



Introducción a los Cuidados Paliativos

Dra. Alejandra Palma B.

Unidad de Cuidados Continuos y Paliativos
Hospital Clínico Universidad de Chile



Cuidados Paliativos (CP):Temas a tratar

- Los CP en el mundo y en Chile.
- Definición, principios generales y modelos de atención de los CP.
- El paciente en CP y la importancia de un manejo multidimensional.



Los CP en el Mundo y en Chile



1967 St.Christopher Hospice



Cicely Saunders

Am J Med. 1978 Nov;65(5):726-8.

Hospice care.

Saunders C.





The Hastings Center

a nonpartisan research institution dedicated to bioethics
and the public interest since 1969

RED
UNIVERSIDAD DE CHILE

DESARROLLO DE LA BIOÉTICA Y EL INTERÉS PÚBLICO

Prioridades Nuevas: Fines de la Medicina

- ✓ La prevención de enfermedades y la promoción de la salud
- ✓ La atención y la curación de los enfermos
- ✓ La atención y los cuidados a los incurables
- ✓ El alivio del dolor y el sufrimiento
- ✓ La búsqueda de una muerte tranquila



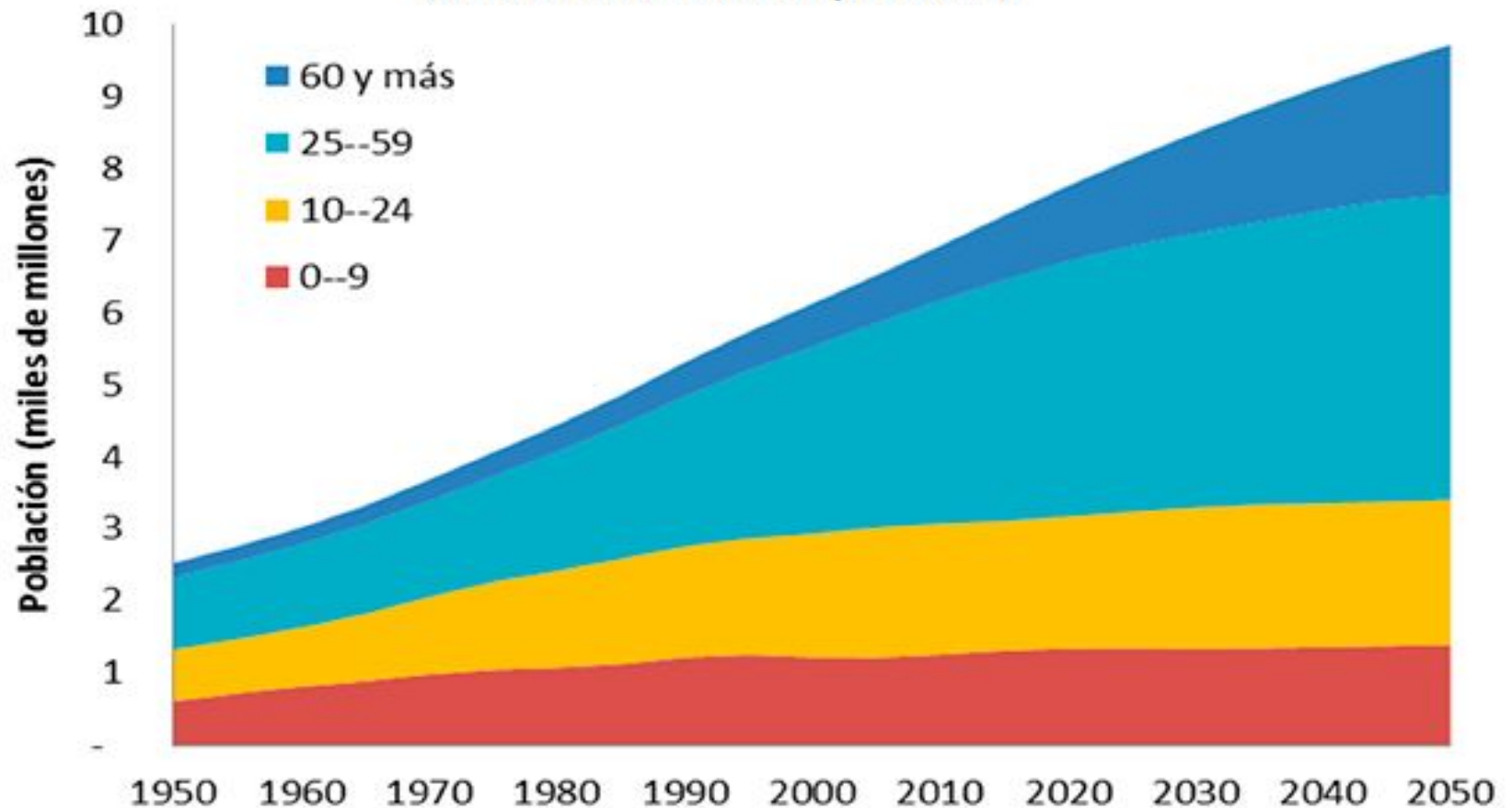
Dr. Daniel Callahan



“ El 6 de febrero del año 1973, la Asamblea Americana de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales aprobó la **primera Carta de Derechos del Paciente**, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es ”



Población mundial por grupo de edad (miles de millones de personas)



Fuente: CONSAR con datos de World Population Ageing 2015



67ª Asamblea Mundial de la Salud Ginebra, Mayo 2014



67ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (mayo 2014)

Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida.

- “Es responsabilidad ética de los sistemas de salud proporcionar cuidados paliativos”
- “La necesidad de cuidados paliativos crecerá, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas en el mundo entero”



Definición de Cuidados Paliativos

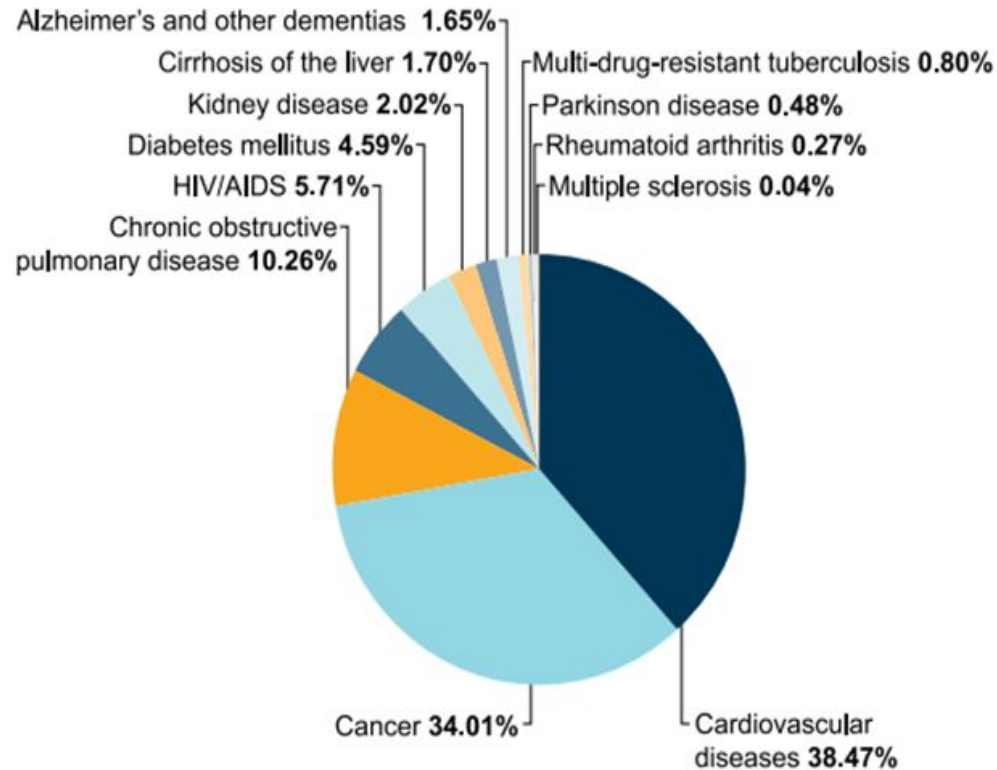
«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».



OMS 2002



Enfermedades que requieren CP en el adulto



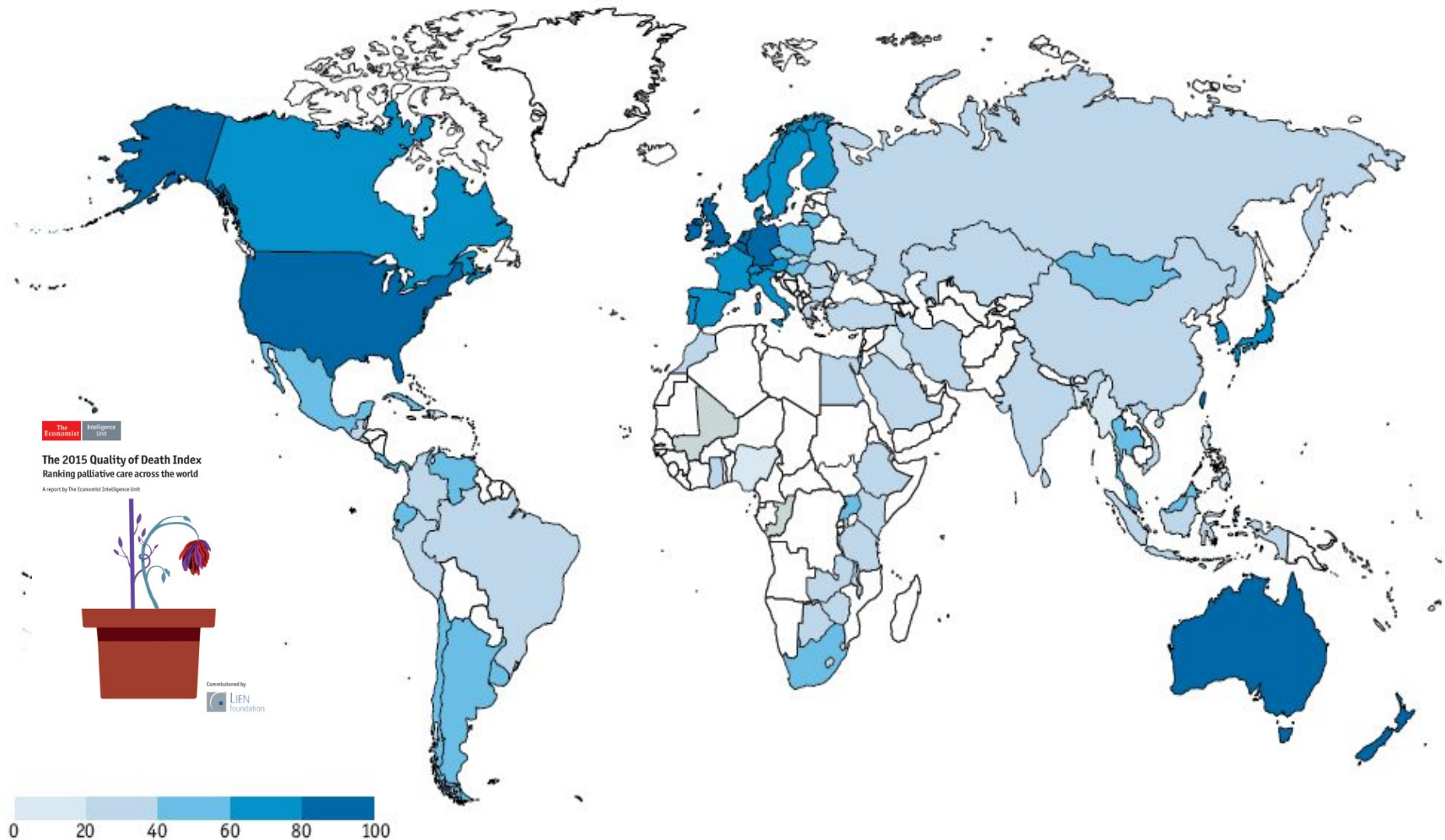
WHO Global Atlas on Palliative Care At the End of Life, 2014



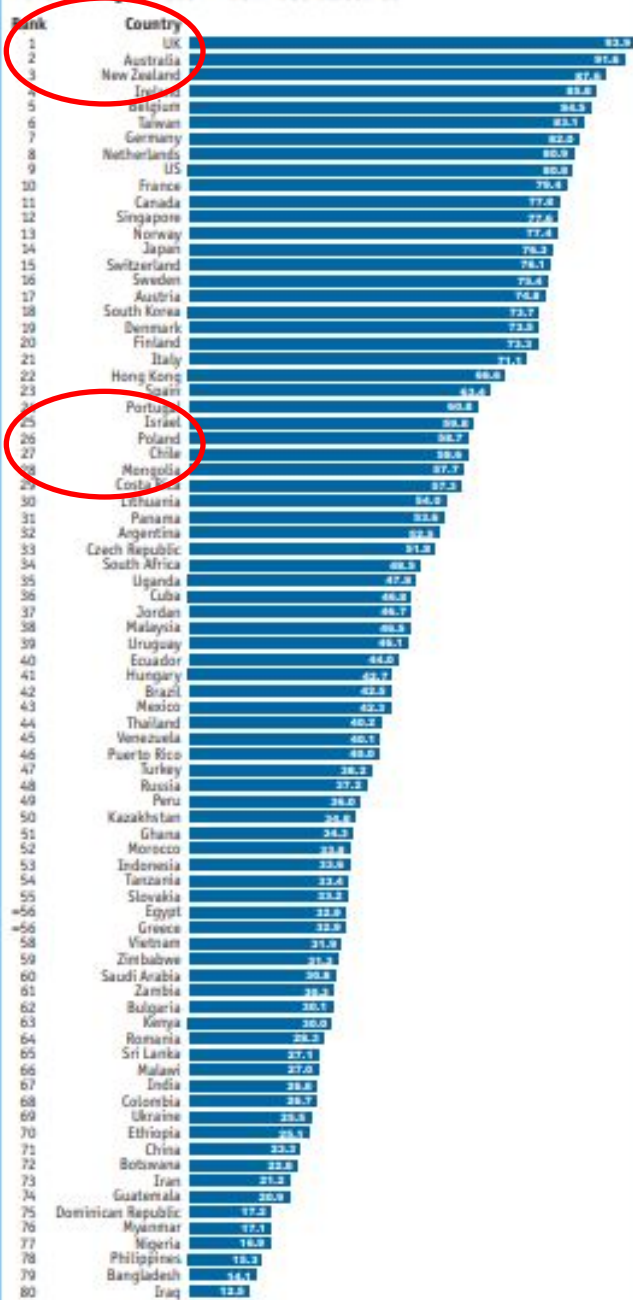
PALLIATIVE CARE ACROSS THE WORLD

The Economist Intelligence Unit Limited 2015

2015 Quality of Death Index—Overall scores



2015 Quality of Death Index—Overall scores



N°1=UK 93.9

N°27=Chile
58.6



Algunas Conclusiones:

- **Reino Unido tiene el mayor desarrollo de CP en el mundo, similar a la mayoría de los países más ricos.**
- **Los países con alto nivel de desarrollo de CP comparten algunas características, como:**
 - Fuertes políticas públicas de salud que integran CP.
 - Extensos programas de formación en CP, tanto para profesionales generalistas como para especialistas en CP.



Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the *Lancet* Commission report



Felicia Marie Knaul, Paul E Farmer*, Eric L Krakauer*, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, Xiaoxiao Jiang Kwete, Héctor Arreola-Ornelas, Octavio Gómez-Dantés, Natalia M Rodriguez, George A O Alleyne, Stephen R Connor, David J Hunter, Diederik Lohman, Lukas Radbruch, María del Rocío Sáenz Madrigal, Rifat Atun†, Kathleen M Foley†, Julio Frenk‡, Dean T Jamison†, M R Rajagopal†, on behalf of the Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group‡

Executive Summary

In agonising, crippling pain from lung cancer, Mr S came to the palliative care service in Calicut, Kerala, from an adjoining district a couple of hours away by bus. His body language revealed the depth of the suffering.

We put Mr S on morphine, among other things. A couple of hours later, he surveyed himself with disbelief. He had neither hoped nor conceived of the possibility that this kind of relief was possible.

Mr S returned the next month. Yet, common tragedy befell patient and caregivers in the form of a stock-out of morphine.

poor or otherwise vulnerable people in high-income countries—is a medical, public health, and moral failing and a travesty of justice. Unlike so many other priorities in global health, affordability is not the greatest barrier to access, and equity-enhancing, efficiency-oriented, cost-saving interventions exist.

The global health community has the responsibility and the opportunity to close the access abyss in the relief of pain and other types of suffering at end-of-life and throughout the life course, caused by life-limiting and life-threatening health conditions. However, unlike many other essential health interventions already identified as

Lancet 2018; 391: 1391–454

Published Online
October 12, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on March 9, 2018

See [Comment](#) page 1338

*Equal contributors

†Senior authors

‡Study group members are listed

March 2018



Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—
an imperative of universal health coverage: the *Lancet*
Commission report



- Estimación de “**Serious Health-Related Suffering**” (SHS) como “medida sanitaria”:
Sufrimiento asociado a enfermedad o injuria, que no puede ser aliviado sin intervenciones profesionales y que afecta el funcionamiento físico, emocional y/o social de un individuo.



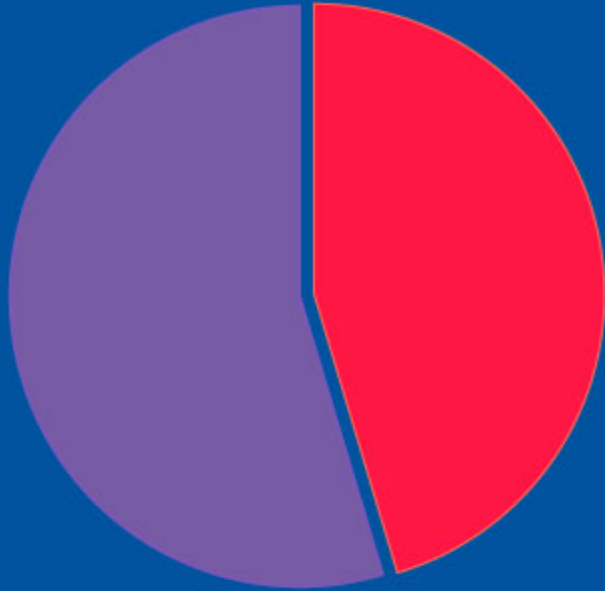
Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—
an imperative of universal health coverage: the *Lancet*
Commission report



***Los Cuidados Paliativos deben enfocarse en
aliviar SHS asociado a:***

- enfermedades que amenazan o acortan
las expectativas de vida de una persona***
- procesos de fin de vida propiamente
tales.***





25.5 millones de personas fallece con SHS que requiere CP cada año.

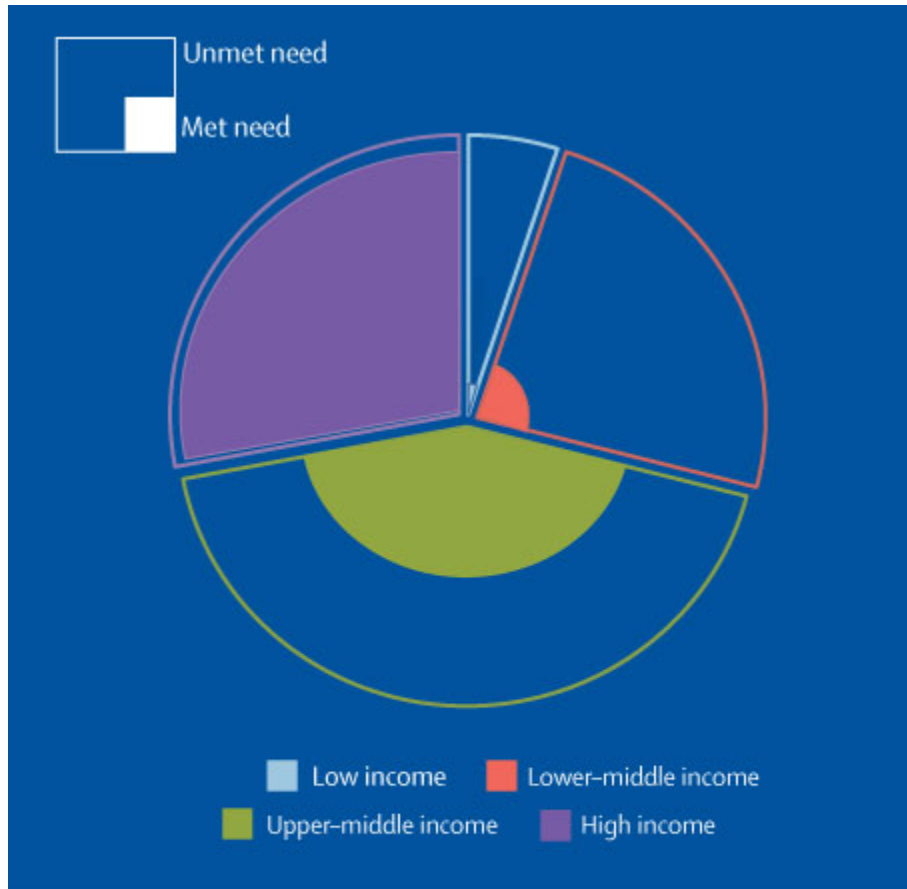
El 80% fallece en países de bajos y medianos ingresos, con escaso o nulo acceso a CP.

THE LANCET



**Si contamos, además de los 25 millones de fallecidos,
a los pacientes que viven con SHS por
enfermedades amenazantes para la vida, la
necesidad mundial de CP se estima en 61 millones
de personas anuales.**





La Morfina es considerada un fármaco esencial de los CP, sin embargo en países de bajos y medianos ingresos se logra abastecer sólo el 3% de los requerimientos.

THE LANCET

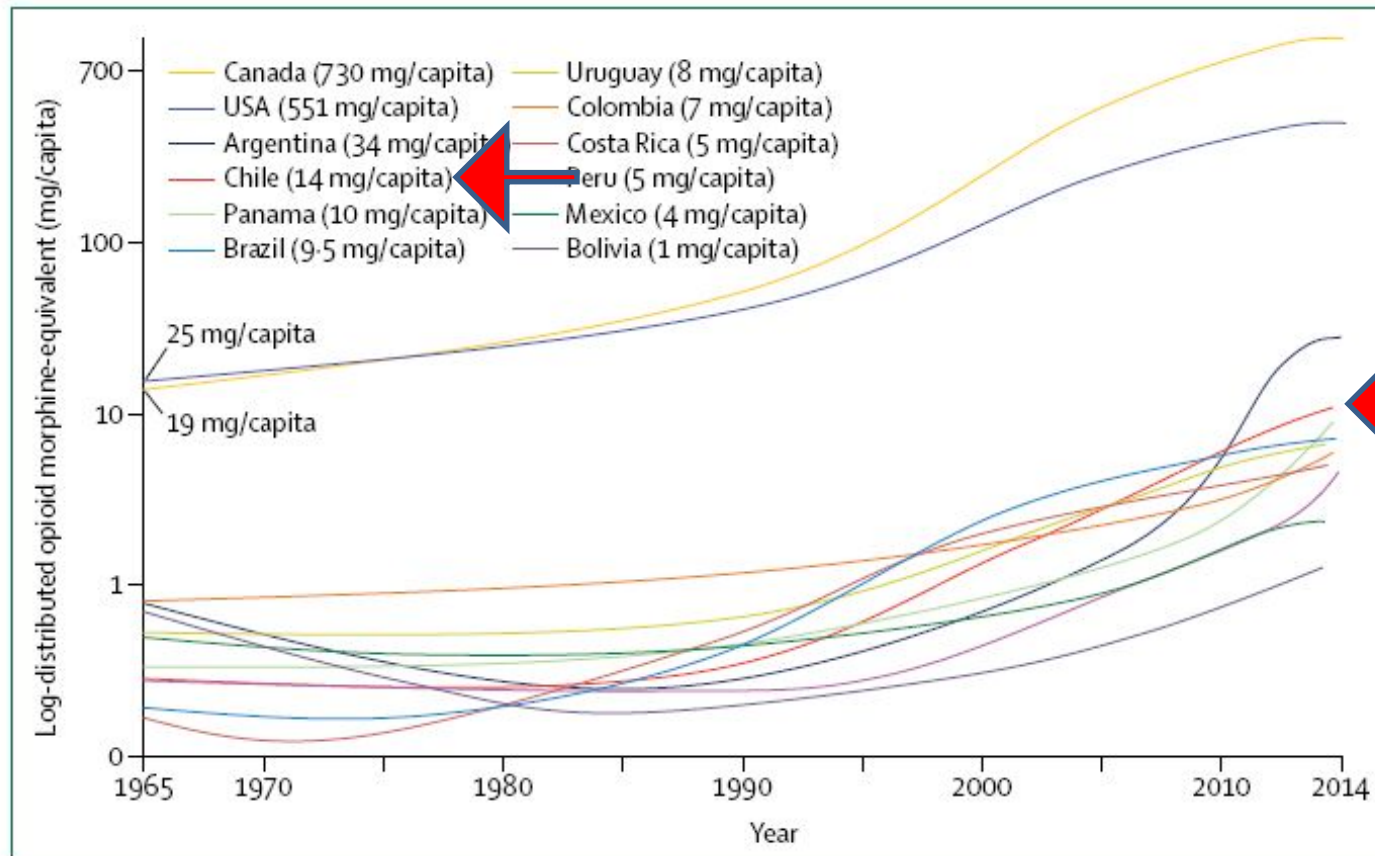


De las **298.5 toneladas** métricas de Morfina equivalentes distribuidas anualmente en el mundo, **0.1 tonelada** llegó a países subdesarrollados (equivalente al **0.03% de la Morfina mundial**).

International Narcotics Control Board. Technical reports.
Estimated world requirements for 2017.



Distribución de opioides morfina-equivalentes en América 1965-2014





Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.





DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN CHILE

1987	Programa Nacional de Cáncer de Chile - MINSAL
1995	Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos - MINSAL
2000	Objetivos Sanitarios de la Década Reducción de la prevalencia de pacientes terminales con dolor.
2003	Primer Régimen Garantías Explícitas en Salud (GES) Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado Canasta asegura prestaciones básicas. Sin indicadores de calidad según estándares internacionales.





Criterio de DERIVACIÓN a Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Chile



Cáncer Avanzado y Dolor x Cáncer
(no incluye otras enfermedades)



Definición, principios generales y modelos de atención de los CP.



Definición de Cuidados Paliativos

«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».



OMS 2002



Cuidados Paliativos: Principios Generales

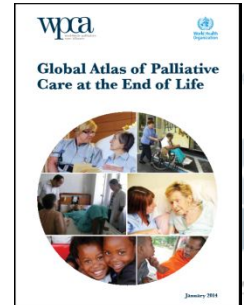
- ✓ Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, sin intentar acelerarla
- ✓ Procuran alivio del dolor y otros síntomas
- ✓ Integran aspectos psíquicos, sociales y espirituales en el cuidado del paciente
- ✓ Promueven la optimización de la calidad de vida
- ✓ Brindan apoyo a la familia durante el proceso de enfermedad y después del deceso
- ✓ Son complementarios a otras terapias



¿ Cómo se practican los CP ?

Modelos asistenciales de Cuidados Paliativos

- **Hospitalarios:** equipos móviles y/o unidades con camas especializadas.
- **Ambulatorios:** consultas externas en niveles primarios, secundarios y/o terciarios.
- **Domiciliarios:** equipos de atención primaria y/o especialistas.
- **Casas de reposo.**
- **Hospicios.**



Los Cuidados Paliativos buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas a través de:

- ✓ Óptimo manejo del dolor y otros síntomas
- ✓ Promoción de comunicación efectiva
- ✓ Apoyo psicosocial efectivo
- ✓ Facilitación de transición segura entre distintos niveles de atención

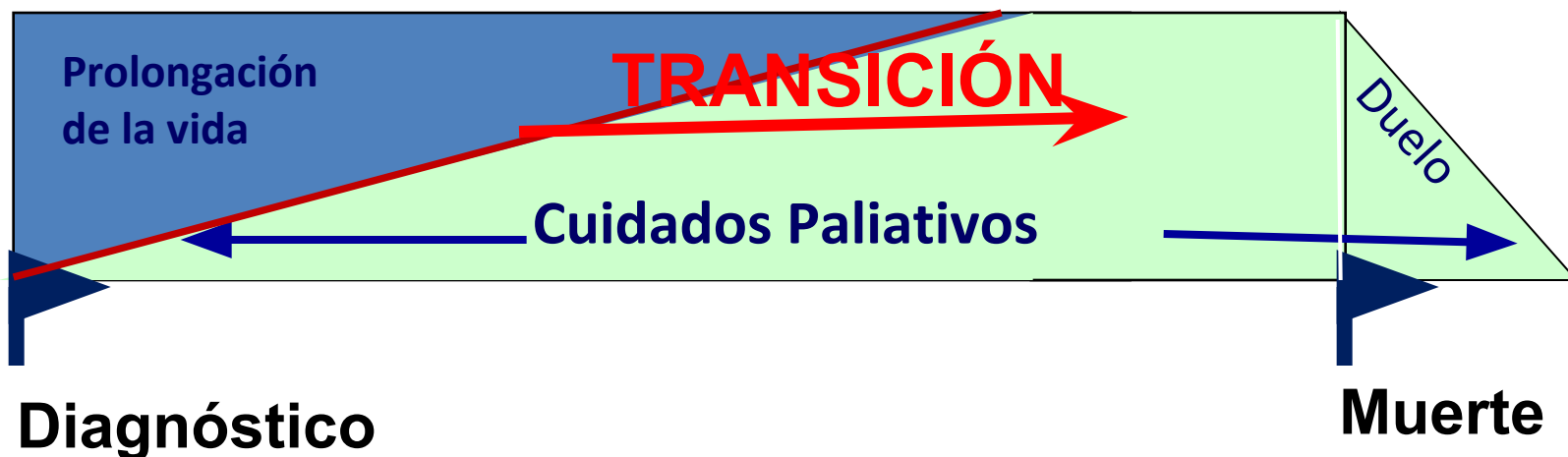


Morrison RS, Meier DE. *N Engl J Med* 2004;350 (25) 2582- 2590



¿ Cuándo los CP ?

Cuidados Paliativos = Cuidados Continuos



PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

NECESIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL



El paciente en CP y la importancia de un manejo multidimensional.





Gentileza Dr. Eduardo Bruera, MD Anderson Cancer Center

Los síntomas en pacientes crónicos/paliativos tienden a ser:

- Frecuentes
- Simultáneos
- Multifactoriales



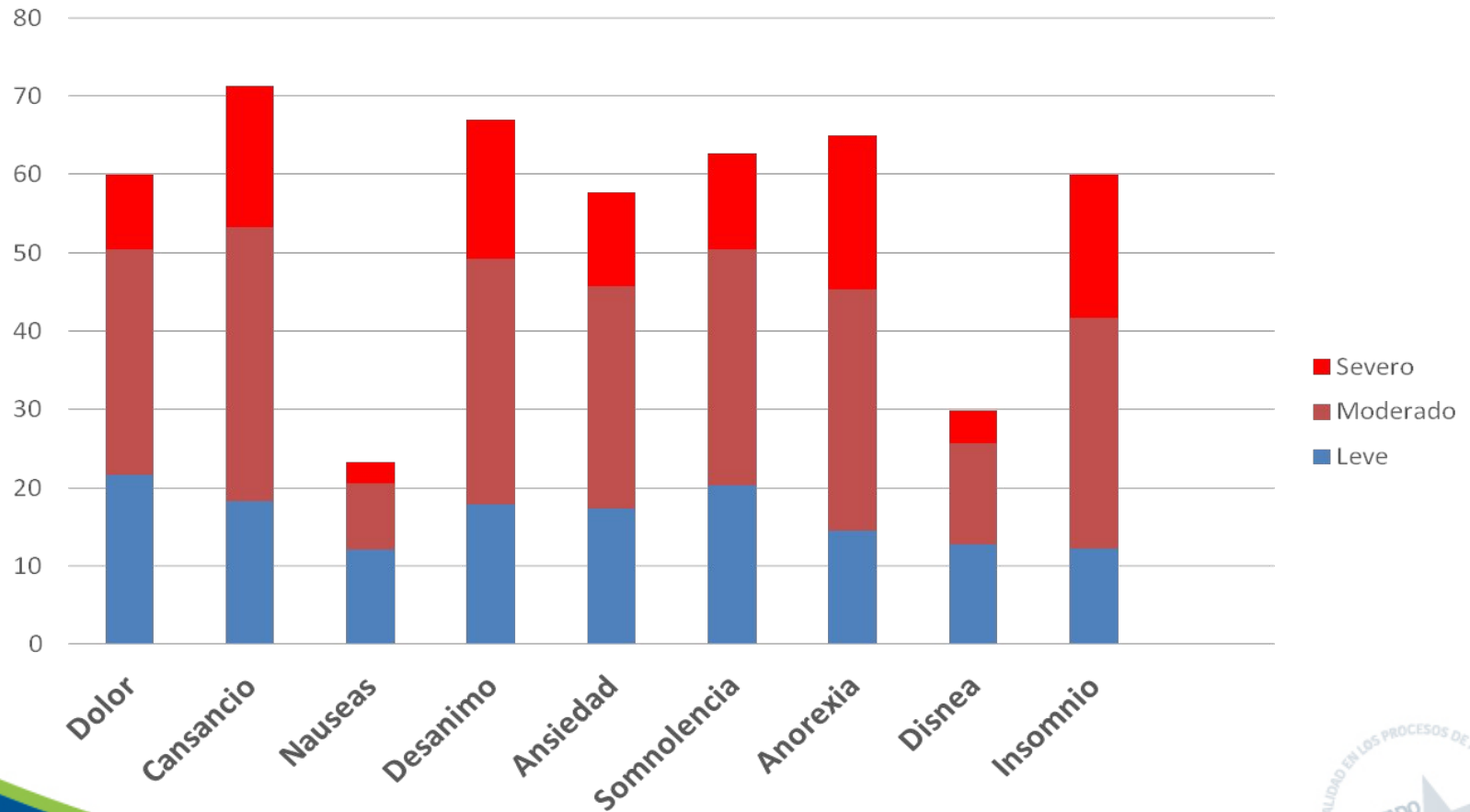
Prevalencia de síntomas en patologías crónicas avanzadas

Síntoma	Cáncer	COPD	ERC
Fatiga	23-100%	32-96%	13-100%
Anorexia	76-95%	64-67%	38-64%
Dolor	30-94%	21-77%	11-83%
Náuseas/Vómitos	2-78%	4%	8-52%
Disnea	16-77%	56-98%	11-82%
Confusión/Delirium	2-68%	14-33%	35-70%
Desánimo	4-80%	17-77%	2-61%
Ansiedad	3-74%	23-53%	7-52%

Adaptado de Moens K. et al *J Pain Symptom Manage* 2014

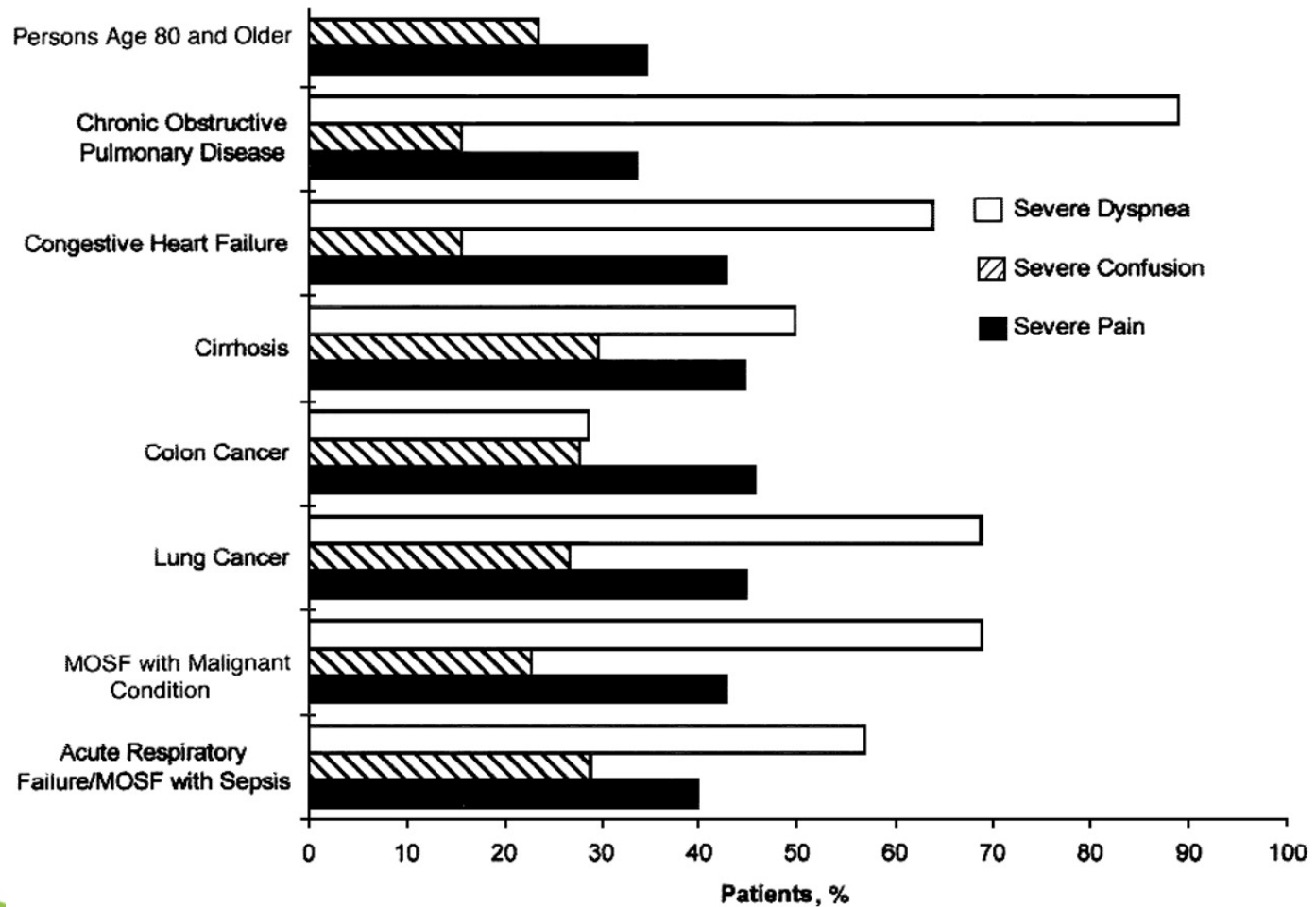


Síntomas pacientes UCCP - ESAS



Rates of severe symptoms in patients 3 days before death, as reported by family members

Cohorte 4124 pacientes fallecidos hospitalizados



Annals of Internal Medicine

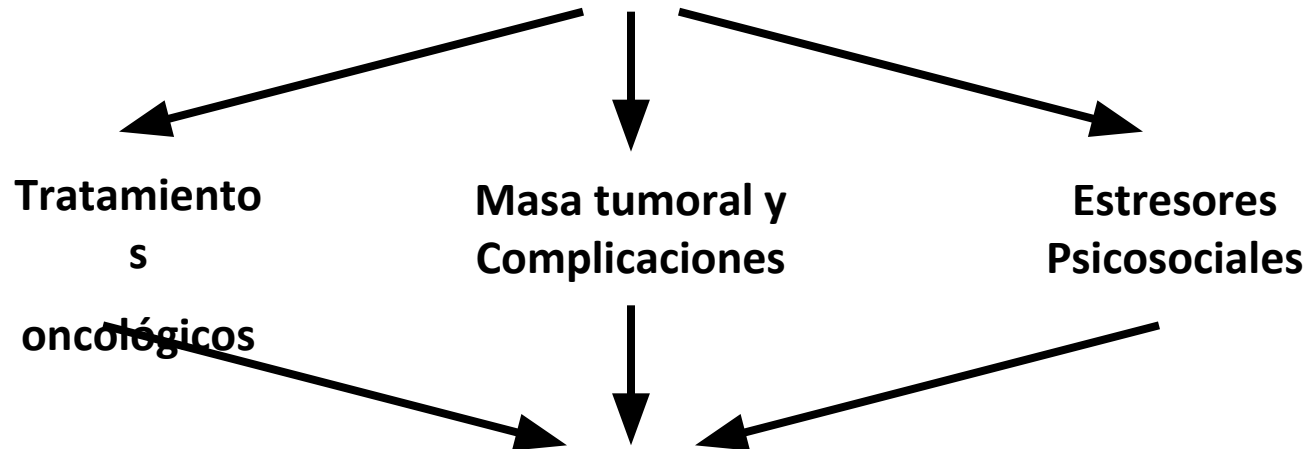


- Los síntomas de pacientes en CP son causados por factores asociados a la enfermedad (**fisiopatología específica**) y por factores asociados a los pacientes (**factores moduladores individuales**).



Necesidades de pacientes en CP: Cáncer Avanzado

Diagnóstico Cáncer IV



Comorbilidades
(Fragilidad, COPD, ICC,
dolor crónico,
depresión, abuso
sustancias)

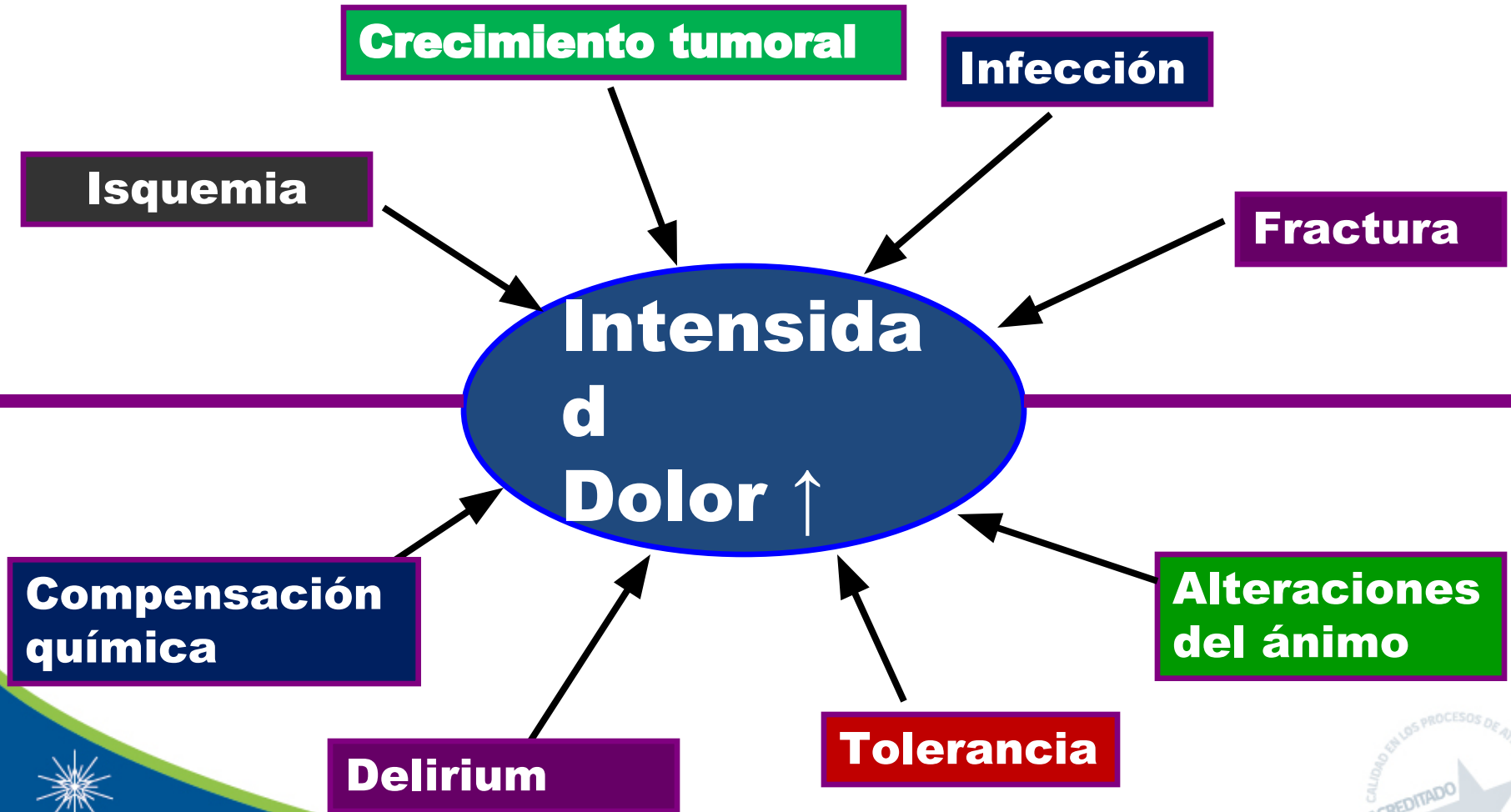
Síntomas Físicos
Síntomas Psicológicos
Preferencias / Necesidades Sociales

↓ Calidad y Cantidad de Vida

↑ Carga Cuidador



Causas asociadas al cáncer



Causas asociadas al paciente



DOLOR SEVERO 9/10 PACIENTE ONCOLÓGICO



Fases de la experiencia sintomática

1. PRODUCCIÓN

ESTÍMULO



ACTIVACIÓN DE
RECEPTORES

2. PERCEPCIÓN

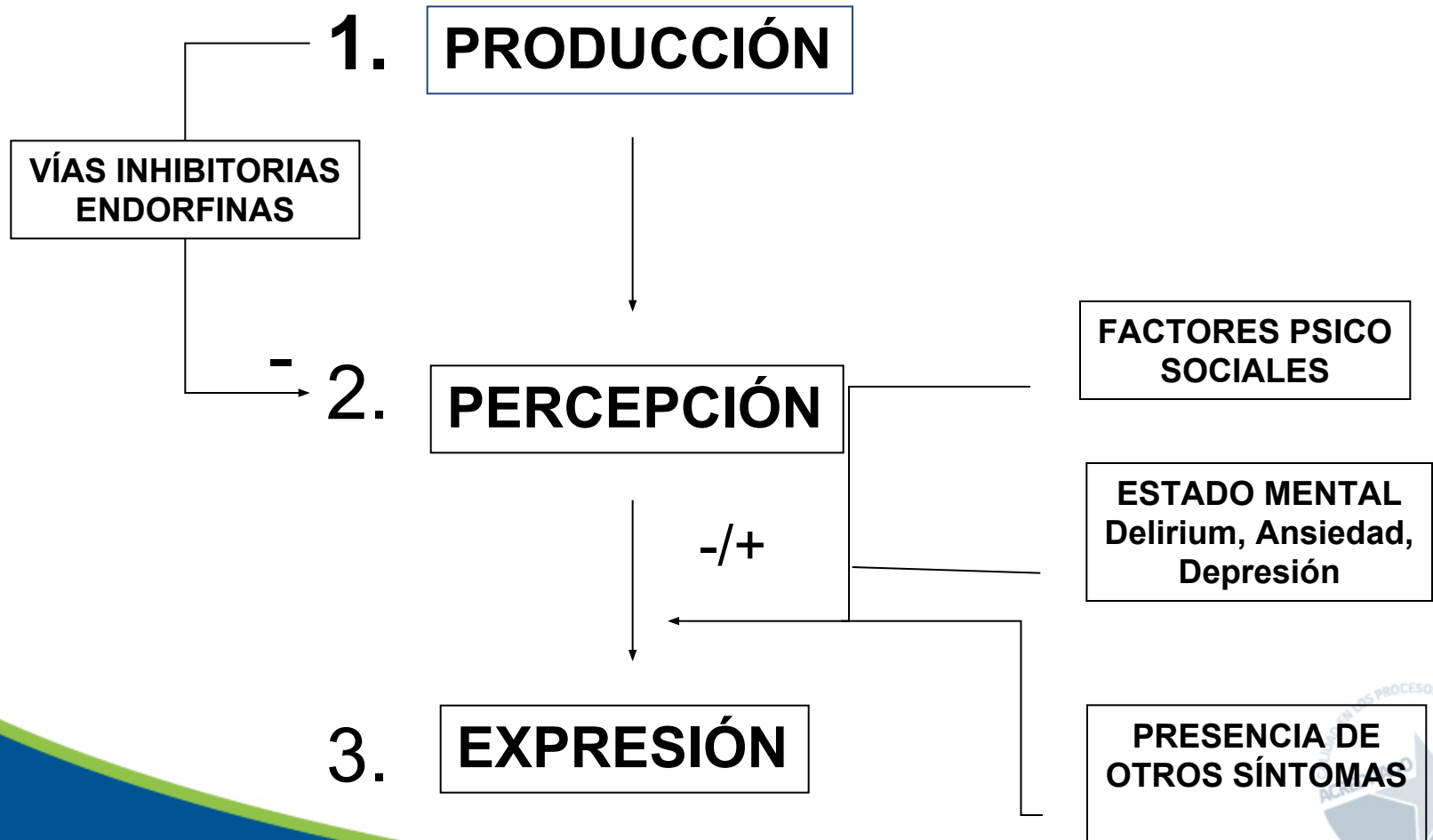
ACTIVACIÓN DE LA CORTEZA
SOMATO-SENSORIAL

3. EXPRESIÓN

EL PACIENTE COMUNICA
EL SÍNTOMA



Fases de la experiencia sintomática





Dolor: Intensidad 9/10

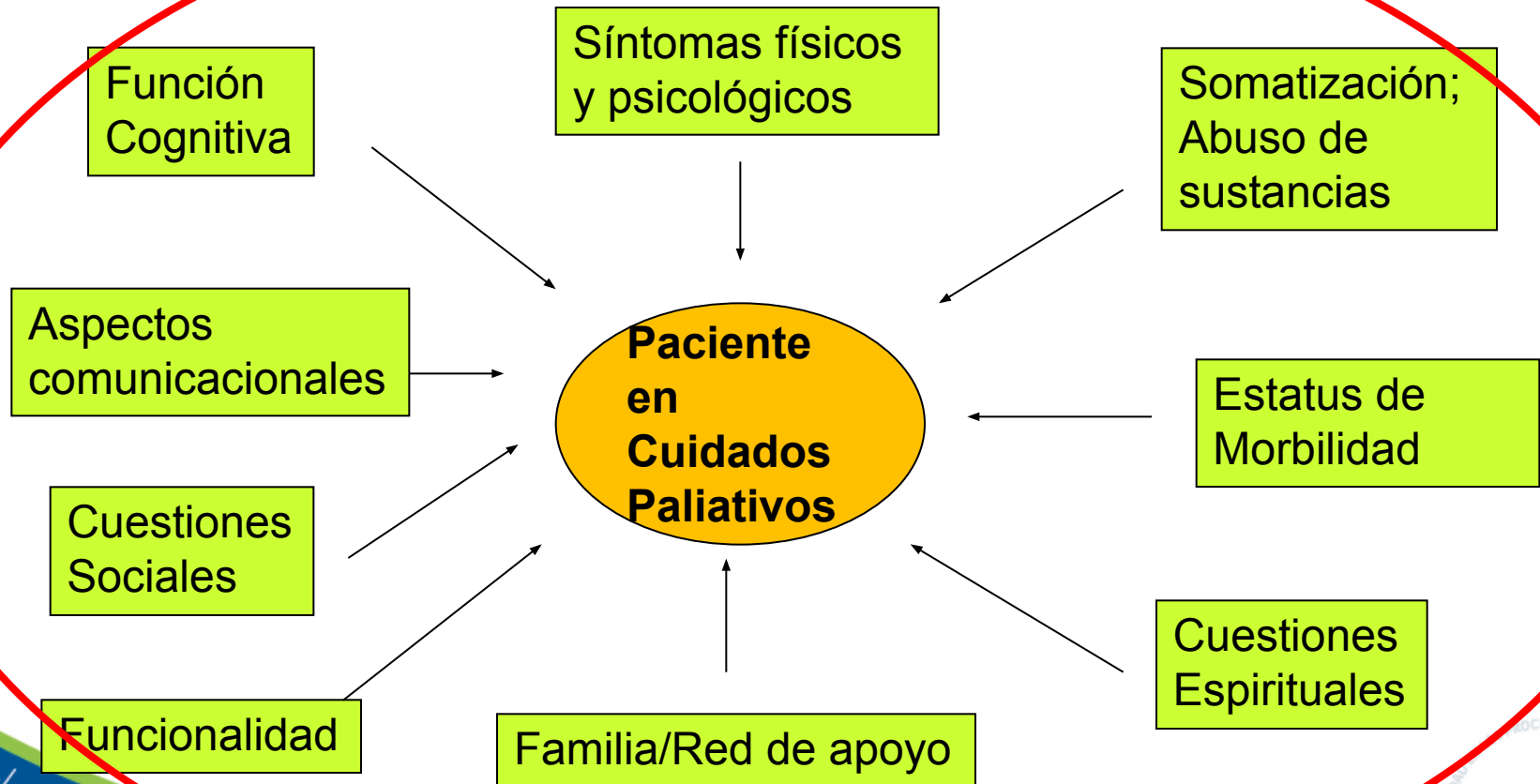
Componentes	Paciente #1	Paciente #2
Nocicepción	90%	10%
Delirium	10%	60%
Adicción	0%	30%
TOTAL	100%	100%

MORFINA ?
RDT?

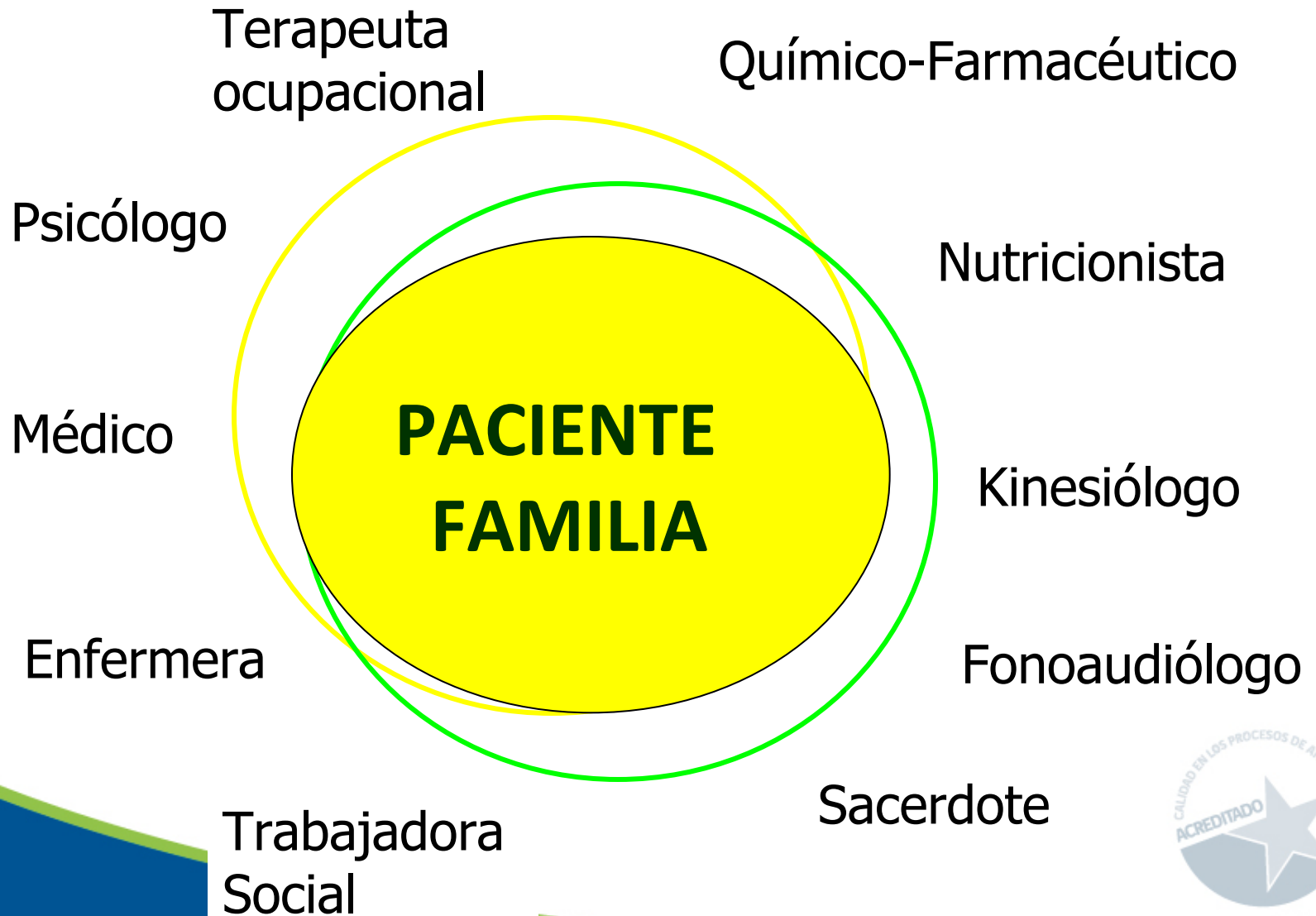
ANTIPSICÓTICOS?
PSIQUIATRÍA?



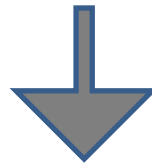
Modelo Multidimensional de sufrimiento: Aspectos relevantes



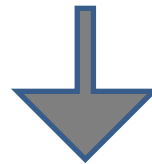
Cuidados Paliativos = Trabajo interdisciplinario



Cuidados Paliativos



Evaluación Multidimensional



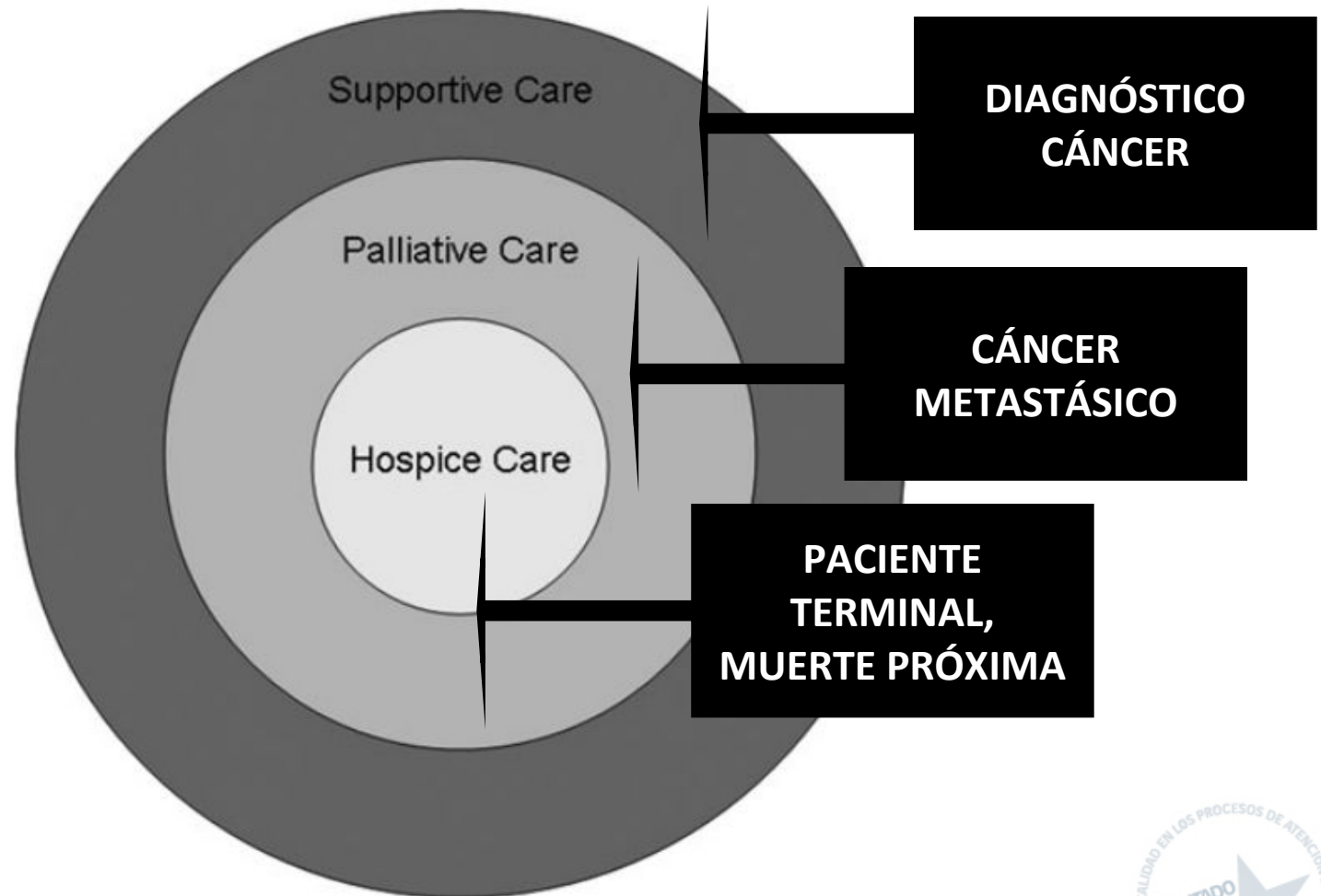
Trabajo interdisciplinario



Es importante representar el contexto en el que valoramos los síntomas de un paciente.

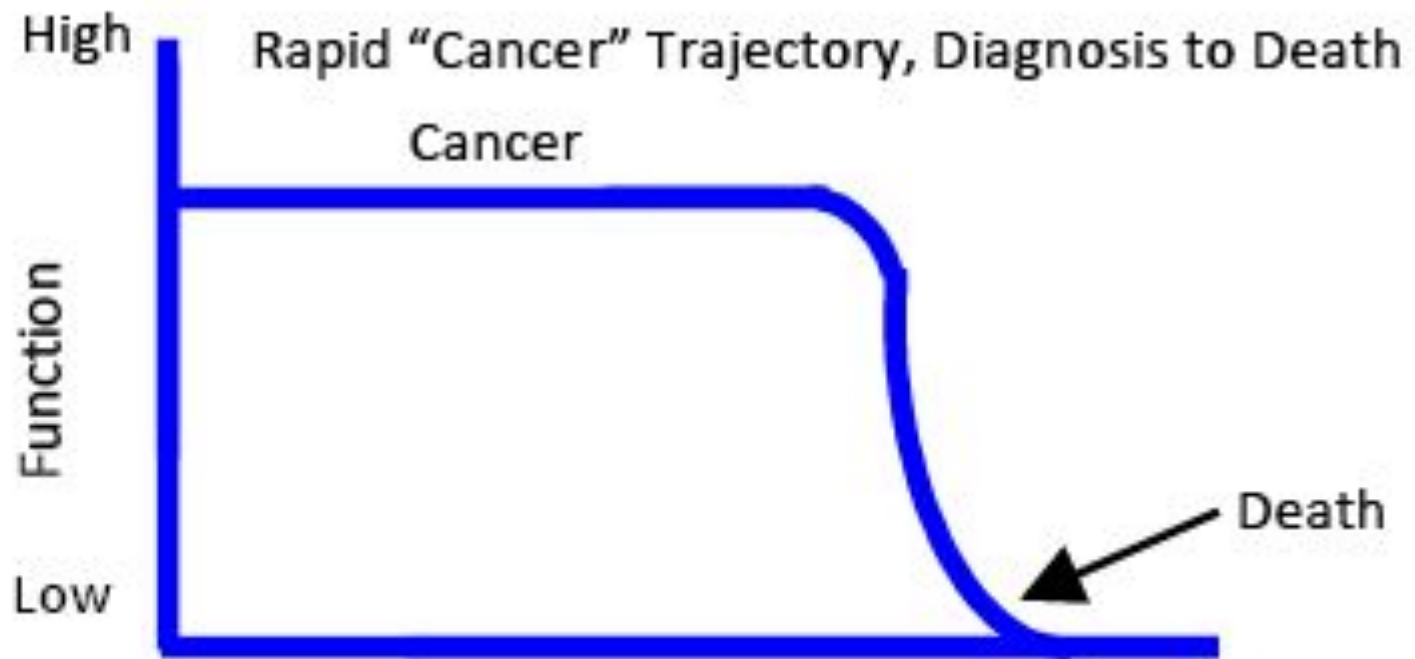


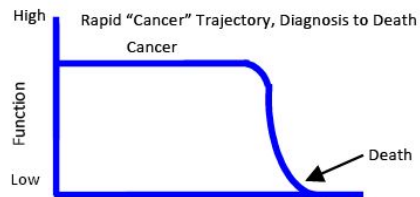
Cuidados Paliativos: Modelo Conceptual



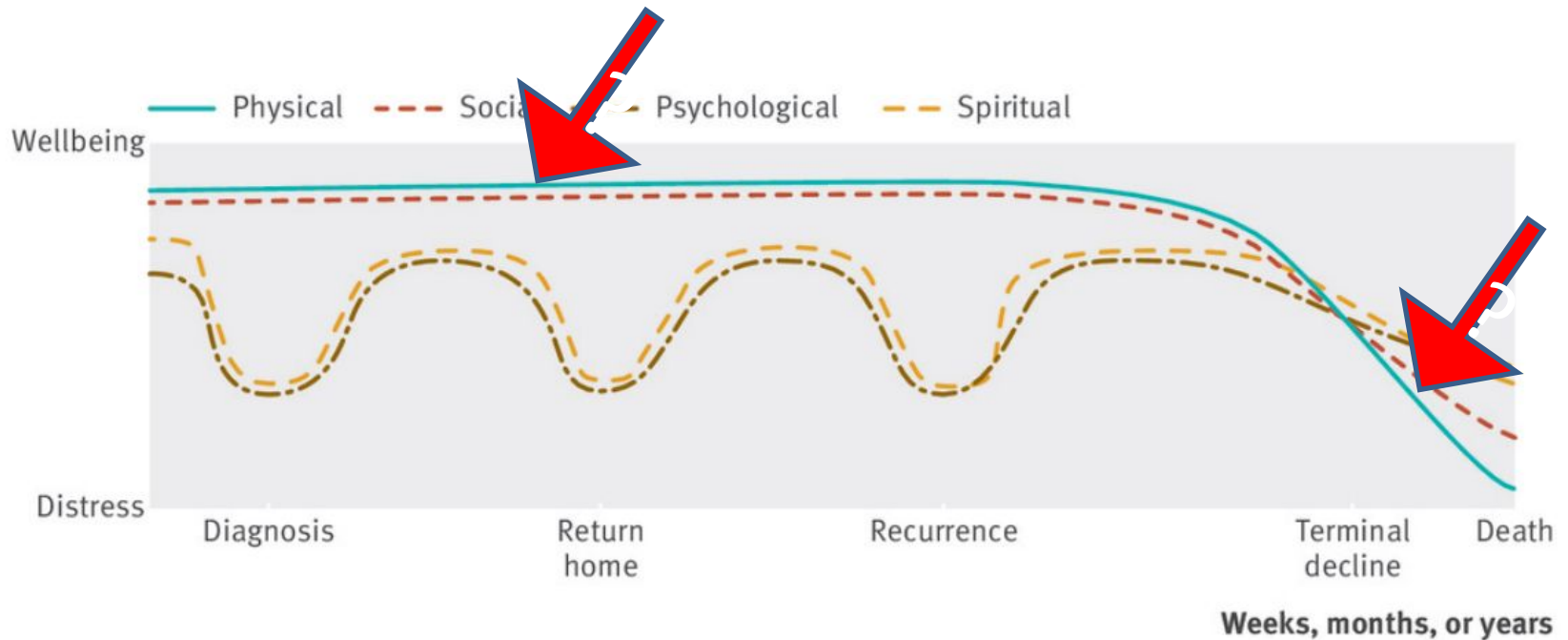
Bruera et al., JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 15, Number 11, 2012

PACIENTE ONCOLÓGICO: Evolución funcional desde el diagnóstico hasta el fallecimiento





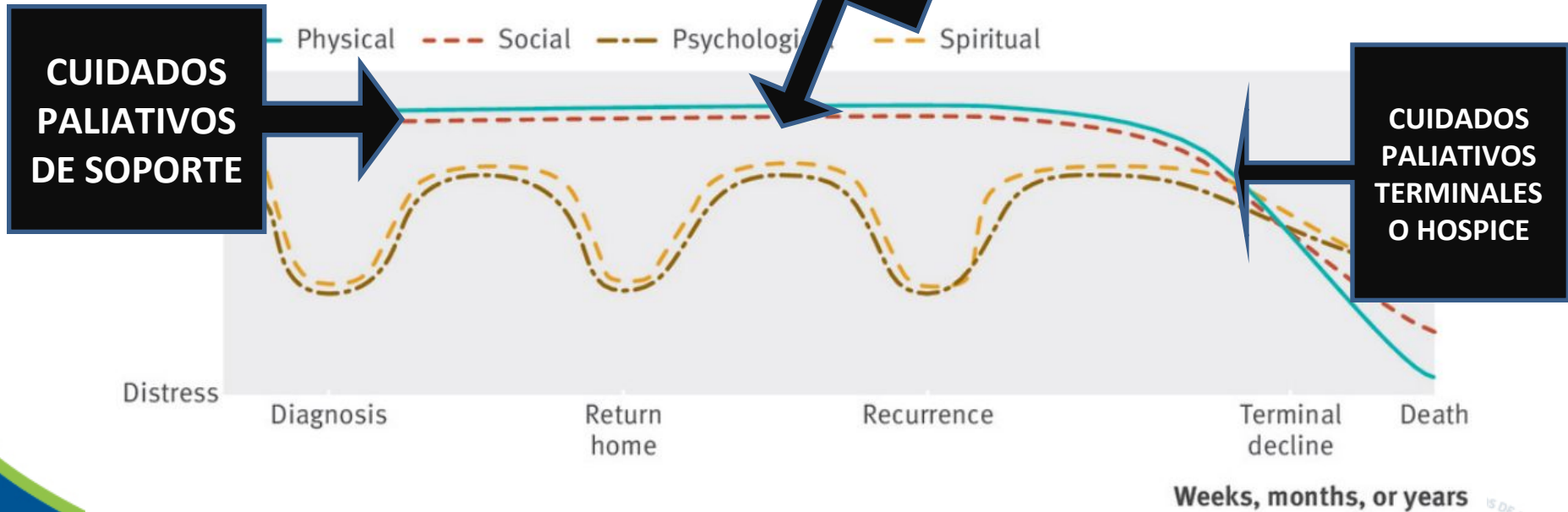
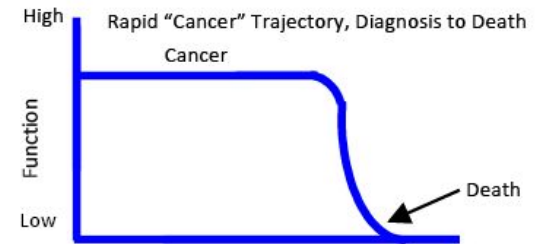
Trayectoria paciente oncológico



Murray S. *BMJ* 2017;356:j878



PACIENTE ONCOLÓGICO: Evolución multidimensional desde el diagnóstico hasta el fallecimiento



Murray S. *BMJ* 2017;356:j878



Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas se benefician del enfoque multidimensional de los CP en las distintas etapas de su enfermedad.



Instrumentos de evaluación multidimensional



*“ Lo que no se define no se puede
medir.
Lo que no se mide , no se puede
mejorar....”*

William Thomson, primer barón Kelvin
(1824-2907)



Estimación de funcionalidad (pacientes oncológicos).

- **Karnofsky Performance Status (KPS:** Memorial Hospital New York, Estados Unidos 1948).
- **Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG,** Eastern Cooperative Group in Solid Tumor Chemotherapy, Estados Unidos 1960).
- **Palliative Performance Scale (PPS:** Victoria Hospice Society, Canadá 1996. Versión 2, 2003).



Inter-conversión entre escalas funcionales.

Table 4 – Propose

KPS,

Incapaz de trabajar. Asistencia básica y cuidados médicos frecuentes.	<p>Sentado/Acostado. No puede trabajar. Enfermedad extensa. Asistencia considerable. Ingesta normal o reducida. Conciencia normal o confusa.</p>	<p>Capaz de cuidados limitados. Confinado a silla o cama > 50% de la horas de vigilia.</p>
100	90	
90	80	
80	70	
70	60	
60	50	3
50	40	
40	30	4
30	20	
20	10	
10		



Ma C, Eur Journal Cancer 2010



Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS)

Nada de dolor	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Nada de cansancio	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El mayor cansancio que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sin náuseas	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se puedan imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Nada de desánimo	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Nada de nervioso	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Nada de somnoliento	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Ninguna dificultad para respirar	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
El mejor apetito	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nada de apetito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sin dificultad para dormir	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Sentirse perfectamente	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Otro: _____	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			



Estado Cognitivo: Delirium

MDAS

ÍTEM A EVALUAR	ESCALA			
REDUCCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA (ALERTA)	0	1	2	3
DESORIENTACIÓN	0	1	2	3
ALTERACIÓN DE LA MEMORIA RECIENTE	0	1	2	3
ALTERACIÓN DE LA PRUEBA DE RETENCIÓN DE DÍGITOS	0	1	2	3
REDUCCIÓN EN LA HABILIDAD PARA MANTENER Y CAMBIAR EL FOCO DE ATENCIÓN	0	1	2	3
PENSAMIENTO DESORGANIZADO	0	1	2	3
ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN	0	1	2	3
ACTIVIDAD PSICOMOTORA AUMENTADA O DIMINUÍDA	0	1	2	3
IDEAS DELIRANTES	0	1	2	3
TRASTORNOS DEL CICLO SUEÑO – VIGILIA	0	1	2	3

Support Care Cancer 2007;15(11):1271-1276



Estado Cognitivo: Delirium

The diagnosis of delirium by CAM requires the presence of BOTH features A and B		
CAM Confusion Assessment Method	A. Acute onset	Is there evidence of an acute change in mental status from patient baseline?
	and	
	Fluctuating course	Does the abnormal behavior: <ul style="list-style-type: none"> ➤ come and go? ➤ fluctuate during the day? ➤ increase/decrease in severity?
	B. Inattention	Does the patient: <ul style="list-style-type: none"> ➤ have difficulty focusing attention? ➤ become easily distracted? ➤ have difficulty keeping track of what is said?
	AND the presence of EITHER feature C or D	
	C. Disorganized thinking	Is the patient's thinking <ul style="list-style-type: none"> ➤ disorganized ➤ incoherent For example does the patient have <ul style="list-style-type: none"> ➤ rambling speech/irrelevant conversation? ➤ unpredictable switching of subjects? ➤ unclear or illogical flow of ideas?
	D. Altered level of consciousness	Overall, what is the patient's level of consciousness: <ul style="list-style-type: none"> ➤ alert (normal) ➤ vigilant (hyper-alert) ➤ lethargic (drowsy but easily roused) ➤ stuporous (difficult to rouse) ➤ comatose (unrousable)

Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948.



Riesgo compensación química / adicciones

Anexo 1. Cuestionario de CAGE

	Sí	No
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? (Cut down)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? (Annoyed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? (Guilty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca? (Eye-opener)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Evaluación multidimensional de síntomas: ¿Un desafío realista?

- Sí es realista, pero necesitamos:
 - Conocer la historia de enfermedad de nuestro paciente (contexto).
 - Evaluar causas orgánicas y factores moduladores (trabajo interdisciplinario).
 - Utilizar instrumentos estandarizados de evaluación.



EQUIPO Cuidados Continuos y Paliativos Hospital Clínico Universidad de Chile



**¡GRACIAS POR SU
ATENCIÓN!**

