

# DECLINACIÓN FUNCIONAL EN EL ANCIANO CON DELIRIUM

José Fernando Gómez M. (\*)

Carmen Lucía Curcio B. (\*\*)

---

## Resumen

El delirium es un trastorno que con mucha frecuencia aparece en ancianos hospitalizados y que viven en la comunidad, el cual con mucha frecuencia se asocia a pobres resultados y malos desenlaces en las personas que lo padecen, afectando la calidad de vida, la funcionalidad a nivel instrumental y físico.

**Palabras clave:** Ancianos, Delirium, Funcionalidad.

## Summary

Delirium is a very frequent disorder that affects hospitalized and ambulatory elderly people. At the same time delirium is related to a very poor outcome and affect the quality of life and function at instrumental and physical level.

**Key words:** Elderly, Delirium, Functionality.

Hace algunos años se pensaba erróneamente que el delirium tenía un buen pronóstico con recuperación completa hasta la normalidad, si el anciano sobrevivía a la causa que lo originó y además siempre de corta duración. Hoy en día la realidad es diferente: el delirium está relacionado con consecuencias adversas en pacientes ancianos tanto durante la hospitalización como después del egreso, generalmente entre un mes y dos años.

Las principales consecuencias son aumento de la mortalidad, estancia hospitalaria prolongada, mayor riesgo de desarrollar complicaciones intrahospitalarias, aumento de la institucionalización en hogares de ancianos, deterioro cognoscitivo posterior y declinación funcional, tanto en las Actividades Básicas Cotidianas en su área física (ABCF) como en el área instrumental (ABCI). Además en algunos ancianos puede persistir y ser la antesala de deterioro cognoscitivo (1).

Aunque el delirium está claramente asociado con pobre pronóstico, no se ha logrado identificar si contribuye en forma independiente al pobre pronóstico, o si es solamente un marcador para identificar pacientes con características basales de pobre pronóstico, como severidad de la enfermedad o comorbilidad, demencia, deterioro funcional o edad avanzada. Este artículo se centrará fundamentalmente en la declinación funcional posterior al desarrollo de un episodio de delirium (1).

---

(\*) Profesores Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

**Recibido:** Septiembre 18 de 2006.

**Aceptado para publicación:** Octubre 31 de 2006.

**Correspondencia:** Fercho7@telesat.com.co

Es probable que el aumento de la mortalidad en ancianos con delirium sea explicado por deterioros funcionales y cognoscitivos previos. Pero aun en ancianos sanos y con funcionamiento previo adecuado, el delirium es un predictor independiente para declinación de la capacidad funcional a los dos años. Además es claro que el delirium al momento del ingreso hospitalario en pacientes con fractura de cadera también es un predictor de pobre recuperación funcional al año, y se vio cómo a los tres meses de haber sido dados de alta, el delirium permanecía como un determinante pronóstico independiente para declinación funcional, institucionalización y muerte. En ancianos hospitalizados, tanto el delirium como la demencia, especialmente esta última, están asociados con deterioro del estado cognoscitivo y funcional al año después de la admisión, independiente de la comorbilidad presente o la severidad de la enfermedad que llevó a la hospitalización. Adicionalmente, el delirium en ancianos con demencia aumenta considerablemente la posibilidad de ser ingresados a un hogar de ancianos (2).

Los pocos estudios longitudinales controlados que han evaluado la declinación funcional asociada a delirium muestran que por encima del 80% de los pacientes (o ancianos) presentan una declinación posterior a la hospitalización, aunque estos estudios tienen algunos problemas: las muestras son pequeñas, los periodos de seguimiento muy cortos y la evaluación de un número limitado de consecuencias. Otra situación conflictiva es que variables como severidad de la enfermedad y comorbilidad no siempre son controladas, y además la capacidad funcional es evaluada de diversa manera, por ejemplo, algunos estudios toman la capacidad funcional previa al evento y otros al momento de la admisión. Es evidente que el delirium afecta la capacidad funcional durante la estancia hospitalaria, mientras que la demencia puede afectar la capacidad funcional previa. Sin embargo, existen situaciones claramente definidas como que el delirium contribuye a la presencia de consecuencias funcionales adversas a largo plazo y que estas persisten más allá de los episodios agudos (2).

Se debe partir de la base de que los pacientes con delirium están más agudamente enfermos y tienen mayor cantidad de comorbilidades, demencia y discapacidad funcional que otros, lo cual podría estar relacionado con las consecuencias nocivas presentadas. Los ancianos con delirium tienen de 2 a 3 veces mayor posibi-

lidad de consecuencias funcionales adversas y se presentan tanto en delirium hipoactivo como en el hiperactivo y en el mixto (3).

Respecto a las comorbilidades, el delirium multiplica sus efectos sistémicos, especialmente las enfermedades crónicas en ancianos a través de varias vías: el delirium dispara una cascada de eventos adversos que aumentan el riesgo de declinación funcional como restricción física o química, desacondicionamiento, caídas, cateterización urinaria, broncoaspiración, úlceras por presión, pobre nutrición, deterioro sensorial y malnutrición. Otra vía es el deterioro cognoscitivo que conlleva el delirium y origina mayores dificultades en los regímenes terapéuticos recomendados. Además, el delirium se resuelve lentamente y sus efectos persistentes son evidentes al momento de dar de alta a los pacientes. Los efectos deletéreos, probablemente, están relacionados con la duración, la severidad y la causa subyacente del delirium, así como con la vulnerabilidad del huésped. Sin embargo aún no es claro si el delirium origina daño neurológico permanente, el cual a su vez origina el deterioro de capacidad funcional en estos pacientes (4).

Se ha observado que la capacidad funcional, evaluada mediante la escala de Barthel, muestra un comportamiento similar al Mini Mental Test en los estudios prospectivos: los pacientes con demencia, con o sin delirium, tienen menores puntajes a los 2, 6 y 12 meses de seguimiento. Los mejores puntajes en el seguimiento se presentan en ancianos sin delirium ni demencia. Sin embargo, en cualquier anciano que haya tenido delirium y hubiere requerido hospitalización, se evidencia una disminución del ABCF en el año siguiente. Por lo regular a los 6 meses el anciano con delirium tiene dependencia en una o más actividades del ABCF que el no confuso, y persiste por más tiempo. Así, a los dos años de seguimiento el doble de los pacientes confusos con fractura de cadera, tiene mayor probabilidad de estar dependiente en el ABCF (4).

El ABC instrumental se afecta de igual manera después de un episodio de delirium, pero su disminución está más relacionada con la presencia de demencia concomitante que con el delirium. Una gran proporción de ancianos con fractura de cadera y delirium no regresa a su capacidad previa para deambular por las habitaciones y tiene mayor tendencia a ser institucionalizado. Además de la demencia, el delirium también

se ha visto con frecuencia asociado a anciano con fractura de cadera y depresión, especialmente la recuperación de la capacidad funcional se ve francamente deteriorada en presencia de depresión (5).

En cuanto a la persistencia del delirium más allá de 30 días, se sabe que contribuye de manera importante a consecuencias nocivas a largo plazo. Existe una fase transicional prolongada después del delirium en la cual se presentan anormalidades cognoscitivas, afectivas, conductuales y funcionales, y además son más frecuentes los episodios recurrentes de delirium. Algunos de sus síntomas, como la inatención, pueden persistir largo tiempo después de la resolución del delirium, situación que probablemente está relacionada con enfermedad física crónica, con síndrome de desajuste o con una homeostasis neurofisiológica retrasada, y puede tener alguna relación con el deterioro cognoscitivo y funcional observado en los estudios de seguimiento. Se ha observado que alrededor del 70% de los casos se complica con demencia en el seguimiento y que menos del 50% tiene total recuperación de su funcionamiento cognoscitivo. Los déficits cognoscitivos pueden perdurar por más de seis meses y es poco frecuente un funcionamiento cognoscitivo completo al año del seguimiento (6).

Otra hipótesis, sobre las consecuencias funcionales pobres en delirium, explica que durante el episodio se produce disfunción neuronal irreversible o muerte neuronal selectiva que explica los nuevos déficits cognoscitivos y funcionales; de hecho los pacientes con delirium muestran mayor atrofia y alteraciones estructurales en la tomografía computada computarizada. La excesiva activación de los receptores N-metilD-aspartato (NMDA) por glutamato endógeno causa degeneración excitotóxica neuronal en síndromes agudos del sistema nervioso central, como enfermedad cerebro vascular y trauma, lo que hace que las células neuronales sean propensas a delirium (7).

Una última hipótesis habla del delirium como enfermedad crónica, puesto que se constituye en un factor de riesgo para desarrollar demencia y ambas tienen componentes de metabolismo cerebral reducido, déficits en transmisión colinérgica e inflamación o trastornos en los sistemas neuronales que regulan la respuesta al estrés. Así, el mal pronóstico funcional y cognoscitivo después de un episodio de delirium sería la evolución natural de una enfermedad cerebral no reconocida (8).

Las consecuencias funcionales adversas a largo plazo, son más acentuadas cuando el paciente presenta delirium al ingreso que cuando lo desarrolla durante la hospitalización; podría ser que el delirium desarrollado durante la estancia en el hospital, especialmente posterior a la cirugía de fractura de cadera, tal vez la patología más frecuente en los estudios, sea una entidad diferente del delirium desarrollado antes del ingreso. El delirium presente al momento de la admisión tiene un impacto negativo en la capacidad funcional a los dos años posterior a una fractura de cadera, con impacto también en el funcionamiento cognoscitivo y afectivo, y una lenta recuperación y aumento de la probabilidad de dependencia en ABCF y ABCI (9).

Se ha insistido en las Unidades de Geriátrica dentro de los hospitales generales cómo la mejor forma de prevenir deterioro funcional relacionado con delirium, pero dados los altos costos de funcionamiento que tienen las unidades y el atender solamente a un pequeño grupo de ancianos, últimamente han tomado más fuerza los grupos de atención geriátrica, con una enfermera especializada y un geriatra, que realizan un tamizaje para detectar condiciones frecuentes en ancianos como delirium, úlceras por presión, incontinencia, caídas, inmovilidad y trastornos del sueño, y hacen recomendaciones específicas en cuidado gerontológico, para prevenir las complicaciones que conlleva la hospitalización de un anciano, especialmente el delirium. Aunque los reportes de una intervención de enfermería o multidisciplinaria dirigida a prevenir los factores que llevan a delirium no reduce la frecuencia de su aparición, sí tienen un efecto modesto en el estado funcional (10).

Es fundamental la implementación de medidas que permitan al menos su detección precoz y que lleven a minimizar el impacto de las complicaciones funcionales que se presentan en ancianos, especialmente los frágiles y los discapacitados. Además, se debe llevar a cabo un seguimiento que permita intervenciones más allá de la hospitalización, especialmente de colaboración y apoyo a los cuidadores ante posibles recaídas o ante la persistencia del delirium, haciendo énfasis en la recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional del anciano (11).

## Bibliografía

1. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. *Clin in Geriatr Med.* 1998, 14; 2:745-764.

2. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Can. Med. Assoc. J.* 2001; 165: 575-83.
3. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD y cols. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med* 13: 234-242, 1998.
4. Francis J, Kappor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *J Am Geriatr Soc* 40: 601-606, 1992
5. Murray AM, Levkoff SE, Wetle TT, & cols. Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 48: M181-186, 1993.
6. O'Keefe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *J Am Geriatr Soc* 45: 174, 1997.
7. Brannstrom B, Gustafson Y, Norberg A, & cols. ADL performance and dependency on nursing care in patients with hip fractures and acute confusion in a task allocation care system. *Scand J Caring* 5: 3-7, 1988.
8. Koponen H, Stenback U, Mattila E, y cols. Delirium among elderly persons admitted to a psychiatric hospital: clinical course during the acute stage and one-year-follow-up. *Acta Psychiatr Scan*, 79: 579, 1989.
9. Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 809-15.
10. Rogers MP, Liang MH, Daltroy LH, & cols. Delirium after elective orthopedic surgery: risk factors and natural history. *Int J Psychiatr Med* 19: 109, 1989.
11. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Standyk K, Fisk J. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing* 1999; 28:551-6.
12. Gustafson Y, Berggen D, Brannstrom B, & cols. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral fracture. *J Am Geriatr Soc* 36: 525-530, 1988.