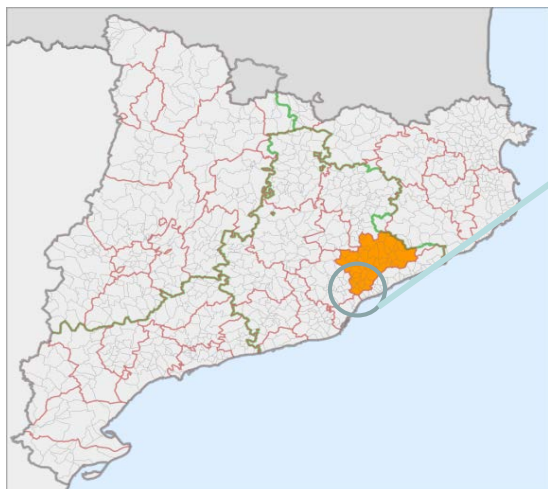


IDENTIFICACIÓ DE PERSONES AMB DEMÈNCIA EN FASE AVANÇADA I NECESSITATS D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA EN L'ÀMBIT RESIDENCIAL

Autors: Núria Bruguera Planas, Inocencia Sánchez García, Ylenia Maublanc Guzmán, Joan Solà Genovés.



Dues línies de atenció:
Salut i dependència.

Centres Residencials



*Hospital d'aguts
Institut de Salut Mental
Hospital Sociosanitari*

Som una institució socialment responsable: honesta, propera, professional i innovadora

Consideracions generals

- Augment de la proporció de persones amb deteriorament cognitiu en l'àmbit residencial.
- Complexitat d'atenció
- Presència de múltiples complicacions.
- Derivacions hospitalàries.
- Decisions complexes.
- Gestió expectatives.
- Model d'atenció centrat en la persona (ACP).



Objectius

- Establir la prevalença de persones amb deteriorament cognitiu i estadiar-les.
- Identificar las necessitats d'atenció pal·liativa de les persones amb demència avançada, mitjançant l'instrument NECPAL-ICO.
- Identificar les persones amb risc de defunció en els següents 6 o 12 mesos.
- Implementar un programa de Planificació Anticipada de Decisions per tal d'oferir una atenció individualitzada en el marc del Model ACP.

Material i Mètode

- Estudi transversal de cohort, seleccionant una mostra de persones ingressades a la Residència Pedra Serrada
- Administració de les escales GDS / FAST i l'instrument NECPAL CCOMS-ICO, que identifica persones amb malalties cròniques avançades i amb necessitats d'atenció pal·liativa.
- Període estudi gener/desembre de 2016.

GDS 6. Defecto cognitivo grave	6. EA moderada-grave	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones. Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado. Desorientación temporoespacial. Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo. Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. Ritmo diurno frecuentemente alterado. Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva).
	6a	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones
	6b	Incapaz de bañarse correctamente
	6c	Incapaz de utilizar el váter
	6d	Incontinencia urinaria
	6e	Incontinencia fecal

GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7. EA grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos
	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras
	7b	Sólo es capaz de decir una palabra inteligible
	7c	Incapacidad de deambular sin ayuda
	7d	Incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda
	7e	Pérdida de capacidad de sonreír
	7f	Pérdida de capacidad de mantener la cabeza erguida

Identificació

Utilització instrument NECPAL

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades **P**aliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores		
¿Le sorprendería que este paciente muriera en los próximos 12 meses?	☐ No	☐ Sí
2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa		
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	☐ Sí	☐ No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	☐ Sí	☐ No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema		
Marcadores nutricionales, cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: ☐ Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda ☐ Progresión: pérdida de peso > 10% ☐ Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	☐ Sí	☐ No
Marcadores funcionales, cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: ☐ Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) ☐ Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada ☐ Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	☐ Sí	☐ No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema, al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses: ☐ Úlceras por decúbito persistentes (estado III – IV) ☐ Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) ☐ Síndrome confusional agudo ☐ Delirio persistente ☐ Caídas (> 2)	☐ Sí	☐ No
Presencia de distres emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	☐ Sí	☐ No
Factores adicionales de uso de recursos, cualquiera de los siguientes: ☐ 2 o más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año ☐ Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	☐ Sí	☐ No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	☐ Sí	☐ No

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

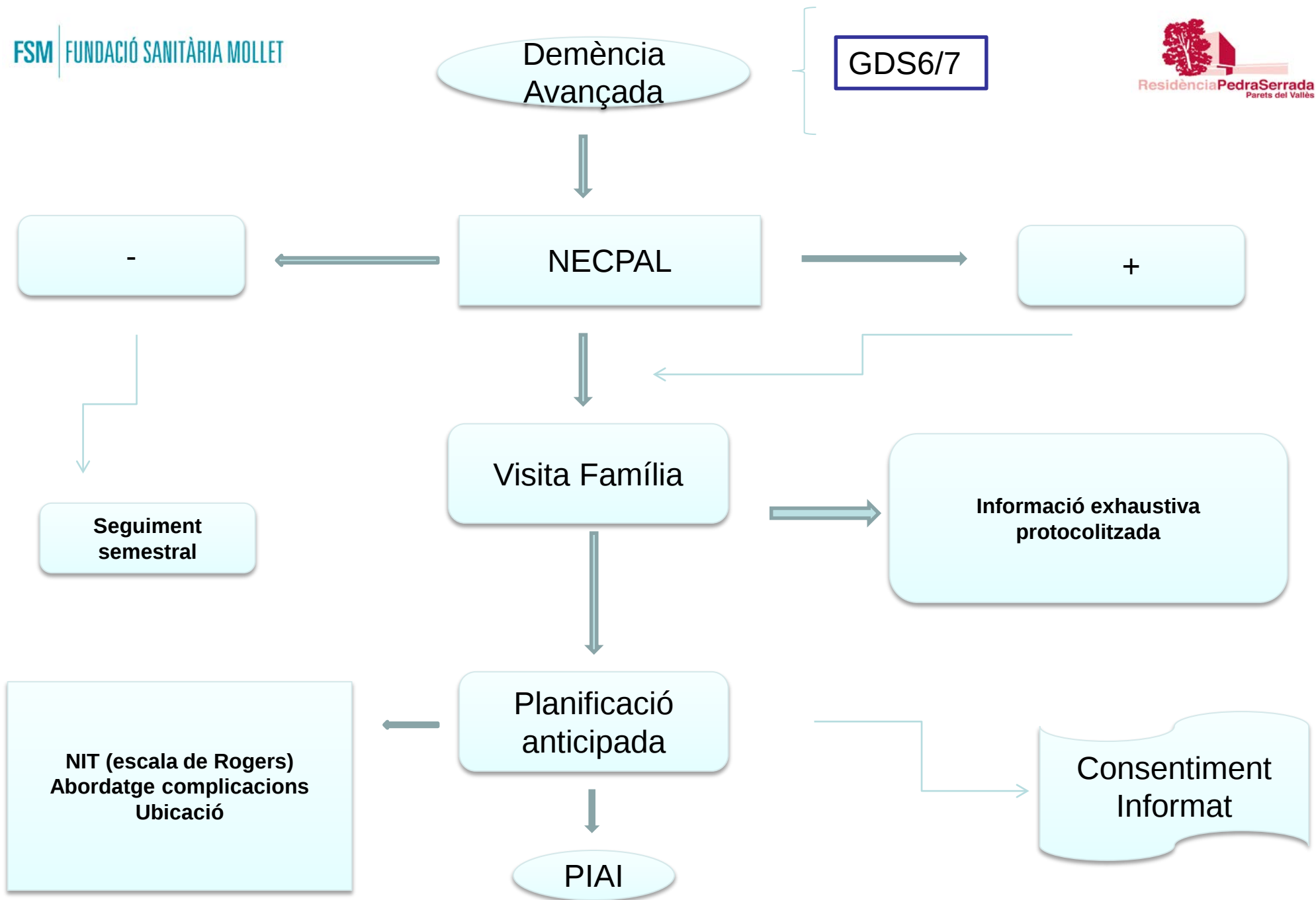
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de <u>un</u> criterio) ☐ Sí ☐ No ☐ Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estado IV) y en algunos casos –como en los neoplasias de pulmón, páncreas, glándula y esófago– también en estado III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) ☐ Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) ☐ Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios) ☐ Sí ☐ No ☐ Dificultad de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado ☐ En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de dificultad restrictiva severa: CV forzada < 40% / DLCO < 40% ☐ En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliar o estar actualmente realizando este tratamiento en casa ☐ Insuficiencia cardíaca sintomática asociada ☐ Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)
ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios) ☐ Sí ☐ No ☐ Insuficiencia cardíaca NYHA estado III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable ☐ Dificultad de reposo o de mínimos esfuerzos ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado ☐ En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (FAPs > 60 mmHg) ☐ Insuficiencia renal asociada (JFG < 30 l/min) ☐ Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca (cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de <u>un</u> criterio) ☐ Sí ☐ No ☐ Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días ☐ Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antibióticas), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (> 1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras por decúbito estado 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios) ☐ Sí ☐ No ☐ Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo ☐ Síntomas complejos y difíciles de controlar ☐ Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse ☐ Debilidad progresiva ☐ Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de <u>un</u> criterio) ☐ Sí ☐ No ☐ Cirrosis avanzada: estado Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o

Resultats

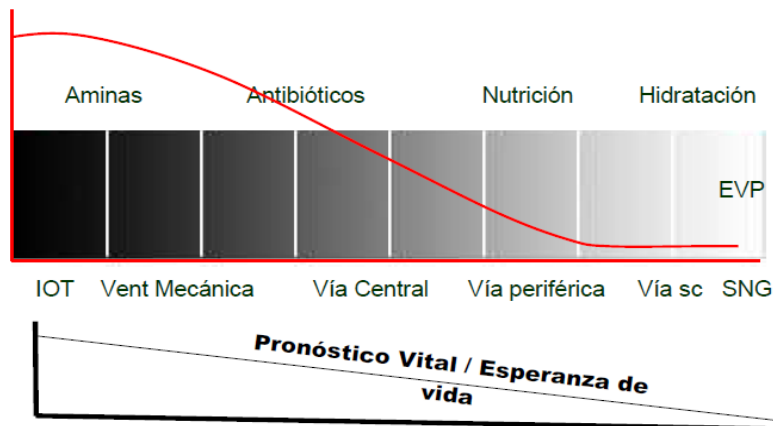
- 60 persones avaluades (n=60).
- 38 (63%) presenten demència moderada/greu (GDS 6/7).
- Edat mitja: 85,5 anys.
- Sexe: 29 (71%) dones i 9 (22%) homes.
- Tipus de demència més freqüent: Alzheimer i en segon lloc, Vascular/Mixta.
- Instrument NECPAL Positiu: 100% dels casos (que es correlaciona amb els estadis 6/7 de les escales GDS/FAST).

Conclusions

- Les escales GDS, FAST i el NECPAL, són bons instruments per determinar les persones amb demència avançada tributaries d'atenció pal·liativa.
- La planificació anticipada de decisions (PAD) és una bona pràctica clínica que millora la qualitat de les cures i l'assistència a les persones amb demència avançada.
- Genera un apropament terapèutic amb la família i facilita un consens en la presa de decisions.
- Permet determinar el nivell d'intensitat terapèutica (NIT) en cada situació i establir la millor ubicació de la persona en cas de complicació.
- Això permet disminuir la derivació a altres recursos en les situacions de final de vida.



Toma de decisiones



Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en pacientes con EA

	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV	Perfil V
Candidat a Transplantament					
Support Vital avançat					
Ventilació mecànica invasiva					
Iniciar Depuració extrarrenal					
Fàrmacs vasopressors (1)					
Ventilació mecànica no invasiva					
Ingrés Medicina Intensiva					
Proves invasives (2)					
Canalització vies centrals					
Possibilitat trasllat a unitat aguts (3)					
Proves no invasives (4)					
Transfusions					
Transf simptomàtiques					
Tractament mèdic oral/sc/inhalador					
Proporcionar confort					
1. Noradrenalina i/o Dopamina a dosis alfa.					
2. Endoscòpies, broncoscòpies, punció biòpsia					
3. Si ingressat a Hospital Sociosanitari					
4. Radiologia simple / laboratori convencional.					

Annex 1: L'escala de Rogers

Niveles intensidad terapéutica (Rogers)*

Adecuación del tratamiento a los objetivos de cuidados en pacientes ancianos con enfermedades crónicas y discapacidad.

Adaptado y modificado del Rogers Memorial Veterans Hospital

- 1 Tratamiento sin límites** (incluso resucitación cardiopulmonar)
(incluye traslado a hospital de agudos si fuese necesario)
- 2 Tratamiento intenso** (excepto resucitación cardiopulmonar)
(incluye traslado a hospital de agudos si fuese necesario)
- 3 Tratamiento máximo posible en centro sociosanitario**
(incluye investigación de infecciones, dar antibióticos y medidas de hidratación y algunas exploraciones complementarias, excepto traslado a hospital de agudos)
- 4 Tratamiento conservador en centro sociosanitario**
(solo tratamientos sintomáticos, antibióticos empíricos, se mantiene alimentación artificial e hidratación si fuese necesario)
(evitar exploraciones complementarias)
(no traslado a hospital de agudos)
- 5 Cuidados exclusivamente de confort**
(no se investigan posibles infecciones, ni se dan antibióticos)
(valorar retirar alimentación artificial y/o medidas de hidratación si fuera el caso)
(valorar sedación para confort si fuese necesario)
(no traslado a hospital de agudos)

*Son niveles orientativos, la clasificación del anciano en uno de ellos debe ser decisión consensuada por el equipo y debe contemplar deseos y expectativas del paciente y/o sus familiares.

La catalogación del nivel de intensidad terapéutica debe ser un proceso dinámico, no puede hacerse en un día, es el resultado de un proceso de cuidados y tratamiento de un paciente.

(Adaptado y modificado: Sachs GA, et al. Good care of dying patients. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 55-562) (versión española ensayada: Poma M, et al. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2001; 36 (S2): 15-18)

Servicio de Geriatria IMAS (AGS), Hospital de la Esperanza, Centro Geriátrico Municipal, Hospital del Mar (UAB), Barcelona (versión abril 04)

Gràcies!!



Som una institució socialment responsable: honesta, propera, professional i innovadora