

Valoración pre-quirúrgica en pacientes ancianos candidatos a artroplastia total de rodilla: consulta externa de enfermería

Mercedes Subiela¹
 Marta Tejero²
 Roser Boza²
 Marina Isabel Pou²
 Esther Marco²
 Sara Torres³
 Enric Cáceres⁴
 Ferran Escalada²
 Josep M^a Muniesa²

¹Enfermera de la Unidad de Rodilla
²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital de l'Esperança Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) Barcelona
³Trabajadora Social Hospital de l'Esperança Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) Barcelona
⁴Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital de l'Esperança Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) Barcelona

Correspondencia:
 Marta Tejero Sánchez
 Hospital de l'Esperança
 Sant Josep de la Muntanya, 12
 08024 Barcelona
 E-mail:
 mtejero@imas.imim.es

Resumen

Objetivo: Análisis descriptivo de los datos obtenidos en una consulta de enfermería en población geriátrica candidata a prótesis total de rodilla y su posible influencia en la consecución de una estancia media hospitalaria inferior a 10 días.

Método: Revisión de 298 pacientes (abril 2005-julio 2005). Variables: edad, sexo, Barthel pre-quirúrgico, Índice de comorbilidad de Charlson, Escala de valoración cognitiva de Pfeiffer, Escala depresión geriátrica (GDS), número de consultas a Trabajador Social, estancia media del ingreso y destino al alta.

Resultados: Población con edad media de 72 años; predominantemente femenina (4:1); Barthel pre-quirúrgico medio de 96; con baja comorbilidad (78% Charlson 0 y 1), poco riesgo de depresión (alrededor del 5% puntúan más de 5 en la GDS), poco deterioro cognitivo (5% entre leve y moderado). Un 40 % de los pacientes requirieron consulta y actuación de Trabajador Social antes de la cirugía. La estancia media hospitalaria fue de 9 días. Las altas fueron: 281 pacientes a domicilio, 16 pacientes a centro socio-sanitario y 1 paciente fue trasladado a otro servicio por complicación médica.

Conclusiones: la información obtenida nos permite averiguar el perfil sanitario de nuestra población y la detección y tratamiento precoz de los posibles problemas relacionados con el momento del alta.

Palabras clave: Enfermería. Valoración pre-quirúrgica. Estancia media. Artroplastia total rodilla.

Summary

Objectives: To descriptive data collected by nurse staff about old patients before undergoing total knee arthroplasty (TKA) and analyse their effect on adveing a mean length of stay (LOS) less than 10 days.

Method: Observational study of 298 patients. Main variables collected: age, sex, Barthel Index, Comorbidity Charlson Index, Pfeiffer or Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Geriatric Depression Scale (GDS), number of social worker interventions, LOS and facility discharge (home, nursing home..).

Results: Mean age was 72 years; female/ male ratio was 4:1; mean Barthel was 96; Comorbidity index was low (78% of subjects score 0-1); only 5% of cases had GDS

values >5 and SPMSQ was normal in 97% of patients. Social worker had to take part in 40% of patients before TKA. Mean LOS was 9 days, 281 patients returned at home, 16 patients went to care facilities and 1 patient was transferred tan acute care hospital.

Conclusions: the information collected by nursing staff before TKA allows us to know our population and therefore adrievae a LOF<10 days even in cases with social problems.

Palabras clave: Nursing. Total knee arthroplasty. Length of stay.

Introducción

La artrosis es un proceso degenerativo del cartílago articular que constituye un grupo heterogéneo de patologías con manifestaciones clínicas parecidas y cambios patológicos y radiológicos comunes¹. Es una patología frecuente, siendo su prevalencia entre la población general española del 24% si consideramos cualquier afectación articular¹ mientras que si consideramos la afectación de la rodilla (gonartrosis), la prevalencia en la población española mayor de 20 años es del 10,2%².

La repercusión de la gonartrosis es importante, ya que se estima que es causa de síntomas invalidantes en un 10% de la población mayor de 55 años y que una cuarta parte de éstos presenta una discapacidad grave³.

Entre los tratamientos reconocidos de la gonartrosis se hallan las medidas higiénico-dietéticas, fármacos, rehabilitación y cirugía ortopédica (en caso de fracaso terapéutico del resto). En este punto la artroplastia de sustitución total de rodilla (ATR) es la indicación principal cuando existe dolor severo e invalidante de la rodilla.

Al tratarse de una patología tan prevalente en una población en aumento gracias al incremento de la

esperanza de vida, su repercusión sobre la lista de espera quirúrgica para ATR ha sido muy importante, por lo se han efectuado distintas estrategias para la reducción de la misma.

En el año 2004 la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya encargó a nuestro hospital, entre otros de la ciudad de Barcelona, practicar 1000 intervenciones anuales de ATR con el objetivo de reducir el tiempo de las listas de espera de dicha intervención. Este encargo supuso un gran cambio en los servicios que directa o indirectamente, actúan en el proceso de la ATR. En nuestro centro se formó una unidad específica llamada "Unidad de Rodilla" y se redactó un documento de actuación conjunta entre los diferentes profesionales que intervienen a lo largo de todo el proceso.

Dentro de esta Unidad se mantuvo la responsabilidad por parte del equipo de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) en cuanto a indicación de la cirugía, información sobre la ATR y consentimiento informado sobre la intervención.

Se optó por un modelo de unidad de hospitalización compartida entre los servicios de COT y Rehabilitación (RHB) y, finalmente, se creó un Hospital de Día de Rehabilitación dedicado exclusivamente al tratamiento de los pacientes intervenidos de ATR dotado de atención médica, curas de enfermería y fisioterapia diarias.

En este proyecto también fue creado un dispensario específico atendido por Enfermería para realizar la recogida de datos clínicos relacionados con la capacidad funcional del paciente y datos de tipo social. Sus objetivos se centraron en:

- Dar información oral y escrita, tanto al paciente como a sus familiares, sobre las características del programa: duración limitada del ingreso hospitalario (8-10 días), continuidad del tratamiento rehabilitador y curas en régimen de Hospital de Día, traslado en ambulancia, etc.
- Recoger las opiniones de paciente y/o familia en cuanto a sus expectativas y detección de los posibles problemas relacionados con el retorno al domicilio.
- Detectar precozmente problemas, funcionales o psicosociales, que pudieran originar retrasos no justificados del alta hospitalaria
- Derivar al paciente y/o familia a entrevista con trabajador social ó médico rehabilitador en caso de detección de problemas de tipo social o de tipo funcional (respectivamente).

El objetivo del presente trabajo es efectuar una revisión de los datos obtenidos en el mencionado Dis-

pensario de Enfermería para evaluar si la información recogida y el circuito de actuación influían realmente en la consecución de una estancia hospitalaria dentro de los márgenes previstos (8-10 días).

Material y método

Se revisan los datos de 298 pacientes intervenidos de ATR entre abril y julio de 2005 y que habían sido visitados previamente en el Dispensario de Enfermería.

Las variables recogidas son:

- Edad.
- Sexo.
- Índice de Barthel⁴ antes y después de la cirugía: escala de valoración funcional en el desempeño de actividades de la vida diaria como higiene, beber un vaso de agua, etc. Los valores oscilan de 100 (máxima autonomía) a 0 (máxima dependencia).
- Índice de Comorbilidad de Charlson⁵.
- Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)⁶: escala de valoración cognitiva adaptada para la población española, cuyos valores oscilan de 0 cuando no existe deterioro, a 10 en estados de deterioro cognitivo severo.
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: se utilizaron dos versiones, una de 5 ítems⁷ (escala de 0-5) para la detección de síntomas depresivos y, en aquellos pacientes con puntuación = 0 > 3, se administró la versión de 15 ítems⁸ (escala de 0 a 15) para cuantificar los síntomas depresivos.
- Número de pacientes derivados a Trabajador Social: tras revisión bibliográfica publicada se confeccionó una "Escala de riesgo de no retorno a domicilio" (Tabla 1) con objeto de detectar a los pacientes con elevado riesgo de presentar dificultad en retorno inmediato a su domicilio⁹. Al aplicar dicha escala, si el paciente presenta una puntuación superior o igual a tres puntos es remitido al trabajador social, con el fin de realizar un estudio social con la familia o bien con servicios sociales de zona, para valorar previamente al ingreso la posible necesidad de recursos de tipo social en el momento del alta hospitalaria.
- Número de pacientes derivados a valoración por el médico Rehabilitador.
- Días de ingreso hospitalario.
- Nivel funcional al alta hospitalaria mediante índice de Barthel.

*Tabla 1.
Escala de riesgo
de no retorno a domicilio:
para establecer
necesidad de actuación
directa del trabajador
social, valores > 0 = a 3
establece un elevado
riesgo de no retorno
a domicilio*

	Sí	No
Sexo femenino	1	0
Presencia de barreras arquitectónicas dentro del domicilio o en el acceso al mismo	1	0
Ausencia de cuidador	1	0
Presencia de 2 o más enfermedades crónicas (sobretudo diabetes)	1	0
Edad igual o superior a 80 años	1	0

*Tabla 2.
Descripción
de la muestra de los 298
pacientes evaluados,
se presenta en medias
y rangos a domicilio*

1. Edad Media: 72,07 años (rango 40-90)
2. Sexo: 81,5% mujeres y el 18,5% hombres (4:1)
3. Barthel previo a la intervención de 96,27 (rango 55-100)
4. Índice de Charlson: Ausencia de comorbilidad (Ch: 0) 122 pacientes (41%)
Comorbilidad Baja (Ch:1) 110 pacientes (37%)
Comorbilidad Media- Alta (Ch=>2) 67 pacientes (22,3%)
5. Estancia Hospitalaria: 8,9 días (rango 7-14)
6. Barthel al alta hospitalaria tras intervención de 92,73 (rango 33-100)

- Destino al alta: A domicilio (propio o de un familiar), a unidad de convalecencia de un centro socio-sanitario o bien traslado a otros centros.

Resultados

Se analizaron un total de 298 pacientes en el dispensario de enfermería, las características de la muestra se describen en la Tabla 2.

La valoración cognitiva a partir de la escala de Pfeiffer reveló que el 97% de los pacientes no mostraba deterioro cognitivo (valores entre 0-2) y que el 3% restante presentaba un deterioro leve o moderado (valores entre 3-7).

La GDS nos reveló que: tras analizar la versión de 5 ítems sólo 9 pacientes (3%) presentaban valores por encima de 3, de los cuales 8 presentaban puntuaciones inferiores a 5 en la versión de 5 ítems.

EL 40,2% (120) de los pacientes presentaban alto riesgo de no retorno a domicilio, por lo que fueron derivados a entrevista con la Trabajadora Social.

Sólo un paciente fue derivado al médico rehabilitador, siendo excluido de la indicación de intervención quirúrgica por gran deterioro funcional no atribuible exclusivamente a la gonartrosis.

La estancia media fue de 8,9 días (rango 7-14), la capacidad funcional media al alta registró un índice

de Barthel de 92.73 y el destino de los pacientes tras la hospitalización fue:

- 281 pacientes (94,3%) a domicilio (tanto el domicilio propio como de un familiar o un centro residencial no incluido en la red asistencial pública y contratado por el paciente o por su familia).
- 16 pacientes (5.4%) ingresaron en centro socio-sanitario (Unidad de Convalecencia)
- 1 paciente fue trasladado a otro servicio del hospital por complicación médica grave (tromboembolismo pulmonar).

Discusión

Las indicaciones de ATR en nuestro centro siguen los parámetros utilizados en el ámbito internacional: Dolor severo e invalidante causado por la degeneración articular que afecta, por lo menos, a dos compartimentos de la rodilla y que no se controla con el tratamiento conservador exclusivamente¹⁰.

El objetivo de la creación de la Unidad de Rodilla ha sido la reducción de la lista de espera quirúrgica para ATR mediante un programa específico basado en la reducción de días de ingreso hospitalario y la continuidad de tratamiento rehabilitador a partir de la creación de un área de Hospital de Día. Esta especificidad tiene, a priori, dos ventajas; en primer lugar permite alcanzar un elevado grado de especia-

lización a todo el personal implicado con lo que disminuye el número de complicaciones y, por otro lado, permite una rotación mayor de pacientes y consecuentemente un aumento del número de intervenciones.

Del análisis de los resultados se desprende que la población estudiada es predominantemente femenina, con un buen nivel funcional, y con muy baja prevalencia de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, sin deterioro cognitivo y con bajo riesgo de depresión, al igual que se referencia en otros estudios¹¹. Ello permite suponer que, en ausencia de complicaciones médicas, un período corto de ingreso tras la intervención quirúrgica puede permitir el alta hospitalaria con una capacidad funcional razonable, como sucede en nuestra serie en la que el índice de Barthel al alta es de 92,73 de media.

Cuando analizamos datos históricos en nuestro propio centro, comprobamos que la estancia media hospitalaria en pacientes tras ATR era de 18 días (repartidos entre servicio de COT y RHB), mientras que con la instauración de dicho programa se ha reducido a una media de 8,9 días, con elevado porcentaje de alta a domicilio.

Por todo ello creemos que una actuación en el periodo preoperatorio coordinada desde el Dispensario de Enfermería, suministrando información al paciente y a su familia y recogiendo los posibles problemas médicos y/o sociales que puedan dificultar el alta hospitalaria precoz, acorta la estancia hospitalaria. No obstante, la reducción en los días de ingreso no solo la relacionamos con la actuación precoz, sino también con la implantación del modelo de seguimiento al alta en régimen de Hospital de Día¹², asegurando la continuidad asistencial en aspectos como la visita médica diaria, la dosificación y control de medicación analgésica, control y cura diaria de la herida quirúrgica, retirada de sutura cutánea y tratamiento de fisioterapia. Por último también hemos de recordar la probable influencia en los buenos resultados de la baja prevalencia de síndromes geriátricos y el buen estado de salud de la población anciana tratada.

Pese a ser conscientes que la situación descrita quizás no sea estrictamente aplicable a otros centros que difieran en aspectos estructurales, somos firmes defensores que la información previa y la detección precoz de problemas permiten trasladar la planificación del alta al período previo al ingreso hospitalario facilitando con ello todo el proceso.

Bibliografía

1. Blanco-García FJ, Fernández López JC, Galdo Fernández F. Artrosis. Revisión Clínica Terapéutica. *MEDICINE* 2004;1-12
2. Carmona L, Ballina J, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-5
3. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JWW, Dieppe P, et al. Recomendaciones de la EULAR 2003: un enfoque del tratamiento de la artrosis de rodilla basado en la evidencia: informe del grupo de trabajo del Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55
4. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979;60:145-54.
5. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chron Dis* 1987;40:373-83.
6. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
7. De Dios R, Hernández AM, Rexach LI, Cruz-Jentoft AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:276-80.
8. Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. Transtornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:7-14.
9. Munin MC, Rudy TE, Glynn NW, Crosset LS, Rubarth HE. Early Inpatient Rehabilitation after elective hip and knee Arthroplasty. *JAMA* 1998;279:847-52.
10. Brady OH, Masri BA, Garbus Ds, Duncan CP. Rheumatology: 10. Joint replacement of the hip and knee - when to refer and what to expect. *CMAJ* 2000; 163(10):1285-9
11. Jain NB, Higgins LD, Ozumba D, Guller U, Cronin M, Pietrobon R, Katz JN. Trends in epidemiology of knee arthroplasty in the United States 1990-2000. *Arthritis Rheum* 2005;52(12):3928-33.
12. Woo T, et al. Integrated systems to reduce length of stay for knee and hip joint replacement surgeries. *Health Manage Forum* 2000;13(3):60-2.