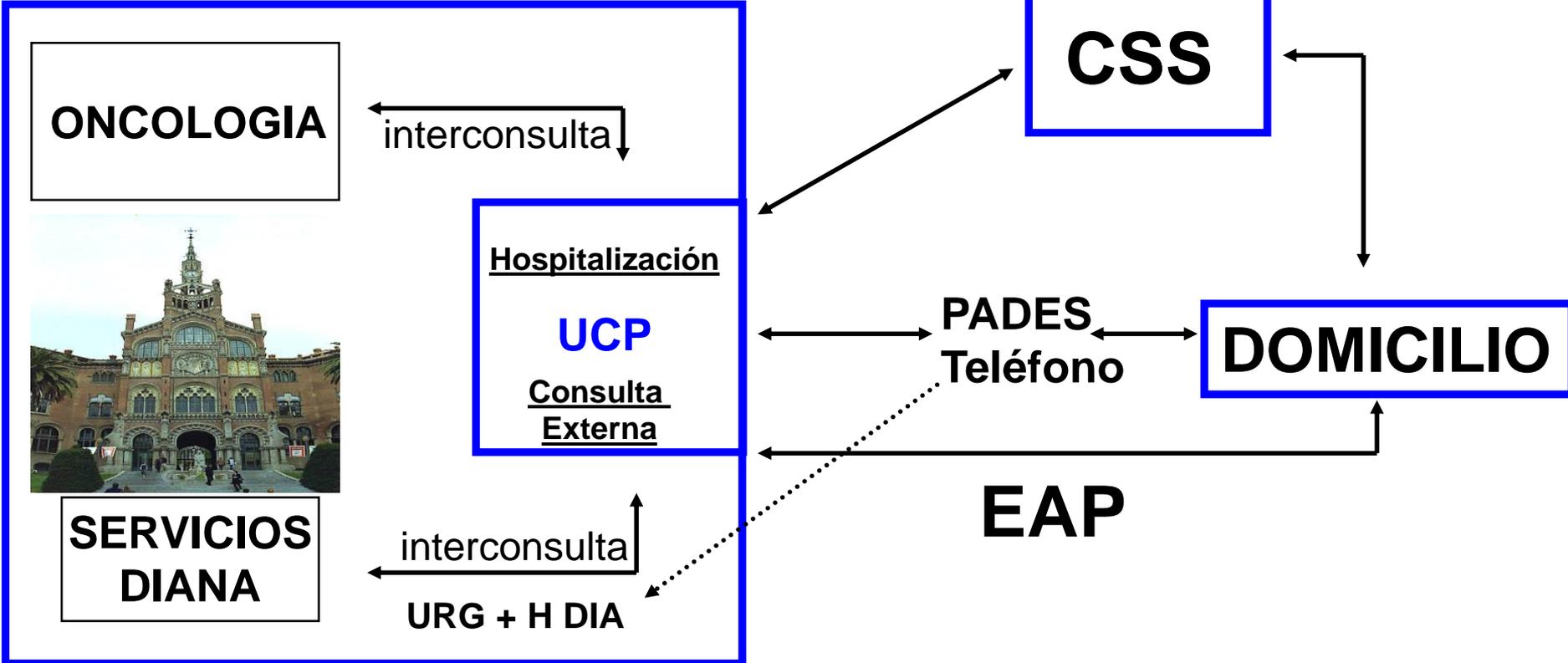




Enfermedad avanzada: necesidades y retos

Dr Antonio Pascual
Unidad de Cuidados Paliativos



ONCOLOGIA



SERVICIOS DIANA

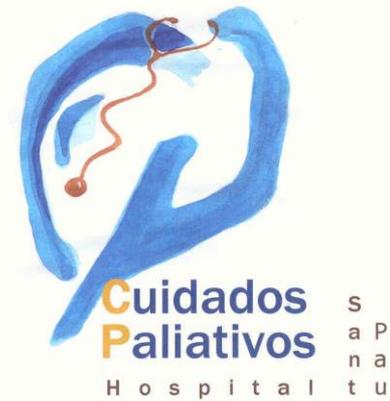
Hospitalización
UCP
Consulta Externa

CSS

PADES
Teléfono

DOMICILIO

EAP



MISION

Promover la calidad de vida y aliviar el sufrimiento en fases avanzadas y terminales

OBJETIVOS

Evaluación y atención integral paciente y familia
Asesoramiento y sensibilización
Guías y protocolos
Continuidad asistencial
Formación en CP
Investigación en CP
Evaluación y mejora calidad
Desarrollo profesional equipo interdisciplinar



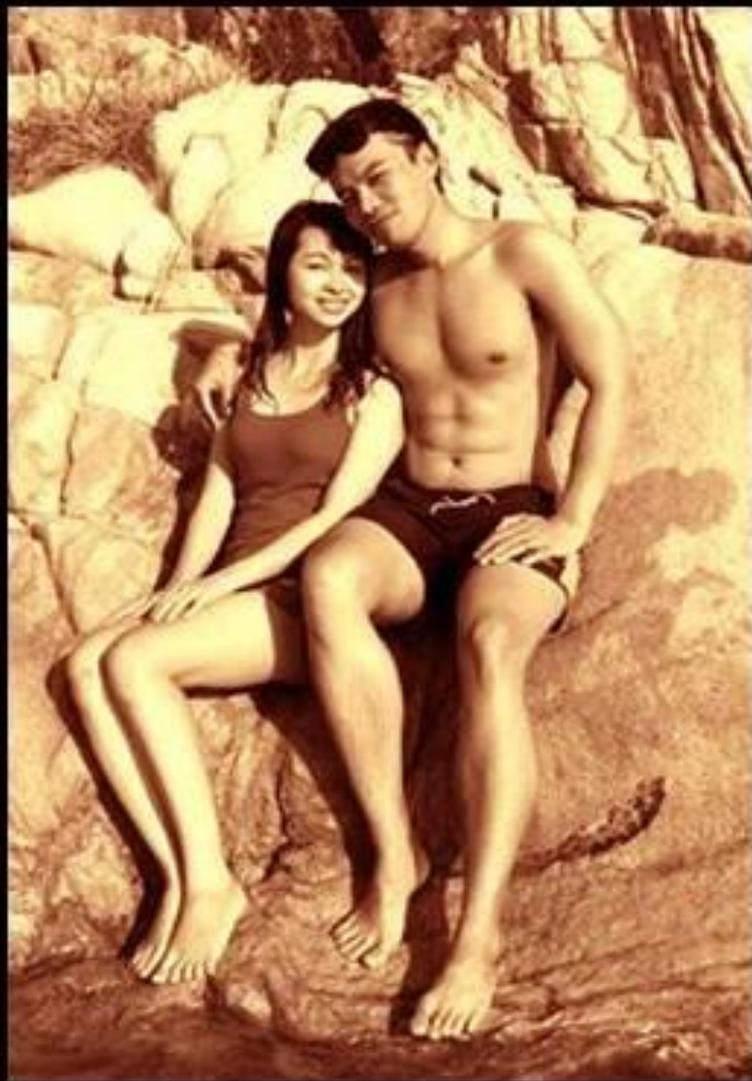
ENDING AGING

The Rejuvenation
Breakthroughs That Could Reverse
Human Aging in Our Lifetime



AUBREY DE GREY, PH.D.
WITH MICHAEL RAE

SENS.ORG



2014 —————> 2063

La muerte no es más que una serie de enfermedades prevenibles

W. Haseltine

“CAUSAS DE MUERTE”

Mala suerte

Hábitos no saludables

Genéticas desafortunadas

Retraso de fármacos milagrosos

Callahan, Persp Biol Med 2009



RESUSCITATION

OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

IN THIS ISSUE

Local lay rescuers with AEDs, alerted by text messages, contribute to early defibrillation in a Dutch out-of-hospital cardiac arrest dispatch system

J.A. ZIJLSTRA, R. STIEGLIS, F. RIEDUJK, M. SMEEKES, W.E. VAN DER WORP
AND R.W. KOSTER
1444–1449

The inflammatory response after out-of-hospital cardiac arrest is not modified by targeted temperature management at 33 °C or 36 °C

J. BRO-JEPPESEN, J. KJAERGAARD, M. WANSCHER, N. NIELSEN, H. FRIBERG, M. BJERRE
AND C. HASSAGER
1480–1487

Determinants of cognitive outcome in survivors of out-of-hospital cardiac arrest

M. ØRBO, P.M. ASLAKSEN, K. LARSBY, L. NORLI, C. SCHÄFER, P.M. TANDE, T.R. VANGBERG
AND A. ANKE
1462–1468

Systematic review of interventions to improve appropriate use and outcomes associated with do-not-attempt cardiopulmonary-resuscitation decisions

R.A. FIELD, Z. FRITZ, A. BAKER, A. GROVE AND G.D. PERKINS
1418–1431

Predictors of early care withdrawal following out-of-hospital cardiac arrest

A. ALBAENI, N. CHANDRA-STROBOS, D. VAIDYA AND S.M. EID
1455–1461



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Revolution
in Egypt

Joe Klein: What the U.S. should do
On the Street: Hope meets anxiety
Muslim Brotherhood: What it wants

Oscars:
Portraits of
star power

TIME

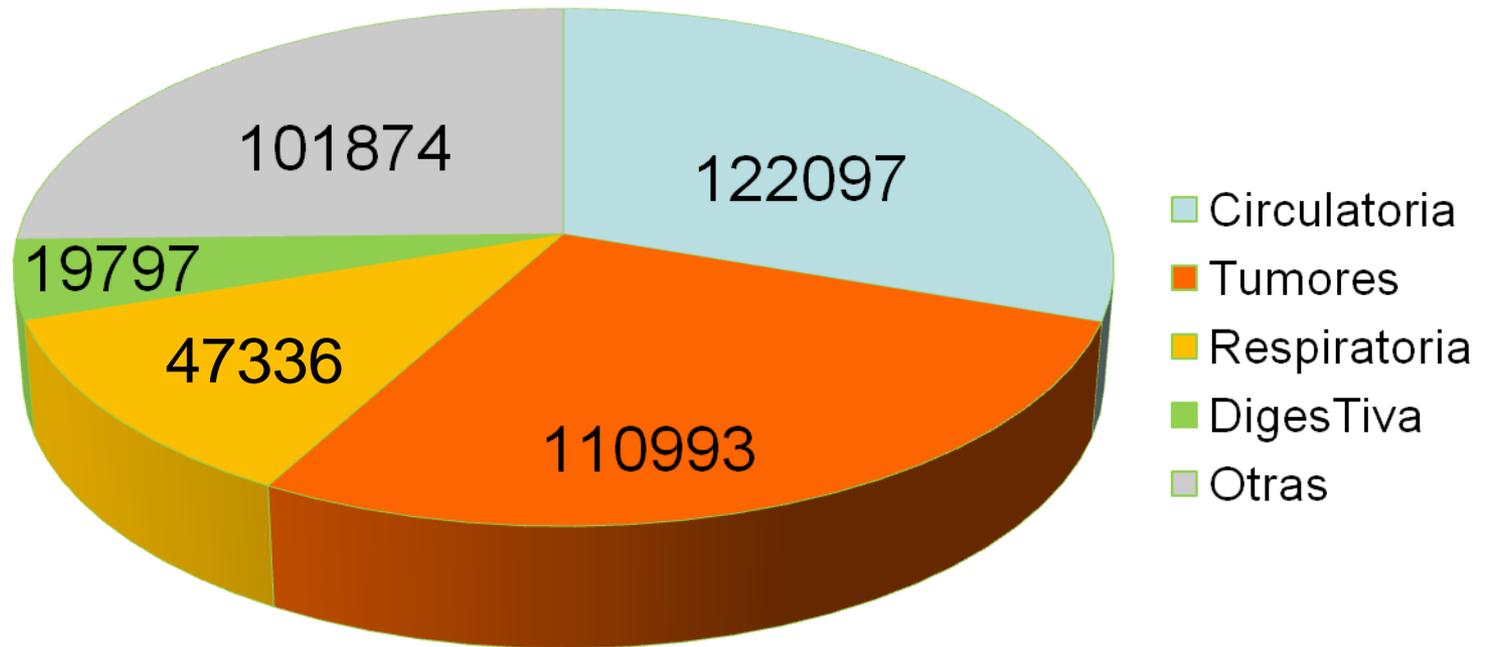
2045

The Year Man Becomes Immortal*

BY LEV GROSSMAN

*If you believe
humans and
machines will
become one.
Welcome to
the Singularity
movement.

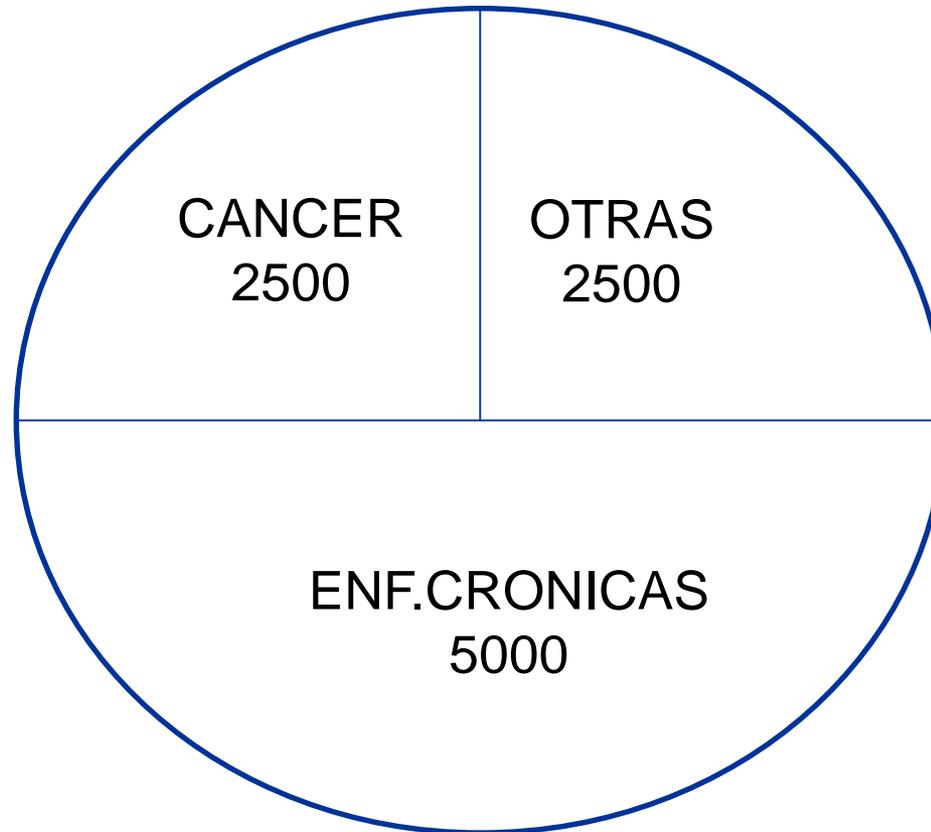
Mortalidad en España 2012



TOTAL: 402950

Fuente: INE

FALLECIMIENTOS: 10.000/ millón habitantes



Esperanza de vida:

Hombres 79.4 años

Mujeres 85.1 años

Población mayor de 65 años, 8200000: (17.4%)

Población mayor de 80 años: 5.3%

(se doblarán en 2050)

En 2018 los fallecimientos superarán a los nacimientos.

ENFERMO CRONICO AVANZADO

Edad avanzada

Alto riesgo. Mortalidad elevada (1/3 inferior a 1 año)

Alta necesidad asistencial

Status socioeconómico bajo

Complejidad: incertidumbre + posibles conflictos

Pluripatología y fragilidad

Numerosos fármacos

Hospital, residencias y domicilio.

¿CUAL ES EL DIAGNÓSTICO,
DOCTOR?

NO RENTABLE



EL
BOTE

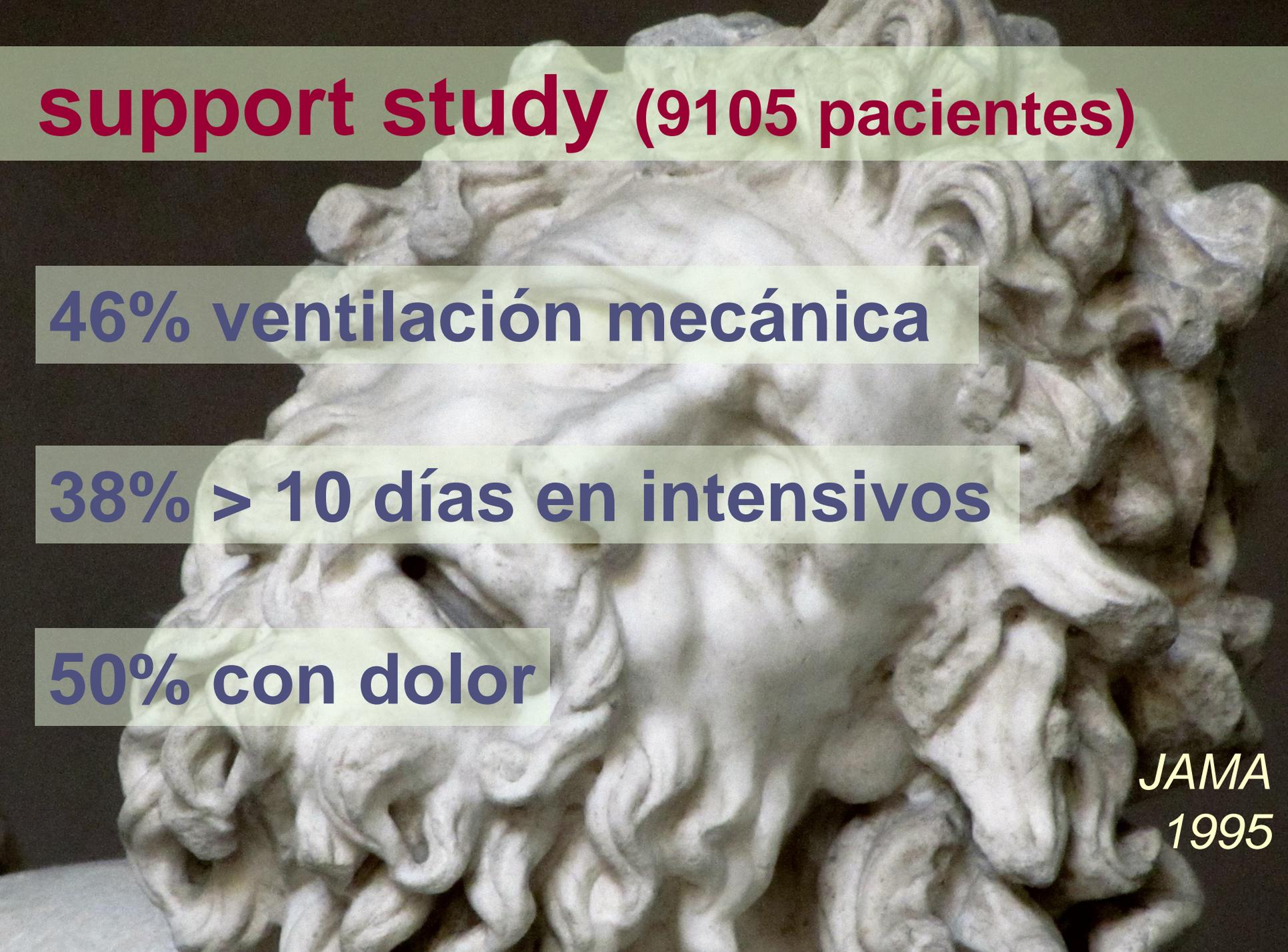


"DEPENDENCIA"

YA ESTÁN AQUÍ

Ferran 2013 -

@ferranmartin
lainformacion.com



support study (9105 pacientes)

46% ventilación mecánica

38% > 10 días en intensivos

50% con dolor

JAMA
1995

Original Article

(370 pacientes en 40 hospitales)

How People Die in Hospital General Wards: A Descriptive Study

Franco Toscani, MD, Paola Di Giulio, RN, MSC, Cinzia Brunelli, ScD,

75% con un síntoma muy intenso

34% con dolor intenso recibían opioides

7% recibieron interconsulta de cuidados paliativos

11% fueron reanimados

88% con cuidado excelente **según los profesionales!!**

PREVALENCIA FASE AVANZADA/TERMINAL (*) **(pacientes hospitalizados en un día)**

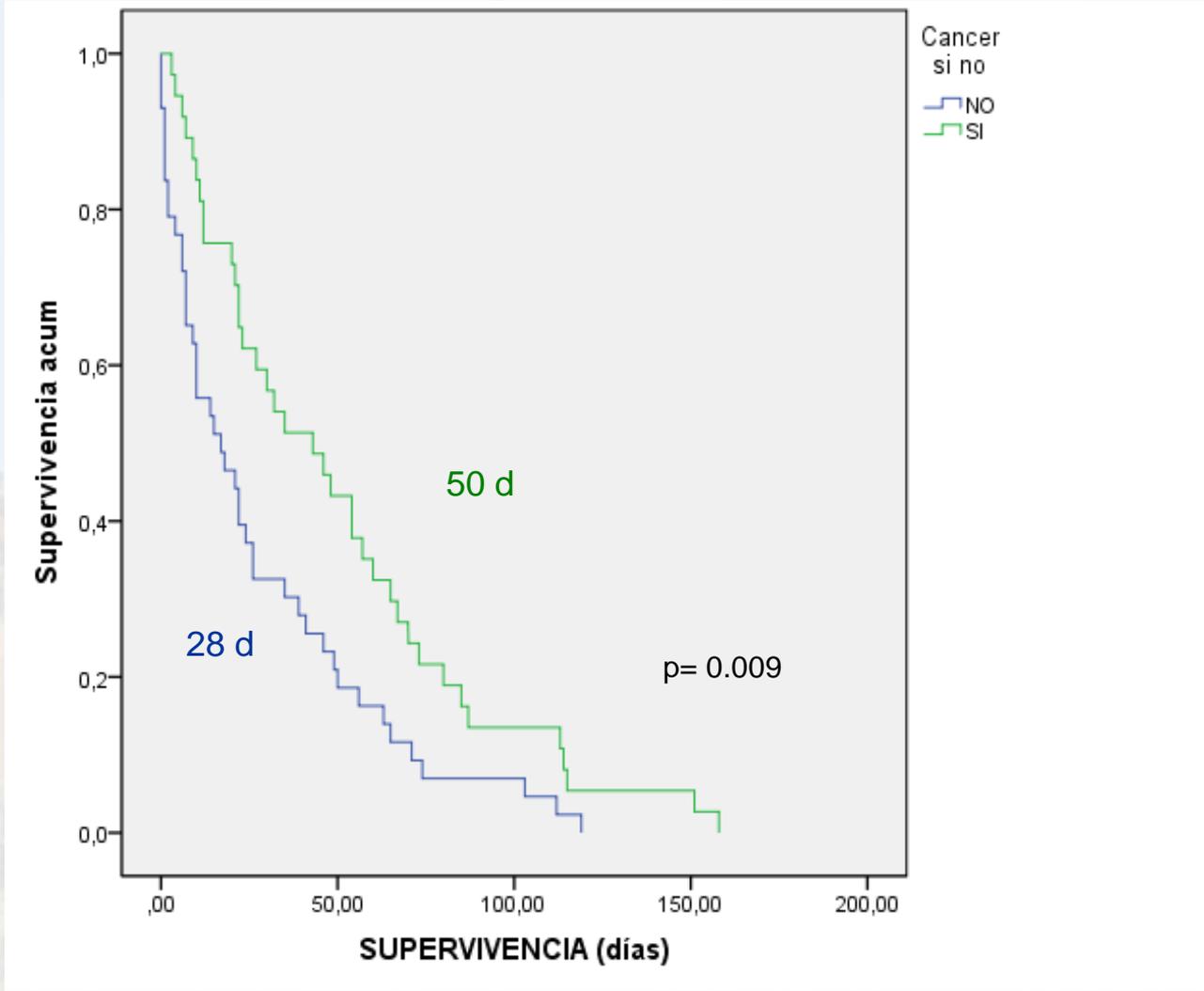
PACIENTES ADULTOS: 501

FASE AVANZADA-TERMINAL: 80 (16%)

CANCER: 37

NO ONCOLOGICOS: 43

(*) Pregunta sorpresa, supervivencia <6 meses
Palliative Performance Scale
Criterios generales NHO
Criterios específicos insuficiencia orgánica



**sintomas
emocionales
sociales
espirituales
prácticos
agonía
duelo**

“Usted importa porque es usted, usted importa hasta el último momento de su vida, y nosotros haremos lo posible, no solo para ayudarlo a morir en paz, sino para que viva hasta que muera.”



XI

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS

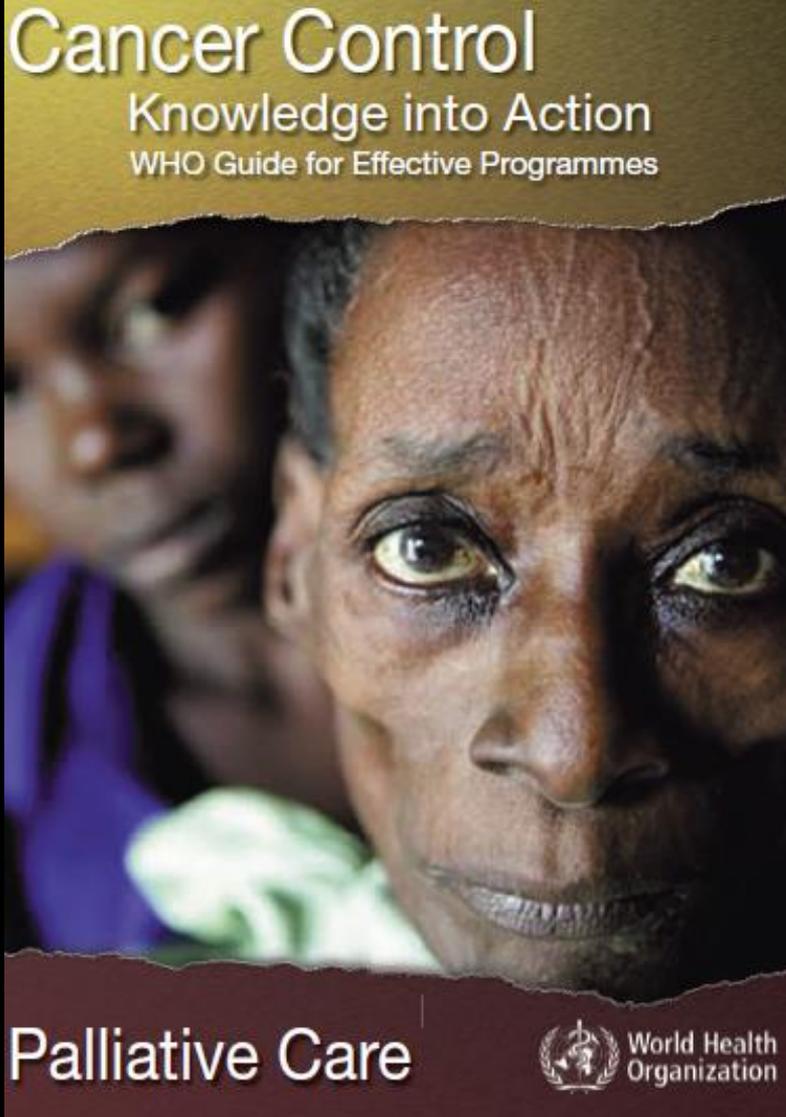
SEVILLA 03-05 NOVIEMBRE 2016

**CUIDADOS PALIATIVOS;
UN DERECHO DE TODOS**

WWW.SECPAL2016SEVILLA.COM



ALIVIO DEL SUFRIMIENTO



SINTOMAS

COMUNICACION

DECISIONES ETICAS

SOPORTE EMOCIONAL
y ESPIRITUAL

CONTINUIDAD
ASISTENCIAL

Tabla 2. Prevalencia de síntomas (%) en T1 (STAS, ESAS > 0)

Síntomas	STAS	ESAS
Debilidad	95	94 [76]
Malestar	89	86 [57]
Xerosis	86	86 [65]
Depresión	77	78 [56]
Anorexia	79	77 [59]
Somnolencia	74	77 [46]
Dolor	73	76 [50]
Ansiedad	67	70 [46]
Disnea	40	47 [27]
Náuseas	25	27 [13]

[]: intensidad moderada-grave (ESAS 5-10).

AVANCES EN EVALUACION Y CONTROL DE SINTOMAS

Instrumentos: ESAS, CAGE, Mini-mental, Estadíos dolor...

Dolor: Rotación opioide, Crisis, Adyuvantes, Dolor total

Síndrome tóxico: Anorexia-caquexia, Astenia

Disnea: Opioides, Benzodiazepinas, Oxigenoterapia

Delirium: Reconocimiento. Neurolépticos.

SEDACION PALIATIVA:

administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para disminuir el nivel de conciencia del paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito ó delegado



PRIMARIA-SECUNDARIA

INTERMITENTE-CONTINUA

SUPERFICIAL-PROFUNDA (progresiva)

SEDACION: estrategia

- 1. Síntomas refractarios**
- 2. Decisión equipo**
- 3. Comentario paciente**
- 4. Comentario familia**
- 5. Técnica adecuada**

Original papers

Palliative medicine – just another specialty?

M Kearney Consultant in Palliative Medicine, Our Lady's Hospice, Dublin, Eire

Key words: healing (non-MeSH), hospice, medical philosophy, medical specialties, specialism, terminal care

It is argued that palliative medicine may be in danger of developing into a specialty of 'symptomatology'. Such a specialty would be confined by the limits of the medical model and its particular view of illness. The potential for physicians working in palliative medicine to go beyond symptom control to creating conditions where healing at a deep personal level may occur for the individual patient, and the practical and personal implications of this, are discussed.

Es un lugar de sanación

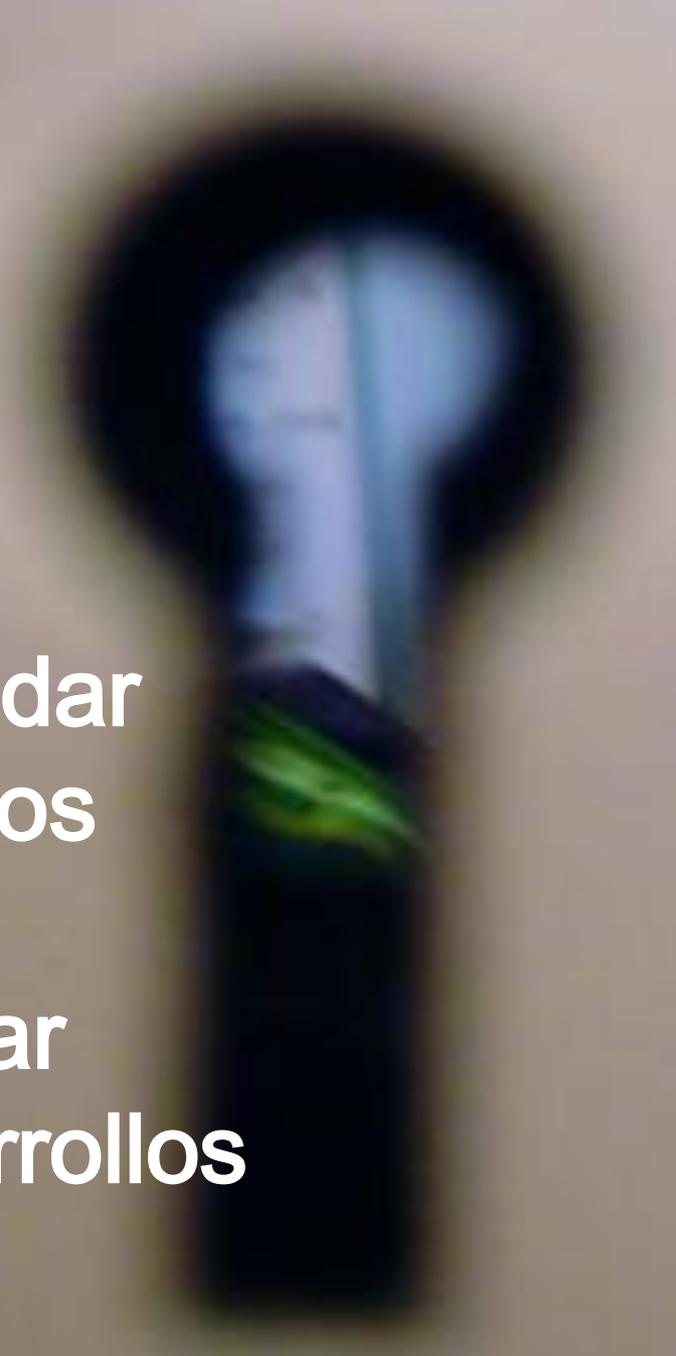
Original Article

Healing Connections: On Moving from Suffering to a Sense of Well-Being

Balfour M. Mount, MD, Patricia H. Boston, PhD, and S. Robin Cohen, PhD



La forma de cuidar
puede llegar a los
lugares más
escondidos y dar
espacio a desarrollos
inesperados



Acompañamiento en un lugar seguro

Hospitalidad

Presencia

Compasión

Nosotros somos la medicina

Balint

Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud

Estrategia aprobada
por el Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud
el 14 de marzo de 2007



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE LA AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Representative Skill Sets for Primary and Specialty Palliative Care.

Primary Palliative Care

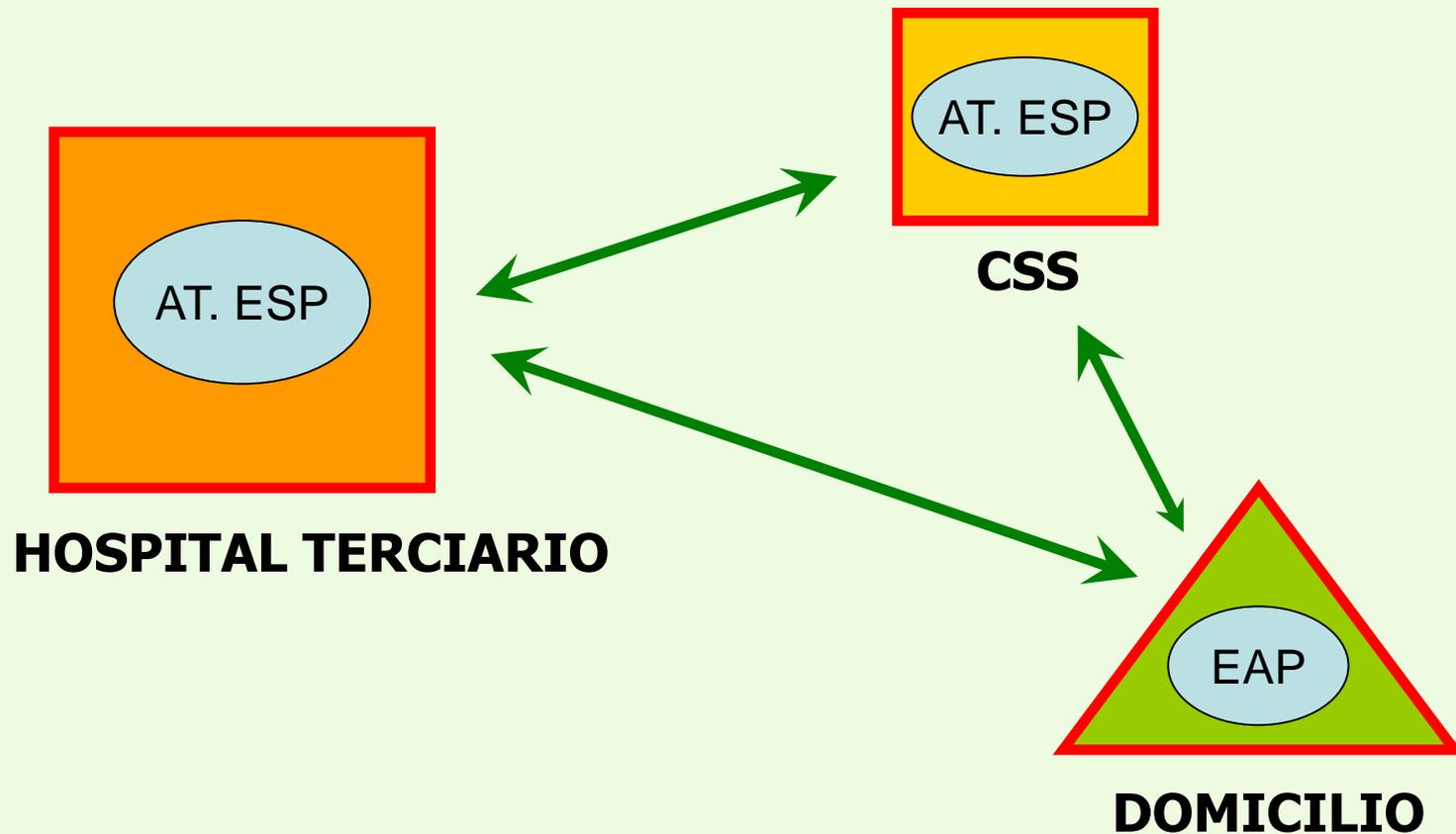
- Basic management of pain and symptoms
- Basic management of depression and anxiety
- Basic discussions about
 - Prognosis
 - Goals of treatment
 - Suffering
 - Code status

Specialty Palliative Care

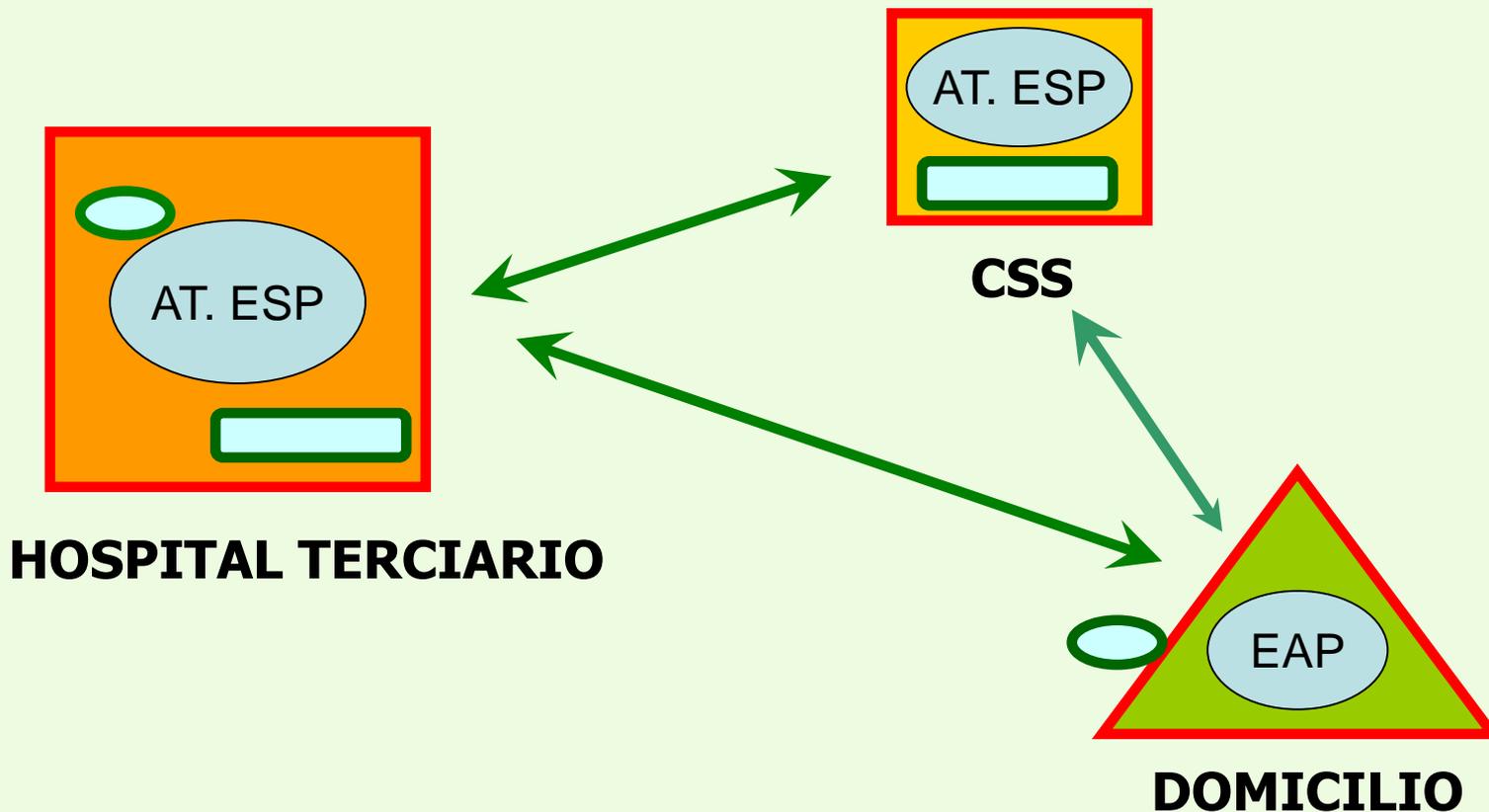
- Management of refractory pain or other symptoms
- Management of more complex depression, anxiety, grief, and existential distress
- Assistance with conflict resolution regarding goals or methods of treatment
 - Within families
 - Between staff and families
 - Among treatment teams
- Assistance in addressing cases of near futility

Quill TE, Abernethy AP
Generalist plus Specialist
Palliative care. Creating a more
sustainable model.
N Engl J Med 2013; 368: 1173

enfoque paliativo



cuidados paliativos específicos



 **Equipo de soporte**

 **Unidad de Cuidados Paliativos**

evidencias cuidados paliativos

Dolor y control de síntomas

Ansiedad

Reducción ingresos hospitalarios

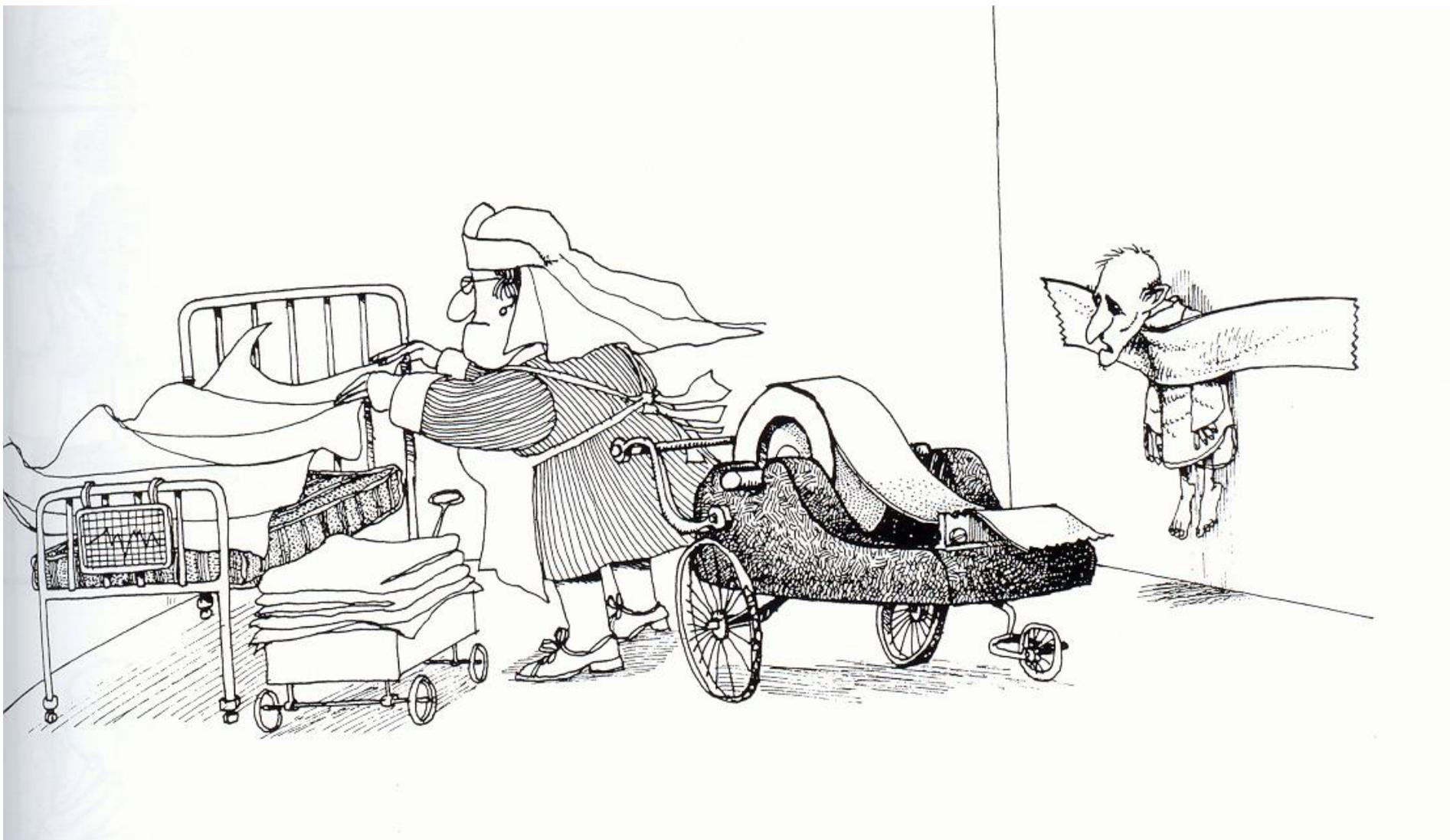
Higginson . Cancer J 2010; 16: 423-435

Calidad de vida

Satisfacción paciente y familia

Agresividad tratamientos

El-Jawahri. J Support Oncol 2011; 9:87-94



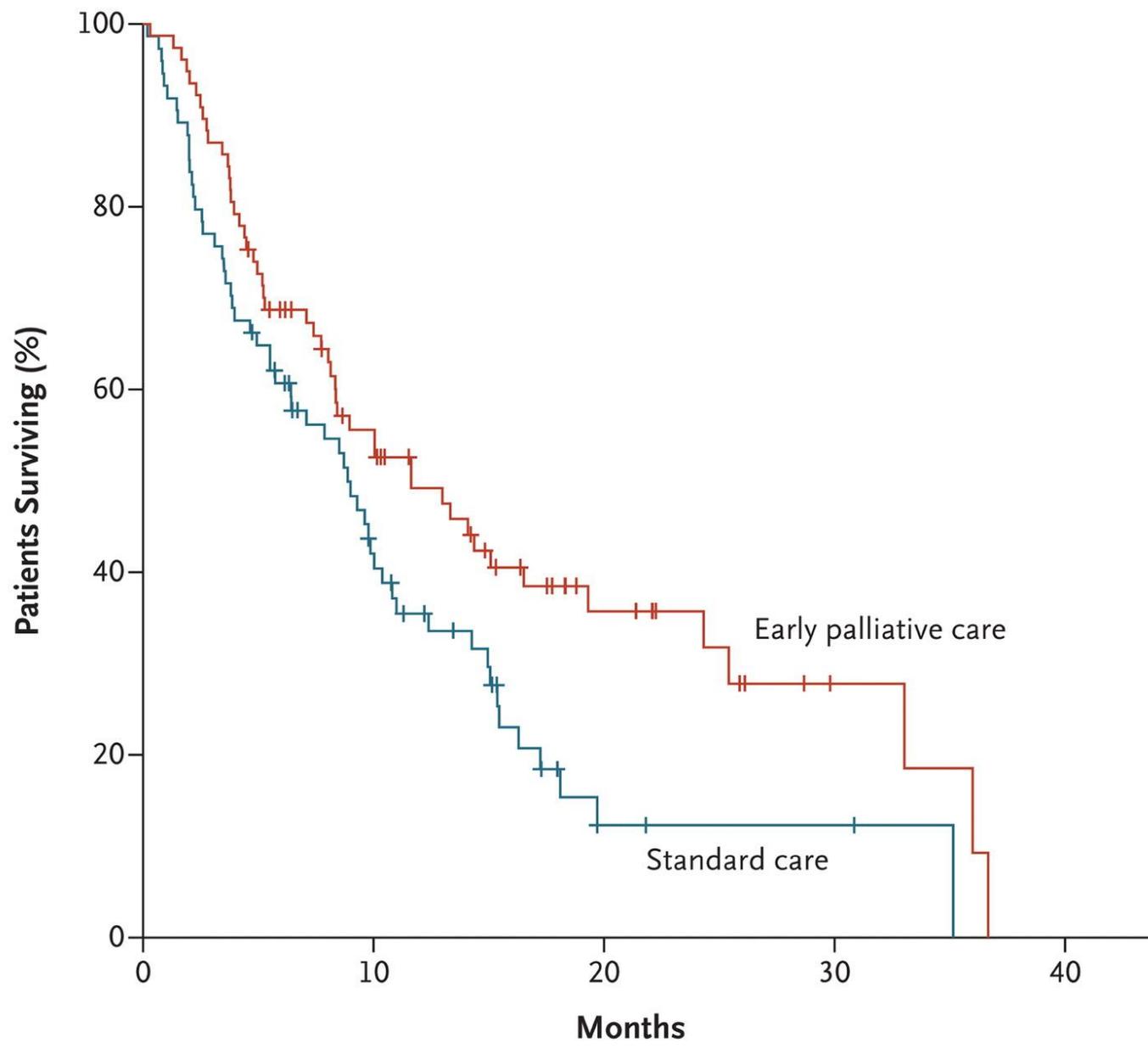
NO EXISTEN EVIDENCIAS!!!

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

2010; 363: 733-742



VOLUME 30 · NUMBER 8 · MARCH 10 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

A S C O S P E C I A L A R T I C L E

American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care

Thomas J. Smith, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Amy P. Abernethy, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Betty R. Ferrell, Matt Loscalzo, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Mark Somerfield, Ellen Stovall, and Jamie H. Von Roenn

Colaboración basada en la necesidad
de pacientes....y familias

A FONDO

Cuidados paliativos: una necesidad, que debemos ser capaces de aprovechar

UNA OPORTUNIDAD EN ÉPOCA DE CRISIS/ Recortar en estos servicios tiene más coste. Los cuidados paliativos son más eficientes, efectivos y eficaces. Potenciarlos no es sólo una cuestión ética, también es una postura inteligente porque ahorra costes.

La crisis económica ha provocado numerosos recortes sanitarios, pero hay determinados servicios que si se merman cuestan más. Este es el caso de los cuidados paliativos. Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento al final de la vida; consideran la muerte como un proceso natural; no aceleran o retrasan el proceso de morir; ofrecen apoyo al paciente y a los familiares y allegados durante la enfermedad y el duelo; utilizan una metodología basada en un equipo multidiscipli-



Atención a pacientes crónicos avanzados:

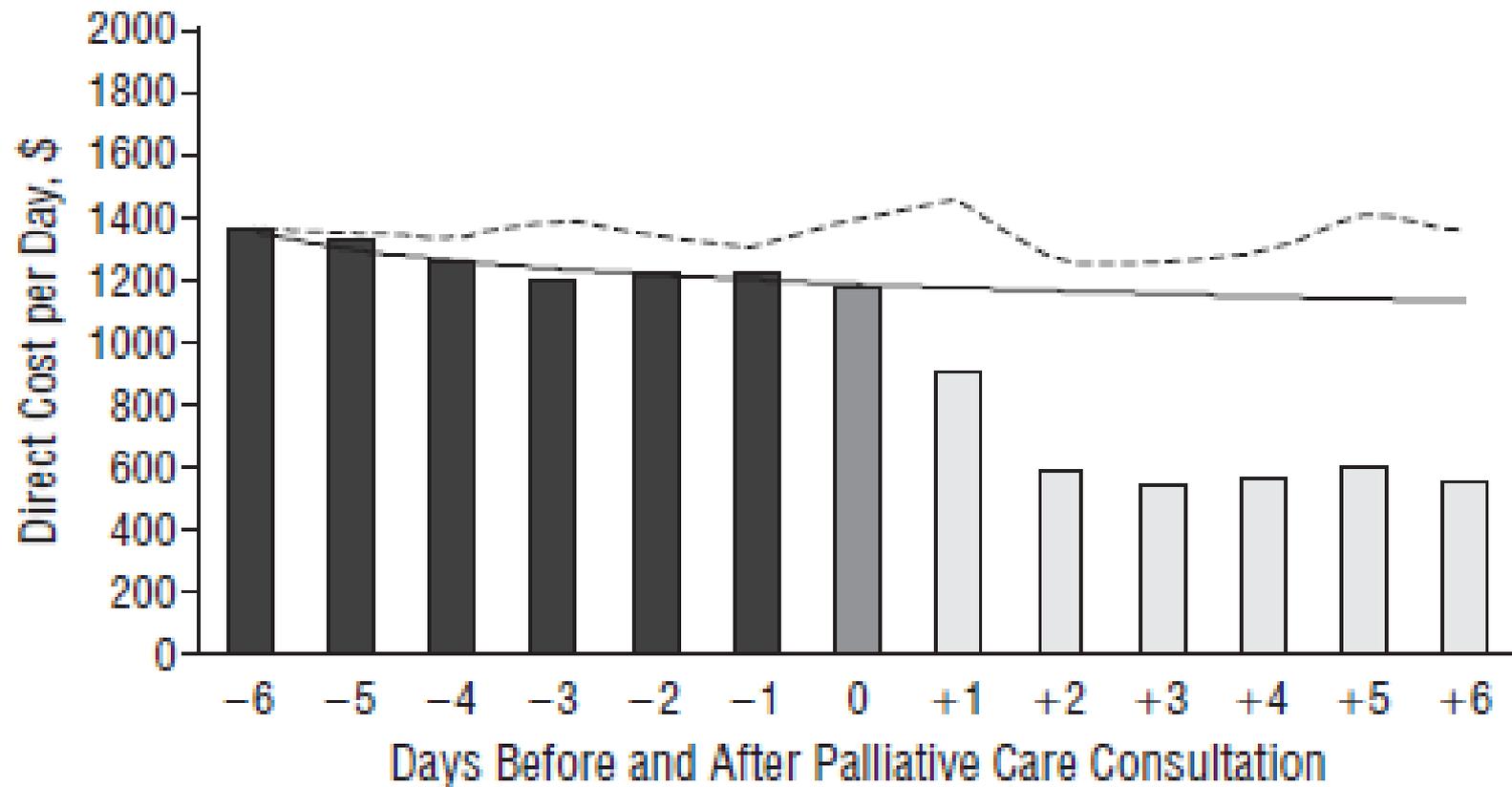
50% Gasto sanitario

1/3 Ingresos hospitalarios en último mes de vida

40% del gasto total en los últimos 6 meses

Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs

R. Sean Morrison, MD; Joan D. Penrod, PhD; J. Brian Cassel, PhD; Melissa Caust-Ellenbogen, MS; Ann Litke, MFA; Lynn Spragens, MBA; Diane E. Meier, MD; for the Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group



Arch Intern Med. 2008;168(16):1783-1790

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2

Recommendations from the European Association for Palliative Care

UCP: 80-100 camas de cuidados paliativos x millón hab.

1 Equipo de soporte en cada hospital con >250 camas

1 Equipo domiciliario por 100.000 habitantes