



**Impacto de las determinantes sociales de salud en los cuidados
paliativos.**

Dr. Dewar Torrecilla Silverio *

dewartorrecillassilverio@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9888-7433>

Tif: 51930614

DrC. Luis Antonio Rodríguez Sánchez *

luis660819@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8024-4328>

Tif: 53409200

Dra. Anabel Linarez Garcia *

anabellinarezgarcia@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-0449-1635>

Tif: 56513467

Dr. Abraham Álvarez Marin *

alvarezabraham0210@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-0847-8621>

Tif: 58585673



Lic. Tatiana Hernández Casola *

tatianahdez@gmail.com

<https://orcid.org/00090-0002-1237-0610>

Tif: 52785694

* Hospital Provincial General Docente " Capitán Roberto Rodríguez Fernández ", Morón, Ciego de Ávila.

Resumen

Los cuidados paliativos (CP) son la intervención que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan los problemas asociados con las enfermedades amenazantes para la vida. Determinantes sociales de salud (DSS) establecen el grado en que el individuo tiene los recursos necesarios satisfacer sus necesidades de salud.

Se muestra un corte del estudio cuasi-experimental, del hospital Roberto Rodríguez, para abordar el impacto de los DSS en pacientes con enfermedades malignas (PEM). Un universo de 200 enfermos evaluados y una muestra de 118, en el periodo de tiempo comprendido enero a septiembre del 2024, con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades de los CP para la realización de estrategias de intervención encaminadas a soluciones sostenibles.

Resultados del comportamiento de los DSS en los PEM identificaron que el 37.3% han recibido algún tipo de preparación para los momentos finales de la vida, siendo visitados por el médico de familia con una media de 5.1 semanas los enfermos en fase de agonía, 62.7% tiene bajo riesgo de desarrollar una mala calidad del proceso de morir y muerte, influyendo positivamente el nivel cultural siendo los universitarios el 88.9% de mejor pronóstico. Solo el 11.8% de los evaluados tenían sus documentos legales realizados. El 51.7% de los pacientes cuentan con soporte económico o social que permite cubrir los gastos relacionados con su enfermedad.

Se evidencia una estrecha relación entre los DSS, los CP y la atención primaria. Las DSS se comportan como indicadores de calidad en CP.



Palabras claves: cuidados paliativos, determinantes sociales de salud, cuidados continuos

Introducción

El cáncer, el cual constituye un desafío global. En el año 2020, fue la principal causa de la muerte (diez millones de personas en el mundo). Se calcula que en 2022 hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9,7 millones de muertes y se prevén más de 35 millones de nuevos casos de cáncer en 2050, lo que supone un aumento del 77% con respecto a los 20 millones de casos estimados en 2022.¹

Sin embargo, en el Informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del año 2023 se destaca que "más de la mitad del mundo está quedando atrás" y que "los componentes de la cobertura sanitaria universal relacionados con las enfermedades no transmisibles, la capacidad de los servicios sanitarios y el acceso a los mismos experimentaron un progreso mínimo o nulo".¹

En 2020, se estimó que alrededor de 56,8 millones de adultos y niños experimentaron un sufrimiento innecesario que puede abordarse y tratarse con cuidados paliativos. Se espera que este número aumente drásticamente en las próximas décadas, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos. A nivel mundial, y solo el 39% de los países confirman una disponibilidad general. En 2019, solo el 50% de los países a nivel mundial declararon contemplar la provisión de cuidados paliativos en su política nacional para el control de las enfermedades no trasmisibles y el 68% cuenta con fondos destinados específicamente a cuidados paliativos.²

El 50% de los centros de atención primaria de salud (APS) ofrece cuidados paliativos a los pacientes que los necesitan, mientras que dicho porcentaje desciende al 15% en aquellos países en los que no existe financiación específica.²

Los cuidados paliativos están incorporados en la Declaración de Astaná y en el enfoque integral de la APS a través de tres componentes sinérgicos e interrelacionados:²

1. Satisfacer las necesidades de atención de salud de las personas a lo largo de la vida, desde la prevención, la promoción, la atención curativa y la rehabilitación hasta los cuidados paliativos.
2. Abordar los determinantes más amplios de la salud basados en políticas y acciones multisectoriales fundamentadas en datos contrastados.



3. Empoderar a las personas y comunidades para que participen más activamente en la toma de decisiones sobre los servicios de salud y su propia salud.

Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como la intervención que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan los problemas asociados con las enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecable del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.^{3, 4, 7}

Cuidados continuos: compromiso mantenido de cuidar al paciente oncológico curable o no curable durante todo el proceso que conlleva su enfermedad "continuo", durante la fase terminal (cuidados paliativos) hasta la agonía y el fallecimiento (cuidados terminales). Son etapas sincrónicas, simultáneas y alternantes dependiendo de su intención curativa o paliativa.⁵

La planificación compartida de los Cuidados se define como: "El proceso que garantiza el respeto a la autonomía de las personas, por el que toda la comunidad, familia y equipo sanitario que los atiende, puede conocer las preferencias y valores. De esta manera se podrá garantizar que los deseos y voluntades sean atendidos en las mejores condiciones, en uno de los momentos más importantes de la vida, como es el proceso de final de la vida".⁶

Predicción clínica de supervivencia (PCS) es la estimación subjetiva de supervivencia realizada por el profesional.⁴

Estimación pronóstica: los pacientes y sus familiares pueden querer ser informados acerca del tiempo que les queda, para poder resolver asuntos pendientes y tomar decisiones en consonancia con sus preferencias. Ayudaría a la derivación precoz de pacientes a programas de cuidados paliativos, mejora el control sintomático, la calidad de vida y reduce la utilización de tratamientos agresivos al final de la vida.⁴

Autonomía del paciente desde la perspectiva bioética, la relación médico-paciente comprende el derecho a la privacidad, el derecho a la veracidad, el deber de respetar el consentimiento informado, que implica que el cuerpo y la salud le pertenecen a una persona, por eso, tiene derecho a decidir qué tipo de acciones autoriza sobre sí misma, y a su vez, exige el respeto de otros hacia esas decisiones.⁷



La planificación de decisiones anticipada (PDA) procedimiento que permite a los individuos definir objetivos y preferencias para tratamientos y atención médica futuros, discutir estos con familiares y profesionales sanitarios, registrar y revisar esas preferencias si es necesario. Esta definición tiene un enfoque más clínico y dinámico, centrado en la comunicación y apoyo al paciente para la toma de decisiones.⁴

La fase agónica o situación de últimos días es considerada como el tiempo cercano que precede a la muerte, generalmente la última semana de vida. Está caracterizada por la presencia de los signos del proceso de morir, que expresan el deterioro progresivo del estado general del paciente y de sus funciones vitales.⁴

Para que el proceso de morir de una persona pueda lograr ser eso que todos deseamos, un proceso libre de sufrimiento evitable, se requiere por tanto una serie de elementos que se construyen durante la trayectoria vital del paciente; el propio paciente, la familia, los profesionales de salud y el sistema de salud.⁴

Muerte digna se presenta como un derecho humano que surge de la combinación del derecho a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud, que busca garantizar el respeto a la dignidad, la libertad y la voluntad de la persona que se encuentre en una situación de enfermedad terminal o incurable.⁷

La relación actual entre la dignidad y la muerte: la dignidad de la vida que poseen las personas es intangible e intrínseca, desde el momento de la concepción, hasta la muerte. De tal modo que, la dignidad se basa en la calidad de vida y en una aspiración fundada en la excelencia, según la consideración de cada persona.^{7, 8}

Determinantes sociales de la salud (DSS): La salud depende de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de la salud. Establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación empleo y adaptarse al medio ambiente.⁹

Relación Determinantes sociales de salud y Atención Primaria de Salud.⁹

1. El 89% de los DSS suceden fuera del entorno clínico. La atención primaria (AP) es el ámbito ideal y esencial para detectar y registrar los DSS en la comunidad, puesto que es la principal vía de acceso de la población al sistema sanitario



2. Las investigaciones demuestran que los DSS pueden ser más importantes que la atención sanitaria o las opciones de estilo de vida a la hora de influir en la salud.

Determinantes sociales de salud también se comportan como indicadores de calidad en cuidados paliativos.^{2, 10}

1. Políticas de salud relacionadas con los cuidados paliativos
2. Uso de medicamentos esenciales
3. Prestación de cuidados paliativos en plataformas integradas de prestación de servicios de salud
4. Formación y capacitación
5. Investigación
6. Empoderamiento de personas y comunidades

Se está realizando un estudio cuasi-experimental, por el equipo de oncología del hospital Roberto Rodríguez, para abordar el impacto de los DSS en pacientes con enfermedades malignas. Con un universo de 200 pacientes evaluados, durante los cuidados continuos y CP al final de la vida, y una muestra de 118, en el periodo comprendido enero a septiembre del 2024, con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades de los CP para la realización de estrategias de intervención encaminadas a soluciones sostenibles.

Relación del comportamiento de las DSS y calidad de los CP en pacientes con enfermedades malignas. Departamento de Oncología Hospital Roberto Rodríguez. Morón

Tabla 1 Total de pacientes evaluados por meses

Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total
Pacientes	10	19	10	22	12	8	2	4	31	118
Porcientos	8.5%	16.1%	8.5	18.6%	10.2%	6.8%	1.7%	3.4%	26.3%	

Tabla 2 Distribución de los casos según sexo

Sexo	Total	Porcientos	Total de pacientes evaluados
Masculino	53	45%	118
Femenino	65	55%	



Tabla 3 Caracterización del sexo femenino evaluado según rango de edad más frecuente en años y color de piel.

Total de pacientes femeninos	Rango de edad más frecuente en años	Color de piel	
		Blancas	Negras
65	50 - 59	51	14
		78.5 %	21.5 %

Tabla 4 Comportamiento de las variables de la Escala predictiva del riesgo de la calidad del proceso de morir y muerte. (anexo 2)

Variables	1		2		3		4		5		Total
	Si	No	Buena	Mala	Si	No	Si	No	Si	No	
Pacientes	44	74	109	9	61	57	28	90	34	84	118
Porcientos	37.3 %	62.7 %	92.4 %	7.6 %	51.7 %	48.3 %	23.7 %	76.3 %	28.8 %	71.2 %	

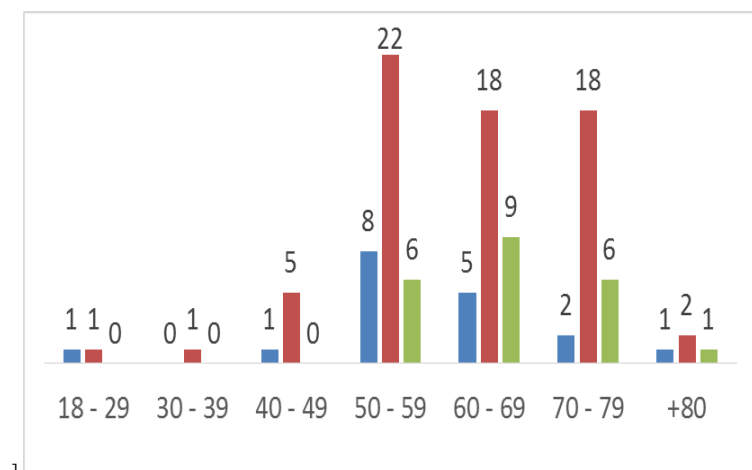
- 1- ¿Ha recibido o está recibiendo usted preparación para el final de la vida?
- 2- ¿Cómo es la relación con su cuidador?
- 3- ¿Cuenta usted con un soporte económico o social que le permita cubrir gastos relacionados con su enfermedad?
- 4- ¿Siente usted que empeora su estado de salud?
- 5- Índice Pronóstico Paliativo (PPI score)

Tabla 5 Resultado de la estimación pronóstica de riesgos evaluada en los pacientes estudiados.

EPR	No riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo
Pacientes	23	74	21
%	19.5 %	62.7 %	17.8 %

EPR Estimación Pronóstica de Riesgos

Gráfico 1 Estimación pronóstica de Calidad del proceso de morir y muerte en los casos evaluados, según escala predictiva por grupos de edades .



- Sin riesgo de mala calidad del proceso de morir y muerte
- Bajo riesgo de mala calidad del proceso de morir y muerte
- Alto riesgo de mala calidad del proceso de morir y muerte

Tabla 6 Pacientes evaluados que desean controlar los síntomas de su enfermedad en el hogar

Control de síntomas	Si	No	Total
Pacientes	75	10	85
%	88.2 %	11.8 %	

Tabla 7 Visitas de médico de familia al hogar en semanas, a pacientes, según PPI score 0 (anexo 1) de la escala de riesgo (anexo 2)

VMFHS	2	5	4	6	6	3	1	1	7	8	7	7	2	3	11	4	3	2	4	2	4	8	6	8	4	9	4	15	3	4	6	3
TPE	118																															
TP PPI 0	32																															
MVS	5.1																															
TV 0-4	18 56.3%																															

PPI score Índice Pronóstico Paliativo, VMFHS Visitas de médico de familia al hogar en semanas

TPE Total de Pacientes Evaluados, TP PPI 0 Total de Pacientes con PPI 0, MVS Mediana visitas en semanas, TV 0-4 Total visitas de 0-4 semanas

Tabla 8 Pacientes evaluados según documentos legales realizados



Documentos	Con documentos	Sin documentos	Total
Pacientes	10	75	85
%	11.8 %	88.2 %	100 %

Tabla 9 Pacientes evaluados que desean hacer sus documentos legales según nivel escolar

Nivel escolar	6to	9no	Tecm	12no	Univ	Total
Pacientes	1	3	5	17	11	37
%	2.7 %	8.1 %	13.5 %	45.9 %	29.7 %	100 %

6to sexto grado, 9no noveno grado, tecm técnico medio, 12no duodécimo grado, univ universitario

Tabla 10 Relación entre nivel escolar y Cumplimiento de la voluntad anticipada

Cumplimiento VA	Si	%	No	%	Total 33
Nivel escolar					
Univ	8	88.9 %	1	11.1 %	9
12no	10	83.3 %	2	16.7 %	12
Tecm	7	100 %	0	0 %	7
9no	3	75 %	1	25 %	4
6to	0	0 %	1	100 %	1

VA voluntad anticipada, 6to sexto grado, 9no noveno grado, tecm técnico medio, 12no duodécimo grado, univ universitario

Tabla 11 Relación nivel escolar vs calidad del proceso de morir y muerte

Calidad PMM	B 66.7 %	R 24.2 %	M 9.1 %	Total 33	Porcientos
Nivel escolar					
Univ	8 88.9 %	1 11.1 %	0 0.0 %	9	
12no	7 58.3 %	3 25.0 %	2 16.7 %	12	
Tecm	5 71.4 %	2 28.6 %	0 0.0 %	7	
9no	2 50.0 %	2 50.0 %	0 0.0 %	4	
6to	0 0.0 %	0 0.0 %	1 100 %	1	

Calidad PMM calidad del proceso de morir y muerte, B buena, R regular, M mala

6to sexto grado, 9no noveno grado, tecm técnico medio, 12no duodécimo grado, univ universitario

Análisis y discusión de los resultados

Hasta el corte la investigación se cuenta con una muestra de 118 pacientes, 26.3% incluidos en septiembre (tabla 1), distribuidos en masculinos 53 y 65 femeninos (tabla 2). Llama la



atención, en el estudio, una mayor incidencia en mujeres con enfermedades malignas, blancas con rango de edad entre 50 y 59 años (tabla 3).

Para realizar una estimación pronóstica de la de la calidad del proceso de morir y muerte se está realizando con un instrumento en estudiando, la escala predictiva del riesgo de la calidad del proceso de morir y muerte (anexo 2). El comportamiento de las variables de estudio (tabla 4) identificaron debilidades que pueden modificar negativamente el curso del proceso de morir, solo el 37.3% de los pacientes ha recibido algún tipo de preparación para los momentos finales de la vida y el 51.7% cuenta con soporte económico o social que le permite cubrir gastos relacionados con su enfermedad. Fortalezas en el 92.4% de los casos existe una buena relación paciente cuidador (tabla 4) y un 62.7% de los enfermos evaluados tiene una estimación pronóstica desarrollar un bajo riesgo de mala calidad del proceso de morir y muerte (tabla 5), siendo más frecuente en el rango de edad entre 50-59 años (gráfico 1).

La APS juega un rol fundamental en la atención integral de los pacientes y el entorno en que se desarrolla la enfermedad, los DSS, siendo los médicos y enfermeras de la familia el personal más cercano al paciente durante el periodo de enfermedad, rehabilitación y final de la vida. El 88.2% de los pacientes evaluados desean controlar los síntomas de su enfermedad en el hogar, fortaleza para la que se está desarrollando un plan de acción como parte de la investigación (tabla 6). Los pacientes con riesgo de morir en periodo aproximado de 4 semanas son visitados en el hogar con una media de 5.1 semanas, debilidad encontrada en la investigación (tabla 7).

El 88.2% pacientes evaluados no ha realizado sus documentos legales durante los cuidados continuos (tabla 8), según el nivel escolar los más interesados en su realización son los universitarios y de ellos solo un 29.7% (tabla 9). Debilidades complejas identificadas de difícil solución a corto.

La voluntad anticipada (tabla 10) y la calidad del proceso de morir y muerte (tabla 11) también tienen una estrecha relación con el nivel escolar siendo los técnicos, universitarios y los graduados de duodécimo grado los de mayor los de mayor la cumplen, según el estudio, 100%, 88,9% y 82.3% respectivamente. El 66.7% de los pacientes fallecidos evaluados murió con buena calidad (fortaleza), de los cuales el 88.9 eran universitarios.

Conclusiones

1. Existe una estrecha y dinámica relación entre los DSS, los CP y la APS.



2. La APS es el ámbito ideal y esencial para detectar y registrar los DSS en la comunidad.
3. Los DSS se comportan como indicadores de calidad en CP con un impacto significativamente positivo en su desarrollo. Deben ser considerados en las políticas de salud.
4. Sin importar sexo, color de piel, nivel cultural, social, el momento histórico individual o colectivo que se vive, el cubano está en la constante búsqueda de medios de solución a los diferentes avatares de la vida.

Recomendaciones

Es esencial desarrollar políticas que integren adecuadamente los cuidados paliativos en el sistema de salud, asegurando formación de recursos humanos y la accesibilidad a los servicios de forma holística e integradora. La investigación subraya la urgencia de abordar estas áreas para garantizar una atención multisectorial, digna, sostenible y efectiva a los pacientes con cáncer.

Se impone la realización de protocolos que incorporen los aspectos éticos y legales desde los cuidados continuos así como fortalecer acciones desde la APS encaminadas a mejorar la participación del médico y la enfermera de la familia en el proceso de morir.

Referencias bibliográficas

1-MS Nassar, A., Hernández Ortega, A., Ponce de León Narváez, R. de las M., & Sánchez Cruz, J. C. et al (2024). Buenas prácticas en la promoción de salud y prevención del cáncer: Good practices in health promotion and cancer prevention. LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 5(4), 4310 - 4323.
https://www.researchgate.net/publication/383527621_Buenas_practicas_en_la_promocion_de_salud_y_prevenccion_del_cancer_Good_practices_in_health_promotion_and_cancer_prevention



2-Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles [Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators]. Ginebra. 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240033351>

3-Santacruz JG, Martínez LF. Cuidados paliativos: conceptos básicos. Cuidados paliativos. Rev. Nutr. Clin. Metab. 2021;4(2):14-18. Disponible en:

<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/212/412>

4-Benítez-Rosario MA, Alonzo A, González T. Protocolos de tratamientos en cuidados paliativos. [Internet]. Primera edición ed. Barcelona: MEDICAL DOSPLUS; 2023 [citado 17 de septiembre de 2024]; Disponible en:

https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos2023.pdf&ved=2ahUKewiu4Z_7s9GIAxXtfjABHSqeBEcQFn0ECBIQAQ&usq=AOvVaw3Kw4qMssOVkf0MSJxQ69rR

5-Colectivo de autores. Manual SEOM de Cuidados Continuos. [Internet]. 2004 [citado 17 de septiembre de 2024]; Disponible en:

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Manual+SEOM+de+Cuidados+Continuos.&btnG=&og=#d=gs_gabs&t=1726832721571&u=%23p%3DRfOG3grXqOAJ

6-Parra Cubides S. L. La buena muerte. Colombia. Medicina. [Internet]. diciembre de 2022 [consultado el 20 de septiembre de 2024]; 53(4): e4005472. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

95342022000400004&lng=en. Publicación electrónica el 30 de diciembre de 2022.

<https://doi.org/10.25100/cm.v53i4.5472>.

7-Hernández Sánchez, M. L., Pérez Enríquez, R. M., Llevot Rivera, C. E., & Pérez Enríquez, J. M et al. (2024). Derecho a morir con dignidad: aspectos legales y bioéticos: Right to die with dignity: legal and bioethical aspects. LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 5(4), 4236 - 4246.

<https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2563>

8-Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días Informe del segundo, tercer y cuarto ciclos de actualización continuada. Febrero 2024.



<https://portal.guiasalud.es/wp->

[content/uploads/2024/03/gpc_612_sud_2_3_4_ciclo_actualizacion_febr_2024.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/03/gpc_612_sud_2_3_4_ciclo_actualizacion_febr_2024.pdf)

9- Rodoreda-Pallàs B, Torra Escarrer E, Sanahuja Juncadella J, Pampalona Cardona T, Solanas Bacardit N, Vilarrubias Calaf M,. Evaluación de una guía de codificación de determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria: Estudio mixto. Atención Primaria [Internet]. 2024[18 de septiembre de 2024]; 56(6): Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724000209>

10- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Palliative care. [Internet]. 2023, version 1. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/353668107>

A n e x o s

A n e x o 1. Escala de Índice Pronóstico Paliativo (PPI)

Valoración de las puntuaciones parciales para las categorías del PPI score:

Palliative Performance status (PPS)	
10-20	4
30-50	2,5
≥ 60	0
Síntomas clínicos	
Via oral libre	
Normal	0
Moderadamente reducida	1
Severamente reducida	2,5
Edemas	1
Disnea de reposo	3,5
Delirium	4,5

Teniendo en cuenta las puntuaciones,

PPI >6 puntos: Predicción de supervivencia de tres semanas

PPI >4 puntos: Predicción de supervivencia de seis semanas

A n e x o 2. Escala predictiva de riesgo de la calidad del proceso de morir y muerte

Preguntas	Puntos
¿Ha recibido o está usted recibiendo preparación para el final de la vida desde el diagnóstico de su enfermedad?	Si 1 No 0
¿Cómo es la calidad de la relación entre usted y su cuidador?	Buena 1 Mala 0



¿Cuenta usted con soporte económico o social que le permita cubrir los gastos relacionados con su enfermedad?	<p>Si 1</p> <p>No 0</p>
¿Siente usted que su estado de salud empeora?	<p>Si 0</p> <p>No 1</p>
PPI score	<p>0 - 6 puntos 1</p> <p>> 6 puntos 0</p>
Total	
Categoría de riesgo	

Categorías del riesgo

No riesgo 5

Alto riesgo 0-2

Bajo riesgo 3-4

Anexo 3 Escala Funcional Paliativa (PPS)



%	Deambulaci3n	Actividad evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	– Actividad normal – Sin evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Normal
90	Completa	– Actividad normal – Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Normal
80	Completa	– Actividad normal con esfuerzo – Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Normal
70	Reducida	– Incapaz de realizar actividad laboral normal – Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Normal
60	Reducida.	– Incapaz de realizar tareas del hogar – Enfermedad significativa	Precisa asistencia ocasional	Normal o reducida	Normal o s3ndrome confusional
50	Vida principalmente cama/sill3n	– Incapaz para realizar cualquier tipo de trabajo – Enfermedad extensa	Precisa considerable asistencia	Normal o reducida	Normal o s3ndrome confusional
40	Pasa la mayor parte del tiempo en cama	– Incapaz para realizar cualquier tipo de trabajo – Enfermedad extensa	Precisa ayuda para casi todas las actividades	Normal o reducida	Normal o somnoliento o s3ndrome confusional
30	Encamado	– Incapaz para realizar cualquier tipo de trabajo – Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Reducida	Normal o somnoliento o s3ndrome confusional

20	Encamado	– Incapaz para realizar cualquier tipo de trabajo – Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Capaz s3lo de beber a sorbos	Normal o somnoliento o s3ndrome confusional
10	Encamado	– Incapaz para realizar cualquier tipo de trabajo – Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	S3lo cuidados de la boca	Somnoliento o coma
0	Exitus				

Anexos 4 Calidad de vida del paciente oncol3gico seg3n Escala Funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)



Tabla 1
Clasificación E.C.O.G.

E.C.O.G.	
0	Asintomático. Totalmente activo.
1	Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.
3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón más del 50% del tiempo despierto.
4	Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto.
5	Muerto