



Resumen

Méndez López Carlos Javier

primer parcial

Psiquiatría

Dr. Villatoro Verdugo Erick José

Medicina humana

Quinto semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025


Delirium

El delirium se caracteriza por el deterioro agudo tanto en su nivel cognitivo, así como de conciencia, este trastorno se debe al sistema nervioso central y este constituye como un síndrome neurocognitivo más relevantes, por cómo se presenta quiere decir su gravedad, alteraciones agudas y fluctuante de la conciencia, así como también de la atención.

El delirium es un trastorno neurocognitivo caracterizado por un déficit en la atención y en el nivel de conciencia, de inicio agudo y curso fluctuante, acompañado de alteraciones cognitivas adicionales (memoria, orientación, lenguaje, percepción).

En la epidemiología del delirium con mayores tasas de incidencia y prevalencia entre los adultos mayores de edad, el 1% de las personas de 55 años de edad presentan delirium, el 13% en el grupo poblacional de 85 años o más). De acuerdo con los datos comunicados, entre el 5% y el 10% de los pacientes de edad avanzada que llegan al servicio de urgencias presentan delirium. En el momento de su admisión en los servicios médicos, entre el 15% y el 21% de los pacientes de edad más avanzada cumplían los criterios diagnósticos de delirium, m. De los que no lo presentaban en el momento de su ingreso en el hospital, se observó su aparición en el 5% al 30% durante la hospitalización. Se comunicó la aparición de delirium en el 10% al 15% de los pacientes de cirugía general; en el 30% de los sometidos a cirugía cardíaca abierta, y en más del 50% de los que recibieron tratamiento por fractura de cadera. Presentan delirium el 70% a 87% de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, y hasta el 83% de los que reciben cuidados paliativos, así como el 60% de los que viven en residencias o en centros de cuidados. Aproximadamente el 21% de los pacientes con quemaduras graves y del 30% al 40% de los que tienen sida tienen episodios de delirium mientras están hospitalizados.

El delirium se distingue por intoxicación de sustancias, por abstinencia, secundario a una condición médica y debido a múltiples etiologías. Desde un enfoque clínico se reconocen subtipos según el patrón psicomotor:

 Hiperactivo: agitación, alucinaciones, agresividad.

- ✚ Hipoactivo: somnolencia, enlentecimiento, apatía (con frecuencia infra diagnosticado).
- ✚ Mixto: alternancia de ambos.

El delirium subsindrómico es considerado una forma intermedia que puede evolucionar a un cuadro completo.

Algunos de los factores predisponentes para delirium

- ✓ Características demográficas:
 - Edad de 65 años o superior
 - Sexo masculino
- ✓ Estado cognitivo:
 - Demencia
 - Déficit cognitivo
 - Antecedentes de delirium
 - Depresión
- ✓ Estado funcional:
 - Dependencia funcional
 - Inmovilidad
 - Antecedentes de caídas
 - Bajo nivel de actividad
- ✓ Déficit sensorial:
 - Auditivo
 - Visual
- ✓ Reducción de la ingesta oral:
 - Deshidratación
 - Desnutrición
- ✓ Sustancias farmacológicas
 - Tratamiento con sustancia psicoactivas
 - Tratamiento con fármacos con propiedades anticolinérgicas
 - alcoholismo

✓ Trastornos médicos concomitantes:

- Trastornos médicos graves
- Enfermedad hepática o renal crónica
- Ictus
- Enfermedad neurológica
- Trastornos metabólicos
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana
- Fracturas o traumatismos
- Enfermedades terminales

Factores desencadenantes de delirium: Fármacos, enfermedades neurológicas primarias, enfermedades concomitantes, cirugía, factores del entorno.

Cuadro clínico: Alteración de la atención (capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar). Evidencia de causa médica o tóxica. Alteración del nivel de conciencia. La alteración aparece en poco tiempo, su gravedad fluctúa a lo largo del día. Déficit cognitivo adicional (Déficit de memoria, de orientación, lenguaje, de la capacidad viso espacial o de la percepción).

También, pueden aparecer alucinaciones visuales, pensamiento desorganizado, labilidad emocional, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas neurológicos asociados.

Criterios diagnósticos Diagnóstico:

Escalas como Confusion Assessment Method (CAM) y CAM-ICU. La exploración física y los estudios de laboratorio buscan la causa subyacente (biometría hemática, electrolitos, glucosa, estudios de imagen según contexto). El EEG puede mostrar identificación.

Diagnóstico diferencial Demencia: curso crónico y progresivo, atención relativamente conservada, Psicosis primaria: alucinaciones constantes sin fluctuación de conciencia, Depresión mayor: enlentecimiento y pseudodemencia, pero sin inicio agudo y Otros: accidentes cerebrovasculares, crisis epilépticas, amnesia global transitoria.

El trastorno cognitivo leve

El trastorno cognitivo leve (TCL), denominado en el DSM-5 como trastorno neurocognitivo leve, se caracteriza por un deterioro cognitivo mayor al esperado para la edad, sin interferir de manera significativa en la autonomía funcional. Constituye un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia.

En términos históricos, Kral (1962) diferenció entre el olvido senil benigno y el olvido senil maligno, este último precursor de la demencia. Posteriormente, la Mayo Clinic definió criterios aún vigentes: queja subjetiva de memoria, alteración objetiva demostrada, preservación de independencia básica y ausencia de demencia.

La prevalencia del TCL se estima entre 10–20% en mayores de 65 años, con una progresión anual hacia enfermedad de Alzheimer del 10–15%, lo que lo convierte en un marcador clínico de riesgo.

Factores de riesgo: Incluyen determinantes genéticos (alelo APOE4), vasculares (hipertensión, diabetes, aterosclerosis), neurológicos (traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular), psicosociales (bajo nivel educativo, aislamiento social) y psiquiátricos (depresión tardía).

El TCL se clasifica en: Amnésico, con alteración predominante de memoria episódica y mayor probabilidad de progresar a Alzheimer.

No amnésico, con compromiso de lenguaje, atención o funciones visuoespaciales.

Los pacientes suelen conservar independencia en actividades básicas, pero evidencian dificultades en tareas complejas.

Diagnóstico

Debe sustentarse en historia clínica detallada, incluyendo la percepción de familiares, y en pruebas neuropsicológicas (MoCA, Mini-Mental). Es fundamental descartar causas reversibles como hipotiroidismo, déficit de vitamina B12 o depresión.

Evolución y tratamiento

La evolución es heterogénea: algunos casos progresan a demencia, otros permanecen estables o revierten si la causa es tratable. El manejo incluye control de comorbilidades vasculares, estimulación cognitiva, actividad física y social, y medidas de estilo de vida como dieta mediterránea. La farmacoterapia (p. ej. inhibidores de colinesterasa) no ha demostrado eficacia consistente, por lo que no se recomienda de rutina.

Comparación con delirium:

Aunque ambos alteran la cognición, presentan diferencias críticas:

El delirium es agudo, reversible y secundario a una condición médica subyacente; constituye una urgencia.

El TCL es de inicio insidioso y curso crónico, representando un riesgo progresivo hacia la demencia.

Cabe destacar que ambas entidades pueden coexistir: un paciente con TCL es más susceptible a delirium, y un episodio de delirium puede acelerar el deterioro cognitivo.

Bibliografía:

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.; L. Serrano, Trad.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.