



SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

Cuidados paliativos

Maria Cervantes

Estudios transversales:
pacientes con cáncer
experimentan una mediana
de 8 a 12 síntomas, muchos
de los cuales están
infradiagnosticados y
infratratados



HHS Public Access
Author manuscript
CA Cancer J Clin. Author manuscript; available in PMC 2019 September 13.

Published in final edited form as:
CA Cancer J Clin. 2018 September ; 68(5): 356–376. doi:10.3322/caac.21490.

Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care



HHS Public Access

Author manuscript

CA Cancer J Clin. Author manuscript; available in PMC 2019 September 13.

Published in final edited form as:

CA Cancer J Clin. 2018 September ; 68(5): 356–376. doi:10.3322/caac.21490.

Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care

Presentan además de síntomas físicos menudo tienen otras necesidades de atención de apoyo no satisfechas, como angustia psicológica y necesidad de información de salud y planificación de la atención

Incremento de
incidencia en cáncer
Aumento de
sobrevivientes



HHS Public Access
Author manuscript
CA Cancer J Clin. Author manuscript; available in PMC 2019 September 13.

Published in final edited form as:
CA Cancer J Clin. 2018 September ; 68(5): 356–376. doi:10.3322/caac.21490.

Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care

Que Hacemos?????



definición

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

[Definición consensuada de Cuidados Paliativos](https://cuidadospaliativos.org › definicion-consensuada-)
<https://cuidadospaliativos.org › definicion-consensuada->

The cultural history of palliative care in primitive societies: an integrative review

A HISTÓRIA CULTURAL DO CUIDADO PALIATIVO EM SOCIEDADES PRIMITIVAS:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE CULTURAL HISTORY OF PALLIATIVE CARE IN PRIMITIVE SOCIETIES:
AN INTEGRATIVE REVIEW

José Siles González¹, Maria del Carmen Solano Ruiz²

- El término cuidado *cogitare* implica: pensar, reconocer sobre una preocupación por un problema pasado, presente o futuro
- En cierto modo, los cuidados paliativos y la muerte tienden a asociarse principalmente en los casos de sufrimiento extremo de los pacientes, que experimentan un dolor insoportable y, al mismo tiempo, la desesperación, otorgándoles la certeza de estar más cerca de una muerte.



Cuidado paliativo y la eutanasia: cuyo significado etimológico buena muerte, derivado del griego eu: bueno; y Thanatos: muerte, ha variado a lo largo de la historia.

El término palliar , a su vez, derivado del verbo palliare, es un concepto que indica genéricamente la acción de encubrir y disimular.

Palio sustantivo significa capa, manto o ropa ancha que se usa para cubrir el cuerpo, el rostro, la identidad o algo concreto que, en un momento dado, es necesario o conveniente y pasa desapercibido.

la acción paliativa se puede interpretar como una forma de acción terapéutica que sirve para mitigar los problemas que causa una enfermedad, pero sin el objetivo de resolverla o curarla.

Curr Probl Cancer 2011;35:304-309. 0147-0272/\$34.00 0
doi:10.1016/j.crrproblcancer.2011.10.004

- **Paleolítico:** período más largo en la historia de la humanidad, su prehistoria, que abarca más de 600.000 años, durante el cual los avances científicos, sociales y culturales ocurren a un ritmo más lento, el estilo de vida nómada continuó, lo que obligó a las tribus a moverse periódicamente, siempre en una búsqueda incesante de los recursos naturales para atender sus necesidades más básicas: un clima fisiológicamente aceptable frutas del bosque y agua

The cultural history of palliative care in primitive societies: an integrative review

A HISTÓRIA CULTURAL DO CUIDADO PALIATIVO EM SOCIEDADES PRIMITIVAS:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE CULTURAL HISTORY OF PALLIATIVE CARE IN PRIMITIVE SOCIETIES:
AN INTEGRATIVE REVIEW

José Siles González¹, María del Carmen Solano Ruiz²



- **Culturas mesolíticas:** donde comenzó a desarrollarse el cuidado más cercano o equivalente a lo que hoy se considera paliativo.
- fenómenos naturales en general y los hechos directamente relacionados con los procesos vida-salud-muerte en particular se denominó animismo, que consistía en la atribución de un alma o espíritu a todas las cosas, ya fueran animado o inanimado: árboles, piedras, estrellas, animales y agua.

The cultural history of palliative care in primitive societies: an integrative review

A HISTÓRIA CULTURAL DO CUIDADO PALIATIVO EM SOCIEDADES PRIMITIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE CULTURAL HISTORY OF PALLIATIVE CARE IN PRIMITIVE SOCIETIES: AN INTEGRATIVE REVIEW

José Siles González¹, María del Carmen Solano Ruiz²





The cultural history of palliative care in primitive societies: an integrative review

A HISTÓRIA CULTURAL DO CUIDADO PALIATIVO EM SOCIEDADES PRIMITIVAS:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE CULTURAL HISTORY OF PALLIATIVE CARE IN PRIMITIVE SOCIETIES:
AN INTEGRATIVE REVIEW

José Siles González¹, Maria del Carmen Solano Ruiz²

- Una planificación de cuidados paliativos breves, que por su naturaleza exige un orden secuencial ritual del proceso, probablemente no se concretó hasta las fases finales del Paleolítico (Paleolítico superior o reciente 50.000-10.000 AC), coincidiendo con los primeros cultos por los muertos y el nacimiento de los ritos funerarios

Judaismo y era cristiana

- Dios como dueño de la vida: da y quita la vida.
- Los cuidados eran determinados por la familia
- Era esperada



Jules-Eugène Lenepveu, I martiri nelle Catacombe, 1855, Musée d'Orsay, Parigi



- Durante el siglo IV aparecen las primeras instituciones cristianas con el nombre de ***Hospitium***, en territorio bizantino y en Roma, extendiéndose a lo largo de Europa
- Edad Media: se convierten en centro de acogida a viajeros y a enfermos terminales



Antes:
común,
compartida,
pública



Siglo XV: Ars moriendi



Ars moriendi

Escrito por fraile dominico 1414-1418

Libro traducido a varios idiomas

Morir con esperanza “de llegar al reino de los cielos”

Evitar la apostasía de los fieles.

Se aumenta el “Ave María”



- Hospicio : utilizado por primera vez en Francia en 1842 para referirse a cuidado de moribundos.
- Mne Jaenne Garnier : funda los hospicios o calvarios

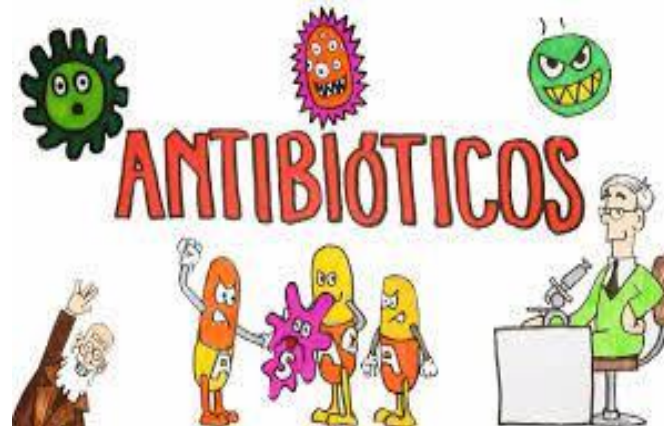


- En 1879 en Dublin aparece el Lady's Hospice y en 1905 en Londres Joseph's Hospice, fruto del trabajo de las hermanas de la Caridad

Ahora.....



- Todos los avances han generado en la sociedad una especie de delirio de inmortalidad, otorgando al médico una sabiduría, omnipotencia y omnisapiencia, que lógicamente no posee

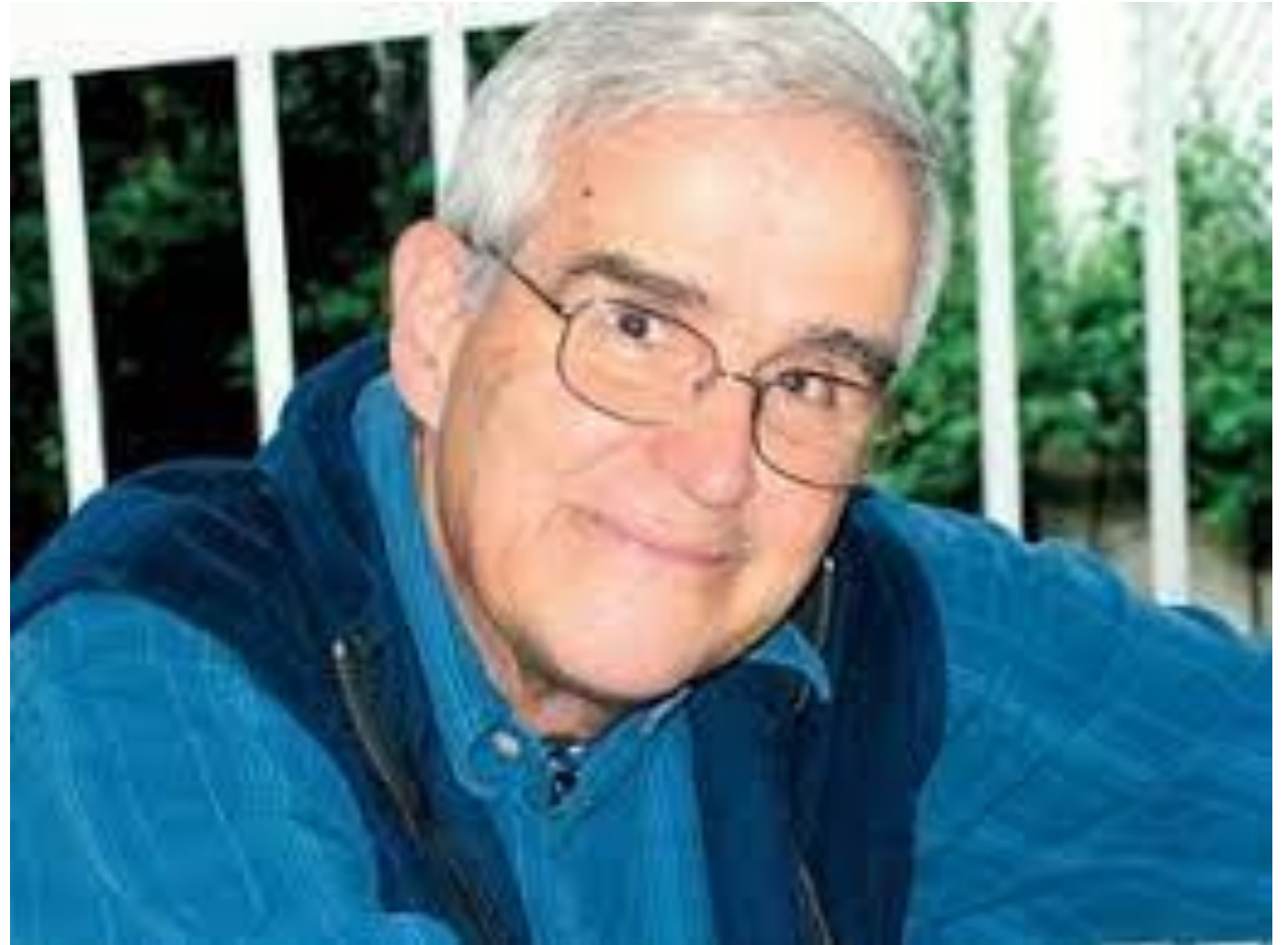


Cicely Saunders

- Movimiento actual Hospice: ***St. Christopher Hospice*** 1967
- Fundada Por Dame Cicely Saunders
- Inicia con cuidados hospitalarios
- En los años 80 inicia cuidados domiciliarios
- Financiamiento por donaciones
- Introduce 3 conceptos básicos de los cuidados paliativos:
 - definición de dolor total,
 - uso de opioide
 - la familia como objetivo del cuidado



- En francés:
hospice=hospital
- Balfour Mount :
termino de Cuidados
Paliativos en vez de
Hospice en Canadá



- 1987: medicina paliativa como subespecialidad en el Royal College Physicians
- *“es el estudio y manejo de pacientes activo enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitada enfocado en la calidad de vida”*

Oxford Textbook of
**Palliative
Medicine**

SIXTH EDITION



Royal College
of Physicians

- 1980: OMS: incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos
- Promueve como parte del control de cáncer
- En la década de los 90 la PAHO los incorpora en los programas asistenciales



- Se inicia en los años 70
- Es el primer país de América en incorporarlos a su atención
- Incorporan Hospice como atención paliativa

Oxford Textbook of

Palliative Medicine

SIXTH EDITION

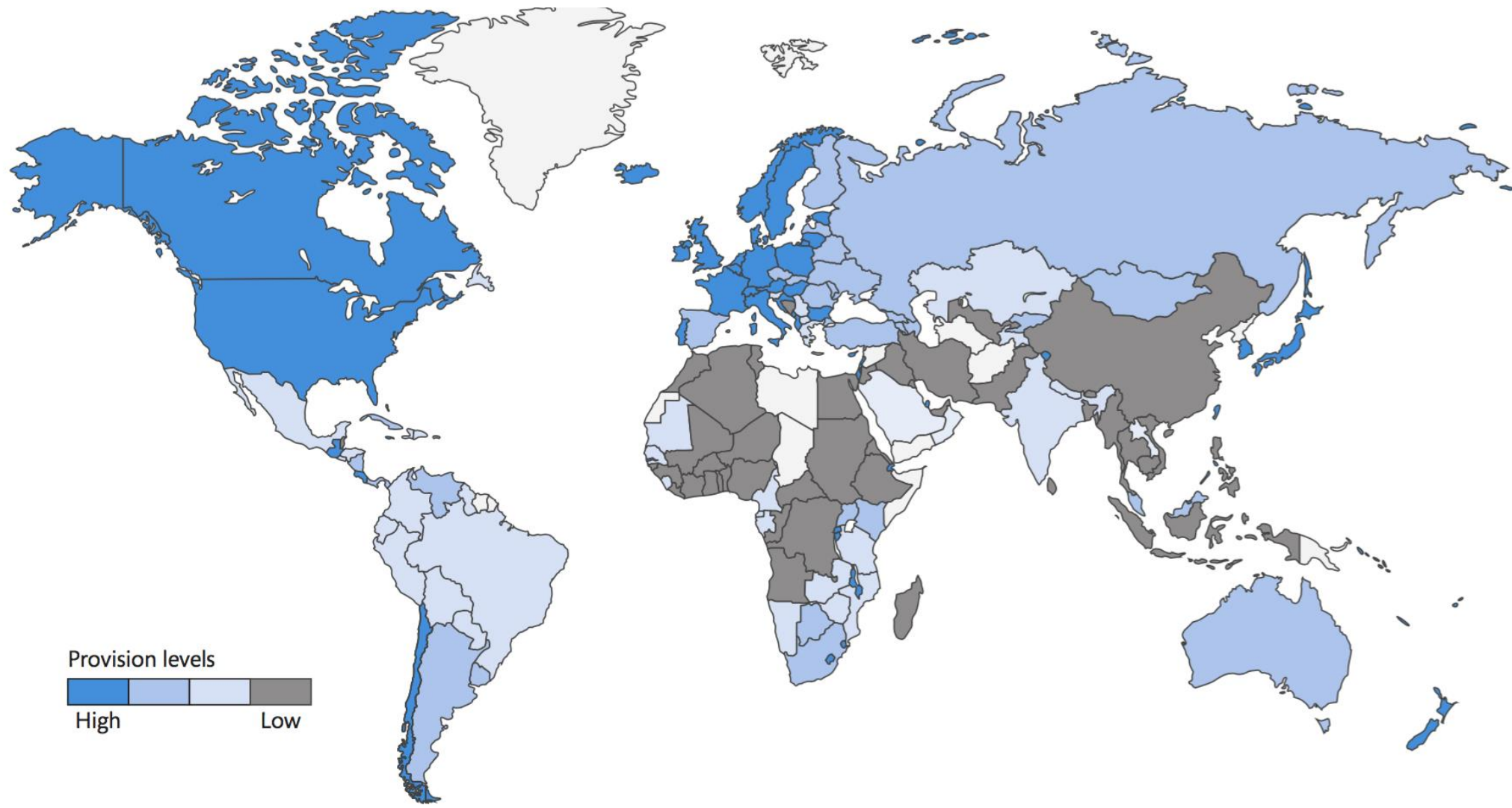


- En Africa por aparición de HIV/SIDA los cuidados paliativos se convierte en el único tratamiento inicial
- Uso y fabricación de morfina oral en los centros de salud



Oxford Textbook of
Palliative
Medicine

SIXTH EDITION



Provision levels

Dark Blue	Medium Blue	Light Blue	Dark Grey
High			Low

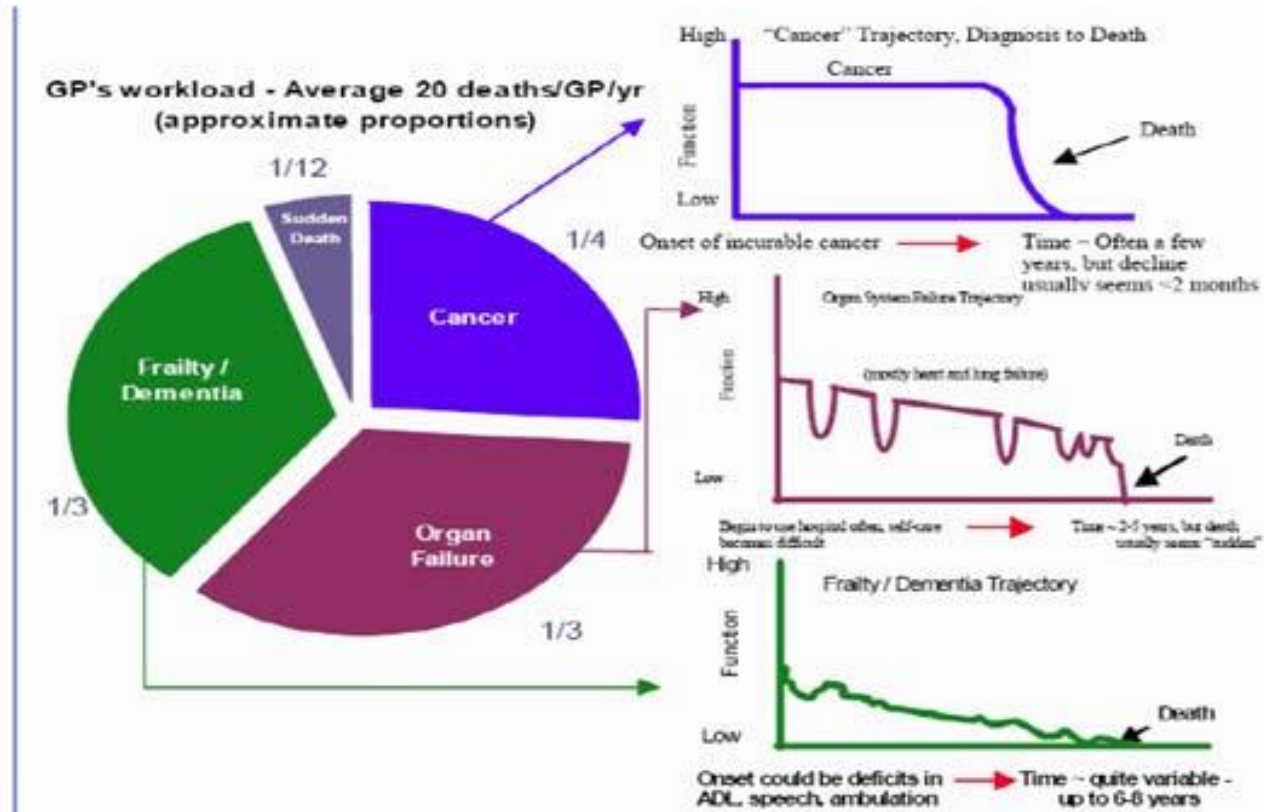
Quando????

Tratamiento Curativo

Cuidados
Paliativos



Figura: Patrones Evolutivos de la Enfermedad Avanzada-Terminal

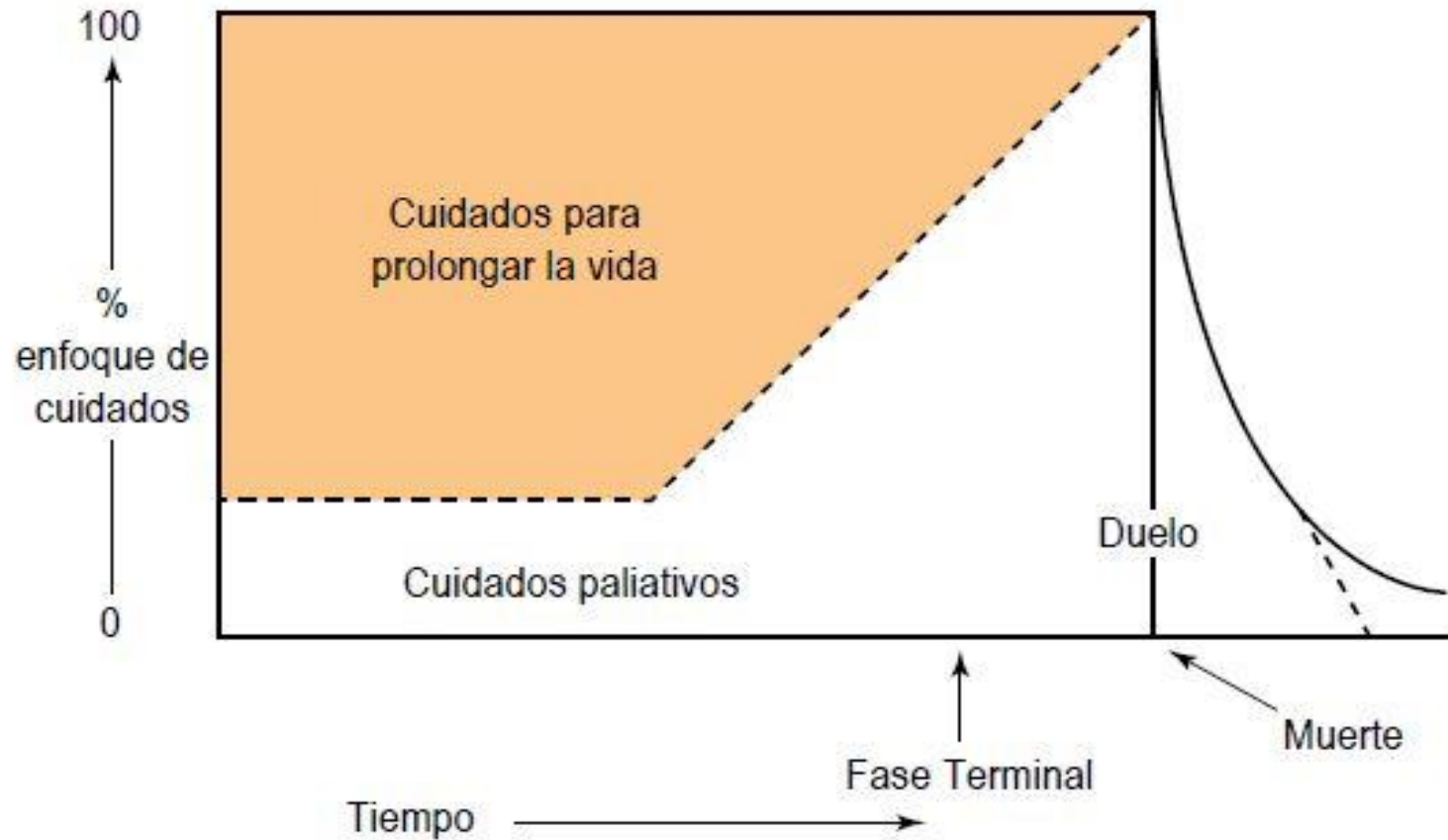


Fuente: Gold Standards Framework Programme England 2005

cuando?



Figura 1. Adaptada de la Universidad de California con permiso de Steven Z. Pantilat, MD, FACP



cuando

- 1.- cuando el médico considera que el paciente requiere un manejo de síntomas o signos que pueden estar afectando la calidad de vida del paciente.
- 2.-cuando el paciente solicita ayuda para control de síntomas
- 3.- cuando el familiar o el cuidador principal lo requiere
- 4.- cuando el tratamiento ha provocado secuelas que afectan la calidad de vida
- 5.- cuando se evidencia clínicamente progresión de una enfermedad

cuando

Open Access Review
Article

DOI: 10.7759/cureus.10504

Revisiting Early Palliative Care for Patients With Hematologic Malignancies and Bone Marrow Transplant: Why the Delay?

Adriana Franjul Sánchez ¹, Angelica M. Fuentes Armesto ¹, Carlo Briones Chávez ², Marco Ruiz ³

¹. Medicine, University of Medicine and Health Sciences, Bassettterre, KNA ². Internal Medicine, Larkin Community Hospital, Miami, USA ³. Hematology and Oncology, Miami Cancer Institute, Miami, USA

Corresponding author: Carlo Briones Chávez, cbrioneschavez@gmail.com



Escalas de valoración

- Identificación de necesidades paliativas
- Funcionalidad- pronóstico

Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer

David Hui, MD¹ and Eduardo Bruera, MD¹

TABLE 5. Referral Criteria for Inpatient Palliative Care Consultation Teams for Patients With a Life-Limiting or Life-Threatening Condition

Primary Criteria*	Secondary Criteria†
The surprise question: You would not be surprised if the patient died within 12 months or before adulthood	Metastatic or locally advanced incurable cancer
Frequent admissions (eg, more than one admission for same condition within several months)	Admission from long-term-care facility or medical foster home
Admission prompted by difficult-to-control physical or psychological symptoms (eg, moderate to severe symptom intensity for > 24-48 hours)	Elderly patient, cognitively impaired, with acute hip fracture
Complex care requirements (eg, functional dependency; complex home support for ventilator, antibiotics, and feedings)	Long-term home oxygen use
Decline in function, feeding intolerance, or unintended decline in weight (eg, failure to thrive)	Out-of-hospital cardiac arrest
	Current or past hospice program enrollee
	Limited social support (eg, family stress, chronic mental illness)
	No history of completing an advance care planning discussion/document

NOTE. From Weissman and Meier.⁷⁵

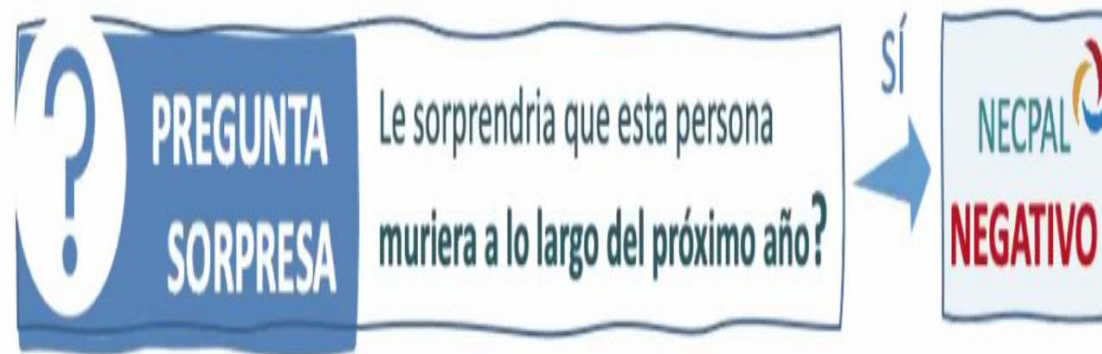
*Global indicators that represent the minimum that hospitals should use to screen patients at risk for unmet palliative care needs.

†More-specific indicators of a high likelihood of unmet palliative care needs and should be incorporated into a systems-based approach to patient identification if possible.

**RECOMENDACIONES PRÁCTICAS
PARA LA IDENTIFICACIÓN
Y LA APROXIMACIÓN PRONÓSTICA
DE PERSONAS CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS AVANZADAS
Y NECESIDADES PALIATIVAS
EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES
NECPAL 4.0 PRONÓSTICO (2021)**

Autores e investigadores: Xavier Gómez-Batiste, Jordi Amblàs, Pamela Turrillas, Cristian Tebé, Judit Peñafiel, Agnès Calsina, Xavier Costa, Josep Maria Vilaseca, Rosa Maria Montoliu

Equipo de colaboración: Sarah Mir, Elba Beas, Marina Geli





RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y LA APROXIMACIÓN PRONÓSTICA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS Y NECESIDADES PALIATIVAS EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES **NECPAL 4.0 PRONÓSTICO (2021)**

Autores e investigadores: Xavier Gómez-Batiste, Jordi Amblàs, Pamela Turrillas, Cristian Tebé, Judit Peñafiel, Agnès Calsina, Xavier Costa, Josep Maria Vilaseca, Rosa Maria Montoliu
Equipo de colaboración: Sarah Mir, Elba Beas, Marina Geli

ANEXO 1

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

Enfermedad oncológica	• Cáncer metastásico o locoregional avanzado • En progresión (en tumores sólidos) • Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	• Díspea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Confinado a domicilio con limitación 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 corticoterapia continuada • Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	• Díspea 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

- NECPAL

• NECPAL

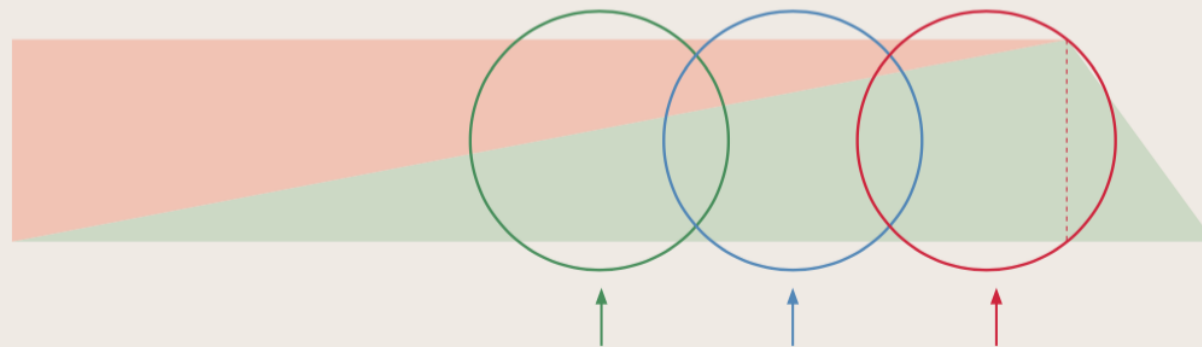
Demencia	• GDS $\geq 6c$ • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	• Indice Fragilidad ≥ 0.5 (Rockwood K et al, 2005) • Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	• Durante la fase aguda y subaguda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

• NECPAL

Enfermedad hepática crónica	• 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
Insuficiencia renal crónica	• Insuficiencia renal severa (FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante • Finalización diálisis o fallo trasplante

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

Estadio evolutivo: en función del número de parámetros pronósticos afectados, se pueden identificar 3 grandes grupos pronósticos o estadios evolutivos:



PS
Pregunta
sorpresa

Parámetros afectados

- Necesidades identificadas
- Declive funcional
- Declive nutricional
- Multimorbilidad
- Aumento uso recursos
- Indicadores específicos

Estadio I

- PS +
1-2 parámetros
- Mediana:
38 meses

Estadio II

- PS +
3-4 parámetros
- Mediana:
17.2 meses

Estadio III

- PS +
5-6 parámetros
- Mediana:
3.6 meses

Anexo 5.A ÍNDICE PROFUND

Descripción:

- El Índice PROFUND es un índice pronóstico específico para pacientes pluripatológicos que ha sido diseñado y validado en población hospitalaria y de Atención Primaria española.
- Las dimensiones del índice PROFUND se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia), correspondiendo a cada dimensión la puntuación detallada en la siguiente tabla:

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥85 años	3
Características Clínicas	
- Neoplasia activa	6
- Demencia	3
- Clase funcional III-IV de la NYHA y/o mMRC	3
- Delirium en el último ingreso	3
Parámetros analíticos	
- Hemoglobina <10g/dL	3
Características funcionales-sociofamiliares	
- Índice de Barthel menor de 60	4
- Ausencia de cuidador ó cuidador no cónyuge	2
Características asistenciales	
- ≥4 ingresos hospitalarios en últimos 12 meses	3
Nº TOTAL ITEMS = 9	0-30 puntos

GRUPO	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en Atención Primaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%	52%	8,5%-11%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%	18%-21,6%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%	26,8%-29,5%
Riesgo alto	≥11 puntos	68%-61,3%	92%	41,8-43,7%

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
Demografía - ≥ 85 años	3
Características clínicas	
Anorexia	3,5
Clase funcional IV de NYHA y/o MRC	3,5
Presencia de úlceras por presión	3
Parámetros analíticos	
Albúmina $< 2.5\text{g/dL}$	4
Características funcionales	
ECOG-PS $\geq \text{III}$	4
Nº TOTAL ITEMS = 6	0-21 puntos

GRUPO	PALIAR SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 6 meses
Bajo riesgo	0 puntos	20%-21,5%
Riesgo bajo-intermedio	3-3,5 puntos	30,5%-33,5%
Riesgo intermedio-alto	6-7 puntos	43%-46%
Riesgo alto	$\geq 7,5$ puntos	61%-67%

Factores pronósticos

- Performance status
- Disnea
- Delirio y alteración del estado cognitivo
- Síndrome caquexia anorexia
- PCR
- hipoalbuminemia



HHS Public Access

Author manuscript

Support Care Cancer. Author manuscript; available in PMC 2020 June 01.

Published in final edited form as:

Support Care Cancer. 2019 June ; 27(6): 1973–1984. doi:10.1007/s00520-019-04727-y.

Prognostication in Advanced Cancer: Update and Directions for Future Research

Escala Karnofsky

- Muy utilizada para pacientes oncológicos desde 1948.
- Predictor independiente de pronóstico de muerte con valores menor a 50%
- Mas aun en paciente con expectativa menor a 3 meses (ECOG III)
- Estudio multicentrico del Instituto nacional Hospice EEUU (n=1592 pacientes)

- Mide la capacidad FUNCIONAL del paciente
 - Elemento predictor DE SUPERVIVENCIA
 - Sirve para la toma de decisiones clínicas
 - Puntuación de 100 a 0
-
- A MENOR K% = MAYOR INCAPACIDAD



KARNOFSKY

PRONOSTICO DE SOBREVIDA SEGÚN KPS

86,1 DIAS →

49,8 DIAS →

16,8 DIAS →

INDICE DE KARNOFSKY

Capaz de realizar actividades normales y trabajar. No requiere una atención especial	100	No hay quejas; no hay evidencia de enfermedad
	90	Capaz de mantener una actividad normal; mínimos síntomas o signos de enfermedad
	80	Actividad normal con algún esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en casa y atender por sí mismo sus necesidades personales. Necesita una asistencia variable	70	Cuida de sí mismo; incapaz de mantener una actividad normal o realizar tareas activas
	60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender por sí mismo la mayor parte de sus necesidades personales
	50	Requiere una asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos
Incapaz de valerse por sí mismo. Necesita los cuidados de instituciones u hospitales. La enfermedad puede estar progresando rápidamente	40	Discapacitado. Requiere cuidados y asistencia especiales
	30	Gravemente discapacitado. Está indicado su ingreso hospitalario aunque su muerte no es inminente
	20	Muy enfermo; es necesaria la hospitalización y tratamiento de soporte activo
	10	Moribundo. El desenlace fatal se acerca rápidamente
	0	Muerte

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

- Mas fácil y tan efectiva como KPS
- Adoptada por OMS
- Muy usada en Oncología

Clasificación Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

do

ECOG

Actividad normal sin restricción ni ayuda

Actividad restringida. Deambula

Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50% del tiempo encamado

Capacidad restringida para los cuidados y el aseo personal. Más del 50% del tiempo encamado

Incapacidad total. No puede cuidar de sí mismo. El 100% del tiempo encamado

Difunto

PRONOSTICO DE SUPERVIVENCIA



< 3 MESES



< 1 MES

**TABLA
2**

Clasificación Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

Grado	ECOG
0	Actividad normal sin restricción ni ayuda
1	Actividad restringida. Deambula
2	Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50% del tiempo encamado
3	Capacidad restringida para los cuidados y el aseo personal. Más del 50% del tiempo encamado
4	Incapacidad total. No puede cuidar de sí mismo. El 100% del tiempo encamado
5	Difunto

Palliative Performance Scale (PPS)

- Modificación del Karnofsky (KPS)
- Índice supervivencia correlacionado al 50%
- Variables:
 - De ambulación
 - Nivel de actividad
 - severidad de la enfermedad
 - Capacidad auto cuidado
 - Nivel de ingesta oral
 - Nivel conciencia para valorar la función

%	Deambulaci3n	Actividad/ evidencia enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de consciencia
100	completa	Normal/ no evidencia enfermedad	Completo	Normal	Completo
90	completa	Normal/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal	Completo
80	completa	Normal con esfuerzo/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
70	reducida	Incapacidad laboral/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
60	reducida	Incapacidad para trabajo dom3stico o hobby/ enfermedad significativa	Necesita ayuda ocasional-mente	Normal o reducida	Completo o confuso
50	Sill3n/ cama	Incapacidad total/ enfermedad extensa	Necesita ayuda considerable	Normal o reducida	Completo o confuso
40	Fundamental-mente cama	Idem	Fundamental-mente ayuda	Normal o reducida	Completo o confuso o obnubilado
30	Encamado	Idem	Cuidado total	Reducida	Completo o confuso o obnubilado
20	Idem	Idem	Idem	M3nimos sorbos	Completo o confuso o obnubilado
10	Idem	Idem	Idem	Cuidados boca	Obnubilado o coma

Palliative performance score

PRONOSTICO POR PPS



PROMEDIO SOBREVIVENCIA	% MUERTES
18 – 55 DIAS	81% 
7 – 37 DIAS	89% 
7 – 37 DIAS	89% 

%	Deambulaci3n	Actividad/ evidencia enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de consciencia
100	completa	Normal/ no evidencia enfermedad	Completo	Normal	Completo
90	completa	Normal/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal	Completo
80	completa	Normal con esfuerzo/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
70	reducida	Incapacidad laboral/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
60	reducida	Incapacidad para trabajo dom3stico o hobby/ enfermedad significativa	Necesita ayuda ocasional-mente	Normal o reducida	Completo o confuso
50	Sill3n/ cama	Incapacidad total/ enfermedad extensa	Necesita ayuda considerable	Normal o reducida	Completo o confuso
40	Fundamental-mente cama	Idem	Fundamental-mente ayuda	Normal o reducida	Completo o confuso o obnubilado
30	Encamado	Idem	Cuidado total	Reducida	Completo o confuso o obnubilado
20	Idem	Idem	Idem	M3nimos sorbos	Completo o confuso o obnubilado
10	Idem	Idem	Idem	Cuidados boca	Obnubilado o coma

PPS al ingreso	Supervivencia mediana en días	Supervivencia rango en días	Estancia mediana en días	Estancia rango en días
10%	1	0-62	1	0-16
20%	4	0-19	3,5	0-19
30%	8	1-162	8	1-162
40%	18	1-204	11	1-111
50%	30	9-163	17	3-102
60%	29	10-156	10	1-41
70%	145	122-168	5	1-9
total	13	0-204	9	0-162

Escala de Barthel

Actividad	Valoración
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Lavarse	5 independiente 0 dependiente
Arreglarse	5 independiente 0 dependiente
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Micción	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Deposición	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente
Deambulación	15 independiente 10 necesita ayuda 5 independiente en silla de ruedas 0 dependiente
Subir y bajar escaleras	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente

Barthel: Funcionalidad

Puntuación total

100	≥60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

THE PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PaP)

CRITERION	ASSESSMENT	PARTIAL SCORE
Dyspnea	No	0
	Yes	1
Anorexia	No	0
	Yes	1.5
Karnofsky Performance Status	≥ 30	0
	10 – 20	2.5
Clinical Prediction of Survival (weeks)	> 12	0
	11 – 12	2
	7 – 10	2.5
	5 – 6	4.5
	3 – 4	6
	1 – 2	8.5
Total WBC ($\times 10^9$ /L)	≤ 8.5	0
	8.6 – 11	0.5
	> 11	1.5
Lymphocyte Percentage	20 – 40 %	0
	12 – 19.9 %	1
	< 12 %	2.5
RISK GROUP	30 DAY SURVIVAL	TOTAL SCORE
A	> 70 %	0 – 5.5
B	30 – 70 %	5.6 – 11
C	< 30 %	11.1 – 17.5

- PaP SCORE

SIGNOS Y SINTOMAS

- Conjuntamente con las escalas de capacidad funcional, los síntomas se asocian a menor expectativa de sobrevida.
 - Anorexia : < 58 días
 - Confusion: < 38 días
 - Disfagia: < 30 días
 - Disnea: < 30 días
 - Xerostomia: < 50 días



- Escala de valoración de síntomas





EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)

Centeno C, Noguera A, López B, Carvajal A. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en Cuidados Paliativos (I): el cuestionario d'evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS). *Med Pal (Madrid)* 2004; 1:239-45.

Original: Bruera E, Kuehn N, Millar J, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simply method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7:6-9.



Dolor												
Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor posible
Cansancio												
Sin cansancio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor cansancio posible
Náusea												
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima sensación de náusea o vómitos posible
Depresión												
Sin tristeza o depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La máxima tristeza o depresión posible
Ansiedad												
Sin nerviosismo ni ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo nerviosismo o ansiedad posible
Somnolencia												
Sin somnolencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor somnolencia posible
Apetito												
El mejor apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito posible
Bienestar												
Máximo bienestar posible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El máximo malestar posible

PUNTOS	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/C INCONTINENCIA	NUTRICION	ACTIVIDAD
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera	Urinaria o fecal ocasional	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta siempre	Precisa ayuda
3	coma	Inmóvil	Urinaria o fecal	No ingesta > 72 h	No deambula

EMINA

EMINA

- **Interpretación**
- 0 – Sin Riesgo
- 1-3 Riesgo bajo
- 4-7 Riesgo medio
- 8-15 Riesgo alto

Como?

- Trabajo en equipo

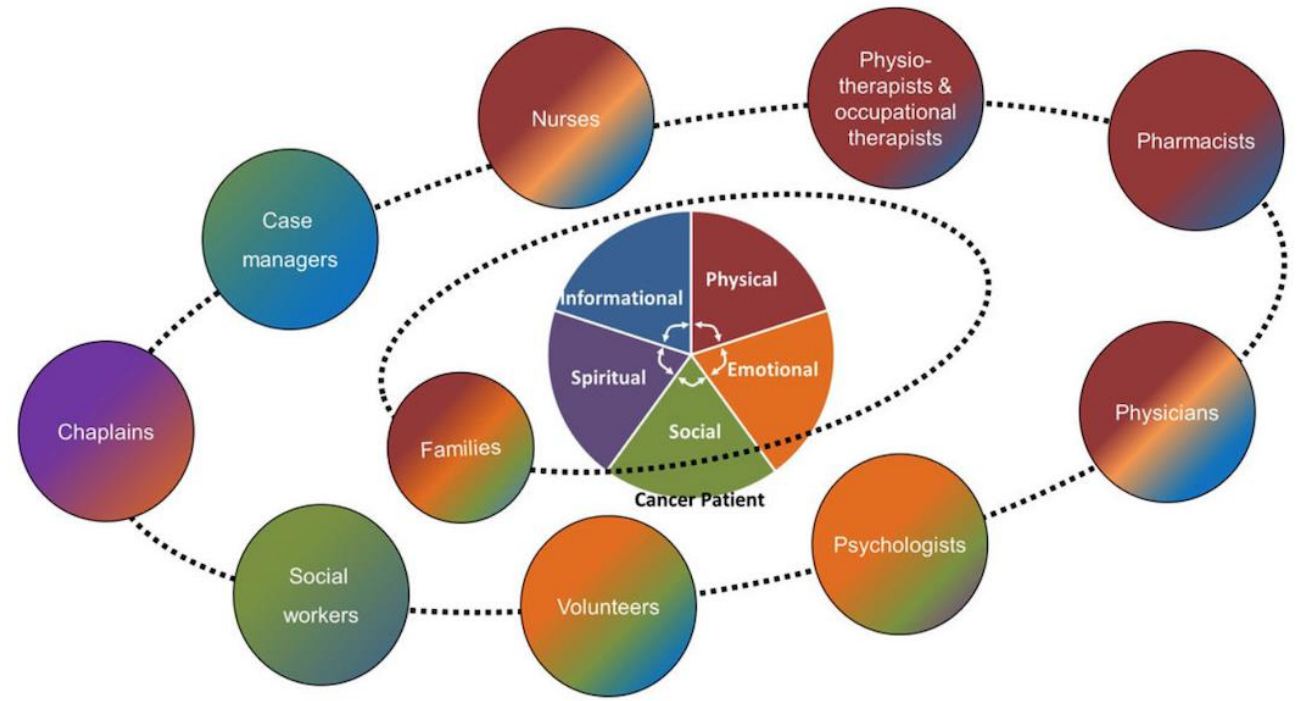
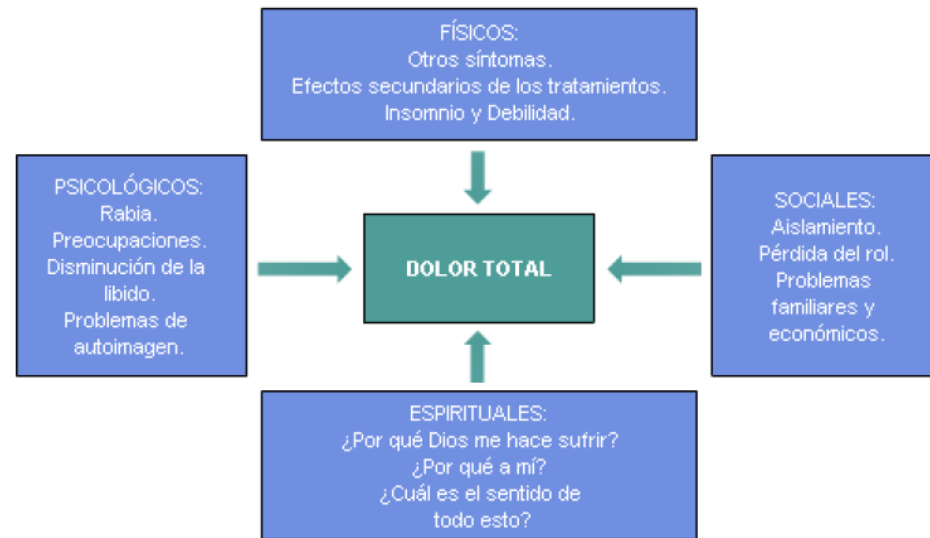


Figure 2. Interdisciplinary Palliative Care Team.

One of the most unique aspects of palliative care is the interdisciplinary nature, with different members of the team providing different expertise, thus allowing a patient's needs to be addressed in a holistic and timely fashion, and augmenting the family caregiver(s) ability to support the patient. Other advantages of an interdisciplinary team include enhanced patient-clinician communication and shared responsibility, work load, decision making, leadership and stresses while providing care for distressed patients.

Figura 3: "DOLOR TOTAL" Cecily Saunders, 1967

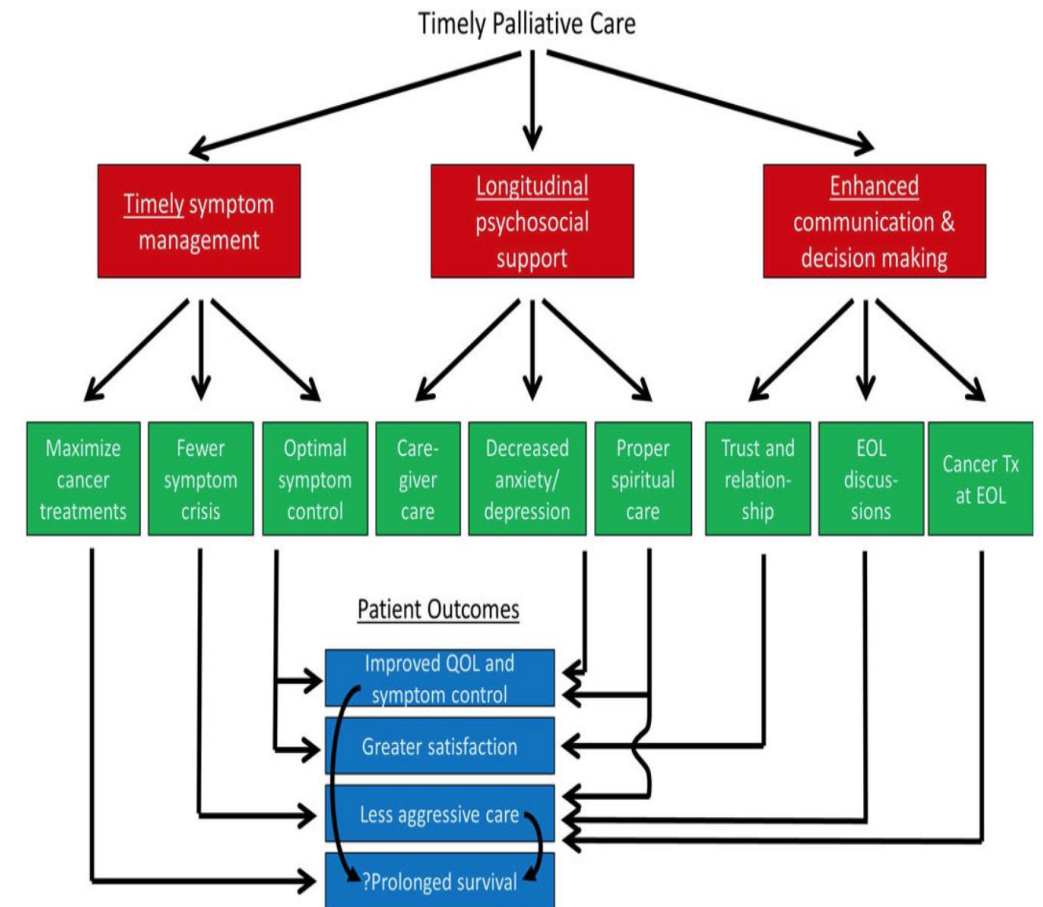


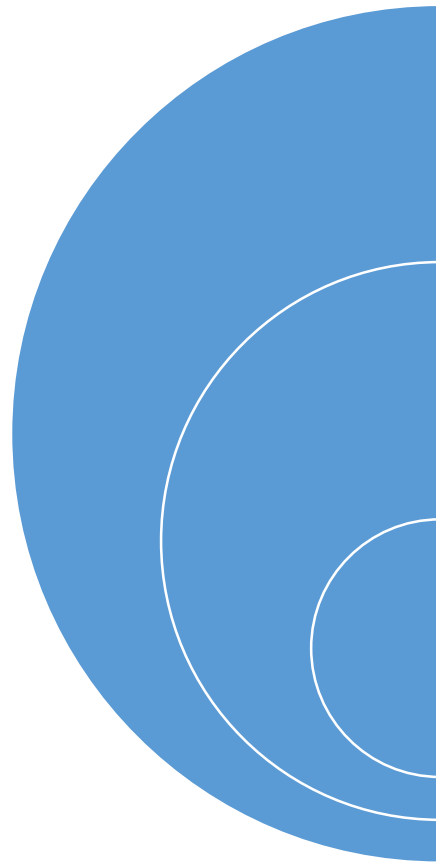
Como?

SPECIAL SERIES: PALLIATIVE CARE: SCIENCE AND PRACTICE

Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer

David Hui, MD¹ and Eduardo Bruera, MD¹





PRONOSTICO	• TIEMPO DE VIDA • LIMITACION
TRATAMIENTO	• SECUELAS • FALLO TERAPÉUTICO
DIAGNOSTICO	• MALIGNIDAD • PRONÓSTICO

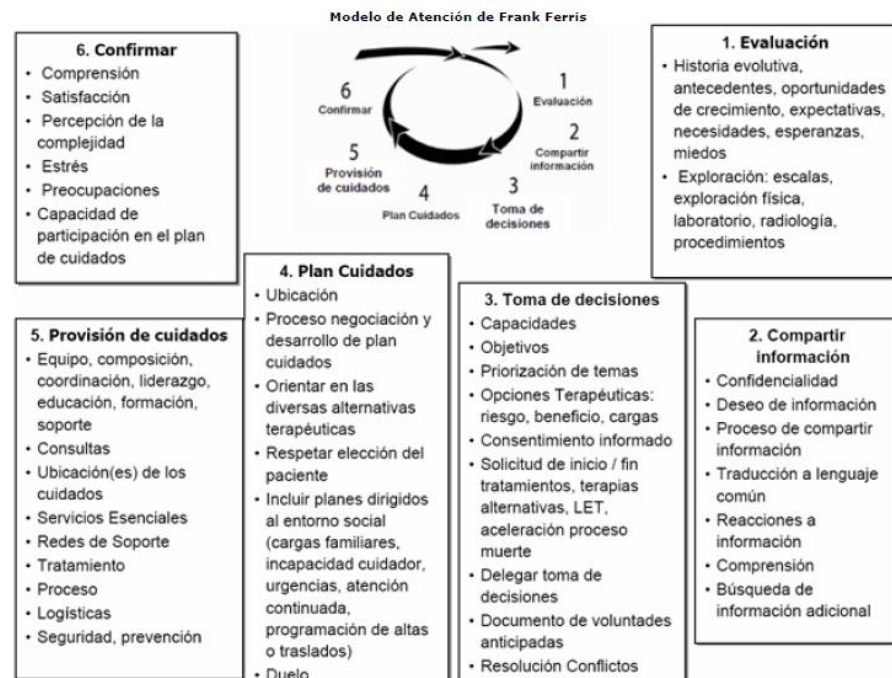
COMUNICACION

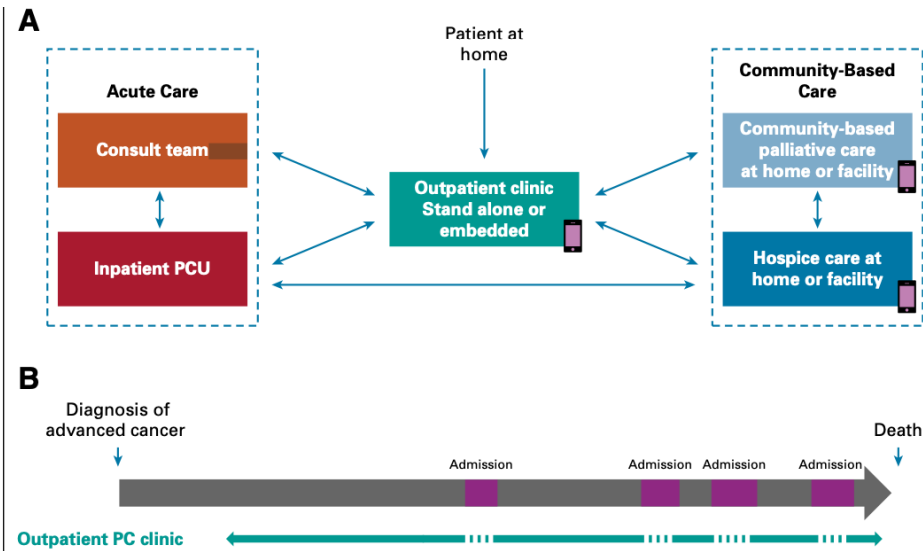
evaluación



Cuadro de Cuidados

Proceso de Cuidar (Habilidades)						
	1. Evaluación	2. Compartir Información	3. Toma de decisiones	4. Plan Cuidado	5. Provisión de cuidados	6. Confirmar
Dimensiones de Pacientes y Familias (Conocimientos)	A. Manejo de la Enfermedad					
	B. Físico					
	C. Psicológico					
	D. Sociales					
	E. Espirituales					
	F. Prácticos					
	G. Cuidados al Final de al Vida / Manejo de la Muerte					
	H. Perdidas, Duelo					





SPECIAL SERIES: PALLIATIVE CARE: SCIENCE AND PRACTICE

Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer

David Hui, MD¹ and Eduardo Bruera, MD¹

aspectos éticos

- Justicia: Paciente debe recibir el tratamiento adecuado en el tiempo necesario.
- No maleficencia: no mas daños de los ya causados por la enfermedad
- Beneficencia: es lo que necesita el paciente...O lo que queremos nosotros ???
- Autonomía: estamos respetando sus decisiones/ preferencias ??

Conclusiones

- Los cuidados paliativos están centrados mejorar la calidad de vida de todos los pacientes que padecen enfermedades crónicas avanzadas
- Se deben realizar en equipo de profesionales con formación especializada
- Son de bajo costo..... Mas no por eso, no dejan de ser imprescindibles.
- Su diana es el binomio PACIENTE_ FAMILIA

