



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Análisis de los criterios de inclusión y su impacto,  
en los pacientes oncológicos incluidos en Proceso  
Integral de Cuidados Paliativos por la Unidad  
Metropolitana de Cuidados Paliativos de los Hospitales  
Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de  
Málaga.**

Antonio Benítez Leiva

---

Master Universitario en Salud Internacional

Trabajo Fin de Master / Tesina

Tutora: Dra. D. <sup>a</sup> María Teresa Labajos Manzanares

Septiembre, 2014



# Índice

1. Introducción.....	5
1.1. Cuidados Paliativos.....	5
1.2. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos .....	7
1.3. El Proceso Paliativo .....	8
1.4. La Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos.....	9
1.4.1. Población diana en Cuidados Paliativos.....	10
1.5 Criterios de inclusión en Proceso Paliativos de los Pacientes oncológicos .....	12
1.5.1.- Niveles de complejidad en la atención al paciente paliativo .....	14
2. Objetivos.....	15
2.1. Objetivo General .....	15
2.2. Objetivos específicos .....	15
3. Metodología. ....	16
3.1. Diseño. ....	16
3.2. Población y sujetos de estudio .....	17
3.3. Criterios de inclusión y de exclusión en el estudio.....	17
3.4. Descripción y operativización de variables.....	18
3.5. Fuentes de datos e instrumentos de medida .....	19
3.6. Procedimiento .....	19
3.8. Análisis de datos.....	20
4. Aspectos éticos .....	20
5. Organización y calendario de actividades.....	21
6. Limitaciones del estudio.....	22
7. Referencias.....	23
8. Anexos.....	25
Anexo 1. Glosario de términos .....	25
Anexo 2. Hoja de interconsulta y derivación .....	27

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estimación de Necesidades de Atención de Equipos Específicos UMCP 2012 Málaga.....	11
Tabla 2. Estimación de Necesidades de Atención de Equipos Específicos UMCP 2013 Málaga.....	11
Tabla 3. Indicadores asistenciales Unidad Cuidados Paliativos Hospital Regional de Málaga.....	11
Tabla 4. Indicadores asistenciales de Hospitalización Paliativos H.U.V. Victoria .....	12



# 1. Introducción

## 1.1. Cuidados Paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2002 una definición revisada de los Cuidados Paliativos diferenciada para adultos y niños. Los Cuidados Paliativos son un método que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a problemas asociados a la fase final de la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos alivian el dolor y otros síntomas penosos, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal y no intentan acelerar ni prolongar la muerte (1).

La OMS fue constituida en 1948 como una Agencia Especializada de las Naciones Unidas (ONU). Desde su fundación la OMS se configura como la autoridad de dirección y coordinación internacional para temas de Sanidad y Salud Pública en el Mundo.

La OMS tiene repartidas por las distintas regiones del Mundo un total de 6 Oficinas Regionales. La Oficina Regional Europea tiene su sede en la ciudad de Copenhague en el Estado de Dinamarca (2). Cada una de estas Oficinas Regionales tiene sus propios programas de salud orientados a los problemas sanitarios particulares de los países a los que sirve.

En Europa viven unas 870 millones de personas. El programa europeo de la OMS concentra sus programas de salud asociados a los problemas de salud relacionados tanto a los problemas de la sociedad industrial, y post industrial, como a los problemas de salud de las democracias emergentes tanto del centro como del este de Europa y antigua URSS.

El Centro de Salud Urbana (Centre for Urban Health) es un área de la Oficina Regional Europea, que se encarga de la elaboración de informes técnicos sobre herramientas de salud y recursos materiales, para las distintas áreas de políticas de salud, planes integrados y de desarrollo sostenible, planificación urbana y apoyo gubernativo y social de los países a los que sirve (3).

El Centro de Salud Urbana de la OMS en Europa es responsable de la salud en las ciudades, y de la gestión de los programas de salud urbanos.

En 2004 el Centro de Salud Urbana Europeo publicó el informe: Mejores Cuidados Paliativos para personas mayores. “Hechos sólidos” (4).

El objetivo de este informe es promover la INCLUSIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS de los pacientes con enfermedades crónicas, progresivas y graves, (dentro de las políticas de atención a las personas mayores de los distintos países europeos) para procurar mejores cuidados en el final de la vida.

Gran parte de las evidencias muestran que los mayores sufren innecesariamente, tal vez, debido a una infravaloración generalizada de sus problemas, y a la falta de acceso a los servicios de cuidados paliativos.

Las personas mayores, como colectivo, tiene tienen muchas necesidades, que suelen estar desatendidas y experimentan múltiples problemas de salud y de discapacidad, que requieren tratamientos complejos y atención social particularizada. Estas dificultades se suman a distintos problemas familiares y profesionales para atenderles de forma adecuada, según las necesidades de cada caso.

Los cuidados de alta calidad, (ajustados a los niveles de calidad capaces de proveer, en la actualidad, los distintos servicios de salud y centros asistenciales de cuidados paliativos, en los diferentes países europeos, para las personas con cáncer) deben ser desarrollados, también, para las personas mayores con otras patologías que comparten las mismas necesidades (5).

Con este informe, “Hechos sólidos”, sus autores pretenden proporcionar a los responsables políticos y a otras determinados hechos comprensibles en relación con múltiples facetas de los cuidados paliativos y servicios relacionados, utilizando evidencia epidemiológicas, estudios sociales e investigaciones de servicios de salud.

En el, se pone de manifiesto que las evidencias de que se disponen sobre cuidados paliativos son incompletas y existen notables diferencias en la atención en cuidados paliativos en Europa, y que para poder exponer dichas diferencias, sería conveniente tener más y mejor información detallada y concluyente sobre Cuidos Paliativos (6).

Este informe va dirigido a los países miembros de la Unión Europea, a las políticas de sus gobiernos sobre atención sanitaria y social, a los sectores no gubernamentales, sectores académicos públicos y privados, y a todos los profesionales que trabajan con personas mayores.

Todos estos grupos deben organizarse y trabajar para integrar los Cuidados Paliativos en los Servicios Públicos de Salud y las políticas sanitarias deben estar orientadas hacia los beneficios constatados de los cuidados paliativos.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en el año 2001 las Bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, que fueron aprobadas por el Consejo Interterritorial el 18 de diciembre del año 2000. En ellas se postula un modelo de atención integral, integrado en la red asistencial de los servicios de salud, sectorizado por áreas sanitarias, con una adecuada coordinación interniveles y con la participación de equipos interdisciplinarios (7).

El 10 de mayo de 2005, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados del Estado Español, aprobó una proposición no de Ley sobre cuidados paliativos. En ella se insta al Gobierno Español a impulsar, en el seno del Consejo Interterritorial, un análisis de la situación de los Cuidados Paliativos en España y el desarrollo de un Plan de Cuidados Paliativos para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que incluya aspectos organizativos, estructurales, de formación y de sensibilización e información. (8)

En diciembre de 2005, la Dirección General de la Agencia de Calidad organizó la Jornada «Cuidados Paliativos en el SNS: Presente y Futuro», durante la cual se realizó una revisión profunda de la situación de los cuidados paliativos en España y cuyas conclusiones sirvieron, junto con las referencias anteriores, para el inicio del proceso de elaboración de esta Estrategia de Cuidados Paliativos para el SNS. (3)

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el día 29 de marzo de 2006 e integrada en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, dedica un amplio capítulo a los cuidados paliativos, destacando como objetivos prioritarios la atención integral a pacientes y familias y asegurar la respuesta coordinada entre los niveles asistenciales de cada área, incluyendo los equipos específicos de cuidados paliativos en hospital y domicilio. (6)

## **1.2. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos**

El Estatuto de Autonomía de Andalucía garantiza expresamente el derecho a una muerte digna y a recibir tratamientos paliativos integrales a todos los usuarios del sistema sanitario público andaluz, en su Título I, capítulo II Derechos y Deberes, artículo 20 dice que: ... “Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y tratamientos paliativos integrales y a la plena dignidad en un

proceso de su muerte. En el artículo 22 “...Los pacientes y usuarios del Sistema Andaluz de Salud tendrán derecho a los cuidados paliativos. (11)

La Consejería de Salud de Andalucía publica en 2007 el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008 – 2012) que tiene como objetivo proporcionar una atención integral a las necesidades que presentan los enfermos en situación terminal, así como a sus familiares, procurándoles el máximo grado de bienestar y calidad de vida posibles, siempre dentro del respeto a la dignidad y a la autonomía personal. (12)

Y definitivamente, en Málaga, en enero de 2013, se propone la creación de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga con el fin de mejorar la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria que se presta a los pacientes paliativos en la ciudad de Málaga, dentro del área de influencia de ambos hospitales.

La creación de esta unidad representará una oportunidad única para potenciar y mejorar los cuidados paliativos y resolver potenciales desequilibrios y carencias con criterios de excelencia y de búsqueda de la eficiencia que se puedan dar en la atención a los pacientes paliativos de los Hospitales Regional y Virgen Victoria de Málaga.

### **1.3. El Proceso Paliativo**

El Proceso Paliativo es un Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, dentro del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, que se define como un proceso de atención al paciente, en situación de enfermedad terminal, y su familia. El proceso

El Proceso Paliativo es “el conjunto de actuaciones dirigidas a dar una respuesta integral a las necesidades físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales del paciente en situación terminal y su familia, las cuales serán valoradas y atendidas por recursos coordinados, según su grado de complejidad, con el fin de garantizar una adecuada continuidad en las asistencia, desde la identificación de la situación terminal hasta que se produzca la muerte del paciente, incluyendo apoyo en el duelo durante un periodo limitado”. (14)

El Límite de entrada al Proceso Paliativo es el paciente en situación terminal de enfermedad oncológica, o no oncológica. Se define la situación terminal como:



“La presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. Donde concurren síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, gran impacto emocional en pacientes y familiares y demanda de atención”. (14)

La enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible. (14)

El límite final asistencial en el Proceso Paliativo está, en aquellos casos, en los que tras la valoración del paciente no se confirme la situación terminal, en los cuidados postmortem inmediatos al fallecimiento y en la atención normal al duelo, teniéndose en cuenta el duelo patológico. (14)

#### **1.4. La Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos.**

El 19 de junio de 2.013 se crea la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga.

La creación de esta unidad representa una oportunidad única para potenciar y mejorar los cuidados paliativos y resolver potenciales desequilibrios y carencias con criterios de excelencia y de búsqueda de la eficiencia que se puedan dar en la atención a los pacientes paliativos de los Hospitales Regional y Virgen Victoria de Málaga.

Para la realización de este proyecto, la dirección de ambos hospitales, propuso la creación de 3 grupos de trabajo, compuestos por distintos profesionales implicados en el proceso paliativo, que proceden de ambos hospitales y de distintos centros de salud de Atención Primaria.

Estos grupos se denominaron:

- Grupo de Trabajo de definición del Plan Estratégico y organización de la Unidad Metropolitana
- Grupo de Trabajo de definición de la Cartera de Servicios
- Grupo de Trabajo de Organización Domiciliaria.

Estos 3 grupos de trabajo se reunieron en distintas ocasiones, a los largo de los varios meses del año 2.013, para elaborar un “proyecto común de consenso profesional” que se define como Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos.

La atención a los pacientes incluidos en el Proceso de Cuidados Paliativos de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Vitoria de Málaga se ciñe a la atención al Proceso Paliativo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, como un proceso de atención al paciente en situación de enfermedad terminal y su familia, dentro del siguiente marco:

#### **1.4.1. Población diana en Cuidados Paliativos**

La estrategia de atención sanitaria de Cuidados Paliativos está dirigida a los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada/terminal residentes en nuestra área de referencia.

Las intervenciones paliativas se basarán fundamentalmente en las necesidades del paciente y familia, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal han sido:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitada.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos. (3)

Durante el año 2.008 fallecieron en España, según el INE, 386.324 personas, con una tasa de 8.264,35 por millón de habitantes. (15)

El método que propone el Ministerio de Sanidad para la estimación de la población diana de cuidados paliativos ha sido similar al descrito en el estudio de McNamara y cols. (9)

Se han seleccionado las 10 patologías propuestas en su estimación de mínimos:

Cáncer, Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Hepática, Insuficiencia Renal, EPOC, ELA, Enfermedades de Motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer, SIDA.

De la base de datos del INE se han seleccionado las causas de muerte y los fallecimientos por dichas causas. En algunos casos se han asociado patologías para adecuarlas a las patologías señaladas por McNamara. De las cifras de mortalidad y su clasificación por causas publicadas por el INE, se ha obtenido el número de fallecidos por cáncer y por el conjunto de causas no oncológicas seleccionada por McNamara. Los resultados en Málaga. (16)

**Tabla 1. Estimación de Necesidades de Atención de Equipos Específicos UMCP 2012 Málaga**

	Tumores malignos	Tumores benignos	Inf. Cardíaca	IRC	Fallo hepático	EPOC	Enf. Motone	SIDA/ HIV	Total
<b>Número de pacientes</b>	499,45	18,66	143,65	18,05	34,72	73,78	70,48	7,29	868
<b>Porcentaje</b>	57.54 %	2.15 %	16.55 %	2.08 %	4.00 %	8.50 %	8.12 %	0.94 %	100%

**Tabla 2. Estimación de Necesidades de Atención de Equipos Específicos UMCP 2013 Málaga**

Estimación de Necesidades de Atención de Equipos Específicos UMCP 2013 Málaga (según incremento del 0.73% anual)									
	Tumores malignos	Tumores benignos	Inf. Cardíaca	IRC	Fallo hepático	EPOC	Enf. Motone	SIDA/ HIV	Total
<b>Número de pacientes</b>	520,36	19,44	149,67	18,81	36,17	76,87	73,43	7,60	904
	57.54 %	2.15 %	16.55 %	2.08 %	4.00 %	8.50 %	8.12 %	0.94 %	100%

**Tabla 3. Indicadores asistenciales Unidad Cuidados Paliativos Hospital Regional de Málaga**

Hospital Regional de Málaga (Hospitalización)	2.011	2.012	Estimación 2.013
<b>Ingresos</b>	418	515	634
<b>Estancias totales (días)</b>	4.431	5.162	6013
<b>Estancia media (día)</b>	10,60	10,02	10
<b>Mortalidad (%)</b>	54,8	54,2	54
<b>Ocupación (%)</b>	101,2	117,5	136,9

Tabla 4. Indicadores asistenciales de Hospitalización Paliativos H.U.V. Victoria

Hospital Virgen Victoria	2.011	2.012	Estimación 2.013
Ingresos	283	344	418
Estancias totales (días)	2.218	2.554	2940
Estancia media (día)	9,42	7,42	10
Mortalidad (%)	58,3	48	54
Ocupación (%)	120,2	116,13	133,7

La proporción de pacientes que requerirán ser atendidos por recursos avanzados (ESCP/UCP) se estima entre el 60-65% del total de pacientes en situación terminal, siendo el restante 35-40%, los casos de menor complejidad, que pueden ser atendidos por los recursos convencionales (Atención Primaria y Atención Hospitalaria) (12)

Con todos estos antecedentes, y teniendo en cuenta las necesidades de atención en Cuidados Paliativos, que los distintitos organismos internacionales, nacionales y autonómicos han determinado para los pacientes oncológicos y no oncológicos en su fase final de la vida.

Teniendo en cuenta el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, El Proceso Integral de Cuidados de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la reciente creación en Málaga (mayo 2013) de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos.

Teniendo en cuenta, que el 60 % de los pacientes oncológicos son susceptibles de atención en Cuidados Paliativos pudiéndose beneficiar de un Plan de Atención Sanitaria Integral de Cuidados Paliativos, para estos casos, nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuántos pacientes diagnosticados, en el Hospital Regional de Málaga, de cáncer incurable y con criterios de inclusión en Proceso Paliativos, son derivados a la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos. Analicemos las causas.

### **1.5 Criterios de inclusión en Proceso Paliativos de los Pacientes oncológicos**

Los pacientes para ser considerados con enfermedad en fase avanzada, deben presentar algunos criterios que delimitan esta situación.

En oncología están aceptados una serie de parámetros que caracterizan y definen esta fase, que son:

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 3ª y 4ª 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.

La decisión por parte de los clínicos de definir a un paciente como avanzado / terminal debe ser tomada sólo por especialistas cualificados y con experiencia, y estar sujeta a revisión permanente, pues constantemente se aplican nuevos tratamientos que cambian los conceptos de terapia con intención curativa y/o terapia con intención paliativa haciendo que estos conceptos se aproximen.

La atención integral en oncología comprende el estudio de los problemas que complican y acompañan al curso clínico de las enfermedades neoplásicas, ya sean dependientes del tumor, del paciente o del tratamiento.

Sus objetivos son: prevenir, eliminar o paliar aquellas circunstancias que deterioran la calidad de vida, imposibilitan la correcta aplicación de los tratamientos, intentando mejorar siempre las condiciones de vida del paciente.

Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que constituyen una cuestión de énfasis. Así, se aplicarán gradualmente un mayor número y proporción de cuidados de soporte o paliativos cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico. (4)

### **1.5.1.- Niveles de complejidad en la atención al paciente paliativo**

Los pacientes oncológicos pueden presentar distintos niveles de complejidad dependiendo de determinadas circunstancias:

#### **No Complejo:**

Con este perfil, el paciente puede ser atendido en domicilio por atención primaria y/o la unidad de soporte de cuidados paliativos domiciliario

#### **Baja complejidad y bajo soporte familiar.**

Puede ser atendido con recursos y/o en centros socio-sanitarios (instituciones de media o larga estancia) y si se precisa, en unidades de cuidados paliativos.

**Alta complejidad.** Requiere habitualmente la participación de unidades o equipos especializados, preparados para la resolución de síntomas especialmente complejos.

El grado de complejidad clínica en el paciente oncológico y que resulta específico del mismo, viene determinado por: la naturaleza, tipo, diseminación y evolución del tumor, utilización de tratamientos específicos con carácter paliativo (radioterapia, quimioterapia, terapias biológicas, radiocirugía, endoscopia, etc.), situaciones urgentes con utilización de exploraciones específicas, por la relación médico paciente y por situaciones familiares difíciles. (7)

## **2. Objetivos.**

### **2.1. Objetivo General**

Evaluar la adecuación de la implantación del programa de prestación de cuidados paliativos que oferta la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen Victoria de Málaga, a los pacientes oncológicos, diagnosticados de cáncer en progresión y en situación de terminal.

### **2.2. Objetivos específicos**

- ✓ Analizar si los pacientes derivados a la unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos cumplen los criterios de terminalidad, para la inclusión del Proceso Paliativo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, de acuerdo con :
- ✓ Determinar la presencia de síntomas prevalentes en el Proceso Paliativos, según la Guía de Práctica Clínica del SNS publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de fecha 1 julio de 2.008, en los pacientes sujetos al estudio.
- ✓ Identificar las áreas objeto de mejora en la atención al paciente Paliativo, tanto en procesos oncológicos como no oncológicos

### **3. Metodología.**

#### **3.1. Diseño.**

Este proyecto, es un proyecto de investigación clínica que se encuadra dentro de los estudios aplicados a los Servicios de Salud, como un estudio Cuantitativo, Observacional, Descriptivo, Retrospectivo, Transversal y de Prevalencia

Se pretende elaborar un estudio Cuantitativo, con objeto de determinar “n” variables independientes (Determinados criterios de inclusión y síntomas prevalentes del Proceso Paliativo) que pueden darse, o no, en “n” serie de casos (Todos los pacientes incluidos en la base de datos de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos durante el año 2.014)

De tipo Observacional, para observar y determinar si el factor de estudio (Criterios de inclusión y Síntomas Prevalentes del Proceso Paliativo) se da, o no, en todos los casos del estudio (Todos los pacientes incluidos en la base de datos de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos durante el año 2.014)

El estudio es Descriptivo, ya que no podemos determinar otros grupos de estudios que puedan ser explícitamente comparados con el que proponemos. En nuestro estudio describiremos si en cuantos casos, y en qué medida, se dan, o no los criterios de inclusión y síntomas prevalentes del Proceso Integral de Cuidados Paliativo. Retrospectivo para analizar los casos objeto del estudio durante el año 2.014

Es estudio se hará Trasversal, para determinar la prevalencia de los criterios de inclusión y síntomas prevalentes del Proceso Paliativo en todos los casos motivos del estudio. La población de referencias estará delimitada por: “Todos los pacientes incluidos en Proceso Paliativo durante el año 2.014 por la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos”. Las variables del estudio estarán claramente determinadas dentro de los Criterios establecidos para la Inclusión en Proceso Paliativos del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos y dentro de los Síntomas Prevalentes del Proceso Integral de Cuidados Paliativo determinados por la Guía de práctica clínica en el SNS sobre cuidados paliativos, publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en julio de 2008. Las escalas de medidas y la definición de los casos se determinarán en los apartados correspondientes de este estudio.



Abordaremos la Prevalencia de los distintos criterios de inclusión y aparición de los síntomas prevalentes del Proceso Paliativo en todos los casos de la población de estudio.

### **3.2. Población y sujetos de estudio**

Pacientes incluidos durante el año 2014 en la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos, adscrita a la Unidad Intercentros de Medicina Interna de los Hospitales Universitarios Regional y virgen de la Victoria de Málaga, acreditada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

### **3.3. Criterios de inclusión y de exclusión en el estudio.**

#### **Criterios de inclusión**

Los pacientes de este estudio están incluidos en la base de datos de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos como pacientes paliativos.

Para la inclusión en Proceso Paliativos, por la UMCP, se requiere:

1.- Una solicitud de inclusión del médico responsable, último del paciente, (documento adjunto).

2.- El médico de la unidad de paliativos que recibe la solicitud de inclusión, que debe tener en cuenta, si el paciente, o los pacientes, reúnen los criterios de inclusión del Proceso Integral de Cuidados Paliativo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Una vez valorado el paciente por el médico de paliativos, y considerando que reúne los criterios de inclusión, se identifica como Incluido en Proceso Paliativo en la Historia Única del paciente del Servicio Andaluz de Salud, Diraya.

#### **Criterios de exclusión**

Los pacientes que, tras la valoración del médico de paliativos, se considera que no reúne los criterios de inclusión del Proceso Paliativo (*Punto 1.4.1.- Población diana en Cuidados Paliativos de este estudio*) son rechazados y no incluidos en Proceso Paliativo por parte de la UMCP, hasta que su situación clínica lo justifique, (*según los*

critérios del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía).

### 3.4. Descripción y operativización de variables

Variables Explicativas			
Nombre de la variable	Tipo	Respuesta	Instrumento de Medición
Sexo	Cuantitativa / Dicotomica	Femenino = 0 / Masculino = 1	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo:Sexo
Edad	Cuantitativa / Discreta	Medida en años: 20, 30, 40	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Edad años
Motivo de la Derivación	Cualitativa / Policotomica	Causa explicita en la hoja de derivación a paliativos	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Motivo derivacion
Diagnostico médico oncológico CIE 10	Cualitativa / Dicotomica	Diagnostico oncológico si = 0 / No = 1	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Diagnostico Principal
Diagnostico médico no oncológico CIE10	Cualitativa / Policotomica	Diagnostico oncológico= 1 / Diagnostico no oncológico = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Diagnostico Principal
Metastasis	Cualitativa / Dicotomica	Metastasis SI = 0 / Metastasi NO = 1	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Metastasis si/no
Grado de Extensión	Cualitativa / Policotomica	Grado = I, II, III, IV	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Extensión Grado I,II,III, IV
Situación clinica	Cualitativa / Policotomica	Estable = 1 / No Estable = 2 / indeterminada = 3	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Estabilidad clínica si/no
Tipo Disnea NYHA	Cualitativa / Policotomica	Grandes Esfuerzo = 1 / Mediano Esf. = 2 / Pequeños Esf. = 3 / Reposo = 4	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Disnea Escala NYHA
Sintoma Astenia CIE10 R53	Cuantitativa / Dicotomica	Astenia si = 1 / Astenia no = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Astenia si/no
Nauseas y vomitos CIE10 R11	Cuantitativa / Dicotomica	Nauseas si = 1 / nauseas no = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Nauseas si/no
Diarrea CIE10 AO9 y K52.9	Cuantitativa / Dicotomica	Diarrea si = 1 / Diarrea no = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Diarrea si/no
Estreñimiento/Constipación CIE10 K 59.0	Cuantitativa / Dicotomica	Estreñimiento SI = 1 / Diarrea NO = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Estreñimiento si/no
Obstrucción Intestinal CIE10 K 56.6	Cuantitativa / Dicotomica	Obstruccion Intestinal SI = 1 / Obstruccion Intestinal NO = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Obs intestinal si/no
Obstrucción Urológica CIE10 N 13.9	Cuantitativa / Dicotomica	Obstruccion Urológica SI = 1 / Obstruccion Urológica NO = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo; Obs urológica si/no
Delirio / Síndrome Confusional Agudo CIE10 R41.0	Cuantitativa / Dicotomica	Delirio SI = 1 / Delirio NO = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Delirio si/no
Agitación CIE10 R45.1	Cuantitativa / Dicotomica	Agitacion SI = 1 / Agitacion NO = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Agitación si/no
Sintoma Dolor CIE10 R52	Cuantitativa / Dicotomica	Dolor Si = 1 / Dolor No = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Dolor si/no
Clasificación Duración dolor IASP*	Cuantitativa / Dicotomica	Agudo = 1 / Cronico = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo; Dolor Tipo
Clasificación Patogenia dolor IASP*	Cualitativa / Policotomica	Neuropatico = 1 / Nocioceptivo = 2 / Psicogeno = 3	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Dolor Tipo
Clasificación Localización dolor IASP*	Cuantitativa / Dicotomica	Somatico = 1 / Visceral = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Dolor Tipo
Clasificación Curso dolor IASP*	Cuantitativa / Dicotomica	Continuo = 1 / Irruptivo = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Dolor Tipo
Clasificación intensidad dolor IASP*	Cualitativa / Policotomica	Leve = 1 / Moderado = 2 / Severo = 3	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Dolor EVA
Clasificación factor Pronostico dolor IASP*	Cuantitativa / Dicotomica	Buen Pronostico = 1 / Mal Pronostico = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Dolor Pronostico

Clasificación Respuesta Opiaceos dolor IASP*	Cualitativa / Policotómica	Bien = 1 / Parcialmetne sensible = 2 / Escasa = 3	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Tratto Opiaceos efectivo / No efectivo
Sintoma Disnea CIE10 R06	Cuantitativa / Dicotómica	Disnea Si = 1 / Disnea No = 2	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Disnea si/no
Diagnósticos de Enfermería NANDA	Cualitativa Policotómica	Taxonomía NANDA	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Diagnosticos de Enfermería
Resultados de Enfermería NOC	Cualitativa Policotómica	Taxonomía NOC	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Resultados de Enfermería
Intervenciones de Enfermería NCI	Cualitativa Policotómica	Taxonomía NIC	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Intervenciones de Enfermería
Complejidad	Cualitativa / Policotómica	Complejo= 1 / No Complejo = 2 / Altamente Complejo = 3	Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Complejidad: No complejo, Complejo, Altam Complejo
<b>Variables de Resultados</b>			
Valoración de los criterios de inclusión en proceso paliativo			Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Fecha de inclusión
Valoración del Nivel de Complejidad			Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Fecha de inclusión
Terminalidad: Supervivencia igual o menor a 6 meses			Reg.Hist.Clínica / Hoja derivación/inclusión Proc.Paliativo: Fecha de inclusión

### 3.5. Fuentes de datos e instrumentos de medida

Se utilizará como fuente de datos es la Historia Única del Paciente del S.A.S y de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen Victoria de Málaga: Diraya, DAE, Aqua, HIS, Archivo General de Historias Clínicas.

Los registros propios de la UMCP: Hoja de derivación e inclusión en Proceso Paliativo, Registro de Inclusión de Proceso Paliativo, Bases de datos Excel.

Se valorará si el paciente cumple con los criterios de inclusión en proceso paliativo, el nivel de complejidad y la terminalidad de los pacientes, anteriormente descritos.

### 3.6. Procedimiento

Se solicitará autorización para la realización del estudio de investigación.

Se creará una comisión de seguimiento compuesta por un reducido grupo de miembros del equipo de investigación.

Se informará a los profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos de la realización del estudio.

La recogida de información se realizará a través de la Historia Única del Paciente. Cada paciente tiene un registro de Historia Clínica individualizado, e identificado con un Número de Historia Única de Salud de Andalucía (NUSA)

Accederemos a la Historia Única del paciente desde la a Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos que utiliza los registros electrónicos de Historia Única del Servicio Andaluz de Salud (Diraya) y los registros electrónicos, y en formato papel, de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga (DAE, Aqua, His, Archivos Generales de Historias Clínicas, otros)

Analizaremos todas las historias registradas en la UMCP desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2.014.

### **3.8. Análisis de datos**

Para el registro de datos, serán codificados por medio de una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS 20.0 con licencia para la Universidad de Málaga. La descripción de una variable numérica, si los datos son normales se realizará con la media y desviación típica; y si los datos tienen distribución anormal usaremos mínimo, máximo, mediana y tres cuartiles. Su representación gráfica será el histograma. En cuanto a las variables cuantitativas, usaremos tablas de frecuencia o gráficos de sectores o barras.

Se empleará la prueba Chi cuadrado para estudiar la asociación de variables cualitativas.

El análisis multivariante de las variables dependientes se realizará mediante un modelo de regresión logística binaria.

Con respecto al análisis, en todas las pruebas estadísticas exploratorias y analíticas se empleará un nivel de significación estadística ( ) de  $p < 0,05$ .

## **4. Aspectos éticos**

Por las característica de este estudio, actuaremos “exclusivamente” sobre las historias clínicas que se encuentran en nuestro archivo de la unidad, ya que lo que vamos a analizar es “la implantación del programa de prestación de cuidados paliativos que oferta la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen Victoria de Málaga, a los pacientes oncológicos, diagnosticados de cáncer en progresión y en situación de terminal”.

Por lo que se seguirán estrictamente toda la normativa existente en el hospital sobre la correcta actuación sobre historias clínicas, procedimientos actualizados de la Comisión de Bioética de ambos Hospitales. Los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria, cuentan con una Historia Clínica única por cada usuario ( .....) que recibe una atención por un Profesional siendo este, el documento legal mas importante cuyo contenido es reservado y secreto, de gran utilidad para el, la investigación medico – científico, la Docencia, la Justicia, información que se puede utilizar con respaldo a los decretos de Ley respectivos” En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Nuestra unidad cuenta con un archivo de historia, custodiado en la Secretaría de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos, Hospital Civil, Planta Baja, Pabellón 1 y Archivos Generales de ambos Hospitales.

Se solicitara a la Comisión Bioética de nuestro centro los permisos pertinentes para la realización de este estudio.

Se tendrán en cuenta todos los aspectos de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 298, 14 de diciembre de 1999, pags. 430088 – 43099). Ley 14/2007 sobre investigación biomédica y Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964.

## **5. Organización y calendario de actividades**

- 1ª Etapa: Planificación: se elige el tema junto con los objetivos, consultas de asesoramiento, elaboración del proyecto, se hace la búsqueda bibliográfica pertinente y se elabora el proyecto. Con una duración estimada de tres meses.
- 2ª Etapa: Organización: Obtención de recursos, estudio piloto previo a la investigación, permisos, etc. Con una duración estimada de tres meses.
- 3ª Etapa: Ejecución: Tiene lugar el desarrollo de la investigación, en la que se recogen los datos necesarios previamente definidos en el proyecto, así como realizar los cuestionarios. Esta etapa finaliza cuando el número de informantes estimado, que cumplan los criterios del estudio, hayan completado el cuestionario. Con una duración estimada de seis meses.

- 4ª Etapa: Procesamiento de datos y análisis de resultados: Pruebas estadísticas descritas en el proyecto. Con una duración estimada de dos meses.

- 5ª Etapa: Analizar los resultados obtenidos y redacción del informe final. Duración estimada de dos meses.

<b>Etapas</b>	J	J	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	S	O	N
<b>Meses</b>																
Planificación																
Organización																
Ejecución																
Procesamiento de datos y análisis de resultados																
Redacción del informe final																

## 6. Limitaciones del estudio

Queremos destacar que por las características del proceso “terminalidad”, los registros de estos pacientes en su historia clínica están orientados para que no sean dificultosa la recogida de datos, y tenga una alta calidad de información en todos sus registros, lo que dificultaría la inclusión de “sesgos” que se puedan atribuir o producir en otros estudios de tipo transversales, con lo que se minimiza o excluye esta posibilidad.

Aunque “habitualmente se ha mantenido que los estudios observacionales sobreestiman los resultados de los tratamientos en comparación con los EC, sin embargo dos estudios relativamente recientes, rebaten esta tesis; han comparado el resultado de varias intervenciones evaluadas mediante EC y estudios observacionales. No se observaron diferencias sistemáticas entre ambas metodologías, por lo que los dos artículos concluyeron que los estudios observacionales proporcionan información válida en la evaluación de intervenciones sanitarias, siempre que estén bien diseñados” (17).

## 7. Referencias

1. OMS. Cuidados Paliativos. OMS, 2014. (Acceso 4 de abril de 2014) Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
2. OMS. Acerca de la OMS: Oficina Regional para Europa. OMS, 2014. (Acceso 3 de mayo de 2014) Disponible en: <http://www.who.int/about/regions/euro/es/>.
3. OMS. Urban health. OMS, 2010. (Acceso 14 de mayo de 2014). (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health>)
4. Davies E, Higginson IJ. Hechos sólidos Cuidados Paliativos. OMS Europa, 2004. (Acceso 5 de mayo de 2014) Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/opsc\\_est4.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est4.pdf.pdf).
5. Davies E, Higginson IJ. Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores. OMS Europa, 2004. (Acceso 20 de mayo de 2014). Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/opsc\\_est5.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est5.pdf.pdf).
6. OMS. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. OMS Europa, 2003. (Acceso 22 de mayo de 2014). Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/opsc\\_est6.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativosdiabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf.pdf).
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2001. (Acceso 22 de mayo de 2014). Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/opsc\\_est7.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est7.pdf.pdf)
8. Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisiones. Año 2.005. VIII Legislatura. Sanidad y Consumo. Sesión 11. 10 mayo 2.005. Sobre cuidados paliativos. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. (Número de expediente 161/000846.) Pag. 15. Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/DS/CO/CO\\_277.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/DS/CO/CO_277.PDF)
9. Sanidad. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2.010 – 2.014. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. (Acceso 5 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
10. Sanidad. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2.009. Publicado en 2.010. (Acceso 8 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

11. Estatuto de Autonomía para Andalucía. Texto aprobado por el Congreso de los Diputados. Sesión plenaria 2 noviembre 2006. (Acceso 8 de junio de 2014). Disponible en: <http://juntadeandalucia.es/html/especiales/NuevoGobiernoVIII/images/17estatuto.pdf>
12. ANDALUCÍA. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. (2008 – 2012). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007. (Acceso 10 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/cpaliativos/planpaliativosandalucia.pdf>
- 13 Documento de creación de la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos de los Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga. 19 mayo 2013
14. ANDALUCÍA. Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. 2ª Edición. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007.
15. INE. Defunciones según la causa de muerte. Resultados 2012. Instituto Nacional de Estadística. Salud. . (Acceso 14 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>
16. INE. Tablas de mortalidad. Resultados año 2012. Instituto Nacional de Estadística. Salud. . (Acceso 20 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319a&file=inebase&L=0>
17. Fontcuberta Martínez J, García González AG. Lectura crítica de otros tipos de estudios: estudios observacionales. Revisiones narrativas. Paneles de expertos. Documentos de consenso. (Acceso 2 de julio de 2014). Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136633-capitulo\\_14.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136633-capitulo_14.pdf)



## 8. Anexos

### Anexo 1. Glosario de términos

**Complejidad:** Conjunto de factores de mayor dificultad o intensidad de necesidades que requieren habitualmente la intervención de un equipo de cuidados paliativos. Depende tanto de las características del paciente, como de problemas de difícil control, de la necesidad de determinadas acciones diagnósticas o terapéuticas y de dificultades de adaptación familiar.

**Crisis de necesidad:** Situación aguda caracterizada por la aparición de una o varias necesidades concretas, físicas, psicológicas, sociales o espirituales que disminuyen el confort y la calidad de vida del enfermo, y que altera la adaptación y estabilidad emocional de la familia y requiere de una intervención específica para su resolución.

**Cuidados paliativos:** Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

**Equipo de cuidados paliativos:** Su actividad central se limita a los cuidados paliativos. 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. Están compuestos por médicos y enfermeras, con la cooperación necesaria de psicólogo y trabajador social y la colaboración de otros profesionales. La composición de los equipos estará en función de las características demográficas y geográficas y de los niveles de necesidad de las estructuras territoriales sanitarias de referencia. Realizan también funciones docentes e investigadoras en distintos grados.

**Equipo de soporte domiciliario:** Equipo de cuidados paliativos que interviene en domicilio tras interconsulta de los profesionales responsables. Puede realizar tareas de asesoramiento o intervención directa.

**Equipo de soporte hospitalario:** Equipo de cuidados paliativos que interviene en el hospital, tras interconsulta de los profesionales responsables. Puede realizar tareas de asesoramiento o intervención directa.

**Niveles de cuidados paliativos:** 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. El nivel de cuidados paliativos específicos, secundarios, especializados o avanzados contempla diversos tipos de intervenciones de los equipos de cuidados paliativos ante situaciones de complejidad. Algunos autores denominan tercer nivel a la atención hospitalaria en Unidades de Cuidados Paliativos.

**Población diana:** Los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada/terminal. Las intervenciones paliativas se basarán, fundamentalmente, en las necesidades del paciente y familia, más que un plazo concreto de supervivencia esperada.

**Situación de enfermedad avanzada-terminal:** Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal han sido:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

**Unidad de cuidados paliativos:** Se trata de unidades de hospitalización específicas de cuidados paliativos, atendidas por un equipo interdisciplinar. Pueden ubicarse en hospitales de agudos o de tipo sociosanitario. Con frecuencia las unidades realizan también labores de equipo de soporte hospitalario y consulta externa.

**Unidad de Cuidados Paliativos integrada:** Es una unidad amplia atendida por un equipo de cuidados paliativos. Dispone de camas que pueden adaptarse flexiblemente a la atención de cuidados paliativos, u otros usos, cuando sea necesario.

**Unidad de Cuidados Paliativos satélite:** Unidad de cuidados paliativos de media y larga estancia, generalmente en hospital para no agudos. Dependiente de otra más amplia, específica de cuidados paliativos u otra como medicina interna.

## Anexo 2. Hoja de interconsulta y derivación



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Hospitales Universitarios Regional y  
Virgen de la Victoria de Málaga  
Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos

### Hoja de interconsulta y derivación Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos (UMCP)

(Para cumplimentar por el Médico / Especialista que deriva al paciente)

EMISOR		ETIQUETA	
H.G.	UGC/Servicio :		
HMI	Consulta:		
Civil	Habitación/Cama:		
HVV	Fecha:		
A. P.	Hora:		
Otros			
<b>Prioridad:</b>			
<b>No Demorable:</b> <i>(Menos de 48 h)</i>		<b>Preferente:</b> <i>(Menos de 5 días)</i>	
		<b>Normal:</b> <i>(Máximo 10 días)</i>	

#### 1.- DIAGNOSTICO:

#### 2.- EXTENSIÓN / PROGRESIÓN:

#### 3.- SÍNTOMAS:

#### 4.- TRATAMIENTO:

#### 5.- MOTIVOS / CAUSA DE LA DERIVACIÓN:

#### 6.- NIVEL DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA:



Málaga a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_  
Dr. Nombre y apellidos:  
Firma:

U.G.C. Medicina Interna. Hospitales Universitarios Regional y Virgen Victoria de Málaga



**IDC – Pal: Instrumento Diagnostico de la Complejidad en Cuidados Paliativos**  
(Para cumplimentar por la Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativo)

		Elementos	Nivel de complejidad	SI	NO
1. Dependientes del paciente	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		
	1.3. 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. Dependiente 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. Dependiente 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 \_\_\_

Se requiere Intervención de los recursos avanzados / específicos: Si \_\_\_ No \_\_\_