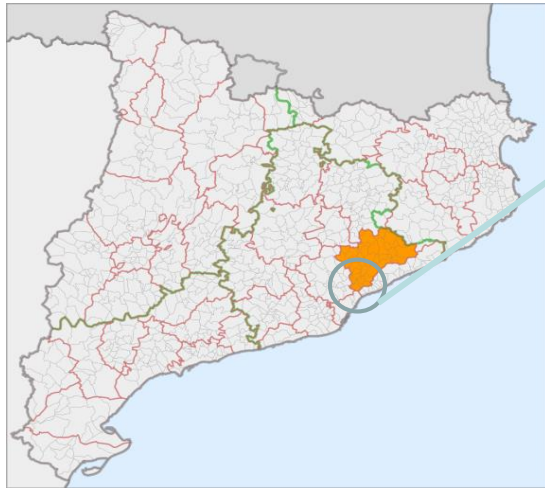


IDENTIFICACIÓ DE PERSONES AMB DEMÈNCIA EN FASE AVANÇADA I NECESSITATS D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA EN L'ÀMBIT RESIDENCIAL

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.

<p>GDS 6. Defecto cognitivo grave</p>	<p>6. EA moderada-grave</p>	<p>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).</p>
	<p>6a</p>	<p>Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones</p>
	<p>6b</p>	<p>Incapaz de bañarse correctamente</p>
	<p>6c</p>	<p>Incapaz de utilizar el váter</p>
	<p>6d</p>	<p>Incontinencia urinaria</p>
	<p>6e</p>	<p>Incontinencia fecal</p>

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

Identificació

Utilització instrument NECPAL

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Palativas)

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 muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales, cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema, al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estado III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repetición sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Detección persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distres emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos, cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 o más ingresos sucesivos (no programados) en centros hospitalarios o socioasistenciales por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

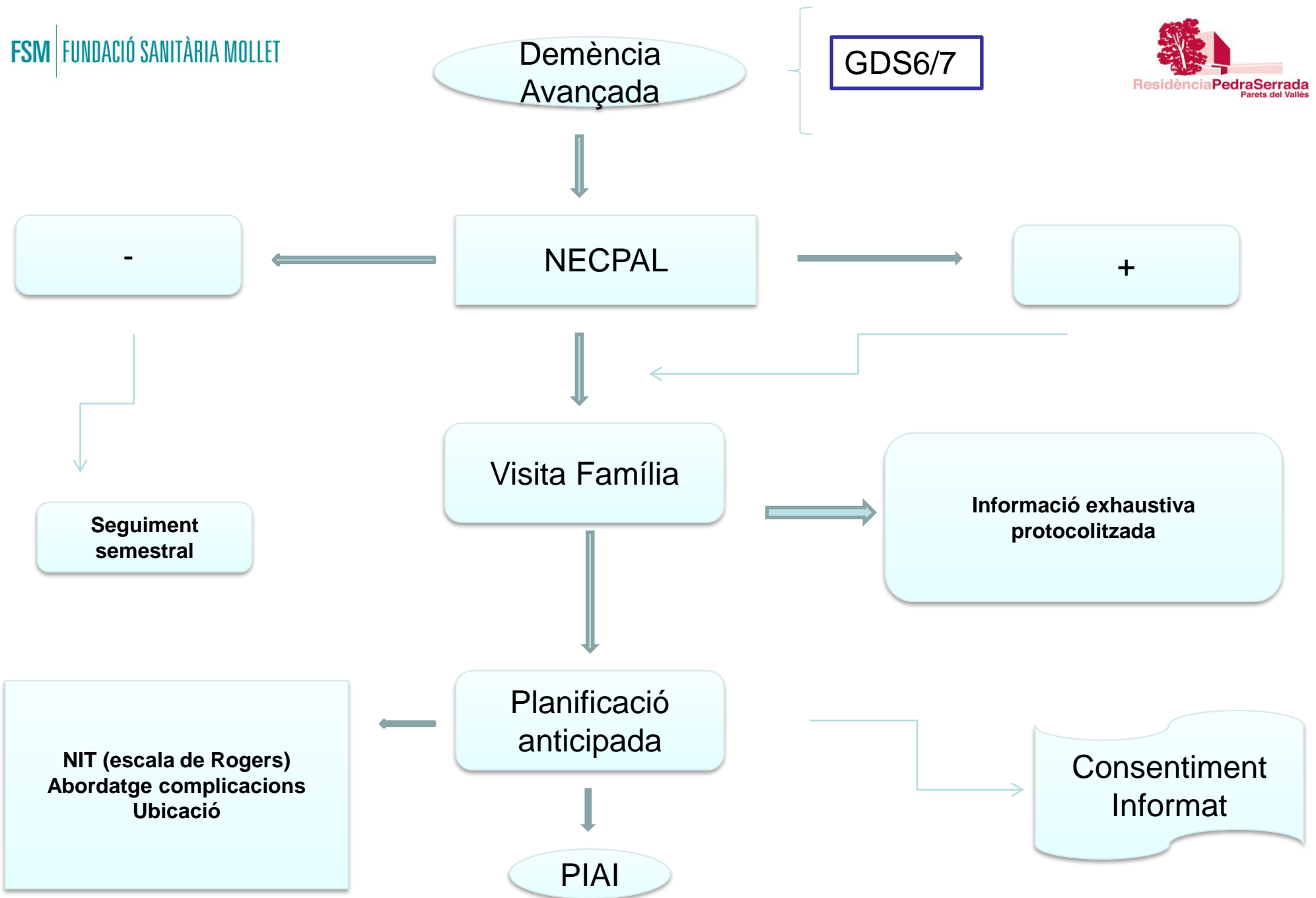
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de <u>un</u> criterio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estado IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica– también en estado III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, tratamiento evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SVC, hígado, pulmón masivo, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Días de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> 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 difícil restrictivo severa: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de geometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliar o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estado III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria externa no revascularizable <input type="checkbox"/> Días de angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (FAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antiémbolia), 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Debilidad progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, días de insuficiencia respiratoria	
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de <u>un</u> criterio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 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

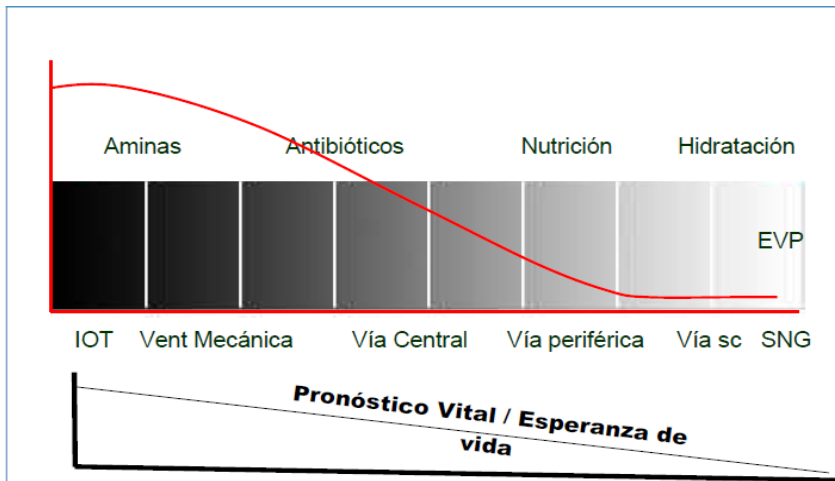
- 60 persones avaluades (n=60).
- 38 (63%) presenten demència moderada/greu (GDS 6/7).
- Edat mitja: 85,5 anys.
- Sexe: 29 (76%) dones i 9 (24%) homes.
- Tipus de demència més freqüent: Alzheimer i en segon lloc, Vascular/Mixta.
- Instrument NECPAL Positiu: 100% dels casos (que es correlaciona amb els 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	■				
Suport 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 limites** (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 f dying patients.* J Am Geriatr Soc 1995; 43: 55-562) (versión española ensayada: Porta M, et al. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2001; 36 (S2): 15-18)

Servicio de Geriatria IMAS (IACS), 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