



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut

La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# “ Atenció al pacient crònic complex i en final de la vida: tractament pel control de símptomes”



# Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

37282

DISPOSICIONS

DOGC 5915 – 7.7.2011

DEPARTAMENT  
DE LA PRESIDÈNCIA

ACORD

GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

L'Organització Mundial de la Salut defineix la gestió de malalties cròniques com la "gestió continuada de les malalties al llarg d'un període d'anys o dècades". El seu tractament requereix, cada vegada més, la intervenció de professionals diferents i de diferents àmbits de l'atenció, degut a la complexitat dels trastorns crònics i al fet que els i les pacients, especialment gent gran, sovint pateixen més d'una malaltia crònica alhora. Aquest fet resulta d'especial rellevància en un escenari dominat per l'envelliment de la població. Es preveu que a Europa el percentatge de persones de més de 65 anys passarà del 16,45% el 2009 a un 26% el 2040.

La relació de l'edat amb les malalties cròniques i amb el consum de recursos sanitaris està clarament establerta, i la prevalença de malalties cròniques augmenta conforme avança l'edat. S'estima que les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat el 2020, i que cap al 2030 es doblarà la incidència actual d'aquest tipus de malalties en persones de més de 65 anys. Les persones amb múltiples malalties cròniques representen més del 50% de la població amb malalties cròniques.

La demanda i el consum de recursos originats per les malalties cròniques comporten la major càrrega assistencial per als sistemes de salut, i poden comportar fins al 75% de la despesa sanitària. Diversos estudis posen de manifest que un nombre reduït de pacients origina l'ús intensiu d'estades hospitalàries, atencions urgents i consultes d'atenció primària.

La cronicitat representa, així mateix, conviure amb una malaltia o discapacitat al llarg del temps de forma processual. No es pot parlar d'una sola forma de cronicitat, sinó de diverses i també de diverses formes de viure-les, que dependran de predisposicions personals, de l'entorn i d'altres característiques a vegades difícils de dilucidar.

A Catalunya la cronicitat, per la seva incidència en la població i per la taxa de morbiditat que comporta, és un dels problemes prioritaris de salut i fa necessari el desenvolupament d'estratègies globals, coordinades i integrades en el nostre sistema sanitari.

El Pla de Govern 2011-2014 fa palès que les necessitats sanitàries de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi, reforçar el valor de l'atenció integral a les persones i de l'eficiència i la qualitat del model prestacional, i estableix, entre els seus objectius, el de definir i implementar el Pla de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya, i promoure l'encaix dels serveis sanitaris i socials.

En definitiva, la creació d'un marc de prevenció i atenció a la cronicitat es presenta com una oportunitat per realitzar un canvi de paradigma, en què cal comptar amb la implicació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social, per tal d'establir un marc d'actuació integral des d'una perspectiva poblacional.

Aquest nou paradigma comportarà una reordenació del sistema sanitari per tal de reorientar-lo a la resolució de les necessitats de les persones que pateixen o es troben en situació de patir processos crònics. Un sistema elaborat a partir del coneixement dels i de les professionals, amb la participació integral de totes les persones actores implicades en l'àmbit de la salut i serveis socials, que tindrà en compte l'equitat i la sostenibilitat.

Vistos els informes de l'Assessoria Jurídica del Departament de Benestar Social i Família de data 27 de juny de 2011 i de l'Assessoria Jurídica del Departament de Salut de data 17 de juny de 2011;

37282

DISPOSICIONS

DOGC 5915 – 7.7.2011

DEPARTAMENT  
DE LA PRESIDÈNCIA

ACORD

GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Vigència 2011-2014



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Presentació del Programa de  
Prevenció i Atenció a la Cronicitat

5 de juliol de 2011



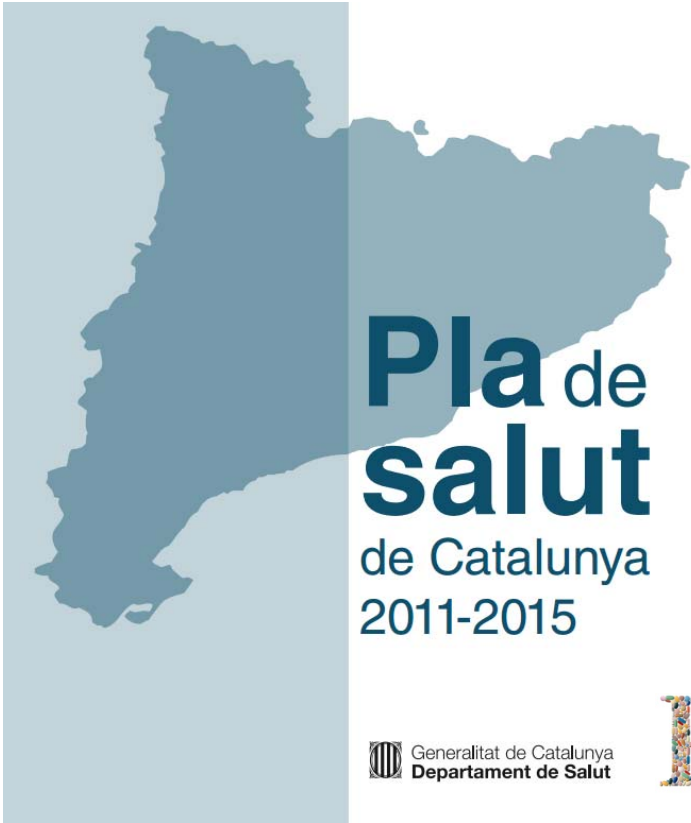
Presentació
Resum executiu
I. Context de partida: els reptes del sistema sanitari de Catalunya
II. Principis que inspiren el Pla de salut
III. Punt de partida: diagnòstic i prioritats del sistema sanitari de Catalunya
L'avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010
Els resultats en salut
La situació dels serveis
Les prioritats clau del canvi
IV. Els tres eixos vertebradors del Pla de salut de Catalunya 2011-2015
IV.I. Més salut i millor qualitat de vida
<i>Línia d'actuació 1. Objectius i programes de salut</i>
IV.II. Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries
<i>Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics</i>
<i>Línia d'actuació 3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori</i>
<i>Línia d'actuació 4. Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització</i>
IV.III. Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible
<i>Línia d'actuació 5. Major enfocament cap als pacients i les famílies</i>
<i>Línia d'actuació 6. Nou model de contractació de l'atenció sanitària més enfocat a resultats en salut</i>
<i>Línia d'actuació 7. Incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic</i>
<i>Línia d'actuació 8. Millora en el govern i en la participació en el sistema</i>
<i>Línia d'actuació 9. Informació compartida, transparència i avaluació</i>
V. Full de ruta de la transformació
Epíleg
Abreujacions
Referències bibliogràfiques

## IV.II. Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries

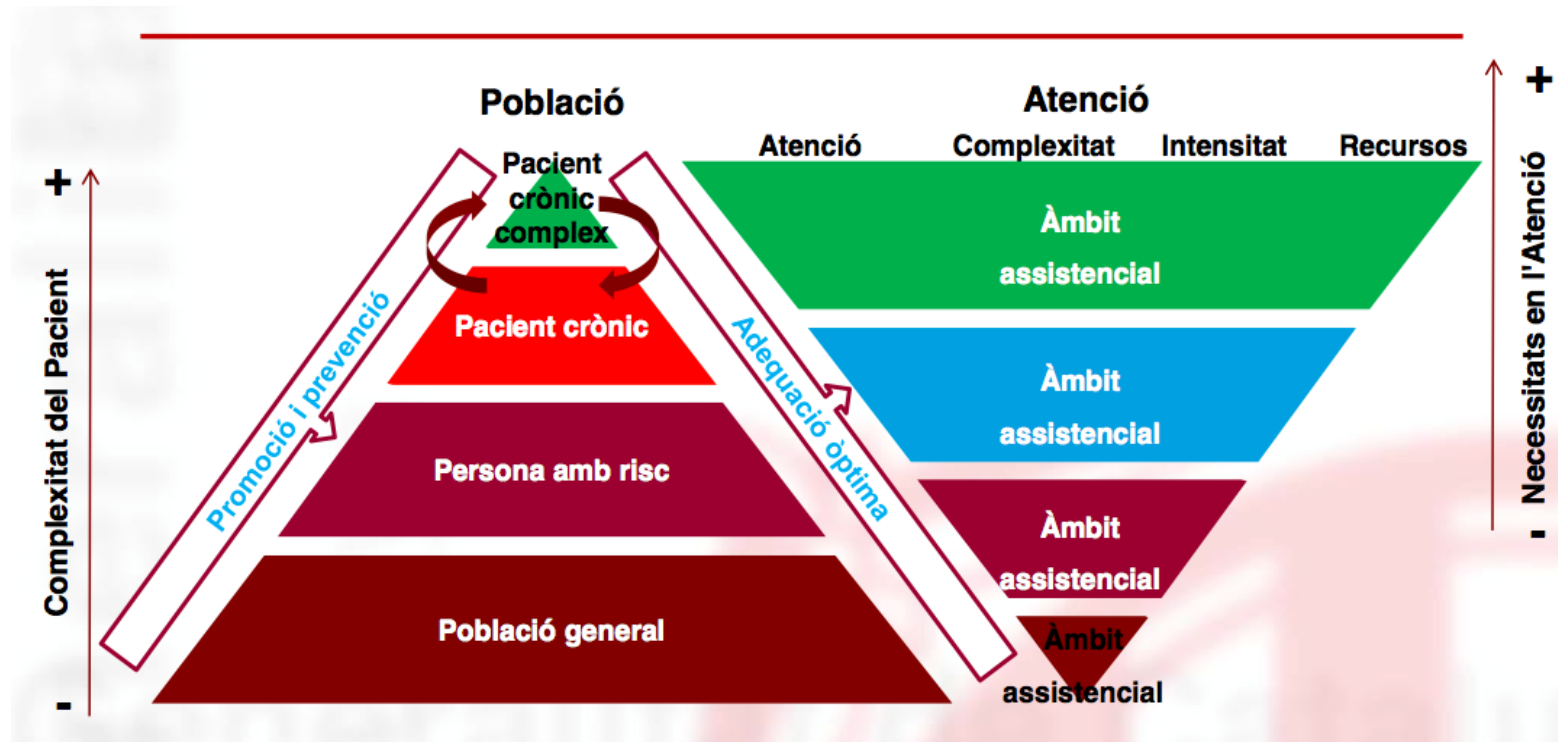
### Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics

- És necessari afrontar el repte estructural de la cronicitat amb una estratègia de canvi integral en el model assistencial.
- El model proposat es basa en sis grans principis:
  - Enfocament poblacional, orientat a totes les persones. Des de les sanes amb factors de risc o sense, fins a les que tenen alguna malaltia en qualsevol dels seus estats evolutius.
  - Autoresponsabilització de la ciutadania amb la seva salut.
  - Potenciació de les iniciatives dels professionals.
  - Model assistencial integrat.
  - Aprofitament de les noves tecnologies.
  - Col·laboració interdepartamental.
- Aquesta estratègia es materialitza en sis grans projectes:
  - Implantar processos clínics integrats per a deu malalties.
  - Potenciar els programes de promoció i prevenció de la salut i prevenció de les malalties.

- Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura.
- Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat.
- Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos.
- Implantar programes d'**ús racional del medicament**.
- És fonamental adaptar el model de contractació, la formació dels professionals i els sistemes d'informació compartits per a l'èxit d'aquesta estratègia.

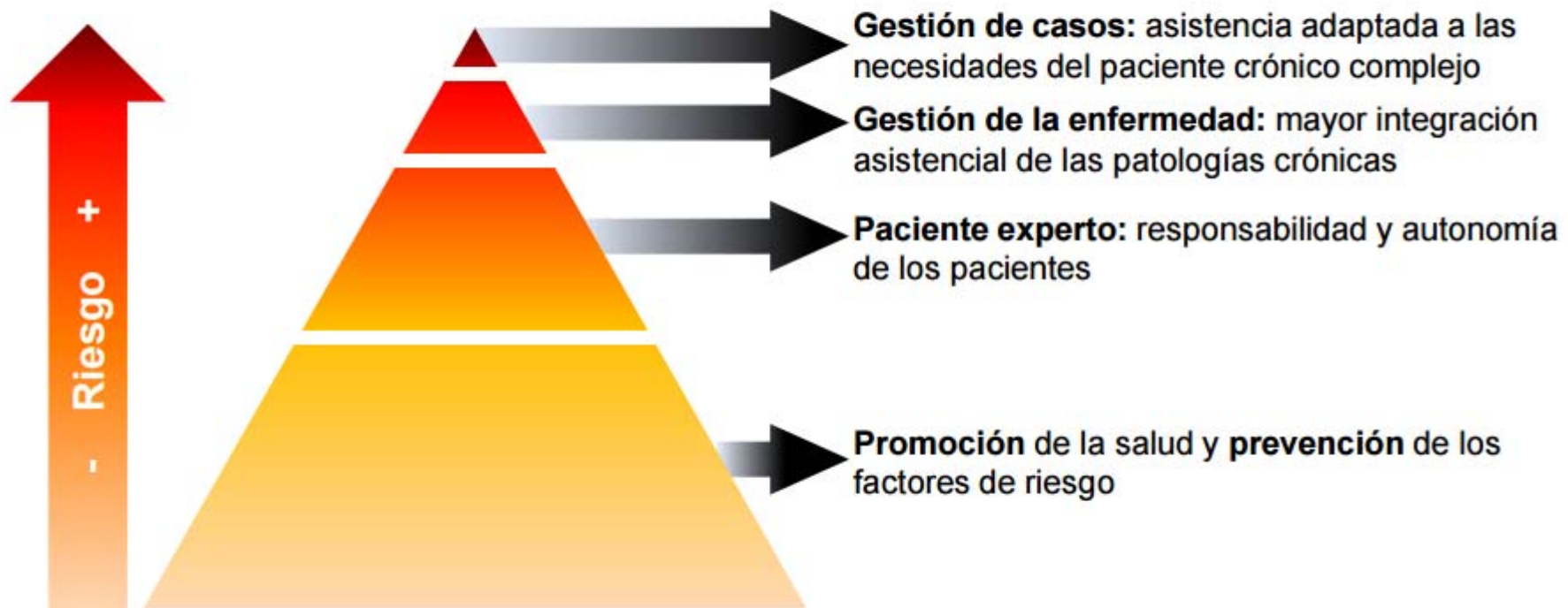


# Piràmides invertides: salut i atenció sanitària



Font: Generalitat de Catalunya  
Departament de la Salut

# Estratificar la población según el riesgo



**Pirámide de Kaiser Permanente**

Model predictiu	Procedència dades	ROC	Outcome
Emergency Admission Risk Likelihood Index ( <b>EARLI</b> ) Lyon D., Reino Unido	Qüestionari autoadministrat en > 75 a.	0,69	Ingrés hospitalari urgent /no programat als 12 mesos
<b>Combined Predictive Model/PARR++</b> . King's Fund, Reino Unido	Dades sistema informació hospitals (At. Primària ?)	-	Ingrés hospitalari urgent als 12 mesos
Scottish Patients at Risk of Readmission /Admission ISD Scotland ( <b>SPARRA</b> )	Dades sistema informació hospitals	0,68	Ingrés hospitalari urgent als 12 mesos
Probability of Repeated Admissions ( <b>PRA</b> ) Wagner, en 3 països europeos	Qüestionari autoadministrat en > 65 a.	0,67	Ingrés hospitalari urgent als 12 mesos
Community Assessment Risk Screen ( <b>CARS</b> ), USA	Entrevista telefònica i qüestion. autoadministr. > 65 a.	0,74	Ingrés hospitalari urgent als 12 mesos

## SCREENING CRITERIA IN THE PRATM HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

The Pra™ elder health assessment survey was developed from extensive data analysis from the Longitudinal Study of Aging (LSOA) conducted by the National Center for Health Statistics and the National Institute on Aging (NIA). The LSOA conducted in-depth interviews with 7527 elderly Americans and then tracked their use of health services through the records of the Medicare program for six years. From the study, eight factors emerged as risks for repeated hospital admission:

- Age **Edat**
- Male gender **Sexe**
- Poor self-rated general health **Autopercepció Salut**
- Availability of an informal caregiver **Absència Cuidador Informal**
- Having ever had coronary artery disease **Problema cardíac**
- Having had diabetes during the previous year **Diabetis**
- A hospital admission during the previous year **Ingrés Urgent**
- More than six doctor visits during the previous year **Visites At Primària**

## LACE Instrument: qüestionari Risc Reingrés

LACE index for the quantification of risk of death or unplanned readmission within 30 days after discharge

Attribute	Value	Points*
Length of stay, d ("L")	< 1	0
<b>Estada mitjana</b>	1	1
	2	2
	3	3
	4-6	4
	7-13	5
	≥ 14	7
Acute (emergent) admission ("A") <b>Ingrés Urgent</b>	Yes	3
Comorbidity (Charlson comorbidity index score†) ("C")	0	0
<b>Comorbiditat</b>	1	1
	2	2
	3	3
	≥ 4	5
Visits to emergency department during previous 6 mo ("E")	0	0
<b>Visites Urgències 6 mesos abans</b>	1	1
	2	2
	3	3
	≥ 4	4

\*A patient's final LACE score is calculated by summing the points of the attributes that apply to the patient.

## Model de predicció ingressos

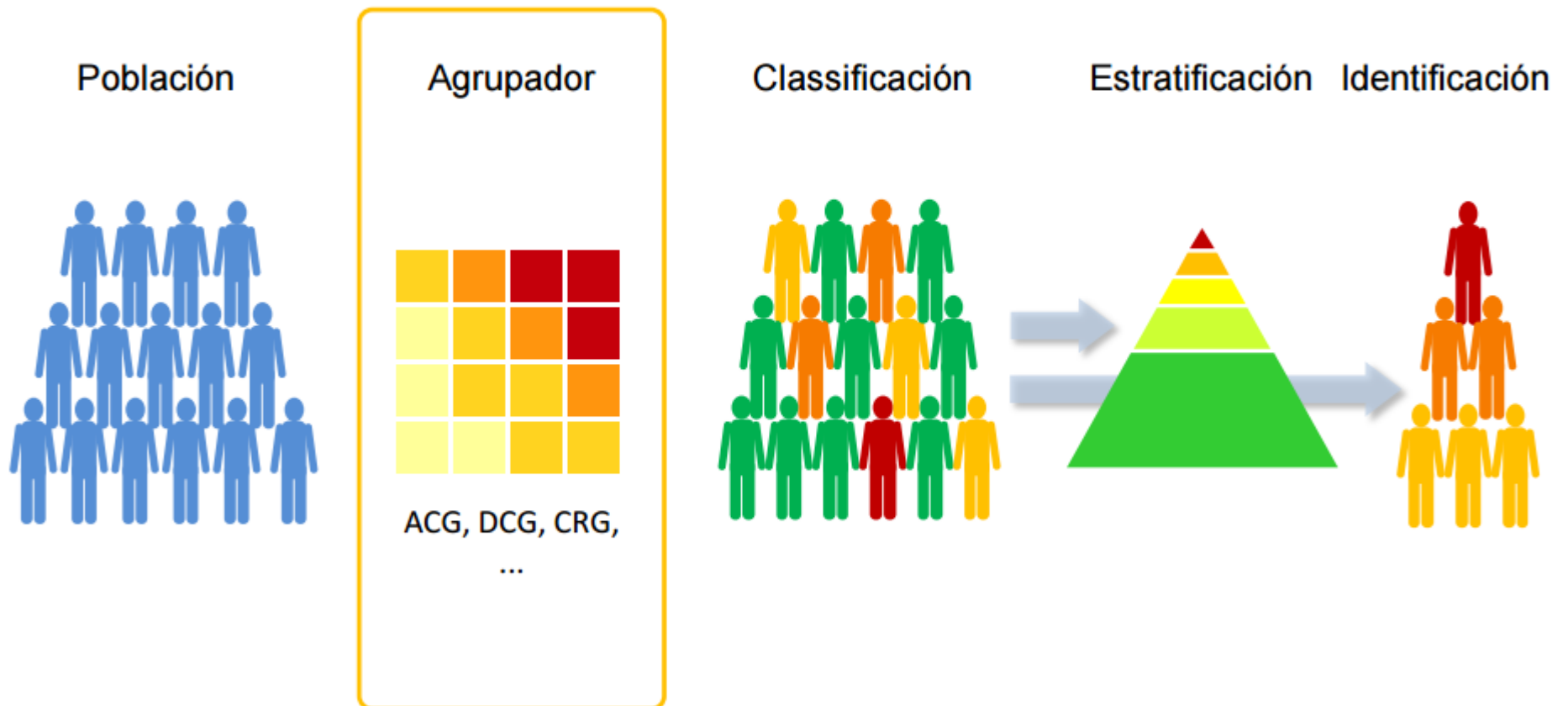
Informe Tècnic  
Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Catalunya  
14/3/2010  
Marzo 2010

Modelo de predicción de ingresos hospitalarios. OR (intervalo de confianza de 95%, IC95%)

Características sociodemográficas	OR (IC 95%)
Sexo (hombre)	1,34 (1,24 - 1,45)
Edad	
45-64	2,12 (1,89 - 2,36)
>65	6,04 (5,44 - 6,7)
Morbilidad	
Diabetes insulinodependiente	2,89 (1,98 - 4,23)
Diabetes no insulinodependiente	1,42 (1,28 - 1,57)
Cardiopatía isquémica	1,64 (1,44 - 1,87)
Insuficiencia cardíaca	2,54 (2,13 - 3,03)
Enfemisa	2,37 (1,54 - 3,63)
EPOC	1,76 (1,52 - 2,04)
Diagnósticos concurrentes (≥5)	1,91 (1,48 - 2,45)
Dispensación ≥ 4 medicamentos	3,5 (3,20 - 3,82)
Utilització de serveis/año 2006	
Ingressos urgents (≥2)	16,41 (9,96 - 27,02)
Ingressos programados (≥2)	6,12 (4,01 - 9,34)
Dias de estancia acumulada (≥9)	10,56 (7,17 - 15,56)
Utilització de serveis/año 2007	
Ingressos urgents (≥2)	35,33 (24,20 - 51,57)
Ingressos programados (≥2)	5,46 (3,78 - 7,89)
Dias de estancia acumulada (≥9)	16,97 (12,07 - 23,87)

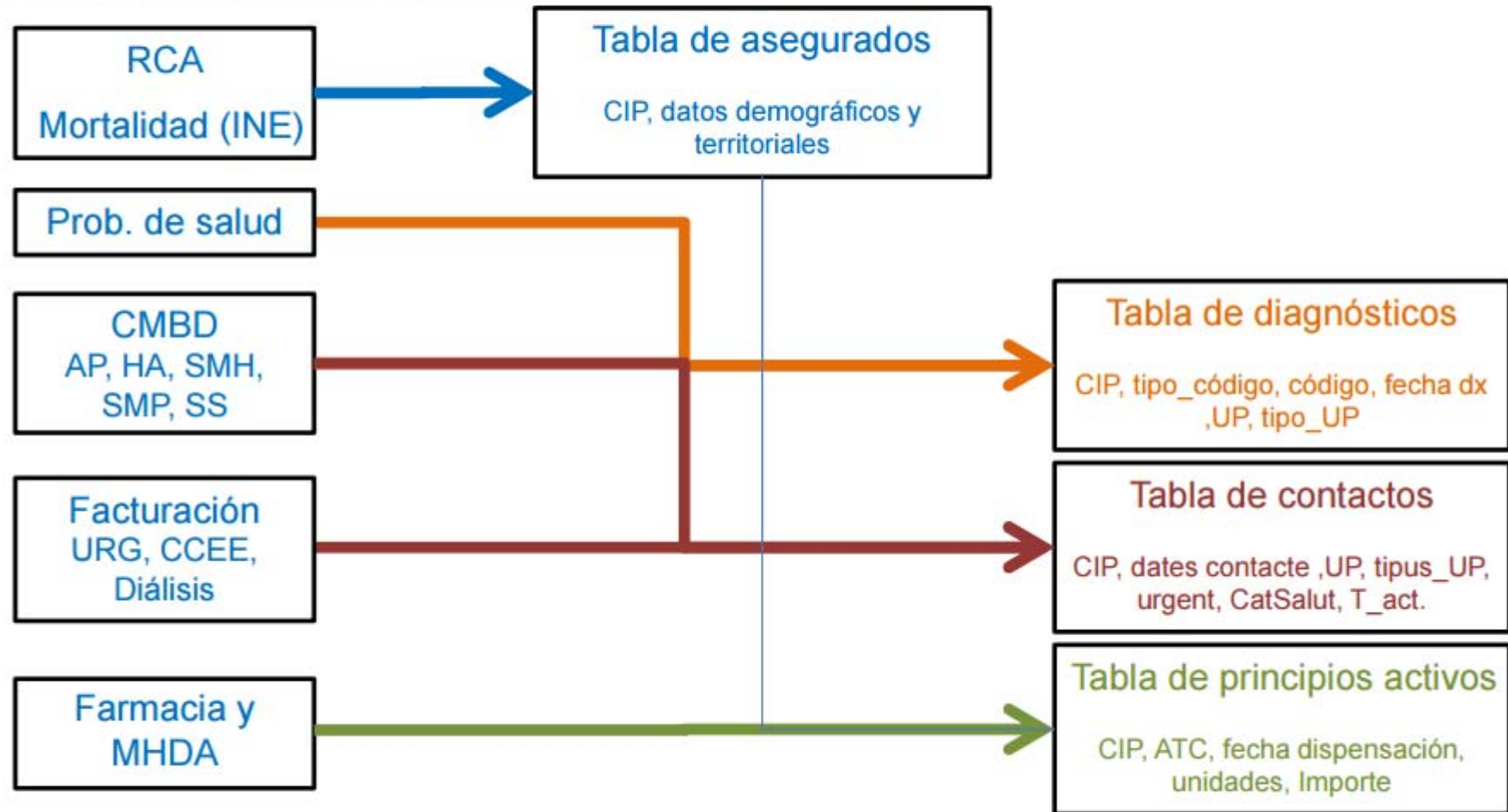
Categorías de referencia: ser mujer; tener < 45 años; no diagnóstico de: dial insulinodependiente, diabetes no insulinodependiente, cardiopatía isquémica; insuficiencia cardíaca, enfemisa, EPOC; < 5 diagnósticos concurrentes; < 4 medicamentos; < 2 ingresos urgents; < 2 ingresos programados; < 9 días estancia acumulada

# Agrupadores de morbilidad



# Base de datos de morbilidad poblacional

## Fuentes de datos



# Agrupadores de morbilidad

## Arquitectura GMA



	Grupo de Morbilidad	Nivel de Complejidad				
 <b>(Multi) Morbilidad</b> 	Pacientes con neoplasias en el período	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología crónica en 4 o más sistemas	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología crónica en 2-3 sistemas	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología crónica en 1 sistema	1	2	3	4	5
	Pacientes con patología aguda	1	2	3	4	5
	Embarazos y partos	1	2	3	4	5
	Población sana	1				

 **Complejidad** 

# Agrupadores de morbilidad. Resultados

## Estratificación

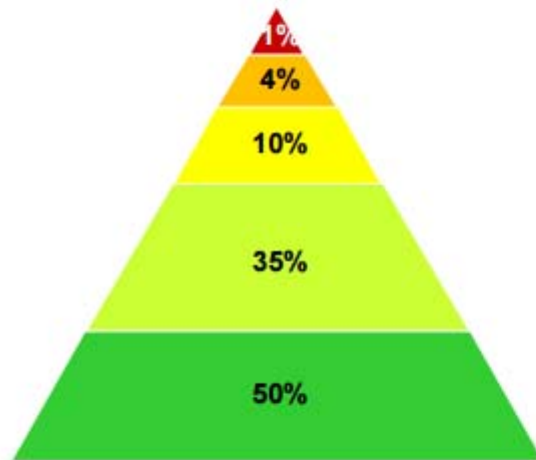


% Pob.	%Mort.	%Ingres.	Gasto	% Gasto
1	28,9	138,4	12.273€	12,8%
4	8,4	33,5	5.326€	22,2%
10	1,3	7,5	2.321€	24,2%
35	0,2	2,6	850€	31,1%
50	0,0	0,4	188€	9,6%

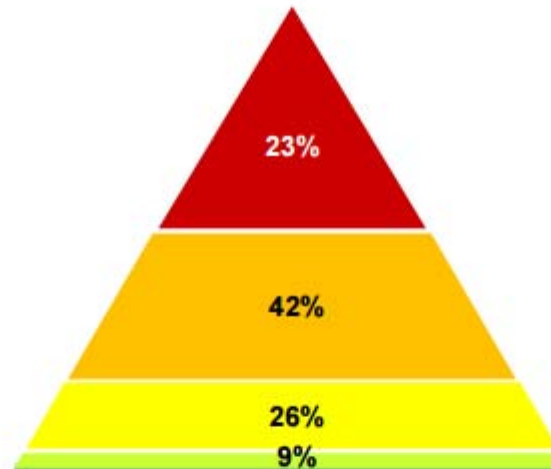
# Agrupadores de morbilidad y PCC



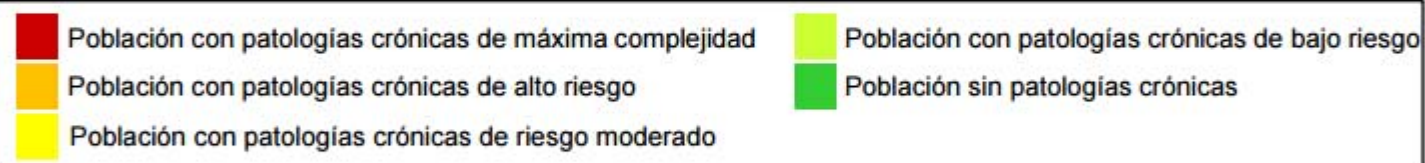
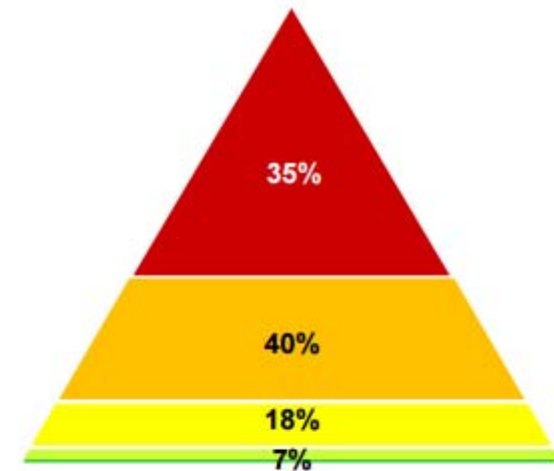
Población Catalunya



PCC



MACA



## Cada grup poblacional té unes característiques i necessitats pròpies

	Característiques	Objectius	
Pacients crònics complexos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacients amb múltiples malalties cròniques o amb malaltia crònica principal greu i comorbiditat, sovint amb discapacitat, i amb freqüents reaguditzacions i descompensacions amb pèrdua de capacitat funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de símptomes</li> <li>Prevenició de descompensacions</li> <li>Disminució de l'ús de recursos hospitalaris i d'urgències</li> <li>Manteniment de l'autonomia</li> <li>Retard en la institucionalització</li> <li>Millora del benestar i la qualitat de vida, i la satisfacció del pacient i els cuidadors</li> </ul>	Gestió de casos
Persones amb malaltia crònica en situació de risc o fragilitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persones amb una malaltia crònica avançada en situació de risc per complicacions però que mantenen la capacitat d'autocura. En fases avançades poden evolucionar cap a situacions pròpies del nivell superior (pacient crònic complex)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control òptim de la malaltia per alentir la seva progressió i control dels símptomes associats, reduint les reaguditzacions i disminuint les hospitalitzacions i anades a serveis d'urgències. Manteniment de l'autonomia</li> </ul>	Gestió de la malaltia
Persones amb factors de risc o malaltia crònica de baixa complexitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persones amb factors de risc per a malalties cròniques o amb malaltia crònica poc evolucionada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manteniment de la salut, estabilitat clínica de les patologies de base i prevenició de l'aparició o progressió de malaltia greu i/o discapacitat</li> </ul>	Suport a l'autocura
Població general	<ul style="list-style-type: none"> <li>Població sense factors de risc ni patologia crònica de base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestió de riscos per a la salut, promoció d'estils de vida saludables i activitats de prevenició primària</li> </ul>	Protecció i promoció de la salut i prevenició de la malaltia

# Conceptes

## Complexitat

Situació que reflecteix la **dificultat de gestió** d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li **plans individuals específics** a causa de la presència o **concurrència de malalties**, de la seva manera **d'utilitzar els serveis o del seu entorn**



Font: [www.termcat.cat](http://www.termcat.cat)

# Conceptes

- Els **pacients complexos** ho són en tant que obliguen a prendre decisions difícils.
- Difícils des del punt de vista de maneig clínic (entès aquest des de la més àmplia accepció).
  
- El **pronòstic de vida limitat** no estableix una situació de complexitat.
- En canvi sí que serien definatoris de complexitat...



# Conceptes

- **La dificultat decisional**, tant des de la
  - vessant **intrínseca** (*fins quin punt és complicada la/es patologia/es que pateix el pacient*) o
  - vessant **extrínseca** (*fins quin punt l'entorn "extraclínic" dificulta o estressa la pressa de decisions*).
- **L'elevat nombre de necessitats detectades.**

# Conceptes

- La necessitat d'establir plans i **models assistencials específics**.
- La rellevància que prenen els **valors i les preferències del pacient**.
- La prioritat de posar en sintonia les organitzacions de cara a una **actuació integral** que minimitzi la “complexitat evitable”.



# Conceptes

- Hi ha **complexitat en l'assistència** (vinculada a la presa de decisions que el professional percep)
- Hi ha **complexitat en la gestió clínica**, en relació a com els nostres pacients en situació complexa consumeixen recursos, com es mouen pel sistema, com els fem moure pel sistema
- El **malalt fràgil** respon a un altre paradigma clínic, més relacionat amb aspectes de vulnerabilitat i en entorns preclínics



# # Fragilitat:

Estat fisiopatològic de **vulnerabilitat**

enfront malalties, per

**limitació** dels **mecanismes**

**compensadors**

i pèrdua d'homeostasi

degut a una **disfunció**

en múltiples sistemes corporals,

que condicionen **disminució**

de **reserva** funcional.



Fried et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med; 2001;56: M 146-56

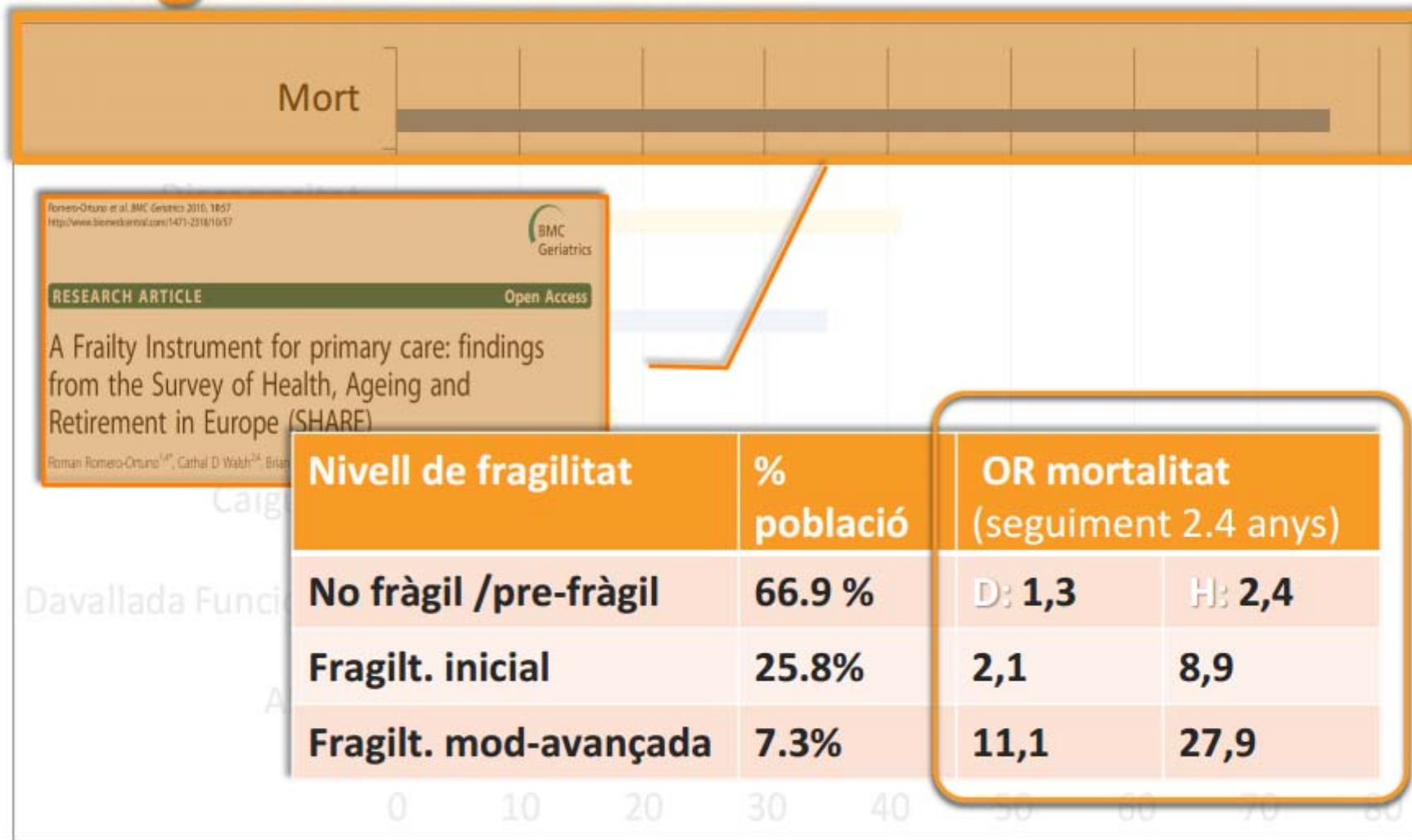
Font: Jordi Amblàs

*La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments*

10a edició



# # Fragilitat i final de vida



Shelley A et al. The identification of Frailty: A sistematic Literature Review. JAGS 59:2129-2138, 2011.

Font: Jordi Amblàs

*La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments*

10a edició





# Valoració Geriàtrica Integral

DIMENSIÓ		Valoració BÀSICA
Valoració <b>CLÍNICA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Llistat de malalties actives</li> <li>➤ Revisió de medicació</li> </ul>
Valoració <b>FUNCIONAL</b>	Activitats <b>instrumentals</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conserva alguna act. instrumental ?</li> <li>➤ És almenys autònom per la medicació ?</li> </ul>
	Activitats <b>bàsiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si és força autònom per ABVD (IB ≥ 90)</li> <li>➤ Si té dependència moderada (IB 85-25)</li> <li>➤ Si té dependència severa (IB ≤ 20)</li> </ul>
Valoració <b>MENTAL</b>	Valoració <b>cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si <b>no</b> consta deteriorament cognitiu</li> <li>➤ Si té <b>det.cognitiu lleu-moderat</b> (GDS 3-4-5)</li> <li>➤ Si té <b>det. cognitiu greu</b> (GDS 6-7)</li> </ul>
	Valoració <b>emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si està eutímic</li> <li>➤ Si té <b>trastorn depressiu</b> en tractament.</li> </ul>
Valoració <b>SOCIAL</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si viu a domicili /Residència</li> <li>➤ Si hi ha absència / presència de criteris de <b>vulnerabilitat i/o complexitat social</b></li> </ul>

## Valoració PREMIUM

Test **Charlson**

Test **Lawton**

Test **Barthel**

Test **Pfeiffer**

**Minimental**

Test **Yesavage**

Escala **Gijón**

Test **Zarit**

Adaptat del monogràfic sobre Fragilitat. CAAPS 2015.

Font: Jordi Amblàs

*La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments*

10a edició





# Valoració Geriàtrica Integral

Valoració  
PREMIUM

Valoració <b>nutricional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pèrdua de pes els darrers 6 mesos: &gt;5%? &gt; 10%?</li> <li>➤ Anorèxia significativa</li> </ul>	<b>MNA, IMC,...</b>
<b>Síndromes Geriàtriques</b>	<b>Caigudes i tr. marxa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ha presentat <b>≥ 2 caigudes</b> els darrers 6 mesos?</li> </ul>	<b>Test get up and go</b>
	<b>Nafres per pressió</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Té nafres per pressió? - grau I/II/III/IV?-</li> </ul>	Escala de <b>Braden</b>
	<b>Disfàgia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ S'ennuega habitualment amb la ingesta de líquids? Sòlids? Aliments de doble consistència ?</li> </ul>	Test de <b>deglució</b>
	<b>Síndrome confusional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ha presentat <b>transtorn de comportament</b> (hiperactiu o hipoactiu) en relació a processos intercurrents ?</li> </ul>	<b>CAM</b>
	<b>Altres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Restrenyiment, alteració dels sentits,....</li> </ul>	
<b>Síntomes</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Té <b>dolor</b> que requereix de <b>≥ 2</b> analgèsics convencionals i/o opiacis majors ?</li> <li>➤ Té <b>díspnea</b> que li impedeix sortir de casa i/o requereix d'opiacis ?</li> </ul>	<b>Escales analògiques visuals ESAS</b>
<b>Qualitat de vida</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actualment està satisfet de la seva vida ?</li> </ul>	<b>Euroqol 5D</b>

Adaptat del monogràfic sobre Fragilitat. CAAPS 2015.

Font: Jordi Amblàs

*La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments*

10a edició





# Valoració Geriàtrica Integral



## Alta reserva



- IB > 90 /100
- Absència de desnutrició
- No deteriorament cognitiu



## Reserva intermitja



- IB 85-25 /100
- Desnutrició lleu-moderada
- Det. cognitiu lleu-moderat
- Síndromes geriàtriques +/-



## Baixa reserva



- IB <20/100
- Desnutrició important
- Deteriorament cognitiu important
- Síndromes geriàtriques ++



Font: Jordi Amblàs

*La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments*

10a edició





# Índex de fragilitat



✓ A partir d'una llista d'ítems...

Ajuda a banyar-se	Incontinència fecal	Artrosi
Ajuda a vestir-se	Pèrdua de > 5 kg l'últim any	Malaltia pulmonar crònica
Ajuda a aixecar-se i assegurar-se a la cadira	Percepció subjectiva de salut	Insuficiència renal
Ajuda per moure's per la casa	Història de caigudes	Restrenyiment
Ajuda per moure's per fora de la casa	Visió alterada	Altres problemes mèdics
Ajuda per menjar	Oïda alterada	Depressió
Ajuda per arreglar-se	Dificultats parla	Ansietat
Ajuda per anar al WC	Insomni	Abús d'alcohol
Ajuda per pujar i baixar escales	Hipertensió arterial	Altres malalties psiquiàtriques
Ajuda per aixecar pesos de 5 kg	Alteracions ritme cardíac	Test Velocitat de la Marxa
Ajuda per fer la compra	Cardiopatia isquèmica	Test d'equilibri
Ajuda per fer la feina de casa	Insuficiència cardíaca congestiva	Mini-Mental
Ajuda per preparar el menjar	Malaltia vascular perifèrica	Hipertensió sistòlica
Ajuda per prendre la medicació	Accident vascular cerebral	Hipertensió diàstolica
Ajuda per manejar diners	Càncer	Hipotensió ortostàtica
Incontinència urinària	Diabetes mellitus	Nombre de medicaments

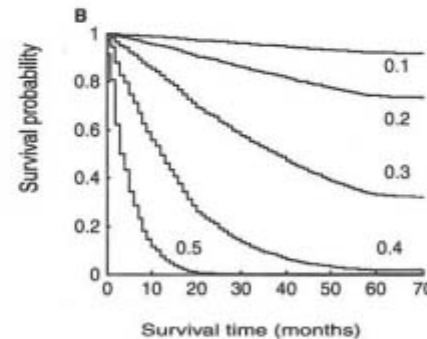
✓ ... es mesura l'acumulació de dèficits, representada com una **ratio**

$$\frac{\text{Dèficits acumulats}}{\text{Total de dèficits}}$$

✓ A major acumulació de dèficits, més fragilitat.

SEVERITAT

✓ Hi ha un **límit** en l'acumulació de dèficits (2/3).



PROGRESSIÓ

✓ **Velocitat** en l'acumulació de dèficits.

A Mitniski. A Standard procedure for creating a frailty index. BMJ Geriatrics 2008;8:2004

Font: Jordi Amblàs

La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments

10a edició



**Recordem el nostre objectiu:**

**Identificar per ATENDRE MILLOR**



# Definicions

- **Malalt crònic complex:**

Pacient que requereix plans d'atenció especials a causa d'una situació clínica de difícil maneig, sovint per acumulació de malalties cròniques que es donen de manera concurrent, acompanyades d'una utilització intensiva de recursos, especialment ingressos hospitalaris que moltes vegades es poden evitar.

# Definicions

- **Malalt crònic avançat/progressiu:**

Persona amb una o més malalties cròniques en fase evolucionada, greu o progressiva, amb altes necessitats d'atenció i pronòstic de vida probablement limitat.

# Definicions

- **Atenció pal·liativa:**

Atenció a la salut constituïda per un conjunt de mesures que tenen com a objectiu fonamental millorar la qualitat de vida en qualsevol fase evolutiva d'una malaltia, especialment en fases avançades i en el final de la vida

# Pacient crònic complex

## •Característiques:

- Multimorbilitat o malaltia crònica única greu
- Alta probabilitat de crisis amb molta simptomatologia de difícil control
- Malaltia crònica progressiva amb evolució dinàmica i variable
- Alta utilització de serveis, ingressos i elevat consum de recursos i fàrmacs, amb increment del risc iatrogènic



# Pacient crònic complex

- Necessitat de maneig multidisciplinari
- Presa de decisions en un marc clínic de permanent incertesa
- Requeriment d'accés a diferents dispositius i recursos, sovint per vies preferents
- Associació a fragilitat de base, pèrdua funcional, probabilitat de davallada aguda (funcional o cognitiva) o nova aparició de síndromes geriàtriques



# Pacient crònic complex

- Situacions psicosocials adverses
- Presència dels pacients als llistars de risc derivats de les estratègies d'estratificació de CATSalut



# Pacient crònic complex

- **Identifiquem dos grans perfils clínics:**
  - **Presència de diverses malalties cròniques de manera concurrent** (perfil o situació de multimorbiditat greu).
  - **Presència de malaltia d'òrgan específic en situació clínica greu**, que cursa amb insuficiència o claudicació d'òrgan o sistema (insuficiència cardíaca, MPOC, insuficiència renal crònica, demència, esquizofrènia, depressió, etc.).



# Pacient crònic complex

- **Pacients en situació de complexitat clínica:**

- En l'àmbit de la salut mental, el cas del Trastorn mental greu (TMS en la seva denominació en castellà), l'esquizofrènia i la disfunció intel·lectual amb trastorn de conducta.

- Demència evolucionada (sempre o quan s'acompanya de multimorbiditat).

# MACA

**Presenten una o més malalties o condicions de salut cròniques i caracteritzades per una combinació dels criteris següents:**

- Perfil clínic equivalent al del PCC
- Malaltia progressiva i evolutiva
- Reconeixement dels professionals de referència d'una afectació clínica de més gravetat, comparant amb l'estàndard de persones amb les mateixes malalties o condicions de base
- Pronòstic de vida previst com a limitat



# Pacient malaltia crònica avançada

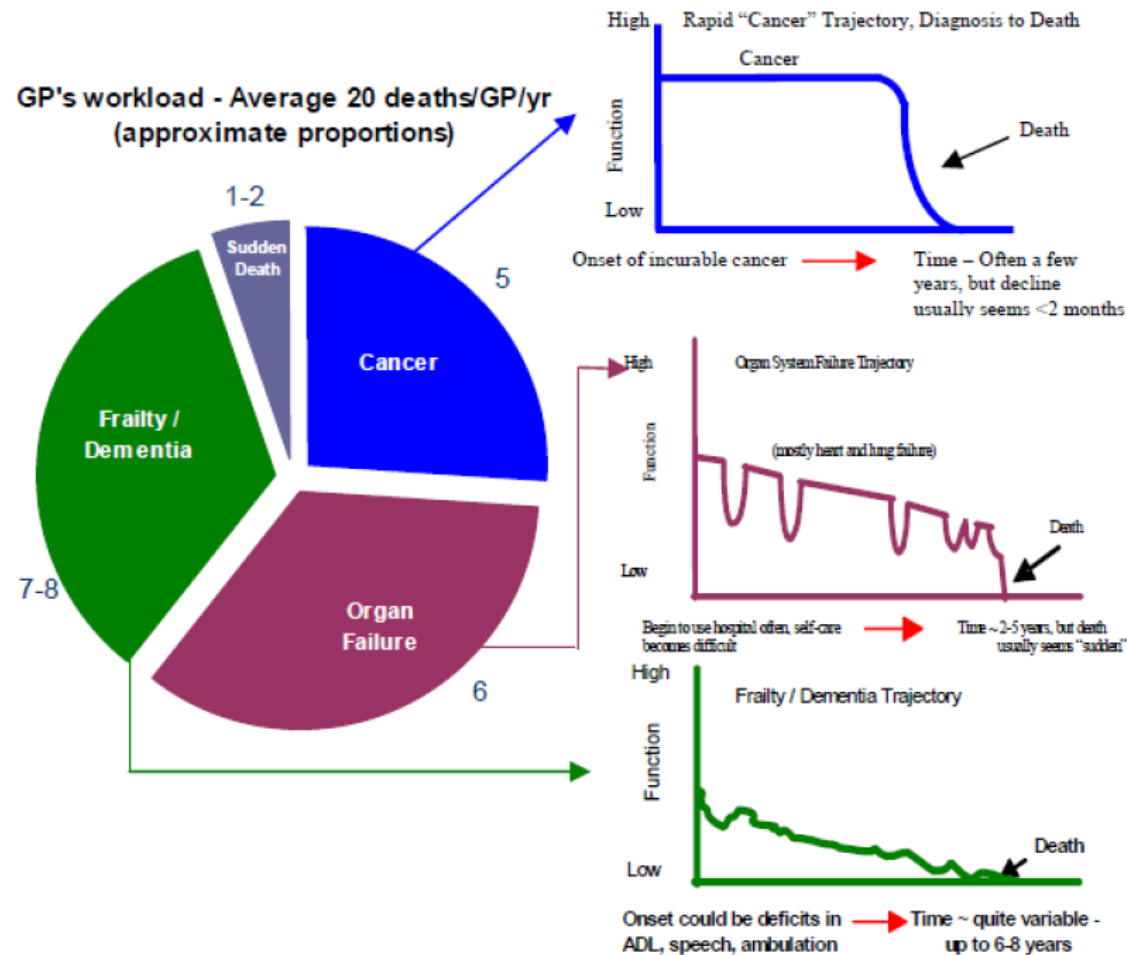


FIGURA 1: Modelos de trayectorias al final de la vida.  
 Datos de médicos de cabecera del Reino Unido. The Gold Standards Framework.

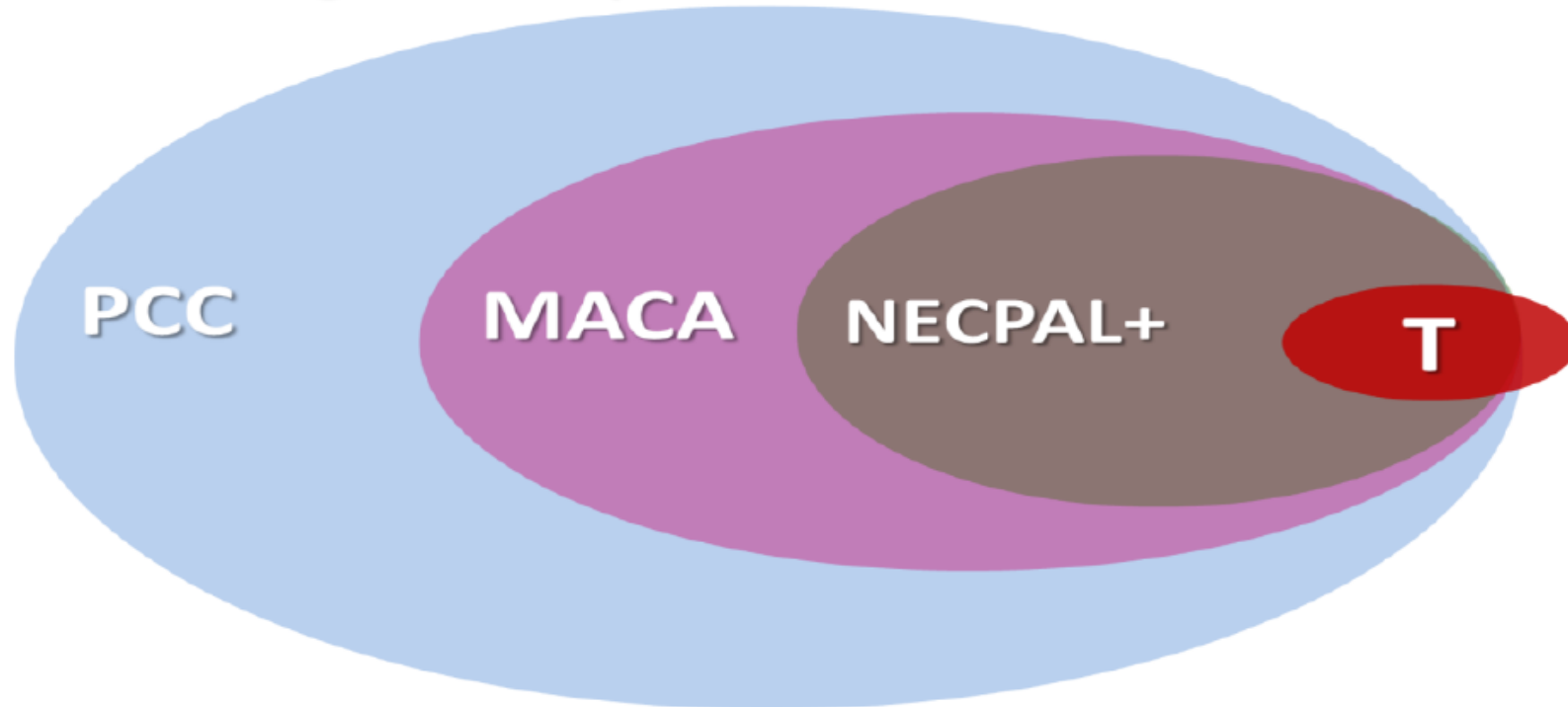
**complexitat  
de maneig**



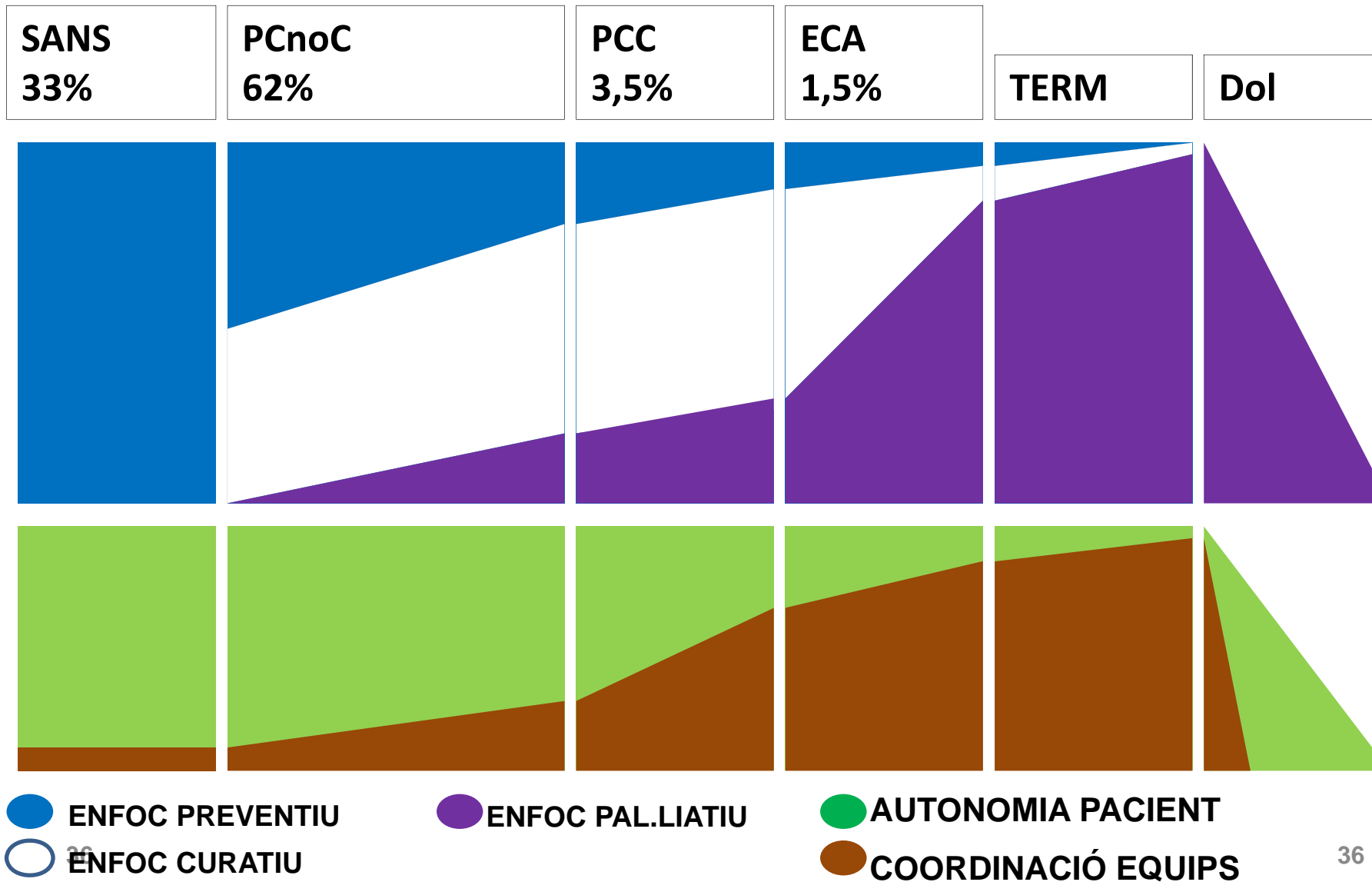
**necessitats  
pal·liatives**



**pronòstic de vida  
limitat**



Font: PPAC 2012. Departament de Salut



	<b>PCC</b>	<b>MACA</b>	<b>TERMINAL</b>
<b>Pronòstic de vida</b>	> 24 mesos	< 18 mesos	< 6 mesos
<b>Base clínica predominant</b>	Mutimorbiditat > malaltia única	Condió de salut > malaltia avançada	Malaltia greu irreversible
<b>Necessitats emergents</b>	Fonamentalment físiques	Necessàriament integrals	Emocionals, espirituals, pràctiques
<b>PDA (Pla Decisions Anticipades)</b>	+/-	+++	++
<b>Orientació pal·liativa</b>	+ (puntual)	++/+++ (sistemàtica)	+++ (obligada)
<b>Focus</b>	Maneig ordenat de patologies Reducció ingressos	Qualitat de vida Satisfacció	Control de símptomes Preparació a la mort
<b>Estil assistencial</b>	“com a l’hospital”	“com a casa”	“com a casa”
<b>Foment autocura</b>	+++	+	-
<b>Manteniment autonomia</b>	+++	+	presa de decisions
<b>Suport cuidador i social</b>	+	++	+++
<b>Intensitat equips suport</b>	+	++	+++
<b>La mort = <i>element de gestió clínica</i></b>	-	+	+++
<b>Maneig del dol</b>	-	+/-	+++

- Si ens centrem en els pacients amb **NECESSITATS D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA**, que han de ser atesos, seguint el **MODEL D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT AVANÇADA (MACA)**, esdevé rellevant identificar-los.
- Ho podem fer de diferents formes, tot i que nosaltres recomanem **l'Instrument NECPAL-CCOMS<sup>®</sup>** dissenyat per l'observatori Qualy-ICO-CCOMS



# INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup>

(Necesidades Paliativas)

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

<b>1. LA PREGUNTA SORPRESA</b> – 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
<b>2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD<sup>1</sup></b> – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
<b>Elección / demanda:</b> ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal <b>han solicitado</b> , 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
<b>Necesidad:</b> ¿considera que este paciente <b>requiere actualmente</b> medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN</b> – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
<b>Marcadores nutricionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <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
<b>Marcadores funcionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <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
<b>Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema</b> , al menos 2 de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de <b>distress emocional</b> con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Factores adicionales de uso de recursos</b> , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios 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
<b>Comorbilidad:</b> ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



<b>ENFERMEDAD ONCOLÓGICA</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio 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.) <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		
<b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Disnea 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 déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria 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)		
<b>ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o 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 (PAPs > 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)		
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidistalagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC		
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,</b>		
<b>ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<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"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria		
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio 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 hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)		
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante		
<b>DEMENCIA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria ) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral <input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)		



# Què es considera una identificació positiva?

- **Qualsevol pacient amb:**

- Pregunta sorpresa (pregunta 1) amb resposta NEGATIVA, i

- Almenys una altra pregunta (2, 3 o 4) amb resposta POSITIVA, d'acord amb els criteris establerts

# Pacient malaltia crònica avançada

- **Pacient NECPAL positiu**

- Instrument per a la identificació de persones en situació de Malaltia Avançada – terminal i necessitat d'atenció pal·liativa en serveis de salut i socials



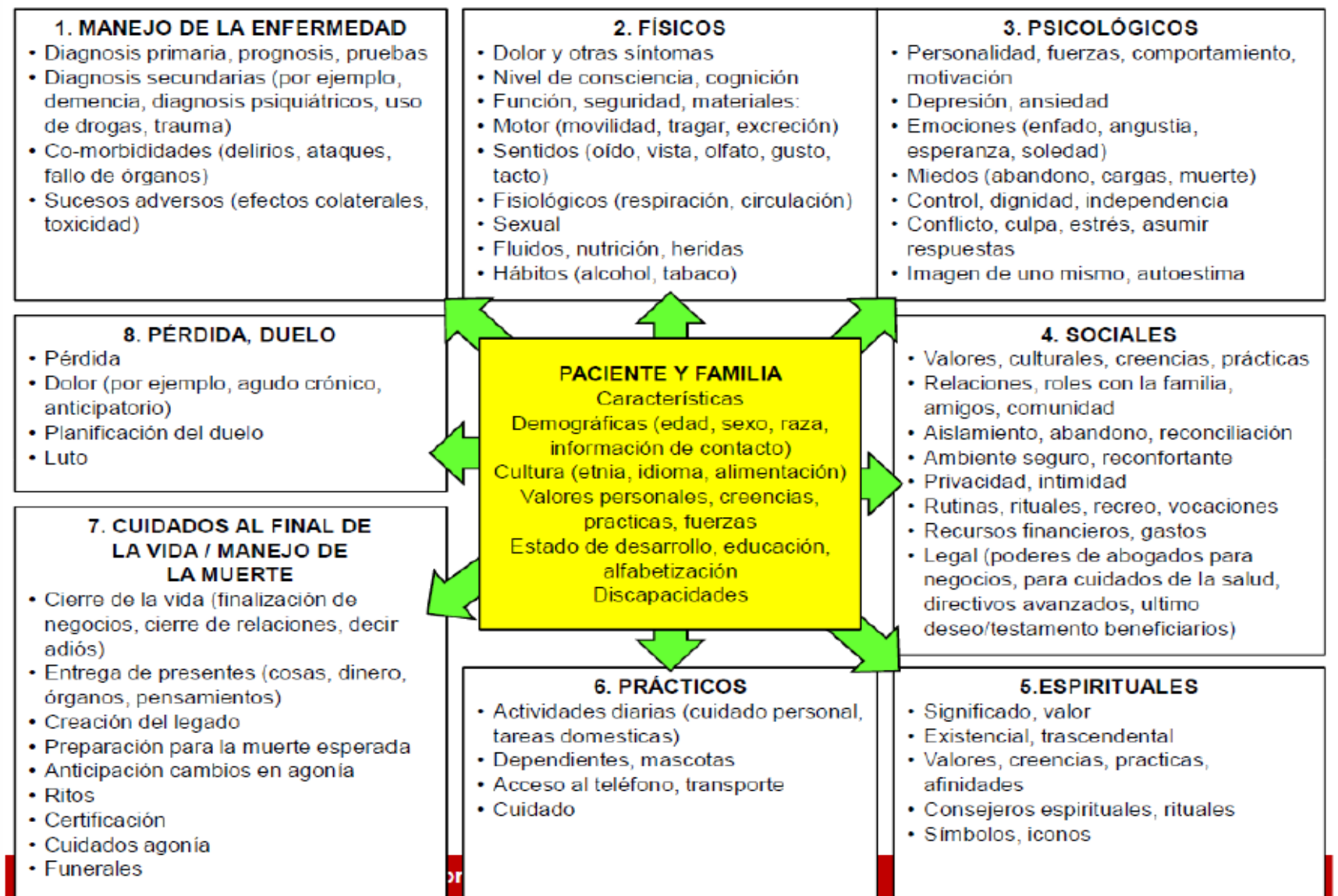
# Per a què serveix l'instrument NECPAL

- Es tracta d'una **estratègia d'identificació de malalts que requereixen mesures pal·liatives**, especialment en serveis generals (Atenció Primària, serveis hospitalaris convencionals, etc.)
- Una vegada identificat el pacient, cal iniciar un enfocament pal·liatiu consistent en l'aplicació de les recomanacions que s'expliciten en els **6 Passos per a una Atenció Pal·liativa**

# Què són els 6 Passos per a una Atenció Pal·liativa?

1. Identificar Necessitats Multidimensionals
2. Practicar un Model d'Atenció impecable
3. Elaborar un Pla Terapèutic Multidimensional i Sistemàtic
4. Identificar valors i preferències del malalt: Ètica Clínica i Planificació de Decisions Anticipades
5. Involucrar a la família i al cuidador principal
6. Realitzar gestió de cas, seguiment, atencions continuada i urgent, coordinació i accions integrades de serveis





Font: Ferris FD et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. J Pain Symptom Manage 2002;24:106-123.

# A qui cal administrar l'instrument NECPAL

- A persones amb **malalties cròniques evolutives avançades:**

- Pacient **oncològic** especialment

- Pacient amb **malaltia pulmonar** crònica

- Pacient amb **malaltia cardíaca** crònica

- Pacient amb **malaltia neurològica** crònica (incloent AVC , ELA , EM , Parkinson , malaltia de motoneurona)

# A qui cal administrar l'instrument NECPAL

- Pacient amb **malaltia hepàtica** crònica greu
- Pacient amb **malaltia renal** crònica greu
- Pacient amb **demència**
- Pacient **geriàtric** que, tot i no patir cap de les malalties abans esmentades, està en situació de fragilitat particularment avançada



# A qui cal administrar l'instrument NECPAL

- Pacient que, tot i no ser geriàtric ni patir cap de les malalties abans esmentades , pateix alguna **altra malaltia crònica** , particularment greu i avançada
- Pacient , que sense estar inclòs en els grups anteriors , últimament ha precisat ser **ingressat o atès domiciliàriamente amb més intensitat** de l'esperable



# Pacient malaltia crònica avançada

- **Pacient NECPAL negatiu però que presenti:**
  - Abordatge majoritàriament pal·liatiu
  - Requeriment de planificació de decisions anticipades per gestionar les crisis
  - Major atenció i suport a l'estructura cuidadora

# Detectar i alguna cosa més...

La “ma que identifica un pacient” ha de realitzar un informe clínic, amb matissos...

Ordena  
l'atenció

Amb respecte  
a decisions  
de pacient i  
cuidadors

És un  
mecanisme  
d'alerta, que  
obre una  
perspectiva  
no dicotòmica

Concilia  
objectius  
terapèutics

Dóna una  
oportunitat  
per la  
deprescripció,  
adequació i  
conciliació de  
fàrmacs





## La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments -10a edició-

# PIIC



# PIIC

## Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit



Document que recull les dades de salut i socials més importants d'una persona, identificada com a PCC o MACA, i les disposa en un entorn compartit d'informació.

**Se sustenta en la HC3**

Font: Laura Vila

# Realment cal?

## Què passa quan no hi sou?

- Quants “altres professionals” atenen un pacient “vostre”?
- Quantes demandes són fetes fora d’hores?
- Quantes crisis importants són ateses per altres?
- Què saben explicar els pacients del seu cas?
- Què es disposa a les TIC sobre el pacient?
- Què es disposa, que sigui comprensible?
- Què se sap de les necessitats reals?
- Que se’n sap de les preferències?



Font: Laura Vila

# Què aporta?

## A QUI EL FA:

- Reflexió sobre la persona
- Actualització de dades
- Decisions compartides
- Gestió situacions complexes
- Visió proactiva
- Garantia i tranquil·litat
- Redisseny procés de cures
- Coherència gestió del cas

## A QUI EL REP:

- Informació “destil·lada”
- Comprensió del context
- Reducció de la incertesa
- Precisió en la gestió clínica
- Eficiència en la presa decisions
- Reducció de les “hostilitats”
- Eficiència comunicativa
- Oportunitat d’aportar valor

Font: Laura Vila



# Què pot aportar...a qui realment importa?

## A LES PERSONES:

Comprensió pròpia salut

Reflexió evolutiva

Apoderament en decisions

Individualització de cures

Personalització del procés

Congruència assistencial

Proximitat de l'atenció

Continuïtat / delegació



Font: Laura Vila

# Visualització del PIIC a l'HCCC

The screenshot displays the patient record for Roque Ruiz Bujanda in the HCCC system. The interface includes a header with the Generalitat de Catalunya logo, the HC<sup>3</sup> logo, and a user profile for 'ROQUE ROQUE'. A navigation menu contains options like 'Resum HC', 'Documents', 'Diagnòstics', 'Farmàcia', 'Immunitzacions', 'HCDSNS', 'Voluntats Anticipades', and 'Manual d'usuari'. The main content area is titled 'Dades pacient' and contains the following information:

- Patient Information:** ROQUE RUIZ BUJANDA, CIP: RUBU0851023004, Data naixement: 23/10/1985, Document d'identificació: 46068039M.
- Address:** Adreça: CR PALLARS 360 N 5 4, Municipi: BARCELONA, C.P.: 08019, Telèfon 1: 652527708, Telèfon 2: (blank).
- Primary Care Team:**
  - Metge/ssa d'atenció primària: (blank)
  - Infermer/a d'atenció primària: (blank)
  - Centre d'atenció primària: EAP BARCELONA 10B - RAMON TURRÓ
  - Centre d'atenció domiciliària: EAP BARCELONA 10B - RAMON TURRÓ

On the right side of the interface, there are two floating notification cards for the patient, each showing the name, CIP, age, and a status (e.g., 'Pacient Crònic Complex' and 'MACA').

Font: Laura Vila



# PIIC correctament emplenat

Es considera que el PIIC està correctament complimentat quan, a més de la resta d'àmbits que el configuren, conté la informació en l'apartat ***“Recomanacions si crisi o descomposició”***.



Font: Laura Vila

# Pla d'Intervenció Individualitzat compartit

APARTAT	RECOMANACIONS
<b>DADES FILIACIÓ</b>	Comprovar que són correctes i adients per activar recursos amb precisió.
<b>PROBLEMES DE SALUT</b>	Assegurar que els problemes inclosos siguin els més rellevants, entesos aquests com els que major impacte tenen en la salut del pacient i els que major transcendència aporten en cas de crisi o descompensació.
<b>MEDICACIÓ ACTIVA</b>	Garantir que la medicació i la pauta s'expressa de manera completa i fefaent, incloent fins i tot prescripcions actives de finançament exclòs i que podrien tenir transcendència en el cas del pacient.
<b>AL·LÈRGIES</b>	Revisar que estiguin registrades totes, incloent-hi també altres efectes adversos per fàrmacs.
<b>RECOMANACIONS SI CRISI O DESCOMPENSACIÓ</b>	<p>Reflexionar i llistar les crisis, descompensacions més probables en el pacient.</p> <p>Per a cada crisi previsible, definir:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manera en que solen presentar-se o quan cal sospitar-les.</li><li>- Nivell de resposta que previsiblement requeriria la crisi.</li><li>- En cas de requerir derivació, indicar dispositiu o centre preferent.</li><li>- Pauta terapèutica que es proposa en primera instància.</li></ul> <p>Les crisis més habituals en els pacients PCC o MACA són dolor, dispnea, febre i agitació/delírium/confusió.</p>



# Pla d'Intervenció Individualitzat compartit

APARTAT	RECOMANACIONS
<b>PLANIFICACIÓ DE DECISIONS ANTICIPADES</b>	<p>Procés progressiu i sensible on els pacients manifesten i comparteixen amb els professionals els valors i preferències enfront situacions de salut previsibles.</p> <p>Els àmbits estàndard de cerca de posicionament del pacient i que tenen especial sentit en el PIIC són:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Grau d'informació sobre la malaltia.</li><li>- Expectatives genèriques del pacient vers els equips assistencials i la seva salut.</li><li>- Gestió de preocupacions relacionades amb el seu cas.</li><li>- Preferències pel que fa al lloc d'atenció, en funció de l'estat evolutiu de la malaltia.</li><li>- Persona en la que delegaria la presa de decisions.</li><li>- Condicions d'adequació de l'esforç terapèutic.</li><li>- Informació i adaptació de la família.</li></ul>



# Pla d'Intervenció Individualitzat compartit

APARTAT	RECOMANACIONS
<b>ATENCIÓ AL PACIENT</b>	Ates totes les caselles que configuren aquest apartat.
<b>DESCRIPTIU VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL</b>	Cal sintetitzar en el PIIC aquella informació de cada àmbit que és rellevant per a comprendre les necessitats del pacient en cas d'actuació enfront crisi i, sobre tot, en cas d'ingrés en un centre diferent al domicili habitual.
<b>EQUIP d'ATENCIÓ PRIMÀRIA</b>	Comprovar que les dades són correctes, especialment pel que fa al mode de contacte amb els professionals.
<b>CUIDADORS</b>	Assegurar que sempre surten els noms del cuidadors al PIIC i que en el descriptiu s'aporta la informació necessària sobre les condicions, les relacions i la competència d'aquestes persones (bon suport > risc de claudicació > claudicació > cuidador no capaç).
<b>EN QUI DELEGA</b>	Relacionar aquest àmbit amb allò comentat a la PDA.
<b>INFORMACIÓ ADDICIONAL</b>	Aportar qualsevol informació que es consideri interessant. És especialment útil aprofundir en el nom i el mode de contacte d'altres professionals que porten i coneixen el cas. També en donar informació complementària a allò comentat a altres apartats però que el propi format impedeix fer-ho. Considerar si escau consignar recomanacions sobre les condicions de retorn, en cas de que el pacient sigui derivat a un recurs no-domiciliari.



# Identificar, per actuar amb excel·lència

- **A nivell individual**
- **A nivell d'equip**
- **A nivell territorial**



# Identificar, per actuar amb excel·lència

ÀMBIT	ALGUNS ASPECTES A EXECUTAR I PLANIFICAR
<b>INDIVIDUAL</b>	<p>Informar, formar i incorporar a la família en la presa de decisions i en les estratègies de gestió del cas.</p> <p>Considerar el context de valors i preferències del pacient i recavar informació del passat en base a opinions de l'entorn familiar i social.</p> <p>Aplicar les actuacions estàndard, preventives i d'atenció directa.</p> <p>Determinar pautes de seguiment –compartit</p> <p>Integrar serveis socials en el seguiment del cas.</p> <p>Establir mesures proactives de control sanitari i social de possibles esdeveniments evitables.</p> <p>Mobilitzar recursos comunitaris per detectar precoçment situacions de risc.</p> <p>Planificar la disposició de cuidadors contractats.</p> <p>Assegurar les condicions idònies en l'entorn (higiene, nutrició, adaptacions de la llar, seguretat, prevenció accidents, etc.).</p> <p>Preveure, informar i donar suport en temps adequat a la família sobre aspectes legals (incapacitació) i pràctics (comptes corrents, testaments, previsions futures de contractació de cuidadors o institucionalització, etc.)</p>



# Identificar, per actuar amb excel·lència

ÀMBIT	ALGUNS ASPECTES A EXECUTAR I PLANIFICAR
<b>INDIVIDUAL</b>	<p>Valorar teleassistència, targeta Cuida'm, telefonia adaptada al deteriorament cognitiu i assistents de localització via GPS.</p> <p>Actualitzar informació a la història clínica.</p> <p>Identificar el pacient com a PCC.</p> <p>Fer el Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC).</p>
<b>EQUIP</b>	<p>Plantejar compartir o disposar del suport del referent de demències o de pacients complexos de l'equip, si n'hi ha.</p> <p>Plantejar compartir el cas amb la gestora de casos per gestionar condicions òptimes davant possibles transferències.</p> <p>Assegurar qualitat de l'atenció en franges d'atenció continuada de l'EAP i enfront l'absència dels professionals de referència (vacances, substitucions)</p>



# Identificar, per actuar amb excel·lència

ÀMBIT	ALGUNS ASPECTES A EXECUTAR I PLANIFICAR
<b>TERRITORI</b>	<p>Mecanismes de relació no presencial, comunicació bidireccional i pràctiques compartides amb els serveis especialitzats de neuropsiquiatria.</p> <p>Coordinació fora d'hores amb serveis socials territorials.</p> <p>Polítiques compartides d'informació al pacient i família (<i>que tots els diguem el mateix i de la mateixa manera</i>).</p> <p>Estratègies de derivació adequades al cas.</p> <p>Estratègies de conciliació de prescripcions (farmacològica i no farmacològica) entre nivells.</p> <p>Garanties de qualitat amb visió 7x24 h.</p> <p>Transicions excel·lents, enllaços efectius i gestió de cas entre organitzacions.</p> <p>Polítiques d'ingrés en unitats d'atenció intermèdia, si es disposen.</p>





## La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments -10a edició-

# “Generalitats control de símptomes”



# Principis generals del control dels símptomes

- Múltiples: control i adaptació.
- Intensos, augment en relació a la progressió
- Multifactorials.
- Canviants, precisant una revisió continua.
- Símptomes “ Síndrome sistèmica”:  
debilitat/astènia/fatiga, anorexia i pèrdua pes.



# Principis generals del control dels símptomes

- Avaluar abans de tractar.
- Explicar les causes dels símptomes.
- Estratègia terapèutica sempre mixta.
- Tractament individualitzat
- Monitorització dels símptomes.
- Atenció als detalls.



# Principis generals del control dels símptomes

## Criteris per l'ús de medicació:

- Objectiu de confort
- Eficàcia terapèutica contrastada.
- Pocs efectes indesitjables subjectius
- Via d'elecció: oral.
- Vies alternatives: sl, sc.
- Administració senzilla
- Evitar polifarmàcia ( $n^{\circ} < 5$ )





## La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments -10a edició-

# “ Tractament del dolor ”

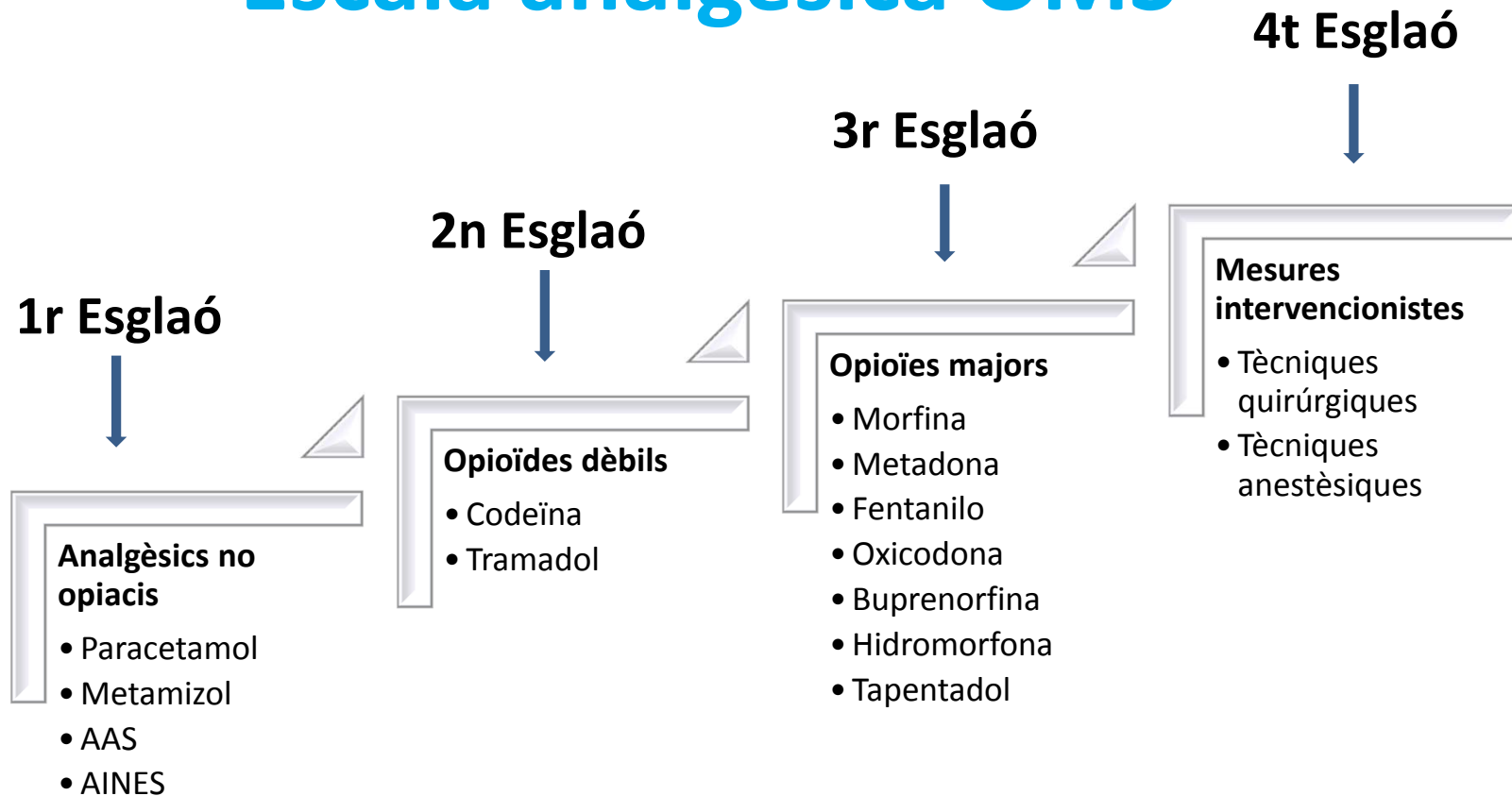


# Definició

*“Experiència **sensorial** (objectiva) i **emocional** (subjectiva) desagradable, associada o no a una lesió tissular, o que es descriu com les manifestacions pròpies d'aquesta lesió”*

*IASP-1979*

# Escala analgèsica OMS



**Co-adjuvants + Atenció a la família + Suport Emocional + Comunicació**

# Per tractar el dolor

1. Haurem de diagnosticar abans de tractar
2. El tractament ha de ser:
  - Individualitzat
  - Multidimensional
  - Revisat regularment



# Per tractar el dolor

- Avaluar detalladament el dolor: intensitat, causes, cronologia i repercussions en el pacient i la seva família.
- Reavaluar contínuament la resposta analgèsica, així com l'aparició d'efectes secundaris a la medicació.
- Abordar la persona amb dolor i el seu entorn mitjançant els tractaments analgèsics adequats i tècniques psicosocials.



# Tractament

## **Analgèsics no opiàcics:**

- Paracetamol
- Metamizol
- AAS
- AINEs

# Paracetamol

**Dosi: 500-1000 mg/4-6h (màxim 3,2 g/dia) vo.**

- En pacients amb funció hepàtica alterada la dosi diària recomanada és 2g/dia. Dosi hepatotòxica >10g
- El risc d'hemorràgia digestiva alta (HDA) o perforació tant amb paracetamol com amb AINE és dosi dependent.
- El paracetamol en dosis superiors a 2 g/dia té un risc gastrointestinal (GI) augmentat, similar al risc mig observat amb l'administració d'AINEs a dosis baixes.
- No té activitat antiinflamatòria
- Vida mitja: 3-4 hores
- Prendre'l fora dels àpats millora l'absorció



# Metamizol

Per la seva activitat espasmolítica es molt efectiu en el dolor visceral.

El seu efecte antiinflamatori no es significatiu a les dosis habituals.

- Dosis: 500-2000 mg/6-8 horas via oral
- Dosis màxima: 8 gr/dia
- La pauta 2gr/6h no està basada en assajos clínics
- El risc d'agranulocitosi i anèmia aplàsica és infreqüent:  $<1/10^6$  tratamientos.
- En insuficiència renal s'ha de disminuir dosis.



# Acid Acetil Salicina (AAS)

Actua inhibint la síntesi de prostaglandines

- Té activitat antiinflamatòria.
- Molt efectiva en dolors ossis.
- Dosis: 500-1000 mg/4-6 h (màxim: 1g/ 4 h) via oral
- Efectes secundaris: irritació gàstrica, dolor epigàstric, hipoacusia, prúrit.
- Administrar després de les menjades
- S'acostuma a utilitzar un derivat: acetilsalicilat de lisina, perquè té menys efectes secundaris a nivell gàstric.



# Antiinflamatoris no esteroïdeus (AINEs)

- Grup nombrós de fàrmacs amb diferències farmacocinètiques i d'ús clínic, però perfils analgèsics similars.
- Tenen sostre terapèutic: per sobre les dosis recomanades augmenten els efectes secundaris, però no l'efecte analgèsic.
- Especialment útils en el dolor ossi. Associats als opiacis proporcionen una analgèsia additiva.
- Recomana administració amb aliments.



# AINEs

- Els AINE poden ser hepatotòxics, i en tractaments perllongats es necessari monitoritzar els enzimes hepàtics.
- També poden precipitar una crisi d'asma o causar reaccions anafilàctiques.
- Incrementen la tensió arterial en pacients hipertensos i s'han d'evitar en pacients amb insuficiència cardíaca o renal avançada.



# AINEs

- Interaccionen amb diurètics de nansa, tiazides, betabloquejants, alfabloquejants i inhibidors de l'enzima convertidora de l'angiotensina.
- Considerar AINES tòpics abans que orals o COXIBs en artrosi de genoll i mà.
- Els AINES més selectius de la COX-2 s'associen a menor risc digestiu però major risc cardiovascular.



# AINEs

- Seleccionar AINEs amb menor risc de produir efectes gastrointestinals (ibuprofè, diclofenac)
- Evitar administrar alhora més d'un AINE
- Considerar associar gastroprotecció en pacients amb alt risc d'efectes adversos GI
- Seleccionar AINEs amb menor risc aterotrombòtic



# AINEs

- Augmentar la precaució en pacients amb risc CV
- Evitar dosis màximes i administració continuada
- Avaluar els símptomes i signes d'IC i control PA
- Avaluar la funció renal basal, a les 2-4 setm de l'inici i en intervals regulars durant el tractament



# Recomanacions per reduir el risc gastrointestinal associat als AINE en funció del risc GI i cardiovascular dels pacients

Risc Gastrointestinal			
	Baix*	Moderat*	Elevat*
Risc CV baix	AINE menys ulcerogènic, dosis eficaç més baixa possible	AINE més IBP	AINE més IBP
Risc CV alt*	Naproxè més IBP	Naproxè més IBP	AINE contraindicat

\*Risc GI: baix = absència de factors de risc, moderat = un o dos factors de risc, Alt = 3 o més factors de risc (antecedent d'úlcer complicada o ús concomitant d'AAS o anticoagulants). Si hi ha antecedent d'úlcer s'ha de descartar infecció per H. Pylori i si hi és erradicar-lo.

\*\*Risc CV alt: necessitat de profilaxis amb AAS a dosis baixes. Atenció interacció Naproxè.

IBP: inhibidors de la bomba de protons



# Tractament

## Opiacis dèbils:

- Codeïna
- Tramadol



# Codeïna

- Agonista opiaci pur
- Menor potència analgèsica que morfina
- Es pot utilitzar sola o associada amb paracetamol
  - Dosi habitual: 30-60 mg / 4-6 h VO
  - Dosi màxima: 240 mg/dia

## **Efectes secundaris:**

- Temps depenent: nàusees, vòmits, mareig
- No temps depenent: restrenyiment



# Tramadol

- Agonista opiaci pur
- **Doble activitat analgèsica:** opiàcia i inhibidor de la recaptació de serotonina i noradrenalina
  - Dosi habitual: 50-100 mg/ 6-8h VO o sc
  - Dosi màxima: 400 mg/dia
- Especialment útil en dolor neuropàtic



# Tramadol

- Reduir dosi en avis i insuficiència renal
- Menys somnolència i restrenyiment que codeïna
- Moltes interaccions (*Sd.serotoninèrgica*) (ISRS, ATD, IMAO, triptans, anticoagulants orals, neuroleptics, bupropion)



# Tractament

## •Opiacis forts

–Morfina

–Buprenorfina

–Metadona

–Hidromorfona

–Fentanil

–Tapentadol

–Oxicodona

–Oxicodona-naloxona



# Morfina

- És el **Gold standard**
- Administrar a hores fixes i sempre amb la dosi de rescat
- Inci: 5-10mg/4h de morfina ràpida v.o. o 10mg/12h de morfina alliberament modificat
- Els primers dies revisar a diari la dosi.
- Augmentar la dosi total diària afegint la quantitat administrada en dosis de rescat



# Morfina

- Quan iniciem morfina, recomanar laxants
- Si somnolència intensa i persistent: disminuir 25-50% la dosi.
- A les 48 h de mantenir una dosi estable passar a retardada/12 h (calcular la dosi total de morfina ràpida i dividir per 2). Iniciar la primera dosi de morfina retardada al mateix temps que es dona l'última dosi de ràpida.
- També molt útil en dispnea a dosis menors que per dolor (1-2mg/4-6 hores)



# Morfina

- Ajustar dosis en cas d'insuficiència renal (Ccr <10%: 50% de la dosis)
- Pot ser útil espaiar en el temps les dosis en cas de presentacions d'alliberació ràpida
- Vigilar en cas d'insuficiència hepàtica ja que pot augmentar la semivida d'eliminació augmentant el risc d'intoxicació
- Contraïndicat en embaràs
- Dosis <20mg/dia en cas de lactància



# Metadona

- Llarga vida mitja (risc d'acumulació) i grans variacions interindividuais que dificulten dosificació.
- Es considera d'ús especialitzat.
- Utilitat en rotació d'opiacis en aparició d'efectes secundaris de la Morfina.
- D'elecció en el dolor neuropàtic i els de resposta insuficient a altres opiacis.



# Metadona

- Ajustar dosis en cas d'insuficiència renal (Ccr <10%: 50% de la dosis)
- Vigilar en cas d'insuficiència hepàtica ja que pot augmentar la semivida d'eliminació augmentant el risc d'intoxicació
- Contraïndicat en embaràs i lactància



# Fentanil

- Opiaci sintètic.
- L'efecte analgèsic s'inicia a les 12-18 hores d'instaurar el tractament motiu pel qual requerirà analgèsia inicial afegida.
- No recomanat en el tractament del dolor agut ni en el oncològic intens d'inici.
- Interacciona amb els tractaments antiretrovirals, per tant s'ha de disminuir dosi de fentanil si aquests es retiren.



# Fentanil

- S'ha d'ajustar dosis tant en insuficiència renal com hepàtica
- **Múltiples presentacions:**
  - Pegat transdèrmic
  - Aplicador bucal
  - Comprimet bucal
  - Comprimet sublingual
  - Intranasal



# Oxicodona

- Derivat semi-sintètic opiaci. Agonista pur amb afinitat receptors  $\mu$  i  $\kappa$ .
- Efectes secundaris: igual Morfina, però menys pruija, nàusees i al·lucinacions.
- Ajusts de dosi si Insuficiència renal o hepàtica.
- Comprimits d'alliberació retardada no es poden partir ni mastegar (podria absorbir-se de forma ràpida una dosi potencialment letal) .
- Contraindicat en nens i embarassades.



# Oxicodona

- Eliminació més lenta en dones que en homes (25%)
- Actualment hi ha presentació amb combinació amb naloxona (2:1)
- Hi ha presentació via oral i parenteral



# Buprenorfina

- Opiaci major (agonista parcial) amb bona potència analgèsica, però menor que Morfina
- Té sostre terapèutic (no a les dosis utilitzades habitualment)
- No cal ajustar dosis en cas d'insuficiència renal però si en hepàtica
- Hi ha presentació en pegats, comprimits sl. i parenteral



# Hidromorfona

- Opiaci potent derivat semisintètic de la morfina
- Indicació: tractament del dolor crònic intens
- Factor de conversió amb la morfina 1:5
- (1 mg d' hidromorfona equival a 5 mg de morfina)
- A dosis equianalgèsiques, perfil d' efectes adversos similars al de la resta d' opiacis



# Hidromorfona

- No ha demostrat millorar l'eficàcia i seguretat de la morfina. No hi ha assajos clínics que la valorin com a estratègia de rotació d'opiacis.
- S'ha d'ajustar dosis en cas d'insuficiència renal o hepàtica moderada.
- Contraïndicat en cas d'insuficiència hepàtica greu i en cas d'estenosis intestinal.
- No es poden trencar ni mastegar els comprimits.



# Tapentadol

- Agonista receptors  $\mu$  i inhibidor recaptació de la noradrenalina
- L'efecte sobre la via adrenèrgica sembla que explicaria el seu millor funcionament sobre el dolor neuropàtic.



# Tapentadol

- Pot produir menys efectes adversos i de menor intensitat ( menys nàusees, restrenyiment i vòmits; menys mareig i somnolència), però produeix més *cefalea*
- S'ha de tenir precaució en cas d'insuficiència hepàtica i contraindicat en cas d'insuficiència renal greu

# Co-adjuvants

## 1- Antidepressius

ADT: Amitriptilina

SNRIs: Duloxetina,  
Venlafaxina

## 2- Antiepilèptics

Gapabentina

Pregabalina

Carbamazapina

Lamotrigina

Oxcarbamazepina

Topiramato

## 3- Antagonistes del receptor NMDA

Ketamina

## 4- Agonistes del receptor GABA

Baclofeno

## 5- Ansiolítics

Diazepam

Alprazolam

Clonazepam

## 6- Agonistes alfa2-adrenèrgics

Tizanidina

## 7- Corticoïdes

## 8- Bifosfonats



# Antidepressius

**Indicació:** Dolor neuropàtic (DN)

**Amitriptilina:**

Ajustar dosis tant en insuficiència hepàtica com renal. Augmenta el risc d'alteracions cardiovasculars si hi ha problemes cardiovasculars o hipertiroïdisme previ i els efectes anticolinèrgics en cas de glaucoma o hipertròfia benigne de pròstata. S'ha d'evitar combinar amb baclofeno, IMAO, barbitúrics i carbamazepina.



# Antidepressius

## Duloxetina:

Ajustar dosis insuficiència hepàtica renal greu.  
Evitar si trastorn bipolar o glaucoma.

Vigilar en cas d'HTA.

Interaccio: IMAO, ciprofloxacino o fluvoxamina

## Venlafaxina:

Ajustar dosis insuficiència renal i hepàtica moderada o severa (disminuir un 50% la dosi diària).



# Antiepilèptics

## **Gabapentina:**

Ajust de dosi si insuficiència renal.

Interacció amb els antiàcids orals.

## **Pregabalina:**

Ajustar dosis en insuficiència renal.

Interacciona amb lorazepam i oxicodona



# Antiepilèptics

## Carbamazepina:

Ajustar dosis en insuficiència hepàtica i renal.  
Pot agreujar la insuficiència cardíaca.

No en glaucoma previ.

Evitar administrar conjuntament amb IMAO,  
diltiazem i verapamilo



La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# “Síntomes respiratoris: Tractament de la dísipnea”



# DÍSPNEA-PCC

## Mesures farmacològiques:

### Etiològiques:

- Antibiòtics si infecció.
- BD si broncoespasme.
- Diurètics/digoxina/IECA/B-bloq si IC
- Transfusions si anèmia
- Oxigen si hipòxia

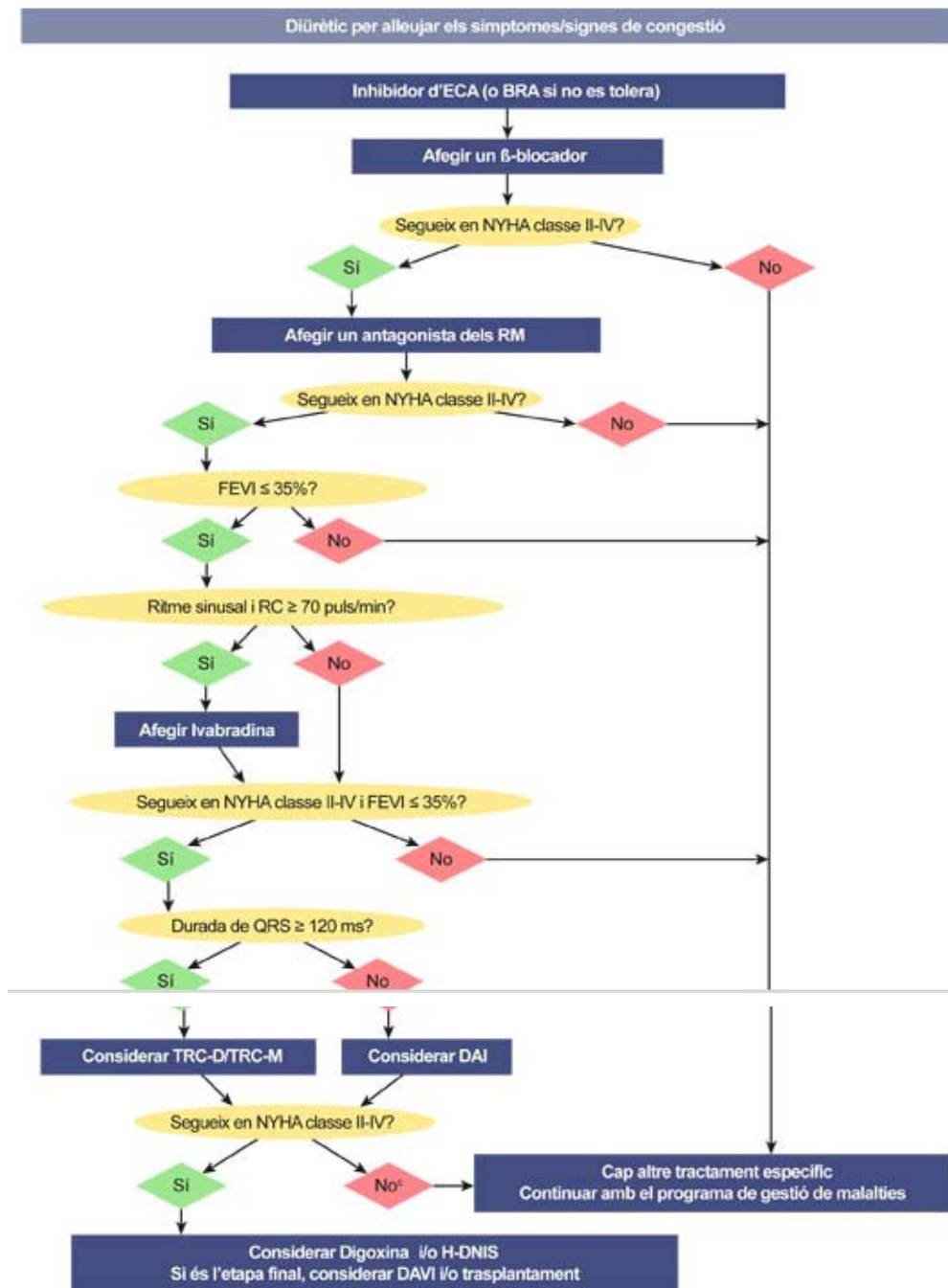


# DÍSPNEA-PCC

## OXIGENOTERÀPIA

- El tractament amb O<sub>2</sub> esta indicat en pacients hipòxics (PaO<sub>2</sub>:80% amb saturació:90%).
- En pacients moderadament hipòxics el benefici del O<sub>2</sub> és més controvertit.
- El grau de benefici es pot avaluar amb el grau de confort i la saturació mesurada amb pulsioxímetre.
- Durada del tx determinada per la dísipnea, hipoxèmia i grau d'alleugeriment que proporcion





**Díspnea d'origen  
cardíac:  
Insuficiència  
cardíaca**

# DÍSPNEA-PCC

## DIURÈTICS:

### La opció principal

- Poca evidència sobre el seu ús (no han demostrat disminuir mortalitat ni frenar la progressió de la IC).
- Podrien ser perjudicials al tractament de la IC (activació neurohormonal, insuficiència renal, augment de mortalitat).



# DÍSPNEA-PCC

## DIURÈTIC DE NANSA (Furosemida, Torasemida)

- Hiponatrèmia, hipopotassèmia, hiperglucèmia, hiperuricèmia
- Atenció a funció renal (dosi mínima necessària per evitar congestió)
- Alguns pacients milloren, altres no, mecanisme desconegut.
- Factors predisposants a insuficiència renal: DM, dosi diürètic (80 mg furosemida)



## TIAZIDES

# DÍSPNEA-PCC

- Hiperglucèmia, hiponatrèmia, hipok
- Es poden utilitzar si  $FG >30$
- Afegir al tractament si: 40-80 mg furosemda o 10-20 mg torasemida són insuficients
- Pocs estudis en IC . Només a ICC severa
- 25-50 mg HCTZ.
- Vigilar la sobredosificació de diurètics a ICC, disminuir dosi un cop compensada, de forma progressiva.
- Més efectes secundaris a gent gran.
- Autocontrol dosi per pacient: símptomes, pes.



# DÍSPNEA-PCC

## ESPIRONOLACTONA (IA)/EPLERENONA

- 50-100 mg ( 12.5-25mg si reben IECA o ARA II).
- IC CF III-IV, sense insuficiència renal severa (Creat< 2.5 mg/dl) i sense hiperpotassèmia .
- IC CF II que precisen suplementes potassi, per suprimir-los.
- Efectes 2º: hiperK, alteració funció renal, impotència, ginecomàstia (no eplerenona)



# IECA (IA)/ARA II (IA) **DÍSPNEA-PCC**

- Introduir de forma progressiva, control funció renal i ionograma en una setmana
- Increment dosi cada 7-14 dies, controls funció renal uns dies més tard
- Acceptable si augment de creatinina < 50% valor inicial o < 3mg/dl (K <5.5 mmol/l). Si augment creat superior, valorar disminuir dosi diürètics o altres fàrmacs nefrotòxics abans de parar IECAs. Els beneficis es mantenen tot i l'empitjorament de la funció renal
- Infrautilització a gent gran amb ICC



# DÍSPNEA-PCC

## BETA-BLOCADORS (IA)

- Indicats en totes les CF. Major precaució en majors de 75 anys, no CI.
- Si descompensació amb introducció beta-bloc, augmentar dosis diürètics.
- Si MPOC estable, Nebivolol.
- Si vasculopatia perifèrica, Carvedilol.



# DÍSPNEA-PCC

## DIGOXINA (IIB)

- FA o CF III-IV amb ritme sinusal
- 0.25 mg 3-7 dies/setmana (ajustar per obtenir digoxinèmia 0.5-0.8 ng/ml)
- Atenció interaccions farmacològiques (verapamil, IBP, tiroxina, ...)
- Atenció a alteracions electrolítiques per modificació efecte (augment efecte per hipoK, insuficiència renal, hipotiroïdisme...)
- Ajust dosi manteniment segons grau insuficiència renal
- Efectes adversos neurològics i cardiovasculars a gent

gran



# DÍSPNEA-PCC

**Base tractament MPOC estable: BD llarga duració (BDLD)**

**Fàrmacs a afegir segons fenotip pacient:**

- No aguditzador: combinació BDLD (beta-adrenèrgics, anticolinèrgics)
- Mixte: BDLD + Cortis inhalats (CI). Teofilina a estadi IV-V.
- Aguditzador amb enfisema: BDLD + CI +/- teofilina
- Aguditzador amb bronquitis crònica: BDLD + CI, IPDE4 (roflumilast), mucolítics



# DÍSPNEA-PCC

Fenotipo	Estadio de gravedad			
	I	II	III	IV
A No agudizador con enfisema o BC	LAMA o LABASABA o SAMA <sup>a</sup>	LAMA o LABALAMA + LABA	LAMA + LABA	LAMA + LABA + Teofilina
B Mixto EPOC-asma	LABA + CI	LABA + CI	LAMA + LABA + CI	LAMA + LABA + CI (valorar añadir teofilina o IPE4 si hay expectoración)
C Agudizador con enfisema	LAMA o LABA	(LAMA o LABA) + CILAMA + LABALAMA o LABA	LAMA + LABA + CI	LAMA + LABA + CI (valorar añadir teofilina)
D Agudizador con BC	LAMA o LABA	(LAMA o LABA) + (CI o IPE4) LAMA + LABALAMA o LABA	LAMA + LABA + (CI o IPE4) (LAMA o LABA) + CI + IPE4 (Valorar añadir carbocisteína)	LAMA + LABA + (CI o IPE4) LAMA + LABA + CI + IPE4 (Valorar añadir carbocisteína) (Valorar añadir teofilina) (Valorar añadir antibióticos)

Tabla 3. Tratamiento farmacológico de la EPOC según fenotipos y niveles de gravedad (I-IV)

BC: bronquitis crónica; SABA: beta-2 agonista de corta duración; SAMA: anticolinérgico de corta duración; CI: corticosteroide inhalado; LAMA: anticolinérgico de larga duración; LABA: beta-2 agonista de larga duración; IPE4: inhibidor de la fosfodiesterasa 4.

<sup>a</sup> En caso de síntomas intermitentes.

# DÍSPNEA-PCC

- **Fenotip mixte:** es pot provar reducció progressiva de dosi de CI, fins a mínima dosi eficaç
- **Pacient lleus o moderats, sense fenotip mixte, i amb tractament amb CI a dosis altes,** avaluar retirada.
- **No clara relació retirada CI amb aguditzacions.** Provar retirada progressiva en pacients estables, sense aguditzacions en 1 any, amb seguiment clínic i espiromètric.
- **Pacients en estadi IV + aguditzacions freqüents,** profilaxi antibiòtica:
  - Macròlids a dosis baixes o Moxifloxacino 5 dies/mes cada 2 mesos.



La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

“ Tractament de la tos ”



# TOS-PCC

## Antitusígens:

- **No opioides:**

- Dextrometorfano

- Cloperastina

- **Opioides:**

- Codeïna

- Morfina

- Metadona



# TOS-PCC

- **Tract. d'elecció:**

Dextrometorfano (15- 30 mg /4-8h)

Insuf hepàtica: No passar de 40 mg/dia

- **Tos persistent:** Dextrometorfano + opioid

- **Tos i dolor:**

Codeïna 30 mg /4h-6 h

Precaució :!Respiratòria/ Hepàtica/Renal

Morfina 5 mg / 4 h vo

Metadona 3 – 5 mg/ 8h vo



# TOS-PCC

## **Tos i prurit:**

- Paroxetina 10-20 mg/24h

## **Anestèsics locals per via inhalatòria:**

- Bupivacaïna 0.25% 5 ml /6-8h
- Lidocaïna 2% 5 ml/ 6-8h





Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut

La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# “ Tractament dels símptomes digestius: Diarrea i constipació”



# Diarrea

Augment en la freqüència de les deposicions (més de tres al dia) amb disminució de la consistència d'aquestes.



# Diarrea

## Tractament:

- Mesures generals
- **Tractament farmacològic:**
  - Loperamida
  - Racecadotriilo
  - Butilescopolamina
  - Octeotrida



# Loperamida

- S'uneix als receptors opiacis en la pared intestinal, reduïnt el peristaltisme propulsiu. També incrementa el to de l'esfínter anal.
- Evitar en cas d'insuficiència hepàtica i contraindicat en la greu.



# Racecadotriilo

- Disminueix la hipersecreció d'aigua i electròlits en l'intestí. No té efecte sobre el SNC.
- En cas d'insuficiència hepàtica o renal s'ha d'hidratar en abundància.



# Butilescopolamina

- Espasmolític que actúa sobre el múscul llis gastrointestinal, biliar i genitourinari. No té efecte anticolinèrgic en el SNC.
- Utilitzat com a co-adjuvant pel dolor abdominal associat a la diarrea.
- Contraïndicat en cas de glaucoma d'angle estret, RAO, HBP i obstrucció intestinal.



# Octeòtrida

- Inhibeix la secreció basal i patològicament augmentada d'hormona del creixement, pèptids i serotonina produïts en el sistema endocri gastroenteropancreàtic.
- Útil en les diarrees produïdes per tumors endocrins





Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut

La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# “ Tractament dels símptomes digestius: Diarrea i constipació”



# Diarrea

Augment en la freqüència de les deposicions (més de tres al dia) amb disminució de la consistència d'aquestes.



# Diarrea

- **Tractament:**
  - Mesures generals
  - Tractament farmacològic
    - Loperamida
    - Racecadotriilo
    - Butilescopolamina
    - Octeotrida



# Loperamida

- S'uneix als receptors opiacis en la pared intestinal, reduïnt el peristaltisme propulsiu. També incrementa el to de l'esfínter anal.
- Evitar en cas d'insuficiència hepàtica i contraindicat en la greu.



# Racecadotriilo

- Disminueix la hipersecreció d'aigua i electròlits en l'intestí. No té efecte sobre el SNC.
- En cas d'insuficiència hepàtica o renal s'ha d'hidratar en abundància.



# Butilescopolamina

- Espasmolític que actúa sobre el múscul llis gastrointestinal, biliar i genitourinari. No té efecte anticolinèrgic en el SNC.
- Utilitzat com a co-adjuvant pel dolor abdominal associat a la diarrea.
- Contraïndicat en cas de glaucoma d'angle estret, RAO, HBP i obstrucció intestinal.



# Octeòtrida

- Inhibeix la secreció basal i patològicament augmentada d'hormona del creixement, pèptids i serotonina produïts en el sistema endocri gastroenteropancreàtic.
- Útil en les diarrees produïdes per tumors endocrins



# Constipació

## Presència de 2 o + símptomes:

- Femta dura al menys 1 de cada 4
- Sortida forçada com a mínim 1 de cada 4
- Sentir una incompleta evacuació 1 de cada 4
- Menys de 3 deposicions per setmana
- Deposicions perllongades

**Rome III Longstreth et al. Gastroenterology 2006,130:1480-1491**










# Constipació

- Maniobres de desimpactació manual
- Bloqueig anal de las femta 1 de cada 4
- No deposicions sense l'ús de laxants
- Criteris diagnòstics insuficients per colon irritable

**Rome III Longstreth et al. Gastroenterology 2006,130:1480-1491**



# THE BRISTOL STOOL FORM SCALE

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID

Reproduced by kind permission of Dr K.W. Heaton, Reader in Medicine at the University of Bristol.  
Produced by Norgine Limited, manufacturer of Movicol®



# Diferències de símptomes entre restrenyiment funcional i CIO (Constipació induïda per opioïds)

Símptomes	Restrenyiment funcional	CIO
Femtes seques i dures	+	+
Esforç en la defecació	+	+
Evacuació incomplerta	+	+
Distensió abdominal	+	+
Reflux gàstric		+
Dolor còlic		+
Nàusees		+
Vòmits		+
Milloria en el temps	+	



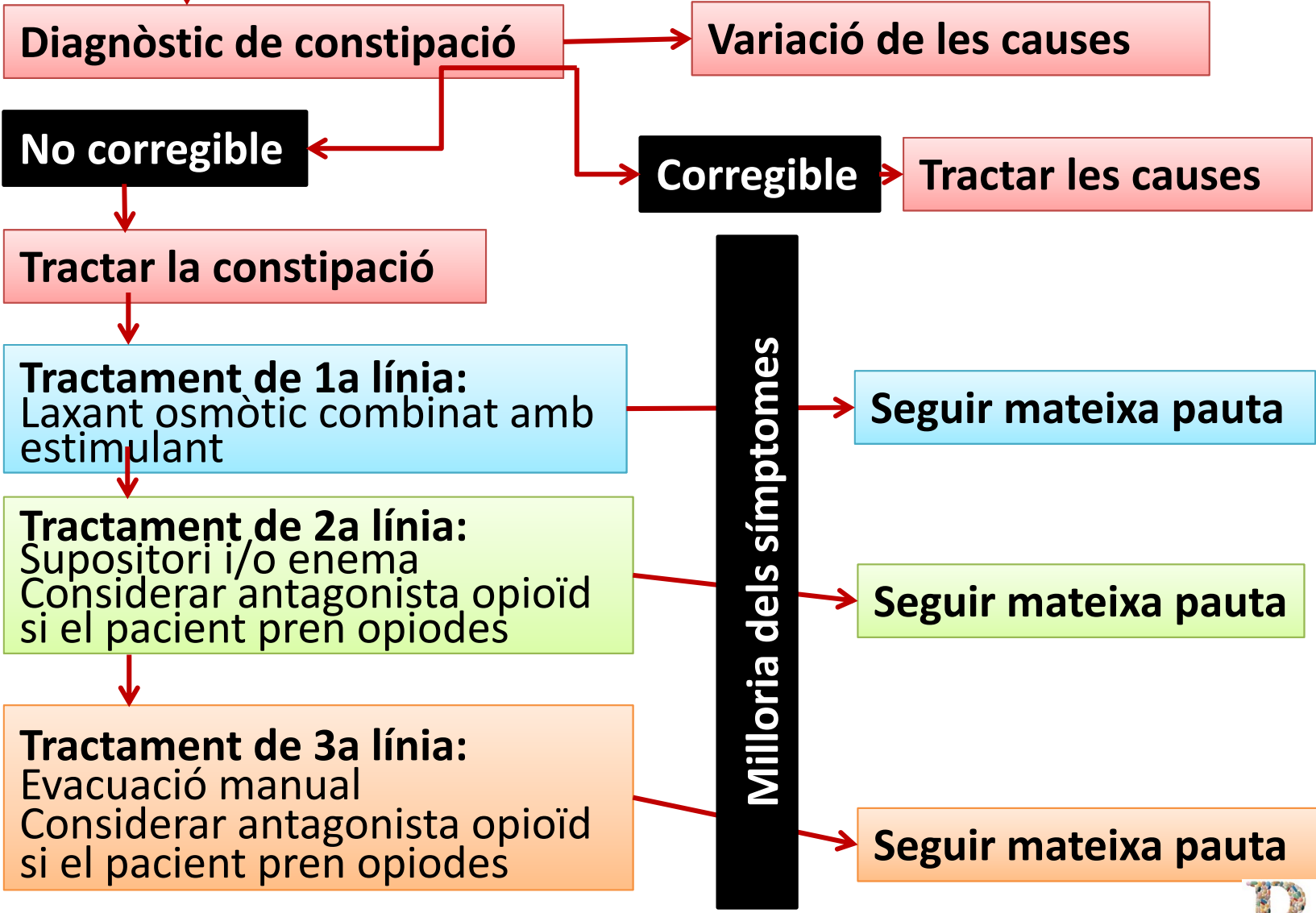
## Classificació Laxants

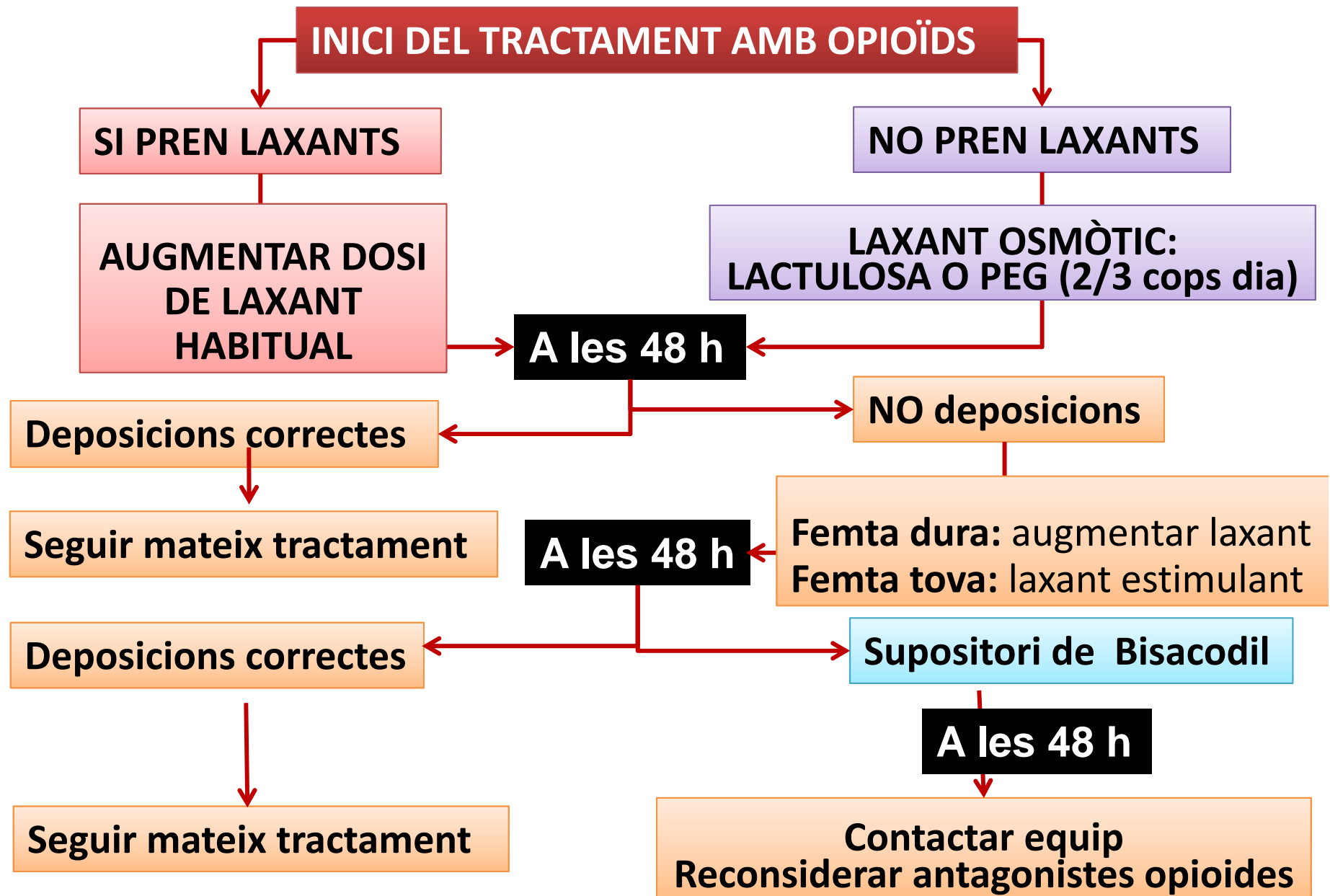
Tipus	Mecanisme	Nom	Dosis	Nom Comercial
Estovadors	<b>Augmenten massa</b>	Salvado	8gr/d	
		Metilcel·lulosa	3-4gr/d	<i>Muciplasma</i>
		Plantago ovata	3-4gr/d	<i>Metamucil-Plantaben</i>
	<b>Osmòtics</b>	Lactulosa/Lactitol	15-30cc/d	<i>Dupahlac-Emportal</i>
		Sals de magnèsia	2-4 gr/d	
		Polietilenglicol	13-60gr/d	<i>Movicol - Casenglicol</i>
	<b>Lubricants i Surfactants</b>	Docusato	300mgr/d	
		Parafina	10cc/d	<i>Hodernal- Emuliquen</i>
		Glicerol		
Estimuladors		Picosulfat	5-15mgr/d	<i>Evacuol</i>
		Bisacodil	5-10mgr/d	<i>Duco-laxo</i>
		Senosids	15-30mgr/d	<i>Puntual</i>
Procinètics		Cisapride		
		Metoclopramida		
		Domperidona		
Antagonistes opiàcics		Naloxona	S'ad.v.o conjuntament amb oxicodona	
		Metilnaltreoxona	8-12 mg/48 sc . Indicada CIO	
		Alvimopan		
Altres		Neostigmina		
		Misoprostol		
		Colchicina		



TIPUS		MECANISMES D'ACCIÓ
<b>LUBRICANTS RECTALS</b>		
ENEMA	OLI D'OLIVA	SI FEMTES DURES
SUPUSITORI	GLICERINA	
<b>OSMÒTICS RECTALS</b>		
ENEMES	LACTULOSA	ESTIMULEN PERISTALTISME I ESTOVEN FEMTA
<b>SALINS</b>		
ENEMES	FOSFATS	ESTIMULEN PERISTALTISME I ESTOVEN FEMTA. SI SONDA RECTAL

**PACIENT AMB CONSTIPACIÓ (menys de 3 deposicions / setmana)**







La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# “ Tractament dels símptomes constitucionals”



# Astènia

- **Definició:**

Sensació angustiosa, persistent i subjectiva de cansanci, relacionada amb la patologia o el tractament, no proporcional a l'activitat realitzada i que interfereix amb les funcions habituals.



# Astènia

## **Fisiopatologia:**

- Multifactorial i no prou coneguda.
- Increment de nivells de 5-HT.
- Nivells baixos de cortisol.
- Comorbilitats (ICC, MPOC, anèmia, deshidratació,...).
- Efectes de fàrmacs (Qt, opioides, benzodiazepines,...).



# Astènia

## Tractament:

- Bon control del dolor.
- Tractament d'alteracions emocionals.
- Retirar fàrmacs innecessaris.
- Tt de causes tractables (infeccions, anèmia,...).
- Informar al pacient i família.
- Activitat física segons tolerància.
- Suport psicològic



# Astènia

## Tractament farmacològic:

- **Corticoides** (prednisona 20- 40 mg /dia o equivalent)
- **Metilfenidat** 5-10 mg.
- **Modafinil** 100-200 mg/dia.



# Anorèxia

## Definició:

- Pèrdua de la gana.
- SÍNDROME CAQUÈXIA-ANORÈXIA ASSOCIADA AL CANCER (CACCS): anorèxia associada a pèrdua ràpida de pes (greix i massa muscular), amb debilitat important.



# Anorèxia

## Fisiopatologia:

- Existeix estat hipercatabòlic, amb hipoproteïnèmia, hipoalbuminèmia, hipertrigliceridèmia, anèmia, intolerància a la glucosa i acidosi làctica.
- Provocat per resposta inflamatòria induïda per citoquines (TNF, IL-1 i IL-6).



# Anorèxia

## Tractament:

- Abordatge interdisciplinari.
- Recomanacions dietètiques: respectar gustos pacient. Fraccionar ingesta ( $\geq 5$  àpats/dia). No evidència sobre suplementos nutricionals.
- RHB: De baixa intensitat per evitar pèrdua d'autonomia.



# Anorèxia

## Tractament farmacològic:

- **Dexametasona** 4-8 mg/dia.
- **Acetat de megestrol** 320-460 mg/dia.
- **Antiemètics.**
- **Mirtzapina** 15-30 mg/dia (millora anorèxia i pes).
- **Olanzapina** 5 mg/dia (millora anorèxia i el pes).





La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

## “ Tractament dels trastorns conductuals ”



# Delirium

- **Definició:**

Estat confusional agut, resultat d'una disfunció cerebral difusa i es caracteritza per alt. Nivell consciència o l'atenció, associades a alt. Cognitives i la percepció.

CENTENO C, ET AL. MED PAL 2003;10:24-35



# Criteris diagnòstics

1. Alt. Consciència amb capacitat reduïda per centrar, mantenir o canviar l'atenció.
2. Canvi de la cognició (alt. Memòria, desorientació, alt. Llenguatge) o el desenvolupament de l'alt. De la percepció que no es poden explicar per una demència prèvia, establerta o evolutiva.



# Criteris diagnòstics

3. Alt. Instaurada en dies-hores i tendeix a fluctuar al llarg del dia.
4. Hi ha evidència per la història, exploració o laboratori que les alt. Són provocades per les conseqüències fisiològiques de la situació mèdica general.



# Clínica

- Alt. Ritme circadià.
- Labilitat emocional.
- Alt. Psico-motora → 

•HIPERACTIU.	}	2/3
•HIPOACTIU.		
•MIXTE.		
- Ansietat.
- Por.
- Depressió.
- Apatia.
- Pensament desorganitzat.

# Subtipus clínics

	HIPERACTIU	HIPOACTIU
TIPUS	HIPERALERTA, AGITACIÓ.	HIPOALERTA, LETÀRGIA.
CLÍNICA	AL·LUCINACIONS, DELIRIS, AGITACIÓ.	SOMNOLÈNCIA, DECAIMENT, BRADIPSÍQUIA.
CAUSES	SDME. ABSTINÈNCIA, INSUF. HEPÀTICA, OPIOIDES, ESTEROIDS.	ENCEFALOPATIES METAB., BENZODIACEPINES, DESHIDRATACIÓ.
FISIOPATOLOGIA	METAB. CEREBRAL ELEVAT O NORMAL, EEG NORMAL O RÀPID, ACTIVITAT GABA.	METABOLISME CEREBRAL, EEG ENLENTIT, SOBREESTIMULACIÓ STMA. GABA.



# Epidemiologia

- Prevalència:
  - A l'ingrés: 20-42%
  - S.U.D.: 83-88%
- Incidència: 86%



# Factors predisponents

- Edat avançada
- Alt. Visuals
- Depressió
- Enllitament
- Alcoholisme
- AVC
- Homes
- Demència
- Dependència física
- Fractures (fèrmur)
- Malalties físiques greus



# Causes

- Intracranial.
- Insuf. Òrgans.
- Hematològiques.
- Infeccions.
- Metabòliques.
- Deprivació.
- Psicotrops.
- Altres fàrmacs.



# Causes

- **Intracranial:** Tm cerebral, M1 cerebral o meninges, AVC
- **Insuf. Òrgans:** Cardíaca, hepàtica, renal o respiratòria
- **Hematològiques:** Anèmia, C.I.D.
- **Infeccions**



# Causes

- **Metabòliques:** deshidratació, hiponatrèmia, hipomagnesèmia, hipoglicèmia, hipercalcèmia...
- **Deprivació:** alcohol, benzodiacepines...
- **Psicotrops:** opioides, benzodiacepines, adt, anticolinèrgics, isrs, neuroleptics, antih1...
- **Altres fàrmacs:** qt, corticoides, aines, digoxina, ciprofloxacino,...

# Valoració

- Mini-examen cognoscitiu (MEC).
- Confusion assessment method (CAM).
- Memorial delirium assessment scale (MDAS).



# Consideracions

- Infradiagnòstic: 33-36%.
- Causes desconegudes: 60%.
- Relacionat sempre amb mal pronòstic de la malaltia.
- Reversibilitat global: 49%.
- Millora cognitiva: 33%.
- Millor pronòstic reversibilitat, si psicofàrmacs.



- **A MAJOR nº EPISODIS = MENYS POSSIBILITAT DE REVERTIR-LO.**

- **Important**

- Molt freqüent.
- Infradiagnòstic.
- Distress pacient i família.
- 50% reversible.



# Delirium i família

- >50% families ho consideren un distress sever o molt sever.
- Sentiments de culpa, ansietat, no acceptació situació, sobrecàrrega.

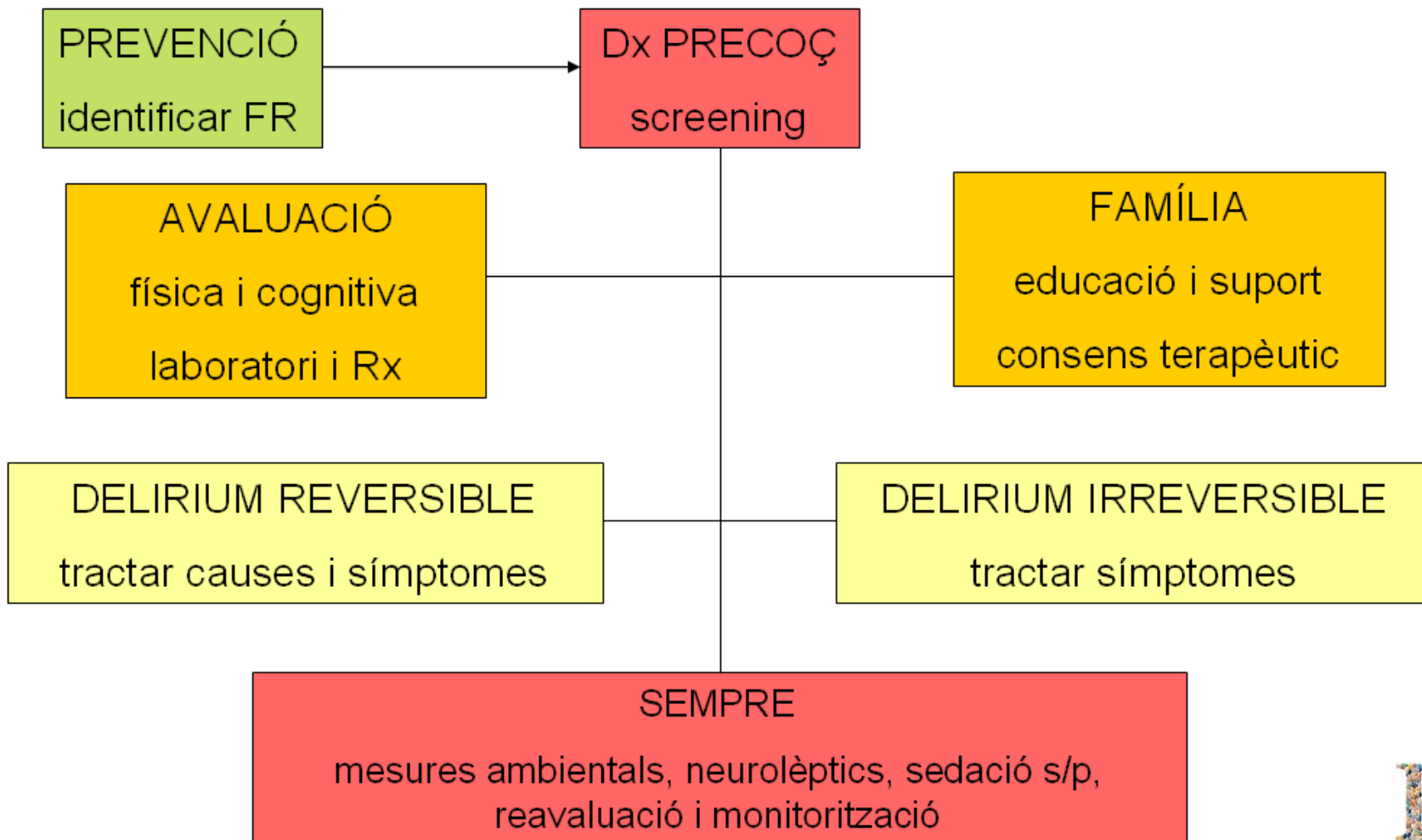


# Recomanacions a les famílies

- Respecte al pacient.
- Tractar-los “com abans”.
- Facilitar preparatius per la mort del pacient.
- Alleugerir càrrega física i psíquica de les famílies.



# Estratègia general



# Avaluació

- Anamnesi.
- Exploració física.
- Exploració cognitiva.
- Exploracions complementàries:
  - A/S: HEMOGRAMA, COAGULACIÓ, Na, K, Ca, FUNCIO RENAL I HEPÀTICA.
  - S/O.
  - Rx TÒRAX.
  - TAC CRANIAL.



# Tractament

- No farmacològic.
- Farmacològic.



# Tt no farmacològic

- Explicar procés a la família.
- Explicar com poden ajudar.
- Ambient tranquil, evitar estímuls.
- Evitar restriccions físiques i confrontació amb el pacient.
- Reorientar en temps, espai i persones.
- Transmetre seguretat i confiança.
- Disponibilitat de l'equip.



# Tt no farmacològic

1. Neurolèptics.

2. Benzodiacepines.

3. Anestèsics.



# Neurolèptics

- **Haloperidol:** 0.5-5 mg/ 12 h (vo, sc, iv, im).
- **Tioridazina:** 10-75 mg/4-8 h (vo).
- **Clorpromazina:** 12.5-50 mg/4-12 h (vo,iv,im).
- **Levomepromazina:** 12.5-50 mg/4-12 h (vo,sc,iv,im).
- **Olanzapina:** 2.5-10 mg/12 h (vo).
- **Risperidona:** 0.5-3 mg/12-24 h (vo).
- **Metilfenidat:** 20 mg/24 h (vo).



# Benzodiacepines

- **Midazolam:** 30-100 mg/24 h (icsc, iv).



# Anestèsics

- **Propofol:** 10-70 mg/h (iv).

# Protocol ús fàrmacs

HALOPERIDOL

DOSI RESCAT: 2.5 MG SC C/15' (X3 COPS)

LEVOMEPRMAZINA

DOSI RESCAT: 12.5 MG SC C/20' (X3 COPS)

MIDAZOLAM

DOSI RESCAT: 2.5-5 MG SC C/5' FINS CONTROL DEL  
QUADRE

AJUSTAR DOSI HABITUAL EN FUNCIO DE LA DOSI DE  
RESCAT, FINS ARRIBAR A DOSIS MÀXIMES.

POT SER NECESSÀRIA LA SEDACIÓ.



La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# “ Document de Voluntats Anticipades”

## DVA



- Temes de salut >
- Professions sanitàries >
- Formació >
- Recursos >
- Participació >
- Recerca i innovació >
- Avaluació >

Professionals > Temes de salut > Voluntats anticipades

+ Comparteix

## Voluntats anticipades

Introducció Normativa El document El representant Utilització i límits en la pràctica Redacció i formalització El registre Documentació

### Introducció



Les voluntats anticipades són unes instruccions que una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, adreça al seu metge o metgessa responsable, per tal que les tingui en compte quan la persona es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat.

Són una forma d'expressió de l'autonomia de les persones a l'hora de decidir en relació amb la seva pròpia salut, la qual cosa constitueix un dret avalat èticament i legalment.

L'objectiu dels documents de voluntats anticipades és mantenir el respecte a les decisions personals dels pacients i augmentar la seguretat dels professionals a l'hora de respectar-les.

El suport dels professionals en l'elaboració del document de voluntats anticipades millora la pràctica clínica i reforça la relació assistencial.

M'agrada 16 Tweet 0 +1 0

Data d'actualització: 23.12.2010

# Document de voluntats anticipades

**El document de voluntats anticipades (DVA) és un escrit dirigit al metge responsable, on el pacient (major d'edat i amb capacitat suficient per entendre el què està fent), dóna una sèries d'instruccions o orientacions sobre el tractament mèdic que li pot ser aplicat, o que no accepta, quan ell ja no estigui en condicions d'expressar la seva voluntat**



# Document de voluntats anticipades

El DVA ha de **formar part de la història clínica del pacient** que el formula, i de la seva existència se n'ha de **deixar constància** de forma visible en el **full de dades personals** de la història clínica

# Formalització del document de voluntats anticipades

- Dues opcions:

- 1- Davant notari

- 2- Davant tres testimonis, majors d'edat i amb plena capacitat d'obrar, dels quals dos com a mínim no han de tenir relació de parentiu fins al segon grau ni estar vinculades per relació patrimonial amb l'atorgant



# Formalització del document de voluntats anticipades

El **testimoni** no pot ser a la vegada aquella persona que hagi estat nomenada representant en el document, ni pot ser ningú que després intervingui en la decisió a prendre (sanitari o no)



# Presentació del DVA

- Si el pacient aporta un **DVA ja validat**, ell o un dels seus representants han de **presentar-lo al metge responsable del seu tractament o al centre** en què és tractat a la instància que hi hagi l'efecte.



# Presentació del DVA

- El centres i els seus professionals hauran:
  - D'acceptar-lo
  - D'incorporar-lo a la història clínica del pacient
  - De fer constar en un lloc ben visible que existeix el DVA



# Presentació del DVA

- De consultat al **comitè d'ètica assitencial** en cas de dubtes sobre la seva validació o en cas de conflicte
- D'informar al pacient de la **possibilitat de revocar-lo o de renovar-lo** en qualsevol moment amb la presentació d'un escrit que manifesti la seva nova decisió
- De retornar-lo al pacient, conservant una **còpia a la història clínica**



# Revocació del DVA

- S'ha de fer per escrit i s'adjuntarà a la història clínica i la seva existència es farà constar en el full on constin les dades del pacient
- La renovació d'un DVA amb algun canvi davant notari o dels testimonis en la forma assenyalada per la Llei, pressuposa una revocació de l'anterior



# Contingut del DVA

- Conté **4 parts** o modalitats

**1- Orientacions generals:** valors personals a defensar en situacions clíniques, desigs i limitacions.

- Aquesta part es troba en la majoria de documents que es fan quan encara s'està lluny de la malaltia coneguda.



# Contingut del DVA

## 2- Orientacions i limitacions concretes

- Fa referència a l'actuació que convé realitzar en el curs de malalties d'evolució coneguda.
- Per complimentar correctament aquest apartat sovint convé sol·licitar l'opinió del professional.



# Contingut del DVA

**3- Nomenament d'un representant**, és a dir aquella persona que a partir d'aleshores serà, per a les decisions clíniques, **l'interlocutor dels professionals** per davant dels familiars o persones vinculades, el qual donarà o no el consentiment informat i ajudarà a interpretar l'adequació del DVA al cas concret en què s'ha de prendre la decisió.



# Contingut del DVA

**4- Altres consideracions:** donació d'òrgans, limitació a l'accés a la història clínica.



# Donació d'òrgans

- Per informar-se sobre la donació d'òrgans, cal adreçar-se a l'**Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT)**.
- Si voleu contactar telefònicament amb ells, el número de telèfon és el 93 339 83 03.



# Donació del cos a la ciència

- Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. **Hospital Clínic i Provincial** (93 403 52 62 / 93 402 19 00).
- Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. **Hospital Universitari de Bellvitge** (93 403 57 30).
- Facultat de Medicina de la **Universitat Autònoma de Barcelona** (93 581 18 73 / 93 581 18 74).
- Universitat Internacional de Catalunya**. Àrea d'Estructura i Funció del Cos Humà (93 504 20 00).



# Vinculació del DVA en les decisions clíniques

- ✓ En casos de conflicte en la interpretació del DVA o de límits difícils és aconsellable sol·licitar l'assessorament del **comitè d'ètica assitencial**
- ✓ En el supòsit que no es segueixin les instruccions pels motius anteriorment al·legats o per qualsevol altra causa, s'haurà de fer constar aquesta circumstància a la història clínica i, a més, s'haurà de motivar la raó per la qual no es segueix



# Vinculació del DVA en les decisions clíniques

- **No es tindran en compte aquelles voluntats que siguin:**
  - ✓ **Contràries a l'ordenament jurídic** vigent en el moment que s'hagin d'aplicar
  - ✓ Que demanin **actuacions contràries a les bones pràctiques clíniques** o a l'esperit del document
  - ✓ Que **no es correspongui amb l'expectativa que tenia el pacient** quan va atorgar el document



# Professionals GIS

- Informar i donar la **documentació de suport** (tríptics, model de l'ICS...)
- Ajudar en els **tràmits burocràtics**.
- **Compulsa** només la persona assignada amb càrrec, **Referent de la GIS**.
- **Adreçar l'usuari al professional assistencial**.



# Professionals Sanitaris

- **Valorar la majoria d'edat i la capacitat del sol·licitant**
- **Dialogar i orientar sobre el document i el seu contingut**
- **Informar de les conseqüències i alternatives possibles**
- **Informar de la possibilitat de renovació, modificació o anul·lació del DVA**



# Registre únic del DVA de Catalunya

## Direcció General de Recursos Sanitaris (Departament de Salut)

C. Travessera de les Corts 131-159 (Pavelló Ave  
Maria) 08028- Barcelona Tel. 93 556 63 01

Sra. M Rosa Esquirol

([voluntats.salut@gencat.net](mailto:voluntats.salut@gencat.net))

Horari registre: de 9-14h i de 15-17h

Tel. de consultes: 93 227 29 00



# Registre únic del DVA de Catalunya

- **Col·legi de metges de Barcelona**

Tel. 935678888 ( faciliten codi als metges per entrar al registre i consultar els documents)

- **Col·legi de Notaris de Catalunya**

Tel. 933174800





# Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

## REGISTRE DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Accés d'ús exclusiu per als col·legiats i col·legiades dels Col·legis Oficials de Metges de Catalunya.  
Per a accedir-hi ho pot fer:

- Amb [certificat digital](#) emès pel seu Col·legi ([Què és un certificat digital?](#))  
Si encara no disposa de certificat digital, demani'l al seu Col·legi.
- Introduint el seu nom d'usuari i clau d'accés col·legial.

Usuari:

Clau:

### Avís Legal

El col·legiat sol·licitant expressament autoritza que el seu Col·legi de Metges comuniqui al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya les dades relatives al nom, cognoms, núm. de col·legiat per a la seva identificació i per validar així l'accés al Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Aquestes dades així com les relatives a l'ús del Registre que es faci en cada accés seran introduïdes en un fitxer automatitzat del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya amb la finalitat de donar-li el servei d'accés al Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Sanitat i Seguretat Social, a través de la Administració Oberta Electrònica de Catalunya, als quals seran comunicades per conèixer l'accés al Registre d'acord amb l'article 6.2 del Decret 175/2002, de 25 de juny.



Gestió d'usuaris - Centre: U08454459/01 CAP SANT MARTÍ LEAP 10 Alama Agressió UFCL Alama Sanitària

siap\_print - Recerca d'usuaris

Dades clíniques IT prOves Prescripció Agenda paciEnts vacUnes Catàlegs aLtres ajuda docuMentació Suport

usufg405 - Consulta dades personals: Mª VICTORIA MIR LABALSA

**Dades Personals**

HCAP: [redacted] CIP: [redacted] Naixement: [redacted] data: [redacted]

DNI: [redacted] Sexe: D Situació: [redacted]

Relació: T Tipus: AC

Nivell cobertura: 3 COBERTURA GLOBAL (60% FARMÀCIA)

**Variables**

Professió  Mant. altres dades

Registre de voluntats anticipades  Mant. altres dades

**Unitat Productiva Uab:** [redacted]

**Altres Dades Personals**

ABS: [redacted] Data resposta: 12/03/2014

Codi: [redacted]

Valor: REGISTRE DEPARTAMENT SALUT 24/10/2012

Guardar Sortir

**Visites Virtuales** Actual: 7 Total: 7

Visites Resoltes		
Virtuales	Presencials	Total
0	5	5

Coment. visita:

Recerca Nova Consulta Recuperar dades de IRCA



Avisos - Departament de Salut - Windows Internet Explorer

Alama Agressió Alama Sanitària

https://hccc.salut.gencat.cat/ca/group/visor-professional/avisos;jsessionid=GnJvTghpXh4hfbYzyyPTr3VK...

Google Català

Fixer Edita Visualització Preferits Eines Ajuda

★ Preferits Avisos - Departament de Salut

Home Pàgina Seguretat Eines

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

HC<sup>3</sup> | Història Clínica  
Compartida a Catalunya

Desconnexió

Manual

CatSalut

Resum HC Documents Diagnòstics Farmàcia Immunitzacions Curs Clínic Primària **Avisos**

**i** Voluntats Anticipades

Data	Modalitat d'instrucció prèvia	Vigent
24-10-2012	Primer Document	Si

**Informació DGAIA**

Pacient sense informació de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA)

W3C WAI-AA WCAG 1.0

CatSalut Generalitat de Catalunya Departament de Salut

Intranet local 100%

https://hccc.salut.gencat.cat/ca/group/visor-professional/avisos;jsessionid=GnJvTghpXh4hfbYzyyP1R3VKI

Alama Agressió Alama Sanitària

Fitxer Edit Vés a Preferits Ajuda

1 / 4 105% Cerca

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

S0408

Número: 0336E/18955/2012  
Data: 24/10/2012 12:51:47

Registre d'entrada

**Sol·licitud d'inscripció al Registre de voluntats anticipades de documents atorgats en presència de testimonis**

**Dades de la persona sol·licitant**

Nr

Tipus de via	Nom	Número
--------------	-----	--------

Done

Zona desconeguda



## MODEL ORIENTATIU DE DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Us presentem un model orientatiu per a la redacció d'un document de voluntats anticipades (DVA). Podeu utilitzar altres models o confeccionar-ne un de propi. Aquest model pot ser d'ajuda per crear el vostre DVA d'una manera més personalitzada.

Aquest model consta de dues parts fonamentals:

### A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS (EL QUE ABANS S'ANOMENAVA TESTAMENT VITAL)

### B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

Podeu emplenar les dues parts o només una.

La part que fa referència a la **designació d'una persona representant**, com a interlocutora amb l'equip assistencial i substituïda en la presa de decisions, pot utilitzar-se de manera independent. El nomenament d'una persona que us representi ja és una raó suficient per redactar un DVA.

Abans d'emplenar el document, us recomanem que llegiu "[Les consideracions sobre el document de voluntats anticipades](#)", o altres guies informatives sobre les voluntats anticipades, i que demaneu l'ajuda i l'orientació d'un professional sanitari per tal de valorar l'abast de les vostres decisions.

Recordeu que perquè el DVA sigui vàlid cal que tres testimonis en donin fe o bé fer-ho davant d'un notari. És per això que l'últim full d'aquest model (annex 1) correspon a la declaració dels testimonis.

## SI VOLEU MODIFICAR O REVOCAR EL DVA

La persona que ha fet el DVA pot renovar-lo, modificar-lo o deixar-lo sense efecte (revocar-lo) en qualsevol moment. Qualsevol d'aquestes opcions ha de seguir els mateixos requisits assenyalats per a la seva validesa. Per tant, cal que tres testimonis en donin fe o bé fer-ho davant d'un notari. Sempre té la validesa la darrera i més recent expressió o document.

## DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

### DADES DE LA PERSONA QUE EXPRESSA LA SEVA VOLUNTAT ANTICIPADAMENT

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el núm. de telèfon mòbil \_\_\_\_\_ i de fix \_\_\_\_\_;

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient, que m'ha permès reflexionar, **expresso** els criteris i les instruccions que desitjo que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària, quan em trobi en una situació en què, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

### A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS

#### I. Criteris que desitjo que es tinguin en compte

Per al meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important i la relaciono amb uns criteris que, entre d'altres, són els següents:

- La possibilitat de comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.
- El fet de no prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.
- El fet de romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meua vida i morir-hi.
- En la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant referent a qualsevol decisió sobre mi.
- En cas que el professional sanitari que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, sol·licito ser atès per altres professionals sanitaris que pugui fer-ho.
- Altres: \_\_\_\_\_

## II. Situacions sanitàries previstes

Vull que es respectin de manera genèrica els criteris esmentats a l'apartat anterior i, sobretot, en cas de trobar-me en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació:

- Malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- Estat avançat de demència.
- Altres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## III. Instruccions sobre les actuacions sanitàries

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries especificades, demano que es respectin les decisions següents:

- No prolongar inútilment de manera artificial la meua vida, mitjançant tècniques de suport vital –ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial– i retirar-les si ja se m'han començat a aplicar i només serveixen per mantenir una supervivència biològica sense sentit.
- No rebre tractaments de suport ni teràpies poc contrastades que no hagin demostrat efectivitat o que ja siguin fútils.
- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic.
- Que, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- Si estigués embarassada i succeís alguna de les situacions descrites a l'apartat II, que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.
- Que els meus familiars i les persones més properes puguin acompanyar-me.
- No ser traslladat del lloc on resideixo en l'últim tram de la meua vida.
- Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.
- Altres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IV. Altres instruccions sobre el meu cos

- Manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:
  - Trasplantaments
  - Investigació científica
  - Docència
- Altres instruccions relatives al meu cos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'ha de tenir present que, possiblement, l'autoritat i la potestat respecte a algunes d'aquestes instruccions no pertanyi als metges, sinó a altres figures professionals a qui s'haurà d'acudir per assegurar-ne l'acompliment.

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat



## B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

Convé que els representants siguin persones amb qui tingueu una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneguin els vostres valors i defensin els vostres interessos en les decisions. En aquest sentit, cal que valoreu la conveniència que el representant no sigui cap dels testimonis ni cap dels professionals que després hagi d'executar la decisió presa.

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el núm. de telèfon mòbil \_\_\_\_\_ i de fix \_\_\_\_\_;

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i d'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000 **designo**, com a representant meu, perquè actui com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari que m'atendrà, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, la persona següent:

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura de la persona representant

I **designo**, com a persona representant alternativa (*opcional*)

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura de la persona representant alternativa

En conseqüència, **autoritzo** el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix, perquè tingui la informació necessària per fer-ho, perquè l'administri com cregui oportú i perquè em substitueixi en els consentiments que s'hagin de donar sempre que no es contradiguin les voluntats que consten en aquest document.

Limitacions específiques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--

## Annex 1. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet amb plena consciència, sense que hàgim pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem que no mantenim cap vincle ni familiar, fins a segon grau, ni patrimonial amb la persona que signa aquest document.

### Testimoni primer

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura del testimoni primer

### Testimoni segon

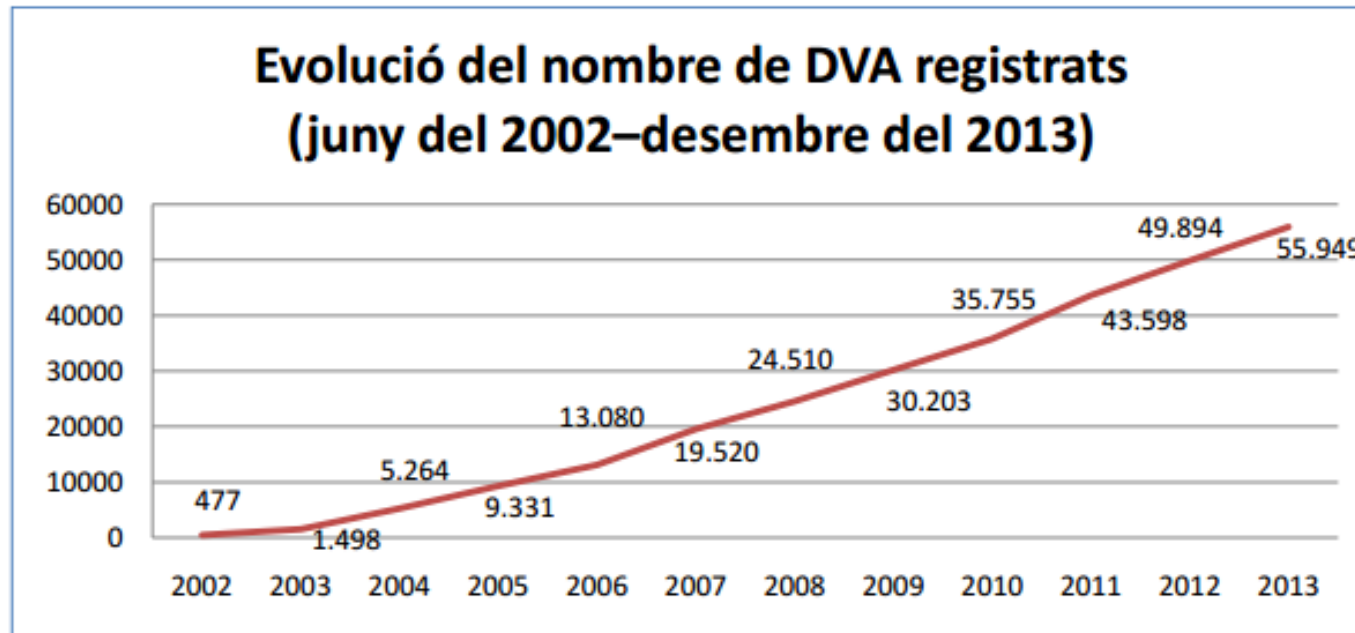
Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura del testimoni segon

### Testimoni tercer

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura del testimoni tercer



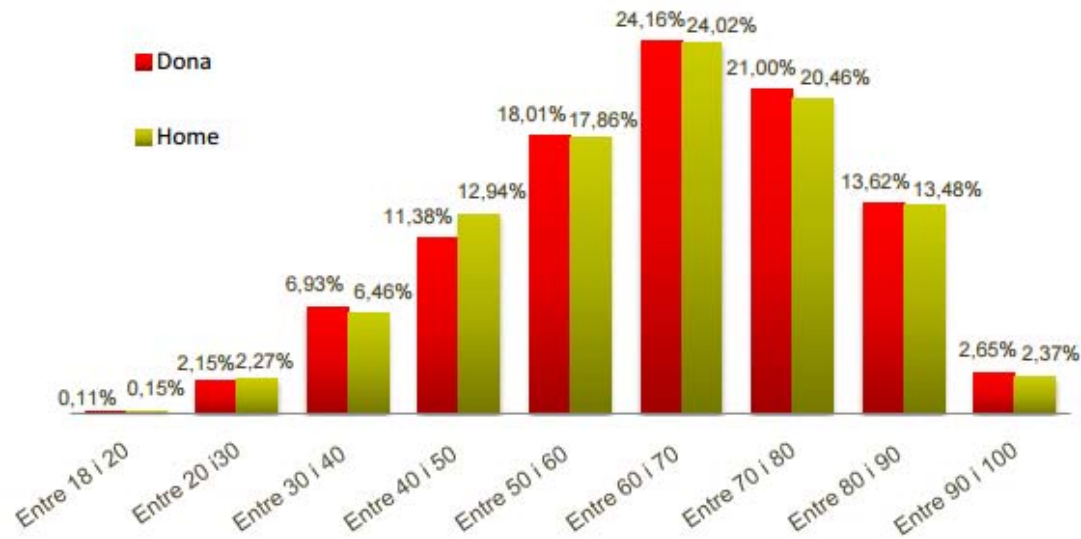
# Anem a Pams!!



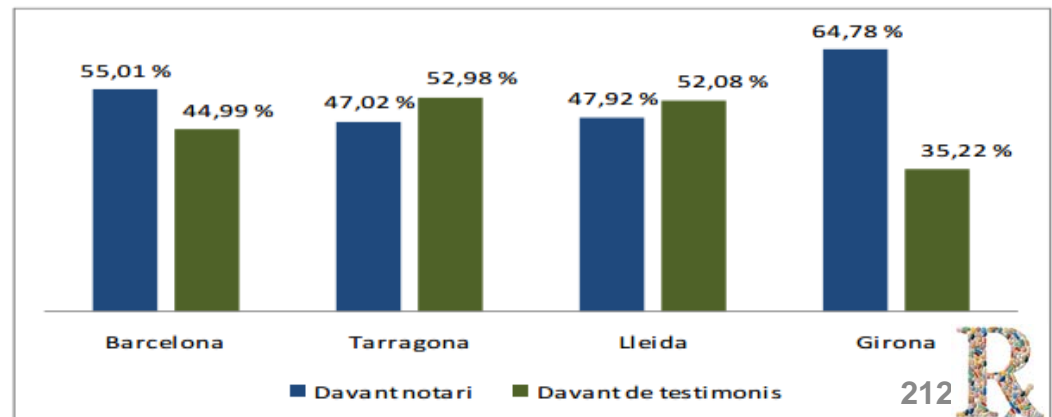
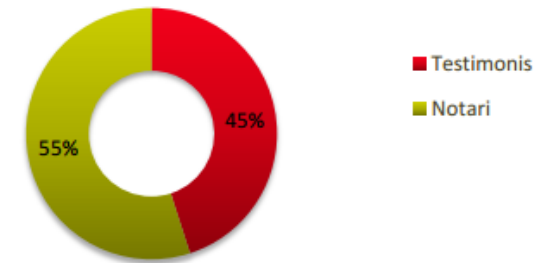
**Andalusia** segueix en numero (25.329) i a més distància **Valencia** (15.776), **Madrid** (14.205) i **País Basc** (11.970)

Font: Informe 2013 del registre de voluntats anticipades.  
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

# Edat



# Formalització



Font: Informe 2013 del registre de voluntats anticipades. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

# Més enllà del DVA

El procés de redacció d'un DVA és una oportunitat per:

- ✓ **Acompanyar el desig implícit de cuidar**
- ✓ **Fer previsions més enllà de l'esfera sanitària**





La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments  
-10a edició-

# Planificació de les decisions anticipades PDA



# DVA vs PDA

	VOLUNTATS ANTICIPADES	PLANIFICACIÓ DECISIONS ANTICIPADES
Regulació	LEGAL	PROTOCOLS ASSISTENCIALS
Fonament	AUTONOMIA DE LA VOLUNTAT	
Element essencial	REVOCABILITAT	
Autors	INDIVIDU -Malalt o sà -Amb o sense assessorament	PERSONA i/o FAMILIA + PROFESSIONALS DE LA SALUT
Negoci jurídic	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UNILATERAL (Declaració de voluntat receptícia)</li> <li>• Majors de 18 Anys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BILATERAL (Fruit del consens)</li> <li>• Majoria d'edat sanitària (majors de 16 anys)</li> <li>• Menor madur (entre 12 i 15 anys)</li> </ul>
Destinatari	INDETERMINATS	DETERMINATS
Eficàcia	FUTURA (Circumstància prevista)	PRESENT (Malaltia en curs)
Instrument	DVA	PADS
Contingut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INSTRUCCIONS</li> <li>• NOMENAMENT REPRESENTANT</li> </ul>	PLANIFICACIÓ DE L'ATENCIÓ
Requisits formals	-DOCUMENT NOTARIAL -DOCUMENT PRIVAT AMB 3 TESTIMONIS	CONSTÀNCIA ESCRITA
Lloc de dipòsit	-HISTÒRIA CLÍNICA -REGISTRE ADMINISTRATIU	HISTÒRIA CLÍNICA

Font: Document Model Català de PDA



# La Planificació de les Decisions Anticipades (PDA)

- És un procés deliberatiu i estructurat mitjançant el qual una **persona expressa el seus valors, desitjos i preferències** i, d'acord amb aquests i **en col·laboració amb el seu entorn afectiu i el seu equip sanitari** de referència, **formula i planifica** com voldria que fos l'atenció a rebre, davant d'una situació de complexitat clínica o malaltia greu, o en situació de final de vida.



# Què es pretén aconseguir amb el procés de PDA

- Promou la **continuitat** en les pautes assistencials establertes.
- És una oportunitat de **participació i de consens** amb els malalts.
- **Enforteix la relació clínica** basada en el coneixement mutu, el diàleg i el respecte.



# Què es pretén aconseguir amb el procés de PDA

- **Afavoreix la reflexió ètica interdisciplinària.**
- **Millora la percepció del control** que la persona té sobre el procés
- Pot permetre els pacients conèixer en primera persona la **història natural de les malalties i dels escenaris previsibles** futurs.



# Què es pretén aconseguir amb el procés de PDA

- Permet haver **format prèviament els dubtes de maneig** que poden sorgir i per tant, disposar d'una resposta o, com a mínim, d'una anàlisi prèvia de la situació.
- **Afavoreix la manifestació dels valors i preferències** de cadascú i que els equips puguin alinear les decisions clíniques amb aquests valors i preferències.



# Què es pretén aconseguir amb el procés de PDA

- **Defineix una ruta** preestablerta sobre com haurien d'anar les coses en un marc teòric i previ a que aquestes coses succeeixin, independentment de si tenen lloc o no.
- **Alleugereix la responsabilitat en la presa de decisions al representant** en el moment en què la persona no pot decidir.

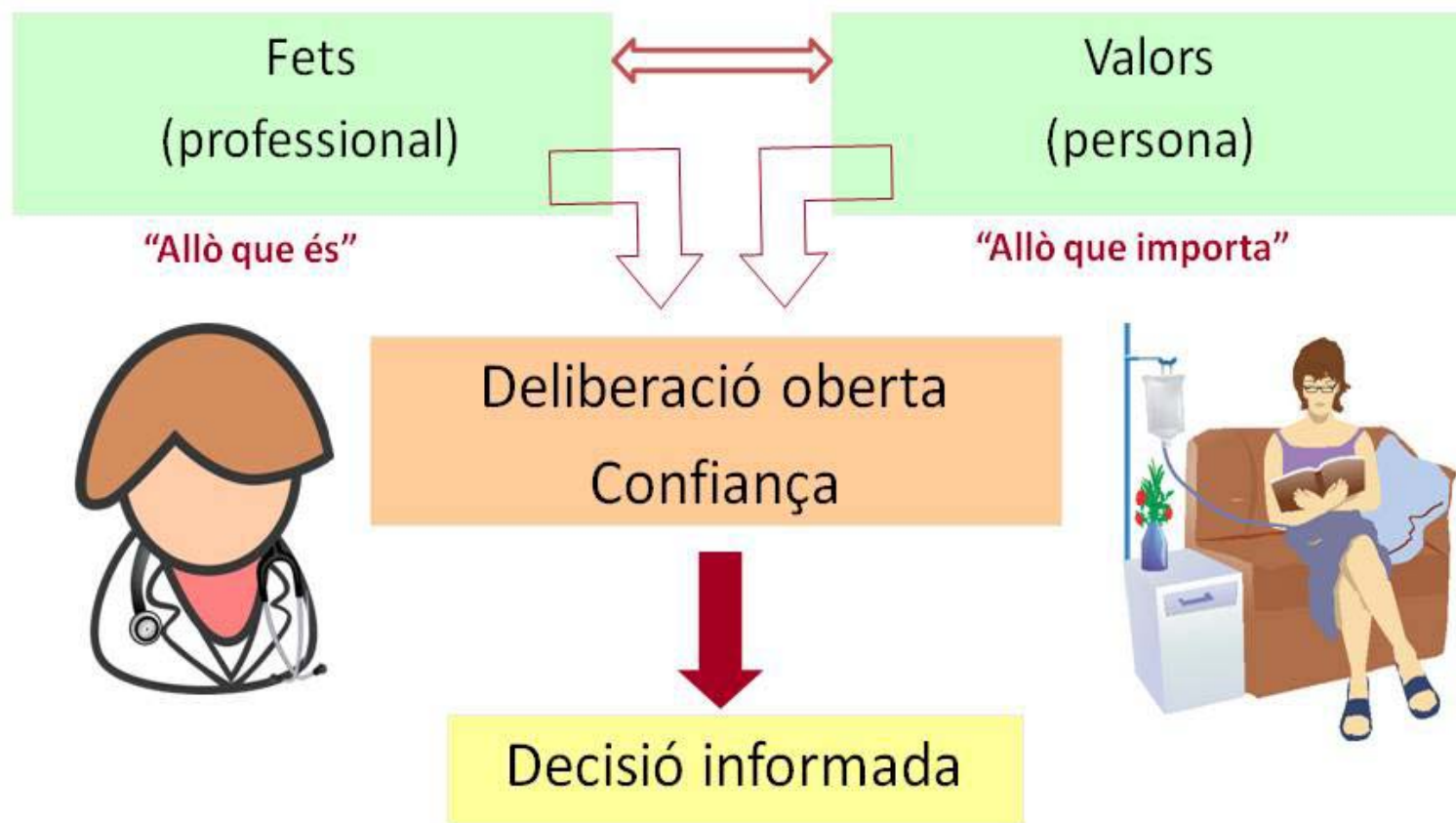


# Què es pretén aconseguir amb el procés de PDA

- Pot **afavorir la disminució de l'angoixa, depressió i el risc de dol patològic** en familiars dels pacients
- **Minimitza els riscos de discrepàncies i conflictes** entre els professionals i equips participants



# Model de presa de decisions sanitàries



Font: Document Model Català de PDA



## La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments -10a edició-

### “ Atenció al cuidador ”



# El cuidador



- Cal tenir present les etapes que pot arribar a viure el cuidador:

**1<sup>a</sup> fase: Negació o manca de consciència del problema.** Desadeqüació entre les demandes que li resulten excessives i els recursos que té al seu abast (professionals, psicològics, econòmics...).

# El cuidador

**2ª fase: Desequilibri emocional lligat a un sobre esforç.** Síntomes com: fatiga, ansietat, irritabilitat, estrés, agressivitat, tensió amb altres cuidadors i/o professionals, tendència a l'aïllament i **consum de fàrmacs**, alteracions musculo-esquelètiques, insomni...

**3ª fase: Reorganització.** Distanciament emocional, aïllament progressiu, rigidesa afectiva, depressió, claudicació, abandonament del rol de cuidador, trobar solucions...

# Una aproximació a la realitat...

- Mostra de 829 cuidadors, en 72 equips d'atenció primària a Catalunya.
- Cribratge d'abús per al cuidador, **Caregiver Abuse Screen (CASE)**
- Un 68% dels cuidadors pateix sobrecàrrega segons el test de Zarit i un 55%, ansietat.

Font: IDIAP Jordi Gol. Pujol E. 2014



# Una aproximació a la realitat...

- **Un 40%** dels cuidadors ha dit que sovint es troba tan cansat i exhaust que **no pot satisfer les necessitats** de la persona anciana a qui cuida.
- **Un 20%** ha manifestat que sovint havia de **rebutjar o ignorar les peticions** d'aquesta persona.
- **Un 45%** manifesta tenir **problemes per controlar-li el caràcter**.



# Una aproximació a la realitat...

- **Un 32%** declara que sovint es veu forçat a actuar contra la seva voluntat o a **fer coses que pensa que no estan bé**.
- **Un 42%** dels cuidadors ha dit que a vegades es veia **forçat a ser dur** o sever amb la persona a qui cuiden.



# Una aproximació a la realitat...

- Un 65% de les **persones cuidades** són dones
- Mitjana d'edat de 84,2 anys
- Un 64,2% d'aquestes presenta deteriorament cognitiu

- El 82,8% dels **cuidadors** també són dones
- Mitjana d'edat de 63,3 anys
- El 58% d'aquestes són les filles de la persona a qui cuiden
- Un 87,4% dels casos les dues viuen juntes



# Cuidar, esgotament, risc de maltractes

**Qüestionari CASE:  
33,4% de risc d'abús.  
(IC95%: 30,3-36,7)**

Font: IDIAP Jordi Gol. Pujol E. 2014

QÜESTIONARI CASE DE RISC D'ABÚS, RESPOSTES POSITIVES		
	Total=829	N (%)
A vegades té problemes perquè controli el seu geni?		376 (45,4)
Sovint es veu forçat a actuar contra la seva voluntat o fer coses que pensa que no estan bé?		270 (32,6)
Troba difícil controlar el comportament de la persona a qui cuida?		269 (32,4)
De vegades es veu forçat a ser dur o sever amb la persona que cuida?		350 (42,2)
De vegades creu que no pot fer el que realment seria necessari fer per la persona que cuida?		300 (36,2)
Sovint l'ha de rebutjar o ignorar?		171 (20,6)
Sovint se sent tan cansat i exhaust que no pot satisfer les necessitats de la persona a qui cuida?		326 (39,3)
Sovint li ha de cridar?		180 (21,7)
<b>CASE ≥ 4 respostes positives</b>		<b>277 (33,4)</b>
<b>Mitjana de respostes positives (DE)</b>		<b>2,7 (2,32)</b>

# Cuidar, esgotament, risc de maltractes

REGRESSIÓ LOGÍSTICA, RISC D'ABÚS			
Variables		ORa	IC95%
Gènere, cuidador	Home	1,19	0,67-2,1
Edat, cuidador	Anys	0,99	0,98-1,01
Gènere, cuidat	Home	0,83	0,52-1,33
Edat, cuidat	Anys	0,98	0,95-1,01
Relació prèvia	Regular	1,12	0,61-2,06
	Dolenta	1,82	0,38-8,76
Aspectes positius del cuidar	9 punts	0,95	0,93-0,98
Estat Cognitiu. Test Peiffer	10 punts	0,99	0,93-1,05
Estat Funcional Index Barthel	100 punts	1,01	1,002-1,03
Depressió. Goldberg	Sí	0,98	0,61-1,57
Ansietat. Goldberg	Sí	1,96	1,23-3,12
Càrrega del cuidador. Zarit.	Sobrecàrrega	2,44	1,45-4,12
Mal tracte per part del cuidat	5 punts	2,49	2,10-2,94

Font: IDIAP Jordi Gol. Pujol E. 2014



# Cuidar, esgotament, risc de maltractes

- El risc d'abús és alt entre els cuidadors informals.
- El coneixement dels factors de risc, especialment els que poden ser abordats, com la sobrecàrrega i l'ansietat del cuidador, pot ajudar a la detecció i la prevenció dels maltractaments a les persones dependents.



# Com podem ajudar al cuidador?

- Augmentant i capacitant al cuidador mitjançant coneixements i habilitats respecte a les persones que cuiden i respecte a ells mateixos, augmentar el seu benestar i satisfacció per evitar una sobrecàrrega futura.
- **Les intervencions en cuidadors milloren les dimensions psicològiques i de salut mental.**



# Com podem ajudar al cuidador?

- Tallers formació per cuidadors. Entitats privades (Associacions de familiars, Caixa Catalunya...) i públiques (ICS, PAM, Grups a serveis Socials...)



# Com ho podem fer? (I)

- És important coordinar-nos amb la resta de professionals de l'equip per trobar les millors opcions d'ajuda al cuidador.
- Creació i derivació a grups/tallers de suport al cuidador on es treballin les principals àrees d'atenció.



## Com ho podem fer? (II)

- **Aprendre a cuidar-se:**
  - \*Posar limits, saber dir “no”, demanar ajuda, reconèixer signes d’alarma. Cuidar la pròpia salut (son, higiene, expressió de sentiments, mantenir aficions, organització del temps...). Treballar la culpa...
- **Formar-lo en higiene postural:** Com fer mobilitzacions i trasferències.
- **Prevenció de riscos a l’entorn:** adaptacions a l’habitatge, prevenció caigudes, ajuts tècnics.



# Com ho podem fer? III

- **Augmentar l'autonomia de la persona depenent:** alimentació, mobilitat, activitats d'oci, teràpia ocupacional...
- **Formació en cures pell.** Prevenció de nafres.
- **Capacitació en primers auxilis.** Resolució situacions imprevistes al domicili.
- **Cures pal.liatives** i suport emocional al cuidador.



# Com ho podem fer? III

- **Oferir i treballar els Recursos Socials:**  
Assessorament social. Ajuda a domicili, ingressos, teleassistència, Centre de Dia, incapacitacions, Voluntats Anticipades, Grups Ajuda Mutua, Associacions...
- **Informar dels ajuts tècnics existents: SIRIUS, SPD...**



# A tenir en compte!!

Quan pensem en un recurs de suport ...

**Recordar que:**

**Una cosa es derivar i l'altre enviar a la deriva**





## La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments -10a edició-

# Alguns casos pràctics



# Cas 1. Francisco

•Es tracta d'un pacient que té (25 de gener de 2013)

1. Infecció respiratòria baixa
2. MPOC
3. Broncospasme
4. Insuficiència respiratòria crònica
5. Insuficiència renal aguda
6. Hiperdescoagulació per dicumarínics
7. ACXFA crònica
8. Caigudes



# Cas 1. Francisco

9. Dèficit visual important
10. Deteriorament cognitiu moderat sever. GDS 6-7
11. Trastorns conductuals
12. Síndrome prostàtica
13. Cansament de la cuidadora principal.
14. Situació de final de vida



# Cas 1. Francisco

Viu a domicili amb l'esposa, rep ajuda d'una neta i una filla. Dependent parcial per a les ABVD (ajuda per vestir-se, fer-se la higiene i dutxar-se), incontinença doble, camina poc amb ajuda de caminador i una altra persona. Deteriorament cognitiu GDS 6-7. Amb trastorns conductuals. Dorm poc. Caigudes (4 recentment)



# Cas 1. Francisco

RESUM Pacient amb antecedents de MPOC, cardiopatia valvular i ACxFA crònica que ingressa per MPOC aguditzat per sobreinfecció respiratòria i hiperdescoagulat crida l'atenció el deteriorament cognitiu progressiu amb trastorns conductuals respecte a l'anterior ingrés, amb 4 caigudes i probable pèrdua de pes amb davallada funcional progressiva afegint-se cansament de la cuidadora principal



# Cas 1. Francisco

**AVALUACIÓ:** Situació global precària, suspenem el Sintrom i s'inicia tràmits amb treball social, donat el cansament de la cuidadora principal un centre sociosanitari però després d'una espera important de moment no hi ha plaça en aquests moments. Decidim remetre a domicili amb suport social a l'espera d'ingrés a sociosanitari. El perfil del pacient és un pacient ja molt residencial amb situació de final de vida.



# Reflexions. Cas 1

- La nostra previsió va ser adequada?
- La nostra previsió va influir en les decisions de la cuidadora/família?
- Com podem donar resposta a les necessitats del pacient i la seva cuidadora?



# Cas 1. Francisco

## Directrius si crisi o descompensació

Si disnea valorar broncodilatadores inhaladores, tto corticoideo  
im y si no se resuelve valorar abordaje hospitalario  
En estos momentos no preveemos otras  
descompensaciones

## Pla de decisions anticipades

El paciente y la familia han expresado reiteradamente que el  
lugar de atención es el domicilio. Han rechazado el ingreso  
en socio-sanitario.  
Ante la descompensación grave, hay preferencia por acudir  
a un hospital de agudos.

## Atenció al pacient

- Servei teleassistència? Sí  No
- Atès per gestor de casos? Sí  No
- Viu en residència? Sí  No

- Atès per PADES? Sí  No
- Atès per ATDOM? Sí  No
- Viu sol? Sí  No

## Valoració multidimensional



## Cas 2. Basilio

- Paciente de 90 anys que presenta
  1. Demència mixta en fase GDS 7, FAST 7c.
  2. SPCD secundaris.
  3. Disfàgia a líquidos
  4. Portador de SVP: espasmes i bacteriúria
  5. HTA
  6. Caigudes



## Cas 2. Basilio

Vidu des de el 2004. Viu al domicili. Viu a un 5º pis amb ascensor. No barreres arquitectòniques. Tiene 2 fills. Un viu a prop. Disposa de cuidadora i està acompanyat les 24h. GIII de dependència. Està en llista d'espera per plaça pública.

## Cas 2. Basilio

Darrerament consulta sovint a tots els dispositius territorials.

-Infeccions d'orina de repetició

-Alteracions de la conducta

Què pot estar passant????

# Cas 2. Basilio

## Directrius si crisi o descompensació

En este momento la principal patologia que determina trayectoria es su demencia y presenta dos tipos de descompensación

- ITU (sonda permanente)
- alteración de la conducta

Una vez descartada la ITU (y tratada) la opción es tratar la desorientación. La profesional de referencia socio-sanitaria es la Dra Espinosa, de Sant Jaume

## Pla de decisions anticipades

Basilio no puede decidir. No tiene DVA  
Sus hijos asumen las decisiones clínicas  
Al no haber designado representante legal, es mejor que las decisiones sean colegiadas

## Atenció al pacient

- Servei teleassistència? Sí  No
- Atès per gestor de casos? Sí  No
- Viu en residència? Sí  No

- Atès per PADES? Sí  No
- Atès per ATDOM? Sí  No
- Viu sol? Sí  No



## Cas 3. Josefa

- Pacient de 86 anys, institucionalitzada:
- Obesitat mòrbida
- Insuficiència respiratòria aguda secundària
- Hipotiroidisme primari
- TBC ganglionar (Dx i tractament al 1980)
- Miocardiopatia hipertensiva
- ACxFA amb un episodi que va precisar ingrés.
- Fauectomia bilateral



## Cas 3. Josefa

- Diversos ingressos hospitalaris per clínica de suboclusió intestinal
- Colangitis secundaria a colelitiasis.
- Colitis isquèmica 09/2009. Presenta rectorràgies (FCS amb biòpsia que informa de Dx compatible)
- Declivi funcional multifactorial. Ingrés al 2012, sense trobar focus reversible



## Cas 3. Josefa

- Es una pacient PCC o MACA?
- Es la residència on està institucionalitzada el lloc adient per ella?
- Quines alternatives contempleu?



# Cas 3. Josefa

El que preveiem en el seu cas, en el moment actual es

- ITU: valorar ATB empíric
- nou episodi d'otorrea: ATB empíric oral i tòpic

La família no manté en el moment actual cap relació amb ella

Les responsables de la residència són, a efectes pràctics, les seves representants

No s'hauria de prendre cap decisió important sobre el lloc d'atenció sense consultar amb elles: M<sup>a</sup> Elena, Ana i Maura

El lloc triat d'atenció, mentre sigui possible, és el domicili

## Atenció al pacient

· Servei teleassistència? Sí  No

· Atès per gestor de casos? Sí  No

· Viu en residència? Sí  No

· Atès per PADES? Sí  No

· Atès per ATDOM? Sí  No

· Viu sol? Sí  No

## Valoració multidimensional

Hipoacusia severa, no té dents però menja de tot

A nivell abdominal té hèrnies inguinals, i una ferida quirúrgica oberta d'una eventració que no ha tancat i rep cures diàries amb iode tòpic

Incontinent urinària, té problemes per defecar per la sedestació. S'ha de dutxar amb l'ajuda de 3 persones

Animada, soferta. No té queixes d'insomni

Nafres als talons que no es curen. Rep cures cada 48h per part de la infermera de la residència





**Moltes gràcies**



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut