

CUADERNOS DE GERIATRÍA

MAYO 2019



SOCIEDAD ARAGONESA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



Cuadernos de Geriátría es un
órgano de difusión de la SAGG
www.saggaragon.com

Comité Editorial

Raquel Rodríguez Herrero
Belén Entrena Vicén
Rafael Gómez Navarro
Antonio Manuel Sousa León
Marta Mercedes González Eizaguirre
Rosa Ramos Ibáñez
Asunción Campos Sanz

Secretaría técnica

Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza
Paseo Ruiseñores, 2
50006 Zaragoza
E-MAIL: secretaria@saggaragon.com

Junta Directiva SAGG

PRESIDENTA: Paloma González García
VICEPRESIDENTE: Jesús Marta Moreno
TESORERA: Ana Isabel Cabrero Claver
SECRETARIA: Lucía Morlans Gracia
VOCAL BIOLÓGICA: María Victoria Aranda Laborda
VOCAL SOCIAL: Ana Cristina López Martínez
VOCAL CLÍNICA: Edurne Fernández Letamendi

Maquetación: Estudio Mov
Copyright ©SAGG
ISSN 2445-2041

TECNOLOGÍA GERIÁTRICA EFICAZ, EFICIENTE Y COSTE-EFECTIVA EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Mercedes Clerencia Sierra. Geriatra.

En los últimos años las cuestiones planteadas por nuestros compañeros de trabajo han ido evolucionando, pasando de preguntarnos qué es la geriatría o cómo se define un paciente geriátrico, a qué es un paciente frágil o, si según nuestro criterio un paciente determinado mejorará con el tratamiento indicado en las guías clínicas.

La complejidad de la atención al paciente anciano en el contexto de múltiples enfermedades, obliga a utilizar en el proceso de toma de decisiones clínicas modelos en los que se valoren más allá de la edad cronológica, factores que influyen en la evolución del paciente y en la utilización de servicios sanitarios, como son la situación funcional y cognitiva, la fragilidad, la multimorbilidad, la calidad de vida, las preferencias/valores del paciente y la esperanza de vida.

La geriatría posee la tecnología necesaria para manejar adecuadamente este tipo de pacientes, lo que la convierte en la especialidad más coste-efectiva en la toma de decisiones clínicas en el paciente anciano, obteniendo mejores resultados únicamente con inversiones en personal especializado. Su tecnología está basada en una sistemática propia de trabajo que la diferencia de otras especialidades, con dos herramientas fundamentales, la valoración geriátrica integral y la interdisciplinariedad del equipo.

La tecnología geriátrica ha sido utilizada durante casi un siglo en las unidades de geriatría. Afortunadamente, debido a la evolución del sistema sanitario y sociedades científicas, la brecha de desigualdad en atención geriátrica especializada está disminuyendo, al demandarse la valoración geriátrica integral en la atención de los pacientes

mayores no sólo en las unidades de geriatría, sino también en pacientes por cuya enfermedad índice son valorados por otras especialidades.

En la última década, diversas sociedades científicas han considerado la fragilidad en el anciano un área prioritaria de investigación, para dilucidar su papel pronóstico y decidir las mejores intervenciones en distintos contextos clínicos. Las diferentes y múltiples escalas estudiadas derivan de la valoración geriátrica integral, tecnología geriátrica, cuya valoración multidimensional se considera la mejor y más validada herramienta para identificar y cuantificar la fragilidad.

Una vez identificada la fragilidad o su riesgo, se debe utilizar la segunda herramienta de la geriatría en la toma de decisiones clínicas en el anciano. Estas deberían ser tomadas por un equipo interdisciplinar, es decir, por un equipo cuyo modo de trabajo sea armónico y estructurado, en el que los diversos profesionales implicados tengan un objetivo común, y que tengan en cuenta los valores y las preferencias del paciente. Su objetivo ha de ser establecer un plan individualizado y específico de cuidados, evaluándose la utilidad de todas las medidas preventivas, pruebas diagnósticas e intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas, como procedimientos invasivos o programas de rehabilitación.

Los geriatras debemos defender la utilización de nuestra tecnología como parte de la atención especializada al paciente geriátrico, en subespecialidades como la hematogeriátrica, la oncogeriátrica o la cardiogeriátrica, ya que la valoración geriátrica integral y una aproximación interdisciplinar aseguran equidad en la atención integral centrada en el paciente.

¿MIS PACIENTES OCTOGENARIOS SE PUEDEN OPERAR DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA?

COULD MY OCTOGENARIAN PATIENTS BE OPERATED ON TOTAL KNEE ARTHROPLASTY?

Autores:

María Royo Agustín

Médico Interno Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Marta Osca Guadalajara

Médico Interno Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Alejandro César Urgel Granados,

Médico Interno Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Agustín Rillo Lázaro,

Médico Interno Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

María Teresa Espallargas Doñate,

Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Miguel Ranera García,

Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Ángel Castro Sauras,

Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

*Hospital Obispo Polanco
Teruel, España*

RESUMEN

La mejoría de la calidad de vida con mayores demandas funcionales en un grupo de pacientes con un teórico mayor riesgo de complicaciones, hacen que la indicación de prótesis totales de rodilla (PTR) en ancianos octogenarios siga siendo una decisión controvertida. Para determinar si realmente la edad es una contraindicación para dicha intervención, hemos realizado un estudio retrospectivo de 80 pacientes intervenidos de PTR en nuestro hospital en el 2010 y 2011, siendo el grupo A mayores o igual a 80 años y grupo B menores de 80 años (ambos n=40). Se ha comparado el índice de comorbilidades, la mortalidad, complicaciones intrahospitalarias y durante el seguimiento, necesidad de transfusión, estancia media, destino al alta y rehabilitación posterior. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de ingreso al alta en hospital de media estancia y de transfusión en el grupo A(mayores de 80 años) con un riesgo relativo (RR) = 1,88 (IC 95% 1,1-3,1 p>0,05) para la misma.

Por todo ello, concluimos que la edad no es una contraindicación para esta cirugía, pero se ha de considerar la optimización de resultados buscando disminuir la tasa de transfusión y teniendo en cuenta la mayor demanda de apoyo social al alta en los pacientes octogenarios.

PALABRAS CLAVE

Prótesis, Rodilla, Total, Octogenarios.

ABSTRACT

Nowadays, octogenarian people demand higher activity as they preserve better quality of life than formerly. This fact has increased the number of total knee arthroplasty (TKA) in these patients. However, as they are supposed to present a higher risk of complications, this indication is still controversial. In order to determine if age is really a contraindication of this kind of surgery, a retrospective study with 80 patients, operated on TKA in our hospital during 2010 and 2011, has been performed. We have compared comorbidities, mortality, complications in-hospital and after the hospital discharge between group A (40 octogenarian patients) and group B (40 patients younger than 80). Both of them have shown no statistical differences due to comorbidities, mortality, in-hospital or before hospital discharge complications or rehabilitation. However, hospital stay and the need of transfusion have been greater for group A (octogenarians), with a relative risk (RR) = 1,88 (IC 95% 1,1-3,1 p>0,05) for the last one.

Therefore, we are able to say that age is not a contraindication of TKA. However, we should try to decrease the need of transfusion and consider that more social resources may be needed after the hospital discharge in octogenarian patients.

KEY WORDS

Knee, Arthroplasty, Total, Octogenarians.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población con alta calidad de vida que exige una mayor demanda funcional, ha supuesto un incremento en la cirugía protésica de rodilla (PTR)(1). A pesar de ello, su indicación en mayores de 80 años sigue siendo controvertida para el cirujano. Nos encontramos ante pacientes con alto riesgo para una cirugía mayor electiva que, a pesar de la edad, han conseguido alcanzar un buen nivel de calidad de vida, y en los que podría ser beneficioso la implantación de una prótesis para mejorar todavía más dicha calidad. Por ello, nuestro objetivo será estudiar si realmente la edad es una contraindicación para este tipo de intervención, o si puede tratarse de un factor de confusión debido a la patología concomitante del paciente. Para ello, evaluaremos las necesidades postoperatorias, el tiempo de supervivencia de la prótesis, así como las complicaciones de la cirugía protésica de rodilla en un grupo de pacientes octogenarios frente a los de menor edad intervenidos en nuestro medio hospitalario.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 80 pacientes intervenidos durante el 2010 y 2011 de PTR en nuestro hospital. Dichos pacientes se agruparon por edad de manera que se obtuvieron dos grupos ambos con un tamaño muestral (n) de 40. En el grupo A se incluyeron pacientes con una edad igual o mayor de 80 años seleccionados sin asignación aleatoria, puesto que se decidió la inclusión de todos ellos debido al menor número de pacientes que se intervinieron de este grupo etario. El grupo B comprendía pacientes de edad inferior a 80 años que fueron seleccionados realizando un muestreo aleatorio sistematizado del total de pacientes menores de 80 años intervenidos en dicho periodo en nuestra área entre los años 2010 y 2011. Se excluyeron los pacientes intervenidos de prótesis unicompartmental. El periodo de seguimiento para valorar las posibles complicaciones y defunciones se definió desde el momento de la intervención hasta el momento de recogida de datos, en diciembre de 2017.

La edad media del grupo A fue de 81,7 (rango 80-88) vs grupo B de 70,3 (rango 53-79). Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a características de sexo (50% mujeres y 50% hombres) y en el grado de gonartrosis según la clasificación radiológica de Kellgren-Lawrence, perteneciendo la mayoría al grupo III (41,7%) y IV (31,9%) del total de la muestra. (Ver figura 1).

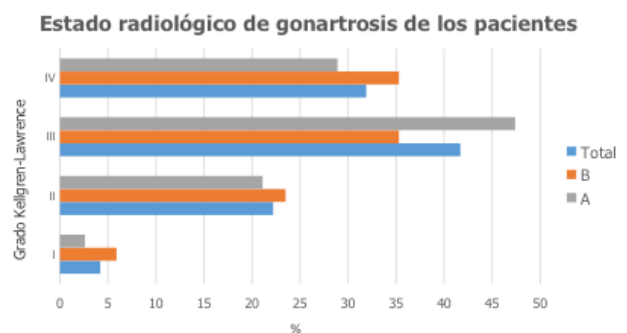


Figura 1. Gráfico en el que se muestra la agrupación de pacientes por el grado de gonartrosis según la escala Kellgren-Lawrence en el momento de la cirugía.

Por otro lado, se realizó un estudio descriptivo de las comorbilidades utilizando el Índice de Charlson; tiempo de estancia hospitalaria; tipo de rehabilitación requerida; necesidad de cuidados en centro de estancia media; necesidad de transfusión; complicaciones a corto como a largo plazo; y de la mortalidad. Posteriormente, se hizo un análisis estadístico de las variables comparando si podría haber diferencias estadísticamente significativas de todas las variables antes enumeradas entre los dos grupos. Para ello se utilizó el programa SPSS versión 20.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LAS COMORBILIDADES

El grupo A presentó un Índice de comorbilidades de Charlson mayor cuya media fue 5,61, implicando un peor estado de salud; vs 4,31 del grupo B, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,02$). Todos los pacientes fueron sometidos a anestesia raquídea excepto 2 del grupo de mayor edad que precisaron una anestesia general.

COMPLICACIONES, TRANSFUSIÓN Y MORTALIDAD.

En cuanto a las complicaciones intrahospitalarias, se analizaron el delirium y la necesidad de transfusión siendo esta última estadísticamente significativa ($p=0,01$). Los mayores de 80 años obtuvieron un Riesgo relativo (RR) = 1,88 (IC 95% 1,1-3,1 $p>0,05$) de precisar transfusión y presentando 3,4 veces más riesgo de ser transfundida una persona mayor de 80 años frente a una de menor edad.

El resto complicaciones consideradas con la cirugía fueron: infección, dehiscencia de la herida quirúrgica, fractura intraoperatoria, fractura periprotésica y recambio protésico. Hubo un 13,9% de complicaciones en el total de la muestra, sin presentar diferencias estadísticamente significativas ($p=0,2$) entre ambos grupos y siendo la más frecuente el recambio aséptico de prótesis de rodilla (5,1%).

En cuanto al seguimiento a largo plazo, tras 6-7 años de la implantación protésica, el 16,5 % de la muestra había fallecido, perteneciendo el 13,9% del total de la muestra al grupo de mayores de 80 años (grupo A) y con significación estadística frente el grupo B ($p= 0,007$).

Posteriormente, se realizó un análisis multivariante con aquellas variables que habían resultado significativas. Los pacientes con mayor comorbilidad no tenían relación estadísticamente significativa con la necesidad de transfusión ($p= 0,80$). Por tanto, fue la variable edad, la principal correlación con la transfusión. Tampoco se observó una relación entre los pacientes que presentaron transfusión y aquellos que habían fallecido. La relación entre comorbilidad y mortalidad fue estadísticamente significativa ($p= 0,01$), siendo además mayor en los de mayor edad.

ESTANCIA MEDIA Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

La estancia en el Hospital de agudos fue de 5,8 días de media en el grupo A frente a 4,4 días en el grupo B, pero esta diferencia no fue significativa en el análisis. Al alta, el 25 % del total de la muestra precisó ingreso en el hospital de media estancia o en otro centro para su recuperación completa. Entre los dos grupos, el 30% de los de mayor edad precisó ingreso de media estancia frente al 19% del grupo

de menor edad. A pesar de esta diferencia, tampoco se obtuvo la significación estadística.

El 88,6% de la muestra realizó fisioterapia postoperatoria pautada por nuestro servicio de Rehabilitación en domicilio (grupo A: 32,5% vs grupo B: 43,6%). El resto precisaron realizar la rehabilitación en centro de día o con ingreso. La diferencia en ambos grupos no fue estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio en el que se comparan los riesgos y potenciales complicaciones de realizar PTR en pacientes octogenarios comparados con una población más joven, señalan que los pacientes mayores de 80 años no presentaron mayor número de complicaciones ni de mortalidad relacionadas con la PTR con respecto al grupo de menor edad. En comparación con una revisión sistemática del 2016 (7) en la que se incluyeron 22 estudios, los pacientes geriátricos sí que muestran mayores tasas de mortalidad y complicaciones al someterse a este tipo de intervenciones. Sin embargo, la magnitud absoluta de las mismas es lo suficientemente pequeña como para asimilar el beneficio que supone en la mejoría de la calidad de vida. También concluyen, al igual que nosotros, que es posible que la mayor tasa de mortalidad se deba a la menor esperanza de vida de este grupo de pacientes, y no al proceso en sí mismo. Por todo ello, aseveran que, pese al posible mayor riesgo de complicaciones, las PTR sí que pueden estar indicadas en pacientes geriátricos seleccionados.

Pese a que otros estudios demuestran una mayor tasa de complicaciones no solo clínicas, si no también quirúrgicas (Ver figura 2) relacionadas con el postoperatorio en las PTR(8), no ha sido así en nuestro estudio más allá de las dos excepciones comentadas anteriormente (necesidad de transfusión y estancia media hospitalaria). Esto se puede justificar en parte por la selección idónea de los pacientes octogenarios, puesto que presentaban comorbilidades similares según el Índice de Charlson al grupo control. Todo ello concuerda con algunas publicaciones en las que las complicaciones se asocian más con los aspectos clínicos del paciente y se correlacionan con el estado anterior del mismo.

De esta manera, se puede concluir que la edad no es tanto un criterio de exclusión como su estado de salud previo. De hecho, una revisión sistemática de 2008 sostiene que las características etarias y de sexo no influyen en el pronóstico de una prótesis total articular de cadera o rodilla. Si bien es cierto que, a mayor edad, mayor tasa de mortalidad, también se relaciona con menor morbilidad asociada directamente con la prótesis puesto que la tasa de infecciones y recambios es menor y las expectativas funcionales y la tolerancia al dolor mejores. Teniendo todo ello en consideración, aseveran que el beneficio es lo suficientemente alto como para recomendar a los cirujanos ortopédicos el no restringir la indicación de una PTR a los pacientes de mayor edad (9). Asimismo, se aboga por un abordaje multidisciplinar que optimice el estado del paciente y busque reducir el riesgo de potenciales(10). De hecho, otra de las razones que podría justificar los buenos resultados clínicos en nuestra serie de pacientes es el manejo conjunto con los Servicios de Geriatría y Rehabilitación durante todo el ingreso.

También se ha de tener en cuenta los aspectos beneficiosos de esta intervención en una población cada vez más envejecida y en la que es importante alargar igualmente su calidad de vida. Diversos estudios han demostrado que la implantación de una PTR es una de las intervenciones que más ayuda a la población anciana en sus actividades diarias, incrementando dramáticamente los índices de calidad de vida(11). A pesar de que las comorbilidades y el estado físico del paciente influyen enormemente en el resultado, se van realizando mejoras en el proceso para adaptarlo a los pacientes más ancianos. Esta es una de las razones que justifican el incremento de su indicación año tras año, pese al mayor riesgo de complicaciones médicas postoperatorias, como se ha señalado. De hecho, nuestro estudio muestra una mayor tasa de transfusión, que no se ha traducido en una mayor tasa de mortalidad. Este fenómeno podría explicarse en nuestro medio por el manejo multidisciplinar, junto con geriatría, de los pacientes más ancianos, lo que puede producir un sesgo al haber sido clásicamente menos restrictivos en los criterios de transfusión en este grupo etario. Sin embargo, los resultados a largo plazo son similares o superiores a los de los pacientes más jóvenes.

Por ello, es necesario controlar cuidadosamente el estado previo de los pacientes y realizar una buena profilaxis de las posibles complicaciones intra y postoperatorias incluyendo la infección, los eventos tromboembólicos y la necesidad de transfusión(3).



Figura 2. Imagen de radiología simple en paciente menor de 80 años intervenida de recambio séptico en rodilla izquierda (una de las complicaciones recogidas en nuestro estudio) y de prótesis total navegada en rodilla derecha.

Por otro lado, también se ha observado una mayor necesidad de apoyo social y la prolongación de la estancia hospitalaria a expensas de la derivación al hospital geriátrico o de media estancia. En nuestro medio, esto puede explicarse por el difícil apoyo familiar y la infraestructura de los hogares de muchos de los pacientes intervenidos, que residen en el medio rural y cuentan con demasiadas barreras arquitectónicas para ser dados de alta directamente a su

domicilio. Sin embargo, un manejo multidisciplinar y un protocolo bien establecido que prepare al paciente antes, durante y tras la intervención, pueden disminuir dichas cifras según un estudio de 2018 en el que se demuestra que los pacientes mayores de 80 años pueden de manera segura y satisfactoria participar en programas de recuperación precoz, si se realiza un manejo óptimo de los mismos(12).

Finalmente, destacar que dada la exigencia de añadir calidad de vida a una población cada vez más envejecida, debe plantearse la necesidad de realizar PTR en pacientes octogenarios. Para ello, con los resultados de nuestro trabajo y los de otros estudios(13), recomendamos una adecuada selección de los pacientes y una realización de una buena profilaxis para reducir la necesidad de transfusión(14).

En cuanto a esto último, se debe considerar que durante el periodo analizado, no se administró ningún fármaco para la disminución del sangrado de manera intraoperatoria. De hecho, actualmente hemos observado una reducción en la necesidad de transfusión desde la utilización de ácido tranexámico intrarticular como profilaxis hemorrágica de manera

casi protocolaria, igual que se realiza en otros centros(15). Este hecho puede deberse también a la implementación de criterios más restrictivos en cuanto a la indicación de transfusión sin que ello se traduzca en mayor tasa de complicaciones, tal y como se ha demostrado en estudios recientes(16). Pese a no contar con cifras analizadas estadísticamente, creemos que pueden ser medidas a tener en cuenta, tal y como se ha publicado previamente(17), y cuyo impacto sería recomendable revisar en siguientes estudios más profundamente.

CONCLUSIONES

Dados los resultados obtenidos, consideramos que la edad no debe ser una contraindicación en la realización de cirugía protésica de rodilla en pacientes octogenarios. No obstante, se deben considerar medidas adecuadas de ahorro de sangre y tener un soporte social postoperatorio conveniente para optimizar los resultados de la intervención en dicha población. Nuevos estudios deberían ser realizados para responder a estas cuestiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koh IJ, Kim TK, Chang CB, Cho HJ, In Y. Trends in Use of Total Knee Arthroplasty in Korea From 2001 to 2010. *Clin Orthop Relat Res* [Internet]. 2013 May 4 [cited 2018 Feb 5];471(5):1441–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054516>
2. Murphy BP d'S., Dowsey MM, Choong PFM. The Impact of Advanced Age on the Outcomes of Primary Total Hip and Knee Arthroplasty for Osteoarthritis. *JBS Rev* [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 Mar 16];6(2):e6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29485516>
3. Watanabe T, Sekiya I, Muneta T. [Locomotive syndrome and frailty. Total knee arthroplasty supports active life of the elderly]. *Clin Calcium* [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Feb 5];22(4):103–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22460518>
4. Hilton ME, Gioe T, Noorbaloochi S, Singh JA. In-

creasing comorbidity is associated with worsening physical function and pain after primary total knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2016 Dec 7 [cited 2018 Mar 16];17(1):421. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27717340>

5. Arshi A, Leong NL, D'Oro A, Wang C, Buser Z, Wang JC, et al. Outpatient Total Knee Arthroplasty Is Associated with Higher Risk of Perioperative Complications. *J Bone Jt Surg* [Internet]. 2017 Dec 6 [cited 2018 Mar 16];99(23):1978–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29206787>

6. Riddle DL, Jiranek WA. Knee osteoarthritis radiographic progression and associations with pain and function prior to knee arthroplasty: a multicenter comparative cohort study. *Osteoarthr Cartil* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Mar 16];23(3):391–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25535863>

- 7.** Kuperman EF, Schweizer M, Joy P, Gu X, Fang MM. The effects of advanced age on primary total knee arthroplasty: a meta-analysis and systematic review. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 Dec 10 [cited 2018 Feb 5];16(1):41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26864215>
- 8.** Nanjayan SK, Swamy GN, Yellu S, Yallappa S, Abuzakuk T, Straw R. In-hospital complications following primary total hip and knee arthroplasty in octogenarian and nonagenarian patients. *J Orthop Traumatol* [Internet]. Springer; 2014 Mar [cited 2018 Feb 5];15(1):29–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23989856>
- 9.** Santaguida PL, Hawker GA, Hudak PL, Glazier R, Mahomed NN, Kreder HJ, et al. Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. *Can J Surg* [Internet]. 2008 Dec [cited 2018 Feb 5];51(6):428–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19057730>
- 10.** Weber M, Völlner F, Benditz A, Schwarz T, Wörner M, Craiovan B, et al. Kniegelenkersatz des älteren Menschen. *Orthopade* [Internet]. 2017 Jan 5 [cited 2018 Feb 5];46(1):34–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27921128>
- 11.** Lizaur-Utrilla A, Martinez-Mendez D, Miralles-Muñoz FA, Marco-Gomez L, Lopez-Prats FA. Risk-Benefit on Quality of Life After Total Knee Arthroplasty in Octogenarians. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 Aug [cited 2018 Feb 10];32(8):2417–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28390882>
- 12.** Edwards PK, Kee JR, Mears SC, Barnes CL. Is Rapid Recovery Hip and Knee Replacements Possible and Safe in the Octogenarian Patient? *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 Feb 5];33(2):316–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29107492>
- 13.** Tay Swee Cheng R, Klainin-Yobas P, Hegney D, Mackey S. Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2015 Jan 2 [cited 2018 Feb 5];37(1):9–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689440>
- 14.** Bini SA, Darbinian JA, Brox WT, Khatod M. Risk Factors for Reaching the Post-Operative Transfusion Trigger in a Community Primary Total Knee Arthroplasty Population. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Mar 5 [cited 2018 Feb 10];33(3):711–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29221841>
- 15.** Liao L, Chen Y, Tang Q, Chen Y, Wang W. Tranexamic acid plus drain-clamping can reduce blood loss in total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* [Internet]. 2018 Feb 3 [cited 2018 Feb 10]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29408472>
- 16.** Mitchell MD, Betesh JS, Ahn J, Hume EL, Mehta S, Umscheid CA. Transfusion Thresholds for Major Orthopedic Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Feb 10];32(12):3815–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28735803>
- 17.** Liu Y, Meng F, Yang G, Kong L, Shen Y. Comparison of intra-articular versus intravenous application of tranexamic acid in total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Med Sci* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2018 Feb 5];3(3):533–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28507566>.

CONFLICTO DE INTERESES

Este trabajo se ha realizado sin el soporte financiero ni patrocinio de ninguna empresa privada.

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE FASCITIS NECROTIZANTE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

Autores:

Deza Pérez, M^a Carmen.

FEA Geriatria Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Baguena García, Alicia.

FEA Urgencias Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Gil de Bernabé, Javier.

FEA Urgencias Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Bibian Getino, Clara.

FEA Geriatria Hospital de Barbastro, Huesca.

Domínguez Barcelona, LM.

Médico de Familia C.S.Fuentes de Ebro, Zaragoza.

Autor de contacto:

M^a Carmen Deza Pérez

FEA Servicio Geriatria H. Miguel Servet

Email: gcarmendeza@gmail.com

Teléfono: 636 608 622

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente de 75 años con antecedente de deterioro cognitivo que acude a un servicio de urgencias por síndrome confusional agudo. Durante su estancia en urgencias se realiza inicialmente una búsqueda de patología orgánica como posible etiología del cuadro, con el hallazgo finalmente de una fascitis necrotizante a nivel de musculatura subescapular izquierda.

La fascitis necrotizante es una infección de los tejidos blandos profundos que da como resultado la destrucción progresiva de la fascia muscular y la grasa subcutánea próxima (1). Su incidencia oscila entre 0.3 y 15 casos por 100000 habitantes. La infección generalmente se propaga a lo largo de la fascia muscular debido a su suministro de sangre relativamente pobre. Inicialmente, el tejido superpuesto puede aparecer no afectado; por lo tanto, la fascitis necrosante es una infección difícil de diagnosticar sin visualización directa de la fascia.

Se pretende hacer una breve exposición actualizada de esta enfermedad, pues resulta crucial un diagnóstico rápido de la misma para evitar su rápida evolución que dificulta posteriormente la efectividad del tratamiento siendo muy elevado el porcentaje de mortalidad.

PALABRAS CLAVE

Necrotizing fasciitis; Delirium; Older adults.
Fascitis necrotizante; Síndrome confusional agudo;
Adultos mayores.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 75 años que es derivado a urgencias por síndrome confusional agudo. Antecedentes médicos de deterioro cognitivo leve, hipertensión arterial sistólica, diabetes mellitus tipo II, hiperuricemia y artrosis generalizada. El paciente está casado, vive con su esposa en domicilio y tiene dos hijos. Es dependiente total para actividades instrumentadas de la vida diaria (índice de Lawton y Brody: 0/8) y presenta una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 90/100) ya que precisa ayuda para el baño. Escala Cruz Roja mental previa: 1/5. Deterioro cognitivo previo leve no filiado.

Su familiar refiere que el paciente se encontraba muy nervioso por la mañana y su esposa le ha dado un ansiolítico (lorazepam). Posteriormente han encontrado al paciente más nervioso y desorientado por lo que acuden a urgencias. Los días previos el paciente se ha quejado de dolor de hombro izquierdo, sin antecedente traumático y diagnosticado de tendinitis. Niegan cualquier otra sintomatología.

A la exploración física el paciente se encuentra desorientado en las tres esferas, con inquietud psicomotriz que dificulta la exploración clínica pero sin objetivarse alteraciones en la misma. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos audibles. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no dolor espontáneo ni a la palpación y peristaltismo conservado. Extremidades inferiores sin edemas y signos de insuficiencia venosa crónica. No alteración del habla, movilidad activa de las cuatro extremidades, marcha conservada, sin inestabilidad. Se encuentra afebril y estable hemodinámicamente. En la analítica de sangre se aprecia elevación Creatinina de 3660 UI/L y resto de datos dentro de parámetros de normalidad. Además se realiza analítica de orina, enzimas cardíacas, radiografías tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. Se realiza seguidamente un TC cerebral donde se informa de atrofia encefálica difusa,

áreas hipodensas sugestivas de isquemia crónica en sustancia blanca de regiones subcorticales frontoparietales. No se aprecian procesos ocupantes de espacio ni signos de hemorragia. Se decide ingreso del paciente por síndrome confusional y pasa a la sala de observación pendiente de cama. Aproximadamente tres horas después, el paciente presenta disminución del nivel de conciencia, sudoración y frialdad de piel. En ese momento al volver a explorar al paciente se visualiza una zona de coloración violácea a nivel supraclavicular izquierdo (imagen 1) que crepita a la palpación. Se solicita una ecografía urgente que resulta normal, y se continúa estudio con TC torácico (imagen 2), donde se aprecia la existencia de burbujas aéreas siguiendo el plano fascial del músculo subescapular izquierdo compatible con fascitis necrotizante. Se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro con imipenem (1g/8horas), vancomicina (15mg/kg/8horas) y clindamicina (600mg/6horas). Se realiza desbridamiento quirúrgico urgente. Finalmente el paciente fallece unas horas después. El resultado de anatomía patológica del músculo subescapular describe tejido fibroadiposo y músculo esquelético con fibrosis, áreas de necrosis y leve inflamación crónica perivascular. El estudio microbiológico resultó positivo para *Streptococcus Pyogenes* grupo A.

DISCUSIÓN

El delirium es uno de los grandes síndromes geriátricos. Puede definirse como un trastorno funcional cerebral causado por una o múltiples causas orgánicas que manifiestan un cuadro clínico común. Su incidencia aumenta con la edad, aunque varía según las características del paciente y también del nivel asistencial (2). La prevalencia del delirium en personas mayores durante la hospitalización es mucho mayor que en la comunidad donde se habla del 1-2%; sin embargo, esta prevalencia alcanza el 10% cuando acuden al servicio de urgencias, como es nuestro caso. Sabemos que debemos conocer su etiología para resolverlo y que los factores precipitantes más frecuentes en pacientes mayores son las infecciones y los fármacos.

La infección en los mayores puede pasar muchas veces desapercibida. Y delirium es una forma frecuente de presentación atípica de la infección, en ausencia de fiebre, leucocitosis o síntomas de

localización, lo que obliga a buscar sistemáticamente signos de neumonía, infección urinaria, endocarditis, infecciones intraabdominales y articulares en todo paciente con delirium (3).

Inicialmente en nuestro caso se planteaba el estudio de un síndrome confusional en un paciente con deterioro cognitivo secundario a benzodiazepinas, dolor o rabdomiolisis secundaria a caída no visualizada... El hallazgo de una fascitis necrotizante, no es un motivo de infección habitual en la práctica clínica diaria. Pero su elevada gravedad y mortalidad, ponen de manifiesto su gran relevancia y deberíamos recordarlo como otra posibilidad en nuestros diagnósticos diferenciales ante la sospecha de infección grave sin foco, ya que la rapidez en su diagnóstico es crucial.

Se puede dividir en dos categorías microbiológicas: polimicrobiana (tipo I) e infección monomicrobiana (tipo II). La polimicrobiana es la más frecuente (causada por bacterias aeróbicas y anaerobias) generalmente ocurre en adultos mayores y/o en individuos con comorbilidades subyacentes. Amenudo en esta forma está presente el gas subcutáneo y, particularmente en pacientes con diabetes.

La infección necrotizante también puede ocurrir en personas sanas sin antecedentes médicos o sin una puerta de entrada clara en cualquier grupo de edad. Algunos de los factores de riesgo conocidos para presentar esta enfermedad son: traumatismo penetrante importante, laceración leve o trauma cerrado, cirugía reciente (incluidos los procedimientos de colon, urología y ginecología, así como la circuncisión neonatal), inmunosupresión (diabetes, cirrosis, neutropenia, infección por VIH), malignidad, obesidad y alcoholismo. La diabetes es un factor de riesgo particularmente importante para la infección necrotizante que afecta las extremidades inferiores, el perineo y la región de la cabeza y el cuello (4).

Debe sospecharse la existencia de infección de tejidos blandos necrosantes (5) en pacientes con infección de tejidos blandos (eritema, edema, calor) y signos de enfermedad sistémica (fiebre, inestabilidad hemodinámica) en asociación con crepitación, progresión rápida de manifestaciones clínicas y/o dolor intenso (fuera de proporción con los hallazgos cutáneos en algunos casos). Su tratamiento consiste en la exploración quirúrgica temprana y agresiva y el desbridamiento del tejido necrótico, junto con la terapia antibiótica empírica de amplio espectro

y el soporte hemodinámico. La administración de antibióticos en ausencia de desbridamiento se asocia con una tasa de mortalidad cercana a la mortalidad (6). Podemos concluir que el reconocimiento precoz de la infección necrosante es crítico ya que puede producirse una rápida progresión y destrucción de tejidos que lleve a una toxicidad sistémica, pérdida de extremidades o finalmente la muerte.

CONCLUSIÓN

Nuestro caso pretende ser una pequeña actualización de la fascitis necrotizante y sobretodo recalcar la importancia de investigar las causas que originan un cuadro de síndrome confusional agudo para poder resolverlo. El delirium debe entenderse como un síndrome en el que es obligada la investigación de la etiología, algo que resulta posible en una gran mayoría de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stevens DL, Baddour LM. Necrotizing soft tissue infections. Uptodate 2018.
2. Fernando Veiga Fernández, Alfonso J. Cruz Jentoft. Etiología y fisiopatología del delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43 (Supl. 3):4-124.
3. Veiga F. Delirium: diagnóstico sindrómico y diagnóstico diferencial. En: Cruz Jentoft AJ, editor. Delirium y trastornos afines en geriatría. Barcelona: Editorial Glosa; 2005. p. 18-35.
4. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing Soft-Tissue Infections. N Engl J Med 2017; 377:2253.
5. Bonne SL, Kadri SS. Evaluation and Management of Necrotizing Soft Tissue Infections. Infect Dis Clin North Am 2017; 31:497.
6. Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft-tissue infection: diagnosis and management. Clin Infect Dis 2007; 44:705.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE EN UN PACIENTE DE TERCERA EDAD CON PROBLEMAS DE ATRAGANTAMIENTO: LA IMPORTANCIA DE LOS VALORES PERSONALES EN LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS OPERANTES.

BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN AN ELDERLY PERSON WITH CHOKING PROBLEMS: THE IMPORTANCE OF PERSONAL VALUES IN THE APPLICATION OF OPERATING TECHNIQUES.

Aroa Piñol Sanz.

Psicóloga en Residencia Elías Martínez Santiago y en el Centro de Psicología Contextual (Copsy-cen)

Email: aroa_stg@hotmail.com

RESUMEN

En el presente artículo se desarrolla una intervención psicológica breve basada en valores y en técnicas operantes, en una paciente de tercera edad, residente del centro Elías Martínez Santiago, con problemas de atragantamiento causados por conductas inadecuadas durante la ingesta de alimentos. El objetivo general de la intervención es mejorar la calidad de vida de la paciente, fomentando conductas adecuadas que reduzcan el riesgo de atragantamiento y le permitan seguir disfrutando de alimentación sólida y variada. Se toman medidas pre y post intervención sobre síntomas de ansiedad, el número de atragantamientos, la conducta que aumenta el riesgo de atragantamiento, y el tiempo que la residente utiliza en realizar una comida. Los resultados muestran que, tras la intervención, el paciente aprende conductas adecuadas a la hora de ingerir los alimentos, que derivan en un mayor tiempo empleado para comer, menores síntomas somáticos de ansiedad (problemas gastrointestinales y respiratorios), y la eliminación de episodios de atragantamiento sin haber realizado modificaciones en su dieta. En base a estos resultados, se concluye que la intervención desarrollada puede servir de guía a otros profesionales con casos similares al expuesto.

PALABRAS CLAVE

Atragantamiento; Tercera edad; Intervención psicológica; Conducta; Técnicas operantes; Valores; Alimentación.

ABSTRACT

In the present article, a brief psychological intervention based on values and operant techniques is developed in an elderly patient with choking problems caused by inadequate behavior during food intake. The general objective of the intervention is to improve the quality of life of the patient, promoting appropriate behaviors that reduce the risk of choking and allow her to continue enjoying solid and varied food. Pre and post intervention measures are taken on anxiety symptoms, the number of chokings, the behavior that increases the risk of choking, and the time that the patient uses to have a meal. The results show that after the intervention, the patient learns adaptive behaviors when eating the foods that result in a longer time spent eating, fewer physical symptoms of anxiety (stomach and breathing problems), and the elimination of choking episodes without having made changes in his diet. Based on these results, it is concluded that the intervention developed can serve as a guide to other professionals with similar cases.

PALABRAS CLAVE

Choking, elderly, psychological intervention, behavior, operant techniques, personal values, nutrition.

INTRODUCCIÓN

La nutrición es uno de los factores más influyentes en la salud de los mayores, y por tanto en su calidad de vida¹. Tal y como defienden algunos autores, los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento. Cabe destacar la disfagia, es decir, la dificultad en el proceso de deglución (paso del alimento desde la boca a la faringe y luego al esófago) como un problema de gran relevancia que aparece con mayor frecuencia en la tercera edad². Cuando existen problemas en la deglución, por un lado, se ven afectados los hábitos alimenticios (ej.: el paciente come menos) y, por otro lado, se puede producir un atragantamiento. Esta consecuencia puede derivar en una broncoaspiración (el alimento acaba en las vías respiratorias), que a su vez produzca una neumonía por aspiración, cuya tasa de mortalidad es elevada.

La disfagia está relacionada con causas orgánicas y/o neurológicas, y en la mayoría de los casos documentados, el atragantamiento se relaciona con problemas de disfagia². Las intervenciones realizadas al respecto son el cambio de dieta y/o la intervención terapéutica para fortalecer los músculos implicados en el proceso de la deglución³. No obstante, el caso clínico que se va a desarrollar a continuación, presenta problemas de atragantamiento, pero no trastornos en la deglución originados por factores físicos o neurológicos, si no que el atragantamiento se relaciona con inadecuadas conductas a la hora de la ingesta (el modo en que ingiere los alimentos). En la literatura no se encuentra documentación de casos de este tipo. Dadas las consecuencias negativas en las que puede derivar un atragantamiento, se requiere un abordaje eficaz de esta problemática. Los problemas en la ingesta de alimentos están relacionados directamente con la calidad de vida, no sólo por el riesgo que suponen para la salud, sino también para el disfrute, pues comer es uno de los placeres de la vida y el impacto del disfrute de la comida en nuestro país es muy elevado³. Así pues, se hacen necesarios estudios que tengan en cuenta problemas en la ingesta no relacionados con trastornos en la deglución, que exploren cuales son las causas que están detrás y desarrollen interven-

ciones eficaces en éste área. Esta es la línea del presente artículo.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Se realiza un diseño de caso único A-B con medidas de conductas objetivo en el pre-tratamiento (1 semana antes de intervenir), y en el post-tratamiento (Después de 1 mes de la intervención). La intervención breve fue aplicada individualmente en 3 sesiones realizadas en 3 días no consecutivos de una misma semana. La duración de cada sesión fue de 40 minutos.

PARTICIPANTES

Participante: Mujer de 89 años, institucionalizada hace 9 años en una residencia de ancianos. Derivada al departamento de psicología de la residencia por problemas de atragantamiento.

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

Escala Hamilton para la ansiedad 4: Escala heteroadministrada para población general. Consta de 14 ítems que se puntúan de 0 al 4, a mayor puntuación, mayor intensidad y frecuencia de ansiedad, aunque no existen puntos de corte. Muestra buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.79-0.86) y validez convergente.

Medida de la frecuencia de conducta inadecuada en la ingesta: la conducta que más aumentaban el riesgo de atragantamiento era introducir una nueva porción de alimento sin la deglución de la porción previa. Así pues, se tomaron medidas sobre la aparición de esta conducta durante 30 cucharadas de comida.

Medida del tiempo utilizado en ingerir una comida: Se cronometró el tiempo que la residente tardó en ingerir un primer y segundo plato. Esta medida se realizó antes y después de la intervención, y en ambas medidas los alimentos presentados fueron los mismos.

Registro del número de atragantamientos: se recoge el número de atragantamientos que la residente presenta antes, durante y después de la intervención.

PROCEDIMIENTO

Fase de pre-tratamiento: Se aplicaron las medidas anteriormente mencionadas. Esta fase duró una semana.

Fase de tratamiento: La intervención consistió en 3

sesiones distribuidas a lo largo de una semana, de una duración de 40 minutos cada una.

Fase de post-tratamiento: Se volvieron a tomar las medidas explicadas. Esta fase duró una semana.

CASO CLÍNICO

Mujer de 89 años, institucionalizada desde hace 9 años, presenta problemas de atragantamiento. Desde el departamento de psicología, se realiza observación diaria de la residente y se concluye que los problemas de atragantamiento no se deben a factores físicos y/o neurológicos que afecten al mecanismo implicado en la deglución, si no que se deben a conductas inadecuadas durante la ingesta: Masticar la comida insuficientemente y tomar una nueva porción de comida antes de deglutir la comida tomada en la cucharada anterior. Esta última era la más problemática pues provocaba la anterior, la residente acumulaba mucha cantidad de comida en la boca y eso derivaba en que comía a un ritmo acelerado, tragaba los alimentos sin masticarlos lo suficiente, y aumentaba el riesgo de atragantamiento. Se describe a continuación otros datos de interés: tras la aplicación de la escala cognoscitiva mini-mental⁵, la puntuación de 18 indica la presencia de deterioro cognitivo de carácter moderado. En la aplicación de la escala Yesavage⁶, la residente obtiene cero puntos, lo que indica que no se presentan problemas depresivos. A nivel conductual, presenta alteraciones de conducta frecuentes, tales como negarse a tomar medicación, negarse a dormir en la cama o a bañarse. En el plano funcional, el índice de Barthel⁷ es de 80, por lo que la residente muestra una dependencia de carácter leve. En el plano social, la paciente mantiene buenas relaciones interpersonales con el personal del centro y con sus familiares. En cuanto a sus antecedentes médicos destacan trastorno depresivo y esquizofrenia paranoide.

INTERVENCIÓN

OBJETIVOS

Los objetivos son reducir el riesgo de atragantamiento con sus consecuencias negativas para la salud y procurar el disfrute de los alimentos, a través de: fomentar conductas adecuadas durante la ingesta de comida y mantener una dieta con alimentos sólidos y variados.

CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN Y COMPONENTES PRINCIPALES

La intervención se dirige a fomentar conductas adecuadas durante la ingesta. La perspectiva bajo la cual se realiza la intervención es contextual-funcional, entendiéndose que la conducta se origina y mantiene en base a factores contextuales que le dan significado o función y que será necesario modificar si queremos influir en ella⁸. En el planteamiento de la intervención se tiene en cuenta: la importancia de obtener resultados lo antes posible para reducir el riesgo para la salud de la residente, su falta de adherencia a otros tratamientos médicos, y la falta de eficacia de las advertencias del personal sanitario sobre el comportamiento de la residente.

En base a esto, por un lado se utilizan técnicas operantes, que han sido utilizadas a lo largo de la historia para influir en la conducta y aportan evidencia de su eficacia en numerosos casos⁹. Por otro lado, se utilizan los valores personales de la residente, con el objetivo de crear un contexto motivacional que facilite la adherencia al tratamiento y aumente la probabilidad del cambio y su mantenimiento a largo plazo, procurando que los valores refuercen la emisión de las conductas adecuadas aprendidas para la ingesta. La importancia del trabajo en valores para producir cambios ha sido puesta de manifiesto mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso¹⁰. Primera sesión: Trabajo en valores

La sesión consistió en ver las cosas que para la residente eran importantes y le hacían disfrutar. Para ella lo más importante eran sus nietos e hijos y la relación de cariño que tenía con el personal de la residencia. También le gustaba sentarse en el salón principal a mirar la tele y a la gente que por allí pasaba, y le encantaba comer de todo.

Después, se pasó a hablar sobre sus conductas inadecuadas durante la ingesta, etiquetadas como "comer demasiado rápido". Se le mostraron los costes de seguir comiendo de este modo: molestias en el estómago, problemas respiratorios, y riesgo de morir por atragantamiento. Seguidamente, se relacionó su conducta de "comer demasiado rápido" con la pérdida de disfrute de los valores anteriormente comentados: no poder disfrutar de los momentos que a ella más le gustaban con sus hijos y nietos, dejar de disfrutar de comer dieta normal, etc. Cuando la residente vio los costes de su conducta, la psicóloga le hizo saber

que podía enseñarla a comer más despacio, pero que seguramente la intervención no iba a ser de su agrado, pues permanecería a su lado durante la comida dándole pautas, y quizá eso le resultaría molesto. Así pues, la psicóloga le dio a elegir entre dos opciones, una era seguir comiendo como hasta ahora y dejar las cosas como están sin que nadie la molestase más con el tema, y la otra era pasar el mal rato de trabajar con ella para aprender a comer despacio y así poder seguir disfrutando de las cosas que más quería. La residente eligió iniciar el trabajo con la psicóloga y le agradeció la ayuda ofrecida. Este hecho reduce la probabilidad de abandono del tratamiento.

Segunda y tercera sesión: técnicas operantes para fomentar conductas adaptativas bajo el control de las funciones de los valores.

Las conductas fomentadas fueron: Masticar la comida durante más tiempo; deglutir la comida que lleve en la boca antes de ingerir la siguiente toma. La intervención para fomentar dichas conductas consistió en 3 fases:

Fase 1: Se le explicó a la residente qué conductas le íbamos a enseñar y cómo.

Fase 2: Se utilizó el reforzamiento diferencial de conductas. Se le dieron instrucciones verbales, acompañadas de ayudas físicas, y se reforzaron las conductas objetivo. Las instrucciones verbales fueron: "tritúralo como si fuese papilla"; "cuando lo tengas triturado trágalo antes de meterte más comida". Esta última instrucción fue acompañada de ayudas físicas tales como pararle la mano cuando pretendía tomar más comida sin haber ingerido el alimento de la cucharada anterior. Cada vez que emitía la conducta objetivo se le reforzaba verbalmente diciendo cosas como: "Lo estás haciendo genial" "Cómo vas a disfrutar viendo a tu nieto vestido de novio". A la hora de reforzar se utilizaron los valores tratando de que las nuevas conductas quedasen bajo su control y, por tanto, se produjesen en ausencia del refuerzo inmediato del terapeuta y se mantuviesen a largo plazo.

Fase 3: Se utilizó el desvanecimiento de las ayudas y el refuerzo. Así pues, se empezó reforzando la conducta cuando era emitida dos veces, luego 4, 6 y así sucesivamente. Paralelamente a esto, la terapeuta dejó de utilizar las ayudas físicas, reduciendo el contacto físico y situándose cada vez más alejada de la residente, y dejó de emitir las instrucciones verbales progresivamente.

RESULTADOS

En la figura 1 se observan los cambios en la ansiedad. Tras la intervención se observan cambios en ítems relacionados con síntomas somáticos de ansiedad, en concreto, con síntomas gastrointestinales y respiratorios. Por tanto, la residente documenta menos problemas en este aspecto.



Figura 1: Medida de ansiedad somática y ansiedad psíquica pre y post intervención.

En la figura 2, se compara el número de conductas adecuadas que la residente emite durante la ingesta de 30 cucharadas. Como se observa en la gráfica, el número de conductas adecuadas emitidas antes de la intervención durante las cucharadas contabilizadas es de 1, mientras que, tras la intervención, la frecuencia es de 28.

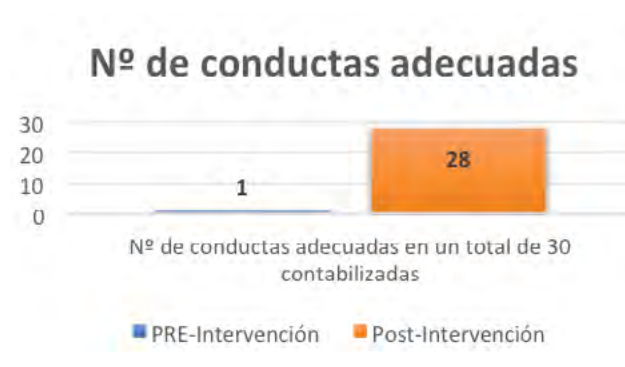


Figura 2. Frecuencia de conductas adecuadas emitidas durante la ingesta de 30 cucharadas, antes y después de la intervención.

En la figura 3 se compara el tiempo que la residente utiliza en hacer una comida de primero y segundo plato. En esta gráfica se muestra que la residente utiliza más tiempo en comer tras la intervención, concretamente 7 minutos más en comparación con el tiempo utilizado para terminarse los mismos platos de comida antes de la intervención.



Figura 3. Tiempo utilizado en terminar una comida de primero y segundo plato, antes y después de la intervención.

Por último, en la figura 4, se muestra que, en el periodo pre-intervención existen 2 atragantamientos, mientras que en el periodo post-intervención no aparece ninguno.

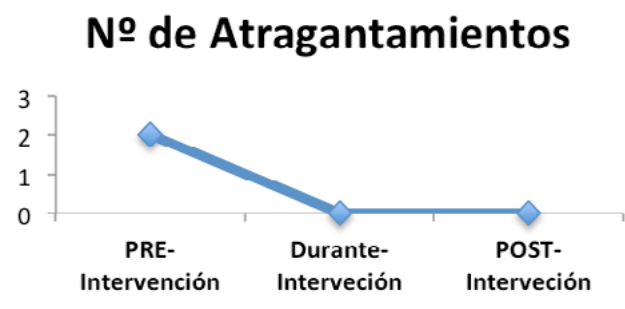


Figura 4. Frecuencia de atragantamientos antes, durante y después de la intervención.

CONCLUSIONES

Los datos evidencian la consecución de los objetivos que se planteaban. La residente ha aprendido conductas adecuadas en la ingesta que han reducido los episodios de atragantamiento y se ha mantenido su dieta, por lo que puede seguir disfrutando de comer los alimentos sólidos que más le gustan.

Cabe señalar algunas limitaciones: en primer lugar, no hay una línea base sobre la conducta de masticar. A este respecto, sería interesante ampliar las medidas tomadas sobre la línea base de la conducta objetivo y realizar una fase de seguimiento. En segundo lugar, el estudio es sobre un caso único. Dadas estas limitaciones, los resultados no pueden generalizarse. No obstante, el objetivo de este estudio es mostrar una breve intervención que puede ser de utilidad para otros profesionales que se encuentren con casos similares en otras residencias de ancianos. Para futuras investigaciones se sugiere estudiar la prevalencia de pacientes de tercera edad con problemas de atragantamiento no relacionados con trastornos en la deglución; aplicar la intervención expuesta en este artículo en otros casos similares y comprobar su eficacia; estudiar la eficacia del trabajo conjunto en valores y en técnicas operantes para fomentar hábitos de vida saludables en la tercera edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enferm Univer*. 2017; 14(3): 199-206.
2. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(2):22-28.
3. Ashbaugh RA, Cabello JM, González S, Gutiérrez R, López R, López JA, Et al. Intervención nutricional en el paciente con disfagia. Madrid: IMC; 2014.
4. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin*. 2002; 118(13): 439-9.
5. Lobo P, Saz M. Grupo de Trabajo ZARADEMP: MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
6. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Colomer C, Agüedo C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002; 12(10): 26-40.
7. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 1965; 14(0): 61-65.
8. Dougher MJ, Hayes SC. *Clinical Behavior Analysis*. En M.J. Dougher. *Clinical Behaviour Analysis*. 1ª ed. Reno: Context Press; 2000. p. 11-25.
9. Malott R, Malott E, Trojan E. *Principios elementales del comportamiento*. 4ª ed. Mexico: Pearson Educ; 2003.
10. Wilson KG, Luciano C. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide; 2002.

EL ENVEJECIMIENTO, UN PRIVILEGIO A NUESTRO ALCANCE.

Paloma González

Hace tiempo que el envejecimiento es una constante en nuestro entorno. No sólo en el laboral, como profesionales que han optado por dedicarse a la atención de las personas mayores, sino en el día a día que nos rodea. Por diferentes motivos los ancianos son noticia en prensa, hay modelos mayores en las marquesinas de los autobuses, se respeta a escritores y cineastas que han pasado de los 80 años, incluso tenemos alcaldesas y presidentes de comunidades autónomas que pasan de los 75 y se les respeta o no... exactamente igual que a los más jóvenes. De todo esto debemos felicitarnos: parece que los ancianos están cada vez más presentes en nuestra sociedad. Cierto es que cada vez son más numerosos, quizás cada vez cuenten más, y no sólo numéricamente.

Sin embargo, cuando no se habla de ancianos en particular, sino del envejecimiento en general, el tinte de la noticia siempre va teñido de preocupación: el envejecimiento es un PROBLEMA. Con mayúsculas, sin paliativos, las editoriales lo dejan claro: nuestra sociedad, tal como la conocemos hoy, está condenada a la desaparición. ¿Por culpa de los viejos?

Habrà quien siga la máxima de vivir rápido y morir joven, pero en general todos aspiramos a llegar a la vejez. La esperanza de vida al nacer en nuestro medio es de las mayores del mundo, y es previsible que continúe siéndolo: cada vez hay más viejos, cada vez son más mayores, y como estamos concienciados de que tenemos que cuidarnos cada vez seremos más, y más mayores. Así pues, corrijo: no sólo aspiramos a llegar a la vejez, queremos vivirla, queremos disfrutarla. Honestamente, desde la perspectiva que da la mediana edad, envejecer es un privilegio, un reto y una oportunidad.

El envejecimiento en España es una realidad: según

el padrón de 2018 hay 46.659.302 habitantes en nuestro país, de los cuales casi 9 millones son mayores de 65 años, y prácticamente 1.500.000 mayores de 85. Hay comunidades autónomas, como Aragón, en las que el índice de sobre-envejecimiento es especialmente elevado. Indudablemente, el envejecimiento en nuestro país es también un reto, como mínimo a nivel sanitario, económico y social. En lo que nos compete como profesionales sanitarios el reto sería ofrecer una atención de calidad, minimizando la iatrogenia, la dependencia y el riesgo de institucionalización, facilitando la permanencia en el entorno social elegido. En lo que nos compete como gestores de recursos públicos, deberíamos conseguir estos objetivos con los medios de que disponemos. En lo que nos compete como miembros de la sociedad, somos responsables de conseguir una red social inclusiva, donde el papel del anciano sea reconocido como imprescindible.

No podemos caer en la tentación de atribuir la obligación de conseguir todos estos objetivos a los políticos. Todos y cada uno de nosotros tenemos la responsabilidad de dar un paso al frente y hacer lo que esté en nuestra mano para conseguir esa sociedad en la que nos gustaría envejecer a todos. Y puede ser algo tan sencillo como luchar contra el edadismo en nuestro medio, tanto laboral como social, evitando estigmatizar al anciano que tarda en cruzar una calzada, no dando por sentado que mi padre quiere comer puré porque es más fácil, o que mi paciente me entiende mejor si le hablo como si tuviera cuatro años. Seamos empáticos, pongámonos en su lugar, aunque sólo sea por egoísmo: ese anciano dentro de poco puedo ser yo, y quiero seguir saliendo a la calle, quiero seguir disfrutando de sabores y consistencias y, desde luego, he superado hace tiempo los cuatro años y, a poco que pueda, procuraré hacértelo notar si lo olvidas cuando te dirijas a mí.



**SOCIEDAD ARAGONESA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**