



Resumen

Alexander Solórzano Monzón

Delirium

Parcial I

Psiquiatría

Dr. Eric José Villatoro Verdugo

Medicina Humana

Semestre V

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de septiembre de 2025

DELIRIUM

Definición

DSM-5: “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)”.

Kaplan: “El delirium se define por el deterioro agudo tanto en el nivel de conciencia como en la cognición, con particular deficiencia de atención. Este trastorno del sistema nervioso central (SNC) supone un riesgo vital, pero potencialmente reversible, e incluye alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y disfunciones en el ciclo del sueño”.

Epidemiología

El delirium es frecuente en adultos mayores y en pacientes hospitalizados. Su prevalencia oscila entre 15% y 21% en pacientes geriátricos al ingreso hospitalario, con cifras aún mayores en unidades de cuidados intensivos (70–87%) y en cuidados paliativos (hasta 80%). Factores predisponentes como edad avanzada, demencia, fragilidad y déficit sensorial aumentan la vulnerabilidad, mientras que infecciones, cirugía, fármacos y desequilibrios metabólicos actúan como precipitantes. La mortalidad a un año tras un episodio puede alcanzar el 50%, lo que lo convierte en un signo de mal pronóstico.

Clasificación (DSM-5)

Desde un enfoque etiológico se distinguen:

- Delirium por intoxicación de sustancias
- Por abstinencia
- Secundario a una condición médica

- 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 infradiagnosticado).
- Mixto: alternancia de ambos. El delirium subsindrómico es considerado una forma intermedia que puede evolucionar a un cuadro completo.

Etiología

Multifactorial:

- Enfermedades del SNC (Epilepsia, Migraña, traumatismo craneal).
- Enfermedades sistémicas y metabólicas (Insuficiencia cardiaca, Diabetes Mellitus, alteraciones electrolíticas, hipoglucemia, hiperglucemia, infecciones, quemaduras).
- Intoxicación o abstinencia de fármacos o agentes tóxicos (Aalgésicos, antibióticos, esteroides, anestesia)
- Edad avanzada.
- Demencia.

Fisiopatología

El mecanismo más aceptado es el déficit colinérgico, con un desequilibrio relativo frente a la dopamina. También se describen procesos de neuroinflamación y alteraciones en la red neuronal de la atención, que involucran corteza prefrontal, tálamo e hipocampo. El delirium por abstinencia alcohólica se asocia a hiperactividad noradrenérgica. Otros neurotransmisores implicados incluyen serotonina y glutamato.

Clínica

Los criterios del DSM-5 incluyen:

- Alteración de la atención (capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar).
- 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 visoespacial o de la percepción).
- Evidencia de causa médica o tóxica.

Otras manifestaciones clínicas a parte de las ya mencionadas incluyen: alucinaciones visuales, pensamiento desorganizado, labilidad emocional, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas neurológicos asociados.

Diagnóstico

- El EEG puede mostrar lentificación difusa
- Criterios de DSM-5:
 - A. Una alteración de la atención.
 - B. La alteración aparece en poco tiempo, habitualmente unas horas o pocos días, constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
 - C. Una alteración cognitiva adicional.
 - D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
 - E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia.

Tratamiento

No farmacológicas: reorientación, apoyo familiar, estimulación sensorial adecuada, higiene del sueño, movilización temprana.

Farmacológico: se reserva para casos con agitación o riesgo. El haloperidol es el fármaco más utilizado, vigilando el intervalo QT. Antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina) son opciones en pacientes con riesgo extrapiroamidal. Las benzodiacepinas se emplean únicamente en delirium por abstinencia de alcohol o benzodiacepinas.

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.

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. Factores de riesgo más importantes: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, 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

Diagnóstico

A. Evidencia de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más 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

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).

El apoyo diagnostico 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).

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).

Bibliografía

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