Carta al editor

# Delirium en el anciano: ¿episodio o heraldo de un proceso de deterioro cognitivo continuo?

# Delirium in the Elderly: Episode or Predictor of a Process of Continuous Cognitive Impairment?

Leocadia Amores Hernández[1] Ángel Julio Romero Cabrera[1] Eduardo Fernández Casteleiro[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Alderegía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

**Cómo citar este artículo:**
Hernández L, Romero-Cabrera Á, Fernández-Casteleiro E. Delirium en el anciano: ¿episodio o heraldo de un proceso de deterioro cognitivo continuo?. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 15]; 3(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/197

**Recibido: 2013-04-26 11:35:39**
**Aprobado: 2013-04-26 17:17:24**

**Correspondencia:** Leocadia Amores Hernández. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Alderegía Lima. Cienfuegos. leocadia.amores@gal.sld.cu

El delirium es un intrincado síndrome caracterizado por un comienzo rápido de síntomas que tienden a fluctuar a lo largo de un mismo día con nivel de conciencia alterado (o nublado), un trastorno global de la cognición y alteraciones perceptuales, muy a menudo acompañado de agitación psicomotriz o por el contrario hipoactividad y que responde a una causa biomédica, intoxicación /supresión de sustancias o a múltiples etiologías.[1,2]

Es una condición frecuente en el anciano, por lo que es considerado uno de los grandes síndromes geriátricos con una prevalencia que oscila, según estudios recientes, entre un 10-31 % en el momento de admisión y una incidencia de 3-29 % durante la hospitalización.[3]

El comienzo agudo y súbito y el curso fluctuante son los hallazgos centrales del delirium. No obstante, es importante establecer el funcionamiento cognitivo basal del paciente y el curso de los cambios cognitivos. Los síntomas suelen ser intermitentes y a menudo empeoran por la noche.[4,5]

El delirium es mejor comprendido como resultado de múltiples factores predisponentes y precipitantes. En el anciano, los factores predisponentes que hacen a los pacientes más susceptibles al delirium son la edad avanzada y la disfunción cognitiva, mientras que factores precipitantes importantes son cualquier evento somático descompensante y el uso de medicamentos anticolinérgicos, entre otros.[6]

En todo paciente con delirium resulta importante reconocer la existencia de deterioro cognitivo previo o demencia, pues a la vez que estas condiciones representan un factor de riesgo para el primero es muy frecuente que coexistan. Así, un estudio irlandés reporta que la edad avanzada y el deterioro cognitivo preexistente estuvieron asociados de forma independiente con el delirium.[7] El deterioro cognitivo previo fue encontrado en el 50,9 % de los pacientes.

Un estudio de 322 pacientes hospitalizados en servicios médicos, donde se exploraron síntomas de delirium, encontró la coexistencia de delirium y demencia en 128, delirium solo en 40, demencia sola en 94 y ninguna de las dos condiciones en 60. El delirium fue un fenómeno similar entre los pacientes con o sin demencia, aunque los pacientes dementes tuvieron más agitación psicomotora en el momento del ingreso y más desorganización del pensamiento y desorientación 24 horas después.[8]

Otros autores señalan, sin embargo, que algunas características clínicas y factores de riesgo son diferentes entre ancianos con delirium, dementes

y no dementes.9 Se señala que el delirium en dementes tiende a ser más fluctuante y aparecen más alteraciones perceptuales. Los pacientes con demencia son más vulnerables al delirium con factores precipitantes de menor envergadura que los pacientes no dementes (ejemplo: un impacto fecal en los primeros versus una bronconeumonía en los segundos).

El delirium en un paciente con demencia preexistente es un problema común que puede tener serias complicaciones y un pobre pronóstico. En una revisión sistemática de 14 estudios, la prevalencia de delirium sobreimpuesto a la demencia varió desde 22 a 89 % en dementes hospitalizados y ancianos comunitarios con demencia.[10] Entre los factores asociados de mal pronóstico se encontraron: declinación cognitiva y funcional acelerada, necesidad de institucionalización, rehospitalización e incremento de la mortalidad. Otro estudio finlandés reporta asimismo un gran solapamiento entre delirium y demencia y señala la dificultad del diagnóstico del delirium en estos pacientes por la existencia de otros síntomas neuropsiquiátricos que tienden a la confusión (alucinaciones, cambios conductuales y otros).[11]

Muchos pacientes no recuperan totalmente su capacidad cognitiva previa después del delirium e incluso tienen delirium persistente. Una revisión sistemática de 18 estudios reporta una prevalencia de delirium persistente al alta y 1, 3 y 6 meses después de 44,7 %, 32,8 %, 25,6 % y 21%, respectivamente.[12] Los resultados (mortalidad, emplazamiento en hogares de ancianos, función y cognición) fueron peores que los de los pacientes que se recuperaron del delirium.

Otros estudios señalan que su existencia está asociada a la coexistencia con demencia, al número incrementado de condiciones médicas, a los síntomas hipoactivos y a las enfermedades que cursan con hipoxia.[13]

Por otra parte, se ha descrito el delirium subsindrómico definido como la presencia de uno o más síntomas que no alcanzan los criterios establecidos y no progresan al delirium como tal. Una revisión sistemática de 12 estudios señala una prevalencia de delirium subsindrómico de 23 % y una incidencia de 13 %.[14] No existen criterios diagnósticos universalmente aceptados para el delirium subsindrómico pero, a pesar de esto, se reconoce su persistente asociación con pobre pronóstico funcional y cognitivo, larga estadía hospitalaria, institucionalización y muerte.[15]

De toda esta revisión documental nos surgen una serie de ideas que queremos exponer con el propósito de inquietar a los lectores y promover el debate y estas son:

- El deterioro cognitivo ligero (DCL), muchas veces confundido con el llamado “olvido benigno” no es frecuentemente reconocido y es habitual asistir a pacientes con delirium con DCL previo. ¿Tiene este coincidencias con el delirium subsindrómico?
- Existe un evidente solapamiento entre delirium y demencia y está demostrado que ocurren episodios de delirium en muchos pacientes con demencia establecida. ¿Cuál es la proporción de pacientes con delirium “puro” en nuestro medio?
- Muchos pacientes tienen una pobre recuperación cognitiva después de un episodio de delirium. ¿Forma parte el delirium de un proceso de deterioro cognitivo continuo que se hace aparente ante ciertas condiciones clínicas? ¿Es, por tanto, un heraldo de la pérdida de función cognitiva continua en un proceso morboso que indefectiblemente termina en la demencia?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. Postgrad Med J. 2009;85(1006):405-13

2. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. Front Neurol. 2012;3:101

3. Siddigi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age and Ageing. 2006;35(4):350-64

4. Fearing MA, Inouye SK. Delirium. Focus. 2009;7(1):53-63

5. Cole MG. Delirium in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2004;12(1):7-21

6. Leentjens AF, van der Mast RC. Delirium in elderly people: an update. Curr Opin Psychiatry. 2005;18(3):325-30

7. Ryan DJ, O Regan NA, Caoimh RÓ, Clare J, O Connor M, Leonard M, et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open [revista en Internet]. 2013 [citado Ene 2012];3(1):[aprox. 23p]. Disponible en: http://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001772.full

8. Cole MG, McCusker J, Dendukuri N, Han L. Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. J Neuropsychatry Clin Neurosci. 2002;14(2):167-75

9. Margiotta A, Bianchetti A, Ranieri P, Trabucchi M. Clinical characteristics and risk factors of delirium in demented and not demented elderly medical inpatients. J Nutr Health Aging. 2006;10(6):535-9

10. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2002;50(10):1723-32

11. Hölttä E, Laakkonen ML, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis R, Kautiainen H, et al. The overlap of delirium with neuropsychiatric symptoms among patients with dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2011;19(12):1034-41

12. Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. Age and Ageing. 2009;38(1):19-26

13. Dasgupta M, Hillier LM. Factors associated with prolonged delirium: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010;22(3):373-94

14. Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Dubuc-Sarrasin M. Subsyndromal delirium in older people: a systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. Int J Geriatr Psychiatry [revista en Internet]. 2012 [citado Ene 2013]; :[aprox. 2p]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.3891/abstract

15. Martínez Velilla N, Franco JG. Subsyndromal delirium in elderly patients: a systematic review. Rev Esp Geriatr Gerontol [revista en Internet]. 2013 [citado Ene 2013]; :[aprox. 2p]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23473583