

**CURES PAL·LIATIVES GERIÀTRIQUES.
MODEL DE L'HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU**

Cures pal·liatives geriàtriques. Model de l'Hospital Sant Joan de Déu

Margarita Isabel Viñuela Benítez
Nicolás Flaquer Terrasa

Resum

Arran del progressiu i imparable envelliment de la població de les últimes dècades, les necessitats del col·lectiu de persones grans han anat augmentant. Les malalties cròniques i les oncològiques han passat a ocupar el primer lloc en el rànquing d'afeccions en aquest grup de població. Ambdues suposen per a la persona que les pateix una deterioració de la seva qualitat de vida considerable, especialment per la dependència que les acompanya.

Es demana una gran quantitat de recursos socials i familiars que hi parin esment i ofereixin suport. El nostre deure és intentar arribar a satisfer aquestes necessitats en la mesura del possible.

Originàriament les cures pal·liatives es van desenvolupar fonamentalment al voltant dels malalts terminals neoplàstics, sense tenir en compte les persones grans amb malaltia crònica no maligna però sí terminal, fins que aquestes ja estan en els seus últims dies de vida, quan ja no existeix dificultat en el diagnòstic de terminalitat. Tot i així, aquests pacients no reben totes les cures pal·liatives desitjables.

Igualment és inacceptable un mal diagnòstic que etiqueti el pacient com a terminal si aquest és potencialment curable. D'aquí la importància de fer una bona valoració geriàtrica integral, feta per especialistes en la matèria. No es tracta únicament d'emplenar unes escales, sinó de conèixer quina és la més idònia en funció de l'objectiu buscat i interpretar-ne els resultats.

En aquest capítol, a més de fer un recorregut sobre les diferents malalties que poden portar a una situació de terminalitat les persones grans, presentarem el model utilitzat per la Unitat de Cures Pal·liatives Geriàtriques de l'Hospital Sant Joan de Déu i analitzarem els resultats d'aquesta unitat des que es va crear a finals del 2007.

Resumen

A raíz del progresivo e imparable aumento de envejecimiento en la población durante las últimas décadas, las necesidades de este colectivo han ido en aumento. Las enfermedades crónicas y las oncológicas han pasado a ocupar el primer lugar en el ranking de afectaciones en este grupo. Ambas suponen para la persona que las padece, un deterioro en su calidad de vida considerable, especialmente por la dependencia que las acompaña.

Se demanda una gran cantidad de recursos sociales y familiares que presten atención y soporte. Nuestro deber es intentar llegar a satisfacer estas necesidades en la medida de lo posible.

Originariamente los cuidados paliativos se desarrollaron fundamentalmente alrededor del enfermo terminal neoplásico, obviando al paciente mayor con enfermedad crónica no maligna pero sí terminal, hasta que éste ya está en sus últimos días de vida, cuando ya no existe dificultad en el diagnóstico de terminalidad. Aún así, estos no reciben todos los cuidados paliativos deseables.

Igualmente inaceptable es un mal diagnóstico que etiquete al paciente como terminal si éste es potencialmente curable. De ahí la importancia de realizar una buena valoración geriátrica integral, hecha por especialistas en la materia. No se trata únicamente de cumplimentar unas escalas, sino de conocer cuál es la más idónea en función del objetivo buscado e interpretar los resultados.

En este artículo, además de hacer un recorrido sobre las diferentes enfermedades que en el mayor nos pueden llevar a una situación de terminalidad, presentaremos el modelo utilizado por la Unidad de Cuidados Paliativos Geriátricos del Hospital San Juan de Dios y analizaremos los resultados de dicha unidad desde que se creó a finales de 2007.

1. Concepte de malaltia terminal i cures pal·liatives

Les cures pal·liatives són les cures i l'atenció integral, activa i continuada del pacient i els seus familiars, realitzades per un equip multidisciplinari de tipus biopsicosocial (i espiritual), quan l'expectativa no és la curació, sinó el fet de proporcionar qualitat de vida sense l'expectativa d'allargar la supervivència.

La medicina pal·liativa és una medicina activa, amb un enfocament rehabilitador que promou autonomia i dignitat a la persona, en què s'adopten precoçment mesures preventives de les complicacions que puguin aparèixer en el curs de la malaltia, atès que aquesta és l'única manera de proporcionar qualitat de vida als nostres pacients.

Les característiques definitòries de malaltia terminal segons la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL) són les següents:

- Presència d'una malaltia avançada, progressiva i incurable.
- Falta de possibilitats raonables de resposta al tractament específic.
- Presència de nombrosos problemes o símptomes intensos, múltiples, multifactorials i canviants.
- Gran impacte emocional en pacient, família i equip terapèutic, molt relacionat amb la presència, explícita o no, de la mort.

Aquestes característiques poden estar presents tant en el càncer com en major o menor mesura en estadis finals de moltes altres malalties (insuficiències orgàniques específiques). Però, tot i que en l'àmbit oncològic els criteris estan clarament limitats, no succeeix el mateix en situacions no oncològiques.

D'aquesta manera, apareixen dubtes a l'hora d'incloure un pacient dins d'una situació de terminalitat, especialment si ens basem en pronòstics, ja que encara que l'oncologia permet determinar amb bastant encert l'esperança de vida, tenim una gran dificultat per assegurar aquest pronòstic en la resta de situacions terminals. No existeix un període estàndard en aquestes situacions. És molt difícil determinar-lo malgrat que siguin clarament terminals, per la qual cosa es comencen a considerar candidates a rebre atenció pal·liativa les supervivències d'un any.

1.1. Demència terminal

La demència moderada o severa pot afectar aproximadament el 2,5% de les persones més grans de seixanta-cinc anys. A Espanya existeixen més de 65.000 pacients en fase de demència greu.

La principal causa de mort no és en sí el procés demencial, sinó les complicacions secundàries de la mateixa malaltia.

A l'Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid es va prendre una mostra de 84 pacients amb demència avançada que hi van ingressar a causa d'una complicació aguda, i es va observar que aproximadament el 25% van necessitar una actitud pal·liativa durant l'ingrés, un 25% dels quals van morir.

La demència és una malaltia de tan llarga evolució i amb un pronòstic tan variable que dificulta el pronòstic de supervivència, ja que aquest dependrà especialment de les complicacions. Així, en seran factors predictors l'afectació del llenguatge, l'edat, la severitat de la demència, la deterioració funcional, la dependència i comorbiditat.

Els criteris utilitzats per establir quins pacients amb demència són candidats de rebre cures pal·liatives han estat definits en dues escales, la *functional assessment staging* i la de la National Hospice Organization (NHO) (Luchins 1997; Vollicer 1997; Stuart 1996).

En ambdues es defineix un punt de tall predictor de mortalitat en sis mesos, combinant factors pronòstics amb criteris evolutius. D'aquesta manera, els pacients podrien accedir a programes de cures pal·liatives.

a) 1.1.1. Criteris de la NHO per determinar la terminalitat en la demència

1.1.1.1. Demència de severitat suficient (etapa 7C de l'escala FAST, *functional assessment staging*)

- a. Deterioració cognitiva severa mesurada per escales d'avaluació cognitiva.
- b. Pacient desconnectat del medi i que no reconeix els seus familiars, amb mutisme total.
- c. Pèrdua de la capacitat per passejar.
- d. Incapacitat per mantenir una conversa significativa.
- e. Impossibilitat per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària.
- f. Incontinència rectal i vesical ocasional.
- g. Disfàgia per a sòlids o líquids.
- h. Presència de complicacions mèdiques severes.

1.1.1.2 Aparició per primera vegada de diverses complicacions mèdiques

- a. Infeccions urinàries de repetició, que moltes vegades porten a bacterièmies i sèpsies.
- b. Infeccions respiratòries com la pneumònia, moltes vegades en relació amb l'aspiració bronquial per trastorns de la deglució o disfàgia per a sòlids o líquids.
- c. Úlceres per pressió fins a un grau III-IV, que no es consideren curables.
- d. Febre recurrent després de cicles d'antibiòtics.
- e. Desnutrició i pèrdua de pes de més del 10% en sis mesos o una albúmina inferior a 2,5 mg/dl.

Aquests criteris han de ser valorats de manera individual en cada cas, ja que algunes situacions mèdiques tractades adequadament poden ser reversibles fins i tot en aquests pacients terminals. D'aquí la incertesa pel que fa al pronòstic de la demència avançada.

1.1.2 Objectius

Els problemes que requereixen més la nostra atenció en les demències són el tractament simptomàtic del dolor, la depressió, l'agitació, el restrenyiment, l'anorèxia i la dispnea; la valoració d'un possible ingrés hospitalari en determinades patologies, el grau convenient d'agressivitat en el tractament d'infeccions recurrents, la reducció de polifarmàcia, la hidratació i la nutrició.

1.1.3. Valoració

S'ha de fer una valoració geriàtrica integral per detectar causes reversibles de la deterioració, com ara les malalties agudes intercurrents, l'exacerbació d'una malaltia crònica preexistent i el tractament d'aquestes malalties si a curt termini es considera potencialment beneficiós.

La valoració i el tractament de la possible síndrome confusional aguda superposada (medicamentosa: ansiolítics o hipnòtics, antidepressius, antiparkinsonians, antihipertensius,

neuroleptics, antiepileptics, antiarítmics, antiinflamatoris no esteroïdals —AINE—, corticoides i antineoplàstics) és fonamental, igual que el suport psicosocial a les famílies.

1.2. Poliulcerats amb immobilitats irreversibles

La deterioració funcional originada a conseqüència d'un període d'immobilitat o bé d'una hospitalització és responsable en la majoria dels casos de l'aparició d'úlceres per pressió (fins en la meitat dels enllitats més grans de 70 anys). L'úlcera és qualsevol lesió que apareix en qualsevol part del cos que sofreix, o sobre la qual s'exerceix, una pressió perllongada sobre un pla dur, independent de la posició en la qual romangui la persona afectada.

La manera d'evitar o tractar aquesta complicació és la mobilització precoç i començar un programa de reentrenament.

La mortalitat pot augmentar fins a un 50% si apareixen infecció local i sèpsia com a complicacions.

La immobilitat és el resultat comú de moltes malalties que apareixen en les persones grans (malalties reumàtiques, neurològiques, cardiovasculars, respiratòries, neoplàsies en fase terminal).

En situacions terminals finals, les pautes que eren vàlides durant el curs de la malaltia deixen de ser-ho (per exemple, els canvis posturals i les tècniques agressives), ja que únicament incrementaran les molèsties del pacient quan ja no hi ha possibilitats de curació realistes. Es realitzaran cures únicament si hi ha saturació de l'apòsit.

1.3. Malaltia cardíaca avançada – insuficiència cardíaca crònica terminal

És una síndrome clínica caracteritzada per la dispnea, la fatiga i la reducció important de tolerància a l'exercici d'origen cardíac, que podem millorar amb cures pal·liatives, en termes no tant d'expectatives de vida sinó de qualitat de vida i d'alleujament simptomàtic.

Els millors predictors de la insuficiència cardíaca són la fracció d'ejecció i la tolerància a l'exercici.

El 50-60% de les persones grans amb insuficiència cardíaca tenen la fracció d'ejecció normal o lleugerament disminuïda.

1.3.1. Pacients candidats a rebre cures pal·liatives amb insuficiència cardíaca o cardiopatia isquèmica

Són els pacients que pateixen les malalties següents:

1.3.1.1. Insuficiències cardíaques amb símptomes en repòs (classe IV de la New York Heart Association)

1.3.1.2. Insuficiències cardíaques tractades correctament i òptimament amb diürètics, inotròpics positius com la dobutamina o milrinona i vasodilatadors (ICA) LLAURA II, però que no experimenten millora malgrat aquests tractaments intensius

1.3.1.3. *Angor pectoris* en ancians en els quals no és possible la revascularització coronària

La mortalitat dependrà del grau de dispnea. Així en grau III la mortalitat per any és del 20%, i arriba a ser de fins a un 60% en el grau IV.

La causa de la mortalitat es deu en un 40% a arítmies (sobtades) i a la deterioració hemodinàmica progressiva en un altre 40%. La mortalitat en aquests pacients amb insuficiència cardíaca arriba a ser d'aproximadament un 90% en un termini de sis mesos.

1.4. Malaltia pulmonar avançada

és la quarta causa de mortalitat global.

1.4.1 Pacients candidats a rebre cures paliatives amb malaltia pulmonar

Són els pacients que pateixen les malalties següents:

1.4.1.1. Malaltia pulmonar obstructiva crònica molt avançada, ja terminal (que requereixi oxigenoteràpia contínua) i que inclou aquestes situacions de bronquitis crònica amb obstrucció fixa severa, emfisema o fibrosi pulmonar

1.4.1.2. Malaltia progressiva pulmonar severa, amb hipoxèmia ($\text{PaO}_2 < 55$ mm Hg o una saturació d' $\text{O}_2 < 88\%$ en situació basal sense oxigen complementari), i hipercàpnia ($\text{pCO}_2 > 45\text{-}50$ mm Hg) que es manifesta amb símptomes incapacitants del mínim exercici físic

És difícil fer un pronòstic de supervivència en aquests casos.

1.4.2. Criteris de terminalitat

1.4.2.1. Augment en la freqüència de visites a urgències (dues en els darrers sis mesos per infeccions pulmonars o insuficiència respiratòria o una hospitalització en un any)

1.4.2.2. Millorança clínica escassa després d'un ingrés perllongat, amb canvis gasomètrics molt limitats (es redueix una mica la hipoxèmia, però es manté la hipercàpnia)

1.4.2.3. Deterioració de la forma física, mentre el pacient no surt de casa

1.4.2.4. Incapacitat i falta d'autonomia per fer les activitats quotidianes de la vida diària amb impossibilitat fins i tot per vestir-se, i confinament al llit i la butaca.

1.4.3. Factors de mal pronòstic en patologia pulmonar

- Edat avançada
- Grau de severitat de l'obstrucció, amb un FEV₁ menor del 30%
- Falta de resposta als broncodilatadors del flux aeri, valorada per FEV₁
- Coexistència d'una pobra situació funcional basal
- Comorbiditat important
- Cor pulmonar per malaltia pulmonar, no cardíaca o valvular
- Reaguditzacions freqüents i severes, sobretot a partir dels seixanta-cinc anys
- Predomini d'emfisema
- Pèrdua de pes de més del 10% en sis mesos

Amb freqüència en aquests malalts respiratoris terminals es presenta una insuficiència cardíaca dreta secundària a la malaltia pulmonar (cor pulmonar) o malaltia valvular, pèrdua de pes de més del 10% en sis mesos i taquicàrdia més elevada de 100 batecs per minut mentre estan en repòs.

Els pacients amb aquestes característiques haurien de ser tractats en unitats de cures pal·liatives perquè és molt probable que morin al cap de sis mesos, especialment si han estat intubats, si han rebut ventilació mecànica o una ventilació positiva durant un ingrés i si diuen que no desitgen passar per una altra situació similar.

1.5. Malaltia hepàtica cirrògena

la cirrosi és el resultat comú terminal per a la majoria de condicions que causen dany cel·lular hepàtic d'una magnitud que supera la seva notable capacitat de regeneració.

1.5.1. Pacients candidats a rebre cures pal·liatives

Són els pacients que pateixen les malalties següents:

1.5.1.1. Cirrosi hepàtica en l'etapa terminal, estadi C de Child Pugh

1.5.1.2. Colangitis esclerosant

1.5.1.3. Malalts hepàtics que esperen un trasplantament hepàtic

La cirrosi compensada redueix la supervivència a cinc anys, però si apareixen complicacions, només arriba a aquest termini un 20% dels pacients.

1.5.2. Criteris de terminalitat

1.5.2.1. Ascites refractària en diürètics

1.5.2.2. Episodis repetits de peritonitis bacteriana espontània (supervivència mitjana del 30% en un any) amb resposta pobre a la profilaxi

1.5.2.3. Síndrome hepatorenal

1.5.2.4. Encefalopatia hepàtica resistent a la lactulosa

1.5.2.5. Sagnat recurrent de varices esofàgiques resistent a la teràpia (esclerosi i farmacologia)

1.5.2.6. Malnutrició i albúmina sèrica menor de 2,5 g/dl

1.5.2.7. Temps de protrombina elevat de > 5 segons, INR > 1,5

1.5.2.8. Ingesta activa d'alcohol > 80 g d'etanol/dia, HBsAg positiu, HCV-RNA positiu

1.5.2.9. Carcinoma hepatocel·lular

1.6. Malalties renals cròniques avançades

En la malaltia renal crònica existeix una deterioració irreversible de les funcions de tots dos ronyons, que comporta l'alteració de gairebé la totalitat dels sistemes corporals.

En les fases terminals de la insuficiència renal, existeix una deterioració gairebé completa de tot el filtrat glomerular, que s'objectiva en els valors baixos d'aclariment de creatinina, i causa la síndrome urèmica. A més, disminueix la secreció de eritropoetina i a causa d'això apareix l'anèmia renal crònica.

En fases terminals, l'hemodiàlisi és l'única solució encara que en moltes ocasions aquests pacients són desnonats per la seva pluripatologia i comorbiditat (edat avançada, diabetis,

demència, accident cerebrovascular i coma, així com efectes intolerables de la diàlisi).

1.6.1. Factors de pronòstics negatius

1.6.1.1. Simptomatologia urèmica franca (confusió, nàusees, vòmits refractaris, pruija generalitzada, diüresis inferior a 400 ml/dia, hipercalièmia > 7, pericarditis urèmica, síndrome hepatobiliar i sobrecàrrega intraabdominal de líquids)

1.6.1.2. Edat avançada

1.6.1.3. Polineuropatia

1.6.1.4. Diabetis mellitus

1.6.1.5. Hipertensió arterial difícil de controlar

Els malalts no dialitzats són capaços de produir una petita quantitat d'orina per una funció residual renal durant diverses setmanes, però el 40% de pacients moren en els dos primers mesos, i el 80%, al cap de quatre mesos, i és molt rara una supervivència de més de sis mesos.

El factor pronòstic més important per al tractament pal·liatiu d'un pacient amb insuficiència renal és la seva inclusió o no en programes de diàlisi.

1.6.2. Pacients candidats a rebre cures pal·liatives

1.6.2.1. Malalts amb anúria després de la diàlisi

1.6.2.2. Malalts amb aclariment de creatinina menor o igual a 10 ml/min (15 ml/min per a diabètics), la qual cosa es correspon de manera orientativa a una xifra de creatinina en sang superior o igual a 8,0 mg/dl)

1.7. Malaltia de Parkinson

Es tracta d'una síndrome neurodegenerativa progressiva el curs clínic de la qual no es modifica amb les teràpies actuals, encara que amb aquestes l'esperança de vida s'ha fet superposable a la població control.

És necessari crear des d'un principi una bona relació metge-pacient, perquè el malalt ha de comprendre que la medicació i la rehabilitació només li ofereixen un alleujament simptomàtic, per la qual cosa tant el metge com els familiars han de brindar-li suport moral perquè accepti la convivència incapacitant amb una malaltia neurològica crònica.

1.7.1. Criteris de terminalitat

El pacient amb malaltia de Parkinson avançada (estadi V de Yahr) és completament dependent, necessita ajuda per tot i roman assegut o al llit. Té una gran tendència a les caigudes i en ocasions presenta tremolors violents, fluctuacions de resposta a la levodopa, inestabilitat postural, tremolor i canvis mentals, fins i tot demència.

Les caigudes tendeixen a ocórrer en alguns pacients quan passen de manera brusca i imprevisible d'un període *on* a un període *off*.

Un 90% dels malalts parkinsonians mostra una pèrdua de volum pulmonar que està relacionada amb la severitat de la malaltia i que està causada més probablement per la rigidesa i la debilitat de la musculatura toràcica que no pas per una malaltia intrínseca pulmonar.

Aquesta dada és important per prevenir i tractar de manera precoç les possibles complicacions respiratòries com les pneumònies, ensenyant-los exercicis de respiració des de les fases inicials de la malaltia.

1.8. Ictus i coma

Els pacients que entren en coma després d'un accident cerebrovascular agut rares vegades sobreviuen si aquesta persisteix més de tres dies.

Es tindrà, no obstant això, especial precaució d'avaluar els pacients postictals per si s'estabilitzen o comencen a millorar.

1.8.1 Criteris de la NHO perquè es rebin cures pal·liatives en accident cerebrovascular crònic

1.8.1.1. Demència postictal, equivalent a l'etapa 7-C de l'escala FAST

1.8.1.2. Estat funcional de l'índex de Karnofsky baix, de 40 o inferior

1.8.1.3. Pèrdua de pes del 10% al cap de sis mesos o menys

1.8.1.4. Albúmina sèrica < 2,5 g/dl

1.8.2. Pacients candidats a ingressar a la unitat de cures pal·liatives

Seràn candidats si mostren tres de les quatre condicions següents:

1.8.2.1. Resposta anormal del tronc cerebral

1.8.2.2. Falta de resposta a l'estimulació dolorosa

1.8.2.3. Falta de resposta als estímuls verbals

1.8.2.4. Creatinina sèrica més elevada d'1,5 mg/dl

Existeixen variables clíniques senzilles i de fàcil obtenció en la capçalera del malalt que poden ajudar a establir el pronòstic vital a curt i mitjà termini en els pacients amb ictus.

Els factors que van predir millor la mortalitat dels pacients amb atacs cerebrovasculars aguts (ACVA) en el primer mes van ser una puntuació en l'escala de Glasgow inferior a 7, la presència d'hemianòpsia i la naturalesa hemorràgica de l'ictus, mentre que una edat de més de setanta anys, diabetis mellitus, arítmia completa per fibril·lació auricular i paràlisi de les extremitats anticipen una supervivència inferior al cap d'un any de l'ictus.

1.9. Esclerosi Lateral Amiotròfica (ELA)

L'ELA és una malaltia en la qual, per raons desconegudes, degeneren totes les motoneurons tant superiors com inferiors.

El diagnòstic és fàcil quan existeix debilitat i atròfia de músculs petits de la mà i de l'avantbraç, fasciculacions i reflexos vius, però hi ha absència d'alteracions sensorials.

És més freqüent entre els quaranta i cinquanta anys i actua de vegades amb tanta velocitat que deixa poc o gens de temps per a l'ajust emocional i la planificació.

En general, els malalts moren al cap de tres anys de l'aparició dels primers signes, encara que aquesta supervivència es redueix de manera important si apareix en estadis precoços una paràlisi bulbar o en aquells pacients més joves en els quals la simptomatologia clínica és solament deguda a cèl·lules de la banya anterior.

2. Objectius i bases de la teràpia

En tots aquests pacients l'objectiu principal és el confort i la millora de la qualitat de vida fins al final, i alhora el control dels símptomes.

És fonamental entendre que els tractaments curatius i els pal·liatius no són excloents mútuament, si bé és cert que a mesura que la malaltia avança el tractament pal·liatiu passa a ser el fonamental. Al final de la malaltia els objectius van dirigits a promocionar confort al malalt i a la família.

Per això, la base de la teràpia en pacients terminals serà el fet de promoure una atenció integral, biopsicosocial i espiritual, individualitzada i continuada. Considerarem el malalt i família com una unitat a tractar. Es procurarà elaborar amb el pacient i, si no és possible fer-ho amb ell, amb la seva família, els objectius terapèutics. Tindrem una actitud rehabilitadora i activa. I tot això en una atmosfera de confort i suport en què la comunicació entre equip, pacient i família ha de ser fluïda i constant.

Els instruments bàsics en les cures pal·liatives seran el control dels símptomes i per això caldrà fer una revisió molt freqüent del pacient i conèixer l'arsenal terapèutic que tenim a l'abast, per poder alleujar el pacient la seva dispnea, el dolor, etcètera. El suport emocional i la comunicació amb el malalt i la família ajudaran a establir una relació estreta amb l'equip. Aquesta ha de ser flexible i s'ha d'adaptar als canvis constants d'aquests malalts, per això l'enfocament ha de ser interdisciplinari.

3. Hospital de Sant Joan de Déu

La Unitat de Cures Pal·liatives i Cures Especials va néixer al final de l'any 2007, amb la intenció d'abordar el tractament i donar suport a pacients que, per les seves característiques, necessitaven una mica més de temps per a la seva recuperació (fractures, la majoria de maluc, síndrome d'immobilitat, deterioració funcional), per al tractament de les seves síndromes geriàtriques (úlceres per pressió), als pacients que tenien una situació social que dificultava l'alta hospitalària o bé als pacients que estaven en situació de terminalitat.

La Unitat s'ha anat especialitzant i durant l'últim any s'ha ocupat amb especial interès dels pacients que necessiten cures pal·liatives geriàtriques, oncològiques i no oncològiques.

3.1. Unitat de convalsència i cures pal·liatives

En aquesta unitat, que disposa de 40 llits en 18 habitacions dobles i 4 d'individuals, ingressen pacients amb problemes funcionals que dificulten la seva reinserció al nivell assistencial previ, problemes socials, síndromes geriàtriques que requereixen un ingrés hospitalari perllongat per a la seva resolució (úlceres) i processos pal·liatius oncològics i no oncològics (gràfica 1).

La creació d'una unitat de cures pal·liatives *versus* una unitat tradicional suposa una reducció de l'ús de psicofàrmacs i restriccions físiques, contribueix a la millora global

del trastorn de conducta, la millora del confort del pacient, una reducció del canvi dels cuidadors formals i una major satisfacció de les famílies.

Gràfic 1 | *Perfil dels pacients*



3.1.1. Metodologia

En el moment de l'ingrés es fa una valoració geriàtrica integral en la qual es busca el diagnòstic sindròmic i etiològic, es detecten necessitats, s'informa el pacient i la família o el cuidador principal, s'instaura un tractament farmacològic i no farmacològic, s'estableix un pla de cures i un seguiment multidisciplinari, s'elabora un informe multidisciplinari complet, s'orienta el pacient cap al recurs més convenient i es coordinen els nivells assistencials pertinents.

3.1.2. Equip multidisciplinari

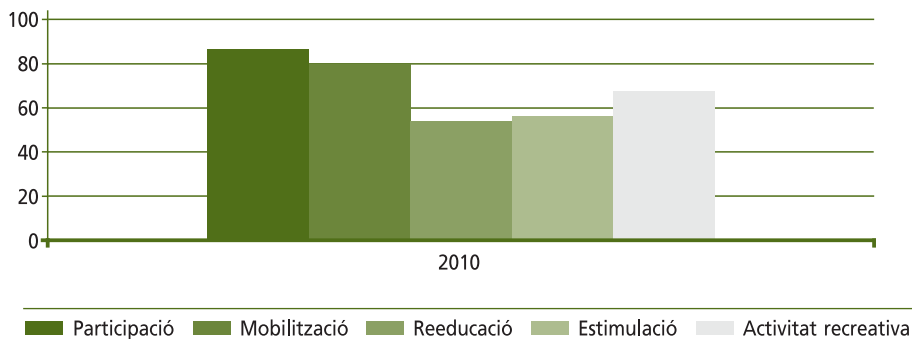
Per poder fer una valoració geriàtrica integral és fonamental que en l'equip estiguin integrats tots els especialistes necessaris per establir el diagnòstic i la recuperació de la funció. D'aquí la necessària participació d'un geriatre, un equip d'infermeria i auxiliars, un fisioterapeuta i un terapeuta ocupacional, un treballador social, un logopeda i un psicòleg de l'equip d'atenció psicosocial.

Es fan reunions multidisciplinàries setmanals en les quals es comenta l'evolució, es decideix el tractament i es planifica l'alta.

També es duen a terme reunions amb la família en el moment de l'ingrés del pacient i durant la seva hospitalització, per valorar objectius i el seu compliment, alhora que se li brinda ajuda per organitzar l'alta.

3.1.2.1. Rol d'infermeria i auxiliars

Mitjançant escales estandarditzades es mesurarà el risc d'úlceres per pressió (escala de Braden). Si aquestes existeixen, es valoraran i estadificaran (mitjançant un seguiment fotogràfic periòdic de les úlceres). Es mesurarà el risc de caigudes mitjançant l'escala de Downton.

Gràfic 2 | *Activitat a la sala de teràpia*

3.1.2.2. Rol del fisioterapeuta

Després de la valoració funcional, el fisioterapeuta col·laborarà amb l'equip assistencial per proporcionar el màxim confort i qualitat de vida als pacients, donant suport i assessorament als professionals i familiars. Durà a terme un programa de manteniment de mobilització passiva per evitar complicacions com ara rigideses articulars, problemes vasculars o respiratoris. Quan ja no sigui possible, farà un tractament postural tant al llit com en una cadira i assessorarà sobre els dispositius necessaris per assegurar una postura al més correcta possible.

Les sessions individuals es fan a l'habitació del pacient en dies alterns, en aquells casos en els quals se'n necessiti la intervenció.

3.1.2.3. Rol del treballador social

Sens dubte és l'especialista més ben capacitada per mesurar l'impacte social que produeix la demència en un context determinat i permetre obtenir un enfocament integral. L'avaluació sociofamiliar té lloc al començament del procés amb una finalitat preventiva i assistencial.

Es tracta d'acompanyar la família i ajudar-la a buscar solucions per fer front a les necessitats que van apareixent al llarg del procés i que dependran de la mateixa malaltia i de l'estructura i funcionament de cada família.

Es faran seguiments periòdics per poder ajudar en els canvis. I es procurarà prevenir el desequilibri i el desajustament familiar.

3.1.2.4. Rol del terapeuta ocupacional

La seva funció serà la valoració i l'entrenament en les activitats de la vida diària, així com la planificació, l'adaptació i l'execució de les activitats grupals.

S'han de detectar els interessos ocupacionals de cada persona i procurar la planificació de les activitats adequades a aquests interessos.

3.1.2.5. Rol de l'equip d'atenció psicosocial

Acompanya i ajuda les famílies que estan vivint el procés de mort previsible i els ajuda a suportar les diferents etapes del dol (de xoc, d'evitació i negació, de desesperació i lliurament al dolor i de reorganització i recuperació).

3.1.3. Control de símptomes. Objectiu primordial

S'ha de fer una avaluació abans de començar un tractament, per no atribuir a priori els símptomes a la patologia avançada o terminal. També és fonamental avaluar la intensitat, l'impacte físic, emocional i els factors que provoquin o augmentin cada símptoma.

Hem d'explicar les causes d'aquests símptomes en termes que el pacient les pugui comprendre, així com les mesures terapèutiques que se li poden oferir a ell i a la família. Aquesta estratègia terapèutica anirà dirigida a la situació terminal de forma general i de manera específica a cada símptoma (mesures farmacològiques i no farmacològiques). S'han de fixar terminis per aconseguir aquests objectius i buscar la prevenció de nous símptomes o situacions.

Els símptomes han de ser monitorats mitjançant l'ús d'escala de puntuació o analògiques i esquemes adequats de registre. Així podrem avaluar si el tractament aplicat és l'adequat per controlar la simptomatologia del pacient i poder comparar els resultats.

Un dels aspectes més importants en aquest estadi, des del punt de vista del pacient i la família, és la qualitat de l'atenció prestada pels professionals, l'atenció als detalls. Moltes vegades les seves actituds i conductes contribueixen a millorar els símptomes, per exemple el dolor, ja que redueixen el sofriment psíquic, eleven el llindar de percepció del dolor i el sentiment d'abandó i impotència. Haurem d'evitar, per tant, aquelles mesures de diagnòstic que hagin d'alterar la nostra estratègia de manera notable o la qualitat de vida del pacient, i tampoc haurem de retardar el tractament si no tenim una estratègia.

La supervivència en cas de demència en fase terminal dependrà d'una sèrie de factors que es posaran de manifest després de la valoració geriàtrica. Aquests factors són l'afectació del

llenguatge, l'edat, la severitat de la demència, la deterioració funcional, la dependència i la comorbiditat (Vollicer 1994).

3.1.4. El dolor

Aquests pacients no podran comunicar-se ni manifestar situacions doloroses, i per això és fonamental l'adequada valoració d'aquest símptoma, amb escales apropiades a la severitat de la demència amb la qual ens trobem. Hem d'investigar quin és la causa del dolor, tenint en compte la múltiple etiologia del dolor: dolor abdominal per impactació fecal i tenesme, úlceres per pressió, contractures, disúria per infecció urinària, postura inadequada a la cadira o el llit amb plec a la roba o fragments de menjar als llençols.

El dolor mal alleujat suposarà sempre, fins i tot en estadis més lleus, una afectació funcional, una disminució de la deambulació i, per tant, de la socialització. En aquests estadis més avançats pot provocar trastorns del son, augment de la utilització de recursos sanitaris i costos.

Malgrat això, a mesura que avança la gravetat de la demència, hi ha menys prescripció i administració de tractament analgèsic malgrat que no disminueix la prevalença del dolor.

Potser es deu al fet que com que el pacient té molta dificultat per expressar-ho i comprendre l'explicació o l'escala autoadministrada (gràfica 3), en moltes ocasions s'entén que el dolor està controlat amb l'analgèsia pautaada de rutina.

Gràfic 3 | *Motiu d'ingrés*



És realment important que estiguem atents a gestos, postures, a reaccions en les mobilitzacions, a alteracions conductuals. El cuidador principal ens en donarà les claus. El Panell d'Experts de la Societat Americana de Geriatria per al Tractament del Dolor, el 2002, va definir com a evidència de grau IIA la repercussió del dolor en el moviment, i les transferències i la presència de conductes inusuals per valorar el dolor.

3.1.5. Presa de decisions

En les fases lleus i moderades l'objectiu és millorar dèficits de memòria i retardar la progressió de la malaltia.

En fases més avançades l'objectiu és optimitzar la qualitat de vida, tractar els trastorns del comportament i els símptomes psiquiàtrics de la malaltia, els efectes físics de la demència, l'impacte de la malaltia sobre els cuidadors, els aspectes ètics i l'ingrés en institucions.

El pronòstic és molt difícil de predir en malaltia terminal no oncològica, atès que és resultat de la comorbiditat, hi ha alternança entre períodes de relativa estabilitat i agreujaments aguts, es perllonga la fase terminal per millora de control de símptomes i prevenció de complicacions.

El tractament pal·liatiu en ocasions és similar al tractament mèdic estàndard, el qual estabilitza l'estat del pacient i n'allarga la supervivència. L'actuació més adequada és moltes vegades la combinació de mesures pal·liatives amb mesures terapèutiques dirigides a millorar una situació aguda.

Es plantegen una sèrie de decisions difícils (alimentar el pacient o no fer-ho quan el pacient ja no és capaç de mantenir una deglució freturosa de risc, col·locar o no sondes enterals, decidir fins quan es tractaran les úlceres per pressió), que es converteixen en dilemes ètics i que requereixen sempre el consens de la família i de l'equip multidisciplinari. La família és fonamental a l'hora de prendre decisions terapèutiques si no existeixen directrius prèvies (American Geriatrics Society Ethics Comitee 1996).

Per tant, serà molt important tenir en consideració els elements següents per prendre decisions: la malaltia fonamental i el grau d'evolució, la situació actual i la freqüència de complicacions, l'actitud del pacient davant les cures rebudes, el grau de control dels símptomes i l'opinió del pacient i de la família. La família ens transmetrà si el pacient prèviament a la incapacitat ha comunicat els seus desitjos o, si no ho va fer, què pensen que hauria preferit (Fellows 1998).

És fonamental que quedin sempre reflectides en la història clínica les decisions sobre el grau d'intervenció recomanat.

3.1.5.1. Col·locació de sondes

Una dècada després que l'evidència ens ha demostrat la «ineficàcia» de l'alimentació per sonda, continuem col·locant-ne. Les raons són únicament d'índole moral, segons Muriel (2008), ja que la nutrició té un valor simbòlic que permet a la família satisfer aquestes necessitats de ser útil al final de la vida.

En una revisió de la Biblioteca Cochrane Plus, Sampson et al. (2009) conclouen que, malgrat el gran nombre de pacients que rebien alimentació enteral, no hi ha proves suficients per suggerir que és beneficiosa en demència avançada.

Així, tampoc s'aconsella la gastrostomia percutània endoscòpia en una revisió de la Biblioteca Cochrane Plus de 2010.

Per tant, cal considerar la retirada de sondes en pacients amb demència avançada, tenint en compte que la incapacitat per deglutir està causada per la deterioració del sistema nerviós central, no de l'aparell digestiu. Cal considerar col·locar-les només si la situació és transitòria (pneumònia aspirativa, o com a suport hemodinàmic), i han de tenir data de caducitat. Utilitzar-les de manera indefinida únicament contribueix a allargar l'agonia, augmentar la percepció del dolor i s'associa a major morbiditat. No hem d'oblidar que, si el pacient mor a conseqüència de la desnutrició però hem mantingut la hidratació, l'èxitus serà molt dolorós. És preferible que el pacient acabi els seus dies en un estat de obnubilació i coma posterior. Si el pacient té distrès, l'haurem de calmar.

3.1.5.2. Infeccions

En pacients amb demències avançades, coincideixen factors que predisposen a les infeccions, com el dèficit funcional, la comorbiditat, la immobilitat, la incontinència, les alteracions funcionals, la immunosenescència (alteració de medul·la òssia en teixit limfoide perifèric i involució del timus) juntament amb l'absència de simptomatologia típica (absència de febre, alteració de la funció, estats confusionals) i un dèficit en la comunicació.

En tractar les infeccions no hem d'oblidar la diferent farmacocinètica de l'ancià, que té menys absorció i filtració glomerular i més reaccions adverses i interaccions farmacològiques degudes a la polifarmàcia.

Les infeccions respiratòries són la segona causa d'infecció en persones grans, però la que provoca més mortalitat (10-45%). En demència terminal, són la causa de mort en el 54-49% de pacients amb Alzheimer, i en el 69% de pacients amb demències vasculares. El pronòstic serà pitjor si hi ha deterioració greu de l'estat general, demència, comorbiditat, insuficiència cardíaca o respiratòria o ús de sedació. La mortalitat al cap de sis mesos s'incrementa fins a la meitat dels casos.

Hem de sospitar que hi ha disfàgia quan hi ha episodis recorrents d'infeccions respiratòries, que es deu a microaspiracions molt freqüents en casos de demències avançades. És fonamental que es faci el test de deglució en aquests pacients, i un subsegüent estudi amb videofluoroscòpia.

En algunes ocasions, l'ús d'antibiòtics pot tenir un caràcter pal·liatiu ja que disminuirà les

secrecions i la febre, tot i que en fases finals de la malaltia, la mortalitat no variarà pel seu ús (Vollicer 1998).

Les infeccions urinàries són les infeccions més freqüents en les persones grans. Es dona el 20% de bacteriúria asimptomàtica en dones.

Però la veritat és que l'ús per via parenteral dels antibiòtics suposa més riscos que beneficis per la possibilitat de reaccions adverses i la necessitat d'emprar restriccions físiques i farmacològiques, analítiques, canalització de vies perifèriques.

3.1.5.3. Trastorns conductuals

Són molt freqüents en pacients institucionalitzats (60%) i amb una incidència molt variable. Són molt més freqüents en pacients amb demències moderadament avançades (nivell 6 de l'escala de deteriorament global —GDS—).

Són predictors de la institucionalització, ja que la qualitat de vida tant del pacient com del cuidador empitjoren de manera considerable, i augmenta la sobrecàrrega del cuidador. També condicionen l'increment de l'ús de fàrmacs, i el consegüent augment del cost i les possibles reaccions adverses. Provoquen igualment un augment en el consum de recursos sanitaris. I clarament s'associen a una progressió de la malaltia més ràpida.

Utilitzarem instruments com el BDRS (*blessed dementia rating scale*), la BEHAVE-AD (*behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale*) o el Neuropsychiatric Inventory.

En casos de depressió, els pacients seran avaluats amb escales com la Yesavage, la Hamilton o la Cornell (la millor en demències avançades). Abans de res hem d'examinar la conducta del cuidador i veure si aquesta pot ser un determinant, així com revisar els medicaments administrats (IACE, ansiolítics, sedants, antidepressius). S'ha de valorar la situació al cap de quatre o sis setmanes i, si no són efectius, caldrà augmentar-ne la dosi. Si tot i això l'estat del pacient no és valorable, cal canviar d'antidepressiu.

Els trastorns psicòtics augmenten de manera important, els deliris, les al·lucinacions i els trastorns d'identificació.

Dins dels trastorns de conducta, els que més estrés generen en els cuidadors, ja que els porta a institucionalitzar el pacient, és l'insomni (més freqüent en demència amb cossos de Lewy i frontotemporals) acompanyat de comportament anormal del pacient en despertar-se.

L'activitat motora aberrant, els trastorns de la conducta alimentària i la desinhibició sexual són altres trastorns de conducta existents.

3.1.5.4. Polifarmàcia

S'ha d'avaluar la polifarmàcia i retirar aquells tractaments d'escàs valor pal·liatiu i elevat cost econòmic o amb risc d'efectes secundaris. En són exemples els medicaments específics per a la demència i les complicacions, o els prescrits per a la comorbiditat (taula 1).

Taula 1 | *Polifarmàcia*

| Tractaments d'escàs valor pal·liatiu i elevat cost econòmic o alt risc d'efectes secundaris |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Específics de la demència i complicacions - Per comorbiditat: <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulant oral / heparines de baix pes molecular • Clopidrogel/acetilsalicílic • Estatines i hipolipemiants • Antagonistes de receptors de la angiotensina II • Inhibidors de la bomba de protons diferents de l'omeprazole o omeprazole en formes de presentacions especials • Bifosfonats per a l'osteoporosi • Suplements nutricionals - Antiescares - Mesures de suport vital avançat - Cirurgia major |

3.1.6. Importància del manteniment de la funció

Quan es perd la capacitat de deambulació, continua sent positiu mantenir la mobilitat, ja que contribueix a reduir el risc de malaltia tromboembòlia, d'úlceres per pressió i contractures musculars i, per tant, de dolor, i ajuda a evitar episodis infecciosos i urinaris, amb la qual cosa augmentarà la interacció social del pacient.

Lògicament la funcionalitat ja és inexistent en els últims estadis de la malaltia, però, tot i així, si és possible, intentarem fer fisioteràpia passiva per evitar aquestes contractures tan doloroses. Haurem de fer un ús racional de la restricció física i dels psicofàrmacs.

En resum, hem de procurar una qualitat de les cures satisfactòria, per la qual cosa s'han dissenyat uns estàndards de qualitat de cures en institucions per a pacients amb demència terminal (Keay 1994; Rango 1985).

3.1.7. Innovacions

3.1.7.1. Sala de teràpia

Una vegada s'ha demostrat que cal intentar preservar la funcionalitat fins a estadis finals, considerem fonamental trobar un espai, situat dins de la unitat, que sigui multifuncional,

on es faran activitats d'entrenament d'activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), estimulació cognitiva, recuperació funcional i d'oci terapèutic.

En aquest espai, el terapeuta ocupacional duu a terme activitats d'entrenament d'ABVD, amb valoració i entrenament d'aquestes activitats, planificació, adaptació i execució de les activitats grupals, detecció dels interessos ocupacionals i planificació de les activitats adequades als interessos de cada pacient. Per això es fa una valoració amb les escales pertinents (Barthel) i s'aconsellen les adaptacions necessàries per a una major autonomia. Els pacients fan aquestes activitats dues vegades per setmana.

D'altra banda, el terapeuta ocupacional també fa activitats d'estimulació de l'atenció i la memòria, de manera grupal, segons el nivell cognitiu, per mantenir o millorar les funcions superiors. Els pacients fan aquesta activitat dues vegades per setmana.

Al seu torn la fisioterapeuta fa activitats de recuperació funcional amb sessions de mobilització actives i assistides, exercicis per millorar la percepció interna de les extremitats i la reeducació de la marxa. Depenent de la situació inicial del pacient, al principi les activitats es faran amb l'objectiu que toleri la sedestació estable i posteriorment per aconseguir que estigui en bipedestació. Quan la persona aconsegueixi una major capacitat física s'intentarà reeducar-la per aconseguir la marxa. Les sessions són a dies alterns en horari de matí.

Els auxiliars i voluntaris també exerceixen un paper fonamental, en aquest cas en el desenvolupament i la potenciació de l'oci terapèutic, organitzant activitats com ara la lectura col·lectiva, el bingo, les tertúlies i els jocs de taula. Durant aquest temps els pacients poden dur a terme les activitats que més els agradin, amb la qual cosa es fomenta la presa de decisions i la iniciativa. Tenen lloc diàriament (incloent-hi els caps de setmana) durant dues hores als matins i una a les tardes.

Els aspectes innovadors del projecte són el fet de procurar una participació del voluntariat en activitats d'oci i acompanyament.

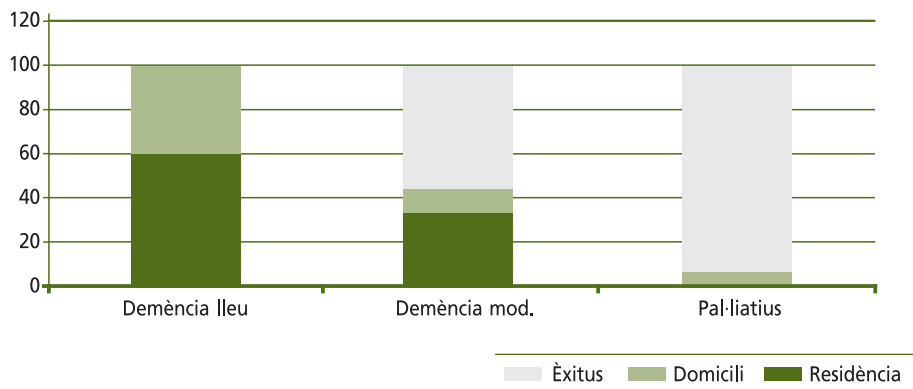
Al llarg d'aquests dos anys s'ha demostrat clarament que la sala de teràpia és profitosa, ja que influeix positivament en la salut, i fomenta les habilitats socials, la motivació, l'acompanyament, la rehabilitació, l'estimulació cognitiva, i sobretot disminueix l'aïllament social al qual es veu sotmès tot pacient en un ambient hospitalari, i més en una estada perllongada (gràfica 3).

3.2. Resultats de la unitat de cures pal·liatives

Durant els tres anys que fa que funciona la unitat, ha anat evolucionant en la manera d'aproximar-se als pacients de cures especials i serveis pal·liatius.

Els motius d'ingrés a la unitat eren fractures, úlceres per pressió i infecció respiratòria principalment (gràfica 4).

Gràfic 4 | *Destinació després de l'alta*



Segons l'avaluació dels pacients amb demència moderada i avançada, els pacients obtenien un guany funcional considerable (25 punts en l'escala de Barthel), i la seva capacitat cognitiva millorava (2 punts en l'escala de Pfeiffer). L'estada mitjana era elevada tot i que es considera satisfactòria, atès que el pacient durant el seu ingrés és valorat i s'estableix un Pla Individual d'Atenció (PIA) i després de l'alta es porta al millor lloc possible (taula 2).

Taula 2 | *Valoració geriàtrica en l'ingrés i l'alta*

| Barthel. Ingrés | Barthel. Alta | Pfeiffer. Ingrés | Pfeiffer. Alta | Estada mitjana |
|-----------------|---------------|------------------|----------------|----------------|
| 25 | 50 | 5 | 3 | 227 dies |

Així, encara que la majoria de pacients procedien del domicili, fins a un 60% dels pacients després de l'alta van marxar a una plaça residencial, la qual va ser tramitada durant l'ingrés hospitalari al nostre hospital, gràcies a la intervenció de la treballadora social (88% dels casos) (taula 3).

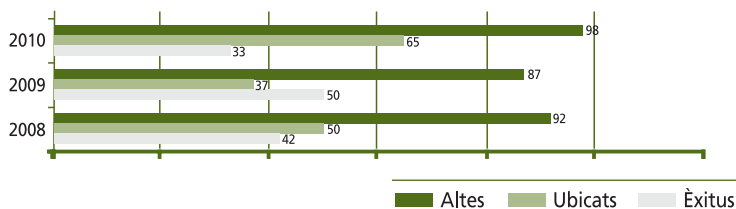
Taula 3 | *Ubicació després de l'alta*

| Ubicació abans de l'ingrés | Ubicació després de l'alta | Intervenció treball social | Estada mitjana |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| Domicili: 99% | Residència: 60% | 88% | 152 dies |

El percentatge d'èxits a la Unitat és elevat a causa de les característiques del servei, encara que podem fer una lectura de la casuística obtinguda al llarg d'aquests anys. Durant l'any 2008 una mica més de la meitat dels pacients van ser donats d'alta, però malgrat la complexitat creixent dels pacients durant l'últim any, els èxits s'han reduït i s'ha aconseguit un nombre d'altres superior als anys previs. Les estades anuals s'han mantingut constants (taula 4).

Taula 4 | *Altes i èxits a la unitat*

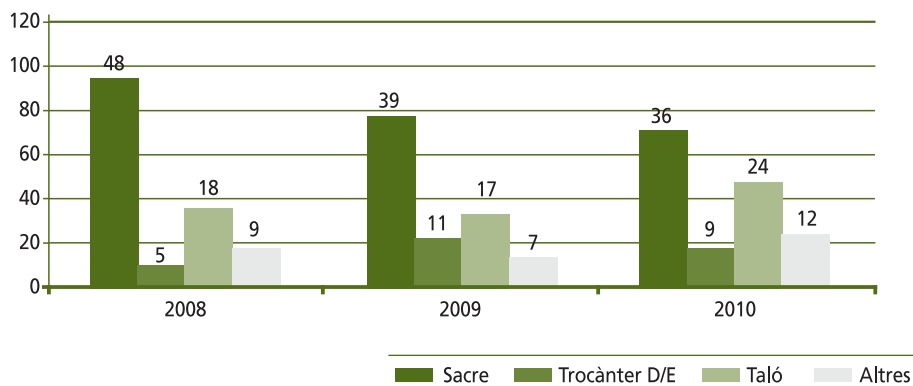
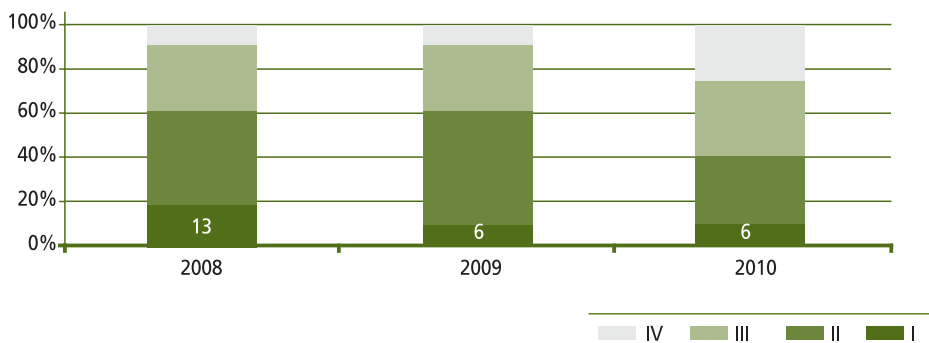
| | Estades | Altes i reubicació | Èxits | Altes total |
|------|---------|--------------------|-------|-------------|
| 2008 | 14.016 | 50 | 42 | 92 |
| 2009 | 14.562 | 37 | 50 | 87 |
| 2010 | 14.564 | 65 | 33 | 98 |



D'altra banda, la ubicació dels pacients després de l'alta varia en funció del tipus de malaltia amb necessitats pal·liatives. Així, la gran majoria dels pacients dels serveix pal·liatius oncològics morien a l'hospital (> del 90%), mentre que el 57% dels no oncològics (demències terminals) hi moria, i més d'un 30% podia marxar a una residència i el 10%, al domicili. Això ens mostra la diferència tan gran que hi ha entre pacient oncològic i no oncològic terminal, atès que en aquest últim cas la fase es perllonga en ocasions durant molts mesos, fins i tot anys si aconsegueix establir-se la comorbiditat (gràfica 5).

S'han subratllat alguns índexs de qualitat, com el de les úlceres per pressió. Aproximadament el 30% dels pacients presentaven úlceres durant els anys estudiats. Per confirmar la creixent complexitat dels pacients assistits a la unitat, es pot comprovar que durant el 2010, malgrat que es rebien menys pacients amb úlceres, el nombre d'úlceres per pacient va augmentar. El percentatge de les úlceres per pressió (UPP) aparegudes durant l'ingrés s'ha mantingut al voltant d'un 8% (taula 5).

La principal zona de localització de les úlceres és l'os sacre, encara que durant l'any passat van augmentar les úlceres al taló i d'altres llocs (gràfica 6).

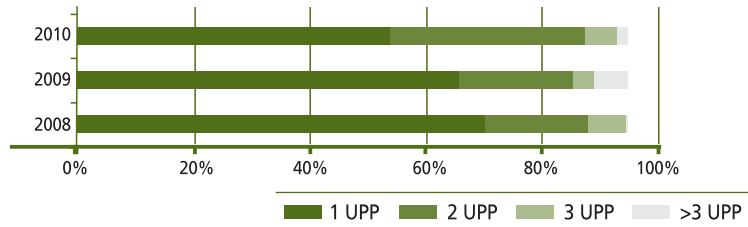
Gràfic 5 | Localització d'úlceres**Gràfic 6** | Grau de les úlceres per pressió (UPP)**Taula 5** | UPP a la unitat

| | Pacients sense UPP | Pacients amb UPP | UPP en el moment de l'ingrés | UPP durant l'ingrés | UPP totals |
|------|--------------------|------------------|------------------------------|---------------------|------------|
| 2008 | 179 | 61 | 73 | 7 | 80 |
| 2009 | 189 | 51 | 60 | 14 | 74 |
| 2010 | 187 | 51 | 72 | 8 | 81 |

Des que va començar a funcionar la unitat fa tres anys, la gravetat de les úlceres que presenten els pacients en l'ingrés ha augmentat considerablement. Així, el 2008 hi havia

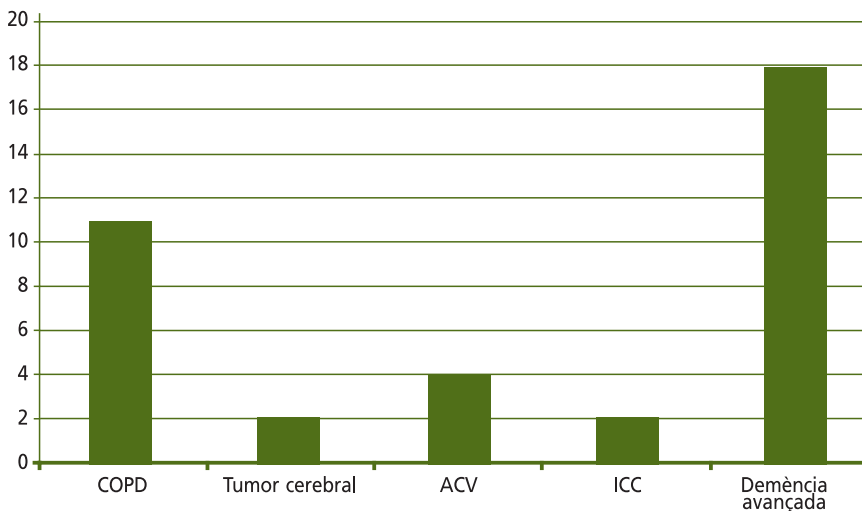
un 15% de pacients amb úlceres de grau I; un 45% de pacients amb úlceres de grau II; un 30% de pacients amb úlceres de grau III i un 10% de pacients amb úlceres de grau IV, i no obstant això, el 2010 les úlceres de grau I són amb prou feines un 5%, de grau II n'hi ha hagut un 30%, de grau III, un 35% i de grau IV, un 30% (gràfica 7).

Gràfic 7 | *Nombre d'UPP*



Quant al nombre d'úlceres, també ha augmentat. Mentre que el 2008 el percentatge de pacients amb una úlcera era d'un 70%, un 20% en presentava dues i un 10% en presentava tres (no n'hi havia cap amb quatre úlceres). El 2010, el percentatge de pacients amb una úlcera era del 60%, amb dues úlceres del 25%, amb tres úlceres del 10% i amb quatre úlceres del 5% (gràfica 8).

Gràfic 8 | *Motius d'èxitus*



3.3. Conclusions

Coincidirem que, en una unitat de geriatria de cures pal·liatives, el percentatge de pacients amb demència és molt més alt que el de qualsevol altre tipus de patologia (gràfica 9). L'ingrés dels pacients que reben cures pal·liatives no oncològics, especialment en casos de demències avançades, a una unitat de cures pal·liatives geriàtriques contribueix a millorar els trastorns de conducta, disminuir la simptomatologia del pacient, potenciar o mantenir la funció al màxim, guarir o preveure les úlceres per pressió, millorar la ubicació després de l'alta en buscar el millor recurs disponible, preparar la família per al dol, detectar i pal·liar la sobrecàrrega del cuidador i donar suport en la presa de decisions difícils.

Per tot això aquests pacients, i especialment els que tenen demència en estadis terminals, han de ser atesos de manera multidisciplinària i en unitats pal·liatives geriàtriques.

Igualment, els pacients oncològics geriàtrics també es beneficien de l'aproximació integral i multidisciplinària que ofereixen les unitats de cures pal·liatives, sobretot si l'enfocament està adaptat a les necessitats d'aquest grup etari, és a dir, si són atesos per especialistes en la matèria. D'aquesta manera, podrem acompanyar la família i el pacient durant el final de la seva malaltia i oferir un suport biopsicosocial que es perllongarà fins i tot després de la defunció del malalt.

Referències bibliogràfiques

American Geriatrics Society Ethics Comitee. Making treatment decisions for incapacitated elderly patients without advanced directives. *Journal of the American Geriatrics Society* (1996), 44:986-7. American Geriatrics Society.

Carrillo, E.; Molpeceres, J.; Domingo, V.; Minaya, J; Jiménez Rojas, C.; Ruipérez. I. Grado de agresividad terapéutica adoptada en pacientes con demencia avanzada ingresados por complicación aguda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 33 (1998), (51):56.

Fellows, L. K. Competency and consent in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* (1998), 46:922-6.

Gillick, M. R; Volandes, A. E. The standard of caring: why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia? *Journal of the American Medical Directors Association* (2008), 9:364-367.

Keay, J. T.; Fredman, L.; Taler, G.; Datta, S; Levenson, S. A. Indicators of quality medical care for the terminally ill in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* (1994), 42:853-60.

Luchins, D. J., [et al]. Criteria for enrolling patients in hospice. *Journal of the American Geriatrics Society* (1997), 45:1054-9.

Molsa, P. K.; Marttila, R. J.; Riane, I. K. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multinfarct dementia. *Acta Neurologica Scandinavica* (1986), 74:103-7.

Panell d'Experts de la Societat Americana de Geriatria per al Tractament del Dolor. *Journal of the American Geriatrics Societ y* (2002), 50:S205-24.

Rango, N. The Nursing Home resident with dementia. *Annals of Internal Medicine* (1985), 102:835-41.

Sampson, E. L.; Bridget, C.; Jones, L. La alimentación enteral para pacientes mayores con demencia avanzada. *Biblioteca Cochrane Plus* 3 (2009). Oxford: Update Software Ltd.

Stuart, B. [et al]. Medical guidelines for determining prognosis in selected non cancer diseases. *Hospice Journal* (1996), 11:47-63.

The American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee. Ethical issues in the management of demented patient. *Neurology* (1996), 46:1180-3.

Van Dijk, P.; Van De Sande, H. J.; Dippel, D. W. J.; Habbema, J. D. The nature of excess mortality in nursing home patients with dementia. *Journal of gerontology* (1992), 47: M28-34.

Vollicer, L. Advanced dementia patients. *Journal of the American Geriatrics Society* (1994), 42: 597-603.

Vollicer, L. Hospice care for dementia patients. *Journal of the American Geriatrics Society* (1997), 45:1147-9.

Vollicer, L.; Brandeis, G. H.; Hurley, A. C. Infections in advanced dementia. A: Vollicer, L.; Hurley, A., (eds). *Hospice care for patients with dementia* (1998). P. 29.47. Nova York: Springer Publishing Company.

Autora

MARGARITA ISABEL VIÑUELA BENÉITEZ

Va néixer a Salamanca el 1970. El 1994 es va llicenciar en Medicina i Cirurgia a la Universitat Complutense de Madrid. El 1999 es va especialitzar en Geriatria i Gerontologia. És membre del Reial Col·legi d'Internistes del Regne Unit (MRCP). Va obtenir el diploma en Geriatria i Gerontologia al Reial Col·legi de Geriatres de Glasgow (DGM). És vicepresidenta de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia. És responsable de la Unitat de Cures Especials i Pal·liatives de l'Hospital Sant Joan de Déu des que es va inaugurar el novembre del 2007. Ha organitzat i ha dirigit diversos cursos de formació en geriatria i gerontologia: va ser directora del I Curs de Geriatria per a Metges de GESMA el curs 2004-2005. Ha estat directora de diversos cursos de geriatria (I-IV) per a cuidadors, organitzats per l'Associació de Famílies de Mallorca (AFAM) el curs 2006-2007.

NICOLÁS FLAQUER TERRASA

Palma, 1966. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa. Especialista en Geriatria. Coordinador assistencial de l'Hospital Sant Joan de Déu. Tresorer de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

