



Projecte multidisciplinar de demències a l' ABS Riudoms

Montserrat Salvadó

DUI Gestora casos ABS Riudoms

15 Març 2018



PRESENTACIÓ EQUIP MULTIDISCIPLINAR



INTRODUCCIÓ

Trastorn neurodegeneratiu progressiu i irreversible

La demència és una Epidèmia.

24 milions
persones amb
demència al
món(1)

DEMÈNCIA

INE 2015: 4^a causa
de mort en els > de
65a després de m.
circulatòries,
tumorals i
respiratòries i és la
que més creix. (2)

1. Fer cp et al. *Global prevalence of dementia . A delphi consensus study. Lancet* 2005; 366:2112-17

2. Abellan Garcia Antonio et al. *Un perfil de las personas mayores en españa , 2012. indicadores estadisticos basicos. Madrid, informe portal mayores. Num 131*

INTRODUCCIÓ

- Demències llarga trajectoria de discapacitat severa
- Model progressiu d'atenció pal·liativa
 - Necessitat progressiva de cures pal·liatives físiques, socials, emocionals i espirituals

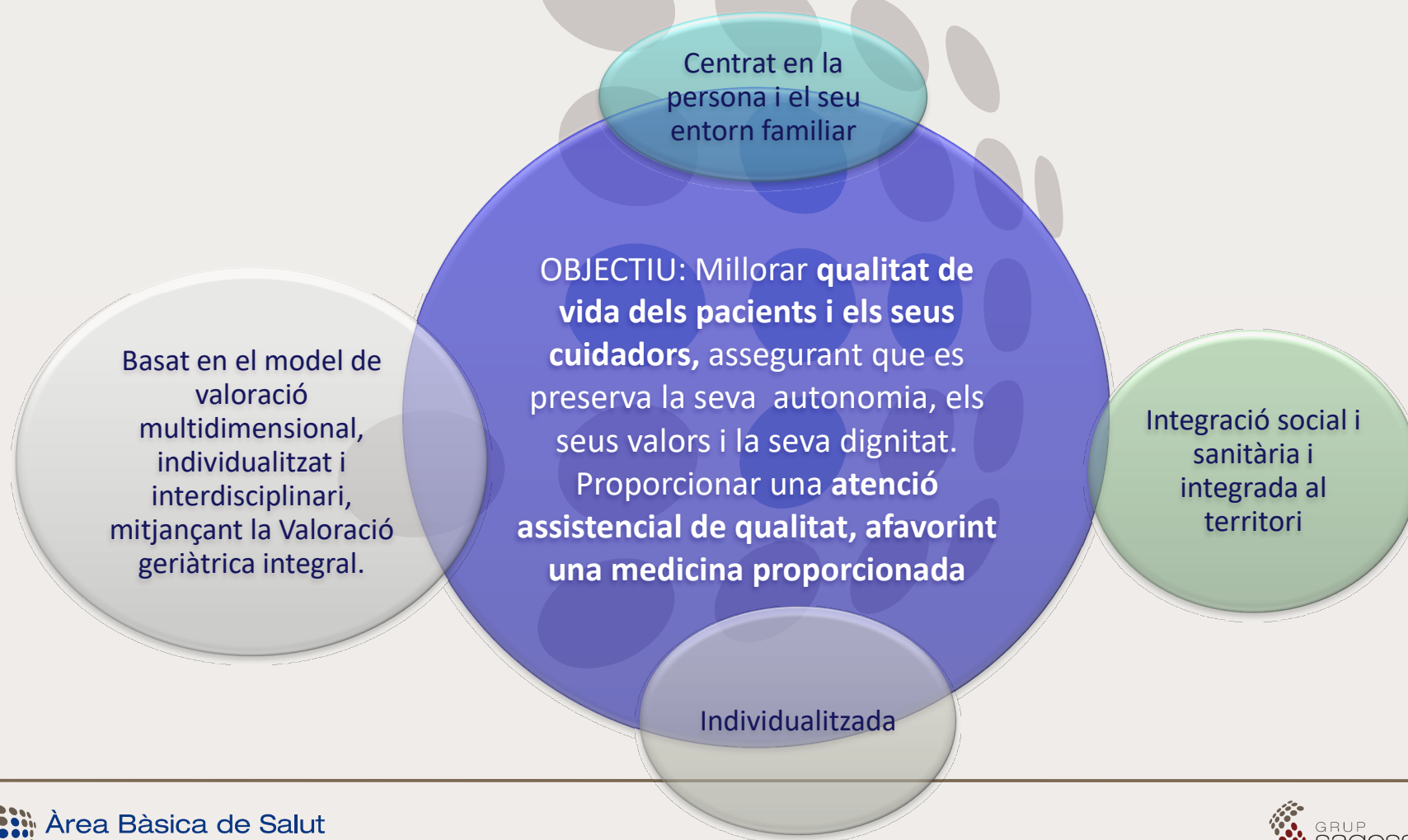
**Importància de treball cooperatiu
interdisciplinari integrat**

•Adaptat de Murray S. Illness trajectories and palliative care.. *BMJ* 2005;330:1007

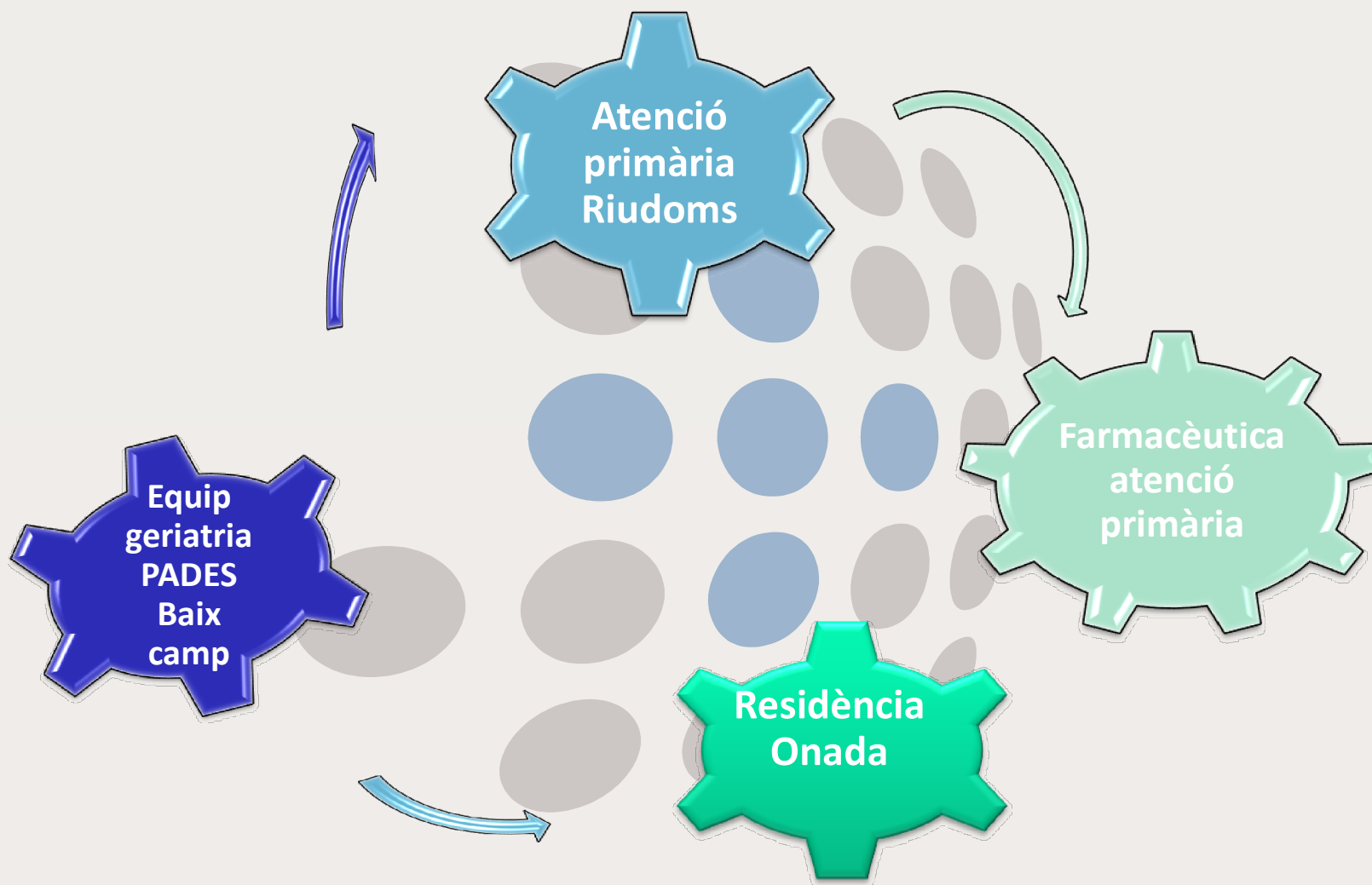
•Integrating health and social care in Torbay . 2015

OBJECTIUS

Projecte d'atenció integral a pacients amb demència en estadi avançat



METODOLOGIA



DESCRIPCIÓ DEL PROJECTE

- Inici del projecte al maig del 2017
- **Riudoms:-** 6515 usuaris, 18,4% majors de 65 anys
 - 70 diagnosticats de demència , 5,8% de la població majors de 65 anys
 - Inclosos **40 pacients amb GDS FAST >6; 15 domicili i 25 institucionalitzats**
 - Inclusió progressiva dels pacients durant el primer any



METODOLOGIA

PRIMERA VISITA
CONJUNTA

VALORACIÓ
MULTIDIMENSIONAL

VGI

Recollida dades demogràfiques, clíniques, farmacològiques, funcionals, nutricionals, SPCD, dades socials, qualitat vida

RECOMANACIONS
POST VGI

PROPOSTA PDA

pla terapèutic
individualitzat
consensuat

Adequació prescripció, control comorbiditat, trastorns conducta, educació sanitària i intervenció social . Registre a HC3 de PDA I PIIC

SEGUIMENT

REVALUACIÓ TRIMESTRAL
VISITES REACTIVES

AVALUACIÓ
RESULTATS

METODOLOGIA

- **PLANIFICACIÓ DE DECISIONS ANTICIPADES**
- Pacients ja coneguts o a partir de les visites successives , es suggereix l'inici d'un procés de planificació de decisions anticipades.
- S'informa verbalment del que és i els objectius
- Entrega tríptic informatiu



Informació clau

Què és la Planificació de les Decisions Anticipades?

La Planificació de les Decisions Anticipades (PDA) és un procés voluntari de comunicació i deliberació entre una persona i els professionals implicats en la seva atenció.

Al llarg de diverses entrevistes s'explora el coneixement que teniu sobre la vostra situació de salut, de l'evolució possible de les vostres malalties i dels tractaments disponibles en l'actualitat, i s'aclareixen els dubtes que pugueu tenir al respecte.

Durant el diàleg també es recullen els valors més rellevants i les preferències personals que voleu que es tinguin en consideració en relació a la atenció sanitària, especialment en els moments de salut més delicats.

La finalitat última és elaborar un pla conjunt per prendre decisions d'atenció a la salut davant potencials problemes concrets que siguin coherents amb els vostres desitjos i valors.

Per què és important?

- Permet que l'atenció sigui respectuosa amb els vostres valors i preferències.
- Facilita l'expressió de dubtes i l'aclariment de preocupacions en relació a l'estat de salut.
- Disminueix l'angoixa i la sensació d'incertesa.

- Dona seguretat a la persona i a la família que es respectaran els seus desitjos i es prendran les millors decisions.

- Disminueix l'estrès a l'hora de prendre decisions complexes.

- Facilita l'actuació dels professionals en cas d'emergència.

Qui la pot fer?

Qualsevol persona amb majoria d'edat social i amb les capacitats intel·lectuals suficients pot iniciar un procés de PDA.

En el cas dels menor d'edat el procés s'ha de fer amb el tutor legal.

En el cas de les persones amb capacitat intel·lectual limitada, s'haurà de comptar amb la col·laboració del seu representant persona referent.

Qui hi participa?

Les entrevistes es duen a terme amb el professional sanitari o social. De vegades pot ser beneficiós que intervingui algun professional més, bé perquè hi tingueu confiança o perquè coneixi millor la vostra malaltia. També poden participar-hi les persones del vostre entorn que heu decidit.

Quan es pot fer?

Es pot realitzar en qualsevol moment, però és recomanable realitzar-la abans que es produeixi una situació crítica en la salut de la persona. Els acords es poden actualitzar en funció dels canvis en el vostre estat de salut, les noves opcions de tractament disponibles o a petició vostra.

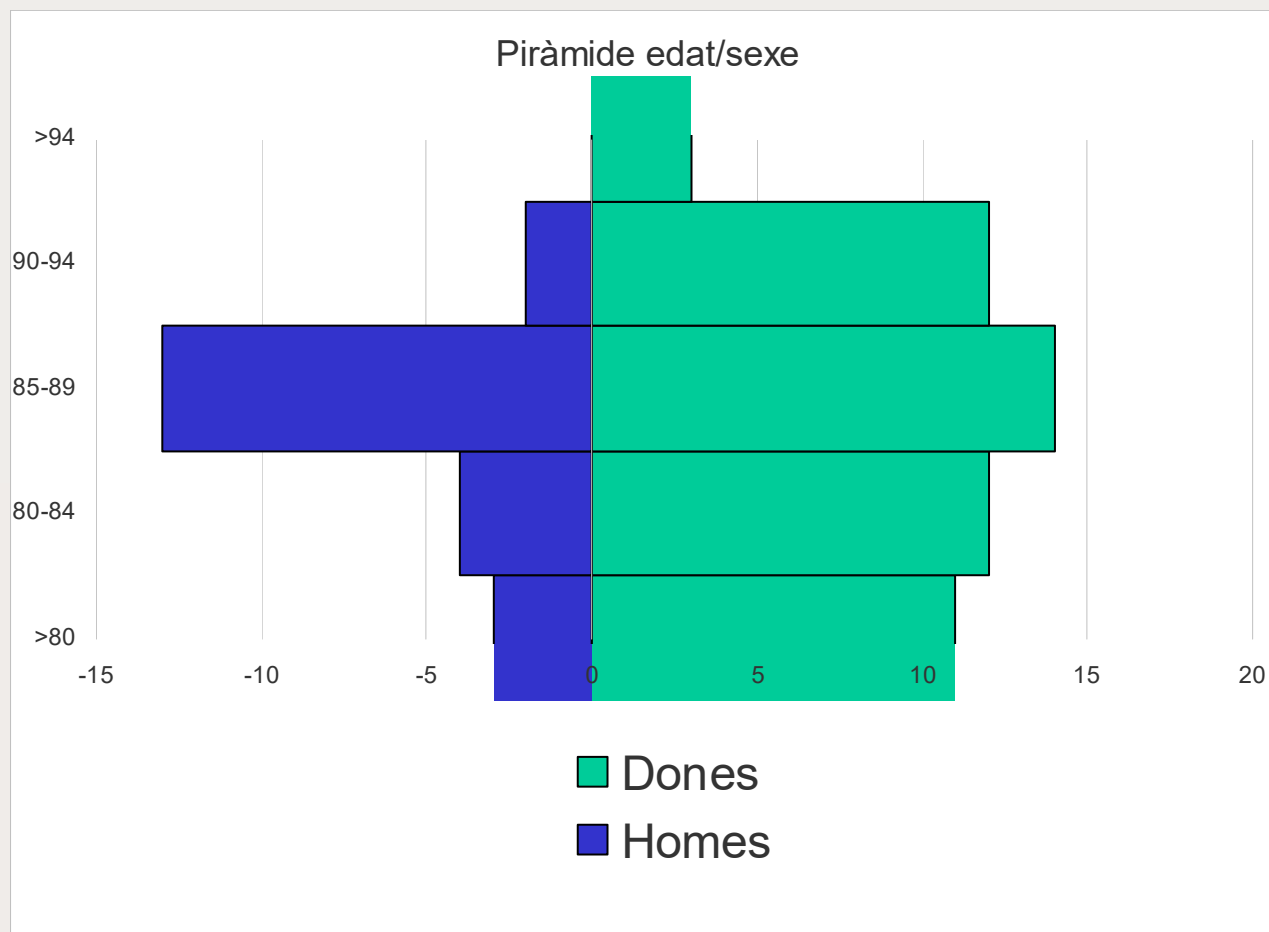
Com es registra?

Les diferents entrevistes es van enregistrant en la vostra història clínica, com qualsevol altre acte clínic. A més, és convenient deixar constància escrita dels acords als quals s'hagi arribat al Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PII) de la vostra història clínica d'Atenció Primària. D'aquesta manera es podrà visualitzar en la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3), per a què qualsevol professional sanitari que us hagi d'atendre (al domicili, en un hospital, etc.) en tingui accés i, en cas que no us pugueu expressar, puguin prendre les decisions de la manera més coherent amb allò acordat prèviament.

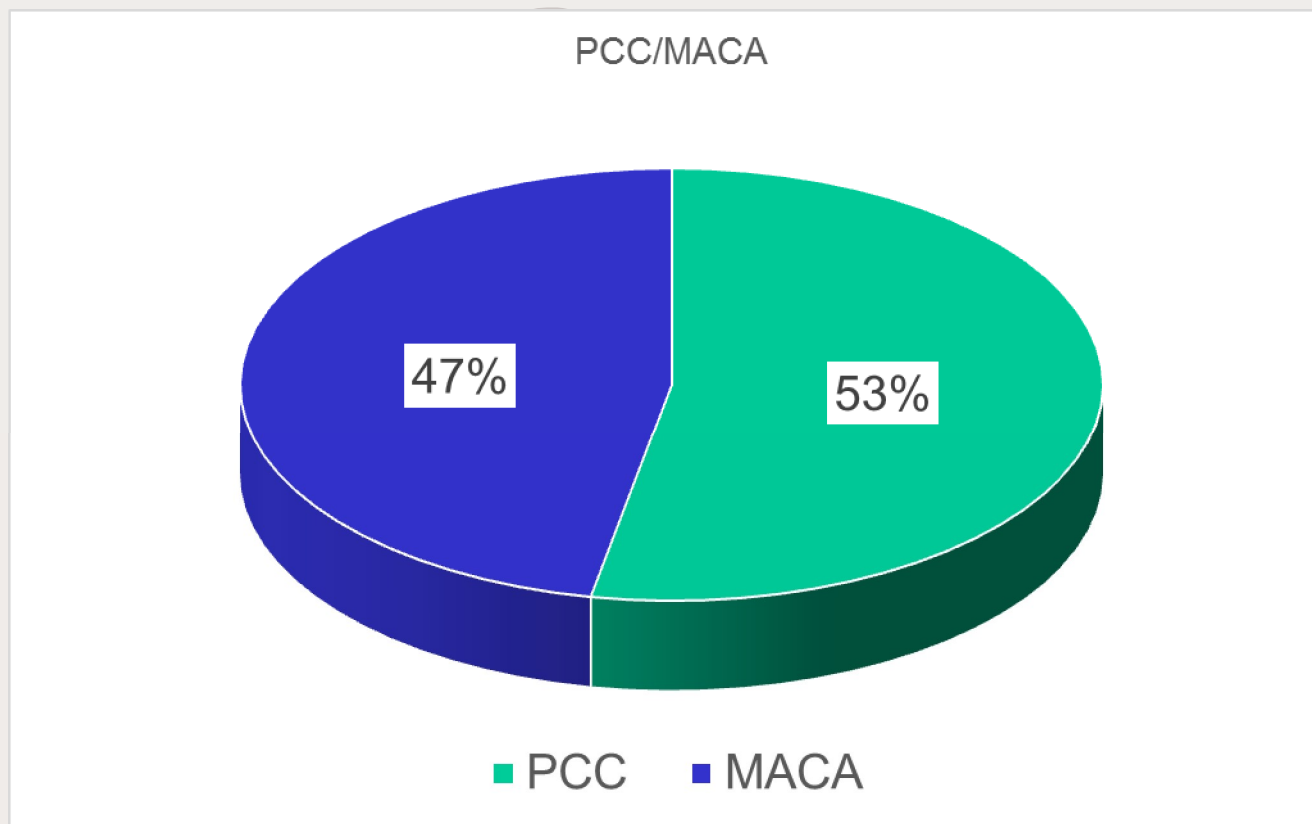
Si té dubtes preguntu al seu professional sanitari.



RESULTATS



RESULTATS



RESULTATS

VALORACIÓ INTEGRAL	
BARTHEL (mitjana)	25
BRADEN (mitjana)	15
NPI (mitjana)	34
MNA-SF	9

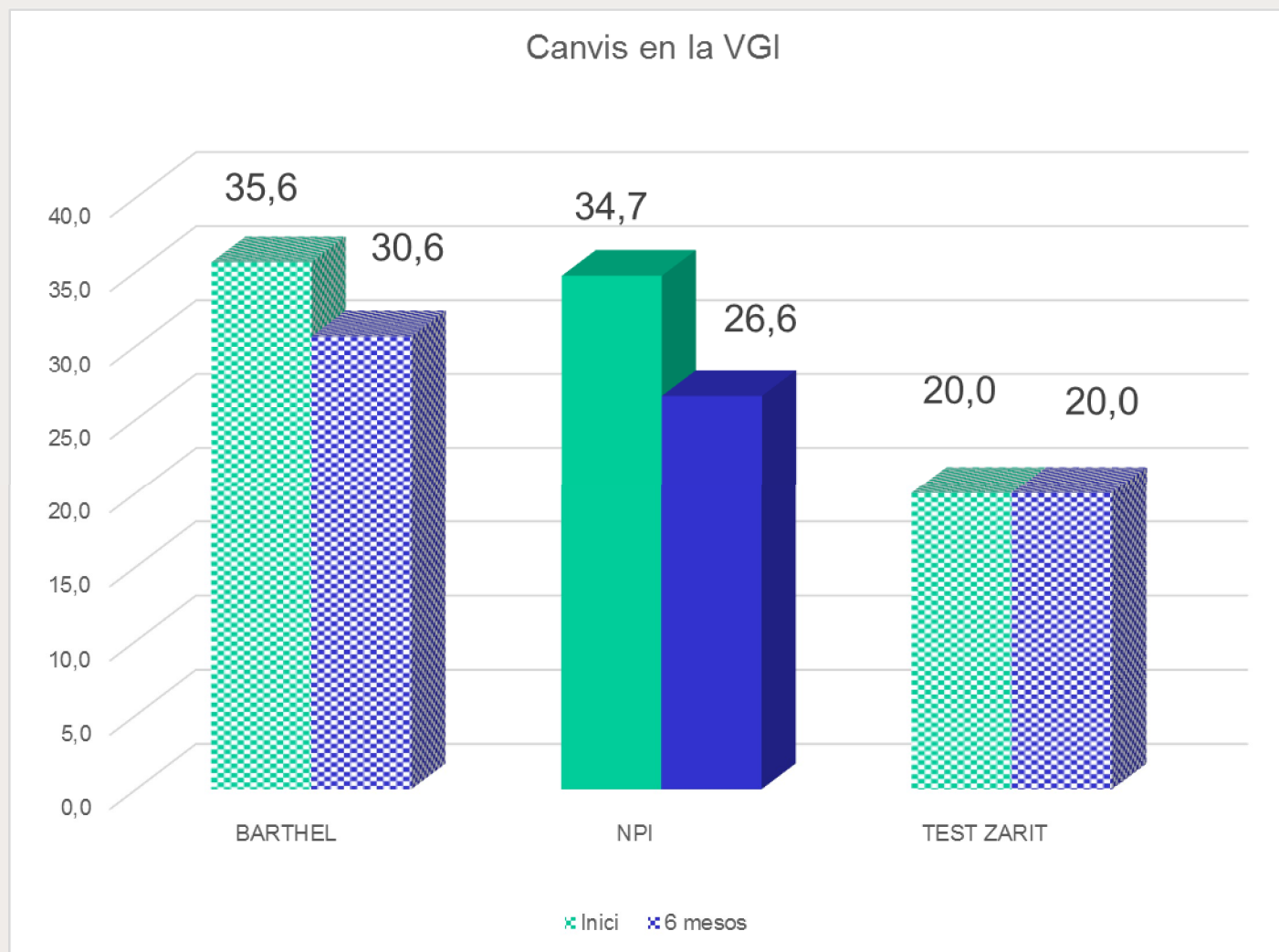
RESULTATS

SINDROMES GERIÀTRIQUES	
Disfàgia (%)	29,40%
Incontinència urinària (%)	100,00%
Nafres per pressió (%)	5,90%
Caigudes (mitjana)	0,53

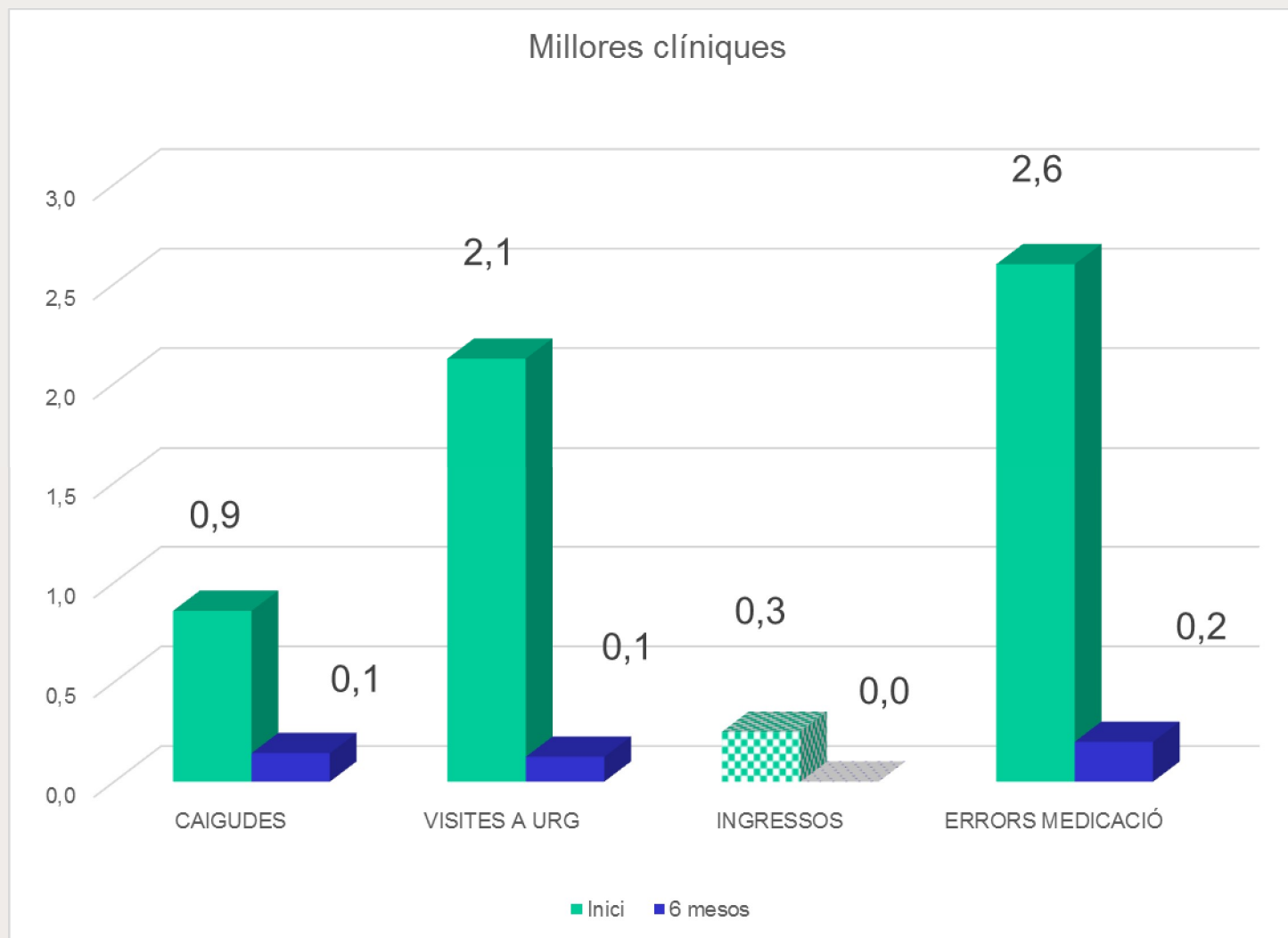
RESULTATS FARMÀCIA

Pacients amb intervenció post revisió farmacoterapèutica	% pacients	n TOTAL revisats (17)
Polimedicats (> 5 fàrmacs) (%)	82,35%	14
Pacients amb errors de medicació	76,47%	13
Pacients amb retirades de fàrmacs	82,35%	14
Pacients amb optimitzacions de fàrmacs	47,05%	8
Pacients a qui s'afegeixen fàrmacs	35,29%	6

RESULTATS ALS 6 MESOS



RESULTATS ALS 6 MESOS



CONCLUSIONS

- La planificació de l'atenció i de les decisions anticipades són una eina fonamental en pacients geriàtrics amb pluripatologia i amb malalties degeneratives progressives com demències
- L'èxit de qualsevol intervenció serà quan es fonamenti en el treball en equip multidisciplinar i amb integració assistencial, garantint la continuïtat de cures en tot el procés assistencial
- El projecte actual es troba en fase de realització però les primeres avaluacions, malgrat el petit nombre de participants, són clarament positives.

CONCLUSIONS

- Tot i la bona col·laboració entre la residència i l'equip assistencial, vam trobar la dificultat de realitzar visites al residents de forma conjunta amb els familiars/cuidadors.
- La millora en els resultats obtinguts creiem que no sols proporciona millor qualitat de vida del pacient si no també una satisfacció al professional i benestar a la família.

PROJECTE MULTIDISCIPLINAR DE DEMÈNCIES A L'ABS RIUDOMS

MOLTES GRÀCIES!!!!

msalvado@grupsagessa.com