



## *Correlación de delirium superpuesto a demencia en adultos mayores con alteración de la conciencia*

### *Correlation of delirium superimposed on dementia in older adults with altered consciousness*

### *Correlação do delirium sobreposto à demência em idosos com alteração de consciência*

Haylin Valentina Porras-Ibáñez <sup>I</sup>  
[haylinvalentina0527@gmail.com](mailto:haylinvalentina0527@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0005-2198-6774>

Juan Manuel Orellana-Cifuentes <sup>II</sup>  
[dei12345609@gmail.com](mailto:dei12345609@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0004-4549-7556>

Carla Crisley Cañafe-Carpio <sup>III</sup>  
[carla4cccc@gmail.com](mailto:carla4cccc@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0005-7181-4284>

Edward Saul Saraguro-Calberto <sup>IV</sup>  
[edward\\_saraguroc2112@outlook.com](mailto:edward_saraguroc2112@outlook.com)  
<https://orcid.org/0009-0004-0227-1389>

Nahin Sebastián Pedrera-Quezada <sup>V</sup>  
[nahinpq30@gmail.com](mailto:nahinpq30@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0009-6002-8463>

Víctor Euclides Briones-Morales <sup>VI</sup>  
[vbriones@utmachala.edu.ec](mailto:vbriones@utmachala.edu.ec)  
<https://orcid.org/0000-0002-2394-4624>

**Correspondencia:** [haylinvalentina0527@gmail.com](mailto:haylinvalentina0527@gmail.com)

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

\* **Recibido:** 23 de octubre de 2024 \* **Aceptado:** 09 de noviembre de 2024 \* **Publicado:** 10 de diciembre de 2024

- I. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- II. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- III. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- IV. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- V. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- VI. Anestesiólogo, Emergenciólogo, Intensivista. Esp. Msc. Docente Tutor, Carrera de Medicina, Universidad Técnica de Machala. El Oro, Ecuador.

## Resumen

El siguiente artículo busca abordar la correlación entre delirium superpuesto a la demencia en adultos mayores con alteración de la conciencia, destacando la complejidad y la naturalidad multifacética de estas condiciones, tomando en cuenta su prevalencia en la población geriátrica y los desafíos que presentan para el diagnóstico y manejo clínico, tomando como bases los criterios presentados en el DSM-5 y CIE-10, resaltando las similitudes y diferencias entre delirium y demencia.

Se proponen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados en pacientes que han desarrollado de delirium con un tipo de demencia subyacente, enfatizando la importancia que tiene realizar un enfoque multidisciplinario para el tratamiento efectivo. La epidemiología del delirium según el tipo de demencia que se presente, la fisiopatología, y estrategias de carácter preventivo también son estudiadas bajo una exhaustiva y crítica revisión de la literatura actual, terminando con recomendaciones de cómo prevenir y manejar el delirium superpuesto a demencia de la manera más acertada, haciendo hincapié en la necesidad de programas preventivos estructurados y un manejo integral dedicados a los individuos afectados.

**Palabras clave:** delirium; demencia; alteración de la conciencia; adultos mayores.

## Abstract

The following article seeks to address the correlation between delirium superimposed on dementia in older adults with altered consciousness, highlighting the complexity and multifaceted nature of these conditions, taking into account their prevalence in the geriatric population and the challenges they present for diagnosis. and clinical management, based on the criteria presented in the DSM-5 and ICD-10, highlighting the similarities and differences between delirium and dementia.

Associated intrinsic and extrinsic risk factors are proposed in patients who have developed delirium with an underlying type of dementia, emphasizing the importance of a multidisciplinary approach for effective treatment. The epidemiology of delirium according to the type of dementia that occurs, the pathophysiology, and preventive strategies are also studied under an exhaustive and critical review of the current literature, ending with recommendations on how to prevent and manage delirium superimposed on dementia of the more appropriately, emphasizing the need for structured preventive programs and comprehensive management dedicated to affected individuals.

**Keywords:** delirium; dementia; alteration of consciousness; older adults.

## Resumo

O presente artigo procura abordar a correlação entre o delirium sobreposto à demência em idosos com alteração da consciência, destacando a complexidade e a natureza multifacetada destas condições, tendo em conta a sua prevalência na população geriátrica e os desafios que apresentam para o diagnóstico e gestão clínica. , com base nos critérios apresentados no DSM-5 e na CID-10, destacando as semelhanças e diferenças entre delirium e demência.

Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos associados são propostos em pacientes que desenvolveram delirium com um tipo subjacente de demência, enfatizando a importância de uma abordagem multidisciplinar para um tratamento eficaz. A epidemiologia do delirium de acordo com o tipo de demência que ocorre, a fisiopatologia e as estratégias preventivas também são estudadas sob uma revisão exaustiva e crítica da literatura atual, terminando com recomendações sobre como prevenir e manejar o delirium sobreposto à demência de forma mais adequada. , enfatizando a necessidade de programas preventivos estruturados e de gestão abrangente dedicados aos indivíduos afetados.

**Palavras-chave:** delírio; demência; alteração de consciência; adultos mais velhos.

## Introducción

La alteración de la conciencia en adultos mayores, especialmente en el delirium superpuesto a demencia (DSD), es un fenómeno clínico complejo con implicaciones significativas para el manejo y el pronóstico de estos pacientes. El delirium es aquel estado confusional agudo que tiene por característica principal una reducción en la atención, con disfunción cognitiva y un estado de conciencia alterado. En contraste, la demencia es una pérdida crónica y progresiva de las habilidades cognitivas previamente adquiridas (Fong & Inouye, 2022).

El DSD es común entre los pacientes hospitalizados de mayor edad y se asocia con peores resultados clínicos, como mayores tasas de mortalidad e institucionalización, en comparación con aquellos que solo presentan delirium o demencia. Cuando el paciente presenta una demencia previa, el riesgo de desarrollar delirium aumenta, intensificando el declive cognitivo en estos pacientes (Almeida & Lisboa, 2020; Fong & Inouye, 2022).

La alteración de la conciencia en estos pacientes puede manifestarse como hipoalerta o hiperalerta, y ambos estados están asociados con el delirium. En pacientes con demencia, se ha identificado que el hipoalerta moderado o severo está relacionado con resultados adversos y debe ser evaluado como parte del espectro del delirium. La identificación del delirium en presencia de demencia es particularmente desafiante debido a la superposición de síntomas como la falta de atención y la disfunción cognitiva (Almeida & Lisboa, 2020).

El reconocimiento y manejo oportuno del delirium es crucial, ya que puede mejorar los síntomas, retrasar el declive cognitivo y aliviar la angustia y la discapacidad. La implementación de planes de evitar el delirium en estos pacientes, pueden disminuir su prevalencia y efectos adversos asociados, lo que nos permite deducir que la presencia de delirium sea un factor de riesgo modificable, o más bien, manejable, para la demencia (Sáez et al., 2021).

El CIE-10 define al delirium como una alteración del estado de conciencia y la atención, en conjunto presentándose con cambios en la cognición y la percepción, siendo estos síntomas de inicio rápido y con tendencia a fluctuar a lo largo del día (Organización Panamericana de la Salud;2020).

Por otra parte, la demencia se explica como una decadencia de la memoria y diferentes capacidades cognitivas, llegando a tal magnitud como para interferir con las actividades diarias. Cuando están presentes estas dos condiciones, se intensifican mutuamente, incrementado de manera exponencial los síntomas, complicando el tratamiento y manejo del paciente. El DSM-5, por otro lado, ofrece un marco similar, pero con diferencias clave en la nomenclatura y algunos criterios específicos, teniendo como clasificación al delirium bajo el trastorno neurocognitivo delirante, destacando una perturbación en la conciencia y atención, además que la demencia bajo el espectro de los trastornos neurocognitivos mayores (American Psychiatric Association, 2014; Pérez Mesa et al., 2021).

Presentar una superposición de estas condiciones no solo agrava la presentación clínica, sino que también implica tener un enfoque interdisciplinario para el diagnóstico y tratamiento, requiriendo la ayuda de otros miembros del equipo médico como neurólogos, psiquiatras, geriatras y otros especialistas. Lograr comprender al delirium superpuesto a demencia a través de los lentes del CIE-10 y el DSM-5 da una herramienta a los profesionales de la salud en desarrollar estrategias de intervención personalizadas y efectivas, con este enfoque integrador, se busca generar un soporte tanto para la población afectada y sus familiares, que también enfrentan un panorama clínico particularmente desafiante (Fong et al., 2022; American Psychiatric Association, 2014).

## **Objetivo General**

Explorar la relación entre el delirium superpuesto a la demencia y la alteración de la conciencia en adultos mayores, identificando los factores predisponentes y precipitantes, los desafíos en el diagnóstico y manejo clínico, con el objetivo de implementar planes efectivos que optimicen la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

## **Metodología**

Este artículo de revisión hace uso del paradigma positivista, utilizando un enfoque cuantitativo para analizar eventos mediante datos objetivos y verificables. Su carácter es fundamentalmente teórico, orientado a generar conocimiento sin una aplicación práctica inmediata. Para ello, se ha empleado un diseño no experimental, observando las variables en su entorno natural sin intervención del investigador. La modalidad de la investigación es documental, destacando el análisis y revisión de fuentes secundarias.

Se empleó un análisis descriptivo, realizando una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes documentales indexadas como Google Académico, PubMed, UpToDate y Scopus, con el objetivo de analizar y sintetizar información sobre esta enfermedad.

En relación con el tema, se utilizaron términos de búsqueda como "Delirium superpuesto a Demencia", "Alteración del estado de conciencia en el Adulto Mayor", "Incidencia del Delirium en pacientes con Demencia" y "Factores predisponentes y precipitantes del Delirium".

El período de búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2019 y 2024, usando esta metodología bajo una exhaustiva y crítica revisión de la literatura actual, proporcionando una base sólida para el análisis del delirium superpuesto a demencia desde una perspectiva científica y objetiva.

## **Desarrollo**

El delirium y la demencia son dos condiciones neuropsiquiátricas que, generalmente comparten ciertos síntomas, pero a su vez presentan varias diferencias en cuanto a la etiología, presentación clínica, curso y manejo. Las dos condiciones terminan afectando la cognición, pero lo hacen de maneras distintas y con consecuencias diferentes para cada individuo, modificando su tratamiento médico. En primer punto, el delirium es un trastorno agudo que presenta fluctuaciones de la atención y la conciencia, generalmente acompañado de irregularidades cognitivas como

desorientación, alteraciones de la memoria y del pensamiento (Ramírez Solano & Umaña Venegas, 2021).

El desarrollo de la patología necesita tan solo de un mínimo periodo de tiempo, regularmente puede ir de días a meses, y su sintomatología puede fluctuar a lo largo del día. Por otro lado, se describe a la demencia como aquel síndrome progresivo y crónico, caracterizado principalmente por el déficit de funciones cognitivas, especialmente las del lenguaje, memoria, habilidades visuoespaciales y funciones de tipo ejecutivo, su deterioro es de forma gradual y persistente, y su fluctuación es distinta a la del delirium (Blanco Artola et al., 2020; Tobar & Alvarez, 2020).

Según (Fong et al., 2022) el delirium se define como una condición clínica que se manifiesta con un cambio repentino en los niveles de alerta, atención y cognición. Frecuentemente, aparece en personas con antecedentes de algún tipo de demencia, lo que complica su detección y puede llevar a que sea pasado por alto. Esta dificultad diagnóstica es la que pone en riesgo el bienestar y vida del paciente, generalmente agravando su pronóstico (Fong & Inouye, 2022).

El delirium y la demencia son afecciones comunes en todo el mundo, y ambas aumentan en prevalencia con la edad. Debido al envejecimiento de la población, el estudio de estas enfermedades es cada vez más relevante. Por ello, se enfatiza la importancia de investigar el delirium en esta población específica, con el fin de desarrollar herramientas y métodos que faciliten su diagnóstico y permitan un manejo oportuno (Kojaie-Bidgoli et al., 2021).

Por parte de sus semejanzas, ambas alteraciones pueden llegar a presentar síntomas de desorientación, confusión, alteraciones del comportamiento y de la cognición. Es puntual señalar que un individuo con demencia tiene más tendencia a desarrollar delirium, generalmente en situaciones de estrés físico o enfermedad aguda. En los dos casos, un diagnóstico preciso, además de la diferenciación acertada entre delirium y demencia es importante para la implementación de una guía de tratamiento adecuado en busca de optimizar los resultados para el paciente (Marín Sanabria et al., 2022; Gual et al., 2019).

Un enfoque multidisciplinario es útil para abordar las distintas facetas de estas condiciones y brindar el mejor cuidado posible. El delirium superpuesto a la demencia es una alteración con carácter clínico en la que un episodio agudo de delirium se genera en pacientes que padecen de demencia. Esta situación es común en varios entornos hospitalarios o de cuidados a largo plazo y presenta un desafío significativo en cuanto al diagnóstico como para su manejo (Kojaie-Bidgoli et al., 2021).

La coexistencia de estas alteraciones como el delirium y demencia complica su presentación clínica, ya que distintos síntomas del delirium se pueden exacerbar y ocultar los déficits cognitivos preexistentes de la demencia, siendo una dificultad en la distinción entre ambas condiciones (Marín Sanabria et al., 2022).

En el delirium superpuesto a la demencia se presenta por un inicio súbito de alteraciones en la atención y la conciencia, además de presentar fluctuaciones en el estado mental que es más pronunciado que en la demencia por sí mismos pacientes pueden exponer confusión aguda, alucinaciones, agitación y desorientación, presentando síntomas que se desarrollan de manera rápida y varían en severidad a lo largo del día. Muy diferente a los síntomas de una demencia que tienden a ser más estables y progresivos (Paizano Vanega et al., 2021).

La propia identificación de delirium en un paciente con demencia necesita una evaluación cuidadosa y un gran grado de sospecha clínica, ya que la presentación puede ser atípica y con sutiles cambios. La etiología del delirium en estos pacientes principalmente se relaciona con factores precipitantes como deshidratación, infecciones, intervenciones quirúrgicas, desequilibrios electrolíticos y efectos secundarios de medicamentos. La presencia de demencia incrementa la vulnerabilidad del cerebro a estos factores agudos debido a la reserva cognitiva disminuida, siendo la corrección de la causa subyacente lo primordial en este tipo de pacientes (Marín Sanabria et al., 2022; Corona Meléndez et al., 2022).

### **Epidemiología**

(Almeida & Lisboa, 2020) nos indica que la incidencia de delirium en pacientes con distintos tipos de demencia varía según el tipo de demencia y el entorno en el que se evalúan a los pacientes. En general, la demencia se considera un factor de riesgo significativo para desarrollar delirium, especialmente en entornos hospitalarios. Durante las hospitalizaciones, la prevalencia de delirium en pacientes con demencia puede llegar hasta el 49% (Lupiáñez Seoane et al., 2021).

En pacientes con una demencia en relación con el Alzheimer (presentación más común de demencia), su prevalencia de delirium es variable dependiendo de factores como la gravedad de la demencia y su contexto clínico. Distintos estudios muestran que entre un 20% y un 30% de los pacientes con demencia por Alzheimer pueden llegar a experimentar episodios de delirium durante el transcurso de su enfermedad, este dato puede ser mayor en unidades de cuidados intensivos y en pacientes con enfermedades severas (Blanco Artola et al., 2020).

La demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy tienen altas tasas de delirium. Si nos fijamos en la demencia con cuerpos de Lewy, la predominancia del delirium puede ser elevada debido a las fluctuaciones cognitivas características de la enfermedad y a la sensibilidad a los sedantes. En la demencia vascular, la prevalencia de delirium depende de la localización y extensión de las lesiones cerebrovasculares, lo que complica su manejo y requiere una atención cuidadosa para diferenciar entre los síntomas de la demencia y los del delirium. Esto implica el uso de herramientas diagnósticas específicas y un enfoque multidisciplinario para abordar los factores que precipitan o predisponen al delirium. La detección y el tratamiento temprano son importantes para disminuir las complicaciones (Marín Sanabria et al., 2022).

### **Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de delirium en personas con demencia**

El desarrollo de delirium en personas con demencia se ve influenciado por distintos factores de riesgo, siendo estos intrínsecos como extrínsecos. Entre los factores intrínsecos, encontramos uno de los más característicos siendo la propia demencia, que predispone a los pacientes a padecer de episodios con relación a delirium debido a su fragilidad cognitiva que esta condición conlleva. La edad avanzada también es otro factor importante, ya que a medida que los pacientes envejecen, la vulnerabilidad a padecer estos episodios de delirium incrementan, sumado a la presencia de comorbilidades, como enfermedades crónicas teniendo de ejemplo a la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar, agravan este riesgo. Por otra parte, en los factores extrínsecos, destacan los que están relacionados con el manejo médico y la hospitalización (Marín Sanabria et al., 2022; Almeida & Lisboa, 2020; Fong & Inouye, 2022).

El uso de benzodiacepinas y otros medicamentos psicoactivos, pertenece a un factor de riesgo significativo por ende estos fármacos tienden a alterar la función cerebral y ser precipitantes a episodios de delirium en pacientes con demencia. Incluso, la utilización de sondas por vía urinaria y la inmovilización son factores que incrementan la probabilidad de delirium, debido a la incomodidad, la restricción de movimientos que causan y el riesgo de infección que estas presentan, siendo así que las infecciones urinarias y también respiratorias, son factores precipitantes comunes, estas infecciones no solo alteran el estado físico del paciente, sino que además afectan su estado cognitivo, aumentando la incidencia de delirium (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Marín Sanabria et al., 2022).



La desnutrición y la mala alimentación, comunes en pacientes con demencia por la dificultad para mantener una adecuada ingesta de nutrientes, también contribuyen al riesgo de generar delirium (Marín Sanabria et al., 2022).

Finalmente, el ambiente hospitalario presenta un gran nivel de estímulos y cambios constantes, tienen a desencadenar episodios de delirium en pacientes con demencia (Fong & Inouye, 2022). Si el paciente presenta un periodo de tiempo prolongado en la unidad de cuidados intensivos, sedación excesiva e intervenciones invasivas, se consideran como factores que aumentan la vulnerabilidad de los afectados (Corona Meléndez et al., 2022). Por ese motivo, es crucial mantener una monitorización cuidadosa y un manejo multidisciplinario reducir los riesgos y mejorar el pronóstico del paciente (Almeida & Lisboa, 2020; Quispe Ancco, 2018).

*Imagen 1. Factores predisponentes y precipitantes del delirium*

<b>Factores predisponentes</b>	<b>Factores precipitantes</b>
<b>Características demográficas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo masculino</li> <li>• Edad avanzada</li> </ul>	<b>Fármacos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedantes hipnóticos</li> <li>• Narcóticos</li> <li>• Anticolinérgicos</li> <li>• Polifarmacia</li> <li>• Abstinencia alcohol/fármacos</li> </ul>
<b>Estado mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Demencia</b></li> <li>• Depresión y ansiedad</li> <li>• Antecedentes de delirium</li> <li>• Deterioro cognitivo</li> </ul>	<b>Enfermedades Neurológicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidente cerebro vascular</li> <li>• Meningitis o encefalitis</li> <li>• Cirugía ortopédica</li> <li>• Cardíaca</li> </ul>
<b>Situación Funcional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia funcional</li> <li>• Síndrome de inmovilidad</li> </ul>	<b>Deprivación del sueño</b>
<b>Alteraciones de los Sentidos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de audición</li> <li>• Pérdida de visión</li> </ul>	<b>Ambientales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso en cuidados intensivos</li> <li>• Contenciones físicas</li> <li>• Múltiples intervenciones</li> <li>• Estrés</li> </ul>
<b>Fármacos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polifarmacia</li> <li>• Medicamentos psicotrópicos</li> </ul>	<b>Afecciones intercurrentes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones</li> <li>• Enfermedad aguda grave</li> <li>• Hipoxia</li> <li>• Shock</li> <li>• Fiebre o hipotermia</li> <li>• Anemia</li> <li>• Deshidratación o desnutrición</li> <li>• Alteraciones metabólicas</li> </ul>
<b>Alcoholismo</b>	
<b>Enfermedades concomitantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pluripatología</li> <li>• Insuficiencia renal o hepática</li> <li>• Antecedentes de ictus</li> <li>• Enfermedades neurológicas</li> <li>• Alteraciones metabólicas</li> <li>• Enfermedad terminal</li> <li>• Infección por VIH</li> </ul>	
<b>Disminución de la ingesta oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deshidratación y malnutrición</li> </ul>	

*Fuente: Delirium asociado a demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del hospital goyeneche de arequipa(Quispe Ancco, 2018)*

## **Fisiopatología**

El delirium se caracteriza por un deterioro súbito y cambiante de la atención y funciones cognitivas, siendo más frecuente su presentación en personas mayores de 65 años. Este síndrome confusional agudo resulta de diversas alteraciones metabólicas y orgánicas (Lupiáñez Seoane et al., 2021).

Desde el punto de vista de la fisiopatología, el delirium se describe como una disrupción del Sistema de Activación Reticular, afectando la corteza frontal no dominante, responsable de los aspectos extrapersonales, y la corteza superior, donde se ubican las funciones de insight, esenciales para comprender y reconocer la anormalidad de la propia condición (Antón et al., n.d.).

El delirium tiene una alta prevalencia clínica, ya que un significativo porcentaje de adultos mayores, aproximadamente dos tercios, desarrollan delirium durante la hospitalización, mientras que otros ya lo presentaban previamente. Factores de riesgo conocidos incluyen la edad avanzada, demencia, sexo masculino, disminución de la agudeza auditiva o visual y el abuso de sustancias (Palacio Jiménez, 2021).

Criterios para diagnosticar delirium según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM):

1. Alteración de la atención y conciencia.
2. Evolución rápida y fluctuante de la alteración.
3. Presencia de al menos una alteración cognitiva adicional.
4. Las alteraciones deben tener una explicación clara por una demencia preexistente.
5. Las alteraciones observadas no deben atribuirse a una disminución significativa del nivel de alerta o estado de vigilia, como en casos de coma o estado semicomatoso (American Psychiatric Association, 2014).

## **Evidencia de causas orgánicas subyacente**

Un criterio esencial es determinar una base en el paciente, comparando su estado mental y cognitivo actual con su estado previo, lo cual requiere de una historia clínica minuciosa. El Método de Evaluación de Confusión es la herramienta más utilizada, basándose en: inicio súbito, cambios en la sintomatología, pensamiento desordenado o alteración del nivel de conciencia e inatención. Los síntomas se dividen en estados hiperactivos, hipoactivos (más común) o mixtos, al ser la forma de presentación clínica hipoactiva la más común, hace que a menudo se pase desapercibido el diagnóstico temprano del paciente y empeore el pronóstico del paciente (Pérez Mesa et al., 2021).

En el delirium hiperactivo, el paciente presenta agitación, hipervigilancia y, a veces, alucinaciones visuales o auditivas. En contraste, el delirium hipoactivo se caracteriza por hipovigilancia, letargia, anhedonia y puede llegar a confundirse con depresión. El tratamiento del delirium implica abordar la causa subyacente, pero mientras se corrige, se pueden emplear medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para controlar los síntomas (Sáez et al., 2021).

Las medidas no farmacológicas se centran en abordar factores contribuyentes modificables, como el uso de lentes, hidratación, audífonos para paliar déficits funcionales, medidas para la orientación temporal y espacial, y la visita y acompañamiento de familiares. Las medidas farmacológicas, generalmente utilizadas en el delirium hiperactivo, incluyen tres grupos de medicamentos: benzodiazepinas, inhibidores de la colinesterasa y antipsicóticos. Sin embargo, actualmente no existen fármacos aprobados específicamente por la FDA para el tratamiento del delirium (Sáez et al., 2021; Santacruz-Ortega et al., 2022).

### **Diagnóstico**

Entre los criterios principales, se resalta la presencia de cambios súbitos y cambiantes en la conciencia y la atención, característicos del delirium y menos frecuentes en la demencia. Según el DSM-5, el delirium se define como una alteración en la atención, lo cual implica una capacidad reducida para dirigir, mantener, enfocar o cambiar la atención y la conciencia, acompañada de una disminución en la orientación al entorno. Esta condición se manifiesta en un corto período y fluctúa a lo largo del día. Además, incluye alteraciones cognitivas como problemas de lenguaje, memoria y desorientación, que no pueden ser atribuidos a otra condición neurocognitiva preexistente o en desarrollo. (Green et al., 2019).

El segundo criterio incluye la evidencia de que los síntomas del delirium son causados por una condición médica, abstinencia, múltiples etiologías, intoxicación por sustancias, exposición a toxinas. Ahora en el contexto de pacientes con demencia, es crucial identificar el factor precipitante agudo que no esté relacionado directamente con la progresión de la demencia, siendo el caso de la deshidratación, infecciones, efectos adversos de medicamentos. La Clasificación Internacional de Enfermedades proporciona criterios similares, enfatizando con la aparición aguda y fluctuante del delirium, en conjunto con alteraciones en conciencia, atención y otras funciones cognitivas (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Fong et al., 2022).

La Clasificación Internacional de Enfermedades establece que los síntomas del delirium no deben explicarse por una condición preexistente o por otro trastorno neuropsiquiátrico, lo cual es esencial

para distinguir el delirium de un deterioro del estado basal de la demencia. Para obtener un diagnóstico preciso de delirium en pacientes con demencia, se recomienda utilizar herramientas de evaluación estandarizadas como el Delirium Rating Scale-Revised-98 y el Confusion Assessment Method, que son útiles para identificar los cambios súbitos y cambiantes en el estado de conciencia y atención, muy importante también, diferenciarlos de los síntomas crónicos y progresivos de la demencia (Green et al., 2019).

El Confusion Assessment Method nos va a ayudar a evaluar la aparición de inicio agudo y curso cambiante, con pensamiento desordenado, inatención y alteración del nivel de conciencia. Además de los criterios formales y las herramientas de evaluación, si se va a realizar el diagnóstico de delirium superpuesto a demencia, este debe mantener una revisión minuciosa de la historia clínica, una evaluación neurológica y física, así como pruebas de laboratorio para identificar y tratar las causas subyacentes. Los factores como infecciones, desequilibrios metabólicos y efectos de medicamentos deben ser considerados y tratados adecuadamente para manejar el delirium de manera eficaz y mejorar el pronóstico del paciente (Fong et al., 2022; Lagarto et al., 2020).

### **Desafíos diagnósticos y diferenciación entre exacerbaciones de demencia y delirium**

El diagnóstico diferencial entre delirium y las exacerbaciones de la demencia presenta varios desafíos debido a la superposición de síntomas y la gran variabilidad en la presentación clínica. El delirium se caracteriza por un inicio agudo y cambiante, con alteraciones en la atención y conciencia, mientras que por otro lado la demencia progresa de manera gradual y continua, con un deterioro crónico de las funciones cognitivas. Identificar estos cambios agudos en un paciente con demencia crónica puede ser complicado, ya que la sintomatología del delirium, como la desorientación, pérdida de memoria y las alucinaciones, pueden ser confundidos con una exacerbación de la demencia (Pérez Mesa et al., 2021).

Para identificar la diferencia entre delirium y una exacerbación de la demencia, es recomendable una historia clínica exhaustiva además del uso de herramientas para la evaluación estandarizadas como el Confusion Assessment Method, y la búsqueda activa de factores precipitantes agudos como deshidratación, infecciones o cambios en la medicación. Tener un enfoque multidisciplinario, es crucial para tener una evaluación precisa y un manejo adecuado, reduciendo los riesgos y mejorando los resultados para los pacientes (Green et al., 2019).

*Imagen 2. Diferencias entre Delirium y Demencia*

<b>Característica</b>	<b>Delirium</b>	<b>Demencia</b>
<b>Comienzo</b>	Súbito, con un punto de inicio definido	Lento y gradual, con un punto de inicio incierto
<b>Duración</b>	Días a semanas, aunque puede ser más prolongado.	Por lo general, permanente.
<b>Causa</b>	Casi siempre, otro trastorno (infección, deshidratación, consumo de ciertas drogas o interrupción de éste)	Habitualmente, un trastorno encefálico crónico (enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular)
<b>Evolución</b>	Habitualmente, reversible	Lentamente progresiva
<b>Efecto por la noche</b>	Casi siempre empeora	Empeora en menor medida
<b>Atención</b>	Muy deteriorada	Sin afectación hasta que la demencia se vuelve grave
<b>Nivel de conciencia</b>	Deterioro variable	Sin afectación hasta que la demencia se vuelve grave
<b>Orientación en tiempo y espacio</b>	Variada	Alterada
<b>Lenguaje</b>	Lento, muchas veces incoherente e inapropiado	A veces, dificultad para encontrar la palabra correcta
<b>Memoria</b>	Variada	Pérdida, en especial para los acontecimientos recientes
<b>Necesidad de atención médica</b>	Inmediata	Necesaria, pero no es de urgencia
<b>Efecto del tratamiento</b>	Por lo general, revierte los síntomas	Puede retrasar la progresión, pero no puede revertir o curar el trastorno

Fuente: The inter-relationship between delirium and dementia: The importance of delirium prevention. Nat Rev Neuro(Fong & Inouye, 2022)

### **Manifestaciones Clínicas**

La presentación clínica del delirium es diferente en pacientes con distintos tipos de demencia, como la demencia vascular, enfermedad de Alzheimer y la demencia con cuerpos de Lewy, lo cual genera una complicación en el diagnóstico y manejo de estas condiciones (Palacio Jiménez, 2021).

En pacientes con Alzheimer, el delirium puede llegar a presentarse con sintomatología prominente de agitación, desorientación, y fluctuaciones en el nivel de conciencia, estos pacientes sufren un deterioro cognitivo progresivo, llegando a presentar delirium por deshidratación, infecciones o cambios en la medicación. La presencia del delirium en estas personas suele estar asociada con un mal pronóstico y una elevada tasa de mortalidad, haciendo crucial su detección y tratamiento oportuno (José Pomares Avalos et al., n.d.).

Por otro lado, en los pacientes con demencia vascular, el delirium generalmente se presenta con síntomas que abarcan la confusión aguda y alteraciones en la función ejecutiva, debido a que la demencia vascular resulta de varios infartos cerebrales que afectan diversas áreas del cerebro, estos individuos llegan a experimentar distintos episodios de delirium precipitados por eventos cerebrovasculares agudos adicionales, teniendo fluctuaciones en la presión arterial, o descompensaciones metabólicas. La comorbilidad con otros factores de riesgo cardiovasculares puede llegar a agravar estos episodios (Gual et al., 2019; Almeida & Lisboa, 2020).

### **Pronóstico**

Según (Greindl et al., 2022) las tasas de mortalidad y morbilidad son elevadas en los pacientes que desarrollan delirium durante la hospitalización, con entre el 35% y el 40% de estos pacientes falleciendo en el transcurso del año siguiente. Estos índices pueden explicarse por factores como la edad avanzada y presencia de condiciones graves en estos individuos (Paizano Vanega et al., 2021).

El delirium causado por factores como hipoglucemia, intoxicación por medicamentos o alcohol, desequilibrios electrolíticos o infecciones, en general se resuelve de manera rápida con el tratamiento adecuado. Sin embargo, la recuperación puede ser más lenta, especialmente en los adultos mayores, lo que puede llevar a estancias hospitalarias más largas, mayor riesgo y gravedad de complicaciones, costos elevados y discapacidad prolongada. En algunos casos, los pacientes no se recuperan completamente del delirium, y existen estudios que sugieren que, hasta dos años después del episodio, persiste un mayor riesgo de deterioro cognitivo y funcional, institucionalización y muerte. También se ha documentado un deterioro cognitivo significativo que dura al menos tres meses después del episodio de delirium, tanto en pacientes quirúrgicos como no quirúrgicos (Kojaie-Bidgoli et al., 2021).

Por otro lado, (José Pomares Avalos et al., n.d.) nos indica que la demencia, por lo general, es una condición progresiva, aunque el riesgo y la velocidad de su avance pueden variar considerablemente dependiendo de la causa subyacente. Aunque existe evidencia que la puede disminuir la esperanza de vida, las valoraciones en la sobrevida no son uniformes y dependen de diversos factores.

Es crucial abordar las preferencias del paciente y establecer disposiciones legales y financieras, como otorgar un poder duradero para asuntos de salud e instalarlo en las primeras etapas de la enfermedad, ya que posteriormente el paciente perderá la capacidad de tomar decisiones, todo esto

con el fin de evitar problemas que puedan afectar a la salud mental del paciente. En las fases avanzadas de la demencia, es fundamental considerar la implementación de cuidados paliativos en lugar de tratamientos agresivos o cuidados intensivos hospitalarios. Tomar estas decisiones con antelación puede ser clave para asegurar que se respeten los deseos del paciente y se proporcione una atención que se ajuste a sus necesidades y preferencias. Las decisiones sobre alimentación artificial y tratamiento de trastornos agudos deben ser tomadas por adelantado, antes de que se presente la necesidad, y revisadas periódicamente conforme avance la condición del paciente (Javier et al., n.d.)

### **Prevención**

(Marín Sanabria et al., 2022) nos indica que el delirium superpuesto a demencia, dado su impacto significativo y frecuente, necesita un enfoque preventivo y terapéutico bien estructurado, se estima que entre el 30% y el 40% de los episodios de delirium pueden ser prevenidos. Por esta razón, es crucial implementar programas de prevención para todos los ancianos hospitalizados, especialmente aquellos con mayor vulnerabilidad y factores de riesgo elevados. Un programa ejemplar es el HELP (Hospital Elder Life Program) ubicado en Estados Unidos, el cual podemos tomar de referencia para poder adoptar sus protocolos en nuestro medio, este nos ha demostrado su efectividad en la reducción del delirium en pacientes mayores mediante intervenciones como la orientación adecuada, la nutrición e hidratación correctas, la regulación del ciclo sueño/vigilia, la corrección de problemas sensoriales y la promoción de la movilidad. Estudios sistemáticos y metaanálisis han confirmado la efectividad de este y otros programas similares, así como diferentes guías clínicas (Almeida & Lisboa, 2020).

La evidencia actual no apoya el uso de medicamentos como inhibidores de la acetilcolinesterasa, psicofármacos o melatonina para la prevención del delirium. Las principales estrategias para prevenir el delirium incluyen:

1. Identificar a los pacientes mayores con alto riesgo.
2. Reducir el uso de ciertos medicamentos, especialmente anticolinérgicos, sedantes-hipnóticos y narcóticos.
3. Tratar la enfermedad subyacente que motiva la hospitalización y abordar los problemas médicos relacionados.
4. Modificar los factores ambientales y déficit sensorial del paciente mediante el uso de audífonos y gafas.

5. Fomentar a los familiares que visiten al paciente y usar estímulos orientadores como relojes, calendarios e iluminación adecuada.
6. En casos donde otras intervenciones no sean efectivas y haya riesgo de autolesiones o caídas, el uso de sujeciones y barras puede ser necesario (Santacruz-Ortega et al., 2022).

### **Investigación y Avances Recientes**

La evaluación clínica de pacientes con demencia avanzada debe ser exhaustiva para identificar posibles causas de discapacidad excesiva y síntomas no manifestados. La evaluación debe incluir un análisis cognitivo, funcional y conductual utilizando herramientas adaptadas y validadas localmente, así como instrumentos que determinen las capacidades residuales del paciente (Fong et al., 2022).

El plan de atención para pacientes que presentan demencia de tipo avanzado debe enfocarse no solo en el paciente, sino también en los cuidadores, e incluir:

1. **Medidas de activación:** Es esencial diseñar programas específicos que prevengan su aislamiento y apatía. Aunque no puedan comenzar actividades, pueden responder a interacciones individuales programadas según su nivel de deterioro cognitivo. Por razones de costo-efectividad, la mayoría de estos programas se realizan en grupo e incluyen actividades como musicoterapia, reminiscencias y estimulación neurosensorial (Corona Meléndez et al., 2022).
2. **Movilización:** Mantener la movilidad es fundamental para prevenir complicaciones como neumonías, úlceras por presión e infecciones urinarias. Lo recomendable es que se adapte el medio de desarrollo del paciente para una deambulación segura. Al rededor de la mitad de la población de pacientes con demencia no pueden caminar de manera autónoma, siendo este pico alrededor de los 7-8 años desde el inicio de la enfermedad (Fong & Inouye, 2022).
3. **Tratamiento de comorbilidades:** Además de afecciones comunes como hipertensión, diabetes y epilepsia, los pacientes con demencia grave suelen enfrentar infecciones recurrentes y problemas nutricionales. Las infecciones recurrentes, como la neumonía, son una causa principal de mortalidad en esta población (Javier et al., n.d.).
4. **Manejo de síntomas neuropsiquiátricos y síndromes neurológicos:** Es fundamental abordar síntomas como el delirium y la epilepsia con un enfoque integral (Corona Meléndez et al., 2022).



En cuanto al tratamiento del delirium superpuesto a la demencia, las actualizaciones enfatizan la importancia de un enfoque no farmacológico como primera línea de tratamiento, dada la controversia sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos en estos pacientes. Si se requieren neurolépticos, deben usarse en dosis mínimas y por el menor tiempo posible, preferiblemente antipsicóticos atípicos. Las benzodicepinas solo deben usarse para agitación asociada con abstinencia alcohólica o benzodiazepínica, prefiriéndose aquellas de vida media corta (Greindl et al., 2022; Kojaie-Bidgoli et al., 2021).

## Referencias

1. Almeida, A. C., & Lisboa, D. (2020). Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa Relatório de Estágio O delirium e demência na pessoa idosa em contexto hospitalar: percepção do enfermeiro.
2. American Psychiatric Association. (2014). American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. Editorial Médica Panamericana.
3. Antón, M., Antonio, J., Santeodoro, G., & Lancho, E. V. (n.d.). CAPÍTULO 18 DELÍRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.
4. Blanco Artola, C., Gómez Solórzano, N., & Arce Chaves, A. (2020). Delirium en el adulto mayor. *Revista Medica Sinergia*, 5(3), e391. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.391>
5. Corona Meléndez, J. C., Iñiguez Padilla, H., & Medina Ruíz, E. (2022). Prevalencia, factores de riesgo y desenlace de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángeles del Carmen. *Medicina Crítica*, 36(4), 215–222. <https://doi.org/10.35366/105792>
6. Fong, T. G., Hshieh, T. T., Tabloski, P. A., Metzger, E. D., Arias, F., Heintz, H. L., Patrick, R. E., Lapid, M. I., Schmitt, E. M., Harper, D. G., Forester, B. P., & Inouye, S. K. (2022). Identifying Delirium in Persons With Moderate or Severe Dementia: Review of Challenges and an Illustrative Approach. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(10). <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.04.003>
7. Fong, T. G., & Inouye, S. K. (2022). The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. In *Nature Reviews Neurology* (Vol. 18, Issue 10, pp. 579–596). Nature Research. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698-7>

8. Green, J. R., Smith, J., Teale, E., Collinson, M., Avidan, M. S., Schmitt, E. M., Inouye, S. K., & Young, J. (2019). Use of the confusion assessment method in multicentre delirium trials: Training and standardisation. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1129-8>
9. Greindl, S., Weiss, B., Magnolini, R., Lingg, C., Mayer, H., & Schaller, S. J. (2022). Detection of delirium by family members in the intensive care unit: Translation, Cross-Cultural adaptation and validation of the Family Confusion Assessment Method for the German-Speaking area. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10). <https://doi.org/10.1111/jan.15227>
10. Gual, N., García-Salmones, M., & Pérez, L. M. (2019). Diagnosing delirium in patients with dementia, a great challenge. In *Medicina Clínica* (Vol. 153, Issue 7, pp. 284–289). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.05.005>
11. Javier, F., Araujo, C., Domingo, S., & Nacional, D. (n.d.). Asesorado por: Dra. Violeta González Pantaleón-asesora metodológica Dra. Sarah Nicole De la Cruz Cepeda-asesora clínica.
12. José Pomares Avalos, A., Antonio Pomares Alfonso, J., Eloy Santiesteban Alejo, R., Manuel Regal Cuesta, V., & Amanda Vázquez Núñez, M. (n.d.). Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. <https://orcid.org/0000-0003-2825-1322>
13. Kojaie-Bidgoli, A., Sharifi, F., Maghsoud, F., Alizadeh-Khoei, M., Jafari, F., & Sadeghi, F. (2021). The Modified Hospital Elder Life Program (HELP) in geriatric hospitalized patients in internal wards: A double-blind randomized control trial. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02520-3>
14. Lagarto, L., Albuquerque, E., Loureiro, D., Vieira, F., Esteves, P., Neves, S., Teixeira-Veríssimo, M., & Cerejeira, J. (2020). Arousal changes and delirium in acute medically-ill male older patients with and without dementia: a prospective study during hospitalization. *Aging and Mental Health*, 24(5). <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1548569>
15. Lupiáñez Seoane, P., Muñoz Negro, J. E., Torres Parejo, Ú., & Gómez Jiménez, F. J. (2021). Descriptive study of delirium in the emergency department. *Atencion Primaria*, 53(6). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102042>

16. Marín Sanabria, D., Ledezma Castro, N., Álvarez Cedeño, N. A., & Riba Rodríguez, M. J. (2022). Delirium superpuesto a demencia: revisión de una entidad clínica subdiagnosticada. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(5), 8–22. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i5.461>
17. Organización Panamericana de la Salud; (2020). eCIE-Maps - CIE-10. 8a Edition.
18. Paizano Vanega, G., Araya Oviedo, A., & Chacón Díaz, S. (2021). Tratamiento farmacológico del delirium en el adulto mayor. *Revista Medica Sinergia*, 6(10), e725. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i10.725>
19. Palacio Jiménez, M. (2021). El delirio en la UCI, una revisión narrativa de la evidencia existente. In *Conocimiento Enfermero* (Vol. 14). <http://www.conocimientoenfermero.es/Articulo?ref=2018>
20. Pérez Mesa, Y., Juan J. Llibre Rodríguez, J. J., Fonte Sevillano, T., Hernández Ulloa, E., & González Santisteban, A. G. (2021). Fragilidad como Factor de riesgo de demencia en adultos mayores. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*.
21. Quispe Ancco, J. (2018). Delirium asociado a demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa. In Tesis de postgrado.
22. Ramírez Solano, M., & Umaña Venegas, A. (2021). Delirio: una visión global. *Revista Medica Sinergia*, 6(5), e672. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i5.672>
23. Sáez, C. M. Z., Espeso, E. A. R., & Jentoft, L. A. H. S. y A. J. C. (2021). El deterioro cognitivo en los mayores. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(46). <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.12.002>
24. Santacruz-Ortega, M. del P., Cobo-Charry, M. F., & Mejía-Arango, S. (2022). Relación entre la depresión y la demencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1). <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31100096>
25. Tobar, E., & Alvarez, E. (2020). DELIRIUM IN ELDERLY HOSPITALIZED PATIENTS. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 31(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.008>