



ORIGINAL

Neumonía en pacientes con demencia avanzada: enfoque terapéutico adoptado en un servicio de medicina interna de un hospital de media y larga estancia

Ainhoa Unzurrunzaga Díaz*, María Areses Manrique, Raquel Jaso Tejera, Esther Martínez Becerro, Mario Loureiro Sánchez y Francisco Javier Fresco Benito

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Santa Marina. Bilbao, Bizkaia, España

Recibido el 5 de mayo de 2020

Aceptado el 9 de septiembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Demencia avanzada, neumonía, cuidados paliativos.

Resumen

Introducción: La demencia es una enfermedad prevalente en las sociedades desarrolladas. La neumonía es la principal causa de muerte de los pacientes con demencia avanzada (DA). Numerosos expertos son partidarios de la adopción de un enfoque paliativo en estos enfermos.

Objetivo: Conocer el tratamiento dispensado a pacientes con DA ingresados por neumonía en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

Metodología: Estudio retrospectivo con análisis de historias clínicas de 149 pacientes con DA que ingresan en nuestro servicio con neumonía del 1 de marzo de 2013 al 1 de junio de 2018.

Resultados: Se incluyeron 149 sujetos. 147 (98 %) recibieron antibióticos i.v. 137 (91 %) sueroterapia i.v. Se realizaron 2,95 extracciones de sangre venosa por persona. A 22 (14 %) se les realizó al menos una gasometría arterial. 116 (77,8 %) portaron sonda urinaria. Se registraron 1,6 cambios de vía por persona. Se realizaron 10 sondajes nasogástricos (6,7). 64 fallecieron durante el ingreso (42,9 %). 35 (53,5 %) de ellos lo hicieron mientras recibían tratamientos encaminados a su curación. En tres la actitud fue puramente paliativa desde el principio. En 26 (40,6 %) la media de días que pasaron desde el primer día hasta la adopción de una estrategia puramente paliativa fue 13,3. De los 29 que fallecieron habiéndose adoptado dicho enfoque, 24 fueron sedados y fallecieron al cabo de 37,7 horas de media. En las últimas 48 horas de vida, 52 (81,2 %) presentaron síntomas y se realizaron numerosas pruebas o intervenciones.

Conclusión: El enfoque terapéutico adoptado en nuestro servicio fue predominantemente curativo, medicalizado y alejado de una atención centrada en el paciente.

*Autor para correspondencia:

Ainhoa Unzurrunzaga Díaz

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Santa Marina. Carrer Santa Marina, Circunvalacion Errepidea, n.º 41. 48004, Bilbo, Bizkaia, España

Correo electrónico: ainhundi@hotmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2021.1149/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1149/2020)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Advanced dementia, pneumonia, palliative care.

Abstract

Introduction: Dementia is a prevalent disease in developed societies. Pneumonia is the leading cause of death in patients with advanced dementia (AD). Numerous experts are in favor of adopting a palliative approach in these patients.

Objective: To analyze the treatment given to patients with AD admitted for pneumonia in the Internal Medicine Service of our hospital.

Methodology: A retrospective study of the medical records of 149 patients with AD admitted for pneumonia in our service between 1/3/2013 and 1/6/2018.

Results: A total of 149 patients were included; 147 (98 %) patients received intravenous antibiotics, 137 (91 %) received intravenous hydration; 2.95 venous blood collections per person were performed; 22 (14 %) patients underwent at least one arterial gasometry; 116 (77.8 %) carried a urinary catheter; 1.6 changes of peripheral venous catheter were recorded per person; 10 (6.7 %) nasogastric tubes were placed; 64 (42.9 %) died during hospital stay; 35 (53.5 %) of them died while receiving treatments with curative intent. In 3 a purely palliative approach was selected from the beginning. In the remaining 26 patients the average number of days elapsed until a totally palliative approach was adopted was 13.3. Of the 29 patients who died with the latter approach, 24 were sedated and died after 37 hours on average. In the last 48 hours of life, 52 (81.2) presented symptoms and numerous tests or interventions were performed.

Conclusion: The therapeutic approach adopted in our patients was predominantly curative, and still far removed from patient-centered care.

Unzurrunzaga Díaz A, Areses Manrique M, Jaso Tejera R, Martínez Becerro E, Loureiro Sánchez M, Fresco Benito FJ. Neumonía en pacientes con demencia avanzada: enfoque terapéutico adoptado en un servicio de medicina interna de un hospital de media y larga estancia. *Med Paliat.* 2021;28:220-224.

INTRODUCCIÓN

La demencia afecta en España a un 5-14 % de los mayores de 65 años^{1,2}. En la demencia avanzada (DA) la dependencia es importante y el deterioro cognitivo severo.

El tratamiento que reciben los pacientes con DA es con frecuencia alejado de un enfoque paliativo. Por un lado, a menudo presentan síntomas que son infratratados^{3,4}. Por otro, con frecuencia son derivados al hospital donde son sometidos a pruebas y tratamientos alejados de una atención centrada en el paciente. El beneficio de estos ingresos es dudoso⁵. Muchos podrían ser tratados con resultados similares en su domicilio⁶.

La neumonía es la causa principal de muerte en pacientes con DA^{3,7}. Aunque el tratamiento de la neumonía en términos generales requiere antibióticos, existe controversia sobre el efecto de estos en la supervivencia y el confort de estos pacientes. Pueden prolongar la vida, pero también la muerte y el discomfort^{6,8}. Además, en el paciente con DA y neumonía se añaden problemas éticos que complican el establecimiento de una adecuada actitud terapéutica.

Este estudio tiene como objetivo conocer el tratamiento dispensado a pacientes con DA que ingresaron por neumonía en nuestro servicio entre el 1 de marzo de 2013 y el 1 de junio de 2018.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo donde analizamos informes de alta de pacientes con demencia avanzada en situación de dependencia total (Estadio 7 en la escala en la escala GDS-FAST) que ingresaron entre el 1 de marzo de 2013 y el 1 de junio de 2018 por neumonía con confirmación radiológica en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Santa Marina, hospital de media larga estancia con 200 camas, ubicado en Bilbao, que atiende sobre todo a paciente crónico anciano.

Se analizaron datos demográficos (edad, género, procedencia), complicaciones asociadas al estadio de la demencia (presencia de úlceras al ingreso, sonda nasogástrica o gastrostomía, disfagia) datos sobre el tratamiento dispensado (antibióticos i.v., hidratación i.v., sondajes, realización de analíticas), la duración del ingreso y días de supervivencia desde su ingreso hasta su fallecimiento.

En aquellos que fallecen durante el ingreso, se estudia el momento en el que se adopta una actitud puramente paliativa (medidas exclusivamente relacionadas con el confort, suspensión de fármacos crónicos o con intención curativa, ausencia de pruebas diagnósticas). Para ello se cuentan los días desde el ingreso hasta la adopción de dicho enfoque. En los que en algún momento se adopta un enfoque paliativo se estudia si son sedados y el tiempo desde que se inicia la sedación hasta el fallecimiento. Analizamos también la presencia de síntomas y la realización de pruebas en las últimas 48 horas de vida y si los pacientes mueren acompañados.

RESULTADOS

Se seleccionaron 149 pacientes. El género, edad, procedencia, complicaciones asociadas a la demencia, el tratamiento dispensado, y los procedimientos realizados se describen en la Tabla I.

La duración media del ingreso fue de 13,3 días (mediana 11, DE 11,1, rango 1-68).

Sesenta y cuatro pacientes (42,9 %) fallecieron durante el ingreso, 70 (46,9 %) lo hicieron al mes desde el ingreso, 105 (70,4 %) al año desde el ingreso.

De los 64 pacientes que fallecieron durante el ingreso, 35 (53,5 %) lo hicieron mientras recibían tratamientos encaminados a su curación. En tres la actitud fue puramente paliativa desde el principio (en uno se mantuvo el antibiótico por un fracaso en la comunicación con la familia). En los restantes 26 (40,6 %) la media de días que pasaron desde el primer día hasta la adopción de una estrategia puramente paliativa fue de 13,3 (mediana 12,5, DE 7,6, rango 1-36). De los 29 pacientes que fallecieron habiéndose adoptado una estrategia paliativa, 24 fueron sedados y fallecieron al cabo de 37,7 horas de media desde su inicio (mediana 24,5, DE 32, rango 4-92), 5 recibieron un tratamiento sintomático a demanda (Figura 1).

En las últimas 48 horas de vida, 12 (18,7 %) permanecieron asintomáticos, 52 (81,2 %) presentaron una combinación variable de síntomas. 35 (54 %) presentaron disnea, 24 (37,5 %) agitación/inquietud/desasosiego, 8 (12,5 %) dolor, 2 (3,1 %) vómitos. En esas 48 horas se realizaron: 23 analíticas sanguíneas, 6 gasometrías arteriales, 14 cambios de vía intravenosa, se cogieron 2 vías subcutáneas, se intentó colocar una sonda nasogástrica y se aspiraron secreciones una o más veces en 15 pacientes.

En el momento de la muerte 35 (54,6 %) estuvieron acompañados, 5 (7,8 %) solos. En 24 de los pacientes no existe dicha información.

DISCUSIÓN

Los cuidados paliativos pretenden mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades en fase avanzada o terminal. Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, pero en un enfoque paliativo, a medida en que avanza la enfermedad, aplicamos gradualmente más tratamientos encaminados al confort y menos encaminados a la curación.

Algunas de las medidas adoptadas en estos pacientes pueden justificarse tanto desde un enfoque paliativo como desde uno curativo. Esto sucede por ejemplo con el antibiótico. Sin embargo, la atención dispensada en su conjunto muestra una inclinación de la balanza hacia un enfoque curativo. Estos 149 pacientes fueron sacados de su entorno, desplazados a Urgencias y finalmente ubicados en un entorno extraño. Aunque el objetivo de este trabajo no es el estudio de la atmósfera de la propia hospitalización, los pacientes raramente estuvieron solos en la habitación. Normalmente compartieron la misma con una, dos o tres personas y se tuvieron que adaptar a los horarios y rutinas del hospital, probablemente diferentes de las suyas propias.

El tratamiento antibiótico intravenoso fue prácticamente sistemático, al igual que la hidratación. La vía subcutánea no se utilizó apenas con tal fin. La mayoría de las vías venosas perdidas fueron sustituidas por otras idénticas. En lugar de asumir cierta incertidumbre, necesitamos comprobar que la evolución clínica era acorde con la analítica. Se realizaron

Tabla I. Características de los pacientes a su ingreso, así como tratamientos y procedimientos realizados durante su ingreso.

Género	52 hombres (34,8 %) 97 mujeres (65,1 %)
Edad	85,3 años, DE 8,4
Procedencia	Residencias: 81 pacientes (54,4 %) Domicilio: 68 pacientes (45,6 %)
Úlceras por presión al ingreso	46 (30,8 %)
Gastrostomía/Sonda nasogástrica al ingreso	10 (6,7 %)
Disfagia al ingreso	65 (43 %)
Tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización	
Antibiótico intravenoso	147 pacientes (98 %) 43 (29,2 %) carbapenemes
Sueroterapia intravenosa	137 pacientes (91 %)
Fármacos vasoactivos	0 pacientes
Extracciones venosas	2,95 por paciente, mediana 2, DE 3,1 rango 0-22
Gasometría arterial	22 pacientes (14 %)
Sonda vesical	116 pacientes (77,8 %) 9 de estos (7,7) por retención aguda de orina
Cambios de vía venosa	1,6 por paciente, mediana 1, DE 2,6. rango 0-18
Sondas nasogástricas	10 pacientes (6,7), ninguno en los últimos 18 meses de estudio
Gastrostomía	Ninguna

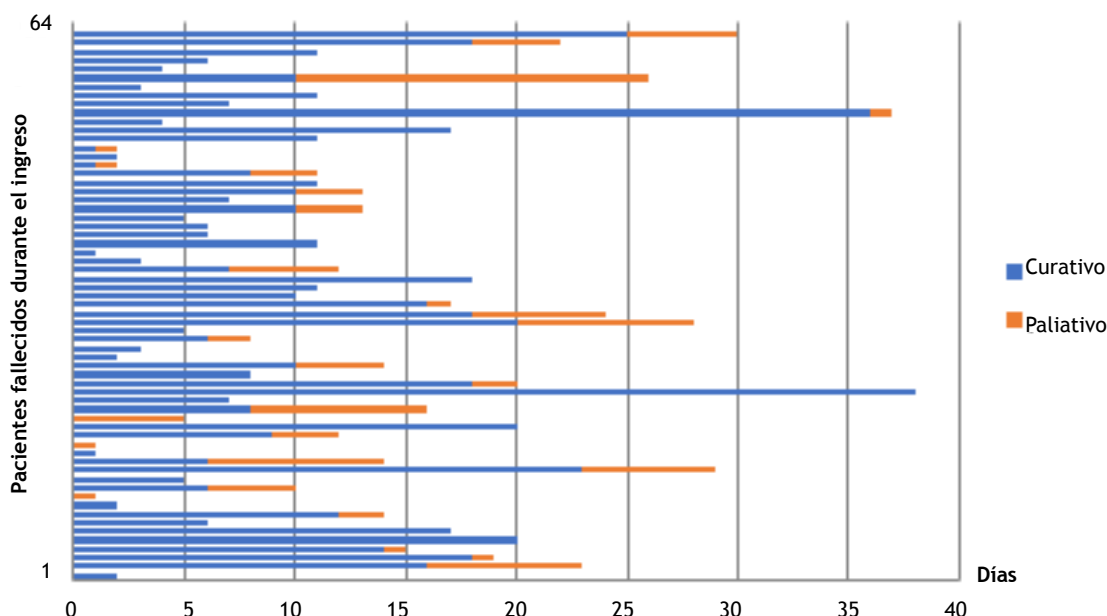


Figura 1. Enfoque adoptado en los 64 pacientes que fallecieron.

sondajes urinarios en ausencia de retención aguda de orina y se colocaron varias sondas nasogástricas. Estas intervenciones pudieron dar lugar a dolor y en muchos casos ni siquiera se tradujeron en una prolongación de la vida, casi la mitad falleció al mes.

De los pacientes que fallecieron durante el ingreso, un 54,6 % lo hizo mientras recibía tratamiento con intención curativa. En el resto se había adoptado ya un enfoque paliativo, pero con frecuencia la sedación se realizó encontrándose el paciente en mal estado, de ahí que varios de ellos fallecieran a las horas de su inicio. En las últimas 48 horas, la mayoría presentó una gran carga de síntomas, y se realizaron pruebas o intervenciones que pudieron ocasionar dolor. Al menos un 7,8 % de los pacientes falleció solo. Respecto a otras series, la adopción de un enfoque paliativo puro fue inferior, la presencia de síntomas en las últimas 48 horas similar y el tiempo transcurrido desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento inferior⁹. La muerte fue medicalizada, sintomática y alejada de una atención centrada en el paciente.

Aunque no existen estudios que evalúen adecuadamente el efecto de los cuidados paliativos en pacientes con DA, numerosos expertos son partidarios de dicho enfoque. La opinión de la ciudadanía sobre la estrategia terapéutica que desearía de encontrarse en el escenario descrito en sociedades desarrolladas es desconocida, pero se intuye que una parte importante sería también partidaria de un enfoque más paliativo. Distintas encuestas realizadas en EE. UU. y en entornos más cercanos así lo avalan^{10,11}.

La divergencia entre la atención dispensada a estos pacientes y aquella recomendada por los expertos y deseada por personas cognitivamente conservadas para sí mismas podría atribuirse a varios factores. Señalamos algunos que consideramos importantes y que es preciso superar para promover un enfoque terapéutico más paliativo y centrado en el paciente.

Muchos pacientes con DA carecen de una planificación anticipada de decisiones (PAD). Los pacientes con demencia realizan dicha planificación menos frecuentemente que pacientes con otras enfermedades terminales¹². En su ausencia, ante la urgencia de la situación y a falta de tiempo para deliberar, en muchas residencias, domicilios y en el Servicio de Urgencias se adopta un enfoque predominantemente curativo que, posteriormente, perpetuamos en nuestra planta.

Falta de capacitación de los médicos en cuidados paliativos, en comunicación y en aspectos ético-legales¹².

La alta mortalidad de la DA a los 6 meses permite definirla como terminal³, pero su pronóstico es poco predecible. Su conocimiento favorecería la percepción de terminalidad y la adopción de un enfoque paliativo.

Hay déficit de recursos sanitarios orientados a la atención paliativa¹².

Otro elemento que revela este estudio es el uso frecuente de carbapenemes. En la actualidad, el desarrollo de nuevos antibióticos capaces de superar las resistencias bacterianas es escaso, por lo que deberíamos ser conscientes de que son un recurso limitado y, como tal, pertenecen a la humanidad, a generaciones actuales y futuras¹³.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con DA y neumonía que ingresan en nuestro servicio reciben un tratamiento con un enfoque predominantemente curativo y poco centrado en el paciente. Probablemente esta actitud es extensible a otros procesos graves en el paciente con DA. Hemos mencionado algunos elementos que pueden estar contribuyendo a esta realidad. Cada uno de estos elementos es mejorable y existen ya iniciativas en nuestro entorno encaminadas a ofrecer unos cuidados más centrados en el paciente, más respetuosos con el principio de autonomía y más justos. Sin embargo,

la realidad descrita requiere para un cambio profundo, de una coordinación de todos esos empeños parciales y de una verdadera integración entre los diferentes niveles asistenciales.

AGRADECIMIENTOS

A Ernesto Unzurrunzaga, Sara Carazo, Mikel Baza y Josune Onaindía por sus aportaciones siempre geniales.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

- Molinuevo JL, Peña-Casanova J, Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Guía n.º 8. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN); 2009.
- Casado I, Calatayud T. Epidemiología y factores de riesgo. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J (eds.). Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. p. 23-50.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*. 2009;361:1529-38.
- Hendriks SA, Smalbrugge M, Hertogh CM, van der Steen JT. Dying with dementia: symptoms, treatment, and quality of life in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47:710-20.
- Dewing J, Dijk S. What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia (London)*. 2016;15:106-24.
- Givens JL, Jones RN, Shaffer ML, Kiely DK, Mitchell SL. Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. *Arch Intern Med*. 2010;170:1102-7.
- Chen JH, Lamberg JL, Chen YC, Kiely DK, Page JH, Person CJ, et al. Occurrence and treatment of suspected pneumonia in long-term care residents dying with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:290-5.
- Van der Steen, Kowall NW, Knol DL, Volicer L. Antibiotics and mortality in patients with lower respiratory infection and advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13:156-61.
- Oviedo Briones M, Perdomo Ramírez B, Marttini Abarca J, Díez-Porres L. Manejo y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada. *Med Paliat*. 2020;27:106-13.
- Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, et al. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomized controlled trial. *BMJ*. 2009;338.
- Álvarez Fernández B, Echezarreta M, Salinas A, López-Trigo JA, Marín JM, Gómez Huelgas R. Principio de autonomía en las demencias avanzadas: ¿queremos para los demás lo que no deseamos para nosotros? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39:94-100.
- Erel M, Marcus EL, Dekeyser-Ganz F. Barriers to palliative care for advanced dementia: a scoping review. *Ann Palliat Med*. 2017;6:365-79.
- Leivovici L, Paul M. Ethical dilemmas in antibiotic treatment: focus on the elderly. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21:27-9.