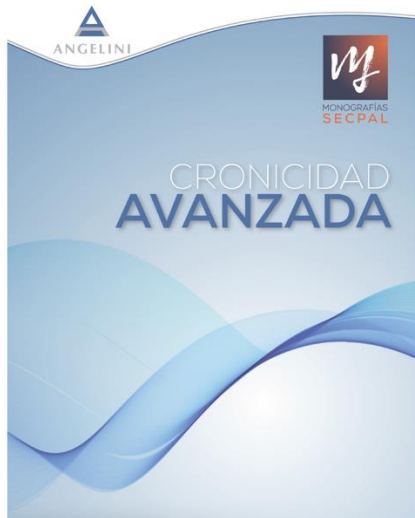


Adecuación de Esfuerzo Terapéutico en M. Interna

*desde el sentido común y...
una propuesta*

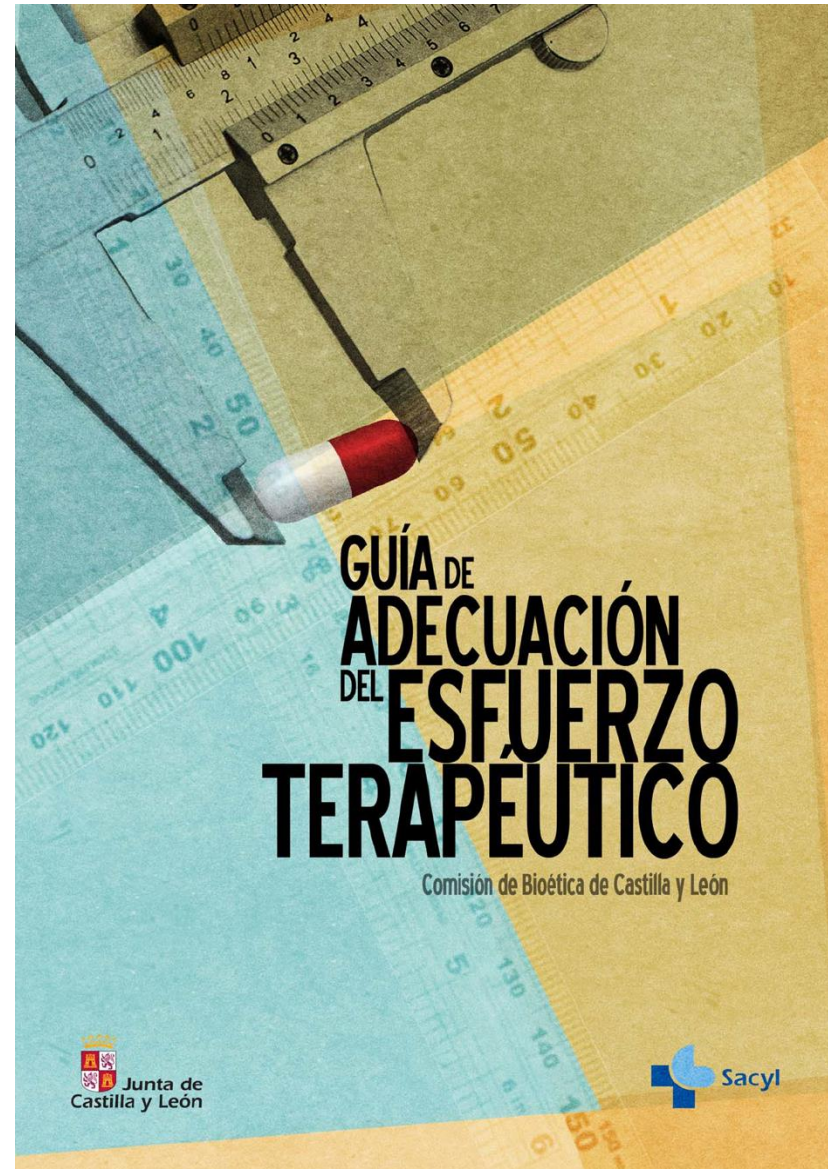
Luis Marcos Martínez

León, 13 de septiembre de 2024



RECOMENDACIONES
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
E INTEGRADA DE PERSONAS
CON ENFERMEDADES O CONDICIONES
CRÓNICAS AVANZADAS
Y PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO
EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES:
NECPAL CCOMS-ICO® 3.1 (2017)

Equipo investigador:
Autor e investigador principal: Xavier Gómez-Batiste
Equipo de colaboración: Jordi Amblàs, Xavi Costa,
Joan Espauella, Cristina Lasmarías, Sara Ela, Elba Beas,
Bárbara Domínguez, Sarah Mir



Junta de
Castilla y León



Revista Clínica Española
Volume 212, Issue 3, March 2012, Pages 134-140



Actualización clínica

Limitación del esfuerzo terapéutico Limitation of the therapeutic effort

B. Herreros ^{a c} ✉, G. Palacios ^{a c}, E. Pacho ^{b c}



Revista Clínica Española
Volume 218, Issue 1, January–February 2018, Pages 1-6



Original

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna

Limitation of therapeutic effort in patients hospitalised in departments of internal medicine ☆

R. García Caballero ^{a b c} ✉, B. Herreros ^{a b c}, D. Real de Asúa ^{a c d}, S. Gámez ^e, G. Vega ^f,
L. García Olmos ^g

Adecuación Esfuerzo Terapéutico

Conceptos y características

AET: Adaptación de intensidad de cuidados y atención a la situación del paciente

- Debe realizarse con criterios clínicos de **evidencia científica** y conocimiento del **perfil del paciente**
- **Evitar obstinación** diagnóstica y terapéutica. No actitud vitalista a ultranza
- Visión **holística**: superar binomio *problema-tratamiento* y contextualizar en situación global del paciente
- Distinción entre componente **emocional** y componente **ético**: *hacer* lo indicado, *no administrar* lo que no se debe y *suspender* lo ineficaz
- Su aplicación requiere **flexibilidad** (*epiqueya*)

→ Aplicar AET es realizar una **buena práctica clínica**

Adecuación Esfuerzo Terapéutico

Conceptos relacionados

- **Medida extraordinaria**: Difícil definición precisa. Se podrían incluir medidas: escasas, poco disponibles, de elevado coste, invasivas, de alto riesgo, que requiere tecnología compleja...
- **Medida desproporcionada**: balance inadecuado entre costes-cargas/beneficios para un enfermo concreto en virtud de lo que se pretende. No produciría beneficio al paciente y produciría carga o daño a paciente, familia o sociedad
- **Obstinación profesional**: prolongación de vida mediante medios extraordinarios y desproporcionados para el objetivo del paciente
- **Inutilidad terapéutica**: Tratamiento que correctamente aplicado y con indicación precisa no obtiene el resultado esperado
- **Futilidad terapéutica**: Tratamiento que ya desde el principio no puede proporcionar un beneficio. Fracasaría seguro en el objetivo del paciente

Fundamentación Ética

Principios de Ética Médica

Beneficiencia: Se actuará en beneficio del paciente. El médico decide, en bien del paciente, pero sin contar con él.

No maleficencia: Balance beneficio/riesgo. Si riesgo elevado y beneficio limitado: procedimiento contraindicado



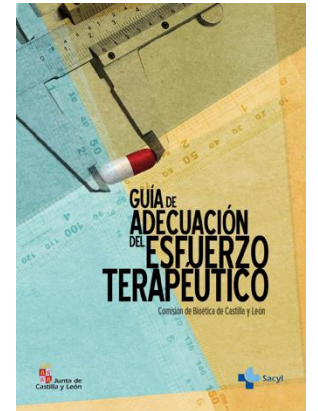
Autonomía: El enfermo, capaz y debidamente informado, puede decidir sobre su asistencia.

Justicia: Considerar el impacto social (colectivo) de las medidas a aplicar en el individuo

- ✓ **Teoría de la moral común:** existen sistemas éticos coherentes, pero inmorales
- ✓ **Especificación:** traducción a casos concretos
- ✓ **Ponderación:** Si conflicto entre ellos determinar cuál tiene más peso en un caso concreto
- ✓ **No jerarquía** entre ellos

Práctica clínica y AET

AET al final de la vida



1. *Enfermedad crónica avanzada en situación compleja*

- Dificultad para determinar qué enfermos están en situación terminal no oncológica
- Ponderar posibilidades de tratamiento en cada paciente en base a situación general, expectativas y experiencia previa

2. *Enfermo oncológico en situación terminal*

- El problema radica en cuándo suspender tratamiento oncológico y qué medidas intervencionistas resultan proporcionadas

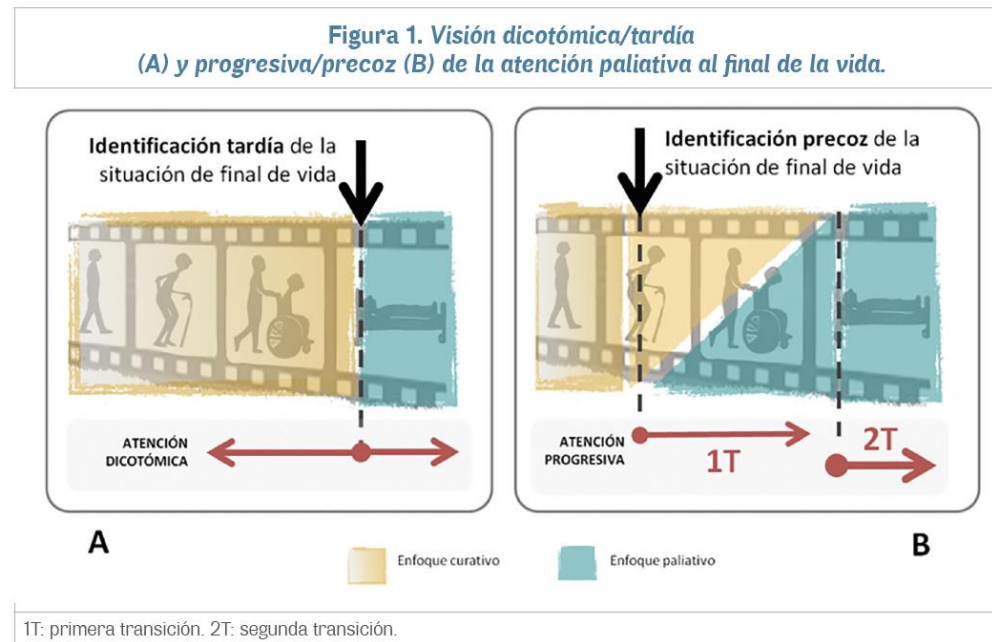
3. *Enfermos críticos*

- Limitación de tratamientos de soporte vital (RCP, VM, HD, AB, transfusiones, nutrición hidratación, cirugías, ingresos en UCI...)

Pacientes crónicos avanzados

Cuidados paliativos modernos

- Pacientes con enfermedad crónica de **mal pronóstico**, cuya muerte no parece cercana, pero que es un **acontecimiento razonable** en los próximos meses
- Incluyen: Enfermedad crónica avanzada de un **órgano**, **demencia** senil avanzada, enfermedades degenerativas de **SNC**, ancianos **frágiles**, **comas**



✓ Primera Transición:

- En momento del diagnóstico
- Meses o años antes de muerte
- Aproximación paliativa progresiva

✓ Segunda transición:

- Últimos días/semanas
- Enfoque estrictamente paliativo

Pacientes crónicos avanzados

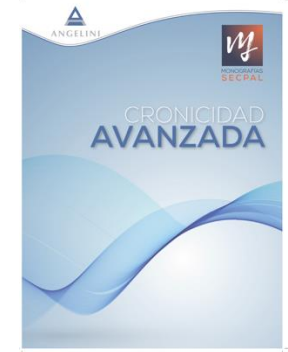
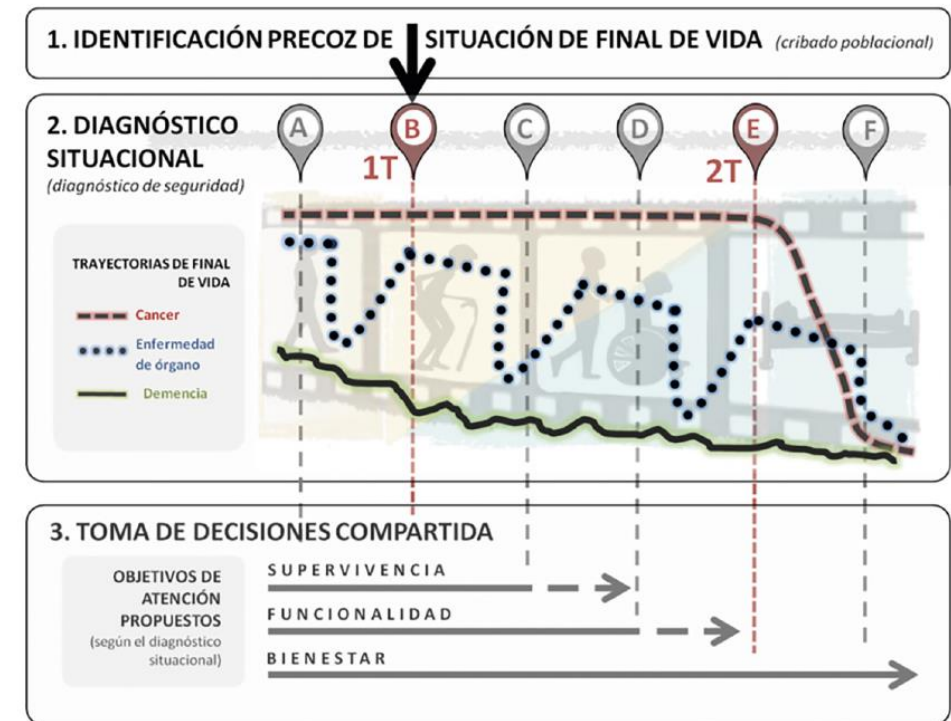


Tabla I. Fases del framework de actuación para la toma de decisiones al final de la vida.

FASE	OBJETIVO/S	¿CÓMO HACERLO?
1. Identificación precoz de situación de final de vida (¿Podría ser que el paciente estuviera en situación de final de vida?)	Realizar cribado poblacional de personas con pronóstico de vida limitado y necesidades de atención paliativa, con el fin de iniciar un enfoque paliativo progresivo y no dicotómico	Esta identificación debería realizarse de forma proactiva, precoz y universal, por medio de instrumentos específicos diseñados para el cribado poblacional, entre los que podemos destacar el NECPAL CCOMS-ICO ⁰³ , el Prognostic Indicator Guidance (PIG) del Gold Standard Framework (GSF) o el Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)
2. Diagnóstico situacional (¿Qué le pasa al paciente? ¿Cuánta reserva tiene?) ¿Qué necesidades presenta?)	2.1. Determinar en qué momento de su trayectoria vital se encuentra el paciente (¿Está en situación de últimos días?, ¿semanas?, ¿meses?, ¿algún año?) En la Figura 2: ¿está en A?, ¿en B?, ¿en C?, ¿en D?, ¿en E?, ¿o en F? 2.2. Detectar/valorar las necesidades del paciente y de su familia	Para la valoración del grado de fragilidad , los profesionales llevan a cabo una evaluación multidimensional a partir del análisis del comportamiento estático (criterios de severidad) y dinámico (criterios de progresión) de las variables de las diferentes dimensiones que condicionan la situación pronóstica Esta valoración se puede realizar desde una perspectiva más «cualitativa» (por ejemplo utilizando una Valoración Integral Geriátrica) o más «cuantitativa» (por ejemplo utilizando un índice de fragilidad ⁴) Para la valoración de las necesidades es necesario un abordaje cualitativo, un contexto facilitador de una relación directa y dinámica entre los profesionales y los pacientes y familia/cuidadores
3. Toma de decisiones (¿Qué abordaje asistencial se debe plantear?)	Realizar un proceso de toma de decisiones de forma compartida (e idealmente anticipada)	Los pacientes y los profesionales realizan un proceso cooperativo para consensuar objetivos y desarrollar e implementar un plan de atención y seguimiento

Figura 2. Modelo (framework) para la identificación precoz, diagnóstico situacional y toma de decisiones compartida al final de la vida.



1T: primera transición. 2T: segunda transición.

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.1 2017

NECPAL + = PS+ "No me sorprendería..." + Por lo menos 1 parámetro asociado

Pregunta sorpresa (PS) (a/entre profesionales):

¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?

SI, me sorprendería → NO es NECPAL

NO me sorprendería

Parámetros NECPAL

"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?		1
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo		2
Indicadores clínicos generales de progresión - Los últimos 6 meses - No relacionados con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10%	3
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de >2 ABVDs	4
	- Declive cognitivo	• Pérdida ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer	5
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	• Datos clínicos anamnesis	6
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 síndromes geriátricos (recurrentes o persistentes)	7
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, digestivos...	• Checklist síntomas (ESAS) ≥ 2 síntomas persistentes o refractarios	8
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9	9
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar	10
Multi-morbilidad	>2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)		11
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones	• > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc)	12
Indicadores específicos de severidad/progresión de la enfermedad	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas	• Ver anexo 1	13

Si presenta por lo menos 1 parámetro NECPAL:

NECPAL +

ANEXO 1

CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN / ENFERMEDAD AVANZADA ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer metastásico o locoregional avanzado • En progresión (en tumores sólidos) • Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar el tratamiento específico. 	Enfermedad neurológica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Confinado a domicilio con limitación de marcha • Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40%/DLCO <40%) • Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria. • Necesidad de corticoterapia continuada • Insuficiencia cardíaca sintomática asociada 	Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • 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, dísnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable • Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs > 60) • Insuficiencia renal asociada (FG <30 l/min) • Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente 	Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na > 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. • Carcinoma hepatocelular en estadio C o D
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • GDS ≥ 6c • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional 	Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal severa (FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante • Finalización diálisis o fallo trasplante
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Índice Fragilidad ≥ 0.5 (Rockwood K et al, 2005) • Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011) 		

(1) Usar instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función de experiencia y evidencia. (2) En todos los casos, valorar también el distress emocional o el impacto funcional severo en el paciente (y/o el impacto familiar) como criterio de necesidades paliativas. (3) En todos los casos, valorar dilemas éticos en la toma de decisiones. (4) Valorar siempre la combinación con multi-morbilidad.

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO©

Consideraciones a tener en cuenta

- La pregunta sorpresa y los parámetros adicionales deben actuar como un **“activador” de una “mirada paliativa”**, iniciando un **proceso reflexivo**.
- La puesta en marcha gradual de un enfoque paliativo debe ser compatible y sincrónica con tratamientos con objetivos específicos de la enfermedad o curativos de procesos intercurrentes, evitando posiciones dicotómicas
- No indica necesariamente la intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, que se establece en función de la complejidad, y con modelos de intervención flexibles y adaptados
- Aunque hay datos recientes que muestran relación con riesgo de mortalidad, determinar el pronóstico no es el objetivo fundamental de la identificación. En todo caso, los datos pronósticos deben utilizarse con prudencia y medida, como una “aproximación” o “enfoque” pronósticos.

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO©

Aspectos éticos de la identificación precoz

- La identificación precoz tiene como objetivo mejorar activamente la calidad de atención introduciendo un enfoque paliativo integral y una atención integrada, respetando valores y preferencias de pacientes y familias, y que ha demostrado promover buena praxis y beneficios para los pacientes.
- Promueve la equidad, el acceso universal y la cobertura de necesidades, así como el pleno ejercicio de los derechos de los pacientes a una atención de calidad
- Deben instaurarse medidas activas para reducir los posibles riesgos de su mala utilización, tales como el de la estigmatización, la pérdida de oportunidades curativas, o el impacto negativo, mediante la participación activa de pacientes, la formación generalizada de los profesionales en el manejo paliativo, la visualización de información clínica relevante, la protocolización de las medidas de mejora de calidad, y la participación activa de los comités de ética en el diseño y seguimiento de los programas.

CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS IDENTIFICADAS

Acciones	Recomendaciones
1. Evaluación multidimensional, situacional, e inicio de atención integral, multidimensional, centrada en la persona	Explorar todas las dimensiones con instrumentos validados (físicos-síntomas, emocionales, sociales, espirituales, ...) Iniciar proceso de atención integral impecable Evaluar necesidades de los cuidadores
2. Explorar valores, preferencias y preocupaciones de pacientes i familias	Iniciar gradualmente planificación de decisiones anticipadas y decisiones compartidas
3. Revisar estado de la enfermedad/ condición	Revisar estadio, pronóstico, objetivos, posibles/ previsibles complicaciones, recomendaciones para la prevención y respuesta a crisis Tener en cuenta no sólo aspectos estáticos (severidad) sino también dinámicos (evolución o progresión en el tiempo)
4. Revisar tratamiento	Actualizar objetivos, Adecuación terapéutica, retirar medicación si es necesario, Conciliación terapéutica entre servicios
5. Identificar y atender al cuidador principal	Necesidades y demandas: Evaluación (capacidad de cuidar, ajuste, riesgo de duelo complicado), Educación y apoyo, empoderamiento
6. Involucrar al equipo e identificar responsable	En: Evaluación, plan terapéutico, definición de roles en seguimiento, atención continuada y urgente
7. Definir, compartir e iniciar un Plan Terapéutico Integral Multidimensional	Respetando preferencias de los pacientes, abordando todas las dimensiones, Utilizando el cuadro de cuidados, involucrando al equipo y equipos
8. Atención integrada: Organizar atención con todos los servicios involucrados, con especial énfasis en definir el rol de los servicios específicos de cuidados paliativos y los de emergencias	Iniciar Gestión de caso y atención preventiva, proceso de decisiones compartidas, rutas asistenciales entre los recursos, prever y organizar las transiciones, conciliación y consenso entre servicios, involucrar pacientes en propuestas
9. Registrar y compartir la información clínica relevante con todos los servicios involucrados	En la información ofrecida, historia clínica compartida, o sesiones
10. Evaluar, revisar y monitorizar resultados	Revisión y actualización frecuentes, audit post-atención, generación evidencia

CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

En la mayoría de servicios hay personas con necesidades de atención paliativa en proporciones variables.

Prevalencias en España

1.3-1.5% en población general (depende de tasas envejecimiento)

1% en población atendida por equipos de atención primaria

40% en hospitales de agudos

70% en centros socio-sanitarios

30-70% a centros residenciales

Esta constatación muestra la importancia cuantitativa y cualitativa y la necesidad de abordar este reto de manera sistemática en todos los servicios.

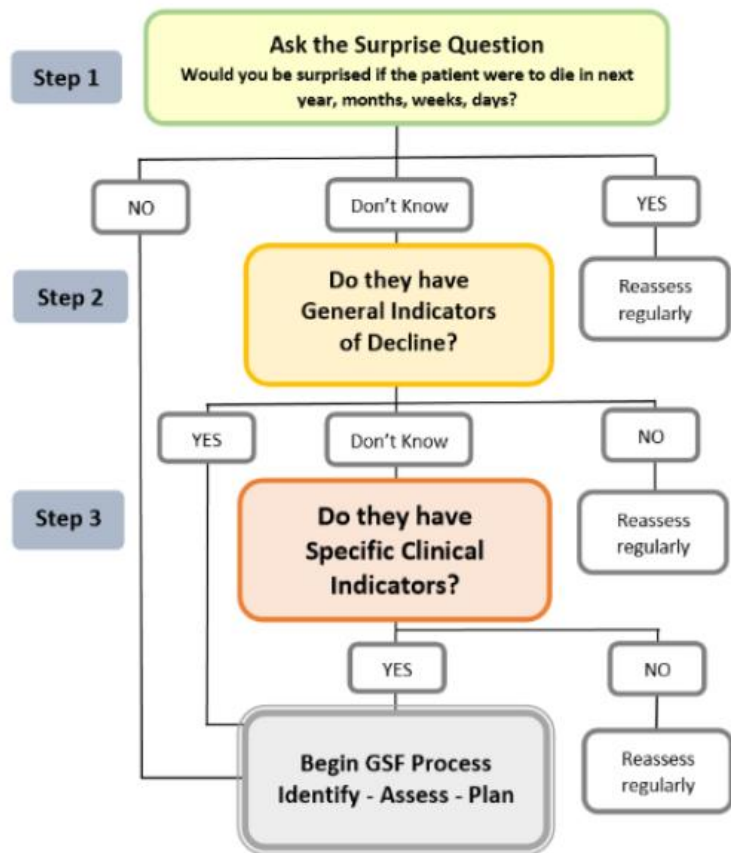
Medidas de mejora de la atención paliativa

1. Diseñar, consensuar, establecer y protocolizar una propuesta formal de mejora de la atención paliativa
2. Determinar la prevalencia e identificar personas con necesidades de atención paliativa con instrumentos validados
3. Establecer protocolos, registros, e instrumentos basados en evidencia para evaluar necesidades de los pacientes y responder a las necesidades más prevalentes
4. Formar los profesionales en atención paliativa (comunicación, planificación decisiones anticipadas, control síntomas, etc)
5. Identificar a los cuidadores principales y ofrecer educación y soporte, incluyendo atención del duelo
6. Aumentar el trabajo en equipo (compartir evaluación, definición objetivos y seguimiento)
7. En servicios con altas prevalencias: destinar profesionales específicos (referentes) con formación intermedia o avanzada y tiempos/áreas específicas para la atención paliativa (atención domiciliaria, consultas externas, habitaciones individuales)
8. Aumentar la oferta e intensidad de cuidados dirigida a la mejora de calidad de vida a los pacientes identificados: atención programada, accesibilidad, prevención crisis, atención continuada y urgente
9. Atención integrada: Establecer rutas asistenciales, criterios de intervención de servicios convencionales y específicos, definir roles en atención convencional, continuada y urgente, coordinación, información compartida, entre los servicios del sector
10. Tener en cuenta y responder a los retos éticos de la identificación precoz: promover beneficios y reducir riesgos, garantizar el ejercicio de los derechos del paciente

The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier identification of patients nearing the end of life, leading to improved proactive person-centred care.

GSF Proactive Identification Guidance Flow-chart

Proactive Identification Guidance – GSF PIG Flow-chart



STEP 1: The Surprise Question

For patients with advanced disease or progressive life limiting conditions, would you be surprised if the patient were to die in the next year, months, weeks, days?
The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, social and other factors that give a whole picture of deterioration. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?
This includes proactive planning of care and treatments and offering advance care planning and DNACPR discussions as early as possible.

STEP 2: General indicators of decline and increasing needs

- General physical decline, increasing dependence and need for support
- Repeated unplanned hospital admissions or acute crises at home
- Advanced disease - unstable, deteriorating, complex symptom burden
- Presence of significant multi-morbidities
- Decreasing activity - functional performance status declining (e.g., Barthel or Karnofsky Performance score, Rockwood) limited self-care, in bed or chair 50% of day and increasing dependence in activities of daily living
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility
- Patient choice for no further active treatment, focus on quality of life
- Progressive weight loss (>10%) in past six months
- Sentinel Event e.g., serious fall, carer distress, bereavement, transfer to nursing home, etc
- Serum albumin <25g/l
- Considered eligible for DS1500 payment

STEP 3: Specific indicators related to single/multiple organ failure

1. CANCER

- Deteriorating performance status and functional ability due to metastatic cancer, multi-morbidities or not amenable to treatment - if spending more than 50% of time in bed/lying down, prognosis estimated in months
- Persistent symptoms despite optimal palliative oncology. More specific prognostic predictors for cancer are available, e.g., PPS, IPOS, ECOG.

2. ORGAN FAILURE

- HEART DISEASE**
 - Advanced heart failure - CHF NYHA Stage 3 or 4 with symptoms despite optimal HF therapy - shortness of breath at rest/on minimal exertion
 - Repeated admissions with heart failure - 3 admissions in 6 months or a single admission aged over 75 (50% 1yr mortality)
 - Heart failure patients with reduced ejection fraction (HFrEF) have a poorer prognosis than those with preserved ejection fraction (HFpEF)
 - Severe untreatable coronary artery or peripheral vascular disease
 - Difficult ongoing symptoms despite optimal tolerated therapy
 - Unpredictability but other indicators include age, low EF, ischaemic heart disease/arrhythmias multi-morbidities including diabetes, obesity depression, hyponatraemia, high BP, declining renal function, anaemia
 - See NICE Guidance <https://cks.nice.org.uk/topics/heart-failure-chronic>
- CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)**
 - Severe disease (e.g., FEV1 <30% predicted), persistent symptoms e.g., breathlessness despite optimal therapy, causing distress
 - Recurrent hospital admissions (at least 3 in last year due to COPD)
 - Hypoxia/fulfiling long term oxygen therapy criteria (PaO2<7.3kPa)
 - Too unwell for surgery or pulmonary rehabilitation
 - MRC grade 4/5 - shortness of breath after 100 metres on level surface
 - Required ITU/NIV during admission or ventilation contraindicated
 - Other factors e.g., right heart failure, anorexia, cachexia, >6 weeks steroids in preceding 6 months, despite specialist review/treatment optimisation, requires palliative medication for breathlessness.
- KIDNEY DISEASE**
 - Stage 4/5 Chronic Kidney Disease (CKD) deteriorating eGFR<30ml/min
 - Repeated unplanned admissions (more than 3/year)
 - Patients with poor tolerance of dialysis with change of modality
 - Patients choosing the 'no dialysis' option (conservative management), dialysis withdrawal or not opting for dialysis if transplant has failed
 - Difficult physical or psychological symptoms that have not responded to specific treatments
 - Symptomatic Renal Failure in patients who have chosen not to dialyse or complicating other life limiting conditions - nausea and vomiting, anorexia, pruritus, reduced functional status, intractable fluid overload

LIVER DISEASE

- Advanced cirrhosis - see the Child-Turcotte-Pugh (CTP) score for chronic liver disease and cirrhosis mortality - See CTP calculator <https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/ctp>
- Hepatocellular carcinoma
- Liver transplant is considered potentially difficult or not amenable to treatment of underlying condition
- Other adverse factors including malnutrition, bacterial infection, raised INR, hyponatraemia

GENERAL NEUROLOGICAL DISEASES

- Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy
- No longer able to communicate basic needs
- Symptoms which are complex and too difficult to control
- Increased hospital admissions not returning to previous baseline Swallowing problems (dysphagia) leading to recurrent aspiration pneumonia, sepsis, breathlessness or respiratory failure
- Speech problems: increasing difficulty in communication and progressive dysphasia
- Mobility problems and falls increasing
- Reduced independence, needs ADL help, similar to frailty below
- Deteriorating cognition/psychiatric signs (depression, anxiety, hallucinations, psychosis)

PARKINSONS DISEASE including the above, and more specifically -

- Drug treatment less effective or increasingly complex drug regime, less well controlled with increasing "off" periods
- Dyskinesias, mobility problems and falls

MOTOR NEURONE DISEASE including the above, and specifically -

- Episodes of aspiration pneumonia
- Low vital capacity (below 70% predicted), or initiation of NIV

STROKE

- Predicting the prognosis after acute stroke can be challenging, yet 1:20 die within 72 hours. Care should include symptomatic comfort and not to impose burdensome restrictions
- Persistent paralysis after stroke with significant loss of function, medical complications, lack of improvement or ongoing disability
- Persistent vegetative, minimal conscious state or dense paralysis Cognitive impairment/Post-stroke dementia

3. FRAILTY, DEMENTIA and MULTI-MORBIDITIES

- For older people with complexity and multiple comorbidities, with frequent fluctuations in health needs and deterioration
- Electronic Frailty Index (0.24 or more) or Rockwood Score/ CFS 7 or above
- Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) includes cumulative multiple morbidities, weakness, weight loss, fatigue, advancing frailty e.g., male over 85, health problems, reduced activity and need to stay at home, needs regular help, uses stick/walker regularly

DEMENTIA

Identification of moderate/severe stage dementia using a validated tool or Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) of frailty, Clinical Frailty Scale (CFS), Functional Assessment Staging, Electronic Frailty Index (EFI) or Rockwood scale, identifying decline in dementia or frailty. Triggers to consider that indicate that someone is entering a later stage are:

- Unable to recognise family members or consistently unable to have meaningful conversations
- Completely dependent on others for care or unable to do ADL
- Recurrent episodes of delirium
- Aspiration pneumonia
- Urinary and faecal incontinence, and Barthel score <3

Plus: Weight loss, urinary tract infection, skin failure or stage 3 or 4 pressure ulcers, recurrent fever, reduced oral intake

MULTI-MORBIDITIES

- Increasingly relevant in ageing population needing complex care
- 2 or more long term conditions including physical, mental, learning disability, frailty, sensory impairment, alcohol misuse
- Consider multi-morbidity approach if have frailty, physical + mental conditions, not managing ADL or treatments, using multiple services, frequent falls or crisis admissions
- See NICE Guidance - <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
- BGS - <https://www.bgs.org.uk/topics/multimorbidity>

Instrumento Indicador de Cuidados Paliativos y de Soporte (SPICT-ES™)

El instrumento SPICT™ se utiliza para ayudar a identificar a las personas cuya salud se está deteriorando. La evaluación tiene como objetivo detectar necesidades paliativas no cubiertas y elaborar un plan de cuidados.

Identifique si existe alguno de los siguientes indicadores generales de mala salud o deterioro:

- Ingreso(s) hospitalario(s) no planificado(s).
- Limitación funcional o deterioro persistente no reversible (Por ejemplo, la persona permanece en la cama o en una silla durante más de la mitad del día).
- Depende del cuidado de otros debido a sus problemas físicos y / o mentales
- El cuidador de la persona necesita más ayuda y apoyo.
- Pérdida de peso progresiva; se mantiene por debajo de su peso ideal; baja masa muscular.
- Síntomas persistentes a pesar del tratamiento óptimo de la(s) condición(es) subyacente (s).
- La persona (o familia) pide cuidados paliativos; opta por reducir, detener o no recibir tratamiento; o desea centrarse en la calidad de vida.

Identifique si existen indicadores clínicos de una o varias condiciones asociadas a final de vida.

Cáncer

Deterioro funcional debido a la progresión de la enfermedad oncológica.

Demasiado frágil para el tratamiento del cáncer o tratamiento con objetivo sintomático.

Demencia/Fragilidad

Incapaz de vestirse, caminar o comer sin ayuda.

Disminución de la ingesta (comida y bebida). Dificultad para tragar. Incontinencia urinaria y fecal.

Pérdida de la capacidad para hablar; escasa interacción social.

Caídas frecuentes; fractura de fémur.

Episodios febriles o infecciones recurrentes; neumonía aspirativa.

Enfermedad neurológica

Deterioro funcional y/o cognitivo progresivo a pesar de un tratamiento adecuado.

Problemas de habla con dificultad creciente para comunicarse y / o dificultad progresiva para tragar.

Neumonías aspirativas recurrentes; disnea o insuficiencia respiratoria.

Parálisis persistente después del accidente cerebrovascular con pérdida funcional significativa / discapacidad permanente.

Enfermedad Cardiovascular

Insuficiencia cardíaca o enfermedad coronaria extensa e intratable; disnea o dolor torácico de reposo o a mínimos esfuerzos.

Enfermedad vascular periférica grave e inoperable.

Enfermedad Respiratoria

Enfermedad pulmonar grave y crónica; disnea de reposo o a mínimos esfuerzos entre exacerbaciones.

Insuficiencia respiratoria persistente que requiere de oxigenoterapia crónica.

Insuficiencia respiratoria que requiere de ventilación mecánica o contraindicación de ventilación.

Otras condiciones

Deterioro y riesgo de morir por otras afecciones o complicaciones que no son reversibles; o que no van a solucionarse con ningún tratamiento.

Revise la situación actual y realice un plan de cuidados.

- Revise el tratamiento actual con medicamentos para asegurar que la persona reciba atención óptima; minimize la polifarmacia.
- Considere la derivación al especialista si los síntomas o los problemas son complejos y difíciles de manejar.
- Acuerde con la persona y su familia un plan de cuidados para ahora y para el futuro. Apoye a los familiares cuidadores.
- Planifique anticipadamente si es probable que se pierda la capacidad para tomar decisiones.
- Registre, comunique y coordine el plan de cuidados.

Enfermedad renal

Enfermedad renal crónica en estadio 4 o 5 (TFG <30ml / min) con deterioro del estado de salud.

Insuficiencia renal que complica otras condiciones asociadas al final de la vida o otros tratamientos.

Detener o no iniciar la diálisis.

Enfermedad hepática

Cirrosis, con una o más complicaciones en el último año:

- ascitis resistente a los diuréticos
- encefalopatía hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonitis bacteriana
- hemorragia recurrente por varices esofágicas

El trasplante hepático no es posible.

Por favor, regístrese en el sitio web SPICT (www.spict.org.uk) para más información y actualizaciones.

SPICT-ES™, mayo 2019

Instrumento Indicador de Cuidados Paliativos y de Soporte (SPICT-4ALL-ES™)

El instrumento SPICT-ES™ nos ayuda a identificar a las personas más frágiles que tienen uno o más problemas de salud. Este grupo de personas necesitan más ayudas y cuidados en la actualidad y un plan de cuidados en el futuro. Haga las siguientes preguntas:

¿La persona presenta signos sugestivos de mala salud o deterioro?

- Ingreso(s) urgentes/ no planeado(s) al hospital.
- En general, su salud es mala o se está deteriorando: el individuo nunca termina de recuperarse completamente. (Esto puede significar que la persona tendrá menos capacidad de autocuidado y con frecuencia se quedará en la cama o en una silla más de la mitad del día.)
- Necesita ayuda de otras personas para su cuidado debido a un incremento de problemas de salud a nivel físico o mental. El cuidador necesita más ayuda y soporte.
- Durante los últimos meses, ha perdido una cantidad notable de peso o se ha mantenido por debajo del peso apropiado (situación de bajo peso).
- Padece síntomas persistentes durante la mayor parte del tiempo a pesar de recibir un correcto tratamiento para sus problemas de salud.
- La persona (o la familia) pide cuidados paliativos: opta por reducir, detener o no recibir tratamiento; o desea centrarse en la calidad de vida.

¿Padece la persona alguno de estos problemas de salud?

Cáncer

Menos capacidad de realizar actividades cotidianas y con tendencia a empeorar.

Su estado no le permite recibir tratamiento específico para el cáncer o el tratamiento sirve para ayudar a controlar los síntomas.

Demencia/ fragilidad

Incapaz de vestirse, caminar o comer sin ayuda.

Come y bebe menos: tiene dificultades para tragar.

Ha perdido el control de esfínteres (vejiga o intestino).

Ha perdido la capacidad de hablar: no reacciona demasiado ante otras personas.

Caídas frecuentes; fractura de cadera.

Infecciones frecuentes: neumonía.

Enfermedades del sistema nervioso

(Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de motoneurona)

Su salud física y mental está empeorando.

Más problemas para hablar y comunicarse; le cuesta más tragar.

Infecciones respiratorias o neumonía; problemas respiratorios.

Embolia severa con pérdida de movimiento y discapacidad persistente.

Problemas de corazón y circulación

Insuficiencia cardíaca o episodios de dolor torácico severos. Sensación de ahogo en reposo o caminando pocos pasos.

Mala circulación en las piernas; la cirugía no es posible.

Problemas pulmonares

Presenta problemas respiratorios de larga evolución.

Sensación de ahogo en reposo o caminando pocos pasos (a pesar de estar en situación basal).

Necesita usar oxígeno durante la mayor parte del día y la noche.

En el hospital ha necesitado de soporte ventilatorio mecánico.

Otras situaciones

Personas delicadas de salud y que pueden morir de otros problemas de salud o complicaciones. No existen tratamientos disponibles o que funcionen para ellos.

¿Qué podemos hacer para ayudar a estas personas y a sus familias.

- Empezar hablando con la persona y su familia acerca de por qué es importante hacer un plan de cuidados.
- Pedir ayuda y consejo a enfermería, médicos u otros profesionales que puedan valorar a la persona y a su familia y ayudar en la elaboración de un plan de cuidados.
- Podemos revisar la medicación de la persona y otros tratamientos que reciba para asegurarnos que le estamos ofreciendo la mejor atención, o podemos pedir consejo de un especialista si sus problemas son complicados o difíciles de manejar.
- Es necesario planificar con anticipación si la persona puede perder la capacidad para tomar decisiones en el futuro.
- Hacer un registro de su plan de cuidados y compartirlo con la gente que necesita conocerlo.

Por favor, regístrese en el sitio web SPICT (www.spict.org.uk) para más información y actualizaciones.

SPICT-4ALL(ES)™ 2021

Proceso práctico de AET

Pasos a seguir



1. *Pensar en ello*

- Al iniciar tratamiento: informar que su continuidad depende de evolución
- Valorar de forma crítica la eficacia y proporcionalidad de los procedimientos que se piensan aplicar o que se vienen aplicando

2. *Obtener los datos necesarios*

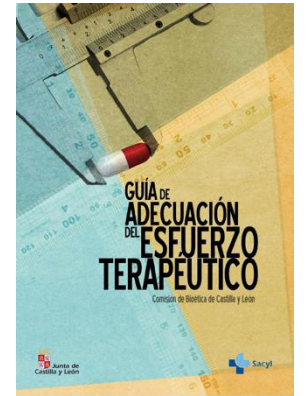
- Aspectos clínicos: situación basal, comorbilidad, calidad vida, gravedad...
- Aspectos personales y entorno: valores, documento instrucciones previas...

3. *Informar*

- Informar al paciente y/o allegados: situación real y expectativas de evolución
- Características: realista, clara, empática y personalizada
- Realizar por: equipo médico (preferible siempre el mismo profesional)

Proceso práctico de AET

Pasos a seguir



4. Manejar las emociones

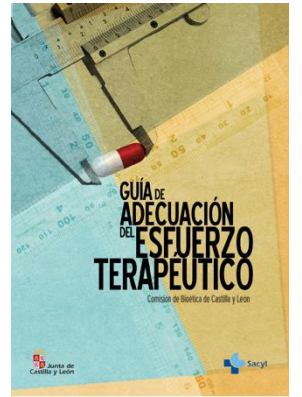
- Las “malas noticias” se viven con un choque emocional
- Recordar que el objetivo es ayudar y apoyar al enfermo, adaptándolo a la evolución y pronóstico
- No cargar a paciente/familia con responsabilidades y decisiones que no les corresponden
- Actuar con flexibilidad: mantener de forma transitoria algún procedimiento fútil aunque no lesivo para minimizar angustia

5. Decidir AET

- Afrontarla como un proceso de diálogo abierto con paciente y familia
- Decisión participada y abierta a proceso de duda y maduración
- Ante negativa: intentar que impere el diálogo y buscar entendimiento
- Si persiste negativa: Comité Ética Asistencial

Proceso práctico de AET

Pasos a seguir



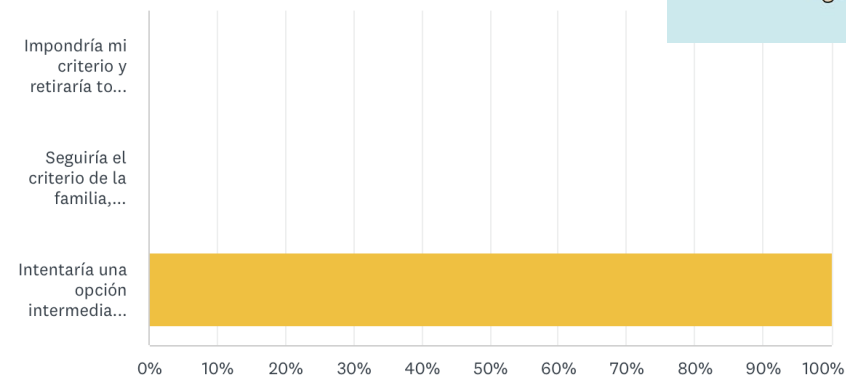
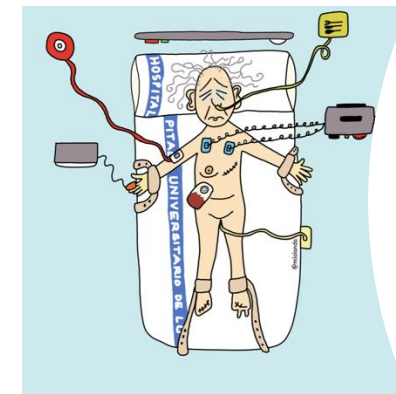
6. Realización de AET progresiva y escalonada

- La AET no es un abandono del paciente. Según se abandonan medidas más intervencionistas se implementan cuidados y tratamientos sintomáticos.
 - Desescalada muy progresiva:
 - Valorar de forma muy crítica el ingreso en UCI
 - Continuar **tratamientos condicionados** a obtener respuesta en un plazo determinado y sin nuevas actuaciones terapéuticas
 - **Retirar** algún tratamiento ya iniciado. Comenzar por los más intervencionistas. Si alguno es percibido por la familia como esencial se podría mantener
 - Retirar **todo** tratamiento. Permitir a la familia **acompañar** al paciente y ofrecerles ayuda
- La AET no disminuye el esfuerzo en la atención del paciente, sino que cambia los objetivos terapéuticos
- La AET *permite* la muerte, no la impide, pero ni la produce ni la causa.

Cuestión 1

Varón de 80 años. Demencia de muchos años evolución, avanzada (GDS 7). Institucionalizado, dependiente, no habla, no camina, no conoce, no come solo... Otros antec: EPOC, portador SV permanente. Cuatro ingresos en último año: 1º Broncoaspiración, insuf resp, fracaso renal, hiperNa 2º Neumotórax espontáneo secundario (tto conservador), deshidratación, insuf renal, neumonía broncoaspirativa, insuf resp., ITU Pseudomona multirresistente 3º Hematuria, ITU, insuf resp aguda 4º Reingresa a los 2 semanas: Fracaso renal, hiperNa, insuf resp, secreciones... A su ingreso el médico de guardia inicia: Sueros, AB, O2, nebulizaciones... Al día siguiente se habla con la familia con la intención de retirar todo el tratamiento activo, no realizar más pruebas y realizar sólo tratamiento paliativo y sintomático. La familia, a pesar de las explicaciones razonadas dadas, se niega a dicha actitud y nos indica que quieren que se haga todo lo posible por preservar la vida del paciente. ¿Qué actitud tomarías?

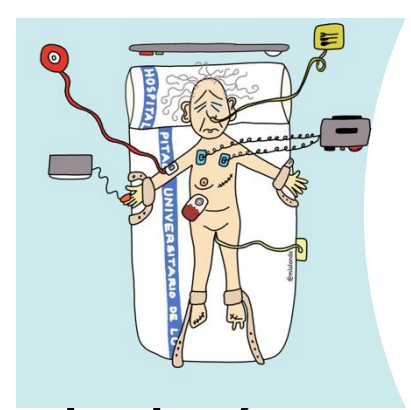
Respondidas: 17 Omitidas: 0



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Impondría mi criterio y retiraría todo tratamiento activo, no realizaría más pruebas e iniciaría medidas paliativas	0,00 % 0
Seguiría el criterio de la familia, continuando todo el tratamiento y solicitando analíticas, radiografías y otras pruebas que creyera necesarias	0,00 % 0
Intentaría una opción intermedia procurando consensuar con la familia: mantenemos tratamiento activo pero sin descuidar medidas sintomáticas y de confort, intentando evitar sufrimientos y estableciendo un plazo razonable a partir del cuál las medidas serían estrictamente paliativas	100,00 % 17
TOTAL	17

Caso cuestión 1

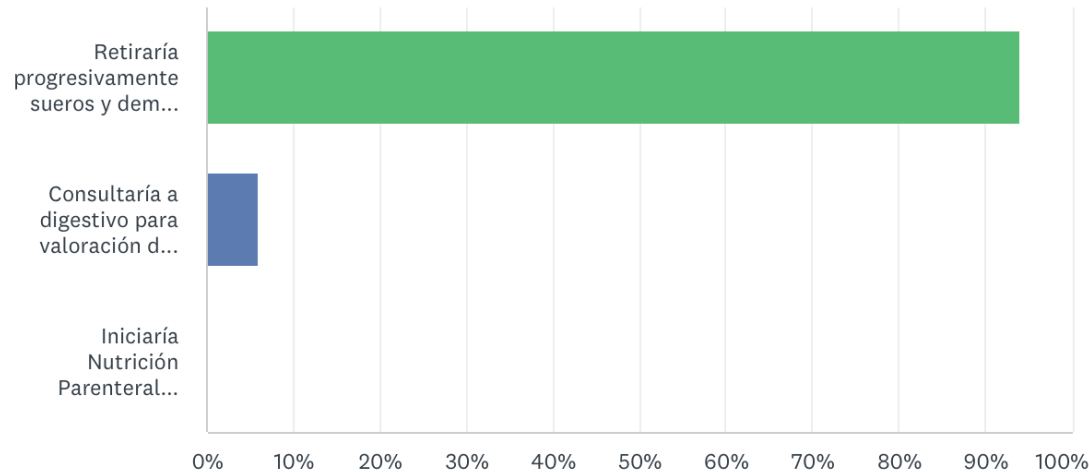
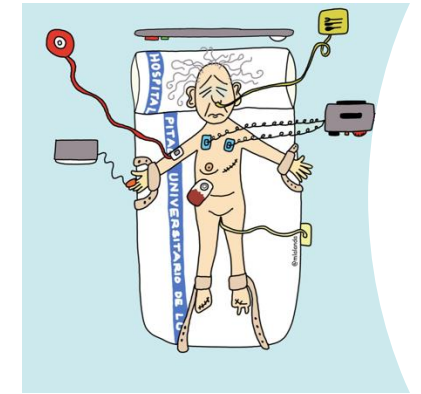
Resolución



- Se habla con familia. Se les va preparando idea de que habrá que priorizar medidas confort.
- Al 4º día más trabajo respiratorio. Se le expone situación del paciente y necesidad de evitar tratamientos fútiles. De acuerdo con familia se decide AET y tratamiento estrictamente paliativo.
- Fallece sedado en 48 horas

Cuestión 2

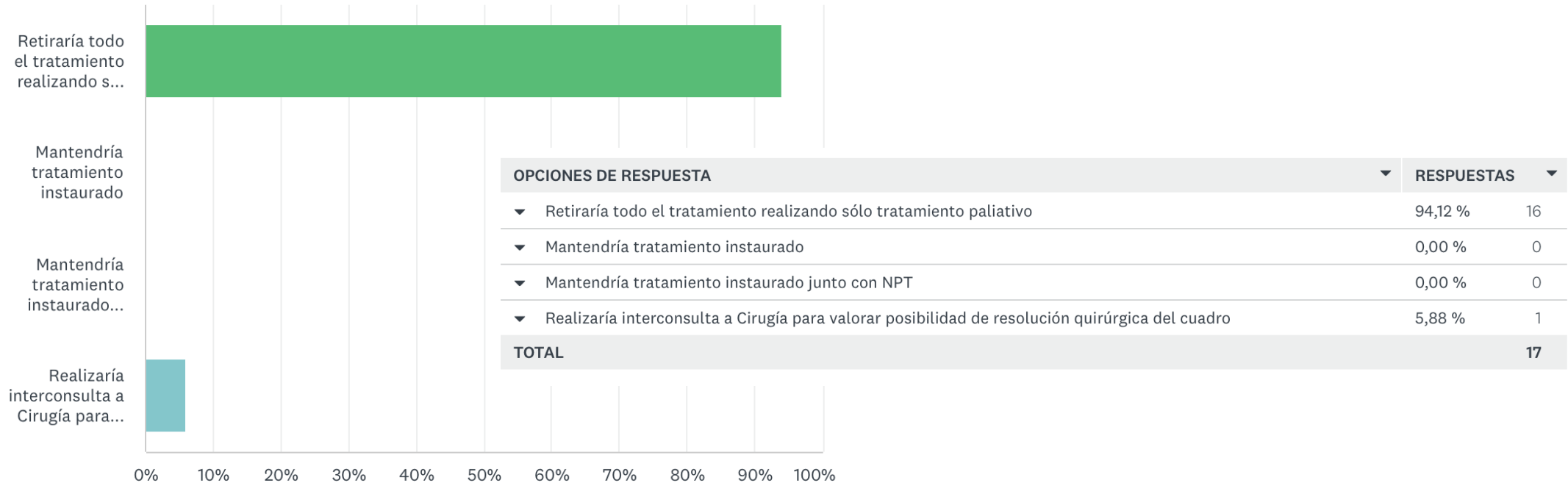
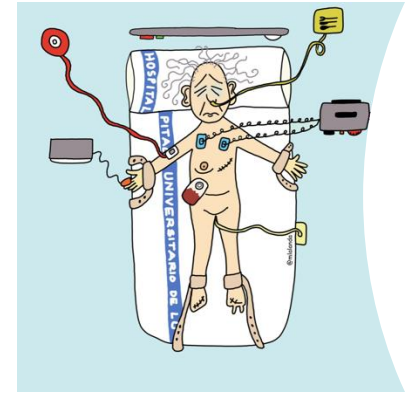
Paciente de 71 años, enfermedad de Alzheimer estadio avanzado (GDS 7, dependiente y institucionalizado).- Ingreso en cirugía en ene-22: oclusión intestinal secundaria a dolico colon y posibilidad de vólvulo de sigma que se resuelve endoscópicamente. Se dejó asentado por parte del digestólogo que practicó la prueba que no era subsidiario de nuevas endoscopias.- Nuevo ingreso en junio-22 en M. Interna por intolerancia digestiva y distensión abdominal. Se inicia tratamiento conservador con: sueroterapia, SNG, sonda rectal y enemas. Evolución tórpida sin resolución del cuadro. ¿Cuál sería tu actitud en este momento?



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
▼ Retiraría progresivamente sueros y demás medida de sostén e iniciaría medidas paliativas necesarias para evitar sufrimiento	94,12 % 16
▼ Consultaría a digestivo para valoración de tratamiento endoscópico a pesar de lo ocurrido en primer ingreso, ya que no me parece una medida tan agresiva	5,88 % 1
▼ Iniciaría Nutrición Parenteral Total para seguir intentando resolución espontánea con tratamiento conservador	0,00 % 0
TOTAL	17

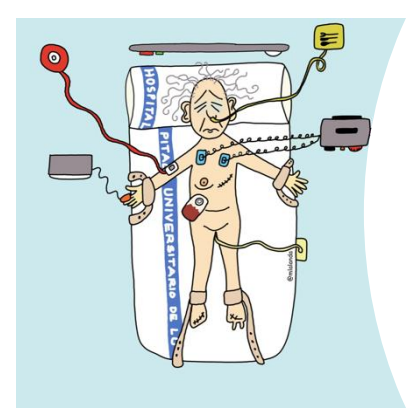
Cuestión 3

En el caso anterior finalmente el internista responsable decide consultar a Digestivo. El digestólogo que le atiende decide practicar endoscopia de urgencia con el siguiente resultado: " Vólvulo de sigma con signos de necrosis y sufrimiento de asas". No se consigue devolvular por alto riesgo de perforación. ¿Qué harías a continuación?



Caso cuestiones 2 y 3

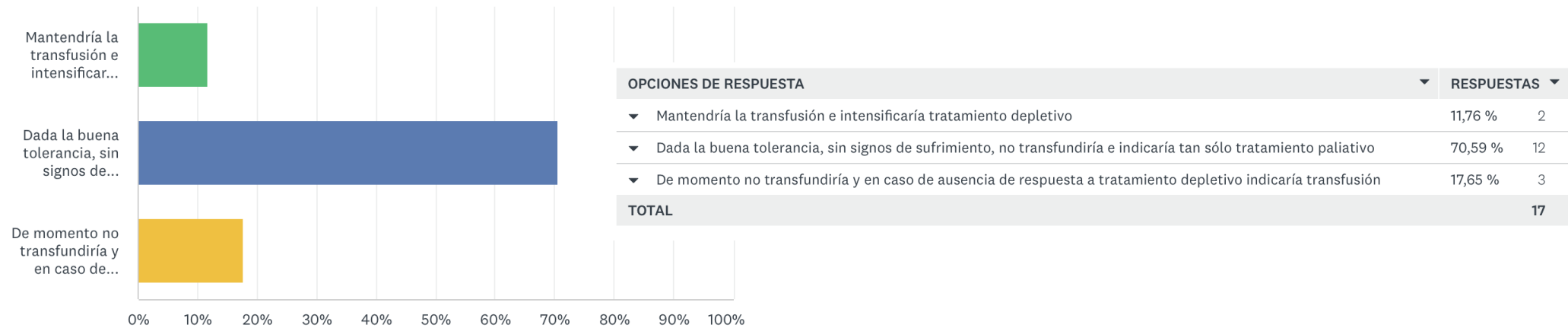
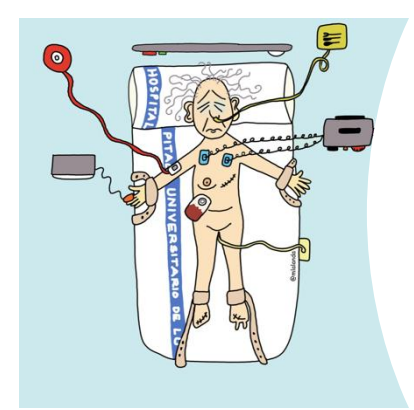
Resolución



- **Intervenido: Hartmann. Se consigue alta a los 6 días.**
- **Sigue vivo**

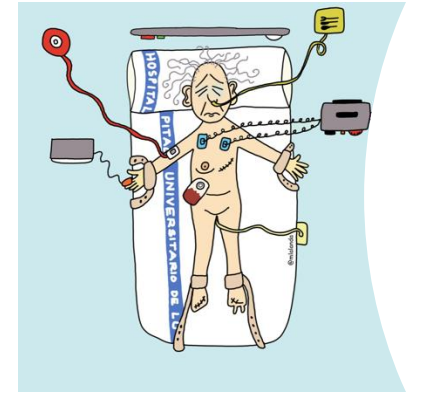
Cuestión 3

Mujer de 90 años de edad, con antecedentes de demencia avanzada (GDS 7, totalmente dependiente, no camina, no come sola, habla sin coherencia). Ingreso reciente en hematología por anasarca en contexto de anemia severa (ferropénica y AHAI con teórico riesgo hemolítico; crioaglutininas -> transfundir en caliente); fue transfundida y recibió Fe iv; múltiples pruebas (estudios hematológicos, ETT, eco abdominal...); trasladada posteriormente a HSJD. Ingresa aprox 1 mes más tarde por edematización generalizada y disnea. Se objetiva anemia severa. EF: IY. Dormida. Sin disnea ni sufrimiento en momento actual. AC: Rítmica. SS. AP: mala colaboración, hipofonesis. Extrem: edemas distales. El médico de guardia gestiona junto con hematología transfusión para el día siguiente. ¿Cuál sería tu actitud ante este caso?



Caso cuestión 4

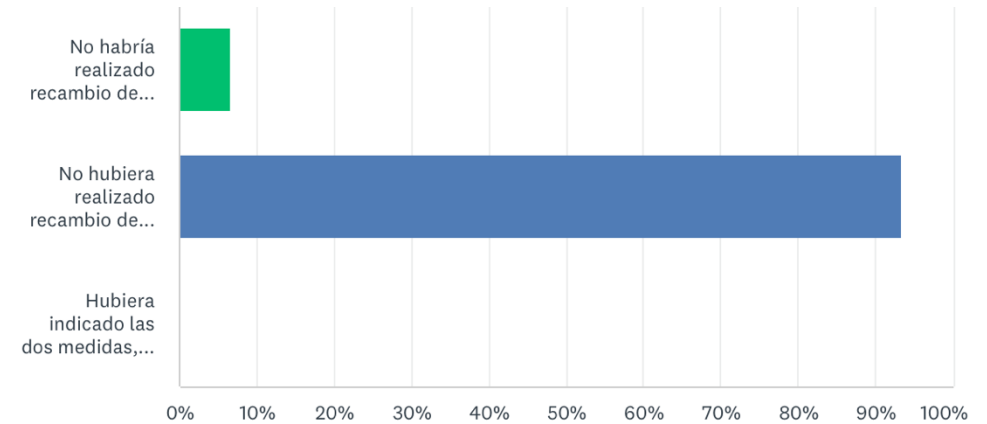
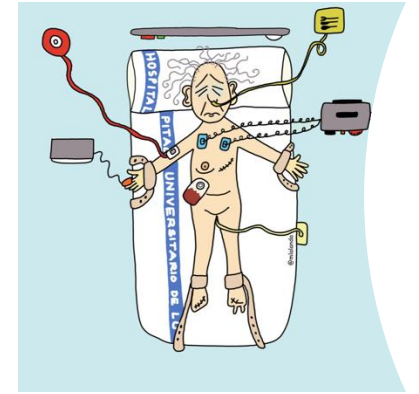
Resolución



- Se habla con familia. Se decide no transfundir ni tratamientos activos, solo tratamiento paliativo.
- Fallece en 72 horas sin sufrimiento

Cuestión 5

Paciente de 96 años. Demencia mixta avanzada (GDS 7; vida cama/sillón, total dependencia), EPOC, insuficiencia respiratoria crónica (OCD), GMSI seguida por hematología, portador de MP permanente por enfermedad del seno desde año 2009. FA anticoagulada con dabigatran. Ingresa por negativa a la ingesta y agitación psicomotriz. Llevaba dos semanas con lesión ulcerada en pie (cultivo positivo para SARM). Es derivado para tratamiento. A su ingreso se objetiva lesión ulcerada pero sin datos de infección. La analítica básica en urgencias no presentaba alteraciones relevantes, con PCR de 22 y PCT normal; no fue posible extracción sanguínea para analítica en planta ni se consiguió canalizar vía periférica. Dos meses antes había ingresado en cardiología de forma programada para recambio de generador de MP, realizado sin aparentes complicaciones. Unos días antes se le había realizado extracción sanguínea indicada por hematología para control de la GMSI. En relación con estas dos actuaciones (recambio de generador de MP y seguimiento de GMSI), ¿cuál es tu opinión?

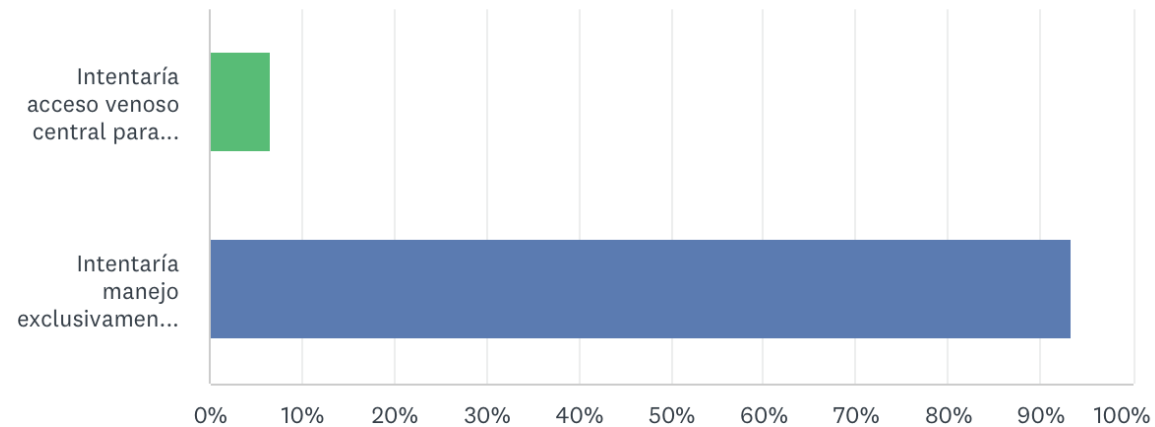


OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
▼ No habría realizado recambio de generador de MP, pues me parece una medida desproporcionada, pero sí me parece correcto el seguimiento analítico de la GMSI	6,67 % 1
▼ No hubiera realizado recambio de generador de MP ni analítica de seguimiento de GMSI. Ambas medidas me parecen desproporcionadas	93,33 % 14
▼ Hubiera indicado las dos medidas, pues me parece que es lo correcto en este paciente	0,00 % 0
TOTAL	15

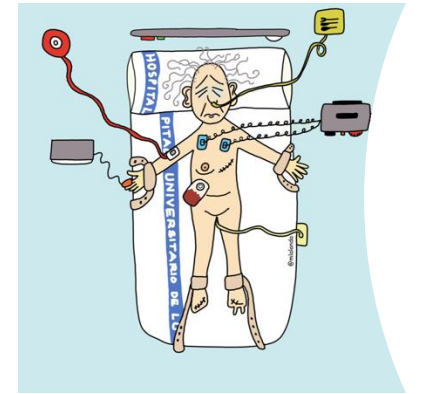
Cuestión 6

En el caso anterior, y en lo que se refiere al actual ingreso, ¿qué actitud adoptarías?

Respondidas: 15 Omitidas: 2

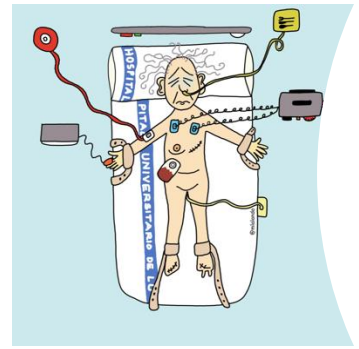


OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
▼ Intentaría acceso venoso central para poder realizar extracción de analíticas y administrar medicación i.v.	6,67 % 1
▼ Intentaría manejo exclusivamente sintomático con medicación oral, s.c. e i.m.	93,33 % 14
TOTAL	15



Caso cuestión 5 y 6

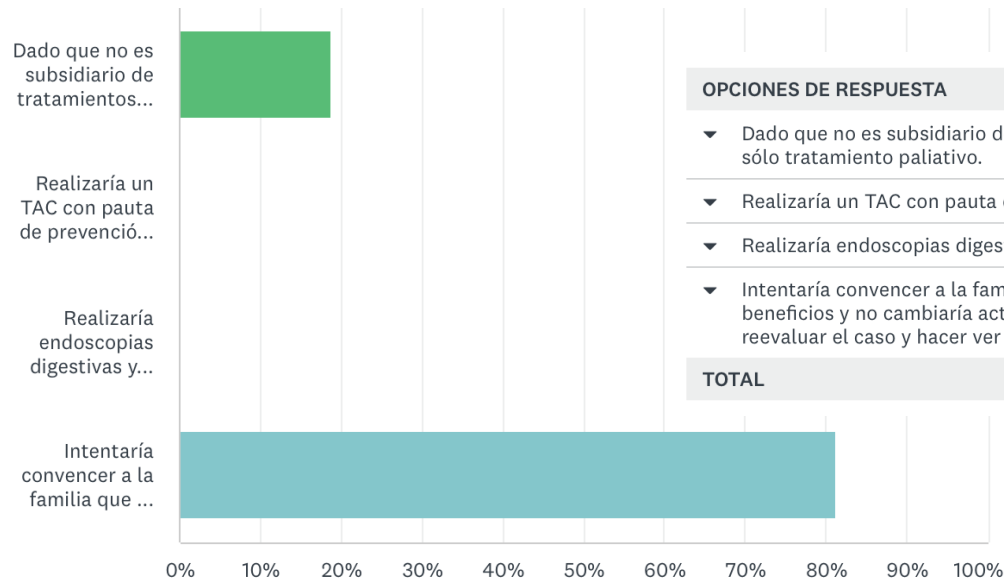
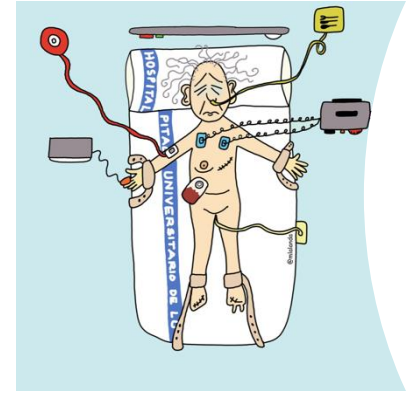
Resolución



- No se le extrajeron analíticas (además teníamos la de hematología de unos días antes). Se manejó con medicación oral, sc e im. No AB.
- Dado de alta en 3 días recomendando activación de ESAD para paliativos domiciliarios. Se retiró dabigatrán y otros tratamientos
- Reingresó unos meses más tarde por IC; tratado, con hipotensión tras diuréticos, negativa a ingesta... Se consiguió alta en 7 días y se realizó mismo consejo de activación de ESAD para tto paliativo exclusivo en domicilio.
- Sigue vivo (a los 5 meses del 1º ingreso y 7 del recambio generador MP). Seguido por ESAD. Ha hecho decúbito de MP.

Cuestión 7

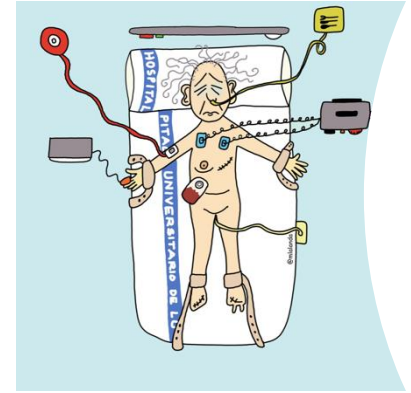
Varón de 89 años. Antecedentes de EPOC, IC, demencia moderada-severa (GDS 6; precisa asistencia para ABVD, camina algunos metros con andador; institucionalizado). Ingresa por agudización respiratoria e IC; se detecta deterioro de función renal (FG 26, previo 70). Con tratamiento convencional a los 7 días mejoría del cuadro cardiorrespiratorio que permitían el alta. En analítica leve y lenta mejoría de función renal (FG 37 a los 7 días). Se realiza ecografía abdominal para estudio de insuficiencia renal hallándose hígado metastásico. La familia entiende que el paciente sólo es subsidiario de tratamiento sintomático, pero les genera inquietud no tener un diagnóstico preciso. ¿Qué actitud te parece la más correcta?



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
▼ Dado que no es subsidiario de tratamientos intervencionistas ni agresivos no realizaría más pruebas, indicando tan sólo tratamiento paliativo.	18,75 % 3
▼ Realizaría un TAC con pauta de prevención de nefropatía por contraste y posteriormente valoraría endoscopias	0,00 % 0
▼ Realizaría endoscopias digestivas y dejaría el TAC para un segundo tiempo si se consigue mayor recuperación de FG	0,00 % 0
▼ Intentaría convencer a la familia que la realización de TAC acarrearía en este caso más inconvenientes que beneficios y no cambiaría actitud y manejo. De todas maneras le daría cita en un mes con nueva analítica para reevaluar el caso y hacer ver que no hay un abandono del paciente	81,25 % 13
TOTAL	16

Caso cuestión 7

Resolución



- Se le dio de alta sin nuevas pruebas y con tratamiento sintomático.
- Se indicó revisión al mes con nueva analítica y si recuperación de FG se replantearía realización de TAC

y... ¿la propuesta?



Revista Clínica Española
Volume 218, Issue 1, January–February 2018, Pages 1-6



Original

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna

Limitation of therapeutic effort in patients hospitalised in departments of internal medicine ☆

R. García Caballero ^{a b c}, B. Herreros ^{a b c}, D. Real de Asúa ^{a c d}, S. Gómez ^e, G. Vega ^f, L. García Olmos ^g

Análisis de fallecidos en planta de hospitalización de M.I. durante 6 meses en 4 hospitales de la Comunidad de Madrid (estudio observacional, descriptivo y retrospectivo)

Tabla 1 Características basales de los 382 pacientes fallecidos

Categoría	
Edad, años	85 ± 10
Sexo, mujeres	204 (53)
Estancia del ingreso, días	11 ± 13
Lugar de residencia	
Institucionalizado	136 (36)
Domicilio	222 (58)
No especificado	24 (6)
Demencia ^a	
No	147 (38)
Leve	35 (9)
Moderada	56 (15)
Grave	109 (29)
Desconocido	36 (9)
Comorbilidad ^b	
Ausente	2 (1)
Leve	15 (4)
Moderada	101 (27)
Grave	251 (68)
Paciente terminal	193 (51)
Muerte inesperada	39 (10)
Sedación pautada	178 (48)
Duración de la sedación, horas	38 ± 45
Tiempo desde el ingreso hasta la orden de «no RCP», horas	85 ± 222
Tiempo desde el ingreso hasta la LET, horas	78 ± 181
Tiempo desde la LET hasta que se pauta la sedación, horas	112 ± 225

Los resultados se expresan como n (%) o como media ± desviación estándar.

LET: limitación del esfuerzo terapéutico; RCP: reanimación cardiopulmonar.

^a Según los criterios de *Clinical Dementia Rating*.

^b Según el índice de Charlson ajustado por edad.

En 318 pacientes (83,7%; IC 95%: 79,3-87,1) se estableció alguna medida de LET, en 254 (66,5%) 2 y en 116(30,4%) al menos 3

Tabla 3 Órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico pautadas

Órdenes	N (%) ^a	IC 95%
No RCP	292 (76,4)	72,1-80,8
No medidas agresivas	113 (16,45)	13,8-19,4
No ingreso en UCI	102 (14,85)	12,3-17,7
No nutrición parenteral	60 (8,73)	6,7-11,1
No antibioterapia	40 (5,82)	4,2-7,8
No realización de pruebas diagnósticas	35 (5,09)	3,6-7,0
No tratamiento quirúrgico	34 (4,95)	3,5-6,8
No terapia renal sustitutiva	17 (2,47)	1,4-3,9
No transfusión de hemoderivados	11 (1,60)	0,80-2,8
No quimio o radioterapia	10 (1,46)	0,70-2,7
No ventilación/intubación	5 (0,73)	0,23-1,7
Otras	1 (0,15)	0,00-0,8

RCP: reanimación cardiopulmonar; UCI: unidad de cuidados intensivos.

^a Un paciente puede tener varias órdenes prescritas.

y... ¿la propuesta?

AET en nuestros pacientes

1. Incrementar la utilización de órdenes de AET en las H.C.

- Intentar que sean claras, visibles y en lugar destacado

2. Estrategia de la oportunidad

- Ver en cada ingreso una oportunidad para identificación y diagnóstico situacional de pacientes susceptibles de AET
- Dejar asentado en informe de alta las decisiones tomadas junto a paciente y familia

Muchas gracias



No olvides apuntar tu asistencia