

Identificación Precoz en Cuidados Paliativos



María Varela Cerdeira

✓ Declaro no tener ningún conflicto de intereses

How Doctors Choose End-of-Life

When it comes to dying, doctors are ultimately no different from the rest of us. And their emotional and physical struggles are surely every bit as wrenching. But they have a clear advantage over many of us. They've seen death up close. They understand their choices, and they have access to the best that medicine has to offer. The Johns Hopkins Precursors Study asked a group of Doctors about what measures they would have taken at their end-of-life, and the following is the response.



1. Mala Calidad de Cuidados al Final de la Vida:



➤ *Hartzband & Groopman. N Engl J Med 2012; 367:987-989*

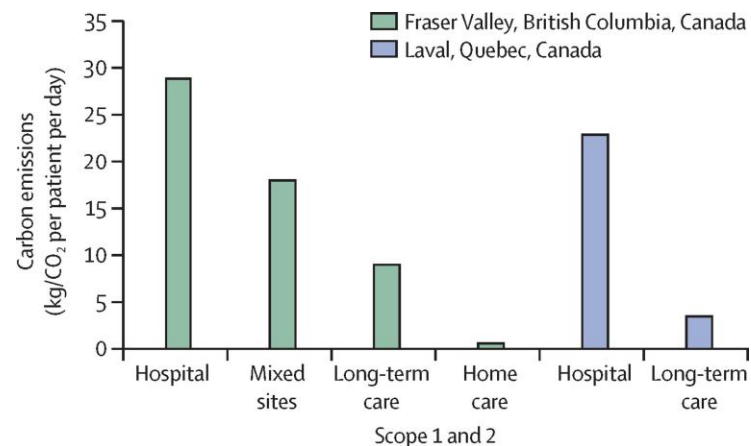
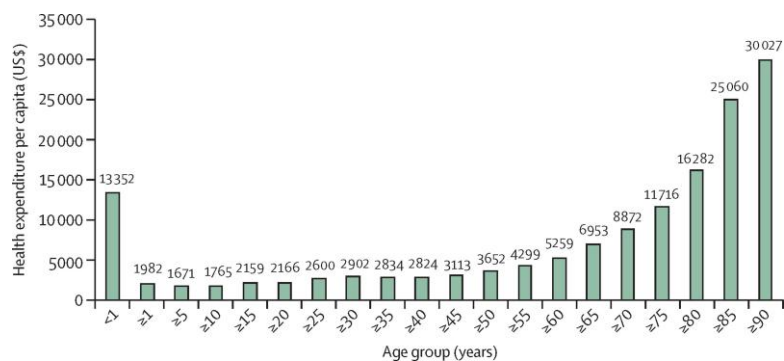
2. Asociación entre Conversaciones sobre Final de la Vida y Mejores Cuidados:



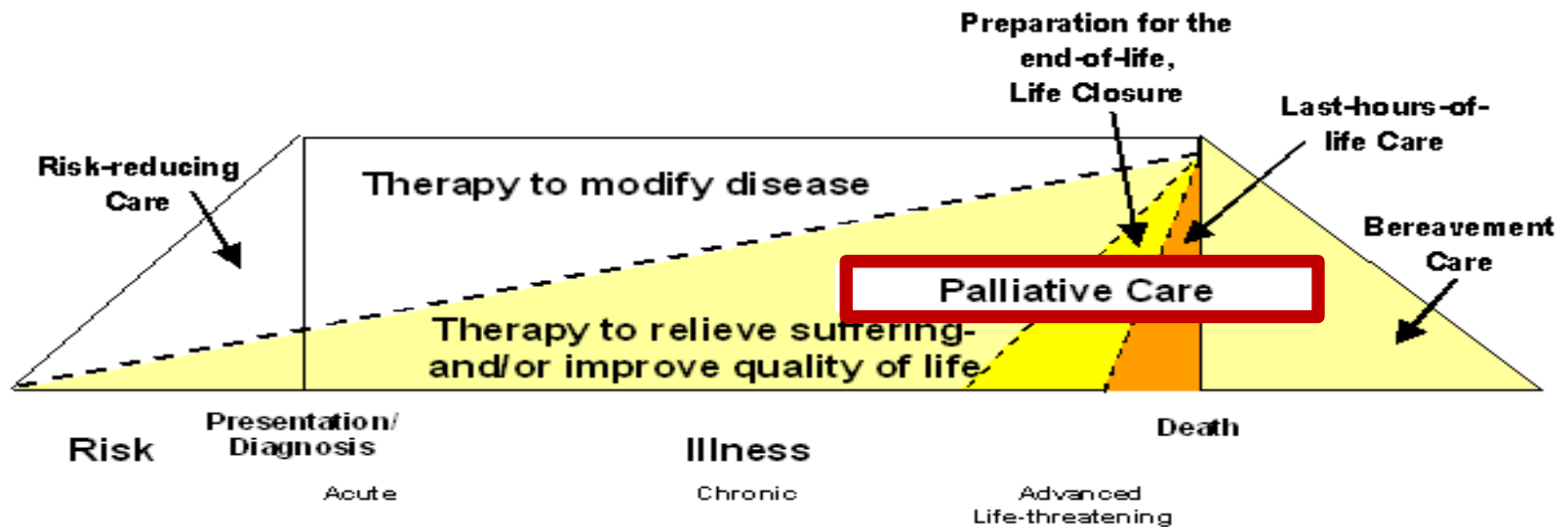
➤ *Kaplan RS et al. N Engl J Med 2016; 375:1918-20*

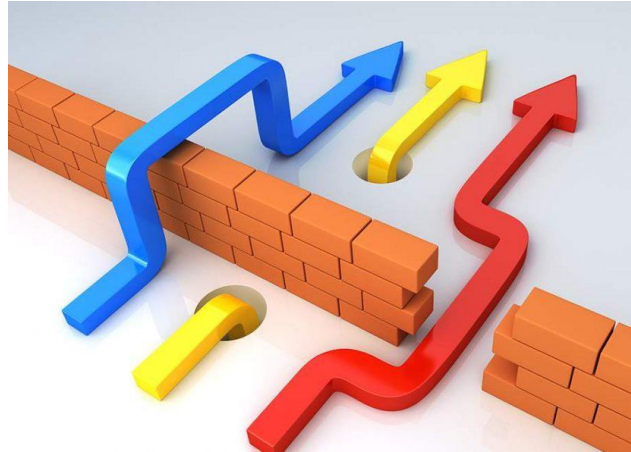
Managing greenhouse gas emissions in the terminal year of life in an overwhelmed health system: a paradigm shift for people and our planet




Sergeant, Myles et al. The Lancet Planetary Health, Volume 8, Issue 5, e327 - e333



Adecuación de los Cuidados Paliativos a la Trayectoria de la Enfermedad





- Estimación pronóstica  Identificación
- Diferentes enfermedades  trayectoria de enfermedad
- Atención centrada en la enfermedad
- Escasa participación paciente en la toma de decisiones  Planificación compartida de la atención

IDENTIFICAR PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

Amplia población diana

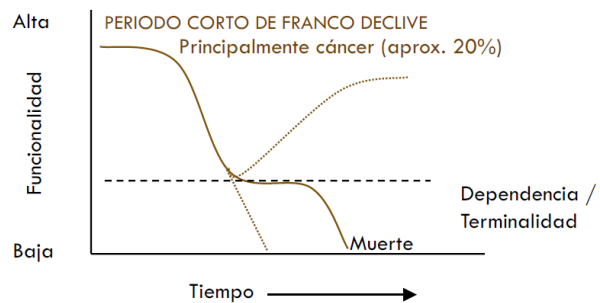
- Enfermedad avanzada
- Crónicos complejos
- Fragilidad / multimorbilidad

Cambio de mirada

- Anticipar necesidades
- **Integrar enfoque paliativo temprano**
- Planificar con la persona y familia

Herramientas de identificación

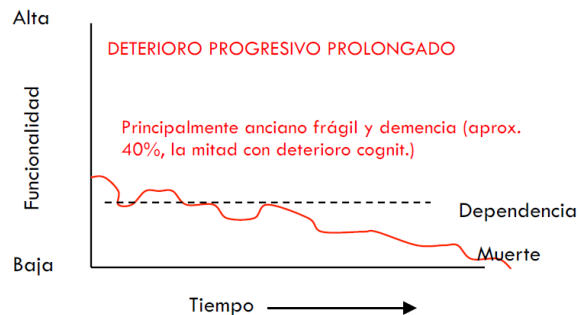
- NECPAL, SPICT
- Pregunta sorpresa
- Indicadores clínicos y de complejidad



- Maximizar continuidad
- Planificar muerte
- Soporte domicilio



- Educación al pte/cuidador
- Prevención, reconocimiento temprano
- Mantener funcionalidad
- Manejo de exacerbaciones
- Planificar intervenciones poco rendimiento
- Planificar escenarios de muerte repentina



- Planificar atención larga duración
- Evitar intervenciones no beneficiosas
- Soporte cuidadores
- Atención institucional fiable cd precise

Judez 2007, Lynn 2004, Lunney, Lynn y Higan 2002

RESEARCH

Open Access



Defining “early palliative care” for adults diagnosed with a life-limiting illness: a scoping review

Colleen E Kircher^{1,2*}, Timothy P. Hanna^{3,4,5}, Joan Tranmer^{1,2,5}, Craig E. Goldie⁶, Amanda Ross-White^{2,7}, Elizabeth Moulton⁸, Jack Flegal⁸ and Catherine L. Goldie^{1,2}



When to Integrate Palliative Care in the Trajectory of Cancer Care

Neha Kayastha, MD¹ 

Thomas W. LeBlanc, MD, MA, MHS, FAAHPM^{2,3,*}

- **Basadas en pronóstico: Marcadores o índices pronósticos.**
- **Basadas en necesidades : Identificación y evaluación sistemática de necesidades.**
- **Basadas en triggers: Criterios concretos desencadenantes**

Palliative Cancer Care in the Outpatient Setting: Which Model Works Best?

David Hui, MD, MSc

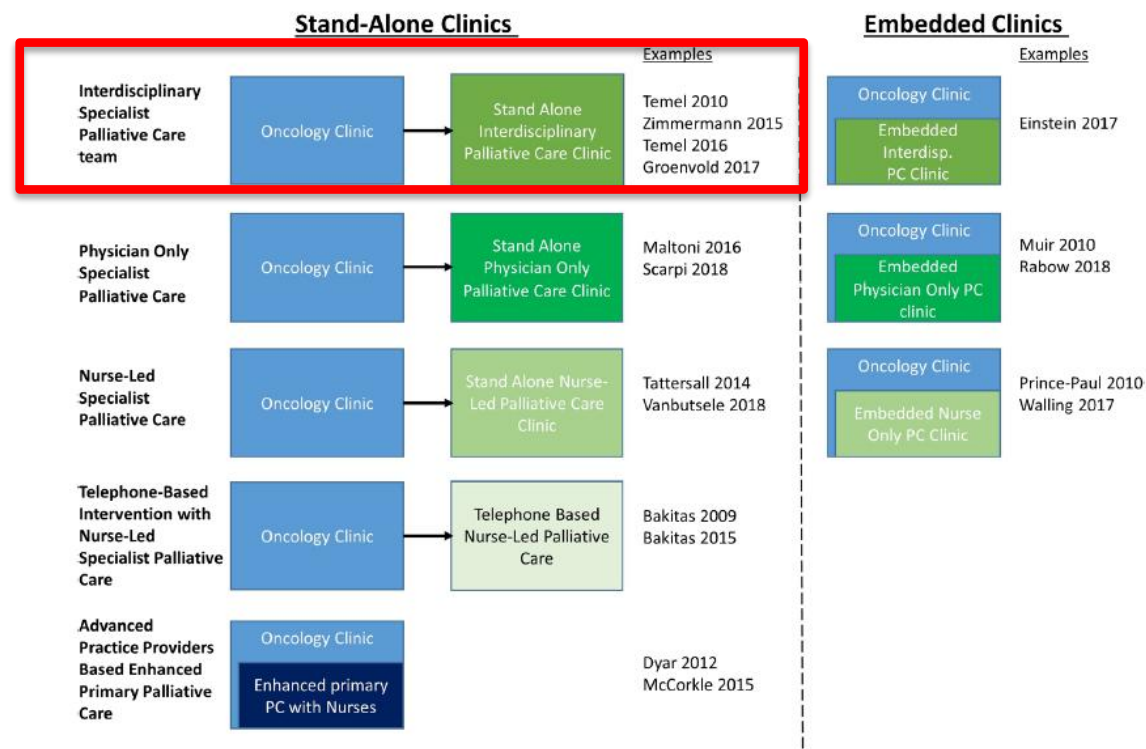


Fig. 1. Service models of palliative care.



Cochrane Database of Systematic Reviews

Early palliative care for adults with advanced cancer (Review)

Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M

La EPC **probablemente mejora QoL y síntomas** en cáncer avanzado; la magnitud del efecto es pequeña pero **clínicamente pertinente** en etapas con pronóstico limitado. Se requieren **más ensayos y mejor estandarización de intervenciones**

BRIEF RESEARCH ARTICLE



First unscheduled hospitalization in advanced cancer as a prognostic indicator of poor survival and trigger for palliative care referral

Alberto Alonso-Babarro¹ · Juan Luis Torres-Tenor¹ · Andrea García-Leal² · Darío Sánchez-Cabrero² · Lorena Ostios-García² · Jesús Miranda-Poma³ · Laura Gutiérrez-Sainz² · Julia Villamayor-Sánchez² · José Abelardo Blanco-Iglesias⁴ · Javier Mateo-Flores⁵ · Adriana Vañó⁶ · Eduardo Bruera⁷

Variable	Cohorte 2013–2014	Cohorte 2022	Interpretación Clínica
N total	1033	638	Mayor presión asistencial pero menos pacientes en 2022
Supervivencia global mediana tras el ingreso	164 días (~5.5 meses)	108 días (~3.5 meses)	En ambos períodos, el 1er ingreso señala pronóstico < 6 meses
Valorados por CP durante el ingreso	11% (n=111)	30% (n=193)	Aumenta derivación, pero sigue siendo ** baja**
Momento de derivación a CP	Muy tardía (OS tras CP ≈ 1 mes)	Tardía (OS tras CP ≈ 1 mes)	Oportunidad perdida para CP precoz
Motivos más frecuentes de ingreso	Síntomas relacionados con cáncer	Síntomas relacionados con cáncer	No suele ser complicación aguda reversible
Factores de mal pronóstico	- Sexo masculino - Mayor edad - ECOG 3–4 - Estancia prolongada - Metástasis	Mismos factores	Perfil consistente: identifica pacientes para CP inmediata
Factores de mejor pronóstico	- Inmunoterapia previa / toxicidad por inmuno - Mama y ginecológicos	Igual	Algunos perfiles mantienen mejor respuesta terapéutica

RESEARCH



Unscheduled hospitalization as a potential trigger for specialist palliative care referral in patients with high grade glioma: a retrospective analysis in a tertiary hospital

Juan Luis Torres-Tenor¹ · Andrea García-Leal² · David Hui³ · Eduardo Bruera³ · Virginia Martínez-Marín² · Ana Castaño-Cantos⁴ · Alberto Alonso-Babarro¹

Variable	Resultado	Interpretación Clínica
N total	133 pacientes	Cohorte de HGG en hospital terciario
Con ≥1 ingreso no programado	71 (53%)	Evento frecuente en la trayectoria de HGG
Supervivencia desde diagnóstico	Con ingreso: 10.5 meses Sin ingreso: 14 meses	El ingreso no programado identifica peor pronóstico (HR 1.9; p=0.0012)
Mortalidad durante el ingreso	24% (17/71)	Alta fragilidad clínica en el momento del ingreso
Supervivencia tras el ingreso	2.5 meses (IC 95% 2–4)	Señala fase final — ventana crítica para CP
Valoración por Cuidados Paliativos	Antes: 28% • Durante: 39% • Después: 24% • Nunca: 8%	Aumenta derivación, pero aún tardía/sin sistemática
Factores asociados a peor supervivencia	Peor ECOG • No tratamiento previo • ↑ tiempo desde diagnóstico a ingreso • Ingreso en Unidad CP • Alta a hospice	Perfil que confirma fase muy avanzada y mal pronóstico
Factor asociado a mejor evolución	Continuidad/posibilidad de tto oncológico tras ingreso	Señala que no todos los ingresos implican final inmediato

STUDY PROTOCOL

Open Access

HOLD study (Home care Obstructive Lung Disease): natural history of patients with advanced COPD



Daniel Gainza Miranda^{1*}, Eva María Sanz Peces¹, Alberto Alonso Babarro², María Concepción Prados Sánchez³
and María Varela Cerdeira⁴

Gravedad respiratoria

- FEV1 < 30%
- Disnea mMRC 3–4

Eventos y uso de recursos

- ≥2 exacerbaciones graves/año
- ≥1 ingreso por EPOC/año
- Oxigenoterapia domiciliaria

Impacto funcional y social

- Dependencia o movilidad muy limitada
- Confinamiento domiciliario
- Alta carga sintomática

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 22, Number 3, 2019
Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2018.0363

Breaking Barriers: Prospective Study of a Cohort of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients To Describe Their Survival and End-of-Life Palliative Care Requirements

Daniel Gainza-Miranda, MD,¹ Eva María Sanz-Peces, RN,¹ Alberto Alonso-Babarro, PhD,²
María Varela-Cerdeira, MD,² Concepción Prados-Sánchez, PhD,³ Guadalupe Vega-Aleman, MD,⁴
Ricardo Rodríguez-Barrientos, PhD,⁵ and Elena Polentinos-Castro, PhD⁶

 N = 60 pacientes con EPOC avanzada seguidos en domicilio.

 Mediana supervivencia :8,3 meses.

 85% falleció en domicilio o en unidades de cuidados paliativos.

 Media de 1,5 ingresos hospitalarios durante seguimiento.

Criterios Admisión Programa Cuidados Paliativos Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

- **Todos los pacientes** antes de empezar tratamiento renal sustitutivo deberían ser informados de la posibilidad de manejo conservador y de la opción de abandonar el tratamiento si la calidad de vida empeora significativamente.

Pacientes con IRC estadio 5:

- ❖ Prefieran tratamiento conservador:
- ❖ Cumplan los siguientes requisitos:
 - >75 años y
 - Comorbilidad asociada (Charlson >5) o
 - Deterioro funcional (Índice de Barthel < 95 o PPS < 60)

Programa ERCA. Reunión de Acogida

Punto de Partida para el Programa de Cuidados Paliativos

- **Información**
 - Enfermedad grave. Progresiva e incurable
- Valoración del mundo de **valores** del paciente
 - ¿Qué es importante para el paciente? ¿Qué deberíamos tener en cuenta?
- Valoración de **alternativas**
 - Tratamiento sustitutivo versus tratamiento conservador

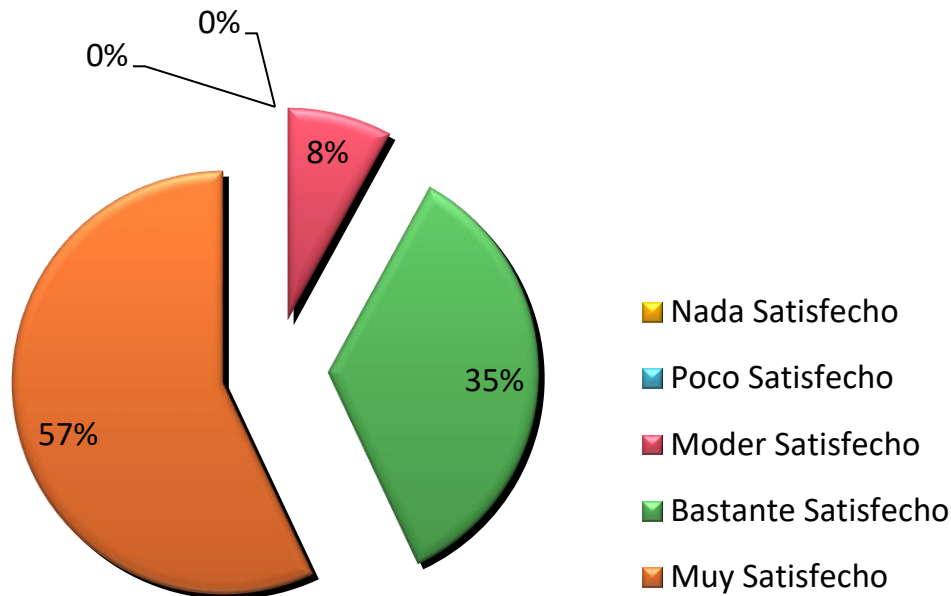
➤ Davison SN et al. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019; 14: 626-34

➤ Lu E & Blinderman CD. *Kidney Med* 2019; 1:335-337

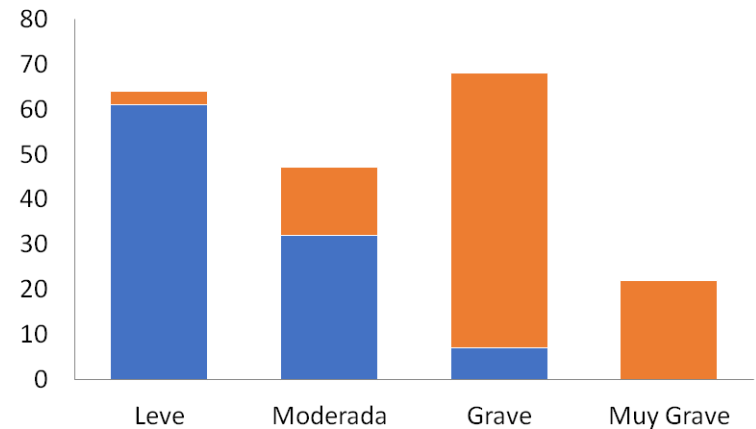
Programa ERCA

Resultados Entrevista de Acogida (n = 88/105)

Grado de Satisfacción con Información Recibida



Gravedad Percibida de la Enfermedad



➤ ¿Cual es el objetivo de tratamiento? **Mantener la mayor calidad de vida posible (97%)**

➤ ¿Le hemos ayudado a tomar una decisión? **(9)**

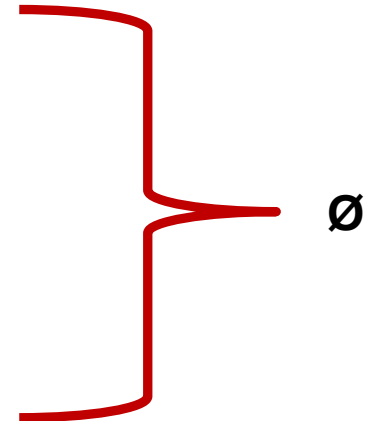
➤ ¿Hemos tenido en cuenta sus circunstancias personales? **(8'9)**

Programa ERCA

Situación Actual de los Pacientes (n=105)

- Grupo Tratamiento Conservador (82)**

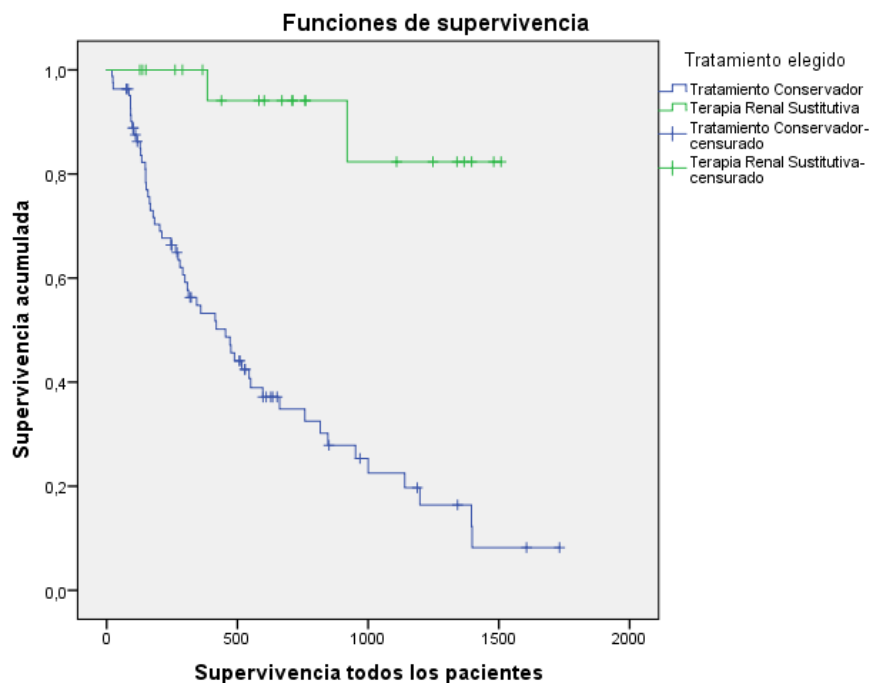
- Seguimiento Consultas ERCA/UCP: 82
- Seguimiento Domiciliario: 40
- Exitus: 62
- Retirados de Estudio / Cambio de Tratamiento: 3



<i>Mediana Supervivencia</i>	616 días
<i>Edad Media</i>	84 años
<i>Lugar de Exitus</i>	Domicilio – 17 (27%) Residencia - 5 (8%) UCPA - 25 (40%) HG – 15 (24%)

Programa ERCA

Comparación Supervivencia Grupo de Tratamiento Conservador y Sustitutivo



Tratamiento Conservador: $615,7 \pm 67,2$ días

Tratamiento Sustitutivo: $1372,8 \pm 88,2$ días

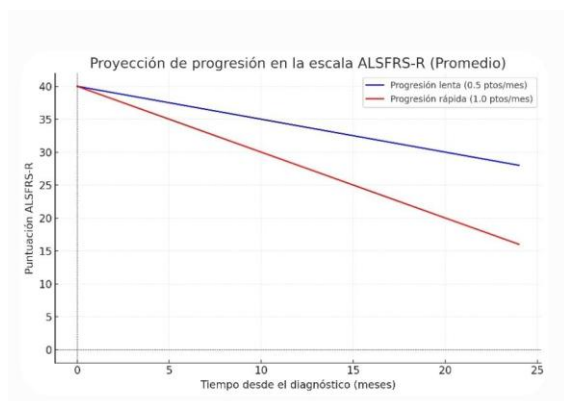
$P < 0,001$

Criterios inicio seguimiento cuidados paliativos en ELA: Modelo integración

- Enfermedad avanzada (Kings ≥ 3 MiToS ≥ 2)
- Indicación, portador de sonda de gastrostomía
- Indicación/utilización de VMNIV/VIV
- Fragilidad social
- Control de síntomas

**PLANIFICACIÓN COMPARTIDA
DE LA ATENCIÓN /IP**

TRANSICIÓN DOMICILIO



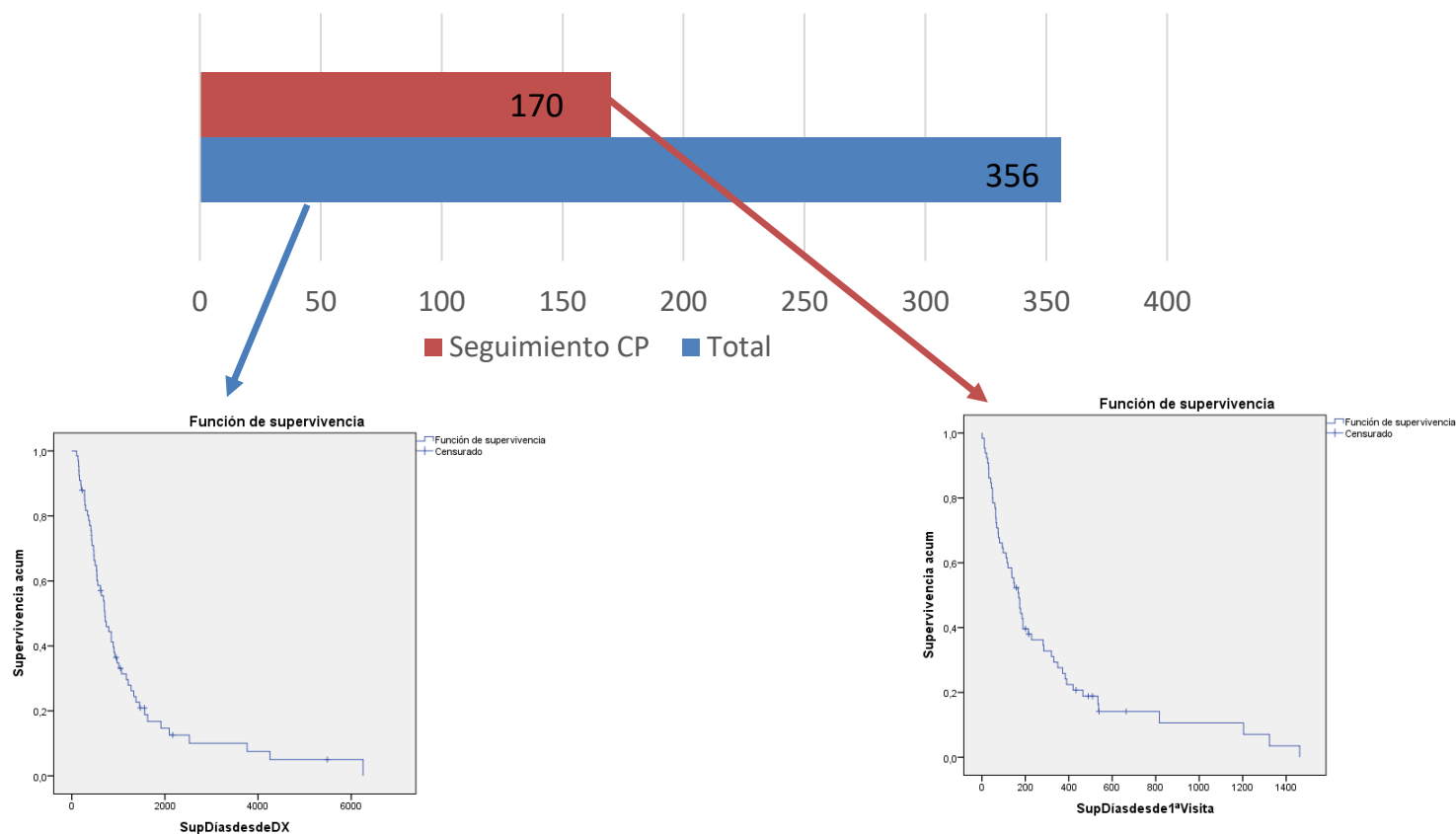
Mitsumoto H et al. Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord 2005; 6:145–154

Bede et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2011;1:343–348

Philips JN et al. Neurology 2020;95:782–788

J Pain Symptom Manage 2023 Oct; 66(4): e485-e499

Supervivencia Pacientes ELA desde Diagnóstico de Enfermedad y desde Inicio Seguimiento CP 2022



**Mediana Seguimiento:
1230 días (DE 842-1618)**

**Mediana Seguimiento:
320 días (DE 215-424)**

	ESAD 2002-2015	UMD 2015-2016	UMD 2015-2021	UMD 2021-2022
PAC	77%	82%	88%	97%
VMNIV	56%	58%	57%	60%
VIV	11%	9%	3%	3%
Gastrostomía	47%	35%	42%	36%
Lugar de fallecimiento				
Domicilio UCP	68%	80%	85%	92%

Incorporación CP a
Unidad
Multidisciplinar

Proyecto
LagunAdvance

Conclusiones

- La **identificación temprana** debe conllevar un **cambio de mirada**
- No basta con identificar : estandarizar **triggers** que orienten a decisiones clínicas, coordinación y acceso equitativo a cuidados paliativos.
- La **integración temprana e interdisciplinar** mejora la experiencia y los resultados. **El reto es implementarla.**

Espero con ansia las innovaciones en el cuidado, y por ahora, los más prometedores es la conversación pausada y sin prisas “

Victor Mantori

