



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

ÍNDICE PRONÓSTICO PALIATIVO EN
CÁNCER AVANZADO
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2017

PRESENTADA POR
LUIS ALEJANDRO TIMANA TABOADA

ASESOR
MGTR. LUIS FLORIÁN TUTAYA

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA
CON MENCIÓN EN MEDICINA INTERNA

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**ÍNDICE PRONÓSTICO PALIATIVO EN
CÁNCER AVANZADO
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
MEDICINA CON MENCIÓN EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADA POR
LUIS ALEJANDRO TIMANA TABOADA**

**ASESOR
MGTR. LUIS FLORIÁN TUTAYA**

LIMA, PERÚ

2018

JURADO

Presidente: Humberto Poma Torres, doctor en Medicina.

Miembro: Paul Alfaro Fernández, doctor en Medicina.

**Miembro: Orlando Herrera Alania, maestro en Medicina
Con mención en Medicina Interna.**

Para Miriam, Liliam, Claudia, Lucía y
Juan Luis

AGRADECIMIENTO

Al personal médico del Servicio de Medicina
Interna del hospital Alberto Sabogal Sologuren,
por su apoyo en este trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurados	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Bases teóricas	9
1.3 Definición de términos básicos	18
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	19
2.1 Hipótesis	
2.2 Variables y su operacionalización	
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20

3.1 Tipo y diseño de la investigación	20
3.2 Diseño muestral: población de estudio, criterios de selección, muestra y muestreo o selección de la muestra	20
3.3 Procedimientos de recolección de datos	21
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	21
3.5 Aspectos éticos	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	22
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 2: Escala funcional paliativa	

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir el índice pronóstico paliativo en pacientes hospitalizados con cáncer avanzado fallecidos en el servicio de medicina interna del hospital Alberto Sabogal Sologuren.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, de cohorte única, retrospectivo que describe el índice pronóstico paliativo en pacientes hospitalizados fallecidos desde el 1 de enero al 30 de junio de 2017.

Se revisaron cuarenta y dos historias clínicas en este estudio. El índice pronóstico paliativo reveló que todos tenían un puntaje mayor de seis con una media de supervivencia de 15 días (95% IC [1-60]). La supervivencia menor de tres semanas fue pronosticada con una sensibilidad de 83%. La edad promedio de los pacientes fue de 67 años (IC 95% [39-92]); de los cuales 57% fueron del sexo masculino y 43% femenino. Los tipos de cáncer avanzado más frecuentes fueron: gástrico, colon y recto, páncreas, vejiga y próstata. Encontramos que todos los pacientes ingresaron por emergencia por complicaciones agudas agregadas que acortó más su supervivencia y por tanto aumentó más el puntaje, reflejando el estado en el que se encontraron nuestros pacientes.

El índice pronóstico paliativo pronostica aceptablemente la supervivencia menor de tres semanas en pacientes con cáncer avanzado. Se recomienda aplicarlo para diseñar mejor el tratamiento y brindar adecuada calidad de atención en esta etapa de la enfermedad.

Palabras clave: Cáncer avanzado, índice pronóstico paliativo.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the palliative prognosis index in hospitalized patients with advanced cancer who died in the internal medicine service of Alberto Sabogal Sologuren hospital.

A descriptive, longitudinal, single cohort, retrospective study describing the palliative prognosis index was performed in hospitalized patients from January 1 to June 30, 2017.

We reviewed forty-two medical records in this study. The palliative prognostic index revealed that all had a score greater than six with a 15-day survival medium (95% CI [1-60]). Survival less than three weeks was predicted with a sensitivity of 83%. The mean age of the patients was 67 years (95% CI [39-92]); Of these, 57% were male and 43% female. The most frequent types of advanced cancer were: gastric, colon and rectum, pancreas, bladder and prostate. We found that all patients admitted for emergency treatment due to acute complications added that they shortened more for survival and therefore increased the score further, reflecting the state in which patients were found.

The prognostic palliative index prognosis accepts survival less than three weeks in patients with advanced cancer. It is recommended to apply to better design the treatment and provide the appropriate quality of care at this stage of the disease.

Keywords: Advanced cancer, palliative prognostic index.

INTRODUCCIÓN

El pronóstico de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado, juega un rol central en la toma de decisiones por los médicos respecto al inicio de los cuidados paliativos; y para los familiares una estimación pronóstica precisa les permitirá tomar una decisión más informada respecto a las opciones de tratamiento y facilitará su preparación para la muerte y resolución oportuna de asuntos al final de la vida.

El cáncer avanzado es definido como enfermedad progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, cambiantes; gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y pronóstico de vida inferior a seis meses.

El índice pronóstico paliativo (IPP) para pacientes con cáncer avanzado fue ideado y validado en Japón por Morita *et al.*, utilizaron cinco parámetros: el estado funcional, la presencia de edema, disnea en reposo, delirium, y la vía oral libre.

El estado funcional, medido por la escala funcional paliativa, consta de cinco parámetros: deambulación, actividad y extensión de enfermedad, autocuidado, ingesta oral y nivel de conciencia. Siendo los primeros determinantes más fuertes y tienen prioridad sobre los otros. Está diseñado para medir la funcionalidad de los pacientes con decrementos de 10% desde 100% (sano), hasta 0% (muerte).

El puntaje obtenido por cada parámetro corresponde al estado funcional, si es de 10-20% es cuatro puntos; de 30-50% es dos puntos y medio y >60% es cero. La ingesta oral severamente reducida es dos puntos y medio, moderadamente reducida es un punto y normal cero. La presencia de edema es un punto y su ausencia cero. La presencia de disnea en reposo es tres puntos y medio y su ausencia es cero. La presencia de delirium es cuatro puntos y su ausencia es cero.

La sensibilidad y especificidad con que se predice la supervivencia según los valores del IPP son: menor de seis semanas ($IPP > 4$); sensibilidad 80%, especificidad 77% y menor de tres semanas ($IPP > 6$); sensibilidad 83% y especificidad 85%.

Una vez obtenido el pronóstico de supervivencia debe ser discutido en el equipo multidisciplinario para después comunicar al paciente y familiares; los riesgos y beneficios del tratamiento basados en la estimación pronóstica.

El índice pronóstico paliativo ha sido validado en otras poblaciones geográfica y culturalmente diferentes como Japón e Irlanda exclusivamente y en otros países comparado con el *score* pronóstico paliativo.

Nuestro estudio intenta describir el índice pronóstico paliativo en un país subdesarrollado y en un hospital donde los pacientes llegan en un grado avanzado de enfermedad y que son hospitalizados por alguna complicación agregada.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. Según proyecciones de Globocan, la agencia internacional para la investigación del cáncer, dentro de cuatro años, se registrarán más de 54 mil 700 nuevos casos de cáncer y más de 34 mil 140 peruanos fallecerán a causa de la enfermedad, si no se realizan medidas preventivas.

Según los últimos reportes de Globocan, en el Perú los tipos de cáncer de mayor incidencia en ambos sexos son: estómago, cuello uterino, mama, próstata y pulmón, los cuales pueden ser evitados a través de la práctica de estilos de vida saludable, prevención y detección precoz.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las diferentes sociedades de cuidados paliativos, concuerdan sobre las características de la enfermedad terminal: presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, cambiantes; gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y pronóstico de vida inferior a seis meses.²⁻⁴

Inicialmente, la escala funcional de Karnofsky (KPS) mostró que el estado funcional es un importante predictor de sobrevida. La escala funcional paliativa (PPS) es una modificación de la escala funcional de Karnofsky, diseñado específicamente para medir el estado físico en cuidados paliativos.

Usando la PPS, solo alrededor del 10% de pacientes con un puntaje de 50% o menos se esperaba que sobrevivan más de seis meses.^{5,6}

Un puntaje pronóstico, *Palliative Prognostic Score (Pap score)* incluye anorexia, disnea, leucocitos y porcentaje de linfocitos junto con el KPS y la predicción clínica del médico experto. Basado en los resultados de estas variables, los pacientes son asignados en tres grupos pronósticos, reflejando la probabilidad de sobrevivir a los 30 días de >70%, 30-70%, o <30%.⁷

Para desarrollar un sistema de puntaje validado para pronosticar sobrevivir, Morita *et al.*, en 1999, desarrollaron el índice pronóstico paliativo (IPP) con una investigación de tipo cuantitativa y diseño retrospectivo de cohortes, con un procedimiento de prueba–entrenamiento de dos grupos independientes de pacientes con cáncer avanzado; que incluyó como población de estudio, en el grupo de entrenamiento 155 pacientes con 355 evaluaciones; el IPP fue definido por el estado funcional, ingesta oral, edema, disnea en reposo y delirium. En el grupo de prueba de 95 pacientes con 233 evaluaciones se evaluó el valor predictivo de este sistema de puntaje.

En el grupo de prueba, los pacientes fueron clasificados en tres grupos: grupo A ($IPP \leq 2.0$), grupo B ($2.0 < IPP \leq 4.0$), y grupo C ($IPP > 4.0$). Cuando el IPP fue más de seis como punto de corte, una sobrevivir menor de tres semanas fue pronosticada con una sensibilidad de 80% y especificidad de 85%. Cuando el IPP fue más de cuatro como punto de corte una sobrevivir menor de seis semanas fue pronosticada con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 77%; concluyendo que si los pacientes sobrevivirán más de tres o seis semanas pueden ser aceptablemente pronosticados por el IPP.⁸

En el 2005 Stiel *et al.*, en Alemania, desarrollaron una investigación de tipo cuantitativo, y diseño observacional, retrospectivo, que incluyó como población de estudio 83 pacientes en tres sedes en Aachen, Bonn y Cologne; evaluando el rendimiento del IPP, y el PaP score, la investigación determinó que las correlaciones entre el tiempo de sobrevida y los puntajes pronósticos fueron bajas; las estimaciones fueron correctas para muy buen o muy mal pronóstico, concluyendo que los puntajes pronósticos no fueron capaces de reproducir un pronóstico fiable preciso para los pacientes individuales. Sin embargo, ellos pueden ser usados para la toma de decisiones éticas y discusiones en el equipo de trabajo.⁹

En el 2007, Stone *et al.*, en Irlanda, desarrollaron una investigación de tipo cuantitativa y diseño observacional, prospectiva, y descriptiva que incluyó como población de estudio 194 pacientes de los cuales el 43% estaban recibiendo quimioterapia, radioterapia o ambos; el uso del IPP dividió a los pacientes en tres grupos basados en su puntaje. La investigación determinó en el grupo 1 correspondió a pacientes con un IPP ≤ 4 , con un promedio de sobrevida de 68 días (IC: 95% [52-115 días]), el grupo 2 correspondió a aquellos con un IPP >4 y ≤ 6 , con un promedio de sobrevida de 21 días (IC: 95% [13-33]), y el grupo 3 correspondió a pacientes con un IPP >6 , con un promedio de sobrevida de cinco días (IC: 95% [3-11]); concluyendo que usando el IPP, la sobrevida menor de tres semanas fue pronosticada con un valor predictivo positivo de 86% y un valor predictivo negativo de 76% y la sobrevida menor de seis semanas fue pronosticada con un valor predictivo positivo de 91% y un valor predictivo negativo de 64%.¹⁰

En el 2011, Hui *et al.*, desarrollaron una investigación de tipo cuantitativo y diseño observacional, prospectivo longitudinal que incluyó como población de estudio 151 pacientes del MD Anderson Cancer Center y 201 pacientes del Barretos Cancer Hospital; la investigación determinó que el delirium, neumonía, peritonitis, acidosis metabólica y sangrado gastrointestinal fueron asociados con peor sobrevida; concluyendo que las complicaciones sintomáticas fueron comunes en pacientes con cáncer admitidos a unidades de cuidados paliativos agudos, a menudo no se resolvieron completamente, y fueron asociadas con un pobre pronóstico a pesar del manejo médico activo.¹¹

En el 2012 Maltoni *et al.*, desarrollaron una investigación de tipo cuantitativo multicéntrico y diseño observacional, prospectivo no aleatorizado, que incluyó como población de estudio 549 pacientes con cáncer avanzado a quienes se evaluó el pronóstico de sobrevida de cuatro puntajes pronósticos usados en cuidados paliativos: el puntaje pronóstico paliativo original (PaP score), una variante del puntaje pronóstico paliativo que incluye delirium (D- PaP score), la escala funcional paliativa (PPS) y el índice pronóstico paliativo (IPP); la investigación determinó una sobrevida media de 22 días (IC 95% [19-24]), el PaP score y el D-PaP score fueron los más precisos, con un índice de concordancia de 0.72 (IC 95% [0.70-0.73]) y 0.73 (IC 95% [0.71-0.74]) respectivamente; concluyendo que los cuatro puntajes pronósticos usados en cuidados paliativos identifican en forma precisa a los pacientes con diferentes probabilidades de sobrevida. El PaP score ha sido extensamente validado y muestra alta precisión y reproducibilidad en diferentes medios.¹²

En el 2012 en México, Trujillo-Cariño *et al.*, desarrollaron una investigación de tipo cuantitativa y diseño observacional, descriptivo y prospectivo, que

incluyó como población de estudio 100 pacientes con cáncer avanzado referidos al servicio de cuidados paliativos del instituto nacional del cáncer, por primera vez sin tratamiento antineoplásico a los cuales se les evaluó de acuerdo a las cinco variables del IPP, la investigación determinó que el 55% tuvieron un IPP>4 y 35% >6; el IPP resultó acertado en el 77% de los pacientes, concluyendo que el IPP es un método sencillo con adecuada sensibilidad.¹³

En el 2014, Baba *et al.*, en Japón desarrollaron una investigación de tipo cuantitativo, multicéntrico y diseño observacional prospectivo de cohortes, que incluyó como población de estudio 2361 pacientes asignados en cuatro grupos; uno tratado por equipo de cuidados paliativos, otro en una unidad de cuidados paliativos, otro en domicilio y otro recibiendo quimioterapia, en los cuales se evaluó la viabilidad y precisión del puntaje PaP, Delirium PaP, el IPP y el modelo predictor de estudio de cuidados paliativos (PiPS modificado).

La investigación determinó que la precisión de los puntajes pronósticos fue $\geq 69\%$ en todos los grupos y la diferencia estuvo dentro del 13%, mientras que las estadísticas de concordancia fueron significativamente más bajas con el IPP que con el PaP y D-PaP scores; concluyendo que el IPP parece ser más adaptable para uso clínico de rutina para situaciones difíciles donde las estimaciones de pronóstico son suficientes y/o los pacientes no deseen procedimientos invasivos.

Si los médicos evalúan más variables; el PiPS-A modificado podría ser una alternativa no invasiva. En los casos donde las muestras de sangre estén

disponibles o aquellos que requieran predicción más precisa el PaP y D-PaP y el PiPS-B modificado podrían ser más apropiados.¹⁴

Hasta la actualidad la única revisión sistemática publicada es de Lau *et al.*, en el 2007 sobre las herramientas pronósticas para estimar el tiempo de supervivencia en cuidados paliativos. Algunas de estas herramientas, incluidos las más estudiados PPS, PaP, y PPI, mantienen la confianza de las mejores estimaciones de supervivencia para los clínicos.

Es necesario un mayor estudio, incluyendo mayor validación de las herramientas en diferentes marcos y poblaciones de pacientes, reportes más consistentes de los resultados de pronósticos, y la mejora en curso de estas herramientas como un nuevo estudio e información a ser revelados.¹⁵

También en el mismo año Lau *et al.*, publicaron un metanálisis de predicción de supervivencia con la escala de funcionalidad paliativa; pero a pesar del hecho que los hallazgos han proporcionado fuertes evidencias empíricas, por la asociación de la PPS con la supervivencia, hay mucho trabajo por delante para mejorar su uso.

Tiene que existir una forma consistente de reportar probabilidades y tiempo de supervivencia basados en la PPS para asistir a los clínicos a comunicar esta información con los pacientes.

Una posibilidad es la de reportar el tiempo mediano de supervivencia de acuerdo a los niveles del estado funcional; la otra es usar los cuartiles de la PPS con intervalos de confianza en clasificación de supervivencia temprana, media y tardía; o para establecer algún tipo de tablas a partir de las curvas de supervivencia de la PPS.¹⁶

Cristina de Miguel en España en el 2006, al aplicar el IPP a una población de pacientes oncológicos en situación terminal, atendidos por un equipo de soporte de atención domiciliaria no pronosticó la supervivencia con la sensibilidad y especificidad descrita por la literatura.¹⁷

En nuestro medio, aún no se han realizado estudios de pronóstico de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado.

1.2 Bases teóricas

El pronóstico junto con el diagnóstico y el tratamiento, es uno de los puntos capitales en cuidados paliativos y es un factor clave en la toma de decisiones para pacientes, familiares y cuidadores en todos los hospitales.

Uno de los roles claves para los servicios de cuidados paliativos es iniciar las discusiones sobre el pronóstico y objetivos del cuidado al final de la vida. Sin embargo, a pesar de su importancia, el pronóstico de un cáncer terminal avanzado es imperfecto.

Los médicos suelen ser optimistas en sus estimaciones de supervivencia de los pacientes, y las estimaciones del pronóstico que se comunica a los pacientes pueden ser aún más optimistas.

En el paciente oncológico terminal con supervivencia esperada menor de seis meses, los parámetros con posible valor predictivo se pueden agrupar en tres bloques diferentes: signos y síntomas clínicos, datos analíticos e impresión clínica del profesional.

Recientemente se han publicado dos índices pronósticos, que no son más que modelos que integran distintas variables pertenecientes a estos tres bloques, con distinto peso específico.

Los signos y síntomas clínicos que han demostrado tener significación pronóstica son: la anorexia, pérdida de peso, disfagia, xerostomía, disnea, delirium y alteración cognitiva.

El pronóstico de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado tiene un rol central en la toma de decisiones por el médico con respecto al tratamiento, lugar de cuidados y elección del momento de iniciar los cuidados paliativos.

La provisión de una estimación pronóstica precisa permite al paciente y familiares tomar una decisión más informada respecto a las opciones de tratamiento y facilita su preparación para la muerte y resolución oportuna de asuntos al final de la vida.

Los cuatro principios de la predicción de supervivencia son: el pronóstico es un proceso, no un evento; los factores pronósticos pueden evolucionar con el curso de la enfermedad; la precisión pronóstica para un factor y herramienta pronóstica dado, varía por la definición de precisión, la población de pacientes y el tiempo marco de predicción; y el tiempo exacto de muerte no puede ser pronosticada con certeza.

Los médicos pueden formular pronósticos basados en la intuición u objetivamente (basados en modelos y factores pronósticos).

A pesar de la disponibilidad de factores y herramientas pronósticas validadas; muchos profesionales de la salud confían en su predicción clínica de

supervivencia para estimar el pronóstico debido a que es instantánea, conveniente y fácil de comprender. Sin embargo, el conocimiento, la experiencia clínica y personalidad resulta a menudo en una estimación heterogénea y optimista de la expectativa de vida.

Algunos tipos de cáncer siempre tienen un pobre pronóstico. Algunos ejemplos incluyen cáncer de páncreas, muchos tipos de cáncer del tracto biliar, adenocarcinomas de primario desconocido y cáncer de pulmón de células pequeñas no tratado.

Algunas circunstancias tienen un pronóstico muy pobre en enfermedades específicas: múltiples metástasis al cerebro, hígado o pulmón, hipercalcemia refractaria, sangrado activo de tumor, o insuficiencia de la médula ósea sin soporte transfusional; así como exacerbación de comorbilidades.

El momento en que declina el estado funcional -cuando es interpretado en el contexto de otros parámetros de falla fisiológica (como falla orgánica)- provee alguna información intuitivamente más válida para pronosticar enfermedad terminal.

Las escalas e instrumentos de medición, permiten objetivizar y estandarizar atributos subjetivos de la enfermedad. Existen varias escalas que son útiles en la evaluación de los pacientes en medicina paliativa (MP). La MP requiere el uso sistemático de varios de estos instrumentos; es necesario conocerlos, saberlos aplicar e interpretar.

El índice pronóstico paliativo es una escala pronóstica de sobrevida, concebida y validada en pacientes hospitalizados con cáncer en Japón, que

utiliza cinco variables: el estado funcional, la vía oral libre, edema, disnea en reposo y delirium.

La escala funcional paliativa está diseñada para medir la funcionalidad de los pacientes con decrementos de 10%, desde un 100% (sano) hasta 0% (muerte), se miden cinco parámetros que son: la deambulaci3n, la habilidad para realizar sus actividades y extensi3n de enfermedad, el autocuidado, la ingesta oral y el nivel de conciencia.

El estado funcional permite determinar la necesidad de apoyo del paciente, disminuci3n en la puntuaci3n indica progresi3n de la enfermedad. Con 10 a 20% se asigna cuatro puntos; de 30 a 50%, 2.5 puntos y $\geq 60\%$ cero puntos.

Las puntuaciones de la escala funcional paliativa se determinan leyendo horizontalmente en cada nivel para encontrar el mejor ajuste para el paciente; comienza en la columna de la izquierda y se lee hacia abajo hasta alcanzar el nivel de ambulaci3n adecuado; luego se lee a trav3s de la siguiente columna y hacia abajo de nuevo hasta que se encuentre la actividad y extensi3n de la enfermedad. Estos pasos se repiten hasta que las cinco columnas est3n cubiertas antes de asignar el estado funcional paliativo real para ese paciente. De esta forma, las columnas hacia la izquierda (columnas a la izquierda de cualquier columna espec3fica) son determinantes m3s fuertes y generalmente tienen prioridad sobre otros.

Ejemplo 1: Un paciente que pasa la mayor parte del d3a sentado o acostado debido a la fatiga por la enfermedad avanzada y requiere una considerable ayuda para caminar incluso para distancias cortas, pero que de otra manera

es completamente consciente y con buena ingesta se puntuaría en estado funcional paliativo al 50%.

Ejemplo 2: Un paciente que se ha quedado paralizado y tetraplégico que requiere atención total sería estado funcional paliativo al 30%. A pesar de que este paciente puede ser colocado en una silla de ruedas (y tal vez parezca inicialmente estar en el 50%), el puntaje es 30% porque el paciente de otra manera estaría totalmente confinado a la cama debido a la enfermedad o complicación si no fuera por los cuidadores que le proporcionan un total cuidado incluyendo elevación/transferencia. El paciente puede tener una ingesta normal y un nivel consciente completo.

Ejemplo 3: Sin embargo, si el paciente en el ejemplo 2 era parapléjico y confinado a la cama, pero todavía era capaz de atenderse tal como alimentarse, entonces el PPS sería más alto en 40 o 50% puesto que el paciente no necesita de un cuidado total.

Las puntuaciones de la escala funcional paliativa se incrementan en 10% solamente. A veces, hay varias columnas fácilmente colocadas en un nivel, pero hay una o dos donde se ven mejor en un nivel más alto o más bajo. Uno entonces necesita hacer una decisión del mejor ajuste. Si se elige un intermedio del ajuste; el valor del estado funcional al 45%, por ejemplo, no es correcto.

La combinación del juicio clínico y preferencia hacia la izquierda se utiliza para determinar si el 40% o el 50% es la puntuación más precisa para ese paciente. El estado funcional paliativo puede utilizarse para varios fines. En primer lugar, es una excelente herramienta de comunicación para describir el

nivel funcional actual del paciente. En segundo lugar, puede tener valor en los criterios de evaluación de las mediciones y comparaciones. Finalmente, parece tener valor pronóstico.

Ambulación: los elementos mayormente sentado/recostado, mayormente en la cama y totalmente confinado a la cama son tal y como se describen. Las sutiles diferencias están relacionadas a los elementos de la columna de autocuidado.

Por ejemplo, el límite total en estado funcional paliativo al 30% se debe a una debilidad profunda o parálisis de tal manera que el paciente no solo no puede salir de la cama, sino que también es incapaz de realizar ningún auto-cuidado. La diferencia entre sentado/acostado y permanecer en cama es proporcional a la cantidad de tiempo que el paciente es capaz de sentarse en relación a la necesidad de acostarse.

La ambulación reducida se localiza entre el nivel de estado funcional al 70% y 60%. Mediante el uso de la columna adyacente, la reducción de la ambulación está vinculada a la incapacidad para llevar a cabo su trabajo normal, la ocupación laboral o algunos pasatiempos o actividades de la casa. El paciente todavía es capaz de caminar y trasladarse por sus medios, pero un estado funcional paliativo al 60% necesita asistencia ocasional.

Actividad y extensión de la enfermedad: Algunas enfermedades, significativas y extensas se refieren a pruebas físicas e investigativas que muestran grados de progresión. Por ejemplo, en el cáncer de mama, una reaparición local implicaría alguna enfermedad; una o dos metástasis en el pulmón o hueso implicarían una enfermedad significativa; mientras que las

metástasis múltiples en el pulmón, hueso, hígado, cerebro, hipercalcemia u otras complicaciones importantes serían enfermedades extensas. La extensión también puede referirse a la progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento.

La actividad se juzga en el contexto con la capacidad de mantener su trabajo y pasatiempos; las personas que disfrutan caminando reducirán gradualmente la distancia recorrida, aunque pueden seguir intentando, a veces incluso cuando se encuentran cerca a morir (por ejemplo, tratando de caminar por los pasillos).

Autocuidado: Asistencia ocasional, significa que la mayoría de las veces los pacientes son capaces de moverse fuera de la cama, caminar, lavarse, ir al baño y comer por sus propios medios, pero que en ocasiones (tal vez una vez al día o unas cuantas veces por semana) requieren una ayuda menor. Asistencia considerable, significa que todos los días el paciente necesita ayuda, generalmente por una persona, para realizar algunas de las actividades mencionadas anteriormente. Por ejemplo, la persona necesita ayuda para ir al baño, pero es capaz de cepillarse los dientes o lavarse al menos las manos y la cara.

Los alimentos a menudo necesitan ser cortados en tamaños comestibles, pero el paciente es capaz de comer por sí mismo. La asistencia principal es una extensión adicional. Usando el ejemplo anterior, el paciente ahora necesita ayuda para levantarse, pero también necesita ayuda para lavarse la cara y afeitarse, pero por lo general puede comer con poca o ninguna ayuda. Esto puede fluctuar de acuerdo con la fatiga durante el día. Atención total significa

que el paciente es completamente incapaz de comer sin ayuda, aseo o hacer cualquier autocuidado.

Ingesta oral: Los cambios en la ingesta son bastante evidentes cuando el consumo normal se refiere a los hábitos alimenticios habituales de la persona mientras están sanos. Reducido significa cualquier reducción a partir de eso y es muy variable de acuerdo con las circunstancias individuales únicas. Mínimo se refiere a cantidades muy pequeñas, puré o líquido, que están muy por debajo del sustento nutricional.

Nivel de conciencia: La conciencia completa implica un estado de alerta completo y una orientación con buenas capacidades cognitivas en diversos dominios del pensamiento, la memoria, etc.

La confusión se utiliza para denotar la presencia de delirium o demencia y es un nivel reducido de conciencia. Puede ser leve, moderada o severa con múltiples etiologías posibles. Somnolencia implica fatiga, efectos secundarios de drogas, delirium o cercanía a la muerte y algunas veces se incluye en el término estupor. Coma, en este contexto es la ausencia de respuesta a estímulos verbales o físicos; algunos reflejos pueden o no permanecer. La profundidad del coma puede fluctuar durante un período de 24 horas.

La vía oral libre, se valora como: normal, 0 puntos; reducida pero más que un bocado, 1 punto; y un bocado o menos, 2.5 puntos. La presencia de edema, 1 punto; su ausencia, 0 puntos. La presencia de disnea en reposo, 3.5 puntos, su ausencia, 0 puntos. La presencia de delirium, 4 puntos, su ausencia, 0 puntos.

El diagnóstico de delirium se basa en los criterios de la DSM-IV: a) alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención; b) cambios en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje) o alteración perceptiva que no se explica por la existencia de demencia previa o en desarrollo; c) presentación en un periodo de tiempo (horas o días) y tendencia a fluctuar a lo largo del día.

Con un puntaje máximo obtenido de 15 puntos se establecen tres grupos de riesgo: grupo A: ≤ 4 puntos, sobrevida mayor de seis semanas; grupo B: 4-6 puntos, sobrevida menor de seis semanas y grupo C: >6 puntos, sobrevida menor de tres semanas.

La sensibilidad y especificidad con que se predice la supervivencia según los valores del IPP son: menor de seis semanas ($IPP > 4$); sensibilidad 80%, especificidad 77% y menor de tres semanas ($IPP > 6$); sensibilidad 83% y especificidad 85%. Es decir, que si los pacientes vivirán menos de tres o seis semanas podrán ser aceptablemente pronosticadas por el IPP.

Aunque es evidente que las decisiones clínicas no deben basarse de forma exclusiva en el pronóstico del paciente, parece claro que mejorar nuestra habilidad en el pronóstico puede repercutir favorablemente en los cuidados que reciben los enfermos con cáncer avanzado. El paciente y la familia pueden beneficiarse de una información pronóstica realista, expresada de modo sencillo, empático y compasivo.

1.3 Definición de términos

Índice pronóstico paliativo (IPP): Escala pronóstica de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado.

Palliative performance status (PPS): Escala para medir estado funcional de pacientes en cuidados paliativos.

Palliative Prognostic Score (PaP): Escala pronóstica de supervivencia que utiliza exámenes de laboratorio como leucocitos y linfocitos y apreciación clínica del médico.

D-PaP score: Agrega delirium al score pronóstico.

PiPS-A y B: Modelo predictor de sobrevida en cuidados paliativos modificado.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Hipótesis: No aplica por ser trabajo descriptivo.

2.2 Variables y su operacionalización

Tabla 1. Definición operacional de variable índice pronóstico paliativo

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumento	Indicador
Es una escala pronóstica de sobrevida en pacientes con cáncer avanzado	Variable cualitativa	1. Ingesta oral 2. Edema 3. Disnea en reposo 4. Delirium 5. Escala funcional paliativa (PPS)	1.1 Un bocado o menos 1.2 Reducida pero más que un bocado 1.3 Normal 2.1: Presente 2.2: Ausente 3.1: Presente 3.2: Ausente 4.1: Presente 4.2: Ausente 5.1 PPS: Anexo 2 *Deambulación *Actividad/extensión de enfermedad * Autocuidado * Ingesta oral * Nivel conciencia	1.1: 2.5 puntos 1.2: 1 punto 1.3: 0 2.1: 1 punto 2.2: 0 3.1: 3.5 puntos 3.2: 0 4.1: 4 puntos 4.2: 0 5.1: 10-20: 4 puntos 30-50: 2.5 puntos ≥ 60: 0

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal de cohorte única, retrospectivo.

3.2 Diseño muestral: población de estudio, criterios de selección, muestra y muestreo

Población universo: Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado.

Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado fallecidos estando hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Alberto Sabogal Sologuren.

Tamaño de la población de estudio: Se obtuvo 42 historias clínicas de pacientes fallecidos con diagnóstico de cáncer avanzado.

Muestreo de la selección de la muestra: Muestreo no probabilístico hasta completar muestra representativa que según el calculador IMIM una muestra aleatoria de 42 individuos es suficiente para estimar con una confianza del 95% y una precisión de +/- 1 unidades porcentuales.

Criterios de inclusión: Pacientes fallecidos con diagnóstico de cáncer avanzado durante el periodo de estudio, no tributarios de tratamiento quirúrgico, quimioterápico o radioterápico con intención curativa, y con progresión de enfermedad o falta de respuesta al tratamiento.

Criterios de exclusión: Pacientes con diagnóstico de neoplasias hematológicas, ya que estos pacientes requieren soporte transfusional y el

pronóstico depende del tiempo en que se les pueda mantener con tal soporte paliativo. Pacientes con datos incompletos.

3.3 Procedimientos de recolección de datos

Se elaboró una ficha de recolección de datos y se revisó las historias clínicas de los pacientes fallecidos con diagnóstico de cáncer avanzado durante el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017. Se consideró como día cero la fecha de ingreso al servicio de medicina interna, y como tiempo de supervivencia, el tiempo transcurrido hasta la defunción. Se determinó el estado funcional en base a la deambulación, actividad y extensión de enfermedad, autocuidado, ingesta oral, y nivel de conciencia. Así como las otras variables del índice pronóstico paliativo. Se consideró como ingesta normal a pacientes con gastrostomía o sonda nasogástrica para nutrición.

3.4 Procesamiento y análisis de los datos

Los datos obtenidos se procesaron y analizaron con el programa Excel, se obtuvieron tablas de frecuencias por tipo de cáncer, y del total de casos se obtuvo los puntajes respectivos de delirium, edema, ingesta oral, disnea de reposo, y la escala funcional paliativa; y con el puntaje obtenido se encontró el índice pronóstico paliativo; así como el motivo de hospitalización; cada uno con su respectivo gráfico. La curva de supervivencia fue estimada usando el método de Kaplan-Meier.

3.5 Aspectos éticos

Se trata de una investigación sin riesgo, por lo que no fue necesaria la firma de consentimiento informado para realizar el presente trabajo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el presente estudio se observó que la edad promedio de los pacientes fallecidos con cáncer avanzado en el servicio de medicina interna del hospital Alberto Sabogal Sologuren fue de 67 años (39-92); de los cuales 57% eran de sexo masculino y 43% de sexo femenino.

Tabla 1. Tipos de cáncer más frecuentes en pacientes con cáncer avanzado. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017

TIPO CÁNCER	N	%
GÁSTRICO	8	19,1
COLON Y RECTO	4	9,5
PÁNCREAS	4	9,5
VEJIGA	4	9,5
PRÓSTATA	4	9,5
CACU	3	7,2
OVARIO	3	7,2
VB Y VVBB	3	7,2
PULMÓN	2	4,7
MAMA	2	4,7
NEUROENDOCRINO	2	4,7
HÍGADO	1	2,4
NASOFARÍNGEO	1	2,4
MELANOMA	1	2,4
TOTAL	42	100

El cáncer más frecuentemente encontrado en esta serie fue el cáncer gástrico (19%), seguido por el de colon y recto, páncreas, vejiga y próstata (9,5% cada uno).

**Tabla 2. Índice Pronóstico Paliativo en pacientes con cáncer avanzado.
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017**

ESTADO FUNCIONAL/ SÍNTOMAS	N°	%
ESCALA FUNCIONAL PALIATIVA	42	100
10-20%	39	92,9
30-50%	3	7,1
≥ 60%	0	
INGESTA ORAL	42	100
MENOS DE UN BOCADO	1	2,4
REDUCIDA PERO MÁS QUE UN BOCADO	9	21,4
NORMAL	32	76,2
EDEMA	42	100
PRESENTE	31	73,8
AUSENTE	11	26,2
DISNEA EN REPOSO	42	100
PRESENTE	36	85,7
AUSENTE	6	14,3
DELIRIUM	42	100
PRESENTE	29	69,1
AUSENTE	13	30,9

La tabla 2 describe el índice pronóstico paliativo en nuestro estudio. Encontramos que el 93% tenían un estado funcional de 10-20% y solo el 7% de 30-50%; y ningún paciente tuvo más del 60% de funcionalidad. La ingesta oral fue normal hasta en el 76% de los pacientes los cuales portaban sonda nasogástrica para su alimentación.

El edema se reportó en el 74% de los pacientes.

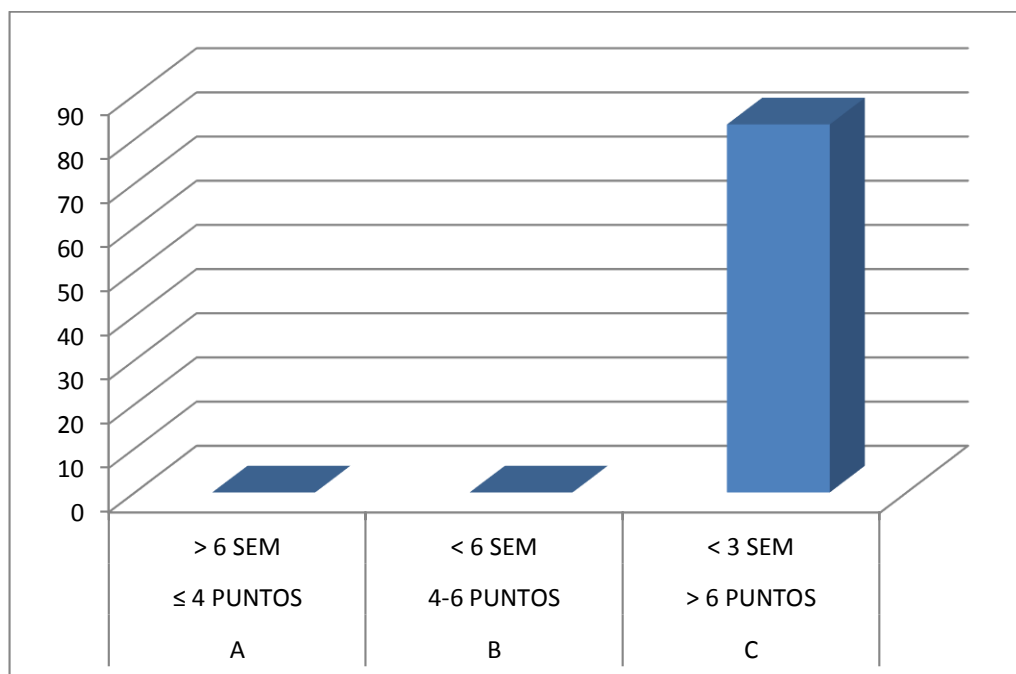
Disnea en reposo se reportó en el 86% de los pacientes y se les administró oxígeno.

El delirium se reportó en el 69% de los pacientes.

Tabla 3. Pronóstico de sobrevida en pacientes con cáncer avanzado según índice pronóstico paliativo. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017

GRUPOS	IPP	SOBREVIDA	N°	%
A	≤ 4 PUNTOS	> 6 SEMANAS	0	0
B	4-6 PUNTOS	< 6 SEMANAS	0	0
C	> 6 PUNTOS	< 3 SEMANAS	35/42	83,3

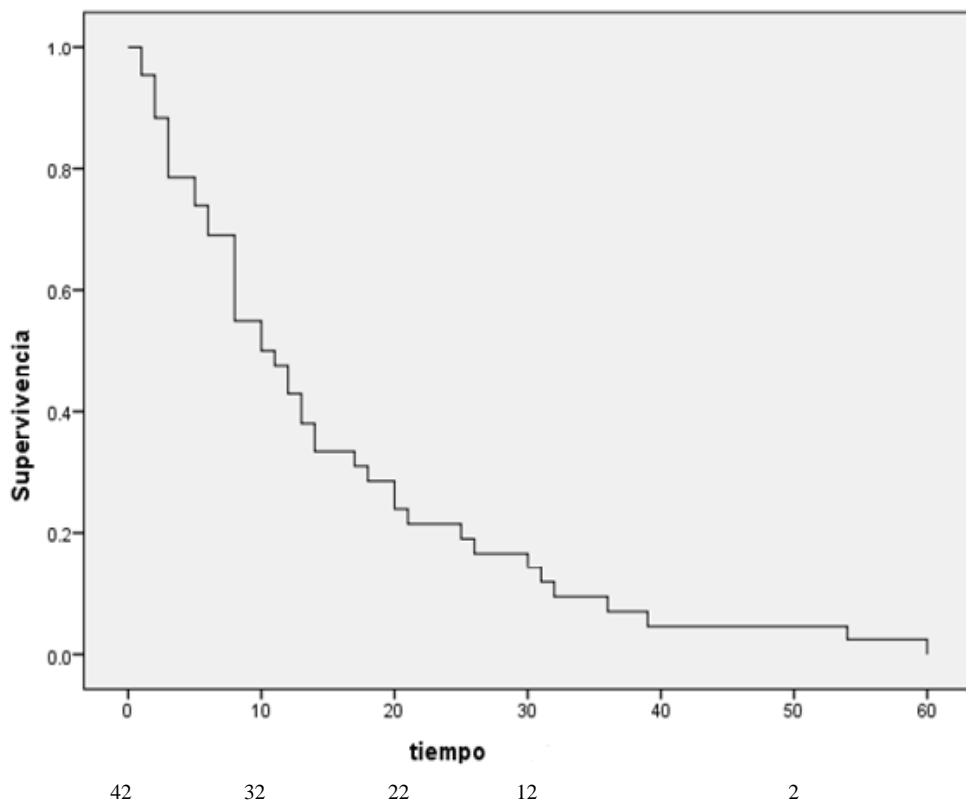
Gráfico 1. Pronóstico de sobrevida en pacientes con cáncer avanzado según índice pronóstico paliativo. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017



El índice pronóstico paliativo encontrado en este estudio sólo pudo valorarse en pacientes del grupo C, es decir, que todos tuvieron un puntaje mayor de

seis y de los cuales en el 83% se logró pronosticar una supervivencia menor de tres semanas.

Gráfico 2. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier de pacientes con cáncer avanzado. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017

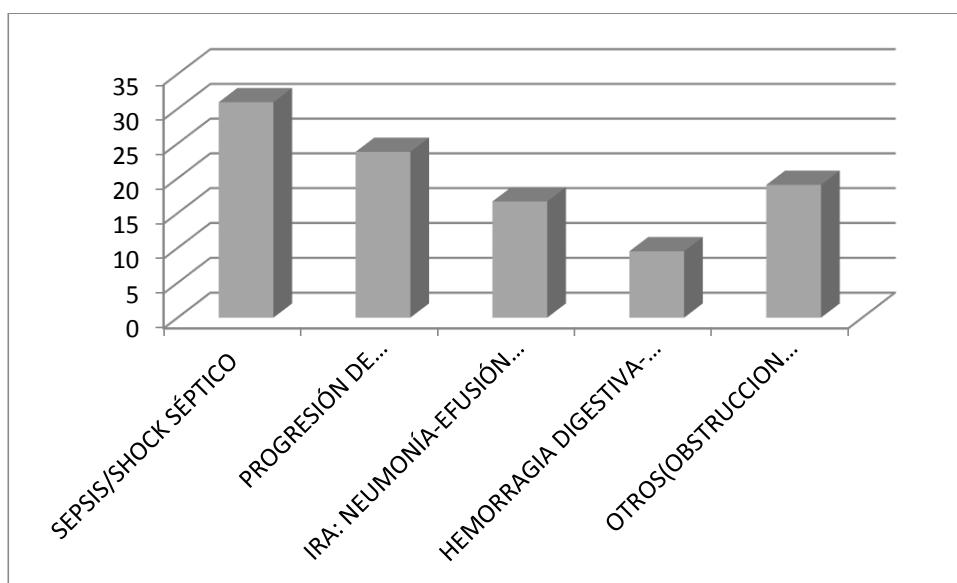


El promedio de supervivencia real fue de 15 días (IC 95% [1-60]) y de acuerdo a la curva de supervivencia de Kaplan-Meier, a la tercera semana la probabilidad de supervivencia era alrededor del 20%.

Tabla 4. Causas de hospitalización al servicio de medicina interna. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017

CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN	N°	%
SEPSIS/SHOCK SÉPTICO	13	30.95
PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD	10	23.81
IRA: NEUMONÍA-EFUSIÓN PLEURAL	7	16.67
HEMORRAGIA DIGESTIVA-ANEMIA SEVERA	4	9.52
OTROS(OBSTRUCCION INTEST. HIPERCA	8	19.05
TOTAL	42	100.0

Gráfico 3. Causas de hospitalización al servicio de medicina interna. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017



Dentro de las causas de hospitalización al servicio de medicina interna encontramos que el 76% fue debido a complicaciones agregadas a la neoplasia de fondo, como sepsis, shock séptico, neumonía, efusión pleural, hemorragia digestiva, anemia severa, obstrucción intestinal, e hipercalcemia entre otros; correspondiendo el 24% a progresión de la enfermedad.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En este estudio, todos los pacientes tuvieron un índice pronóstico paliativo mayor de seis, lo que nos diferencia de otros estudios y nos da una idea del estado avanzado de enfermedad en que llegan nuestros pacientes al servicio de medicina interna.

Además, el hospital Alberto Sabogal Sologuren no cuenta con el modelo *hospice* y por tanto, la mayoría de estos pacientes terminan hospitalizados en nuestro servicio.

Al igual que el estudio de Morita,⁸ la edad promedio de nuestros pacientes fue de 67 años y el de Stone,¹⁰ 70 años. En el estudio de Morita, el 100% eran ingresados a un modelo *hospice* en comparación con Stone que el 73% estuvieron hospitalizados, 25% en domicilio y el 0,5% en *hospice*; en nuestro estudio todos estaban hospitalizados en el servicio de medicina interna.

Los pacientes con un estado funcional mayor de 60%, fueron el 19% en el estudio de Morita y 43% en el estudio de Stone; en nuestro estudio ningún paciente tenía este puntaje, ya que el 93% tenían un estado funcional de 10-20% y el 7% de 30-50%, lo que refleja el estado avanzado de enfermedad en el que se encontraban nuestros pacientes y además refleja la triste realidad a la que se tienen que enfrentar los pacientes con cáncer avanzado en nuestro medio.

En cuanto a la terapia antineoplásica, al igual que Morita, ninguno de nuestros pacientes estaba en tratamiento; en comparación con Stone que el 43% aún recibían algún tipo de tratamiento paliativo ya sea quimio o radioterapia.

En cuanto al diagnóstico de cáncer en nuestro estudio fueron más frecuentes el gástrico, seguido de colon y recto, páncreas, vejiga y próstata; en el estudio de Morita y Stone en los cuales fue más frecuente el de pulmón seguido por el gastrointestinal superior.

La presencia de delirium en el estudio de Morita fue de 23%, en el de Stone 9% y en nuestro estudio 69%, lo que se puede explicar por las complicaciones agregadas y que fue el motivo de hospitalización y que pueden alterar el nivel de conciencia y por tanto llevar a un sesgo de interpretación.

Al respecto cabe mencionar que, para evitar este sesgo de interpretación, Hamano¹⁸ *et al.*, validaron un estudio usando la escala de capacidad de comunicación en lugar de delirium ya que muchos clínicos no pueden diagnosticarlo exactamente; concluyendo que el ÍPP simplificado mostró el mismo valor predictivo que el original y es una alternativa cuando los médicos tienen dificultades para diagnosticar delirium.

En un estudio de 352 pacientes admitidos a la unidad de cuidados paliativos agudos, Hui¹¹ *et al.*, encontraron un promedio de supervivencia de diez días, debido a la presencia de complicaciones sintomáticas agudas, tales como neumonía, peritonitis, acidosis metabólica, y sangrado gastrointestinal, las cuales fueron asociadas con alto riesgo de mortalidad.

En nuestro estudio encontramos que las complicaciones agudas tales como sepsis, shock séptico, neumonía, efusión pleural, hemorragia digestiva, anemia severa y otras alcanzaron hasta un 76%; las cuales aumentaron el puntaje del estado funcional y por tanto el índice pronóstico.

Nuestros resultados comparados con los de un país latinoamericano como México, Trujillo-Cariño¹³ encontró al igual que en Japón y Europa occidental que más de la mitad de los pacientes tuvieron un estado funcional paliativo entre 30 y 50%; en nuestro estudio solo el 7% tuvieron un score de 30-50% lo que refleja el estado avanzado de enfermedad en el que se encontraban nuestros pacientes.

La edad promedio de los pacientes fue de 55 años y en nuestro estudio fue de 67 años. Al igual que en nuestro estudio el cáncer más frecuente fue el de esófago y estómago con 16%, seguido por el de páncreas y hepatobiliar, mama y ginecológico.

Actualmente, existen herramientas pronósticas validadas en muchas partes del mundo a nuestra disposición para evaluar la funcionalidad de pacientes con cáncer avanzado.

El objetivo de mejorar el pronóstico es proporcionar a los pacientes una mejor comprensión de su supervivencia, lo que permitirá tomar decisiones médicas y sociales informadas con respecto a su tratamiento al final de la vida.¹⁹

Lo importante al aplicar alguna de ellas es tener claro cuál es el grupo de enfermos que evaluaremos y qué objetivo perseguiremos al evaluar. Es importante destacar que muchas veces la evaluación de estos pacientes se dificulta considerablemente a causa del estado en el que se encuentran, a veces con dolor, con fatiga o con síntomas importantes.

Por tanto, la elección de una prueba de corta duración y que logre identificar de manera precisa la disfunción del paciente, parece lo más adecuado para aquellos que están en fases más avanzadas.

Comparado con los cuidados de rutina, el cual incluye historias clínicas estándar, y revisión de sistemas; la evaluación de síntomas con el uso de instrumentos validados puede mejorar la identificación de síntomas estresantes y llevar a mejorar el confort y los resultados en estos pacientes.²⁰

Una vez obtenido el puntaje pronóstico se debe evaluar el caso personalizado dentro del equipo multidisciplinario para después comunicar al paciente y familia la decisión tomada en cuanto al tratamiento paliativo y, si el enfermo desea recibir información, asegúrese de determinar el tipo de información que desea, respete y facilite la expresión emocional y brinde apoyo afectivo. Si el paciente no quiere más información, respete su decisión y asegúrese de ofrecer futuros encuentros.²¹

En el cáncer avanzado, el paciente entra en una desintegración biológica progresiva y el adecuado conocimiento de la misma orienta la respuesta para resolver el conflicto o el dilema vida-muerte.²² Esto evitaría largas hospitalizaciones o la muerte en unidades de patología aguda.²³ Así como mayor sufrimiento para el paciente y la familia, disminuyendo los costos económicos, físicos, espirituales y sociales.²⁴

Para aliviar el sufrimiento del paciente con cáncer avanzado es necesario propiciar una educación sistemática, continua, acerca de las habilidades necesarias. El fomento de los conceptos de los principios de la bioética en todas las etapas de la atención del paciente con cáncer, no solo a nivel terminal, propiciará una mejor calidad de vida del mismo con ahorro económico y menor costo social.²⁵

Nuestro estudio tiene muchas limitaciones; el diseño retrospectivo, el número de pacientes, todos tenían cáncer avanzado asociado a complicaciones agregadas que necesitaron hospitalización de emergencia que aumentaron el puntaje y por tanto el índice pronóstico paliativo, ya sea debido al bajo estado funcional o por alteración del estado de conciencia.

Con estos resultados nuestro estudio reporta una sensibilidad del índice pronóstico paliativo para predecir la esperanza de vida de los pacientes con cáncer avanzado parecida a la reportada en la literatura mundial y esto nos debe estimular a realizar trabajos prospectivos en el futuro.

El índice pronóstico paliativo es rápido y fácil de usar, y puede ser aplicado a pacientes con cáncer avanzado hospitalizados, en domicilio o en unidades de cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que todos nuestros pacientes tuvieron un puntaje del índice pronóstico paliativo mayor de seis, con un estado funcional menor de 50%. El promedio de supervivencia fue de 15 días y la supervivencia menor de tres semanas fue pronosticada con una sensibilidad de 83%.

Los tipos de cáncer más frecuentes en nuestro estudio fueron el gástrico, de colon y recto, páncreas, vejiga y próstata.

El promedio de edad de los pacientes con cáncer avanzado en nuestro estudio fue de 67 años y el género más afectado fue el masculino.

Las causas de hospitalización fueron por complicaciones agregadas a neoplasia de fondo hasta en el 76% de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda aplicar el índice pronóstico paliativo a todos los pacientes con cáncer avanzado para diseñar mejor el tratamiento y brindar adecuada calidad de atención en esta etapa de la enfermedad.

El índice pronóstico paliativo es rápido y fácil de usar, y puede ser aplicado a pacientes con cáncer avanzado hospitalizados, en domicilio o en unidades de cuidados paliativos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Jacques Ferlay, *et al.*, Cancer incidence and mortality world wide: sources, methods and patterns in globocan 2012.
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan nacional para el SNS del MSC agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del país vasco; 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
3. De Lima L, Pérez Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M *et al.* Indicadores de cuidado paliativo ALCP. 2013. 1ª edición Houston: IAHPC press.
4. Sociedad peruana de cuidados paliativos.
5. Victoria Hospice Society. Palliative performance scale (PPs version 2) 2001.
6. Anderson F, *et al.*, Palliative performance scale (PPS): A new tool. *J. Palliative care* 1996; 12 (1): 5-11
7. Cornelius, Woelk *et al.* Prognostic scoring. Guideline for estimating length of survival in palliative patients. Canada August 2005.
8. Morita, T *et al.* The palliative prognostic index a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Japan Support care cancer* 1999.
9. Stiel, L *et al.* Evaluation and comparises of two prognostic scores and the physicians' estimate of survival in terminally ill patients. *Germany Support care cancer* 2010.

10. Stone, Carol, *et al.* Prospective validation of the palliative prognostic index in patients with cancer. Ireland Journal of pain and symptom management 2008.
11. Hui D, *et al.* Acute symptomatic complications among patients with advanced cancer admitted to acute palliative care units: A prospective observational study. Palliat Med. 2015; 29 (9); 826-833.
12. Maltoni, M *et al.* Prospective comparison of prognostic scores in palliative care cancer populations. Italia The Oncologist 2012.
13. Trujillo- Cariño, A, *et al.* Utilidad del índice pronóstico paliativo en pacientes con cáncer. México Gaceta Mexicana de oncología 2013.
14. Baba, *et al.* Survival prediction for advanced cancer patients in the real world: A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. Japan Eur, J cancer 51 (12): 1618-1629. 2015.
15. Lau F, *et al.* A systematic review of prognostic tools for estimating survival time in palliative care. Journal of palliative care 2007, 23(4) 245-254.
16. Lau F, *et al.* Meta-analysis of survival prediction with palliative performance scale. Journal of palliative care, 2007, 23(2): 93-112
17. De Miguel Sánchez C, López Romero, A. Cómo el índice pronóstico PPI predice la supervivencia en pacientes oncológicos en situación terminal atendidos en un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Medicina paliativa vol. 14, N°. 1, 2007, págs. 20-27

18. Hamano Jun *et al.* Validation of the simplified palliative prognostic index using a simple ítem from the communication capacity scale. Journal of pain and symptom management vol 50 N° 4 2015.
19. Lee, S *et al.* Survival estimates in advanced terminal cáncer. Uptodate 2016.
20. Amy S, *et al.* Palliative care for the seriously ill. N. engl. J. med. 2015; 373: 747-55
21. Palma A, *et al.* Medicina paliativa y cuidados continuos. Pontificia Universidad católica de Chile. 1ª edición 2010
22. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. Acta bioética 2000; 6: 94-101
23. León F. Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal. Nova 2003; 1: 24-31.
24. Aabom B, *et al.* Defining cáncer patients as being in the terminal phase: who receiver a formal diagnosis, and what are the effects? J. Clin. Oncol. 2005; 23: 7411-16.
25. Crispin Dionicio. Bioética y paciente terminal: Actitud del médico oncólogo. Carcinosis vol 4 N° 1 junio 2014.

ANEXOS

Anexo 01: Ficha de recolección de datos

Fecha ingreso Medicina:..... N°

N° HC:

NOMBRE

VARIABLES DESCRIPTIVAS

EDAD

SEXO M () F ()

DIAGNÓSTICO

ESTADIO CLÍNICO

TIEMPO DE ENFERMEDAD

.....

TRATAMIENTO

TIEMPO DE SUPERVIVENCIA (DESDE DX CÁNCER)

.....

METÁSTASIS

FECHA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL

.....

FECHA Y CAUSA DE DEFUNCIÓN

.....

VARIABLES RELACIONADAS CON EPISODIO HOSPITALARIO EN EL QUE SOBREVINO LA MUERTE:

MOTIVO DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN

TRATAMIENTO, VIA DE ADMINISTRACIÓN

.....

TIPO DE ALIMENTACIÓN

COMPLICACIONES SOBREGREGADAS

.....

SÍNTOMAS VALORADOS:

PPS: 10-20%.....

30-50%.....

≥60%.....

VIA ORAL LIBRE

- Un bocado o menos
- Reducida pero más que un bocado
- Normal

EDEMA

- Presente
- Ausente

DÍSNEA EN REPOSO

- Presente
- Ausente

DELIRIUM

- Presente
- Ausente

Anexo 2: Estado funcional paliativo

%	DEAMBU- LACIÓN	ACTIV/EXT. ENFERMEDAD	AUTOCUIDADO	INGESTA ORAL	NIVEL CONCIENC IA
100	COMPLETA	ACTIV. NORMAL SIN EVIDENCIA ENFERMEDAD	COMPLETO	NORMAL	NORMAL

90	COMPLETA	ACTIV. NORMAL ALGUNA EVIDENCIA ENFERMEDAD	COMPLETO	NORMAL	NORMAL
80	COMPLETA	ACTIV. NORMAL CON ESFUERZO, ALGUNA EVIDENCIA ENFERMEDAD	COMPLETO	NORMAL O REDUCIDA	NORMAL
70	REDUCIDA	INCAPAZ DE TRABAJAR, ALGUNA EVIDENCIA ENFERMEDAD	COMPLETO	NORMAL O REDUCIDA	NORMAL
60	REDUCIDA	INCAPAZ DE TRABAJO DOMÉSTICO, EVIDENCIA SIGNIFICATIVA ENFERMEDAD	NECESITA AYUDA OCASIONAL	NORMAL O REDUCIDA	NORMAL O CONFUSIÓN
50	PRINCIPALMENTE SENTADO O ECHADO	INCAPAZ DE REALIZAR CUALQUIER TRABAJO, ENFERMEDAD EXTENDIDA	NECESITA AYUDA CONSIDERABLE	NORMAL O REDUCIDA	NORMAL O CONFUSIÓN
40	PRINCIPALMENTE EN CAMA	INCAPAZ DE REALIZAR CUALQUIER TRABAJO, ENFERMEDAD EXTENDIDA	NECESITA AYUDA PRINCIPALMENTE	NORMAL O REDUCIDA	NORMAL, SOMNOLENCIA, CONFUSIÓN
30	TOTALMENTE EN CAMA	INCAPAZ DE REALIZAR CUALQUIER TRABAJO, ENFERMEDAD EXTENDIDA	NECESITA AYUDA PARA TODO	REDUCIDA	NORMAL, SOMNOLENCIA, CONFUSIÓN
20	TOTALMENTE EN CAMA	INCAPAZ DE REALIZAR CUALQUIER TRABAJO, ENFERMEDAD EXTENDIDA	NECESITA AYUDA PARA TODO	SORBOS MÍNIMOS	NORMAL, SOMNOLENCIA, CONFUSIÓN
10	TOTALMENTE EN CAMA	INCAPAZ DE REALIZAR CUALQUIER TRABAJO, ENFERMEDAD EXTENDIDA	NECESITA AYUDA PARA TODO	SOLO CUIDADOS DE BOCA	SOMNOLENCIA, COMA
0	MUERTE				