

Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos



Área Integrada de Talavera de la Reina

Nº Revisión	Fecha	Causa del cambio

Autor: Miguel Ángel Álvarez Juárez

Coordinador Unidad Cuidados Paliativos

H. General Universitario Nuestra Señora del Prado

Índice

1. Presentación	3
2. Introducción.....	5
3. Definición.....	11
4. Componentes	13
5. Cobertura geográfica y poblacional	14
6. Actividad de la UCP en los años 2020-2022	16
7. Descripción	17
8. Valoración por parte del equipo UCP: Valoración Integral, PDA, PCA, Criterios de Terminalidad, Complejidad y Toma de decisiones	30
9. Pacientes incluidos en la UCP (“Programa UCP”)	34
10. Atención al duelo	40
11. Funciones no asistenciales de la UCP	42
12. Necesidades de la UCP	43
13. Bibliografía	51
Anexo I: Detección de Necesidad de Cuidados Paliativos: NECPAL 4.0	53
Anexo II: Distribución de las áreas geográficas (este y oeste)	59
Anexo III: Estructura y componentes de la valoración integral en Cuidados Paliativos	61
Anexo IV: Criterios de Terminalidad de la NHO	64
Anexo V: Herramienta de diagnóstico de complejidad (IDC-Pal)	66
Anexo VI: Glosario IDC-Pal	69
Anexo VII: Activación del Protocolo “Terminales” (Turriano).....	73
Anexo VIII: Criterios de derivación a Trabajo Social.....	76

1. Presentación

Por proceso asistencial se entiende el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc).

La gestión por procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo. Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en la persona y su entorno familiar y social. El modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos se sustenta en los siguientes principios básicos:

- **Asistencia centrada en la persona.** Considerar a la persona (ciudadano o ciudadana, paciente, usuaria o usuario) como sujeto activo de su proceso de atención y recuperación, con necesidades específicas e individuales, con derechos y deberes legalmente establecidos. Personalizar el servicio es integrar en el abordaje del paciente las características y situaciones de cada persona en su entorno vital, no sólo con la atención de su proceso patológico o condición clínica específica, sino también mediante la inclusión de aspectos relacionados con su mundo de valores, creencias, rol social asignado, las condiciones de vida, sus redes sociales, expectativas y necesidades, determinantes esenciales de la salud de las personas. En definitiva, la humanización de la asistencia sanitaria reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan, lo que necesariamente exige tener

en consideración su mundo de valores y creencias a la hora de llevar a cabo actuación clínica.

- **Potenciación y desarrollo de la gestión clínica.** Implicar a los profesionales en la gestión del proceso del que forman parte, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, los procedimientos adecuados en cada momento y la mejor entrega de servicios. La Unidad de Gestión Clínica (UGC), es el entorno donde el equipo multidisciplinar, aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo del Proceso Asistencial Integrado (PAI).
- **Continuidad asistencial.** Elemento clave y determinante que inspira organización, funcionalidad y formas de trabajo, imprescindible para que la entrega de servicios sea única, coordinada y de calidad¹.
- **Calidad científico-técnica.** Práctica clínica adecuada, que aporta al proceso las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que sustenten cada una de las actuaciones, y que incorporen las innovaciones necesarias establecidas durante el rediseño del proceso².
- **Evaluación y mejora continua.** Sistema de información integrado que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para quién, en qué momento, cuál es la efectividad de estas

¹ Así se recoge en el artículo 4.7 d) de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

² Apartado b del mismo artículo.

actuaciones y su coste. También proporciona conocimiento sobre las expectativas que tienen los pacientes y sus familias.

- **Potenciar el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)** actuales y futuras, para facilitar las interacciones de los ciudadanos, profesionales y el desarrollo de los PAI.

2. Introducción

La situación avanzada y terminal, se caracteriza por la presencia de una enfermedad incurable y progresiva, con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas, el impacto emocional sobre enfermo, familia, y equipo, y un pronóstico limitado de vida.

En esta situación, los objetivos terapéuticos están centrados en la mejora de la calidad de vida, la promoción de la autonomía, y la adaptación emocional a la situación, con una concepción activa de la terapéutica y un abordaje interdisciplinar y multidisciplinar.

En este Proceso Asistencial Integrado (PAI) se consolida el modelo de atención integral, compartida y continuada tanto del adulto como en la infancia y adolescencia. Se incorpora una **correcta identificación y valoración de las personas con necesidades de cuidados paliativos**. Se incluye la **herramienta de diagnóstico de la complejidad** en personas adultas (IDC-Pal) y los elementos de complejidad en el niño o niña y adolescente, en orden a contribuir a una eficiente gestión de los recursos implicados en la atención en el final de la vida.

En la atención en cuidados paliativos se precisa un **enfoque integral u holístico**, dada la especial situación que atraviesa la persona, extremadamente vulnerable y su familia. La calidad de nuestra práctica profesional dependerá, en gran medida, de las competencias profesionales para dar respuesta a las necesidades y expectativas de la persona y su familia a lo largo de la relación asistencial y de la dotación de recursos y la formación.

Esperamos que el presente documento redunde en un beneficio en la calidad de vida de la persona afectada al final de su vida y de su familia,

previniendo además el duelo complicado.

2.1 Funciones de la Unidad de Cuidados Paliativos

Los Equipos o unidades de Cuidados Paliativos (UCP) se definen como un equipo de profesionales que ofrece atención interdisciplinaria de cuidados paliativos mediante diferentes modalidades de asistencia que incluyen necesariamente la hospitalización en camas específicas, la asistencia ambulatoria, y la asistencia domiciliaria.

Las unidades de Cuidados Paliativos son equipos identificables y accesibles, integrados por profesionales con formación, experiencia y dedicación para responder a situaciones de complejidad. Su actividad central se limita a los Cuidados Paliativos.

Estos equipos se dedican, por lo común, a la atención de pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas y, por tanto, requieren un mayor nivel de formación, de personal y de medios.

Realizan también funciones docentes e investigadoras de distintos grados. El equipo estará formado por médicos/as y personal de enfermería, psicólogos/as, trabajador/a social, TCAE, y contará con la colaboración de otros profesionales.

Las **funciones** de los Equipos de Cuidados Paliativos comprenden:

- ✓ Apoyo y asesoría a los profesionales de Atención Primaria para la asistencia domiciliaria de los pacientes con enfermedad avanzada/incurable, y sus familias.
- ✓ Intervención asistencial directa a pacientes cuando así lo requiera el equipo de Atención Primaria responsable de su atención (pacientes complejos en su carga asistencial), o el médico especialista responsable del proceso asistencial (oncólogo, internista, geriatra...), tanto en el ámbito de hospitalización y de atención ambulatoria o domiciliaria, en función de donde se encuentre el paciente.
- ✓ Promover y facilitar la cooperación entre el hospital de referencia y Atención Primaria.

- ✓ Promover y facilitar la convergencia con los dispositivos sociales y sociosanitarios.
- ✓ Proporcionar una información coherente, compresible y adecuada a las necesidades del paciente y de la familia.
- ✓ Proporcionar educación sanitaria en cuidados de salud a pacientes, cuidadores y familiares para mejorar la armonía de la situación y así poder prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado.
- ✓ Valoración psicológica de los pacientes y sus familias, basada en datos complejos que provienen de distintas fuentes, incluyendo las pruebas psicológicas y neuropsicológicas, la entrevista clínica y las observaciones directas e indirectas.
- ✓ Proporcionar counselling y psicoterapia aplicados a los Cuidados Paliativos.
- ✓ Proporcionar consulta, supervisión y apoyo psicológico al propio equipo de Cuidados Paliativos, para asesorar al resto de profesionales y al equipo de CP en relación a las necesidades del paciente y la familia.
- ✓ Gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.
- ✓ Participación en programas de formación específica.
- ✓ Desarrollo de líneas de investigación en Cuidados Paliativos.

2.2 Organización de la Atención Paliativa en Castilla la Mancha

Las principales características de la Organización de los Cuidados Paliativos son:

- Los enfermos con enfermedad avanzada/incurable, en cualquiera de sus modalidades ya sean pacientes geriátricos, oncológicos o con patología crónica limitante al domicilio están en todos los recursos del sistema sanitario, es decir, en la comunidad, en residencias de mayores, en los centros de atención socio-sanitaria, en los hospitales, etc., y ello conlleva un cambio en las medidas asistenciales en cada uno de ellos.

- La atención a estos pacientes requiere una gran flexibilidad y capacidad del sistema para adecuarse a los cambios rápidos que se producen en sus demandas.
- La coordinación / convergencia entre los diferentes niveles asistenciales tanto del ámbito sanitario como del social, es crucial para mantener una atención de calidad, garantizando la continuidad de cuidados, premisa fundamental del proceso de atención.
- Respeto absoluto a las preferencias del paciente y su familia, en función de las propias necesidades que se presenten a lo largo del proceso de atención como forma de garantizar el principio de autonomía. En base a este principio y a las necesidades se definirá el momento y lugar de asistencia al paciente.

A efectos organizativos, la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla la Mancha (ERCPCLM), contempla dos diferentes niveles de atención:

1) El nivel de Cuidados Paliativos básicos, primarios, generales o enfoque paliativo, hace referencia a los cuidados que deben proporcionarse a todos los pacientes que lo precisen, tanto en **Atención Primaria como Especializada**.

2) El nivel de Cuidados Paliativos específicos, secundarios, especializados o avanzados contempla diversos tipos de intervenciones de los **recursos específicos de cuidados paliativos** ante situaciones de complejidad.

La atención que se pretende es una **atención integral** que comprenda las dimensiones física, psicológica, social, y emocional tanto del paciente como de su unidad familiar.

Optamos por un **modelo transversal**, de corte socio-sanitario, orientado al domicilio, como lugar preferente de atención elegido por pacientes y familias.

Desde esta orientación al domicilio se otorga un **papel fundamental a la Atención Primaria** de la Salud, quien tendrá responsabilidades en la atención

directa y en la convergencia/cooperación con el resto de dispositivos, niveles y sistemas de atención, tanto sanitarios como sociales.

Esta concepción integral de la atención, puede generar “outputs” del proceso asistencial hacia sistemas de atención y recursos no estrictamente sanitarios, pero que convergen en las necesidades de atención de paciente y familias, (perspectiva socio-sanitaria).

Para garantizar la calidad, la eficiencia y la equidad del proceso de atención a los pacientes terminales y sus familias en Castilla-La Mancha, se crean las Unidades Funcionales de Cuidados Paliativos como gestoras de los flujos del proceso de atención en coordinación con atención primaria de la salud y servicios sociales.

En estas Unidades de Cuidados Paliativos se integran los dispositivos específicos de Cuidados Paliativos para un área sanitaria de referencia: **Unidades Domiciliarias de Cuidados Paliativos (UDCP) y Unidades hospitalarias de Cuidados Paliativos (UhCP).**

Dichos equipos de Cuidados Paliativos, dependen de Atención Especializada, tendrán competencias de atención directa y soporte, y articulan una red de dispositivos asistenciales que proporciona una atención integral y la continuidad de cuidados a los pacientes con enfermedad avanzada/incurable y a sus familias.

Para ello, trabajan en base a:

1) Criterios de inclusión, basados en la definición de Enfermedad Terminal: aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes, con la existencia de un gran impacto emocional en los enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida limitado, que genera gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y de la calidad de vida del enfermo y de la familia, basado en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

- 2) Atención integral y continuada al conjunto enfermo-familia debidamente protocolizado.
- 3) Evaluando los resultados y justificando la eficiencia, con parámetros cuantificables.
- 4) Consultando con otros profesionales.
- 5) Consensuando con Atención Primaria para el desarrollo de la atención.
- 6) Participando de una cultura de la coordinación/convergencia con todos los dispositivos, niveles y sistemas de atención, tanto sanitarios como sociales, necesarios para que el proceso de atención al paciente y su unidad familiar, sea verdaderamente integral.

3. Definición

3.1 Definición funcional

Conjunto de actuaciones dirigidas a dar una respuesta integral e integrada a las necesidades de la persona en situación terminal y su familia, desde la identificación hasta que se produzca la muerte de la persona, incluyendo apoyo en el duelo. Basada en un modelo de atención compartida y corresponsable, entre recursos convencionales y avanzados, según la complejidad de la situación.

3.2 Límite de entrada

Paciente de cualquier edad en **situación terminal**, entendida ésta como la generada por una o más enfermedades oncológicas y/o no oncológicas, sin tratamiento específico curativo o capacidad de retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable.

Para detectar la **necesidad de atención paliativa**, que define también el límite de entrada del proceso, establecemos el uso por parte del médico responsable del paciente, de la **herramienta NECPAL 4.0** (ver **Anexo I**).

La situación terminal conlleva una evolución fluctuante, frecuentes crisis de necesidades y alta demanda de atención, y suele acarrear un gran impacto emocional en la persona y su familia.

Existe la **posibilidad de reentrada** en el proceso para aquellos pacientes no informados, inicialmente rechazados, pero en los que incrementa la complejidad y para aquellos que rechazan inicialmente la valoración por UCP (ver apartado 7.6).

3.3 Límite final

- Pacientes que no cumplen criterios para entrar en programa UCP.
- Paciente no informado por su facultativo responsable.
- Paciente que rechaza la valoración por parte de UCP.
- Paciente inicialmente incluido en programa UCP, pero en el que se objetiva una disminución de la complejidad (**ver apartado 7.7**).
- Atención al duelo.

3.4 Límite marginal

- La atención al duelo complicado.

4. Componentes

4.1 Recursos Humanos

La Unidad de Cuidados Paliativos de la G.A.I. de Talavera de la Reina ofrece asistencia sanitaria mediante un equipo formado por cuatro médicos y dos enfermeras (jornada completa), una trabajadora social (jornada parcial) y una persona del grupo auxiliar de la función administrativa (compartida con los Servicios de Oncología y Hematología).

4.2 Recursos Materiales

Para el desarrollo de su actividad y funciones tanto sanitarias como administrativas, la UCP ha dispuesto de tres espacios situados en la tercera planta con la siguiente distribución:

1. Despacho central con 4 puestos de trabajo, en el que además contamos con una zona de almacenaje, preparación de material y office, donde tienen lugar las sesiones de equipo e interdisciplinarias.
2. Despacho en ala lateral compuesto por dos puestos de trabajo

4.3 Recursos informáticos

Disponemos de 6 agendas individuales (una por cada componente a jornada completa del equipo) y una agenda de autogestión en la que se cita la primera valoración de todos los pacientes derivados de UCP.

La unidad dispone también de 4 dispositivos móviles, dos para relación con los pacientes y familias en domicilio y dos para relación con el personal que trabaja en el hospital.

También, tanto a nivel hospitalario como domiciliario, registramos la actividad realizada en archivos tipo Excel.

4.4 Transporte

Los dos equipos de atención domiciliaria se desplazan en vehículos a disposición permanente de la Unidad, conducidos por los propios profesionales. Se registra de forma mensual el número de kilómetros y el gasto en combustible, que nos encargamos de reponer.

El mantenimiento del coche y las revisiones necesarias que garanticen su funcionamiento son realizadas por el servicio de mantenimiento del SESCAM.

5. Cobertura geográfica y poblacional

La Gerencia Integrada de Talavera de la Reina presta atención sanitaria a una amplia comarca que se extiende desde los Montes de Toledo al sur a la Sierra de San Vicente al norte, incluye toda la zona oeste de la provincia de Toledo, las localidades de Anchuras (Ciudad Real) y Pantano de Cijara (Cáceres) y hacia el este hasta la localidad de Quismondo en el límite del área de Toledo. Cubre una población cercana a los 160.000 habitantes a la que se une los 30.000 habitantes procedentes del Valle del Tiétar (estos últimos sólo a nivel hospitalario).

Para desarrollar el trabajo diario, se ha dividido el área geográfica de actuación en dos zonas (este y oeste) con un número similar de pacientes potenciales. En la Figura 1 se expone un mapa de la región que atendemos.

Para cada zona hay asignado un equipo de domicilio formado por médico y enfermera, y un médico que realiza la asistencia hospitalaria.

La amplia dispersión geográfica, condiciona ampliamente en el número de visitas domiciliarias que pueden realizarse cada día. Dividida el área, sería la siguiente:

- Zona Este: dispersión de hasta 85Km (1,25h por trayecto) de distancia por carretera nacional.
- Zona Oeste: dispersión de hasta 74Km (1,10h por trayecto) de distancia por carretera nacional.

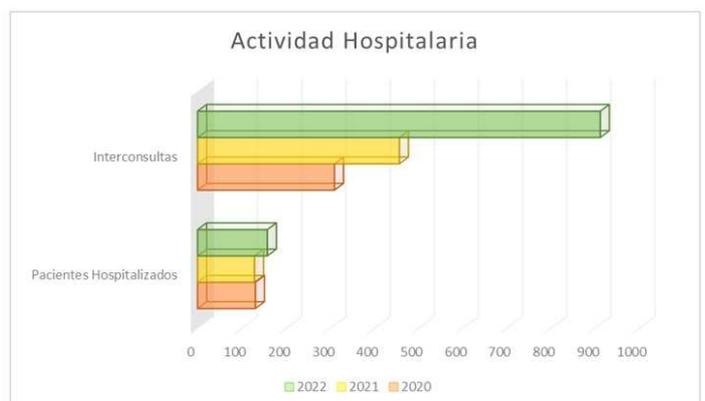
6. Actividad de la UCP en los años 2020-2022

Desde la unidad, somos testigos del crecimiento continuo de nuestra actividad asistencial, tanto en medio domiciliario como en medio hospitalario. Esto se debe al incremento de la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas, así como el mayor conocimiento de nuestras actividades y funciones por parte de los equipos sanitarios.

La media de atención es de 3 a 4 pacientes/día, por equipo. Cada equipo domiciliario atiende simultáneamente una media de 50 pacientes, con un porcentaje de fallecimiento en medio domiciliario de aproximadamente un 75%.

La capacidad de Unidad de Hospitalización Convencional es de 8 camas, manteniendo un porcentaje medio de ocupación de un 20-25%. La atención a pacientes por interconsultas en otros servicios del hospital se mantiene en continuo crecimiento en los últimos años.

A continuación, y como aval del incremento paulatino de nuestra actividad asistencial, reflejamos algunos de los datos más relevantes de actividad de los 3 últimos años:



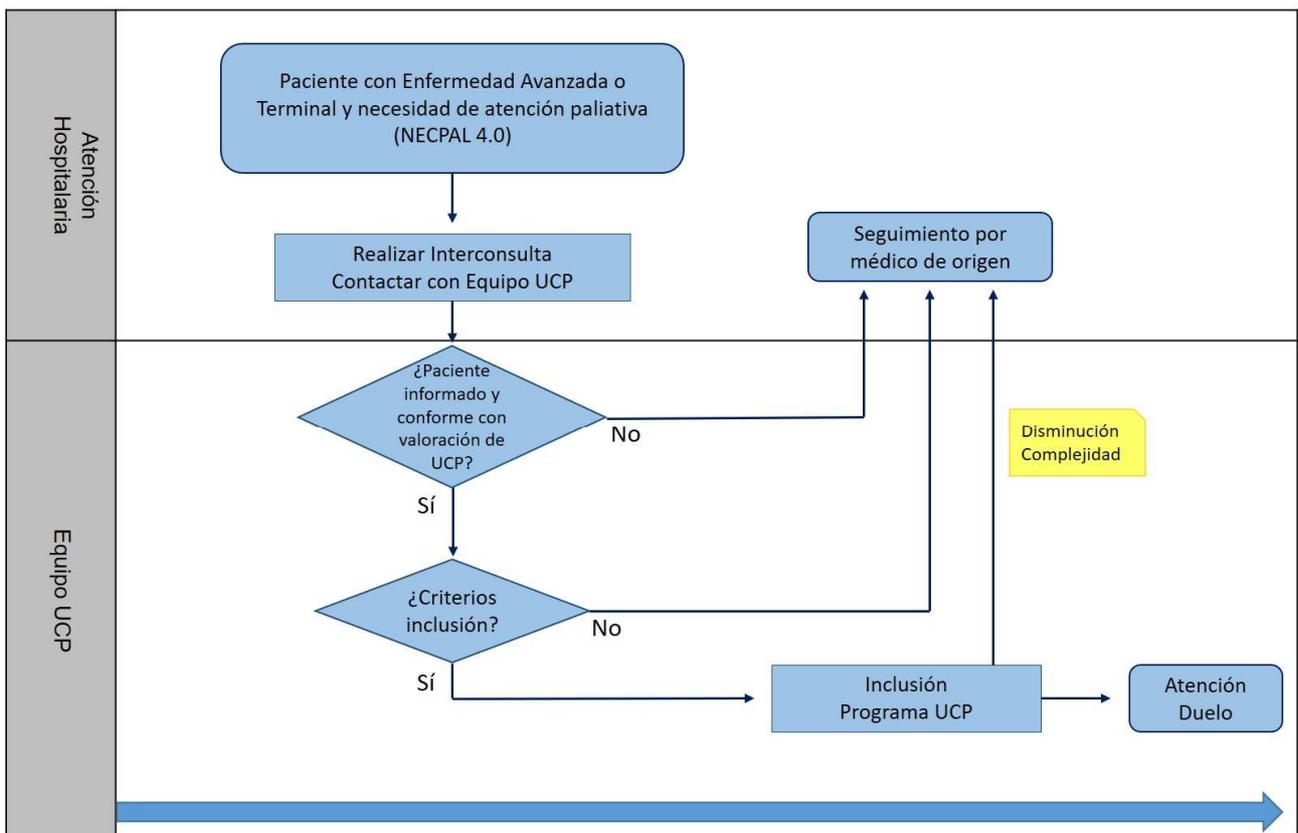
7. Descripción

La descripción general del PAI se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad, el ámbito de actuación, la actividad o el servicio que se realiza y la secuencia lógica de su realización, reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.

Tras mostrar una descripción general, se expondrá una descripción del proceso en función de la localización de origen del paciente (Consultas externas, Planta de hospitalización, Urgencias y Atención Primaria).

7.1 General

En la siguiente gráfica (gráfica 1) se representa el circuito general que sigue el paciente desde que entra en el proceso hasta su salida.

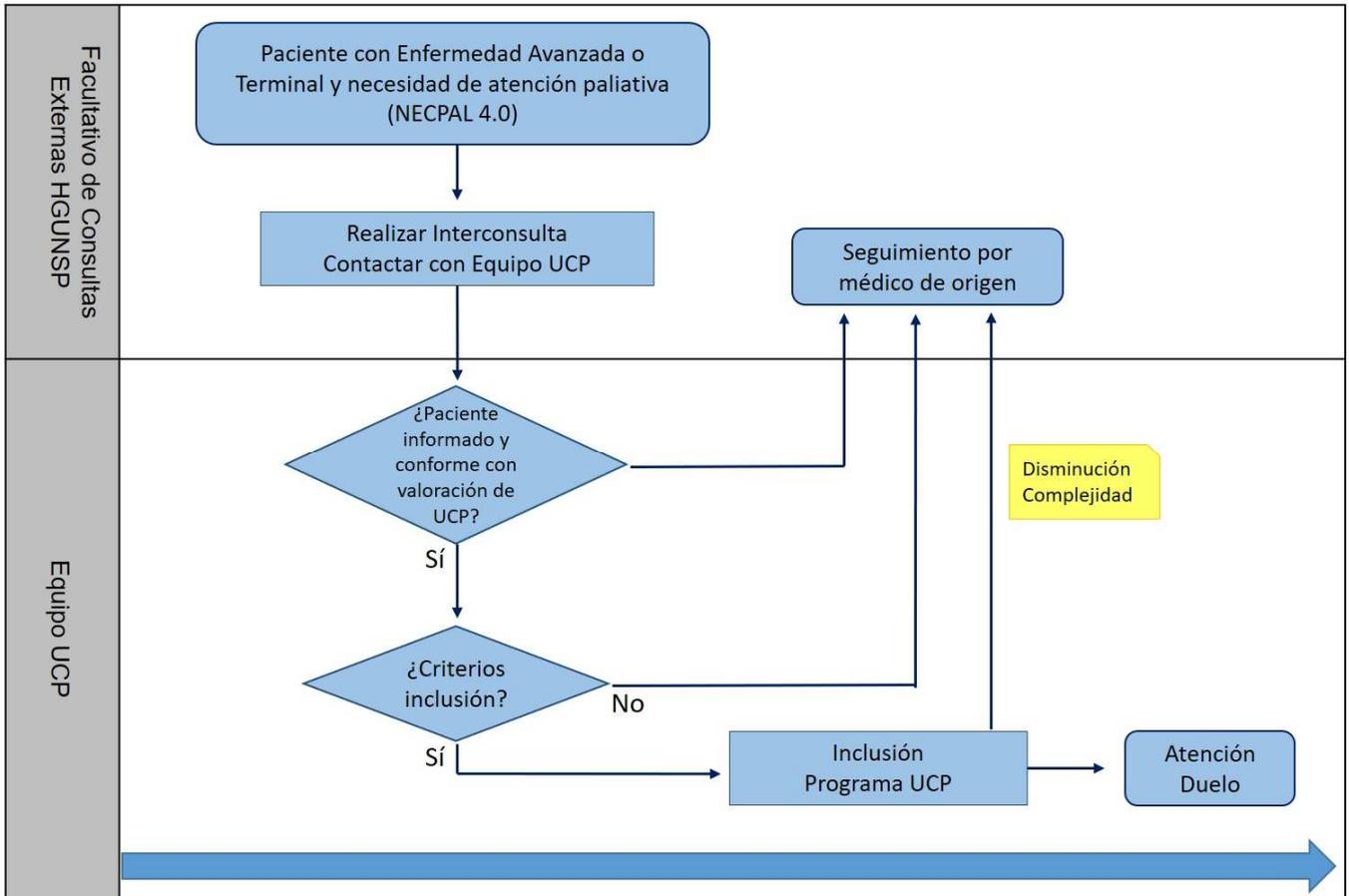


Gráfica 1: Descripción general del proceso

Actividad	Descripción
1. Entrada en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con enfermedad avanzada o terminal que precise de atención paliativa (NECPAL 4.0).
2. Información	<ul style="list-style-type: none"> • Se informará adecuadamente al paciente sobre su diagnóstico, situación clínica actual y pronóstico. • Se explicará la necesidad de enfoque paliativo. • Se informará sobre la derivación para valoración por parte de la UCP. • Se confirmará que el paciente acepte la derivación. • En caso de que el paciente tenga deterioro cognitivo o impedimentos para entender la información, se deberá informa a la familia.
3. Interconsulta y contacto UCP	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará interconsulta a través de mambrino. • Se contactará con el equipo UCP presencialmente en el despacho de trabajo o mediante los buscas 25202/22593 (planta hospitalización y urgencias) o 29010/26453 (CEX) para concretar el motivo de la interconsulta, asegurar que el paciente ha sido informado y conocer su situación clínica.
4. Valoración UCP: ¿Criterios Inclusión?	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará valoración multidimensional de paciente y entorno socio-familiar (Valoración Integral). • Se emplearán los criterios de terminalidad de la NHO (Anexo IV). • Se empleará la herramienta de diagnóstico de complejidad "IDC-Pal" (Anexos V y VI). • Se dejará por escrito si el paciente es incluido o no en programa UCP ("Valoración Inclusión UCP").
5. Salida del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que no cumple criterios de inclusión en programa UCP. • Paciente no informado por su facultativo responsable. • Paciente que rechaza la valoración de UCP. • Paciente inicialmente incluido en programa UCP, pero en el que se objetiva una disminución de la complejidad. • Atención al duelo.

7.2 Pacientes en Consultas externas

En la siguiente gráfica (gráfica 2) se representa el circuito que sigue el paciente que realiza un seguimiento en consultas externas del Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado (HGUNSP), desde que se detecta la situación de enfermedad avanzada o terminal, y la necesidad de atención paliativa.

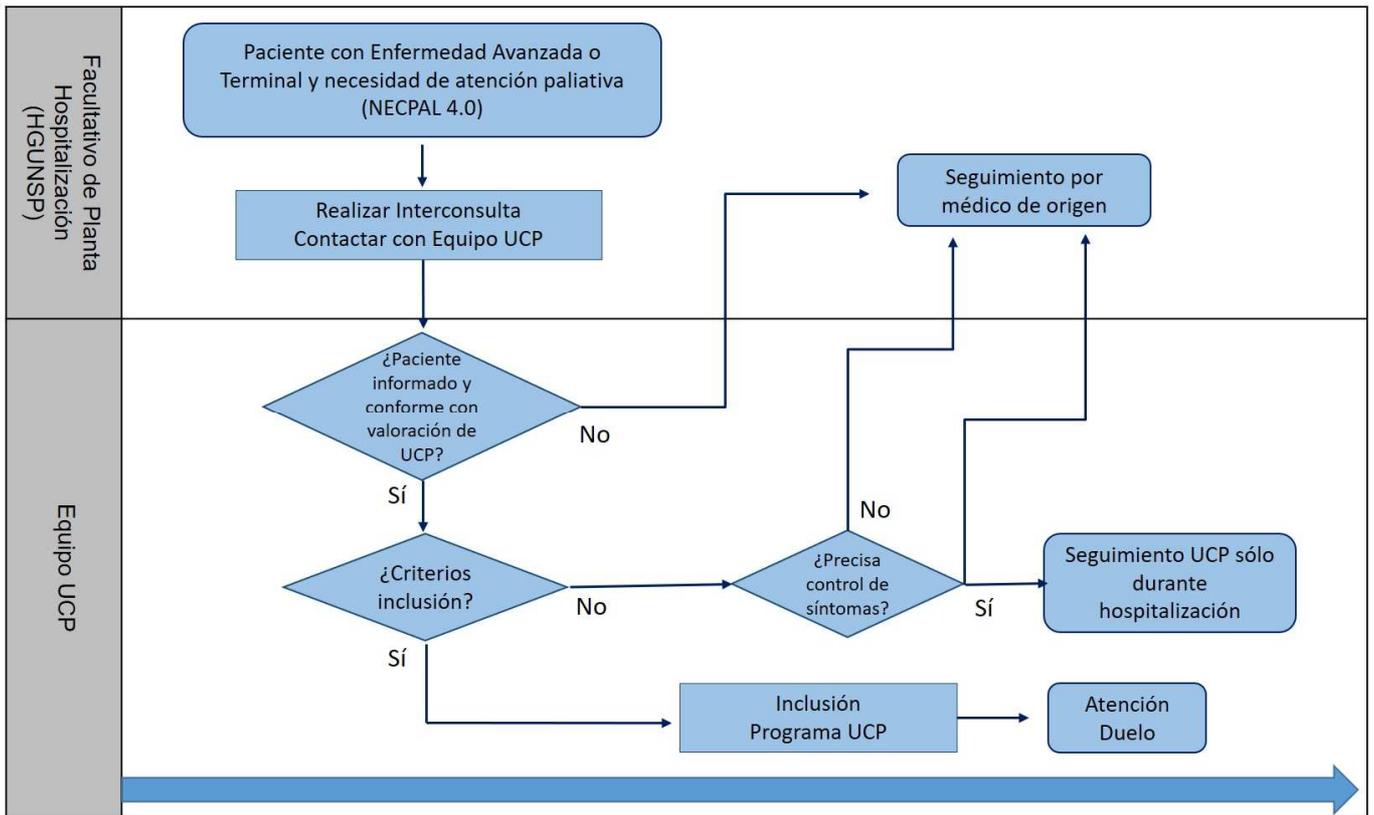


Gráfica 2: Descripción del circuito desde Consultas Externas del HGUNSP

Actividad	Descripción
1. Entrada en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con enfermedad avanzada o terminal que precise de atención paliativa (NECPAL 4.0).
2. Información	<ul style="list-style-type: none"> • Se informará adecuadamente al paciente sobre su diagnóstico, situación clínica actual y pronóstico. • Se explicará la necesidad de enfoque paliativo. • Se informará sobre la derivación para valoración por parte de la UCP. • Se confirmará que el paciente acepte la derivación. • En caso de que el paciente tenga deterioro cognitivo o impedimentos para entender la información, se deberá informar a la familia.
3. Interconsulta y contacto UCP	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará interconsulta a través de mambrino. • Se contactará con el equipo UCP (búsquedas de domicilio, 29010 ó 26453, o presencialmente en el despacho de trabajo) para concretar el motivo de la interconsulta, asegurar que el paciente ha sido informado y conocer su situación clínica.
4. Valoración por UCP: ¿Criterios Inclusión?	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará valoración multidimensional de paciente y entorno socio-familiar (Valoración Integral). • Se emplearán los criterios de terminalidad de la NHO (Anexo IV). • Se empleará la herramienta de diagnóstico de complejidad "IDC-Pal" (Anexos V y VI). • Se dejará por escrito si el paciente es incluido o no en programa UCP ("Valoración Inclusión UCP").
5. Salida del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que no cumple criterios de inclusión en programa UCP. • Paciente no informado por su facultativo responsable. • Paciente que rechaza la valoración de UCP. • Paciente inicialmente incluido en programa UCP, pero en el que se objetiva una disminución de la complejidad. • Atención al duelo.

7.3 Pacientes en Planta de Hospitalización

En la siguiente gráfica (gráfica 3) se representa el circuito que sigue el paciente que se encuentra hospitalizado en el HGUNSP, desde que se detecta la situación de enfermedad avanzada o terminal, y la necesidad de atención paliativa.

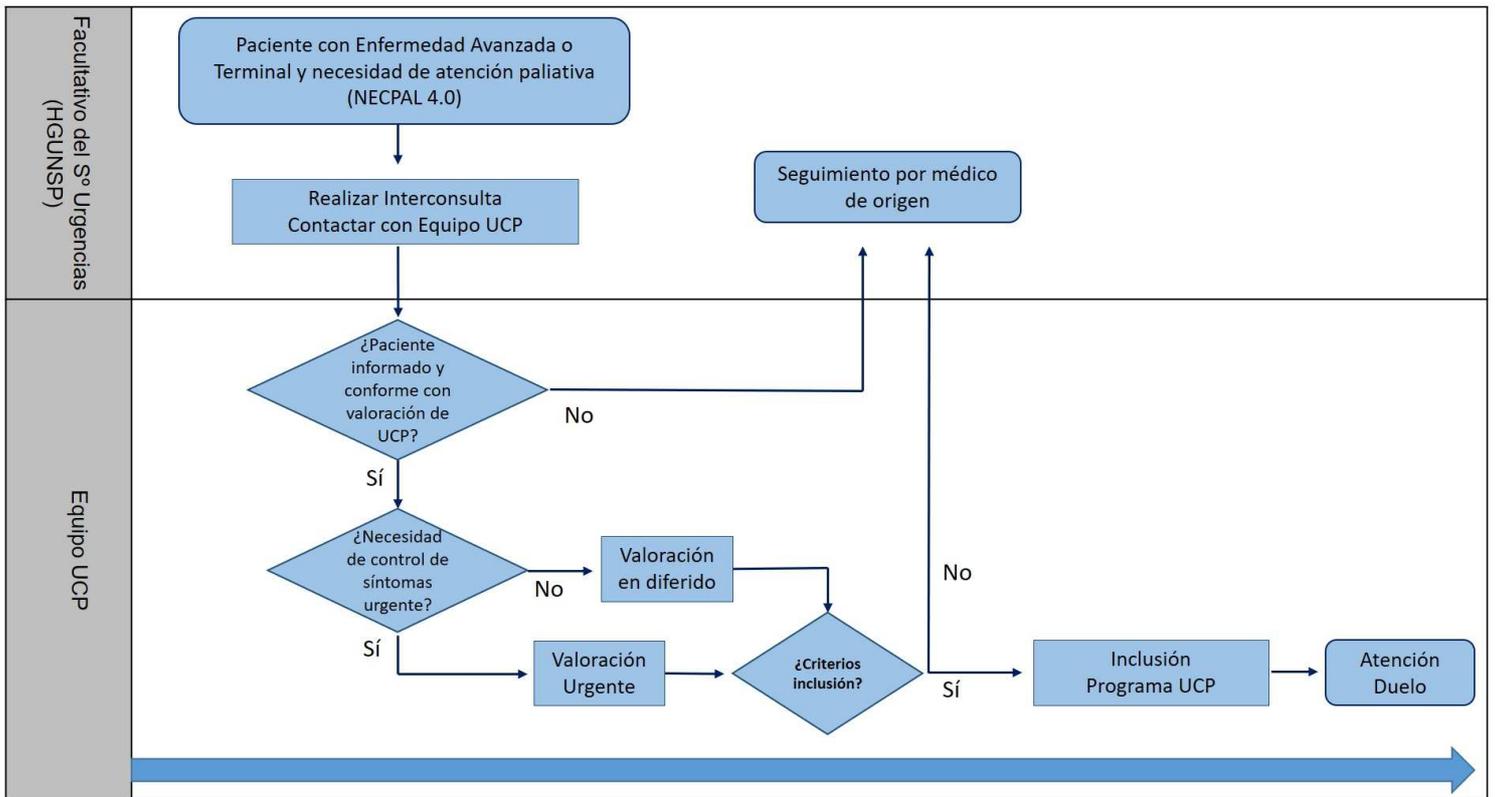


Gráfica 3: Descripción del circuito desde Planta de Hospitalización HGUNSP

Actividad	Descripción
1. Entrada en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con enfermedad avanzada o terminal que precise de atención paliativa (NECPAL 4.0)
2. Información	<ul style="list-style-type: none"> Se informará adecuadamente al paciente sobre su diagnóstico, situación clínica actual y pronóstico Se explicará la necesidad de enfoque paliativo Se informará sobre la derivación para valoración por parte de la UCP Se confirmará que el paciente acepte la derivación En caso de que el paciente tenga deterioro cognitivo o impedimentos para entender la información, se deberá informa a la familia.
3. Interconsulta y contacto UCP	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará interconsulta a través de mambrino. Se contactará con el equipo UCP (búsquas de hospital, 25202 ó 22593, o presencialmente en el despacho de trabajo) para concretar el motivo de la interconsulta, asegurar que el paciente ha sido informado y conocer su situación clínica.
4. Valoración por UCP: ¿Criterios Inclusión?	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará valoración multidimensional de paciente y entorno socio-familiar (Valoración Integral). Se emplearán los criterios de terminalidad de la NHO (Anexo IV). Se empleará la herramienta de diagnóstico de complejidad “IDC-Pal” (Anexos V y VI). Se dejará por escrito si el paciente es incluido o no en programa UCP. Posibilidad de traslado a camas UCP en función de criterios de médico de UCP (“Valoración Inclusión UCP”).
5. Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará seguimiento durante la hospitalización y control sintomático en caso de que sea preciso.
6. Salida del proceso	<ul style="list-style-type: none"> Paciente que no cumple criterios de inclusión en programa UCP. Paciente no informado por su facultativo responsable Paciente que rechaza la valoración de UCP. Atención al duelo.

7.4 Pacientes en el Servicio de Urgencias

En la siguiente gráfica (gráfica 4) se representa el circuito que sigue el paciente que se encuentra en el servicio de urgencias del HGUNSP, desde que se detecta la situación de enfermedad avanzada o terminal, y la necesidad de atención paliativa.

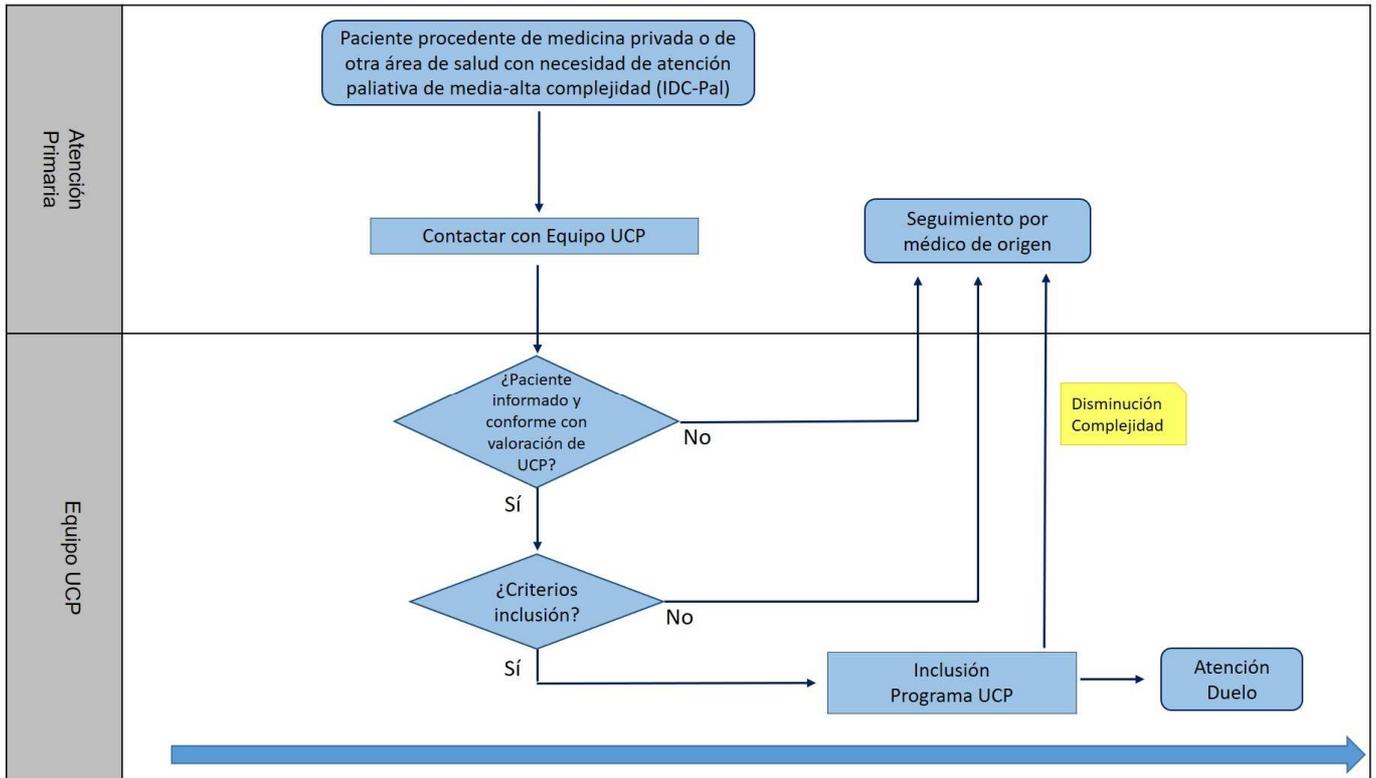


Gráfica 4: Descripción del circuito desde el Servicio de Urgencias HGUNSP

Actividad	Descripción
1. Entrada en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con enfermedad avanzada o terminal que precise de atención paliativa (NECPAL 4.0)
2. Información	<ul style="list-style-type: none"> Se informará adecuadamente al paciente sobre su diagnóstico, situación clínica actual y pronóstico. Se explicará la necesidad de enfoque paliativo. Se informará sobre la derivación para valoración por parte de la UCP. Se confirmará que el paciente acepte la derivación. En caso de que el paciente tenga deterioro cognitivo o impedimentos para entender la información, se deberá informar a la familia.
3. Interconsulta y contacto UCP	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará interconsulta a través de mambrino. Se contactará con el equipo UCP (búsquedas de hospital, 25202 ó 22593) para concretar el motivo de la interconsulta, asegurar que el paciente ha sido informado y conocer su situación clínica.
4. Control sintomático urgente por UCP	<ul style="list-style-type: none"> Sólo si se determina la necesidad urgente de control sintomático, en función de lo transmitido verbalmente por el médico de urgencias a través de la llamada al busca de UCP. Se realizará ajuste sintomático inicial vía telefónica o presencial en función de indicación a ojos del médico de UCP. Se procederá a ingreso hospitalario a cargo de UCP en caso de que se presente indicación para ello.
5. Valoración diferida por UCP: ¿Criterios Inclusión?	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará valoración multidimensional de paciente y entorno socio-familiar (Valoración Integral). Se emplearán los criterios de terminalidad de la NHO (Anexo IV). Se empleará la herramienta de diagnóstico de complejidad "IDC-Pal" (Anexos V y VI). Se dejará por escrito si el paciente es incluido o no en programa UCP ("Valoración Inclusión UCP").
6. Salida del proceso	<ul style="list-style-type: none"> Paciente que no cumple criterios de inclusión en programa UCP. Paciente no informado por su facultativo responsable. Paciente que rechaza la valoración de UCP. Atención al duelo.

7.5 Pacientes en Atención Primaria

En la siguiente gráfica (gráfica 5) se representa el circuito que sigue el paciente que se encuentra en Atención Primaria (GAI Talavera de la Reina), procedente de otras áreas de salud o de la medicina privada, desde que se detecta la situación de enfermedad avanzada o terminal, y la necesidad de atención paliativa de media-alta complejidad.



Gráfica 5: Descripción del circuito desde Atención Primaria

Actividad	Descripción
<p>1. Entrada en el proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente procedente de otra área de salud o de medicina privada con necesidad de atención paliativa de media-alta complejidad (IDC-Pal) y que aporte informe de especialista de origen. • Se empleará por tanto la herramienta de diagnóstico de complejidad “IDC-Pal” por parte de Atención Primaria.
<p>2. Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se informará adecuadamente al paciente sobre su diagnóstico, situación clínica actual y pronóstico. • Se explicará la necesidad de enfoque paliativo. • Se informará sobre la derivación para valoración por parte de la UCP. • Se confirmará que el paciente acepte la derivación. • En caso de que el paciente tenga deterioro cognitivo o impedimentos para entender la información, se deberá informa a la familia.
<p>3. Contacto UCP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se contactará con el equipo UCP (buscas de domicilio, 29010 ó 26453, en función del área geográfica; ver Anexo II) para concretar el motivo de la interconsulta, asegurar que el paciente ha sido informado y conocer su situación clínica.
<p>4. Valoración por UCP: ¿Criterios Inclusión?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará valoración multidimensional de paciente y entorno socio-familiar (Valoración Integral). • Se emplearán los criterios de terminalidad de la NHO (Anexo IV). • Se empleará la herramienta de diagnóstico de complejidad “IDC-Pal” (Anexos V y VI). • Se dejará por escrito si el paciente es incluido o no en programa UCP (“Valoración Inclusión UCP”).
<p>5. Salida del proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que no cumple criterios de inclusión en programa UCP. • Paciente no informado por su facultativo responsable. • Paciente que rechaza la valoración de UCP. • Paciente inicialmente incluido en programa UCP, pero en el que se objetiva una disminución de la complejidad. • Atención al duelo

En nuestro medio la práctica totalidad de pacientes con necesidades de atención paliativa y complejidad media-alta, tienen ya contacto con algún servicio del hospital y es el médico responsable hospitalario (planta, CEX o urgencias) quien realiza la derivación a UCP.

Quedan, como se ha expuesto, dos supuestos en los que recibimos derivaciones desde atención primaria:

- Pacientes procedentes de **otras áreas de salud o procedentes de medicina privada** que aporten un informe médico en el que se describan sus antecedentes personales, historia de la enfermedad avanzada o terminal y necesidad de cuidados paliativos.
- Pacientes ya valorados por la unidad, pero no incluidos en programa UCP, que presenten un **incremento en la complejidad** (ver apartado 7.6).

Para ello, se contactará telefónicamente con el equipo UCP mediante el busca domiciliario del área geográfica pertinente (ver **Anexo II**).

*Siempre permanece la unidad de cuidados paliativos disponible para el **asesoramiento** de pacientes con necesidades paliativas que permanecen en el ámbito de la atención primaria. Para solicitarlo, se deberá contactar con el busca domiciliario del área geográfica pertinente (ver **Anexo II**).*

7.6 Posibilidad de Reentrada en el proceso

Encontramos 3 escenarios de salida del proceso, diferentes a la atención al duelo, que tienen posibilidad de reentrada en el mismo:

- Pacientes valorados por UCP, que no cumplen criterios de inclusión en programa UCP, pero en los que se objetiva un **incremento de la complejidad con el tiempo**:
 - o Se debe cotejar el incremento de la complejidad mediante el uso de la **herramienta IDC-Pal** (ver Anexos V y VI) por parte de su médico responsable.
 - o Se realizará interconsulta a UCP en mambrino (sólo medio hospitalario).
 - o Se contactará con el equipo UCP para transmitir qué cambios ha habido y explicar las nuevas necesidades del enfermo, así como los resultados del formulario IDC-Pal.
 - o Si se confirma por parte de UCP el incremento de la complejidad, se volverá a realizar valoración del paciente.
- Pacientes que **rechazan inicialmente** la valoración por parte de UCP pero que, en el transcurso de su enfermedad, aceptan su atención:
 - o Se realizará interconsulta a UCP en mambrino (medio hospitalario).
 - o Se contactará con el equipo UCP para transmitir nueva situación del enfermo.
- Pacientes **no informados** por parte de su médico responsable que finalmente reciben la información pertinente:
 - o Se contactará con el equipo UCP para transmitir la nueva situación informativa del enfermo.
 - o Se realizará interconsulta a UCP en mambrino (medio hospitalario).

7.7 Posibilidad de Salida del proceso tras entrada en programa UCP

Aunque de manera poco frecuente, algunos pacientes presentan una **disminución de complejidad** tras haber iniciado ya el seguimiento por parte de UCP.

Para ello, se debe objetivar la disminución de complejidad según la herramienta IDC-Pal (ver Anexos V y VI).

En estos casos, el paciente finaliza seguimiento en programa UCP, debiendo ser comunicada esta decisión a su médico responsable de origen y a su médico de atención primaria (si fueran distintos).

La comunicación se realizará a través del correo electrónico genérico del centro de salud (con solicitud de confirmación de lectura) y telefónica directa según disponibilidad.

8. Valoración por parte del equipo UCP: Valoración Integral, PDA, PCA, Criterios de Terminalidad, Complejidad y Toma de decisiones

La valoración realizada por parte la Unidad de Cuidados Paliativos, tiene como piedra angular el enfoque holístico del paciente, así como también valora a su entorno socio-familiar, realizando especial hincapié en el cuidador principal.

Se realizan las siguientes intervenciones:

8.1 Valoración Integral

La Valoración Integral (VI) se define como el proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales, sociales y espirituales del paciente, con la intención de elaborar un **plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo**. Se diferencia de la evaluación médica estándar en su énfasis en el paciente con necesidad paliativa, con sus problemas complejos, énfasis en el estado funcional y la calidad de vida, y el uso frecuente del equipo interdisciplinario y escalas de evaluación cuantitativa.

Viene fundamentada en el modelo biopsicosocial, a través de un equipo interdisciplinario, mediante un abordaje sanitario y social innovador centrado en la persona y su familia. Su integración en los cuidados paliativos genera menos muertes en entornos hospitalarios, **mejor utilización de los recursos en salud** y mayores estancias en sus hogares o residencias geriátricas (no disponemos de centros de cuidados intermedios en nuestra comunidad autónoma), tratamientos adecuados en las últimas semanas de vida y **mayores niveles de satisfacción para pacientes y familias**.

Principales objetivos de la VI: mejorar la precisión diagnóstica, racionalizar el plan terapéutico y farmacológico, asegurar el uso apropiado de los servicios de atención en salud disminuyendo la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización y aumentando el

uso de la atención domiciliaria, documentar cambios a través del tiempo y mejorar el estado funcional y calidad de vida.

En el **Anexo III** se desarrolla con mayor detalle.

8.2 Planificación Compartida de la Atención (PCA)

La planificación compartida de la atención (PCA) se define como un “proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Promueve la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención”.

8.3 Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA)

La PDA es el proceso voluntario, continuo de comunicación y de deliberación entre una persona capaz y el personal de salud implicado en su atención, acerca de los valores, deseos y **preferencias que quiere que se tengan en cuenta con respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente**; se refiere al proceso por el cual las personas expresan sus valores y prioridades con el objetivo de preparar los cuidados para el final de vida que estén acordes con sus preferencias personales, lo cual debe ser registrado y revisado en la historia clínica. Confecciona en sí misma una **herramienta clínica** para favorecer la toma de decisiones en momentos críticos de la vida de los pacientes.

Es un **proceso de comunicación** entre profesionales y pacientes que tiene como objetivo que estos últimos participen en la toma de decisiones y definan cómo quieren ser tratados fundamentalmente en los momentos finales de su vida cuando no disponga de la capacidad suficiente para un consentimiento informado. Puede ser un **proceso complejo que requiera de muchas conversaciones a lo largo del tiempo**. Las discusiones mantenidas y las decisiones tomadas a menudo se documentan a través de la realización de las directrices anticipadas o instrucciones previas y/o de la designación de un representante legal. Las instrucciones previas constituyen una

manifestación de la autonomía de la voluntad de los pacientes y por consiguiente expresan la dignidad de la persona. Al iniciar este proceso se deben tener en cuenta aspectos objetivos relacionados con la condición clínica y las posibilidades terapéuticas: evaluar utilidad de los tratamientos y la adecuación del esfuerzo terapéutico; aspectos subjetivos relacionados con el paciente: valores, deseos y preferencias; la competencia del paciente para la toma de decisiones y aspectos legales relacionados con la situación.

8.4 Consulta de Criterios de Terminalidad de la National Hospice Organization (NHO):

Los criterios de terminalidad universalmente utilizados son los acuñados en 1996 por la NHO. Estos se basan en tres criterios generales de naturaleza mixta clínica, asistencial y de preferencias del paciente y en criterios específicos para cada una de las insuficiencias orgánicas terminales (cardiológica, pulmonar, hepática, nefrológica y neurológica).

Estos criterios están recogidos en el documento "Criterios de derivación a la unidad de Cuidados Paliativos" ya aprobada por la GAI de Talavera de la Reina en 2015. Independientemente de ello, en el **Anexo IV** se adjuntarán dichos criterios.

8.5 Valoración de la Complejidad (Herramienta IDC-Pal)

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y la estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud español recomiendan un modelo compartido de prestaciones en cuidados paliativos, promoviendo la **integración de los recursos disponibles de acuerdo a las necesidades de los pacientes y a la complejidad de dichas necesidades** combinando una atención ambulatoria con la hospitalaria y centros especializados de CP. El Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos, IDC-Pal, fue publicado por el equipo regional de CP en Andalucía y fue elaborado siguiendo los criterios de clasificación por elementos y niveles de complejidad establecidos en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Andalucía (2.a ed, 2007). Ver **Anexos V y VI**.

8.6 Toma de decisiones

Tras realizar la valoración integral y planificación de decisiones anticipadas, lo que detecta las necesidades multidisciplinares que presenta el paciente, y basando la decisión también en los criterios de terminalidad de la NHO y en la complejidad detectada, se decide si el paciente entrará en programa UCP o continuará seguimiento por parte de su médico de origen y/o Atención Primaria. Describimos 3 supuestos escenarios:

- Paciente con necesidad de atención paliativa, que cumple criterios de terminalidad y que presenta una **situación no compleja o de complejidad baja**: Continúa seguimiento por parte de **médico de origen y/o Atención Primaria**.
- Paciente con necesidad de atención paliativa, que cumple criterios de terminalidad y que presenta una **situación compleja o complejidad intermedia**: Se tomará la decisión de si entra en programa de UCP de manera **individualizada en función del criterio del médico de UCP** que valore el caso.
- Paciente con necesidad de atención paliativa, que cumple criterios de terminalidad y que presenta una **situación altamente compleja o de complejidad alta**: Entra de manera directa en programa UCP.

La decisión tomada quedará reflejada en mambrino bajo el epígrafe de **“Valoración Inclusión UCP”**.

En algunos casos (diagnósticos no filiados, estudios de extensión no realizado, etc.), no se podrán comprobar de manera estricta los criterios de terminalidad, por lo que la toma de decisiones tendrá lugar tomando como referencia la complejidad (herramienta IDC-Pal) y el criterio del facultativo de UCP.

9. Pacientes incluidos en la UCP (“Programa UCP”)

Durante el seguimiento de los pacientes incluidos en la Unidad de Cuidados Paliativos se prioriza la asistencia domiciliaria, teniendo que utilizar la cobertura hospitalaria en casos de necesidad (intercurrencias clínicas, claudicación familiar, intervencionismo en Hospital de Día médico, entre otras). Cuando se acerca la situación de últimos días del paciente, se respeta la voluntad explícita y posibilidades de su entorno socio-familiar, para que el fallecimiento tenga lugar en medio domiciliario u hospitalario.

9.1 Atención Hospitalaria

Para facilitar la logística hospitalaria, según el momento de enfermedad en que se encuentre el paciente, y la función que se requiera por parte de la UCP, se realizará el seguimiento de manera “conjunta” o “exclusiva”:

- **Seguimiento conjunto:** se aplica a aquellos pacientes que aún reciben algún tipo de intervención y/o seguimiento reglado por parte de su médico responsable. En este tipo de pacientes, se intentará realizar una presencia progresiva por parte de la UCP, con el objetivo de aportar control sintomático e iniciar una relación terapéutica con el paciente y su familia. La función de la UCP es complementaria a la de su médico responsable de origen. En caso de interurrencia que requiera de ingreso hospitalario, éste sería a cargo del servicio correspondiente según la patología que lo motive o bien a cargo del servicio responsable.

- **Seguimiento exclusivo:** se aplica a aquellos pacientes que ya no reciben ningún tipo de intervención y/o seguimiento por parte de su médico responsable de origen (ya desestimada cualquier tipo de quimioterapia y/o soporte transfusional reglado), ya que prima el enfoque paliativo/sintomático en todos los aspectos. El equipo de UCP mantiene, junto a Atención Primaria (atención compartida), la responsabilidad central sobre el paciente. En caso de interurrencia que requiera de ingreso hospitalario, éste será a cargo de la UCP.

El sentido de esta diferenciación y su manejo radica en la *optimización de los medios sanitarios disponibles para garantizar la mayor excelencia en la atención* de nuestros pacientes, en función del momento de vida y/o de enfermedad en que se encuentren.

La atención hospitalaria se lleva a cabo por dos médicos con formación avanzada de Cuidados Paliativos que realizan:

- Evaluación integral
- Indicación de tratamiento y prescripción de medicamentos.
- Indicación de técnicas intervencionista en coordinación con Radiología Intervencionista y Radioterapia (drenaje biliar externo o endoprótesis biliar, drenaje peritoneal en ascitis refractaria tipo pig-tail, drenaje pleural, bloqueo de plexos neuronales, radioterapia antiálgica y radioterapia hemostática entre otras).
- Información y comunicación con la familia del paciente
- Comunicación de malas noticias
- Soporte emocional del paciente y sus familiares, tanto de manera conjunta como paralela.
- Apoyo y orientación en el proceso de toma decisiones
- Registros y cumplimiento de historia clínica.
- Continuidad asistencial

El personal de enfermería de la planta se encarga de los pacientes ingresados. En caso de necesidades socio-sanitarias se interconsulta con los trabajadores sociales del hospital.

9.2 Asistencia Domiciliaria

Atención específica a pacientes y familiares que se encuentran en domicilio, proporcionada por **un médico y una enfermera**.

La asistencia a domicilio se realiza en toda el área de la gerencia de Talavera. El desplazamiento se realiza en **coches del SESCAM** que conduce uno de los componentes del equipo de forma indistinta.

Los pacientes incluidos en programa UCP precisan de una **atención individualizada**, con un plan de cuidados dinámico y adaptado a cada momento de enfermedad.

Dada la elevada casuística, el escaso personal y la dispersión geográfica de nuestro entorno, realizamos siempre una primera visita domiciliaria, que en muchas ocasiones es la que permite conocer si el paciente queda incluido o no en programa, y posteriormente **sólo podemos realizar visitas domiciliarias en caso de alta necesidad** (descontrol sintomático, necesidad de intervencionismo, descontrol emocional del paciente o del entorno familiar o por aproximación a situación de final de vida, cuando intentamos mantener la mayor presencia posible). No tenemos por tanto la posibilidad de programar de manera prospectiva las visitas o realizarlas con cierta regularidad.

Para saber priorizar y detectar aquellos pacientes en los que hace falta una valoración presencial, nos basamos en la **información telefónica** que paciente o familia nos remiten a nuestros teléfonos de contacto, así como valoraciones que realizan de manera compartida los médicos de atención primaria y/o los médicos hospitalarios. El horario de asistencia es de **8h a 15h de lunes a viernes**.

En este nivel, desde la UCP, se ofrece:

- Atención por médico con formación avanzada de cuidados paliativos:
 - o Evaluación integral.
 - o Indicación de tratamiento y prescripción de medicamentos.
 - o Información y comunicación con la familia del paciente.

- Comunicación de malas noticias.
 - Soporte emocional del paciente y sus familiares, tanto de manera conjunta como paralela.
 - Apoyo y orientación en el proceso de toma de decisiones.
 - Registros y cumplimiento de historia clínica
 - Continuidad asistencial
 - Técnicas invasivas según indicación médica.
 - Plan de cuidados.
 - Gestiones administrativas (gestión de citas, ambulancias, recetas).
- Atención por enfermería con formación avanzada de cuidados paliativos:
- Asistencia y técnicas de enfermería, tales como paracentesis evacuadoras, toracocentesis a través de drenaje tunelizado, manejo y cuidado de vías centrales de acceso periférico (PICC, midline y Port-a Cath), manejo de nutrición parenteral domiciliaria, recambio de catéter de ureterostomía, recambio de gastrostomía percutánea tipo PEG, recambio de traqueostomía, administración de medicación a través de vías subcutáneas incluido antibióticos, infusores elastoméricos de perfusión continua, hipodermocclisis para hidratación, lavados vesicales continuos, curas complejas de úlceras tumorales...etc
 - Plan de cuidados.
 - Educación sanitaria.
 - Información y comunicación con la familia del paciente.
 - Soporte emocional del paciente y sus familiares, tanto de manera conjunta como paralela.
 - Registros y cumplimiento de historia clínica de enfermería.
 - Gestión de recursos.

- Continuidad asistencial.

Junto a la asistencia del equipo domiciliario de UCP, el pilar de la atención domiciliaria lo compone también la asistencia que se realiza desde **Atención Primaria**, tanto en las valoraciones por parte del personal médico como de enfermería. Esto es lo que se conoce como **Modelo de la Atención Compartida**: “resultado de la coordinación de los diferentes recursos implicados en la atención a personas con necesidades de cuidados paliativos tanto en la edad adulta como en la infancia y adolescencia”.

Este modelo requiere **contacto personalizado o telefónico** que permita resolver dudas o necesidades puntuales, ajustar el tiempo de interconsulta entre los diferentes recursos, así como programar ingresos hospitalarios al margen del circuito de atención de urgencias.

Así, al entrar un paciente en “programa de UCP”, se realiza:

- Comunicación de la inclusión del paciente en programa mediante correo el electrónico genérico de centro de salud al que pertenece (se solicita confirmación de lectura).
- Cita en consultas programadas de enfermería de referencia de atención primaria:
 - Para constatar visitas domiciliarias por parte del equipo.
 - Para organizar visitas domiciliarias por parte de A.P. al día siguiente de una posible alta hospitalaria.
 - Para posibilitar valoración domiciliaria por parte de A.P. para aquellos pacientes que lo precisen durante los fines de semana y festivos.
- Establecimiento de plan individualizado de cuidados y/o seguimiento en función de las necesidades del paciente.
- Inclusión en protocolo “Terminales” de Turriano por parte de Atención Primaria (ver **cómo activarlo** en **Anexo VII**).

9.3 Asistencia telefónica

Todos los pacientes reciben un teléfono de contacto, de atención directa por el personal del equipo UCP, que se encuentra disponible y operativo en horario de lunes a viernes de 8h a 15h, ininterrumpidamente.

Distinguimos dos tipos de intervención telefónica:

- Programada:
 - o Los equipos domiciliarios realizan llamadas telefónicas de control en horario de lunes a viernes de 8h a 15h para pacientes a su cargo.
 - o Los facultativos del hospital realizan llamadas de información a la familia sobre la evolución de la enfermedad durante la hospitalización, llamadas para coordinar el alta con las residencias geriátricas, y a los domicilios 24 horas tras el alta para garantizar la continuidad asistencial.
- A demanda: Los pacientes de domicilios disponen de teléfonos de contacto que son atendidos de lunes a viernes de 8h a 15h por los profesionales responsables de su área geográfica (un teléfono área compartido entre el personal médico y de enfermería).

9.4 Derivación a trabajo social

Tras realizar la valoración integral de los pacientes y su entorno socio-familiar, para llevar a cabo una intervención social integral, los profesionales del equipo de UCP realizan derivaciones para valoración por parte de trabajo social en función de los ítems expuestos en el **Anexo VIII**.

10. Atención al duelo

La intervención en el duelo constituye una de las funciones principales de las Unidades de Cuidados Paliativos que es llevada a cabo principalmente por el profesional especializado en psicología.

Los objetivos de este profesional sanitario son:

- Facilitar la elaboración psicológica del proceso de enfermedad y muerte
- Prevenir la aparición del duelo patológico
- Facilitar la resolución del proceso de duelo
- Detectar y tratar el duelo patológico en caso de presentarse

Aunque solo una minoría de dolientes requerirán de una atención psicológica estructurada es necesaria la detección precoz de los problemas asociados al duelo. Para ello es imprescindible la participación del psicólogo a lo largo de todo el proceso de enfermedad.

Se recomienda llevar a cabo una asistencia formal por parte del especialista en psicología en los siguientes casos:

- Presencia de factores de riesgo para duelo patológico
- Existencia de duelo complicado
- Si lo demanda el doliente
- Situaciones de riesgo por vulnerabilidad de los dolientes: niños, adolescentes, personas con alguna discapacidad (mental y/o cognitiva), familiares más ancianos.

No se recomienda realizar una asistencia estructurada en los casos de duelo normal. Pero si un apoyo emocional básico e información de los recursos disponibles.

Para poder llevar a cabo la asistencia en estos casos se deben realizar una serie de intervenciones una vez que se produzca el fallecimiento del enfermo:

- Llamada de pésame en las primeras 72 horas
- Carta de condolencia personalizada
- Llamadas de seguimiento (al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año)
- Intervención terapéutica si el familiar expresa demanda de atención psicológica
- Intervención terapéutica en caso de presencia de miembros vulnerables

10.1 Situación actual de la atención al duelo

Actualmente la unidad carece de atención psicológica, por lo que sólo se realiza:

- Llamada de condolencias tras fallecimiento.
- Carta de condolencias.

11. Funciones no asistenciales de la UCP

11.1 Actividad de coordinación

- Asesoramiento a profesionales de cualquier centro de atención primaria o de servicios de atención especializada de la gerencia para consejo sobre el manejo del paciente.
- Asesoramiento a todos los profesionales en la canalización de pacientes a nuestra unidad para llevar a cabo una correcta inclusión según los criterios definidos por la comunidad científica.
- Sesión interdisciplinar con Trabajadora social los miércoles a primera hora de la mañana.
- Sesiones de equipo médicos y enfermeras todos los días a primera hora.

11.2 Actividad docente

- Sesiones clínicas en los servicios hospitalarios.
- Formación continuada básica en CP a los equipos de Atención Primaria.
- Formación continuada para personal de la planta de hospitalización.
- Formación en CP para servicios de medicina especializada.
- Colaboración en la formación de personal de centros socio-sanitarios.
- Estancias de rotación programada para formación de MIR y EIR. Alumnos de grado de enfermería y grado de trabajo social.
- Sesión Bibliográfica de residentes una vez terminada la rotación.

12. Necesidades de la UCP

12.1 Incremento en el número de equipos domiciliarios

Actualmente, cada equipo domiciliario mantiene una media de atención de 50 pacientes, contando con la dispersión geográfica de la región. Ello implica una **elevada carga asistencial e imposibilita la posibilidad de realizar visitas domiciliarias rutinarias**, tan importantes para la continuidad asistencial (reevaluación de aspectos funcionales, psico-emocionales, físicos, sociales, PAD...) de los pacientes incluidos en programa de UCP. Por ello, la oferta que realizamos a nivel de visitas domiciliarias es sólo en caso de alta necesidad (ya expuesto en el apartado 9.2).

Además, somos testigos de un **incremento exponencial de nuestra actividad** (ver en apartado 6), derivada de un mayor conocimiento de los cuidados paliativos por parte de los compañeros sanitarios, un incremento de las necesidades sociales por parte de la población y un envejecimiento e incremento de supervivencias de múltiples enfermedades crónicas, que derivan en necesidades de moderada-alta complejidad para los pacientes.

Para poder otorgar una atención paliativa de alta complejidad adecuada, con visitas regladas, y acompañar a nuestros pacientes y familiares en su etapa de final de vida (teniendo en cuenta además la dispersión geográfica), **consideramos que el máximo número de pacientes atendidos por cada equipo domiciliario no debería superar los 20-25.**

Sería posible plantear, además, la creación y ubicación de nuevos equipos domiciliarios en el entorno rural para facilitar en mayor medida la asistencia en dicho medio.

12.2 Creación de una consulta externa en el hospital

Actualmente, la UCP sólo ofrece asistencia a través de la atención domiciliaria o en planta de hospitalización, de manera que los pacientes incluidos en programa sólo pueden ser atendidos en dichas ubicaciones.

Consideramos que es una merma en cuanto a nuestra eficacia, ya que muchos de los pacientes que atendemos a nivel domiciliario podrían acudir al

hospital, tal y como hacen con otros especialistas mientras su enfermedad y funcionalidad lo permiten.

Además, actualmente no podemos iniciar cuidados paliativos precoces por la sobrecarga asistencial que sufrimos.

Consideramos que, tener una consulta externa para cuidados paliativos, acompañado de la dotación de personal correspondiente (tanto por parte de medicina como por parte de enfermería), permitiría descargar la cantidad de pacientes que realizan seguimiento domiciliario por parte de la unidad, y también que muchos pacientes en los que actualmente no intervenimos, puedan iniciar de manera precoz contacto con nuestra área de atención.

De esta manera reservaríamos la atención domiciliaria para aquellos pacientes que verdaderamente la necesitan y además ampliaríamos la cartera de servicio para pacientes que actualmente no se benefician de nuestra atención.

12.3 Incremento en el número de plazas de enfermería específica de cuidados paliativos a nivel hospitalario

El binomio en el que se sustenta la atención paliativa está compuesto por equipos de médico-enfermera, contando además con otros apoyos (trabajador social, psicólogo, auxiliar...), que se organiza y trabaja de manera transversal habitualmente. Actualmente en la unidad contamos con 4 médicos, pero sólo con 2 enfermeras, cifra que dista mucho de la ratio médico-enfermera deseable.

Disponer de enfermería específica de cuidados paliativos a nivel hospitalario permitiría incrementar nuestra presencia en el hospital, y establecer las funciones propias de una enfermera de enlace para los pacientes valorados por la unidad de cuidados paliativos. Entre ellas:

- ✓ Facilitar la coordinación con los profesionales de Atención primaria y/o cuidados paliativos para que en el momento del alta se garanticen los cuidados de manera continua.
- ✓ Asegurar la continuidad de cuidados tanto de los pacientes que residan en domicilio como en residencias geriátricas.

- ✓ Facilitar a los pacientes frágiles en el momento del alta la accesibilidad a los servicios asistenciales del hospital y A. Primaria, siendo un interlocutor que minimizará las visitas y desplazamientos innecesarios.

Todo ello sin olvidar la aportación a nivel de técnicas, docencia, plan de cuidados y elaboración de protocolos de manejo de enfermería de los que podrían beneficiarse todos los pacientes ingresados, ya reciban o no cuidados paliativos.

Además, la actividad hospitalaria que llevamos a cabo desde la unidad se ve incrementada de manera anual, tal como se puede consultar en los registros expuestos en el apartado de introducción del presente documento.

Lo que se plantea es una necesidad estructural toda vez que los cuidados paliativos forman parte de una cartera de servicios ya mantenida en el tiempo y que, en un Área con las características ya señaladas anteriormente, se verán incrementadas en el futuro. Esta necesidad estructural viene reflejada, además, en la existencia real de un grupo de trabajo destinado a las funciones propias de este ámbito de la atención sanitaria.

La plantilla orgánica es un elemento básico para la planificación, la ordenación y la gestión de los recursos humanos de cada una de las Gerencias del Sescam, que se concreta en la expresión cifrada de plazas de carácter estructural que, como máximo, podrán ocuparse en la prestación de servicios en los centros de gestión para cubrir las necesidades organizativas³. Siguiendo la lógica de lo expuesto, toda necesidad mantenida en el tiempo justifica la dotación de los efectivos precisos en la plantilla orgánica, sin que quepa, ante tal realidad, acudir a nombramientos temporales muy limitados en el tiempo cuyas causas se fundan en diferentes realidades.

Sirve este argumento para el resto de necesidades de personal, sin perjuicio que la dotación de los efectivos pudiera llevarse a cabo mediante una reordenación de los recursos humanos de los que ya se dispone.

³ Artículo 2.1 Orden de 14/11/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, del régimen de funcionamiento y estructura de las plantillas orgánicas del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Apostar por incrementar y dotar del personal suficiente a esta Unidad de Cuidados Paliativos nos ayudará a trabajar mejor y ampliar nuestras competencias y facilitará una transformación de cuidados a nivel de todo el hospital.

12.4 Creación de plaza de Psicología específica de la UCP

La inclusión de la disciplina de la psicología en la atención paliativa es un hecho reconocido por las sociedades científicas vinculadas, existiendo siempre algún representante de dicha disciplina en las juntas directivas de las mismas. Así mismo, encontramos una amplia representación de psicólogos en los equipos de CP en la mayor parte de los países europeos.

La psico-oncología, área afín a la atención psicológica paliativa, cubre cuatro grandes áreas: la asistencia clínica al paciente y su familia, la docencia, la prevención y la investigación. En nuestro país, y en la misma línea, en 2013 la SECPAL propuso la creación de un área de capacitación específica de psicología en CP.

Actualmente el equipo de UCP no dispone de dicha figura y reconoce claras las limitaciones en cuanto al abordaje psico-emocional de nuestros pacientes y familias (no disponemos de formación y competencias específicas).

Dada la necesidad, consideramos justificada la existencia, de una manera activa, propia y accesible, de la figura de un psicólogo en la unidad de cuidados paliativos. Nuestros pacientes, familias, y el equipo, se beneficiarían ampliamente de ello, ya que nuestra área de trabajo se expone a una alta carga emocional, con necesidades de adaptación rápidas y eficaces a las situaciones clínicas, emocionales, sociales y espirituales de nuestros pacientes y su entorno.

Queremos, además, puntualizar que nuestra unidad atiende a pacientes en edad pediátrica, lo que supone una carga emocional extra tanto a familiares como al equipo.

12.5 Creación de plaza de TCAE específica de la UCP

En la etapa de final de vida, tiene lugar un empeoramiento funcional significativo. Ello repercute de manera directa en el entorno socio-familiar del paciente, que se tiene que encargar de sus cuidados básicos.

Actualmente, son los miembros del equipo domiciliario los que se encargan de realizar docencia sobre cuidados básicos, consumiendo así recursos temporales y de personal en actividades no específicas de su categoría.

De igual manera, es el personal de la unidad (médicos y enfermeras) quien se encarga de la gestión y colocación de material y fármacos en el almacén ubicado en el despacho principal de la tercera planta del hospital, función no propia tampoco de su categoría profesional.

Consideramos por ello necesario contar con un TCAE que pueda realizar funciones tanto hospitalarias como domiciliaria, siempre en beneficio de la optimización de recursos de la unidad y de la calidad asistencial que reciben los pacientes y familiar a nivel domiciliario.

12.6 Sustitución de facultativos en periodo estival

Un año cuenta aproximadamente con unos 250 días laborables. Actualmente de los 4 facultativos que trabajan a tiempo completo en la unidad, uno de ellos además realiza asistencia en el S^o de Urgencias con mayor exigencia laboral en verano y, con su derecho al descanso tras una guardia de presencia física.

De esta manera, contando con días de vacaciones, días de libre disposición y libranzas de guardia, se cubre la actividad asistencial de la unidad al 100% menos de 75 días al año (lo que supone en el calendario 3 meses aproximadamente). Ello sin tener en cuenta posibles eventualidades como bajas laborales, permisos especiales, horas de docencia, asistencia a exámenes o pruebas oficiales, consultas médicas personales o acompañamiento a consultas médicas de menores o personas mayores, deberes inexcusables...

En consecuencia, **vemos mermada de manera casi continuada nuestra labor asistencial y la organización interna de la unidad.**

Entendemos que muchas de estas ausencias, son puntuales o compartidas con el resto de servicios hospitalarios (véase la libranza de guardias) pero a diferencia de muchos de ellos, **la unidad de cuidados paliativos no tiene la capacidad de posponer, modificar o reducir la actividad asistencial que ejerce.**

Esto, sumado a la ampliación de funciones, docencia y proyectos que pretendemos para la GAI, nos somete a una gran sobrecarga de trabajo.

Esta realidad constituye un motivo más que justifica el aumento en la dotación de efectivos, pues también es estructural en el sentido de que las vacaciones, descansos y permisos son ausencias repetidas y exigidas por la normativa y que afectan a una atención que no es demorable y que exige continuidad.

Por ello, al menos, vemos la necesidad de contar con sustitución los meses estivales.

12.7 Modificación del Protocolo de “Terminales” en Atención Primaria

Actualmente los médicos de atención primaria cuentan con este protocolo que activan cuando la supervivencia estimada de los pacientes no supera los 6 meses, así como con los siguientes diagnósticos: SIDA, Enfermedad oncológica o Enfermedad Neurológica Degenerativa.

Contempla diferentes escalas de valoración para el paciente (sintomáticas, funcionales y de movilidad) y sobre su cuidador principal (capacidad y sobrecarga).

Dada la evolución que el concepto de atención paliativa, independiente de tiempo de supervivencia, así como los cuidados pertinentes está teniendo en las últimas décadas, creemos de gran utilidad **incorporar la Herramienta NECPAL 4.0 en Turriano** como screening de detección de necesidades paliativas para que los Médicos de Atención Primaria puedan detectar qué pacientes tienen en su cupo con dichas necesidades y así poder orientar y dirigir su enfoque terapéutico y cuidados con ellos (ej. Desprescripción de determinados medicamentos).

También proponemos cambiar el nombre del protocolo por “**Atención Paliativa**”.

12.8 Creación de la categoría estatutaria de Médico de Cuidados Paliativos en el SESCAM

Actualmente en la unidad de cuidados paliativos, trabajan un especialista en Medicina Legal y Forense, dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Hematología y Hemoterapia.

Ante la ausencia de categoría estatutaria de Médico de Cuidados Paliativos en las plantillas orgánicas del SESCAM, estos facultativos ven dificultada la posibilidad de consolidación tanto de plaza propia como de interinidades, ya que tienen que hacerse a cargo de **servicios externos a la unidad**, lo cuales además pueden disponer de los facultativos en función de necesidad asistencial. Esto sobrecarga significativamente de trabajo a la unidad de cuidados paliativos, quien, como hemos mencionado anteriormente, no tiene la capacidad de modificar, anular o reducir su actividad asistencial.

Esto mismo lo comparten todos los facultativos que trabajan en el SESCAM, lo que interfiere de base en la organización de los diferentes equipos de cuidados paliativos, así como en la vida laboral de sus médicos.

Urge por tanto afrontar la creación de estas categorías precisamente porque es el modo correcto de normalizar una realidad existente desde hace años, demandada por la población, estratégica si de verdad se habla de humanización, eficiente frente al cambio en el proceso del final de la vida. Normalidad que pasa por darle el debido reflejo como unidad específica en la estructura de las Gerencias y con el tratamiento adecuado en las plantillas orgánicas, sin que, como hasta ahora, los profesionales sean contratados con cargo a otros servicios en los que finalmente no trabajan o trabajan a tiempo parcial.

Así, la creación de la categoría vendría a dar mayor seguridad jurídica, determinando las especialidades y competencias exigidas para su desempeño, permitiendo la formalización de los nombramientos de los profesionales con

adscripción al área funcional propio de este campo, y, en definitiva, consolidando verdaderamente el Servicio.

Desde la perspectiva de los profesionales, contarían con una seguridad jurídica no sólo por estar nombrados en virtud de la causa real que justifica su contratación, sino en cuanto al acceso al sistema mediante convocatorias específicas bajo los principios de igualdad, mérito y capacidad, pudiendo lograr dar cumplimiento también al principio de estabilidad en el empleo público.

Esto ya se ha realizado en otras comunidades autónomas como la Comunidad de Madrid, que contempla la creación de dichas categorías mediante la aplicación de la Ley Ómnibus.

12.9 Creación de un Centro Socio-Sanitario de Cuidados Paliativos para el Área de Talavera de la Reina

En la unidad de cuidados paliativos atendemos con frecuencia a pacientes, de edad muy variable, con un pronóstico de vida de semanas y sin la posibilidad de ser atendidos a nivel domiciliario por falta de apoyo socio-familiar.

A fecha de hoy, ante la ausencia de cuidadores, la única alternativa que tienen estos pacientes para no estar hospitalizados en la provincia de Toledo es ingresar en las camas destinadas a cuidados paliativos de la Residencia Geriátrica Barber (Toledo capital), que se encuentra a una hora de viaje desde Talavera de la Reina. Además, desde hace meses, se encuentra en obras y no disponemos de ubicación alternativa.

Ante esta realidad, muchos acaban ingresando en residencias geriátricas convencionales y/o acaban pasando sus últimas semanas de vida en una habitación hospitalaria, con todos los problemas (también de gasto económico) y sufrimiento añadido que ello conlleva.

Consideramos necesaria la creación de un centro socio-sanitario para cuidados paliativos y/o intermedios que atienda a los pacientes de nuestra región. En su defecto, solicitamos la asignación, al menos, de un número no menor de 10 camas para pacientes de cuidados paliativos en una de las residencias geriátricas públicas de Talavera de la Reina.

13. Bibliografía

1. Consejería de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla 2001.
2. Consejería de Salud. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales Integrados. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla 2009.
3. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Estrategia regional de cuidados paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020.
4. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos. 2ª Edición. [sede Web] Consejería de Salud. 2007. [Acceso el 30 de ENERO de 2014].
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-16 [Internet]. Madrid; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. (ASCO). J Clin Oncol [Internet]. 2017.
8. The National Institute for Health and Care Excellence [Homepage]. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline [NG31]. 2015.
9. Gomez-Batiste X, Martinez-Munoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care [Internet] 2013;3(3):300–8. Available from: <http://spcare.bmj.com/content/early/2012/12/14/bmjspcare-2012-000211>.

10. Gómez-Batiste X, Turrillas P, Tebé C, Calsina-Berna A, Amblàs-Novellas J. NECPAL tool prognostication in advanced chronic illness: A rapid review and expert consensus. *BMJ Support Palliat Care* 2020;1–11.
11. Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, Amblàs J and Gómez-Batiste X. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care* Epub ahead of print: 16 February 2021. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002567.
12. Fernandez-López A, Sanz-Amores R, Cía-Ramos R, Boceta-Osuna J, Martín-Roselló ML, Duque-Granado A, Melero-Bellido, JM. Criterios y Niveles de Complejidad en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2008; 15(5):287- 292.
13. María Rosa Salvador Cominoa, et al. El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2017;24(4):196-203.
14. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.
15. Bernabeu-Wittel M, et al. Precision de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. *RevEspGeriatrGerontol.* 2010. doi:10.1016/j.regg.2010.02003.
16. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cía-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la complejidad en Cuidados Paliativos). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca.
17. M.A. Benítez del Rosario, et al. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. *Aten Primaria* 2002. 15 de marzo. 29 (4): 237-240.

Anexo I: Detección de Necesidad de Cuidados Paliativos: NECPAL 4.0

Ante un paciente con una enfermedad avanzada o terminal, lo primero que su médico habitual debe realizar como parte de la entrada en el proceso, es **detectar la necesidad** de cuidados paliativos. Para ello, proponemos el uso transversal de la herramienta “NECPAL” en su versión 4.0 (2021).

El programa NECPAL nació para dar respuesta al reto de la atención paliativa precoz, integral e integrada a personas con enfermedades avanzadas de todo tipo en todos los servicios de salud y sociales e incluye actividades de investigación, docencia y consultoría. El instrumento ha evolucionado en varias versiones, ha sido traducido a muchos idiomas y es utilizado regularmente en muchos escenarios.

Las utilidades más conocidas del NECPAL son las de **cribaje poblacional de personas con necesidades paliativas** para determinar su prevalencia, así como establecer un primer listado de necesidades.

La herramienta consiste en responder a esta pregunta: *¿Se sorprendería si esta persona muriese a lo largo del año siguiente?* En caso afirmativo, se realizaría un check-list de 6 parámetros clínicos permitiendo confirmar las necesidades de atención paliativa e incluso identificar 3 estadios con pronóstico de supervivencia asociado.

1. Cómo aplicar NECPAL:

- 1) Revisar el listado completo de personas/pacientes prevalentes.
- 2) Hacer un listado de las personas con enfermedades crónicas evolutivas especialmente afectadas.
- 3) Hacerse la “pregunta sorpresa”, preferentemente personal médico y de enfermería: “Le sorprendería que este paciente muriese en 1 año?” y contestar con criterios clínicos basados en el **conocimiento del paciente**.
- 4) En los casos de pregunta sorpresa (PS) positiva (“no me sorprendería”), explorar los diferentes parámetros NECPAL genéricos y los específicos por enfermedad (figuras 1 y 2).

- 5) El resultado de este procedimiento es un listado de pacientes que tienen necesidades de atenciones paliativas y pronóstico de vida limitado.



Figura 1: Pregunta sorpresa y descripción de parámetros NECPAL

Recomendaciones generales:

- Conviene utilizar fundamentalmente criterios y parámetros clínicos (no se necesitan más exploraciones complementarias) basados en la experiencia y en el conocimiento del paciente, complementados con instrumentos validados.
- Profesionales: médicos y/o enfermeras que conozcan al paciente y su evolución. Es aconsejable hacer un abordaje interdisciplinario (personal médico + personal de enfermera, con la participación de otros profesionales).
- Ubicación: cualquier servicio del sistema (no es aconsejable en servicios de urgencias que no conozcan al paciente o los ingresos <3 días).

Acciones que se tienen que llevar a cabo para una atención integral a las personas identificadas:

- 1) Llevar a cabo una evaluación multidimensional
- 2) Evaluar el estado de la enfermedad y de su posible evolución
- 3) Identificar los valores y preferencias e iniciar la planificación de decisiones anticipadas (PDA)
- 4) Identificar y atender al cuidador principal
- 5) Identificar y ofrecer profesionales de referencia
- 6) Elaborar un plan terapéutico multidimensional
- 7) Gestionar los casos y llevar a cabo una atención integrada con otros servicios en el territorio.

2. Valor pronóstico:

El riesgo pronóstico se propone para grupos poblacionales que cumplen ciertos criterios. Hay que utilizarlo con prudencia aplicado a individuos, ya que desconocemos qué comportamiento pronóstico tendría en una sola persona perteneciente a un grupo. El pronóstico siempre está asociado a las necesidades y demandas evaluadas por lo que una vez obtenido, dispondremos de un dato de carácter situacional evolutivo, que nos puede orientar para el enfoque terapéutico. Es recomendable actualizarlo regularmente. Para ello, hay que enumerar los parámetros o factores positivos de valor pronóstico (necesidades paliativas identificadas, declive funcional, declive nutricional, multimorbilidad, aumento de uso de recursos y uso de los recursos específicos de enfermedad crónica) y consignar el número de parámetros afectados: 1-2, 3-4, o 5-6. Ver figura 2.

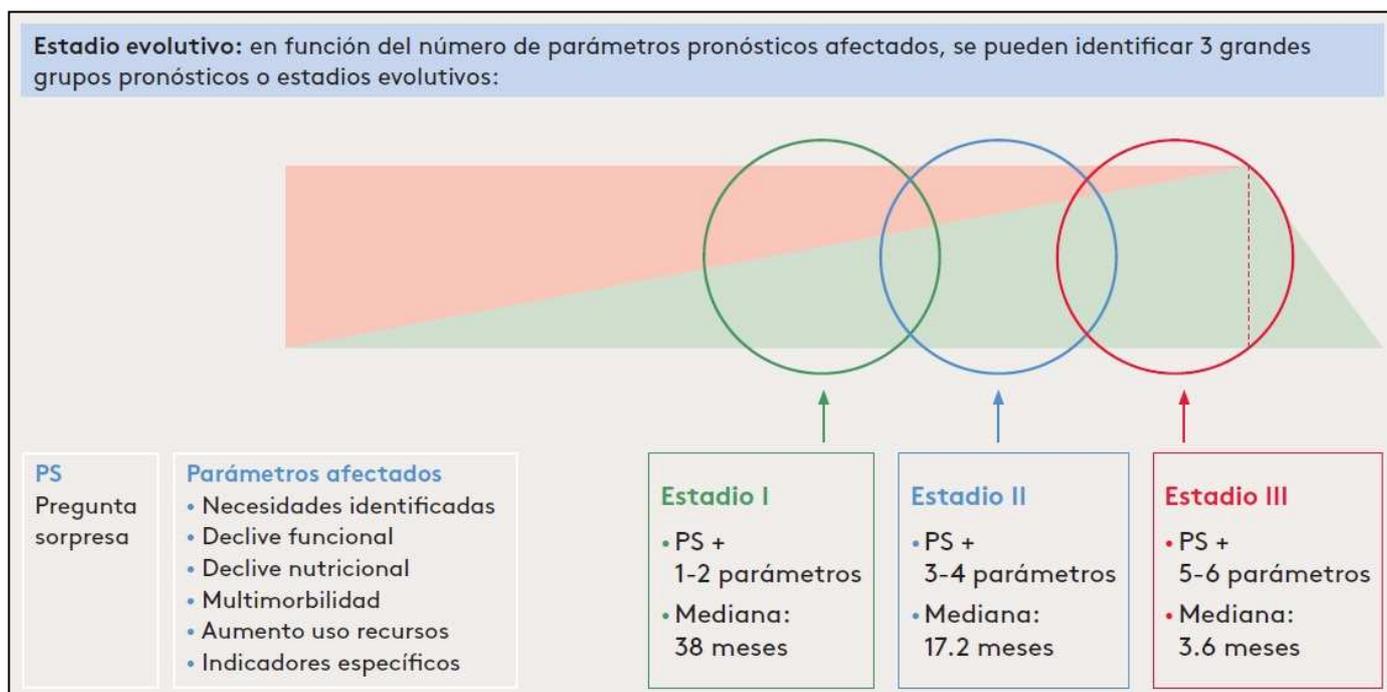


Figura 2: Estadios evolutivos según herramienta NECPAL

Beneficios y riesgos de la elaboración pronóstica individual:

- 1) El beneficio más relevante de la evaluación pronóstica es contribuir al diagnóstico situacional y permitir redefinir algunos de los objetivos, activando, en su caso, un enfoque paliativo gradual.
- 2) Esta valoración debe ser compartida con el paciente y su familia, con el ritmo, intensidad y concreción que sean adecuados a la capacidad de adaptación.
- 3) El riesgo más relevante de la evaluación pronóstica consiste en la aplicación individual automatizada de un riesgo de carácter poblacional.
- 4) Se han contemplado otros riesgos, como las posibles pérdidas de oportunidades curativas, la estigmatización, etc., que han sido trabajados previamente con la implantación del NECPAL en fases iniciales.

Propuestas asistenciales relacionadas con las necesidades y el pronóstico de vida limitado:

- 1) Llevar a cabo una evaluación multidimensional de necesidades: físicas, emocionales, sociales, espirituales, éticas y del final de la vida.
- 2) Evaluar el estado de la enfermedad y su posible evolución.
- 3) Identificar los valores y preferencias e iniciar la planificación de decisiones anticipadas
- 4) Identificar y atender al cuidador principal.
- 5) Identificar y ofrecer profesionales de referencia.
- 6) Elaborar un plan terapéutico multidimensional.
- 7) Gestionar los casos y llevar a cabo una atención integrada con otros servicios en el territorio.

Criterios NECPAL severidad/progresión/enfermedad avanzada

Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer metastásico o locoregional avanzado • En progresión (en tumores sólidos) • Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Confinado a domicilio con limitación marcha • Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40% / DLCO <40%) • Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria. • Necesidad corticoterapia continuada • Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Dísnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones • Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable • Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs> 60) • Insuficiencia renal asociada (FG <30 l / min) • Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • GDS ≥ 6c • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Índice Fragilidad ≥ 0.5 (Rockwood K et al, 2005) • Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia> 3 días • Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de la función física y / o cognitivas • Síntomas complejos y difíciles de controlar • Disfagia / trastorno del habla persistente • Dificultades crecientes de comunicación • Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na> 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. • Carcinoma hepatocelular en estadio C o D
Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal severa (FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y / o trasplante • Finalización diálisis o fallo trasplante

Anexo II: Distribución de las áreas geográficas (este y oeste)

➤ Centros de Salud y consultorios del Área Oeste

Para contactar con el equipo domiciliario responsable de dicha área, se podrá llamar al **29010 o 638229010**. Los centros de salud y consultorios correspondientes que la componen son:

- Aldeanueva de San Bartolomé
- Belvís de la Jara
- La Nava de Ricomalillo
- Puente del Arzobispo
- Algodonera
- La Estación
- Velada
- Oropesa
- Talavera-Centro (según MAP responsable)

➤ Centros de Salud y consultorios del Área Este

Para contactar con el equipo domiciliario responsable de dicha área, se podrá llamar al **26453 o 609768159**. Los centros de salud y consultorios que la componen son:

- Castillo de Bayuela
- Cebolla
- Los Navalmorales
- Navamorcuende
- La Pueblanueva
- Santa Olalla
- Talavera Centro (según MAP responsable).
- La Solana
- Río Tajo

Direcciones de correo electrónico centros de salud - Área Integrada De Talavera	
CS Aldeanueva	cs.aldeanueva@sescam.jccm.es
CS Algodonera	cs.algodonera@sescam.jccm.es
CS Belvis de la Jara	cs.belvis@sescam.jccm.es
CS Castillo de Bayuela	cs.castillob@sescam.jccm.es
CS Cebolla	cs.cebolla@sescam.jccm.es
CS La Estacion	cs.laestacion@sescam.jccm.es
CS La Pueblanueva	cs.pueblanueva@sescam.jccm.es
CS Los Navalmorales	cs.losnavalmorales@sescam.jccm.es
CS Nava de Ricomalillo	cs.navader@sescam.jccm.es
CS Navamorcuende	cs.navamorcuende@sescam.jccm.es
CS Oropesa	cs.oropesa@sescam.jccm.es
CS Puente del Arzobispo	cs.puente@sescam.jccm.es
CS Rio Tajo	cs.riotajo@sescam.jccm.es
CS Santa Olalla	cs.santaolalla@sescam.jccm.es
CS Talavera Centro	cs.tace@sescam.jccm.es
CS Velada	cs.velada@sescam.jccm.es

Anexo III: Estructura y componentes de la valoración integral en Cuidados Paliativos

- a) **Valoración clínica:** incluye componentes de la valoración clínica tradicional como la **anamnesis, exploración física y pruebas complementarias**. La anamnesis puede resultar más difícil y larga, por lo cual debe corroborarse con el cuidador principal. También incluye enfermedad actual, antecedentes personales como los farmacológicos (los criterios STOPP-Pal permiten mejorar la prescripción en pacientes que reciben CP). En la valoración clínica un pobre control de los síntomas deteriora la calidad de vida y puede hacer perder al paciente la oportunidad de estar rodeado por sus familiares y amigos, y no tener una experiencia de paz y tranquila durante su muerte. Por esta razón un correcto manejo del paciente involucra el **control del dolor, como también otros síntomas relacionados con su patología de base**, como náuseas, vómitos, disnea, tos, estreñimiento, obstrucción intestinal y úlceras por presión, que son importantes en el cuidado integral.
- b) **Valoración funcional:** La capacidad funcional de paciente puede verse como una medida resumida del impacto general de las condiciones de salud en el contexto de su entorno y sistema de apoyo social. La valoración funcional es **necesaria para establecer un juicio clínico, pronóstico y planificar los cuidados**. Evalúa la discapacidad y dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, subdivididas en actividades básicas o de autocuidado, instrumentales que representan actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad y las avanzadas que permiten cumplir roles sociales, comunitarios y familiares, así como participar en tareas recreativas u ocupacionales. También se valoran las **limitaciones funcionales o de la función física** que son actos motores simples no orientados a un fin o una actividad. De otra parte, es conocido que en los pacientes con necesidad de CP, el deterioro funcional es el **predictor más fiable de mortalidad independiente de los diagnósticos clínicos**. Se recomienda que la valoración funcional se realice mediante **instrumentos validados** para mejorar la sensibilidad diagnóstica,

detectar problemas leves, aumentar la objetividad de la medición, así como la fiabilidad y la reproducibilidad, al facilitar la transmisión de la información entre profesionales, su comparación y la evolución. Algunos de los más utilizados son: índice de Lawton-Brodie, Barthel, índice de Karnofsky, Palliative Performance Scale "PPS" o el ECOG.

- c) **Valoración socio-familiar:** Evalúa aspectos básicos y avanzados como el entorno (lugar donde reside el paciente, con quién vive, características de la vivienda, seguridad del hogar, área geográfica), relaciones e integración social (convivencia, amigos, actividades recreativas, culturales, club, asociaciones), atención que recibe (tipo de apoyo formal o informal), **cuidador principal y su sobrecarga**, uso de ayudas sociales comunitarias (factores económicos: nivel de ingresos; estrés social: jubilación, cambios en la salud por pérdida de autonomía, cambios en la vida familiar por viudez, separación de hijo o nietos) y las habilidades para enfrentarse a los problemas y su adaptabilidad (resiliencia).
- d) **Valoración Cognitiva:** Tiene como objetivos la identificación o descarte trastornos neuropsicológicos y la valoración de la posibilidad de comunicación con el paciente y su participación en la toma de decisiones. Para ello, se explora el nivel de escolarización, antecedentes de deterioro cognitivo/demencia y de patología psiquiátrica, consumo de fármacos y tóxicos, curso evolutivo y, finalmente se compara la situación actual con la basal en cuanto a fallos cognitivos. Se utilizan algunos test psicométricos como el Cuestionario de Pfeiffer.
- e) **Valoración Psico-Afectiva:** La evaluación de la esfera psicoafectiva comprende tres aspectos fundamentales: presencia de psicopatología, reacciones de adaptación a la enfermedad y grado de información que presenta el paciente. La presencia de psicopatología es frecuente en los pacientes con neoplasias en fase terminal; puede llegar a afectar hasta a un 60% de aquéllos y ser causa de sufrimiento. No deberían atribuirse todos los síntomas psicológicos al hecho de ser reacciones por la vivencia de una enfermedad mortal, pues ello conlleva un infradiagnóstico de los trastornos psiquiátricos. La detección de éstos

descansa en la presencia de los síntomas psicológicos establecidos como criterios diagnósticos en el DSM V y/o CIE 10, por lo que la evaluación por parte de un psicólogo/a clínico es fundamental. La caracterización del proceso de adaptación a la enfermedad es imprescindible para establecer el modelo de relación con el enfermo, prestarle la ayuda adecuada e informar-explicar a la familia lo que está sucediendo. Dentro del proceso de adaptación pueden presentarse diversas reacciones psicológicas como negación, ira-agresividad, tristeza-depresión, resignación y aceptación, entre otras. La valoración del grado de información que dispone el paciente es un elemento fundamental en la evaluación psicológica. Representa una ayuda para entender sus reacciones y permite el posicionamiento del profesional.

- f) **Valoración Espiritual:** El aspecto espiritual de las personas es el más complejo de todos ellos. En él se produce la integración e interpretación de las vivencias que acontecen en las otras esferas, con un resultado global consistente en una opinión sobre sí mismo y su situación. Las dificultades conceptuales para describir la dimensión espiritual conllevan el problema de tratar de sistematizar la detección de las necesidades espirituales. Al respecto, y a modo orientativo, puede proponerse la valoración del mundo más íntimo de las personas, detectando los miedos, las manifestaciones de sufrimiento global, las necesidades (de sentirse seguro, aceptado, entendido y querido), su escala de valores y creencias religiosas (valorando el apoyo que dispone en este aspecto).

Anexo IV: Criterios de Terminalidad de la NHO

Criterios específicos Enfermedad Oncológica	
1	Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histológico demostrado, tras haber recibido terapéutica estándar eficaz.
2	Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo, específico para la patología de base. En determinadas situaciones se deben utilizar recursos considerados como específicos (quimioterapia oral, radioterapia, hormonoterapia, bifosfonatos, moléculas en 3.ª y 4.ª línea etc.) por su impacto favorable sobre la calidad de vida.
3	Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4	Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.
5	Pronóstico vital limitado según criterio del especialista correspondiente.

Criterios específicos Enfermedad Cardíaca	
1	La situación clínica de terminalidad viene dada cuando la insuficiencia cardíaca avanzada es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco.
2	Disnea grado IV de la NYHA y/o angina intratable con IC secundaria
3	Fracción de eyección del $\leq 20\%$
4	Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.
5	Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico

Criterios específicos Enfermedad Pulmonar	
1	Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo grado IV de la NYHA con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
2	Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias.
3	Hipoxemia, pO ₂ 55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o StO ₂ 88 % con O ₂ suplementario, o hipercapnia, pCO ₂ 50 mmHg.
4	Insuficiencia cardiaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
5	Pérdida de peso no intencionada de >10% durante los últimos seis meses.
6	Taquicardia de > 100 lpm en reposo.
7	Los criterios 1, 2 y 3 deben estar presentes

Criterios específicos Enfermedad Hepática	
1	Cirrosis hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh (descartado trasplante hepático) :
	- Encefalopatía grado III-IV mantenida
	- Ascitis masiva
	- Bilirrubina > 3 mg/dl
	- Albúmina < 2.8 g/dl
	- T. de protrombina < 30 %
	- Síndrome hepatorenal no tributario de tratamiento médico intensivo.

Criterios específicos Enfermedad Renal Crónica No Dializable	
1	Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.)
2	Diuresis < 400 cc/día
3	Hiperkaliemia > 7 y que no responde al tratamiento
4	Pericarditis urémica
5	Síndrome hepatorenal
6	Sobrecarga de fluidos intratable.

Criterios específicos Enfermedad Neurológica	
1	Edad > 70 años
2	FAST (Functional Assessment Staging) > 7c
3	Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental State Examination < 14)
4	Dependencia absoluta
5	Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición -urinarias, respiratorias-, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia...)
6	Disfagia
7	Desnutrición
8	Ulceras por presión refractarias grado 3-4

Anexo V: Herramienta de diagnóstico de complejidad (IDC-Pal)

La estrategia regional de CP de Castilla la Mancha, define un modelo de atención compartida e incorpora el concepto de complejidad para establecer la intervención de los diferentes recursos de Cuidados Paliativos (CP) en el Sistema Sanitario de Castilla la Mancha en la atención a los pacientes en situación terminal.

Se estima que la proporción de pacientes que requerirán ser atendidos por recursos avanzados de CP, Unidades Domiciliarios y Unidades Hospitalarias de CP, es del 60-65% del total de pacientes en situación terminal, por presencia de mayor nivel de complejidad, siendo el porcentaje restante de menor complejidad, pudiendo ser atendido por los recursos convencionales (Atención Primaria y Atención Hospitalaria).

Se definen así los diferentes recursos asistenciales:

- **Recursos convencionales:** Constituidos por los profesionales de Atención Primaria y de la Atención Hospitalaria, tanto ambulatoria como de hospitalización; con competencias que respondan a la **formación básica en CP**.
- **Recursos avanzados:** Constituidos por los profesionales de Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios y Hospitalarios, que dan respuesta a la alta complejidad de los pacientes; con competencias que respondan a la **formación avanzada en CP**.
- **Recursos de atención urgente:** Constituidos por los profesionales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Atención Primaria y de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias en Atención Hospitalaria, que asisten de manera coordinada con el resto de recursos a los pacientes en situación terminal, para que la continuidad asistencial esté garantizada 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.

La **complejidad** en CP, es un concepto multifactorial que depende de un conjunto de elementos relacionados entre sí y que no tiene una definición unánime en la literatura, por lo que equipo regional de CP en Andalucía elaboró una herramienta diagnóstica y clasificatoria de las situaciones o elementos de

complejidad susceptibles de aparecer en pacientes en situación terminal; IDC-Pal.

1. ¿Qué es IDC-Pal?

Es una herramienta diagnóstica de la complejidad en pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal, que comprende aquellas situaciones o elementos de complejidad susceptibles de ser identificados tras la valoración de la unidad paciente familia.

Se compone de 36 elementos agrupados en tres dimensiones, según sean dependientes del paciente, de la familia o de la organización sanitaria.

Estos elementos se clasifican en dos niveles:

- Elementos de complejidad.
- Elementos de alta complejidad.

Se acompaña además de un glosario que define el significado de cada elemento.

IDC-Pal no es una herramienta de valoración de necesidades ni un instrumento pronóstico de la supervivencia, así como tampoco determina la situación terminal.

2. ¿Para qué sirve?

El uso de IDC-Pal permite identificar si la situación es:

- **No Compleja:** No hay elementos de complejidad ni de alta complejidad presentes. Se correspondería con el término “Complejidad Baja” en la ERCPCLM.
- **Compleja:** Hay, al menos, un elemento de complejidad presente. Se correspondería con el término “Complejidad Intermedia” en la ERCPCLM.
- **Altamente Compleja:** Hay, al menos un elemento de alta complejidad presente. Se correspondería con el término “Complejidad Alta” en la ERCPCLM.

IDC-Pal, en el PAI de CP, orienta en la toma de decisiones para la **adecuación de la intervención de los recursos implicados**, siguiendo estos criterios:

- La situación no compleja no requiere la intervención de los recursos avanzados/específicos de CP.
- La situación compleja puede o no requerir la intervención de los recursos avanzados/específicos, quedando esta decisión a criterio del médico responsable.
- La situación altamente compleja requiere la intervención de los recursos avanzados/específicos de CP.

3. ¿Qué es necesario considerar para el uso apropiado de IDC-Pal?

- 1) Es indispensable haber realizado previamente una valoración multidimensional del paciente y su familia.
- 2) Es importante consultar el glosario, puesto que asegura que el elemento identificado incluye los contenidos que lo definen.
- 3) Es un instrumento de uso para el equipo profesional, no se cumplimenta a la cabecera del paciente, ni éste participa directamente en ella.

A continuación, se adjunta el formulario IDC-PAL y también se puede consultar en el Anexo IV el glosario de definiciones para el uso de la herramienta de diagnóstico de complejidad.

Formulario IDC-Pal

1. Dependientes del paciente	Elementos	Nivel de complejidad*	Sí	No		
1.1. Antecedentes	1.1a	Paciente es niño/a o adolescente	AC			
	1.1b	Paciente es profesional sanitario	C			
	1.1c	Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C			
	1.1d	Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C			
	1.1e	Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C			
	1.1f	Enfermedad mental previa	C			
	1.2. Situación clínica	1.2a	Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b	Síntomas refractarios	AC		
		1.2c	Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d	Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e	Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f	Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g	Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h	Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i	Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j	Síndrome constitucional severo	C		
		1.2k	Difícil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
	1.3. Situación psico-emocional	1.3a	Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
1.3b		Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC			
1.3c		Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual	AC			
1.3d		Conflicto en la comunicación entre paciente y familia	C			
1.3e		Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico	C			
1.3f		Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C			
2. Dependientes de la familia y el entorno	2.a	Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b	Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c	Familia disfuncional	AC			
	2.d	Claudicación familiar	AC			
	2.e	Duelos complejos	C			
	2.f	Limitaciones estructurales del entorno	AC			
	3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/ equipo	3.1a	Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC	
3.1b			Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
3.1c			Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
3.1d			Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
3.2. Recursos		3.2a	Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b	Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

*Nivel de complejidad C: Elemento de Complejidad AC: Elemento de Alta Complejidad

Situación: No compleja Compleja Altamente Compleja

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí No

Situación	Elementos C / AC
NO Compleja	Ausencia de C y/o AC
Compleja	Al menos 1 C
Altamente Compleja	Al menos 1 AC

Anexo VI: Glosario IDC-Pal

1. Elementos dependientes del paciente:

Antecedentes	
1.1a	Se considerará el período de la vida que transcurre desde el nacimiento hasta el completo desarrollo del organismo (Niñez y adolescencia).
1.1b	Cuando el hecho de ser el/la paciente profesional sanitario añade dificultad a su situación, o a la toma de decisiones.
1.1c	Situaciones en que el papel que desempeña el/la paciente en su entorno socio-familiar resulta determinante: bien por ser un importante elemento de cohesión familiar; ser persona cuidadora de menores de edad, o personas con alto nivel de dependencia; ser una persona joven; ser la única fuente de ingresos...
1.1d	Cuando estas situaciones dificulten la provisión de cuidados, la comunicación y/o el entendimiento.
1.1e	Cuando la adicción al alcohol, drogas, psicofármacos..., dificulten la provisión de cuidados.
1.1f	Ansiedad, cuadros depresivos mayores, cuadros psicóticos... o cualquier otra manifestación de enfermedad mental previa que añada dificultad a su situación.

Situación Clínica	
1.2a	Presencia de síntoma para cuyo adecuado control se precisa una intervención terapéutica intensiva, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental y/o psicológico.
1.2b	Presencia de síntoma o conjunto de síntomas que no puede ser controlado adecuadamente sin disminuir el nivel de conciencia, en un plazo de tiempo razonable, por lo que estaría indicada la sedación paliativa.
1.2c	Aparición de hemorragias, síndrome de vena cava superior, enclavamiento por hipertensión endocraneal, hipercalcemia, obstrucción intestinal aguda, estatus convulsivo, compresión medular, fracturas patológicas...
1.2d	Cuando hay insuficiente control de síntomas físicos y/o psico-emocionales, una evolución de larga duración (más de 5 días)...
1.2e	Presencia de: obstrucción intestinal/urológica; pelvis congelada que produce obstrucción; síndrome de afectación locorregional avanzada de cabeza y cuello; carcinomatosis peritoneal; úlceras tumorales, fístulas, u otras lesiones de piel y mucosas de difícil control por dolor, olor, sangrado, o localización...
1.2f	Presencia de insuficiencia respiratoria, hepática, renal, cardíaca, crónicas, en fase avanzada.
1.2g	Delirium, fallo cognitivo, alteraciones de comportamiento, demencia, encefalopatías... de difícil control
1.2h	Aparición brusca de deterioro funcional incapacitante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
1.2i	Cuando coexistan diferentes patologías además de la enfermedad primaria, que dificulten el abordaje clínico.
1.2j	Anorexia, astenia intensa, y pérdida de peso severas.
1.2k	No adherencia al tratamiento, o persistente incumplimiento terapéutico que dificultan un adecuado manejo de la situación

Situación Psico-emocional	
1.3a	Existencia previa de intentos de autolisis o expreso deseo de la misma reiterado por el paciente.
1.3b	El/la paciente solicita de forma reiterada adelantar de forma activa el proceso de la muerte.
1.3c	Angustia existencial: Intenso desasosiego emocional experimentado por el afrontamiento de una muerte inminente, acompañado o no, por sentimientos de remordimiento, impotencia, futilidad y sinsentido. Sufrimiento espiritual: Conflicto con respecto a la trascendencia, fines y valores últimos o significado existencial que cualquier ser humano busca.
1.3d	Dificultad en relación a la comunicación/información de diagnósticos, pronóstico, opciones de tratamientos y cuidados, entre paciente y familia.
1.3e	Dificultad en relación a la comunicación/información de diagnósticos, pronóstico, opciones de tratamientos y cuidados entre paciente y equipo terapéutico.
1.3f	Respuesta desproporcionada, que se mantiene en el tiempo y que funcionalmente es inútil para el/la paciente (Negación patológica, culpabilidad, ira contra los cuidadores, esperanza irreal...).

2. Elementos dependientes de la familia y entorno:

Familia y entorno	
2.a	No disponer, o ser insuficiente, el número de personas encargadas del cuidado.
2.b	La familia o cuidadores no son competentes para el cuidado por: <ul style="list-style-type: none"> - Razones emocionales: Si los familiares y/o cuidadores presentan: signos de bloqueo emocional, trastornos adaptativos, falta de aceptación o negación de la realidad, angustia, depresión... o cualquier otra manifestación de origen emocional que dificulte o impida la correcta atención al/a la paciente. - Razones físico-funcionales: Si los familiares y/o cuidadores son personas demasiado mayores o demasiado jóvenes, o presentan mal estado funcional, signos de sobrecarga, agotamiento, antecedentes psiquiátricos... o cualquier otra manifestación de origen físico-funcional que dificulte o impida la correcta atención al/a la paciente. - Razones sociales o culturales: Los familiares y/o cuidadores, se encuentran en situación de marginalidad o exclusión social; o presentan prejuicios éticos y/o religiosos o culturales que se interponen como barreras, y dificultan o impiden la correcta atención al/a la paciente (aislamiento social, sobreprotección extrema, intervencionismo y reivindicaciones sistemáticas...), o cualquier otra manifestación de origen social y/o cultural que dificulte o impida la correcta atención al/a la paciente.
2.c	Familias en cuyo funcionamiento se producen conflictos graves (violencia doméstica, adicciones, incapacidad mental...), que afectan a sus vínculos sociales y/o afectivos de manera que dificultan o impiden una adecuada y competente atención al paciente.
2.d	Agotamiento de las personas cuidadoras para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente, provocada por el impacto emocional, los miedos, y/o la sobrecarga derivados del afrontamiento de la situación terminal del/de la paciente.
2.e	Los familiares y/o personas cuidadoras presentan: duelos anticipados, duelos previos no resueltos y/o riesgo de duelo complicado
2.f	Las condiciones de la vivienda y/o entorno no son adecuadas; lejanía geográfica del lugar de residencia; barreras arquitectónicas que dificultan el acceso al/a la paciente, o cualquier otra manifestación de origen estructural que dificulte o impida la correcta atención al/a la paciente.

3. Elementos dependientes de la organización sanitaria:

Profesional/Equipo	
3.1a	Sedación prolongada, con fármacos poco habituales, o requerimiento de altas dosis, o manejo emocional difícil.
3.1b	<ul style="list-style-type: none"> - Opioides: Riesgo o presencia de efectos secundarios graves (narcosis, tolerancia rápida, neurotoxicidad...); rotación de opioides. - Otros fármacos: de uso poco habitual, de manejo difícil, o de uso hospitalario...
3.1c	Intervenciones paliativas (Radioterapia, quimioterapia, endoscopia, cirugía, bloqueos, y otras técnicas analgésicas invasivas, prótesis, ventilación mecánica...); o derivadas del manejo de técnicas instrumentales (Nutrición enteral/parenteral, instauración de tratamiento endovenoso, realización de paracentesis y/o curas de difícil manejo...)
3.1d	Conocimiento y/o motivación insuficiente en el enfoque paliativo; dilemas éticos y de valores, actitudes y/o creencias; duelo propio no resuelto por parte del profesional o de los integrantes del equipo; conflicto dentro del mismo equipo o con otros equipos respecto a la toma de decisiones; sobrecarga de trabajo...

Recursos	
3.2a	Material ortopédico, oxigenoterapia, aerosolterapia, aspirador portátil, bombas de perfusión continua, ventilación mecánica, material fungible, fármacos de uso hospitalario ...
3.2b	Insuficiente cobertura por deficiencias en la disponibilidad del equipo de referencia y factibilidad en la atención; Dificultad logística en citas de consulta hospitalaria, traslados, ingresos programados; Uso reiterado de los dispositivos y servicios de urgencia, dificultad en la coordinación entre los profesionales; gestión de casos de personajes mediáticos...

Anexo VII: Activación del Protocolo “Terminales” (Turriano)

The screenshot shows the SIAP (Sistema Integrado de Atención al Paciente) interface. The main window displays the patient's record for SANCHEZ GUTIERREZ, JORGE, with a visit date of 23/01/2023. The interface includes a top navigation bar with icons for 'Alergia', 'F.R.', 'Vacuna', 'TAO', 'PAE', and 'D.Asoc.'. A red arrow points to the 'VC' icon in this bar. The right sidebar contains several panels: 'Hoja de Antecedentes' (Allergies: CLAVULANICO, P.C., INSECTOS, GATO, ROEDORES, OTRAS, OTROS MEDICAMENTOS, BETA LACTAMICOS, etc.), 'Hoja de Protocolos' (a table of protocols for various conditions like HTA < 40, ACT. FISICA ADULTOS, etc.), 'Hoja de Problemas' (listing issues like DETERIORO DE LA DEGLUCION, ANGINA DE PECHO, etc.), 'Hoja de Medicación', 'Valoración Subjetiva' (with the note 'Es mas pesada que una vaca en brazos.1+63'), and 'Hoja de Tratamiento No Farmacológico' (listing 'Dieta DIETA BAJA EN SODIO' and 'Ejercicio Caminar').

The screenshot shows the 'Factores de Riesgo' (Risk Factors) window. It contains a grid of checkboxes for various risk factors. The 'TERMINALES' checkbox is checked and circled in orange, with a red arrow pointing to it. The other checkboxes are unchecked. The window also includes a legend at the bottom for 'Activo' (Active) and 'Finalizado' (Finalized) status, and buttons for 'Aceptar' (Accept) and 'Cancelar' (Cancel).

<input type="checkbox"/> INMOVILIZACION	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> SOCIO-LABORAL
<input type="checkbox"/> FAMILIAR	<input type="checkbox"/> RIESGO MEDICAMENTOSO	<input type="checkbox"/> RIESGO PERINATAL
<input type="checkbox"/> ADICCION DROGAS	<input type="checkbox"/> TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> ALCOHOL
<input type="checkbox"/> OBESIDAD	<input type="checkbox"/> NO CONOCIDOS	<input type="checkbox"/> EPOC
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> DISLIPEMIA
<input type="checkbox"/> DIABETES GESTACIONAL	<input type="checkbox"/> FAM. 1er GRADO <55a CIV	<input type="checkbox"/> RIESGO MEDIO AMBIENTAL
<input type="checkbox"/> ANTICOAGULACION ORAL	<input checked="" type="checkbox"/> TERMINALES	<input type="checkbox"/> A.C.V.
<input type="checkbox"/> I.A.M.	<input type="checkbox"/> ANGINA DE PECHO	<input type="checkbox"/> ARTERIOPATIA PERIFERICA

Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos

Actuación Complementos Egritorio Favoritos Usuario Ayuda

TAO VC

Privado

Hoja de Antecedentes

Alergias: CLAVULANICO, PIC. INSECTOS, GATO, ROEDORES, OTRAS , OTROS MEDICAMENTOS, BETALACTAMICOS(ANTIBIOTICO), DERIVADOS PIRAZOLONAS(AINES).
Factores de Riesgo: DISLIPEMIA, TABAQUISMO, TERMINALES, OBESIDAD, INMOVILIZACION, ANTICOAGULACION ORAL, HTA, ALCOHOL, ENFERMEDAD RENAL, FAMILIAR, DIABETES.
Ant. Personales:

Haga <double-click> para Consultar Antecedentes/Hábitos

Hoja de Protocolos

Grupo	Protocolos	ACT. FISICA ADULTOS
DESPISTAJES	HTA <40	
CARDIOVASCULAR	PROG. CARDIOVASCULAR	CRIBADO PE RESGO
GRPE	PROTOCOLO GRPE	MONITOR GLUCOSA(MDG)
PROGRAMA MUJER	EMBARAZO MUJER SANA	
SARS-Cov-2	SEGUIMIENTO-COVID-19	
OTROS		

Hoja de Problemas

29/03/2020	DETERIORO DE LA DEGLUCION
06/11/2017	ANGINA DE PECTORIS
18/03/2017	DIABETES MELLITUS

Haga <double-click> para Cerrar un Problema

Hoja de Medicación

Haga <double-click> para Abrir la Hoja de Medicación

Valoración Subjetiva

Es mas pesada que una vaca en brazos.1+63

Hoja de Tratamiento No Farmacológico

18/03/2021	Dieta	DIETA BAJA EN SODIO
18/03/2021	Ejercicio	Caminar

Haga <double-click> para abrir ventana de tratamientos no farmacológicos

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Egritorio Favoritos Usuario Ayuda

TAO VC

Selección de Protocolo

El paciente cumple las condiciones de inclusión de los Protocolos. Puede filtrar, si lo desea, por 'Paciente' y 'Categoría'
 Haga <click> con botón derecho para Incluir o Excluir al Paciente de un Protocolo
 Haga <double-click> sobre un Protocolo para Ejecutar los Items Pendientes.

Protocolo de Salud	Fecha Exclusión	Excluido	Motivo de Exclusión	Fecha Inclusión	Incluido	Motivo de Inclusión	Completo	Hoy	Pendientes
ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
EVALUACION (PMT)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROGRAMA DE EMBARAZO "DE LA MUJER SANA"		<input type="checkbox"/>		19/10/2014	<input checked="" type="checkbox"/>		215	215	0
PROGRAMA DE VISTA PUERPERAL (NUEVO)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROGRAMA EMBARAZO (NUEVO)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO (MVMET)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
NIÑOS		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO SALUD INFANTIL (NUEVO)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
GRPE		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO GRPE		<input type="checkbox"/>		06/10/2015	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDICION PROTOCOLO	0	0	0
GESTION PACIENTE CRONICO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
INICIO CRONICO	08/02/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	ITEM_CIERRE		<input type="checkbox"/>		0	0	0
INICIO CRONICO	14/01/2020	<input checked="" type="checkbox"/>	ITEM_CIERRE		<input type="checkbox"/>		0	0	0
INICIO CRONICO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
SARS-Cov-2		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
ENCUESTA CASOS CONFIRMADOS COVID19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
ENCUESTA CASOS CONFIRMADOS COVID19		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
ENCUESTA CASOS CONFIRMADOS COVID19		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
SEGUIMIENTO-COVID-19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>		26	26	0
SEGUIMIENTO-COVID-19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>		0	0	0
Suspeche COVID19		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		7	7	0
Suspeche COVID19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO	0	0	0
OTROS		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
ALTA HOSPITALARIA		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
ALTA HOSPITALARIA	08/02/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
ALTA HOSPITALARIA	06/04/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
EVALUACION DE DUELO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0
INMOVILIZADOS	08/02/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
INMOVILIZADOS		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		77	77	0
INMOVILIZADOS	23/02/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDICIONES DEL PROTOCOLO		<input type="checkbox"/>	INMOVILIZADO	0	0	0
ODONTOLOGIA	20/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDICIONES DEL PROTOCOLO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
ODONTOLOGIA	20/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDICIONES DEL PROTOCOLO	20/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/>		4	148	0
PROTOCOLO HERIDAS	22/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTOCOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO HERIDAS	08/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTOCOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO HERIDAS	08/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTOCOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO HERIDAS	08/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTOCOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	0
PROTOCOLO HERIDAS	28/03/2020	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		22	22	0
PROTOCOLO HERIDAS	17/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		22	22	0
TERMINALES		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	0

Protocolo con Items Pendientes
 Protocolo completo
 Protocolo con Item pendiente (paciente no incluido)
 Paciente Excluido

Categoría:
 Fecha Inicio: Hoy Nacimiento Otra

Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alertas F.R. Vacuna TAO PAE D.Asoc.

Selección de Protocolo

El paciente cumple las condiciones de inclusión de los Protocolos. Puede filtrar, si lo desea, por 'Paciente' y 'Categoría'
 Haga <click con botón derecho> para Incluir o Excluir al Paciente de un Protocolo
 Haga <double-click> sobre un Protocolo para Ejecutar los Items Pendientes.

Protocolo de Salud	Fecha Exclusión	Excluido	Motivo de Exclusión	Fecha Inclusión	Incluido	Motivo de Inclusión	Completo	Hoy	Pendientes
ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
EVALUACION (PMT)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
PROGRAMA DE EMBARAZO 'DE LA MUJER SANA'		<input type="checkbox"/>		19/10/2014	<input checked="" type="checkbox"/>		215	215	
PROGRAMA DE VISITA PUERPERAL (NUEVO)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
PROGRAMA EMBARAZO (NUEVO)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO (M/M/T)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
NIÑOS		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO SALUD INFANTIL (NUEVO)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO GRIPE		<input type="checkbox"/>		06/10/2015	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDICION PROTOCOLO	0	0	
GESTION PACIENTE CRONICO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
INICIO CRONICO	08/02/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	ITEM_CIERRE		<input type="checkbox"/>		0	0	
INICIO CRONICO	14/01/2020	<input checked="" type="checkbox"/>	ITEM_CIERRE		<input type="checkbox"/>		0	0	
INICIO CRONICO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
SARS-Cov-2		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
ENCUESTA CASOS CONFIRMADOS COVID19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	
ENCUESTA CASOS CONFIRMADOS COVID19		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO DE COVID PERSISTENTE		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
SEGUIMIENTO-COVID-19		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
SEGUIMIENTO-COVID-19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		26	26	
Sospecha COVID19		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
Sospecha COVID19	30/12/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		7	7	
OTROS		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
ALTA HOSPITALARIA		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
ALTA HOSPITALARIA	08/02/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	
ALTA HOSPITALARIA	06/04/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	
EVALUACION DE DUELO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	
INMOVILIZADOS	08/02/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	CRITERIO MEDICO		<input type="checkbox"/>		0	0	
INMOVILIZADOS		<input type="checkbox"/>		23/02/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	INMOVILIZADO	77	77	
ODONTOLOGIA	20/10/2022	<input type="checkbox"/>	CONDICIONES DEL PROTOCOLO		<input type="checkbox"/>		0	0	
ODONTOLOGIA		<input type="checkbox"/>		20/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDICIONES DEL PROTOCOLO	4	148	
PROTICOLO HERIDAS	22/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTICOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO HERIDAS	08/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTICOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO HERIDAS	08/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTICOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO HERIDAS	08/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	PROTICOLO DESCATALOGADO		<input type="checkbox"/>		0	0	
PROTICOLO HERIDAS		<input type="checkbox"/>		26/03/2020	<input checked="" type="checkbox"/>		22	22	
PROTICOLO HERIDAS		<input type="checkbox"/>		17/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>		22	22	
TERMINALES		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		0	0	

Protocolo con Items Pendientes
 Protocolo Completo
 Protocolo Disponible (paciente no incluido)
 Paciente Excluido

Paciente: Categoría: Fecha Inicio:

Cartera de Servicios
 Actuales no completos
 Completos
 Incluidos

Todos
 Categoría
 Grupos

Fecha Inicio:

Categoría:

Elegir Criterio de Inclusión

Situación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alertas F.R. Vacuna TAO PAE D.Asoc.

Hoja de Antecedentes

Alergias: CLAVULANICO, PIC, INSECTOS, GATO, ROEDORES, OTRAS , OTROS MEDICAMENTOS, BETALACTAMICOS(ANTIBIOTICO), DERIVADOS PIRAZOLONAS(AINES).

Factores de Riesgo: DISLIPEMIA, TABAQUISMO, TERMINALES, OBESIDAD, INMOVILIZACION, ANTICOAGULACION ORAL, HTA, ALCOHOL, ENFERMEDAD RENAL, FAMILIAR, DIABETES.

Ant. Personales:

Haga <double-click> para Consultar Antecedentes/Hábitos

Hoja de Protocolos

Grupo	Protocolos
GRIPE	PROTICOLO GRIPE
PROGRAMA MUJER	EMBARAZO MUJER SANA
SARS-Cov-2	SEGUIMIENTO-COVID-19
OTROS	Sospecha COVID19
	INMOVILIZADOS
	ODONTOLOGIA
	TERMINALES

Haga <double-click> para Cerrar un Problema

Hoja de Medicación

Haga <double-click> para Abrir la Hoja de Medicación

Valoración Subjetiva

Es mas pesada que una vaca en brazos.1+63

Hoja de Tratamiento No Farmacológico

18/03/2021 **Dieta** DIETA BAJA EN SODIO

18/03/2021 **Ejercicio** Caminar

Haga <double-click> para abrir ventana de tratamientos no farmacológicos

Elegir Criterio de Inclusión

Anexo VIII: Criterios de derivación a Trabajo Social

<p>1 Dificultades Económicas</p>	<p>1.1. Los producidos por la enfermedad. 1.2. Los déficits anteriores a esta. 1.3. Sin ingresos. 1.4. Exceso de gastos.</p>
<p>2 Problemas Laborales/Prestaciones</p>	<p>2.1 Orientación, Desempleo, incapacidad, Temporal del paciente/de la familia. Incapacidad permanente: parcial, absoluta, total o gran invalidez del paciente.</p>
<p>3 Problemas Legales</p>	<p>3.1. Incapacitaciones Judiciales. 3.2. Procesos de Tutela. 3.3. Testamentos 3.4. Órdenes de Alejamiento. 3.5. Inmigración.situación Irregulares.</p>
<p>4 Dificultades relacionadas con la situación Familiar y Convivencia</p>	<p>4.1. Riesgo de claudicación familiar. 4.2. Sobrecarga del cuidador principal. 4.3. Problemas relacionados con Acontecimientos Vitales estresantes. 4.4. Insuficiencia o Nula Red de Apoyo Familiar y Social.</p>
<p>5 Situación de Exclusión Social</p>	<p>5.1. Aislamiento social. 5.2. Situación de Calle. 5.3. Mendicidad.</p>
<p>6 Dificultades relacionadas con los Cuidados de Salud Propios o a Terceros</p>	<p>6.1. Problemas Crónicos de salud mental. 6.2. Adicciones. 6.3. Patología Dual 6.4. Discapacidad. 6.5. Dependencia. 6.6. Carencia de Cobertura Sanitaria. 6.7. Problemas con el manejo de la enfermedad.</p>
<p>7 Sospecha de Maltrato, Violencia o Maltrato Evidente.</p>	
<p>8 Dificultades en Relación a la Vivienda</p>	<p>8.1. Insalubridad. 8.2. Falta de Vivienda. 8.3. Deficientes Condiciones de Habitabilidad. 8.4. Falta de equipamiento básico (Luz, Agua...) 8.5. Barreras Arquitectónicas</p>

9 Necesidad de acceso a Recursos Sociosanitarios	9.1. Servicio de Ayuda a Domicilio. 9.2. Reintegro de gastos de Material Ortoprotésico. 9.3. Préstamo o Alquiler de Camas, Sillas de Ruedas. 9.4. Recurso Residencial. 9.5. Teleasistencia. 9.6. Otros
10 Ayudas para Medicación.	
11 Expresión de Voluntades Anticipadas.	
12 Coordinación con Asociaciones de pacientes y Fundaciones	
13 Mediación para el acceso a Servicios Funerarios:	13.1. Precariedad económica para Entierro/Incineración. 13.2. Falta de familia que se haga cargo.



“Acompañar significa honrar el espíritu, no sólo centrarse en el intelecto.

Acompañar significa caminar a su lado, no dirigir sus pasos.

Acompañar significa descubrir el regalo del silencio, no llenar cada momento difícil con palabras.

Acompañar significa escuchar con el corazón, no analizar con el cerebro.

Acompañar significa estar presente ante el dolor del otro, no robarle su dolor.”

D. Wolfelt

Este documento ha sido aprobado por el Grupo de Trabajo para el Desarrollo del Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos de la GAI de Talavera de la Reina, el día 16 de Febrero de 2023.



Maritza Josefina Torres Baldvian
C.S. Cebolla



Alejandra Roldán Massia
C.S. La Estación



Eugenia Baz Búrdalo
CS Estación



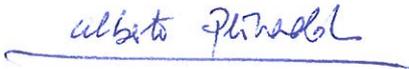
Beatriz González Blanco
CS Santa Olalla



Susana Fernández Crespo
Subdirectora Enfermería



Rocío Merino Segovia
Subdirectora Médico



Alberto Peinado Hernández
Subdirector Enfermería



Adolfo Blanco Jarava
Subdirector Médico



Miguel Ángel Álvarez Juárez
Coordinador U.C.P.