

Asunto: Caso Clínico para candidatura premios CANOHA.
Convoca: SEDISA. Sociedad Española de directivos de la salud.
Emite: SEPAD. Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura.
Fecha: 25 de agosto de 2022.

CASO CLÍNICO BAJO LA ESTRATEGIA DEL “NO HACER”: PLAN ESTRATÉGICO 2021- 2023 PARA DESATAR AL MAYOR Y AL PACIENTE DE ALZHEÍMER DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

I.- CONTEXTO Y ANTECEDENTES.

Una persona diagnosticada de demencia es un paciente en especial riesgo de excesos asistenciales, y así se explicará en el caso que exponemos a continuación.

El paciente objeto del caso presenta dos características que le hacen especialmente vulnerable a estos excesos; por un lado, la incapacidad de autogobierno y por otro lado los síntomas psicológicos y en especial, los conductuales, que le convierte en una persona difícil de controlar.

La incapacidad de autogobierno hace que "otros" tomen las decisiones por la persona, y que por ello se vean obligados a sentirse responsables de su vida. Las conductas de las personas con demencia pueden provocar claudicación en los cuidadores no profesionales debido a su difícil control, tanto que muchas veces no es posible cuidarles en el domicilio, lo que obliga a recurrir a centros de larga estancia, donde les pueden prestar cuidados profesionales. Si quien se hace cargo de una persona con demencia pide ayuda a un médico para controlarla, la ayuda será con gran probabilidad de índole medicamentosa.

Los excesos con más impactos en la salud en las personas con demencia, en su integridad y en su bienestar son las que guardan más relación **con el uso de sujeciones**.

El paciente es de un varón de 67 años que ingresa en Centro Residencial El Valle el 22 de enero de 2019. El Centro Residencial El Valle es un centro público, monográfico para personas con demencias degenerativas, dependiente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia y acreditado como Centro Libre de Sujeciones en marzo del año 2019 por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Un “Centro Libre de Sujeciones” es un centro en el que no se utiliza ningún tipo de sujeción física, entendiendo como sujeción física: la limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico externo aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad. CEOMA. Confederación Española de Organizaciones de Mayores).

Algunas de las características de este residente son las siguientes:

- Diagnosticado de demencia tipo Alzheimer en febrero de 2015, aunque 5 años antes ya presentaba fallos de memoria, llanto fácil y ansiedad.
- En seguimiento por psiquiatría desde hace años por depresión. No había presentado conductas graves de agitación y agresividad hasta diciembre de 2017.
- En agosto de 2018 precisó ingreso en la unidad de psiquiatría por episodios de agresividad a las personas que entraban dentro de su campo visual y a la impulsividad de sus acciones, con difícil control por parte del equipo de atención continuada a pesar del ajuste de tratamiento con Haloperidol, Gabapentina y Quetiapina. En la hospitalización presenta agitación psicomotriz y agresividad de difícil control, precisando medicación psicofarmacológica a altas dosis y sujeción mecánica supervisada. Durante su estancia en psiquiatría, se diagnostica de diabetes mellitus, insuficiencia renal aguda, hipernatremia e hiperpotasemia e íleo paralítico, por lo que es trasladado a la planta de medicina interna.

- Tras alta hospitalaria es derivado a centro sociosanitario, a petición de familia, por difícil control en domicilio y 5 meses después es trasladado al Centro Monográfico de demencias (C.R. El Valle).
- En el momento del ingreso presenta un GDS-FAST 7a (Escala que define cada una de las fases de la enfermedad del Alzheimer. Usadas en el entorno profesional, permiten conocer la evolución de la enfermedad, convirtiéndose en una gran ayuda para comprender los cuidados que necesita la persona con Alzheimer en cada una de las etapas de la enfermedad. Un GDS-FAST 7a se corresponde con una demencia grave, con deterioro cognitivo y motor grave y habla limitada a media docena de palabras), importantes alteraciones conductuales y parkinsonismo inducido probablemente por neurolépticos.
- Otras enfermedades acompañantes: Trastornos del metabolismo lipídico, hipertensión no complicada, estreñimiento, incontinencia fecal, incontinencia urinaria, diverticulosis colónica, apendicitis intervenida, hemorroides internas.
- En el momento del ingreso, el paciente tiene pautado el siguiente tratamiento:
 - Trazodona 100mg (1-1-0). Si precisa por agitación administrar dosis suplementaria a las 22:30 h.
 - Gabapentina 300mg (1-1-1)
 - Mirtazapina 15 mg (23h)
 - Omeprazol 20 (0-0-1)
 - Quetiapina 100 (1-3-1-1.50)
 - Haloperidol 2mg/ml gotas (40 gotas en la merienda)
 - Diben estándar (1 en la merienda)
 - Atorvastatina 10 mg (0-0-1)
 - Lactitol 10gr (1-1-0)
 - Haloperidol 5 mg ampollas (2 ampollas IM, si agitación)
 - Insulina rápida (1-1-1 según pauta)
- En el centro de procedencia dormía con barandillas en ambos lados de la cama, cinturón abdominal y muñequeras. Se había intentado reducir dosis de psicotrópicos y antipsicóticos sin éxito por los episodios de agresividad

2.-VALORACIÓN AL INGRESO

Tras una primera valoración interdisciplinar en el momento del ingreso se observa:

- Actividades básicas de la vida diaria: Dependiente para aseo, vestido y uso de WC. Precisa supervisión para iniciar el movimiento y no abandonar la actividad de la alimentación. En la deambulación precisa supervisión. Deambula con patrón de triple flexión de cuello, cadera y extremidades, con pasos cortos y centro de gravedad desplazado hacia delante.
- Valoración funcional: Escala de Barthel 35/100 (Dependencia Grave). Escala de Tinetti 20 (Escala que detecta precozmente el riesgo de caídas. Un Tinetti total de 20 indica riesgo de caída.)
- Valoración psicopatológica. NPI: 83/144. (El Inventario neuropsiquiátrico, NPI, es el instrumento de referencia para el estudio y seguimiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, que define 12 síntomas: Ansiedad, depresión, apatía, euforia, irritabilidad, alucinaciones, delirios, agitación, trastorno del sueño, trastorno de la conducta alimentaria, desinhibición y conducta motora aberrante, e incluye, su intensidad y frecuencia de aparición). Escala de depresión de Cornell: 20 (Es una escala para detectar síntomas de depresión en personas con demencia. Mide observaciones y signos físicos que podrían indicar depresión. Un Cornell de 20 indica depresión grave).
- Historia sociofamiliar: Tiene dos hijas independizadas. Antes del ingreso en Centro sociosanitario vivía con su mujer con supervisión y visitas frecuentes de sus hijas, una de ellas enfermera. Red familiar de apoyo estructurada y estable.
- Historia ocupacional e intereses: Había trabajado manejando maquinaria agrícola. Le había gustado mucho leer, pasear y era un “incansable conversador”.

3.- OBJETIVO PRINCIPAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Principal: Lograr el mayor grado de autonomía física, mental, psicosocial y ajuste emocional posible en un contexto de bienestar y respeto de la persona.

Específicos:

- Mejorar y mantener la marcha.
- Prevenir y disminuir las consecuencias graves de las caídas.
- Abordar síntomas psicológicos y conductuales desde un enfoque multidisciplinar que priorice el enfoque no farmacológico, favoreciendo el buen trato y la dignidad del residente.
- Reducir el uso de fármacos psicotrópicos para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales.
- Adecuar la situación nutricional con alimentación adaptada a sus gustos y capacidad funcional.

4.- INTERVENCIONES

Con el enfoque de la Atención Centrada en la Persona y partiendo del criterio de que para cuidar y acompañar a una persona con demencia no hay que centrarse solo en el daño neurológico o en su estado de salud, sino que es importante tener en cuenta su personalidad, su entorno, su historia de vida, sus gustos, sus preferencias, su dignidad y sus necesidades, se propone desarrollar las actuaciones necesarias para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona contando con su participación plena y efectiva en su entorno social y comunitario. Por ello, abordamos las siguientes actuaciones:

1. Planificación de directrices anticipadas con sus dos hijas y su mujer. Coinciden en tomar las decisiones que permitan mantener la identidad del residente, respetando sus deseos y preferencias.
2. Creación de un entorno facilitador de la autonomía del residente, valorando su interacción con el mismo y mejorando su seguridad física pasiva: Cama regulable en altura, facilitador de salida desde la cama, habitación con suelo amortiguador de caídas, protecciones de esquinas y rodapiés, protector de cadera, protector cefálico y uso de escaarpines en la ducha.

3. Estereotipificación del residente que permita aplicar procedimientos específicos: residente con deambulación errante sin finalidad y fuerte estado de tensión y frustración que se traduce en conductas motoras graves. Ubicado en unidad de convivencia “Grupo de mantenimiento de la marcha” con paneles de interacción en los pasillos, zona de deambulación segura, y con fácil acceso al comedor y al aire libre. El personal de atención directa es fijo en la unidad, y conoce la historia de vida de la persona a la que está atendiendo, sus preferencias y prioridades, sus valores, su plan de vida y puede así ofrecer un tipo de cuidados individualizado y multidimensional que cubra todas sus necesidades biopsicosociales.
4. Registro diario en una plantilla los SPCD (Síntomas psicológicos y Conductuales de la Demencia) que se detectan. La persona que detecta este síntoma y lo registra se identificará con el fin de mejorar la comunicación en el equipo.
5. Evaluación detallada de la conducta para identificar una causa tratable, discutiendo el comportamiento actual y pasado con el equipo. En el año 2020, en el contexto de crisis epiléptica se diagnostica un hematoma subdural crónico del cual es intervenido mejorando la sintomatología.
6. Programación de reducción lenta de neurolépticos con seguimiento estricto de incidencias conductuales.
7. Análisis funcional de la conducta cuando esta se defina como “problema”. Si la conducta supone un riesgo para la persona y su entorno, por su intensidad, manifestación o etiología, además de realizar el análisis funcional se deberán tomar decisiones sobre la intervención no farmacológica más adecuada. Este instrumento, basado en la observación, consiste en organizar la información que rodea la conducta de manera que se tengan en cuenta aspectos tan relevantes como la historia de vida previa de la persona, sus antecedentes clínicos o sus problemas comunicativos entre otras, pero también los estímulos que rodean el inicio de la conducta y las respuestas que ésta recibe, así como las

consecuencias que tiene la conducta tanto a nivel individual como a nivel organizacional, del funcionamiento del Centro.

8. Análisis causa- raíz de todas las caídas con el fin de obtener información que nos ayude a prevenir futuras caídas en el residente. Se han realizado cambios organizativos en la levantada y acostada del residente y adecuación constante del entorno a sus necesidades.
9. Registro individualizado de las ingestas de la persona. Probar distintos sabores, en distintos horarios y consensuar los gustos de alimentación con su familia.

5.- RESULTADOS

1. Desde enero de 2019 hasta julio de 2022 se registran 15 caídas. Ninguna de ellas con consecuencias graves.
2. Mejora en valoración funcional y psicopatológica en los dos primeros años del ingreso, a pesar de la evolución propia de la enfermedad (Barthel 45, Dependencia moderada, Tinetti 21, Riesgo de caídas, NPI: 59/144, y Cornell 16, Depresión grave), con posterior estabilización, congruente con la fisiopatología de la enfermedad degenerativa.
3. Retirada de la medicación antipsicótica.
4. Desarrollo en los profesionales de atención directa de la empatía necesaria indispensable para cuidar y acompañar adecuadamente a las personas con demencia, y adquisición de conocimientos que ayuda a los profesionales a sentirse más capacitados ante estas situaciones y disminuir el estrés y la carga que producen estas conductas en su labor diaria, que se ha traducido en una disminución de incidencias relacionadas con el manejo de los trastornos de conducta.

6.CONCLUSIONES

1. Debemos seguir cuidando a personas con demencia irreversible de una forma ética y humana, lo que nos obliga a hacernos el serio planteamiento de evitar hacerles más daño del que ya tienen. Especialmente, en entornos controlados, como los centros sociosanitarios, esto debería ser un deber moral ineludible, donde hay profesionales que pueden especializarse y donde las personas con demencia suelen ingresar para vivir allí.

La ética no debe ser instrumentalizada, no debe ser utilizada para justificar los actos, o para defender ciertas prácticas, pues esos comportamientos acaban invalidando los juicios y las decisiones, y provocan la corrupción moral de quienes los realizan.

Fruto de las nuevas necesidades y retos que plantea la atención sociosanitaria, el Grupo motor del Plan, propone formarse y constituirse como una Comisión Promotora de un Comité de Bioética Asistencial. Con ello se pretende responder a las nuevas situaciones de atención a las personas usuarias de los Centros del Servicio Extremeño de Promoción de la autonomía y Atención a la Dependencia, en las que se ponen en juego diferentes valores éticos que deben ser discernidos.

2. Los antipsicóticos y sujeciones farmacológicas utilizados en personas con demencia están fuertemente relacionados con riesgo de fractura de cadera por caída, y con mayor incidencia de cuadros de postración, desorientación, estado confusional, y ciertos tipos de alteraciones conductuales, problemas todos ellos fuertemente relacionados con la aplicación de sujeciones físicas, lo que permite pensar que algunos usos de psicotrópicos van de la mano de algunas pautas de sujeciones físicas, especialmente cuando son utilizados por mucho tiempo. El uso de sujeciones no solo tiene efectos negativos para la persona objeto de ellas, sino que también los tiene para el equipo de los profesionales, que ven empobrecido su desarrollo profesional, de conocimientos y experiencia, debido a que las sujeciones no dejan trabajar en otras líneas posibles. Lograr supuestas altas cotas de seguridad mediante sujeciones anula la necesidad de mejorar en seguridad

física ambiental en los centros, por lo cual también sabemos que dicho uso tiene efectos negativos no solo para los profesionales, sino también para la organización. La sensación de seguridad que da el uso de sujeciones, la tranquilidad que producen se traduce en un menor tono de vigilancia en el centro, con las consecuencias lógicas de ello, con efectos evidentes sobre la incidencia de caídas con las peores consecuencias.

Los antipsicóticos no deben ser un tratamiento de primera línea, salvo en circunstancias de extremo riesgo y daño. La primera línea de manejo debe ser una evaluación detallada para identificar una causa tratable de los SPCD (síntomas psicológicos y conductuales en demencias). A menudo los trastornos neurodegenerativos van acompañados de síntomas cognitivos, funcionales y un elevado número de síntomas psicológicos y conductuales como los psicóticos, trastornos del sueño, agitación/agresividad o sintomatología afectiva depresiva. Si bien los Síntomas Psicológicos y Conductuales se asocian a la Demencia, la investigación ha demostrado que a menudo son consecuencia de unas necesidades no resueltas.

3. En los Centros libres de sujeciones los profesionales poseen formación en temas emocionales y conductuales, de hecho, la adquisición de estas competencias ayuda a los profesionales a sentirse más capacitados ante estas situaciones y disminuir el estrés y la carga que producen estas conductas en su labor diaria, ya que la comprensión e instrucciones dadas por los componentes del equipo técnico mejorará el sentimiento de autoeficacia de los profesionales cuidadores. La comprensión es necesaria para desarrollar la empatía indispensable para cuidar y acompañar adecuadamente a las personas con demencia. Por tanto, al mejorar el conocimiento sobre estos síntomas mejora también el acercamiento empático a las personas que los presentan.

BIBLIOGRAFÍA.

Burgueño, AA. *“Ámbito residencial: Malos tratos por la institución. Especial referencia al uso de sujeciones”*, 2018

Burgueño, AA. *“Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”*, CEOMA, 2005

Burgueño, AA. *“Prevención Cuaternaria en Demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia”*. Neurama, Vol. 2- nº, 2015.

Burgueño, AA. *“Atar para cuidar”*, 2008

Pinazo-Hernandis,S, Carolina Pinazo-Clapés, C, Sales Galan, A, Facal Mayo, D, Olivera Pueyo, J. Fundación Pilares. *“Cuidados Centrados en las personas con Demencia Guía de actuación profesional ante síntomas psicológicos y conductuales, 2021.*

Martínez, T. *“La Atención Centrada en la Persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”*, 2013

Olazarán J; López, J; Agüera L; López J, Beltrán, J; García, P; Rigueira,, A; Martín, M; Quintana, D; Muñiz,, R *“Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad”*. Revista SEPG. Vol. 6 2016-nº3.2016

WEBGRAFÍA.

<https://ceoma.org/desatar/>

<https://www.fundacionpilares.org/>

<http://www.acpgerontologia.com/>

<http://www.neurama.es>

<http://mariawolff.org/actualidad/noticias/un-novedoso-enfoque-diagnostico-espanol-para-personas-mayores-vulnerables-mejora-decisivamente-su-calidad-de-vida-evitando-las-sujeciones-quimicas/>