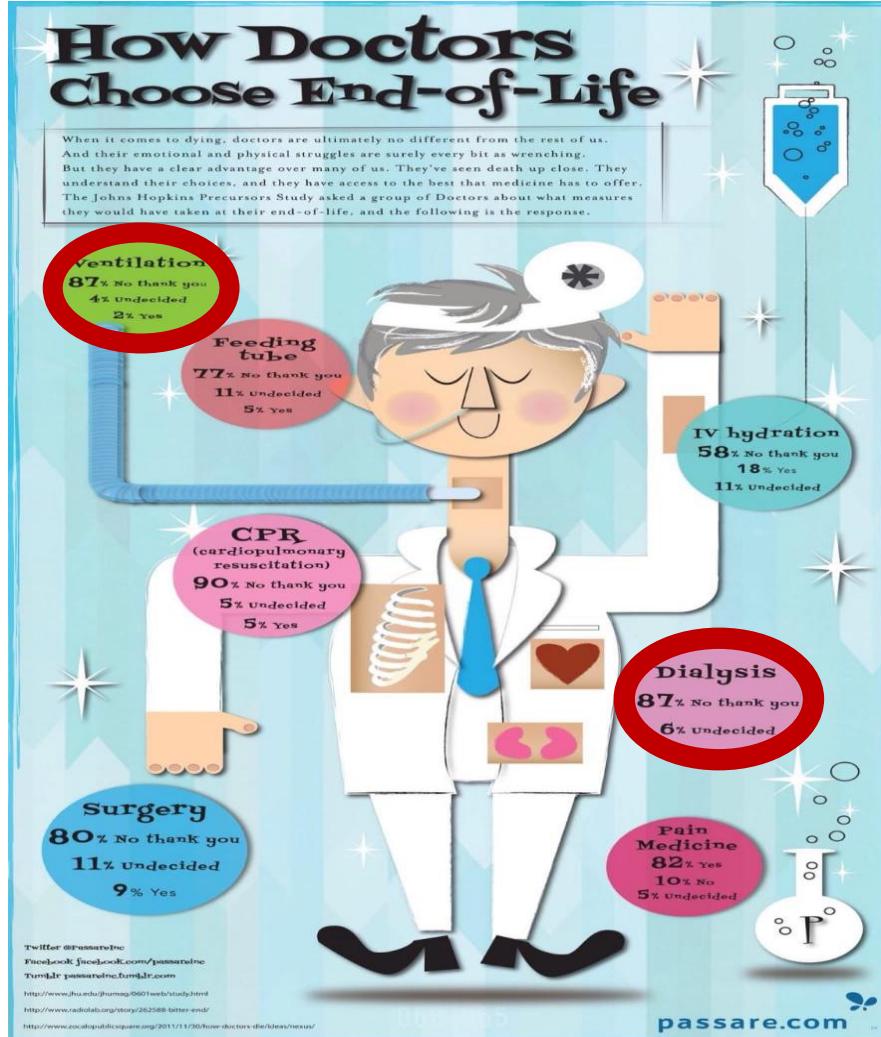


# Identificación Precoz en Cuidados Paliativos



María Varela Cerdeira

- ✓ Declaro no tener ningún conflicto de intereses



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



### There Is More to Life Than Death

Pamela Hartzband, M.D., and Jerome Groopman, M.D.

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

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



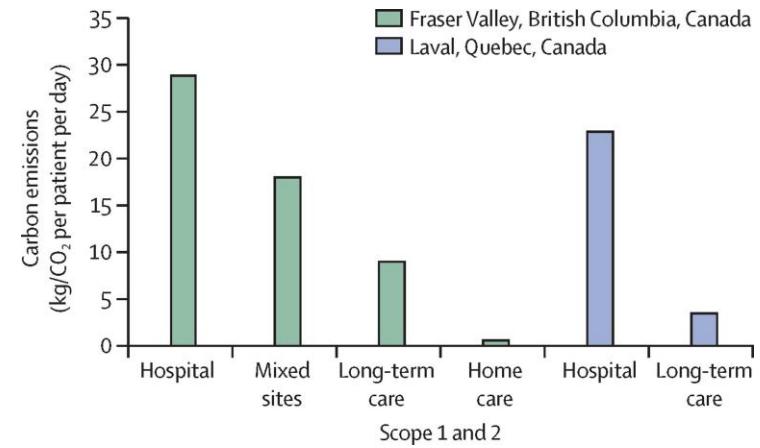
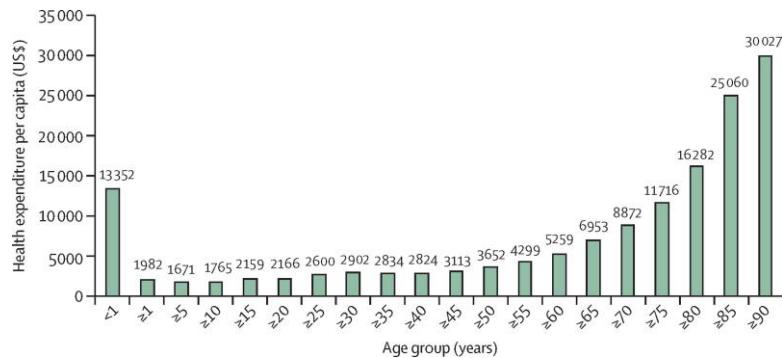
### Adding Value by Talking More

Robert S. Kaplan, Ph.D., Derek A. Haas, M.B.A., and Jonathan Warsh, Ph.D.

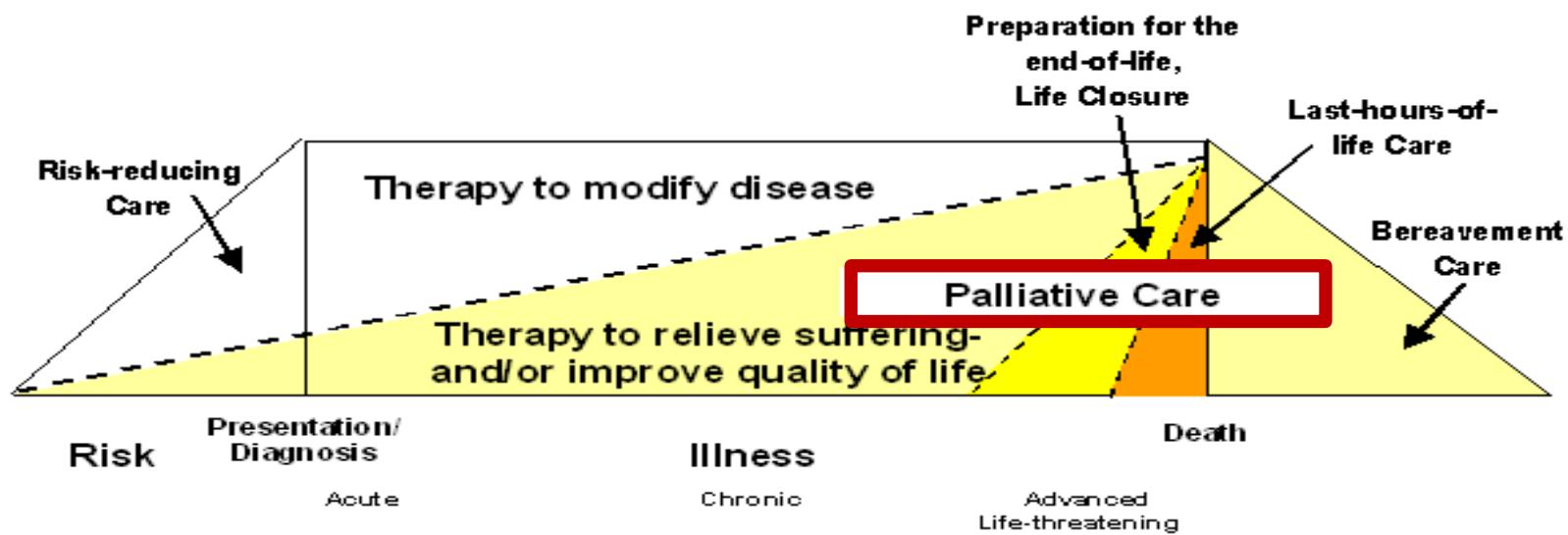
➤ *Kaplan RS et al. N Engl J Med 2016; 375:1918-20*

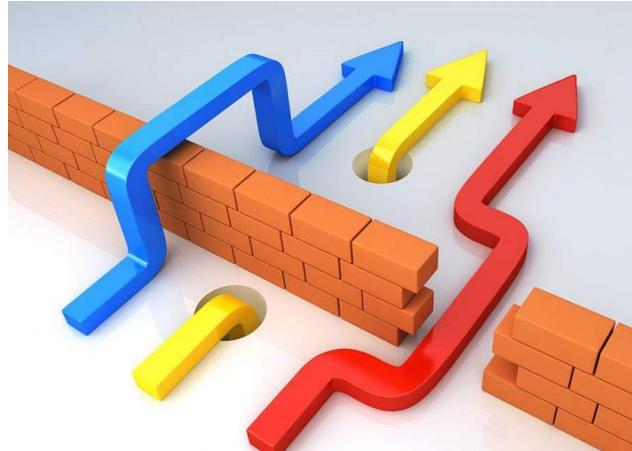
# Managing greenhouse gas emissions in the terminal year of life in an overwhelmed health system: a paradigm shift for people and our planet

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**

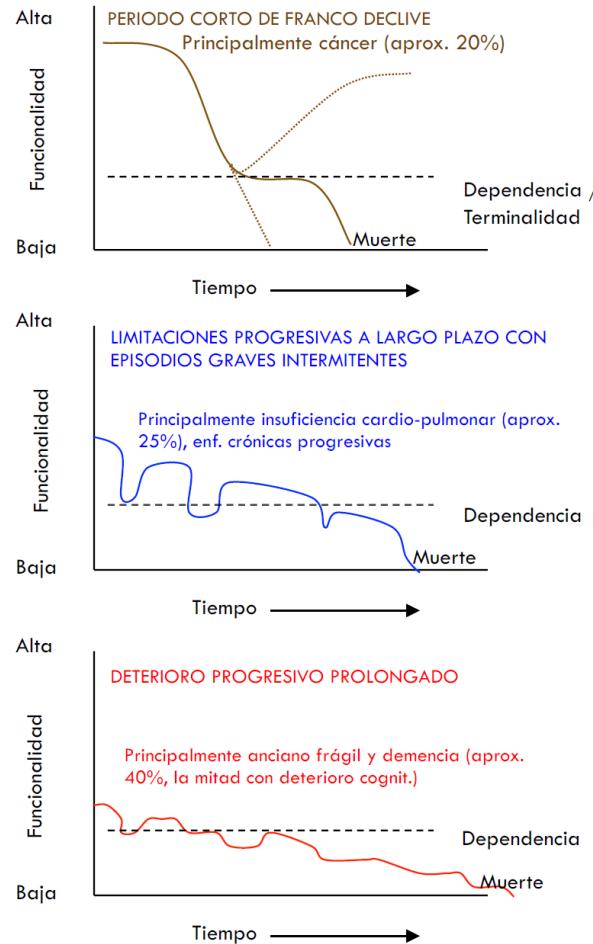
- Enfermedad avanzada
- Crónicos complejos
- Fragilidad / multimorbilidad

## **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<sup>1,2\*</sup>, Timothy P. Hanna<sup>3,4,5</sup>, Joan Tranmer<sup>1,2,5</sup>, Craig E. Goldie<sup>6</sup>, Amanda Ross-White<sup>2,7</sup>, Elizabeth Moulton<sup>8</sup>, Jack Flegal<sup>8</sup> and Catherine L. Goldie<sup>1,2</sup>



# When to Integrate Palliative Care in the Trajectory of Cancer Care

Neha Kayastha, MD<sup>1</sup> 

Thomas W. LeBlanc, MD, MA, MHS, FAAHPM<sup>2,3,\*</sup>

- **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

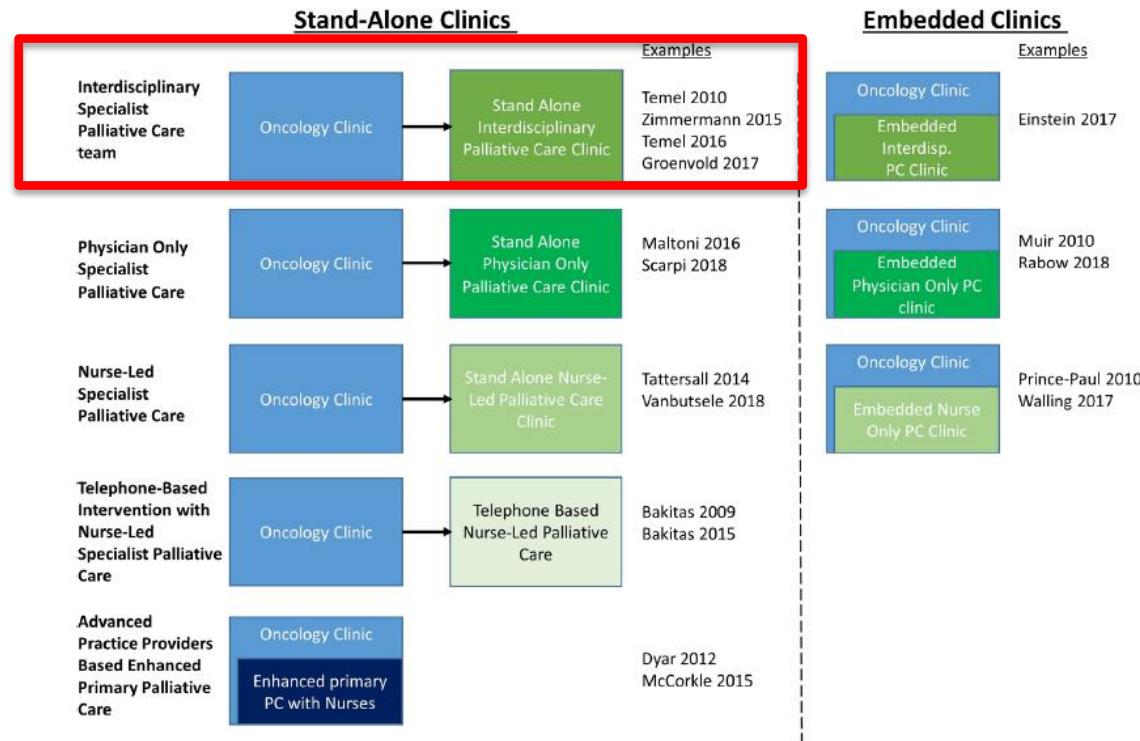


Fig. 1. Service models of palliative care.



Cochrane  
Library

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**



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

Alberto Alonso-Babarro<sup>1</sup> · Juan Luis Torres-Tenor<sup>1</sup> · Andrea García-Leal<sup>2</sup> · Darío Sánchez-Cabrero<sup>2</sup> · Lorena Ostios-García<sup>2</sup> · Jesús Miranda-Poma<sup>3</sup> · Laura Gutiérrez-Sainz<sup>2</sup> · Julia Villamayor-Sánchez<sup>2</sup> · José Abelardo Blanco-Iglesias<sup>4</sup> · Javier Mateo-Flores<sup>5</sup> · Adriana Vañó<sup>6</sup> · Eduardo Bruera<sup>7</sup>

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 <b>pronóstico &lt; 6 meses</b>
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	- Immunoterapia previa / toxicidad por inmuno - Mama y ginecológicos	Igual	Algunos perfiles mantienen mejor respuesta terapéutica



## 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-Tenor<sup>1</sup> · Andrea García-Leal<sup>2</sup> · David Hui<sup>3</sup> · Eduardo Bruera<sup>3</sup> · Virginia Martínez-Marín<sup>2</sup> · Ana Castaño-Cantos<sup>4</sup> · Alberto Alonso-Babarro<sup>1</sup>

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: <b>10.5 meses</b>   Sin ingreso: <b>14 meses</b>	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	<b>2.5 meses</b> (IC 95% 2–4)	Señala fase final — ventana crítica para CP
Valoración por Cuidados Paliativos	Antes: 28% • Durante: 39% • Despues: 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<sup>1\*</sup>, Eva María Sanz Pece<sup>1</sup>, Alberto Alonso Babarro<sup>2</sup>, María Concepción Prados Sánchez<sup>3</sup>  
and María Varela Cerdeira<sup>4</sup>

### 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,<sup>1</sup> Eva María Sanz-Peces, RN,<sup>1</sup> Alberto Alonso-Babarro, PhD,<sup>2</sup>  
María Varela-Cerdeira, MD,<sup>2</sup> Concepción Prados-Sánchez, PhD,<sup>3</sup> Guadalupe Vega-Aleman, MD,<sup>4</sup>  
Ricardo Rodríguez-Barrientos, PhD,<sup>5</sup> and Elena Polentinos-Castro, PhD<sup>6</sup>



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**

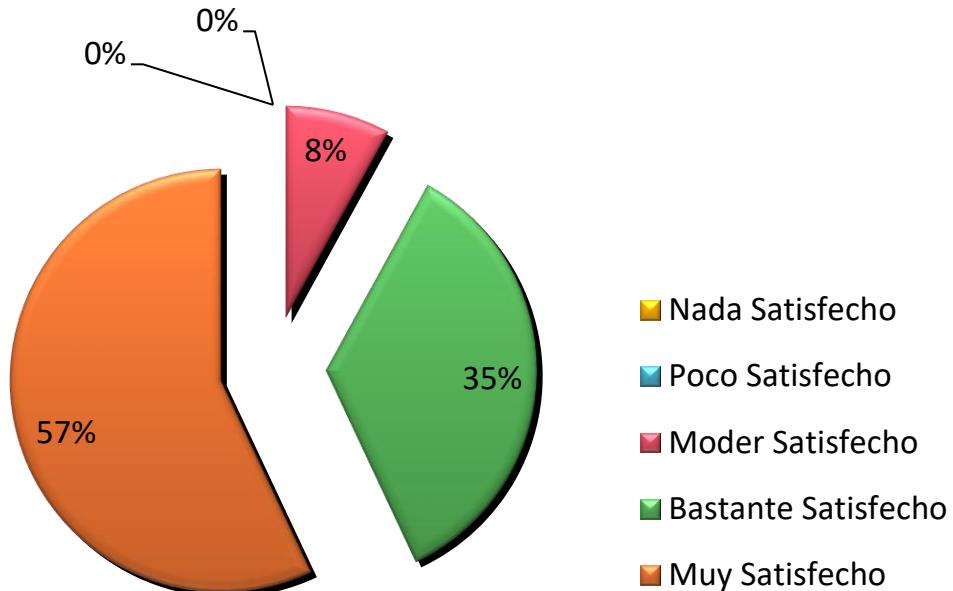
- **Información**
  - Enfermedad grave. Progresiva e incurable
- Valoración del mundo de **valores** del paciente
  - ¿Qué es importante para el paciente? ¿Qué deberíamos tener en cuenta?
- Valoración de **alternativas**
  - Tratamiento sustitutivo versus tratamiento conservador

➤ Davison SN et al. Clin J Am Soc Nephrol 2019; 14: 626-34  
➤ Lu E & Blinderman CD. Kidney Med 2019; 1:335-337

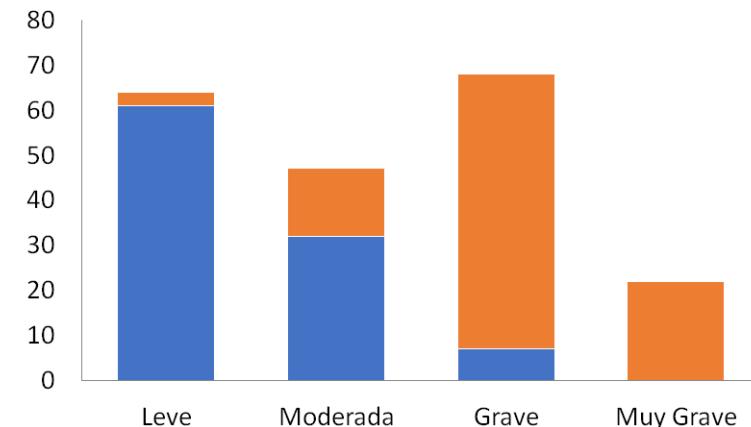
# Programa ERCA

## 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)

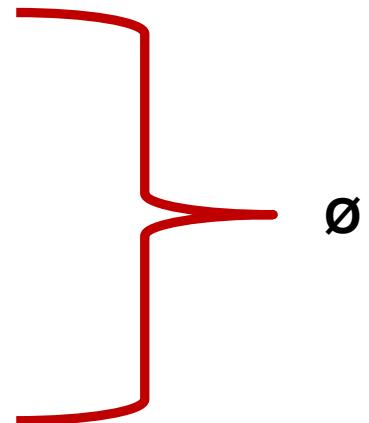
## *Programa ERCA*

### *Situación Actual de los Pacientes (n=105)*

- **Grupo Tratamiento Conservador (82)**

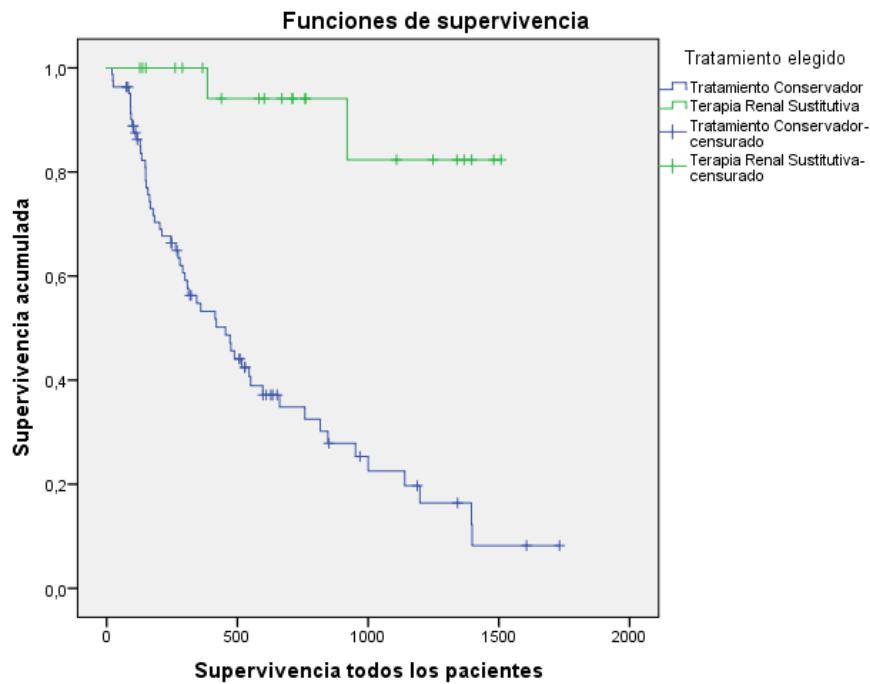
- Seguimiento Consultas ERCA/UCP: 82
- Seguimiento Domiciliario: 40
- Exitus: 62
- Retirados de Estudio / Cambio de Tratamiento: 3

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



## *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**

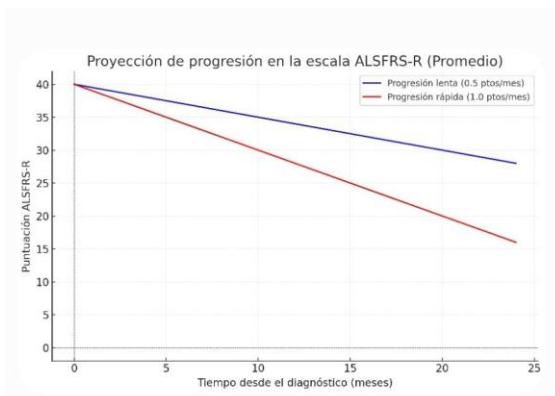
***P < 0,001***

# Criterios inicio seguimiento cuidados paliativos en ELA: Modelo integración

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

**PLANIFICACIÓN COMPARTIDA  
DE LA ATENCIÓN /IP**

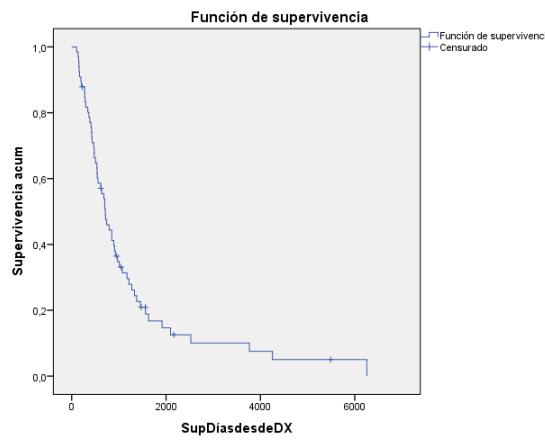
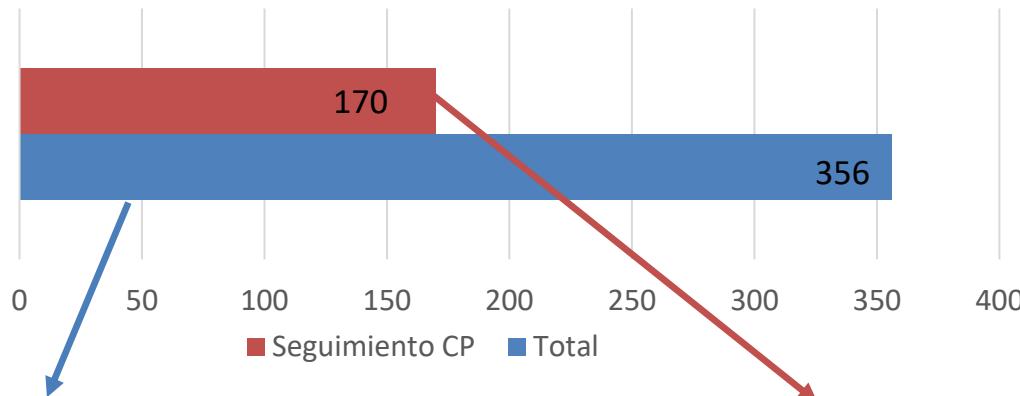
**TRANSICIÓN DOMICILIO**



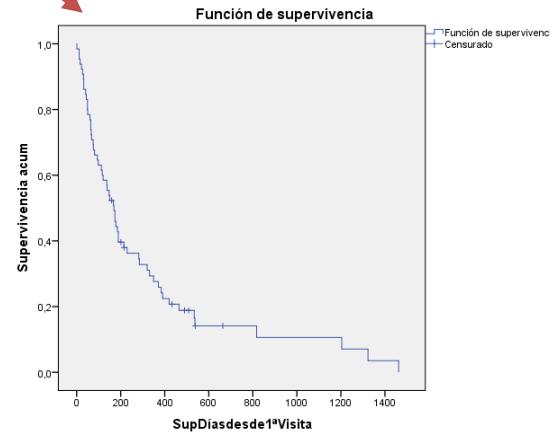
*Mitsumoto H et al. Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord 2005; 6:145–154*

*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*

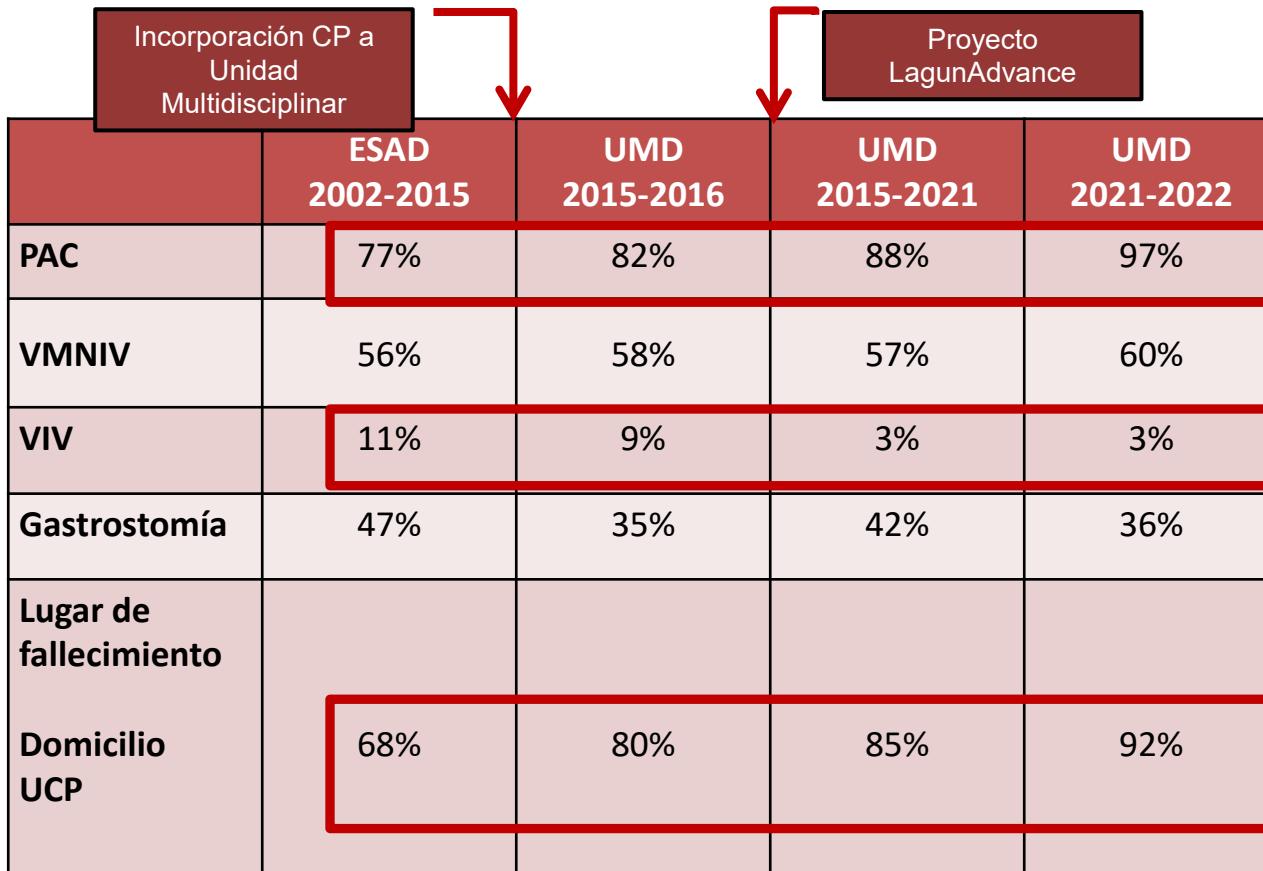
# *Supervivencia Pacientes ELA desde Diagnóstico de Enfermedad y desde Inicio Seguimiento CP 2022*



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



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



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

# 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

