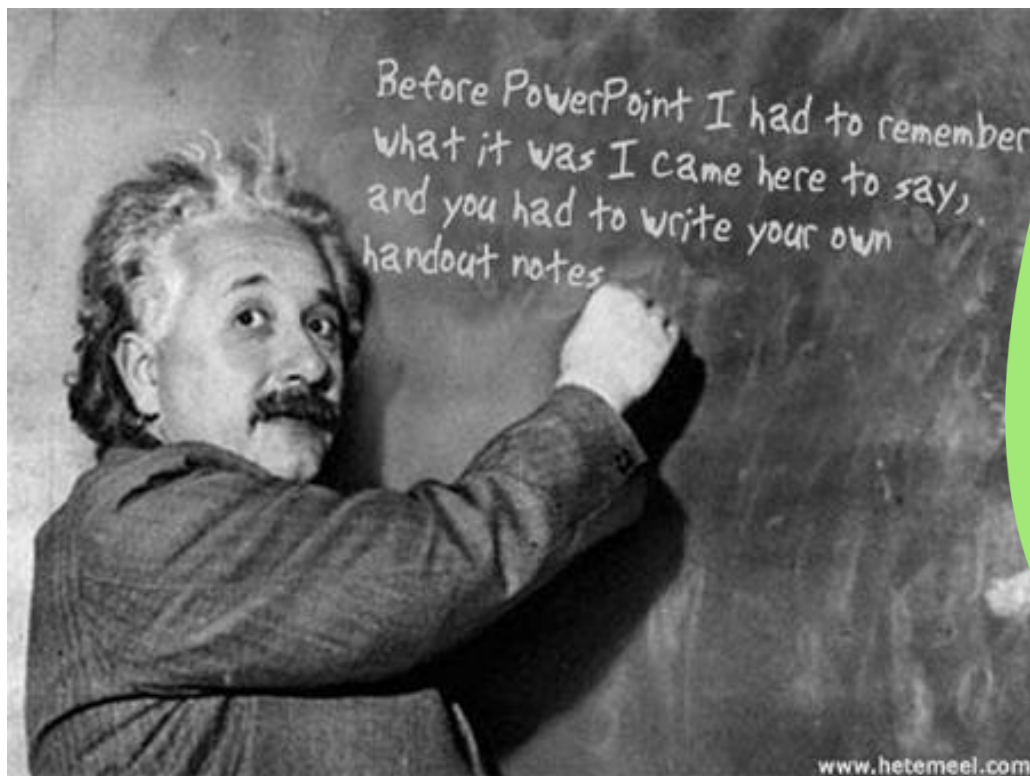




I JORNADA D'ATENCIÓ INTEGRAL DEL PACIENT CRONIC

Més enllà dels protocols...





Primer cas: Enric – PCC-

- ☐ Pacient 84 anys. Viu sol, una filla en té cura quan cal.
- ☐ DM2 amb polineuropatia, Polimiàlgia reumàtica, HTA, ICC NYHA II
- ☐ HbA1c 9,5%, GB 201, MAB 45, FGR 40, Col 238, HDL 35, LDL 172, TG 315
- ☐ PA: 150/90 mmHg, ÍMC 32, cintura 103 cm. FC 76 bpm, rítmic
- ☐ No fa bé la dieta, no cuina...
- ☐ Tractament: metformina 850x3, AAS, furosemida, repaglinida 2 mgx2, simvastatina 20, enalapril 20, amlodipí 10, HCTZ 50, digoxina 0,25x5, lansoprazol 20. Prednisona 10 mg/dia (en brots, 40-60 mg/dia)



Una pregunta prèvia...per provar la tecnologia...

Un pacient en aquesta situació, quin pronòstic de vida li assignaríeu?

- 1. Menys de sis mesos**
- 2. Menys d'un any**
- 3. Entre 1 i 2 anys**
- 4. Més de dos anys**



Primer cas: Enric- Pronòstic vital

❑ Diferents eines

❑ Lee, SJ et al. JAMA 2006

❑ edat 5 punts

❑ home 2 punts

❑ diabetis 1 punt

❑ I cardíaca 1 punt

Risc de mort en 4 anys

0-5 punts: 3%

6-9 punts: 15%

10-13 punts: 40%

≥ 14 punts: 64%

Table 3. Independent Risk Factors for 4-Year Mortality in the Development Cohort in the Multivariable Analysis

Risk Factor	Adjusted OR (95% CI)*	Points
Demographics		
Age, y		
60-64	1.9 (1.4-2.5)	1
65-69	2.8 (2.1-3.7)	2
70-74	3.7 (2.8-4.9)	3
75-79	5.4 (4.1-7.1)	4
80-84	8.3 (6.3-11.0)	5
Male sex	1.6 (1.2-2.1)	1
Comorbidities and behaviors		
Diabetes mellitus	1.8 (1.5-2.1)	1
Cancer	2.1 (1.7-2.4)	2
Lung disease	2.3 (1.8-2.9)	2
Heart failure	2.3 (1.8-3.1)	2
BMI < 25	1.7 (1.4-1.9)	1
Current smoker	2.1 (1.7-2.5)	2
Functional measures		
Bathing	2.0 (1.6-2.4)	2
Managing finances	1.9 (1.6-2.3)	2
Walking several blocks	2.1 (1.8-2.4)	2
Pushing/pulling heavy objects	1.5 (1.3-1.8)	1

Abbreviation: BMI, body mass index, which is calculated as weight in kilograms divided by the square of height in meters; CI, confidence interval; OR, odds ratio.

*Each OR was adjusted for the other risk factors in the table.

40% en 4 anys



Primer cas: L'Enric es descompensa

L'Enric en aquest moment fa un brot de dolor intens, generalitzat, s'orienta com a brot de PMR i, a més, s'ofega una mica més de l'habitual i hi ha un dolor a les cames que l'impedeix dormir.

Aquest pacient, s'ha d'insulinitzar?

Cal un maneig específic de la neuropatia diabètica?

- 1. Cal insulinitzar obligatòriament i la neuropatia diabètica (ND) no té un maneig específic.**
- 2. Potser cal insulinitzar, però sí que hi han tractaments específics de la ND (p.e. gabapentina, pregabalina...)**
- 3. Sempre s'ha d'insulinitzar ja que la ND és una complicació més de la diabetis. A més, la insulina millorarà la ND.**
- 4. En realitat no s'obtindrà gaire milloria, ni insulinitzant, ni tractant de forma específica la ND.**





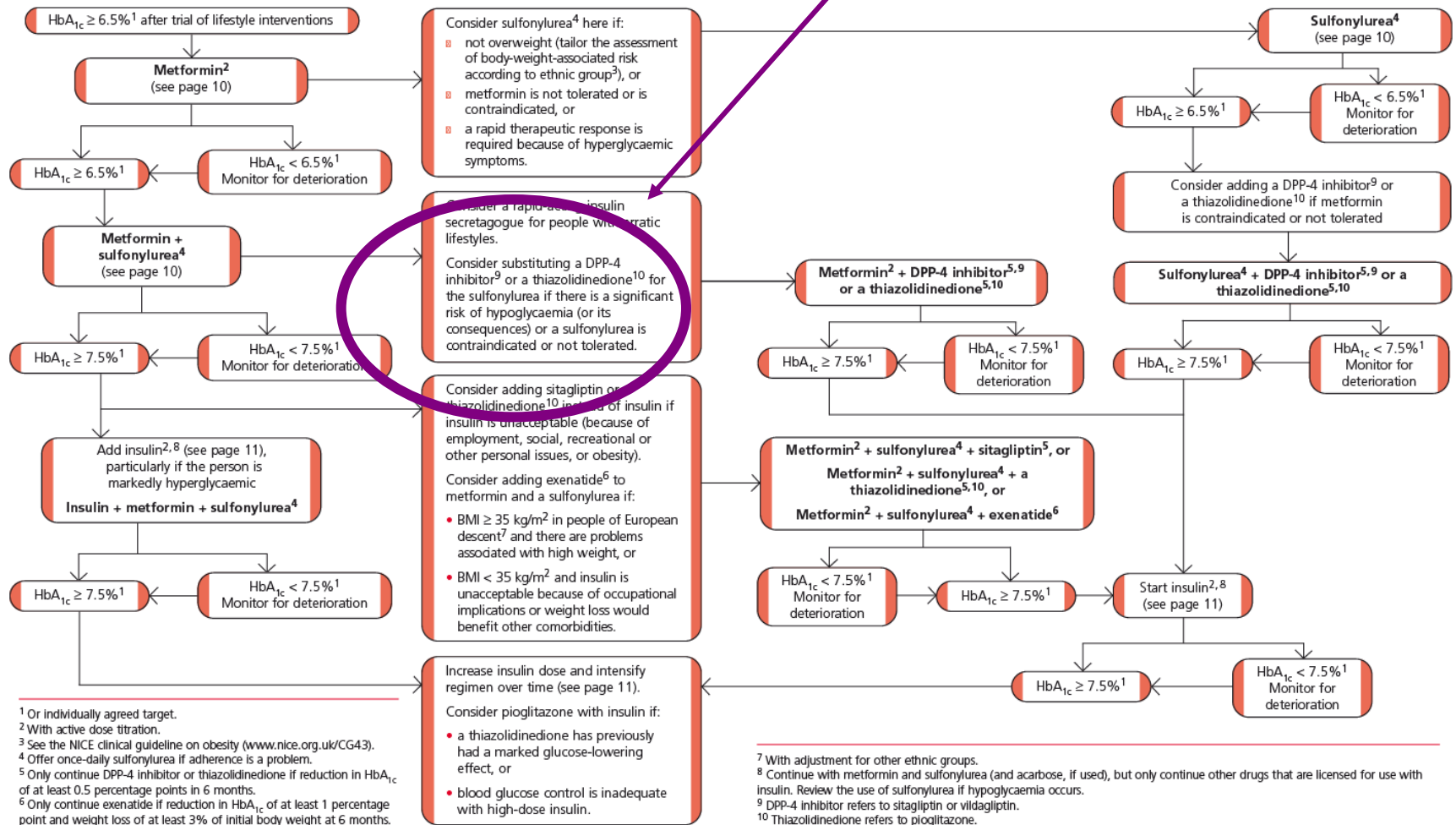
Dra. ANTONIETA VIDAL

GEDAPS

NICE 2009

Primera en tenir en compte aspectes del pacient

Blood-glucose-lowering therapy



SED 2010: algoritmo diagnóstico

Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2

1

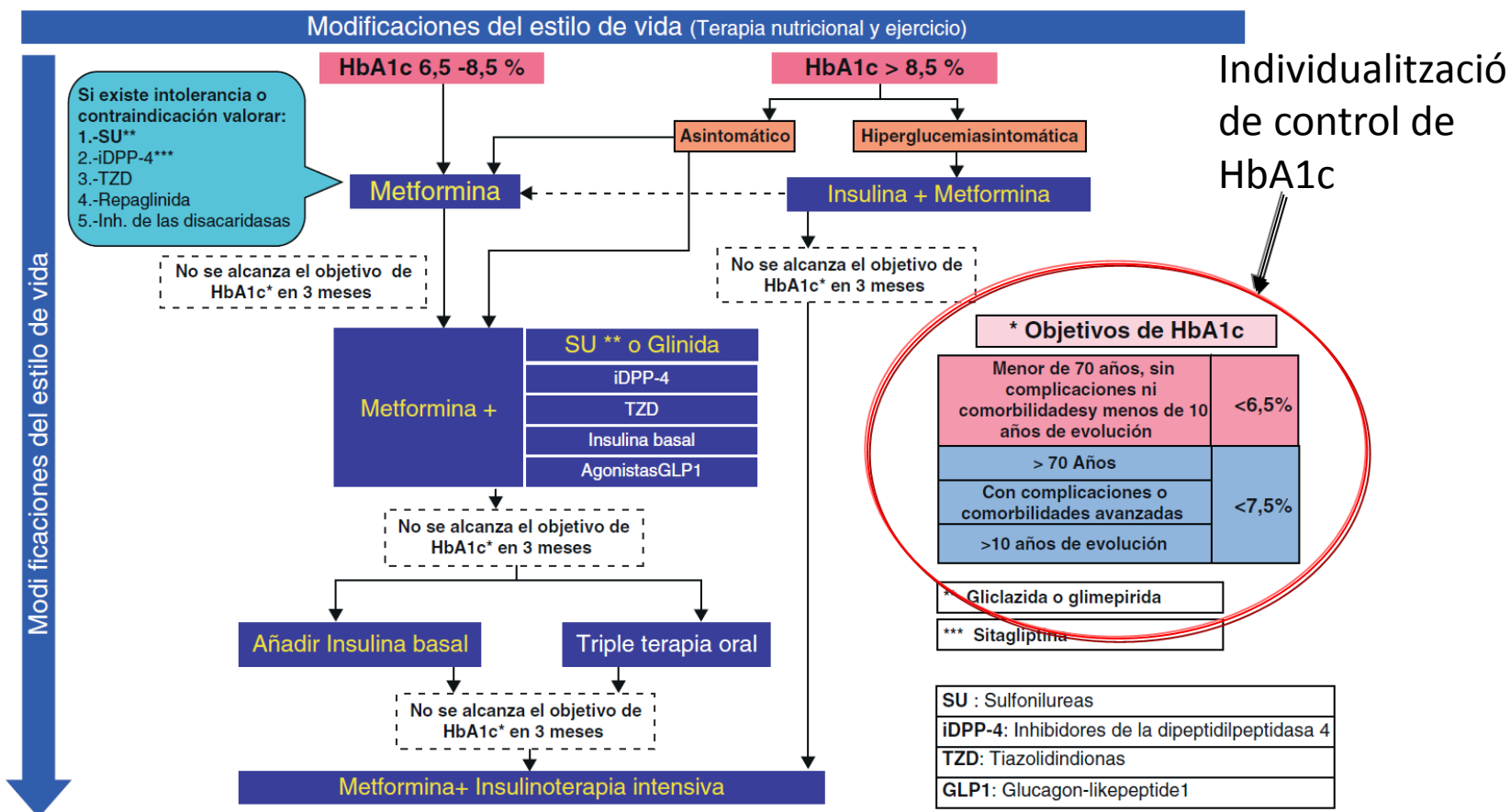
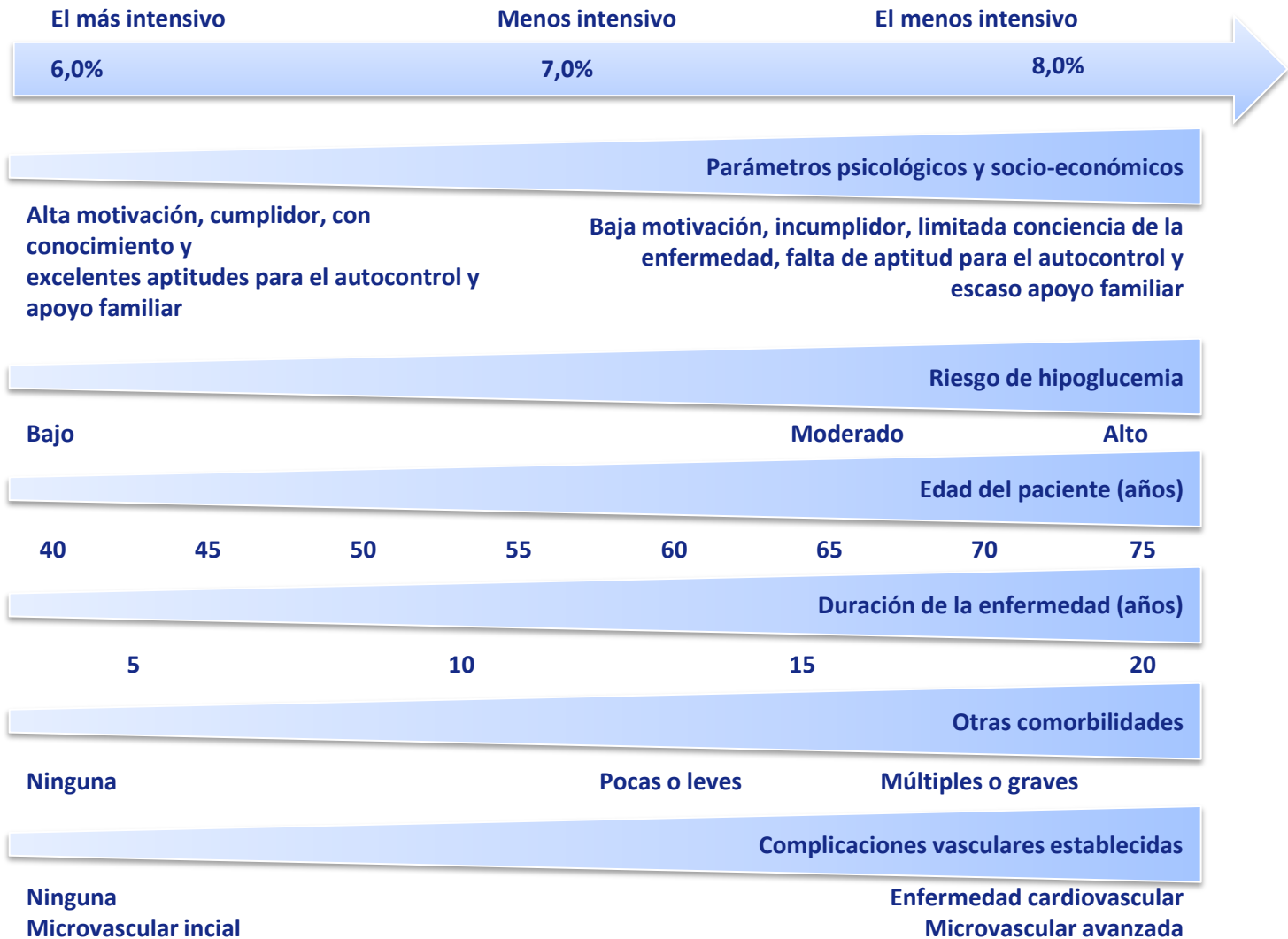


Figura 1 Algoritmo 2010 de la Sociedad Española de Diabetes sobre el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en diabetes tipo 2.

Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Aten Primaria. 2011; 43(4): 202.e1-e9.



Individualización de la terapia en la diabetes tipo 2



Beigi et al. Van establir objectius individualitzats.

Edad	Duración DM	Macrovasculares		Microvasculares	Objetivo HbA1c
<45 y	Cualquiera	No	y	No o precoz	<6,5%
		Sí	y/o	Avanzada	~7%
45-65 y	Corta	No	y	No o precoz	6,5-7%
	Larga	No	y	No o precoz	~7%
	Cualquiera	Establecida	y/o	Avanzada	7-8%
	Corta	No	y	No o precoz	~7%
>65 y	Larga	No	y	No o precoz	7-8%
	Cualquiera	Establecida	y/o	Avanzado	~8%
>75 o enfermo y cualquier edad	Cualquiera	Cualquiera	y/o	Cualquiera	~8%



Elementos de decisión para la individualización de objetivos

Consideraciones para el manejo de la hiperglucemia

Actitud del paciente y expectativa
de compromiso en el tratamiento

Más estricto

Menos estricto

Altamente motivado, adherente
Excelentes capacidad para auto-cuidado

Poco motivado, no adherente
baja capacidad para auto-cuidado

Riesgos potenciales asociados a
hipoglucemia y otros eventos adversos

Bajo

Alto

Duración de la enfermedad

Diagnóstico reciente

Larga

Expectativa de vida

Larga

Corta

Importancia de las comorbilidades

Ausentes

Pocas/moderadas

Severas

Complicaciones vasculares establecidas

Ausentes

Pocas/moderadas

Severas

Recursos, apoyo del sistema

Presentes

Limitados



Consens ADA/EASD. Objectius terapèutics

HbA1c < 7%

HbA1c 6,0-6,5%

Curta durada de la malaltia
Esperança de vida perllongada
Sense ECV significativa

HbA1c 7,5-8,0 -8,5%

Hipoglucèmia greu
Esperança de vida escasa
Complicacions avançades
Comorbiditats greus



Tractament del pacient diabètic mal controlat amb 2 antidiabètics orals a dosis plenes. Triple terapia vs insulinizació

Individualitzar el tractament per aconseguir objectius

Condicionants:

- Hipoglucèmies, pes, edat.
- Complicacions cròniques.
- Objectius a aconseguir.
- Suport social, habilitats.
- Tractament previ i compliment.

Triple teràpia

- Mecanismes complementaris.
- Comoditat vs perill d'inèrcia/incumpliment.
- Sempre s'han d'assolir els objectius.
- Avaluació en 3 mesos.

Insulinizació

- Considerar-la si símptomes cardinals i/o Hba1c molt elevada (>8,5%).
- Major risc d'hipoglucèmia, augment de pes.
- Complexitat vs compliment.

Algoritme del tractament hipoglicemiant en l'ancià. Recomanacions Grup europeu de treball sobre diabetis en les persones grans 2011.

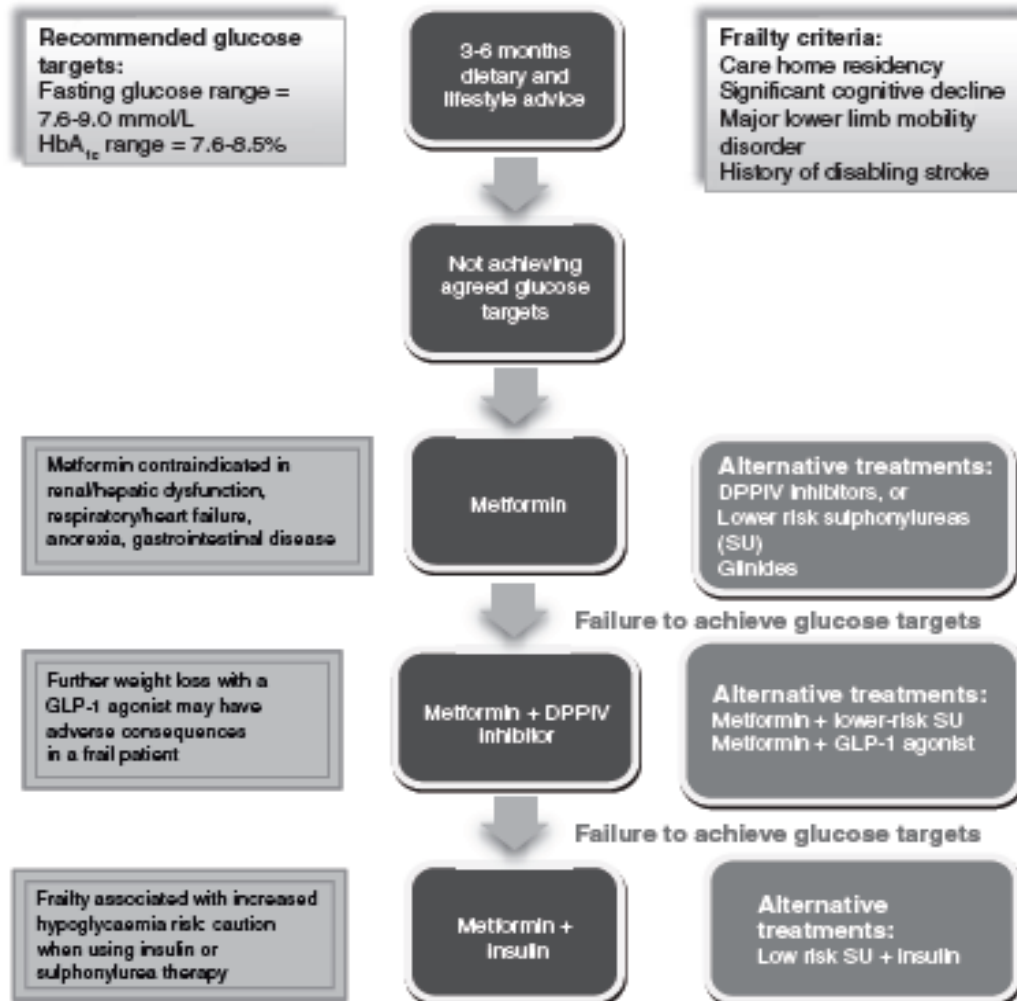
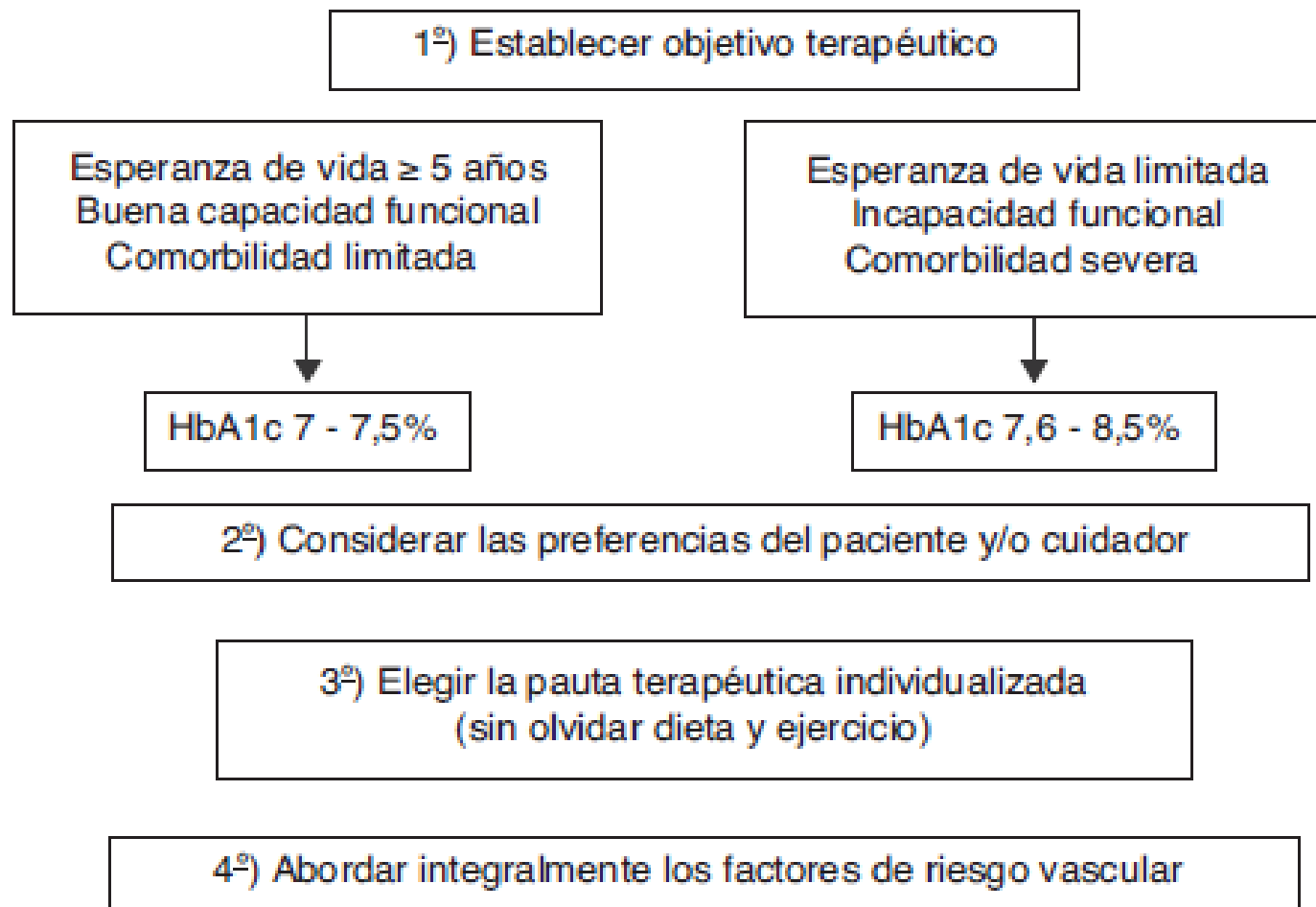
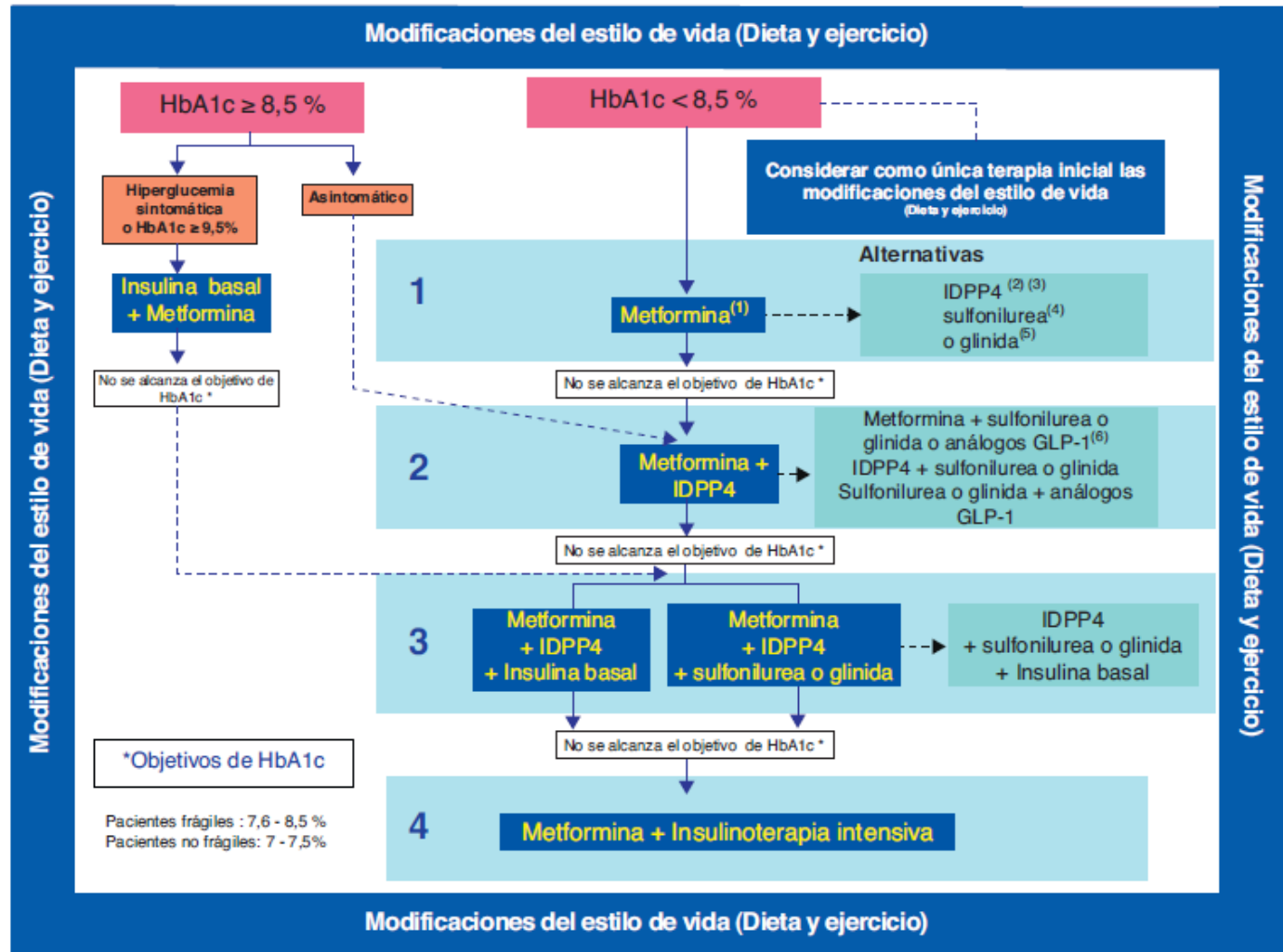


Fig. 1. Glucose-lowering algorithm for frail patients with type 2 diabetes mellitus.

Tractament del pacient ancià amb diabetis tipus 2

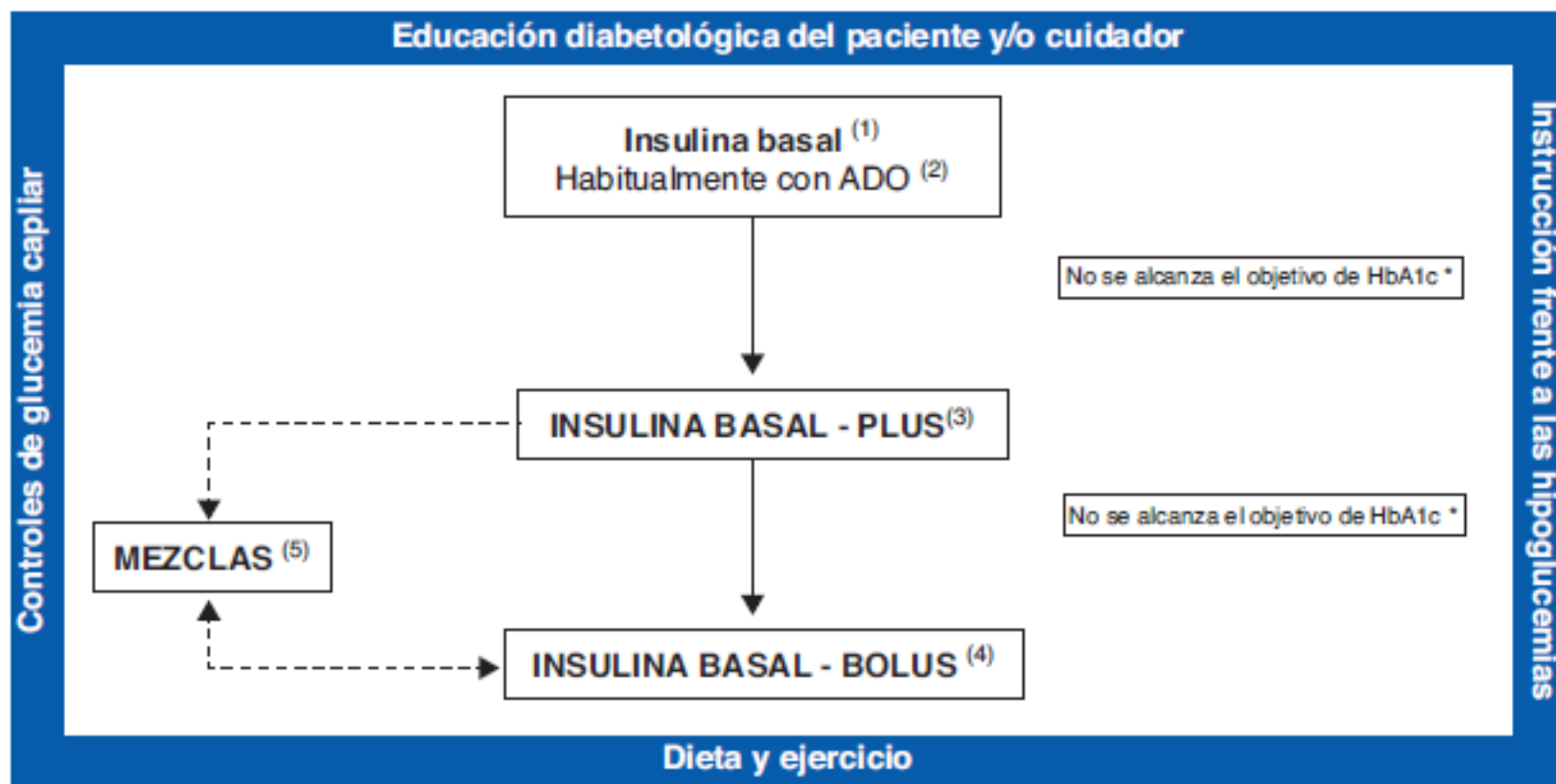


Algoritme terapèutic de la diabetis en el pacient ancià



Estratègia Seqüencial de la insulinització en el pacient ancià

Estrategia secuencial de insulinización en el paciente anciano





Pactar el tractament amb el pacient?

Involucrar al pacient en el tractament de la seva malaltia.

Corresponsabilitzar

Convencer al paciente

MOTIVAR

EDUCAR

PACTAR

NEUROPATIA DIABÈTICA

Mecanisme patogènic no ben aclarit, però moltes experiències que donen suport a la idea que la hiperglucèmia per ser es la principal responsable:

- **Neuropatia sensitiva:** 65% dels diabètics als 25a d'evolució → Úlceres neuropàtiques, artropatia de Charcot
- **Amiotròfia Diabètica:** dèficit motor asimètric de psoas i quàdriceps amb dolor intens, atrofia muscular i fasciculacions
- **Neuropatia del SN Autònom:** sudoració, disfunció erèctil, hipotensió ortostàtica, enteropatia diabètica, gastroparèsia i bufeta neurògena.

NEUROPATIA DIABÈTICA

➔ **Afectació Neuropàtica (nocturna):** difícil de controlar

➔ Dolor superficial: capsaicina tòpica /6h.

➔ Dolor profund:

Pregabalina (evidència A) ¹

- Amitriptilina o nortriptilina nocturna.
- Carbamacepina, paroxetina i imipramina poden ser útils (evidència B).
- AINEs: si dolor muscular amb contractura i calambres.
- Opioides (falten evidències)

Duloxetina ^{2,3}

(1)V. Bril, J. England, G.M. Franklin, et al Published online before print April 11, 2011; Neurology DOI 10.1212/WNL.0b013e3182166ebe

(2) *European Association for the Study of Diabetes (EASD) 48th Annual Meeting: Abstract 48. Presented October 2, 2012*

(3) [Mayo Clin Proc.](#) 2011 Jul;86(7):615-26. doi: 10.4065/mcp.2010.0681



2

Com a pacient crònic amb corticoteràpia, un traumatòleg ha prescrit un bifosfonat acompanyat de calci i vitamina D al pacient. No tenim densitometria. És correcta aquesta nova indicació? El pacient porta més de 40 anys de tractament +/- continuat amb cortisona a dosi entre 10 i 20 mg/dia per la polimiàlgia reumàtica.

- 1. Totalment justificada.**
- 2. De cap manera, ja que no tenim densitometria**
- 3. No existeix cap evidència científica de la seva eficàcia en els homes.**
- 4. Només en el cas de confirmar-se osteoporosi (T-score per sota de 2,5 DS) en aquest pacient.**





Dra. Cristina Carbonell

**Grup Osteoporosi: polimialgia Reumàtica,
Glucocorticoids, Osteoporosi i antiresortius**



- **La PMR es la patologia reumàtica inflamatòria més comú a la gent gran, i és una de les principals indicacions de tractament a llarg termini amb GC.**
- **Més freqüent en països del Nord Europa que en els del Sud.**
- **Acostuma a afectar 4:1000 persones >50 anys. La majoria tenen més de 60 anys, el inici es sobtat o com a molt dues setmanes.**





Per al seu diagnòstic

Criteris d'inclusió

- Edat >50 anys i 2 setmanes durada de la clínica
- Dolor a cintura escapular /braços o cintura pelviana/cuixes o ambdós
- Rigidesa matutina >45 min
- Reactants de fase aguda (VSG/PCR)*

Criteris d'exclusió

- Infecció activa
- Neoplasia coneguda
- ACG
- Altres malalties reumàtiques inflamatòries
- Mialgia induïda per fàrmacs
- Sd de Dolor crònic
- Algunes endocrinopaties
- Neurològiques pe: M. Parkinson

+ Ràpida resposta als GC. Reducció de >70% dels símptomes en la primera setmana. I lab en 4-6 setmanes

Lancet 2013; 381: 63–72



Tractament

La pauta suggerida:

- Prednisolona 15mg /dia vo 3 setmanes
- Despres 12.5 /dia 3 setmanes
- 10mg/dia 4-6 setmanes
- Reducció de 1mg cada 4–8 setmanes o pautes a dies alterns (ex. 10/7.5mg)

Alternativa bolus de metilprednisolona IM inicialment 120 mg cada 3-4 setmanes durant 3 mesos i reduccions de 20mg cada 2-3 mesos



Alternatives als GC

- Metotrexate
- Azatioprina
- Altres immunosupresors
- AINE



Glucocorticoids i osteoporosi

- El tractament amb GC s'associa a pèrdua de MO, sobretot en els primers 3-6 mesos .
- També augmenta el risc de fractura durant els primers 6 mesos, i es relaciona directament amb la dosi . El major risc és per a Fx Vertebrals (RR=5.18 vs 2.27)

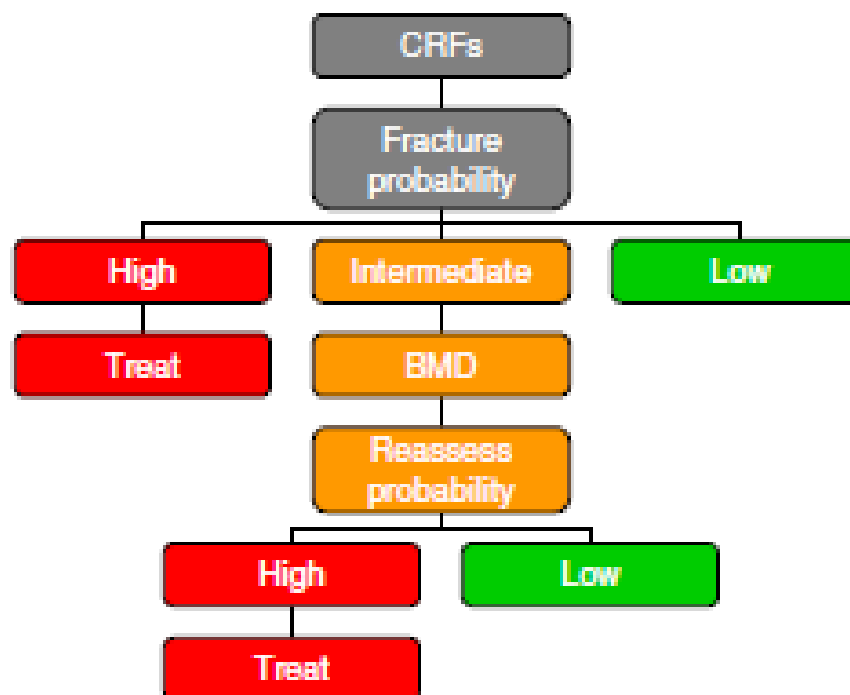




Fisiopatologia

- La patogènesi de l'OIG resulta:
 - Efectes directes sobre cel. òssies (OB, OC, OCY)
 - Indirecte :
 - per alteració del metabolisme fosfocàlcic (budell i ronyó), efecte sobre hormones gonadals i efecte deleteri sobre musculatura i augment del risc de caigudes.

¿Com valorem l'actuació?



FRAX adaptat
a GC

Fig. 1 Management algorithm for the assessment of individuals at risk of fracture [45]. *CRFs* clinical risk factors

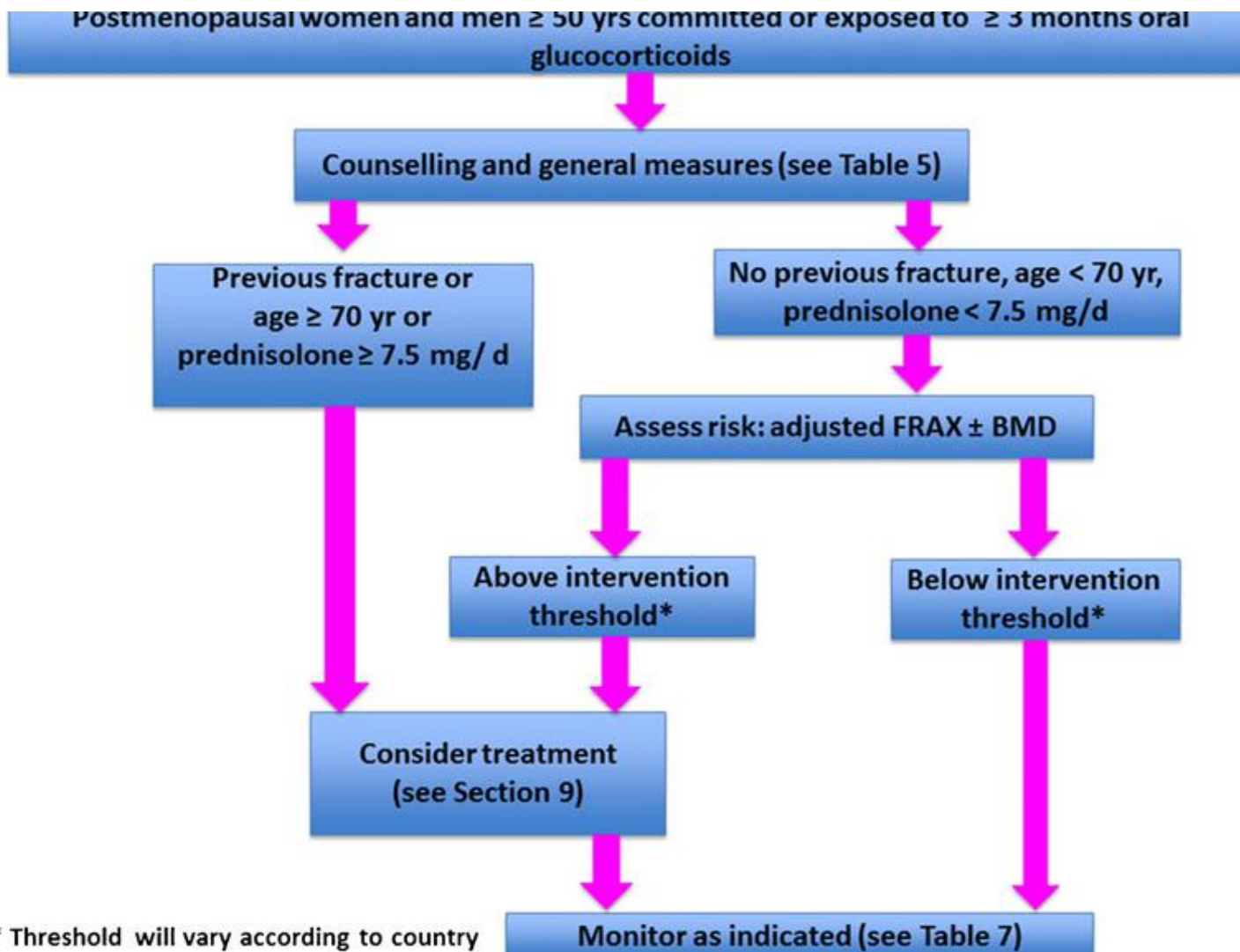
Novetat de l'actualització 2010-2012: Recomanacions Centrades en la pacient FRC no solament DMO

Table 1. Clinical factors that may shift an individual to a greater risk category for glucocorticoid-induced osteoporosis

Low body mass index
 Parental history of hip fracture
 Current smoking
 ≥ 3 alcoholic drinks per day
 Higher daily glucocorticoid dose
 Higher cumulative glucocorticoid dose
 Intravenous pulse glucocorticoid usage
 Declining central bone mineral density measurement that exceeds the least significant change

Table 3. Recommended monitoring for patients receiving prevalent glucocorticoid therapy for a duration of ≥ 3 months

Recommendation	Level of evidence
Consider serial bone mineral density testing	C
Consider annual serum 25-hydroxyvitamin D measurement	C
Annual height measurement	C
Assessment of incident fragility fracture	C
Assessment of osteoporosis medication compliance	C





Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

País: España **Nombre/ID:** Enric XX [Sobre los Factores de riesgo](#) ⓘ

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: 84 A M D
Fecha de Nacimiento: A M D

2. Sexo ☒ Hombre ☐ Mujer

3. Peso (kg) 72

4. Estatura (cm) 170

5. Fractura Previa ☒ No ☐ Sí

6. Padres con fractura de cadera ☒ No ☐ Sí

7. Fumador Activo ☒ No ☐ Sí

8. Glucocorticoides ☐ No ☒ Sí

9. Artritis Reumatoide ☒ No ☐ Sí

10. Osteoporosis Secundaria ☒ No ☐ Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día ☒ No ☐ Sí

12. DMO de Cuello Femoral
Seleccione DXA []

Borrar **Calcular**

IMC 24.9
The ten year probability of fracture (%)

Sin DMO

Major osteoporotic	9.5
Hip fracture	6.0



Weight Conversion

Pounds → kg

[] **Conv**

Height Conversion

Inches → cm

[] **Conv**

00175601

Individuals with fracture
assessed since 1st June

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

País: España **Nombre/ID:** Enric XX [Sobre los Factores de riesgo](#) ⓘ

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: 84 A M D
Fecha de Nacimiento: A M D

2. Sexo ☒ Hombre ☐ Mujer

3. Peso (kg) 72

4. Estatura (cm) 170

5. Fractura Previa ☒ No ☐ Sí

6. Padres con fractura de cadera ☒ No ☐ Sí

7. Fumador Activo ☒ No ☐ Sí

8. Glucocorticoides ☐ No ☒ Sí

9. Artritis Reumatoide ☒ No ☐ Sí

10. Osteoporosis Secundaria ☒ No ☐ Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día ☒ No ☐ Sí

12. DMO de Cuello Femoral
T-Score [] -2.6

Borrar **Calcular**

IMC 24.9
The ten year probability of fracture (%)

con DMO

Major osteoporotic	11
Hip fracture	6.1



Weight Conversion

Pounds → kg

[] **Cor**

Height Conversion

Inches → cm

[] **Cor**

00175601

Individuals with fracture
assessed since 1st June



Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.



País: **España** Nombre/ID: [Sobre los Factores de riesgo](#) ⓘ

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: Fecha de Nacimiento:

2. Sexo ☒ Hombre ☐ Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura Previa ☐ No ☒ Sí

6. Padres con fractura de cadera ☒ No ☐ Sí

7. Fumador Activo ☒ No ☐ Sí

8. Glucocorticoides ☐ No ☒ Sí

9. Artritis Reumatoide ☒ No ☐ Sí

10. Osteoporosis Secundaria ☒ No ☐ Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día ☒ No ☐ Sí

12. DMO de Cuello Femoral

IMC 24.9
The ten year probability of fracture (%)

☒ Mayor osteoporotic	15
☒ Hip fracture	9.1

Weight Conversion

Pounds → kg

Height Conversion

Inches → cm

00175601

Individuals with fracture
assessed since 1st June

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.



País: **España** Nombre/ID: [Sobre los Factores de riesgo](#) ⓘ

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: Fecha de Nacimiento:

2. Sexo ☒ Hombre ☐ Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura Previa ☐ No ☒ Sí

6. Padres con fractura de cadera ☒ No ☐ Sí

7. Fumador Activo ☒ No ☐ Sí

8. Glucocorticoides ☐ No ☒ Sí

9. Artritis Reumatoide ☒ No ☐ Sí

10. Osteoporosis Secundaria ☒ No ☐ Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día ☒ No ☐ Sí

12. DMO de Cuello Femoral

IMC 24.9
The ten year probability of fracture (%)

con DMO	
☒ Mayor osteoporotic	14
☒ Hip fracture	7.9

Weight Conversion

Pounds → kg

Height Conversion

Inches → cm

00175601

Individuals with fracture
assessed since 1st June

Si utilitzem l'eina Frax per a valorar risc absolut de fractura s'ha d'ajustar

Table 1 Average adjustment of 10-year probabilities of a hip fracture or a major osteoporotic fracture in postmenopausal women and older men according to dose of glucocorticoids

Dose	Prednisolone equivalent (mg/d)	Average adjustment over all ages
Hip fracture		
Low	<2.5	0.65
Medium	2.5–7.5	No adjustment
High	≥7.5	1.20
Major osteoporotic fracture		
Low	<2.5	0.8
Medium	2.5–7.5	No adjustment
High	≥7.5	1.15

Adapted from [54], with kind permission from Springer Science+ Business Media B.V.

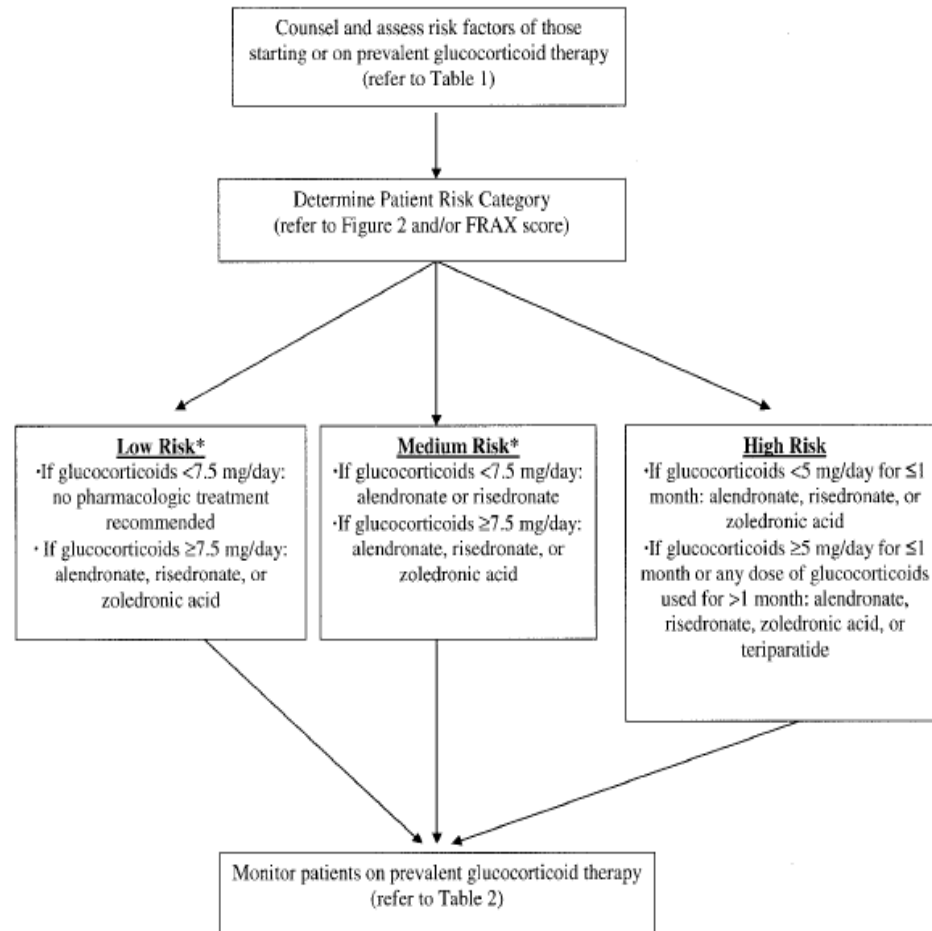


Figure 3. Approach to postmenopausal women and men age >50 years initiating or receiving glucocorticoid therapy. * = for low- and medium-risk patients, recommendations are for an anticipated or prevalent duration of ≥3 months of glucocorticoids.

Table 2. Recommendations on counseling for lifestyle modification and assessment of patients starting glucocorticoids at any dose with an anticipated duration ≥ 3 months

Recommendation	Level of evidence
Weight-bearing activities	C
Smoking cessation	C
Avoidance of excessive alcohol intake (>2 drinks per day)	C
Nutritional counseling on calcium and vitamin D intake	C
Fall risk assessment	C
Baseline dual x-ray absorptiometry	C
Serum 25-hydroxyvitamin D level	C
Baseline height	C
Assessment of prevalent fragility fractures	C
Consider radiographic imaging of the spine or vertebral fracture assessment for those initiating or currently receiving prednisone ≥ 5 mg/day or its equivalent	C
Calcium intake (supplement plus oral intake) 1,200–1,500 mg/day*	A
Vitamin D supplementation*	A
* Recommendations for calcium and vitamin D supplementation are for any dose or duration of glucocorticoids, rather than a duration of >3 months.	

Table 4. Pharmacologic recommendations for postmenopausal women and men age ≥ 50 years starting glucocorticoid therapy with an anticipated duration of ≥ 3 months, or prevalent glucocorticoid therapy of a duration of at least 3 months (unless otherwise noted)

Recommendations	Level of evidence
Low-risk patient	
Alendronate for ≥ 7.5 mg/day prednisone	A
OR	
Risedronate for ≥ 7.5 mg/day prednisone	A
OR	
Zoledronic acid for ≥ 7.5 mg/day prednisone*	B
Medium-risk patient	
Alendronate for any dose of glucocorticoids	A
OR	
Risedronate for any dose of glucocorticoids	A
OR	
Zoledronic acid for ≥ 7.5 mg/day prednisone*	B
High-risk patient†	
Alendronate	A
OR	
Risedronate	A
OR	
Zoledronic acid*	B
OR	
Teriparatide‡	B

* Head-to-head comparison data available in the Discussion section.

† Any anticipated dose or duration of glucocorticoids justifies initiating prescription therapy for high-risk patients.

‡ For ≥ 5 mg/day prednisone with a duration ≤ 1 month and for any dose of glucocorticoids with a duration >1 month. Head-to-head comparison data available in the Discussion section.



Intervencions farmacològiques:

- **Iniciar tractament a l'inici del tractament amb GC en pacients amb alt risc de fractura.**
- **Alendronat, risedronat i ac zoledronic són la primera línia de tractament i en alguns casos teriparatida.**
- **Quan s'interromp els GC, aturar els AR.**
- **Assegurar aportació suficient de calci, millor amb la dieta i, si no, amb suplement.**
- **Assegurar nivells adequats de vitamina D (amb suplement si cal).**



En el cas de l'Enric

- **Valorar risc de Fx:** Fx prèvies, risc de caigudes, altres FR (tabac, IMC, OH..), expectativa de vida.
- **Decidir si cal DXA**
- **Decidir si cal tractar.** Tot i el que diuen les guies.....
- **Amb qué si tractem:**
 - Mínima dosi efectiva i menor durada possible
 - Assegurar aportació suficient de calci i vitamina D
 - Prevenció de caigudes
 - BF (ull funció renal!)

Quin maneig faríem respecte la insuficiència cardíaca?

- 1. Hauríem de donar betablocadors, de forma obligatòria.**
- 2. No podem donar betablocadors doncs són contraindicació formal de la diabetis.**
- 3. Cal donar, en tots els casos: diürètic, betablocador i un IECA.**
- 4. A més a més del punt 3, cal afegir digoxina doncs el malalt està en classe II de la NYHA (guia ICS).**





Dr. ENRIC JUNCADELLA

Grup de malalties del cor



Betablocadors en CFII?

BB mejoran la función sistólica y la contractilidad modulando la acción neurohumoral y el remodelado cardíaco. Efecto antiisquémico y probablemente más efectivos en reducir la MS cardíaca .

3 ensayos clínicos : CIBIS II(bisoprolol), COPENICUS (carvedilol) MERIT-HF (metoprolol) muestran disminución de mortalidad (34%) y hospitalización (36% un año de seguimiento)

SENIORS (nebivolol) > 2000 pacientes de > 70 a , RRR 14% del objetivo primario (exitus-hospitalización de causa cv)



Betablocadors en CFII?

El tratamiento hay que iniciarlo con el paciente estable de la IC en el último mes, con las dosis mínimas e ir doblando la dosis cada dos semanas si no hay problemas

En caso de descompensación es preferible no retirarlos totalmente sino disminuir las dosis (añadir diuréticos y bajar a la mitad el BB) .

La bradicardia no suele ser causa de retirada, vigilar otros fármacos bradicardizantes como digoxina ...en la ICC tiene prioridad los BB, lo mismo ocurre con la hipotensión.



Aspectes discutibles

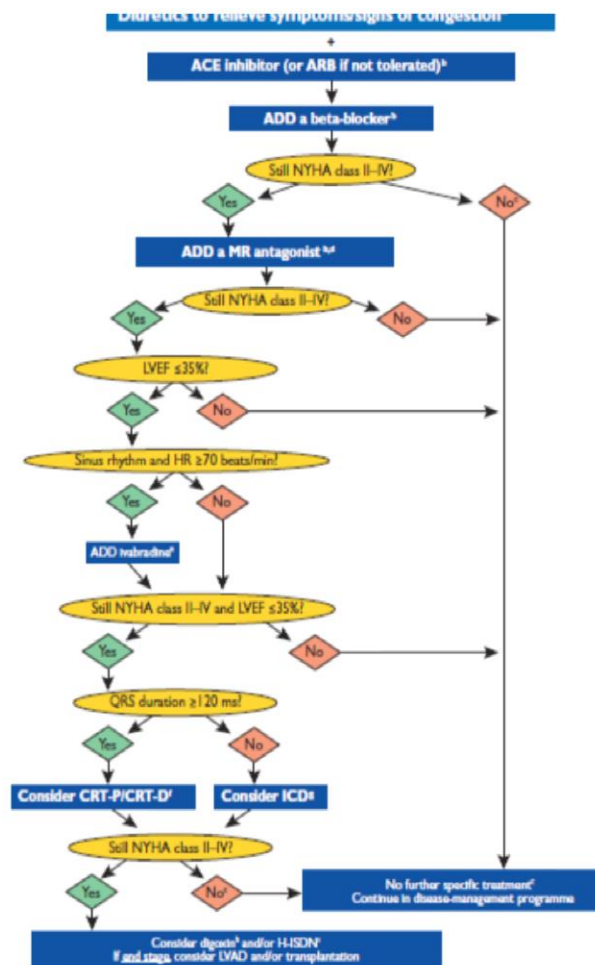
Furosemida + tiazides : blocatge seqüencial de la nefrona

Considerar antialdosterònics?

Considerar ibravadina?

Considerar nitrats + hidralazina ?

Què ens limita la funció renal d'aquest pacient?



ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; CRT-D = cardiac resynchronization therapy defibrillator; CRT-P = cardiac resynchronization therapy pacemaker; H-ISDN = hydralazine and isosorbide dinitrate; HR = heart rate; ICD = implantable cardioverter-defibrillator; LBBB = left bundle branch block; LVAD = left ventricular assist device; LVEF = left ventricular ejection fraction; MR antagonist = mineralocorticoid receptor antagonist; NYHA = New York Heart Association.

*Diuretics may be used as needed to relieve the signs and symptoms of congestion (see Section 7.5) but they have not been shown to reduce hospitalization or death.

†Should be titrated to evidence-based dose or maximum tolerated dose below the evidence-based dose.

‡Asymptomatic patients with an LVEF ≤35% and a history of myocardial infarction should be considered for an ICD.

§If mineralocorticoid receptor antagonist not tolerated, an ARB may be added to an ACE inhibitor as an alternative.

¶European Medicines Agency has approved ivabradine for use in patients with a heart rate ≥75 b.p.m. May also be considered in patients with a contraindication to a beta-blocker or beta-blocker intolerance.

†See Section 9.2 for details—indication differs according to heart rhythm, NYHA class, QRS duration, QRS morphology and LVEF.

‡Not indicated in NYHA class IV.

Pharmacological treatments indicated in potentially all patients with symptomatic (NYHA functional class II–IV) systolic heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
An ACE inhibitor is recommended, in addition to a beta-blocker, for all patients with an EF $\leq 40\%$ to reduce the risk of HF hospitalization and the risk of premature death.	I	A	87–91
A beta-blocker is recommended, in addition to an ACE inhibitor (or ARB if ACE inhibitor not tolerated), for all patients with an EF $\leq 40\%$ to reduce the risk of HF hospitalization and the risk of premature death.	I	A	92–98
An MRA is recommended for all patients with persisting symptoms (NYHA class II–IV) and an EF $\leq 35\%$, despite treatment with an ACE inhibitor (or an ARB if an ACE inhibitor is not tolerated) and a beta-blocker, to reduce the risk of HF hospitalization and the risk of premature death.	I	A	99, 100

ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; EF = ejection fraction; HF = heart failure; MRA = mineralocorticoid receptor antagonist; NYHA = New York Heart Association.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReferences.

Other treatments with less-certain benefits in patients with symptomatic (NYHA class II–IV) systolic heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
ARB			
Recommended to reduce the risk of HF hospitalization and the risk of premature death in patients with an EF ≤40% and unable to tolerate an ACE inhibitor because of cough (patients should also receive a beta-blocker and an MRA).	I	A	108, 109
Recommended to reduce the risk of HF hospitalization in patients with an EF ≤40% and persisting symptoms (NYHA class II–IV) despite treatment with an ACE inhibitor and a beta-blocker who are unable to tolerate an MRA. ^d	I	A	110, 111
Ivabradine			
Should be considered to reduce the risk of HF hospitalization in patients in sinus rhythm with an EF ≤35%, a heart rate remaining ≥70 b.p.m., and persisting symptoms (NYHA class II–IV) despite treatment with an evidence-based dose of beta-blocker (or maximum tolerated dose below that), ACE inhibitor (or ARB), and an MRA (or ARB). ^e	IIa	B	112
May be considered to reduce the risk of HF hospitalization in patients in sinus rhythm with an EF ≤35% and a heart rate ≥70 b.p.m. who are unable to tolerate a beta-blocker. Patients should also receive an ACE inhibitor (or ARB) and an MRA (or ARB). ^f	IIb	C	–
Digoxin			
May be considered to reduce the risk of HF hospitalization in patients in sinus rhythm with an EF ≤45% who are unable to tolerate a beta-blocker (ivabradine is an alternative in patients with a heart rate ≥70 b.p.m.). Patients should also receive an ACE inhibitor (or ARB) and an MRA (or ARB).	IIb	B	113
May be considered to reduce the risk of HF hospitalization in patients with an EF ≤45% and persisting symptoms (NYHA class II–IV) despite treatment with a beta-blocker, ACE inhibitor (or ARB), and an MRA (or ARB).	IIb	B	113
H-ISDN			
May be considered as an alternative to an ACE inhibitor or ARB, if neither is tolerated, to reduce the risk of HF hospitalization and risk of premature death in patients with an EF ≤45% and dilated LV (or EF ≤35%). Patients should also receive a beta-blocker and an MRA.	IIb	B	114, 115
May be considered to reduce the risk of HF hospitalization and risk of premature death in patients in patients with an EF ≤45% and dilated LV (or EF ≤35%) and persisting symptoms (NYHA class II–IV) despite treatment with a beta-blocker, ACE inhibitor (or ARB), and an MRA (or ARB).	IIb	B	116
An n-3 PUFA ^g preparation may be considered to reduce the risk of death and the risk of cardiovascular hospitalization in patients treated with an ACE inhibitor (or ARB), beta-blocker, and an MRA (or ARB).	IIb	B	117

ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; CHARM-Added = Candesartan in Heart Failure: Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity-Added; EF = ejection fraction; HF = heart failure; H-ISDN = hydralazine and isosorbide dinitrate; MRA = mineralocorticoid receptor antagonist; NYHA = New York Heart Association; PUFA = polyunsaturated fatty acid.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReferences.

^dIn the CHARM-Added trial, candesartan also reduced cardiovascular mortality.

^eEuropean Medicines Agency has approved ivabradine for use in patients with a heart rate ≥75 b.p.m.

^fPreparation studied in cited trial; the GISSI-HF trial had no EF limit.



Digoxina

En la FA de forma aislada o junto BB. Aunque no es muy útil para controlar la FC durante el ejercicio. Priorizar BB

En RS en pacientes con disfunción sistólica disminuye el numero de ingresos no así la mortalidad (DIG)

En un subestudio del DIG se vio una disminución de la mortalidad no significativa en varones y un aumento de mortalidad en mujeres. En otro análisis del DIG se vio que la mortalidad era más baja con digoxinemias inferiores (en torno de 0.5-0.8 ng/ml)

Vigilar síntomas de intoxicación sobretodo en presencia de IR, hipo K hipo Mg, o hipotiroidismo.

Com podríem plantejar la desprescripció en aquest pacient ?

- 1. Treuríem en primer lloc els antiulcerosos.**
- 2. En primer lloc, retirariem les estatines. El seu risc ja no surt a les taules, doncs ve determinat per l'edat.**
- 3. En primer lloc, retirariem la duplicitat dels diürètics.**
- 4. Treuríem en primer lloc els antidiabètics orals, si és que hem prescrit insulina... i segurament millorarà la funció renal.**





Dr. CARLES ALSINA

Grup de farmàcia

Dr. JOSÉ MIGUEL BAENA

Grup de gent gran



CARLES ALSINA

Grup de Farmàcia

DESPRESCRIPCIÓ

La gran desconeguda



DEFINICIÓ

- Acte mèdic que no s'ensenya a les Facultats de Medicina
- I que costa molt d'aprendre mentre s'exerceix la nostra professió
- Un bon prescriptor serà segur un bon desprescriptor
- Un mal prescriptor serà segur un mal desprescriptor



QUI I COM S'APLICA LA DESPRESCRIPCIÓ?

- Sobretot els pacients
- Alguns des del primer dia
- Amb sentit comú de vegades
- Sovint sense massa evidència científica



SENTIT COMÚ

- En la desprescripció s'hauria de pensar des del mateix moment en que es prescriu, i s'hauria de donar informació al pacient sobre la durada “coherent” del tractament que es proposa
- S'ha d'adaptar forçosament a cada pacient i a cada situació



JUSTIFICACIONS CLÍNiques

- Efectes adversos
- Interaccions
- Adherència
- Morbimortalitat acumulada i evitable
(seguretat)



JUSTIFICACIONS ÈTIQUES

- Absència de benefici de determinats tractaments
- Acarnissament terapèutic
- Pèrdua autonomia dels pacients
- Pèrdua de confiança en l'atenció sanitària



JUSTIFICACIONS ECONÒMIQUES

- Despesa innecessària per als pacients i per a la societat
- Consultes i hospitalitzacions per efectes adversos
- Atencions i vigilància adicional



A QUI DESPRESCRIURE?

- Gairebé no existeixen pacients o medicaments sobre els que la desprescripció feta de manera adequada no dongui beneficis clínics, ètics o econòmics



PUNT DE MIRA

- Especialment pacients polimedicats i /o fràgils
- Fàrmacs que no hagin demostrat una efectivitat i/o seguretat en la fase o situació de la vida del pacient



FASES DEL PROCÉS DE DESPRESCRIPCIÓ

- Revisió
- Anàlisi
- Actuació
- Acordar
- Monitoratge



PLA DE SALUT 2011-2015

- Generalitat de Catalunya
- Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
- Gestió bàsica de la medicació en el pacient crònic



RECONeix LA NECESSITAT

- Pacient polimedicat.
- Possibles RAM (incloses caigudes i desorientació en persones grans).
- Canvis en els objectius terapèutics per situació de malaltia crònica avançada (oncològica, demència, altra malaltia crònica)
- Falta d'eficàcia



PREPARA EL PACIENT

- Avalua el pacient en el seu context, hi negocia, consensua i planifica, i el prepara per a possibles efectes adversos i beneficis.



PRIORITZA

- Retira un medicament, començant per aquells dels quals se sospita que hagin causat RAM, que tinguin un resultat risc/benefici desfavorable, que siguin d'eficàcia dubtosa o que ja no tinguin indicació



RETIRA

- Retira gradualment, fent-ne seguiment, alguna medicació crònica, sobretot la que actua sobre el sistema nerviós central o cardiovascular, o els corticosteroids



AVALUA

- Avalua síndromes de retirada, abstinència, efectes «rebot», recurrència de la malaltia, així com possibles efectes beneficiosos.



PER QUÈ NO ES DESPRESCRIU?

- Barreres del sistema sanitari i la societat
- Barreres que posa el metge
- Barreres en la relació metge-pacient
- Barreres del pacient



I Jornada Maneig del Malalt Crònic

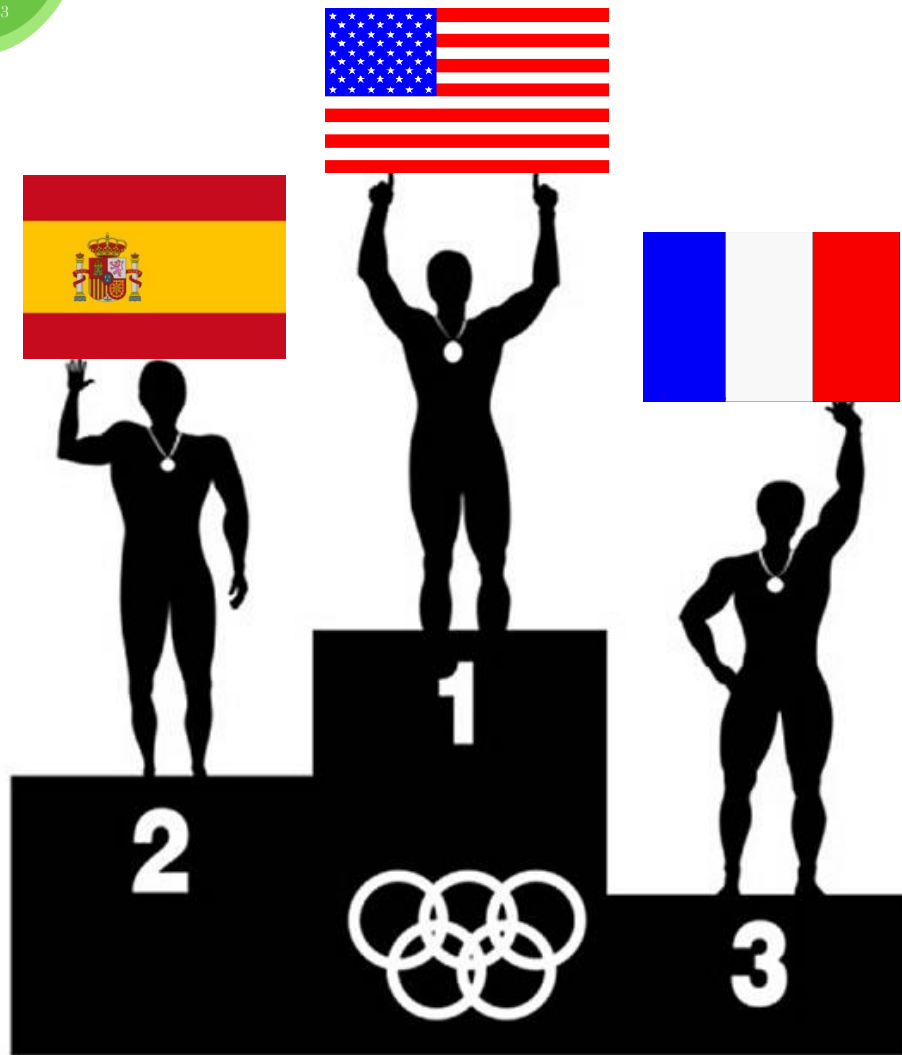
Jose Miguel Baena Díez

Metge de Família CAP La Marina, Institut Català de la Salut

Membre del grup de Gent Gran de la CAMFiC

Membre Grupo del PAPPS del Mayor

“Medallero farmacològic”





Problemes en la Gent Gran

Interaccions

Polifarmàcia

Incumpliment

**Reaccions
adverses**



**Cascades
medicamentoses**

**Medicació
inapropiada**



Deprescripció: concepte

- **Tracta de trobar la millor relació benefici/risc en base a la millor evidència disponible**
- **I si no la trobem... aplicar la màxima del sentit comú**
- **Es basa en que una proporció molt elevada de fàrmacs prescrits en avis polimedicats son inadequats o ineficaços**



**“Carrèga
terapèutica
Raonable”**



Objectius del tractament gent gran

- **Reduir la morbimortalitat**
 - **Millorar la qualitat de vida**
 - **Millorar la funcionalitat**
-
- **Si no s'aconsegueix la abstenció terapèutica por ser lícita, en base a la ètica de la professió:**
 - **Principi de beneficència**
 - **Justícia**
 - **Principi de no maleficència**
 - **Respecte de la autonomia**



Cal tractar TOT?





Cal tractor TOT?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Feasibility of Treating Prehypertension with an Angiotensin-Receptor Blocker

Stevo Julius, M.D., Sc.D., Shawna D. Nesbitt, M.D., Brent M. Egan, M.D.,
Michael A. Weber, M.D., Eric L. Michelson, M.D., Niko Kaciroti, Ph.D.,
Henry R. Black, M.D., Richard H. Grimm, Jr., M.D., Ph.D.,
Franz H. Messerli, M.D., Suzanne Oparil, M.D., and M. Anthony Schork, Ph.D.,
for the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY) Study Investigators*

N Engl J Med 2006;354:1685-97.

CONCLUSIONS

Over a period of four years, stage 1 hypertension developed in nearly two thirds of patients with untreated prehypertension (the placebo group). Treatment of prehypertension with candesartan appeared to be well tolerated and reduced the risk of incident hypertension during the study period. Thus, treatment of prehypertension appears to be feasible. (ClinicalTrials.gov number, NCT00227318.)



Deprescripció: Que passa?

Estudis observacionals

- **Schönenberg et al (1994): Passar de 9 a 6 fàrmacs NO va modificar la mortalitat en avis institucionalitzats**
- **Garfinkel et al (2010): Passar de 7,7 a 4,4 fàrmacs en avis de la comunitat:**
 - **No va modificar la mortalitat**
 - **No diferències en efectes secundaris**
 - **Millora subjectiva salut**



Deprescripció: Són iguals els objectius terapèutics en les persones molt grans o amb fragilitat?

**Quant més millor?
De vegades fer menys és fer mes..**

- Edat >80 anys
- Hospitalització recent
- Deteriorament cognitiu
- Patologies incapacitants
- Comorbiditats importants
- Dèficit suport social/soletat/viudetat
- Caigudes
- Polifarmàcia



[illegible]



HTA pacients de >80 anys

- **Pocs estudis (Hyvet i anàlisis d'altres estudis)**
- **Prevalença del 65%**
- **Hyvet: reducció d'esdeveniments amb un objectiu de TAS <150 mm Hg**
- **Metaregressió: els estudis amb baixades de TAS elevades (15-25 mm Hg) no van disminuir la morbimortalitat, però els que la van disminuir <10-15 mm Hg sí que foren efectius.**
- **Per tant:**
 - **1. Iniciar TTO amb una tiazida**
 - **2. Afegir com a màxim un 2º fàrmac (IECA)**
 - **3. Objectiu: TAS <150 mm Hg o reduir-la 10-15 mm Hg**



Prevenció secundària IAM

- **Prevalença del 5-10% en >65 anys**
- **En principi: AAS, BB, Estatina e IECA**
- **No hi han estudis en >82 anys amb estatines (prevenció primària i secundària)**
- **Cap evidència dels nivells de LDL: "Give and Forget"**
- **Freqüent miopatia gent gran dosis elevades**
- **Individualitzar tractament**
- **Dosis "raonables": cal donar atorvastatina 80 mg?**

Dislipèmies. Estudi PROSPER (65-82 anys)

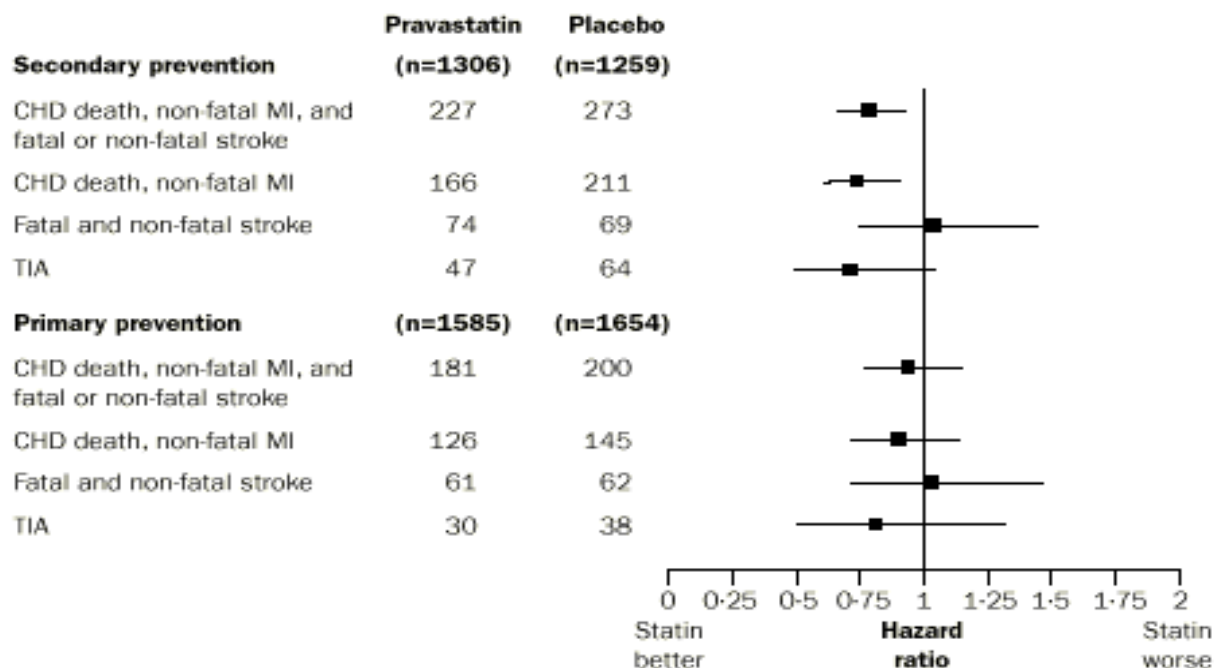


Figure 4: Major cardiovascular outcomes, according to primary or secondary prevention status of participants

CHD=coronary heart disease. MI=myocardial infarction. TIA=transient ischaemic attack. The primary endpoint of the study is reproduced for comparative purposes.



Diabetis

- **Prevalença del 15% en >65 anys**
- **Bon control si HBA1c <7% però si hi ha fragilitat aquest objectiu pot augmentar el risc de caigudes**
- **Mateixos resultats si el objectiu es <8%, però amb menys hipoglicèmies.**
- **No augment de les hiperglicèmies**
- **European Diabetes Working Party for Older Persons y American Geriatrics Society: objectiu 8%**



Inhibidors de la bomba de protons

- El seu ús esta associat a un augment de les fractures de maluc:
 - Augment al voltant d'un 50% (major magnitud que el efecte protector dels bifosfonats)
 - Sobre tot a dosis elevades.
 - Alteració de l'absorció de calci i Vit. D
- Interacció competitiva amb el clopidogrel (antagonitza efecte): sembla que no...
- Disminució nivells de magnesi i aparició de tetània i arritmies: precaució si prenen altres fàrmacs que poden disminuir els nivells (digoxina, diurètics)



Deprescripció: Les demències

- **Prevalença del 5-15% en >65 anys.**
- **Les GPC (Ictus i Alzheimer) aconsellen medicalitzar:**
 - **80 mg de atorvastatina...**
 - **IACE/memantina**
- **Són pacients que tenen les mateixes malalties i patologia associada: restrenyiment, trastorns deglució, úlceres de decúbit, infeccions...**
- **La afàsia dificulta la comunicació**
- **Moltes vegades la família es reticent a la deprescripció (pensen que estan terminals...)**



Les demències: Factors de risc cardiovascular

- **Estatines: Prescripció freqüent, fins i tot en demències evolucionades i els últims 6 mesos de vida:**
 - No modifiquin la història natural
 - No modifiquen la morbidimortalidad
 - Suspendre en prevenció primària i en prevenció secundària si demència avançada
- **Diabetes: Disminució ingesta i menys necessitat de fàrmacs:**
 - Objectiu de control HbA1c<8%
 - Evitar secretagogs
- **HTA: La caquèxia, el baix pes i la reducció de la ingesta fa que necessitin menys fàrmacs:**
 - Objectiu de control >150/90 mm Hg
 - De elecció una tiazida a dosis baixes



Bifosfonats, calci, vitamina D

- **Manca d'evidències en aquests pacients**
- **Els bifosfonats estan contraindicats pel risc de esofagitis, ja que estan quasi sempre en decúbit.**
- **La vitamina D no és eficaç en pacients amb demència o escassa mobilitat.**
- **Els suplementes de calci no redueixen les fractures**



ACO, Antipsicòtics, Antidepressius

- **ACO:**
 - Els criteris suposen anticoagular quasi totes les FA
 - Però no contemplen les caigudes de repetició, les demències avançades...
 - Per tant considerar risc/benefici
- **Antipsicòtics:**
 - Els prenen el 25% dels pacients amb demència
 - Augmenten la mortalitat
 - Valorar retirada si porten >6 mesos, reintroduint-los si cal (situació freqüent)
- **Antidepressius:**
 - Són eficaços només si hi ha demència + depressió
 - Valorar retirada si no hi ha un antecedent clar

Al cap d'un any, la insuficiència renal del pacient ha progressat fins arribar a nivells de plantejar-se diàlisi (FG=10). Com aplicariem aquests criteris al pacient?

- 1. Està clar que si el Filtrat Glomerular baixa per sota de 15 està indicada la diàlisi.**
- 2. La desprescripció segurament ens donarà un marge suficient per tal d'evitar la diàlisi.**
- 3. Cal avaluar conjuntament l'aspecte de qualitat de vida del pacient, no només el FG.**
- 4. Treuríem en primer lloc els antidiabètics orals (metformina), que està formalment contraindicada, si es que hem triat insulinitzar al pacient. Això donarà una millora de la funció renal.**





Dr. JOAN JOSEP CABRÉ

Consens Català MRC

Dra. EVA PEGUERO

Grup d'ètica

Criteris de diàlisi Què és la MRC ?

Consens català sobre atenció a la malaltia renal crònica



4 Població en risc de MRC

- Hipertensos
- Diabètics
- Malaltia cardiovascular (cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, malaltia vascular perifèrica i malaltia vascular cerebral)
- Familiars amb malaltia renal hereditària

5 Detecció de MRC

- En la població en risc cal fer determinació anual de FGe i albuminúria

6 Classificació (estadis)

Es recomana la utilització dels estadis de la guia K/DOQI², adoptats per les societats espanyoles de Nefrologia i Medicina Familiar i Comunitària³, amb les modificacions introduïdes per les guies NICE⁴ (taula 2).

Estadiatge de la MRC

Taula 2. Estadis de la malaltia renal crònica

Estadi ^p	Descripció	Filtrat Glomerular estimat (ml/min/1,73m ²)
1	Dany renal amb FGe normal	≥ 90
2	Dany renal amb FGe lleugerament disminuït	60-89
3A	Disminució moderada del FGe, amb o sense altre dany renal	45-59
3B		30-44
4	Disminució greu del FGe, amb o sense altre dany renal	15-29
5	Insuficiència renal terminal o necessitat de tractament substitutiu renal	< 15
"Afegeix el sufix "p" si hi ha presència de proteinúria		

En persones >70 anys, un FGe de 45-59 ml/min/1,73m², si és estable sense altra evidència de dany renal, és improbable que s'associï a complicacions relacionades amb la malaltia renal crònica⁴.

La fórmula recomanada per estimar el filtrat glomerular és actualment la MDRD⁸.

Associació amb Mortalitat cardiovascular

Taula 3. MRC i Risc de mortalitat cardiovascular*

EUA ^a	FGe ≥ 60	FGe 45-59	FGe 30-44	FGe 15-29
Normal	1,0	1,4	1,8	1,9
Microalbuminúria	1,1	1,8	2,3	2,9
Proteinúria	2,0	3,1	4,5	4,0

*EUA: excreció urinària d'albúmina

*De ref. 11. Els números expressen el risc relatiu comparat a 1,0 (FGe ≥ 60 amb EUA normal). El codi de colors correspon a risc estàndard (verd), lleugerament augmentat (groc), moderadament augmentat (marró) o molt augmentat (vermell).

La disfunció renal comporta un major risc d'evolucionar a insuficiència renal terminal, particularment si s'acompanya de proteinúria (taula 4).

Taula 4. MRC i risc de progressió a insuficiència renal terminal*

EUA ^a	FGe ≥ 60	FGe 45-59	FGe 30-44	FGe 15-29
Normal	Molt baix	Baix	Baix	Moderat
Microalbuminúria	Baix	Moderat	Moderat	Alt
Proteinúria	Moderat	Moderat	Alt	Alt

*EUA: excreció urinària d'albúmina

*De ref. 11. El codi de colors correspon a risc òptim o baix (verd), moderat (faronja), o alt (vermell).

Criteris derivació a altres especialitats diferents de MF

Taula 5. Criteris de derivació de pacients amb MRC a l'atenció especialitzada

	Indicació	Especialitat
MRC estadi 3	<45 ml/min i <70 anys	Nefrologia
MRC estadi 4	Tots els <75 anys.	
	≥75 anys segons comorbiditats	Nefrologia
MRC estadi 5	Tots	Nefrologia
Velocitat de progressió	MRC 3-4 que progressi ràpidament (>5ml/min/1,73m ² en 1 any)*	Nefrologia
Fracàs renal agut	Empitjorament de creatinina plasmàtica >25% en <1 mes	Nefrologia
Proteïnúria	>500 mg/g o >1gr/24h	Nefrologia
Hematúria	Albuminúria >300 mg/g amb hematúria	Nefrologia
HTA	MRC amb HTA mal controlada malgrat l'ús de 3 fàrmacs sinèrgics, un d'ells un diürètic a dosis plenes tolerades	
	Sospita d'estenosi d'artèria renal	Hipertensió o Nefrologia
Anèmia	Hb <11 g/dL, descartades ferropènia o altres causes d'anèmia	Nefrologia
Hiperkalèmia	K >5,5 mmol/L malgrat tractament	Nefrologia
Altres	Sospita de causes genètiques de MRC	Nefrologia

*Focalitzar particularment en aquells en que el ritme de caiguda portaria a necessitat de tractament substitutiu per la seva esperança de vida



Document KDGO, gener 2013. Recomancions tractament de reemplaçament renal.

- 5.1.2: We recommend timely (RRT) in people with progressive renal disease if the rate of decline of renal function over a year is 10–20% or higher, and if the patient is symptomatic. (1B)
- 5.2: CARE OF THE PATIENT
- 5.2.1: We suggest that people with CKD be managed in a multidisciplinary care setting. (2B)
- 5.2.2: The multidisciplinary team should include or have access to dietary counseling, education and counseling about different RRT modalities, transplant options, vascular access surgery, and ethical, psychological, and social care. (Not Graded)

Suggeriment de derivar a equip
Multidisciplinar per: dieta, educació,
Consell de diferents modalitats de
Diàlisi, accés vascular, i aspectes
Ètics, psicològics i socials



Document KDGO, gener 2013. Recomanacions tractament de

5.3: TIMING THE IN

5.3.1: We suggest that if the following are present (serositis, acid-base control volume status nutritional status refr

impairment. This often but not invariably occurs in the GFR range between 5 and 10 ml/min/1.73 m². (2B)

5.3.2: Living donor preemptive renal transplantation in adults should be considered when the GFR is ≤ 20 ml/min/1.73 m² and there is evidence of progressive and in months. (Not Graded)

QUAN? Suggestiment d'iniciar diàlisi si existeix

UN o més dels següents:

Serositis, desequilibri àcid-base,

Prurit; incapacitat de regular volums

Ingerits o pressió arterial;

Deteriorament progressiu a l'estat nutricional

Refractari a dieta; o alteració cognitiva.

Transplantament renal: considerar si

Deteriorament progressiu previsible

En els últims 6-12 mesos amb

FG ≤ 20



Document KDGO, gener 2013.

Recomancions tractament de reemplaçament renal.

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/ 1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90		Monitor	Refer*
	G2	Mildly decreased	60–89		Monitor	Refer*
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59	Monitor	Monitor	Refer
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44	Monitor	Monitor	Refer
	G4	Severely decreased	15–29	Refer*	Refer*	Refer
	G5	Kidney failure	<15	Refer	Refer	Refer

Diàlisi peritoneal en diabètics

Desavantatges i avantatges

Problemes	Avantatges
• Major responsabilitat del pacient • Disponibilitat per enmagatzemar el material • Distorsió de la pròpia imatge • Tendència a la obesitat • Tendència a la malnutrició proteica i deterior del control glucèmic (DM) • Problemes amb relació amb l'augment de la pressió intraabdominal: hèrnies, hemorroides	• Mètode ambulatori, no precisa desplaçament • Més llibertat en la dieta • Millor estabilita hemodinàmica i reducció de les arítmies per ultrafiltració lenta però mantinguda • No precisa accés vascular • No precisa anticoagulació • Preserva la funció renal residual • Millor control de la pressió arterial (inicialment) • Estabilitat en els paràmetres bioquímics • Menor dosi d' eritropoietina



El meu compromís com a metge/essa de família



M'adhereixo als valors definits per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària que m'encoratgen a fer de metge de família amb...

- ▶ **DEDICACIÓ** ...fent de l'atenció a la seva salut el centre del meu interès professional
- ▶ **RESPECTE** ...respectant la seva dignitat, el seu dret a decidir, la seva intimitat i guardant secret de la informació que conec de la seva persona
- ▶ **PROXIMITAT** ...tractant-lo amb calidesa, estimació i cortesia, procurant comprendre les seves emocions i mantenir la serenitat en els moments difícils
- ▶ **LLEIALTAT** ...donant-li informació clara i sincera dels seus problemes de salut, les opcions, riscos i beneficis previsibles i el meu consell, atenent les seves necessitats i creences
- ▶ **PRUDÈNCIA** ...no actuant sense informació adequada, ni recomanant accions poc provades, d'utilitat o seguretat dubtoses o que aportin més risc que benefici
- ▶ **EQUITAT** ...tractant tothom amb el mateix interès i fent bon ús dels recursos de què dispojo pel conjunt dels ciutadans
- ▶ **HONRADESA** ...mantenint els meus coneixements al dia, consultant quan calgui un altre professional de confiança, i evitant que altres interessos personals alterin aquest compromís

Nom metge/essa: _____

Data: _____

Signatura: _____



Dubtes

Quina intenció te la diàlisi?

Quantes opcions hi ha?

Un pacient que no segueix les indicacions te dret a que se li faci un tractament?

Pot decidir l'Enric?

Què vol l'Enric? Com vol viure la seva vida?

Quin paper te la seva filla?

Hi ha alguna opció intermèdia a valorar?

Reflexió ètica

El pacient ha de ser informat de manera comprensible i adequada a les seves necessitats i requeriments.

El pacient ha de decidir lliurement.

Decideixi el què decideixi, no l'abandonarem.

Hem d'estar preparats a que canviï d'idea.

Hem d'atendre la família.

Ser l'interlocutor amb tot l'equip que l'atén.

Llei 21/2000 de 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

Codi Deontològic del comb.

El compromís del metge de família, grup d'ètica camfic.

Autonomia: Respecte a les decisions dels pacients, grup d'ètica camfic.



Consells pràctics

Fem una amnesi general sobre la concepció de la salut i la malaltia, la vida i la mort dels nostres pacients, per valorar millor les seves **necessitats**.

Informem sempre, encara que ens pugui semblar evident o innecessari, per tal de convertir-ho en un hàbit i començant per: què en sap d'això?

Potenciem l'**autonomia** en les petites decisions de cada dia, no només en les grans.





Segon cas: Inocencio– MACA-

- **Pacient 64 anys. Retard mental moderat connatal (IQ=40, expressió verbal correcta però no escrita. Mecanismes simples, memoritzats, poca capacitat comprensió i relació entre elements apresos. Respon amb agressivitat i negació davant accions que contrarien les seves rutines).**
- **Ingrés a centre residencial al morir la única germana que el cuidava. Incapacitat legal, tutela per fundació tutelar.**



Segon cas: Inocencio– MACA-

- **Fumador durant molt anys; ara només 2 cigarretes/dia.**
- **Hiperlipèmia (simvastatina 20), HTA (enalapril 10), MPOC moderada?- No consten espirometries-**
- **Anèmia ferropènica casual, se li detecta una neoplàsia d'esòfag de mal pronòstic a mig termini.**

1

Aquest pacient, és tributari de mesures curatives o pal·liatives?

- 1. Cal intentar un tractament curatiu, deixar de fumar i fer un diagnòstic acurat de MPOC amb PFR.**
- 2. Cal posar directament en tractament pal·liatiu, no cal que deixi de fumar i no importa el diagnòstic de MPOC.**
- 3. Cal intentar tractament curatiu, no cal que deixi el tabac i sí que importa el diagnòstic de MPOC pel tractament.**
- 4. Cal orientar com a pal·liatiu, intentar que deixi el tabac completament i fer el diagnòstic correcte amb PFR.**





Dr. XAVIER CANTERO

Grup de càncer



- **Tabac: factor de risc ca. esòfag (dosidepenent).**
- **Supervivència global als 5 anys inferior 10%.**
- **Tractament curatiu: esofaguectomia.**
- **Tractament pal·liatiu: QT+RT, endoprotesi, braquiteràpia, laser...**



Objectius tractament pal·liatiu ca. esòfag:

- ✓ Millorar disfàgia.**
- ✓ Mantenir estat nutricional.**
- ✓ Tractar possibles complicacions com fístules traqueoesofàgiques.**



**Podrem(col·laborarà en la realització espiro)
diagnosticar bé la MPOC?**

Deixar de fumar millora el pronòstic del càncer?

Deixar de fumar millora el pronòstic MPOC?

**Deixar de fumar millora la qualitat de vida del
pacient.**



- **Tenim medis indirectes per conèixer el seu estat respiratori (SatO2, TAC pulmonar, gasometria arterial..)**
- **El seu estat respiratori condiciona el pronòstic i alhora el tractament del càncer?**
- **Haurem de prendre decisions sense el seu consentiment?**



2

Finalment, es va optar per conducta expectant, amb orientació pal·liativa. El pronòstic vital és sobre els 18 mesos.

Ara trobem el colesterol total a 198 mg/dL prenent la simvastatina. Què fem?

- 1. Caldrà tractar, doncs qualsevol edat justifica un tractament.**
- 2. Com que no hi ha prou temps per demostrar efectivitat, no posarem res.**
- 3. Segurament el pacient acceptarà millor una pastilla que altres mesures, i li podem consultar.**
- 4. Com que pot ser causa de mort prematura, és una prioritat tractar el colesterol.**
- 5. No és una prioritat per la expectativa de vida del pacient.**

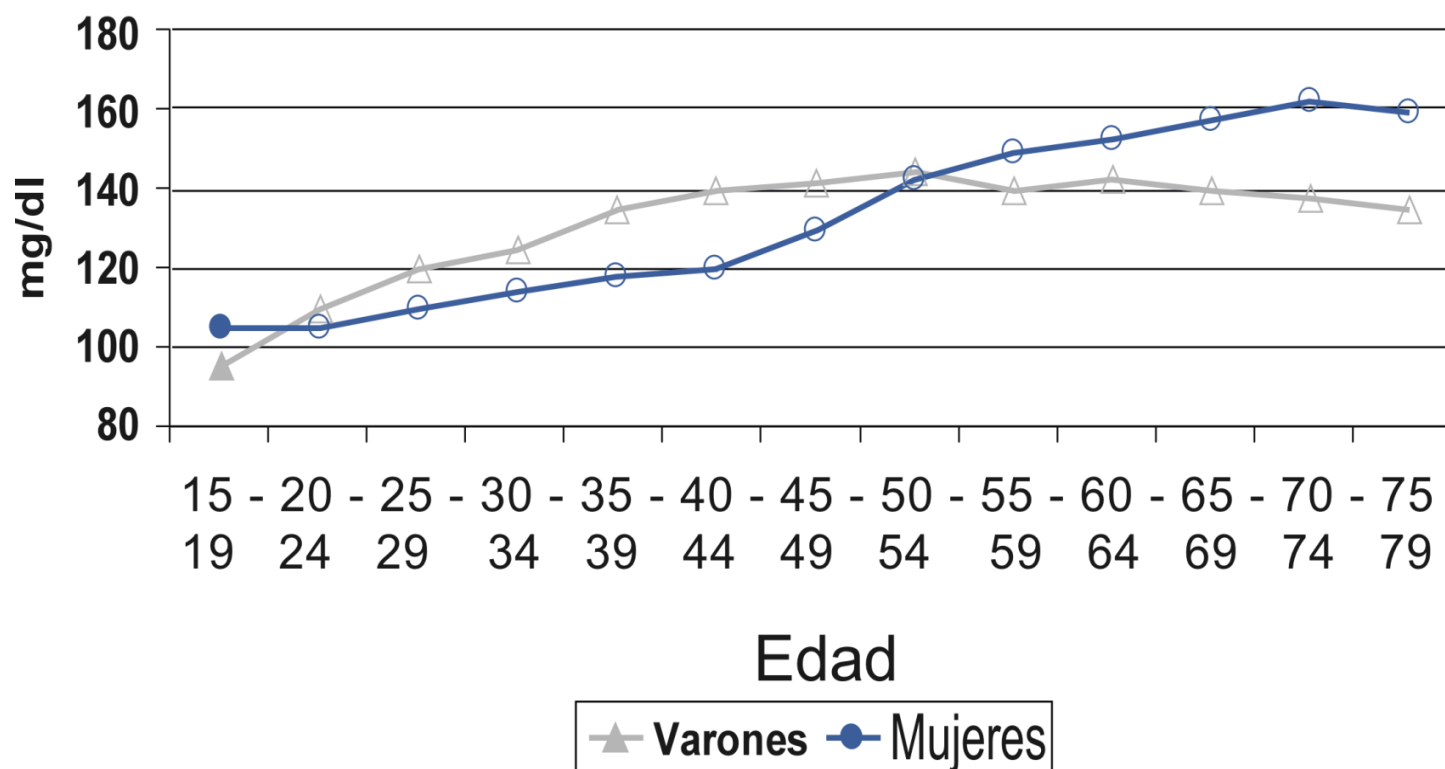




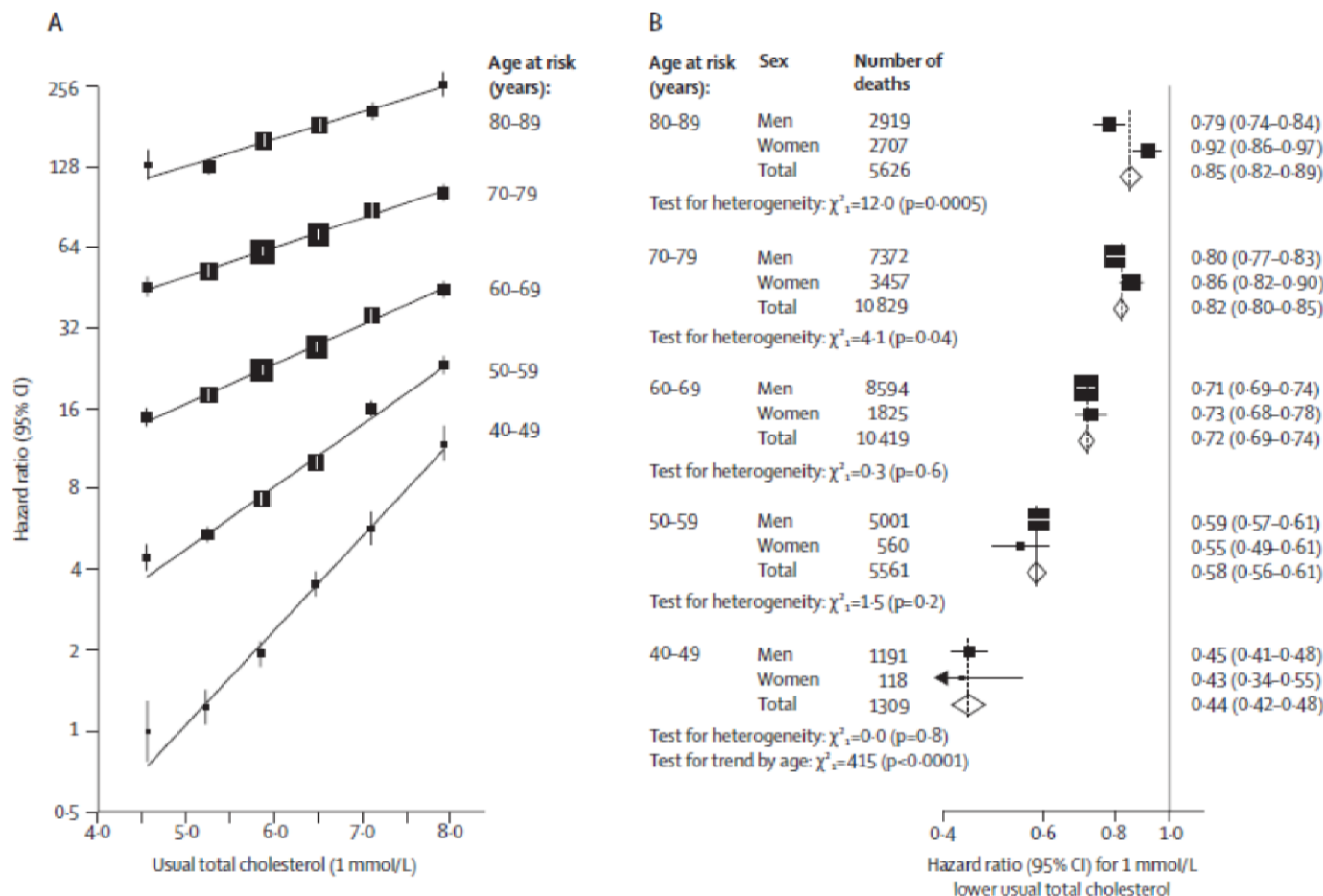
Dr. CÈSAR ASENJO

Grup de lípids

Evolución del colesterol LDL según edad y sexo Estudio Framingham



Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55 000 vascular deaths



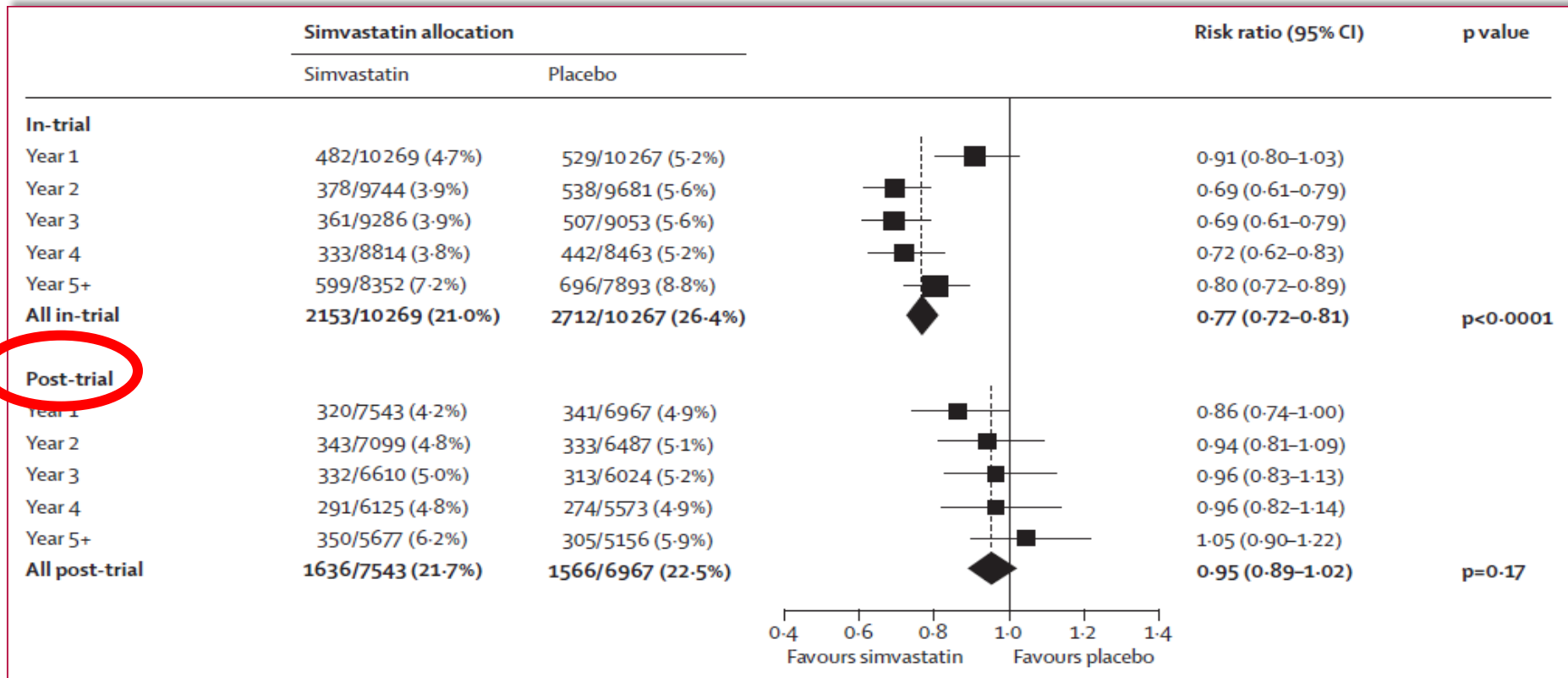
Principales estudios con estatinas que han incluido pacientes en prevención primaria

	PREVENCIÓN PRIMARIA					PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA*		
	WOSCOPS ⁽⁷⁾ n=6595	AFCAPS/ TEXCAP ⁽⁵⁾ n=6605	ASCOT ⁽⁹⁾ n=10305	CARDS ⁽¹⁰⁾ n=2838	JUPITER ⁽¹¹⁾ n = 17802	ALLHAT ⁽¹⁴⁾ n=10355	PROSPER ⁽⁶⁾ n=5804	HPS ⁽⁸⁾ n=20536
IAM fatal y no fatal	31	40	36	35	54	9 (NS)	19	27
Mortalidad cardiovas- cular	32	NC	10 (NS)	34 (NS)	NC	1 (NS)	15 (NS)	17
Mortalidad total	22 (p=0,052)	NC	13 (NS)	27 (p=0,059)	20	1 (NS)	3 (NS)	13

Meta-análisis de ensayos clínicos con estatinas en PP

	CTT LANCET 2005 ⁽¹⁵⁾	Thavendiranathan ARCH INTERN MED 2006 ⁽¹⁶⁾	Mills JACC 2008 ⁽¹⁷⁾	Brugts JJ BMJ 2009 ⁽¹⁸⁾	Raye ARCH INTERN MED 2010 ⁽¹⁹⁾	COCHRANE 2010 ⁽²⁰⁾
Mortalidad total		8% (ns)	7%	12%	9% (ns)	17%
Mortalidad coronaria	19% NNT 250*	23% (ns)		12% (ns)	NE	22% (ns)

Effects on 11-year mortality and morbidity of lowering LDL cholesterol with simvastatin for about 5 years in 20 536 high-risk individuals: a randomised controlled trial

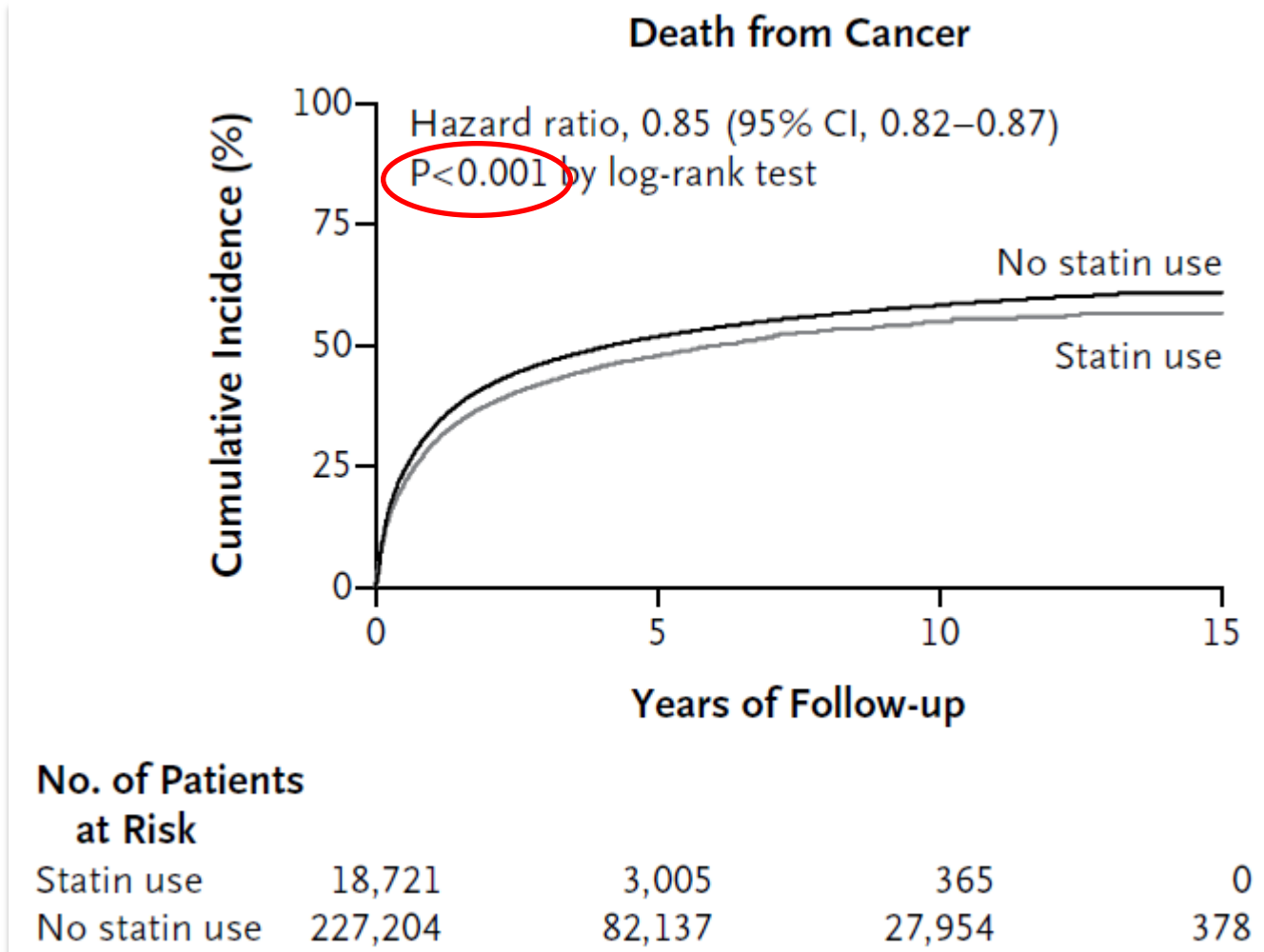


Estatinas y cáncer

Study	Statin	Cancer risk	
Sacks et al. [8]	Pravastatin	5.2% ↑ incidence of breast cancer	↑
Coogan et al. [98]	All statins	1.5-fold ↑ incidence of breast cancer; 1.2-fold ↑ incidence of prostate cancer	
Shepherd et al. [1]	Pravastatin	0.4% ↑ incidence of overall cancer	
ALLHAT-LLT trial [100]	Pravastatin	No higher cancer risk	↔
LIPID trial [101]	Pravastatin	No higher cancer risk	
Pedersen et al. [107]	Simvastatin	No higher cancer risk	
Strandberg et al. [108]	Simvastatin	No higher cancer risk	
Heart Protection Study [102]	Simvastatin	No higher cancer risk	
AFCAPS/TexCAPS [7]	Lovastatin	50% ↓ incidence of melanoma	↓
Poynter et al. [103]	All statins	47% ↓ incidence of colorectal cancer	
Cauley et al. [104]	All statins	72% ↓ incidence of breast cancer	
Blais et al. [109]	All statins	70% ↓ incidence of uterine cancer	
Shannon et al. [106]	All statins	56% ↓ incidence of prostate cancer	

Abbreviations: AFCAPS/TexCAPS, Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study; ALLHAT-LLT, Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial; LIPID, Long-term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease.

Statin Use and Reduced Cancer-Related Mortality



↓ 15 %



No existen evidencias científicas del uso de estatinas en el paciente MACA

Ninguna guía aporta recomendaciones concretas para el abordaje de la dislipemia en el paciente MACA



INDIVIDUALIZAR

Factores a tener en cuenta en el momento de iniciar y/o retirar el tratamiento con estatinas en el paciente MACA

Estado general de salud

Calidad de vida

Esperanza de vida

Aceptabilidad del tratamiento (↓ adherencia)

Posibilidad de interacciones



Factores que favorecen la aparición de miotoxicidad por estatinas

- **Sexo femenino**
- **Debilidad o IMC bajo**
- **Hipotiroidismo**
- **Tratamiento concomitante con fármacos inhibidores del citocromo P450 3A4**
- **Polifarmacia (especialmente común en ancianos)**
- **Cambios relacionados con la edad o enfermedades crónicas:**
 - **disfunción hepática o renal**
 - **cambios en albúmina y proteínas que producirán cambios en la concentración libre de estatina.**
 - **cambios en el porcentaje de grasa corporal en relación a la masa corporal que provocaran cambios en la distribución de drogas lipofílicas e hidrofílicas.**



3

Al cap de 5 mesos, la malaltia progressa però el pacient està prou bé. Fa una sobreinfecció respiratòria febril, es nega a prendre cap medicació extra per via oral.

Cal tractar la sobreinfecció?

- 1. Requereix tractament amb antibiòtic. Es pot donar per via parenteral.**
- 2. Com el pacient és incapaç podem donar el que vulguem per la força.**
- 3. Si el pacient no vol la medicació, no li podem donar.**
- 4. Caldrà convèncer al pacient amb una excusa (p.e. donar-li tabac si es pren l'antibiòtic)**





Dr. MARTA EXPÓSITO

Grup d'urgències



Agudització MPOC

- **Indicació antibioticoteràpia: Criteris Anthonisen**
 - Augment dispnea habitual
 - Augment del volum de l'esput
 - Augment de la purulència de l'esput



Agudització MPOC

- **Clasificació d'Anthonisen**

Tipo I: Presència d'un criteri

Tipo II: Presència de dos criteris

Tipo III: Presència dels tres criteris.



Agudització MPOC

- Els pacients amb exacerbacions tipus III i les tipus II amb símptoma cardinal la purulència: antibioticoteràpia.
- Tot pacient que requereixi ventilació mecànica: antibiòtic. *(Recomendació Nivel I).*
- Pacients amb exacerbació tipus I no requereixen antibioticoteràpia.



Agudització MPOC

Definició	Factors de risc	Antibiòtic	Alternativa	Dies ttm
MPOC lleu-moderada FEV1 >50%	Sense comorbiditat	Amoxi-clav	Cefditoreno, Moxifloxacio, Levofloxacino, Macròlid	5-7
	Amb comorbiditat	Moxifloxacino Levofloxacino	Amoxi-clavulànic Cefditoreno	5-7
MPOC greu-molt greu FEV1 <50%	Sense risc Pseudomona	Moxifloxacino Levofloxacino	Amoxi-clavulànic	5-7
	Amb risc de Pseudomona	Levofloxacino Ciprofloxacino	Cefepima, Ceftacidima, Pipe-tazo, imipenem, Meropenem	10-14

Al cap de 2 mesos, fa una nova sobreinfecció febril i cau en insuficiència respiratòria greu. Probablement requeriria UCI o bé sedació pal·liativa. Què farem?

- 1. Els criteris són d'ingrés a UCI, així doncs, el derivem a l'hospital.**
- 2. Les condicions del pacient i el seu pronòstic aconsellen la sedació pal·liativa.**
- 3. Els criteris són independents de la situació clínica del pacient i la seva història oncològica.**
- 4. En aquest cas cal demanar autorització a un jutge per a decidir l'actitud a prendre.**





Dr. Dolors Garola
Grup ATDOM

Dra. EVA PEGUERO
Grup d'ètica



- 1. Resituem-nos : estem davant de pacient MACA**
- 2. Quins eren els objectius de les Cures Pal·liatives**
- 3. Concepte de sedació pa·liativa**
- 4. Situació cognitiva/afectiva del malalt. Còm ens pot entendre? I sobretot , com podem saber quin és el seu patiment ?**



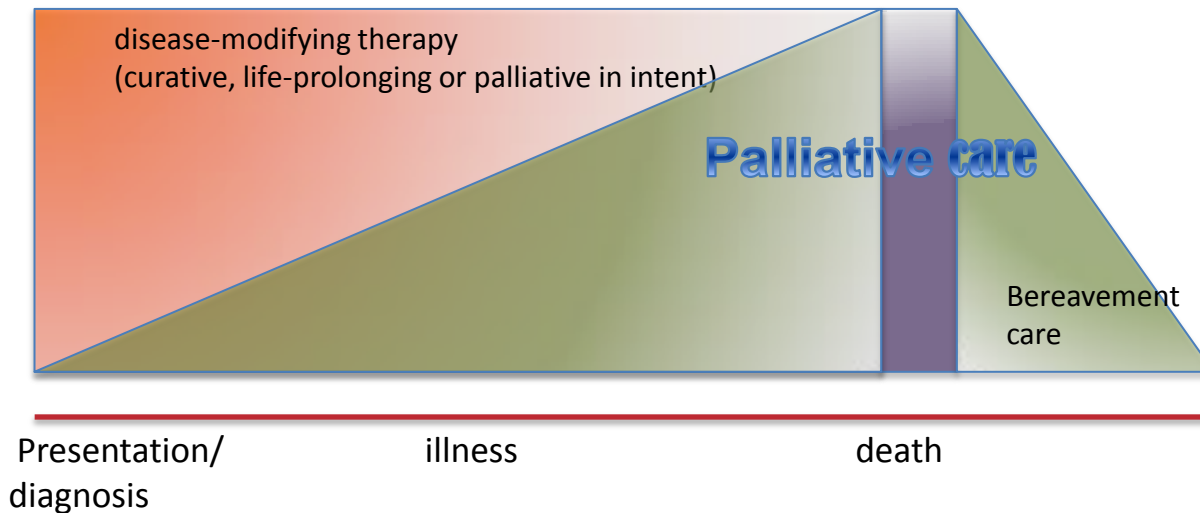
Cures Pal·liatives

**L'atenció pal·liativa (OMS, 2002) és
un enfocament que
millora la qualitat de vida d'uns pacients i familiars
que s'estan enfrontant als problemes associats
a una malaltia potencialment mortal,
a través de la prevenció i l'alleugeriment del patiment
realitzant una identificació precoç,
una avaluació adequada i aplicant
tractaments pel dolor i altres problemes físics,
psicosocials i espirituals.**



Quan s'inciden les Cures Pal·liatives ?

Integrated model of curative and palliative care for chronic progressive illness



Source: Adapted from American Medical Association Institute for Medical Ethics (1999). *EPEC: Education for physicians on end-of-life care*.

Chicago, IL, The Robert Wood Johnson Foundation.
Presentation/diagnosis



Quan hi ha necessitat de Cures pal·liatives ?

INSTRUMENT NECPAL CCOMS-ICO©

(**Necessitats Pal·liatives**)

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



Quan hi ha necessitat de Cures pal·liatives ?

- **Per a què serveix l'instrument NECPAL CCOMS-ICO©?**
 - Es tracta d'una estratègia d'identificació de malalts que requereixen mesures pal·liatives, especialment en serveis generals (Atenció Primària, serveis hospitalaris convencionals, etc.)
 - La intenció de l'instrument NECPAL CCOMS-ICO© és la d'identificar malalts que requereixen mesures pal·liatives de qualsevol tipus
 - La identificació d'aquesta situació no contraindica ni limita mesures de tractament específic de la malaltia si estan indicades o poden millorar l'estat o la qualitat de vida dels malalts



Quan hi ha necessitat de Cures pal·liatives ?

– Preguntes:

- **1. LA PREGUNTA SORPRESA –**
 - El sorprendria que aquest pacient es morís en els propers 12 mesos?
- **2. ELECCIÓ / DEMANDA O NECESSITAT**
- **3. INDICADORS CLÍNICS GENERALS DE SEVERITAT I PROGRESSIÓ**
(Marcadors nutricionals, funcionals, Altres marcadors de severitat i fragilitat extrema, distress emocional, Factors addicionals d'ús de recursos, Comorbiditat: ≥ 2 patologies concomitants)
- **4. INDICADORS CLÍNICS ESPECÍFICS DE SEVERITAT I PROGRESSIÓ PER PATOLOGIES:**
 - MALALTIA ONCOLÒGICA (només cal la presència d'un criteri)
 - MALALTIA PULMONAR CRÒNICA (presència de dos o més dels següents criteris)
 - -altres patologies...

• **Què es considera una identificació positiva?**

Qualsevol pacient amb :

- Pregunta Sorpresa (pregunta 1) amb resposta NEGATIVA, i
- Almenys una altra pregunta (2, 3 ó 4) amb resposta POSITIVA, d'acord amb els criteris establerts



Sedació Pal·liativa

- “És l’administració deliberada de fàrmacs, a dosis i combinacions necessàries, amb la finalitat de reduir la **consciència** d’un malalt amb una malaltia avançada o terminal, tant com sigui necessari per **alleujar** adequadament un o més **síntomes refractaris** i amb el seu **consentiment** explícit, implícit o delegat”.
- **NO és un tractament etiològic.**
- **NO desapareix la vida biològica.**
- És una sedació primària , pot ser contínua o intermitent, superficial o profunda.



Sedació Terminal o en l'agonia

- És la sedació pal·liativa efectuada durant l'agonia, en un malalt en el qual la mort està molt propera.

És una sedació primària i contínua, que pot ser superficial o profunda.



Indicacions de la sedació

- **Indicació terapèutica correcta** (pacient físic o psíquic **refractari** al final de la vida del malalt) efectuada per un metge, i si pot ser validada per un altre metge.
- **Consentiment** explícit del malalt, o de la família, si aquest no el pot donar.
- Els professionals implicats han de **tenir tota la informació** del procés i **registrar-ho** a la història clínica.
- L'administració de **fàrmacs en combinacions i dosis necessàries** fins arribar al nivell de sedació adequat.



Síntoma refractari / difícil

- **Síntoma refractari** : Aquell que no potser adequadament controlat, malgrat intensos esforços per trobar un tractament tolerable, que no comprometi la consciència del pacient.
- **Síntoma difícil**: aquell que per al seu control cal una intervenció terapèutica intensiva, des del punt de vista farmacològic, instrumental o psicològic.



Classificació de la sedació

Segons L'OBJECTIU	• Primària : quan és l'efecte que es busca
	• Secundària (somnolència) : quan és un efecte secundari
Segons la TEMPORALITAT	• Intermitent : nivell de consciència fluctuant
	• Contínua : nivell de consciència constant
Segons la INTENSITAT	• Superficial : permet algun tipus de comunicació
	• Profunda : inconscient



Nivells de sedació (Escala de Ramsay), ICO

- I. agitat, angoixat.**
- II. tranquil, orientat i col·laborador.**
- III. A. Respon agitat a estímuls verbals**
B. Respon tranquil a estímuls verbals
- IV. A. resposta ràpida i agitat a la pressió glabellar o estímuls dolorosos.**
B. Resposta ràpida i tranquil a la pressió glabellar o estímuls dolorosos
- V. Resposta lenta a la pressió glabellar o estímuls dolorosos.**
- VI. No resposta. “coma farmacològic”**



- **Causes més freqüents de sedació:**
 - **Delirium**
 - **Dispnea**
 - **Dolor ,**
 - **Distrés psico-social**
- **Fàrmacs més utilitzats :**
 - **midazolam**



Dilemes ètics al final de la vida

- En la SUD , davant l'aparició de crisis poden entrar en conflicte diferents principis ètics (beneficiència- no maleficiència-autonomia-justícia))i altres proporcionalitat i intencionalitat
- Les opcions d'últim recurs habituals són :
 - Limitació de l'esforç terapèutic
 - No-inici o retirada de tractament de suport vital
 - Eutanàsia o suïcidi assistit
 - Interrupció voluntària i definitiva de la ingesta
 - Sedació en la situació d'agonia
 - Tractament d'intensitat proporcional a la intensitat del sofriment (principi del doble efecte)

“Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida”. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2113/complex.pdf>



- 1. El nostre pacient precisa de Cures Pal·liatives**
- 2. La malaltia progressa, i una complicació intercurrent li provoca un patiment important: d'íspnea**
- 3. Sense deixar de tractar la infecció respiratòria, la sedació pal·liativa pot alleugerir el patiment**



“Només es pot veure correctament amb el cor; l’essencial resta invisible a l’ull” .

Antoine de Saint-Exupéry



El meu compromís com a metge/essa de família



M'adhereixo als valors definits per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària que m'encoratgen a fer de metge de família amb...

- ▶ **DEDICACIÓ** ...fent de l'atenció a la seva salut el centre del meu interès professional
- ▶ **RESPECTE** ...respectant la seva dignitat, el seu dret a decidir, la seva intimitat i guardant secret de la informació que conec de la seva persona
- ▶ **PROXIMITAT** ...tractant-lo amb calidesa, estimació i cortesia, procurant comprendre les seves emocions i mantenir la serenitat en els moments difícils
- ▶ **LLEIALTAT** ...donant-li informació clara i sincera dels seus problemes de salut, les opcions, riscos i beneficis previsibles i el meu consell, atenent les seves necessitats i creences
- ▶ **PRUDÈNCIA** ...no actuant sense informació adequada, ni recomanant accions poc provades, d'utilitat o seguretat dubtoses o que aportin més risc que benefici
- ▶ **EQUITAT** ...tractant tothom amb el mateix interès i fent bon ús dels recursos de què dispenso pel conjunt dels ciutadans
- ▶ **HONRADESA** ...mantenint els meus coneixements al dia, consultant quan calgui un altre professional de confiança, i evitant que altres interessos personals alterin aquest compromís

Nom metge/essa: _____

Data: _____

Signatura: _____



Incapacitat legal

Un pacient amb incapacitat legal te dret a estar informat i pot prendre decisions.



Voluntats anticipades

Voluntats anticipades

Voluntats informals

Voluntats per representació



Limitació de l'esforç terapèutic

Retirar o no posar quan està indicat no és eutanàsia, és limitació de l'esforç terapèutic.



Sedació pal·liativa

Administració de fàrmacs per disminuir el nivell de consciència del malalt davant la presència d'un símptoma refractari als tractaments disponibles.

Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3ª.
Document OMC 2009 Etica de la sedación en la agonía.



Consells pràctics

Els principis ètics tenen més importància a mesura que augmenta la fragilitat del pacient.

El compromís amb el pacient i la bona pràctica mèdica ens obliguen, tant a renunciar a tractaments fútils com a reconèixer les situacions reversibles, en un context en què l'esperança de vida és presumiblement curta.

Quan no hi ha res més a fer per la malaltia, hi ha coses a fer per el pacient. Hem de ser-hi!

Conclusions Jornada “Dilemes ètics del mf en l'acompanyament fins la mort” camfic IBB 2013. Ética en cuidados paliativos. Azucena Couceiro (Ed.) Triacastela. Ética en la práctica clínica. Diego Gracia (Ed.) Triacastela.

Retos éticos en Atención Primaria. Fundacion de ciencias de la salud.

Ética en Cuidados Pailativos. Fundación de ciencias de la salud.

Finalment el pacient no es va derivar a l'hospital, però ha tirat endavant. Ara es deteriora molt ràpidament per complicacions (nafres, atròfia muscular, disfàgia a líquids). Ara què cal fer?

- 1. Posarem nutrició parenteral i sonda nasogàstrica.**
- 2. Demanem rehabilitació.**
- 3. Pensem en la sedació pal·liativa.**
- 4. Manteniments de suport, alimentació adaptada amb espessidors, canvis posturals i cures amb anestèsia prèvia.**





Dra. ANNA MANRESA

Grup ATDOM



REFLEXIONS FINALS

BONA PRÀCTICA I COMPLEXITAT

Dra. ESTHER LIMON

Grup ATDOM i TIC



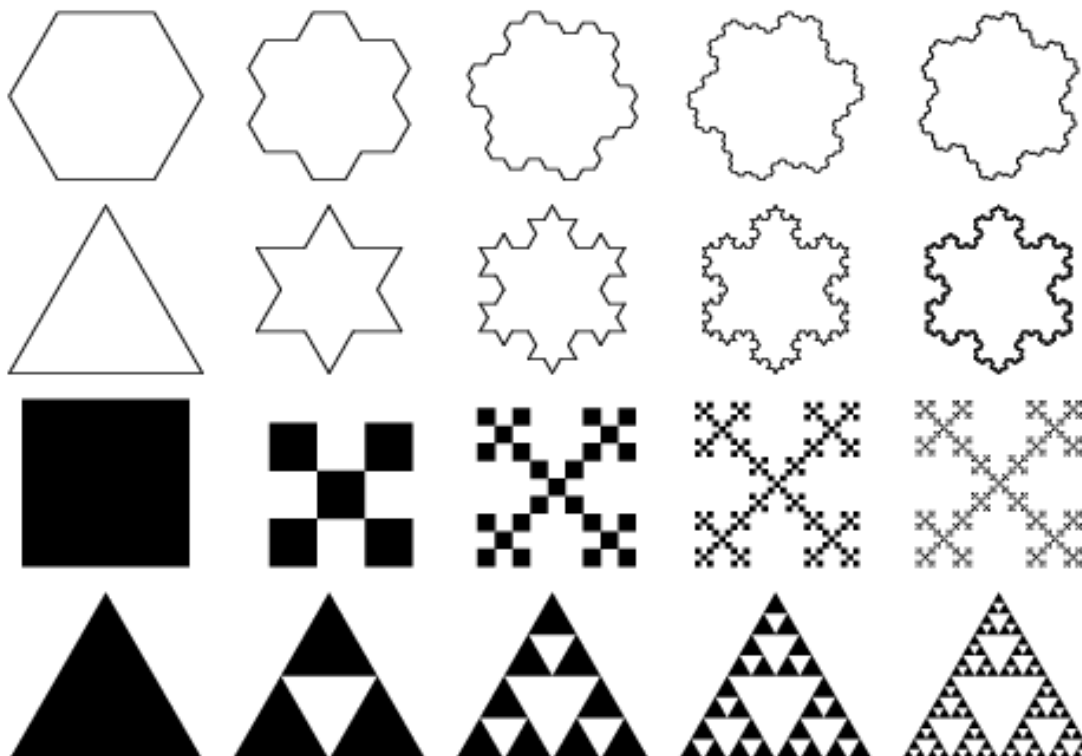
REFLEXIONS FINALS

INCERTESA

PATRONS HEURÍSTICS

CONDICIÓ

FRACTALITAT





Atenció PCC-Malaltia Crònica Avançada

Preguntar quina és la
PREOCUPACIÓ I QUINS
OBJECTIUS té el pacient/família

Revisar Pla Atenció pacients

Considerar **preferències** pacients

Hi ha **evidència**?

Valorar **pronòstic**

Considerar **interaccions
medicaments**

Valorar **riscos/beneficis Pla de tractament**

Decidir i comunicar
implementació o continuació **Pla**
Revisió periòdica Pla i
adherència tractament

Inquire about the patient's primary concern (and that of family and/or friends, if applicable) and any additional objectives for visit.

Conduct a complete review of care plan for person with multimorbidity.
OR
Focus on specific aspect of care for person with multimorbidity.

What are the current medical conditions and interventions?
Is there adherence/comfort with treatment plan?

Consider patient preferences.

Is relevant evidence available regarding important outcomes?

Consider prognosis.

Consider interactions within and among treatments and conditions.

Weigh benefits and harms of components of the treatment plan.

Communicate and decide for or against implementation or continuation of intervention/ treatment.

Reassess at selected intervals: for benefit, feasibility, adherence, alignment with preferences.

Figure 1. Approach to the evaluation and management of the older adult with multimorbidity.



El mapa de necessitats





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



Passos a seguir

1. Identificació de la condició
2. Valoració de NECESSITATS dels pacients i família (necessitats multidimensionals, escales funcionals, cognitives, socials, símptomes, etc).
3. Identificació de valors, preferències i objectius del malalt. Inici de Planificació de Decisions Avançades (PDA)
4. Revisió de les patologies (estadiatge, pronòstic, etc).
5. Revisió del tractament (idoneïtat , limitacions i adequació terapèutica, objectius, etc).
6. Elaboració d'un Pla Intervenció Individualitzat (PII)

Cóm podem implementar el model ?



Identificació / Registre de pacients / Elaboració llistats:

Identificació / Codificació / Visualització / Llistats poblacions estratificades

Descripció “dispositius”:

Dispositius convencionals i alternatives que s’ estan articulant

Cuidadors / Professionals:

Identificació cuidadors / Viu sol ? / Professionals de referència / Gestió casos

Circuits de derivació/activació:

Agudització / Dificultat maneig / Retorn informació

Garanties 7x24

Plans d’ Intervenció:

Continguts bàsics / Visibilitat i traçabilitat / Pla Decisions Anticipades

Sistemes comunicació no presencials situació dificultat maneig):

Entre professionals / Pacient-professionals

Atenció Proactiva:

Planificació visites i contactes / Model organitzatiu intern

Planificació Alta Hospitalària:

PREALT i POSTALT

Referències específiques al MACA:

Especialment “Final de Vida”

Establiment Polítiques comunicació territori

Pla de comunicació i difusió de la RA / Formació ad-hoc

Marc avaluatiu mínim



REFLEXIONS FINALS

És factible?

És possible?

Ho farem?