

EVALUACIÓN EN CUIDADO PALIATIVO

Material preparado por Sofía Bunge, Mariela Bertolino y Roberto Wenk

Editado por Roberto Wenk

Esta guía contiene los instrumentos de evaluación utilizados por el Programa Argentino de Medicina Paliativa - Fundación FEMEBA.

Deseamos que Ud. la encuentre útil para la asistencia de sus pacientes.

Consultas:

- UCP Hospital Tornú (54 11 4523 3511)
- UCP Hospital Sommer (54 237 4840 880 / 4852 555, int. 224).

Guía para determinar mal pronóstico

"Medical Guidelines for Determining Prognosis in Selected Non-cancer Diseases", 2nd edition, 1996; National Hospice and Palliative Care Organization.

Expectativa probable de vida \leq 6 meses

Evidencia de deterioro clínico progresivo en los 6-12 meses anteriores:

- a. registrado en historia clínica
- b. según análisis de laboratorio
- c. según estudios radiológicos
- d. visitas múltiples a la sala de emergencia
- e. internaciones

Complicaciones:

- a. neumonía por aspiración
- b. infección urinaria
- c. sepsis
- c. úlcera por decúbito – grados III-IV
- c. fiebre recurrente después de antibióticos

Evidencia de deterioro funcional:

- a. PPS o Karnofsky < 50 %
- b. dependencia en 3 de 6 ABC (actividades básicas cotidianas) p.e. bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, deambular independiente, continencia de esfínteres

Deterioro de la nutrición:

- a. pérdida de peso – 10 % o más en los 6 meses anteriores
- b. albúmina sérica - < 2.5 gm/dl
- c. índice de masa corporal (IMC; *en inglés BMI*) < 22 kg/m²

Otros factores:

- a. enfermedad muy avanzada e interrupción del tratamiento
- b. múltiples enfermedades muy avanzadas
- c. enfermedad muy avanzada en persona muy adulta

Evaluación básica sugerida

- Enfermedad de base y evolución.
- Enfermedades co-existentes.
- Síntomas (ESAS, ECAF si hay trastorno en la comunicación)
- Capacidad funcional (ECOG, Karnofsky).
- Función cognitiva (MMT, CAM).
- Dolor: etiología, características, factores pronósticos, tipo tratamientos previos y grado de alivio obtenido.
- Hidratación diaria.
- Catarsis: frecuencia y características
- Medicación en uso (dosis, efectividad, toxicidad).
- Opioides (dosis diaria, DEMO, vía, efectos adversos, rotación).
- Examen físico.
- Laboratorio basal: hemograma, glucemia, creatininemia*, calcio iónico**, ionograma**
- Información diagnóstica y pronóstica.
- Estado emocional; desordenes psicológicos.
- Contexto y recursos psicosociales.

* alterada: precaución con el uso de opioides

** alterado: causa posible de delirium

Monitoreo de opioides

- A. Prescripción de dosis regulares y de rescate (10 % dosis diaria).
- B. Dosis diaria recibida, DEMO, vía.
- C. Grado de alivio obtenido.
- D. Adherencia al tratamiento, cumplimiento de indicaciones.
- E. Monitoreo de efectos adversos:
 - Náuseas y vómitos (ESAS).
 - Neurotoxicidad: deterioro cognitivo, delirium (MMT, CAM), alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles), mioclonías, hiperalgesia, somnolencia persistente.
 - Constipación (frecuencia y características, valoración, examen rectal, uso regular de laxantes).
 - Otros: boca seca, mareos, prurito, trastornos urinarios.

Escalas de capacidad funcional

Karnofsky (%)		ECOG
Sin síntomas; sin evidencia de enfermedad.	100	0 Asintomático, actividad normal.
Actividad normal. Síntomas o signos leves.	90	1 Sintomático, ambulatorio, y realiza las actividades cotidianas
Síntomas y signos con el esfuerzo.	80	
Puede cuidarse solo. Incapaz de actividad normal o de trabajo activo.	70	2 Sintomático, en cama menos del 50 % del día
Ocasionalmente requiere asistencia, pero puede realizar la mayor parte de sus necesidades.	60	
Requiere asistencia considerable y frecuentes prestaciones medicas.	50	3 Sintomático, en cama más del 50 % del día.
Incapacitado. Requiere asistencia y tratamientos especiales.	40	
Condición seria. Se indica internación.	30	4 No se levanta, y puede necesitar internación
Condición grave. Internación con medidas de apoyo intensas.	20	
Moribundo. Progresión rápida de la enfermedad.	10	
Muerto	0	5 Muerto

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

Bruera E y col. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care, 1991, 7(2):6-9.

Promedio de intensidad de síntomas en las últimas 24 hs.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **dolor** Máx. **dolor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **cansancio** Máx. **cansancio**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **náusea** Máx. **náusea**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **depresión** Máx. **depresión**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **ansiedad** Máx. **ansiedad**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **somnolencia** Máx. **somnolencia**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Buen **apetito** Sin **apetito**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Máx. **bienestar** Máx. **malestar**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **falta de aire** Máx. **falta de aire**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin **dificultad para dormir** Máx. **dificultad para dormir**

En el PACI (UCP Sommer) se cambió:

Ansiedad x **ANGUSTIA** Depresión x **TRISTEZA**

Máximo bienestar: **10** Buen apetito: **10**

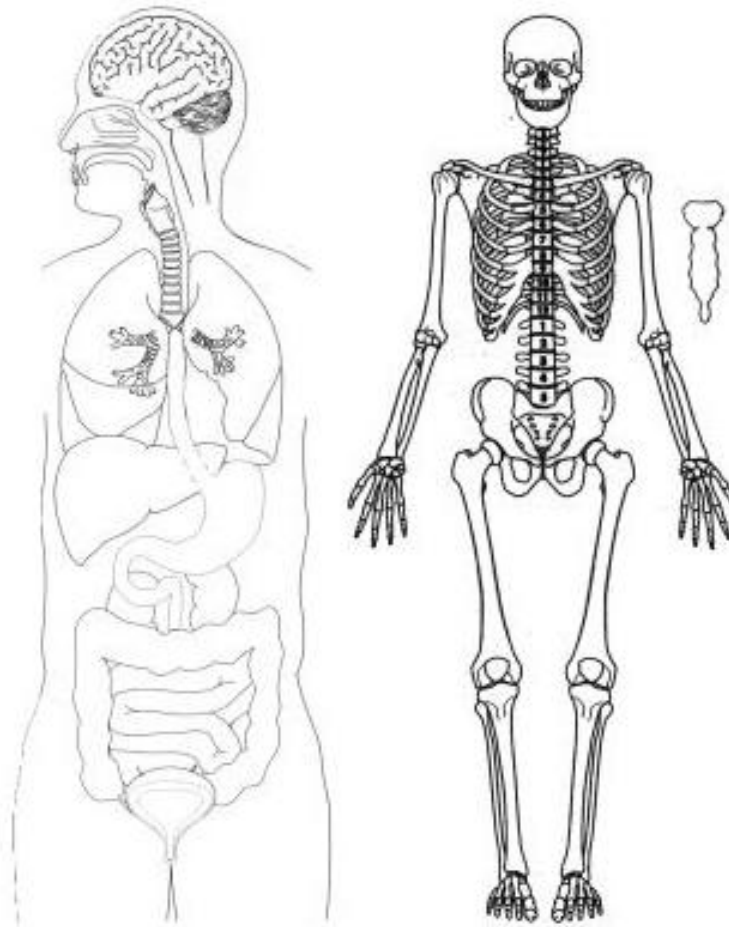
Si no se puede utilizar la escala numérica, evaluar con escala categórica y asentar los valores de cada categoría.

NADA = 0, POCO = 4, BASTANTE = 6, MUCHO = 10

ELVIS (Edmonton Labeled Visual Information System)

Walker P y col. Impact of the Edmonton Labeled Visual Information System on physician recall of metastatic cancer patient histories. a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2001;21(1):4-11.

Registrar las lesiones y los tratamientos realizados.



■ TUMOR // // // CIRUGÍA □ RADIOTERAPIA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Factores pronósticos de mal control del dolor

Driver LC y Bruera E. The M.D. Anderson Palliative Care Handbook. 1st edition. Houston, Texas. The University of Texas M.D. Cancer Center. 2000. p. 28.

1. Dolor neuropático.
 2. Dolor incidente.
 3. Deterioro cognitivo.
 4. Desordenes psicológicos.
 5. Estrategias disfuncionales de adaptación (historia de abuso de alcohol o adicción a drogas).
-

Cuestionario CAGE

Bruera E y col. The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. J Pain Symptom Manage 1995;10(8):599-603.

Las preguntas se refieren a toda la vida del paciente.

1. Sintió alguna vez que debía dejar de tomar bebidas alcohólicas ?
2. Se ha sentido molesto por las personas que critican su habito de tomar bebidas alcohólicas ?
3. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su hábito de tomar bebidas alcohólicas ?
4. Ha tenido alguna vez que tomar bebidas alcohólicas como primera cosa en la mañana, o para sacar la resaca ?

CAGE positivo = 2 o más respuestas positivas
(= diagnóstico probable de alcoholismo)

ECAF (Edmonton Comfort Assessment Form)

Bruera E y col. Perception of discomfort by relatives and nurses in unresponsive terminally ill patients with cancer: a prospective study. J Pain Symptom Manage 2003;26(3):800-817.

Para evaluar pacientes que NO pueden comunicarse.

Comportamiento observado durante el turno	Ausente 0	Solo con estímulos 1	Espontáneo ocasional 2	Frecuente 3	Continuo 4
Gestos de disconfort					
Quejidos, palabras aisladas					
Gritos					
Tocar o escarbar un área					
Movimientos sin objetivo					
Respiración laboriosa y ruidosa					
Puntos totales /24					

¿Cuán confortable ha estado el paciente en las últimas horas?
(Marcar un número)

Cuidador principal

Máximo disconfort **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Muy confortable

Cual cree que es la causa del disconfort ? (puede marcar más de una)
Dolor, Náusea, Confusión / desasosiego, Necesidad de orinar / defecar, Falta de aire, Hambre sed, Desconocida.
Otra:

Médico

Máximo disconfort **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Muy confortable

Cual cree que es la causa del disconfort ? (puede marcar más de una)
Dolor, Náusea, Confusión / desasosiego, Necesidad de orinar / defecar, Falta de aire, Hambre sed, Desconocida.
Otra:

Enfermero

Máximo disconfort **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Muy confortable

Cual cree que es la causa del disconfort ? (puede marcar más de una)
Dolor, Náusea, Confusión / desasosiego, Necesidad de orinar / defecar, Falta de aire, Hambre sed, Desconocida.
Otra:

Evaluación de resultados asistenciales

Ryndes T y col. Report on the Alpha and Beta Pilots Of End Result Outcome Measures. Outcomes Forum, The National Hospice and Palliative Care Organization and The National Hospice Work Group. 2000.

Las variables que influyen el resultado asistencial son la estructura del servicio y el proceso asistencial. La evaluación del resultado asistencial brinda información indirecta sobre esas variables.

Las áreas que son influidas por el Cuidado Paliativo, que son resultados de la asistencia, y que son evaluadas:

EVALUACIÓN A PACIENTES

Proceso de muerte confortable.


- En la entrevista inicial
"Esta incómodo a causa del dolor o de otro síntoma?"
- En las primeras 48 horas de Cuidado Paliativo
"En las primeras 48 horas de tratamiento estuvo su dolor (u otro síntoma) en un nivel que le permitió estar cómodo ?"

EVALUACIÓN A CUIDADORES RESPONSABLES (2 meses post-fallecimiento)

- Entorno seguro
"Si Ud cuidó al paciente en la casa, el Cuidado Paliativo aumentó su confianza para cuidarlo adecuadamente en el período final?"
- Duelo efectivo
"El equipo de Cuidado Paliativo le brindó a Ud. apoyo emocional efectivo en la preparación para la muerte del paciente?"
- Satisfacción familiar con el Cuidado Paliativo
"Basado en la asistencia que Ud recibió, recomendaría Ud. el Cuidado Paliativo a otros?"

MMT = MMSE (Mini Mental State Examination)

Folstein MF, Folstein S, McHugh PR: "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research 1975; 12: 189-198.

	Máx.	Pte.
ORIENTACION (1 punto cada respuesta correcta) Cual es el: día, fecha, mes, año, estación ? Donde estamos: lugar, calle, piso, ciudad, país ?	5 5	
FIJACION (1 punto cada respuesta correcta) Nombre 3 objetos (PELOTA, BANDERA, ÁRBOL) y pida al paciente que los repita	3	
ATENCIÓN (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente que reste: 100-7,-7,-7,-7-7 (93, 86, 79, 72 65) o que deletree la palabra "MUNDO" de atrás hacia adelante (ODNUM)	5	
MEMORIA (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente repetir los 3 objetos nombrados antes	3	
LENGUAJE (1 punto cada tarea correcta) Denominar (señalando los objetos): reloj, lápiz Repetición (el flan tiene frutillas y frambuesas) Comprensión (tome un papel con su mano derecha, dóblelo en el 1/2 y póngalo en el suelo) Lectura (cierre los ojos) Escritura (escriba una oración) Copiar el dibujo	2 1 3 1 1 1	
		

Total: 30

DETERIORO ≤ 24

Valores normales para edad y educación

Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF: Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. Journal of the American Medical Association 1993; 269: 2386-2391.

Estudio (años)	Edad (años).					
	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>79
0 - 4	20	20	20	19	18	16
5 - 8	24	24	25	24	23	22
9 - 12	28	28	27	27	26	23
Universidad	29	29	28	28	27	26

CAM (Confusion Assessment Method)

Inouye SK y col. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Int Med 1990;113:941-948.

Las características diagnosticas son generalmente referidas **por la familia o la enfermera**, y corresponden a una respuesta positiva a las siguientes preguntas.

Característica 1. Comienzo agudo y curso fluctuante.

¿ Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente ?

¿ La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable ?

Característica 2. Desatención.

¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención, p. e., estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que se estaba diciendo ?

Característica 3. Pensamiento desorganizado.

¿ Tuvo el paciente pensamiento incoherente, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras; o inexplicablemente cambió de tema de conversación ?

Característica 4. Alteración de la conciencia.

Observando al paciente, se considera normal al estado ALERTA.

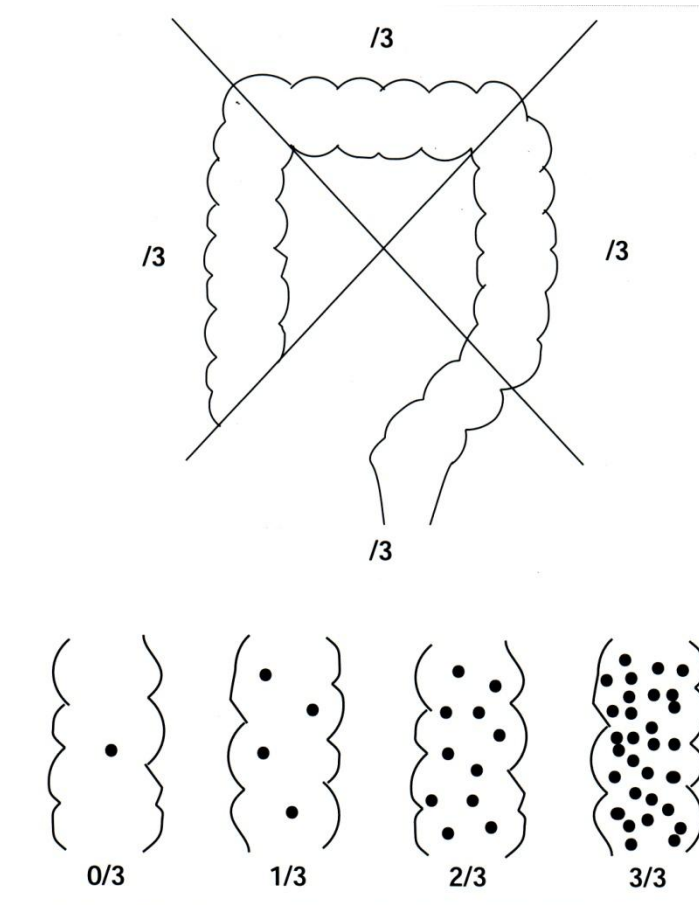
Estados anormales:

- VIGILANTE (hiperalerta, muy sensible a los estímulos ambientales)
- SOMNOLIENTO (fácilmente despertable)
- ESTUPOROSO (difícil de despertar)
- COMA (imposible de despertar).

DELIRIUM
características 1 y 2, y característica 3 ó 4.

Constipación

Bruera E y col. The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit: a retrospective review. J Pain Symptom Manage. 1994 ;9(8):515-9.



En una RX de abdomen tomada en decúbito dorsal, trazar 2 diagonales que se cruzan en el ombligo y originan 4 cuadrantes: colon ascendente, transverso, descendente y rectosigmoideo.

Evaluar la cantidad de materia fecal en el lumen:

0 = vacío

1 = ocupa < del 50 %

2 = ocupa > del 50 %

3 = ocupa todo.

El resultado es entre 0 y 12.

Más de 7 indica constipación severa y requiere intervención inmediata.

Coeficientes para calcular dosis equianalgésicas

Pereira J y col. Equianalgesic dose ratios for opioids: a critical review and proposals for long-term dosing. J Pain Symptom Manage. 2001 Aug;22(2):672-87.

	Morfina O.	Morfina SC, IM, EV
Buprenorfina SL.	x 60	ND
Buprenorfina IM, EV.	ND	x 25
Codeína O.	÷ 8	÷ 20
Hidromorfona O	x 4	
Meperidina O.	÷ 12	÷ 30
Meperidina SC, IM, EV	÷ 3	÷ 7.5
Morfina O.	x 1	÷ 2.5
Morfina SC, IM, EV.	x 2.5	x 1
Nalbufina IM, EV.	ND	x 1
Oxidodona O	x 1.5 (NC)	
Oxicodona SC.		÷ 1.5 (NC)
Propoxifeno O.	÷ 10	ND
Propoxifeno IM, EV.	ND	ND
Tramadol O	÷ 6 (NC)	

ND: información No Disponible; puede inferirse la equivalencia en base a la morfina.

NC: No existe Consenso.

DEMO (Dosis Equivalente de Morfina Oral): es la dosis equianalgésica de morfina O por día: es la cantidad de miligramos de una droga analgésica administrada que brinda el mismo alivio que una dosis determinada de morfina O.

- Coeficientes de orientación, no son exactos
- Cuando se cambia de un opioide a otro, multiplicar por el coeficiente indicado para determinar la dosis diaria del nuevo opioide. Si se ingresa a la tabla por la columna vertical, utilizar la inversa del coeficiente.
- Al cambiar de un opioide a otro, observar cuidadosamente la respuesta individual y re-titular dosis.
- Se aconseja disminuir 30 - 50 % la dosis equianalgésica del nuevo opioide por la posible tolerancia cruzada incompleta entre opioides.

METADONA

Dosis equianalgésica más recomendada: morfina O 10 mg. = metadona O 1 mg.

No existe consenso: se sugiere que a menor dosis de morfina la equivalencia es cercana a **5:1**, y a mayores dosis se acerca a **15:1**. En el uso crónico de altas dosis de opioides recomienda **15:1**.

Valores de orientación:

Metadona O. DEMO < 100 mg	x 5 (NC)
Metadona O. DEMO > 100 mg	x 10 (NC)
Metadona O. DEMO > 2000 mg	x 15 (NC)

Concentraciones de solución de preparación magistral de opioides

10 %o (10 x mil) = 1 % (1 x ciento); 1 cc. contiene 10 mg. de opioide (1 cc. = 10 mg)