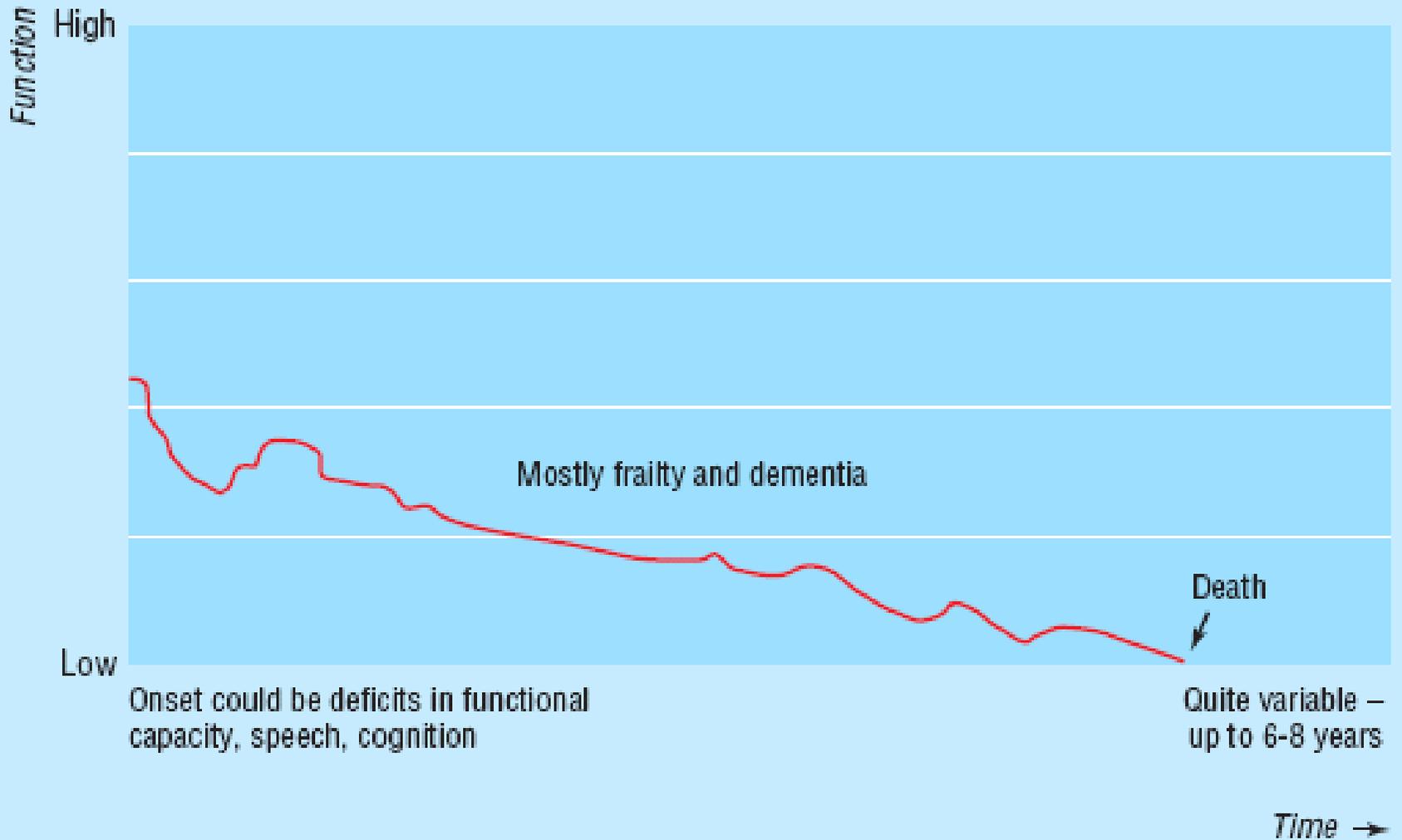


# **Abordaje del paciente con Demencia Avanzada**

**Alberto Romero  
Servicio de Medicina Interna,  
Unidad de Continuidad Asistencial (UCA).  
Hospital el Tomillar. Sevilla.**

# Prolonged dwindling



## Illness trajectories and palliative care

Scott A Murray, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd and Aziz Sheikh

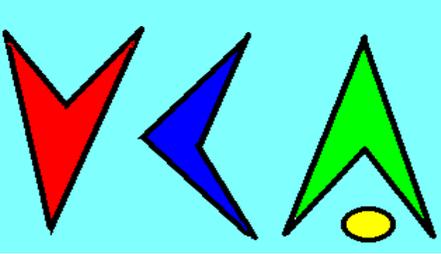
*BMJ* 2005;330:1007-1011



16 15:44

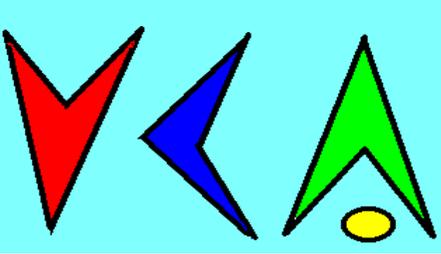
Sen  
CON  
JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERA DE



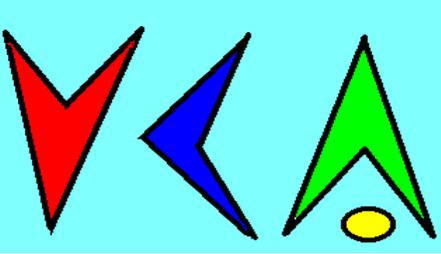
# Cómo surge el proyecto

- Enfermos Paliativos en una Interfase Primaria-Hospital.
- Frecuentes Visitas a Urgencias e ingresos no programados.
- Dispositivo Hospitalario de Soporte Implantado de forma Insuficiente.



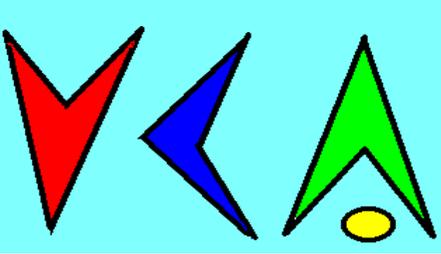
# Diagnóstico del Problema

- **Percepción de un elevado número de ingresos urgentes desde residencias.**
- Se indaga en el problema mediante estudio de las bases de datos y otros medios:
  - CMBD: Número de visitas a Urgencias (5% del total de visitas).
  - B.Datos del Servicio: número de ingresos hospitalarios (10-20% de ingresos H. Crónicos).
  - B.Datos del Servicio: enfermedad más frecuente en residencias: demencia con complicaciones (U.Decúbito, infecciones, SNG).



# Diagnóstico del Problema

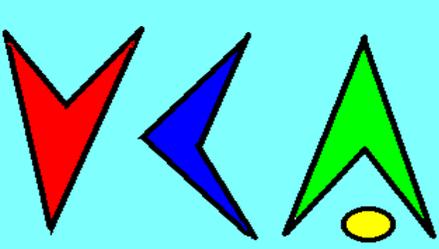
- Encuesta telefónica a los asilos: prevalencia demencia avanzada entre los residentes: 26%.
- Memoria anual del hospital: gasto anual de un hospital de crónicos: más de 4 millones de euros.
- Sesión clínica: presentación de casos clínicos y encuesta sobre manejo para identificar variabilidad y uso de tratamientos no soportados por la evidencia científica.
- Problema relevante: para el hospital, los profesionales, y los cuidadores.



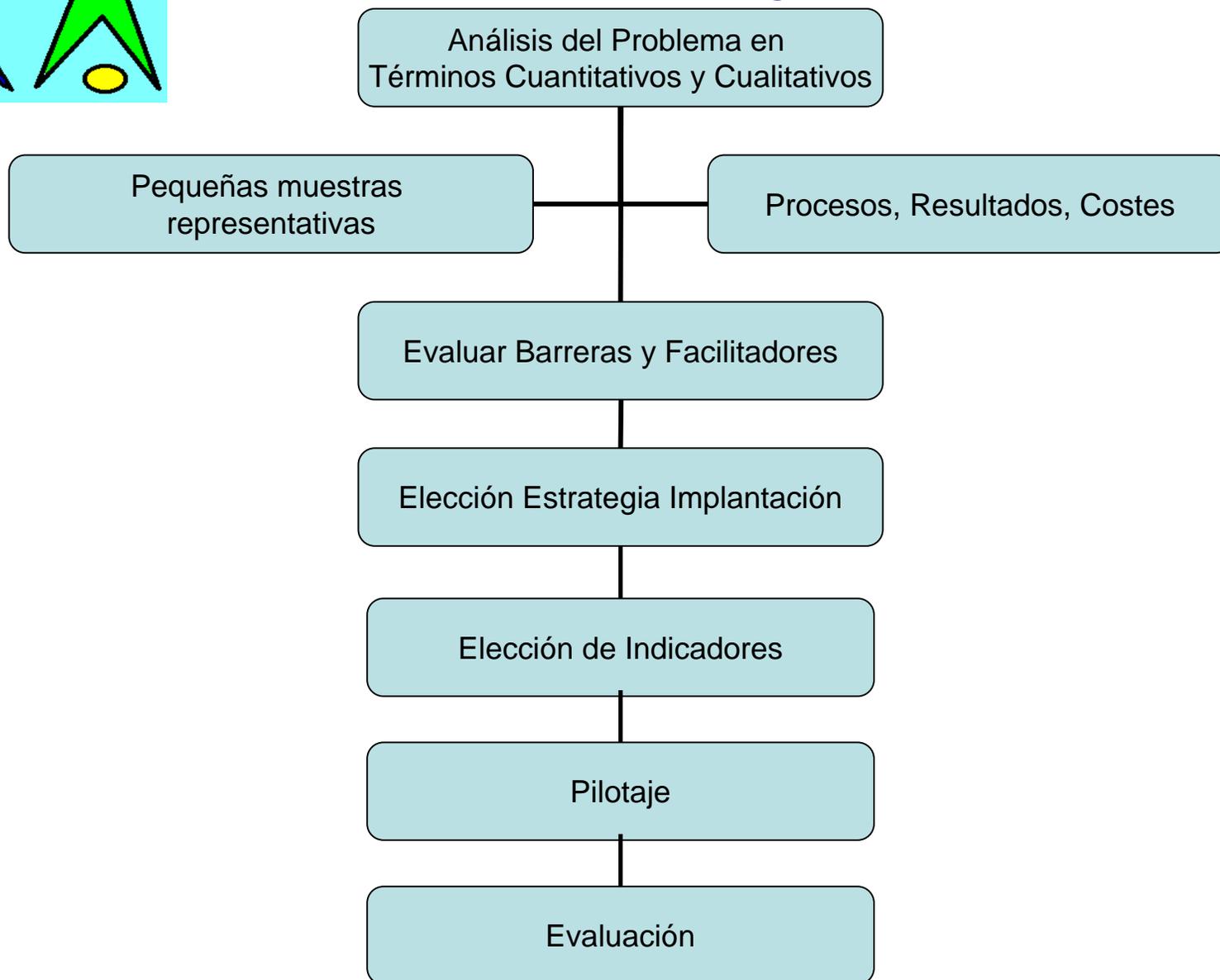
# Datos que se repiten consistentemente

- 30-40% de pacientes no reciben cuidados adecuados.
- 20-25%, los cuidados no son necesarios o incluso son potencialmente dañinos.

Grol, R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225–30

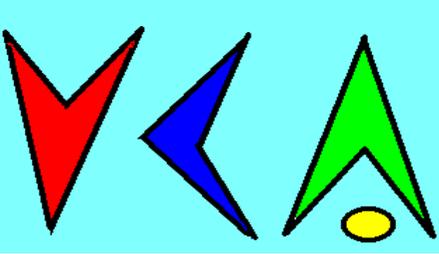


# Plan de Mejora



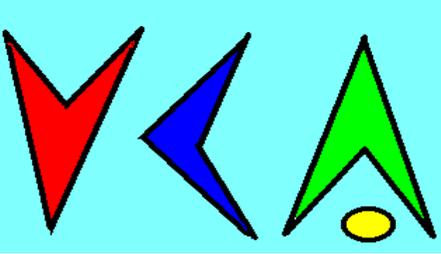
Romero, A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de práctica clínica.

REDEGUIAS-GuiaSalud, 2005. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/docs/Diseño\\_Plan\\_Implantacion\\_GPC.pdf](http://www.guiasalud.es/docs/Diseño_Plan_Implantacion_GPC.pdf)



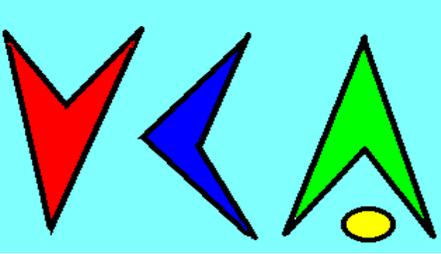
# Barreras a una Práctica Clínica Adecuada en Demencia Avanzada

- Entre los profesionales:
  - Rol paliativo no asumido.
  - Déficit en habilidades comunicativas.
  - Dificultades para establecer pronóstico (desconocimiento literatura, datos locales).
  - Falta de elementos claros en toma de decisiones (variabilidad).
  - Falta de conciencia de costes. Coste-oportunidad.
  - Falta de conciencia del coste personal para cuidadores.



# Ejemplo de Barreras Demencia Avanzada

- Cuidadores:
  - Desconocimiento de la situación paliativa.
  - Decisiones no compartidas con ellos.
- Organizacional:
  - Ausencia de un estándar común que unifique las actuaciones entre Primaria y Hospital.
- Sociedad:
  - Una idea predominante en el público general puede dificultar la práctica clínica adecuada.



## Estrategia Elegida (dirigida a barreras)

- Desarrollo de un protocolo local de manejo, basado en la evidencia.
- Curso de formación continuada.
- Sesiones formativas con A. Primaria.
- Visitas Domiciliarias y a Residencias.
- Taller de formación para cuidadores de pacientes.
- Auditoría y retroalimentación de resultados(indicadores) a los clínicos.



JUNTA DE ANDALUCÍA

Consejería de Salud

PROCESO  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO

DEMENCIA



CONSEJERÍA DE SALUD

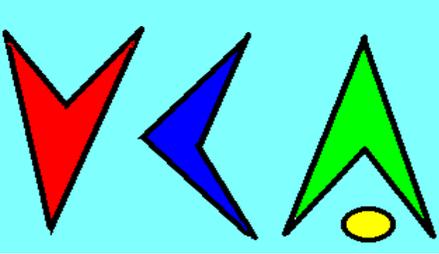
DOCUMENTOS  
DOCUMENTOS  
DE APOYO  
DE APOYO

CUIDADOS PALIATIVOS  
DOMICILIARIOS  
ATENCIÓN INTEGRAL  
AL PACIENTE Y  
SU FAMILIA



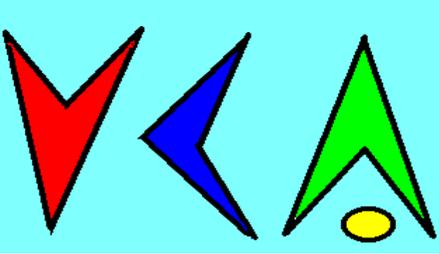
- **Úlcera por presión:**<sup>(30)</sup>

- Es fundamental la prevención. (Anexo 3: Escala de Norton).
  - Higiene correcta evitando la humedad de la piel.
  - Hidratación de la piel.
  - Sábana bajera limpia y sin arrugas.
  - Sábana entremetida para cambios posturales.
  - Protección en las zonas de presión.
  - Colchón antiescaras, si está indicado.
  - Cambios posturales cada dos horas.
  - Dieta rica en proteínas.
- Si aparecen úlceras por presión, se procede de forma habitual en las curas.



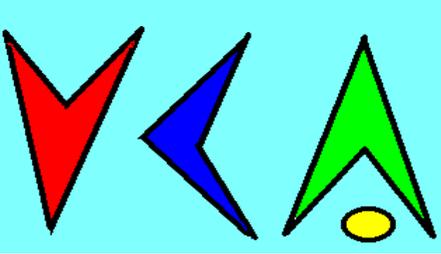
# ¿Hay algo que plantearse?

- -¿Cuál es el pronóstico vital de un paciente con demencia avanzada?
- -¿Cuáles son los factores de mal pronóstico en pacientes con demencia avanzada?
- -¿Cuál es la efectividad de las sondas de nutrición en la demencia avanzada?
- -¿Sufre hambre o sed un paciente con demencia y afagia?
- -¿Sirven los colchones anti-escaras para la prevención y tratamiento de las úlceras por decúbito en dementes avanzados?
- -¿Cuál es el riesgo de un paciente con demencia avanzada y úlcera de decúbito de ser portador de gérmenes resistentes?
- -¿Cuál es la utilidad en hospitales de crónicos y residencias de ancianos, de la política de aislamientos por cultivos positivos de gérmenes resistentes?



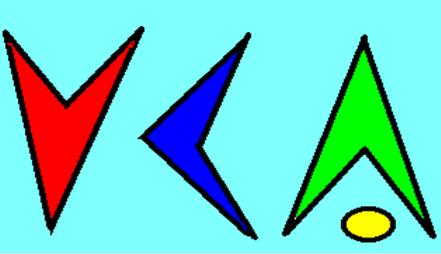
# Hay algo que plantearse?

- -¿Cuánto tarda en cicatrizar una úlcera por decúbito grado 4?
- -¿Cuáles son los apósitos para el tratamiento de las úlceras que tienen utilidad a nivel paliativo?
- -¿En qué proporción de pacientes con demencia avanzada se cierran las úlceras por decúbito?
- -¿Son útiles los injertos para el tratamiento de las úlceras por decúbito en demencias avanzadas?
- -¿Deben utilizarse sondas vesicales para facilitar el cierre de una úlcera por decúbito?
- -¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con demencia avanzada que sufren una neumonía?
- -En caso de hospitalización de un paciente con demencia avanzada por una complicación aguda grave, ¿Cuándo se debe comenzar a plantearse la limitación del esfuerzo terapéutico?



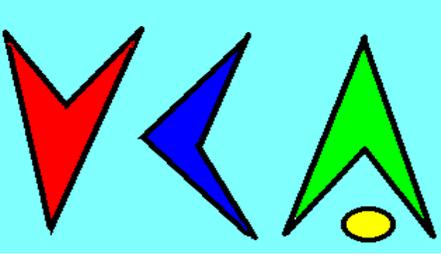
# Método

- Búsqueda de guías sobre demencia en:
  - NGC.
  - GIN.
  - GuiaSalud.
- Revisión bibliográfica con estrategias de búsqueda en:
  - PubMed.
  - Cochrane.
- Artículos de la bibliografía de artículos seleccionados



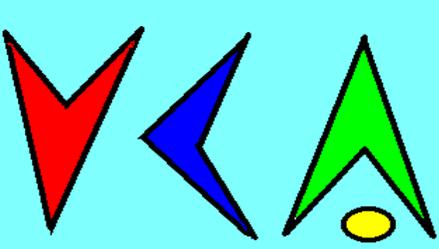
# Preguntas y N° de Estudios

- >25 preguntas sobre el manejo clínico de estos pacientes.
- >1800 artículos cribados.
- 66 artículos finalmente incluidos.



# Método

- Cribado y selección de artículos por un único revisor.
- Elaboración de las recomendaciones teniendo en cuenta los valores de:
  - Los cuidadores.
  - Principios éticos profesionales, religiosos, y legales.
  - La Sociedad: guardianes de recursos valiosos pero limitados (Sanidad Pública).
  - La idiosincrasia local.



## PROTOCOLO LOCAL PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA.

ZONA BÁSICA DE SALUD SEVILLA SUR.  
(Atención Primaria, y Hospitales de Valme, y El Tomillar).

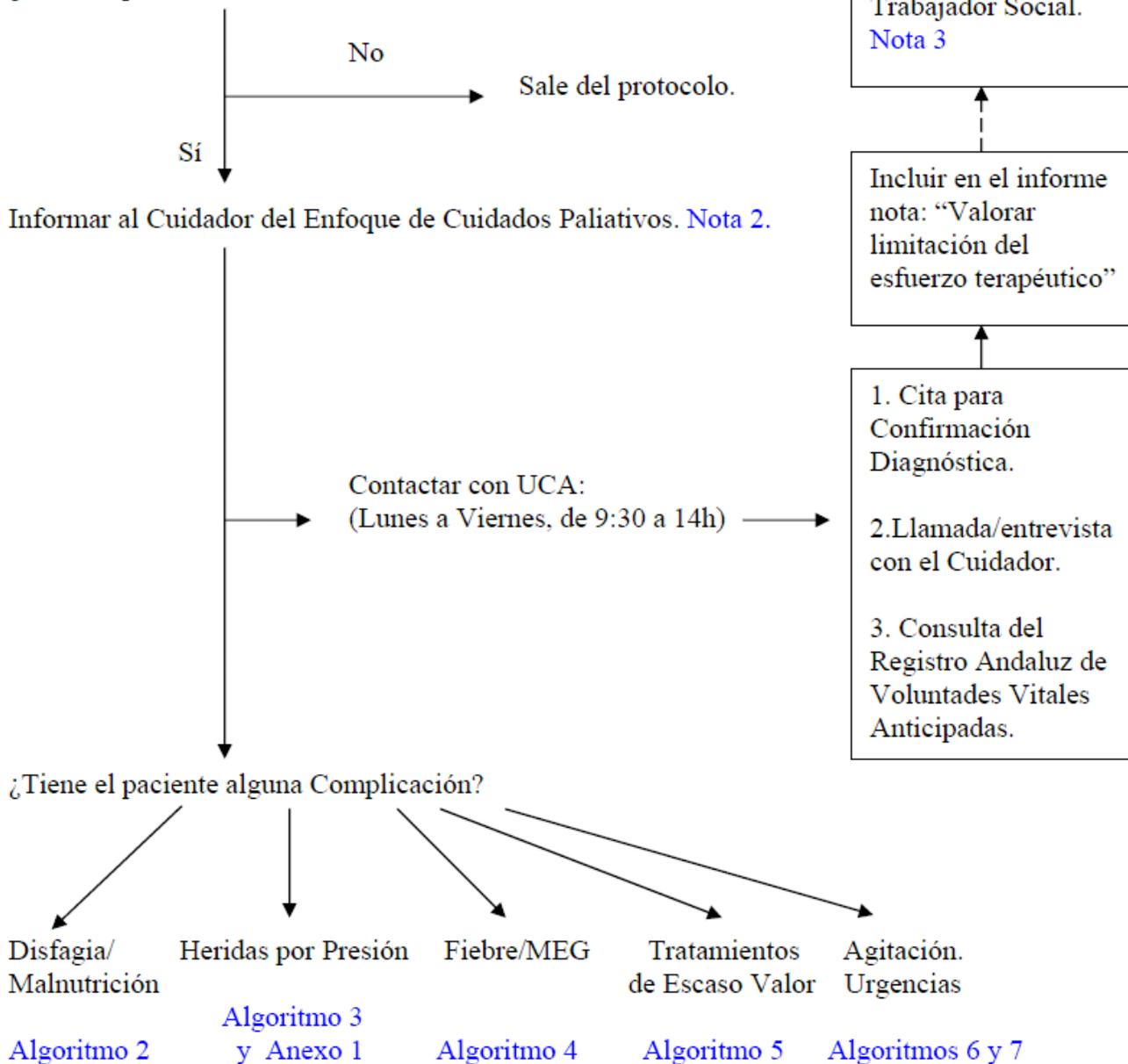


### **Autores:**

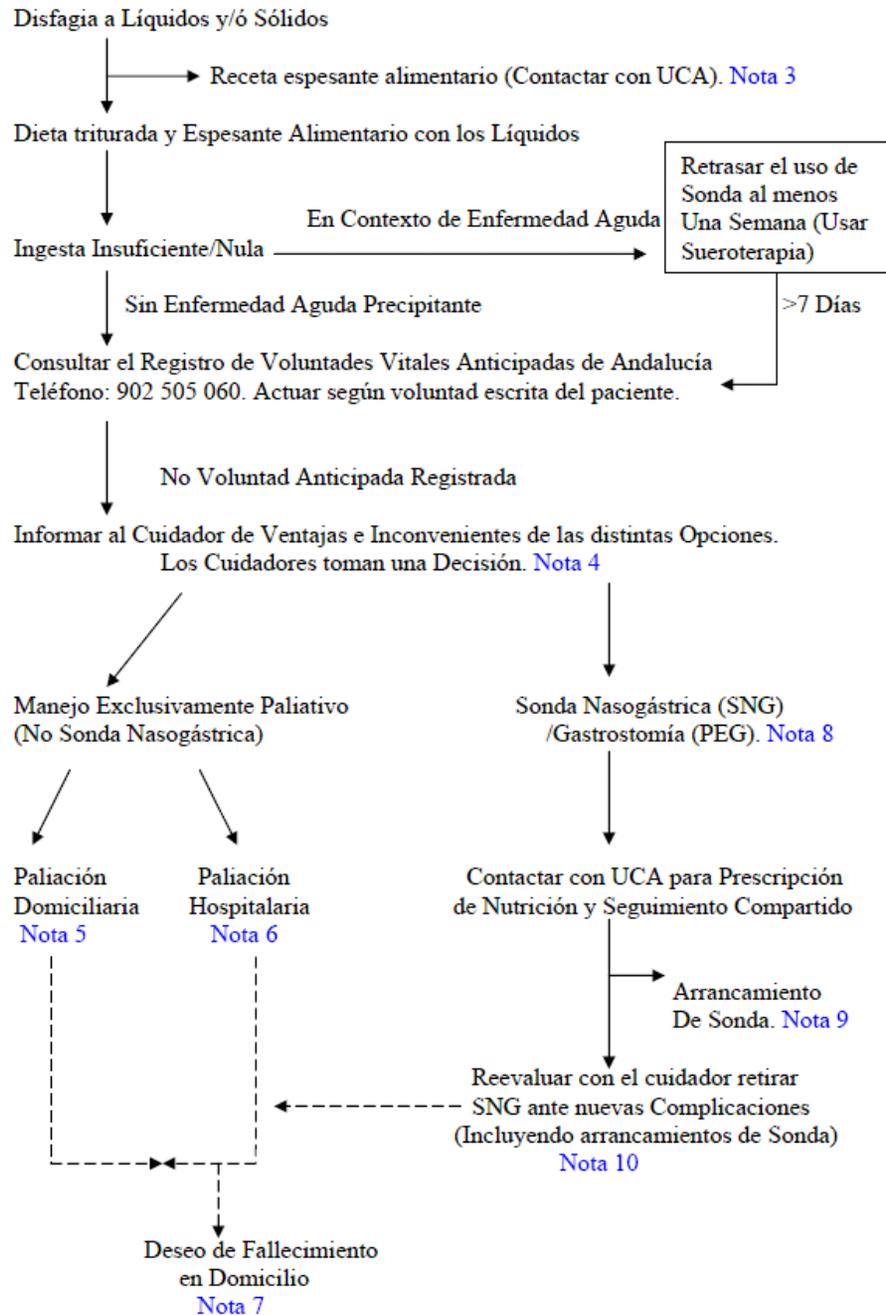
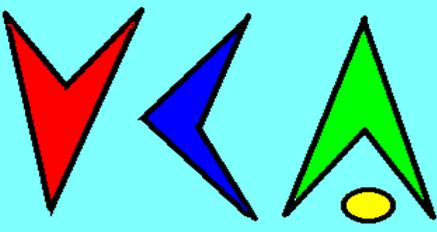
Alberto Romero, Ángel Rodríguez, Ernesto de Villar.  
(Servicio de Medicina Interna, Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). H. El Tomillar).

## ALGORITMO 1.

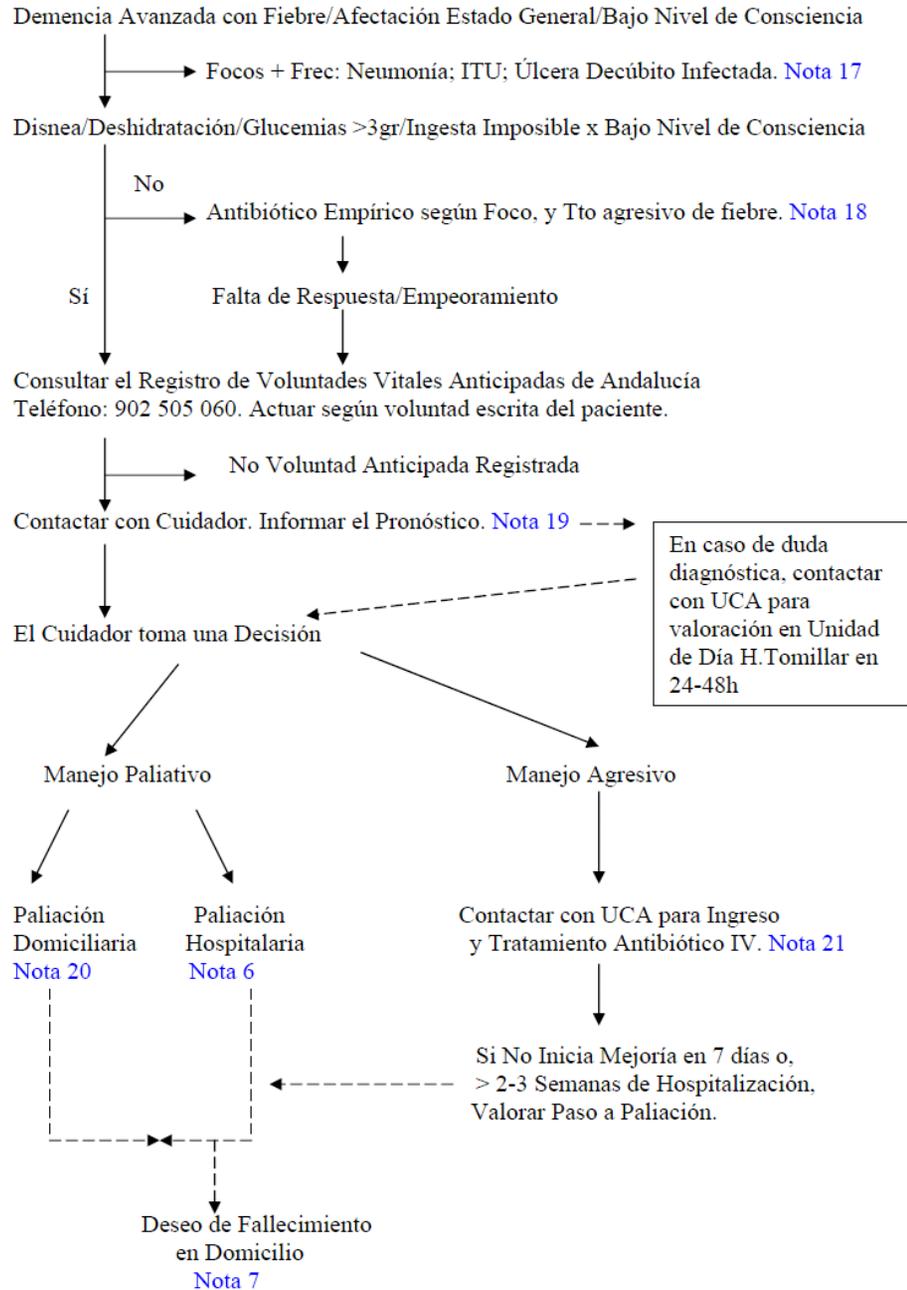
¿Tiene el paciente Demencia Avanzada? [Nota 1.](#)

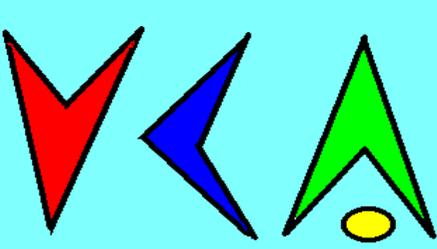


## ALGORITMO 2. DEMENCIA AVANZADA CON DISFAGIA/MALNUTRICIÓN



# ALGORITMO 4. DEMENCIA AVANZADA CON FIEBRE/AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL AGUDO





## ALGORITMO 5. TRATAMIENTOS DE ESCASO VALOR PALIATIVO, CON ELEVADO COSTE ECONÓMICO Y/O ALTO RIESGO DE EFECTOS SECUNDARIOS

### 1. Fármacos Específicos para el Tratamiento de la Demencia y sus Complicaciones.

- Donepezilo, memantina, rivastigmina, galantamina. [Nota 22](#).
- Risperidona y otros antipsicóticos atípicos. [Nota 23](#).

### 2. Fármacos para la Comorbilidad.

- Anticoagulación oral/Heparinas de bajo peso molecular. [Nota 24](#).
- Clopidogrel/Acetilsalicílico. [Nota 25](#).
- Estatinas y otros hipolipemiantes. [Nota 26](#).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina II. [Nota 27](#).
- Inhibidores de la bomba de protones distintos del omeprazol, u omeprazol en formas de presentación especiales. [Nota 28](#).
- Bifosfonatos para la osteoporosis. [Nota 29](#).
- Suplementos nutricionales. [Nota 30](#).

### 3. Determinados tipos de “Colchones Antiescaras”. [Nota 31](#).

4. Medidas de Soporte Vital Avanzado: traslado al hospital por el 061, aminas IV, transfusiones, vía venosa central, nutrición parenteral, ventilación mecánica (invasiva o no invasiva); ingreso en UCI. Estudios Diagnósticos Avanzados: TAC, resonancia, biopsia, endoscopia, determinaciones analíticas no usuales (serología, etc...). [Nota 32](#).

### 5. Cirugía Mayor (Incluyendo amputaciones de miembros inferiores). [Nota 33](#).

**Table 2** Efficacy and safety results from included trials

|                                  | Katz, 1999 <sup>25</sup>                    |                    | De Deyn, 1999 <sup>24</sup>                 |                    | Chan, 2001 <sup>23</sup> |                       | Brodaty, 2003 <sup>22</sup>  |                    | Street, 2000 <sup>26</sup>                    |                   |
|----------------------------------|---|--------------------|---|--------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------|---|-------------------|
|                                  | Risperidone<br>(1 mg/day)<br>(n=148)        | Placebo<br>(n=163) | Risperidone<br>(n=115)                      | Placebo<br>(n=114) | Risperidone<br>(n=29)    | Haloperidol<br>(n=29) | Risperidone<br>(n=167)       | Placebo<br>(n=170) | Olanzapine (5<br>mg/day)<br>(n=55)            | Placebo<br>(n=45) |
| <b>Efficacy</b>                  |   |                    |   |                    |                          |                       |                              |                    |   |                   |
| Clinical end point               | ≥50% reduction in<br>BEHAVE-AD total score* |                    | ≥30% reduction in<br>BEHAVE-AD total score* |                    | Not specified            |                       | CMAI total aggression score* |                    | ≥50% reduction in NPI-NH<br>core total score* |                   |
| No (%) who achieved<br>end point | 67 (45)                                     | 53 (33†)           | 62 (54)                                     | 54 (47)            | —                        | —                     | —                            | —                  | 36 (66)                                       | 16 (36†)          |
| Change in total scores*:         |   |                    |   |                    |                          |                       |                              |                    |   |                   |
| BEHAVE-AD                        | -6.5  | -4.2†              | -8.6  | -6.2†              | —                        | —                     | -6.8                         | -2.3†              | —   | —                 |
| CMAI                             | Raw data not provided†                      |                    | -8.3  | -4.9†              | -8.1                     | -10.0‡                | -7.5                         | -3.1†              | —   | —                 |
| NPI-NH                           | —   | —                  | —   | —                  | —                        | —                     | —                            | —                  | -7.6  | -3.7†             |
| <b>No (%) with effect</b>        |   |                    |   |                    |                          |                       |                              |                    |   |                   |
| Extrapyramidal<br>symptoms       | 19 (13)                                     | 12 (7‡)            | 17 (15)                                     | 13 (11‡)           | Raw data not provided†   |                       | 39 (23)                      | 27 (16§)           | Raw data not provided‡                        |                   |
| Any adverse event                | 121 (82)                                    | 138 (85)           | 88 (77)                                     | 83 (73)            | NR                       |                       | 157 (94)                     | 157 (92)           | NR  |                   |
| Serious adverse<br>events        | 24 (16)                                     | 21 (13‡)           | NR  |                    | NR                       |                       | 28 (17)                      | 15 (9§)            | NR  |                   |
| Withdrawals                      | 45 (30)                                     | 44 (27§)           | 47 (41)                                     | 40 (35§)           | 2 (7)                    | 1 (3§)                | 45 (27)                      | 56 (33‡)           | 11 (20)                                       | 11 (24‡)          |

BEHAVE-AD=behavioural pathology in Alzheimer's disease rating scale; CMAI=Cohen-Mansfield agitation inventory; NPI-NH=neuropsychiatric inventory-nursing home version; NR=not reported.

\*From baseline to end point.

†Significant improvement with risperidone or olanzapine v control (haloperidol or placebo) (P<0.05 considered to be significant).

‡No significant difference.

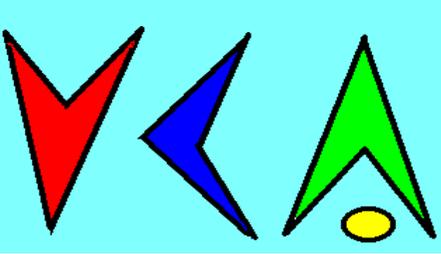
§Significance not reported.



## Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review

Philip E Lee, Sudeep S Gill, Morris Freedman, Susan E Bronskill, Michael P Hillmer and Paula A Rochon

*BMJ* 2004;329:75-; originally published online 11 Jun 2004;  
doi:10.1136/bmj.38125.465579.55



## ¿Qué pasa si no hay evidencias?

- En los casos en los que no se encontraron evidencias o en hallazgos chocantes, se utilizaron nuestros datos locales.
- EL PROTOCOLO HA GENERADO NUEVO CONOCIMIENTO NO EXISTENTE PREVIAMENTE EN LA LITERATURA CIENTÍFICA MUNDIAL.

## Pressure ulcers in advanced dementia may need a different approach.

27 February  
2006



Alberto  
Romero Alonso  
MD,  
Internal  
Medicine  
Specialist  
*Servicio de  
Medicina  
Interna (UCA),  
Hospital El  
Tomillar,  
41700, Seville,  
Spain.,  
Ángel  
Rodríguez  
Hurtado RN,  
Ernesto de  
Villar Conde  
MD, PhD*

Dear Sirs,

Joseph E Gray et al's review makes general recommendations (standard care) for caring patients with pressure ulcers, which in our point of view could be misleading for professionals caring for patients with pressure ulcers and a palliative condition as is advanced dementia.

Advanced dementia has an ominous prognosis, with a high six month mortality rate(1). A grade 4 pressure ulcer could take 3-5 months to heal(2). After doing an extensive literature search we haven't found any study published about the rate of ulcers healed receiving standard care in patients with advanced dementia, so we looked at our local data searching for answers.

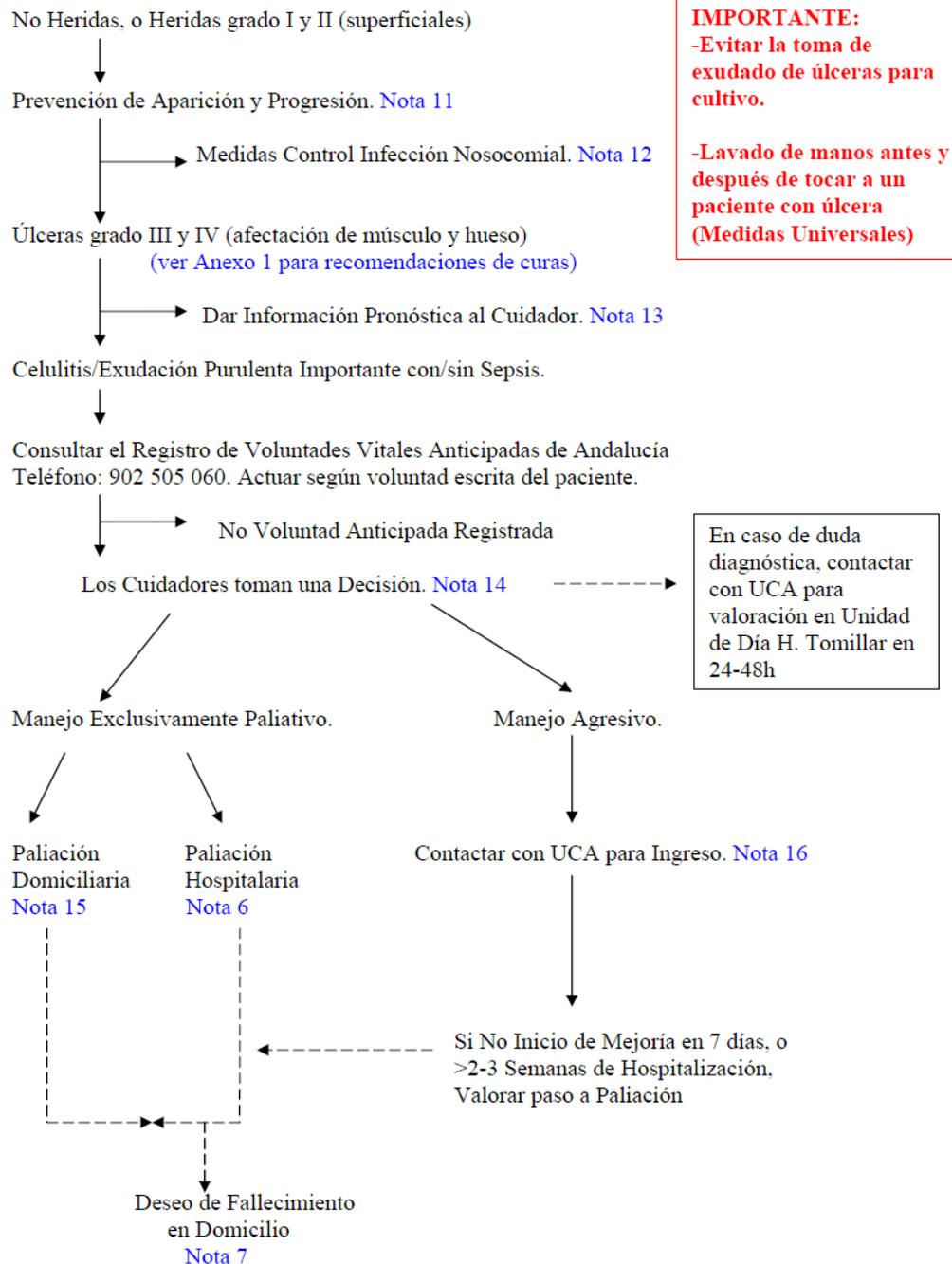
On January 2006 we made a retrospective review of all patients with advanced dementia attended between September 2003 and September 2004 in our unit. Our patients received some components of the standard care (there were not a specific policy of using a palliative approach):

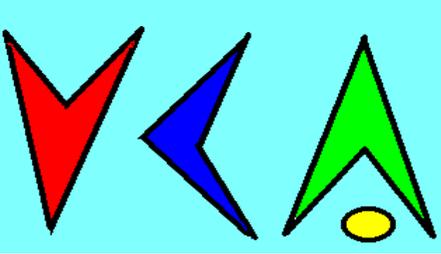
Send response  
to journal:

[Re: Pressure  
ulcers in  
advanced  
dementia may  
need a  
different  
approach.](#)

These striking data highlight the main goal of care of pressure ulcers in advanced dementia: palliation of symptoms instead of trying to heal the ulcers with an aggressive approach. We think that only interventions and dressings directed to controlling pain, malodour, and the excessive exudates should be carried out in these patients(3). This is very important because there are a lot

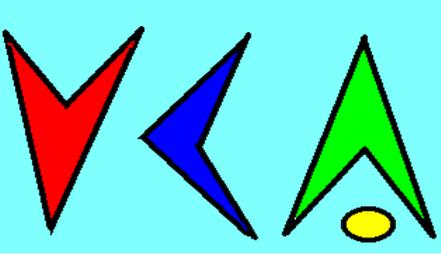
### ALGORITMO 3. DEMENCIA AVANZADA CON HERIDAS POR PRESION





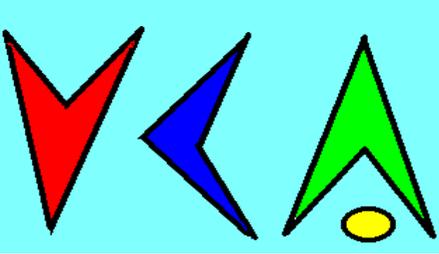
# ¿Qué ocurre a nivel mundial con la Demencia Avanzada?

- No existe ninguna guía sobre la demencia en fase avanzada.
- El programa nacional de guías Inglés (NICE), está elaborando una guía sobre Demencia, que estará terminada a finales de 2006.



# Visitas Domiciliarias

- Visita programada.
- Acordado con Primaria, que facilita un listado.
- Valoración integral: comorbilidad, escalas cognitivo-funcionales, revisión de tratamiento.
- Información pronóstica a la familia. Preparación para toma de decisiones importantes en el final de la vida.
- Teléfono de contacto.
- Informe para el Médico de Primaria y para el Cuidador. Nota valorar LET.
- Seguimiento compartido con Primaria.



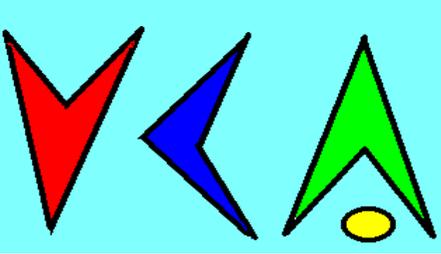
# Situación Actual

## En Marcha

- Pilotaje del protocolo.
- Visitas domiciliarias y a residencias de una localidad.
- Finalizando la fase de revisión interna y externa del protocolo.

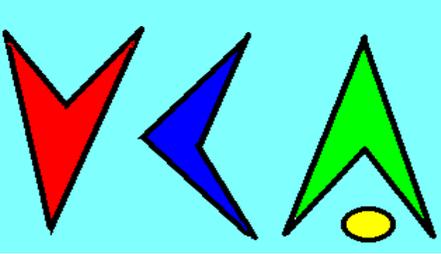
## En próximos meses.

- Publicación del protocolo.
- Selección de indicadores.
- Hoja electrónica de registro y recordatorio.
- Edición de bolsillo del protocolo.
- Análisis coste-efectividad.
- Retroalimentación periódica de resultados a los profesionales.
- Refinado de la estrategia de implantación.



# Conclusiones

- Sensibilidad hacia el cambio en el perfil de paciente atendidos por los internistas y geriatras.
- Abordaje integral a los problemas (de calidad) asistenciales: uso de estándares, detección de barreras, etc...
- Necesidad de liderar los dispositivos de soporte desde los hospitales de crónicos.



Gracias por vuestra  
atención

- Información de contacto:  
[romeroa@telefonica.net](mailto:romeroa@telefonica.net)