



III Congresso de Cuidados Paliativos

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Bernardo
13 de Outubro de 2006

Sumário

- Enquadramento teórico
- Apresentação de um estudo
- Conclusões do estudo

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- A presença de sintomas é fonte de sofrimento para os doentes em cuidados paliativos
- A abordagem em Cuidados Paliativos inclui a estratificação de procedimentos no processo de elaboração do plano de cuidados.
- A avaliação constitui o primeiro passo que orienta a compreensão do problema.
- É fundamental na definição de estratégias de intervenção.

- Os dados fornecidos pelos doentes são essenciais para a descrição da sintomatologia, relativamente à autopercepção e avaliação dos cuidados.

Bruera & Pereira, 1999

■ O Processo de Avaliação

- Multiplicidade e Multidimensionalidade dos sintomas
- Interação entre:
 - os diferentes sintomas
 - sintomas e aspectos de funcionalidade e autonomia
 - os sintomas, o grau de consciência da doença, do seu processo evolutivo e da sua natureza terminal
 - sintomas e qualidade de vida

Uma avaliação competente implica:

- Uma abordagem holística, num contexto da pessoa total
- Analisar as várias dimensões do sofrimento
- Permitir a orientação do diagnóstico, do tratamento, da remissão, da progressão da doença até à morte

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

- ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

2. Estudo de Adaptação da Escala de Edmonton (ESAS)

- Tradução
- Painel de peritos

Edmonton Symptom Assessment System:
Numerical Scale
Regional Palliative Care Program

Please circle the number that best describes:

No pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible pain

Not tired 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible tiredness

Not nauseated 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible nausea

Not depressed 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible depression

Not anxious 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible anxiety

Not drowsy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible drowsiness

Best appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible appetite

Best feeling of well-being 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible feeling of well-being

No shortness of breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible shortness of breath

Other problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Patient's Name _____ Date _____ Time _____

Complete by (check one):
 Patient
 Caregiver
 Caregiver assisted

Escala de Edmonton - ESAS

Por Favor, coloque um círculo em volta do número que corresponde à sua avaliação para cada sintoma, nesta mesma momento:

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por dor possível

Sem cansaço 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por cansaço possível

Sem náuseas / enjojo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por sensação de náuseas / enjojo possível

Sem depressão 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por sensação de depressão possível

Sem ansiedade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por sensação de ansiedade possível

Sem sonolência 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por sensação de sonolência possível

Muito apetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem qualquer apetite possível

Melhor nível de bem-estar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por nível de bem-estar possível

Sem falta de ar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Por sensação de falta de ar possível

OBJECTIVO GERAL

Caracterizar a avaliação dos sintomas

- Análise da percepção que cada doente tem dos sintomas;
- Caracterização da evolução dos sintomas, no tempo, em função dos vários factores que a possam influenciar;
- Estudo da concordância de pareceres, entre doentes e enfermeiros, no que respeita à percepção dos sintomas.

Disponibilizar um instrumento de avaliação, adaptado à realidade portuguesa, que possa ser utilizado por todos os profissionais de saúde que se dediquem aos Cuidados Paliativos.

ENTREVISTA

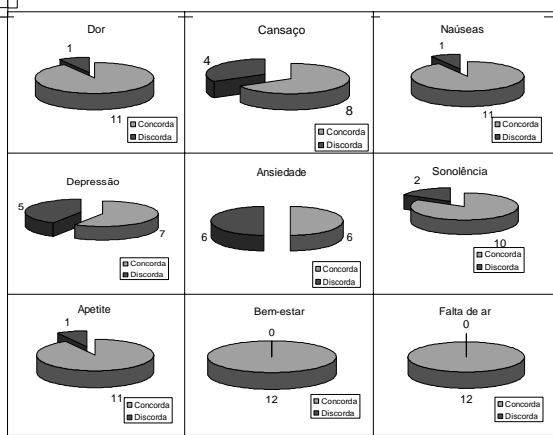
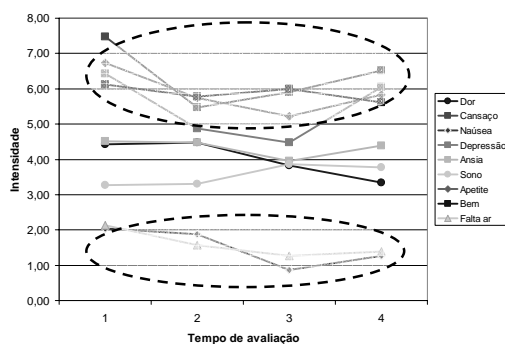
① 2 ③ 4 5 ⑥ 7 ⑧

Distribuição dos participantes segundo o Diagnóstico

Tipo de Diagnóstico	N
NÃO ONCOLÓGICO:	
AVC	1
Dermatomicose	1
ICC	1
Insuf. Respiratória	1
Osteoartroses	1
	n=5
ONCOLÓGICO:	
Bexiga	3
Cego	1
Colón	1
Estômago	4
Mieloma Múltiplo	1
Mama	3
Osso	1
Ovário	1
Próstata	2
Pulmão	3
Recto	2
Rim	1
Vias biliares	1
	N=24

3. RESULTADOS

Evolução Temporal dos Sintomas



Escala de Edmonton (ESAS)

■ Vantagens e Potencialidades

- Facilidade na sua compreensão e de rápida aplicação
- Monitorização dos sintomas
- Avaliação multidimensional
- Consulta fácil (gráfico)
- Avaliação da efectividade do controlo de sintomas e do sofrimento
- Realização de estudos de investigação em Cuidados Paliativos

■ Limitações

- Limitação aos nove itens da escala
- Não aplicabilidade nas situações de perturbações do estado mental e de grande debilidade física

- O estudo da evolução no tempo (gráfico), do comportamento dos sintomas, permite avaliar a forma de evolução da doença, reorientar o(s) tipo(s) de intervenção(ões) e preparar etapas específicas do fim de vida, nomeadamente a fase agónica.
- A investigação não pode ser dissociada do papel interventivo, dada a limitação do período de vida.

CONSTRANGIMENTOS

Doentes/Família:

- Fase avançada da doença de muitos doentes que nos são referenciados;
- Sinais evidentes de intenso sofrimento;
- A interrupção da investigação nas situações de alterações da consciência;
- A existência, frequente, da conspiração do silêncio.

CONSTRANGIMENTOS

Profissionais de Saúde:

- Dificuldade em definir o prognóstico e o estadio avançado da doença
- Encarniçamento terapêutico
- Desrespeito pelos desejos e expectativas dos doentes.

CONCLUSÕES

- Os sintomas psicológicos e a anorexia constituem uma importante preocupação para os doentes
- A representação da média de intensidades para a Dor foi inferior ao que era previsto, devido à maior sensibilização na abordagem terapêutica desta entidade
- Uma atitude interventiva adequada permite diminuir o sofrimento

- É possível aliviar o sofrimento, permitindo a manutenção da autonomia e respeito pela dignidade da vida até à morte.
- A Qualidade de Vida não mede a quantidade da vida.

- É possível ajudar os doentes terminais, articulando competências técnicas e científicas, com o apoio psicológico, espiritual e social assentes numa atitude de humanidade e compreensão do sofrimento.

Cicely Saunders *cit in* Neto, 2002

INSTRUMENTOS DE AUTOAVALIAÇÃO

- ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)
- EORTC QLQ-C30
- MQOL
- MSAS

■ Instrumentos unidimensionais:

- VAS/EVA
- NRS
- VRS

■ Instrumentos multidimensionais:

- ESAS -EORT QLQ-C30
- SDS -MSAS
- RSC -TIQ
- STAS, etc...

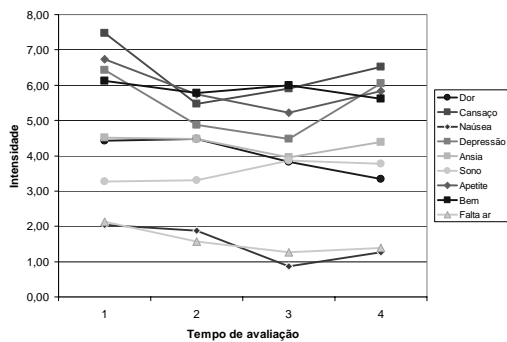
AMOSTRAS

- Amostra Geral
- Amostra Geral Reduzida
- Amostra da Avaliação de Pareceres
- Amostra de Convergência

CONCLUSÕES

- A caracterização dos sintomas constitui um factor decisivo na elaboração do plano de intervenção.
- A predominância dos sintomas de carácter psicológico: **Depressão, Cansaço, Nível de Bem-estar** conduzem a uma necessidade de aquisição de competências em psicologia por todos os elementos de uma equipa de apoio, a instituir precocemente.
- A intensidade média elevada para o item **Apetite**, demonstra a influência que este sintoma apresenta no grau de sofrimento, e exige competências de comunicação adequadas.
- A **Dor** apresenta-se com valores médios de intensidade relativamente inferiores ao que seria esperado, o que pode corresponder a uma maior sensibilização e conhecimentos na abordagem da dor, por parte dos médicos.

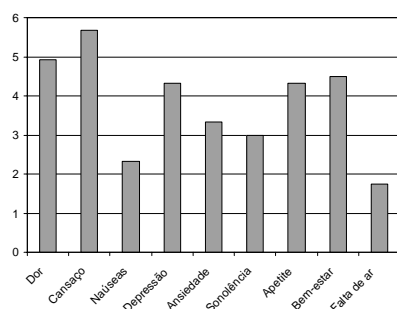
Evolução Temporal dos Sintomas



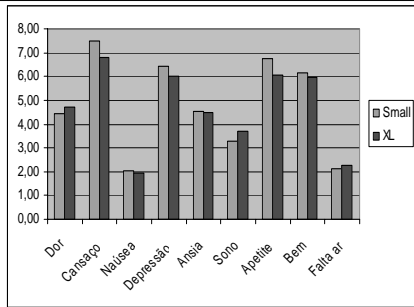
■ Testes estatísticos aplicados:

- Teste de Friedman
- Teste de Wilcoxon
- Teste de Mann-Whitney
- Teste de Correlação de Pearson
- Teste de Kruskal Wallis

Valores médios da intensidade de cada um dos sintomas



- O sintoma pode ser o reflexo de um complexo sistema que interage e se influencia.



Comparação dos valores médios com a Amostra Geral (N=29) e a Amostra de Convergência (N=41), para o 1º Tempo de Avaliação

■ Factores essenciais para a tomada de decisões:

- Avaliação subjectiva do doente
- Avaliação do cuidador
- Avaliação do profissional de saúde

- Não é a gravidade objectiva de uma doença, de uma perda ou de um acontecimento que ocasiona o sofrimento, mas a significação que a pessoa atribui à experiência.

Béfecadu *cit in* Gameiro, 1999

Education Symptom Assessment System

 Hospital of Saint

 Regional Palliative Care Program

Please circle the number that best describes:

No pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible pain

Not tired 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible tiredness

Not nauseated 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible nausea

Not depressed 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible depression

Not anxious 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible anxiety

Not dizzy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible dizziness

Best appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible appetite

Best feeling of wellbeing 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible feeling of wellbeing

No shortness of breath 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To Worst possible shortness of breath

Other problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 To

Patient's Name _____ Complete by (check one)

 Date _____ Time _____

 Patient

 Caregiver


 Caregiver assisted

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Financiamento das Unidades de Cuidados Paliativos

III CONGRESSO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVO

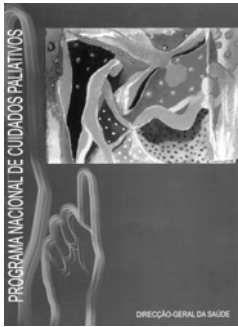
*Escoval, Ana
Diniz, Alexandre
Coelho Candeias, Anabela*
Direção-Geral da Saúde
PORTO, 11 a 13 OUTUBRO 2006



Direção-Geral da Saúde

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos

- **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**
 - Aprovado por despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde em Junho de 2004





Direção-Geral da Saúde

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos


- **Dirigido a:**
 - Doentes em situação de intenso sofrimento
- **Objectivo:**
 - Promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem estar e qualidade de vida


Direção-Geral da Saúde

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos


- São prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em regime de internamento ou no domicílio.
 - Cuidados activos
 - Coordenados
 - Globais
 - Incluem o apoio à família


Direção-Geral da Saúde

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos


- **Níveis de Diferenciação**
 - Acção Paliativa
 - Sem recurso a estrutura diferenciada
 - Cuidados Paliativos de Nível I
 - Equipas móveis diferenciadas
 - Cuidados Paliativos de Nível II
 - Prestados 24horas, em unidades de internamento específicas ou domicilio
 - Cuidados Paliativos de Nível III
 - Unidades de referência para prestação de cuidados 24horas, Investigação e Formação de profissionais



Direção-Geral da Saúde

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE


Cuidados Paliativos

- **Rede de Cuidados Continuados Integrados**
 - Criada em Junho de 2006
 - Integra os 3 Níveis de diferenciação (I,II,III)
 - Equipas Móveis Intra-hospitalares (6 equipas em 2006)
 - Equipas Móveis Comunitárias (4 equipas em 2006)
 - Unidades de Cuidados Paliativos (7 unidades em 2006)
 - Partilha de Financiamento
 - Ministério da Saúde suporta 100% dos custos dos cuidados paliativos



Direção-Geral da Saúde



 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos – O que podemos aprender


 Direcção-Geral da Saúde


	N.º Camas 100.000 h	Níveis de Cuidados	Custo por Doente
Catalunha	6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio ■ Unidade Dia ■ Unidade Específica ■ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio: máx. 158.234 € ■ Unidade Dia: 30.5€/Dia ■ Internamento: 78 €/Dia ou 99€/Dia (Doentes com SIDA) ■ Equipas Especializadas no Hospital: máx. 291.488 € ■ Equipas de Avaliação: 124€/Processo
França	2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio e Hospital ■ Unidades específicas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Variável de acordo com o nível de dependência do doente
Reino Unido	5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio ■ Unidade Dia ■ Unidade Específica ■ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio: 130.4 €/visita ■ Unidade Dia: 183.7 €/Consulta ■ Internamento: 450 €/dia ■ Luto: 125.9 €/visita
Austrália	6.7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio ■ Unidade Específica ■ Hospital ■ Nursing Home 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio (cuidados): 175.8 € ■ Custo do Internamento de doente dependente com suplemento de 3 €
Portugal	0.4	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domicílio ■ Unidade Específica ■ Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Internamento 83.3€/Dia



 Direcção-Geral da Saúde


 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos

- Desafios para 2010
 - 0.48 camas por 1.000 cidadãos
 - 1 equipa intra-hospitalar por cada 250.000 cidadãos (total de 40 equipas)
 - 1 equipa de intervenção comunitária por cada 150.000 cidadãos (total de 67 equipas)
 - Articulação Intersectorial
 - Novas Competências
 - Formas Sustentáveis de Financiamento



 Direcção-Geral da Saúde



 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos

O que financiar?


O que temos actualmente versus o que seria desejável



 Direcção-Geral da Saúde


 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cuidados Paliativos


- O que financiamos
 - Nos Hospitalais
 - Reembolso de Custos ou Pagamento Prospectivo
 - Financiamento por Episódio Agudo
 - Não reconhece as intervenções educacionais como parte integrante do tratamento dos doentes
 - Não promove a coordenação dos cuidados
 - Oportunidades perdidas para incentivar mudanças de comportamento durante os internamentos
 - Não promove identificação de doentes com alto risco de readmissão, nos SU e S. de Internamento.
 - Não promove a prevenção
 - Na Comunidade
 - Número de visitas domiciliárias
 - Não incentiva a coordenação dos cuidados

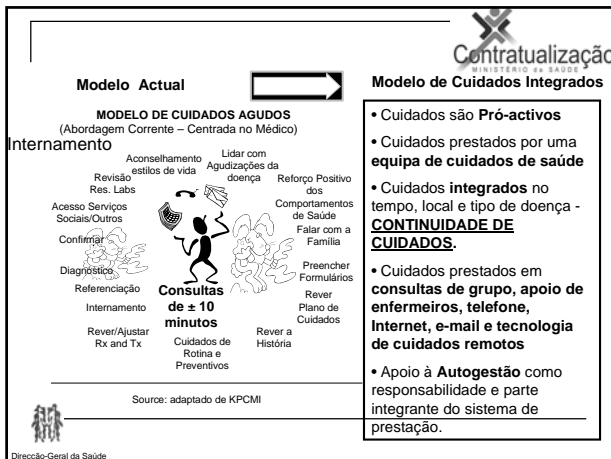

 Direcção-Geral da Saúde


 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho

	Preço (€)	Pond.
II – Terapia da dor crónica		
A tabela de terapia da dor crónica aplica-se exclusivamente a procedimentos efectuados no âmbito de área ou programa de terapia da dor crónica ou cuidados paliativos, não sendo permitida a sua utilização nouro contexto. Os custos incluem os fármacos utilizados.		
32200 Técnicas de relaxamento	10,40	1,8
32205 Consulta de grupo	41,80	7,3
32210 Bloqueios de nervos periféricos e do simpático	41,70	7,3
32215 Administração de fármacos por via endovenosa	20,80	3,6
32220 Preparação de seringas infusoras	261,40	45,9
32225 Estimulação eléctrica transcutânea (TENS)	12,90	2,3
32230 Bloqueio plexo celíaco	157,70	27,7
32235 Preparação de bomba infusora portátil	209,70	36,8
32240 Cateter espinal sem reservatório tunelizado	69,50	12,2
32245 Cateter espinal com reservatório tunelizado	426,50	74,8
32250 Bloqueios centrais	59,10	10,4
32255 Termocoagulação por radiofrequência (inclui sedação)	178,10	31,2


 Direcção-Geral da Saúde



- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ## Cuidados Paliativos
- **O que financiar?**
 - **Ao nível regional**
 - Financiamento global baseado em capitação ajustada
 - Promover articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares
 - **No Hospital**
 - Pagamento pelos resultados
 - Pagamento prospectivo
 - **Na Comunidade/Cuidados Primários**
 - Pagamento por capitação, incluindo contratação de actividades de prevenção e promoção da saúde
 - Prevenção aumenta
 - Referenciação para hospital diminui
- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ## Cuidados Paliativos
- **O que financiar?**
 - Nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)
 - Indicadores de Acessibilidade;
 - Indicadores de Qualidade;
 - Indicadores de Desempenho Assistencial;
 - Indicadores de Desempenho Económico.
 - **Como definir as metas?**
 - As metas deverão ser definidas com base na informação histórica das UCP dos serviços a que pertencem, nos seguintes moldes:
 - A definição da meta dependerá da negociação a ser efectuada entre a UCP e a Direcção do Serviço respectiva e deverá ter em consideração o comportamento dos indicadores nos serviços similares e no Hospital;
 - Caso não exista informação histórica terá de haver um consenso, entre a Direcção do Serviço e a Coordenação da UCP, para definir o intervalo de contratualização para os indicadores em causa;
 - As metas deverão ser ambiciosas, mas viáveis, com o fim de garantir que as características inerentes às UCP tragam melhores resultados em saúde.
- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ## Cuidados Paliativos
- A teoria económica diz-nos que:
 - Pagamento ao acto encoraja a realização de actos, mais do que o necessário
 - Pagamento por capitação pode ser um incentivo a competir pelos melhores doentes.
- Então, uma combinação de ambos pode evitar os aspectos de selecção de doentes e aumentar a qualidade dos cuidados prestados?
- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ## Financiamento dos Diferentes Níveis de Diferenciação de Cuidados Paliativos
- **O que fazer:**
 - Estudo comparativo com outros países da Europa
 - Estudo piloto, assente no modelo de custeio por actividades, em unidade (s) de referência com a identificação clara dos parâmetros a considerar
- Contratualização**
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Muito Obrigado

Contratualização
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Unidades de Cuidados Paliativos



- Porto
 - Unidade de Cuidados Continuados do IPO
 - Equipa de suporte em Cuidados Paliativos do hospital de S. João
- Fundão
 - Serviço de Medicina Paliativa do Hospital
- Coimbra
 - Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos do IPO
- Odiveelas
 - Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde
- Amadora
 - Santa Casa da Misericórdia
- Azeitão
 - Santa Casa da Misericórdia



Direcção-Geral da Saúde



Cuidados Paliativos



- O que financiar?
 - Nas Unidades de Cuidados Paliativos
 - Doentes por cama?
 - Total de Horas de Prestação de Cuidados por Doente?
 - Nos Hospitais
 - Total de Horas dos Profissionais de Saúde das Equipas Móveis por Doente?
 - Total de Horas dos Profissionais de Saúde das Equipas Móveis por Consultadoria?
 - Na Comunidade
 - Total de Horas dos Profissionais de Saúde das Equipas Móveis por Visita?



Direcção-Geral da Saúde



DELIRIUM

Ferraz Gonçalves
2006

Delírio

- “Delírios são juízos infundados que ocorrem como verdades incontestáveis e dos quais se retiram consequências vivenciais, sejam racionais, comportamentais ou emocionais, tal como seria de esperar de um juízo correctamente fundamentado.”

Delirium

Critérios de diagnóstico (DSM-IV)

- A. Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de direccionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.

Critérios de diagnóstico (DSM-IV)

- B. Uma alteração na cognição (tal como défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

Critérios de diagnóstico (DSM-IV)

- C. A perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (em geral de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.

Sintomas associados

- Alterações do ciclo sono-vigília
- Alterações do comportamento psicomotor
 - Hiperactividade
 - Hipoactividade
- Alterações emocionais
 - Euforia
 - Ansiedade
 - Depressão
 - Medo
 - Apatia

- O delirium ocorre em 25% a 40% dos doentes com cancro;
- E em 28% a 83% dos doentes próximos da morte.

- Em 32% a 67% dos doentes com delirium, este não é reconhecido pelos médicos.

Barreiras ao reconhecimento do delirium

- Não reconhecimento da sua importância clínica. Pode ser a única manifestação de uma patologia como uma pneumonia ou sepsis, sobretudo nos doentes idosos.
- Espera-se que um doente com delirium esteja agitado, mas muitas vezes este é hipoactivo.
- O seu curso flutuante.

Rastreio/Diagnóstico

- Instrumentos que medem alterações cognitivas
 - MEEM
- Instrumentos diagnósticos de delirium
 - MAC
- Escalas numéricas de delirium
 - MDAS

Método de avaliação da confusão

Algoritmo

1. Início agudo e curso flutuante
 - Há evidência de uma alteração aguda do estado mental do doente
 - O comportamento anormal flutua ao longo do dia
(estas informações obtêm-se geralmente de um membro da família ou de outra pessoa)
2. Inatenção
 - O doente tem dificuldade em manter a atenção
3. Pensamento desorganizado
 - O doente tem pensamento desorganizado ou incoerente, tal como conversação irrelevante ou desconexa, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico ou muda imprevisivelmente de assunto para assunto.
4. Alteração do nível de consciência
 - Globalmente o nível de consciência poderia classificar-se como: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (sonolento, acorda facilmente), estupor (acorda dificilmente), coma (não acorda).

O diagnóstico de delirium requer a presença de 1 e 2 e de 3 ou 4

Causas de delirium

- Delirium devido a uma condição médica geral
- Delirium induzido por uma substância
- Delirium por abstinência de substância
- Delirium devido a múltiplas etiologias
- Delirium sem outra especificação

Causas médicas de delirium

- Infecção
- Metástases cerebrais
- Encefalopatia hepática
- Insuficiência renal
- Hipercalcemia
- Hiponatremia
- Coagulação intravascular disseminada
- Hipoxemia
- Depleção de volume

Fármacos comuns em CP

- Opióides
- Corticosteróides
- Metoclopramida
- Benzodiazepinas
- Hidroxizina
- AINEs
- Bloqueadores-H2
- Antidepressivos tricíclicos
- Escopolamina

Abstinência de substâncias

- Opióides
- Álcool
- Benzodiazepinas
- Antidepressivos tricíclicos
- Inibidores da recaptção da serotonina
- Gabapentina

- O delirium hiperactivo caracteriza-se por alucinações, ilusões, agitação e desorientação
 - Associa-se, por exemplo, a síndromes de abstinência (benzodiazepinas, álcool), a anticolinérgicos ou retenção urinária.

- Delirium hipoactivo com letargia e estado hipoalerta, caracteriza-se por sonolência, confusão, afastamento, lentificação
 - Associa-se, por exemplo, a encefalopatias (hepática, metabólicas), intoxicação por sedativos (ex. benzodiazepinas) ou hipoxia.

Avaliação do delirium

- História e exame físico: tentar estabelecer o curso da alteração do estado mental, e a sua relação com possíveis factores precipitantes como alterações da medicação, sinais de infecção aguda, sinais de abdómen agudo e exame neurológico cuidadoso.
- Excluir retenção urinária ou de fezes, principalmente se o delirium teve início muito recentemente
- Rever a medicação que o doente realiza
- Estudo analítico dirigido: hemograma, electrólitos, ureia, creatinina, glicose, cálcio, fósforo, enzimas hepáticas
- Pesquisa de infecções, nomeadamente ocultas: análise de urina, Rx tórax, culturas seleccionadas

Avaliação do delirium (2)

- Análises: Magnésio, função da tireóide, vitamina B12, níveis de fármacos, rastreio toxicológico, amónia
- Gases do sangue: em doentes com dispneia, taquipneia, processo pulmonar agudo ou história de doença pulmonar significativa
- ECG: em doentes com dor torácica, dispneia ou história de doença cardíaca
- Punção lombar: em doentes febris com sinais de meningite
- TAC ou RM: nos doentes com sinais focais novos ou história ou sinais de traumatismo craniano
- Electroencefalograma: para o diagnóstico de convulsões ocultas e para diferenciar delirium de doenças psiquiátricas funcionais

Tratamento

Medidas não farmacológicas

- Quarto calmo e bem iluminado com objectos familiares, um calendário ou um relógio visíveis, fotografias de familiares, e a presença da família.
- Continuidade do tratamento entre o doente e a equipa com o uso dos mesmos enfermeiros se possível.
- Rotina diária estruturada com horas regulares para refeições, banho e exercício, e alterações mínimas do quarto. Orientação do doente para tempo, espaço, pessoas e estado físico.
- As actividades devem ser realizadas cedo e os estímulos reduzidos no final da tarde, usando música suave e desligando a televisão.
- Não usar cafeína ou medicação que perturbe o ciclo sono-vigília.
- Controlo dos outros sintomas.
- Em períodos de ilusões ou alucinações não é realista argumentar. Em vez disso, deve procurar-se tranquilizar o doente, desviar-lhe a atenção e atender ao que está por detrás das alucinações ou das ilusões.

Tratamento farmacológico

- Haloperidol
- Clorpromazina
- Olanzapina
- risperidona

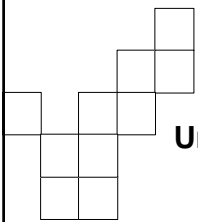
Sedação

- Midazolam
- Levomepromazina
- Fenobarbital
- Propofol

Delirium/agitação terminal

- Existe esta entidade?
- Ou é apenas um delirium que coincide com a agonia?

III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos



Análise de custos numa Unidade Cuidados Paliativos de Portugal

Edna Gonçalves

Serviço Cuidados Paliativos do IPO – Porto
[egoncalves@ipoporito.min-saude.pt]

Porto, 12/10/2006



Análise de custos numa Unidade C.Paliativos de Portugal

Resultados preliminares do trabalho de investigação

**“DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA DE CUSTOS
EM CUIDADOS PALIATIVOS
EM FUNÇÃO DA COMPLEXIDADE
DOS DOENTES TRATADOS”**

Serviço de Cuidados Paliativos do IPO-Porto, E.P.E.

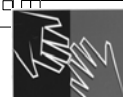
(Projecto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian)



“DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA DE CUSTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM FUNÇÃO DA COMPLEXIDADE DOS DOENTES TRATADOS”

(Projecto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian)

- Os C.Paliativos devem integrar o SNSaúde pois exigem:
 - trabalho em equipa interdisciplinar
 - competências no controlo de sintomas e comunicação (d.te e família)
- Os doentes de CPal. têm diferentes graus de complexidade



CUIDADOS PALIATIVOS

Factores que influenciam a complexidade dos d.tes:

- Características do doente
 - Idade, comorbilidades, drogas, f. emocionais...
- Situação clínica (semiologia, fase de evolução da doença)
- Outras equipas intervenientes
- Família (cuidador principal, lutos prévios, ...)
- Factores económicos e acessibilidades
- Dilemas éticos e de valores, atitudes e crenças



“DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA DE CUSTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM FUNÇÃO DA COMPLEXIDADE DOS DOENTES TRATADOS”

(Projecto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian)

- Os C.Paliativos devem integrar o SNSaúde pois exigem:
 - trabalho em equipa interdisciplinar
 - competências no controlo de sintomas e comunicação (d.te e família)
- Os doentes de CPal. têm diferentes graus de complexidade
- SNSaúde está organizado em torno dos “cuidados agudos”
 - ↑ doenças crónicas; 58% dos Portugueses morreram nos hospitais em 2001
- Classificação por diag. (GDH) não reflecte o ppl. objectivo dos CP
 - Redução do sofrimento dos doentes e suas famílias (sintoma/problema)

Análise de custos numa Unidade de Cuidados Paliativos de Portugal

Instituto Português de Oncologia
do Porto, E.P.E.



SERVICO DE
CUIDADOS PALIATIVOS



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS IPO-PORTO, E.P.E.



Missão:

Melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença oncológica incurável, avançada e progressiva tratados no IPO do Porto e,

através da formação e investigação, contribuir para melhorar a qualidade dos Cuidados Paliativos em Portugal



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS IPO-PORTO, E.P.E.



Estratégias de actuação:

- Avaliação rigorosa dos problemas do doente a nível físico, socio-económico, psicológico e espiritual;
- Tratamento "sintomático" intensivo, mas não agressivo;
- Ensino pré- e pós-graduado de Cuidados Paliativos;
- Investigação científica em Cuidados Paliativos;
- Trabalho em equipa interdisciplinar



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS IPO-PORTO, E.P.E.

Equipa Interdisciplinar:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| - 4 Médicos (+ 1 só 16 horas) | - 1 Psicóloga |
| - 26 Enfermeiras | - 1 Capelão |
| - 16 Auxiliares acção médica | - 1 Assistente Social |
| - 1 Psicóloga | - 1 Nutricionista |
| - 16 Voluntários | |



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS IPO-PORTO, E.P.E.



Áreas de intervenção clínica:

- Assistência domiciliária
- Consulta externa
- Consulta interna (consultadoria)
- Unidade de internamento

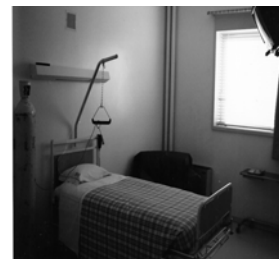
SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS do IPO-PORTO Internamento



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS IPO-PORTO, E.P.E.

Internamento

- 20 quartos individuais
- Presença da família 24 horas
- Trat. individualizado





SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E.

Internamento

- 20 quartos individuais
- Presença da família 24 horas
- Trat. individualizado



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E.

Internamento

- 20 quartos individuais
- Presença da família 24 horas
- Trat. individualizado



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E.

Internamento



1º Semestre / 2006

Nº internamentos: 285
Demora média: 12,2 dias
Tx. Ocupação: 89,5%
Nº de óbitos: 170 (63%)

- Controlo de sintomas
- Descanso da família
- Cuidados em fim de vida
- ✓ Promoção do conforto e da qualidade de vida
- ✓ Cuidados globais

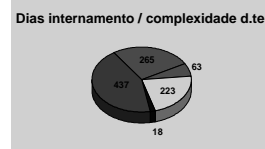


SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E. (Ago. e Set. 2006)

Níveis de Complexidade dos doentes



- **Agudos** (43%)
- **Em deterioração** (26%)
- **Agónicos** (6%)
- **Estáveis** (22%)
- **Sociais** (2 doentes; 2%)



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E. (Ago. e Set. 2006)

Custo médio / doente / dia



Complexidade	Custo Total	Dias interna.	Custo / dia
Agudo	150.942,23	437	345,41
Em deterioração	122.671,56	265	462,91
Agónico	18.246,90	63	289,63
Estável	58.978,19	223	264,48
Social	3.686,31	18	204,80
Total	354.525,19	1006	352,41

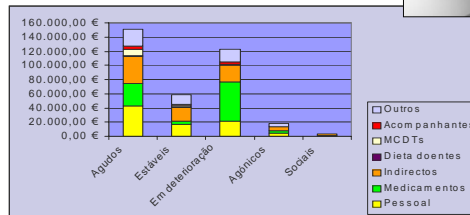
1,41% dos custos do IPO-Porto

(IPO = 505,66%)



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E. (Ago. e Set. 2006)

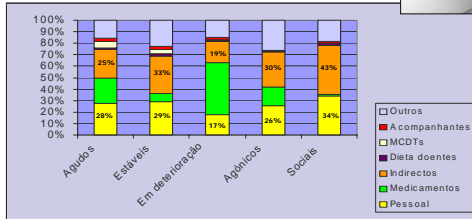
Custo total / doente / dia
(por parcela)





SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E. (Ago. e Set. 2006)

Custo total / doente / dia
(por parcela)



SERVIÇO CUIDADOS PALIATIVOS
IPO-PORTO, E.P.E. (Ago. e Set. 2006)

Análise de Custos - Conclusões



- No Internamento do S.C.Paliativos do IPO-Porto:
 - Os doentes têm diferentes níveis de complexidade
 - Custo médio / doente / dia = 352,41 € [204,80 € - 462,91 €]
(cerca de 30% menos que no IPO-Porto em geral)
 - 25% dos custos são devidos aos custos indirectos (19 a 43%)
 - Cerca de 27% do total dos custos estão associados à medicação e 25% ao pessoal



Análise de custos numa
Unidade C.Paliativos de Portugal

Análise de Custos - Comentários



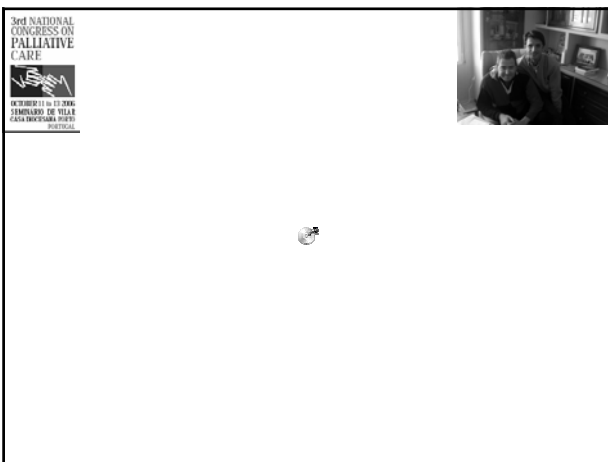
- Os Cuidados Paliativos devem integrar o Sist. Nac. Saúde
 - Unidades de diferentes tipologias (diferente complexidade dos d.tes)
 - Descentralização dos cuidados / Unidades de Ass. Domiciliária (> proximidade da residência do d.te)
 - Reduzir tempos de internamento nos IPOs e Hosp. Centrais (Equipas intra-hospitalares de suporte)
 - Facilitação da articulação entre as diferentes unidades do SNS e a Rede Nac. de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

3rd NATIONAL CONGRESS ON PALLIATIVE CARE
 OCTUBRE 11 to 13 2006
 SIMPOSIUM DE VILLAS
 CALA DRACONERA, BAJO DE VILLAS

Dyspnoea

Symptom management

Miguel Ángel Cuervo Pinna. ESCP.Badajoz



Definição

“Uma experiência subjectiva de dificuldade para respirar que consiste em sensações qualitativamente diferentes que variam em intensidade”

American Thoracic Society (1999) Dyspnea. Mechanisms, assesment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159, 321-340

Escalas exclusivas para dispnéia

- EVA
- VRS (Verbal Scale Rating)
- CDS (Cancer Disnea Scale)¹



Tanaka K., et al. Development and validation of the Cancer Dyspnea Scale. A multidimensional, brief, self-rating scale. Br J Cancer, 2000 (82):4: 800-805.



Tratamento sintomático da dispnéia

- Tratamento Farmacológico:
 - Opioides
 - Oxigenotêrapia
 - Intervenções não farmacológicas



Papel dos opioides no tratamento da dispnéia

- Pouca biodisponibilidade sistémica.
- Atinge antes o pico de concentração plasmática.
- Efeitos secundários: sonolência, depressão respiratória, broncospasmo (libera histamina)
- Outros: Fentanilo, codeína, hidromorfona nebulizados.

(Pall Med 1994; 8, 306-12)



Existe algum Meta-análise?

• Método:

- Estudos **randomizados**, duplo cego, controlados com placebo.
- Doentes com dispnéia causada por **qualquer doença**.
- Administração de opioide (morfina) a qualquer dose e por qualquer via.
- Foi realizada pesquisa bibliográfica manual e electrónica e contacto com expertos na área e autores dos artigos.
- Foi avaliada a **qualidade** dos artigos mediante a escala Jadad (descrição de randomização, doble ciego, retiradas

A SYSTEMATIC REVIEW OF THE USE OF OPIOIDS IN THE MANAGEMENT OF DYSPNOEA (Thorax 2002;57:939-944)



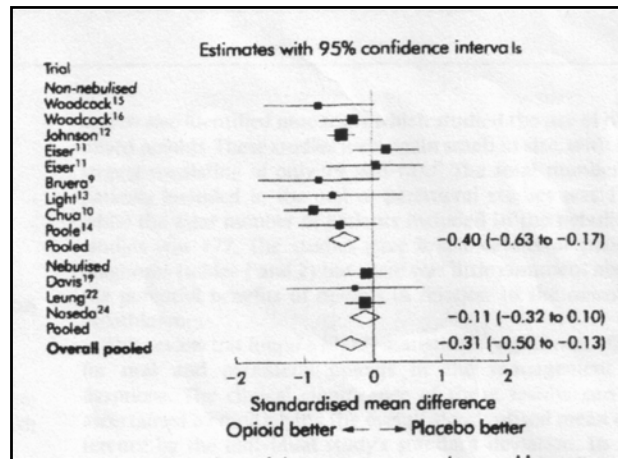
Meta-análise: Metodología II

- Foram estimadas mediante SMD (standardised mean differences):
 - **Dispnea** (1 hora após a admin. dum opioide)
 - **Tolerância ao exercício** (duração, distância).
- Foi valorizada a heterogeneidade clínica.
- Análise de subgrupos de doentes(morfina nebulizada, DPCO) mediante meta-regressão.



Meta-análise: Metodología III

- ✓ 8 estudos usaram opioides orais e 1 parenteral.
- ✓ 9 estudos utilizaram morfina nebulizada.
- ✓ 16 estudos marcaram 4 pontos na escala JADAD
- ✓ Foi demonstrado efeito positivo de opioides para o alívio da dispnéia (diferença altamente significativa).
- ✓ Sem diferenças com estudos de dosis únicas ou múltiplas.
- ✓ A metaregressão mostrava um maior efeito em estudos com opioides orais e parenterais que com nebulizados. (p=0.02)
- ✓ Não foi evidenciado um efeito positivo dos opioides na tolerância ao exercício.



Episódios irruptivos de dispnéia?

25 % da dose oral ou parenteral de morfina administrada cada 4 horas

Allard P. et al. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. J Pain Symptom Manage 1999; 17(4):256-265.

¿COTF nas crises de dispnéia?



Pode ser que sim...

Benítez Rosario MA, Oral transmucosal fentanyl citrate in the management of dyspnea crises in cancer patients. J Pain Symptom Manage 2005;30(5):395-397

Morfina no doente não oncológico?



A OMS, (secção DPCO), continua a recomendar que os opioides estão contraindicados

A American Thoracic Society (1999) NÃO DEVERIA ESTAR CONTRAINDICADO,

As Guidelines de Palliative Care, (2001) (Mashford et al) recomendam abertamente o uso de opioides em dosis baixas (20-40mg de morfina) em doentes com dispnéia refractária a outros tratamentos, com estreita monitorização.



Benzodíacepinas?

- Pouca evidência de uso, salvo quando coexiste ansiedade¹
- O midazolam associado à morfina pode melhorar a dispnéia²

1. Dudgeon D. Breathlessness in advanced cancer. En: Booth S., Dudgeon D. Dyspnoea in advanced disease. A guide to clinical management. Oxford University Press, 1ª ed. Nueva York 2006.

2. Navigante A, et al. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe Dyspnea perception in Patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2006;31 (1)



Neurolépticos?

- A clorpromazina diminui a dispnéia sem alterar a ventilação

Mclver B. et al. The use of chlorpromazine for symptom control in dying cancer patients. J Pain Symptom Manage 1994;9(5):341-345



Oxigenoterapia



A Panaceia?

- Os doentes o solicitam...
- Doentes hipoxémicos não encontram alívio...
- Doentes normoxémicos beneficiam-se...

Spathis A. Oxygen in the palliation of breathlessness. En: Dyspnoea in advanced disease, a guide to clinical management. Oxford;2006



Modalidades de Oxigenoterapia

- Short-burst oxygen therapy (SBOT)
 - Parece que sim (1)
- Oxigenoterapia durante o exercício
 - Parece que não (2)

(1) Booth S. Does Oxygen help dyspnoea in patients with cancer? Am J Respir Crit Care Med 1996; 153:1515-1518

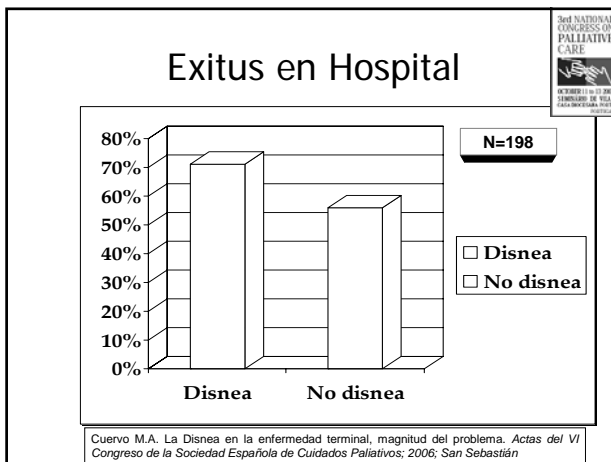
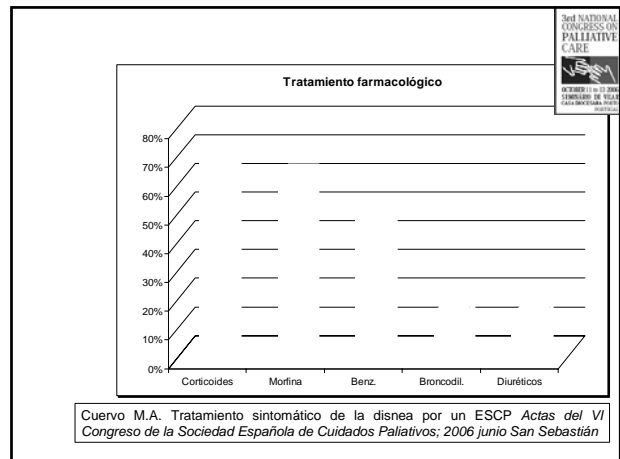
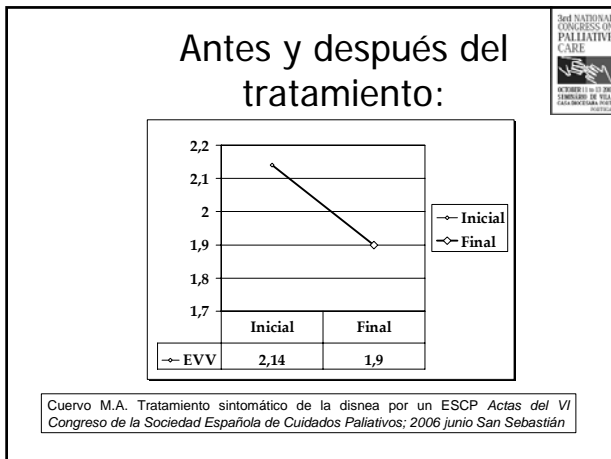
(2) Bruera E. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. Pall Med 2003;17: 659-663.



O razoável

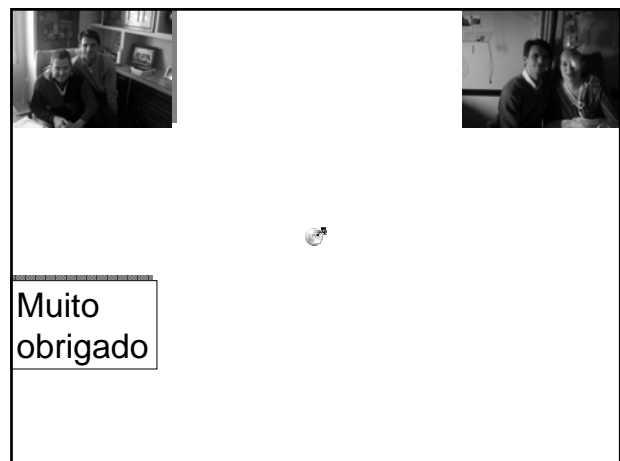
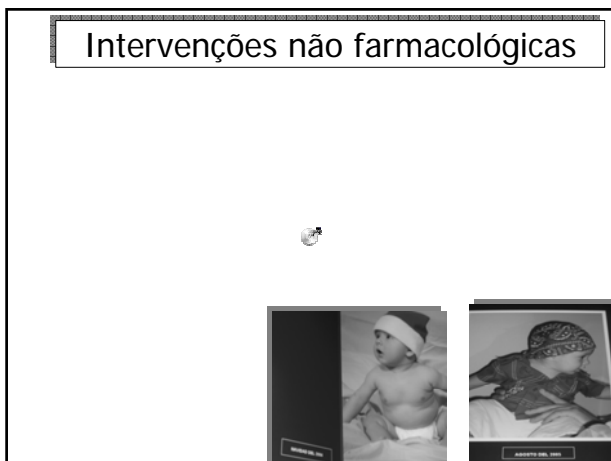
...prescreber oxigenoterapia em doentes com dispnéia e saturações basais de oxigênio < 90%. No resto dos casos haveria que individualizar a utilização...





Intervenções não farmacológicas

Objetivo	Ejemplo
Evaluación detallada de la disnea	Una buena anamnesis fisiopatológica
Incluir al paciente y a su familia en herramientas para manejar la disnea	Educar al paciente Apoyo psicosocial Instrucciones sobre instrumental necesario
Explicar la percepción del paciente y su familia sobre la respiración de la disnea en su enfermedad	Explicar ansiedad, miedo y ataques de pánico relacionados con las crisis de disnea Explicar los efectos de la disnea en las actividades básicas de la vida diaria y la calidad de vida
Ejercicios para controlar la disnea	Control de flujo Pronata y posición Técnicas de respiración: labios entrecerrados, coordinación de la musculatura respiratoria Uso de aparatos o ventiladores
Abrir el espacio emocional durante el episodio de disnea	Relajación de la respiración Desensibilización
Adaptación a las actividades funcionales	Creación, imaginación visual Necesario guardar Entrenamiento Instruir sobre cómo llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria Técnicas de conservación de energía Modificar hábitos perjudiciales Planificación de las actividades diarias
Reconocimiento precoz de las crisis que requieren fármacos o intervención médica	Coordinación de los equipos de atención primaria con equipos de cuidados paliativos Educar sobre fármacos que se deben utilizar y supervisión



Indicadores de calidade de cuidados em CP

3rd National Congress on Palliative Care
Porto (Portugal), Seminário de Vilar, Casa Diocesana, October 11-13th 2006
Panel 2 (Quality Criteria's & Services Financing in PC) 12th October, 2006, (14:30 – 16:00 PM)
Chair: Enf. Manuel Luis Capelas

"In Portugal, palliative care is still taking its first steps".
Gonçalves JA. A Portuguese palliative care unit. Support Care Cancer. 2001 Jan; 9(1): 4-7

Algunos problemas influyen en que la provisión de los cuidados paliativos sea difícil:

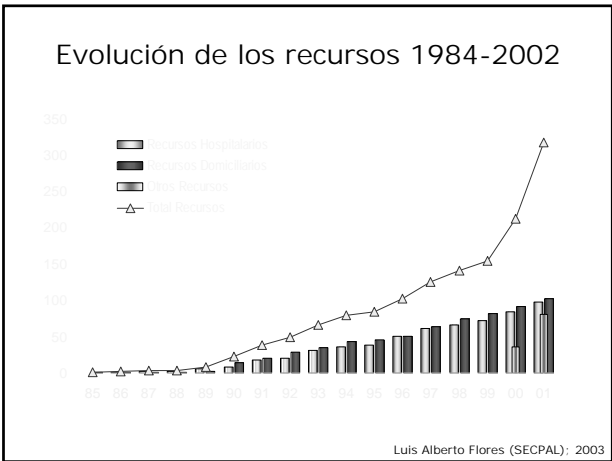
- Dificultad en definir factores pronósticos y criterios de acceso.
- Barreras administrativas.
- Problemas en la definición de los roles de los profesionales.

Barbara Hanratty, et Al. Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. *BMJ. 2002;325:581-585.*



En el propio concepto de CP...

- Definición clara de nuestro objetivo:
 - "Cuidados paliativos son aquellos que mejoran la calidad de vida del paciente y sus familias frente a los problemas asociados a las enfermedades en fase terminal..."
- Definición clara del proceso para conseguirlo:
 - "...a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante la identificación precoz, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales."
- Sepúlveda C, et Al. *J Pain Symptom Manage 2002; 24(2):91*



Cuidados Paliativos de Calidad

Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer

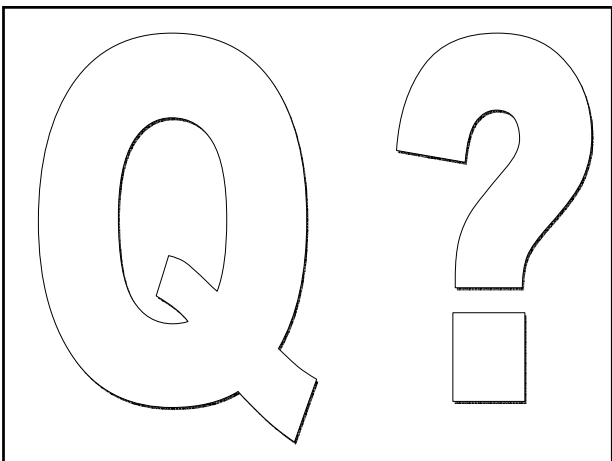
Informe de un Comité de Expertos de la OMS

Serie de Informes Técnicos 804

Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1990

"La vigilancia y la evaluación son factores integrales y esenciales de todas las actividades que componen un programa de tratamiento paliativo"

Así comienza el punto 10.3 del informe técnico nº 804 de la OMS



Calidad de los cuidados paliativos desde la perspectiva de los profesionales.

- 12 grupos focales (79 profesionales de 6 centros de larga estancia).
- Calidad de cuidados al final de la vida es:
 - Responder a las necesidades de los pacientes
 - Crear un entorno similar al domicilio
 - Dar soporte apropiado a los familiares
 - Establecer procesos de calidad de los cuidados
 - Reconocer la muerte como algo importante
 - Tener suficientes recursos

Brazil K, McAiney C, Caron-O'Brien M, Kelley ML, O'Krafska P, Sturdy-Smith C. Quality end-of-life care in long term care facilities: service providers' perspective. *J Palliat care.* 2004;20(2):85-92.

Objetivos de la sesión

- Justificar la evaluación como rutina en cuidados paliativos.
- Enunciar algunas opciones disponibles.
- Describir algunos ejemplos de evaluación con indicadores, con especial énfasis en los criterios e indicadores de calidad de SECPAL.

¿cómo podemos saber si, EN NUESTRO CASO, ese procedimiento es correcto y el resultado obtenido es el deseado?

Tenemos tres opciones:

1. ~~No hacerlo.~~
2. Compararnos con los demás.
3. Seguir unas normas establecidas por consenso.

Problemas en la medición de la calidad asistencial

¿Disponemos de evidencias suficientes como para saber lo que puede suponer buena o mala calidad, tanto del proceso como del resultado?

....

"No suelen existir estándares universalmente reconocidos"

....

"Las sociedades científicas deberían ser un instrumento para revisar estos procesos y facilitar a los clínicos los estándares"

Ruiz-López P. La medición de la calidad asistencial. *Revista Clínica Española.* 2001;201(10):561-2.

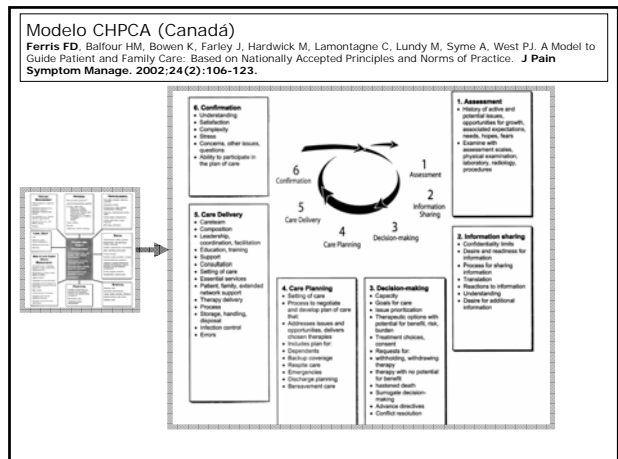
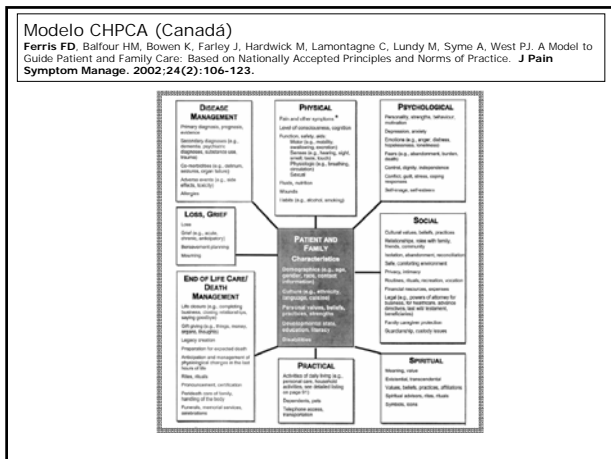
"Establecer indicadores de calidad (estructura, proceso y resultados), será una de las estrategias de la ALCP"

Lda. Liliana de Lima, en su exposición "Visión de los cuidados paliativos en América Latina". III congreso Latinoamericano de cuidados paliativos.



Las normas establecidas por consenso

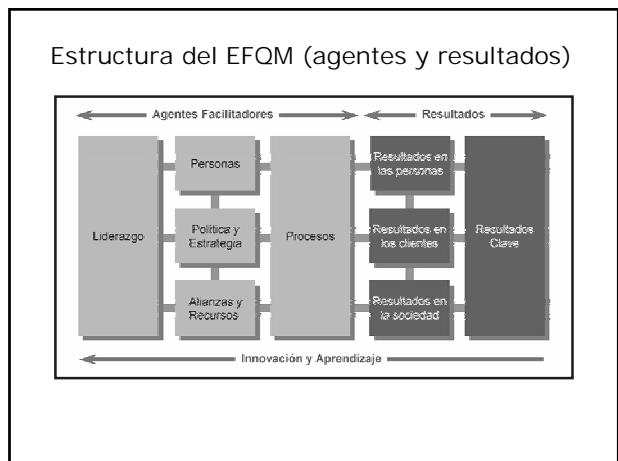
- Consensos internacionales sobre calidad
 - ISO 9001/2000
 - EFQM (Europa)
 - Malcolm Baldrige (EEUU)...
- Normas propias de cuidados paliativos
 - SECPAL (España)
 - EAPC (Europa)
 - CHCPA (Canadá)



El modelo EFQM
http://www.sinergy.es/documentos/051223_DT_Introduccion_al_Modelo_EFQM.pdf

European Foundation for Quality Management
www.efqm.org

- Es un modelo de Evaluación de la Excelencia de una ORGANIZACIÓN (sanitaria o no).
- Define un sistema de auto-evaluación, basado en criterios y subcriterios, y marca un techo a alcanzar (Excelencia= 1000 puntos), con el que compararnos.
 - 400 puntos: nivel óptimo
 - 600 puntos: nivel para optar al premio europeo
- Existe un método SISTEMÁTICO de evaluación, bastante complejo.
- De la comparación surge la identificación de puntos fuertes y áreas de MEJORA



Estructura del EFQM (cuadros REDER)

CUADRO REDER AGENTES						
ATRIBUTO	SUBATRIBUTO	0%	25%	50%	75%	100%
Enfoque	Sólidamente Fundamentado	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total
	Integrado	Sin evidencias o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total
	Total Enfoque	0 1 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100				
Despliegue	Implantado	Sin evidencia o anecdótica	Implantado en 1% de las Áreas relevantes	Implantado en 1% de las Áreas relevantes	Implantado en 1% de las Áreas relevantes	Implantado en todas las Áreas relevantes
	Systemático	Sin evidencias o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total
	Total Despliegue	0 1 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100				
Evaluación y Revisión	Medición	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total
	Aprendizaje	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total
	Mejoras	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total
Total Evaluación y Revisión	0 1 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100					
Total		0 1 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100				

Modelo de autoevaluación (Extremadura)

- Dirección.
- Planificación estratégica.
- Gestión de recursos humanos.
- Gestión de Tecnología y Recursos Materiales.
- **Gestión de la información, el conocimiento y los Aspectos Éticos.**
- Gestión de procesos.
- Satisfacción de ciudadanos.
- Satisfacción del Personal.
- Implicación con la Sociedad.
- Resultados clave.

Evaluación Externa



ISO 9001-2000

- http://www.improven-consultores.com/pdf/problemas_iso.pdf
- http://www.improven-consultores.com/pdf/iso_efqm.pdf

Partiendo de **un análisis profundo** que contemple los siguientes puntos:

- Los procesos de la empresa
- Las ineficiencias que genera el actual sistema de calidad
- El sistema de información existente y cómo interactúa con el sistema de calidad y con los procesos de negocio
- Conocimiento y motivación de los integrantes de la empresa al respecto del sistema de calidad.
- Grado de enfoque al cliente de la organización
- Gestión de recursos humanos

Guía de criterios SECPAL

http://www.secpal.com/b_archivos/index.php?acc=ver&idarchivo=30



Guía de criterios SECPAL

- Editada en 2002, a iniciativa de SECPAL, a partir de criterios elaborados por un grupo de trabajo.
- Co-editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la SECPAL y la Fundación Avedis Donabedian.
- Disponible en internet.

Contenido de la Guía de criterios SECPAL

- Definiciones
- Estructura y organización
- Procesos
 - Atención de enfermos y familias
 - Trabajo en equipo
 - Evaluación y mejora
- Conclusiones

Contenido de la Guía de criterios SECPAL

- **Definiciones**
- Estructura y organización
- Procesos
 - Atención de enfermos y familias
 - Trabajo en equipo
 - Evaluación y mejora
- Conclusiones

- Definición de cuidados paliativos
- Objetivos e instrumentos
- Principios y valores
- Dimensiones de la atención en cuidados paliativos
- Tipología de pacientes y necesidades
- Tipología de recursos

Contenido de la Guía de criterios SECPAL

- Definiciones
- **Estructura y organización**
- Procesos
 - Atención de enfermos y familias
 - Trabajo en equipo
 - Evaluación y mejora
- Conclusiones

- Recursos humanos
- Recursos materiales

Contenido de la Guía de criterios SECPAL

- Definiciones
- Estructura y organización
- **Procesos**
 - Atención de enfermos y familias
 - Trabajo en equipo
 - Evaluación y mejora
- Conclusiones

- Atención de enfermos y familias
 - Evaluación de necesidades
 - Objetivos terapéuticos
 - Atención del enfermo y familia
 - Educación del paciente y familia
- Trabajo en equipo
 - El trabajo en equipo
 - Cuidado y soporte del equipo
 - Formación continuada e investigación
 - Coordinación entre niveles y servicios
 - Ética clínica y toma de decisiones
- Evaluación y mejora
 - Sistema de registro y documentación
 - Sistema de información y monitorización
 - Mejora de calidad

El siguiente paso:

Indicadores de calidad en cuidados paliativos, de SECPAL

http://www.secpal.com/b_archivos/index.php?acc=ver&idarchivo=94



1. Atención de pacientes y familias:

Área relevante	Nº	Criterio	Estándar
Evaluación de necesidades	1	Los pacientes han de tener realizada una evaluación inicial de sus necesidades que quedará registrada en la historia clínica (37,38,39)	90%
	2	El equipo debe reevaluar las necesidades del paciente (36)	80%
	3	El paciente debe tener evaluado su grado de dependencia (36,39)	90%
Objetivos terapéuticos	4	La unidad debe definir un Plan de cuidados o de atención personalizado para cada paciente (40,43)	90%
	5	El equipo debe reevaluar el Plan de cuidados personalizado de cada paciente (40,43)	90%
	6	La familia o entorno cuidador del paciente debe disponer de un plan de atención de apoyo a sus necesidades (42)	80%
	7	El equipo registrará la intensidad de los síntomas prevalentes (95,96)	80%
Atención integral	8	El paciente debe tener definido un Plan Farmacoterapéutico (56)	100%
	9	La unidad debe tener definido cómo acceder a los servicios en casos de urgencia para el paciente (58)	100%
	10	La unidad debe tener definida una guía de acogida del paciente y su familia (47,48)	100%
	11	El equipo debe evaluar el riesgo de duelo patológico (52)	90%
	12	El paciente debe tener identificado un cuidador principal de su asistencia desde el primer momento de atención (49,61)	90%
	13	El equipo deberá disponer de un programa específico para la atención al duelo (52)	100%
Derechos del paciente	14	El paciente debe poder acceder a expresar sus voluntades anticipadas por escrito (92)	100%
	15	El paciente debe ofrecer su consentimiento informado en las intervenciones que se recomiendan (92)	80%
Educación del paciente y familia	16	La unidad debe disponer de un protocolo de detección de las necesidades de educación del paciente y su familia (54)	100%

2. Evaluación y mejora:

Área relevante	Nº	Criterio	Estándar
Mejora de la calidad	17	El equipo debe conocer periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias (102)	100%
	18	El equipo debe disponer de un sistema de monitorización de sus indicadores asistenciales (98)	85%
	19	El equipo identificará y trabajará un Plan de mejora continua de la calidad (103, 104)	100%
	20	El equipo debe disponer de un conjunto de protocolos de atención (68,69)	100%
	21	El equipo debe minimizar la variabilidad no deseable en su actuación (68)	100%
Sistemas de registro y documentación	22	El paciente de cuidados paliativos debe disponer de una historia clínica única y multidisciplinar (90,91)	70%
	23	El paciente debe poder disponer de un informe de asistencia completo (93)	70%

3. Estructura y organización:

Área relevante	Nº	Criterio	Estándar
Equipo interdisciplinar	24	La unidad debe tener estructurada la composición del equipo interdisciplinar (19)	100%
Organización de la asistencia	25	La unidad debe disponer de un horario de visitas flexible las 24 horas (30)	100%

4. Trabajo en equipo:

Área relevante	Nº	Criterio	Estándar
Sistema de trabajo	26	El equipo debe realizar las reuniones interdisciplinarias establecidas (62,63)	80%
Cuidado y soporte del equipo	27	El equipo debe definir formalmente sus actuaciones para prevenir el burn-out de sus miembros (71)	100%
Formación continuada e investigación	28	Todos los miembros de los equipos deben tener formación en cuidados paliativos (73)	100%
	29	El equipo debe disponer de un plan anual de formación continuada de sus miembros (72,74)	100%
	30	El equipo debe establecer un plan de investigación (76,77)	100%
Coordinación entre niveles y servicios	31	El equipo debe establecer sistemas de coordinación con los recursos del área (80,81,82)	100%
	32	El equipo debe disponer de un protocolo de coordinación de la atención a domicilio con los servicios de internamiento (83)	100%

Formato de los indicadores SECPAL:

I. ATENCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIAS

Evaluación de necesidades

Criterio:
Los pacientes han de tener realizada una evaluación social de sus necesidades que quedará registrada en la historia clínica (37,38,39)

Nombre del indicador (Nº): 11
Objetivo de la evaluación: rango de necesidades

Justificación:
El paciente no puede presentar una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas. Estas necesidades han de poder responder por escrito ya que va a servir de base de trabajo posterior, la revisión de los resultados en el paciente y su evolución posterior. Se hace constar de forma concisa en la historia clínica como documento que permite la continuidad asistencial.

Fórmula:
Número de pacientes con registro de evaluación social en su historia clínica durante la primera semana

Formulario de los pacientes ingresados o atendidos por equipo de soporte

Evaluación de la semana:
La evaluación social constará en la historia clínica de pacientes a partir del 2º día de ingreso en el nivel de cuidados, hasta día 27.

No se incluirá ningún caso en que la evaluación realizada por el equipo de soporte sea exclusivamente del contenido de los datos de ingreso, de cada paciente según, entre otros, la evolución de la enfermedad, la situación actual de los síntomas, el impacto físico y emocional, la situación social y familiar, las necesidades espirituales y la información de la que dispone el paciente.

Forma de datos:
Número de casos
Criterio de pacientes ingresados o con visita domiciliar

Nivel: Proceso

Estándar: 100%

Comentarios: Puede ser útil que cada equipo defina un protocolo que oriente la realización de la evaluación social completa de las necesidades del paciente y su familia.

¿Son aplicables estos indicadores?



Los indicadores pueden ser adaptados a cada programa / servicio de cuidados paliativos...


Aunque manteniendo un nexo común con el original que permita comparar.



Adaptación de los criterios de calidad SECPAL en Extremadura. Primera fase: creación de un grupo de trabajo

- Decisión de creación del grupo (uno de los 4 grupos transversales)
- Composición: Un miembro de cada uno de los equipos que operan en la región. (8 equipos). Carácter multidisciplinar.
- Primera reunión: Puesta en común, balance de formación en calidad. Objetivos para el primer año. Reparto de funciones.
- Selección de los criterios de SECPAL como base de la primera etapa de mejora de la calidad.

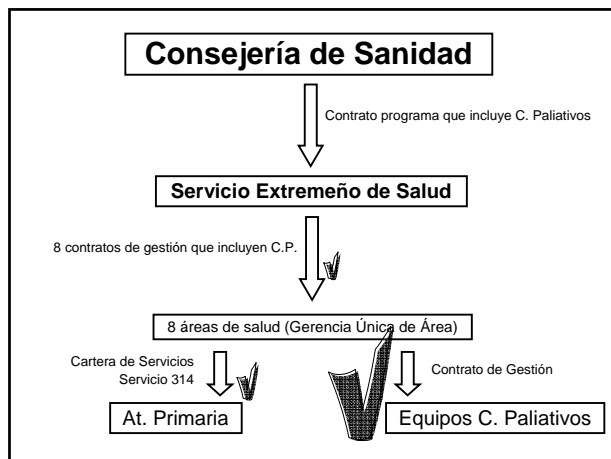
Pop B, Martín MA, López M, Fernández A, Borino F, González MC, Romero V, González M. Presentación del grupo de calidad del programa regional de cuidados paliativos de Extremadura. Resúmenes de comunicaciones posters del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Palliat. 2003; 10(supl 1):215.



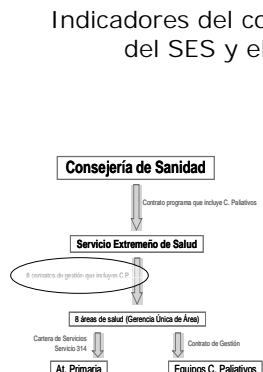
Adaptación de los criterios de calidad SECPAL en Extremadura. Tercera parte. Aplicación en un contrato de gestión.

- Los criterios elaborados, se plasmaron en un contrato de gestión, pactado con la gerencia de área de salud.
- El contrato se evaluaba cada año.
- La superación de determinado número de indicadores, estaba ligada a un incentivo económico denominado "productividad variable".

Pop B, López M, González MC, Martín MA, Bonino F, Ramos M, Romero V, Fernández A. Variabilidad del contrato de gestión de los equipos de soporte de cuidados paliativos adaptado a las diferentes áreas de salud de Extremadura. Resúmenes de comunicaciones orales del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Palliat. 2003; 10(supl. 1):121.

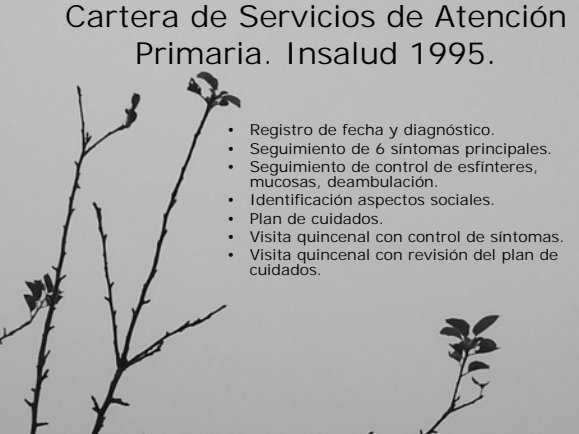


Indicadores del contrato entre el gerente del SES y el gerente de Área



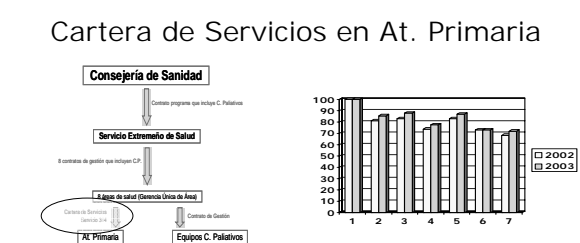
- Registro centralizado en EAP. Tasa esperada 2.000 por millón. Tasa exigida 1.800 por millón.
- Mayor número de pacientes registrado en EAP en relación a ECP.
- 25% de visitas de los ECP han de ser conjuntas.
- Al menos una consulta a RACPAL por zona básica.
- Contrato de gestión con el ECP firmado antes del 1 de julio.

Cartera de Servicios de Atención Primaria. Insalud 1995.




- Registro de fecha y diagnóstico.
- Seguimiento de 6 síntomas principales.
- Seguimiento de control de esfínteres, mucosas, deambulación.
- Identificación aspectos sociales.
- Plan de cuidados.
- Visita quincenal con control de síntomas.
- Visita quincenal con revisión del plan de cuidados.

Cartera de Servicios en At. Primaria



% Cumplimiento de normas técnicas en Extremadura								
	TOTAL	314.1	314.2	314.3	314.4	314.5	314.6	314.7
2002	80,36	100,00	81,29	83,00	73,86	83,00	73,00	68,35
2003	83,35	100,00	85,67	88,00	77,58	87,00	73,00	72,02
Dif	02,99	00,00	04,38	05,00	03,72	04,00	00,00	03,67

Contratos de gestión: Gerencia – Equipo CP



- Basados en los criterios e indicadores de calidad SECPAL, publicados por el Ministerio S y C.
- Relativamente constantes en todas las áreas.
- Con criterios claros de evaluación.
- Incentivación mediante productividad variable.

Algunas medidas de resultado

- Duras:
 - Efectividad o resultados clínicos
- Blandas
 - Calidad de vida
 - Satisfacción del paciente
 - Consumo de recursos

Ruiz-López P. La medición de la calidad asistencial. Revista Clínica Española. 2001; 201(10):561-2.

Medidas de resultado en CP Calidad de vida como medida de impacto de un programa

- Salek S, Pratheepawanit N, Finlay I, Luscombe D. The use of quality of life instruments in palliative care. Eur J Palliat Care. 2002;9(2):52-56.
 - Rotterdam Symptom Checklist
 - EORTC QLQ C30
 - STAS
- Medidas de calidad de vida basada en el control de síntomas.
 - ESAS

Los cuestionarios de satisfacción como medida de calidad de cuidados paliativos.

“Usar la satisfacción como método de medida de calidad en los servicios sanitarios es particularmente problemático y requiere mayor investigación tanto en términos conceptuales como en la práctica”

Aspinal F, Addington-Hall J, Hugues R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. J Adv Nurs. 2003;42(4):324-39.

Algunas medidas de resultado más o menos consensuadas

- Consumo de opioides
- Consumo de recursos hospitalarios y de urgencias
- Ahorro económico
- Accesibilidad
- Equidad
- Variabilidad

Siempre se puede mejorar



