



Mi Universidad

Resumen

Moreno Guillen Odalis Poleth

I parcial

Psiquiatría

Dr. Villatoro Verdugo Erick Jose

Licenciatura en medicina humana

Quinto semestre grupo “C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de Septiembre de 2025

Delirium

El delirio es un trastorno neuropsiquiátrico agudo y fluctuante, caracterizado por un déficit en la atención y en la conciencia, acompañado de alteraciones cognitivas, perceptuales y conductuales. Se desarrolla en un periodo corto, de horas a días, y tiende a fluctuar a lo largo del día, siendo más intenso en la noche. A diferencia de la demencia o de los trastornos cognitivos crónicos, su curso es agudo y potencialmente reversible si se trata la causa subyacente

- Alteración de la atención: dificultad para focalizar, mantener o cambiar el foco atencional
- Alteración de la conciencia: disminución del nivel de alerta, desde somnolencia hasta agitación extrema
- Déficits cognitivos: afectación de la memoria reciente, lenguaje incoherente, pensamiento desorganizado, desorientación temporoespacial y, en casos graves, alopsíquica y autopsíquica.
- Alteraciones perceptuales: alucinaciones visuales, ilusiones e interpretaciones erróneas del entorno
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia: insomnio, somnolencia diurna, inversión del ritmo y empeoramiento nocturno (fenómeno de “sundowning”)
- Cambios psicomotores: puede manifestarse como un delirio hiperactivo (agitación, inquietud, alucinaciones), hipoactivo (apatía, somnolencia, enlentecimiento) o mixto

En cuanto a la epidemiología, es más frecuente en adultos mayores hospitalizados, en unidades de cuidados intensivos y en el postoperatorio. Su prevalencia oscila entre el 10% y el 30% de pacientes hospitalizados y llega al 80% en pacientes críticos. Representa una de las complicaciones más comunes y graves en geriatría y en la práctica hospitalaria

La etiología del delirio es multifactorial. Puede desencadenarse por infecciones (neumonía, infección urinaria), trastornos metabólicos (hiponatremia,

hipoglucemia, hipercalcemia), intoxicación o abstinencia de sustancias (alcohol, benzodiacepinas, opioides), fármacos con efectos anticolinérgicos, traumatismos craneales, enfermedades sistémicas graves o intervenciones quirúrgicas mayores. Su fisiopatología se relaciona con una alteración difusa de la actividad cortical, con especial participación de un déficit en la neurotransmisión colinérgica y un exceso relativo de dopamina.

Entre los factores predisponentes destacan: edad avanzada, deterioro cognitivo previo (demencia o trastorno cognitivo leve), polifarmacia, enfermedades neurológicas, alteraciones sensoriales (ceguera, sordera), hospitalización prolongada y enfermedades médicas graves. Los factores precipitantes incluyen infecciones, cirugía, anestesia, desequilibrio hidroelectrolítico, dolor mal controlado, inmovilización y privación del sueño

El diagnóstico es clínico, apoyado en criterios como los del DSM-5, que requieren: inicio agudo, curso fluctuante, alteración de la atención y conciencia, déficit cognitivo adicional y relación con una condición médica, farmacológica o tóxica. Para su detección en hospitales se emplean instrumentos como el Confusion Assessment Method (CAM).

El pronóstico depende de la identificación y tratamiento oportuno de la causa. Aunque es reversible, el delirio no tratado se asocia a mayor mortalidad, institucionalización, deterioro funcional y aceleración del declive cognitivo

Trastorno Cognitivo Leve

El trastorno cognitivo leve se considera un estado intermedio entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo mayor. Se caracteriza por la presencia de un déficit objetivo en uno o más dominios cognitivos (memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visuoespaciales), mayor al

esperado para la edad y el nivel educativo, pero que no afecta de manera significativa la independencia en las actividades básicas de la vida diaria

Clínicamente, los pacientes con TCL refieren olvidos frecuentes, dificultad para recordar citas, conversaciones o ubicaciones de objetos, así como mayor esfuerzo para realizar tareas complejas. En algunos casos, el déficit principal es la memoria, mientras que en otros predominan alteraciones en la atención, el lenguaje o las funciones ejecutivas.

La epidemiología muestra que el TCL afecta entre el 10% y el 20% de los adultos mayores de 65 años. Es más frecuente en personas con antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer, con factores de riesgo vascular (hipertensión, diabetes, dislipidemia), depresión y bajo nivel educativo

Desde el punto de vista del DSM-5, el TCL corresponde al trastorno neurocognitivo leve, cuyos criterios incluyen:

1. Evidencia de deterioro cognitivo en uno o más dominios, reportado por el paciente o por terceros, y objetivado por pruebas neuropsicológicas
2. Preservación relativa de la autonomía en actividades básicas de la vida diaria, con posibles dificultades en actividades complejas
3. No cumple criterios de demencia ni se explica mejor por delirium u otro trastorno psiquiátrico

El pronóstico es variable: entre el 10% y el 15% de los pacientes con TCL progresan a demencia cada año, siendo la enfermedad de Alzheimer el destino más común. No obstante, algunos casos permanecen estables durante años e incluso pueden mejorar si la causa es reversible

El manejo del TCL no cuenta con tratamientos farmacológicos aprobados, aunque se investigan agentes como inhibidores de la colinesterasa. Actualmente, las intervenciones recomendadas son: control estricto de factores de riesgo

cardiovascular, ejercicio físico regular, estimulación cognitiva, dieta saludable (por ejemplo, mediterránea), corrección de deficiencias nutricionales y manejo de comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad