

- **Demencia:** inicio insidioso, curso progresivo y no fluctuante.
- **Trastornos psicóticos primarios:** preservan conciencia y orientación.

- **Depresión mayor:** puede simular delirium hipoactivo, pero sin fluctuaciones ni compromiso global de la conciencia.
- **Trastornos neurocognitivos leves transitorios:** alteraciones cognitivas menores, sin deterioro marcado de la atención ni desorganización profunda.

### **Trastornos cognitivos agudos leves**

Se trata de síndromes descritos en **Kaplan & Sadock** como “delirium subclínico” o “confusional leve”. Presentan:

- Fallas de memoria de trabajo.
- Disminución de la velocidad de procesamiento.
- Problemas leves de concentración.
- Fatigabilidad cognitiva.

Aunque no cumplen criterios para delirium, son clínicamente relevantes por dos razones:

1. Son un marcador de vulnerabilidad cerebral.
2. Pueden evolucionar hacia delirium si no se corrigen los factores precipitantes.

Estos estados suelen observarse en pacientes hospitalizados, adultos mayores o en situaciones de estrés fisiológico intenso.

### **Abordaje diagnóstico**

El **DSM-5** establece cinco criterios esenciales:

1. Alteración de la atención y la conciencia.
2. Desarrollo en un corto periodo (horas a días).
3. Fluctuación a lo largo del día.
4. Alteración cognitiva adicional (memoria, lenguaje, orientación).
5. Evidencia de que es consecuencia de una condición médica, intoxicación, abstinencia o múltiples causas.

Las herramientas más utilizadas son el **Confusion Assessment Method (CAM)** y escalas de severidad como la **Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)**.

## Tratamiento

El manejo incluye:

### 1. Tratamiento etiológico

- Corregir causas precipitantes: infecciones, alteraciones metabólicas, hipoxia, toxicidad farmacológica.

### 2. Medidas no farmacológicas

- Reorientación frecuente, calendarios, relojes visibles.
- Control del ambiente: iluminación adecuada, reducción de ruidos.
- Presencia de familiares o cuidadores.
- Regulación del sueño-vigilia.

### 3. Farmacoterapia

- Antipsicóticos (haloperidol, risperidona, olanzapina) en casos de agitación grave.
- Evitar benzodiacepinas, excepto en delirium por abstinencia alcohólica o de sedantes.

En los **trastornos cognitivos agudos leves**, la intervención temprana con medidas ambientales y la detección precoz de factores precipitantes previene la progresión.

## Pronóstico y relevancia clínica

El delirium se asocia con un aumento en la mortalidad, prolongación de hospitalización, deterioro funcional y mayor riesgo de desarrollar demencia. Su identificación temprana es clave para prevenir complicaciones. Los **trastornos cognitivos agudos leves** representan una oportunidad de intervención antes de la instalación de un delirium franco.

El **delirium** constituye un trastorno neuropsiquiátrico agudo, fluctuante y potencialmente reversible, que refleja una disfunción cerebral global. Su etiología es multifactorial y su fisiopatología involucra alteraciones en neurotransmisores y procesos inflamatorios. Por su impacto clínico y pronóstico, representa una urgencia médica y psiquiátrica.

Los **trastornos cognitivos agudos leves**, aunque más sutiles, son igualmente relevantes, ya que permiten detectar precozmente el riesgo de progresión a delirium. El abordaje interdisciplinario, basado en la detección temprana, tratamiento de la causa subyacente y medidas de soporte, constituye la piedra angular en la atención de estos pacientes.