



Parc Sanitari
Pere Virgili

I Jornada catalana d'Oncogeriatría



Dr. Josep Majó Llopart

Unitat d'Atenció Intermitèdia Oncogeriatríca i Cures Pal·liatives

Hospital d'Atenció Intermitèdia

Parc Sanitari Pere Virgili

Barcelona, 30 de novembre de 2018



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

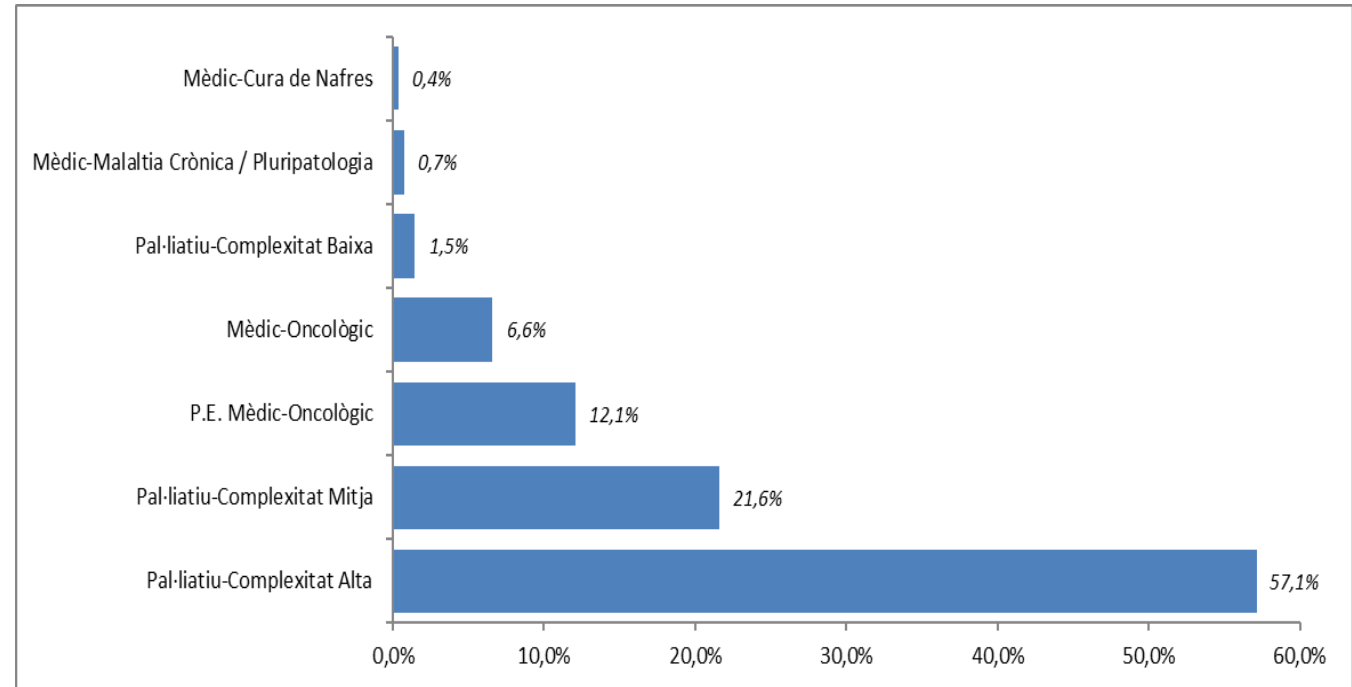
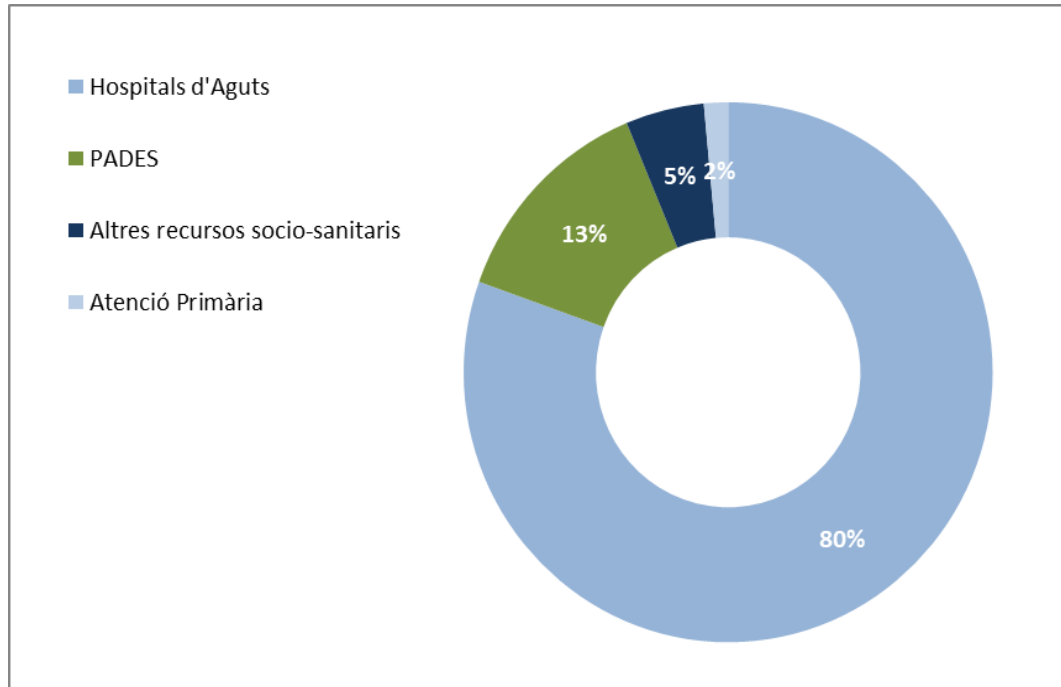


Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

El nostre punt de partida

- Entendre la malaltia com a **recorregut**
- **Entendre el malalt oncològic avançat com a candidat a tractaments**
- **Complexitat assistencial** i **Nivells assistencials**
- **Atenció oncològica i Cures Pal·liatives** com a Eines de tractament
- La importància de la **funcionalitat** en el procés
- **Fragilitat Geriàtrica** com a Eina de Pressa de Decisions

2017



Unitat de Llevant 4:

11 llits individuals

20 llits dobles

Unitat de Xaloc 4:

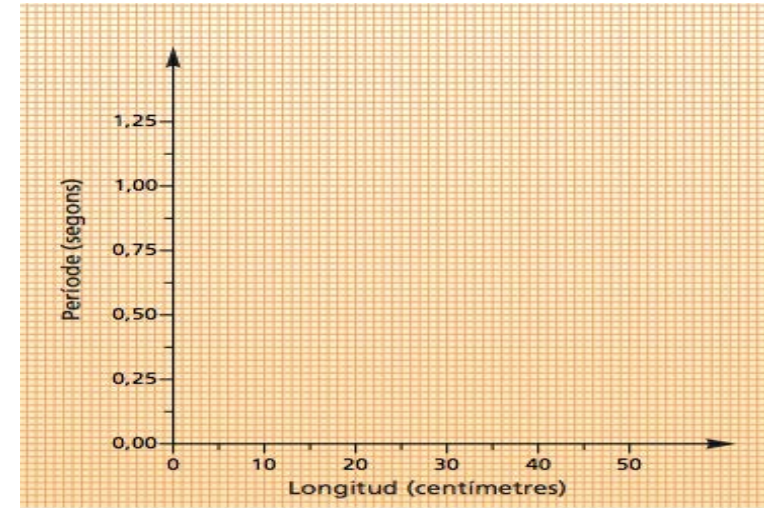
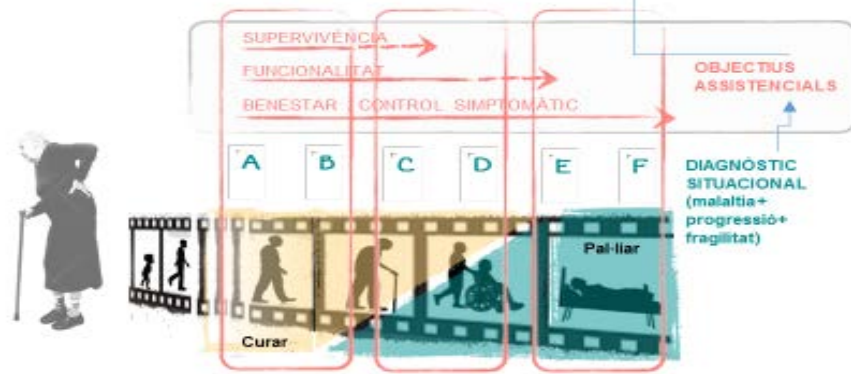
4 llits individuals polivalents



DIAGNÒSTIC SITUACIONAL

ABORDATGE CONCEPTUAL

ADEQUACIÓ DE LA INTENSITAT TERAPÈUTICA I
DECISIONS COMPARTIDES



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Parc Sanitari
Pere Virgili



D	H	O	B	S	H	N	E	P	T	U	N	E	Y
U	E	J	I	H	U	N	Y	S	T	H	A	O	R
D	N	A	U	U	E	E	E	M	A	E	N	W	A
W	N	A	I	P	L	U	T	O	N	A	O	D	H
A	G	H	P	L	I	Z	O	O	E	R	U	S	U
R	D	E	I	H	C	T	M	N	W	T	N	S	H
F	H	Y	H	O	P	B	E	O	Q	H	I	U	E
R	A	C	O	E	A	A	R	R	T	E	O	A	E
U	S	A	T	U	R	N	C	P	L	A	N	E	T
R	T	A	E	H	F	T	U	E	U	L	E	E	E
I	E	U	C	U	F	A	R	O	V	C	E	I	O
A	R	F	A	I	R	A	Y	A	O	E	I	R	H
T	O	A	I	N	I	A	B	E	A	R	N	A	E
O	I	A	T	E	O	E	N	A	A	E	H	U	A
E	D	I	D	D	O	E	D	U	T	S	E	T	S
E	S	Z	E	E	H	O	P	H	S	L	U	M	S

VENUS
EARTH
MARS
CERES
ASTERIODS
JUPITER
SATURN
NEPTUNE
URANUS
PLUTO
DWARF
PLANET
MOON

Definim el model d'Assistencial ?



La Complexitat Clínica ens pot ajudar a **determinar el recurs assistencial més adequat**.

La intensitat de la intervenció pal·liativa especialitzada depèn del grau de complexitat.

Complejidad asistencial en la atención en el final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud.

Esteban-Pérez M et al. Medicina Paliativa 2015; 22(2): 69-80

Es necessita un **model assistencial interdisciplinari** basat en el compromís de coordinació i coresponsabilitat dels diferents nivells assistencials tant en recursos sanitaris convencionals com en pal·liatius específics.

(Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2001)

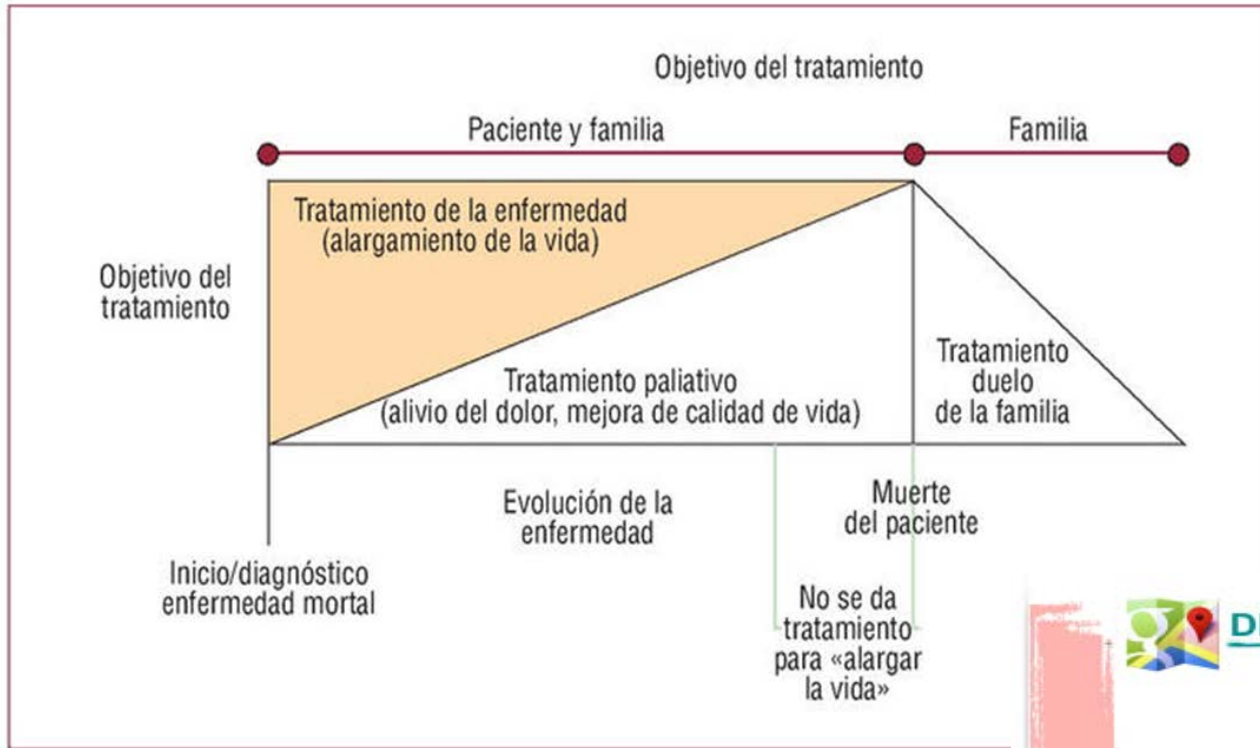
Tuck A, Gómez- Batiste et al. Structure, organization and clinical outcomes in cancer patients of hospital support teams in Spain. BMJ Supportive & Palliative 2012;2:356-362.



¿Hi ha algun punt d'Unió entre Atenció Intermèdia
Oncològica i Cures pal·liatives?

¿Tenim eines per definir un model d'atenció ?



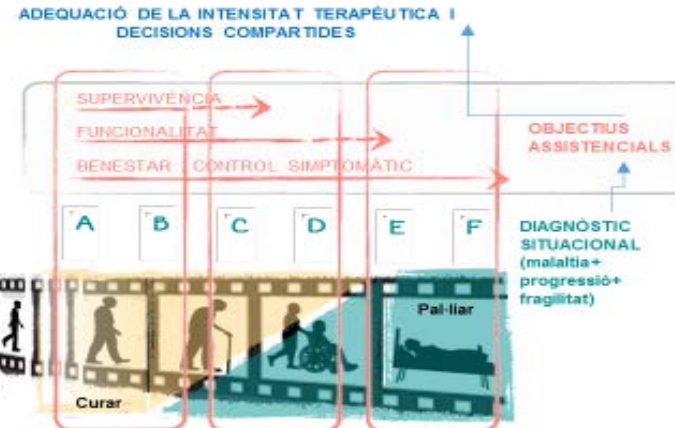


la familia

ABORDATGE CONCEPTUAL

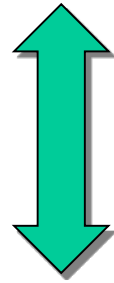


DIAGNÒSTIC SITUACIONAL



Modificada de Jordi Amblàs, tesis doctoral

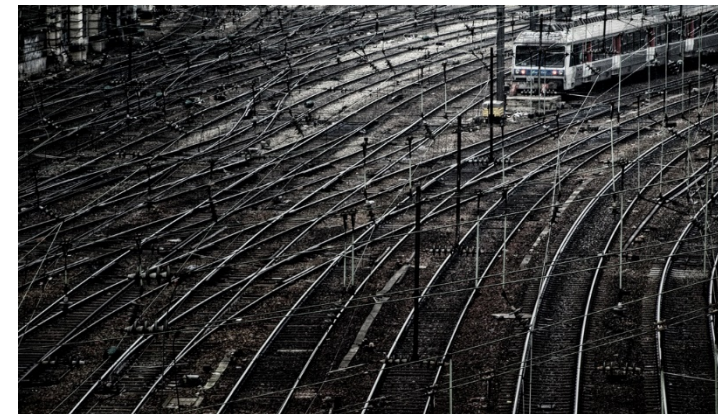
Complexitat assistencial



Fragilitat i Morbilitat

Definició de complexitat

- El conjunt de **característiques emergents** del cas, avaluades des d' **una visió multidimensional** , que en la seva particular interacció confereixen:
- Una especial **dificultat en la PRESSA DE DECISIONS**
- **INCERTESA** en el RESULTAT de la INTERVENCIO TERAPEUTICA
- **NECESSITAT d'intensificar** la intervenció sanitària especialitzada



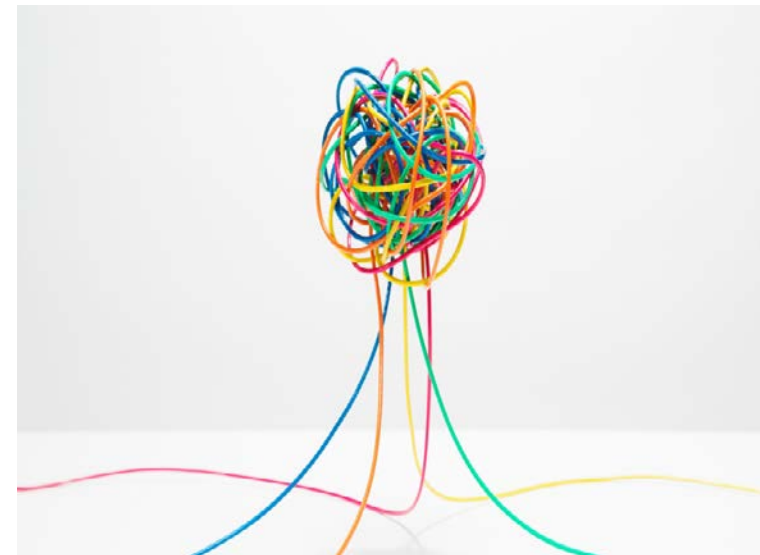
*Codorniu N, Tuca A. Demand of palliative care: nursing case management
Previously to first intervention of palliative care team. 9th EAPC Congress 2005 Aachen, Germany, April 2005*

MODEL ASSISTENCIAL DE REFERENCIA :

Necessitats físiques.
**Necessitats psicològiques-
emocionals.**
Necessitats socio – familiars.
Necessitats espirituals.
**Necessitats relacionades directament
amb la mort (SUD, dol i les pèrdues).**
Aspectes ètics.

A cada àrea es descriuen:

- Base conceptual i definicions consensuades.
- Situacions habitualment complexes.
- Criteris de complexitat seleccionats.
- Agrupació dels criteris en 3 nivells de complexitat:
baixa, mitja i alta.



M. Esteban-Pérez et al. *Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles.* Med Pal. 2015; 2: 69-80

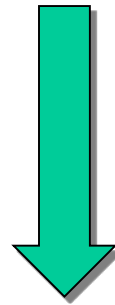


SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

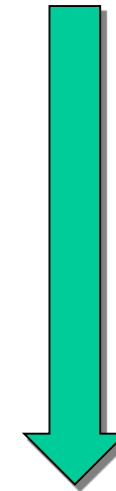
L'oncogeriatría és una disciplina a on convergeixen tres aspectes claus de la nostra necessitat demogràfica i sanitària



Envel·liment població



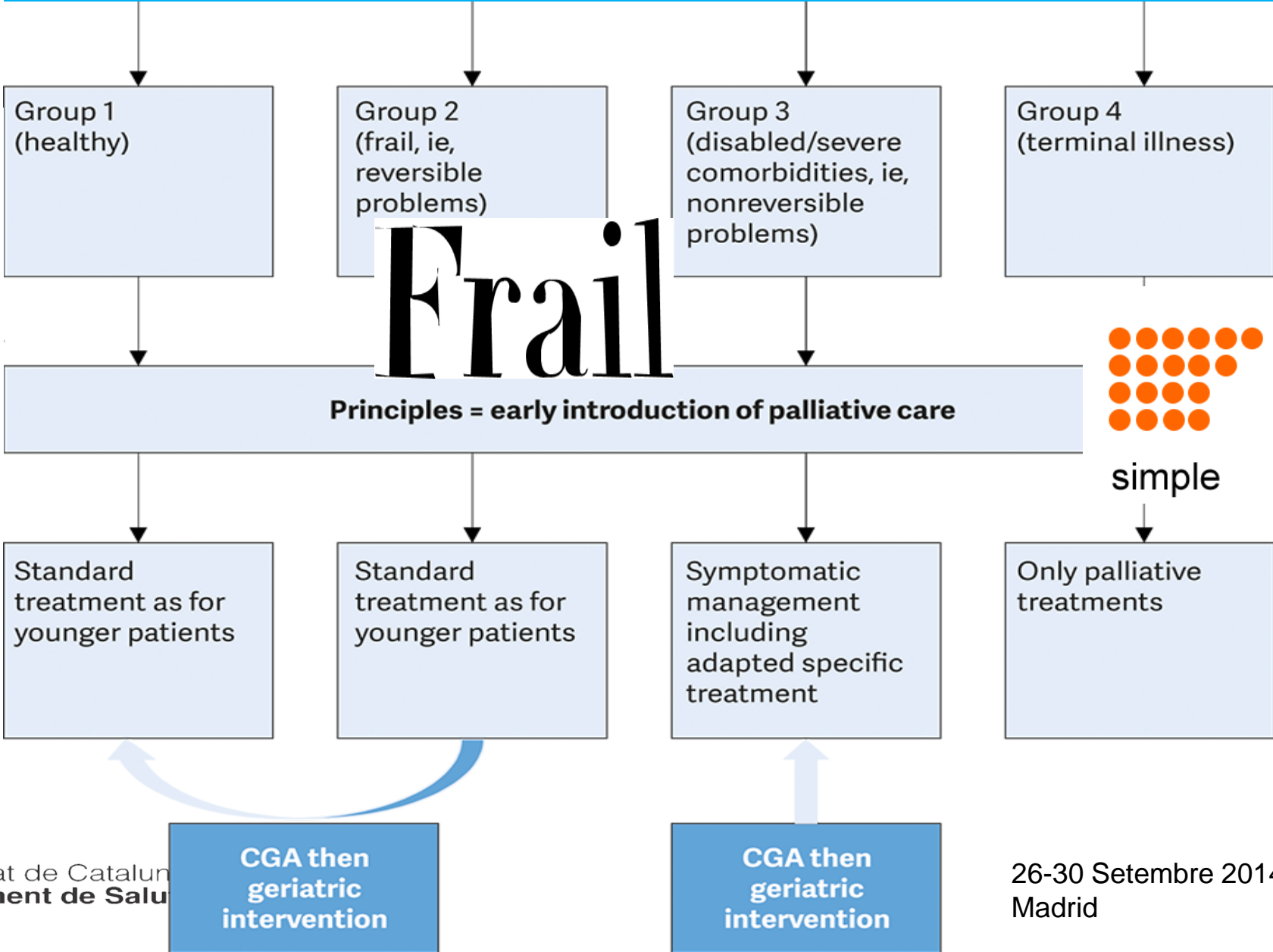
Major incidència càncer
en pacient edat avançada



Complexitat del maneig
en pacient ancià



SiOG Classification of Health Status 2010



Valoració oncològica/Pal·liatiu vs Valoració geriàtrica

AREES DE COMPLEXITAT

VGI

- ❑ Necessitats físiques
- ❑ Necessitats emocionals
- ❑ Necessitats sociofamiliars
- ❑ Necessitats espirituals
- ❑ Necessitats relacionades amb la S.U.D
- ❑ Dilemes ètics

- ❑ Valoració mèdica
- ❑ Valoració mental
- ❑ Valoració funcional
- ❑ Valoració social

A on ens porta tot això?



- Malgrat la major **supervivència** dels pacients amb càncer, **els protocols d'abordatge** van ser desenvolupats per a pacients més joves.
- Per atendre adequadament les persones grans amb complexitat és necessari **individualitzar les intervencions** basant-se en el **diagnòstic situacional**, que inclou la **valoració de la fragilitat**.



Tabla 1. Estimación del número de nuevos casos en el mundo para los años 2012 y 2035.

Año	Número estimado de nuevos cánceres (todas las edades)	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
2012		7.410.376	6.657.518	14.067.894
	< 65 años	3.537.216	3.846.166	7.383.382
	> = 65 años	3.873.160	2.811.352	6.684.512
2035		13.142.205	10.838.653	23.980.858
	< 65 años	5.043.994	5.246.930	10.290.924
	> = 65 años	8.098.211	5.591.723	13.689.934
	Cambio demográfico	5.371.829	4.181.135	9.912.964
	< 65 años	1.506.778	1.400.764	2.907.542
	> = 65 años	4.225.051	2.780.371	7.005.422

Fuente: GLOBOCAN 2012. Global Cancer Observatory. IARC 2018.

Los tumores más frecuentes a nivel mundial fueron los de pulmón, mama, colorrecto, próstata, estómago e hígado.

Per què un model onco-geriàtric?

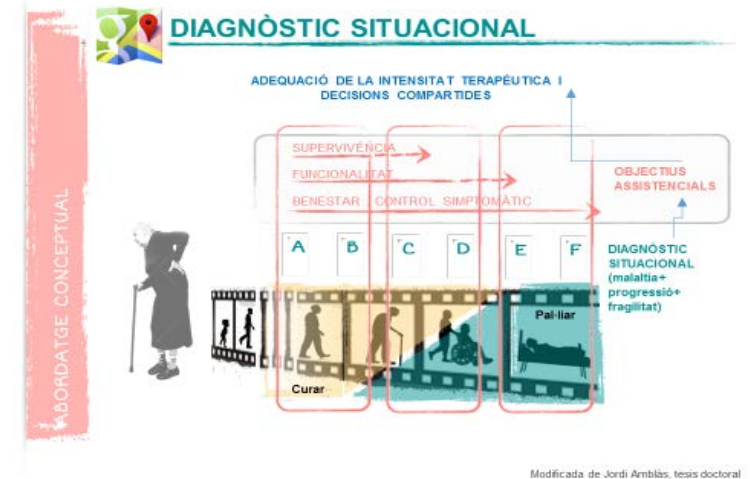
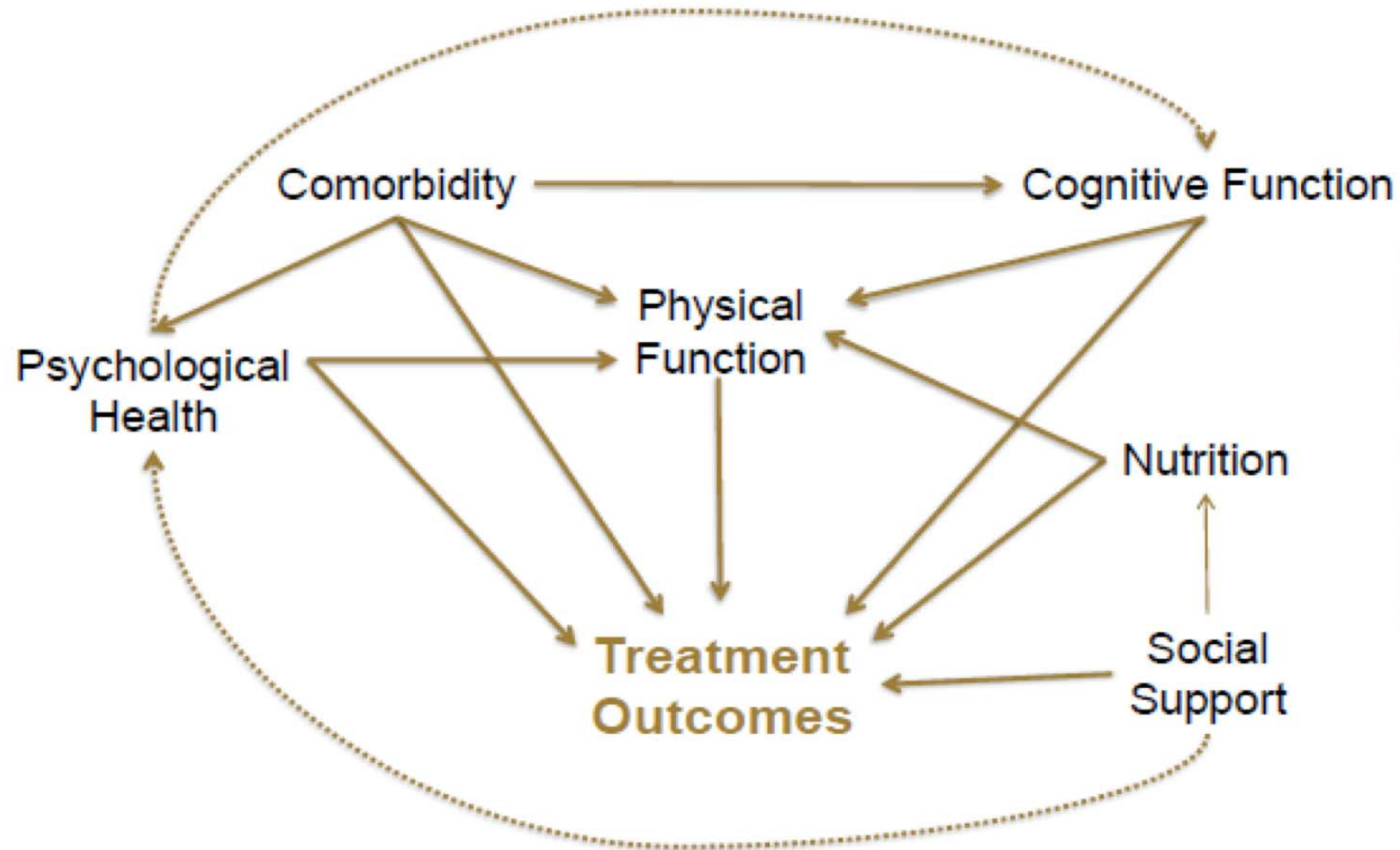
Oncologia

Diagnòstic i
coneixement de
malaltia

Tractament nous i “de
precisió”: resposta i
complicacions



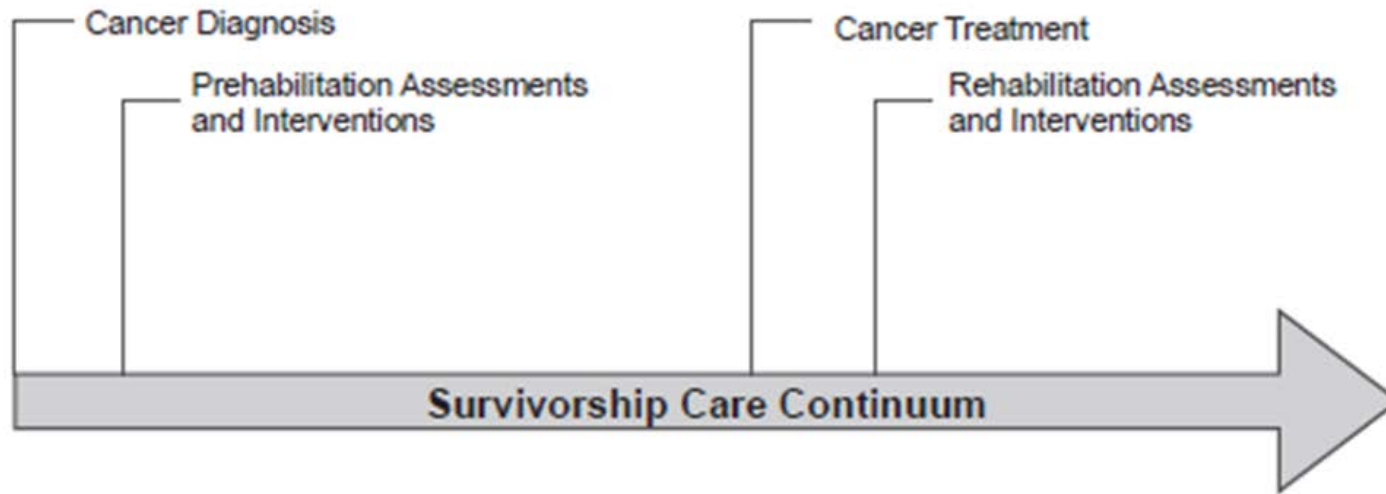
The complexity of aging complicates treatment of older cancer patients



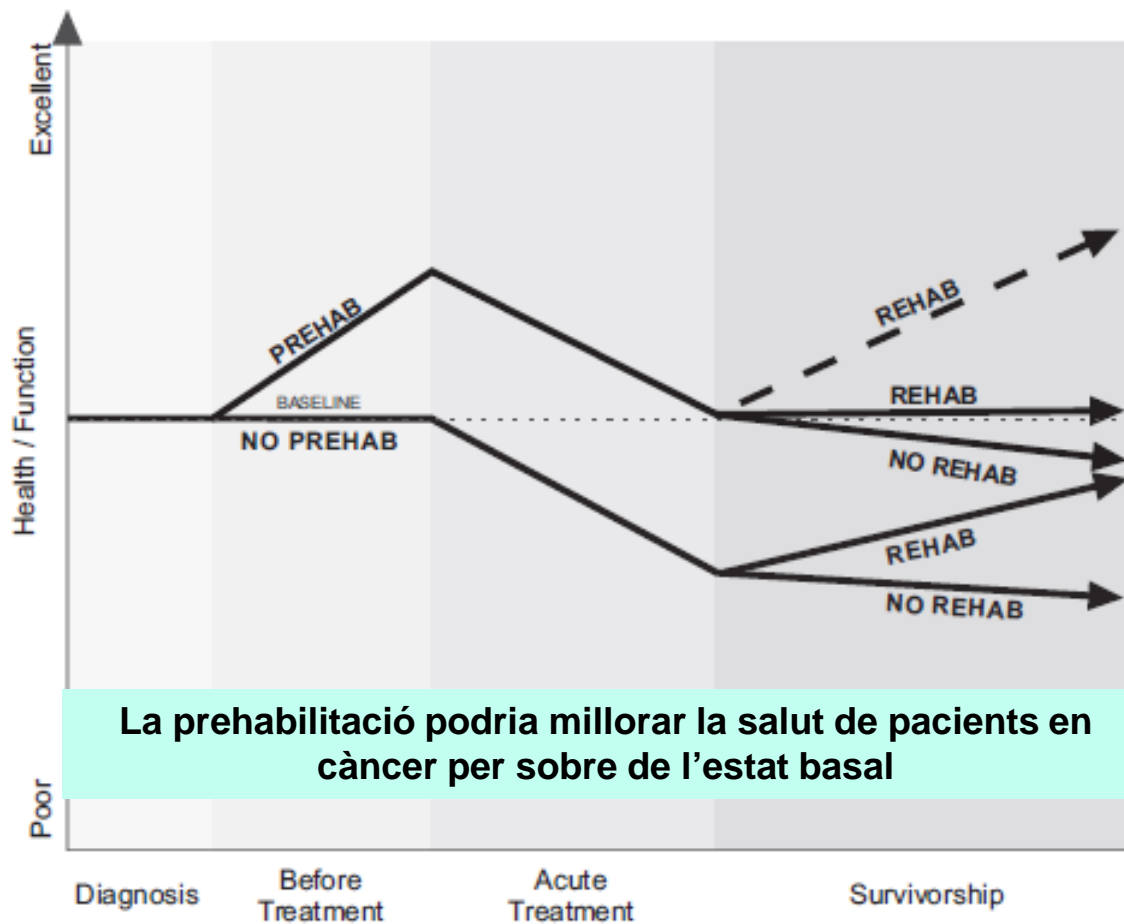
FISIOTERÀPIA



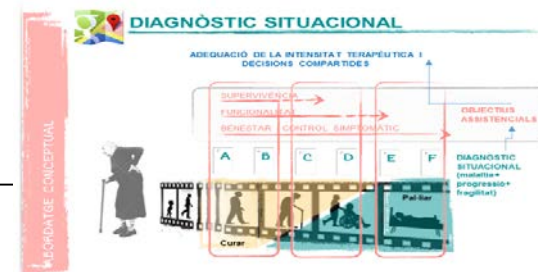
Modificada de Jordi Amblàs, tesis doctoral



Moment de la **Prehabilitació** en el continu del tractament del càncer Jk Silver (2014)



La prehabilitació podria millorar la salut de pacients en càncer per sobre de l'estat basal



Prehabilitation may improve health above baseline status. Reproduced from the STAR Program and used with permission from McKesson Corporation and/or one of its subsidiaries. J.K Silver. 2014

FISIOTERAPIA



Objectius realistes



Adaptació en funció de la progressió de la malaltia



- La capacitat funcional i la fatiga
- La massa i el to muscular
- La flexibilitat i la mobilitat articular
- L'equilibri i la coordinació
- Els efectes secundaris del tractament oncològic
- La imatge corporal
- L'estat d'ànim.

PREVENTIU



REHABILITADOR



PAL·LIATIU

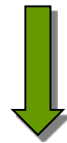
TERÀPIA OCUPACIONAL



VALORACIÓ GLOBAL DE LA CAPACITAT FUNCIONAL

Detecta **limitacions i restriccions** per l'activitat significativa per a la persona.

Afavorir, segons **VOLUNTAT I NECESSITATS**



QUALITAT DE VIDA

PREVENTIU



SUPORT



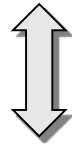
PAL·LIATIU



TERÀPIA OCUPACIONAL

- Assessorament de **productes de suport**
- **Limitar l'impacte** de la malaltia avançada, reduint intensitat dels símptomes
- **Promoure l'autonomia personal** segons DESIG I DECISIONS PACIENT
- Pactar i consensuar **OBJECTIUS TERAPÈUTICS** pacient i família
- **Educació sanitària** família/cuidadors en TRANSFERÈNCIES I ABVD
- Afavorir la realització d'activitats significatives, segons **MOTIVACIONS I INTERESSOS**

ATENCIO INTEGRAL. ASPECTES FÍSICS, EMOCIONALS, SOCIALS, ESPIRITUALS.



ATENCIO CONTINUADA I INDIVIDUALITZADA



Consens Oncogeriatría SCGiG



Índex Barthel: Candidat a tto oncoespecífic (≥ 80)
Lawton Brody: TTO oncoespecífic (homes ≥ 5 , dones ≥ 7)
Minimental: Pendent de consensuar punts de tall
Estat d'ànim: Com es sent d'ànims?
Estat nutricional: MNA-SF
CIRS-G: Adaptació pràctica.
Treball Social: Té suport social efectiu?
Sd's geriàtriques a valorar: Caigudes, Delirium, Disfàgia, Restrenyiment, Insomni, Polifarmàcia
Test de fragilitat: *Test timed up and go* (<10 segons), SPPB
Paràmetres analítics: Hb, FG, albúmina.



Objectius SPPB. Short Physical Performance Battery

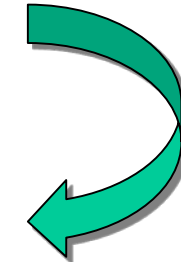
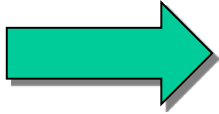


Valorar la **utilitat pronòstica** del **SPPB en pacients geriàtrics**
amb **malaltia oncològica avançada**.

Material i mètodes



- Pacients amb **càncer avançat** derivats des d'un servei universitari d'oncologia a una Unitat d'Atenció Intermèdia oncogeriàtrica.
- Pacients avaluats entre Juliol 2016 i Juliol 2018.
- **Avaluar SPPB en relació al moment d'ingrés a l'Atenció intermèdia.**
- **Com mesura de resultat: utilitzem el seguiment de la mortalitat (variable "resultat") a l'alta hospitalària.**



Descriptius

N = 69	M (DE)	Rang (mín – màx)
SPPB total	4,80 (4,05)	0 – 12
Barthel	62,97 (27,35)	5 – 100
MNA-SF	8,46 (3,21)	1 – 14
Hemoglobina	11,14 (1,93)	7 – 20
Albúmina	3,44 (2,67)	2 – 25
Estades	39,98 (27,14)	2 – 90

L'única correlació significativa que es va trobar va ser entre les puntuacions del Barthel i de l'SPPB ($r=0,421$, $p>0,001$)

Descriptius

	N (%)
Pfeiffer (No deteriorament cognitiu)	66 (95,7%)
Charlson (Presència comorbiditat)	69 (100%)
Té suport social efectiu? (No)	37 (53,6%)
Risc caigudes (Sí)	54 (78,3%)
Delírium (Sí)	3 (4,3%)
Disfàgia (Sí)	8 (11,6%)
Polifarmàcia (Sí)	68 (98,6%)
Funció glomerular (<90)	27 (39,1%)

Descriptius

N = 69	n (%)
Domicili	29 (42%)
LLEE i Recurs geriàtric	9 (13%)
Hospital de referència	12 (17,3%)
Èxitus	19 (27,5%)

Ajustat per **índex de Barthel, Albúmina, MNA-SF**, el SPPB ha mostrat ésser un **predictor de mortalitat** ($t_{49,642} = -3,367$, $p = 0,001$, IC95% $-4,655 - -1,176$)

N = 69	M (DE)
SPPB Èxitus (n = 19)	2,68 (2,75)
No èxitus (n = 50)	5,60 (4,19)

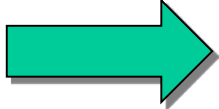
Per cada punt de SPPB que disminueix, augmenta la probabilitat de morir a l'alta, aproximadament en un 26%.

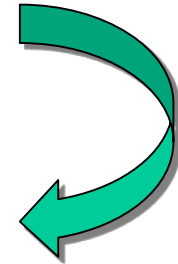
Objectius IF-VIG



Valorar la **utilitat pronòstica** del **IF-VIG** en **pacients geriàtrics**
amb **malaltia oncològica avançada**.

Material i mètodes

- 
- Pacients amb **càncer avançat** derivats des d'un servei universitari d'oncologia a una Unitat d'Atenció Intermèdia oncogeriàtrica.
 - Pacients avaluats entre Febrer 2017 i Febrer 2018.
 - **Avaluar el IF-VIG en relació al moment al ingrés a Atenció intermèdia**, considerant fragilitat un IF-VIG>0,36 (segons literatura).
 - **Com mesura de resultat: utilitzem el seguiment de la mortalitat (variable “resultat”) durant 1 any.**



Índex Fràgil-VIG

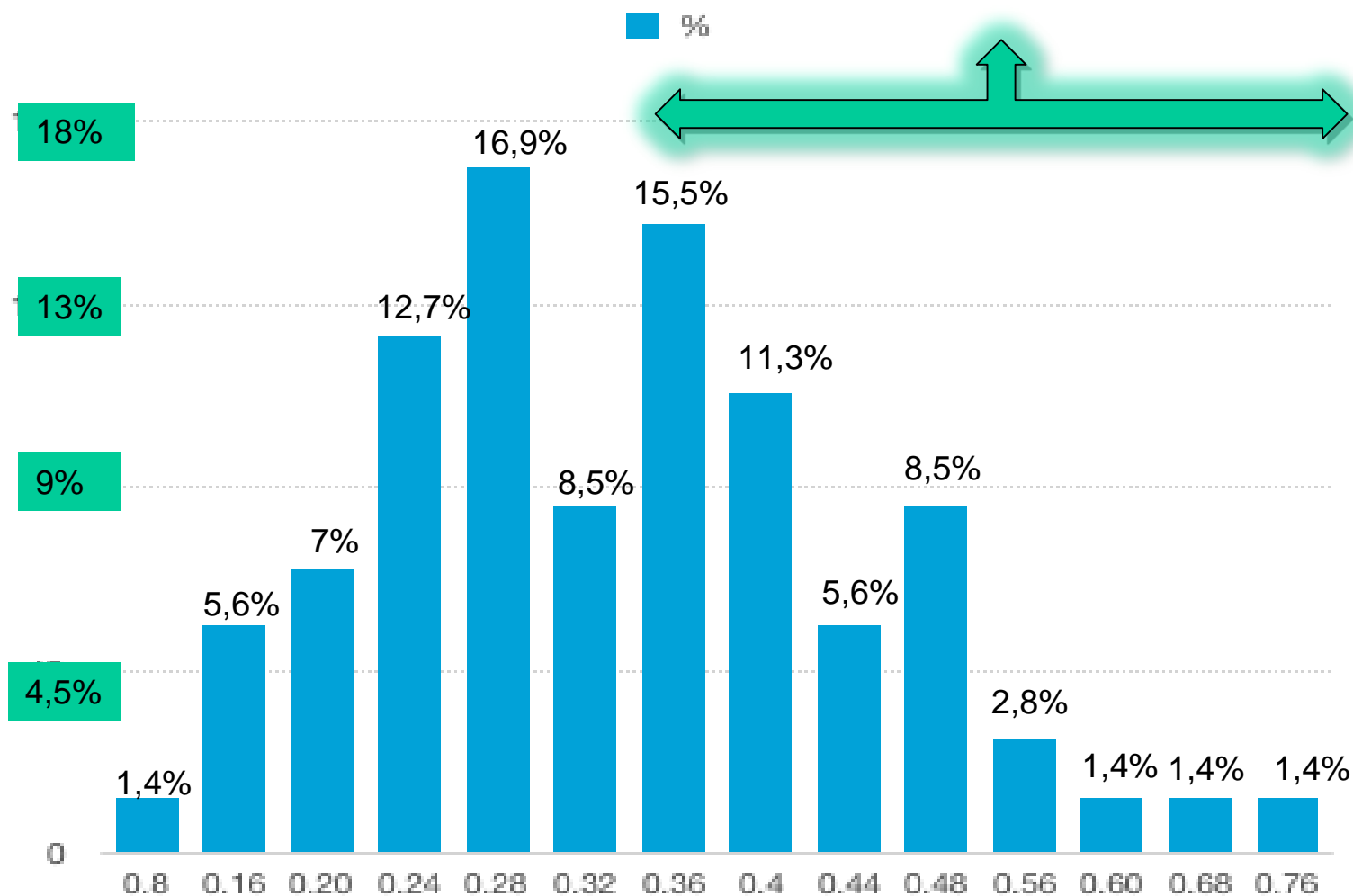


DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ	P. unts	
Funcional	AIVDs	Ús de diners	Necessita ajuda per a gestionar els afers econòmics (banc, botigues, restaurants) ?	Si 1 No 0
		Ús de telèfon	Necessita ajuda per utilitzar el telèfon?	Si 1 No 0
	ABVDs	Control de medicació	Necessita ajuda per la preparació/administració de la medicació? No dependència (IB ≥ 95) ?	Si 1 No 0 0
		Índex de Barthel (IB)	Dependència lleu-moderada (IB 90-85) ?	1
			Dependència moderada-greu (IB 60-25) ?	2
			Dependència absoluta (IB ≤20)?	3
Nutricional	Malnutrició	Ha perdut ≥ 5% de pes els darrers 6 mesos?	Si 1 No 0	
Cognitiu	Grau de deteriorament cognitiu	Absència de deteriorament cognitiu?	0	
		Det. cognitiu lleu-moderat (equivalent a GDS ≤5)? Det. cognitiu greu-molt greu (equivalent a GDS ≥ 6)?	1 2	
Emocional	Síndrome depressiva	Necessita medicació antidepressiva?	Si 1 No 0	
	Insomni/ansietat	Necessita tractament habitual amb benzodiacepines o altres psicofàrmacs de perfil sedant per l'insomni/ansietat?	Si 1 No 0	
Social	Vulnerabilitat social	Existeix percepció per part dels professionals de situació de vulnerabilitat social ?	Si 1 No 0	
	Delirium	Els darrers 6 mesos, ha presentat delirium i/o trastorn de comportament, que hagi requerit de neuroleptics i/o coadjuvants ?	Si 1 No 0	
Caigudes			Els darrers 6 mesos, ha presentat ≥2 caigudes o alguna caiguda que hagi requerit d'hospitalització ?	Si 1 No 0

Síndromes Geriàtriques	Úlceres	¿Presenta alguna úlcera (per decúbit o vascular), de qualsevol grau?	Si 1 No 0
	Polimedicació	Pren ≥ 5 fàrmacs de forma habitual ?	Si 1 No 0
	Disfàgia	S'ennuega freqüentment quan menja o beu? o bé ha presentat alguna infecció respiratòria per broncoaspiració al llarg dels darrers 6 mesos?	Si 1 No 0
Síntomes greus	Dolor	Requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiacis majors per al control del dolor?	Si 1 No 0
	Dispnea	La dispnea basal li impedeix sortir de casa i/o requereix d'opiacis habitualment ?	Si 1 No 0
Malalties (+)	Càncer	Té algun tipus de malaltia oncològica activa?	Si 1 No 0
	Respiratòries	Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica (MPOC, pneumopatia restrictiva,...)?	Si 1 No 0
	Cardíacques	Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica (Insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica,...)?	Si 1 No 0
	Neurològiques	Té algun tipus de malaltia neurològica neurodegenerativa (M. de Parkinson, ELA, ...)?	Si 1 No 0
	Hepàtiques	Té algun tipus de malaltia hepàtica crònica (hepatopatia, cirrosi,...)?	Si 1 No 0
	Renals	Té insuficiència renal crònica (FG <60)?	Si 1 No 0
Índex Fràgil-VIG =			x/25

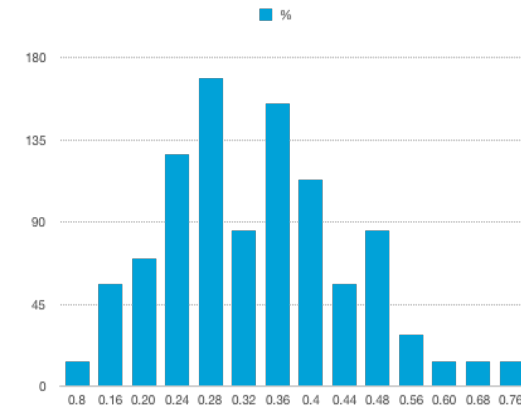
Resultats

- 71 pacients inclosos (edat promig + DE = 63,9+13,2, **41,4% dones**, 22,5% amb càncer digestiu)
- 47,9% era fràgil** amb un Índex major de 0.36.



Resultats IF-VIG

En l'anàlisi bivariant, ser **fràgil** ($p=0,006$, amb mortalitat del 69,2% en fràgils Vs 30,8% en no fràgils), **dona** ($p=0,027$), i tenir **delirium al ingrés** ($p=0,037$) s'associaven a més mortalitat.



En un model de regressió logística, **fragilitat segons IF-VIG**, s'associava amb un **major risc de mort de 4 vegades**, independent de gènere i delirium ($OR=0,38$, $IC95\%[1,36-10,88]$), classificant correctament el 65,7% de la mostra.

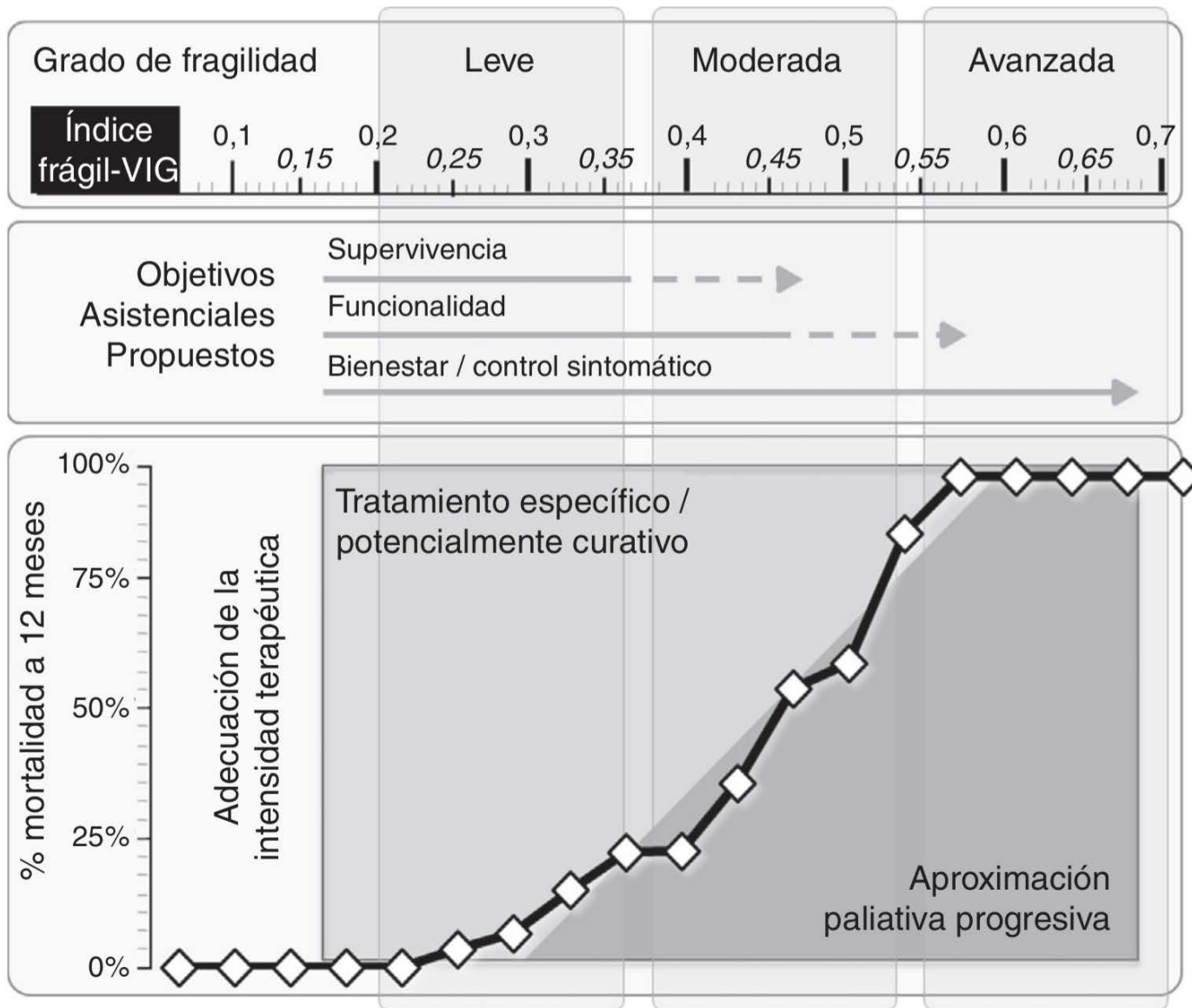


Figura 4. Modelo conceptual que resume gráficamente cómo el índice frágil-VIG facilita el diagnóstico situacional y la propuesta de objetivos asistenciales/adección de la intensidad terapéutica.

Conclusions

En ambdues mostres de **pacient oncològics geriàtrics**, *la fragilitat (IF-VIG, SPPB) ha mostrat ser principal factor associat a la mortalitat*, i podria ser un instrument útil en *l'avaluació pronòstica* i en el *diagnòstic situacional*.



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA



Gràcies!!



jmajo@perevirgili.cat