

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

PAOLA MARCELA RUIZ OSPINA
GERIATRA PALIATIVISTA
PRESIDENTE ALCP

FRAGILIDAD EN EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

JEFE UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUOS, SES HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS.
COORDINADORA PROGRAMA DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA VIVESSALUD EJE CAFETERO.
EXPRESIDENTE ASOCUPAC.

GIGANTES DE LA GERIATRÍA

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

- DETERIORO COGNITIVO
- DEPRESIÓN
- CAÍDAS/TEMOR A CAER
- FRAGILIDAD
- DECLINACIÓN FUNCIONAL
- INCONTINENCIA

Gómez, JF. Curcio, CL. Salud del Anciano: Valoración. 2014

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

FRAGILIDAD: DESDE LA DEFINICIÓN

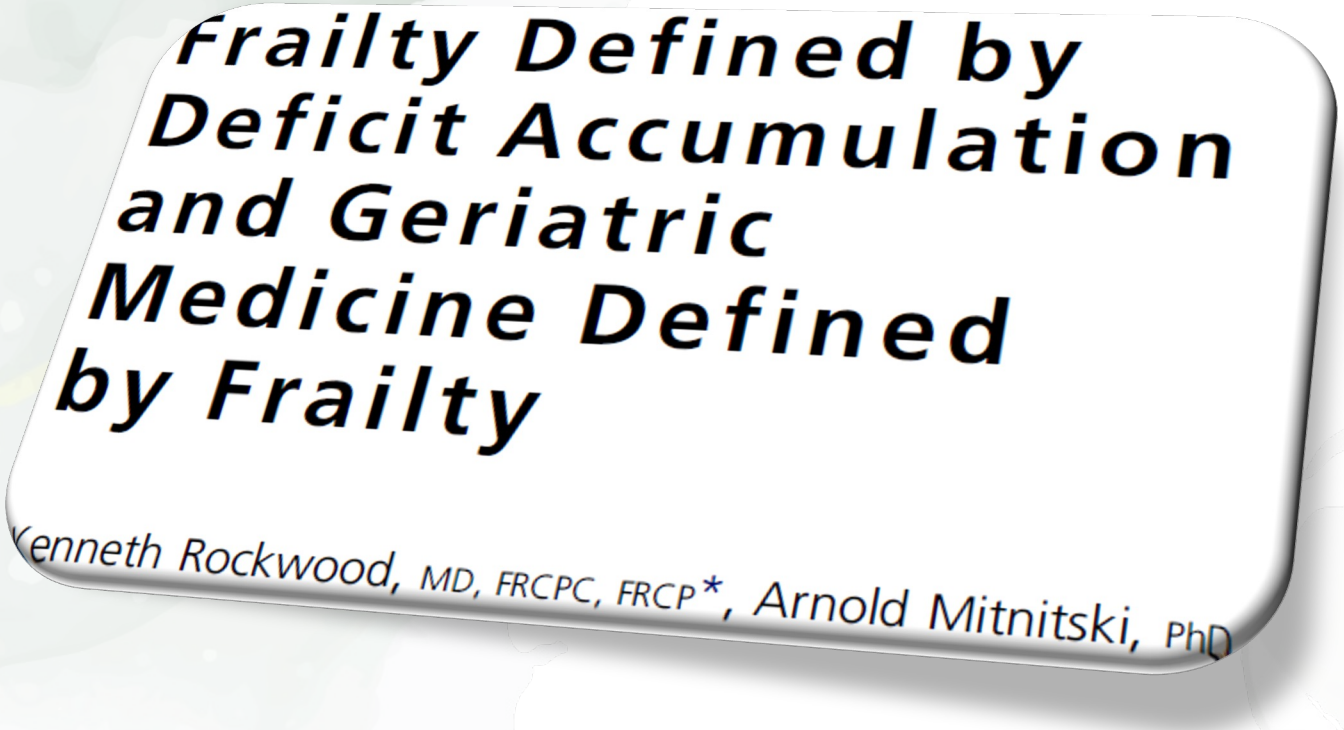
Un paciente frágil **tipifica a una persona adulta mayor con** disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional y su identificación permite un abordaje para la atención **sanitaria y social en todos los ámbitos asistenciales** y el **diseño de un plan integral** de actuación preventiva, terapéutica y rehabilitadora.

FACTOR DE RIESGO PARA:

- DISCAPACIDAD
- ENFERMEDAD
- TRANSTORNOS FÍSICOS
- TRANSTORNOS COGNITIVOS
- SÍNDROMES GERIÁTRICOS
- ALTA DEMANDA DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS

PERSONAS MAYORES EN RIESGO DE DETERIORO FUNCIONAL

COMO MEDIR LA FRAGILIDAD?
ÍNDICE DE FRAGILIDAD



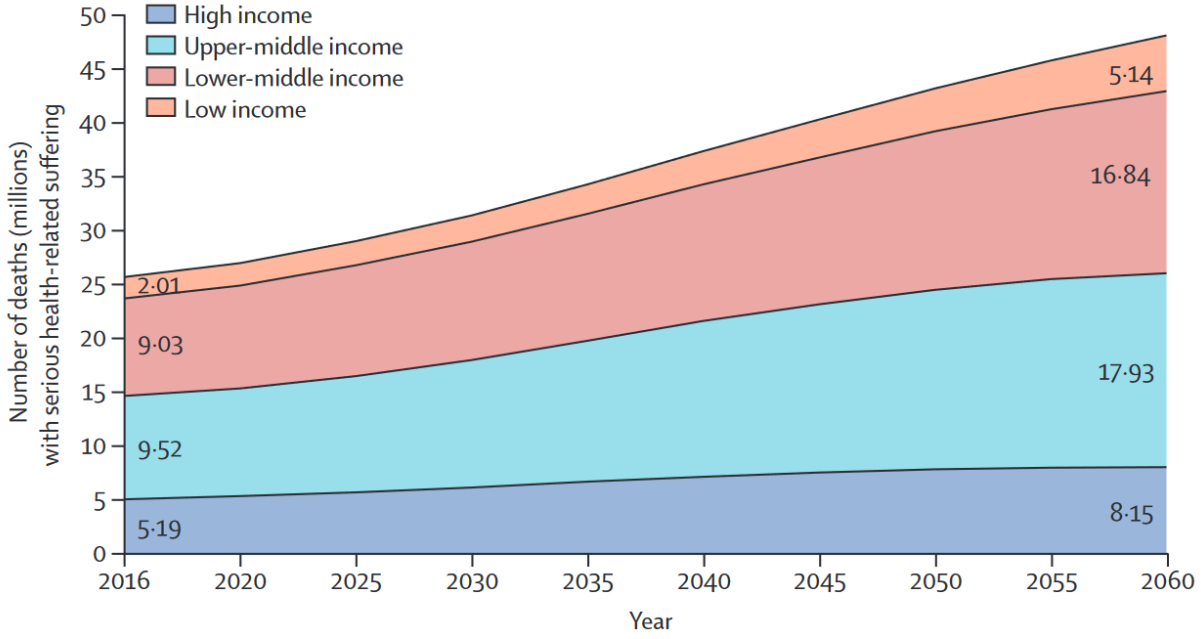
Clin Geriatr Med 27 (2011) 17–26

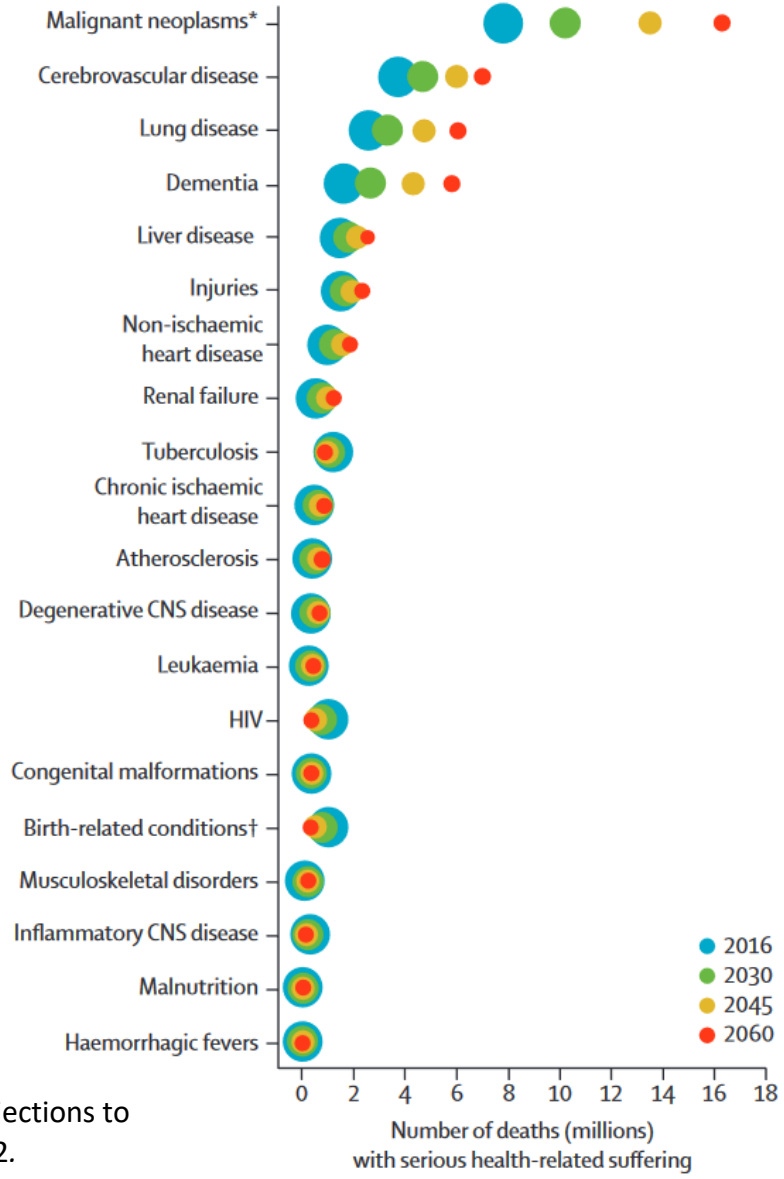
COMO MEDIR LA FRAGILIDAD? CUESTIONARIO FRAIL

FATIGA. En las últimas 4 semanas qué tanto se ha sentido cansado o fatigado? **Respuestas 1 y 2: 1 punto.** **Demás 0 puntos**	**1. Todo el tiempo** **2. La mayoría del tiempo** **3. Algunas veces** **4. Muy pocas veces** **5. Nunca**
RESISTENCIA. Presenta alguna dificultad para caminar 10 pasos sin descansar sin ayuda de dispositivos ni de otra persona?	1. Si 2. No
DEAMBULACION. Sin uso de ayudas, tiene alguna dificultad para caminar mas de 100 metros?	1. Si 2. No
Número de enfermedades	0 a 4: 0 puntos 5 a 11: 1 punto
PESO. Cuál es su peso actual y cuál era su peso hace 1 año?	Porcentaje de cambio > 5% 1 punto Porcentaje de cambio < 5% 0 puntos.

A SI ...uly ;
MID ...08.

PROYECCIONES





Sleeman, K. et al. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. Lancet Glob Health, 7(7), e883-e892.

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile



ENFERMEDADES CON SÍNTOMAS COMPLEJOS

MORBILIDAD MULTIPLE

ENFERMEDADES PROGRESIVAS CRÓNICAS

CUIDADOS PALIATIVOS



Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

FRAGILIDAD: DESDE LA REALIDAD





XI Congreso Latinoamérica unida en la atención paliativa
ALCP Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
Marzo 06 al 09 2024 Cartagena Colombia

DE	A
Enfermedad terminal	Enfermedad crónica avanzada evolutiva
Pronóstico de días / semanas / < 6 m	Pronóstico de vida limitado
Evolución progresiva	Evolución progresiva con crisis
Cáncer	Todas las patologías crónicas evolutivas
Mortalidad	Prevalencia
Dicotomía curativa vs paliativa	Atención sincrónica, compartida y combinada
Intervención rígida	Intervención flexible
Tratamiento específico vs paliativo	Tratamiento específico que no contraindica el paliativo
Pronóstico como ítem central	Complejidad como criterio de intervención de los servicios
Respuesta pasiva a crisis	Actitud proactiva - preventiva y Gestión de Caso
Rol pasivo del enfermo	Autonomía del paciente: Planificación de Decisiones Anticipadas (Advance Care Planning)
Cuidados paliativos	Atención paliativa
Servicios Específicos	Medidas de mejora en todos los servicios del Sistema de Salud
Atención fragmentada	Atención coordinada e integrada
Paciente institucionalizado	Paciente en la comunidad
Paciente paliativo	Paciente con necesidades de atención paliativa

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

CARGA GLOBAL DE SGS

20 Condiciones de salud: Personas con SGS

Ateroesclerosis	VIH	Enfermedad pulmonar
ECV	Enfermedad inflamatoria del SNC	Neoplasias malignas
Cardiopatía isquémica crónica	Lesiones	Desnutrición
Malformaciones congénitas	Leucemias	Trastornos musculo esqueléticos
Enfermedad degenerativa del SNC	Enfermedad del hígado	Cardiopatía no isquémica
Demencia	Bajo peso al nacer, parto	Insuficiencia renal
Fiebre hemorrágica	prematuro, traumatismo al nacer	Tuberculosis

15 síntomas: 11 físicos y 4 psicológicos: días con SGS

Ansiedad	Diarrea	**Dolor(moderado a severo)**
Sangrado	Resequedad de la boca	Falta de aliento
Confusión, delirio	Fatiga	Debilidad
Constipación	Prurito	Heridas
Demencia	Nauseas , vómito	
Depresión	**Dolor(leve)**	

DISNEA

Knaul F. et al Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the *Lancet* Commission report 2017 www.thelancet.com

Med Paliat. 2018;25(1):59–60

SECPAL

Medicina I

www.elsevier.es/me

CARTA AL DIRECTOR

Índices pronósticos en cuidados paliativos: ¿cuál, cuándo y para qué?

Prognostic scores in palliative care: Which, when and for what?

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile



NO EXISTE UN ÍNDICE EXACTO, TODOS SE DEBERÁN CONTEXTUALIZAR EN UNA VALORACIÓN INTEGRAL
OPTIMISMO EQUIVOCADO, EN RELACIÓN A DEFINIR EL PRONÓSTICO EN ENFERMEDAD NO MALIGNA!

EQUIPOS DE CP DEBE SABER QUE MÁS ALLA DE LA ESCALA QUE SE USE LO MAS IMPORTANTE ES EL ENTRENAMIENTO EN EL USO DE LA MISMA!

DEBERÁN ENTREGAR EXPECTATIVAS REALISTAS Y OFRECER TTOS AJUSTADOS A LAS NECESIDADES, EVITANDO TERAPIAS FUTILES !

ROL DE LA EVALUACIÓN GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL (CGA)

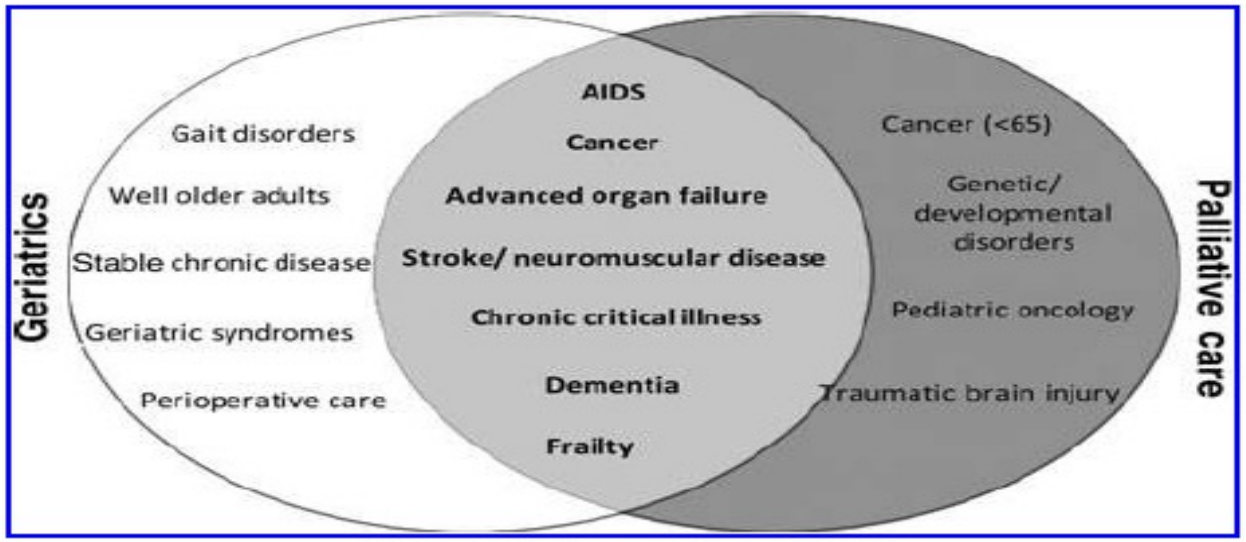


FIG. 1. The intersection between geriatrics and palliative care.



TO

CALIDAD VIDA

Impact of prognosis on selected clinical decisions

Prognosis	Condition	Clinical decision to be considered
<4 to 6 weeks	Depression at end of life	Use of methylphenidate to treat depression; a selective serotonin reuptake inhibitor requires four to six weeks to take effect[1]
<3 months	Hyperlipidemia	Discontinuation of statins[2,3]
>3 months	Spinal metastases	Surgery for spinal cord compression due to metastatic cancer[4]
<6 months	Hospice	Referral to hospice
<1 to 2 years	Asymptomatic abdominal aortic aneurysm	Non-operative management of asymptomatic abdominal aortic aneurysm[5-8]
<2 to 3 years	Prevention macrovascular complications in diabetes mellitus	Blood pressure/lipid control in diabetes mellitus unlikely to prevent macrovascular complications[9]
<2 to 3 years	Hypertension	Lowering blood pressure <140/80 unlikely to improve cardiovascular outcomes[2,10]
<5 years	Screening for breast cancer	Discontinuation of breast cancer screening[11-14]
<5 years	Heart valve replacement	Stented bioprosthetic heart valve may be preferable to a metallic valve[15]
<5 years	Glycemic control in diabetes	Limited benefit to lowering target for A1C to <8 percent[2,9]
<7 years	Screening for colorectal cancer	Discontinuation of colorectal cancer screening[11,16-18]
<8 years	Prevention microvascular complications in diabetes	Tight glycemic control in diabetes mellitus is unlikely to prevent microvascular complications[2,9,19,20]

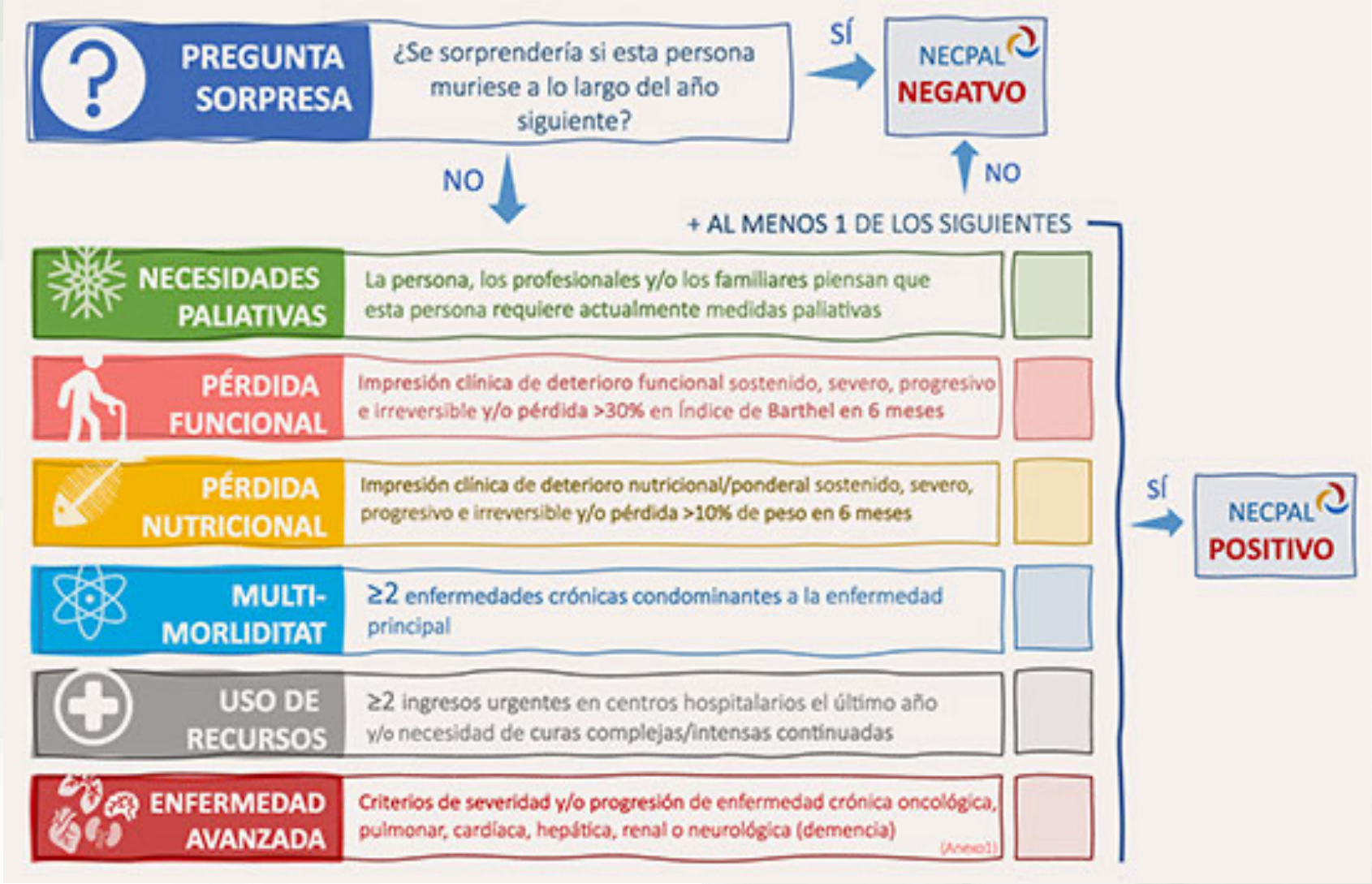
Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile



NECPAL

- Beneficios de la identificacion temprana de pacientes con necesidades paliativas:
  - **CALIDAD DE VIDA**
  - **ADECUAR LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO**
  - **ADECUADO CONTROL DE SINTOMAS**
  - **PRESTACION OPORTUNA Y EFICIENTE DE LA ATENCION AL FINAL DE LA VIDA.**

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile



Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

NEC PAL 4.0

UTILIDAD 2: Aproximación PRONÓSTICA

ESTADIOS PRONÓSTICOS NECPAL 4.0

en función del número de parámetros del NECPAL 4.0...

- PREGUNTA SORPRESA
- NECESSITATS PAL·LIATIVES
- PÈRDUA FUNCIONAL
- PÈRDUA NUTRICIONAL
- MULTIMOR-BIDITAT
- ÚS DE RECURSOS
- MALALTIA AVANÇADA

... se pueden identificar 3 GRANDES GRUPOS PRONÓSTICOS o ESTADIOS EVOLUTIVOS



Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

Demencia	• **GDS ≥ 6c** • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	• **Indice Fragilidad ≥ 0.5** (Rockwood K et al, 2005) • **Evaluación geriátrica integral** sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	• **Durante la fase aguda y subaguda** (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia> 3 días • **Durante la fase crónica** (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	• **Deterioro progresivo** de la función física y/o cognitivas • **Síntomas** complejos y difíciles de controlar • **Disfagia** /trastorno del habla persistente • Dificultades crecientes de **comunicación** • **Neumonía** por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

Propuestas asistenciales relacionadas con las necesidades y el pronóstico de vida limitado

1. Llevar a cabo una evaluación multidimensional de necesidades: físicas, emocionales, sociales, espirituales, éticas y del final de la vida.
2. Evaluar el estado de la enfermedad y su posible evolución.
3. Identificar los valores y preferencias e iniciar la planificación de decisiones anticipadas.
4. Identificar y atender al cuidador principal.
5. Identificar y ofrecer profesionales de referencia.
6. Elaborar un plan terapéutico multidimensional.
7. Gestionar los casos y llevar a cabo una atención integrada con otros servicios en el territorio.

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

TRAYECTORIAS DE DISCAPACIDAD

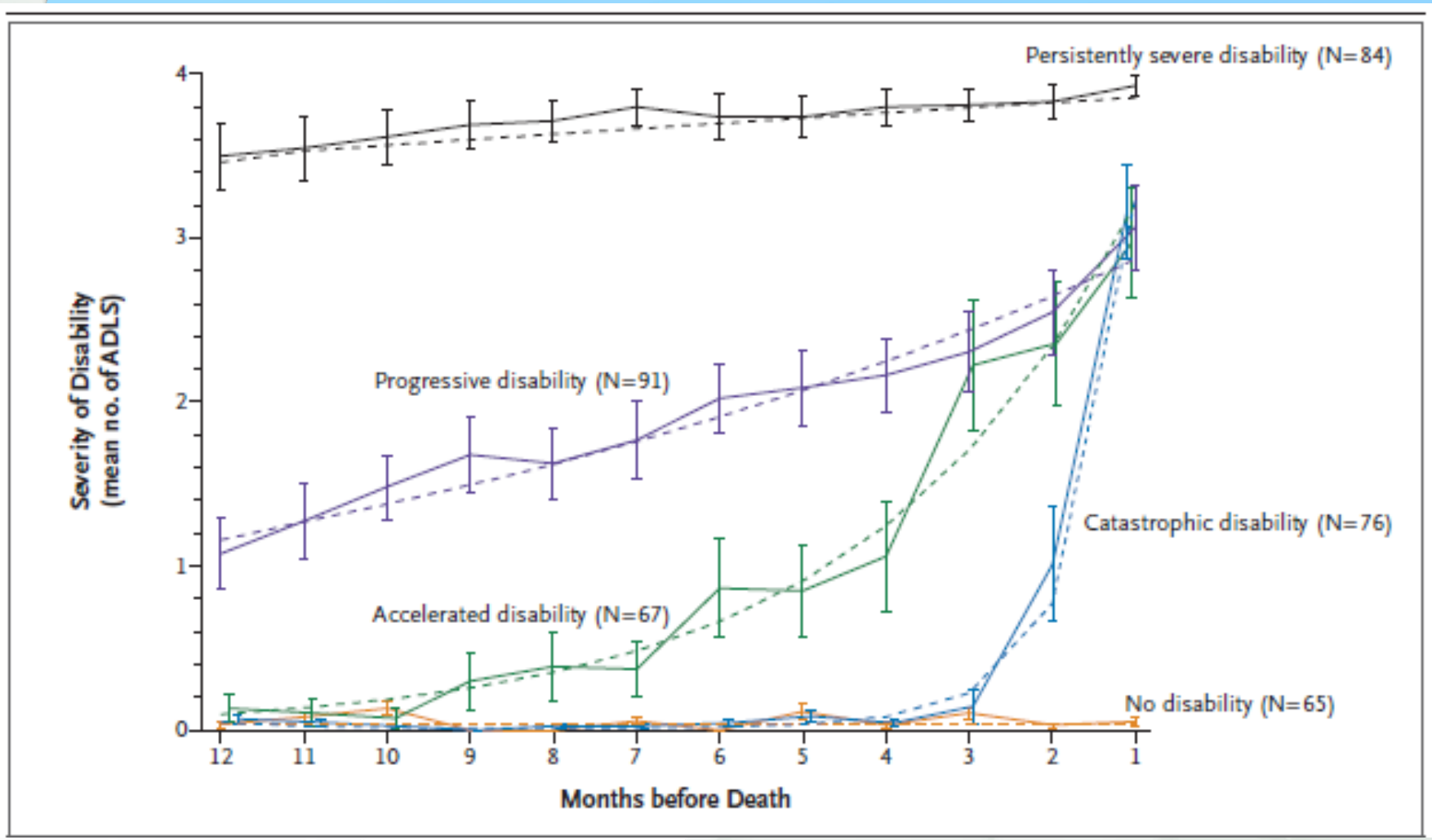


Tabla 6. Prestadores de servicios en cuidados paliativos acorde con la política de atención en salud

Clasificación	Recursos	Equipos/Formación	Modalidad de servicio	
Pacientes no complejos	Prestador primario	Atención primaria Médicos generales (con formación básica en CP) Médicos familiares y otros especialistas (con formación básica o intermedia en CP)	Consulta externa	Atención domiciliaria ↑
Pacientes complejos y altamente complejos	Prestador complementario experto (Nivel intermedio)	Equipos de soporte y CP *	-Consulta externa -Hospitalaria -Unidad de crónicos intermedia complejidad-Hospice -Ambulatoria	
	Prestador complementario experto (Nivel intermedio y alto)	Equipos de IPS de CP* Unidad de Cuidados Paliativos	- Consulta externa - Hospital Día - Hospitalización - Camas propias en internación hospitalaria de alta complejidad	
		Equipos comunitarios para la atención al final de la vida y respiro a familiares, *hospices**	- Unidad de crónicos alta complejidad	↓

Fuente: elaboración propia.

**Todos tendrán en un futuro formación avanzada en CP, inicialmente podrá haber profesionales con formación intermedia mientras se alcanza la masa crítica de profesionales con formación avanzada.*

RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

1. ENFOQUESE EN LOS DESENLACES GLOBALES EN SALUD	**Identifique síntomas: dolor, disnea, fatiga** **Evalúe calidad de vida** **Determine el estado funcional MEBE- AVD** **Procure reducir CUALQUIER CAUSA de hospitalización no solo por falla cardíaca** **Discuta pronóstico**
2. **EVALUE FORMALMENTE COGNICION Y AFECTO**	MOCA- MMT- Mini Cog- Yesavage- PHQ2
3. **APLIQUE TRATAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS**	Actividad física- rehabilitación cardíaca Medidas generales para ortostatismo
4. **MINIMIZE EL AGOBIO POR LA ENFERMEDAD**	Pregúntele al paciente cuál es le principal síntoma que lo agobia Des-prescripción Disminuya el número de citas médicas
5**. COMUNIQUESE CON LOS OTROS ESPECIALISTAS QUE TRATAN AL PACIENTE**	Plan interdisciplinario INTEGRADO

Multimorbidity in Older Adults with Heart Failure

Clin Geriatr Med 32 (2016) 277–289

RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA

Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

Área	Indicación	Intervención
Modificación del tratamiento	Polifarmacia	Reevaluar las indicación de los tratamientos (con el médico de familia); optimizar el tratamiento de acuerdo a protocolos de ancianos Usar los criterios STOPP-START
Manejo de las enfermedades crónicas	CIRS-G grado ≥3 HTA, DM, artritis, problemas sensitivos	Adaptar el tratamiento Intervenciones no farmacológicas Remitir al especialista correspondiente
Tratamiento del dolor	Dolor >1 en la escala numérica	Intervención farmacológica: fármacos escalón adecuado OMS Intervención no farmacológica: fisioterapia
Intervención nutricional	Malnutrición (MNA≤17) Pérdida de peso ≥5% en 3 meses o ≥10% en 6 meses Riesgo de malnutrición: MNA>17 y ≤23,5	Remitir a un dietista (suplementos nutricionales, nutrición artificial…) Recomendar un aumento en la ingesta (uso de pirámides de comidas adaptadas para ancianos)
Actividad física	Sedentarismo o riesgo de caídas	Recomendaciones de caminar a diario, subir escaleras, hacer las compras
Fisioterapia	Dificultad para caminar y para equilibrio (TGU y SPPB) Caída en el último año, pérdida de peso o muscular	Prescribir fisioterapia para fortalecimiento muscular. Trabajar en el equilibrio y para levantarse desde la posición de decúbito Prescribir un andador
Apoyo psicológico	GDS≥6 Aparente ansiedad en la evaluación clínica Antecedente de depresión	Consultar con un psicólogo o un psiquiatra
Prevención de un deterioro cognitivo mayor	MMSE<24	Monitorización del comportamiento durante la Qt Prevención del Sd. confusional
Tratamiento de las alteraciones del sueño	Puntuación positiva en cribado (escala Epworth)	Introducción, modificación o interrupción del tratamiento mediante hipnosis, en función a las recomendaciones de STOPP and START
Asistencia	Fragilidad social (ausencia de soporte social)	Remitir a un trabajador social
Ayuda en casa	Dificultad para hacer tareas diarias tales como el aseo o las tareas de casa	Facilita apoyo en casa (de enfermería, fisioterapia, de limpieza a domicilio…)

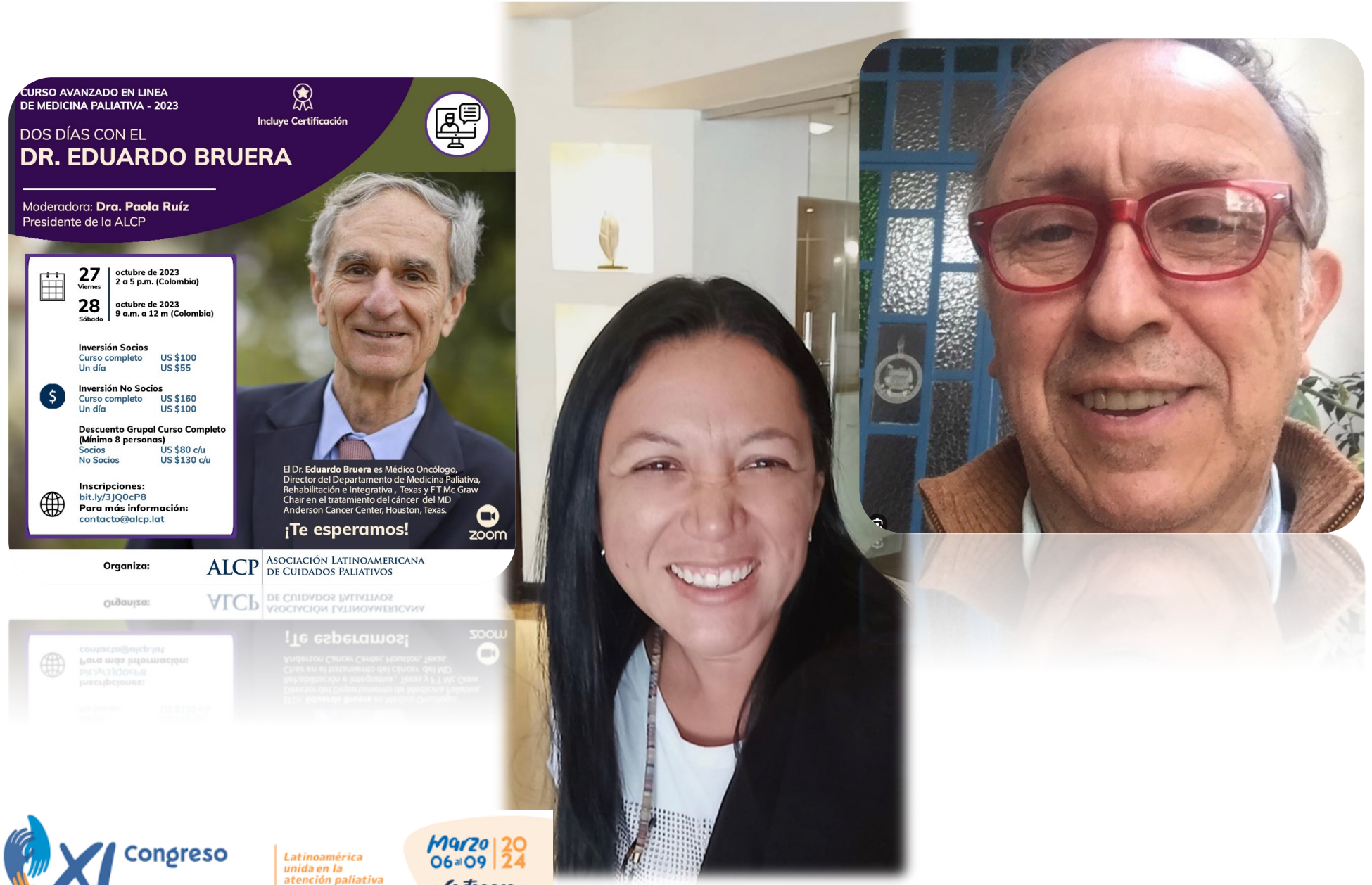
Sociedad Médica Cuidados Paliativos Chile

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN.

CUIDADOS DE ALIVIO.

EVITAR LAS MEDIDAS QUE PROLONGUEN LA VIDA.





XI Congreso

Latinoamérica unida en la atención paliativa

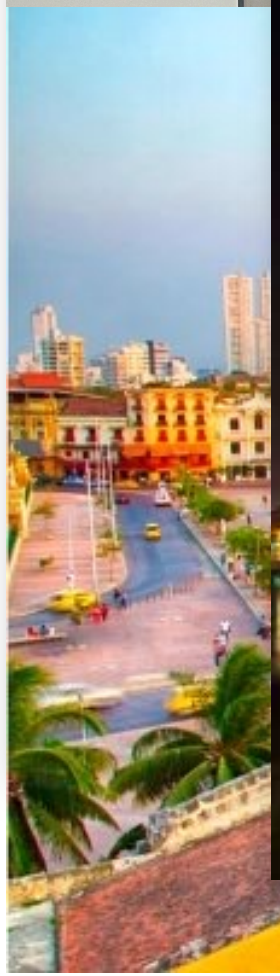
ALCP Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

Marzo 06 al 09 | 2024

Cartagena Colombia









¡MUCHAS GRACIAS!

