

TERAPIA OCUPACIONAL EN RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE ENHANCED RECOVERY IN SURGERY



Alba Pérez Díaz *
 Terapeuta Ocupacional en
 Recuperación Intensificada en Cirugía-
 Hospital Vall d'Hebron. España.

Correo electrónico:
Alba.perezdiaz@vallhebron.cat

*Autora para correspondencia

Objetivo: la fragilidad ha sido descrita como un síndrome médico con múltiples causas, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y capacidad fisiológica, aumentando la vulnerabilidad del individuo, quien desarrolla mayor probabilidad de padecer dependencia y/o la muerte. **Método:** la sociedad *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) se formó con la intención de promover un enfoque multimodal y sistemático para el manejo perioperatorio, y así disminuir la morbilidad derivada de las intervenciones quirúrgicas estandarizadas. Posteriormente, la *prehabilitación* surgió como una concepción también multimodal cuyo objetivo principal es la optimización del paciente durante el periodo de tiempo desde el diagnóstico y decisión quirúrgica hasta la cirugía, para mejorar la capacidad funcional y biológica del paciente y disminuir los riesgos de la cirugía. **Resultados:** sin embargo, actualmente se están creando equipos de *Recuperación Intensificada en Cirugía*, cuyo objetivo es que las personas tengan las mejores condiciones posibles a su llegada al quirófano, durante la intervención quirúrgica y en la recuperación posterior. **Conclusiones:** en algunos de estos equipos ya han percibido nuevas necesidades de personal técnico especializado, y han comenzado a incorporar otros perfiles profesionales.

Objective: Frailty has been described as "a medical syndrome with multiple causes and characterized by decreased strength, resistance and physiological capacity, increasing the vulnerability of the individual, who develops a greater probability of becoming dependent and/or leading to death". **Method:** The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society was formed with the aim of promoting a multimodal and systematic approach to perioperative management, thereby reducing the morbidity associated with standardized surgical interventions. Subsequently, prehabilitation emerged as a multimodal conception whose main objective is to optimize the patient during the period of time from diagnosis and surgical decision to surgery, to improve patients' functional and biological capacity and reduce the risks derived from surgery. **Results:** Enhanced Recovery After Surgery teams are currently being created, whose objective is to offer patients the best possible conditions upon arrival at the operating room, as well as during the surgical intervention and in the subsequent recovery. **Conclusions:** In some Intensified Recovery in Surgery teams, a need for specialized technical personnel has arisen and they have started to include other health professionals in their teams

DeCS Terapia Ocupacional; Recuperación Mejorada Después de la Cirugía; fragilidad. MeSH Occupational Therapy; Enhanced Recovery After Surgery; frailty.

Texto recibido: 09/10/2022

Texto aceptado: 28/11/2022

Texto publicado: 30/11/2022

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

Millones de personas en todo el mundo son sometidas cada año a cirugía bajo anestesia, y muchas de ellas pertenecen a la población geriátrica, teniendo por ello mayor número de cirugías y de complicaciones, derivadas de la edad. Dentro de las complicaciones relacionadas con las cirugías, podemos encontrar algunas como hipotensión arterial, hemorragia, infección, trombosis, problemas pulmonares, urinarios, reacciones a la anestesia... Sin embargo, hasta ahora se consideraba que, una vez superado el proceso postoperatorio, el paciente retornaba a sus niveles previos, funcional y cognitivamente, pero esto no siempre es así, pudiéndose encontrar alteraciones funcionales, físicas o cognitivas postoperatorias.

Una correcta valoración preoperatoria influirá en todo el procedimiento quirúrgico, ya que determina, además de las comorbilidades del paciente y los posibles efectos adversos que la cirugía pueda tener, la confiabilidad de la historia clínica del paciente por un posible deterioro cognitivo, necesidades en educación sanitaria y la toma de decisiones de los profesionales y del propio paciente.



COTOGA
 COLEGIO OFICIAL
 DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
 DE GALICIA

También es fundamental para diagnosticar y prever posibles déficits en el paciente a nivel postoperatorio, y anticipar complicaciones que pudieran surgir ⁽¹⁾. Existe evidencia científica que hace referencia a los beneficios que una correcta preparación física, cognitiva, nutricional y emocional del paciente, tiene en los resultados de la cirugía a la que se va a someter ⁽¹⁾. Se debe involucrar al paciente en todo el proceso, haciéndole partícipe de las decisiones clínicas, de tal manera que la adhesión al tratamiento sea mayor y más duradera.

Paciente frágil

La fragilidad constituye en la actualidad una de las áreas prioritarias en la investigación geriátrica a nivel internacional, y en España, concretamente, se han puesto en marcha diferentes estudios sobre fragilidad, que resaltan su importancia en la población mayor, y que llegan a arrojar tasas de prevalencia de entre el 7 y el 12%, pero que además alertan de que el 44'2% de la población estudiada tiene riesgo de convertirse en frágil en los próximos 2 años ⁽²⁾.

La fragilidad es reconocida como un factor de riesgo independiente, y ha sido descrita como un síndrome médico con múltiples causas que se caracteriza por la disminución de la fuerza, resistencia y de la capacidad fisiológica, aumentando la vulnerabilidad del individuo, quien desarrolla mayor probabilidad de padecer dependencia y/o la muerte.

La fragilidad no se considera un estado permanente, sino que es potencialmente reversible, ya que algunas comorbilidades que lo producen son modificables. La definición de fragilidad, según el modelo de los criterios de Fried, se ha limitado principalmente al dominio físico, pero se debe seguir avanzando para conseguir obtener una definición más completa y fidedigna de lo que realmente es la fragilidad, abarcando otros aspectos de la persona, en su visión más holística, como son la esfera cognitiva, psicológica, social, y su desempeño en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La evaluación geriátrica integral es hasta ahora la forma más adecuada de examinar la salud general de un paciente considerado como frágil, ya que es una herramienta de trabajo multidominio y generalmente multidisciplinar que es utilizada como una evaluación sistemática de las capacidades y limitaciones clínicas, psicosociales y funcionales del paciente, con la finalidad de desarrollar un plan general de intervención y seguimiento del mismo.

Como contra, puede decirse que esta valoración consume mucho tiempo y recursos, y que no es necesaria para todos los pacientes que van a someterse a una cirugía. Una reciente investigación demuestra que el deterioro cognitivo preoperatorio es un predictor de peores resultados quirúrgicos a los seis meses de la cirugía. Pero no se debe limitar el concepto de fragilidad cognitiva a la población geriátrica, ya que una parte importante de los pacientes que experimentaron complicaciones postoperatorias, e identificados como pacientes prefrágiles, tenían edades comprendidas entre los 40 y los 50 años ⁽³⁾.

Se debe tener en cuenta que el deterioro cognitivo, así como la fragilidad física o funcional, no es un concepto meramente asociado a la edad cronológica. Sería recomendable ampliar la definición de fragilidad cognitiva a adultos jóvenes si se demuestra mediante la valoración previa a la intervención quirúrgica su vulnerabilidad cognitiva, lo que podría limitar la recuperación de la cirugía ⁽³⁾. La evaluación de la capacidad de un paciente para la realización de las AVD básicas (AVDB) e instrumentales (AVDI) puede determinar su nivel de independencia funcional, contribuyendo a la evaluación del riesgo general y a la predicción de problemas de movilidad posteriormente a la intervención quirúrgica.

La combinación de la valoración de la fragilidad física con el deterioro cognitivo previamente a una intervención quirúrgica ha demostrado ser un predictor valioso y preciso de la supervivencia postoperatoria ⁽³⁾.

Deterioro cognitivo

Las cirugías pueden tener una serie de complicaciones, que se consideran más o menos rutinarias, sin embargo, no suelen tenerse en cuenta las posibles alteraciones cognitivas postoperatorias, como pueden ser el delirio del despertar anestésico, delirio postoperatorio o la disfunción cognitiva postoperatoria.

El *delirio del despertar anestésico* se presenta entre el 5 y el 21% de los pacientes intervenidos, sobre todo en hombres jóvenes, y se caracteriza por cambios en el estado mental, con alteración en la atención, percepción y pensamiento desorganizado. Este episodio se autolimita a minutos u horas y se relaciona sobre todo con la anestesia inhalatoria ⁽⁴⁾.

La *disfunción cognitiva postoperatoria* se refiere al deterioro de la memoria, concentración e integración social en el paciente, que se hace evidente por primera vez a los pocos días o semanas tras la cirugía. Estos síntomas deben persistir después de tres meses. Afecta entre el 25 y el 80% de los pacientes, dependiendo de la definición que se le da al suceso, al tipo de cirugía y al tiempo que transcurre hasta la evaluación postoperatoria ⁽⁴⁾. Los síntomas de la disfunción cognitiva tienden a ser más leves que los del delirio postquirúrgico, pero estos déficits pueden convertirse en permanentes. Es difícil de diagnosticar con precisión y requiere de pruebas formales para evaluar posibles cambios en la cognición, por sutiles que estos sean.

Los factores de riesgo son: edad avanzada, deterioro cognitivo previo, gravedad de enfermedades coexistentes, severidad de la cirugía, duración y tipo de anestesia, complicaciones, y nivel educativo ⁽⁴⁾. La detección precoz de la disfunción cognitiva preoperatoria puede ayudar en la prevención del delirio postquirúrgico y de la posterior dependencia funcional que esto puede acarrear. Además de mayor riesgo para el paciente afectado, supone mayor carga para el cuidador, mayor coste de atención sanitaria, estancia más prolongada en el hospital, personal adicional requerido para su cuidado, y mayor número de necesidades médicas y de supervisión tanto durante el ingreso hospitalario como al alta a su domicilio, o su institucionalización ⁽⁵⁾.

El *delirio postoperatorio (DPO)* es un síndrome confusional agudo que cursa con cambios en la atención y la cognición ⁽⁶⁾, aguda, transitoria y global, que cursa con deterioro cognitivo, nivel de conciencia fluctuante, alteración psicomotriz y del ciclo sueño-vigilia ⁽⁴⁾. Su presentación clínica varía y puede manifestarse desde agitación psicomotriz grave hasta la situación letárgica o hipoactiva del paciente. En caso de aparición, incrementa la morbilidad y mortalidad del paciente, deteriora su calidad de vida y prolonga los días de estancia hospitalaria, aumentando los gastos de atención sanitaria ⁽⁶⁾.

Puede afectar del 10 al 70% de la población mayor de 65 años ⁽⁴⁾. Un estudio demostró que, a partir de los 65 años, la probabilidad de padecer delirio aumentó en un 2% por cada año adicional ⁽⁵⁾. Se consideran factores predisponentes la edad, el deterioro cognitivo previo, la comorbilidad, el uso de fármacos psicotrópicos, drogas o alcohol, el uso de anestesia general, el dolor postoperatorio y la medicación analgésica ⁽⁴⁾. Otros factores de riesgo que se han demostrado son la disminución de la independencia funcional, el manejo del dolor tras la cirugía, el mayor número de comorbilidades del paciente, antecedentes de caídas recientes, dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, la patología cerebral preoperatoria, el tipo de cirugía, y un índice de masa corporal bajo ⁽⁵⁾.

Otro estudio estableció que, por cada 48 horas de padecer un delirio postquirúrgico, la mortalidad se eleva un 11%, y se demostró que en los pacientes que lo padecieron durante su internamiento, la mortalidad fue del 25,9%. El delirio puede no reconocerse como tal en el 67% de los casos. A pesar de que existen escalas de valoración ampliamente validadas, no es frecuente su realización durante la hospitalización del paciente ⁽⁶⁾.

Se estima que aproximadamente el 14% de las personas mayores de 70 años tiene demencia, a lo que se sumaría un 22% adicional que padecen disfunción cognitiva sin padecer demencia. En pacientes con demencia que sufren delirio postquirúrgico, la velocidad de deterioro cognitivo puede llegar a triplicarse ⁽⁶⁾. Al realizar una valoración cognitiva con el MMSE se ha observado que un episodio prolongado de delirio postquirúrgico se asocia con la disminución de la función cognitiva un año después de la cirugía, y, de hecho, en algunos pacientes nunca se vuelve a alcanzar el nivel previo a la intervención.

El delirio también se ha asociado con un mayor riesgo de deterioro en las Actividades de la Vida Diaria en comparación con el estado previo a la hospitalización del paciente, lo que da como resultado una peor calidad de vida tras el alta hospitalaria. Se debe tener en cuenta que cuando hacemos referencia a déficits cognitivos en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, no necesariamente serán personas que ya no desempeñan una actividad laboral productiva, y la reinserción en su ámbito profesional se puede ver dificultada por las consecuencias que la cirugía haya tenido en ellos. La estimulación cognitiva, en última instancia, favorece la reincorporación del paciente a sus actividades en el día a día, ya sean en el ámbito familiar, social o laboral, pudiendo de este modo restablecer su funcionamiento previo.

Programas ERAS

La sociedad *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)* se formó con la intención de promover un enfoque multimodal y sistemático para el manejo perioperatorio, y así disminuir la morbilidad derivada de las intervenciones quirúrgicas estandarizadas ⁽⁷⁾. Los cirujanos comenzaron a crear las infraestructuras de los



programas ERAS, y se dieron cuenta de la necesidad de involucrar en estos programas a otros profesionales sanitarios para alcanzar los objetivos que iban estableciendo, incluyendo entonces a anestesiología, enfermería, fisioterapia y nutrición ⁽⁷⁾.

Los programas ERAS suponen un esfuerzo internacional para desarrollar programas perioperatorios dirigidos a la optimización de los resultados quirúrgicos de los pacientes, y al aumento de la eficiencia de la prestación de atención médica. Estos programas se componen de paquetes de intervenciones basados en los principios de buenas prácticas, prestación de atención médica estandarizada, auditorías regulares de los programas y retroalimentación continua dentro de los equipos de trabajo, todo ello enfocado en el bienestar paciente.

En los últimos años, se han ido añadiendo otros profesionales a los programas ERAS, como pueden ser psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales... debido a la percepción de la necesidad que, conforme avanza el desarrollo de estos programas, se va percibiendo en los equipos.

Prehabilitación

La prehabilitación es una concepción multimodal cuyo objetivo principal es la optimización del paciente durante el periodo de tiempo desde el diagnóstico y decisión quirúrgica hasta la cirugía, con el fin de mejorar la capacidad funcional y biológica del paciente y de este modo disminuir los riesgos de la cirugía. Históricamente, cuenta con tres pilares fundamentales: condición física, nutrición e intervención cognitiva del paciente, enfocada esta última en la reducción del estrés y ansiedad preoperatoria.

Al igual que sucede con los programas ERAS, las acciones de los programas de prehabilitación desarrollan un efecto sinérgico, es decir, al sumarse las actuaciones de cada uno de los programas, se produce un beneficio mayor en el paciente que si únicamente se emplean las actuaciones de uno de los tres pilares. Estudios con programas de prehabilitación en pacientes ancianos frágiles han disminuido de forma significativa la estancia hospitalaria y permite a los pacientes volver de manera precoz a la situación funcional previa a la cirugía ⁽⁸⁾.

Mientras que los protocolos ERAS ejercen su papel en el perioperatorio inmediato, la prehabilitación anticipa este periodo iniciando la optimización del paciente desde el mismo momento de la indicación quirúrgica. La implementación de medidas preparatorias del paciente para la cirugía permite obtener mayores beneficios cuando se realizan en el marco de un programa de recuperación intensificada ⁽⁸⁾.

El equipo multidisciplinar de prehabilitación puede utilizar la valoración previa a la intervención para identificar los factores de riesgos susceptibles de ser modificados y poder actuar sobre ellos. En algunos casos, quizás los cirujanos deban retrasar la cirugía por un breve periodo de tiempo para abordar las comorbilidades existentes y darle al paciente una oportunidad mayor de obtener un resultado quirúrgico satisfactorio.

Los miembros del equipo de prehabilitación deberían realizar una evaluación preoperatoria integral de los pacientes, que incluya la evaluación sistemática de las comorbilidades, cognición, deterioro sensorial, estado funcional, desempeño de sus Actividades de la Vida Diaria, uso y/o abuso de sustancias, fragilidad, nutrición y revisión de la farmacología ⁽¹⁾.

Terapia ocupacional en el equipo de recuperación intensificada en cirugía

Justificación de la figura del terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinar

El deterioro físico que pueden padecer los pacientes frágiles en muchas ocasiones pueden precipitar dificultades en la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria. Existen estudios que afirman que el 50% de los pacientes hospitalizados mayores de 85 años adquieren al menos una nueva dificultad en las AVD al alta al domicilio, lo que pone en riesgo el mantenimiento de su autonomía y capacidad funcional, desembocando en una posible institucionalización ⁽⁹⁾.

Según un estudio, entre los pacientes que desarrollaron alguna discapacidad adquirida en el hospital, el 41% murió dentro del año posterior al ingreso, y el 29% mantuvo esta discapacidad adquirida más allá de un año ⁽⁹⁾. Las intervenciones terapéuticas como la movilización de pacientes hospitalizados y la estimulación cognitiva, pueden reducir los efectos estresantes relacionados con la hospitalización, y de este modo, disminuir las complicaciones iatrogénicas en el paciente frágil ⁽⁹⁾.

La necesidad del papel del terapeuta ocupacional en el equipo de prehabilitación y ERAS es evidente, por la



visión holística que del paciente tiene la profesión, ya que con los actuales modelos trimodales se dejan a un lado las esferas cognitivas y funcionales de los pacientes.

Objetivos de terapia ocupacional

- Implementar un programa educativo para el equipo multidisciplinar, con el propósito de disminuir la incidencia del DPO.
 - Valorar al paciente previamente a la cirugía, en sus facetas cognitiva y de desempeño de las Actividades de la Vida Diaria.
 - Plantear un programa de rehabilitación individualizado, dependiendo de las fortalezas y debilidades del paciente.
 - Identificar e implementar estrategias no farmacológicas para la prevención del DPO, previamente a la cirugía, y de manera perioperatoria, una vez que ha sido intervenido y se encuentra hospitalizado.
 - Reducir la duración y severidad del delirio, así como los días de hospitalización del paciente, mediante técnicas de estimulación cognitiva durante el ingreso.
 - Optimizar los resultados quirúrgicos mediante la disminución de los efectos adversos que ocasiona el DPO.
 - Fomentar la independencia funcional a través del adiestramiento de las AVD.
 - Realizar un correcto asesoramiento en productos de soporte, cuando sea necesario al alta.
- Asesorar al paciente y a sus familiares en las adaptaciones del entorno necesarias, que favorezcan su autonomía con seguridad.

MÉTODO

Criterios de inclusión y exclusión

Los pacientes que tengan dos o más ítems de la figura 1, deberían ser derivados a Terapia Ocupacional para una valoración más exhaustiva de la esfera cognitiva y de sus Actividades de la Vida Diaria.

Una vez que los pacientes no han sido excluidos del programa (figura 2) y han sido derivados a Terapia Ocupacional, se utilizará la escala MMSE para estimar el grado de deterioro cognitivo, si lo hubiera. En caso de que el paciente tenga una puntuación igual o superior a 20 puntos (considerado como deterioro cognitivo leve o sin deterioro) se utilizará la escala ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale), mucho más sensible que el MMSE para determinar el posible deterioro cognitivo que puede padecer una persona, y las áreas cognitivas afectadas.

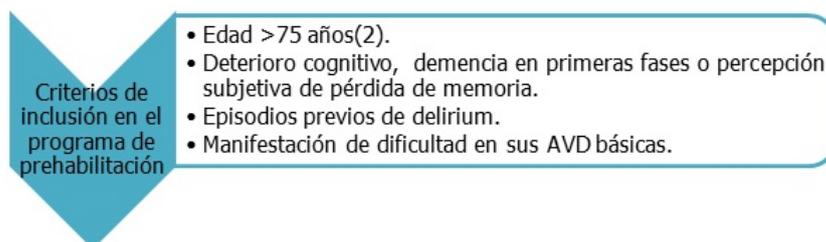


Figura 1. Criterios de inclusión en el programa de rehabilitación y ERAS de Terapia Ocupacional

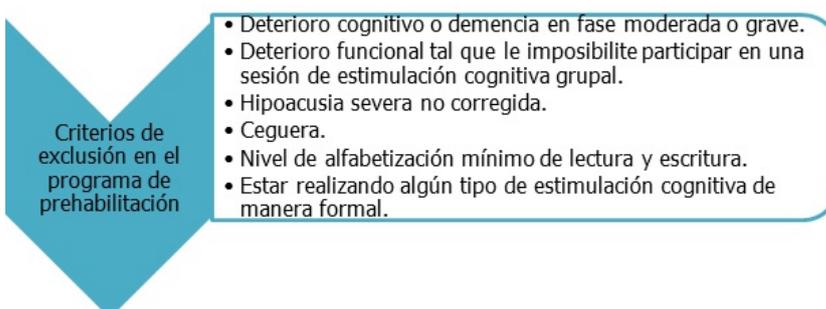


Figura 2. Criterios de exclusión en el programa de rehabilitación y ERAS de Terapia Ocupacional

Una vez realizada esta valoración, se le informa de los días y horario en que deberá acudir para realizar las sesiones presenciales de estimulación cognitiva previa a la cirugía.

Los grupos de rehabilitación cognitiva serán grupos homogéneos de seis u ocho personas, similar nivel de escolarización y de deterioro cognitivo, si lo hubiera. Tendrán una duración de entre 45 minutos y una hora, entre dos y tres veces por semana, hasta el momento de la cirugía.

Si los pacientes no pueden acudir a las sesiones presenciales de rehabilitación cognitiva, se le entregará un dossier de actividades de estimulación cognitiva para realizar en su domicilio, explicando cómo debe realizarlo. En caso de que los pacientes refieran dificultades en la realización de sus AVD, se realiza una valoración

funcional mediante las escalas Barthel (AVD básicas) y Lawton y Brody (AVD instrumentales). Dependiendo de las causas que originan estas limitaciones en su desempeño, se realiza un asesoramiento en adaptaciones del entorno, productos de soporte o correcta ejecución de sus AVD, o se plantean sesiones presenciales individuales de adiestramiento en las AVD afectadas.

RESULTADOS

Intervención de terapia ocupacional en recuperación intensificada en cirugía

En la fase preoperatoria se debe realizar la valoración inicial, ya indicada en el punto de criterios de inclusión y exclusión. Es conveniente realizar una valoración cognitiva y funcional antes de procedimientos quirúrgicos que precisan sedación. Tradicionalmente la valoración sobre la indicación y seguridad de los procesos de sedación se ha enfocado casi siempre en el riesgo cardiorrespiratorio, pero en población geriátrica es útil añadir el riesgo cognitivo, pues identificará de manera más precisa al anciano considerado frágil, y por ello, con mayor riesgo de padecer complicaciones asociadas con la cirugía.

La prevención del DPO debería iniciarse ya desde la primera consulta mediante la identificación de factores de riesgo y la realización de estimulación cognitiva previamente a la intervención. Además de la evaluación del estado cognitivo, la evaluación del estado funcional del paciente detecta problemas de movilidad y deficiencias sensoriales, que pueden determinar intervenciones específicas para minimizar estos síntomas, y prevenir una futura discapacidad postoperatoria ⁽¹⁾.

Para ello, se debe incluir no solo al paciente sino a su entorno social y familiar, para valorar las posibles necesidades de asistencia del paciente en su domicilio, una vez sea dado de alta, y prever la necesidad de productos de soporte o de adaptaciones en el hogar. El entrenamiento cognitivo es especialmente útil e importante en adultos mayores en el periodo preoperatorio, ya que tiene la capacidad de disminuir la ansiedad y depresión y mejorar el reservorio cognitivo del paciente, simultáneamente.

En la fase perioperatoria: cuando el paciente ha sido intervenido y se encuentra hospitalizado, la función del terapeuta ocupacional en planta de hospitalización es el asesoramiento al personal que atiende al paciente de las medidas preventivas del DPO, así como medidas atenuantes del mismo, en caso de que este DPO haya aparecido. Con el paciente estabilizado y en planta, se repetirá la valoración cognitiva y funcional realizada en el periodo preoperatorio, para cuantificar de manera objetiva la evolución del paciente.

En caso de que el paciente haya sufrido DPO o las puntuaciones de la valoración cognitiva de seguimiento sean significativamente inferiores a las de la valoración inicial, se realizan sesiones de estimulación cognitiva con el paciente, durante el tiempo que permanezca ingresado, bien sea en la habitación del mismo, de manera individual, o en una sala habilitada para ello, a nivel grupal. Las sesiones individuales se realizarán durante 20-30 minutos, cada día, preferiblemente siempre en el mismo horario. Las sesiones grupales tendrán una duración de unos 45 minutos.

En pacientes con déficits en el desempeño de sus AVD, las intervenciones perioperatorias vendrán encaminadas a minimizar dichos déficits de cara a una mayor autonomía al alta domiciliaria. Para ello, se puede instruir tanto al paciente como a la familia en el desempeño de las AVD, productos de soporte o adaptaciones en el hogar.

Para la prevención y tratamiento del DPO, a nivel médico, la intervención estandarizada más conocida es el programa *Hospital Elder Life Program* (HELP). Algunas de las pautas de este programa son: evitar restricciones físicas; retirada precoz de catéteres, oxigenoterapia y sueros; presencia de familiares y/o personas conocidas; personal sanitario entrenado en la prevención y tratamiento del DPO; entorno del paciente apropiado, con luz natural durante el día y manteniendo silencio y oscuridad durante la noche, sin ruido excesivo, con objetos personales del paciente que ayuden a reorientarle (como calendarios, fotografías, relojes, un cojín o almohada que reconozca); y el uso de dispositivos visuales y/o auditivos necesarios para el paciente, ya que en algunos casos, el DPO viene ocasionado por déficits sensoriales. Todas estas pautas comienzan con la reorientación y la participación de familiares y amigos lo antes posible. Este programa ha demostrado la disminución de costes sanitarios, con una inversión mínima, ya que ha conseguido prevenir el delirio en muchos pacientes, o minimizar los efectos del mismo, reduciendo la duración de la estancia hospitalaria ⁽¹⁰⁾. Desde Terapia Ocupacional se realizará educación sanitaria al personal de la planta y a los

familiares del paciente afectado, de cara a favorecer que se encuentre estimulado cognitivamente el mayor tiempo posible.

Toda persona que trate con el paciente debe asegurarse de que el paciente le comprende cuando habla con él. Si fuera necesario, se puede simplificar el vocabulario, con frases cortas y sencillas, vocalizando bien y mirándole al hablar.

Algunas pautas de estimulación cognitiva durante el ingreso pueden ser:

- Orientación temporoespacial: colocar un reloj y calendario grandes en la habitación, recordar dónde se encuentra y la fecha, así como quien es la persona con la que habla, con nombre y categoría profesional y cuál es el motivo de estar visitándole en la habitación ("soy Alba, tu terapeuta ocupacional, y vengo para...").
- Si es posible, colocar una pizarra junto a la cama, donde escribir los datos más relevantes (fecha, nombre del médico de referencia, enfermera, TCAE, actividades que debe realizar ese día concreto, horas de las comidas, pruebas o procedimientos programados para ese día...). La orientación temporoespacial debe realizarse tanto oralmente como por escrito.
- Es recomendable que las actividades que se programen (actividad física, estimulación cognitiva) tengan un horario más o menos definido, ya que esto ayudará a que el paciente pueda orientarse ("la fisioterapeuta viene por la mañana y la terapeuta ocupacional por la tarde").
- No deben existir déficits sensoriales no subsanados, por lo que el paciente tendrá a su disposición gafas, prótesis dentales y audífonos. Es importante apagar la televisión y radio cuando se realice la estimulación cognitiva en la habitación, para poder estar seguros de que su atención no se ve entorpecida por otros estímulos.
- Lectura de periódicos y/o revistas: Posteriormente se le puede preguntar al paciente sobre lo leído. Fomentar la discusión y escucha activa.
- Conversación con el paciente: intentar no realizar preguntas que se respondan con "sí/no", fomentando de este modo la conversación. Intentar mantener en todo momento el contacto visual con el paciente cuando se conversa con él.
- Conversar sobre la propia vida del paciente: que nos cuente datos sobre su familia, su trabajo, su vivienda...
- Jugar a cartas, dominó, "memory", trivial...
- Se pueden utilizar tablets, indicándole cómo instalar alguna aplicación de estimulación cognitiva para que realicen actividades.
- En los horarios de descanso, minimizar los ruidos y molestias que los pacientes puedan tener: máquinas con sonidos repetitivos, puertas golpeando, conversaciones en los pasillos, luces encendidas...
- Durante el horario de comidas, se debe tener en cuenta:
 - Si el paciente usa gafas, es recomendable que las use para comer, ya que ver la comida favorece que coma adecuadamente. Si la persona padece un déficit visual severo, se le debe explicar qué es la comida y dónde se encuentran los utensilios necesarios.
 - Si el paciente utiliza prótesis dental, debemos asegurarnos que la usa correctamente. Si no es posible su uso, se deberá adecuar la dieta a esta circunstancia, dándole alimentos más blandos.
 - Se debe procurar que el paciente permanezca sentado durante el tiempo de la comida, ya que la posición adecuada reduce el riesgo de atragantamiento.
 - Permitir que el paciente pueda comer por sí mismo, aunque le lleve algo más de tiempo, y si esto no es posible, se le debe involucrar en tareas de la alimentación (por ejemplo, se le puede cortar la carne, pero dejar que la coja y lleve a la boca el paciente).
 - Fomentar la ingesta de líquidos, ya que esto reducirá el riesgo de atragantamiento

En la fase postoperatoria, una vez planteada el alta del paciente, se realizará de nuevo la valoración cognitiva, para poder objetivar los cambios que pudiera haber respecto al nivel previo, entregar pautas al paciente y sus familiares de cara al retorno al domicilio y entregar, en caso necesario, actividades de estimulación cognitiva para continuar realizando.

DISCUSIÓN

Futuras líneas de investigación

Con una población cada vez más envejecida y frágil y con una mayor demanda de recuperación rápida de su



vida habitual, manteniendo unos estándares de calidad de vida similares a los prequirúrgicos, la implementación de estrategias de optimización preoperatoria de los pacientes parece el camino a seguir en la cirugía en el futuro ⁽⁸⁾.

Limitaciones del estudio

En la actualidad se ha pasado a una concepción más completa, denominada "Recuperación Intensificada en Cirugía" (RIC). Los equipos RIC abarcan la prehabilitación para la cirugía, la estancia hospitalaria derivada de la intervención quirúrgica y el seguimiento postoperatorio. Hasta la fecha, hay numerosos estudios que demuestran que tanto los programas de prehabilitación como los programas ERAS han mejorado sustancialmente los resultados quirúrgicos de los pacientes que han podido participar de ellos. No solo ha aumentado la supervivencia de estos pacientes, sino que han logrado disminuir la estancia hospitalaria y los costes económicos sanitarios derivados de determinadas cirugías. No obstante, esto no significa que en la actualidad se esté haciendo todo lo que se puede hacer. Se debe seguir avanzando en el desarrollo de estos programas y de los equipos que lo forman, teniendo en cuenta la visión holística del paciente y la necesidad de preparar al paciente para la cirugía en todas las áreas susceptibles de mejora de la persona, y que puedan mejorar los resultados de la misma.

Aplicabilidad

En algunos equipos de Recuperación Intensificada en Cirugía ya han percibido estas nuevas necesidades, y han comenzado a incorporar otros perfiles profesionales en sus equipos, intentando lograr la conceptualización holística del ser humano, pero todavía queda camino por recorrer, y debe ser la totalidad de los equipos RIC, de prehabilitación y ERAS, los que sean conscientes de la necesidad real de contar con terapeutas ocupacionales en sus equipos multidisciplinares..

CONCLUSIONES

Es necesario hacer referencia al término "empoderamiento del paciente". Este concepto implica un cambio de mentalidad tanto entre los sanitarios como entre la población que precisa de atención clínica, ya que hasta ahora se había visto al paciente como un sujeto pasivo, recayendo toda la responsabilidad de su situación de salud y recuperación a los profesionales que le atendían.

Con esta nueva conceptualización, se entrega al paciente la responsabilidad y el poder sobre su estado médico, otorgándole la capacidad de decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, mediante un pensamiento crítico, con absoluto control sobre su vida y su estado. El empoderamiento del paciente aumenta los niveles de adherencia al tratamiento, mejorando los resultados del mismo.

En este sentido, la Terapia Ocupacional viene trabajando con este aspecto desde sus inicios de la disciplina, ya que el fin último de la profesión es otorgar al paciente la autonomía necesaria para que pueda desempeñar su vida de manera independiente. Esto lo realiza el terapeuta ocupacional mediante actividades significativas y propositivas para el paciente. Además, es parte de la idiosincrasia del terapeuta ocupacional el hacer partícipe al paciente de su propio proceso terapéutico, involucrándolo activamente en el mismo.

AGRADECIMIENTOS

La autora participante en este escrito declara que no ha existido ningún conflicto de intereses ni ha recibido financiación de ningún tipo para su realización.

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

A.P.D. ha sido la autora íntegra de este escrito, en su diseño, recogida y análisis de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Knittel JG, Wildes TS. Preoperative assessment of geriatric patients. *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2016;34(1):171–83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1932227515001172>
2. Fountotos R, Munir H, Ahmad F, Goldfarb M, Afilalo J. Rationale and design of the TARGET-EFT trial: Multicomponent intervention for frail and pre-frail patients hospitalized with acute cardiac conditions. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2022 [citado el 18 de agosto de 2022];26(3):282–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35297472/>
3. Makhani SS, Kim FY, Liu Y, Ye Z, Li JL, Revenig LM, et al. Cognitive impairment and overall survival in frail surgical patients. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2017 [citado el 8 de septiembre de 2022];225(5):590-600.e1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28826805/>
4. Lira D, Mar-Meza M, Montesinos R, Herrera-Pérez E, Cuenca J, Castro-Suárez S, et al. Una complicación quirúrgica escasamente sospechada: la disfunción cognitiva postoperatoria. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2018;81(2):113. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n2/a08v81n2.pdf>
5. Korc-Grodzicki B, Root JC, Alici Y. Prevention of post-operative delirium in older patients with cancer undergoing surgery. *J Geriatr Oncol* [Internet]. 2015;6(1):60–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879406814003506>
6. Carrasco JO, Villerías J, Hyq /., Hohfwuyqlfr &ruuhr, Krwpdlofrp M#. Programa preventivo del delirio postoperatorio en ancianos [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc133b.pdf>
7. Baldini G, Ferreira V, Carli F. Preoperative preparations for enhanced recovery after surgery programs. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2018;98(6):1149–69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610918300987>
8. López Rodríguez-Arias F, Sánchez-Guillén L, Armañanzas Ruiz LI, Díaz Lara C, Lacueva Gómez FJ, Balagué Pons C, et al. Revisión narrativa de la prehabilitación en cirugía: situación actual y perspectivas futuras. *Cirugía Española* [Internet]. 2020 [citado el 15 de septiembre de 2022];98(4):178–86. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-revision-narrativa-prehabilitacion-cirugia-situacion-S0009739X19303409>
9. Inova.org. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.inova.org/sites/default/files/Services/senior_services/help_program/HELP_Patient_Handout_5.22.20.pdf
10. Babine RL, Farrington S, Wierman HR. HELP© previene las caídas a través de la prevención del delirio. *Nursing* [Internet]. 2014 [citado el 15 de septiembre de 2022];31(2):11–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-help-previene-caidas-traves-prevencion-S0212538214000429>

Derechos de autor

