



**INSTITUTO MEXICANO DE INMUNOLOGÍA
GENERAL E INMUNO-ONCOLOGÍA A.C.**

Investigación, Difusión y Postgrado

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

LLENADO POR: _____

PARENTESCO / RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

MÉDICO TRATANTE: _____

FECHA: _____

Palliative Performance Scale (PPSv2)

El nivel de PPS se determina leyendo de izquierda a derecha para encontrar la opción más apta "horizontal", basándose de lo que el paciente es capaz de hacer. Comience en la columna de la izquierda leyendo hacia abajo hasta determinar la deambulación actual. Luego, lea la siguiente columna y hacia abajo hasta que se determine cada una.

NIVEL PPS	DEAMBULACIÓN	ACTIVIDAD/ EVIDENCIA DE ENFERMEDAD	AUTO-CUIDADO	INGESTA	NIVEL DE CONCIENCIA
100%	Normal	Normal/ alguna evidencia de enfermedad.	Completo	Normal	Alerta
90%	Normal	Normal/ alguna evidencia de enfermedad.	completo	Normal	Alerta
80%	Normal	Normal con esfuerzo. Alguna evidencia de enfermedad.	Completo	Normal o reducida	Alerta
70%	Reducida	Imposible trabajar. Alguna evidencia de enfermedad.	Completo	Normal o reducida	Alerta
60%	Reducida	Incapaz para hobby/ trabajos domésticos. Enfermedad significativa	Asistencia ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión mental.
50%	Sillon/ cama	Incapaz para cualquier trabajo.	Asistencia considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión mental
40%	Fundamentalmente en cama	ídem	Fundamentalmente asistido	Normal o reducida	Normal/ somnolencia. Confusión mental
30%	Encamado 100%	ídem	Completamente dependiente	Reducida	Normal / somnolencia. Confusión mental.
20%	ídem	ídem	Completamente dependiente	Sorbos	Normal/ somnolencia. Confusión mental.
10%	ídem	ídem	Completamente dependiente	Sorbos	Normal / somnolencia. Confusión mental.
0%	Muerto				

Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL)

Por favor lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Cómo está de satisfecho (a) con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta que punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse sin ayuda de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
16	¿Cómo de satisfecho (a) está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho (a) está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho (a) está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

19	¿Cómo de satisfecho (a) está de sí mismo (a)	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho (a) está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho (a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho (a) está con el apoyo que obtiene de sus amigos (as)?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho (a) está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho (a) está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho (a) está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas semanas.

		Nunca	Rara-mente	Moderada-mente	Frecuente-mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

Escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

De la siguiente lista, elija el número que mejor describa la situación actual del paciente.

PUNTAJE	DESCRIPCIÓN
0	Completamente activo, capaz de realizar todas las actividades previas a la enfermedad, sin restricción.
1	Restringido en actividad física extrema, capaz de caminar y realizar trabajos livianos, como por ejemplo: Trabajo liviano en casa, trabajo de oficina.
2	Capaz de caminar y de autocuidado pero incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo. Deambula mas del 50 % de las horas en que está despierto.
3	Capaz de autocuidado limitado, se mantiene postrado o en silla mas del 50 % de las horas en que está despierto.
4	Completamente incapacitado. No puede realizar su autocuidado. Totalmente confinado en cama o silla.
5	Muerte.