

## Fragilidad y paciente anciano quirúrgico

**M<sup>a</sup> Ángeles Martín Fontalba**

Enfermera.

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición Clínica.

Hospitales Regional Universitario y Virgen de la Victoria (Málaga).

Mujer de 83 años, llevada por sus familiares al Servicio de Urgencias por presentar, desde el día anterior, fiebre de hasta 39° C, y por un aumento del número de deposiciones en los últimos días, con un color más oscuro de lo habitual, no identificando productos patológicos y sin presentar más síntomas.

### Antecedentes personales

Paciente mujer de 83 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Padece enfermedad de Alzheimer hace aproximadamente 6-7 años, hipertensión arterial, hipopotasemia e hiponatremia grave que necesitaron ingreso en un hospital de Granada en el año 2012, y diverticulitis. Parece ser que fue intervenida de apendicitis, según la familia, pero no saben precisar cuándo. Tratamiento actual: lactulosa, trifusal, amilorida/hidroclorotiazida, trazodona, esomeprazol, alprazolam, candesartán y haloperidol a demanda.

### Valoración geriátrica integral

#### SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL

Deterioro funcional debido a una caída mes y medio antes del ingreso, por lo que tenía miedo a caminar. Desde entonces hacía vida sillón-cama. Dependiente para las ABVD, índice de Barthel de 0. No salía apenas de casa porque las salidas la desorientaban mucho. Incontinencia urinaria y fecal.



**VALORACIÓN COGNITIVA-ANÍMICA**

Enfermedad de Alzheimer, con empeoramiento de su estado después de la cirugía, mostrándose más nerviosa de lo habitual según la familia. Al ingreso presentaba bajo nivel de conciencia. No solía hablar mucho y era incoherente cuando lo hacía.

**VALORACIÓN NUTRICIONAL**

La familia no refería pérdida de peso en los últimos meses. Normalmente realizaba 4 comidas al día, aunque no solía tomar mucha cantidad, dieta triturada y pocos líquidos por posible disfgia, aunque no usaban espesantes. Presenta estreñimiento. Peso habitual: 65 kg, talla: 165 cm, IMC: 23,88 kg/m<sup>2</sup>.

**SITUACIÓN SOCIAL**

Casada, vive con su marido, que es independiente para las ABVD, su hija y su yerno. Tiene una cuidadora formal que va por las mañanas a su casa.

**Enfermedad actual**

Durante su ingreso en urgencias:

**ANAMNESIS**

Paciente no orientada ni colaboradora por su enfermedad de base. No fiebre.

- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado.
- Abdomen: doloroso y con defensa a la palpación, fundamentalmente en fosa ilíaca izquierda y en hipogastrio.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Analítica: Hemoglobina: 13,2; leucocitos: 7.960; neutrófilos 87%; plaquetas 200.000; INR: 1,05; TP: 9,1 s; TTPA: 21 s; glucosa: 123, creatinina: 0,94; amilasa 28; Na: 138; K: 3,3; GOT: 28; troponina: 0,03.
- TC abdominal: neumoperitoneo con engrosamiento y líquido libre en torno al colon descendente. Sin más hallazgos de interés.

**Diagnóstico**

Perforación de víscera hueca, sospecha de perforación del colon descendente. Una vez informada la familia de la situación y el pronóstico, se realizó cirugía de urgencias.

**Evolución y tratamiento**

Ingresó en la unidad de Cirugía digestiva, tras la intervención por perforación de víscera hueca y sospecha de perforación de del colon descendente.

A la exploración, la paciente mostraba bajo nivel de conciencia, respondiendo solo a estímulos dolorosos, una ligera taquipnea que precisó oxigenoterapia, y se observaban abundantes secreciones que no podía expulsar por sí misma y tos no efectiva. TA: 130/78 mmHg; FC: 83 lpm; temperatura: 36,5° C.

La cirugía transcurrió sin incidencias, se realizó colostomía, drenaje tipo Blake, colocación de sonda nasogástrica para aspiración, vía central y sondaje vesical.

**Analítica:** el primer control analítico poscirugía solo mostraba una hipopotasemia de 2,8, manteniéndose resto de parámetros normales. En la analítica del 5° día posoperatorio destacaba: leucocitos: 2.700; Hb: 10; plaquetas: 239.000; glucosa: 174; creatinina: 0,96; proteínas: 4,46 (albúmina 1,58); prealbúmina 9,44; colesterol 65 (HDL 22, LDL 32) y PCR 119. En una analítica posterior y previa al alta se mantuvieron los valores iguales.

**Valoración nutricional:** MUST con valor de 3, alto riesgo nutricional. No se pudo pesar a la paciente por su estado, por lo que se tomó la circunferencia del brazo: 25 cm. Peso habitual: 65 kg. Talla: 165 cm. IMC: 23,88 kg/m<sup>2</sup>. Pliegue tricipital: 6 mm. Dinamometría no medible por la no colaboración de la paciente. Según el resultado de analítica, se determinó desnutrición calórico-proteica.

Al 2° día posoperatorio se inició nutrición parenteral total debido al mal pronóstico de la paciente, que continuaba en estado comatoso y sin apenas respuesta a estímulos, manteniendo este estado hasta el 7° día, en que

aumentó el nivel de conciencia. Se decidió el inicio de alimentación enteral por SNG, pausándose Fresubin HP Energy Fibre a ritmo de 21 ml/h hasta llegar al ritmo final de 63 ml/h, el cual se mantuvo al alta hospitalaria debido a la poca colaboración de la paciente para la ingesta oral, que llegaba a ser casi nula. Se realizó un test de disfagia mediante el método MECV-V de modificación de texturas, resultando positivo a líquidos. La textura y consistencia que toleraba la paciente sin riesgo para la seguridad y la eficacia era pudín a volúmenes medios.

Durante el ingreso mantuvo el sondaje vesical, con diuresis conservada, y la colostomía funcionante. No surgieron complicaciones con herida quirúrgica, ni episodios de fiebre.

Recibió el alta hospitalaria al 15º día posoperatorio. Debido a que la familia no tenía conocimientos suficientes para llevar los cuidados derivados de la cirugía, la complejidad de cuidados les angustiaba mucho, no se veían capacitados para afrontarlos y tenían poca disposición para adquirir estos conocimientos, así como del manejo de la enfermedad y los síntomas, decidieron que la paciente ingresase en una residencia.

### Seguimiento posalta

Al alta hospitalaria se incluyó a la paciente en seguimiento por parte de la Unidad de Nutrición, a través de la Consulta de Enfermería de Nutrición, según circuito establecido por nuestro hospital con Atención Primaria, en este caso con la Unidad de Residencia: se constató la retirada de la SNG al mes aproximadamente, debido a que la paciente se la quitó y la familia dio orden en la residencia que no se le colocara de nuevo, ya que comía por boca. La paciente seguía una dieta triturada y de líquidos espesados a textura pudín, pero la ingesta fue en disminución, por lo que se decidió nuevamente la colocación de la SNG, aproximadamente a los dos meses, y se solicitó una gastrostomía para alimentación.

A nivel quirúrgico, ingresó de nuevo a la semana posalta, por un seroma posquirúrgico.

Al mes poscirugía, se produjo un aviso a los servicios de Urgencias que se personaron en el domicilio y diagnosticaron una sepsis de origen desconocido, con mal pronóstico de la paciente, pero la familia decidió no trasladarla al hospital.

El fallecimiento de la paciente tuvo lugar a los dos años poscirugía.

### Comentarios. Fragilidad y desnutrición en los ancianos después de la cirugía

Nuestra sociedad está envejeciendo a consecuencia del aumento de la esperanza de vida. En España, según datos del INE de 2016, las personas que superan los 65 años representan el 18,4% de la población total, de los cuales los mayores de 80 años conforman el 6%<sup>1</sup>. Cada vez hay más personas mayores demandantes de intervenciones quirúrgicas en los hospitales, ya sea de forma electiva o de urgencia.

#### FRAGILIDAD Y DESNUTRICIÓN PRECIRUGÍA

El envejecimiento produce disminución de las capacidades fisiológicas y funcionales de las personas, y estas merman aún más en situaciones de enfermedad o situaciones de emergencia, como puede ser una intervención quirúrgica inesperada.

Aunque la edad por sí sola no supone un mayor riesgo quirúrgico, nos solemos encontrar con una población que tiene un mayor número de comorbilidades por patologías crónicas y, por lo tanto, polimedicada, con un porcentaje alto de desnutrición antes del ingreso, que puede estar provocado por una falta de autocuidados y, por qué no decirlo, de recursos insuficientes, ya sean económicos o sociales, así como falta de información; hay también mayor incidencia de síndromes geriátricos como las demencias, caquexia asociada sobre todo a una enfermedad subyacente, más dependencia de terceros y fragilidad. Lo anteriormente expuesto supone un aumento de la morbimortalidad ante una cirugía, con mayor número de complicaciones y días de hospitalización, por lo que convierte a las personas mayores un grupo de riesgo quirúrgico<sup>2-4</sup>.

## PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y DESNUTRICIÓN ANTE UNA CIRUGÍA

Cada vez se hace más necesario evaluar la fragilidad de nuestros mayores, sobre todo en procesos de enfermedad, porque los hace más vulnerables y disminuye la calidad de vida. Ello, junto con una detección precoz de la desnutrición, ayudaría a instaurar un tratamiento eficaz basado en la corrección de los déficits de nutrientes, así como potenciar la actividad física, todo ello dentro del marco de estilos de vidas saludables.

La fragilidad es un síndrome clínico multidimensional que supone un estado de vulnerabilidad en el que influyen no solo los aspectos biomédicos, psicológicos y sociales, sino que afecta a nivel fisiológico, reduciendo la capacidad de adaptación de la persona ante factores estresantes. Todo ello supone una disminución en la reserva fisiológica de órganos y sistemas, que merman la capacidad para mantener el equilibrio homeostático<sup>5</sup>. Es de vital importancia tenerla en cuenta a la hora de realizar la valoración preoperatoria, junto con la evaluación ASA (*American Society of Anesthesiology*), que es la herramienta normalizada internacionalmente para evaluar el riesgo quirúrgico, realizada por los anestesiólogos antes de cualquier intervención, ya que dentro de sus objetivos está reducir los riesgos pre y posoperatorios mediante la identificación de pacientes, siguiendo unas pautas de las que se puede deducir que:

- La cirugía debe optimizar el resultado de otra terapia concomitante.
- Hay que evitarla en pacientes graves que no puedan beneficiarse del resultado, en términos de calidad de vida.
- Hay que mejorar la comunicación con otros equipos disciplinares para evitar pronósticos poco realistas, ya que la fragilidad en mayores de 85 años está asociada a un mayor número de complicaciones, como por ejemplo: complicaciones posoperatorias, mayor estancia hospitalaria, derivación a otros centros como residencias y centros para dependientes, reingreso hospitalario y mortalidad a 30 días y a largo plazo<sup>1</sup>.

La Evaluación Geriátrica Integral (EGI) es un proceso diagnóstico que determina las

capacidades y limitaciones médicas, psicosociales y funcionales de la persona mayor frágil y nos sirve para desarrollar un plan general de tratamiento y seguimiento a largo plazo, que además se puede realizar en cualquier momento del ingreso<sup>4</sup>.

En estudios y revisiones bibliográficas se ha determinado que la EGI predice de forma independiente las complicaciones posoperatorias, sobre todo en pacientes de edad avanzada sometidos a cirugía de urgencia, por lo que permite identificar los pacientes en riesgo y optimizar los recursos hospitalarios, mejorando así los resultados. Se debería protocolizar una clasificación de fragilidad a todos los mayores de 65 años, de modo que se optimicen los resultados de las medidas preoperatorias y, de esta forma, disminuya la tasa de complicaciones posoperatorias y mortalidad<sup>4,5</sup>. Otros estudios constatan que el tratamiento precoz y planificado ante las cirugías electivas, en el que se introducen planes de ejercicios, suplementación nutricional, etc. antes de la cirugía, mejoran la nutrición y la capacidad funcional de los pacientes. Como resultado, se obtienen menos días de hospitalización y complicaciones<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gordo Flores ME, Paz Martín D. Fragilidad en Anestesia y Cirugía. ¿Qué deberías saber de tu paciente anciano vulnerable? *Rev Elect Anestesia R.* 2017; 9 (9): 1.
2. Dupuis M, Kuczewsk E, Villeneuve L, Bin Dorel S, Haine M, Falandry C, et al. Age Nutrition Chirurgie (ANC) study: impact of a geriatric intervention on the screening and management of undernutrition in elderly patients operated on for colon cancer, a stepped wedge controlled trial. *BMC Geriatrics.* 2017; 17.
3. Joseph B, Zangbar B, Pandit V, Fain M, Mohler M J, Kulvatunyou N, et al. Emergency General Surgery in the Elderly: Too Old or Too Frail? *J Am Coll Surg.* 2016; 222(5).
4. Eamer G, Taheri A, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, Khada Roo RG. Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 1. [PDF] Art. No.: CD012485.
5. Garzon H, Restrepo C, Espitia E, Torregrosa L, Domínguez LC. Fragilidad quirúrgica: un factor predictor de morbilidad y mortalidad posoperatoria en adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencias. *Rev Colomb Cir.* 2014; 29: 278-92.