



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINNTZA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

Gratu Amaierako Lana
Medikuntza Gradua

Disfagiaren eragina dementziaren pronostikoan

Egilea:
Sara Pérez Alzola

Zuzendaria:
Jose Javier Zubeldia Caminos

© 2022, Sara Pérez Alzola

Donostia, 2022ko apirilaren 26a

LABURPENA

Aurrekariak: Dementziak karga fisiko, psikologiko, sozial eta ekonomiko handiko gaixotasuna bihurtu da. Aurkezpen heterogeneoek eta faktore pronostikoen gabeziak dementziaren bizi-itxaropen zehatza ezartzea zailtzen dute eta gaur egun dementziaren diagnostikoaren aurrean medikuek aurkitzen duten oztopo garrantzitsuenetariko bat pronostikoa zehaztea da.

Helburuak: Dementia aurreratua duen populazioaren hilkortasuna eta pronostikoan eragina duten faktoreak ezagutzea, aspirazio-pneumonia garatu duten pazienteetan zentratuz.

Metodoak: Literatura zientifikoaren errebisio bibliografikoa eta ikerketa obserbazional eta erretrospektiboa. Azken honetan Donostia Unibertsitate Ospitalean 2016 urtean Barne Medikuntza zerbitzuan aspirazio-pneumonia diagnostikoa jaso duten paziente guztiak aztertu dira.

Emaitzak: Dementia aurreratuan ikusi den 6 hilabeterako heriotza-tasa % 13,4-24,7 ingurukoa da. Dementia aurreratua izateaz gain, ospitaleratze bat ematen bada, heriotza-tasa % 47-53ra igo daiteke. Donostiako kohortearen populazioak hilkortasuna altuagoa aurkezten du, % 69,9koa hain zuzen ere.

Literatura zientifikoan, pneumonia edo aurreko urtean pneumonia pasatu izana, elikadurarekin lotutako faktoreak, larritasun-eskaletan puntuazio altua, komorbilitatea, oxigenoarekiko mendekotasuna, alterazio elektrolitikoaren tratamendua, presio-ultzerak, epe luzeko gertu-kateter iraunkorra eta zunda nasogastriko iraunkorra izatea bezalako aldagaiek arriskua handitu duten faktore pronostikoak direla ikusi da. Donostiako kohortean, gizonezkoa izatea arrisku-faktorea dela ondorioztatu da (HR: 1,49; KT 1-2,19).

Ondorioak: Dementziaren bilakaeran elikadura-arazoaren eta horien ondorio ematen diren aspirazio-pneumonien hasierak hilkortasunean eragin handia du, pazienteek 6 hilabeterako hilkortasun eskasa aurkezten baitute. Horrez gain, berrikusitako literatura zientifikoan pneumonia edo aurreko urtean pneumonia pasatu izana arrisku faktore

bezala identifikatu dira, pneumoniek dementzian jokatzen duten paper garrantzitsua agerian utziz.

AURKIBIDEA

1. SARRERA	1
2. MARKO TEORIKOA	1
2.1. EPIDEMIOLOGIA	1
2.2. DEMENTZIA	2
2.3. PRONOSTIKOA.....	2
2.4. DISFAGIA.....	3
2.4.1. Disfagiaren diagnostikoa	5
2.5. ASPIRAZIO-PNEMONIA.....	6
2.6. MANEIUA.....	6
3. HELBURUAK	8
4. MATERIAL ETA METODOAK	8
4.1. BERRIKUSPEN BIBLIOGRAFIKOA	8
4.2. IKERKETA ERRETROSPEKTIBOA	9
4.2.1. Ikerketaren diseinua	9
4.2.2. Analisi estatistikoa	10
4.2.3. Alderdi etikoak	10
5. EMAITZAK	11
5.1. BERRIKUSPEN BIBLIOGRAFIKOA	11
5.1.1. Dementia aurreratua duten adineko pazienteen kohorte baten biziraupena, Alvarez-Fernández B. et al (Espainia, 2005) (25).....	12
5.1.2. Dementia aurreratuaren bilakaera klinikoa, Mitchell S. et al (AEB, 2009) (11)	13
5.1.3. Taiwaneko egonaldi luzeko arreta-zentroetan dementia aurreratua duten pazienteen 6 hilabeterako hilkortasunean eragina duten faktore pronostikoak, Hsieh P. et al (Taiwan, 2018) (4)	14
5.1.4. Dementziaren etapa terminalaren biziraupena gaixotasun akutu bat pairatu ondoren, Morrison R. et al (AEB, 2000) (26).....	15
5.1.5. Dementia aurreratua duten pertsona adinduen 6 hilabeterako hilkortasunean eragina duten faktore pronostikoak, Brown M. et al (2012) (27)	16
5.2. IKERKETA ERRETROSPEKTIBOA	19
5.2.1. Lagin osoaren deskribapena	19

5.2.2. Dementia duen laginaren deskribapena	22
5.2.3. Biziraupen azterketa	25
6. EZTABAIDA	29
6.1. DATU DESKRIPTIBOAK	29
6.2. HILKORTASUNA	30
6.3. FAKTORE PRONOSTIKOAK.....	31
6.4. MUGAK	33
7. ONDORIOAK.....	34
8. BIBLIOGRAFIA.....	36

1. SARRERA

Dementzien pronostikoa eta maneiua osasun publikoaren lehentasuna izan beharko litzateke, osasun- zein gizarte-arazoa baita. Adineko pertsonen artean desgaitasun eta mendekotasunaren kausa nagusietako bat da eta “zaintzailearen zama”ren arrazoi ohikoa (1).

Lehen-lehenik, dementzia funtzio kognitiboaren narriadura eta ondoriozko eguneroko jarduerak egiteko zailtasuna azaltzeko erabiltzen den kontzeptu zabala da. Sindrome honen azken etapa zenbait konplikazio medikoekin estuki lotuta dago (2).

Elikadura-arazoen agerpena dementzia aurreratuaren ezaugarri bereizgarria da eta euskarri nutrizionalen ezarpena medikuek hartu behar duten erabaki terapeutikorik ohikoena. Izan ere, disfagiaren ondorioz, aspirazio eta era berean, aspirazio-pneumoniak pairatzeko arriskua handitzen da (3). Azken hau heriotza kausa arruntena da eta hortaz, disfagiarekin batera, pronostikoan eragiten duen faktore garrantzitsuenetariko bat (4).

Pronostikoak erabaki terapeutikoak hartzeko orduan ondorio garrantzitsuak ditu baina dementziaren aurkezpen ezberdinek eta adostutako faktore iragarleen gabeziak pronostikoa estimatzeko zailtasunak sortzen dituzte. Hortaz, aukera terapeutikoak zehazteko bizi-itxaropenaren estimazioen bidez gidatu beharrean, erosotasunean eta bizi-kalitatean oinarritzea ezinbestekoa bihurtu da.

2. MARKO TEORIKOA

2.1. EPIDEMIOLOGIA

Mundu mailan 55 milioi pertsona inguruk dementzia pairatzen dute, XXI. mendeko epidemia isila bihurtu delarik. OMSek dioenez, gaur egun 65 urtetik gorako emakumeen % 8,1ak eta gizonezkoen % 5,4ak dementzia du. Aurreikuspenen arabera, 2030ean dementzia jasaten duten pertsonen kopurua 78 milioira iritsiko da, eta 2050ean gaixo kopurua 139 milioira iritsi daitekeela dirudi. Bizi-itxaropenaren hobekuntza eta biztanleriaren zahartzea kontuan hartuta, datu hauek gora egiten jarraituko dutela aurreratu daiteke (5).

2.2. DEMENTZIA

Dementia sintoma nagusi bezala funtzio kognitiboaren narriadura duen sindrome kroniko eta progresiboa da. Honi buruz hitz egiten dugunean, garrantzitsua da azpimarratzea, bereziki adintsuei eragiten badie ere, ez dela zahartzearen ondorio saihestezina. Sindrome kliniko honetan oroimena, arreta, orientazioa, ulermena, kalkulua, ikasteko ahalmena, hizkuntza, iritzia... bezalako gaitasunak kaltetuak izan daitezke, kontzientzian eraginik izan gabe. Funtzio kognitiboaren narriadura ez ezik, batzuetan kontrol emozionala, portaera eta motibazioa erasanda egon daitezke ere bai. Galera guzti hauek direla eta, gaixoak eguneroko jarduerak egiteko zailtasunak aurkitzen ditu (6).

Etiopatogeniari dagokionez, funtzio kognitiboak hondatzen dituen garuneko hainbat gaixotasun edo lesioek eragiten dute, dena den gaixotasun neurodegeneratibo kronikoak kausa eta mekanismo patologiko ohikoenak dira. Gaixotasun neurodegeneratibo guztien artean Alzheimer gaixotasuna ohikoena da, kasuen % 60-70a hartzen duelarik. Dementia degeneratiboez gain (Alzheimer, Lewy gorputzen dementia, Dementia frontotemporal, etab.), dementia baskularrak eta bestelako kausengatik sortutako demenziak daude (adibidez; toxiko-metabolikoak, infekziosoak). Hala ere, dementia formen arteko mugak ez daude argi eta sarritan forma misto bezala aurkezten dira. (1)

2.3. PRONOSTIKOA

Dementziaren diagnostikoaren aurrean medikuek aurkitzen duten oztupo garrantzitsuenetariko bat pronostikoa zehaztea da. Kohorte baten arabera, diagnostikotik heriotzara bitarteko batez besteko biziraupen-denbora 4,5 urtekoa da (7). Izan ere, hasierako etapetan heterogeneotasun handia dagoen arren, dementia guztiek fase terminal batean bat egiten dute. Dementia aurreratu bezala ezagutzen den azken fase honen ezaugarriak narriadura funtzionala, ahultasuna, kakexia eta konplikazio medikoak dira (8). Azken hauek dementziaren ondoriozko heriotzen artean kausa ohikoenak dira.

Aurkezpen heterogeneoek eta faktore iragarleen gabeziak bizi-itxaropen zehatza ezartzea zailtzen dute. Edonola ere, dementia duten gaixoen biziraupena estimatzeko zenbait eskala sortu dira.

Lehenik, Narriadura Globalaren Eskala (Global Deterioration Scale, GDS) sortu zen, guztien artean ezagunena. Dementziaren progresio klinikoa deskribatzeko eta etapa ezberdinak mugatzeko tresna baliagarri eta fidagarria da. Puntuazioak 1 eta 7 artekoak dira, eta puntuazio altuek larritasun-maila handia adierazten dute, demenzia aurreratua hain zuzen ere (9).

Bigarrenik, Demenzia Aurreratuaren Pronostiko Tresna (The Advanced Dementia Prognostic Tool, ADEPT) dugu, zahar-egoitza batean bizi diren demenzia aurreratua duten pertsonen 6 hilabeteko biziraupena iragartzeko tresna. Azken eskala hau berriagoa eta fidagarriagoa da baina ez da baliozkotu zahar-egoitzetatik kanpo. Pronostikoan eragina duten 12 aldagai erabili dira: egonaldiaren iraupena, adina, sexua, mendekotasun funtzionalaren maila, nutrizio-egoera, gorputz-masa indizea, pisu galera, disnea, presio-ultzerak, inkontinentzia eta bihotz-gutxiegitasun kongestiboa (10, 2).

2.4. DISFAGIA

Demenzia aurreratuan pneumonia, sukar-aldiak eta elikadura-arazoak sarritan ikusten diren konplikazioak dira, hain zuzen, 6 hilabeteko heriotza-tasa altuekin lotzen direnak. Elikatzeko edo/eta irensteko (disfagia) zailtasunak konplikazio kliniko ohikoenak dira eta bigarren ohikoenak, infekzio errepikariak dira. Bestetik, estutasuna eragiten duten sintomak (disnea, mina, aztoramendua, presio-ultzerak, aspirazioak) eta interbentzio oldarkorrak paziente hauen artean arruntak dira (11).

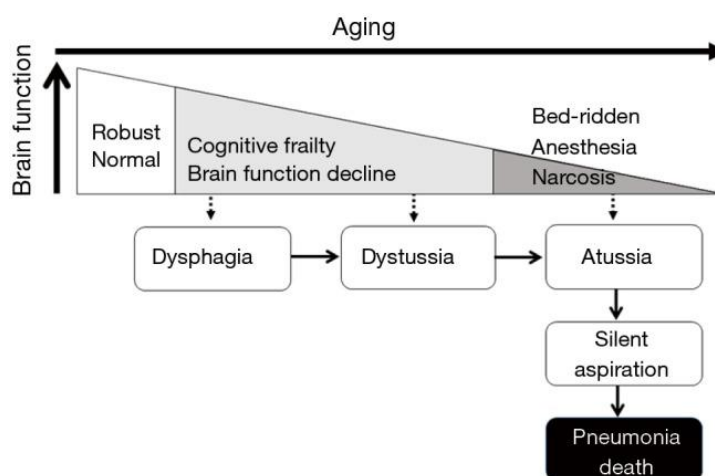
Elikadura-arazoen kausa nagusiak aho-disfagia, faringeko disfagia (aspirazio-pneumonien eragile nagusia) eta jateko ekintza bera burutzeko ezintasuna dira. Dena den, gaixo hauek aurkezten duten disfagia multifaktoriala da eta honetan eragiten duten faktoreak hurrengoak dira:

- Elikagaiak aldi luzeetan ahoan edukitzea, bolorik osatu gabe edo janaria murtzikatu gabe.
- Faringe eta laringeko sentsibilitate galera.
- Ahoko kontrol eskasa, boloa faringerantz joan beharrean, laringerantz goiz galduz.

- Kontzientzia gutxitzeak, sedazioak eta arreta faltak ere elikagaiak eta likidoak aspiratzeko arriskua handitzen dute. Dementziaren azken etapan, irenste erreflexu bera desagertu daiteke.
- Beste batzuk: adin aurreratua, mugikortasun fisiko murriztua, egoera txarrean dagoen hortzeria, elikatzeko mendekotasuna eta irenste-funtzioan eragina izan dezaketen farmakoen erabilera (3, 12).

Irensketan eta honen kontrol neuralean gertatzen diren aldaketak dementzia motaren eta ezarritako lesio kortikalen eta/edo subkortikalen araberakoak dira. Horrez gain, dementzia duten pazienteetan, disfagia orofaringeoaren prebalentzia adinarekin handitu egiten dela ikusi da, % 93ra irits daitekeelarik (13).

1. Irudia. Adinekoen narriadura funtzionalaren bilakaera naturala



Disfagiaren ondorioz aspirazio errepikariak gertatzen badira ere, pneumonia gutxitan garatzen da aspiratutako materiala ez-tul egitean arnasbideetatik erabat botatzen bada. Beraz, bai disfagia bai distusia, aspirazio pneumoniak garatzeko elementu garrantzitsuak dira. Ikerketa batek dioenez, dementzia aurreratua zuten pazienteen kasuan, 300 eguneko denbora-tartea egon zen elikadura-arazo bat hasi eta heriotza eragin zezakeen pneumonia bat pairatu bitartean. Pneumonia irensketa- eta ez-tul-funtzioen narriadura konbinatuaren ondorioa dela kontuan hartuta, ikerketak distusiak disfagia jarraitzen duela iradokitzen du (13).

2.4.1. Disfagiaren diagnostikoa

Berrikuspen sistematiko baten arabera, dementzia duten pazienteetan disfagia orofaringea diagnostikatzeko hiru metodo nagusi erabiltzen dira. Lehen lehenik, diagnostiko klinikoa, guztietatik garrantzitsuena dena. Kasu hauetan, historia kliniko xehatua egitea eta disfagiaren kausa patologikoak baztertzea beharrezkoa izango da. Bestalde, lagungarri izan daitezkeen bi proba osagarri aurkitzen dira; irenketaren azterketa bideofluoroskopikoa (VFS) eta zuntz optiko endoskopikoaren bidezko irenketaren azterketa (FEES) (14).

Orokorrean diagnostikoa klinikoa izango da eta disfagia sintoma edo zeinu klinikoen bidez sumatu daiteke, hala nola, jatean eta edatean elikagaiak edo likidoak galtzea, lardea ateratzea, ez tul egitea, janaria kontrako eztarrira joatea, janaria orofaringean edo hestegorrian itsastea, erregurgitazioa, errefluxu gastroesofagikoa eta odinofagia. Halere, aspirazio isilak egon daitezke, ez tul errefluxurik gabe aurkeztuz (3).

Ez hori bakarrik, hainbat galdetegi, eskala eta proba aurkitzen dira disfagia izateko arriskua duten pazienteak modu goiztiarrean detektatzeko. Arnasketa isilak antzemateko oheburuko balorazioak aurkitzen dira. Berriki egindako berrikuspen sistematiko batek oheburuko bi metodo kliniko gomendatu zituen: bolumen-biskositatea irensteko proba (V-VST) eta Toronto oheburuko irenste screening proba (TOR-BSST). Era berean, dementziaren testuinguruan, ebaluazio geriatriko integrala disfagiaren diagnostikoan lagungarria izan daiteke. Hala ere, badirudi ez dagoela dementzia duten pazienteentzako ebaluazio klinikorako metodo espezifikorik (13).

Proba instrumentalei buruz, dementzia duten pazienteen kasuan, haien osasun-egoera eta egoera funtzionala kontuan hartzea garrantzitsua da. Gehien erabiltzen diren tresnak VFS eta FEES dira (15, 16).

Berrikuspen sistematiko batek disfagiarako oheburuko probak eta VFS edo FEES probak konparatu zituen. Antza denez, ura irenstean erantzun bezala ez tula, itotzea edo ahotsaren alterazioa ikusten zirenean eta irenstean oxigenoaren %2tik gorako desaturazioa egiaztatzen zenean, oheburuko probak sentikortasun eta espezifikotasun onena erakusten zuen (17).

2.5. ASPIRAZIO-PNEMONIA

Dementia duten pazienteentzat disfagiaren ondorioak deshidratazioa, desnutrizioa, pisu-galera, aspirazio-pneumonia eta heriotza izan daitezke (3).

Aspirazio-pneumonia edo irensteagatiko pneumonia fluido gastriko edo orofaringeoen irenstearen eraginez ematen den biriketako ondorio kaltegarria da, beheko arnasbideetan bakterioak eta/edo pH baxua eta /edo substantzia exogenoak agertu daitezkeelarik (18).

Aspirazioen ondorioz hiru sindrome kliniko eman daitezke eta hauek desberdintzea ezinbestekoa da. Inokuluaren izaerak, biriketako azpiko baldintzak eta aurkezpenak sindrome klinikoak bereizten laguntzen dituzte.

- Pneumonitis kimikoa substantzien aspirazioen ondorioz beheko arnasbideetan ematen den erreakzio inflamatorioa da, infekzio bakterianoarekin zerikusirik ez duena.
- Aspirazio-pneumonia eduki orogastrikoen aspirazioaren bidez bakterio kopuru handia inokulatzean sortzen den biriketako infekzio aktiboa da.
- Buxadura mekanikoa: aspirazioek arnasbideak oztopatzen dituzte edo arnasbideen itxiera-erreflexua eragiten dute, birika-parenkimaren erreakzio inflamatoriorik gabe (19).

Arestian esan bezala, pneumonia gaixo hauen artean ematen den heriotza kausa nagusienetariko bat da, hortaz, pronostikoan eta erabaki terapeutikoetan kontuan hartu beharreko ezinbesteko patologia da.

2.6. MANEIUA

Nahiz eta kolinesterasa inhibitzaileek onura arin bat erakutsi duten, ez dago ebidentza nahikorik neurobabesleak direla edo gaixotasunaren bilakaera gelditzen dutela esateko. Beraz, ez dago dementia sendatu edo bilakaera gelditu dezakeen tratamendurik. Hala eta guztiz ere, dementia duten pertsonen eta haien zaintzaileen/familiarren bizitza kalitatea hobetzeko zenbait gomendio daude; Hauen artean, demenziaren diagnostiko eta tratamendu goiztiarra burutzea, komorbilitateak eta konplikazioak tratatzea, osasun fisikoa zein kognizioa lantzeko jarduerak egitea, portaeran eragina daukaten sintomak

eta sintoma psikologikoak tratatzea eta azkenik, familiarrei/zaintzaileei informazio egokia ematea eta laguntza eskaintzea (6, 3).

Irensteagatiko pneumonien maneiuari dagokionez, pneumoniarako tratamendu zehatza jartzeaz gain, aurrerago eman daitezken pneumoniak saihesteko neurririk eraginkorrena disfagia tratatzea izango da, paziente hauen disfagia itzulezina dela ahaztu gabe.

Irenste-arazoak hobetzeko hainbat neurri kontserbatzaile proba daitezke, hauen artean elikagaien testuraren aldaketa eta irensketa errazten duten jarrerak eta maniobrak. Praktika klinikoan erabiltzen den neurri nagusia boloaren aldaketa da, narriadura kognitibo eta parte-hartze ezaren ondorioz, neurri posturalak ez baitira oso erabilgarriak (13).

Hala eta guztiz ere, demenzia aurreratua duten paziente gehienek elikadura-arazoak izaten jarraituko dituzte. Egoera honen aurrean, bi aukera nagusi daude: eskuz emandako ahoko elikadura jarraia edo epe luzerako elikadura-zunda baten ezarpena (Gastrostomia Endoskopiko Perkutanea, GEP).

Alde batetik, aho-elikadura jarraia erosotasunean oinarritzen da. Estrategia honen onuren artean, janaria dastatzearen plazerra eta elikatze-orduetan gaixo eta familia edo zaintzaileen arteko elkarreragina dira. Dena den, familiak gogoan izan behar du zaintzaile baten beharra eta 45-90 minutuko denbora-tartea behar dela (20).

Bestaldetik, zunda bidezko elikadurak izan ditzakeen balizko onurak bizitza luzatzea, aspirazioak prebenitzea, desnutrizioa eta horren ondorioak hobetzea eta gose- edo egarri-sintomak arintzea dira. Esanak esan, ikerketek zundak biziraupena luzatzen ez duela ondorioztatu dute (21) eta ez dute frogatu nutrizio-egoera edo presio-ultzerak hobetzen dituenik. Hori gutxi balitz, demenzia larria duten pazienteen aspirazioak ahoko jariakinen eta eduki gastrikoen ondorioz direnez, zunda baten ezartzeak ez ditu aspirazio hauek ekidingo (22). Demenzia aurreratua duten pazienteek gosea edo egarria duten jakitea zaila bada ere, behaketa-azterlan batek ez zuen deserosotasunaren areagotze nabaririk aurkitu nutrizioa edo hidratazio artifiziala etetea erabaki ondoren (23).

Laburbilduz, gaur egungo ebidentziak ez du inolako osasun onurarik erakusten zunda bidezko elikaduraren alde, eta gainera interbentzioarekin lotutako arriskuak kontuan

hartu behar dira. Dementia aurreratua duten pertsonetan, zunda bidezko elikaduraren ordeza, eskuz emandako elikadura jarraia gomendatzen da (22, 24).

Maneiuarekin amaitzeko, garrantzitsua da kontuan hartzea, dementia aurreratua duten pazienteek narriadura kognitibo sakona izan ohi dutenez, osasun profesionalen laguntzarekin, erabakiak hartzea izendatutako ordezkarien ardura bihurtzen dela. Hala ere, osasun arreta aurretiaz planifikatzea hartu daitekeen neurri eraginkorrena da, beharrezkoak ez diren edo nahi ez diren tratamenduak saihesteko eta aldi berean, pazientearen autonomia errespetatzeko (11, 2).

3. HELBURUAK

1. Dementziaren bilkaera klinikoaren eta maneiuaren ezagutzan sakontzea, etorkizun batean profesionalei eta senideei gaixotasunari buruzko informazio egokia emateko eta pazienteek arreta pertsonalizatua jasotzeko.
2. Literatura zientifikoa berrikusiz, dementia aurreratua duten pertsonen artean mortalitatea edo biziraupena ezagutzea. Era berean, dementziaren pronostikoan eragin handia daukaten faktoreak identifikatzea.
3. Ikerketa erretrospektibo baten bidez, Donostia Unibertsitate Ospitalean 2016 urtean aspirazio pneumonia diagnostikoa jaso duen populazioaren azterketa deskriptiboa burutzea, dementia duen populazioan zentratuz.
4. Ikerketa barruan aurkitzen diren dementia duten pazienteen biziraupen azterketa egitea, lortutako emaitzak berrikuspen bibliografikoaren emaitzekin alderatzeko.

4. MATERIAL ETA METODOAK

4.1. BERRIKUSPEN BIBLIOGRAFIKOA

Lan honek bi atal ditu. Lehenengo atala helburu nagusi bati erantzuten dio, hots, dementia aurreratua duten pertsonen pronostikoan eragin handia daukaten faktoreak identifikatzea literatura zientifikoaren errebisio bibliografikoa eginez. Helburua hobeto zehazteko eta horrela bilaketa ondo definitzeko, PI(C)O formatua (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) erabili da. Kasu honetan, helburua dementia aurreratua duten pertsonen artean mortalitatea aztertzea da, interbentzioa

arrisku/pronostiko faktoreak izanik. Horretarako informazioa datu-base ezberdinetan bilatu da galderari hoberen egokitzen diren artikuluekin geldituz.

Bilaketa bibliografikoa UpToDate, Dynamed, TripDatabase, Embased eta PubMed datu-baseetan egin da, “dementia” ”prognosis” “prognostic factors” “risk factors” eta “mortality” hitz gakoak erabiliz. Aipatu beharra dago, berrikuspen bibliografiko honetan Cochrane Library datu-basea ez dela erabili, tratamenduan zentratzen den datu-basea baita. Bilaketa zuzentzeko, 2000 urtetik aurrera eta ingelesez edo gaztelaniaz publikatutako artikulak aukeratu dira. Gainera, demenzia mota bakarra aztertzen dituzten artikulak baztertu dira, proposatutako galdera demenzia mota guztiei egiten baitio erreferentzia.

4.2. IKERKETA ERRETROSPEKTIBOA

4.2.1. Ikerketaren diseinua

Lanaren bigarren atalean, Donostia Unibertsitate Ospitalean 2016 urtean Barne Medikuntza zerbitzuan aspirazio-pneumonia diagnostikoa jaso duten paziente guztiak aztertu dira. Populazio honen biziraupena eta demenziaren faktore pronostikoak identifikatzeko helburuarekin ikerketa obserbazional deskriptibo longitudinal eta erretrospektiboa burutu da.

Ikerketan sartzeko irizpide bakarra denbora-tarte horretan aspirazio-pneumonia bat pairatzea izan da eta ez da baztertze irizpiderik ezarri. Baldintzak horrela, 149 pertsonen lagina lortu da eta historika klinikoetatik lortutako informazioa datu-base batean jaso da.

Hurrengo aldagaiak aztertu dira:

- Pazienteen datu soziodemografikoak:
 - Adina
 - Sexua
 - Instituzionalizatuta egotea
- Komorbilitatea eta balorazio funtzionala neurtzeko eskalak:
 - Charlson indizea
 - Barthel eskala egoera basala, ospitaleratzean eta altan

- Dementia diagnostikoa:
 - Kasu honetan, dementia diagnostikoaren data, mota eta larritasuna.
- Bestelako berezitasun neurologiko baten presentzia.
- Barne Medikuntzako ospitaleratzeari buruz:
 - Pneumonia ospitaleratze data, iraupena eta alta.
 - Barne-medikuntzan ospitaleratze gehiago izan duen, kopurua eta hauetatik bronkoaspirazioengatik zenbat izan diren.
- Beste batzuk:
 - Aurreko urtean pneumonia pairatu izana.
 - Albumina serikoaren balioak 3,5 g/dL-tik behera egotea.
- Heriotza:
 - Data

4.2.2. Analisi estatistikoa

Datuen analisi deskriptiboa burutu da baita biziraupen ikerketa ere. Horretarako IBM SPSS Statistics programa erabili da eta esangura maila P balioan oinarrituz zehaztu da.

Aldagai kualitatiboen datuak zenbaketan (n) eta ehunekoetan aurkezten dira. Datu kuantitatiboei dagokionez, banaketa normaldun aldagaien aurkezpenerako media eta desbideraketa estandarra kalkulatu da eta banaketa ez normaleko aldagaietan, mediana eta tarte interkuartilikoa. Aipatutako banaketaren normaltasuna baloratzeko Kolmogorov-Smirnov testa erabili da.

Azkenik, biziraupen azterketa egiteko Kaplan Meier metodoa eta Cox-en arrisku proportzionaleko eredu erabili dira.

4.2.3. Alderdi etikoak

OSI Donostialdeko Ikerkuntza Klinikoko Batzorde Etikoak azterlan hau onartu du eta Helsinkiko adierazpenean onartutako printzipioak errespetatuz burutu da. Horretaz gain, pazienteen konfidentzialtasuna mantentzeko neurri egokiak hartu dira, ikerketa eta analisia anonimizaturiko datu-basetik egin da hain zuzen ere. Datuak babesteko

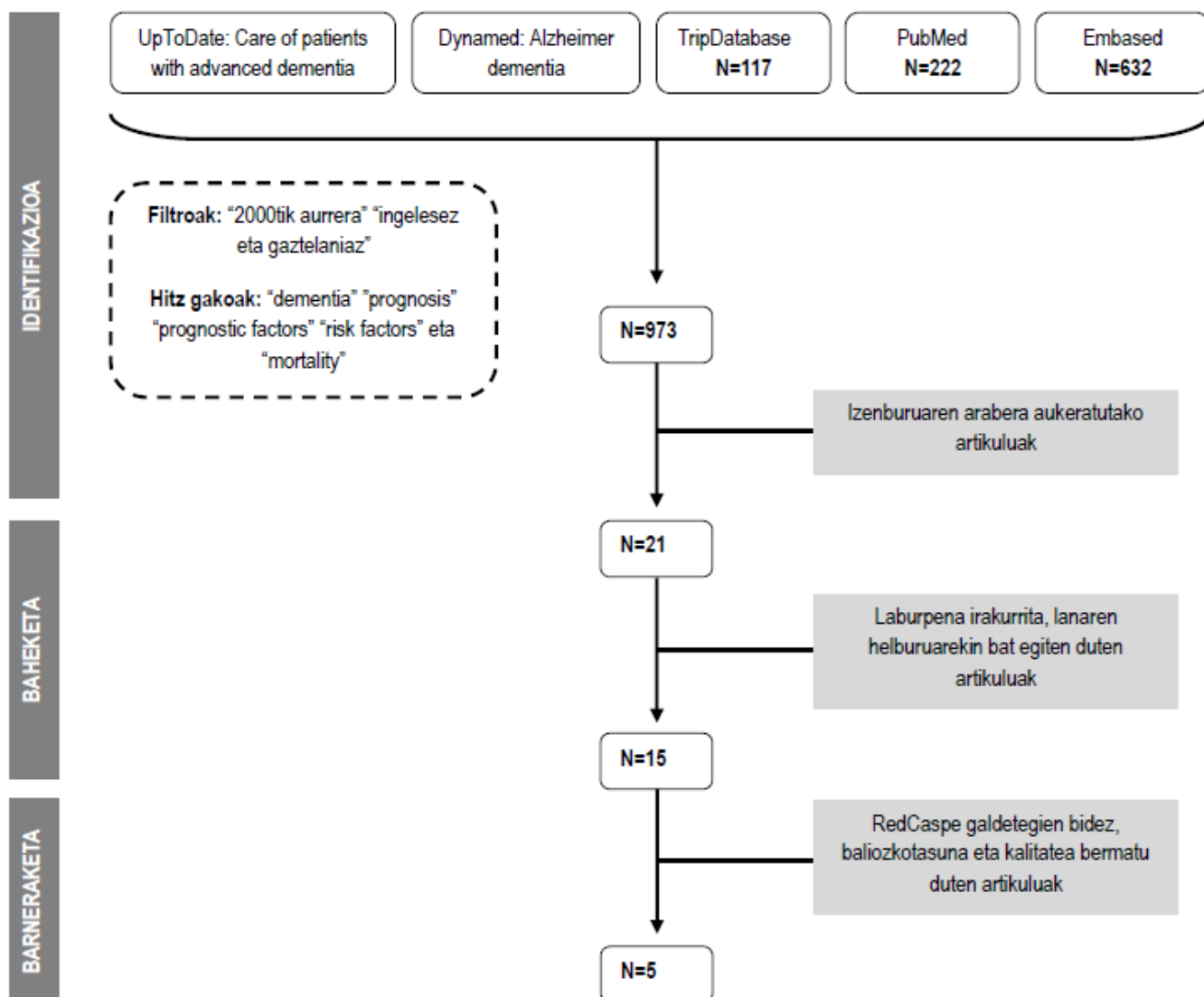
Lege Organikoa jarraituz, pazienteen informazio pertsonala modu anonimoan tratatu da eta pribatasun-eskubideak bermatu dira.

5. EMAITZAK

5.1. BERRIKUSPEN BIBLIOGRAFIKOA

Berrikuspen bibliografikoaren bilaketan 973 artikulua lortu dira eta horietatik, aztergaiarekin bat egiteagatik, 21 aukeratu dira. Ondoren, laburpena irakurrita eta helburua/PIO-a buruan edukita, 15 hautatu dira. Amaitzeko, aukeratutako artikulua RedCaspe galdetegiarekin ebalatuak izan dira, haien baliozkotasuna eta kalitatea bermatzeko. Horrela, 5 artikulua aztertzeke gelditu dira. (2. Irudia)

2. Irudia. Bilaketa bibliografikoaren fluxu-diagrama



5.1.1. Dementia aurreratua duten adineko pazienteen kohorte baten biziraupena, Alvarez-Fernández B. et al (Espainia, 2005) (25)

Kohorte azterketa prospektibo honen helburua dementia aurreratua duten pazienteen biziraupenean eragina duten faktore nagusiak aztertzea eta identifikatzea da.

Horretarako, DSM-IV gidaliburuaren arabera dementia duten eta FAST eskalan 7A estadioan edo altuagoan dauden 65 urte edo gehiagoko 67 paziente jarraitu dira. Aipatu beharra dago aukeratutako pazienteak ez daudela prozesu akutu batean eta ez dutela duela gutxiko ospitaleratzetik izan. Aurreko 12 hilabeteetan hurrengo datuak jaso dira: aldagai soziodemografikoak, FAST eskala, Katz indizea, hizkuntza, irensteko gaitasuna, dieta, nutrizio-egoera (datu antropometrikoak eta laborategikoak), komorbiditatea eta konplikazio medikoak. Biziraupena Kaplan-Meierren metodoaren bidez aztertu da eta faktore pronostikoak Cox erregresio ereduaren bidez identifikatu dira.

Jarraipenaren mediana 832 egunekoa izan da eta ikerketa honetan parte hartu duten pertsonen batez besteko adina 82,2 +/- 6,7 urtekoa da, % 92,5a emakumezkoa izanik. Laginetik % 52a instituzionalizatuta bizi da eta % 71,6an lotutako gaixotasun bat aurkitu da. Aurreko urtean 52 pazienteek (% 77,6) gertaera kliniko akutu bat izan dute (pneumonia, gernu-infekzioa, iktusa, presio-ultzerak, deshidratazioa, sepsia edo beste bat). Kohorte azterketan zehar 25 paziente (% 37,3) hil dira eta batez besteko biziraupena 676 egunekoa izan da. Honekin guztiarekin, %86,6ko 6 hilabeterako biziraupena kalkulatu da. Cox-en arrisku proportzionalen eredu erabiliz, aurreko urtean pneumonia izatea (RR: 3,7; p = 0,001), zunda nasogastriko iraunkor bat izatea (RR: 3,5; p = 0,003) eta albumina serikoaren balioak 3,5 g/dL-tik behera egotea (RR: 2,9; p = 0,028) hilkortasunerako faktore pronostiko independenteak direla ondorioztatu da.

Ondorio gisa, dementia aurreratua duten pazienteetan hipoalbuminemiak eta pneumoniak hilkortasunarekin lotura estua dute. Gainera, zunda nasogastrikoaren bidezko nutrizio artifizialak pazienteen biziraupena murrizten du.

5.1.2. Dementia aurreratuaren bilakaera klinikoa, Mitchell S. et al (AEB, 2009)

(11)

Estatu Batuetan egindako kohorte azterketa prospektibo honen helburu nagusia dementia aurreratuaren pronostikoa ezagutzea da baita espero diren konplikazio klinikoak identifikatzea ere.

Dementia aurreratua duten zahar-etxeetako 323 pertsona 18 hilabetez jarraitu dira. Pazienteen datuak bildu dira biziraupena, konplikazio klinikoak, sintomak eta tratamenduak ezagutzeko eta zaintzaileek duten pronostikoaren ulermena hobetzeko.

Ikerketaren inklusio-irizpideak 60 urte edo gehiago izatea, CPS eskalan (Cognitive Performance Scale) 5 edo 6 puntu lortzea eta egonaldiaren iraupena 30 egun baino gehiagokoa izatea izan dira. Hauek betez gero, beste irizpide gehigarri batzuk hartu dira kontuan, hala nola, GDS 7 estadioan sailkatzea eta ingelesez komunikatu daitekeen zaintzaile bat izatea.

Emaitzekin hasteko, laginaren datu soziodemografikoen analisi deskriptiboa egin da. Batez besteko adina 85,3 urtekoa da eta % 85,4a emakumezkoa da. Interesgarria izan daiteke aipatzea dementia moten artean, Alzheimerren gaixotasuna ohikoena izan dela.

Ikerketa honetan 18 hilabeteko epean % 54,8a hil da, biziraupenaren mediana 478 egunekoa izan da eta % 24,7ko 6 hilabeteetarako hilkortasuna kalkulatu da. Jarraipenean, pazienteen konplikazio medikoak aztertu dira eta pneumonia izateko probabilitatea % 41,1ekoa dela ikusi da; sukarra izateko probabilitatea % 52,6koa; eta elikadura-arazoak % 85,8an ikusi dira. Adinaren, sexuaren eta gaixotasunaren biziraupenaren araberrako doikuntzaren ondoren, pneumonia duten gaixoen 6 hilabeterako heriotza-tasa % 46,7 izan da; sukar-gertaera izan dutenen artean % 44,5koa; eta elikadura-arazoak dituztenen artean, berriz, % 38,6koa. Tasa hauek konplikazio horiek garatu ez dituzten pazienteen heriotza-tasak baino askoz altuagoak izan dira. Estutasuna eragiten duten sintomak, hala nola disnea (% 46an), aspirazioa (% 40,6an) eta mina (% 39,1ean) ohikoak izan dira. Bizitzako azken 3 hilabeteetan, pazienteen % 40,7ak gutxienez gertaera larri bat izan du (ospitaleratzea, larrialdietara joatea, terapia parenterala edo zunda bidezko elikadura ezartzea).

Azkenik, demenzia aurreratuari lotzen zaion pronostiko txarraren eta konplikazio klinikoek berri duten zaintzaileek gainerakoek baino interbentzio oldarkor gutxiago eskatu dituzte pazientearen bizitzaren amaieran (Odds ratio doitua, 0,12; KT: % 95, 0,04-0,37).

Laburbilduz, demenzia aurreratua duten pazienteetan pneumonia, sukarra eta elikadura-arazoak ohiko konplikazioak dira eta konplikazio horiek 6 hilabeterako heriotza-tasa altuekin lotzen dira.

5.1.3. Taiwaneko egonaldi luzeko arreta-zentroetan demenzia aurreratua duten pazienteen 6 hilabeterako hilkortasunean eragina duten faktore pronostikoak, Hsieh P. et al (Taiwan, 2018) (4)

Kohorte prospektibo honen helburua demenzia aurreratua duten pazienteen 6 hilabeterako heriotza-tasan eragina duten faktore pronostiko nagusiak ikertzea da, demenziaren bilakaera hobeto ulertzeko.

Hori erakusteko, azterketa Taiwaneko egonaldi luzeko 32 arreta-zentroetan egin da eta demenzia aurreratua duten 320 paziente jarraitu dira. Lagina aukeratzeko hurrengo inklusio-irizpideak jarraitu dira: mediku batek egindako demenzia-diagnostikoa izatea, FAST eskalan 7C edo gehiagoko puntuazioa lortzea eta 30 egun baino gehiagoz instituzionalizatuta egotea. Jarraipen-ebaluazioetan datu demografikoak eta osasun eta heriotzarekin lotutako ezaugarriak jaso dira. Kaplan-Meierren biziraupen estimazioa eta Cox-en arrisku proportzionalen eredu biziraupen-tasa kalkulatzeko eta faktore pronostikoak detektatzeko erabili dira.

Datu guzti hauek jaso eta aztertu ondoren, batez besteko adina 82,7 urtekoa izan dela ikusi da eta % 61,6a emakumezkoa dela. Horrez gain, % 76,6a zahar-egoitza batean bizi da. Heriotzaren kausa nagusia pneumoniarekin lotutako organu anitzen hutsegitea izan da.

Biziraupen azterketari dagokionez, biziraupen denboraren batez bestekoa 92,9 egunekoa izan da eta 6 hilabeterako biziraupen-tasa % 78,1ekoa. Sei hilabeterako faktore pronostikoak hauek izan dira: pneumonia (adjusted hazard ratio, AHR: 5,56; $p < 0,001$), > 25 ingestaren murrizketa (AHR: 5,05; $p < 0,001$), oxigenoarekiko mendekotasuna (AHR: 2,58; $p = 0,001$), alterazio elektrolitikoaren tratamendua (AHR:

2,14; $p = 0,025$), presio-ultzerak (AHR: 2,04; $p = 0,018$) eta epe luzeko gernu-kateter iraunkorrak (AHR: 1,80; $p = 0,021$).

Ondorio moduan beraz, azterketak sei faktore pronostiko identifikatu ditu, pneumonia, $>25\%$ ingestaren murrizketa, oxigenoarekiko mendekotasuna, alterazio elektrolitikoaren tratamendua, presio-ultzerak eta epe luzeko gernu-kateter iraunkorrak. Faktore hauek paziente terminalak identifikatzeko baliagarriak izan daitezke.

5.1.4. Dementziaren etapa terminalaren biziraupena gaixotasun akutu bat pairatu ondoren, Morrison R. et al (AEB, 2000) (26)

Ikerketa prospektibo honen helburua, aldakako hausturagatik edo pneumoniagatik ospitaleratze bat izan ondoren, dementziaren etapa terminalean dauden pazienteen biziraupena aztertzea da. Horretarako, datuak kognitiboki ondo dagoen talde batekin alderatu dira.

New Yorkeko ospitale handi batean aldakaren haustura edo pneumonia diagnostikoak dituzten 70 urtetik gorako pazienteak 6 hilabetez jarraitu dira. Kontrol taldean, hau da, kognitiboki ondo dagoen taldean sartzeko, MMSE proban 18-24 puntu lortu behar dituzte. Dementia duten taldean sartzeko, MMSE proban 18 puntu baino gutxiago izateaz gain, GDS eskalan 6-7 estadioetan sailkatuta egon behar dira.

Emaitzei dagokiolarik, analisi deskriptiboan, dementia eta pneumonia taldeko adinaren mediana 86 urtekoa da, % 61a emakumezkoa da eta % 63a instituzionalizatuta bizi da. Dementziarik gabeko taldean adinaren mediana 4 urte baxuagoa izan da eta instituzionalizatuen proportzioa txikiagoa dela ikusi da.

Pneumonia diagnostikoa duten eta dementziaren etapa terminalean aurkitzen diren pazienteen 6 hilabeterako heriotza-tasa % 53koa izan da, kognitiboki ondo dauden pazienteena, berriz, % 13koa (AHR: 4,6; % 95eko konfiantza tartea, KT: 1,8-11,8). Aldaka haustura diagnostikoa duten eta dementziaren etapa terminalean aurkitzen diren pazienteen 6 hilabeterako heriotza-tasa % 55koa izan da, eta kognitiboki ondo dauden pazienteena, berriz, % 12koa (AHR: 5,8; % 95eko KT: 1,7-20,4). Hitz gutxitan, dementia aurreratua izateaz gain, pneumonia bat pairatzen duten pazienteek oso pronostiko txarra dute.

Kontrol taldeak dementziaren etapa terminaleko taldeak beste interbentzio oldarkor jaso ditu, eta ez ditu zainketa aringarri gehiagorik jaso. Gainera, medikuek familiarekin ospitale-arretaren helburuei buruzko elkarrizketa gutxi izan dituzte eta bizi-euskarrien tratamenduari uko egiteko erabaki gutxi hartu dira. Datu hauek medikuek edo familiek ez dutela dementzia aurreratua diagnostiko terminal gisa ikusten iradokitzen dute. Dementzia duten pazienteen bizi-itxaropen eskasa eta haien tratamenduarekin lotutako kargak kontuan hartuta, pazienteen erosotasuna hobetzeko ahaleginetan arreta gehiago jarri beharko da.

5.1.5. Dementzia aurreratua duten pertsona adinduen 6 hilabeterako hilkortasunean eragina duten faktore pronostikoak, Brown M. et al (2012) (27)

Berrikuspen sistematiko honen helburua literatura zientifikoan jaso diren dementzia aurreratua duten pazienteen faktore pronostikoak identifikatzea da.

PubMed, Embase eta PsycINFO datu-baseetan bilaketak egin dira. Halaber, sartutako artikuluen erreferentzia-zerrendetan bilaketak burutu dira. Berrikuspen bibliografiko honetan 6 hilabeterako hilkortasunean eragina duten faktoreak jasotzen dituzten artikulua bildu dira, dementzia diagnostikoa duten pazienteetan, edozein egoitza edo arreta-zentroan. Zazpi ikerketek inklusio irizpideak bete dituzte, horietatik bost Estatu Batuetan egin dira eta bi Israelen.

Datu soziodemografikoei dagokiolarik, artikulua guztietan parte hartu dutenen batez besteko adina 83 urtekoa da eta guztietan, batean izan ezik, parte-hartzaile gehienak emakumezkoak izan dira. Beste alde batetik, ikerketa guztietan nutrizioarekin, elikadurarekin eta/edo elikadura-ohiturekin lotutako faktore bat (apetitu murriztua, elikagairik ez hartzea, desnutrizioa eta pisu-galera), gutxienez, pronostiko adierazle garrantzitsu gisa identifikatu da. Anorexia lotura estua erakutsi du 6 hilabeterako hilkortasunarekin eta aho lehorra heriotza iragarle bezala jaso da ere bai. Beste gaixotasun bat edo gehiago izatea, hau da, komorbilitatea, minbizia eta bihotz-gutxiegitasuna batez ere, faktore pronostiko esanguratsu gisa identifikatu da. Osasun egoera ezegonkorrak eta mugikortasun murriztuak pronostikoan ere eragina dutela ikusi da. Ikerketa guztiek, batek izan ezik, ebaluazio funtzionalaren 7C estadioa 6 hilabeterako hilkortasunaren iragarle fidagarria ez dela ondorioztatu dute.

Beraz, identifikatutako faktore pronostiko ohikoenak nutrizioarekin/elikadurarekin edo elikadura-ohiturekin lotutakoak dira eta hauen ondoren, dementziaren larritasun-eskaletan puntuazio altua lortzea eta komorbilitatea. Argi dago, faktore pronostiko fidagarriak, sentikorak eta espezifikoak identifikatzeko ikerketa gehiago egitea funtsezkoa dela.

1. Taula. Berrikuspen bibliografikoan sartutako artikuluen laburpena.

ARTIKULUA	IKERKETA DISEINUA	POPULAZIOA	JARRAIPENA	DATU SOZIODEM.	BIZIRAUPENA / MORTALITATEA	FAKTORE PRONOSTIKOAK	BESTE BATZUK
Alvarez-Fernández B. et al (Espainia, 2005) (25)	KAP	DA duten adineko pertsonak II: DSM-IV gidaliburuaren arabera demenzia diagnostikoa, FAST eskalan $\geq 7A$, ≥ 65 urte N=67	832 egun	A: 82,2 +/- 6,7 S: % 92,5a emakumezkoa I: %52 K: %71,6	BBB: 676 egun 6 hilabeterako biziraupena: %86,6	Aurreko urtean pneumonia izatea (RR: 3,7), ZNG izatea (RR: 3,5) eta albumina serikoaren balioak $<3,5$ g/dL (RR: 2,9)	
Mitchell S. et al (AEB, 2009) (11)	KAP	Egoitzetako DA duten pertsonak II: ≥ 60 urte, CPS eskalan 5- 6 puntu, egonaldiaren iraupena ≥ 30 egunekoa, GDS 7 eta zaintzailea ingelesez komunikatzea N=323	18 hilabete	A: 85,3 S: % 85,4a emakumezkoa Alzheimer ohikoena.	BM: 478 egun 6 hilabeterako hilkortasuna: %24,7		Pneumonia izateko probabilitatea % 41,1; Sukarra %52,6; Elikadura-arazoak %85,8
Hsieh P. et al (Taiwan, 2018) (4)	KAP	Egonaldi luzeko arreta-zentroetan DA duten pertsonak II: demenzia diagnostikoa, FAST eskalan $\geq 7C$, ≥ 30 eguneko estantzia N= 320	6 hilabete	A: 82,7 S: % 61,6a emakumezkoa I: % 76,6	BBB: 92,9 egun 6 hilabeterako biziraupena: %78,1	Pneumonia (HR: 5,56), >25 ingestaren murrizketa (HR: 5,05), O2rekiko mendekotasuna (HR: 2,58), alt. elektrolitikoetarako tto (HR: 2,14), presio-ultzerak (HR: 2,04) eta ELGKI (HR: 1,80)	Heriotza-kausua nagusia: pneumoniarekin lotutako akats multiorganikoa
Morrison R. et al (AEB, 2000) (26)	KAP	II: ≥ 70 urte, aldakaren haustura edo pneumonia diagnostikoa Kognitiboki ondo dagoen taldea: MMSE 18-24. DA duen taldea: MMSE <18 . GDS 6-7 N=216	6 hilabete	*A: 86 S: % 61a emakumezkoa I: % 63	*6 hilabeterako hilkortasuna: %53		
Brown M. et al (2012) (27)	BS	II: Jatorri organikoa duen DA pairatzea 7 artikulua (N=47-6799)	≥ 6 hilabete	A: 83 S: Gehienak emakumezkoak		Nutrizioarekin /elikadura-ohiturekin lotutako faktoreak, larritasun-eskaletan puntuazio altua eta komorbilitatea	

KAP, kohorte azterketa prospektiboa; BS, berrikuspen sistematikoa; DA, demenzia aurreratua; II, inklusio-irizpideak; FAST, functional assessment staging tool; CPS, cognitive performance scale; GDS, global deterioration scale; MMSE, mini-mental state examination; A, adina; S, sexua; I, instituzionalizatua; K, Komorbilitatea; BBB, batz besteko biziraupena; BM, biziraupen mediana; ZNG, zunda nasogastrikoa; ELGKI, epe luzeko gernu-kateter iraunkorra

*Pneumonia eta demenzia izan duten pazienteen datuak

5.2. IKERKETA ERRETROSPEKTIBOA

Lehen-lehenik, aldagai kuantitatiboen banaketaren normaltasuna baloratzeko, Kolmogorov-Smirnov testa erabili da. Honen arabera, aztertu diren aldagai kuantitatibo guztiek banaketa ez normala aurkeztu dute. (**2.Taula**)

2. Taula. Aldagai kuantitatiboen Kolmogorov-Smirnov normaltasun proba. Test honen hipotesi nulua (H_0) banaketa enpirikoa teorikoaren antzekoa dela ezarriko du, hau da, balioek banaketa normala jarraitzen dutela. P balioa 0,05 baino txikiagoa bada, hipotesi nulua baztertu egingo da, hortaz, balioen banaketa ez da normala izango. P balioa 0,05 baino handiagoa bada, berriz, aldagaiaren banaketa normala izango da.

	KOLMOGOROV-SMIRNOV		
	Estatistiko	Lagina	Esangura
Lagin osoaren adina	0,173	149	<0,001
Dementzia duen laginaren adina	0,094	113	0,016
Charlson indizea	0,178	113	<0,001
Barthel eskala basala	0,233	104	<0,001
Barthel eskala ospitaleratzean	0,287	102	<0,001
Barthel eskala altan	0,298	77	<0,001
Ospitaleratzearen iraupena	0,176	113	<0,001
Ospitaleratzetik heriotzara arteko egunak	0,331	113	<0,001
Dx-tik heriotzara arteko egunak	0,155	81	<0,001

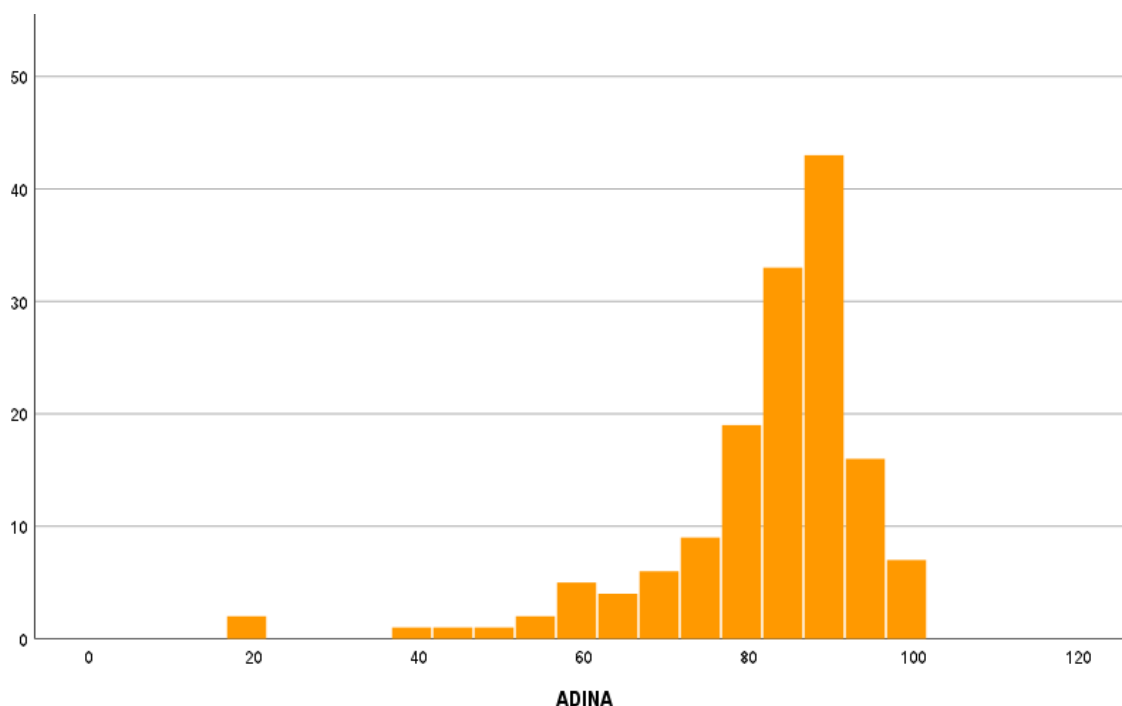
5.2.1. Lagin osoaren deskribapena

2016an Donostiako Unibertsitate Ospitalean Barne Medikuntza zerbitzuan 149 pazienteek aspirazio-pneumonia diagnostikoa jaso dute. Laginetik % 52,3a emakumezkoa da eta % 47,7a gizonezkoa. Ospitaleratze unean pazienteen adinaren mediana 85 urtekoa izan da (Tarte interkuartilikoa, TIK 78-90). Azkenik, garrantzitsua da aipatzea, % 36,9a instituzionalizatuta aurkitzen dela. Ikerketan parte hartutako pazienteen datu soziodemografikoak **3.Taulan** aurkezten dira.

3. Taula. Lagin osoaren datu soziodemografikoak. Aldagai kualitatiboen datuak zenbaketan (n) eta ehunekoetan aurkezten dira. Aldagai kuantitatiboei dagokionez, banaketa normala duten datuak batez bestekoarekin eta desbideraketa estandarrekin deskribatzen dira eta banaketa ez normaleko aldagaiak, aldiz, medianarekin eta tarte interkuartilkoarekin.

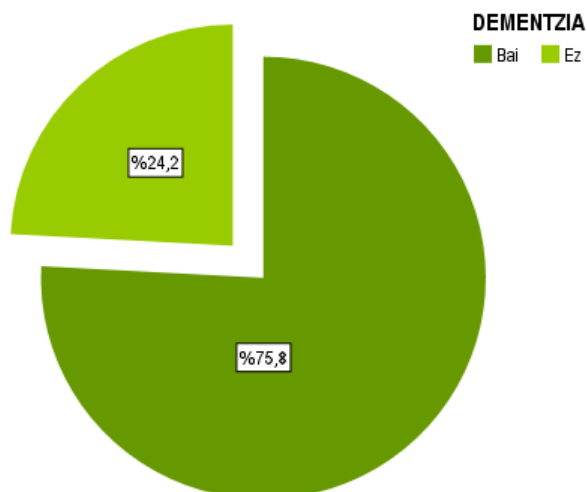
n=149	
Adina (urteak)	85 (TIK 79 – 90)
Sexua	
Emakumezkoa	78 (%52,3)
Gizonezkoa	71 (%47,7)
Instituzionalizatuta	
Bai	55 (%36,9)
Ez	94 (%63,1)

3. Irudia. Lagin osoaren adin histograma.



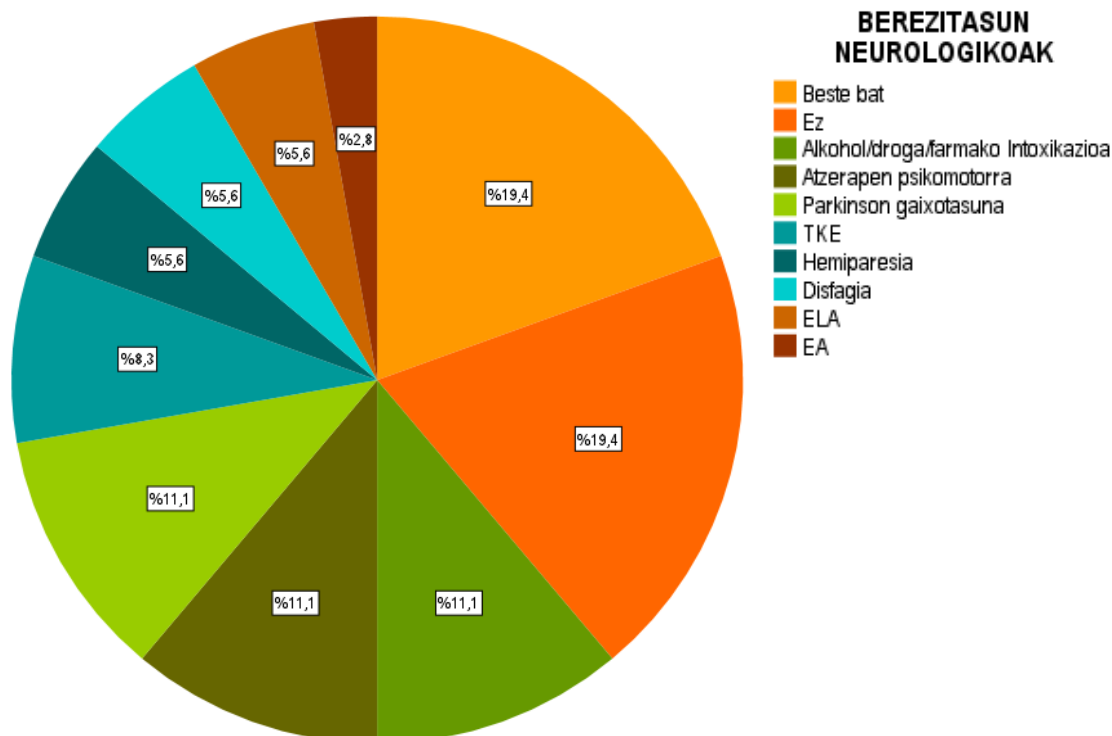
Lan honen populazio diana dementzia duten pazienteak izanik, lagin osotik demenziaren testuinguruan aspirazio-pneumonia pairatu duten pertsonen zenbaketa egin da eta aurrerago populazio hau arretaz aztertuko da. Ikertutako pazienteen gehiengoa demenziarekin bizi da, 113 paziente hain zuzen ere (% 75,8a). Gainerako % 24,2ak pneumonia beste kausa edo prezipitatzailer batengatik jasan du. (**4. Irudia**).

4. Irudia. Ospitaleratzean dementzia duten pazienteen ehunekoa.



Datu-bilketan, dementzia izateaz gain, pazienteek pairatzen dituzten bestelako berezitasun neurologikoak jaso dira, aspirazio-pneumoniaren bilakaeran jokatu ahal duten papera aurkitzeko asmoz. Dementziarik pairatzen ez duten pertsonen artean (n=36), Parkinson gaixotasuna (% 11,1), atzerapen psikomotorra (% 11,1) eta alkohol/droga/farmako intoxikazio (% 11,1) diagnostikoak ohikoenak izan dira. Hala ere, gehiengoak ez du bestelako berezitasunik izan (% 19,4) edo deskribatuta ez dagoen beste diagnostiko bat izan du (% 19,4). Honetaz gain, ehuneko txikiago batean, traumatismo kraneoentzefalikoa, hemiparesia, disfagia, Esklerosi Lateral Amiotrofikoa (ELA) eta Esklerosi Anizkoitza (EA) bezalako diagnostikoak ikusi dira. Dementziarik gabeko taldearen berezitasun neurologikoak **5.Irudian** aurkezten dira.

5. Irudia. Ospitaleratzean dementzia ez duten pazienteen artean, historia klinikoan jaso diren bestelako berezitasun neurologikoak.



5.2.2. Dementia duen laginaren deskribapena

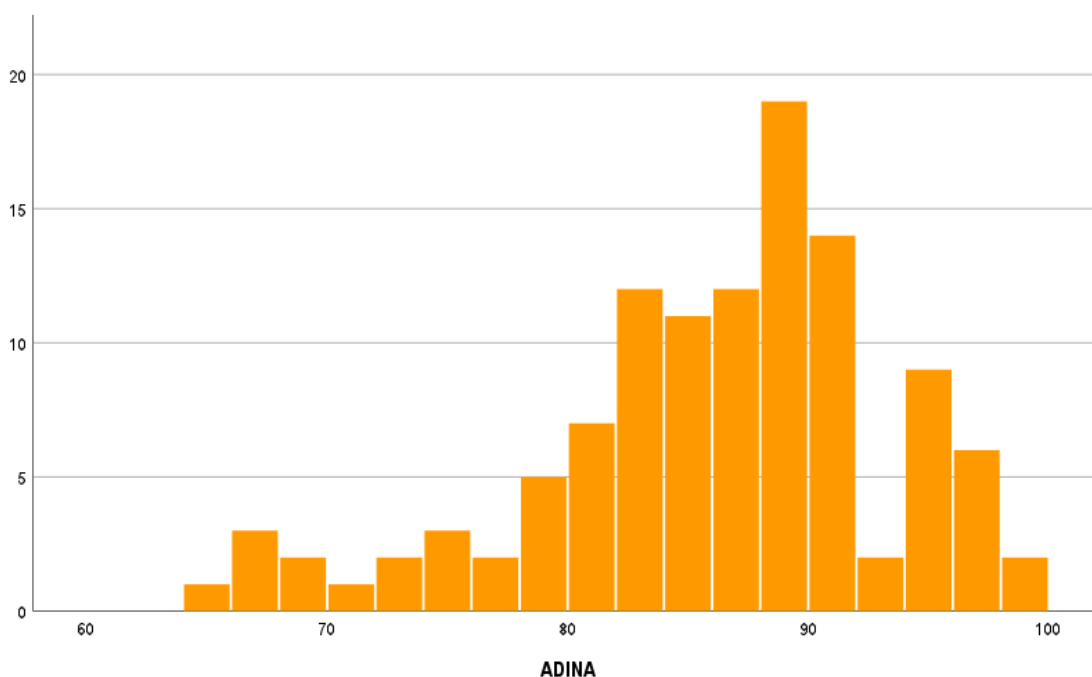
Helburu nagusia, disfagia eta honekin batera ematen diren aspirazio-pneumoniak, demenziaren pronostikoan duten eragina aztertzea denez, azterlana dementia duen % 76an zentratuko da.

Dementia duen laginean paziente guztiek 65 urte baino gehiago dituzte eta adinaren mediana 87 urtekoa da (TIK 82–90). Pazienteen sexuari dagokionez, % 56,6a emakumezkoa da eta % 43,4a gizezkoa. Horrez gain, % 43,4a intsituzionalizatua aurkitzen da.

4. Taula. Dementia duen laginaren datu soziodemografikoak.

	n=113
Adina (urteak)	87 (TIK 82 – 90)
Sexua	
Emakumezkoa	64 (%56,6)
Gizezkoa	49 (%43,4)
Instituzionalizatuta	
Bai	49 (%43,4)
Ez	64 (%56,6)

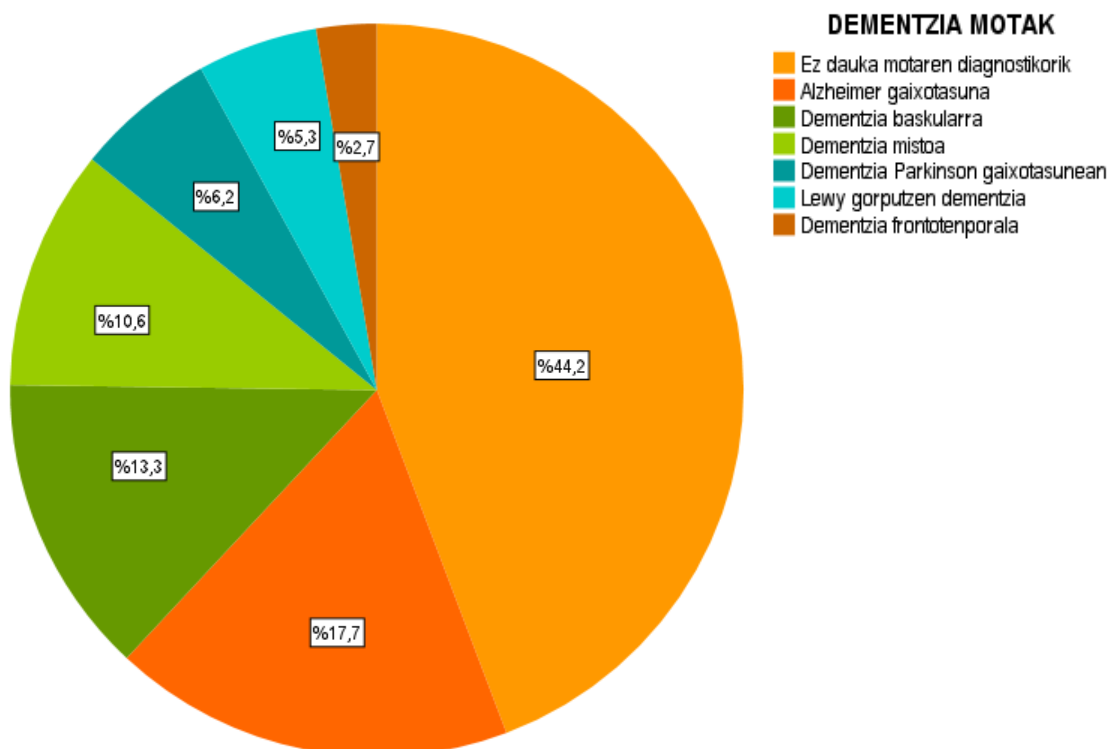
6. Irudia. Dementia duen laginaren adin histograma.



4. Taulan adierazten diren datu soziodemografikoez gain, datu-basean beste datu interesgarri batzuk jaso dira, hala nola, Charlson komorbilitate indizea eta Barthel eskala (basala, ospitaleratzean eta altan). Charlson indizeak 10 urterako biziraupena estimatzen du, pazientearen adina eta komorbilitateak kontuan hartuta. Kasu honetan laginaren mediana 7 (TIK 6-8) puntukoa da, puntuazio hau %0,01eko 10 urterako biziraupenaekin lotzen da. Barthel eskalak, berriz, pazienteak eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak egiteko duen gaitasunaren arabera, dependentzia maila estimatzen du. Aztertutako populazioan Barthel basalaren mediana 5 (TIK 5-25) puntukoa da eta ospitaleratze unean egin den Barthelaren mediana, altan burutu den Barthelaren mediana bezala 0 (TIK 0-10) puntukoa da.

Dementziaren ezaugarriak ezagutzeko asmoz, diagnostikoan deskribatuta egonez gero, dementzia mota jaso da. Komenigarria da argitzea, dementzia mota 113 pazienteetatik bakarrik 50 pazienteen historia klinikoetan (% 44,2an) aipatzen dela. Pazienteen artean, hurrengo motak nabarmendu dira: % 17,7an Alzheimer gaixotasuna, % 13,3an dementzia baskularra, % 10,6an dementzia mistoa, % 6,2an dementzia Parkinson gaixotasunean, % 5,3an Lewy gorputzen dementzia eta azkenik, % 2,7an dementzia frontotenporala.

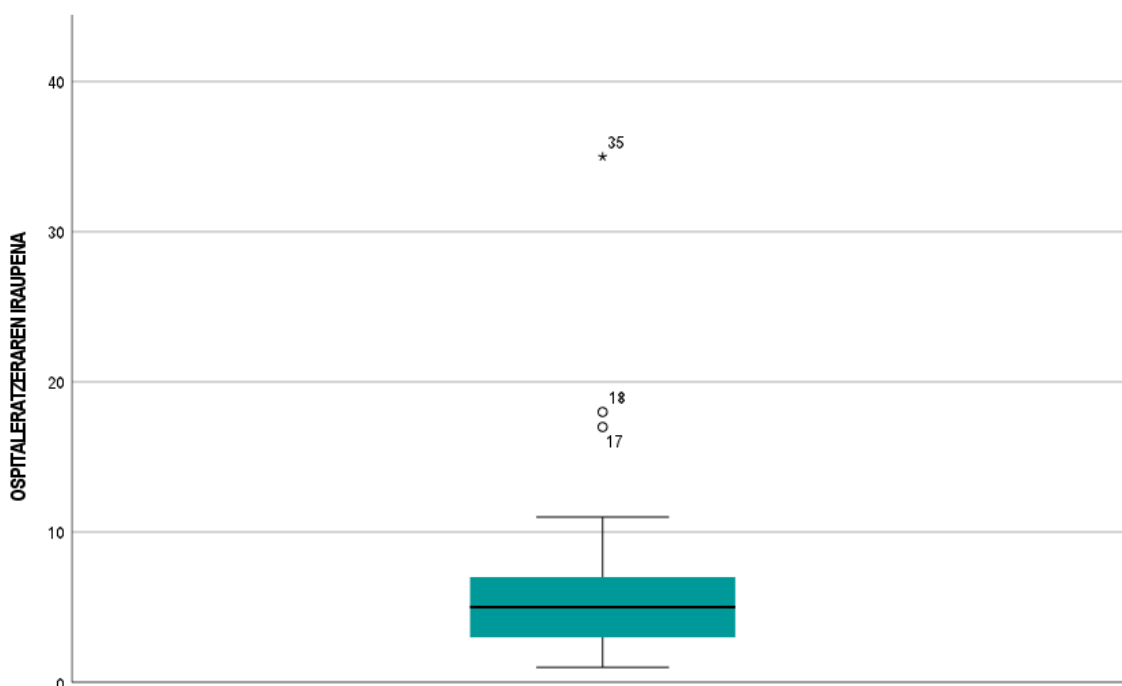
7. Irudia. Dementzia motak.



Dementziaren deskribapenaren haritik, dementziaren larritasuna sailkatzeko asmoz, Global Deterioration Scale (GDS) tresna eredu moduan erabili da eta pazientearen historia klinikoan azaldutako narriadura kognitibo mailarekin sailkapena egin da. Aurrerago mugen atalean azalduko den bezala, bildutako datuak ez dira dementziaren larritasuna neurtzeko metodorik egokiena. Datuen arabera, pazienteen % 34,5ak dementzia larria du, % 17,7ak moderatu-larria, % 8,8ak moderatua, % 8,8ak narriadura kognitibo arina eta % 4,4ak dementzia arina. Hala ere % 25,7an (n=29) ez dago larritasun maila zehazteko daturik.

Paziente guzti hauek Barne Medikuntzako ospitaleratzearen diagnostikoen artean, aspirazio-pneumonia diagnostikoa jasota dute eta ospitaleratzearen iraupenaren mediana 5 egunekoa (TIK 3-7) da (**8. Irudia**). Dena den, beharrezkoa da esatea ospitaleratzearen iraupenean Barne Medikuntzako egonaldi laburreko eta konbaleszentziako estaiak kontuan hartu direla, horrenbestez, kuartil arteko tartetik kanpo aurkitzen diren balioek konbaleszentziako egonaldi luzeak errepresentatzen dituzte. Ez hori bakarrik, % 36,3ak aurrerago barne medikuntzan beste ospitaleratze bat izan du. Dementzia duten pazienteen birgaixotzeak guztira 90 izan dira, hauetatik 65 aspirazio-pneumoniak izanik. Ondorio gisa, etorkizunean eman diren ospitaleratzeen % 72,2a bronkoaspirazioengatik eman da.

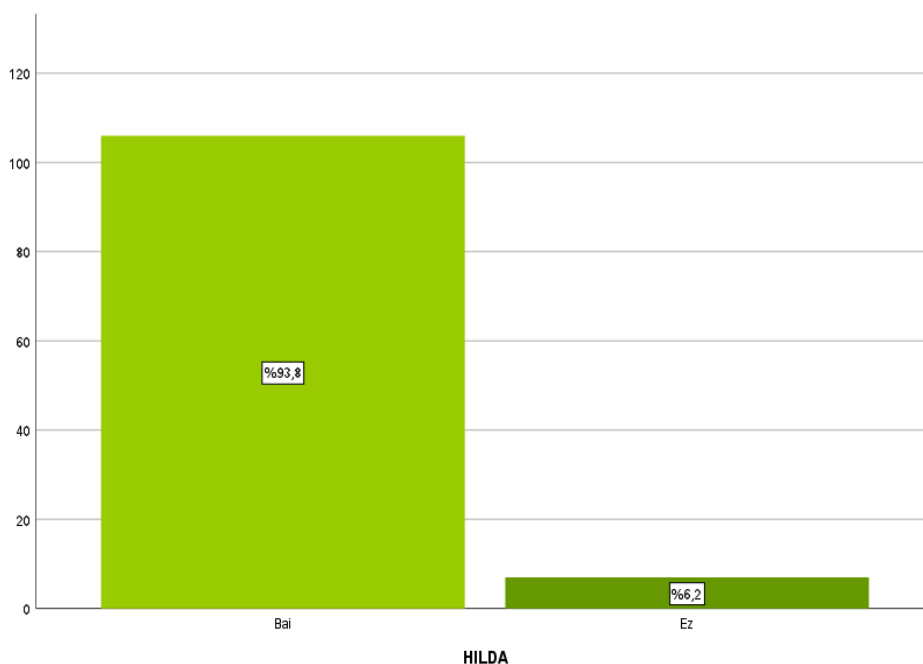
8. Irudia. Ospitaleratzearen iraupena (egunetan).



5.2.3. Biziraupen azterketa

Datu-bilketa amaitutako unean, laginetik % 93,8a (n=106) hilda dago.

9. Irudia. Gaur egun hilda dagoen ehunekoa.

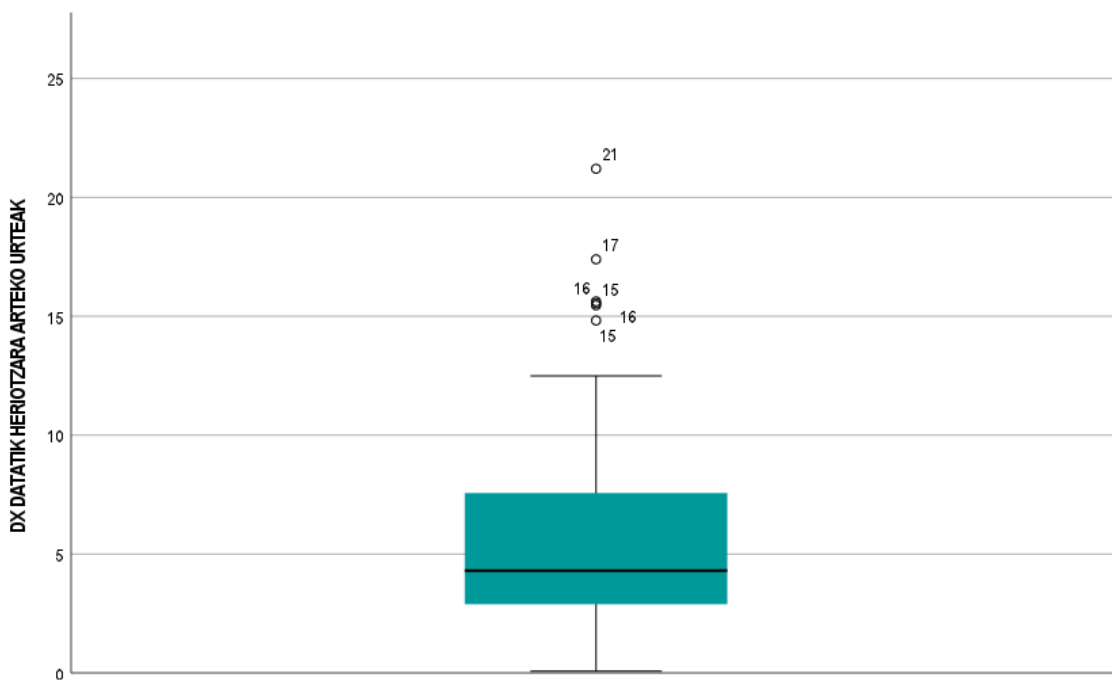


Biziraupena neurtzeko asmoz, historia klinikoan dementzia diagnostikoa lehenengo aldiz jasota agertzen den data eta ospitaleratze data jaso dira. Data hauekin eta heriotza dataekin edo bizirik jarraituz gero, datu-base bilketaren amaieraren dataekin denbora-tarte ezberdinak kalkulatu dira.

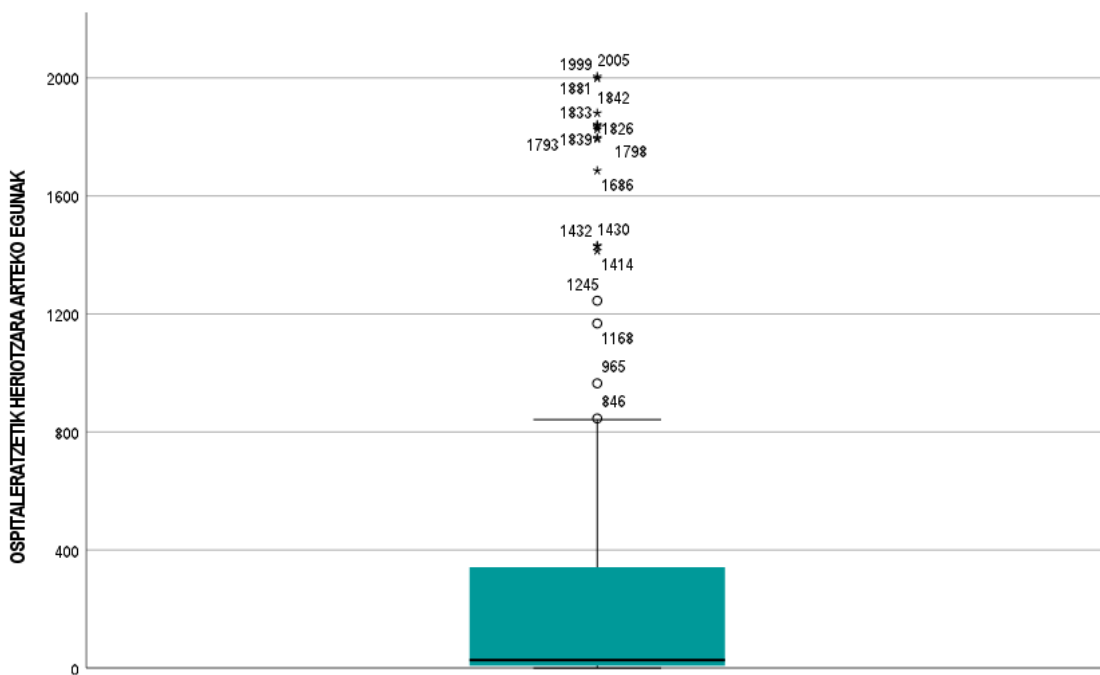
Dementzia diagnostikoa lehenengo aldiz erregistratzen denetik heriotzara arte edo datu-base bilketa amaierara arteko denbora-tartearen mediana 4,3 (TIK 2,73-7,87) urtekoa da.

Pneumonia ospitaleratzetik heriotzarara arte edo datu-bilketa amierara arteko denbora-tartearen mediana, berriz, 27 (TIK 8-383,5) egunekoa da. Hau da, laginaren erdia 27 egun bete baino lehen hil da, eta beste erdia 27. egunetik aurrera hil da edo bizirik jarraitzen du.

10. Irudia. Diagnostikotik heriotzara arteko denbora-tartea (urteetan).



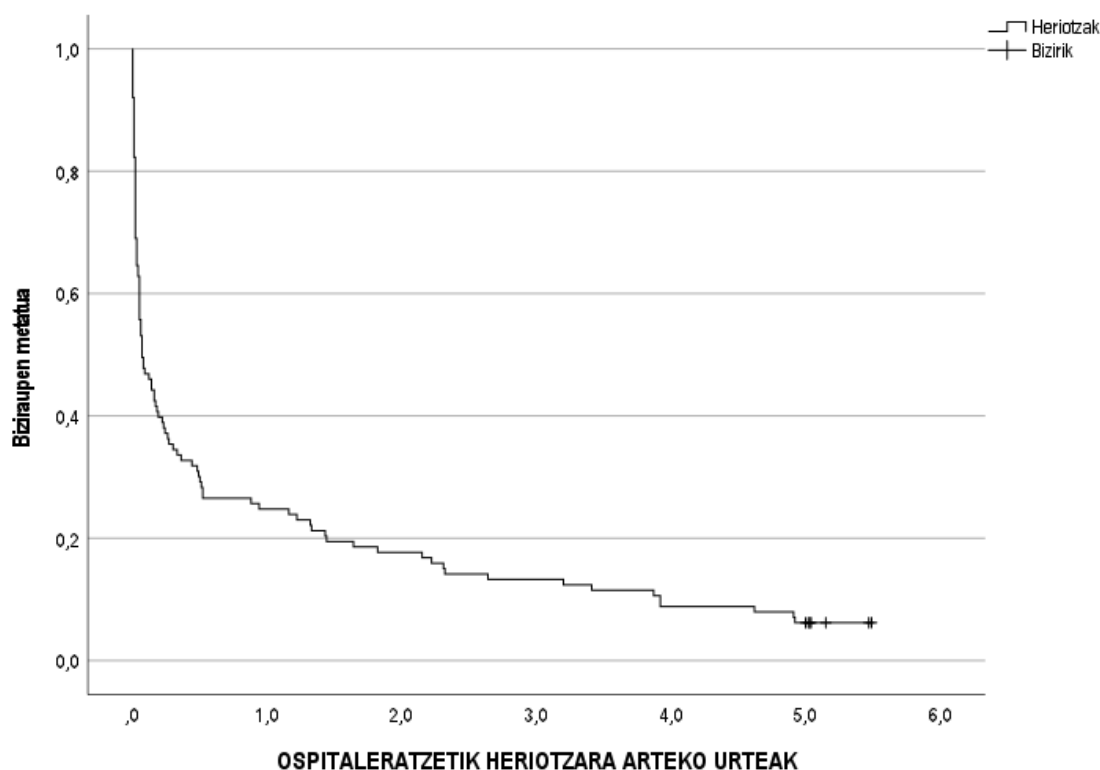
11. Irudia. Ospitaleratzetik heriotzara arteko denbora-tartea (egunetan).



Biziraupen azterketarekin jarraituz, gaixoen biziraupen denbora-tarteak erabili dira 6 hilabeterako hilkortasuna eta biziraupena kalkulatzeko. Aspirazio-pneumonia gertakaritik 6 hilabetera 113 pazientetatik 79 hil direnez, laginaren 6 hilabeterako hilkortasuna % 69,9koa dela esan daiteke. Gainerakoek (n=34) aurrerago hil dira edo orain arte bizirik jarraitzen dute, beraz, 6 hilabeterako biziraupena % 30,1ekoa da.

Kaplan-Meier metodoa **12. Irudian** aurkezten da, demenzia duten pazienteen biziraupen-kurbak kalkulatzeko eta irudikatzeko.

12. Irudia. Kaplan Meier metodoa



Lerroan ematen den jaitsiera bakoitzak pazienteen heriotza adierazten du eta kasu honetan, 6 hilabeterako hilkortasun altua argi eta garbi irudikatzen da, gehiengoa lehenengo 6 hilabeteetan hiltzen baita.

Analisi estatistikoarekin amaitzeko, Cox-en arrisku proportzionalen eredu biziraupena iragartzen duten faktore independenteak zehazteko erabili da.

5. Taula. Cox-en arrisku proporzionalen eredua. Cox-en erregresio-ereduan, β balioak lortzen dira eta β exponentea Hazard Ratio (HR) dagokio. Hazard ratioa, talde batean beste talde batekin alderatuta, behaketa-aldia irauten duen bitartean gertaera bat (heriotza) gertatzeko arrisku erlatiboa da eta biziraupen-analisiaren barruan kokatzen da.

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Emakumezkoa izatea	-0,397	0,198	4,019	1	0,045	0,672	0,456	0,991
Gizonezkoa izatea	0,397	0,198	4,019	1	0,045	1,487	1,009	2,192
Adina	0,017	0,013	1,715	1	0,190	1,017	0,992	1,043
Instituzionalizatuta egotea	-0,108	0,196	0,303	1	0,582	0,898	0,611	1,319
Charlson indizea	-0,024	0,057	0,175	1	0,676	0,977	0,874	1,091
Alzheimer gaixotasuna	0,202	0,256	0,619	1	0,431	1,224	0,740	2,022
Dementzia larria	0,227	0,203	1,248	1	,264	1,255	0,843	1,869
Barne Medikuntzan ospitaleratze gehiago izatea	-0,810	0,208	15,190	1	<,001	0,445	0,296	0,668
Aurreko urtean pneumonia pasatu izana	-0,168	0,197	0,732	1	0,392	0,845	0,575	1,242
Hipoproteinemia	0,194	0,334	0,337	1	0,562	1,214	0,631	2,337

Dementziaren hilkortasunean eragina izan dezaketen faktore pronostikoak aurkitzeko asmoz, arrisku proporzionalen ereduan hurrengo ezaugarriak aztertu dira: emakumezkoa izatea, gizonezkoa izatea, adina, instituzionalizatuta egotea, Charlson indizea, Alzheimer gaixotasuna izatea, dementzia larria izatea, Barne Medikuntzan ospitaleratze gehiago izatea, aurreko urtean pneumonia pasatu izana eta analitikan albumina serikoaren balioa 3,5 g/dL-tik behera aurkitzea. Aztertu diren aldagai guztien artean, bakarrik 3 izan dira estatistikoki esanguratsuak. Esangura maila P balioak eta konfiantza-tarteak ezartzen dute, hots, P balioa 0,05 baino txikiagoa izan behar da eta konfiantza-tarte barruan ezin da 1 zenbakia kokatu.

Dementzia eta pneumonia gertakaria izan duten pazienteen artean, emakumezkoa izatea faktore babeslea dela eta gizonezkoa izatea arrisku-faktorea dela ondorioztatu

da. Hau da, emakumezkoa izateagatik hiltzeko arriskua ia erdira jaisten da (HR: 0,67; KT 0,46-0,99) eta gizonezkoa izateagatik hiltzeko arriskua 1,5 biderkatzen da (HR: 1,49; KT 1-2,19). Horrez gain, Barne Medikuntzan ospitaleratze gehiago izateak hiltzearen arriskua murrizten du (HR: 0,44; KT 0,3-0,67).

6. EZTABAIDA

6.1. DATU DESKRIPTIBOAK

Azterketa erretrospektiboa egin aurretik, literatura zientifikoaren berrikuspena egin da eta artikuluen irakurketa egokia egiteko, lehenik artikulua bakoitzean aztertzen den populazioaren ezaugarriak nabarmendu behar dira. Berrikusitako 3 kohorte prospektiboetan (25, 11, 4) zein berrikuspen sistematikoan (27) populazio diana demenzia aurreratua da, baina laugarren kohortean (26), pazienteek demenzia aurreratua izateaz gain, pneumonia baten ondoriozko ospitaleratze bat izan dute. Guzti hau dela eta, Donostiako Ospitaleko populazioak azken kohorte honen populazioarekin antzekotasun gehiago aurkezten ditu.

Donostia Unibertsitate Ospitalean aspirazio-pneumonia diagnostikoa jaso duen lagin osoak, demenzia duen laginarekin alderatuz ezberdintasunak aurkeztu ditu. Hasteko, ospitaleratzean lagin osoaren adinaren mediana 85 urtekoa da eta demenzia duen laginaren mediana berriz, 87 urtekoa da. Beraz, aztertu beharreko populazioa adinduagoa dela eta emakumezkoen ehuneko altuagoa dela ikusi da. Azpimarratu behar da aspirazio-pneumonia pairatzeko arrazoirik ohikoena argi eta garbi demenzia izatea dela. Demenziaren ezaugarriei dagokiolarik, mota ohikoena Alzheimer gaixotasuna da eta gehienek aspirazio-pneumoniak izatera iristen direnerako demenzia larria aurkezten dute.

Literatura zientifikoan lortutako datuei buruz, bakarrik demenzia aurreratua aurketzen duten pertsonen adina 82,2 urtetik 85 urtera bitartekoa da. Pneumonia eta demenzia duten pazienteen adinaren mediana berriz, 86 urtekoa da, Donostiako populazioaren oso antzekoa hain zuzen ere.

Datu orokorren deskribapenarekin jarraituz, aipatu beharra dago Donostiako pertsona instituzionalizatuen ehuneko altuagoa dela demenzia taldean, lagin osoan baino. New

Yorke dementzia aurreratuarekin bizi diren eta pneumonia baten ondoriozko ospitaleratzea izan duten pertsona instituzionalizatuen ehunekoa are altuagoa da (26).

Amaitzeko, pazienteen komorbilitatea aztertu da. Espainian egindako kohorte prospektiboan pazienteen % 71,6ak lotutako beste gaixotasunen bat aurkezten duela ikusi da (25), Donostiako laginean datu hauek berresten direlarik. Izan ere, Charlson komorbilitatearen indizearen mediana 7 puntukoa da, puntuazio nahiko altua.

6.2. HILKORTASUNA

Pertsona instituzionalizatu eta ez instituzionalizatuen kohortean, dementzia aurreratua duten pazienteen jarraipena egin eta gero, 6 hilabeterako hilkortasuna % 13,4koa dela ikusi da (25).

Aurreko datuak paziente instituzionalizatu eta ez instituzionalizatuenak dira baina beste kohorte batzuetan dementziarekin zahar-egoitzetan bizi den populazioaren hilkortasuna ere ikertu da. Ikus, adibidez, Estatu Batuetan eta Taiwanen egindako ikerketak. Lehenengoan, 6 hilabeteetarako hilkortasuna % 24,7koa da (11). Taiwaneko kohorte prospektiboan, dementzia aurreratua duten eta instituzionalizatuta aurkitzen diren pazienteek % 21,9ko 6 hilabeteetarako hilkortasuna dute (4).

Aurreko 3 kohorte azterketa prospektiboetan aukeratutako pazienteak behaketa-aldiaren hasieran ez dira aurkitzen pneumonia bezalako prozesu akutu batean. Aitzitik, New Yorkeko ospitalean pneumonia diagnostikoa duten eta dementziaren etapa terminalean aurkitzen diren pazienteak aztertu dira eta pazienteen 6 hilabeterako hilkortasuna % 53koa da (26). Gainera, zunda nasogastrikoaren ezarpenak dementzia aurreratua duten eta ospitalizatuta aurkitzen diren pazienteen biziraupenean duen eragina aztertzen duen kohortek, New York-eko kohortea bezala, % 50eko 6 hilabeterako heriotza-tasa aurkeztu du (21). Ez hori bakarrik, aurrerago aztertu den beste kohorte batean heriotza-tasak alderatzeko asmoarekin, behaketa-aldian pneumonia garatu duten pazienteen 6 hilabeterako hilkortasuna kalkulatu da eta %46,7koa izan da (11).

Azkenik, Donostiako Unibertsitate Ospitalean 6 hilabeterako hilkortasuna % 69,9koa izan da, hilkortasun nabarmenki altua alegia. Guzti hau dela eta, disfagia eta pneumonien hasiera pronostiko okerreko egoera dela baieztatu daiteke.

Emaitzen interpretazioa eta gero, zenbait ondorio atera daitezke. Dementia aurreratuan ikusi den 6 hilabeterako heriotza-tasa % 13,4-24,7 ingurukoa da, instituzionalizatuta aurkitzen den pazientean altuagoa izanik. Dementia aurreratua izateaz gain, ospitaleratze bat ematen bada, heriotza-tasa % 47-53ra igo daiteke, prozesu akutua biziraupenean duen eragina argi utziz. Lan honetarako eginiko kohortearen populazioak elikadura-arazoen ondoriozko aspirazio-pneumonia diagnostikoa du eta hilkortasun altuagoa aurkezten du, % 69,9koa hain zuzen ere. Hitz gutxitan, aspirazio-pneumoniarekin hasten den pazientean pronostiko oso txarra aurreikus daiteke.

6.3. FAKTORE PRONOSTIKOAK

Berrikuspen bibliografikoan aukeratutako artikulu batzuen biziraupenen ikerketan hilkortasunean eragina izan dezaketen faktore pronostikoak aurkitu dira.

Dementziaren bilakaera aztertuz, elikadura-arazoak % 85,8an ikusi dira. Dementia aurreratua duten pazienteen artean, sukarra (% 52,6an) eta pneumonia (% 41,4an) konplikazio ohikoak izan dira ere bai, laginaren ehuneko esanguratsu batean ikusi baitira (11). Seguruenik pneumonia eta sukarra elikadura-arazoan eta beraz, aspirazioen ondorio izan dira. Gainera, Taiwaneko kohortean heriotza-kausa nagusia pneumoniarekin lotutako akats multiorganikoa izan da (4). Emaitza hauek elikadura-arazoek eta pneumoniak dementziaren hilkortasunean duten funtsezko papera iradokitzen dute.

Hau ikusirik, beste artikuluetan hau frogatzea bilatu da. Gauzak horrela, Espainian egindako kohortean, aurreko urtean pneumonia izatea, zunda nasogastriko iraunkor bat izatea eta hipoalbuminemia aurkeztea hilkortasunerako faktore pronostiko independenteak izan dira. Faktore guztiek arriskua gutxi gorabehera 3 aldiz biderkatu dute (25).

Bestetik, Taiwanen egindakoan 6 hilabeterako hilkortasunean eragina duten 6 faktore pronostiko identifikatu dira: pneumonia, >% 25 ingestaren murrizketa, oxigenoarekiko mendekotasuna, alterazio elektrolitikoaren tratamendua, presio-ultzerak eta epe luzeko gertu-kateter iraunkorrak (4). Pneumonia izatea hiltzeko arriskua 5,5 aldiz handitzen du. Era berean, elikadura-arazoa iradokitzen duen % 25 baino gehiagoko ingestaren

murrizketa arriskua 5 aldiz handitzen du. Identifikatutako gainerako faktoreak ez dira faktore pronostiko hain nabarmenak izan eta hiltzeko arriskua gutxi gorabehera bikoiztu dute.

Irakurritako berrikuspen sistematikoak aurretik aipatutakoa baieztatzen du, elikadura-arazoek eta pneumoniak demenzia duten pazienteen pronostikoan eragina dute. Zazpi ikerketen berrikuspena egin da eta ikerketa guztietan nutrizioarekin, elikadurarekin eta/edo elikadura-ohiturekin lotutako faktore bat gutxienez, faktore pronostiko garrantzitsu gisa identifikatu da. Horrez gain, komorbilitatea eta demenziaren larritasun-eskaletan puntuazio altuak lortzea hiltzeko arriskua handitzen dutela ikusi da (27).

Berrikuspen bibliografikoa egin ostean, Donostiako Ospitaleko pazienteekin eginiko pazienteen biziraupen azterketan lortutako datuak interpretatu dira. Cox arrisku proportzionalen eredua erabiliz pronostikoarekin bakarrik 3 aldagai lotu dira, gainerakoak ez dira estatistikoki esanguratsuak izan. Hau da, adina, instituzionalizatuta egotea, Charlson indizea, Alzheimer gaixotasuna izatea, demenzia larria izatea, aurreko urtean pneumonia pasatu izana eta analitikan hipoalbuminemia aurkeztea demenziaren hilkortasunean ez dira faktore erabakigarriak izan. Kontrara, arestian azaldutako zenbait artikuluetan faktore hauek hilkortasunean duten eragina erakutsi dute (25, 27). Demenzia duen populazioa ikertu duen beste berrikuspen batean, Alzheimer gaixotasunak pronostiko hobea duela eta adina arrisku-faktorea dela ondorioztatu da (17) baina Donostian eginiko ikerketan ez da hori islatu. Aipatu beharra dago, artikulua hau ez dela berrikuspen bibliografikoan sartu bere populazioaren inklusio-irizpideetan, demenziaren larritasuna ez delako zehazten. Berrikuspen sistematiko honetan, gizonezkoa izateak hiltzeko arriskua handitzen duela ikusi da (17) eta Donostiako populazioak hipotesia sendotu du.

Pronostikoarekin lotu diren aldagaien artean, sexua eta Barne Medikuntzan ospitaleratze gehiago izatea dira.

Lehenengo aldagaiari dagokiolarik, gizonezkoa izateak arriskua 1,5 aldiz biderkatu du eta emakumezkoa izateak, aldiz, hiltzeko arriskua ia erdira jaitsi du. Beraz, emakumezkoen ehunekoa altuagoa izan arren, gizonezkoek pronostiko okerragoa aurkezten dute.

Horrez gain, Donostiako Ospitalean Barne Medikuntzan ospitaleratze gehiago izateak hiltzearen arriskua murrizten duela erakutsi du. Edonola ere, faktore honen benetakotasuna zalantzazkoa izan daiteke, paziente gehienak ospitaleratu eta lehen hilabeteetan hiltzen direlako eta ez dutelako bigarren ospitaleratzetik izaten.

6.4. MUGAK

Bai atal bibliografikoan bai atal praktikokoan zenbait muga aurkitu dira, ondorio garbiak ateratzea zailtzen dituztenak.

Hasteko, bilaketa eta berrikuspen bibliografikoari dagokiolarik, literatura zientifiko murriztuagatik, ez da disfagiaren eragina dementziaren pronostikoan aztertu. Gauzak horrela, dementzia aurreratuan eragina duten faktore pronostikoak eta hilkortasuna edo biziraupena bilatzea erabaki da. Gaiari lotutako 5 artikulua erabili dira, hauetatik 4 kohorte azterketa prospektiboak izan dira. Nahiz eta galderari hobeto egokitu, diseinua kontuan hartu behar da, kohorteak ez baitira berrikuspen sistematikoak bezain fidagarriak. Berrikusitako artikuluen mugekin jarraituz, aztertu diren ikerketen populazioak ezberdinak dira, hortaz, ezin izan dira emaitzak beraien artean zuzenean alderatu. Era berean, dementziaren egoera ezberdinetan heriotza-tasak aztertzea interesgarria izan da.

Lanaren bigarren atalalean, ikerketa obserbazional erretrospektiboa egin da eta zenbait oztopo aurkitu dira. Hasteko laginaren tamaina txikia izan da, emaitza esanguratsuak lortzeko eta biziraupen azterketa adierazgarria ateratzeko muga dena.

Oro har, datu-bilketan pazienteen jarraipenean jasotako datuen gabezia aurkitu da. Egoera basalean, ospitaleratzean eta altan burutzen den Barthel eskala ez dago beti jasota eta Charlson komorbiditate indizea historia klinikoak irakurri eta gero kalkulatu izan da, ez baitago bilduta.

Horrez gain, dementziaren larritasuna ebaluatzea ez da erreza, eta horretarako Global Deterioration Scale (GDS) bezalako tresnak aurkitzen dira. Tresna hauen oztoporik handiena subjektibitatea da, izan ere, mediku ebaluatzailearen arabera balorazioa aldatu daiteke. Hala ere, praktika klinikoan eskala hauen erabilera ez dago orokortua eta Barne Medikuntzako historia klinikoetan ez dago jasota. Hau dela eta,

dementziaren larritasuna ezartzeko eta pazienteak maila ezberdinetan sailkatzeko, narriadura kognitibo maila eta sintomatologia erabili dira.

Berezitasun neurologikoen aldagaiari buruz, aniztasun asko dagoela esan daiteke eta beraz ezin izan dira diagnostiko guztiak era egokian jaso.

Emaitzak interpretatzeko orduan, nabarmendu behar da demenzia diagnostikoaren data ez dela oso adierazgarria, demenzia diagnostikoa gehienetan ez baita gaixotasunaren hasieran hautematen ezta deskribatzen ere. Gehienetan beste prozesu batengatik emandako ospitaleratze batean deskribatzen da eta neurologoak ez du beti diagnostikoan parte hartzen. Horrez gain, demenziak aurkezpen eta bilakaera ezberdinak ditu eta beraz disfagia garatzera arteko iraupena oso aldakorra da.

Aipatutako guztiaz gain, lan honetan ikerketa erretrospektiboa burutu da, eta horrek ere ikerketaren potentzia gutxitzea dakar. Etorkizun batean faktore pronostikoen azterketa egiteko interesgarriagoa izan daiteke erretrospektiboa egin beharrean prospektiboa egitea, baina laginaren tamaina handiak, jarraipen luzeak eta kostu altuak diseinu hau zailtzen dute.

Lan honen mugak bide egiten die, aurrerago etor litezkeen ikerketei gaiaren inguruko azterketan sakontze aldera. Argi dago, faktore pronostiko fidagarriak, sentikorrak eta espezifikoak identifikatzeko ikerketa gehiago egitea funtsezkoa dela.

7. ONDORIOAK

Behin berrikusketa bibliografikoaren artikuluetako emaitzak aztertuta eta berauek izan ditzaketan mugak kontuan hartuta, hainbat ondorio atera dira.

Demenzia aurreratuan pneumonia, sukar-aldiak eta elikadura-arazoak sarritan ikusten diren konplikazioak dira. Ez hori bakarrik, pneumonia gaixo hauen artean ematen den heriotza kausa nagusienetariko bat denez, pronostikoan eta erabaki terapeutikoetan kontuan hartu beharreko ezinbesteko patologia da.

Eginiko kohorte erretrospektiboa eta literatura zientifikoa alderatuz, demenzia aurreratuan ikusi den 6 hilabeterako heriotza-tasa % 13,4-24,7 ingurukoa da. Baina gaixotasunari pneumonia ospitaleratzea gehituz gero, heriotza-tasa nabarmenki igotzen da, % 47-53ra hain zuzen ere. Datu hauek elikadura-arazoen eta pneumoniak

dementziaren hilkortasunean duten funtsezko papera iradokitzen dute. Donostiako Unibertsitate Ospitalean burututako kohorteak pronostiko txarra berresten du, elikadura-arazoan ondoriozko aspirazio-pneumonia diagnostikoa eta demenzia duten pazienteen 6 hilabeterako hilkortasuna % 69,9koa baita. Laburbilduz, demenziaren bilakaeran aspirazio-pneumonien hasiera ematen denean, paziente hauen pronostikoa asko okertzen da.

Dementziaren hilkortasuna ezagutzeaz gain, lan honen helburuetako bat hilkortasunean eragina duten faktoreak identifikatzea da. Literatura zientifikoan, pneumonia edo aurreko urtean pneumonia pasatu izana, elikadurarekin lotutako faktoreak, larritasun-eskaletan puntuazio altua, komorbilitatea, oxigenoarekiko mendekotasuna, alterazio elektrolitikoaren tratamendua, presio-ultzerak, epe luzeko gertu-kateter iraunkorra eta zunda nasogastriko iraunkorra izatea bezalako aldagaiek arriskua handitu duten faktore pronostikoak direla ikusi da. Hala ere, Donostiako kohortean ezin izan dira aurreko aldagai guztiak frogatu eta bakarrik sexua eta Barne Medikuntzan beste ospitaleratze bat izatea izan dira estatistikoki esanguratsuak. Emakumezkoen ehunekoa altuagoa izan arren, gizonezkoek pronostiko okerragoa aurkezten dute.

Argi dago demenziaren bilakaeran elikadura-arazoan eta horien ondorio ematen diren aspirazio-pneumonien hasierak heriotza-tasan eragin handia duela eta pazienteek 6 hilabeterako hilkortasun eskasa aurkezten dutela. Informazio hau familiarrei zein profesionaleri helaraztea funtsezkoa da, gerora, erabaki terapeutikoak hartzeko eta errealitatearen jakitun izateko. Haien osasun-arretan maneku kontserbadoreago bat planteatzea garrantzitsua da, pazienteen ongizatean zentratuz eta ospitaleratzeetan interbentzioak murriztuz.

Etorkizunari begira, faktore pronostikoak identifikatzeko ikerketa gehiago egitea funtsezkoa da, praktika klinikoan laguntza handikoak izango diren eskala ezberdinak sortu ahal izateko.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, 2019. Plan Integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023). Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019, p.94.
2. Hashimie J, Schultz S, Stewart J. Palliative Care for Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2020;36(2):329-339.
3. Care of patients with advanced dementia [Internet]. Uptodate. 2021 [cited 7 November 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/care-of-patients-with-advanced-dementia?search=care-of-patients-with-advanced%20dementia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Hsieh P, Wu S, Fuh J, Wang Y, Lin L. The prognostic predictors of six-month mortality for residents with advanced dementia in long-term care facilities in Taiwan: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;96:9-17.
5. El mundo no está abordando el reto de la demencia [Internet]. Who.int. 2021 [cited 8 November 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>
6. Demencia [Internet]. OMS. 2021 [cited 9 November 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
7. Xie J, Brayne C, Matthews F. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ*. 2008;336(7638):258-262.
8. Mitchell, S., 2015. Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*, 372(26), pp.2533-2540.
9. *American Journal of Psychiatry*, 1982. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. 139(9), pp.1136-1139.
10. Mitchell, S., Miller, S., Teno, J., Davis, R. and Shaffer, M., 2010. The Advanced Dementia Prognostic Tool: A Risk Score to Estimate Survival in Nursing Home

- Residents with Advanced Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(5), pp.639-651.
11. Mitchell, S., Teno, J., Kiely, D., Shaffer, M., Jones, R., Prigerson, H., Volicer, L., Givens, J. and Hamel, M., 2009. The Clinical Course of Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*, 361(16), pp.1529-1538.
 12. Swallowing disorders and aspiration in palliative care: Definition, consequences, pathophysiology, and etiology [Internet]. Uptodate. 2021 [cited 7 November 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology?search=TRASTORNO%20DEGLUTORIO&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H12411974
 13. Ebihara S, Sekiya H, Miyagi M, Ebihara T, Okazaki T. Dysphagia, dystussia, and aspiration pneumonia in elderly people. *Journal of Thoracic Disease*. 2016;8(3):632-639.
 14. Baijens L, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G et al. European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*. 2016;Volume 11:1403-1428.
 15. Ortega O, Espinosa M. Oropharyngeal Dysphagia and Dementia. *Dysphagia*. 2017;;199-211.
 16. Bours G, Speyer R, Lemmens J, Limburg M, de Wit R. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(3):477-493.
 17. Todd S, Barr S, Roberts M, Passmore A. Survival in dementia and predictors of mortality: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;;n/a-n/a.
 18. Mandell L, Niederman M. Aspiration Pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(7):651-663.

19. Bartlett J, Gorbach S. The Triple Threat of Aspiration Pneumonia. *Chest*. 1975;68(4):560-566.
20. Mitchell S. Tube-Feeding Versus Hand-Feeding Nursing Home Residents with Advanced Dementia: A Cost Comparison. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2004;5(2):S22.
21. Meier D, Ahronheim J, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison R. High Short-term Mortality in Hospitalized Patients With Advanced Dementia. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(4):594.
22. Gillick M. Rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*. 2000;342(3):206-210.
23. Pasman H, Onwuteaka-Philipsen B, Kriegsman D, Ooms M, Ribbe M, van der Wal G. Discomfort in Nursing Home Patients With Severe Dementia in Whom Artificial Nutrition and Hydration Is Forgone. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(15):1729.
24. Finucane T, Christmas C, Travis K. Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia. *JAMA*. 1999;282(14):1365.
25. Alvarez-Fernández B, García-Ordoñez M, Martínez-Manzanares C, Gómez-Huelgas R. Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;20(4):363-370.
26. Morrison R. Survival in End-Stage Dementia Following Acute Illness. *JAMA*. 2000;284(1):47.
27. Brown M, Sampson E, Jones L, Barron A. Prognostic indicators of 6-month mortality in elderly people with advanced dementia: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2012;27(5):389-400.