



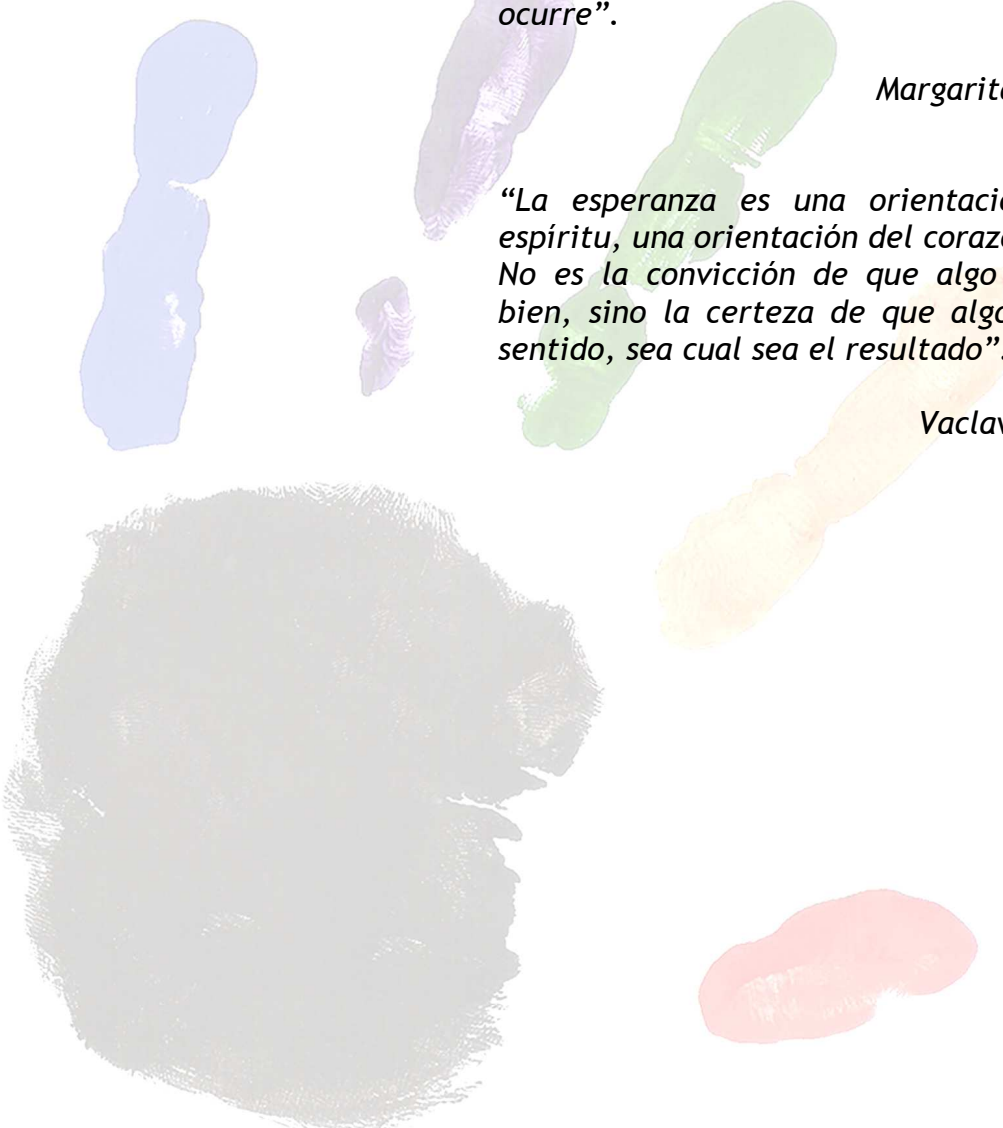
Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo



PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Marzo 2009





“Nunca tengas dudas que un pequeño grupo de ciudadanos comprometidos y responsables pueden cambiar el mundo. De hecho, eso es una cosa que siempre ocurre”.

Margarita Mead

“La esperanza es una orientación del espíritu, una orientación del corazón. No es la convicción de que algo saldrá bien, sino la certeza de que algo tiene sentido, sea cual sea el resultado”.

Vaclav Havel



ÍNDICE

1. Presentación.	3
2. Proceso de elaboración y puesta en marcha.	5
3. Equipo de redacción y colaboradores.	7
3.1. Equipo de redacción del Plan Integral de Cuidados Paliativos.	7
3.2. Equipo de redacción del Protocolo de desarrollo operativo y gestión del Plan Integral de Cuidados Paliativos.	8
3.3. Coordinación del Plan Integral de Cuidados Paliativos.	8
4. Marco conceptual.	9
5. Marco legal.	13
5.1. Legislación estatal.	13
5.2. Legislación autonómica.	15
6. Antecedentes y desarrollo:	17
6.1. A nivel internacional.	17
6.2. A nivel estatal y autonómico.	19
7. Situación actual en la Comunidad Autónoma de Murcia.	23
7.1. Datos demográficos.	23
7.2. Datos epidemiológicos.	26
7.3. Recursos estructurales específicos.	29
8. Justificación.	31
9. Principios.	35
10. Objetivos.	37
10.1. General.	37
10.2. Específicos.	37
11. Población incluida.	39
12. Estrategia de implantación y cronograma.	41
13. Modelo de provisión de servicios.	45
13.1. Recursos estructurales.	46
13.2. Descripción y funciones de los dispositivos.	50
13.2.1. Equipo de Atención Primaria (EAP).	50
13.2.2. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP).	50
13.2.3. Servicios de Especialidades de los Hospitales de Agudos.	51
13.2.4. Servicios de Urgencias Extrahospitalarios.	53
13.2.5. Salud Mental.	53
13.2.6. Servicios Sociosanitarios.	53
13.3. Gestión por procesos.	54

14. Infraestructura.	55
14.1. Ubicación física y equipamiento.	55
14.2. Sistemas de información y comunicación.	55
15. Recursos humanos.	58
15.1. Análisis del puesto de trabajo.	58
15.2. Competencias.	59
15.3. Perfil de los puestos.	60
15.4. Proceso de selección de los profesionales de ESCP.	61
16. Plan de Formación, Docencia e Investigación.	63
17. Evaluación y seguimiento.	67
17.1. Coordinación de Cuidados Paliativos.	67
17.2. Comisiones de Cuidados Paliativos.	68
17.2.1. Comisión de Área.	68
17.2.2. Comisión Regional.	69
17.3. Indicadores de evaluación.	70
18. Bibliografía	71
19. Anexos.	77
I. Criterios de inclusión.	79
II. Funciones de los dispositivos.	81
III. Descripción y organización de los dispositivos por Áreas de Salud.	85
IV. Mapa de procesos.	121
V. Infraestructura física y Equipamiento.	123
VI. Medicamentos y material fungible e inventariable.	125
VII. Vehículos.	131
VIII. Sistemas de Información, Comunicación y Registro.	133
IX. Formación. Docencia e investigación.	151
X. Indicadores de evaluación.	157

1. PRESENTACIÓN

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia recibió, el 1 de enero de 2002 de manos de la Administración Central del Estado, las competencias en asistencia sanitaria que hasta ese momento venían siendo desempeñadas por el INSALUD. Estas transferencias suponen una oportunidad excepcional para nuestra Comunidad Autónoma, que ahora puede planificar, presupuestar y gestionar todas las actuaciones sanitarias.

El sistema sanitario ha de identificar y establecer las prioridades y necesidades de su población, y tras ello emprender las mejores medidas posibles destinadas a su atención. Con una población que se dirige al envejecimiento, y sin abandonar el desarrollo de medidas innovadoras y eficaces para el estudio y la curación de la enfermedad, se hace absolutamente necesario facilitar una respuesta integral que permita a nuestra población la mejor de las atenciones también en el momento en el que no existe tratamiento curativo posible. Es entonces cuando el paciente y la familia pueden llegar al mayor sufrimiento y en contraposición, a menudo, es cuando llegan a sentirse más desamparados.

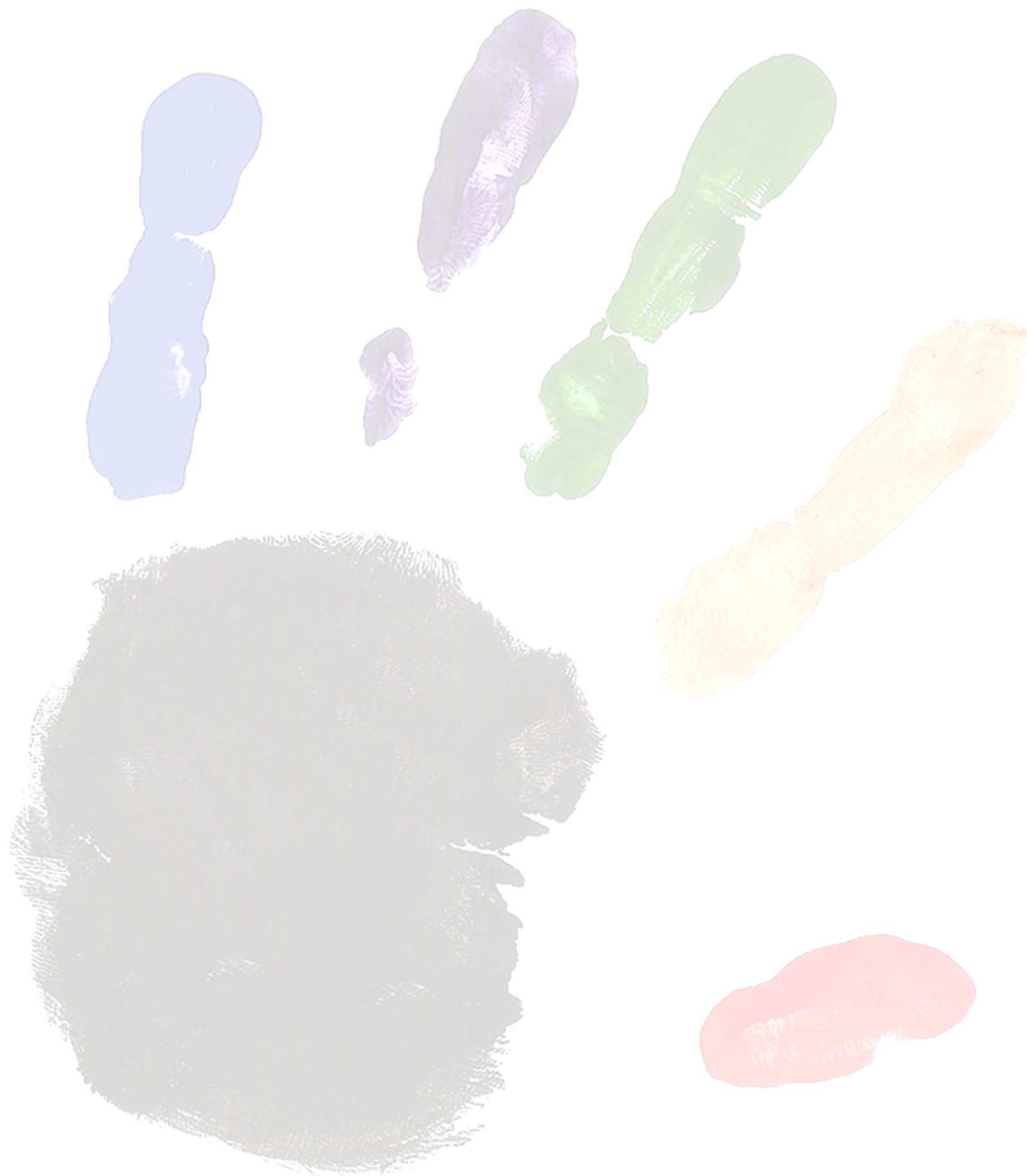
Además, el proceso de morir se había desplazado gradualmente desde el hogar hacia los hospitales, no siendo éstos el lugar deseado por la mayoría de los pacientes. Este hecho se atribuye a las dificultades para obtener en el domicilio una atención adecuada, y de la máxima calidad, para estos enfermos.

Con el objetivo de dar respuesta a estas necesidades se ha elaborado este Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, con la intención de procurar la mejor calidad y confort posible al propio paciente y su familia, sin pretender alargar su supervivencia, atendiendo a sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales, con respeto a su dignidad, autonomía y a su capacidad de decisión.

Finalmente, señalar que el Plan de Cuidados Paliativos que presentamos a continuación es el fruto del trabajo conjunto de profesionales del Servicio Murciano de Salud y de la Consejería de Sanidad, además de instituciones y agentes sociales con responsabilidad en este ámbito de la salud en la Región de Murcia. A todos ellos queremos expresarles nuestra más sincera felicitación por la calidad de sus aportaciones, así como nuestro agradecimiento por su esfuerzo y dedicación.

D. Pablo Fernández Abellán

*Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano,
Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.*



2. PROCESO DE ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA

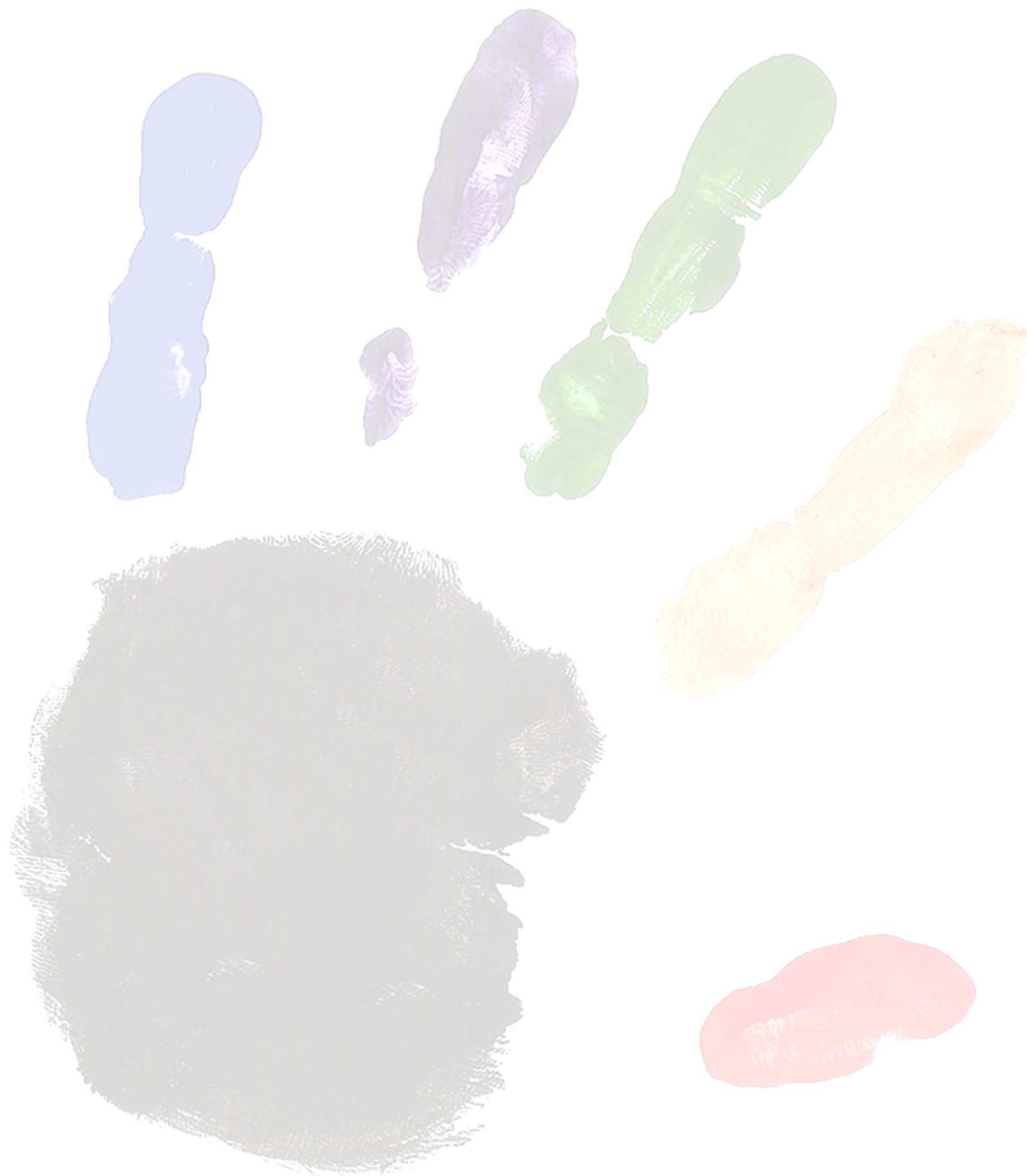
En Mayo de 2005 la Consejería de Sanidad de Murcia, a través de su Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, inicia la etapa de “*Proyecto del Plan Integral de Cuidados Paliativos*” constituyendo un grupo de trabajo multidisciplinar para su elaboración (apartado 3.1 de este documento); concluyendo con el mismo y trasladando la elaboración del “*Protocolo de desarrollo operativo y su gestión*” al S.M.S. (elaborado por el grupo de trabajo del punto 3.2 de este documento) en Abril de 2006; tal y como propone la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia que separa la función de planificación de la actividad sanitaria, de la de provisión de servicios, siendo la primera asumida por la Consejería de Sanidad, y la segunda por el Servicio Murciano de Salud, ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria de Murcia.

A lo largo del último trimestre de 2006 se presenta en las Gerencias de todas las Áreas SMS y a los Colegios profesionales y Sociedades científicas relacionadas con el tema de la Región, propiciando con ello la participación y recopilando las sugerencias que surgieron de la misma.

El 28 de Noviembre de 2006 la Exma. Consejera de Sanidad comparece ante la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la Asamblea Regional para presentar el “*Plan Integral de Cuidados Paliativos*” e informar sobre la puesta en marcha del desarrollo del mismo.

El 9 de Enero de 2007 se presenta el “*Plan Integral de Cuidados paliativos*” en el Consejo de Salud de la Región de Murcia, el cual da su visto bueno.

En Abril de 2007 se inicia la actividad de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos en todas las Áreas de salud de la Región.



3. EQUIPO DE REDACCIÓN Y COLABORADORES

3.1 Equipo de redacción del Plan Integral de Cuidados Paliativos (Hasta Diciembre de 2005).

COMPONENTES	INSTITUCIÓN
D. Pablo Fernández Abellán	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano Ordenación Sanitaria y Drogodependencias
D. José Manuel Allegue Gallego	Dirección General de Asistencia Sanitaria
D. Francisco Marín Montoya	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano Ordenación Sanitaria y Drogodependencias
D. Jesús E. Carcar Benito	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano Ordenación Sanitaria y Drogodependencias
D. Agustín Navarrete Montoya	Asociación Española Contra el Cáncer
D. Manuel del Pozo Rodríguez	Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia
D. Diego Nicolás Torres	Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Murcia
D. Roberto Ferrándiz Gomis (1)	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
D. Manuel Alcaraz Quiñonero (2)	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
D. Manuel Villegas García	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
D. Joaquín Hellín Monasterio	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
D. Jenaro Cortés Angulo	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Dña. Teresa García García.	Hospital Universitario Morales Meseguer
D. Apolo García Palomares	Hospital Universitario Morales Meseguer
D. Juan José Pedreño Saura	Hospital Santa María del Rosell
Dña. María Rosa Salinas Escolar	Atención Especializada
Dña. Mercedes Gómez Ruíz	Gerencia de Atención Primaria de Murcia
D. Domingo Aranda Alarcón	Gerencia de Atención Primaria de Murcia
D. José Miguel Corral Ortega	Gerencia de Atención Primaria de Murcia
Dña. Rosario Martínez Subiela	Gerencia de Atención Primaria de Cartagena
D. Juan Francisco Martínez García	Gerencia de Atención Primaria de Cartagena

(1) Hasta el mes de septiembre de 2005

(2) Desde el mes de septiembre de 2005

Asociaciones, Sociedades Científicas y Colegios Profesionales que han colaborado en la elaboración del Plan Integral

- Asociación Española Contra el Cáncer
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia
- Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Murcia

3.2 Equipo de redacción del Protocolo de desarrollo operativo (hasta Octubre 2007).

Allegue Gallego, Jose Manuel
Herranz Valera, Jose Javier
Fernández Aparicio, Tomas
Sánchez Sánchez, Fuensanta
López Benavente, Yolanda
Sánchez Bautista, Susana
Bermejo Martínez, María
Larrosa Sánchez, Peligros
Martínez Martínez, Elena
García Charcos, Maria

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Gerencia de Área V Altiplano

Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

3.3 Equipo de redacción de la revisión y reedición del "Plan Integral de Cuidados Paliativos" (en la actualidad)

COMPONENTES

Fernández Aparicio, Tomas
Herranz Valera, Jose Javier
Sánchez Bautista, Susana
Sánchez Sánchez, Fuensanta
Lorenzo Garcia, Natalia

INSTITUCIÓN

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Asistencia Sanitaria.

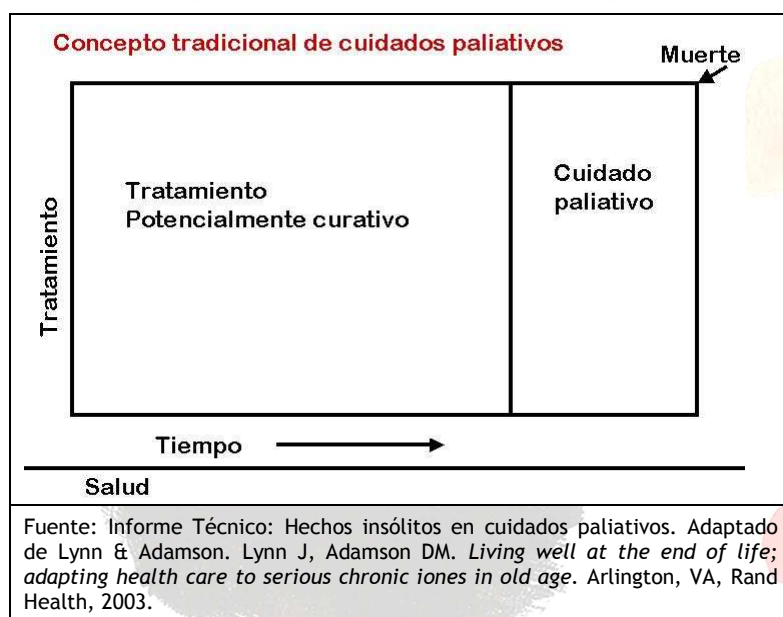
3.4 Coordinación y gestión del Plan Integral de Cuidados Paliativos en la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud:

- Coordinación: Fuensanta Sánchez Sánchez.
- Apoyo Técnico: Natalia Lorenzo García

4. MARCO CONCEPTUAL

Definimos **enfermedad terminal** como "aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la existencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación" (Plan Nacional de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo).

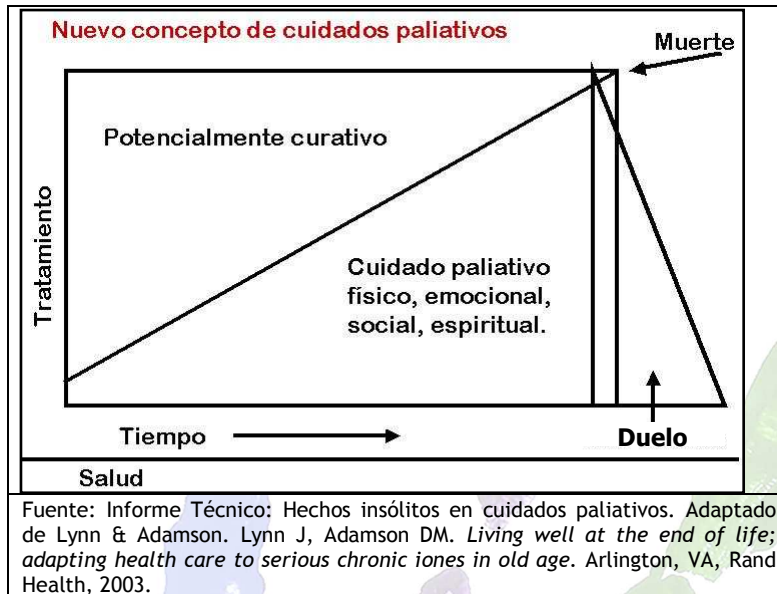
Cuidados paliativos son aquellos que "consisten en la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si fuera necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo" (5 de mayo de 1991. Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE).



En el modelo tradicional, el más implantado en la actualidad, los cuidados paliativos han sido ofrecidos a los enfermos de cáncer, quizás por lo previsible del desarrollo de la enfermedad. De hecho, el planteamiento actual es ofrecer una serie de cuidados en un momento definido justo antes del final de la vida, tal y como se recoge en el gráfico.

Este concepto actual debe cambiar, por otro donde los pacientes se beneficien de los cuidados paliativos después del diagnóstico, sin perjuicio del beneficio de tratamientos, que modifiquen el progreso de la enfermedad hasta el final de la vida. Tal y como podemos observar en el siguiente gráfico, el concepto de cuidados paliativos debe ser desarrollado y aplicado como una intervención que puede ser ofrecida junto a los tratamientos curativos potenciales. De esta forma, se pueden satisfacer mejor las necesidades asociadas a las enfermedades crónicas previsible en un proceso de

envejecimiento de la población, siendo también aplicable a enfermedades de curso más predecible y a otros grupos de edad (como jóvenes y niños con enfermedades terminales).



En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, redefine el concepto de cuidados paliativos al describir este tipo de atención como: *"un enfoque, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales"*.

Muchos de los cuidados paliativos deben ser empleados en estadios más precoces de las enfermedades, en combinación con tratamientos más activos con finalidad paliativa.

En esta misma línea, en el documento *"Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos"* editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2002, se definen los cuidados paliativos como *"la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada y terminal así como de las personas a ellas vinculadas por razones familiares o de hecho. Esa situación viene caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y que condicionan una elevada necesidad y demanda de atención. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora del confort y de la calidad de vida, definidos éstos por el propio enfermo y su familia, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores"*.

Siguiendo la Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis. Así, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico dirigiéndose los objetivos terapéuticos a la promoción del confort del enfermo y su familia.

Así, las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.

2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinar, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de estos apartados, que constituyen verdaderas disciplinas científicas. Es requisito indispensable el adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.



5. MARCO LEGAL

El marco legal para la atención a los pacientes con enfermedad en situación terminal debe encuadrarse, y está recogida, en la normativa sanitaria, tanto a nivel estatal como en la promulgada en las diversas comunidades autónomas.

5.1 Legislación Estatal

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Esta Ley “*tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución*”, tal y como define en el artículo 1 punto 1 de su articulado. Además, tiene la consideración de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución.

El Título Primero de la Ley se dedica al Sistema Nacional de Salud, haciendo extensiva la asistencia sanitaria a toda la población española y estableciendo que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

También orienta las acciones del Sistema Nacional de Salud, que está constituido por el conjunto de los servicios de salud estatales y de las Comunidades Autónomas (art. 44), a una concepción integral del sistema sanitario (art. 4) e integra en este Sistema todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (art. 45). Las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud se regulan en el Título III artículo 46.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Esta ley realiza la transposición a la legislación nacional de la normativa europea (Directiva comunitaria 95/46), relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Los datos de salud se consideran especialmente protegidos, dedicándole el artículo 8 de la ley para indicar que están condicionados a una regulación especial, estatal o autonómica, sobre sanidad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Esta ley, que tiene la condición de básica de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.a y 16.a de la Constitución, viene justificada por la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínicoasistenciales.

Tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y de documentación clínica (artículo 1).

Sus siete principios básicos se recogen en el artículo 2 e incluye un artículo exclusivamente dedicado a las definiciones legales (artículo 3). Además, en ella se desarrolla el derecho de acceso a los datos de salud, complementando y ampliando la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Esta ley, en su preámbulo, define que: "La equidad, la calidad y la participación como objetivos comunes, las actuaciones en los diferentes ámbitos y los instrumentos para llevarlos a cabo constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y lo que proporciona unos derechos comunes a todos los usuarios."

Además establece, en su artículo 7, el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de garantizar las prestaciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

En este contexto, la Ley de cohesión y calidad contempla la atención paliativa a enfermos terminales comprendida, de forma expresa, entre las prestaciones de atención primaria y especializada.

Así, en su artículo 12, dispone:

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2. La atención primaria comprenderá:

.....

La atención paliativa a enfermos terminales.

.....

Y en su artículo 13:

1. La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez

superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

2. La atención sanitaria especializada comprenderá:

.....

f. La atención paliativa a enfermos terminales.

.....

5.2. Legislación Autonómica

Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

En esta Ley se estructura el sistema sanitario de la Región de Murcia, separando la función de planificación de la actividad sanitaria, de la de provisión de servicios, siendo la primera asumida por la Consejería de Sanidad, y la segunda por el Servicio Murciano de Salud, ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria de Murcia.

Decreto 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud.

Este decreto supone una estructura funcional y organizativa, como soporte de la actividad política y de las tareas específicas de gestión asistencial.

LEY 5/2004, de 22 de octubre, del voluntariado en la Región de Murcia.

Esta Ley tiene por objeto ordenar, promover y fomentar la participación solidaria de los ciudadanos en acciones de voluntariado, a través de entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, y regular las relaciones que puedan establecerse entre las administraciones públicas, las entidades que desarrollen actividades de voluntariado, los voluntarios y los destinatarios de la acción voluntaria.

Son voluntarios aquellas personas físicas que, mediante decisión personal, libre y altruista, sin recibir ningún tipo de contraprestación económica, participen en cualquier actividad de voluntariado a que se refiere esta Ley y en las condiciones que se señalan en la misma, y a través de una entidad de voluntariado. También pueden ser menores con autorización.

Las condiciones fijadas para ser considerada una actividad de voluntariado son:

- a. Que tengan un carácter continuo, altruista, responsable y solidario.
- b. Que su realización sea voluntaria y libre, sin que tengan causa en una obligación personal o deber jurídico.
- c. Que se realicen fuera del ámbito de una relación laboral, funcional, mercantil o de cualquier otro tipo de relación retribuida.

- d. Que se realicen sin ningún tipo de contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que la actividad realizada pudiera ocasionar.
- e. Que se desarrollen en función de programas o proyectos concretos, de interés general.
- f. Que dicha actividad se ejerza con autonomía respecto a los poderes públicos.

Y en su artículo 4 como Áreas de interés general:

.....

- a) Servicios sociales y salud.

.....

Además, en sus artículos 7 y 8 regula los derechos y deberes de los voluntarios, siendo el noveno dedicado a su reconocimiento social.

En el capítulo II, la sección II se dedica a las entidades de voluntariado, definiéndolas, estableciendo como debe ser la incorporación de las personas voluntarias a las mismas y también sus obligaciones, derechos y responsabilidades extracontractuales frente a terceros. La sección III se refiere a los destinatarios de la acción voluntaria organizada, estableciendo asimismo su concepto, derechos y deberes.

Esta Ley también trata, en siguientes capítulos, las relaciones entre la Administración y las entidades de voluntariado, la participación y el fomento del voluntariado.

Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de instrucciones previas y su registro.

Este Decreto regula el documento de Instrucciones previas, su formalización, modificación, sustitución o revocación, dotándolo con las mayores garantías de autenticidad y eficacia, así como su inscripción en el Registro de Instrucciones previas de la Región de Murcia.

En el Capítulo I se trata el contenido, forma de otorgamiento y requisitos de validez del documento de Instrucciones previas. Y, en el Capítulo II, se procede a crear el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia, que permitirá el conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la existencia de instrucciones previas de los pacientes a los que tratan.

6. ANTECEDENTES Y DESARROLLO

6.1 A nivel internacional.

El inicio y desarrollo de los cuidados paliativos no son una novedad aparecida durante esta década, ya que hasta bien entrado el siglo XX la medicina dedicaba la mayor parte de sus esfuerzos a aliviar el sufrimiento de los pacientes, puesto que la curación era algo difícil, tanto por la escasez de recursos como de conocimientos. Anteriormente se hablaba de 'cuidados terminales', palabra que actualmente ha sido sustituida por "Cuidados Paliativos", dado el carácter peyorativo y el significado de dejación de cuidados que se ha atribuido a este término.

Los cuidados paliativos pretenden conseguir la atención integral del enfermo terminal y de su familia, tanto en aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales, promocionando la autonomía y respetando la dignidad del enfermo mediante una atención continuada e individualizada.

La trayectoria de los cuidados paliativos, ha seguido una tendencia exponencial ascendente en los últimos años, consiguiéndose distintos logros y cobrando una entidad propia, que abarca no sólo los cuidados de los pacientes con cáncer, sino también el campo de las enfermedades crónicas (ACVA, ADVP, SIDA, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neuromusculares, EPOC y grandes quemados).

El progreso científico ofrece actualmente la posibilidad de curar muchas enfermedades, antes incurables o letales, prolongar la supervivencia de los enfermos o diferir el momento de su muerte. El envejecimiento de la población y los patrones de morbilidad hacen prever que en los próximos años aumente el número de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas así como el de pacientes geriátricos. Por tanto el número de personas que se ven afectadas por el sufrimiento que genera una situación terminal es cada vez mayor.

Se ha producido, además, un cambio radical en la demanda social, que identifica el desarrollo de los cuidados paliativos como un elemento cualitativo esencial de los sistemas de salud. Todo ello convierte los cuidados paliativos en una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias, que deben garantizar su adecuado desarrollo en cualquier lugar, circunstancia o situación; esta atención debe estar basada en principios de equidad, y ser dispensada por la red sanitaria pública.

La primera institución "hostium" creada para los pobres, peregrinos, enfermos y moribundos, dedicada al cobijo y alimentación, fue fundada por Fabiola, una noble romana discípula de San Jerónimo, en Roma en el año 380 DC.

Los datos posteriores de que disponemos, hacen referencia a la Edad Media, época en la que se crearon numerosos centros de atención a peregrinos y enfermos de las Cruzadas, promovidos fundamentalmente por la orden de los Templarios.

Ahora bien, es a finales del siglo XIX cuando se crea el primer HOSPICE (institución que cuida los moribundos) en Francia, en 1842, aunque el propio "movimiento hospice" procede de Gran Bretaña, siendo la base del posterior desarrollo de los cuidados paliativos.

1879: Inauguración del Hospice St. Vicent, en Dublín.

1900: Hospice de St. Joseph y St. Lukes en Londres.

1950: Creación de las fundaciones McMillan y Marie-Curie.

1967: Inauguración del Hospice St. Christopher en Londres, el primero de los más modernos.

1969: Creación de equipos de apoyo hospitalario.

1977: Creación de centros de día y servicios de duelo.

1988: Unidades específicas para enfermos con SIDA.

Este "movimiento" de cuidados paliativos se inició como respuesta a las necesidades no satisfechas de los enfermos en situación terminal y de sus familias. Posteriormente adquirió impulso a nivel mundial en 1983 con la *Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la Enfermedad Terminal*, adoptada en su 35ª Asamblea.

El modelo de cuidados paliativos iniciado en el Reino Unido, a través de los servicios facilitados en los *hospices*, se ha impuesto hoy día como una necesidad indispensable. Con posterioridad, comenzó a desarrollarse en los hospitales de agudos y rápidamente se extendió por todo el mundo, fundamentalmente en Europa, Norteamérica, Australia e Israel, ideándose otro tipo de recursos complementarios como son los cuidados domiciliarios, los centros de día, las unidades móviles y los equipos de asesoría, bien presencial, bien a través de técnicas de telemedicina.

En esta línea, en 1987, entre los Principios de Ética Médica Europea de la Conference Internationale des Ordres et des Organismes DAttributions Similaires se recogía, en su artículo 12, la ayuda a los moribundos.

En 1991, el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Unión Europea (Estocolmo, 5 de mayo) consideraba que la meta fundamental de los cuidados paliativos es la calidad de vida del paciente y de su familia.

En 1999, el Consejo de Europa emitía la Recomendación 1418/1999 sobre Protección de los derechos humanos y de la dignidad de los pacientes terminales y moribundos, y su Asamblea Parlamentaria instaba a todos los países miembros a tomar las medidas necesarias para proporcionar cuidados paliativos domiciliarios u hospitalarios, que aseguren la protección de dichos derechos. Posteriormente en la Recomendación (2003) 24, sobre la organización de los cuidados paliativos, revisaba la situación de los cuidados paliativos en Europa y analizaba los distintos modelos de atención y las posibles oportunidades de mejora, entre otras a través de la formación de los profesionales y de la investigación.

La Organización Mundial de la Salud también hace suya esta necesidad y recomienda la inclusión de los cuidados paliativos como parte de la política gubernamental sanitaria (Palliative Care Solid Facts 2004), llegando incluso a solicitar la existencia de determinados recursos (30 camas por millón de habitantes), dedicados específicamente a este tipo de servicios.

Las asociaciones nacionales de Cuidados Paliativos y de Hospice abundan en la idea de la OMS de incluir los cuidados paliativos como parte de las políticas sanitarias gubernamentales, tal y como reflejan en la Declaración de Corea sobre Cuidado Paliativo (marzo 2005).

6.2 A nivel estatal y Autonómico.

En España el movimiento se inicia con la incorporación en 1984 de los Cuidados Paliativos en el Servicio de Oncología Médica del Hospital "Marqués de Valdecilla". Le sigue en 1986 un programa de Cuidados Paliativos en el Hospital de la Santa Creu de Vic (Barcelona).

Posteriormente, han ido apareciendo, cada vez más, Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) distribuidas por la geografía española.

1989 Las Palmas UCP en el H. El Sabinal.

1989 Gijón UCP H. Cruz Roja.

1990 Málaga UCP H. Cruz Roja.

1991 Almería UCP H. Cruz Roja.

1991 Pamplona UCP H. San Juan de Dios.

También se han desarrollado equipos de atención domiciliaria (EAD): en 1988 en La Coruña, H. Juan Canalejo; equipos de soporte (ES): en 1987 y 1991 en Barcelona, H. Creu Roja y H. S. Joan de Deu. Además de la creación de programas de Cuidados Paliativos, en Zaragoza, Valladolid, Valencia, Galdácano, San Sebastián.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, reguló las prestaciones sanitarias básicas del Sistema Nacional de Salud, financiadas con cargo a la Seguridad Social o a fondos estatales adscritos a la sanidad, incluyendo entre las mismas la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales, dentro de la atención primaria.

En ese mismo año se celebra en Barcelona, en diciembre, la primera reunión de las asociaciones nacionales de Cuidados Paliativos que produce la llamada "Declaración de Barcelona sobre Cuidados Paliativos".

En 1999, el Pleno del Senado en la sesión celebrada el 14 de septiembre, aprobó una Moción por la que se instaba al Gobierno a que, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y desde el respeto a las competencias autonómicas establecidas y a las medidas puestas en marcha por las diferentes Comunidades Autónomas, elaborase un Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

En cumplimiento de este mandato, el Consejo Interterritorial en la sesión celebrada el 25 de octubre de 1999, acordó la creación de un Grupo de Trabajo sobre Cuidados Paliativos, integrado por representantes de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, al que encomendó la elaboración de un Plan de Cuidados Paliativos sobre las bases de la Moción aprobada en el Senado. En el Pleno del Consejo celebrado el 18 de diciembre del año 2000, se aprobó el documento,

elaborado por dicho grupo, denominado Plan de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo.

En 1999, la Presidencia Ejecutiva del extinto Instituto Nacional de la Salud, tomando en consideración las diversas experiencias previas, desarrolladas con carácter piloto, que habían sido evaluadas positivamente, estableció mediante Resolución, de 26 de julio, la creación de los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD) en el ámbito de las Gerencias de Atención Primaria, con la finalidad de colaborar y apoyar a los Equipos de Atención Primaria en la atención a los pacientes inmovilizados y en situación terminal.

En el año 2002, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Fundación Avedis Donabedian, publicó la Guía de Criterios de Calidad de Cuidados Paliativos, con la finalidad de facilitar el desarrollo de los cuidados paliativos y su evaluación.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incluyó, específicamente, la atención paliativa a enfermos terminales como prestación, tanto de atención primaria como de atención especializada.

Recientemente, en concreto el pasado 10 de mayo de 2005, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, aprobó una Proposición No de Ley sobre cuidados paliativos, por la que, entre otras cuestiones, se insta al Gobierno a impulsar, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la evaluación de la situación de los cuidados paliativos en España y la aplicación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, así como la implantación y desarrollo de las medidas contenidas en dicho Plan y, en su caso, la revisión del mismo para incorporar aquellas otras que se consideren necesarias. Igualmente, deberá fomentarse la creación por las Comunidades Autónomas de Unidades de Cuidados Paliativos, al tiempo que se promueve la inclusión de contenidos sobre esta materia en la formación de los profesionales sanitarios y se impulsa la divulgación acerca de la importancia social de los cuidados paliativos.

Últimamente, en el documento sobre Estrategia en Cáncer del S.N.S. se recoge una línea estratégica sobre Cuidados Paliativos con dos objetivos (16 y 17) y una serie de acciones e indicadores, para el cumplimiento de la misma.

En este apartado conviene destacar también la importante y altruista labor que viene desarrollando la Asociación Española Contra el Cáncer en la atención a los pacientes oncológicos, tanto a nivel domiciliario, a través de sus Unidades de Cuidados Paliativos, como en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, con sus equipos de personal voluntario.

Antecedentes y situación de los cuidados paliativos en los Servicios Autonómicos de Salud.

Sobre estas bases, en España, la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado, en alguna medida, experiencias dirigidas a la

atención a los pacientes con enfermedad en situación terminal o han aprobado su propio Plan Regional de Cuidados Paliativos.

La Comunidad Autónoma de Cantabria inicia su andadura en 1984, por iniciativa del Servicio de Oncología del Hospital Marqués de Valdecilla, desarrollando posteriormente la atención domiciliaria.

La Comunidad Autónoma Canaria comienza con la creación de una unidad en el Hospital de crónicos 'El Sabinar', actualmente reubicada en el Hospital Universitario 'Dr. Negrín', situado en Gran Canaria.

Sin embargo, es Cataluña la comunidad que comienza el programa integral de mayor antigüedad en nuestro país, que se inicia en 1990 a partir de la creación de Unidades de Cuidados Paliativos en los hospitales de la Santa Creu de Vic y el de la Creu Roja de Barcelona, y que ha conseguido en la actualidad un mayor grado de desarrollo. Se trata de un programa que comprende la intervención por equipos específicos de cuidados paliativos en diferentes niveles asistenciales, incluyendo atención domiciliaria, centros sociosanitarios, centros residenciales y hospitales de agudos.

Más recientemente, la Comunidad Autónoma de Extremadura ha aprobado y puesto en marcha su Programa Marco de Cuidados Paliativos. Este programa incluye la creación de equipos y unidades específicas que prestan apoyo, tanto a nivel domiciliario como en hospitales, a la atención primaria y atención especializada.

En la Comunidad de Madrid se han puesto en marcha numerosas iniciativas de cuidados paliativos durante los últimos años, con un importante desarrollo de recursos específicos, tanto hospitalarios como domiciliarios.

En el año 1990, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón abre la primera Unidad de Cuidados Paliativos de España en un hospital de agudos, iniciando con posterioridad, en su área sanitaria la atención a domicilio con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, en coordinación con la unidad ubicada en el hospital.

Las áreas 4 y 11 de la Comunidad Autónoma de Madrid fueron pioneras en el desarrollo de esta atención, con la puesta en marcha, en los años 1991 y 1992, de sendos programas específicos dirigidos a los enfermos en fase terminal, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y sustentados en la colaboración y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada en la prestación de una atención continuada.

Por otra parte, en el año 1994, se firmó el primer acuerdo marco entre el Instituto Nacional de la Salud y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), gracias al cual las dos primeras Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios, de esta asociación, iniciaron sus actividades en la atención a enfermos oncológicos terminales en la Comunidad de Madrid en las áreas 2 y 5 que posteriormente se extendió a las áreas 6, 8 y 11.

Finalmente, a partir del año 1999, se inició la puesta en marcha de seis Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, con la finalidad de colaborar con la atención primaria en la atención a estos pacientes, en base al programa

diseñado al efecto por el Instituto Nacional de la Salud. Uno de estos equipos era el ESAD del Área de Cartagena.

Como resumen, y según algunas estimaciones, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el 30% de los pacientes que fallecen anualmente en España por una enfermedad terminal reciben cuidados paliativos específicos, a través de unidades de atención domiciliaria y unidades hospitalarias de agudos y media y larga estancia.

De esta atención específica, el 62% es proporcionada por los diversos organismos que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS), el 34% por entidades privadas concertadas o mediante convenio de colaboración con el SNS, fundamentalmente la AECC y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, y el 4% restante es facilitada por otras entidades privadas.

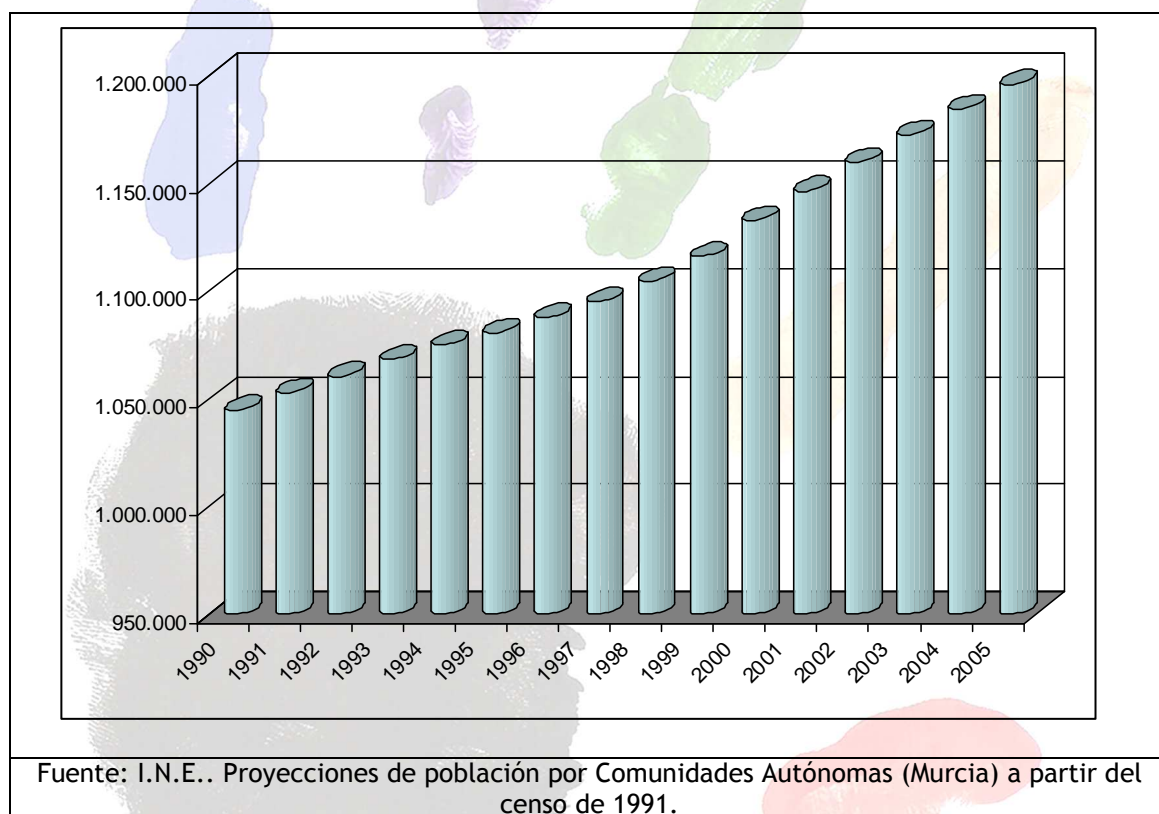


7. SITUACIÓN ACTUAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

7.1 Datos demográficos

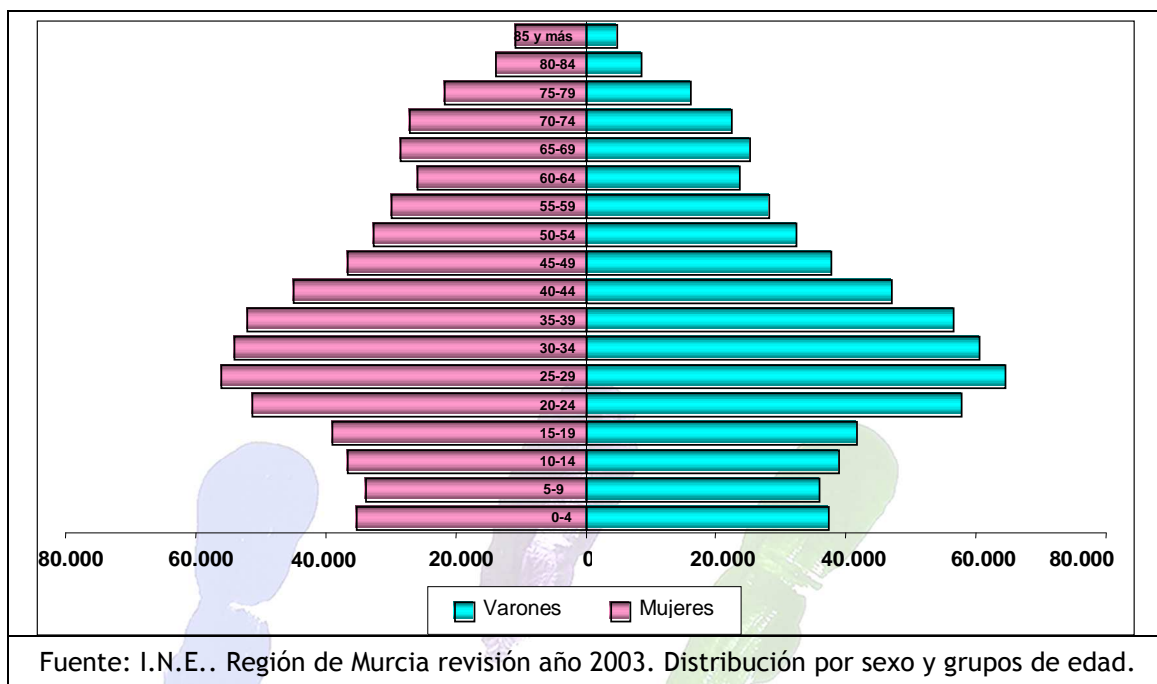
La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (revisión 2006), está compuesta por un total de 1.370.306 habitantes (50,86% hombres y 49,14% mujeres) y se encuentra en una dinámica de crecimiento, consecuencia del aumento de la natalidad y, sobre todo, por la inmigración.

Esto se hace patente en la proyección sobre población de la Comunidad efectuada por el I.N.E., a partir del censo de 2001, que preveía 1.323.288 habitantes para 2006.

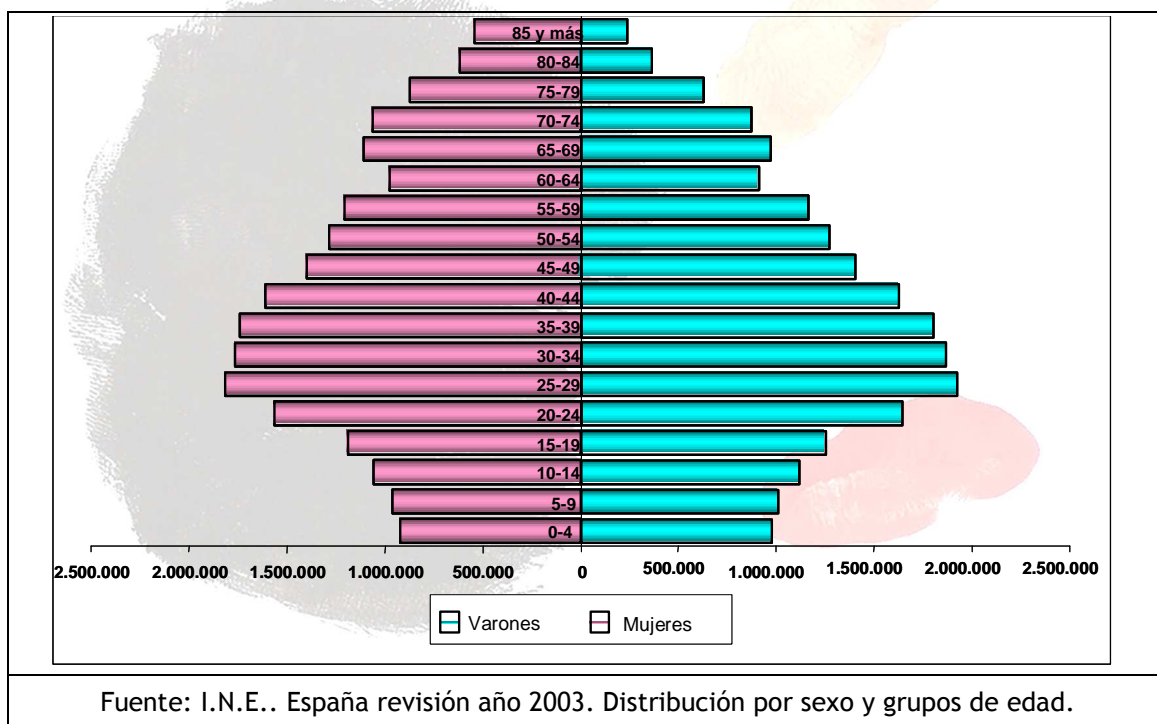


El reparto poblacional en nuestra Comunidad no es uniforme, encontrándose dividida en dos grandes urbes (Murcia y Cartagena) y una serie de núcleos urbanos más pequeños.

La pirámide de población correspondiente al año 2003 refleja una situación de relativo envejecimiento donde el grupo de 65 años y más representa el 14,10% del total, porcentaje ligeramente menor al 17,15% del grupo de 0 a 14 años. Es también destacable que la población mayor de 80 años supone el 21,29% de los mayores de 65 años.

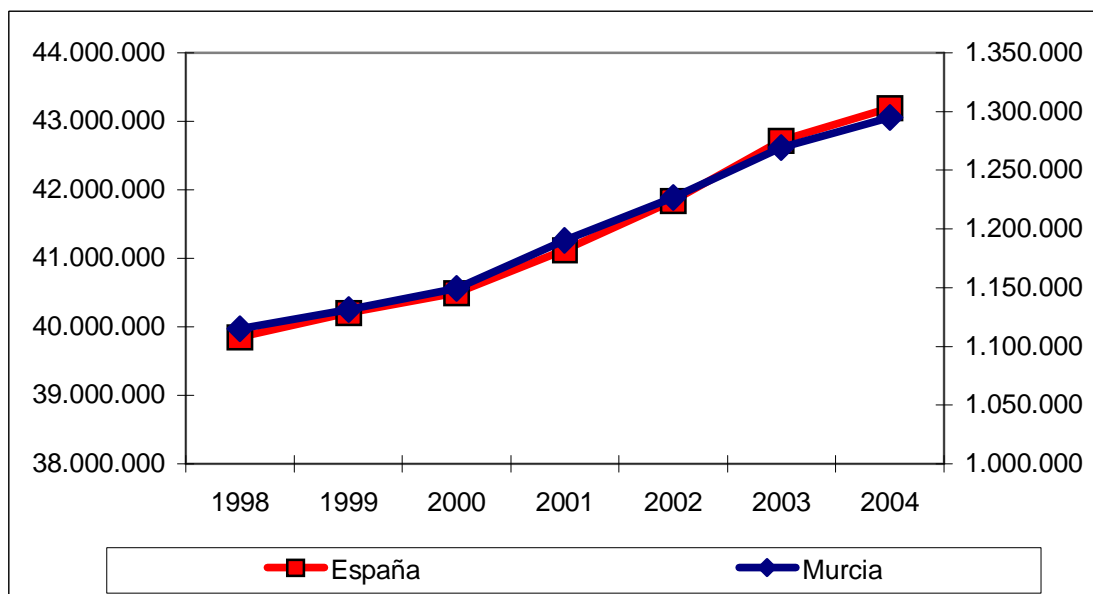


Es de destacar que este proceso es menor que en el total de la población española, donde el grupo de 65 años y más representa el 17,03% frente al 14,14% del grupo de 0 a 14 años. Además, los mayores de 80 años suponen un 24,14% de los mayores de 65 años, cifra sensiblemente superior a la de nuestra Comunidad.



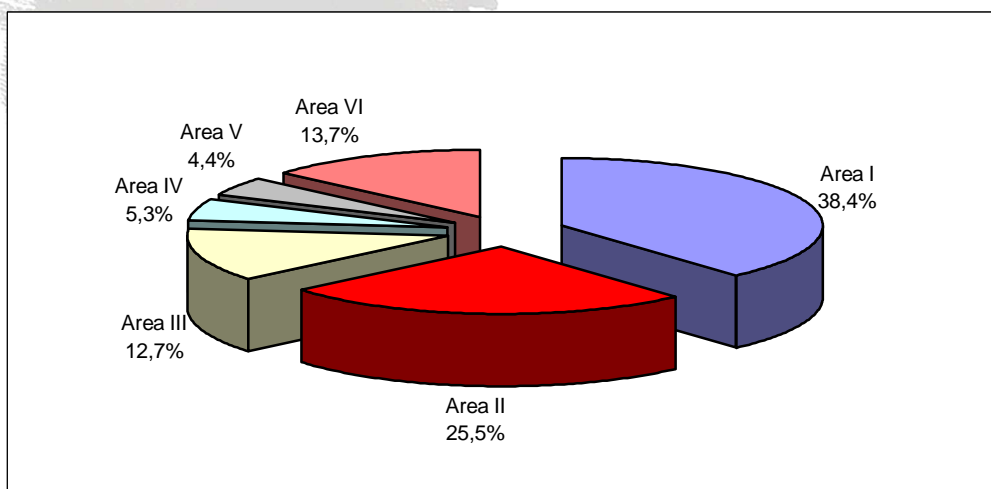
Aunque lo predecible es que tienda a aumentar su importancia porcentual, este dato puede verse afectado en ambos sentidos por las corrientes migratorias.

Hay que tener presente que estos datos poblacionales están siendo muy influidos por las corrientes migratorias, que nos hacen receptores de una población inmigrante joven con una alta tasa de fecundidad.



La evolución de la población, en el periodo entre 1998 y 2004, nos indica un crecimiento del 13,9%, crecimiento ligeramente inferior al experimentado por el conjunto de la población española, como podemos observar en el gráfico anterior. No obstante, estos datos deben observarse con la correspondiente cautela dado que existe una importante población emigrante no registrada por el INE.

La población con derecho reconocido a la asistencia sanitaria, es decir, los que poseen la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), a fecha 30 de junio de 2006 asciende a 1.341.671 personas, que se reparten en las seis Áreas Sanitarias con los siguientes porcentajes:

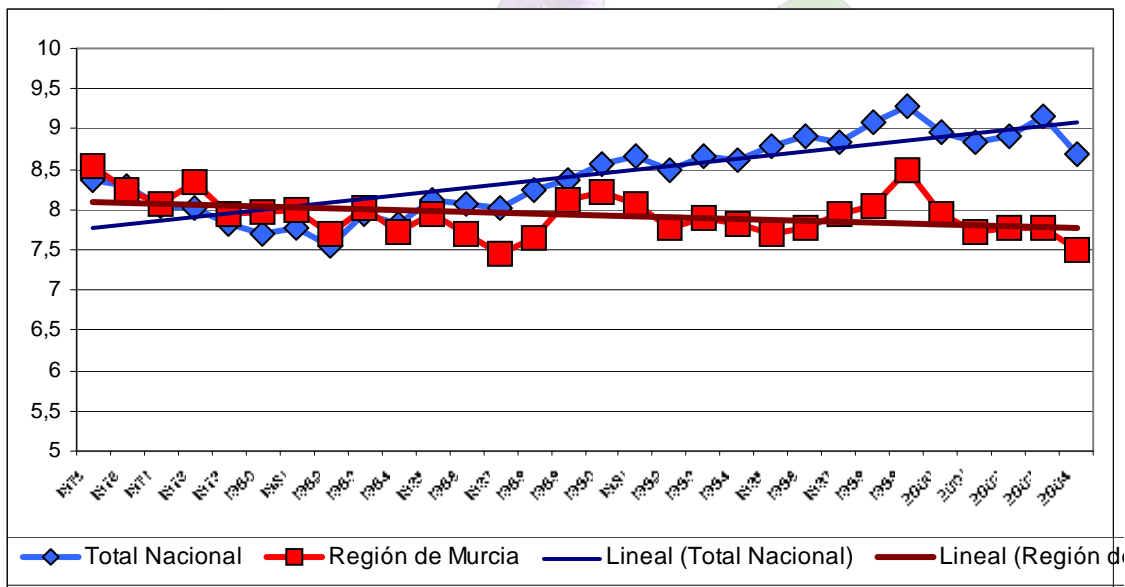


A estas personas con TSI debemos sumar los 150.115 extranjeros con derecho a prestación, de los cuales más de un 30% se concentran en el Área II.

Estas cifras son superiores a las ofrecidas por el INE en su censo de población.

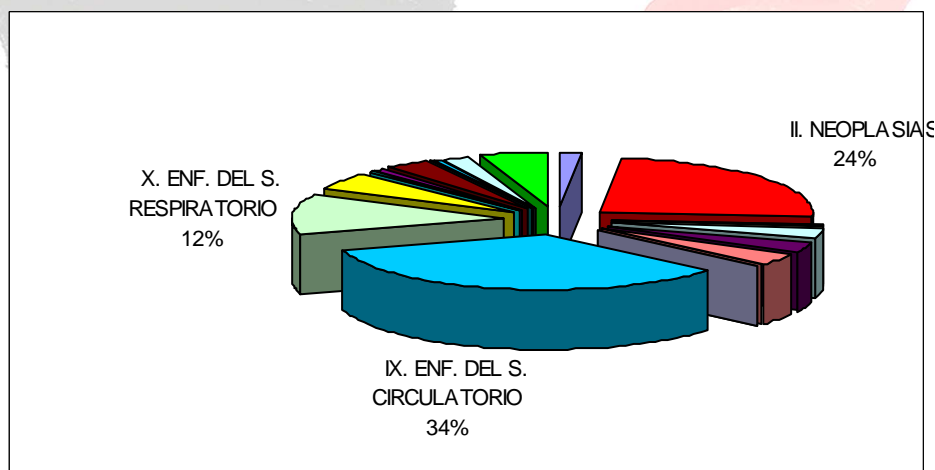
La esperanza de vida en la Comunidad Autónoma de Murcia es, según los últimos datos del INE de 2005, de 79,60 años, siguiendo una tendencia ascendente durante los últimos años, aunque ligeramente inferior a la media nacional.

Por otra parte, la tasa bruta de mortalidad a 2006 se encuentra en el 7,25 por mil, siguiendo una tendencia claramente descendente, al contrario que la media nacional que se encuentra en el 8,6 por mil y con una tendencia ascendente.



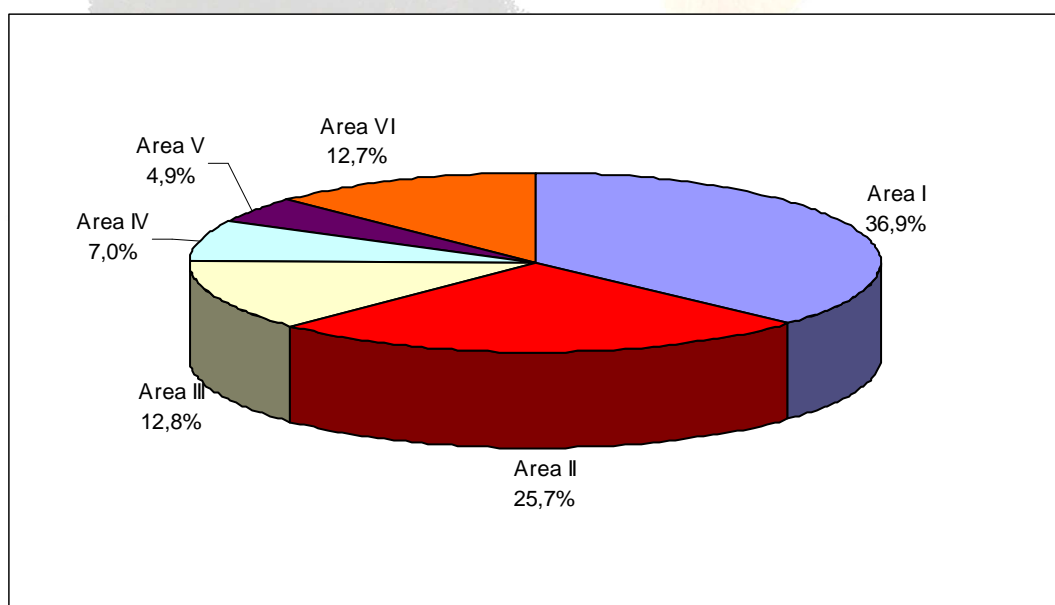
7.2 Datos epidemiológicos

El análisis de la Mortalidad del año 2003 en la Comunidad Autónoma de Murcia nos desvela que la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (33,98%), seguida de las neoplasias (24,37%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (12,21%). Lo cual supone el 70,56% del total de muertes, siendo el 29,44% restante para las otras 17 causas.



		Total	Porcentaje
	Total	9.704	
I	Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	161	1,66%
II	Neoplasias	2.365	24,37%
III	Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos, y Ciertos Trastornos que afectan el Mecanismo de la Inmunidad	28	0,29%
IV	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	333	3,43%
V	Trastornos Mentales y del Comportamiento	275	2,83%
VI	Enfermedades del Sistema Nervioso	367	3,78%
VII	Enfermedades del Ojo y sus Anexos	0	0,00%
VIII	Enfermedad del Oído y de la Apófisis Mastoides	0	0,00%
IX	Enfermedades del Sistema Circulatorio	3.297	33,98%
X	Enfermedades del Sistema Respiratorio	1.185	12,21%
XI	Enfermedades del Sistema Digestivo	481	4,96%
XII	Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	22	0,23%
XIII	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	80	0,82%
XIV	Enfermedades del Sistema Genitourinario	321	3,31%
XV	Embarazo, Parto y Puerperio	1	0,01%
XVI	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	33	0,34%
XVII	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	56	0,58%
XVIII	Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, No clasificados en otra parte	188	1,94%
XX	Causas Externas	511	5,27%

La mortalidad en las Áreas sanitarias de la Comunidad autónoma se distribuye de la siguiente manera:



En la siguiente tabla se refleja la mortalidad total por Áreas Sanitarias correspondientes a 2003.

		Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI	Total
	Total	3.582	2.492	1.242	681	476	1.231	9.704
I	Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	52	42	17	6	11	33	161
II	Neoplasias	940	601	295	137	86	306	2.365
III	Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos, y Ciertos Trastornos que afectan el Mecanismo de la Inmunidad	11	5	6	1	2	3	28
IV	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	121	80	41	23	18	50	333
V	Trastornos Mentales y del Comportamiento	107	79	28	16	11	34	275
VI	Enfermedades del Sistema Nervioso	143	97	30	22	26	49	367
VII	Enfermedades del Ojo y sus anexos							0
VIII	Enfermedad del Oído y de la Apófisis Mastoides							0
IX	Enfermedades del Sistema Circulatorio	1.178	831	441	255	173	419	3.297
X	Enfermedades del Sistema Respiratorio	417	308	156	91	60	153	1.185
XI	Enfermedades del Sistema Digestivo	180	119	63	45	25	49	481
XII	Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	11	4	1	1	3	2	22
XIII	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	29	17	8	5	10	11	80
XIV	Enfermedades del Sistema Genitourinario	111	86	48	28	12	36	321
XV	Embarazo, Parto y Puerperio				1			1
XVI	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	12	7	7	5	1	1	33
XVII	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	24	19	5	2	2	4	56
XVIII	Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, No clasificados en otra parte	73	52	22	11	9	21	188
XX	Causas Externas	173	145	74	32	27	60	511

El análisis comparativo entre la mortalidad total por Área Sanitaria y la mortalidad intrahospitalaria por Área Sanitaria de residencia viene reflejada en la siguiente tabla:

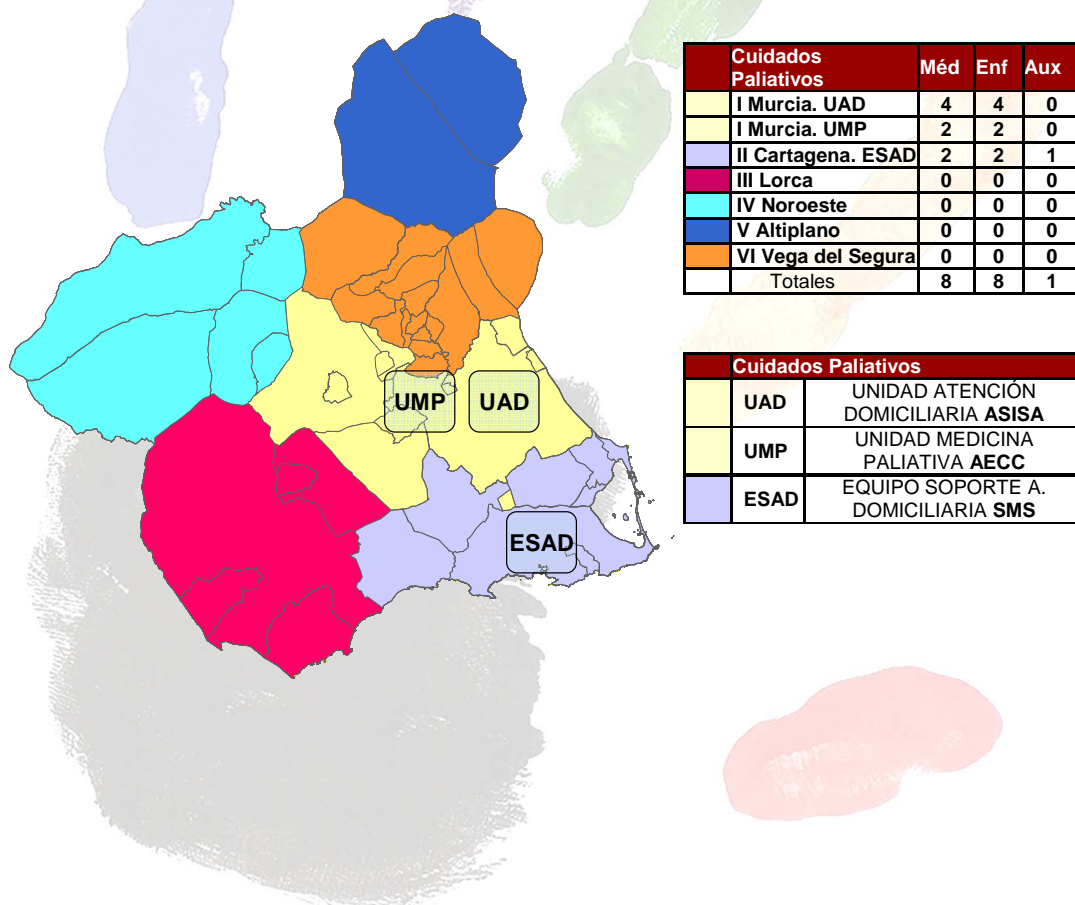
Área	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI
M. Total	3.582	2.492	1.242	681	476	1.231
M. Intrahospitalaria	1.606	1.367	618	300	193	592
Porcentaje	44,8%	54,9%	49,8%	44,1%	40,5%	48,1%

En la que nos encontramos unas diferencias superiores al 14% entre unas Áreas y otras. No obstante, resaltar que el mayor porcentaje (Cartagena) corresponde a una zona de configuración típicamente urbana y el menor porcentaje (Altiplano) corresponde a una zona más rural.

7.3 Recursos estructurales específicos.

En este sentido se destaca la importancia y contribución de la cartera de servicios de Atención Primaria que desde 1992 incluye la atención a pacientes terminales, crónicos e inmovilizados a domicilio, la colaboración y soporte de la Asociación Española contra el Cáncer que desde Junio de 1998 sitúa una unidad de Medicina Paliativa para la zona de influencia de el Hospital Virgen de la Arrixaca, la incorporación de la Gerencia de Cartagena en 1999 a la experiencia piloto de ESAD en determinadas áreas de salud, así como la contribución aislada de los profesionales sanitarios en todo el ámbito del SMS y por supuesto la colaboración y participación que los trabajadores de salud mental y trabajo social han tenido en todo este recorrido.

La siguiente figura muestra la distribución actual de los recursos específicos de cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma:





8. JUSTIFICACIÓN.

Desde el año 1990, existe en nuestra Comunidad Autónoma un dispositivo asistencial orientado a la prestación de cuidados paliativos, tanto a nivel de Atención Especializada como de Atención Primaria.

La experiencia acumulada a lo largo de todo este tiempo en la atención a los pacientes en situación terminal así como la infinidad de cartas de agradecimiento recibidas por parte de estos y de familiares y cuidadores, permite poner de manifiesto la calidad de los cuidados que se prestan y la satisfacción, tanto de los familiares de los pacientes atendidos como de los propios equipos implicados.

No obstante, la evolución de la población de la Comunidad Autónoma de Murcia, y su progresivo envejecimiento, así como la diversidad de modelos organizativos en las diferentes Áreas de Salud y la falta de un desarrollo homogéneo en esta atención, aconsejan la conveniencia de establecer un plan de cuidados paliativos para nuestra Región que responda a los siguientes requisitos básicos:

- Definición de un modelo organizativo básico para nuestro sistema sanitario, centrado en la atención a las necesidades del paciente y de la unidad familiar.
- Facilitar una atención sanitaria integral, englobando tanto la atención primaria como la atención especializada, junto a equipos específicos en ambos niveles asistenciales, que colaboren de forma continuada y coordinada en la prestación de los cuidados paliativos.
- Mejorar los niveles de cobertura actuales, garantizando un acceso universal y equitativo a esta prestación en nuestra Comunidad.
- Ofrecer a los profesionales sanitarios adecuar sus conocimientos y habilidades en el tratamiento de estos pacientes e impulsar la investigación en relación con los cuidados paliativos.
- Asegurar el respeto a la autonomía del paciente, y garantizar el ejercicio de sus derechos, como usuario de la sanidad pública.
- Fomentar la información y la formación sanitaria del paciente y de sus familiares, como forma más eficaz y humana para afrontar la evolución de la enfermedad.
- Apoyar a la familia, como cuidadora del paciente y el domicilio como el lugar más apropiado para su atención en fase terminal.

Estos requisitos vienen recogidos en mayor o menor medida en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, de las que nos gustaría destacar las siguientes:

En el Área de Cáncer el objetivo 7 es: "Mejorar los cuidados paliativos y el apoyo psicológico del paciente y su familia". Y las líneas de actuación consisten en: "Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes terminales, mediante la coordinación de los programas de Atención Primaria con las Unidades específicas de Atención a Domicilio y los Servicios

Hospitalarios." y "Fortalecimiento de la colaboración con las asociaciones de apoyo psicosocial al paciente y a sus familias."

Además, en el Área de Fortalecimiento y Modernización del Sistema Sanitario se afirma, en una de sus líneas de actuación, que el sistema de prestación asistencial debe ofrecer:

- "la atención apropiada;
- en el momento oportuno;
- en el sitio correcto;
- al coste adecuado;
- con unos resultados óptimos y medibles"

También, en la misma Área, en su línea de actuación de "Implantación de un Modelo de Gestión del Conocimiento" se afirma que: "La institución sanitaria está obligada a prestar una asistencia de acuerdo con la mejor evidencia disponible, ello implica que se deben potenciar las capacidades de su personal a través de una adecuada gestión del conocimiento, ...".

En el momento actual existe una especial sensibilidad ante los conflictos bioéticos que pueden surgir al final de la vida y, en este contexto, este Plan proporciona un marco que refuerza, tanto las garantías y derechos de los pacientes como la actividad de los profesionales sanitarios, a la vez que asegura el acceso de todos los pacientes susceptibles a unos cuidados basados en la calidad, la efectividad y la eficiencia en el uso de los recursos.

Desde estos planteamientos surge este Plan Integral de Cuidados Paliativos, que contempla las necesidades actuales de la población de nuestra Comunidad y que introduce los mecanismos necesarios para un desarrollo homogéneo y una progresiva adaptación a las nuevas necesidades que, durante su periodo de vigencia, puedan ponerse de manifiesto.

Se trata en definitiva de un Plan abierto, para el que las evaluaciones previstas, en esta primera fase, proporcionan un mecanismo de ajuste que permitirá incorporar de una forma dinámica los elementos precisos para una mejora continua de la atención paliativa en nuestra Comunidad.

Por todo ello, la puesta en marcha de acciones orientadas al desarrollo e implementación de este plan, dotado de un enfoque integrador, estratégico y de gran magnitud, hace necesario que se defina al inicio del mismo un contexto básico que dé soporte a las acciones y direcciones que a tal fin se proponen.

En este recorrido contextual se destacan elementos en dos aspectos complementarios y que se recogen simultáneamente en la elaboración de este documento.

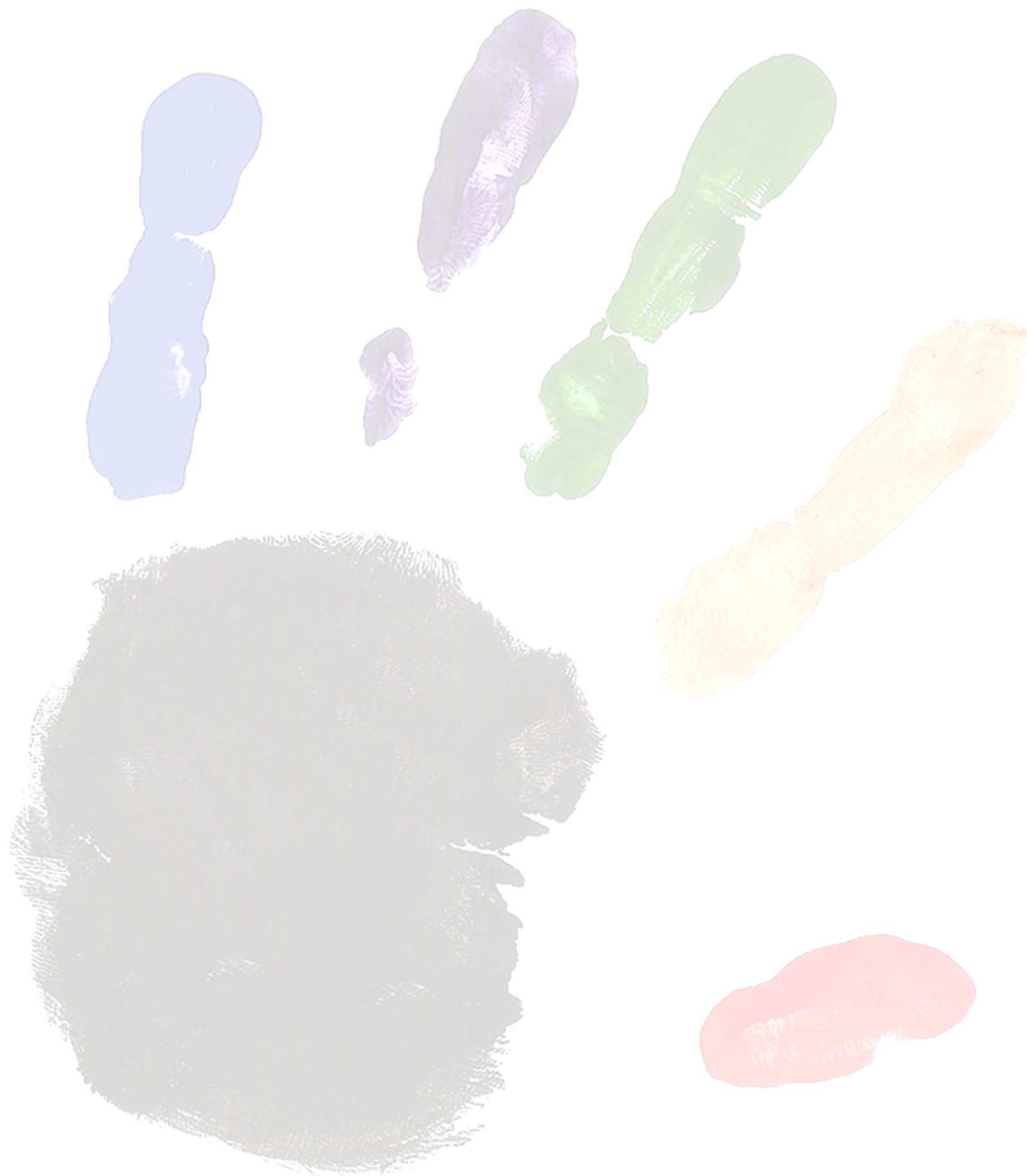
Por un lado, como *referencias teóricas* claves, las sugerencias y recomendaciones que aportan el "Plan Nacional de Cuidados Paliativos", el "Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de Murcia", las "Estrategias para el desarrollo sostenible de la sanidad en la Región de Murcia 2005-2010", la "Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos" y "Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las Organizaciones".

Y por el otro la *experiencia acumulada* de los profesionales de esta Región que en los últimos años han prestado una atención globalizadora e integrativa en los pacientes en esta etapa de la vida y precisan de una implementación y mejora en el soporte y reconocimiento institucional, así como una coordinación y comunicación fluida entre ellos y con una adecuada información y educación reglada para la población.

Otra característica básica de esta propuesta organizativa, es su concepción como una estructura en red colaborativa y de evolución progresiva según las fases de desarrollo del mismo y de la propia historia de cada dispositivo.

El concepto de red colaborativa asume la heterogeneidad del sistema, buscando el acuerdo y la comunicación entre los protagonistas, permite imaginar distintos entornos organizados y facilita seguir su evolución a lo largo del tiempo ofreciendo marcos de actuación progresiva que son comprendidos por la institución, los profesionales y los ciudadanos simultáneamente.

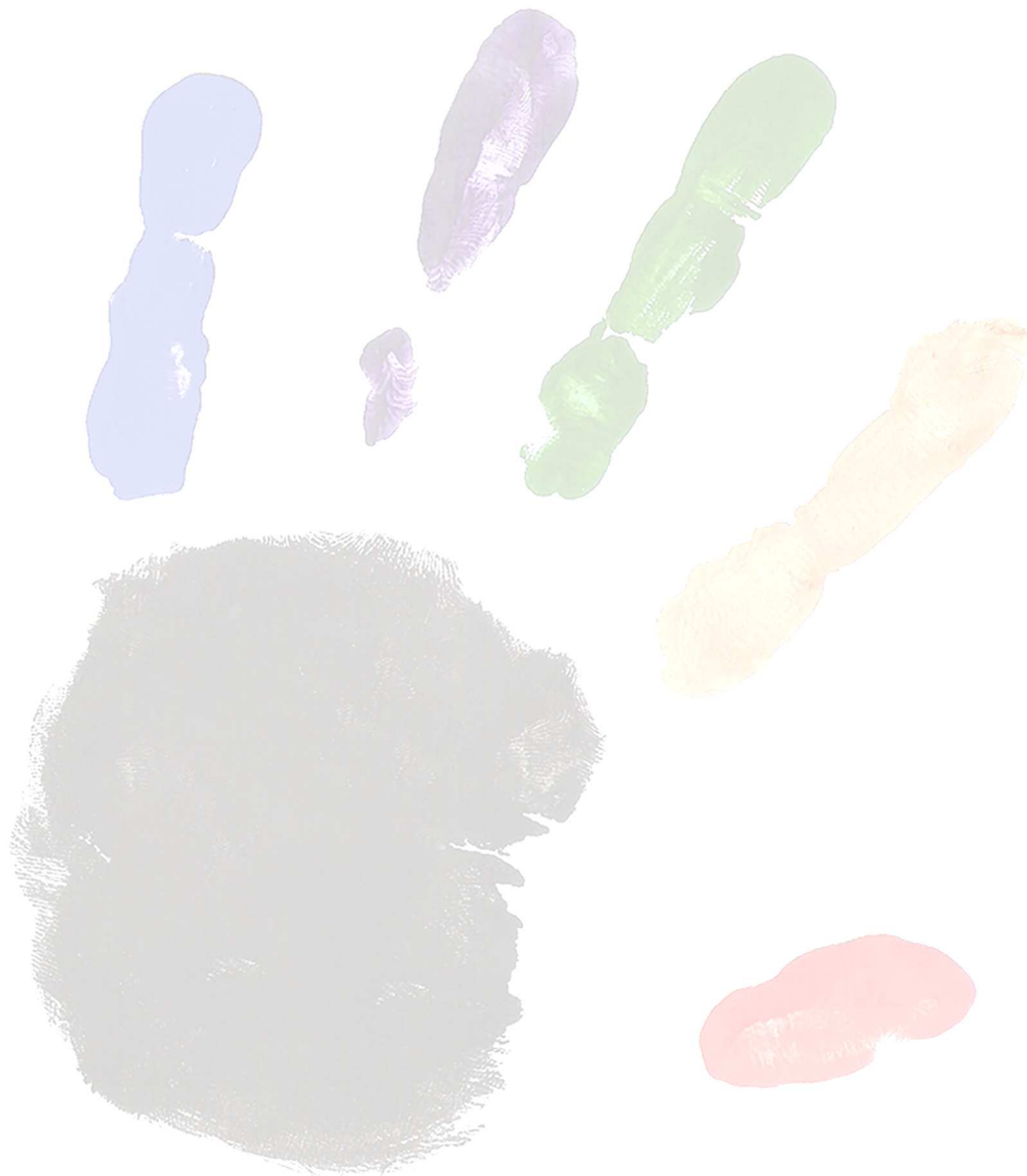
Estas fases de red se plantean de manera progresiva en niveles sucesivos: *reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación* y, al igual que el proceso de tránsito para la resolución de una pérdida culmina con la aceptación de la misma por parte de un individuo; en una organización lo hace con una robusta asociación y confianza entre los participantes.



9. PRINCIPIOS.

El modelo de atención de los cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma de Murcia está orientado a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario murciano, una atención sanitaria de calidad para los enfermos terminales que responda a las necesidades y expectativas del enfermo y su familia, que constituyen el eje de este Plan, de acuerdo a los siguientes principios:

- *Universalidad:* Asegurar la atención paliativa a todos los pacientes con enfermedad en fase terminal.
- *Equidad:* Garantizar el acceso en condiciones de igualdad efectiva, en todas las Áreas Sanitarias y en los distintos niveles asistenciales.
- *Calidad:* Proporcionar una atención que responda a los más exigentes estándares de calidad que garanticen su efectividad y eficiencia.
- *Atención Domiciliaria:* Orientar la atención al domicilio del paciente como entorno más idóneo para seguir su evolución y prestarle el apoyo y tratamiento en esta fase de su enfermedad, con un adecuado soporte familiar y sanitario, respetando siempre las preferencias del enfermo y su familia.
- *Coordinación:* Reforzar los mecanismos de coordinación y colaboración necesarios entre los diferentes profesionales, niveles y servicios asistenciales, y en su caso sociosanitarios.
- *Continuidad Asistencial:* Garantizar la continuidad asistencial, en una atención global interdisciplinar y multiprofesional.
- *Integral:* Abordar todas las necesidades del paciente terminal, tanto en los aspectos físicos como en los psicológicos, sociales y espirituales para reducir, y minimizar, en lo posible, el impacto de la enfermedad en el propio enfermo y su familia.
- *Autonomía del Paciente:* Garantizar el derecho y la protección de la dignidad personal del paciente terminal y de su autonomía. Para ello se asegura su libertad de elección tanto en lo relativo al lugar donde quiere recibir los cuidados y donde quiere que ocurra su fallecimiento como a su derecho a ser o no informado, sobre su enfermedad y demás circunstancias.
- *Individualidad:* Proporcionar una atención personalizada, acorde con las circunstancias específicas de cada paciente y su familia.



10. OBJETIVOS.

10.1 General

Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes, en situación de enfermedad terminal, y la de sus familias, de forma integral e individualizada, garantizando el respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía.

10.2 Específicos

- Mejorar la organización de la atención paliativa en la Comunidad Autónoma de Murcia describiendo el proceso asistencial, los dispositivos y los modelos organizativos para la atención a los pacientes en esta etapa de la vida.
- Adecuar la dotación de recursos específicos de cuidados paliativos a las necesidades de este tipo de atención.
- Establecer circuitos y mecanismos de coordinación y comunicación entre los profesionales que actúan desde los diferentes dispositivos y niveles asistenciales así como de otros sectores implicados.
- Mejorar la accesibilidad de los profesionales y pacientes a equipos de soporte para cuidados paliativos en todos los ámbitos (Atención Primaria y Atención Hospitalaria) para asegurar la calidad de la atención a los pacientes y sus familias en todos los niveles del sistema sanitario.
- Proporcionar apoyo, información y formación sanitaria a la familia de acuerdo con las necesidades de cuidados del paciente.
- Definir y favorecer estrategias de formación e investigación integrales que abarquen a todos los niveles asistenciales y oriente las necesidades en Pregrado, Postgrado y Formación Continuada.



11. POBLACIÓN INCLUIDA.

La población a la que va dirigida este Plan de Cuidados Paliativos la constituyen aquellos pacientes con una enfermedad terminal, independientemente de la patología que la origine, con un pronóstico de vida limitado (habitualmente inferior a 6 meses) y sus familias; que presentan un patrón de alta necesidad y demanda de atención definido por el momento de la enfermedad, y con una evolución oscilante con frecuentes crisis de necesidad; según los criterios de inclusión recogidos en el Anexo I.

Serán por tanto susceptibles de atención:

- *Pacientes oncológicos terminales*, con enfermedad documentada, progresiva, avanzada e incurable, con múltiples síntomas intensos, continuos y cambiantes y escasa o nula respuesta al tratamiento específico.
- *Pacientes terminales con enfermedad crónica no oncológica*, en fase avanzada y con limitación funcional severa no reversible, con síntomas intensos, complejos y cambiantes. Se incluyen entre otros:
 - Pacientes con SIDA.
 - Pacientes con enfermedades respiratorias, cardiocirculatorias, hepáticas y renales de cualquier etiología.
 - Pacientes con enfermedades del sistema nervioso central de cualquier etiología (degenerativas, demencias, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular agudo, etc.).

Situaciones de complejidad en la atención al paciente

En relación con las diferentes necesidades asistenciales que, en cada momento, puede tener el paciente en situación de enfermedad terminal, podemos distinguir entre:

- **Paciente No Complejo:** es el paciente en estado terminal y situación de estabilidad, con opción de tratamiento paliativo para el control sintomático y el alivio del dolor y el sufrimiento en su domicilio, bajo el cuidado de su Equipo de Atención Primaria.
- **Paciente Complejo:** es el paciente en estado terminal y situación inestable, con escasa respuesta a la terapéutica habitual, que padece con intensidad y/o frecuencia crisis de gran sufrimiento físico y/o psicológico, o que presenta nuevas complicaciones, que requieren para su resolución de la combinación simultánea y/o alternativa de recursos especializados, del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria y del Equipo de Atención Primaria.

También es una situación compleja, aquella en la que las condiciones sociofamiliares no hacen posible la atención en el domicilio o cuando se produce una claudicación familiar. Estas situaciones deberán ser coordinadas con los servicios sociales correspondientes.



12. ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN Y CRONOGRAMA

La estrategia se basa en actuaciones a lo largo del tiempo en **tres fases**: *Inicial*, *Intermedia* y *Avanzada*. Todas las fases quedan estructuradas con base a objetivos claramente definidos para cada una de ellas:

- La fase inicial se centra en el reconocimiento e integración de lo que existe y en la creación de Equipos básicos de soporte para la atención a domicilio y en el hospital.
- La fase intermedia en la ampliación de recursos para la atención hospitalaria y la creación de Comisiones de Coordinación.
- La fase avanzada en la incorporación de recursos Psicosociales y de Voluntariado así como de revaloración y reevaluación de su desarrollo e implantación.

FASE INICIAL:

PERIODO DE PROYECTO: Mayo 2005- Diciembre 2006

- Constitución del grupo de trabajo y redacción del “Proyecto del Plan Integral de Cuidados Paliativos”
- Difusión del plan integral de Cuidados Paliativos y valoración de su repercusión en la red asistencial a través de entrevistas semiestructuradas con los responsables de las instituciones sanitarias en todo el ámbito del SMS.
- Elaboración de un protocolo específico de desarrollo y gestión del Plan Integradle Cuidados Paliativos en el SMS.
- Presentación del protocolo para su difusión y puesta en marcha a los responsables de las instituciones sanitarias en todo el ámbito del SMS.
- Inicio del Plan de formación en Cuidados Paliativos del SMS.
- Selección de profesionales para la creación y ampliación de ESAD en todas las Áreas de Salud del SMS.
- Selección de profesionales para la creación de ESAH en todos los Hospitales del SMS.

PERIODO DE PUESTA EN MARCHA: Enero-Diciembre 2007

- Formación básica para la incorporación de los profesionales específicos de los ESCP.
- Formación básica para los Responsables de Cuidados Paliativos en todos los Hospitales.
- Elaboración de Protocolos Clínicos y de Coordinación, homogéneo para todos los equipos.

- Elaboración de programas con objetivos específicos por Áreas de Salud, que definan las actividades y funciones dentro de los equipos.
- Desarrollo de actividades en el ESCP en sus vertientes asistencial, de coordinación entre dispositivos y soporte para los profesionales.
- Desarrollo del Plan de formación en Cuidados Paliativos del SMS.
- Captación de profesionales con formación avanzada capacitados para posibles reestructuraciones de plantilla
- Inicio de actividades de Evaluación del Plan.

FASE INTERMEDIA: Enero 2008

- Formación de Comisiones de Área y Regional, para el seguimiento y reestructuración del plan (no realizada).
- Selección y formación de responsable de Cuidados paliativos en todos los EAPs del SMS, que actúan como expansores estables del proyecto.
- No realizada la ampliación y desarrollo de ESCP en el ámbito hospitalario con reestructuración de camas y creación de unidades de corta estancia para casos de alta complejidad con profesionales específicos. En su lugar se impulsa la creación de ESAH desde un modelo Funcional con una enfermera gestora de casos.
- Creación de Unidades media y larga estancia.
- Valoración de voluntariado para la ampliación de recursos específicos a equipos completos.
- Maduración y desarrollo del Plan de formación, docencia e investigación.
- Consolidación y maduración de ESCP en su vertiente asistencial, de coordinación entre dispositivos y soporte para los profesionales, incluyendo el área docente y de investigación.
- Definición de criterios de evaluación periódica y rutinaria.

FASE AVANZADA: Enero 2009

- Reestructuración de recursos específicos en base a las necesidades detectadas y la maduración y evolución de los Equipos que ya existan.
- Consolidación, desarrollo y revaloración del Plan de formación docencia e investigación.
- Evaluación periódica, sistemática y continuada.
- Consolidación, fluidez y maduración de ESCP en sus vertientes asistencial, de coordinación, soporte para los profesionales, docente y de investigación.

Fase inicial		Fase Intermedia	Fase Avanzada
Reconocimiento de la estructura existente y creación de equipos de soporte básicos para atención a domicilio y responsables en hospitales		Ampliación de recursos para atención hospitalaria y comisiones coordinación	Incorporación de recursos sociosanitarios. Evaluación y seguimiento
Mayo 2005-Dic 2006	2007	2008	2009
Proyecto	Puesta en Marcha	Desarrollo	
Grupo de Trabajo	Formación ESAD	Creación comisiones de Área y Regional	Reajuste de Recursos
Difusión PICP	Formación responsable CP Hospital y ESAH	Selección y Formación Responsable CP EAPs	Consolidación Plan Formación, Docencia e Investigación
Protocolo específico SMS	Protocolo clínicos y de Coordinación	Desarrollo ESAH y Unidades Corta Estancia	Consolidación actividad asistencial y coordinación
Selección personal ESAD	Desarrollo programas individuales/Áreas Salud	Desarrollo Unidades Media y Larga Estancia	Evaluación propuestas de mejora
Selección personal ESAH	Comienzo funcionamiento ESAD/ESAH	Análisis recursos socio-sanitarios y voluntariado	Incorporación de recursos psicosociales
Inicio Plan de Formación	Desarrollo Plan de Formación	Desarrollo Plan de Formación, Docencia e Investigación	
Elaboración de protocolos clínicos y de coordinación	Inicio Evaluación	Desarrollo asistencia y coordinación de dispositivos	
	Captación de Voluntariado	Definición de criterios de evaluación periódica	



13. MODELO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS:

El envejecimiento de la población, el aumento del grado de dependencia, la mayor exigencia y necesidad de cuidados paliativos instaurados precozmente en pacientes terminales no oncológicos y las necesidades reconocidas de los oncológicos, son aspectos a tener en cuenta para orientar los modelos de provisión de este servicio.

Plantear un servicio específico de “cuidados paliativos” puede ser algo de tal magnitud y complejidad que desborde todas las previsiones de recursos en los próximos años.

Se ha de evitar por tanto centrar el modelo en la atención directa y exclusiva a estos pacientes por una red paralela de profesionales, que podría marginar la atención en esta etapa de la vida, facilitando el establecimiento de rutas aisladas de atención y cuidados que rompan la continuidad de los mismos.

La descripción del modelo de provisión de servicios, se realiza entonces en base a la creación de una red específica de profesionales que actúan como soporte y apoyo a los profesionales que ya desempeñan su labor dentro del sistema sanitario y simultáneamente asumen la atención directa de los pacientes que estos derivan por su grado de complejidad.

Este modelo está basado en la actuación coordinada de los diferentes recursos asistenciales y en la continuidad de la atención. Se articula en torno a la atención primaria, como gestor de la atención al paciente y regulador de los flujos de derivación al nivel especializado.

El lugar más adecuado para proporcionar los cuidados paliativos en cada momento estará determinado por el nivel de complejidad del enfermo, la disponibilidad de apoyos familiares adecuados y la elección del paciente y su familia, entre otras variables. La atención en el domicilio es la alternativa de elección para la mayoría de los enfermos terminales.

La continuidad de la asistencia en el nivel de Atención Primaria en las franjas horarias en las que cesan su actividad el EAP y el ESCP, se proporciona a través del 112, para lo que se articularán los procedimientos de coordinación precisos.

La derivación del paciente hacia los recursos situados en el nivel de Atención Hospitalaria de área (Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria u otros servicios asistenciales hospitalarios) estará en función de que se superen las posibilidades asistenciales de la Atención Primaria y en los casos de desestabilización de los pacientes. La hospitalización en estas unidades se prolongará hasta que sea posible que el paciente se reintegre al nivel de Atención Primaria, o se derive a una unidad sociosanitaria.

La intervención de recursos especializados de agudos, basada en criterios de efectividad y eficiencia, debe circunscribirse por tanto a la atención de pacientes y de situaciones de alta complejidad y durante el tiempo necesario para su resolución, evitando internamientos innecesarios y

buscando alternativas en el contexto más adecuado para las necesidades de cada enfermo y familia.

13.1 Recursos Estructurales:

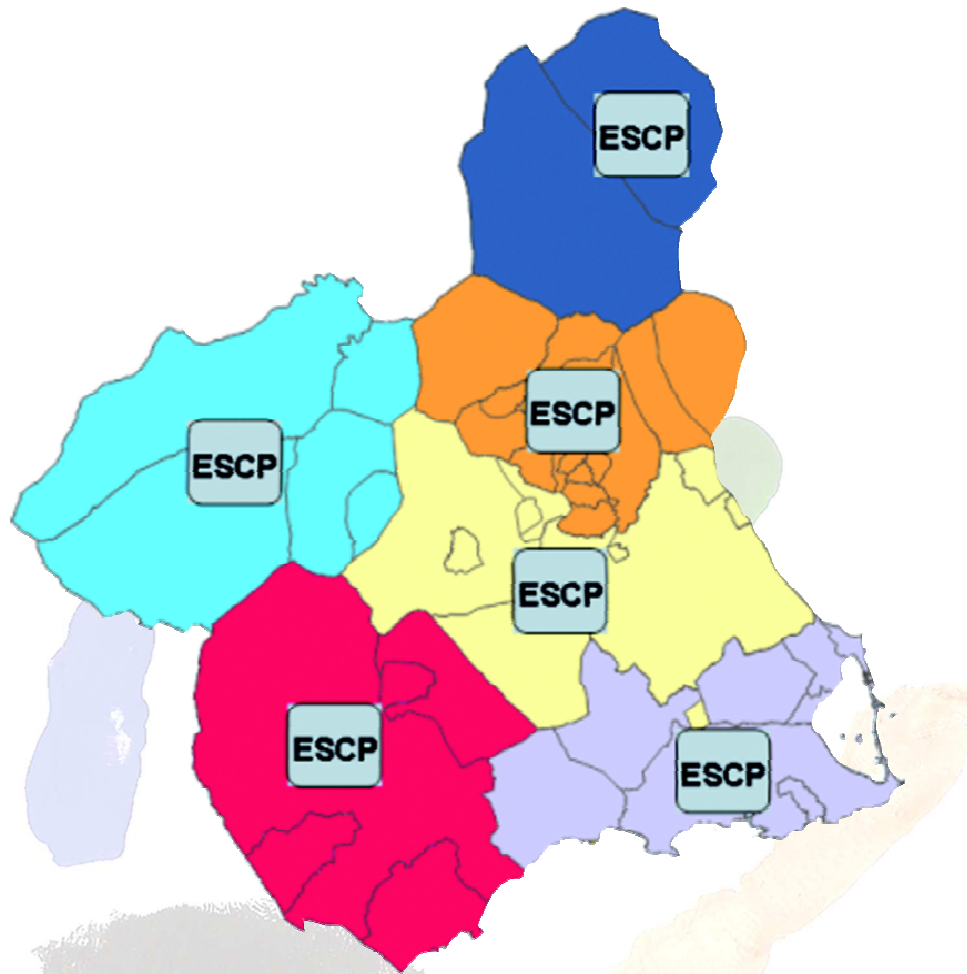
Igualmente, con la finalidad de facilitar la atención a las situaciones de mayor complejidad social y mayor duración, se prevé la incorporación de “*recursos específicos de alta resolutivez*”, denominados Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, en adelante ESCP, cuya función se base en el soporte y formación para el resto de los profesionales, de manera que se potencie tanto la relación de interconsulta (telefónica y/o presencial) como las intervenciones conjuntas puntuales y/o periódicas, proponiendo la derivación solo en casos de alta complejidad y a la demanda siempre de los profesionales.

Dichos recursos (ESCP) se ubican tanto en atención domiciliaria como en hospitalaria, estableciéndose como Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, en adelante (ESAD) y Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria, en adelante (ESAH) y cuyas funciones se detallan en el Anexo III.

Además de estos dos equipos descritos se plantea para los periodos intermedios y avanzado de desarrollo, la creación de Unidades Específicas de Cuidados Paliativos en Hospitales de cuidados medios, así como la ampliación de ESAD Y ESAH a equipos completos con la inclusión del voluntariado.

La propuesta de composición y distribución de dichos equipos (ESCP) para la fase inicial se detalla a continuación:

- Área I: Creación de un ESCP, compuesto por 5 Médicos, 5 Enfermeras y 2 Auxiliares de clínica/Auxiliares administrativos.
- Área II: Ampliación del ESAD que actualmente existe (formado por 1 Auxiliar administrativo, 2 Médicos y 2 Enfermeras) en 1 Médico y 1 Enfermera para constituir finalmente un equipo (ESCP) integrado por 3 Médicos, 3 Enfermeras y 1 Auxiliar de clínica/Auxiliar administrativo.
- Área III: Creación de un ESCP compuesto por 2 Médicos, 2 enfermeras y 1 Auxiliar de clínica/Auxiliar administrativo.
- Área IV: Creación de un ESCP compuesto por 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de clínica.
- Área V: Creación de 1 ESCP compuesto por 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de clínica/Auxiliar administrativo.
- Área VI: Creación de un ESCP compuesto por 2 Médicos, 2 Enfermeras y 1 Auxiliar de clínica/Auxiliar administrativo.
- Hospital V. Arrixaca, Morales Meseguer, Reina Sofia, Sta. M^a Rosell, Los Arcos, Rafael Méndez, Comarcal del Noroeste, Virgen del Castillo, Fundación Cieza: Nombramiento de Responsable de Cuidados Paliativos.



Distribución de ESCP por Áreas de Salud.

	ESCP Domiciliarios	Méd	Enf	Aux
I Murcia	5	5	2	
II Cartagena	3	3	1	
III Lorca	2	2	1	
IV Noroeste	1	1	1	
V Alliplano	1	1	1	
VI Vega del Segura	2	2	1	
Totales	14	14	7	

ESCP Hospitalarios	Méd	Enf
"Virgen de la Arrixaca"		
"Morales Meseguer"	1 Médico	
"Reina Sofía"	1 Enfermera	
"S ^{ra} María del Rosell"	Responsable	
"Los Arcos"	de Cuidados	
"Rafael Méndez"	Paliativos por	
"Comarcal Noroeste"	cada	
"Virgen del Castillo"	Hospital	
"Fundación de Cieza"		

Áreas	Nº TSI	EAP	ESAD			RATIO TSI/ESAD (Med-Enf)	RATIO EAP/ESAD (Med-Enf)
		Med-Enf	Médicos	Enferm	Auxiliar Clin/Adm		
ESAD. I	513.585	497	5	5	2	51,358	49,7
ESAD. II	342.504	327	(2) 1	(2) 1	(1) 0	57.084	54,5
ESAD. III	169.702	164	2	2	1	42,425	41
ESAD IV	70.562	85	1	1	1	35,28	42,5
ESAD. V	59.272	59	1	1	1	29.636	29,5
ESAD. VI	183.664	193	2	2	1	45,916	48,25
Nuevas Acciones			12	12	6		
Total	1.339.289	1.325	14	14	7		

Distribución de ESAD por Áreas de Salud y ratio por profesionales (Datos mayo 2006)

Hospital	TSI	Nº camas	Médicos Hospital	Enfermeras Hospital	Médicos ESAH *	Enfermeras ESAH *
Virgen de la Arrixaca	195.847	873	480	1.022	2	1
Morales Meseguer	188.962	426	246	357	0	0
Reina Sofía	156.281	330	155	237	0	1
Sta. M ^a . del Rosell	211.828	542	235	334	0	1
Los Arcos	76.762	97	58	97	0	1
Rafael Méndez	143.949	280	122	198	1	0
Comarcal Noroeste	59.704	105	68	93	1	1
Virgen del Castillo	49.102	98	64	100	1	1
Fundación de Cieza	44.735	132	49,5	218	0	0

Distribución de ESAH y responsables de Cuidados Paliativos por Hospitales. (Datos TSI mayo 2006)(* 2009)

La descripción específica de dichos dispositivos para cada área de salud se encuentra en el Anexo III.

En determinados casos, para proporcionar la atención precisa al paciente y a su familia, será necesaria la combinación o alternancia, simultánea y sinérgica, de todos los recursos disponibles para la atención paliativa, enfatizando los recursos empleados y su intensidad en función de las necesidades o complejidad de cada momento.

En síntesis, el modelo propone, que la asistencia básica de estos pacientes dependa de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, siendo apoyados en esta tarea por los equipos de soporte de atención domiciliaria para la prestación de cuidados paliativos (ESAD), y la existencia en todos los hospitales de

referencia de Unidades Funcionales (Anexo II) de cuidados paliativos (ESAH), con una estructura y dotación de recursos acorde con la demanda y con los indicadores de morbilidad y mortalidad de las patologías susceptibles de este tipo de cuidados. Debería contar, además, con el apoyo de unidades del ámbito sociosanitario en nuestra Comunidad Autónoma.

Una de las condiciones indispensables para el funcionamiento del modelo es asegurar la interconexión entre los diferentes profesionales, servicios y niveles asistenciales que garantice la coordinación y fluidez en la "ida y venida" del enfermo y de la información clínica disponible, en un marco de complementariedad de actuaciones.

Se trata, en definitiva, de una propuesta organizativa que responde a un esfuerzo para acomodar las estructuras asistenciales a las necesidades del paciente en situación de enfermedad terminal, basada en la convergencia y optimización de todos los recursos con un modelo de atención que favorece la integración de niveles asistenciales y la coordinación, de los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada, a lo largo de todo el proceso.



13.2 Descripción y funciones de los dispositivos:

De acuerdo con el modelo descrito se relacionan, a continuación, los diferentes recursos que participan en la atención al paciente con enfermedad en situación terminal y las características de la actividad que desarrolla de forma integrada, coordinada y complementaria.

- Equipos de Atención Primaria
- Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP):
 - Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)
 - Equipos de Soporte Atención Especializada (ESAH)
- Servicios de especialidades de los hospitales
- Servicios de Urgencias Extrahospitalarios
- Salud Mental
- Servicios Sociosanitarios

13.2.1 Equipo de Atención Primaria (EAP):

La atención primaria es el nivel básico en la provisión de atención al paciente con enfermedad terminal. El EAP es un equipo multidisciplinar, integrado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos. Es el gestor y coordinador de la atención y proporciona continuidad y longitudinalidad en estos cuidados. Facilita el acceso a los recursos terapéuticos y asistenciales necesarios en el domicilio del paciente. Presta apoyo a la familia mediante la formación e información y contribuye a mejorar el autocuidado tanto del enfermo como del cuidador.

13.2.2 Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP)

El ESCP esta integrado por un grupo de profesionales con entrenamiento y formación en la atención al paciente con enfermedad progresiva e incurable y su familia con el propósito de mejorar la calidad de vida de éstos. Para ello trabajan de forma coordinada en los diferentes niveles asistenciales y desempeñan su función en el ámbito domiciliario y hospitalario en Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH) respectivamente proporcionando soporte y apoyo a los profesionales que realizan el seguimiento del paciente.

- El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD):

Se concibe como un *Equipo básico interdisciplinar*, formado por médicos, enfermeras y auxiliares de clínica que cuentan con formación específica, cuya misión básica es apoyar, colaborar y dar soporte a los profesionales de AP en la atención integral y continuada de pacientes terminales e inmovilizados complejos o que presenten limitación funcional incluyendo a sus familias y/o cuidadores.

Su *ámbito de actuación* es el Área de Salud, interviniendo en el domicilio, en el Centro de Salud o en el mismo ESCP.

Los ESAD, además de la asistencia que prestan a los pacientes con enfermedades en situación terminal, facilitan la coordinación con los recursos de atención especializada y con los socios sanitarios.

- Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH):

Se concibe como un *Equipo básico interdisciplinar*, integrado por médicos y enfermeras, que cuentan con formación específica y cuyas funciones principales son prestar atención directa a los pacientes con enfermedad terminal y alta complejidad y a sus familias y apoyar y dar soporte a otros servicios especializados del hospital.

Su *ámbito de actuación* es la población adscrita al hospital dentro de la/las Áreas de Salud. Sus características básicas son las siguientes:

- Se concibe como una Unidad Funcional compuesta por un médico (consultor o perteneciente al ESAH) y una enfermera gestora de casos con una función de difusión e implantación de una cultura de atención en cuidados paliativos dentro del hospital que facilite y mejore la asistencia de los pacientes ingresados.
- Es la unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y del patrón de morbimortalidad de las mismas.
- Es una Unidad Hospitalaria Funcional destinada a prestar atención sanitaria a pacientes complejos.
- Se sitúa en un hospital de referencia que debe disponer de los servicios necesarios para atender a este tipo de pacientes. Por ello el centro deberá contar con los servicios sanitarios especializados que procedan.
- Dispone de camas específicas de paliativos, que aseguran una hospitalización con las adecuadas garantías de intimidad y confort del paciente y la presencia permanente de la familia.
- La estancia media en la Unidad será adecuada a la complejidad del paciente.

13.2.3 Servicios de especialidades de los hospitales de agudos.

Las actividades incluidas dentro de la atención a los pacientes con enfermedad en situación terminal deberían constituir una continuación de la atención iniciada en la fase de diagnóstico y tratamiento, tanto si ésta se ha iniciado en el nivel de Atención Especializada como en el de Atención Primaria.

La atención a estos pacientes no es una actuación singular, desconectada del proceso asistencial inicial ni desarrollada al margen de los profesionales que han intervenido a lo largo de todo el proceso. Por el contrario se trata de coordinar todos los recursos para lograr una continuidad en los cuidados y unas actuaciones de tipo integral. Por ello es esencial la

participación activa de las diferentes unidades médico-quirúrgicas que forman parte de todo el dispositivo sanitario.

Con carácter orientativo, se describen las posibles actuaciones de los distintos servicios o unidades implicadas en la atención a estos pacientes.

- **Medicina Interna**

Esta especialidad, con independencia de su propia actividad, puede prestar una colaboración directa en la atención a nivel hospitalario de los pacientes con enfermedad en situación terminal, y actuar como consultor tanto a nivel de Atención Primaria como para otras especialidades hospitalarias. Puede, igualmente, colaborar en la formación e investigación en cuidados paliativos.

- **Oncología Médica**

Es la especialidad a la que corresponde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes oncológicos durante todas las fases de la enfermedad, siendo sus profesionales un elemento básico en la asistencia a estos pacientes durante todo el proceso, en coordinación con el resto de profesionales implicados en su atención.

- **Oncología Radioterápica**

Es la especialidad médica dedicada al diagnóstico, cuidados clínicos y tratamiento de enfermos oncológicos, primordialmente con radiaciones ionizantes, así como el uso y valoración de los tratamientos alternativos o asociados.

- **Geriatría**

Es la especialidad cuya formación específica en este ámbito, le permite facilitar una atención sanitaria a partir de la situación funcional del paciente, considerando los complejos problemas de los mayores en situación terminal. Su participación en la atención a estos pacientes geriátricos es básica tanto por sus conocimientos clínicos como por su mayor experiencia en la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales más adecuados para la atención de cada caso.

- **Unidades del Dolor:**

Estas unidades son responsables de:

- El tratamiento del dolor en estadios avanzados.
- La aplicación de técnicas invasivas en enfermos terminales en colaboración con los equipos de cuidados paliativos, o con otras unidades o servicios.

- **Urgencias Hospitalarias:**

Estos servicios proporcionan la atención a estos pacientes en situaciones de urgencias/emergencias paliativas, en coordinación con los equipos o unidades específicas.

- **Servicios de farmacia de hospital y atención primaria:**

Estos servicios proporcionarán el apoyo en la asistencia farmacoterapéutica de acuerdo con las guías clínicas y control de síntomas.

13.2.4 Servicios de Urgencias Extrahospitalarios

Proporcionan la atención en situaciones de urgencia en el domicilio del paciente en coordinación con los distintos dispositivos de la Red asistencial garantizando la continuidad asistencial en los cuidados del paciente durante las 24 horas del día y prestando apoyo a la familia mediante la formación e información.

Estos Servicios se prestan a través de los Puntos de Atención Continuada (PAC), Puntos de Especial Aislamiento (PEA), Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), Unidades Móviles de Emergencias (UME) y a través del Centro Coordinador de Urgencia (CCU 112)

13.2.5 Salud Mental

Servicio de consulta especializada atendido por un equipo de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y personal auxiliar), que dentro de sus competencias en Salud Mental prestan, al paciente en situación terminal y su familia, atención al duelo complicado y/o atención en situaciones complejas.

13.2.6 Servicios Sociosanitarios: Trabajadoras sociales (gestión de recursos) y Asociaciones y voluntariado (acompañamiento y soporte)

Con el fin de mejorar el bienestar del paciente y su familia, resulta necesario abordar de forma conjunta la planificación y coordinación de las estrategias sociales y sanitarias que permitan responder de forma integral y coordinada a este tipo de situaciones con el máximo nivel de calidad.

Estos Servicios se prestan a través de las trabajadoras sociales en la gestión de los recursos y prestaciones técnicas y/ o económicas en coordinación con los recursos sanitarios y de las Asociaciones y Voluntariado en el acompañamiento y el soporte a estos.

La Comisión de Coordinación Sociosanitaria de la Región de Murcia es el órgano de planificación y coordinación de las acciones relativas a la atención sociosanitaria promoviendo, en el ámbito social y familiar, la mejora de la calidad de vida, impulsando la accesibilidad universal a los bienes y servicios de los departamentos competentes de la Administración Regional

Las funciones de cada uno de las estructuras asistenciales, tanto las ya existentes (EAP, Hospitales, Servicios de Urgencias y Emergencias extrahospitalarios) como las de nueva creación y/o ampliación (ESAD y ESAH) se plantean siempre en tres facetas simultáneas: Clínico-asistenciales, de coordinación y soporte entre profesionales y de formación, docencia e investigación. (Anexo I).

13.3 Gestión por Procesos:

La Gestión por Procesos constituye una estrategia central para la mejora de la calidad de los Cuidados Paliativos abordando de manera integrada cada uno de ellos, implicando a todos los profesionales, resaltando la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales como elementos esenciales y orientado hacia la evaluación de resultados.

El modelo organizativo propuesto contempla una atención integrada, en la que los distintos escenarios en los que ésta se desarrolla y los distintos niveles asistenciales profesionales no cesan en la responsabilidad del cuidado en ningún momento del proceso, sino que se complementan y comparten esta responsabilidad.

Para una mejor y más clara síntesis de lo descrito en los apartados anteriores, se detalla y desarrollan los pasos a seguir para la gestión por procesos en los Mapas 0 y 1 (Anexo IV) que irán desarrollándose en sucesivos subprocesos a lo largo del desarrollo del Plan.

14. INFRAESTRUCTURA

14.1 Física y Equipamiento

La ubicación física necesaria para la provisión de este servicio requiere de una estructura estable de soporte orientada a los profesionales, con unas características comunes que aseguren la confortabilidad, intimidad y respeto necesarios para atender dichos procesos.

Han de estar incluidos preferentemente en los dispositivos que ya existen (Hospitales, Centros de Salud, etc.), compartiendo zonas comunes (entrada, aseos, almacén, etc.) y también con espacios específicos para la atención a la familia y el duelo, sala de observación para la formación, reuniones del equipo, habitación para la atención en la agonía que incluya a la familia (Anexo V).

Así mismo, para garantizar un circuito de suministros de material fungible y medicación, los ESCP dispondrán de un listado de este material que es proporcionado periódicamente de manera dinámica por Suministros, Almacén y/o Farmacia de cada Gerencia. Se adjunta un anexo orientativo de este listado utilizado (ANEXO VI).

Los vehículos (Anexo VII) además de las características técnicas necesarias para el desempeño de las funciones, han de ser el mismo modelo, con la misma identificación y logotipo, ya que la imagen que proyectan es esencial para que contribuyan a fomentar la estructura de red colaborativa. En este sentido, se dispone de un turismo de la marca Renault Megane por cada pareja de ESAD.

14.2 Sistema de Información y Comunicación

Los sistemas de información, comunicación y registro serán preferentemente electrónicos y orientados a facilitar la coordinación entre recursos.

El equipamiento básico al respecto ha de contar como mínimo con un teléfono móvil corporativo por cada ESAD para la correcta localización de los profesionales, de teléfono fijo y fax para cada ESCP y de un puesto informático completo (ordenador e impresora) por cada ESAD y por cada puesto de auxiliar de enfermería.

Para facilitar el acceso y la actualización de la información de forma rápida y cómoda, cada ESAD dispondrá de un ordenador portátil que permite el acceso a la historia clínica electrónica OMI y SELENE in situ.

HISTORIA CLINICA DOMICILIARIA

ESCP • ESCPMU

EQUIPO SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS

HISTORIA CLINICA DOMICILIARIA

112

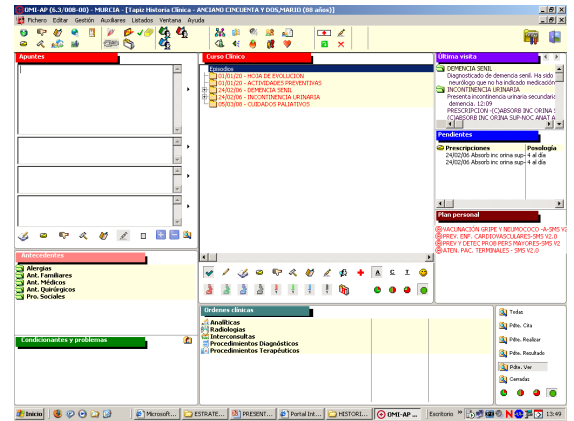
HISTORIA CLINICA DOMICILIARIA

ESCP • ESCPMU

EQUIPO SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS

HISTORIA CLINICA DOMICILIARIA

112



El registro en papel se realiza mediante los correspondientes impresos e historias clínicas y otras. Estas son (Anexo VIII):

- Historia clínica del paciente (hombre y mujer).
- Historia de coordinación
- Historia domiciliaria
- Registro de actividades diarias del ESCP
- Solicitud de inclusión en programa.
- Hoja de inclusión.



15. RECURSOS HUMANOS.

15.1 Análisis del Puesto de Trabajo

- **Denominación y descripción del puesto: ESAD**

Equipo básico interdisciplinar formado por médicos, enfermeras y auxiliares de clínica/administrativo que cuentan con formación específica, apoya y da soporte a los Equipos Atención Primaria en la atención integral y continuada de pacientes terminales e inmovilizados complejos o que presenten limitación funcional incluyendo a sus familias y/o cuidadores.

Su *ámbito de actuación* es el Área de Salud, interviniendo en el domicilio, en el Centro de Salud o en el mismo ESCP.

Las *funciones básicas* de este equipo de soporte (ANEXO II) son:

- *Asistenciales* (atención directa de enfermos y familias),
- *Coordinación y Soporte* con los recursos de atención primaria, atención especializada y demás dispositivos de la red.
- *Formación, docencia e investigación*, a los profesionales de Atención Primaria, al paciente y familia y a la población en general.

La *formación avanzada específica* es fundamental para desarrollar su labor.

- **Denominación y descripción del puesto: ESAH**

Equipo básico interdisciplinar, integrado por médicos y enfermeras, que cuentan con formación específica, prestan atención directa a los pacientes con enfermedad terminal y alta complejidad y a sus familias, que apoya y da soporte a otros servicios especializados del hospital y desarrollan sus funciones y actividades en coordinación con el resto de dispositivos de la red del SMS desde el modelo de Unidad Funcional a través de una enfermera gestora de casos.

Su *ámbito de actuación* es la población adscrita al hospital dentro de la/las Áreas de Salud.

Las *funciones básicas* de este equipo de soporte (ANEXO II) son:

- *Asistenciales* (atención directa de enfermos y familias),
- *Coordinación y Soporte* con los recursos de atención primaria, atención especializada y demás dispositivos de la red mediante la gestión de casos.
- *Formación, docencia e investigación*, a los profesionales del hospital, al paciente y familia y a la población en general.

La *formación avanzada específica* es fundamental para desarrollar su labor.

15.2 Competencias.

El trabajo con las personas y sus familias en el final de la vida, el apoyo y servicio al resto de profesionales del sistema de salud y las habilidades y destrezas para la formación, docencia e investigación; requiere de un profesional que sea competente no solo en conocimientos académicos y técnicos, precisa de la competencia en una serie de habilidades, actitudes, valores y sentimientos que hagan de dicho cuidado una atención integral, abarcando las necesidades de los implicados de una manera holística e incluyendo el nivel físico, intelectual, emocional y espiritual de los mismos.

Las agrupamos en necesidad de competencias en el *saber* (cognitivas), en el *saber hacer* (metodológicas), en el *saber estar* (sociales y participativas), en el *saber ser* (actitudinales) y en el *sentir* (emocionales y espirituales):

COMPETENCIAS ESCP				
SABER	SABER HACER	SABER ESTAR	SABER SER	SENTIR
Técnicas de dinamización, cooperación, generación de cultura participativa y colaborativa.	Aptitudes docentes.	Capacidad de coordinación con los EAP, otros ESAD, hospitales y servicios y todos aquellos implicados en los Cuidados Paliativos.	Capacidad de empatía, tolerancia, escucha, reconocimiento de las propias limitaciones y de los prejuicios, respeto a las diferencias, seguridad.	Conciencia emocional del trabajo con la muerte.
Saber informar, valorar, organizar.	Destrezas para la planificación y evaluación de acciones.	Capacidad para el trabajo en equipo (participación).	Actitud positiva hacia la propia formación, compromiso con la evaluación orientadora a la mejora, autoevaluación.	Capacidad de gestión de estrés y ansiedad y resolución de conflictos.
Conocimiento de las oportunidades que ofrece el entorno.	Capacidad para el trabajo con programas.	Capacidad para reconducir y derivar demandas.	Capacidad para el propio desarrollo personal y profesional.	Confiabilidad en el equipo de trabajo.
Habilidades de comunicación.	Habilidades de organización y sistematización del trabajo del grupo.	Resolución de problemas.	Toma de conciencia sobre la complejidad del proceso.	Implicación empática en las emociones de los demás.
Roles y funciones del resto de dispositivos.	Visión sistemática de la realidad.	Gestión de conflictos.		Integridad emocional.

15.3 Perfil de los puestos.

- **Perfil del Profesional de Medicina**

- Titulación acreditada en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en los ESAD y Medicina Interna, Geriátrica, Oncología, Medicina de Familia y Anestesia preferentemente al resto de especialidades médicas en ESAH.
- Propietario de plaza y/o inscripción en bolsa de trabajo del SMS.
- Experiencia profesional en Unidades de Cuidados Paliativos, Atención Primaria, Atención a la familia y el duelo, (acreditado en años/meses trabajados y/o en prácticas)
- Disponibilidad para el traslado al domicilio de los pacientes y el desarrollo de funciones de movilización de éstos en los ESAD y para el desplazamiento dentro del hospital y en el área en los ESAH.
- Capacidad e interés en el de trabajo de equipo colaborando en las funciones del Equipo.
- Habilidades de coordinación y gestión de recursos.
- Formación en Cuidados Paliativos, Comunicación, Atención a la Familia y resto de contenidos formativos contemplados en el plan (acreditado en horas docentes)

- **Perfil del Profesional de Enfermería**

- Propietario de plaza y/o inscripción en bolsa de trabajo del SMS
- Experiencia profesional en Unidades de Cuidados Paliativos, Atención Primaria, Atención a la familia y el duelo, (acreditado en años/meses trabajados y/o en prácticas)
- Disponibilidad para el traslado al domicilio de los pacientes y el desarrollo de funciones de movilización de éstos en los ESAD y para el desplazamiento dentro del hospital y en el área en los ESAH.
- Capacidad e interés en el de trabajo de equipo colaborando en las funciones del Equipo.
- Habilidades de coordinación y gestión de recursos.
- Formación en Cuidados Paliativos, Comunicación, Atención a la Familia, y resto de contenidos formativos contemplados en el plan (acreditado en horas docentes)

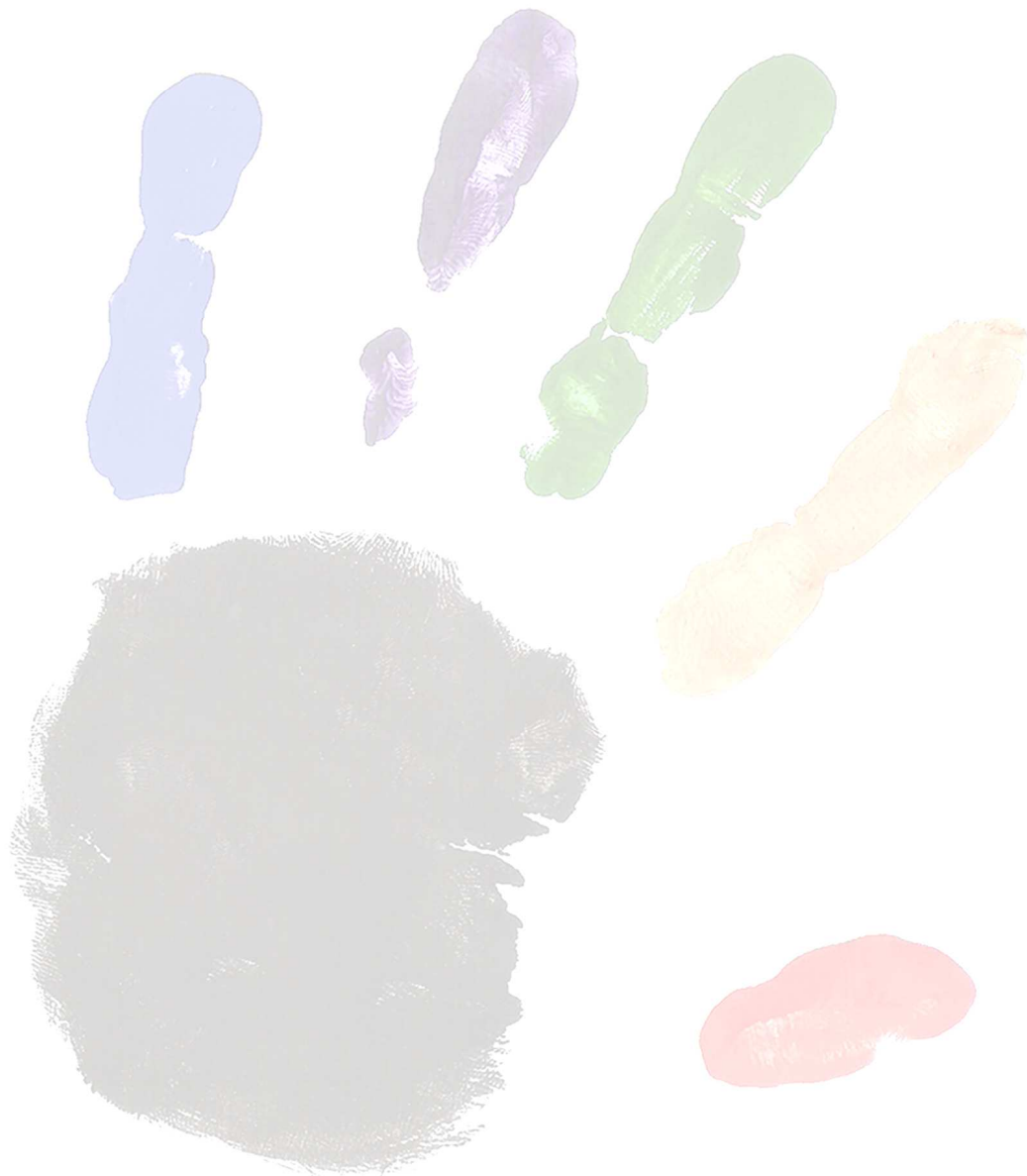
- **Perfil del Profesional de Auxiliar de Enfermería.**

- Propietario de plaza y/o inscripción en bolsa de trabajo del SMS

- Experiencia profesional en Unidades de Cuidados Paliativos, Atención Primaria, Atención a la familia y el duelo, (acreditado en años/meses trabajados y/o en prácticas)
- Disponibilidad para el traslado al domicilio de los pacientes y el desarrollo de funciones de movilización de éstos en los ESAD y para el desplazamiento dentro del hospital y en el área en los ESAH.
- Capacidad e interés en el de trabajo de equipo colaborando en las funciones del Equipo.
- Habilidades de coordinación y gestión de recursos.
- Formación en Cuidados Paliativos, Comunicación, Atención a la Familia, y resto de contenidos formativos contemplados en el plan (acreditado en horas docentes).

15.4 Proceso de Selección de Profesionales de ESCP

FASE	ACCIONES	RESPONSABILIDAD
Convocatoria pública	Carta dirigida a Directores Médicos y Gerentes sobre la necesidad de selección de personal.	DG Asistencia Sanitaria
	Nota informativa pública a Servicios y Centros (BORM o interno)	Directores médicos de hospital y Gerentes de AP
Reclutamiento de curriculum	Registro y recogida de curriculum.	DG Recursos Humanos
Preselección	Lectura de todos curriculum	DG Asistencia Sanitaria DG Recursos Humanos
	Selección de aquellos que se ajusten al perfil	DG Asistencia Sanitaria DG Recursos Humanos
Entrevista y presentación del plan	Entrevista personal individual con los candidatos. Valoración de idoneidad. Presentación conjunta Protocolo.	DG Asistencia Sanitaria DG Recursos Humanos
Selección de profesionales según perfil	Selección final considerando el perfil y la entrevista.	DG Asistencia Sanitaria DG Recursos Humanos
Nucleación de los equipos	Nucleación de los equipos y de lugar	Coordinación protocolo
Contratación.	Contratación en Gerencia de Atención Primaria correspondiente y Asignación de puesto en Gerencia Hospitalaria	Gerencia Atención Primaria Gerencia Hospitalaria Recursos humanos
Formación-incorporación.	Actividades de formación de los equipos.	Coordinación Protocolo Formador específico
Inicio de la actividad.	Presentación de los nuevos Equipos Inicio de actividad asistencial, de coordinación y formación, docencia e investigación.	Enero 2007



16 PLAN DE FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

La calidad con la que los profesionales atienden los cuidados al final de la vida de las personas es un buen indicador del grado de madurez y desarrollo alcanzado por un sistema de salud. Para mantener y prosperar en este tema, es básico contar con propuestas de formación y perfeccionamiento continuas e integrativas y que se dirijan a todos los profesionales que configuran el sistema de salud.

Desde esta concepción planteamos la formación en cuidados paliativos como una competencia transversal, básica y esencial para todos los profesionales sanitarios, asociada esta competencia a la necesidad humana primitiva de “cuidar y ser cuidado”, y sin la cual es imposible la vida y el desarrollo y evolución de la misma.

Teniendo en cuenta que a menudo desconsideramos su influencia en la calidad de nuestras intervenciones y por tanto no estructuramos ni valoramos suficientemente una formación reglada en el tema, nos surge la necesidad de definir una línea estratégica de formación específica.

Definimos el plan como una línea estratégica de formación, y con ello nos estamos refiriendo a definir acciones puntuales, específicas y suficientemente detalladas que nos sirvan para orientarnos a un **objetivo global** y también concreto:

“Mejorar el nivel de competencia de los profesionales para la asistencia a las personas que precisan de cuidados paliativos, y con ello mejorar la calidad y grado de satisfacción de los mismos”.

Dicha definición ha de estar integrada y conceptualizada desde modelos que avalen en si mismos su enunciación y que sean acordes con el propósito de la misma; así, la concepción del ser humano como un “ser total y completo” y la atención a todos los aspectos de su existencia “físico, emocional, intelectual y espiritual” hace necesario el conocimiento y manejo de las herramientas que abarquen tal concepción desde su planteamiento original, que éstas estén integradas y diseñadas para tal fin y que provengan de la aportación de múltiples disciplinas del conocimiento humano.

Para ello nos basamos desde una concepción humanista de base en modelos teóricos integrativos (modelo sistémico y específicamente en el enfoque estratégico breve, construccionismo y narrativa social y la concepción de redes en salud para el conocimiento y desarrollo de las organizaciones en la comunidad.)

Es imprescindible también, para hacerla comprensible, plantear algunas premisas básicas de partida que nos ayuden a situar las acciones que se vayan proponiendo en un “mapa” y de esta manera poder ir creando y construyendo un territorio común, virtual y estructurado que contribuya a ofrecer más seguridad en la adquisición de conocimientos nuevos, mejora de las habilidades desde las que partimos y cambio en las actitudes que necesitemos para incorporar nuevos apartados del *saber hacer* y de nuestra propia

competencia personal y profesional.

Dentro de estas premisas, los **contenidos formativos** se estructuran sobre diferentes apartados:

- 1 Conocimiento y manejo de los últimos avances para el control de síntomas.
- 2 Comunicación con el paciente.
- 3 Atención a la familia.
- 4 Atención al proceso de duelo.
- 5 Aspectos éticos y jurídicos al final de la vida. (las propuestas se incluirían en la línea estratégica de Bioética).
- 6 Soporte para el profesional.
- 7 Gestión y Coordinación de recursos sociosanitarios.
- 8 Formación, Docencia e Investigación.

Los ocho apartados descritos han de estar contemplados en todos los niveles de formación, lo que varía es el nivel de profundidad de los mismos estableciéndose un mínimo para cada nivel en todos los apartados; estructurándose como a continuación se detalla:

Nivel básico: Impregnación de la cultura paliativa en todos sus apartados y dirigida a todos los profesionales sanitarios (mínimo 30 horas teórico- prácticas).

Nivel intermedio: Capacitación de mayor profundización en todos los apartados de formación y dirigida a los profesionales sanitarios que atienden a mayor número de pacientes terminales o con necesidades específicas de cuidados paliativos (mínimo 100 horas teórico-prácticas y rotación 15 días en servicios específicos).

Nivel avanzado: Capacitación de mayor profundización en todos los apartados (incluida la atención a la espiritualidad) y dirigida a los profesionales sanitarios que trabajan específicamente en los dispositivos (mínimo 300 horas teórico prácticas y 30 días de rotación en servicios específicos).

Por otro lado, planteamos esta línea simultánea a las actuaciones que se planifican para el desarrollo e implantación del “*Plan integral de Cuidados Paliativos en el SMS*” y como el desarrollo del mismo esta previsto con acciones diferenciadas en **fases o periodos evolutivos**, nos parece importante denominarlas de igual manera y organizarlas respetando la misma estructura. Hablaremos entonces de: Fase inicial, intermedia y avanzada y lo plantearemos como acciones sucesivas para que sean propuestas y desarrolladas en un periodo mínimo de tres años.

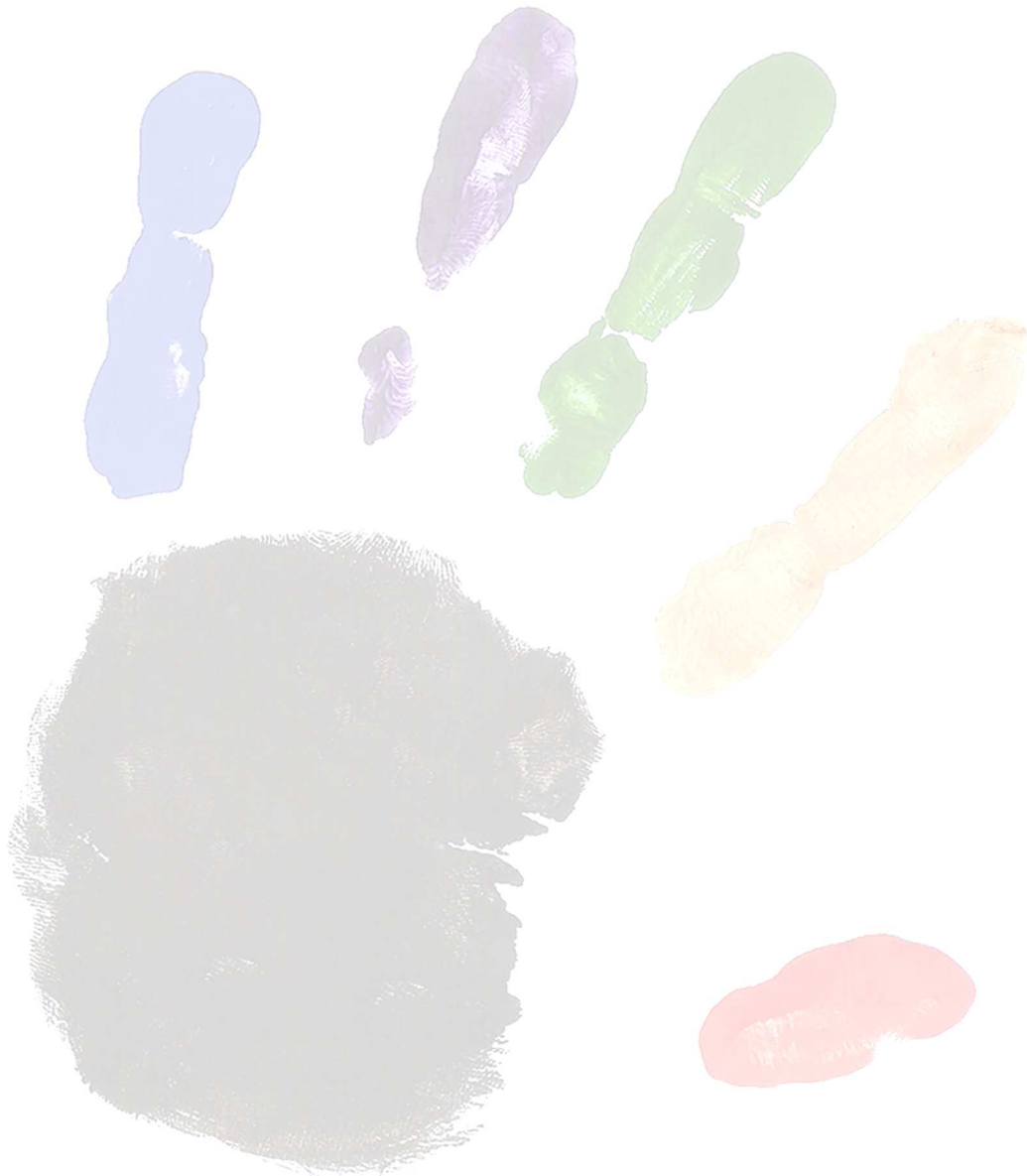
Desde este planteamiento, proponemos realizar acciones docentes organizadas y ensambladas entre sí para, al menos, periodos de tres años y con resultados esperados a corto, medio y largo plazo; contemplando para ello simultáneamente actuaciones en formación continuada (corto plazo),

postgrado (medio plazo), y pregrado (largo plazo), así como formación e información a la población. Anexo VII

			INICIAL	INTERMEDIA	AVANZADA
CONTINUADA	PROFESIONALES	ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> · Curso básico de incorporación · Reuniones · Presentación del modelo al resto de servicios · Becas de formación · Sesiones periódicas · Rotaciones en prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> · "Formación para formadores" · Soporte para profesionales y redefinición de los equipos · Formación de atención al duelo y a la familia · Otras áreas no regladas 	<ul style="list-style-type: none"> · Espacios de maduración, comunicación y evaluación · Líneas sólidas de formación e Investigación · Soporte para los profesionales · Incorporar a las familias y redes sociales
		TODOS	Curso básico de formación 30 horas		
			<ul style="list-style-type: none"> · Conocimiento de recursos y reconocimiento de casos, soporte y apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> · Rotación en prácticas · Nivel Intermedio 	<ul style="list-style-type: none"> · Mantener oferta rotación en prácticas · Ampliar nivel intermedio
PRE-GRADO	Proponer al menos un curso básico				
Dipl./Lic. Ciencias Salud, Sociales y Psicológicas					<ul style="list-style-type: none"> · Potenciar rotación en prácticas
POST-GRADO			<ul style="list-style-type: none"> · Rotación en prácticas · Nivel Intermedio 	<ul style="list-style-type: none"> · Rotación en prácticas · Nivel Avanzado · Mantener nivel Intermedio 	
	Curso básico para residentes				
POBLACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> · Campaña de difusión del plan e información de los recursos disponibles y vías de acceso 	<ul style="list-style-type: none"> · Incorporación de voluntariado y formación básica en relación de ayuda, atención a la familia y proceso del duelo 	<ul style="list-style-type: none"> · Mantenimiento de nivel básico · Incorporación de actividades específicas para familias en proceso de duelo 		

También es importante detallar que estas acciones no son las únicas que se ofertan y a las que tienen acceso los profesionales en este mismo periodo de tiempo; por tanto es importante que midamos con prudencia dicha oferta y valoremos la propuesta completa de formación teniendo una consideración

especialmente significativa por el valor añadido y la singularidad y sintonía con el tema, la de Comunicación Asistencial, Bioética, Formación de Formadores, Gestión de Recursos, Calidad, Geriátrica y todas aquellas que incluyan los últimos avances en el tratamiento y control de los síntomas en general. Por tanto, estos aspectos simplemente se señalarán como trascendentes y complementarios para la formación, obviándose profundizar en ellos en el programa específico.



17. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Para el seguimiento de la implantación del Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de Murcia, y de las medidas que, en desarrollo del mismo, se pongan en marcha, así como para su evaluación periódica y final, se constituirá la Coordinación de Cuidados Paliativos, las Comisiones de Cuidados Paliativos de Área y la Comisión Regional de Cuidados Paliativos, con las funciones que en cada caso se señalan.

La evaluación y seguimiento de la implantación y desarrollo del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de Murcia se atribuye a la Dirección General Asistencial del SMS. A su vez, la evaluación y seguimiento del Plan, en las diferentes Áreas Sanitarias, es competencia básicamente de las Comisiones de Cuidados Paliativos de Área.

La evaluación anual se referirá principalmente al cumplimiento de las actividades incluidas en el cronograma así como a la evolución de indicadores cualitativos y cuantitativos que se proponen.

El sistema de evaluación se orientará hacia los aspectos que a continuación se indican:

1. La mejora de la calidad de vida y confort de los pacientes y de sus familias.
2. La adecuación de los recursos asignados y las mejoras organizativas.
3. La mejora de la calidad en la atención paliativa.
4. Otros indicadores

La evaluación final del Plan de Integral de Cuidados Paliativos incluirá, además, revisión de la cobertura y las observaciones y las recomendaciones oportunas para el rediseño de la estrategia en cuidados paliativos.

El Servicio Murciano de Salud dispondrá de un sistema de información que permita dar soporte a las actividades de evaluación del Plan.

17.1 Coordinación de Cuidados Paliativos.

La Coordinación de Cuidados Paliativos es un órgano técnico y auxiliar, dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, que facilita la coordinación entre todos los agentes implicados en la provisión de cuidados paliativos y que fortalece e impulsa la creación de vínculos estables entre las instituciones, los profesionales y los ciudadanos; actuando como referente para la planificación, gestión y la evolución científica.

- Asegurar la implementación homogénea y sincrónica del Plan en todas las Áreas Sanitarias.
- Diseñar el sistema de evaluación del Plan, en base a los criterios e indicadores establecidos en el mismo.
- Evaluar la implantación y desarrollo del Plan según el cronograma previsto.

- Validar los Protocolos Específicos de Cuidados Paliativos de todas las Áreas Sanitarias.
- Proponer el Plan de Formación de Cuidados Paliativos.
- Impulsar la investigación cuidados paliativos
- Promover la cultura paliativa en todos los ámbitos de la comunidad.
- Proporcionar información periódica al Ministerio de Sanidad sobre el desarrollo de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma de Murcia.
- Participar en la red corporativa de coordinadores de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud.

Este órgano se encuentra en C/ Pinares, nº4-6, 30001, Murcia, el número de teléfono es 968365855 y esta formado por las siguientes profesionales:

- Coordinadora: Fuensanta Sánchez Sánchez. Médica de familia y Jefe de Servicio en DGAS.
- Apoyo Técnico: Natalia Lorenzo García. Enfermera

17.2 Comisiones de Cuidados Paliativos

17.2.1. Comisión de Área

La Comisión de Cuidados Paliativos de Área es un instrumento básico de participación profesional para la implantación, seguimiento y evaluación del Plan a nivel de las diferentes Áreas Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Estarán vinculadas a la Gerencia del Área y formarán parte de ella representantes de los EAP, ESAD, ESAH y servicios de atención especializada del hospital de área (oncología, geriatría, medicina interna, neurología...). El peso o representatividad de cada especialidad vendrá reflejado por la proporción de pacientes procedentes de cada una de estas especialidades.

La Comisión de Cuidados Paliativos de Área es, también, un órgano de coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, en cuyo seno se evaluará la inclusión en el Programa de cuidados paliativos, situación clínica, evolución y pronóstico de los pacientes.

En consecuencia, corresponderán a esta comisión las siguientes funciones:

- Elaborar el Protocolo Específico de Cuidados Paliativos en el Área, de acuerdo con los criterios establecidos en este Plan, y con la máxima participación de los profesionales de Atención Primaria y de los servicios de Atención Especializada del área. Este programa se remitirá para su validación a la Comisión Regional de Cuidados Paliativos.

- Efectuar el seguimiento permanente de la implantación y desarrollo del programa y, en su caso proponer o establecer, las medidas correctoras correspondientes a nivel del área.
- Difundir el contenido del programa entre los equipos de atención primaria y los especialistas de área, e impulsar su desarrollo.
- Realizar el seguimiento del Protocolo Específico de Cuidados Paliativos en el Área .
- Revisar y, en su caso, proponer las modificaciones necesarias en el sistema de información clínico asistencial del área, con la finalidad de facilitar el seguimiento de los pacientes.
- Revisar y, en su caso, proponer las modificaciones necesarias en los procedimientos de gestión del hospital del área, para reforzar la coordinación entre niveles asistenciales y la operatividad de las propuestas contenidas en el Plan.
- Efectuar la evaluación anual del cumplimiento de los objetivos del programa de área y proponer las actuaciones correctoras correspondientes, en su caso.
- Realizar la evaluación final del protocolo en el área.
- Colaborar en la elaboración del Programa de Formación de Cuidados Paliativos.
- Establecer, a nivel de área, mecanismos de colaboración entre los equipos de Atención Primaria y los recursos específicos de paliativos con los Comités de Ética Asistencial.

17.2.2. Comisión Regional de Cuidados Paliativos

La Comisión Regional de Cuidados Paliativos es un órgano colegiado, de carácter técnico y asesor, directamente vinculado al Servicio Murciano de Salud, a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del que formarán parte los representantes designados por la Consejería de Sanidad, oídos los Colegios Profesionales respectivos, con conocimientos y experiencia acreditada en Cuidados Paliativos.

Serán funciones de esta Comisión:

- Impulsar la elaboración de las guías de cuidados paliativos y control de síntomas, en colaboración con los Colegios Profesionales y Sociedades Científicas.
- Aprobar los Protocolos Específicos de Cuidados Paliativos de todas las Áreas Sanitarias.
- Aprobar la propuesta del Plan de Formación de Cuidados Paliativos, una vez consultados los Colegios Profesionales y demás entidades implicadas.
- Proponer los acuerdos necesarios para mejorar la coordinación de las actividades del Plan.

- Realizar propuestas para el siguiente periodo, una vez consultadas las Administraciones, Universidades, Instituciones y Colegios Profesionales competentes por razón de la materia.

17.3 Indicadores de Evaluación y Sistema de Información

El sistema de evaluación y seguimiento, sigue los pasos de los objetivos propuestos para el desarrollo de este plan, proponiendo indicadores para la evaluación del cumplimiento de cada uno de ellos. Dichos indicadores, se complementarán con los propuestos en el *Plan Nacional de Cuidados Paliativos* y los de *Estrategias para el desarrollo sostenible de la sanidad*

A continuación se proponen indicadores que deberán orientar la evaluación en función de los siguientes apartados básicos:

1. Desarrollo y puesta en marcha del Plan.
2. Atención Integral.
3. Organización y Coordinación.
4. Formación y Docencia.
5. Investigación.

En el Anexo X podemos encontrar los indicadores a evaluar periódicamente y un ejemplo de aquellos ya evaluados en el 2008.

18. BIBLIOGRAFÍA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alberola V, Camps C, Germá J. *Modelos de Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer*. Med Pal 2001; 8(2): 80-4.
2. *Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. 2006.
3. Benítez del Rosario MA, Salinas A. *Cuidados Paliativos y Atención Primaria: aspectos y organización*. Springer 2000.
4. Camps C, Martínez N. *Una nueva concepción de los cuidados paliativos en Oncología: Los cuidados continuos y la integración de niveles*. Revista Oncología 2002; 4:470-84.
5. Centeno C, Hernansanz S, Flores LA, López-Lara F. *Directorio de Cuidados Paliativos*. SECPAL. 2000.
6. Centeno Cortés C, Arnillas P, Hernansanz de la Calle S, Flores LA, Gómez M, López-Lara F. *The reality of palliative care in Spain*. Palliat Med 2000; 14: 387-94.
7. Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S, Flores Pérez LA, Sanz Rubiales A, López- Lara Martín F. *Programas de Cuidados Paliativos en España. Año 2000*. Med Pal (Madrid) 2001; 8: 85-99.
8. Centro Regional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor: *Protocolos en Medicina Paliativa*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León, 1999.
9. Cirera Ll, Cruz O, Navarro C. *Estadísticas básicas de mortalidad en la región de Murcia en 2003*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consejería de Economía y Hacienda; 2005. www.MurciaSalud.es o www.carm.es/econet
10. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2002. *Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial Integrado*.
11. Consejería de Sanidad de Valencia. 2004. *Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007*.
12. Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura. *Programa Marco de Cuidados Paliativos*. Consejería de Sanidad y Consumo. 2002.
13. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud 2003-2007 Región de Murcia*. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia, 2003.
14. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008*. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.

15. Consejería de Sanidad, 2006. *Estrategias para el desarrollo sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010*.
16. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. *Plan de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia 2005-2007*.
17. Council of Europe. Recommendation 1418 (1999). *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*. Adoptado por la Asamblea Parlamentaria el 25 de Junio de 1999.
18. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the *Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. Council of Europe, October 2003.
19. De las Heras B, Vilches Y, Ordoñez A, Jiménez-Gordo M, Castro J, Gonzalez-Barón M. *Cuidados Paliativos en Oncología: Pasado y Presente*. *Oncología* 2000; 23: 256-61.
20. García S., M.P. (2003). *La evaluación de programas en la intervención socioeducativa*. DM. Murcia.
21. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. 2006. *Catálogo de procedimientos del hospital a domicilio*.
22. Gómez Sancho M. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Arán ediciones, 1999.
23. Gómez-Batiste X, "Modelos de organización en Cuidados Paliativos", capítulo 2 en "Cuidados Paliativos: bases para su organización", de Gómez Batiste X. Porta J. Tuca A. y Stjernsward J. Ed. Arán, Madrid, 2005, en prensa.
24. Gómez-Batiste X, Stjernsward J. "Programas Públicos OMS de Cuidados Paliativos", capítulo 5 en "Cuidados Paliativos: bases para su organización", de Gómez Batiste X. Porta J. Tuca A. y Stjernsward J. Ed. Arán, Madrid, 2005, en prensa.
25. González-Barón M, Barón J, García de Paredes M, Berrocal A, Ordóñez A. *Tratamiento paliativo del paciente terminal*. *Rev Cáncer* 2000; 14: 1-7.
26. Grupo de consenso de la Secpal. *Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos*. (Documento borrador)
27. Herrera E, Villegas R. *Evolucionando hacia la atención domiciliaria*. *Medicina de Familia (And)* 2000; 2: 169-173.
28. Herrera Molina E. *Programa regional de cuidados paliativos en Extremadura*. *Med Pal* 2003; 10 (supl. 1): 47-9.
29. INSALUD. *Programa Cuidados Paliativos a Domicilio*. INSALUD Área 4 del INSALUD. Atención Primaria de Madrid 1997.
30. INSALUD. *Programa de atención a los pacientes en fase terminal*. Área 11 Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1997.
31. INSALUD. *Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD)* Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. 1999.

32. Instituto Nacional Estadística. Cifras de población. www.ine.es
33. *Jornada Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud. Presente y Futuro*. Madrid. 20 diciembre de 2005.
34. Megías del Rosal, F., Aguilar G., E., Silvestre P., F., (2004). *Hospitalización domiciliaria. Salud mental. Estudios para la Salud. Generalitat Valenciana*. Consellería de Sanitat. EVES
35. Ministerio de Sanidad y Consumo, SECPAL y Fundación Avedis Donabedian. *Guía de criterios de calidad en Cuidados Paliativos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002.
36. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002. *Guía de criterios de calidad en Cuidados Paliativos*.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004. *Informe Técnico: Hechos sólidos en Cuidados Paliativos. OMS*.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004. *Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores. OMS*.
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Cáncer del S.N.S., Líneas Estratégicas Priorizadas: Objetivos, Acciones e Indicadores (2006-2009) [versión reducida]*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.
41. NHS Scotland. *Draft Clinical standards for specialist palliative care*. September 2001. www.clinicalstandards.org
42. Núñez Olarte JM, Luque Medel JM, López Imedio E, Conti Jiménez M, López López C, Guevara López S. *Cuidados Paliativos*. En: Guías de diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos, 2ª ed. Ed: Comisión de tumores de Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid 2003: XVII 1-3.
43. *ORDEN 394/2006, de 2 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crean y regulan las Comisiones de Cuidados Paliativos del Área en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid*.
44. Organización Médica Colegial, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Declaración sobre la atención médica al final de la vida*. Enero de 2002.
45. Porta Sales J, Martínez García M, Gómez-Batiste X, Espinosa-Rojas J, Alburquerque-Medina E, Madrid Juan F, Tuca Rodríguez A. *Descripción de la complejidad de los pacientes en la consulta externa de un Servicio de Cuidados Paliativos en un centro terciario: resultados preliminares*. Med. Pal 2003; 10: 20-3.
46. Registro Regional del CMBD, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad, Región de Murcia. *Mortalidad intrahospitalaria del año 2003. Mortalidad intrahospitalaria por cáncer según las Categorías Mayores de la CIE*. Informe interno. Murcia, 2005.

47. Riaño Zabildea V. *Necesidades y recursos asistenciales hospitalarios del enfermo en situación terminal en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) en el año 2002*. Med Pal 2004; 11: 25-9.
48. Rovere, M. (1999). *Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaria de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
49. SECPAL. *Recomendaciones básicas sobre formación en cuidados paliativos*. 1999. www.secpal.com
50. SECPAL. *Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: organización de los cuidados paliativos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.secpal.com
51. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. *Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia*. Palliat Med 2001; 15: 271-8.
52. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya. *Estándards de cuidados paliativos*. 1995.
53. Servicio Extremeño de Salud. Programa Marco Cuidados Paliativos. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. 2002. http://www.juntaex.es/consejerias/syc/ses/prog_marco_paliativos.pdf.
54. Servicio Murciano de Salud. *Cartera servicios de Atención Primaria de Salud. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados*.
55. Servicio Murciano de Salud. *Cartera servicios de Atención Primaria de Salud. Atención a personas en situación terminal*.
56. Servicio Murciano de Salud. *Cartera servicios de Atención Primaria de Salud. Prevención y detección de problemas en las personas mayores*.
57. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.es. *Guía de Cuidados Paliativos*.
58. Sociedad Española de Oncología Médica. Punto de Vista: *La importancia de los cuidados continuos en Oncología*. Boletín de la SEOM 36 ENERO - FEBRERO 2005. <http://www.seom.org/seom/html/publicaciones/boletin/boletin.htm>.
59. Sociedad Española de Oncología Médica. Sección de Cuidados Continuos. *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica. 2004. <http://www.seom.org/seom/html/publicaciones/otras/otrasPub.htm>.
60. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2006. *Consideraciones al Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.
61. Unidad de Evaluación. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Cuadros de Mando 2004 y 2005.
62. Valentín V, Camps C. *Organización de los cuidados continuos*. Psicooncología 2004; 1: 7-24.

63. Valentín V, Fernández R, Carretero Y, Murillo M. *Programa Coordinado al Paciente Oncológico Terminal en el Área Sanitaria XI de Madrid, experiencia y resultados de 5 años*. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria SMMFYC 1998; sept: 16-7.
64. Valentín V, Murillo M. Valentín M, Royo D. *Modelo de Organización de los Cuidados Paliativos*. En: *Oncología en Atención Primaria*. Dir. Valentín V. Ed: Alonso C. Murillo T. Pérez P. y Vilches Y. Madrid. Nova Sidonia. 2003; 747-70.
65. World Health Organization Europe. Better palliative care for older people. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, 2004. <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>.
66. World Health Organization Europe. The solid facts: Palliative Care. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, 2004. <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>.

LEGISLACIÓN

Boletín Oficial del Estado

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 de abril de 1986. 15207-15224.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE nº 298, de 14 de diciembre de 1999. 43088-43099.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002. 40126-40132.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003. 20567-20588.
- LEY 5/2004, de 22 de octubre, del voluntariado en la Región de Murcia. BOE nº 199, de 20 de agosto de 2005. 29078-29085.

Boletín Oficial de la Región de Murcia

- Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. BORM nº 176, de 4 de agosto de 1994. 7115-7125.
- Decreto 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud. BORM nº 7, de 10 de enero de 2003. 397-417.

- LEY 5/2004, de 22 de octubre, del voluntariado en la Región de Murcia. BORM nº 261, de 10 de noviembre de 2004.
- Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de instrucciones previas y su registro. BORM nº 164, de 19 de julio de 2005. 17253-17257.
- Correcciones al Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro. BORM nº 178, de 4 de agosto de 2005. 18267-18268.
- Convenio Marco de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad y el Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, para el fomento y desarrollo de actividades relacionadas con la profesión sanitaria de médico. BORM nº 188, de 17 de agosto de 2005. 18939-18941.
- Orden de 2 de marzo de 2006, conjunta, de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social, para la coordinación de actuaciones relativas a la atención sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

19. ANEXOS

I.	Criterios de inclusión.	65
II.	Funciones de los Dispositivos.	67
III.	Descripción y organización de los dispositivos por Áreas de Salud	71
IV.	Mapa de Procesos	106
V.	Infraestructura Física y equipamiento de los Dispositivos	107
VI.	Listado de Material fungible e inventariable.	109
VII.	Vehículos.	114
VIII.	Sistemas de Información y Registro: Impresos e Historias.	115
IX.	Formación, Docencia e Investigación	126
X.	Indicadores de Evaluación.	131



ANEXO I. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

¿QUÉ PACIENTES REQUIEREN RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS?

Si bien originalmente los Cuidados Paliativos surgieron para los enfermos oncológicos, se utilizan cada vez más en otras patologías crónicas: cardiopatías, enfisema, ictus, cirrosis, demencia, etc...

Pacientes oncológicos:

- A. Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada con escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento
Pronóstico de vida limitado.
- B. Índice de Karnofsky < 40.
- C. Percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tiene carácter pronóstico < 2 semanas.
- D. Parámetros analíticos: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.

Pacientes no oncológicos:

Pacientes con SIDA terminal en las siguientes categorías:

Patología tumoral asociada en progresión.

Patología neurológica en progresión: LNP o encefalopatía-VIH.

Síndrome debilitante en progresión.

Karnofsky < 40 fuera de crisis aguda.

Pacientes con SIDA con esperanza de vida inferior a seis meses.

Pacientes Enfermedad Pulmonar:

EPOC severa documentada por disnea de reposo con escasa o nula respuesta a broncodilatadores.

Progresión de la enfermedad: incremento hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria.

Hipoxemia, pO₂ 55 mm de Hg respirando aire ambiente o reposo o SatO₂ 88% con O₂ suplementario, Hipercapnia pCO₂ 50 mm Hg.

ICD secundaria a enfermedad pulmonar.

Pacientes con insuficiencia cardíaca:

Disnea grado IV de NYHA.

Fracción de eyección de 20%.

Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardiaca a pesar del tratamiento adecuado.

Insuficiencia cardiaca refractaria y arritmias resistentes a tratamiento.

Pacientes con Insuficiencia renal crónica:

Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado...)

Diuresis < 400cc.

Hiperkalemia >7 y que no responde al tratamiento.

Pericarditis urémica.

Sd hepatorenal.

Pacientes con enfermedad hepática - Cirrosis hepática:

Insuficiencia hepática grado C de Child-Pugh:

- Encefalopatía grado III-IV.
- Ascitis masiva
- Brb > 3mg/dl.
- Albumina < 2.8 mg/dl.
- T. de protrombina < 30%
- Sd hepatorenal.

Pacientes con enfermedad del SNC:

De cualquier etiología (degenerativa, enf. Parkinson, ACV, demencias...)

Deterioro cognitivo grave (Mini mental < 14 / Pfeiffer > 5)

Dependencia absoluta

Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición; sepsis.)

Disfagia.

Desnutrición.

Úlceras por presión refractarias grado 3-4.

Pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos.

Los ESCP prestan el soporte puntual al resto de profesionales de la red sanitaria en pacientes con enfermedades crónicas no malignas de larga evolución así como la atención directa de estos pacientes cuando la situación sea cercana a la agonía y la muerte.

ANEXO II

FUNCIONES DE LOS DISPOSITIVOS

• FUNCIONES DEL ESAD:

1. Asistenciales:

- Apoyar y asesorar al Equipo de Atención Primaria en la valoración e intervención del paciente y su familia.
- Intervención asistencial directa en pacientes complejos en cuanto a valoración y seguimiento, control de síntomas, atención al proceso de duelo,... cuando así lo requiera el personal de AP.

2. De Coordinación:

- Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, siendo vehículo de información eficaz y de esta forma, asegurando la continuidad en los cuidados, así como la coordinación con los recursos sociales.
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.
- Gestión de las consultas realizadas por otros dispositivos
- Soporte y apoyo a otros profesionales.

3. De Docencia e Investigación:

- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación y del duelo complicado en los cuidadores y familiares de los enfermos.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.
- Desarrollo y participación de sesiones clínicas periódicas y revisión de casos.
- Apoyo, soporte y coordinación de la formación de otros profesionales en cuanto a control de síntomas, técnicas de comunicación, rotaciones, sesiones clínicas, seminarios,...

FUNCIONES DE ESAH.

1. Asistenciales:

- Intervención asistencial directa a enfermos complejos y atención al control de síntomas y deterioro del estado general o fase de agonía.
- Apoyar y asesorar a otros servicios hospitalarios en la valoración e intervención del paciente y su familia.

- Apoyo en la realización de determinadas técnicas y aproximación adecuada al caso.
- Apoyo y cuidado de la familia

2. De Coordinación:

- Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, siendo vehículo de información eficaz y de esta forma, asegurando la continuidad en los cuidados, así como la coordinación con los recursos sociales.
- Trabajar desde el modelo de Unidad Funcional con gestión de casos.
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.
- Gestión de las consultas realizadas por otros dispositivos
- Soporte y apoyo a otros profesionales.

3. De Docencia e Investigación:

- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación y del duelo complicado en los cuidadores y familiares de los enfermos.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.
- Desarrollo y participación de sesiones clínicas periódicas y revisión de casos.
- Apoyo, soporte y coordinación de la formación de otros profesionales en cuanto a control de síntomas, técnicas de comunicación, rotaciones, sesiones clínicas, seminarios,...

FUNCIONES DEL EAP:

1. Asistenciales:

- Intervención asistencial directa a pacientes no complejos en la valoración de síntomas y/o signos físicos, psíquicos y sociales, el alivio de síntomas y sufrimiento, el acompañamiento psicoafectivo y soporte espiritual, la atención en el domicilio, la atención en el proceso de morir, incluido el duelo,...
- Contribuir a la protocolización de la asistencia clínica de los pacientes incluidos y potenciar su cumplimiento.

2. De Coordinación:

- Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, siendo vehículo de información eficaz y de esta forma, asegurando la continuidad en los cuidados, así como la coordinación con los recursos sociales.

- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.

3. De Docencia e Investigación:

- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación y del duelo complicado en los cuidadores y familiares de los enfermos.
- La participación en programas de formación específica.
- Desarrollo y participación de sesiones clínicas periódicas.
- El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

FUNCIONES DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

1. Asistenciales:

- Intervención asistencial directa a enfermos complejos y atención al control de síntomas y deterioro del estado general o fase de agonía.

2. De Coordinación:

- Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, siendo vehículo de información eficaz y de esta forma, asegurando la continuidad en los cuidados, así como la coordinación con los recursos sociales.
- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.

3. De Docencia e Investigación:

- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación y del duelo complicado en los cuidadores y familiares de los enfermos.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

FUNCIONES DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIOS Y CCU.

1. Asistenciales:

- Intervención asistencial directa de urgencia a pacientes en horario no cubierto por el EAP o el ESCP o cuando la situación lo requiera por extrema urgencia.
- Contribuir a la protocolización de la asistencia clínica de los pacientes incluidos y potenciar su cumplimiento.

2. De Coordinación:

- Coordinación con el resto de dispositivos de atención, de tal forma que presten un servicio fundamental en la atención a las urgencias paliativas, notificación de pacientes que no están cubiertos por el programa y facilitar los trámites en la defunción de los paciente
- Derivación de pacientes captados en alguna demanda urgente.

3. De Docencia e Investigación:

- El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación y del duelo complicado en los cuidadores y familiares de los enfermos.
- La participación en programas de formación específica.
- El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

	EAP	ESCP	SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERV. URGENCIA EXTRAHOSPITAL
ASISTENCIALES				
Apoyo en la intervención asistencial directa				
Intervención asistencial directa				
COORDINACIÓN				
Coordinación entre niveles asistenciales				
Gestión de derivación a otros niveles asistenciales				
Interconsultas				
Apoyo a otros profesionales				
FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIACIÓN				
Desarrollo de activ. form. e inform. a paciente y familia				
Participación en programas de formación				
Desarrollo y apoyo de líneas de investigación				
Desarrollo de sesiones clínicas				
Apoyo, soporte y formación de otros profesionales				

ANEXO III

DESCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS POR ÁREAS DE SALUD

(Hasta Diciembre 2009)

ÁREA DE SALUD I. MURCIA

El Área de Salud I. Murcia tiene como referencia en Atención Primaria la Gerencia de Murcia y los Hospitales Virgen de la Arrixaca, Reina Sofía y Morales Meseguer

La población de usuarios del Área I, según datos de mayo de 2006, es de 513.585 y se encuentra distribuida en los siguientes términos:

Centro De Salud	H. Referencia	TSI MAYO 2006		MEDICINA GENERAL		ENFERMERIA	
		Total	M. General	Plantilla	Carga	Plantilla	Carga
Alcantarilla Sangonera	Arrixaca	25.843	21.292	12	1.774,33	12	2.153,58
Alcantarilla-Casco	Arrixaca	15.847	13.279	7	1.897,00	7	2.263,86
Alhama	Arrixaca	22.900	19.261	11	1.751,00	10	2.290,00
Mula	Arrixaca	23.388	19.800	12	1.650,00	14	1.670,57
Murcia-Algezares	Arrixaca	9.994	8.464	6	1.410,67	5	1.998,80
Murcia-Carmen (Aljucer-Barriomar)	Arrixaca	8.606	7.277	5	1.455,4	5	1.455,4
Murcia-Campo Cartagena	Arrixaca	9.375	7.951	5	1.590,20	5	1.875,00
Murcia-El Palmar	Arrixaca	20.948	17.261	9	1.917,89	10	2.094,80
Murcia-Espinardo	Arrixaca	18.971	15.651	9	1.739,00	9	2.107,89
Murcia-La Alberca	Arrixaca	15.020	12.114	7	1.730,57	7	2.145,71
Murcia-La Ñora	Arrixaca	11.404	9.512	6	1.585,33	7	1.629,14
Murcia-Nonduermas	Arrixaca	11.419	9.968	7	1.424,00	6	1.903,17
Murcia-San Andrés	Arrixaca	30.464	26.403	14	1.885,93	13	2.343,38
Murcia-Sangonera Verde	Arrixaca	9.423	7.614	5	1.522,80	5	1.884,60
Hospital "Virgen de la Arrixaca"		233.602	195.847	115		115	
Beniel	Reina Sofía	10.377	8.716	5	1.743,20	5	2.075,40
Murcia-Alquerías	Reina Sofía	12.992	10.600	7	1.514,29	6	2.165,33
Murcia-Beniaján	Reina Sofía	23.872	19.781	11	1.798,27	11	2.170,18
Murcia-Carmen	Reina Sofía	34.426	29.111	15	1.940,73	13	2.239,3
Murcia-Infante	Reina Sofía	35.780	30.346	17	1.785,06	17	2.104,71
Murcia-Monteagudo	Reina Sofía	9.503	8.278	5	1.655,60	5	1.900,60
Murcia-Puente Tocinos	Reina Sofía	25.502	21.121	12	1.760,08	11	2.318,36
Murcia-Santiago Mayor	Reina Sofía	0	0	0	0	0	0
Murcia-Vistabella	Reina Sofía	19.517	16.707	9	1.856,33	10	1.951,70
Santomera	Reina Sofía	14.340	11.621	7	1.660,14	8	1.792,50
Hospital "Reina Sofía"		186.309	156.281	88		86	
Murcia-Cabezo Torres	M. Meseguer	15.030	12.252	7	1.750,29	7	2.147,14
Murcia-Centro	M. Meseguer	22.355	20.070	13	1.543,85	12	1.862,92
Murcia-Stª Mª Gracia	M. Meseguer	25.446	21.752	12	1.812,67	12	2.120,50
Murcia-Vistalegre	M. Meseguer	25.054	21.146	12	1.762,17	12	2.087,83
Murcia-Zarandona	M. Meseguer	5.789	4.912	3	0	3	0
Hospital "Morales Meseguer"		93.674	80.132	47		46	
TOTAL AREA I		513.585	432.260	250		247	

Con el fin de garantizar las necesidades de atención en Cuidados Paliativos de la población adscrita, se propone la implicación, creación e implementación de los siguientes dispositivos:

A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Estarán implicados todos aquellos equipos y centros de salud adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de EAP” (Anexo I) y “Mapas de procesos” (Anexo III).

B. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP):

Se propone la creación de un ESCP para el área I integrado por un Equipo de ámbito domiciliario y 3 Equipos hospitalarios.

B.1. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

ESCP DOMICILIARIO MURCIA	
Domicilio:	C. S. Zarandona, C/ Goya s/n - 30007 Zarandona, Murcia.
Teléfono de contacto:	968 246714
Fax:	968 239896
Horario atención:	8:00 a 15:00
Áreas de salud:	Área I
Tarjetas:	513.585
Profesionales EAP:	250+247
Profesionales del Equipo:	12
• Médicos de familia:	5
• Enfermeras:	5
• Auxiliar enfermería:	2
Ratio tarjetas / ESAD	51,358
Ratio EAP / ESAD	49,7
Responsable de equipo	Mercedes Navarro Nuño de la Rosa
Funciones del equipo	Funciones de ESAD en Anexo II
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura física en Anexo V

Este ESCP esta integrado por 5 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) distribuidos de la siguiente forma:

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA I - ESAD I - ☎ 618 680234			MÉDICO: José María Sánchez del Toro				H. U. "VIRGEN DE LA ARRIXACA"		
			ENFERMERO: Pedro Jesús Baño García						
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. ALCANTARILLA-CASCO	CL Alcalde Pedro Cascales, S/N	30820	968 892822	968 892322	Alcantarilla	968 800312	H. U. "Virgen de la Arrixaca"	14	13.528
C.S. ALHAMA	AV Sierra Espuña, 14	30840	968 631711	968 636129	Alhama	968 630369		21	19.554
CONS. LIBRILLA	CL San Bartolomé, 98	30892	968 658083	968 658373	Librilla (PEAS)	968 658083			
CONS. EL CAÑARICO	CL de la Escuela, S/N	30849			Alhama	968 630369			
CONS. LAS CAÑADAS	CL de las Escuelas, S/N	30849	CERRADO						
CONS. EL BERRO	CL El Cura, S/N	30848	968 668063						
CONS. LA COSTERA	Los Ventorrillos	30849							
C.S. ALCANTARILLA- SANGONERA	CL Carmen, S/N	30820	968 806646	968 808706	Alcantarilla	968 800312		24	21.689
CONS. SANGONERA LA SECA	CL Antoñete Gálvez, 4	30835	968 891838						
CONS. BARQUEROS	CL Barqueros, S/N	30179	968 669454						
C.S. MULA	AV Juan Viñegla, S/N	30170	968 637217	968 662055	Mula	968 660744	26	20.133	
CONS. CAMPOS DEL RÍO	AV Constitución, S/N	30191	968 650116		Campos del Río (PEAS)	968 650116			
CONS. PLIEGO	CL Párroco Martínez Aranda, S/N	30176	968 666390		Mula	968 660744			
CONS. ALBUDEITE	CL Alonso Ferrer, S/N	30190	968 667702						
CONS. FUENTE LIBRILLA	CL D ^a Maximina Ladrón de Guevara, S/N	30178							
CONS. PUEBLA DE MULA	Ctra. De Murcia, S/N	30193	968 661271						
CONS. YÉCHAR	CL Almazara, S/N	30193	968 431132						
CONS. CASAS NUEVAS	CL Escuela, S/N	30177							
							85	74.904	

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA I - ESAD II - ☎ 618 680235			MÉDICO: Ascensión Parra Hidalgo				H. U. "VIRGEN DE LA ARRIXACA"		
			ENFERMERA: Antonia López Gómez						
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. ALGEZARES	CL Subida a la Fuensanta, S/N	30157	968 840077	968 841309	Algezares	968 841066	H. U. "Virgen de la Arrixaca"	11	8.625
CONS. LOS GARRES	CL Las Escuelas, S/N	30158	968 873561	968 873682					
C.S. CAMPO CARTAGENA-Corvera	CL San Félix, 1	30153	968 380327	968 380509	Campo Cartagena (PAC)	968 380327		10	8.193
CONS. LOBOSILLO	CL José Balsalobre, S/N	30331	968 551174						
CONS. SUCINA	Ctra. de San Javier, S/N	30590	968370638	968 370576					
CONS. LOS MARTÍNEZ PTO.	Ctra. de Los Ruices, S/N	30156	968 383260						
CONS. VALLADOLISES	CL Julián García Soto, S/N	30154							
CONS. BAÑOS Y MENDIGO	CL Puente Viejo, S/N	30155	968 607173						
CONS. AVILESES	CL Las Escuelas, S/N	30592							
CONS. GEA Y TRUYOLS	CL La Tercia, S/N	30590	968 370198						
CONS. LA MURTA	CL Las Escuelas, S/N	30153							
CONS. VENTA SAN ANTONIO	Venta de San Antonio	30156							
CONS. CAÑADAS DE S. PEDRO	-----	30590							
CONS. VENTA DE LOS PINOS	-----	30590							
C.S. EL PALMAR	CL Burgos, S/N. Esq AV Progreso	30120	968 886305	968 884501	Algezares	968 841066	H. U. "Virgen de la Arrixaca"	19	17.659
C.S. LA ALBERCA	CL José Paredes, S/N	30150	968 845362	968 845844					
CONS. SANTO ÁNGEL	CL Isaac Peral, 2	30151	968 840175						
C.S. MU-SAN ANDRÉS	CL Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30005	968 394800	968 394830	MU-San Andrés	968 290202		27	26.616
C.S. SANGONERA LA VERDE	CL Rosalinda, S/N	30833	968 869077	968 869508	Alcantarilla	968 800312		10	7.704
								91	81.153

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS										
ÁREA I - ESAD III - ☎ 618 680236		MÉDICO: Miguel Navarro Nuño de la Rosa					H.U. V. ARRIXACA H. GRAL. REINA SOFÍA			
		ENFERMERA: Peligro Larrosa Sánchez								
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI	
C.S. ESPINARDO	CL La Cruz (Esq. Juan Carlos I)	30100	968 830475	968 832061	MU-San Andrés	968 290202	H. U. Virgen de la Arrixaca (Urgencias H.M. Meseguer)	18	15.938	
CONS. EL PUNTAL	CL Mayor, 59	30100	968 306567							
CONS. GUADALUPE	CL Pueblos Hispánicos, S/N	30107	968 859050		Alcantarilla	968 800312				
C.S. BARRIO DEL CARMEN	CL Madre Elisea Oliver Molina, 12	30002	968 264099	968 268091	MU-Infante		H. Reina Sofía	28	36.854	
CONS. ALJUCER	CL Senda Alta, S/N	30152	968 342640	968 346520			H.U. Virgen de la Arrixaca	10		
CONS. BARRIOMAR	Camino Hondo, 2	30010	968 254441				H. Reina Sofía	19		16.708
C.S. VISTABELLA	1ª Trav José Maluquer y Salvador	30003	968 340300	968 340322						
C.S. NONDUERMAS	CL Constitución, S/N	30166	968 343100	968 345010	Alcantarilla	968 800312	H.U. Virgen de la Arrixaca	13	10.003	
CONS. LA RAYA	CL García Lorca, 31	30167	968 267589	968 365452						
CONS. RICÓN DE SECA	CL Santa Ana, 10	30165	968 347182		MU-Infante	968 267907				
CONS. ERA ALTA	CL Almohajar, S/N	30168	968 348479							
CONS. SAN GINÉS	Ctra. de la Paloma, S/N	30169	968 885305							
C.S. LA ÑORA	CL Carreras, S/N	30830	968 805153	968 807417	Alcantarilla	968 800312				
CONS. JAVALÍ NUEVO	CL Miguel Induráin, S/N	30832	968 894681						13	9.567
CONS. PUEBLA DE SOTO	CL Miguel Caballero, 21	30836	968 894672							
CONS. RINCÓN BENISCORNIA	PL del Ayuntamiento	30108								
								101	89.070	

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA I - ESAD IV - ☎ 618 680233			MÉDICO: Ana María Navarro Valiente				H. GRAL. REINA SOFÍA		
			ENFERMERA: Mercedes Navarro Nuño de la Rosa						
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. BENIEL	CL Francisco Robles, S/N	30130	968 602446	968 602589	Beniel (PAC)	968 602446	H. Gral. Reina Sofía	10	8.907
C.S. ALQUERÍAS	CL Ramón Fernández Miñarro, 8	30580	968 870100	968 870845	Santomera	968 865225		13	10.771
CONS. ZENETA	CL Juan Carlos I, 22	30588	968 854164						
CONS. EL RAAL	CL Santa Cruz, 2	30139	968 602644						
C.S. BENIAJÁN	CL Salvador del Real, S/N	30570	968 823662	968 824687	Algezares	968 841066		22	19.914
CONS. TORREAGÜERA	Ctra. de San Javier, S/N	30579	968 823391						
CONS. LOS RAMOS	CL Ramón de Campoamor, 13	30589	968 822727						
C.S. MU-INFANTE JUAN MANUEL	CL Pintor Almela Costa, S/N	30011	968 343000	968 343388	MU-Infante	968 267907		34	30.743
CONS. PATIÑO	Ctra. de la Fuensanta, 166	30012	968 342071	968 267600					
CONS. SANTA CATALINA	Ctra. de Santa Catalina, S/N	30150	968 347240						
CONS. LOS DOLORES	PL de la Constitución, S/N	30011	968 347898						
C.S. SANTOMERA	Carril de la Gloria, 57	30140	968 860251	968 863147	Santomera	968 865225		10	8.406
C.S. MONTEAGUDO	AV de la Constitución, S/N	30160	968 853187	968 850653					
CONS. COBATILLAS	CL Escuelas, S/N	30163	968 864329						
CONS. EL ESPARRAGAL	PL de la Iglesia, 21	30163	968 852626						
CONS. ORILLA DEL AZARBE	CL Orilla del Azarbe, S/N	30163							
								104	90.613

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA I - ESAD V - ☎ 618 680232			MÉDICO: Eduardo Albaladejo Monreal				H. MORALES MESEGUER		
			ENFERMERA: Rosa Virtudes Serrano Payá				H. GRAL. REINA SOFÍA		
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. MU-CENTRO	CL Escultor J. Sánchez Lozano, 7	30005	968 394848	968 394829	MU-San Andrés	968 290202	H. Morales Meseguer	25	19.949
CONS. SIMÓN GARCÍA	CL Simón García, 63	30003	968 212232	968 217405	MU-Infante	968 267907			
C.S. SANTA MARÍA DE GRACIA	CL Arturo Duperier, S/N	30009	968 296912	968 280612	MU-San Andrés	968 290202		17	19.949
C.S. VISTA ALEGRE	PS Ing. Sebastián Feringán, 18	30007	968 242439	968 231077				24	21.250
C.S. ZARANDONA	CL Goya, S/N	30007	968 233747	968 233384				6	30.743
C.S. CABEZO DE TORRES	CL Carmen, S/N	30110	968 833012	968 833661				14	12.556
CONS. CHURRA	CL Julio Cortázar, S/N	30110	968 859182				10		
C.S. EL RANERO	PS Duques de Lugo								
C.S. PUENTE TOCINOS	PL Reina Sofía, S/N	30006	968 301409	968 302654	MU-Infante	968 277907	H. Gral. Reina Sofía	23	21.565
CONS. LLANO DE BRUJAS	CL José Gonzalez Valentín, 10	30007	968 870020		Santomera	968 865225			
CONS. CASILLAS	AV de la Libertad, 37	30007	968 201236						
CONS. SANTA CRUZ	CL Mayor, PL de la Iglesia, S/N	30007	968 812556						
								119	100.306

- **Auxiliares de enfermería:**
 - María N. Sandoval Gálvez
 - María Mercedes Moreno Carrasco

B.2. EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS:

Se propone la creación de tres ESAH con las siguientes características cada uno de ellos para la fase inicial:

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA:

El Equipo de este hospital es una Unidad estructural ...

ESAH V. ARRIXACA	
Domicilio:	Hospital Virgen de la Arrixaca, Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. (El Palmar), Murcia.
Teléfonos de contacto:	968 395395 680 805093 669136551
Fax:	968 395395
Horario atención:	8:00 - 15:00
Centros de salud:	Aquellos que tienen como referencia este Hospital:
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médicos:	2
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Servicios/Especialidades de contacto	Oncología, Medicina Interna, Geriatría, Unidad del Dolor, Urgencias,...
Equipo	Maria Bermejo Matínez (M.I.), Maria Buttazzo (geriatra) y Alicia Saura Caballero (enfermera)
Responsable de equipo	María Bermejo Martínez.
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexo II
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura física en Anexo V

HOSPITAL REINA SOFIA:

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad funcional.

ESAH REINA SOFÍA	
Domicilio:	Hospital Reina Sofía, Avda. Intendente Jorge Palacios, 1, 30003 Murcia
Teléfono de contacto:	
Fax:	
Horario atención:	
Centros de salud:	Todos aquellos que tienen como hospital referencia este hospital
Profesionales que componen el Equipo:	
• Medico :	1
• Enfermeras:	0
• Auxiliar clínica/A. adm:	
Equipo	M ^a Carmen Vera Sánchez-Rojas(M.I)
Servicios/Especialidades de contacto	Oncología, Medicina Interna, Geriatría, Unidad del Dolor, Urgencias,...
Responsable de paliativos	M ^a Carmen Vera Sánchez-Rojas
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexo II
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura física en Anexo V

HOSPITAL MORALES MESEGUER

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad funcional:

ESAH MORALES MESEGUER	
Domicilio:	Hospital Morales Meseguer, C/ Marqués de los Vélez, s/n, 30008. Murcia.
Teléfono de contacto:	Secretaría 968 24 42 00/ 968 23 25 12
Fax:	
Horario atención:	
Centros de salud:	Todos aquellos del área I y del área VI que tienen como hospital de referencia este hospital
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médicos:	0
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Equipo	M ^o Dolores Cuevas Atienza (Enfermera)
Servicios/Especialidades de contacto	Medicina interna, Oncología, Unidad del Dolor, Urgencias
Responsable de paliativos	M ^a Dolores Cuevas Atienza
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexo II
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura física en Anexo V

C. OTROS DISPOSITIVOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS (PEA, PAC, SUAP, UME, Y CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS:

Estarán implicados todos aquellos dispositivos de urgencias adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de otros dispositivos” (Anexo II) y “Mapas de procesos” (Anexo IV).

ÁREA DE SALUD II. CARTAGENA

El Área de Salud II. Cartagena tiene como referencia en Atención Primaria la Gerencia de Cartagena y los Hospitales Los Arcos y Stª Mª Rosell.

La población de usuarios de éste área, según datos de mayo de 2006, es de 342.504 y se encuentra distribuida en los siguientes términos:

Centro De Salud	H. Referencia	TSI MAYO 2006		MEDICINA GENERAL		ENFERMERIA	
		Total	M. General	Plantilla	Carga	Plantilla	Carga
Los Alcázares	Los Arcos	12.393	10.432	6	1.738,67	5	2.478,60
San Javier	Los Arcos	25.006	20.757	12	1.729,75	11	2.273,27
San Pedro del Pinatar	Los Arcos	22.106	18.154	11	1.650,36	10	2.210,60
Torre Pacheco	Los Arcos	33.005	27.419	15	1.827,93	14	2.357,50
Hospital "Los Arcos"		92.510	76.762	44	0,00	40	0,00
Cartagena-Isaac Peral	Stª. Mª del Rosell	22.340	19.083	11	1.734,82	9	2.482,22
Cartagena-Casco Antiguo	Stª. Mª del Rosell	19.342	17.401	11	1.581,91	12	1.611,83
Cartagena-Este	Stª. Mª del Rosell	22.219	19.204	12	1.600,33	9	2.468,78
Cartagena-Los Barreros	Stª. Mª del Rosell	8.825	7.417	5	1.483,40	4	2.206,25
Cartagena-Mar Menor	Stª. Mª del Rosell	12.658	10.822	6	1.803,67	6	2.109,67
Cartagena-Molinos Marfagon.	Stª. Mª del Rosell	11.512	9.675	6	1.612,50	6	1.918,67
Cartagena-Oeste	Stª. Mª del Rosell	20.558	18.012	10	1.801,20	9	2.284,22
Cartagena-San Antón	Stª. Mª del Rosell	16.776	13.836	8	1.729,50	7	2.396,57
Cartagena-Santa Lucía	Stª. Mª del Rosell	9.758	7.915	4	1.978,75	5	1.951,60
Cartagena-Pozo Estrecho	Stª. Mª del Rosell	10.740	8.979	5	1.795,80	5	2.148,00
Cartagena-Los Dolores	Stª. Mª del Rosell	30.123	24.831	14	1.773,64	12	2.510,25
Fuente Álamo	Stª. Mª del Rosell	14.925	12.506	7	1.786,57	7	2.132,14
La Manga	Stª. Mª del Rosell	6.121	5.242	4	1.310,50	5	1.224,20
La Unión	Stª. Mª del Rosell	16.371	13.493	8	1.686,63	9	1.819,00
Mazarrón	Stª. Mª del Rosell	27.726	23.412	14	1.672,29	13	2.132,77
Hospital "Santa María del Rosell"		249.994	211.828	125		118	
TOTAL AREA II		342.504	288.590	169		158	

Con el fin de garantizar las necesidades de atención en Cuidados Paliativos de la población adscrita, y teniendo en cuenta que esta Área ya cuenta con un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) desde 1999, se propone la implicación, creación, implementación y ampliación de los siguientes dispositivos:

A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Estarán implicados todos aquellos equipos y centros de salud adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de "Funciones de EAP" (Anexo II) y "Mapas de procesos" (Anexo IV).

B. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP):

Se propone la ampliación del ESCP de ámbito domiciliario que actualmente existe (formado por 1 Auxiliar, 2 Médicos y 2 Enfermeras) en 1 Médico y 1 Enfermera más y la creación de dos Equipos de ámbito hospitalario.

B.1. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

ESCP DOMICILIARIO CARTAGENA	
Domicilio:	Centro de Salud "Virgen de la Caridad", C/ Cabrera, s/n, 30202, Cartagena, Cartagena
Teléfono de contacto:	968 501023
Fax:	968 501023
Horario atención:	8:00 a 15:00
Zonas de salud	Todas las del Área de salud II
Tarjetas sanitarias	342.504
Profesionales EAP:	327
Profesionales que componen el equipo	
• Medico de familia:	3
• Enfermeras:	3
• Auxiliar enfermería:	1
Funciones del equipo	Funciones de ESAD en Anexo II
Responsable de paliativos	M ^a Rosario Martínez Subiela
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura:	Infraestructura física en Anexo V

Este ESCP esta integrado por 3 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) distribuidos de la siguiente forma:

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA II - ESAD I - ☎ 609458727			MÉDICO: Rosario Martínez Subiela				H. NTRA. SRA. DEL ROSELL		
			ENFERMERA: Laura Quesada Vidal						
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. LOS BARREROS	CL Astorga, 1	30310	968 314193	968 534402	Los Dolores	968 314482 609 638143	H. Ntra. Sra. del Rosell	9	7.447
C.S. BARRIO PERAL	CL Ulloa, 6	30300	968 314500	968 314530				20	19.375
C.S. VIRGEN DE LA CARIDAD	CL Cabreras, S/N	30203	968 528506	968 528700	Cartagena	968 500078 629 612859		21	19.378
CONS. LA PUEBLA	CL Guillermo Villa	30395	968 168065					23	17.646
CONS. LA APARECIDA	AV de San Javier	30395	968 554136					9	8.036
C.S. CARTAGENA C. ANTIGUO	CL San Vicente, 2	30202	968 505267	968 527817					
C.S. SANTA LUCÍA	CL Pedro Jorquera, S/N	30202	968 502713	968 525398					
CONS. ALUMBRES	CL Duque, S/N	30380	968 552463		La Unión	968 541417		17	13.804
CONS. LOS MATEOS	CL Ancha, S/N	30202	968 122255						
CONS. VISTA ALEGRE	Camino Viejo	30392	968 120752						
C.S. LA UNIÓN	AV Cristo de los Mineros	30360	968 541707	968 560250	Fuente Álamo (PAC)	968 598507	14	12.911	
CONS. PORTMAN	CL Moncada, 1	30364	968 548064						
CONS. ROCHE	CL Teatro, S/N	30369	968 548656						
C.S. FUENTE ÁLAMO	Ronda de Poniente, S/N	30620	968 598507	968 597150					
CONS. LAS PALAS	Camino Torrao	30334	968 159331						
CONS. BALSAPINTADA	CL Campoamor, 10	30332	968 151506						
CONS. CUEVAS DEL REYLLO	PL de Asturias, 126	30333	968 151413						
CONS. LA PINILLA	CL Cartagena, 6	30335	968 159150						
CONS. LOS CÁNOVAS	CL Lorca, 6	30338	968 151477						
CONS. EL ESTRECHO	PL de la Iglesia, 11	30332	968 151512						
CONS. LOS ALMAGROS	Los Almagros, S/N								
CONS. EL ESCOBAR	El Escobar, S/N								
								113	98.597

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS											
ÁREA II - ESAD II - ☎ 609 461810			MÉDICO: Elena Martínez Martínez				H. NTRA. SRA. DEL ROSELL				
			ENFERMERA: María García Charcos								
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI		
C.S. MOLINOS MARFAGONES	CL Puerto del Suspiro, S/N	30393	968 168985	968 168984	Los Dolores	968 314482 609 638143	H. Ntra. Sra. del Rosell	12	9.975		
CONS. CANTERAS	CL Séneca	30394	968 162337	968 162185							
CONS. SAN JOSÉ OBRERO	CL García Varagas	30393	968 513229								
CONS. CUESTA BLANCA	Ctra. de Mazarrón	30396	968 163448								
CONS. LOS PUERTOS	Ctra. de Mazarrón	30396	968 163282								
CONS. DE LA MAGDALENA	PL de la Iglesia	30397									
CONS. PERÍN	Local Social	30396	968 163126								
CONS. SAN ISIDRO	PL de San Isidro	30397									
CONS. TALLANTE	Ermita de Tallante	30398	968 163617								
C.S. CARTAGENA-OESTE	CL Cabreras, S/N	30203	968 528500	968 528700	Cartagena	968 500078 629 612859		H. Ntra. Sra. del Rosell	19	18.294	
CONS. BARRIO CONCEPCIÓN	Subida Vergel, 1	30205	968 124973								
CONS. VILLALBA	Barriada de Villalba	30205	968 518151								
C.S. SAN ANTÓN	CL Recoletos, 98	30205	968 517572	968 311374	Los Dolores	968 314482	H. Ntra. Sra. del Rosell		15	14.031	
C.S. POZO ESTRECHO	AV Estación, S/N	30594	968 166371	968 166270	Torre Pacheco	968 585237			10	9.277	
CONS. LA PALMA	CL Manuel Bobadilla	30593	968 165300		Los Dolores	968 314482					
CONS. EL ALBUJÓN	Ctra. Pozo Estrecho	30830	968 160303		Torre Pacheco	968 585237					
CONS. LOMAS DEL ALBUJÓN	Las Lomas, S/N	30868									
C.S. LOS DOLORES	CL Jardines, S/N	30310	968 313186	968 313394	Los Dolores	968 314482			H. Ntra. Sra. del Rosell	26	25.330
CONS. LA ALJORRA	CL Alpuente, 9	30393	968 164180	968 164119							
CONS. SANTA ANA	CL Espronceda, 1	30319	968 169081								
CONS. MIRANDA	CL Quevedo, S/N	30319	968 169426								
C.S. MAZARRÓN	AV de la Constitución	30870	968 590411	968 590861	Mazarrón	968 592641 609 638197		H. Ntra. Sra. del Rosell		18	15.536
CONS. CAÑADA DE GALLEGO	Cañada, S/N	30876	968 158829								
CONS. MAJADA			968 437191								
CONS. LA AZOHÍA	PL de la Iglesia, S/N	30868	968 150055								
CONS. ISLA PLANA	CL Mayor, S/N	30868									
C.S. PUERTO DE MAZARRÓN	CL Mayor, S/N	30860	968 595242								
									10	8.798	
									110	101.241	

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA II - ESAD III - ☎ 618680294			MÉDICO: Asunción Cabrera Bravo				H. LOS ARCOS		
			ENFERMERA: M ^a Carmen Tomás García				H. Sta. M ^a del ROSELL		
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. LOS ALCÁZARES	Ctra. Balsita, S/N	30710	968 575800	968 574332				11	11.027
CONS. LOS NAREJOS									
C.S. SAN JAVIER	CL Cabo Ras, S/N	30730	968 192333	968 191030	San Javier	968 193953 618 680171	H. Los Arcos	23	21.760
CONS. STGO DE LA RIBERA	CL Las Heras, S/N	30720	968 573552						
CONS. EL MIRADOR	CL Virgen del Rosario, S/N	30739	968 174274						
C.S. SAN PEDRO DEL PINATAR	AV Salinera, S/N	30740	968 182062	968 185096				21	18.954
CASA DEL MAR DE LO PAGAN	Lo Pagán	30740	968 184728						
C.S. TORRE PACHECO	CL Venecia, S/N	30700	968 577201	968585389	Torre Pacheco	968 585237 619 185974	H. Los Arcos	29	28.217
CONS. ROLDÁN	CL Costera, S/N	30709	968 588066						
CONS. BALSICAS	CL Antonio Nicolás, S/N	30591							
CONS. DOLORES DE PACHECO	CL Marqués de Rosalejo, S/N	30739	968 173252						
CONS. EL JIMENADO	AV del Molino, S/N	30708							
CONS. SAN CAYETANO	Camino de Avilese	30592	968 580632						
CONS. SANTA ROSALÍA	CL Real, S/N	30710							
C.S. MAR MENOR – EL ALGAR	CL Mejorana, S/N	30366	968 135510	968 135571	La Manga (PAC)	968 135510	H. Sta. María del Rosell	12	11.081
CONS. LLANO DEL BEAL	CL Progreso, S/N	30381	968 546464						
CONS. LOS BELONES	Ctra. de Cabo de Palos, S/N	30385	968 137476						
CONS. LOS NIETOS	Ctra. de Los Belones, S/N	30383	968 133352						
CONS. LOS URRUTIAS	CL Ramos Carratalá, S/N	30368							
CONS. ISLAS MENORES	CL Columbretes, 2	30384	968 133055						
C.S. LA MANGA DEL MAR MENOR	Gran Vía, Urb. Castillo del Mar	30370	968 142125	968 142041	La Unión	968 541417		9	5.563
CONS. CABO DE PALOS	Paseo de Zeneta	30370	968 145151						
CONS. DE EL CAVANNA	PL de Cavanna	30370	968 564912						
								105	96.602

- **Auxiliar de Enfermería:** Maria Dolores Martínez Peña

B.2. EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS:

Se propone la creación de dos ESAH con las siguientes características cada uno de ellos para la fase inicial:

HOSPITAL LOS ARCOS:

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad funcional.

ESAH LOS ARCOS	
Domicilio:	Hospital Los Arcos, Paseo de Colón, 54, 30720. Santiago de la Ribera.
Teléfono de contacto:	Secretaría: 968 57 25 24/ 968 57 34 00
Fax:	
Horario atención:	
Zonas de salud	San Javier, San Pedro, Torre Pacheco, Los Alcázares
Profesionales que componen el equipo	
• Médicos:	0
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Equipo	Fuensanta Escribano Crespo(enfermera)
Servicios/Especialidades de contacto	Geriatría, medicina interna,...
Funciones del equipo	Fuensanta Escribano Crespo
Responsable de paliativos	Pendiente de asignar
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura en Anexo V

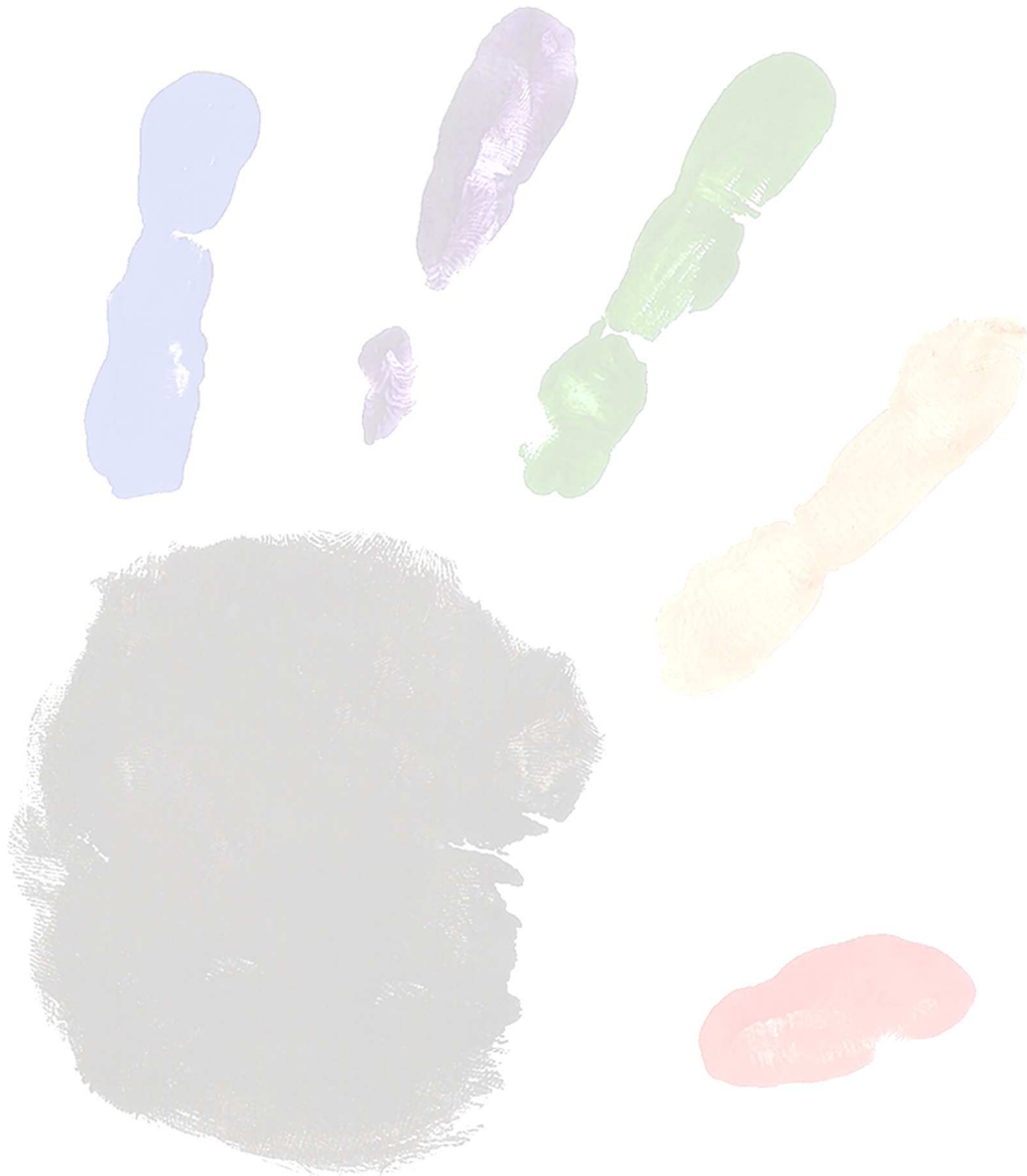
HOSPITAL ST^a M^a ROSELL:

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad funcional.

ESAH ST ^a M ^a ROSELL	
Domicilio:	Hospital St ^a . M ^a Rosell, Paseo Alfonso XIII s/n Cartagena.
Teléfono de contacto:	618 680295 Secretaría: 968 12 16 10
Fax:	
Horario atención:	
Zonas de salud	Cartagena, Fuente Álamo, LA Manga, La Unión, Mazarrón.
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médicos:	1
• Enfermeras:	2
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Equipo	M ^a Paz Sáez de Jodar(enfermera),M ^a Rosa Salinas Escolar(enfermera), M ^a Carmen Perez Pagan (M:l)
Servicios/Especialidades de contacto	Geriatría, medicina interna,...
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexo III
Responsable de paliativos	M ^a Paz Saez de Jodar
Modelo organizativo	Mapa de procesos (Anexo IV)
Infraestructura física	Infraestructura en anexo V

C. OTROS DISPOSITIVOS: PEA, PAC, SUAP, UME, CENTRO COORDINADOR DE URGENCIA (C.C.U.) Y SERVICIOS HOSPITALARIOS:

Estarán implicados todos aquellos dispositivos de urgencias adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de otros dispositivos” (Anexo I) y “Mapas de procesos” (Anexo III).



ÁREA DE SALUD III. LORCA

El Área de Salud III. Lorca cuenta con una Gerencia única de Atención Primaria y Atención Especializada desde junio de 2006, el Hospital de referencia es el H. Rafael Méndez.

La población de usuarios de esta área, según datos de mayo de 2006, es de 169.702 y se encuentra distribuida en los siguientes términos:

Centro De Salud	H. Referencia	TSI MAYO 2006		MEDICINA GENERAL		ENFERMERIA	
		Total	M. General	Plantilla	Carga	Plantilla	Carga
Águilas Sur	Rafael Méndez	14.568	12.231	7	1.747,29	8	1.821,00
Águilas Norte	Rafael Méndez	18.567	15.639	9	1.737,67	10	1.856,70
Lorca Sur-San José	Rafael Méndez	23.999	20.128	11	1.829,82	10	2.399,90
Lorca-Centro	Rafael Méndez	34.365	29.438	17	1.731,65	16	2.147,81
Lorca-La Paca	Rafael Méndez	3.860	3.547	3	1.182,33	3	1.286,67
Lorca-San Diego	Rafael Méndez	27.417	23.058	13	1.773,69	12	2.284,75
Puerto Lumbreras	Rafael Méndez	16.141	13.789	8	1.723,63	8	2.017,63
Totana	Rafael Méndez	30.785	26.119	15	1.741,27	14	2.198,93
TOTAL AREA III		169.702	143.949	83		81	

Con el fin de garantizar las necesidades de atención en Cuidados Paliativos de la población adscrita, se propone la creación e implementación de los siguientes dispositivos:

A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Estarán implicados todos aquellos equipos y centros de salud adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de EAP” (Anexo I) y “Mapas de procesos” (Anexo III).

B. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP):

Se propone la creación de un ESCP para el Área III integrado por un Equipo de ámbito domiciliario y un Equipo de ámbito hospitalario.

B.1. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

ESCP DOMICILIARIO LORCA	
Domicilio:	Centro Sta Rosa de Lima, C/ Floridablanca, nº1 5ª planta, 30800 Lorca
Teléfono de contacto:	968 478628
Fax:	968 473371
Horario atención:	De 8:00 a 15:00
Zonas de salud	Todas las del Área de Salud III
Población	169.702
Profesionales EAP	164
Profesionales que componen el equipo	
• Medicos de familia:	2

• Enfermeras:	2
• Auxiliar enfermería:	1
Responsable de equipo	Teresa Tesón Lorenzo
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura en Anexo V

Este ESCP de ámbito domiciliario está integrado por 2 ESAD distribuidos de la siguiente forma:



CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA III - ESAD I - ☎ 618 680266			MÉDICO: María José García Martínez				H. RAFAEL MÉNDEZ		
			ENFERMERA: Joaquina Lucerna Romera						
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. LORCA SUR	CL Talleres, S/N	30800	968 463308	968 443230				21	12.410
CONS. CAMPILLO	Ctra. de La Almenara, S/N	30813	968 444499						
CONS. LA TORRECILLA	Camino Cabalgadores, S/N	30817	968 467953						
C.S. LORCA SAN DIEGO	Camino de los Sangradores, S/N	30800	968 479022	968 479023	Lorca-San Diego	968 443424		25	23.396
CONS. LA PARROQUIA	CL Doctor Rodríguez, S/N	30800	968 495021						
CONS. LA HOYA	Ctra. Hinojar, S/N	30816	968 481995						
CONS. TERCIA	Cruce Camino de Cartagena, S/N	30800	968 471189						
CONS. EL CONSEJERO	Centro Social El Consejero	30800	968 439183						
CONS. MARCHENA	Centro Social Marchena	30800	968 471581						
CONS. LA TOVA	Doctor Rodríguez, S/N	30811	968 495021						
C.S. LORCA LA PACA	CL Centro de Salud, S/N	30812	968 491111	968 491129	La Paca (PAC)	968 491111	Hospital Rafael Méndez	6	3.589
CONS. DOÑA INÉS	CL Depósito, S/N	30812							
CONS. ZARCILLA DE RAMOS	PL Irida, s/n	30810	968 499406						
CONS. ZARZADILLA TOTANA	CL Grupo Escolar, S/N	30814	968 494133						
CONS. LAS TERRERAS	AV Juan Carlos I, S/N	30812							
CONS. COY	CL Las Escuelas, 16	30812	968 499126						
CONS. AVILÉS	CL Rocío, 2	30812							
C.S. TOTANA	Cruz de los Hortelanos, S/N	30850	968 421111	968 424558	Totana	968 420387		29	26.488
CONS. ALEDO	PL Diputación, S/N	30859	968 484482						
CONS. PARETÓN	Diputación Paretón, 21	30857	968 484101						
								81	65.883

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA III - ESAD II - ☎ 618 680265				MÉDICO: Gema Solano Ortuño			H. RAFAEL MÉNDEZ		
				ENFERMERA: Teresa Tesón Lorenzo					
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. ÁGUILAS SUR	CL Iberia (Ctra. Vera), S/N	30880	968 446014	968 448400	Águilas Norte	968 493355	Hospital Rafael Méndez	15	12.140
CONS. LOS AREJOS	Diputación Los Arejos, S/N	30880							
C.S. ÁGUILAS NORTE	AV Democracia, Urb Majadas	30880	968 493350	968 493352					
CONS. CALABARDINA	CL Legazpi, 2	30880	968 419599						
C.S. LORCA CENTRO	Alameda Ramón y Cajal, S/N	30800	968 463209	968 444709	Lorca-San Diego	968 443424		33	29.735
CONS. PURIAS	Camino de Las Monjas	30800	968 482428						
CONS. RAMONETE	Ctra. Puntas de Calnegre	30800	968 150460						
CONS. MORATA	Junto a Iglesia	30800	968 150460						
CONS. AGUADERAS	Ctra. Campo López	30800	968 439386						
CONS. CAMPO LÓPEZ	Diputación Campo López	30800	968 482501						
CONS. PUENTE LA PÍA	Puente La Pía, S/N	30800	968 470146						
CONS. LA ESCUCHA	Urbanización Los Jopos	30800							
CONS. CAZALLA	Camino Central	30800	968 461947						
C.S. PUERTO LUMBRERAS	AV Río Segura, S/N	30890	968 402116	968 400222	Puerto Lumbreras	968 402116	16	13.877	
CONS. LA CAMPAÑA	Diputación La Campaña, S/N	30813	617 678988						
CONS. EL ESPARRAGAL	CL Río Duero, S/N	30891	968 483023						
CONS. ALMENDRICOS	CL Patrón, S/N	30893	968 440214						
								83	71.887

• **Auxiliar de Enfermería:**

- Trinidad Bastida Úbeda

B.2. EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIOS:

Se propone la creación de 1 ESAH con las siguientes características para la fase inicial:

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ:

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad Funcional

ESAH RAFAEL MÉNDEZ	
Domicilio:	Hospital Rafael Méndez, Ctra. de Granada s/n Dip. Torrecillas, 30800, Lorca, Murcia.
Teléfono de contacto:	696 444657 Secretaría 968 709154
Fax:	
Horario atención:	
Zonas de salud	Todas las del área de salud
Profesionales	
• Médicos:	2
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Equipo	Enrique Mene Fenoll(M:I); Fernando Escobar (M:I); M ^a Victoria Martín Muñoz 8 enfermera)
Servicios/Especialidades de contacto	Geriatría, medicina interna,...
Responsable de equipo	Enrique Mene Fenoll (M.I.)
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexolll
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura en Anexo V

C. OTROS DISPOSITIVOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALRIOS (PEA, PAC, SUAP, UME Y CENTRO COORDINADOR DE URGENCIA (C.C.U.)):

Estarán implicados todos aquellos dispositivos de urgencias adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de otros dispositivos” (Anexo I) y “Mapas de procesos” (Anexo III).

ÁREA DE SALUD IV. NOROESTE

El Área de Salud IV. Noreste tiene como referencia la Gerencia Única de Atención Primaria y Atención Especializada. El hospital de referencia es el Hospital Comarcal Noroeste.

La población de usuarios de esta área, según datos de mayo de 2006, es de 70.562 y se encuentra distribuido en los siguientes términos:

Centro De Salud	H. Referencia	TSI MAYO 2006		MEDICINA GENERAL		ENFERMERIA	
		Total	M. General	Plantilla	Carga	Plantilla	Carga
Barranda	Comarcal Noroeste	11.783	9.910	4	2.477,50	5	2.356,60
Bullas	Comarcal Noroeste	4.678	4.266	7	609,43	7	668,29
Calasparra	Comarcal Noroeste	10.284	8.768	6	1.461,33	6	1.714,00
Caravaca	Comarcal Noroeste	20.809	17.020	9	1.891,11	10	2.080,90
Cehegin	Comarcal Noroeste	14.843	12.445	8	1.555,63	8	1.855,38
Moratalla	Comarcal Noroeste	8.165	7.295	7	1.042,14	8	1.020,63
TOTAL AREA III		70.562	59.704	41		44	

Con el fin de garantizar las necesidades de atención en Cuidados Paliativos de la población adscrita, se propone la implicación, creación e implementación de los siguientes dispositivos:

A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Estarán implicados todos aquellos equipos y centros de salud adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de "Funciones de EAP" (Anexo I) y "Mapas de procesos" (Anexo III).

B. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP):

Se propone la creación de un ESCP para el Área IV integrado por un Equipo de ámbito domiciliario y un Equipo de ámbito hospitalario:

B.1. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

ESCP DOMICILIARIO NOROESTE	
Domicilio:	SUAP Caravaca, C/ Junquico, s/n, Caravaca de la Cruz, 30400, Caravaca, Murcia.
Teléfono de contacto:	968709232
Fax:	
Horario atención:	8:00 a 15:00
Zonas de salud	Todas las del área de salud
Población	70.562

Profesionales EAP:	85
Profesionales <ul style="list-style-type: none">• Medico de familia:• Enfermeras:• Auxiliar enfermería:	1 1 1
Funciones del equipo	Funciones de ESAD en Anexo III
Responsable de equipo	Cristina Lope Mateo
Modelo organizativo	Mapa de procesos Anexo IV
Infraestructura:	Infraestructura Anexo V
Equipamiento	Infraestructura Anexo V

Este ESCP de ámbito domiciliario está integrado por un ESAD con las siguientes referencias:

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS											
ÁREA IV - ☎ 618 680229			MÉDICO: Cristina Lope Mateo				H. COMARCAL DEL NOROESTE				
			ENFERMERA: M ^a José Sanchez Sanchez								
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI		
C.S. BULLAS	CL Fco. Puerta Glez-Conde, S/N	30180	968 652150	968 652424			Hospital Comarcal del Noroeste	14	10.030		
CONS. LA COPA	CL Cehegín, S/N	30189	968 651215		Bullas (PAC)	968 652150					
CONS. EL CHAPARRAL	El Chaparral	30189	968 737057								
C.S. CALASPARRA	CL Sanidad, S/N	30420	968 720154	968 720600						12	8.914
CONS. VALENTÍN	Ctra. de Valentín, S/N	30420	968 740400		Calasparra (PAC)	968 720154					
C.S. CARAVACA DE LA CRUZ	CL Junquillo, S/N	30400	968 702412	968 707235						19	17.477
C.S. CEHEGÍN	Camino Verde, S/N	30430	968 723650	968 723651						16	12.665
CONS. CAMPILLO JIMÉNEZ	Campillo de los Jiménez, S/N	30439			Cehegín	968 723654					
CONS. CAÑADA DE CANARA	Ctra. de Campillo, S/N	30439	968 749104								
CONS. CANARA	CL Campo de Fútbol	30439	968 749090							15	7.307
C.S. MORATALLA	CL Tomás "El Cura", 7	30440	968 706239	968 706100	Moratalla (PAC)	968 706239					
CONS. BENÍZAR	CL La Senda, S/N	30438	968 736110		Benízar (PEAS)	968 736110					
CONS. EL SABINAR	PL Mayor, S/N	30196	968 738088		El Sabinar (PEAS)	968 738088					
C.S. BARRANDA	Camino de la Cebaduela, S/N	30412	968 725222	968 725211						9	4.291
CONS. ARCHIVEL	CL Gran Vía, S/N	30195	968 738209								
CONS. ALMUDEMA	La Almudena, S/N	30410									
CONS. NAVARES	CL Granada, 6	30410									
CONS. SINGLA	CL Singla, S/N	30410			Caravaca	968 702412					
CONS. LA ENCARNACIÓN	CL La Encarnación, S/N	30410									
CONS. PINILLA	Camino de la Iglesia, S/N	30410									
CONS. CANEJA	Ctra. de Caneja, 22	30410									
CONS. CAÑADA DE LA CRUZ	CL Cañada de la Cruz, S/N	30414			Cañada de la Cruz(PEAS)	968 702412					
CONS. EL MORAL	CL El Moral, S/N	30413									
CONS. EL MORALEJO-ROYOS	CL El Moralejo, S/N	30412									
CONS. BENABLÓN	CL Benablón, S/N	30410			Caravaca	968 702412					
CONS. LOS PRADOS	Los Prados	30410									
								85	60.684		

• **Auxiliar de Enfermería:**

- M^a Belén Fernández Martínez

B.2. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIO.

Se propone la creación de 1 ESAH con las siguientes características para la fase inicial:

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad funcional.

ESAH H. COMARCAL DEL NOROESTE	
Domicilio:	Hospital Comarcal del Noroeste, Avda. Miguel Espinosa, 1, 30400, Caravaca de la Cruz, Murcia
Teléfono de contacto:	618 680299 Secretaría: 968 70 91 54
Fax:	
Horario atención:	
Zonas de salud	Todas las del área de salud
Profesionales	
• Médicos:	0
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Servicios/Especialidades de Contacto	Geriatría, medicina interna,...
Responsable de equipo	Felisa Sandoval(enfermera)
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura en Anexo V

C. OTROS DISPOSITIVOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALRIOS (PEA, PAC, SUAP, UME Y CENTRO COORDINADOR DE URGENCIA (C.C.U.)):

Estarán implicados todos aquellos dispositivos de urgencias adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de otros dispositivos” (Anexo II) y “Mapas de procesos” (Anexo IV).

ÁREA DE SALUD V. ALTIPLANO

El Área de Salud V. Altiplano cuenta con una Gerencia única de Atención Primaria y Atención Especializada desde enero de 2005. Tiene como Hospital de referencia el Hospital Virgen del Castillo.

La población de usuarios del Área V, según datos de mayo 2006, es de 59.272 y se encuentra distribuido en los siguientes términos:

Centro De Salud	H. Referencia	TSI MAYO 2006		MEDICINA GENERAL		ENFERMERIA	
		Total	M. General	Plantilla	Carga	Plantilla	Carga
Jumilla	Virgen del Castillo	24.674	20.588	11	1.871,64	14	1.762,43
Yecla-Este	Virgen del Castillo	19.185	16.021	9	1.737,67	10	1.856,70
Yecla-Oeste	Virgen del Castillo	15.413	12.493	7	1.784,71	8	1.926,63
TOTAL AREA III		70.562	59.704	41		44	

Con el fin de garantizar las necesidades de atención en Cuidados Paliativos de la población adscrita, se propone la creación e implementación de los siguientes dispositivos:

A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Estarán implicados todos aquellos equipos y centros de salud adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de EAP” (Anexo I) y “Mapas de procesos” (Anexo III).

B. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP):

Se propone la creación de un ESCP para el área V integrado por un Equipo de ámbito domiciliario y un equipo de ámbito hospitalario:

B.1. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

ESCP DOMICILIARIO ALTIPLANO	
Domicilio:	C.S. Francisco Palao, C/ Juan Albert , s/n 30510 Yecla
Teléfono de contacto:	968 751584
Fax:	
Horario atención:	8:00 a 15:00
Zonas de salud	Todas las del área de salud V.
Población	59.272
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médico de familia:	1
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica:	1
Funciones del equipo	Funciones de ESAD “Provisión de servicios”
Responsable de equipo	Ana García Pérez

Modelo organizativo	Mapa de procesos (Anexo IV)
Infraestructura:	Infraestructura (Anexo V)
Equipamiento	Infraestructura (Anexo V)

Este ESCP domiciliario esta integrado por un ESAD con las siguientes características:



CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA V - 📞 618 680174			MÉDICO: Ana García Pérez				H. VIRGEN DEL CASTILLO		
			ENFERMERA: Elena Soriano Morata						
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELÉFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. JUMILLA	AV. Reyes Católicos, S/N	30520	968 780561	968 756906					
CONS. CAÑADA DEL TRIGO	CL Progreso, S/N	30659	968 976026		Jumilla	968 782853	Hospital Virgen del Castillo	25	20.987
CONS. BARRIO DE SAN JUAN	PL San Juan, S/N	30520	968 757733					19	16.189
C.S. YECLA-MARIANO YAGO	AV de la Feria, S/N	30510	968 790818	968 795190				15	12.519
CONS. RASPAY	PL Pedáneo Ricardo Yáñez, S/N	03570			Yecla	968 750421		59	49.695
C.S. YECLA-OESTE	CL Juan Albert, S/N	30510	968 793315	968 791691					

- **Auxiliar de Enfermería:** Fini Cutillas Hernández

B.2. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIO.
Se propone la creación de un ESAH con las siguientes características:

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad funcional.

ESAH H. VIRGEN DEL CASTILLO	
Domicilio:	Hospital Virgen del Castillo, Avda. de la Feria, s/n 30510 Yecla, Murcia
Teléfono de contacto:	Secretaría: 968 71 98 05 Enfermera: 618680549
Fax:	
Horario atención:	
Zonas de salud	Todas las del área de salud
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médicos:	1
• Enfermeras:	1
• Auxiliar Clínica/Aux. Adm.:	
Servicios/Especialidades de contacto	Geriatría, medicina interna,...
Equipo	Ángel del Pino Moreno Bienvenida Gavaldón Palao
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura en Anexo V

C. OTROS DISPOSITIVOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS (PEA, PAC, SUAP, UME Y CENTRO COORDINADOR DE URGENCIA (C.C.U.)):

Estarán implicados todos aquellos dispositivos de urgencias adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de otros dispositivos” (Anexo I) y “Mapas de procesos” (Anexo III).

ÁREA DE SALUD VI. VEGA DEL SEGURA

El Área de Salud VI. Vega del Segura tiene como referencia en Atención Primaria la Gerencia de Murcia y los Hospitales Fundación de Cieza y Morales Meseguer.

La población de usuarios del Área I, según datos de mayo de 2006, es de 183.664 y se encuentra distribuida en los siguientes términos:

Centro De Salud	H. Referencia	TSI MAYO 2006		MEDICINA GENERAL		ENFERMERIA	
		Total	M. General	Plantilla	Carga	Plantilla	Carga
Abarán	Fundación Cieza	12.922	11.059	7	1.576,14	6	2.146,50
Blanca	Fundación Cieza	5.765	5.062	3	1.675,00	5	1.144,80
Cieza	Fundación Cieza	34.279	28.614	16	1.788,38	18	1.896,50
Hospital "Fundación de Cieza"		52.966	44.735	26	0,00	29	0,00
Abanilla	Morales Meseguer	6.650	5.936	5	1.176,00	6	1.100,83
Alguazas	Morales Meseguer	7.804	6.560	4	1.619,50	4	1.916,25
Archena	Morales Meseguer	21.107	17.854	12	1.476,33	12	1.746,58
Ceuti	Morales Meseguer	8.690	7.099	4	1.752,00	5	1.714,00
Fortuna	Morales Meseguer	8.150	6.723	4	1.642,75	5	1.597,80
Lorquí	Morales Meseguer	6.204	5.158	3	1.696,67	4	1.529,25
Molina de Segura	Morales Meseguer	22.180	17.743	11	1.577,09	11	1.973,36
Molina – La Ribera	Morales Meseguer	31.750	26.788	15	1.775,33	16	1.971,94
Las Torres de Cotillas	Morales Meseguer	18.163	14.969	8	1.841,63	9	1.987,56
Hospital "J. M. Morales Meseguer"		130.698	108.830	66		72	0,00
TOTAL AREA VI		183.664	153.565	92		101	

Con el fin de garantizar las necesidades de atención en Cuidados Paliativos de la población adscrita, se propone la implicación, creación e implementación de los siguientes dispositivos:

A. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Estarán implicados todos aquellos equipos y centros de salud adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de "Funciones de EAP" (Anexo I) y "Mapas de procesos" (Anexo III).

B. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCP):

Se propone la creación de un ESCP para el área VI integrado por un Equipo de ámbito domiciliario y un Equipo de ámbito hospitalario:

B.1. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

ESCP DOMICILIARIO VEGA DEL SEGURA	
Domicilio:	Hospital Fundación de Cieza, Ctra. de Abarán, s/n, 30530, Cieza, Murcia
Teléfono de contacto:	968 765673
Fax:	968 765692
Horario atención:	De 8:00 a 15:00
Zonas de salud	Todas las del Área de Salud VI
Población	183.664
Profesionales EAP:	193
Profesionales que componen el equipo	
• Medico de familia:	2
• Enfermeras:	2
• Auxiliar enfermería:	1
Responsable de equipo	Juan Manuel Romero Cortado

Este ESCP está integrado por 2 ESAD distribuidos de la siguiente forma:

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS									
ÁREA VI - ESAD I - ☎ 618 680231			MÉDICO: Juan Manuel Romero Cortado				H. FUNDACIÓN CIEZA		
			ENFERMERA: Consuelo Baeza López				H. MORALES MESEGUER		
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI
C.S. ABARÁN	AV de la Constitución, S/N	30550	968 451176	968 451176	Abarán	968 771028	H. Fundación de Cieza	13	11.122
CONS. HOYA DEL CAMPO	AV de Murcia, S/N	30559	968 776441						
CONS. SAN JOSÉ ARTESANO	Barrio de San José Obrero	30550	968 869508						
C.S. BLANCA	CL Federico García Lorca, 40-41	30540	968 459202	968 778647	Blanca (PAC)	968 459202		8	5.062
CONS. ESTACIÓN DE BLANCA	CL Mayor, S/N	30540							
C.S. CIEZA	AV de Italia, S/N	30530	968 762420	968 763500	Cieza	968 456792		34	28.981
AMBULATORIO DE CIEZA	CL Santa Gertrudis, S/N	30530	968 762660						
C.S. ARCHENA	CL Siria, S/N	30600	968 670822	968 670351	Archena	968 672375	H. Morales Meseguer	24	18.233
CONS. LA ALGAIDA	Camino de los Galindos, S/N	30609	968 671919						
CONS. RICOTE	CL San Francisco, S/N	30610	968 697178						
CONS. VILLANUEVA	CL Maestro Peñaranda, S/N	30613	968 698355						
CONS. ULEA	CL Santa Cruz, 5	30612	968 698213						
CONS. OJÓS	CL Los Pinos, S/N	30611	968 698425						
C.S. CEUTÍ	AV de las Farolas, S/N	30562	968 693434	968 693871	Torres de Cotillas	968 387699	9	7.368	
CONS. LOS TORRAOS	CL Juan Ramón Jiménez, S/N	30563	968 694137						
C.S. LORQUÍ	CL La Noria, S/N	30564	968 693539	968 693648				7	5.330
								95	76.096

CENTROS DE SALUD Y PERIFÉRICOS											
ÁREA VI - ESAD II - ☎ 618 680230			MÉDICO: Magdalena Cegarra Beltrí				H. MORALES MESEGUER				
			ENFERMERA: Remedios Beltrán García								
NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX	SUAP/PAC/PEAS	TELEFONO SUAP/PAC/PEAS	HOSPITAL REFERENCIA	PROF. ZONA	TSI		
C.S. ABANILLA	CL Antonio Machado, 26	30640	968 681250	968 681299	Abanilla (PAC)	968 681250	H. Morales Meseguer	11	6.010		
CONS. MACISVENDA	AV de San Juan, 53	30648	968 689300								
CONS. BARINAS	AV del Generalísimo, 98	30648	968 689426								
CONS. CAÑADA DE LA LEÑA	Cañada de la Leña	30648									
CONS. EL CANTÓN	CL San Pascual, 21	30648									
C.S. ALGUAZAS	Prol. Gran Vía San Onofre, S/N	30560	968 621262	968 620708	Torres de Cotillas	968 387699		H. Morales Meseguer	8	6.714	
CONS. EL PARAJE											
CONS. BARRIO DEL CARMEN		30560									
C.S. FORTUNA	AV Juan de la Cierva, S/N	30620	968 686392	968 686269	Fortuna (PAC)	968 686392			H. Morales Meseguer	9	6.883
CONS. LA GARAPACHA	La Garapacha	30629									
C.S. MOLINA-DR ANTONIO GARCÍA	AV de Levante, S/N	30500	968 641110	968 641140	Molina de Segura	968 611229	H. Morales Meseguer			24	18.233
CONS. LA HURONA	Ctra. de La Hurona, S/N	30627									
CONS. EL RELLANO	CL Juan Carlos I, S/N	30627									
CONS. FENAZAR	Fenazar, S/N	30627	968 629660								
CONS. CAMPOTÉJAR	CL Mayor, S/NN	30627									
CONS. LA ALCAYNA	CL La Iglesia, S/N	30500	968 430005	968 608096							
C.S. LAS TORRES DE COTILLAS	AV de los Reyes Católicos, S/N	30565	968 626146	968 627014	Torres de Cotillas	968 387699		H. Morales Meseguer		17	15.289
C.S. MOLINA-JESÚS MARÍN	CL Asociación, S/N	30500	968 389257	968 616561	Molina de Segura	968 611229				H. Morales Meseguer	31
CONS. TORREALTA	CL M. Salvador Blanquer, S/N	30509	968 640216								
CONS. LLANO DE MOLINA	CL Mayor, S/N	30509									
CONS. RIBERA DE MOLINA	PL de las Escuelas, S/N	30509									
									98		80.520

- **Auxiliar de Enfermería:** Juana Egea Balsalobre

B.2. EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPIATALARIO.

Se propone la creación de un ESAH con las siguientes características:

HOSPITAL MORALES MESEGUER

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad Funcional

ESAH MORALES MESEGUER	
Domicilio:	Hospital Morales Meseguer, C/ Marqués de los Vélez, s/n, 30008. Murcia,
Teléfono de contacto:	Secretaría: 968 24 42 00/ 968 23 25 12
Fax:	
Horario atención:	
Centros de salud:	
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médicos:	0
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	
Equipo	M ^a Dolores Cuevas Atienza(enfermera)
Servicios/Especialidades de contacto	Medicina interna, Oncología, Unidad del Dolor, Urgencias
Camas	
Responsable de paliativos	M ^a Dolores Cuevas Atienza
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexo II
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura física en Anexo V

HOSPITAL FUNDACION CIEZA:

La provisión de Cuidados Paliativos es realizada a través de una Unidad Funcional:

ESAH FUNDACION CIEZA	
Domicilio:	H. Fundación Cieza, Ctra. de Abarán, s/n,
Teléfono de contacto:	Secretaría: 968 77 55 50
Fax:	
Horario atención:	
Centros de salud:	Todos aquellos del área VI que tienen como hospital referencia este hospital: Abarán, Blanca y Cieza
Profesionales que componen el Equipo:	
• Médicos:	0
• Enfermeras:	1
• Auxiliar clínica/A. adm.:	

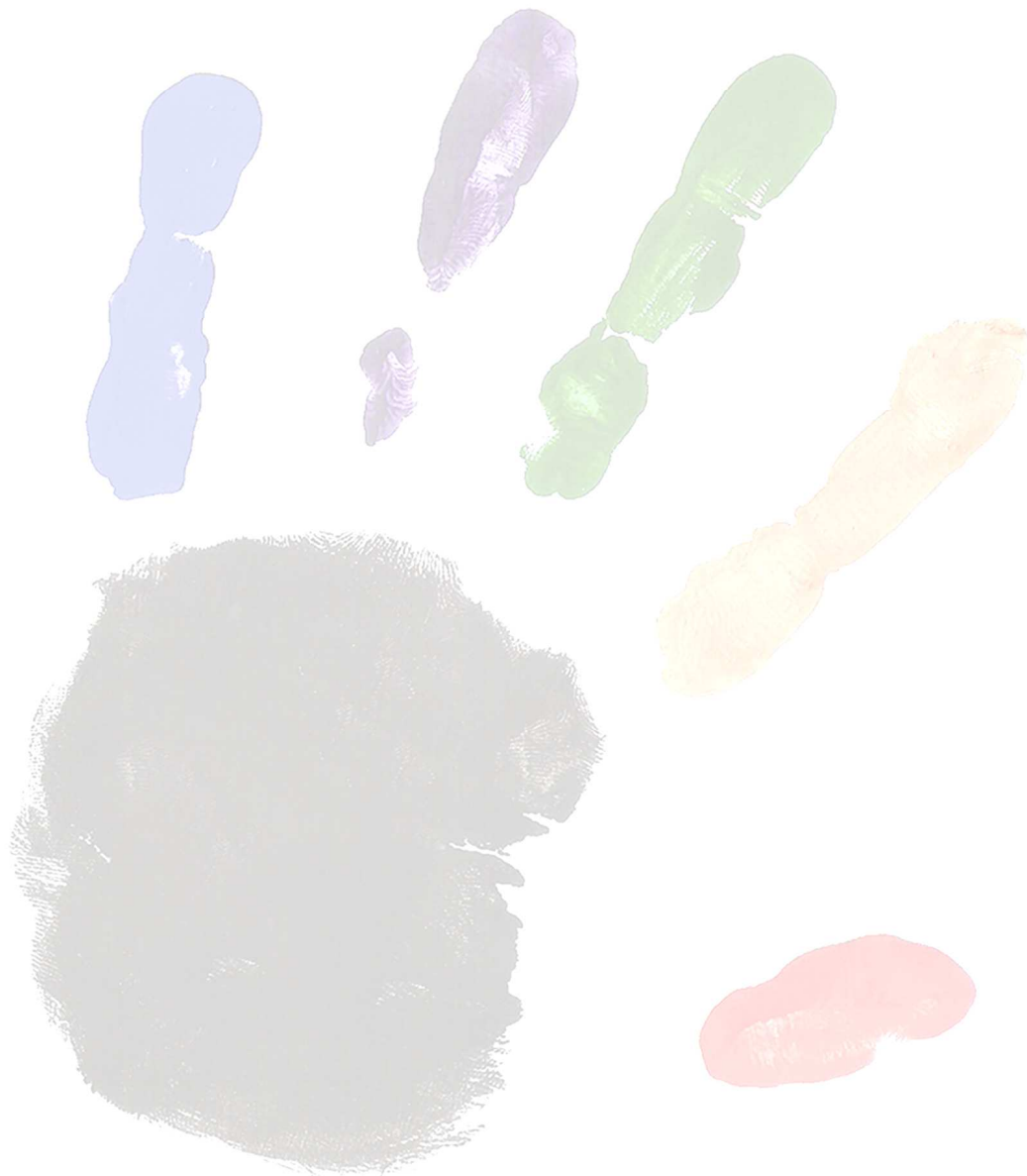
Servicios/Especialidades de contacto	Medicina interna, Unidad de larga estancia, Unidad Sociosanitaria, Urgencias
Responsable de paliativos	Hilario Fernandez Abellan
Funciones del equipo	Funciones de ESAH en Anexo II
Modelo organizativo	Mapa de procesos en Anexo IV
Infraestructura física:	Infraestructura física en Anexo V

C. OTROS DISPOSITIVOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALRIO (PEA, PAC, SUAP, UME Y CENTRO COORDINADOR DE URGENCIA (C.C.U.)):

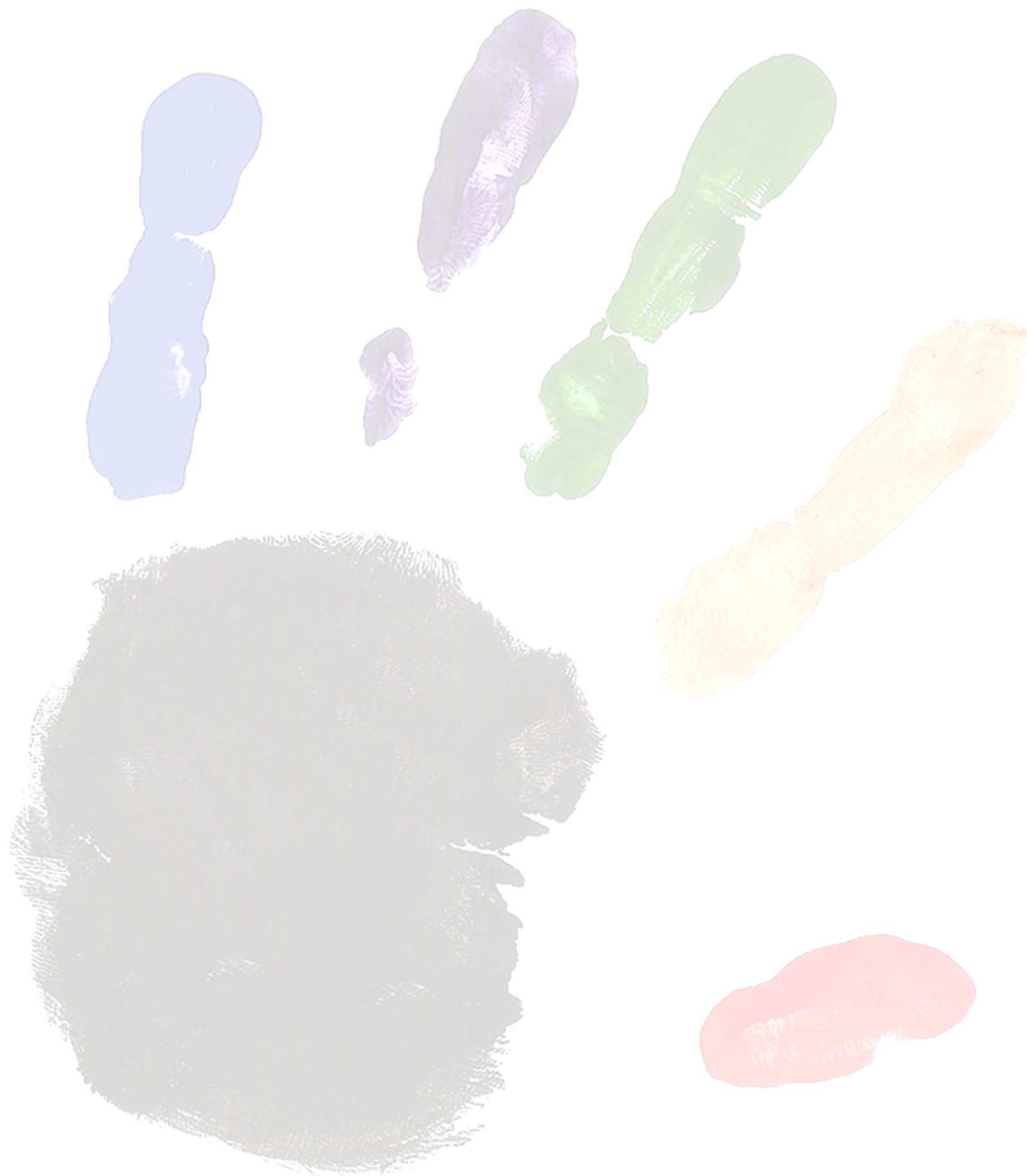
Estarán implicados todos aquellos dispositivos de urgencias adscritos a esta área en los términos definidos en el apartado de “Funciones de otros dispositivos” (Anexo II) y “Mapas de procesos” (Anexo IV).





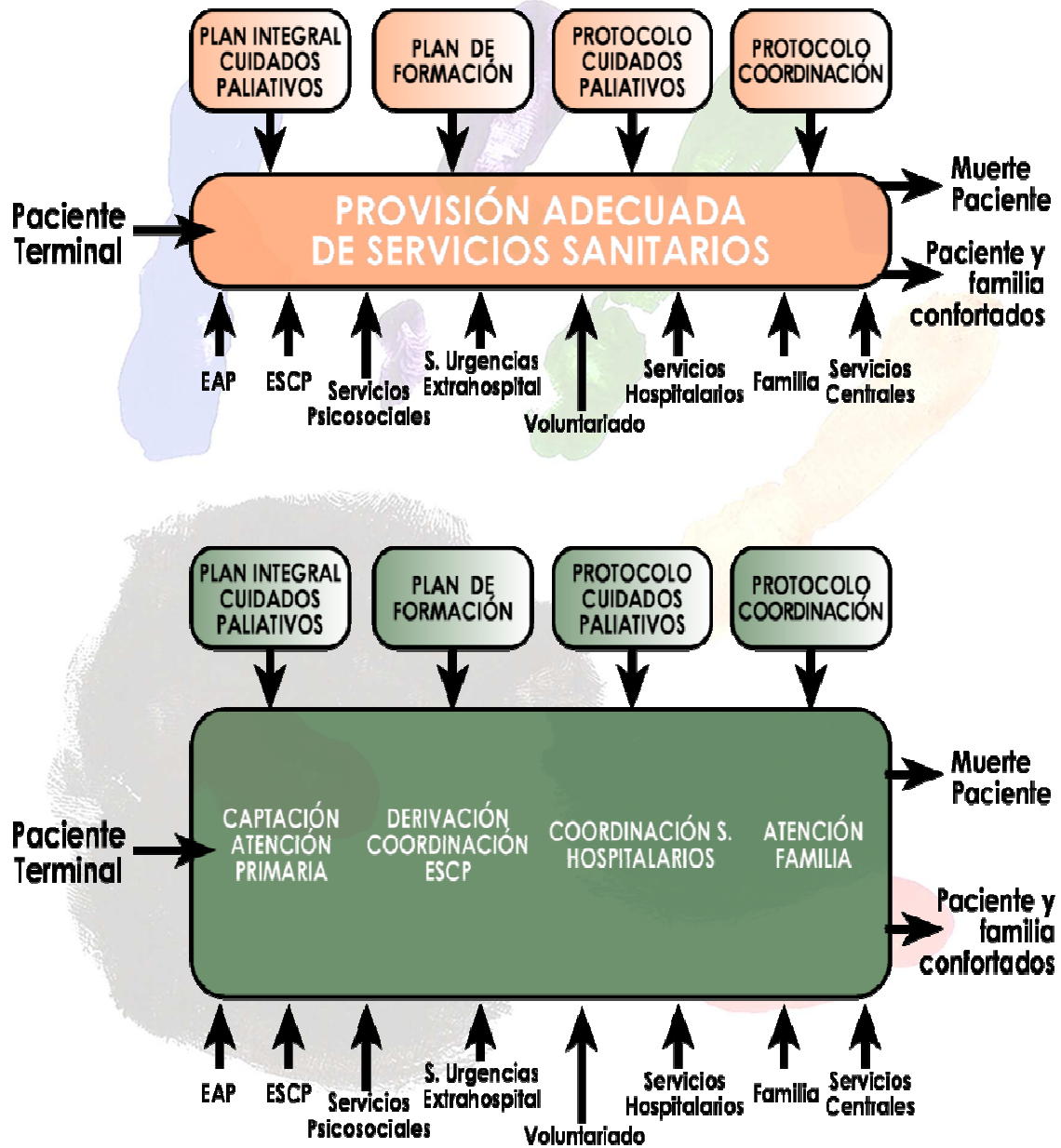






ANEXO IV

MAPA DE PROCESOS





ANEXO V

INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO.

Teniendo en cuenta la dificultad de adaptar lo ya existente al nuevo modelo de provisión de servicios planteados y, en la medida de lo posible, los ESAD deberían reunir las siguientes características:

Estar situados estratégicamente en un Centro de Salud del Área, próximo a vías rápidas de comunicación y centrado geográficamente, para acceder con facilidad a todos los distritos urbanos y a la zona rural si la hubiera.

Debería constar específicamente de: una *sala de atención a la familia* tipo salón con un espejo unidireccional y cámara de video, ésta deberá ser la primera dependencia a la que se acceda al entrar en la unidad; a continuación una *sala de observación*, un *despacho administrativo*, una *sala de reuniones* y un *almacén*, todos ellos con su dotación de material inventariable necesario (teléfonos, fax, contestador automático, fotocopiadora, mobiliario, hardware...), pudiendo compartir con el resto de profesionales del centro la biblioteca, sala de reuniones, sala de estar y servicios / vestuarios.

El mobiliario, equipamiento y material se adaptará al número de profesionales que componen el ESAD, al número de profesionales que atienden y a la población. Cada ESAD pedirá formalmente a la Gerencia de Atención Primaria que corresponda la necesidad de cada recurso.

El material ortopédico de préstamo permanecerá en el almacén y estará formado por aquellos donados por particulares.

El material de farmacia y curas será el que disponga el almacén del Centro de Salud.

A continuación se especifica cada una de las dependencias en cuanto a mobiliario, equipamiento y material a acomodar.

UNIDAD FÍSICA ESAD		
DEPENDENCIAS	FUNCIÓN	EQUIPAMIENTO GENERAL
Sala de atención a la familia	Atención, soporte, formación e información a la familia.	Sofá en esquina, sillones, mesita baja al centro, mesita para rincón, lámpara de mesa, espejo unidireccional en la pared comunicado con la sala de observación, cámara de video.
Sala de observación	Formación.	Sillas con pala para anotaciones. Sistema de audio y video.
Despacho administrativo	Administración, archivo y centro de comunicación.	Mesas de despacho con PC. Armario archivador para H ^a Clínicas, teléfono con contestador automático, FAX y fotocopiadora.
Sala de reuniones	Coordinación, soporte, biblioteca	Mesa central con sillas alrededor, estanterías para documentación. Cañón proyector.
Almacén	Almacén de material, farmacia	Estantes, material de oficina, de farmacia y terapéutico.
Servicios/vestuarios	Aseo e higiene	Taquillas

ESAH

Los hospitales cuentan con una estructura física bastante definida y rígida, por lo que es previsible la dificultad de albergar un lugar en el que se sitúen los ESAH. Este lugar estará ubicado en alguna de las zonas más tranquilas del hospital, que proporcione los tiempos y espacios adecuados para la información y la comunicación y que permita la coordinación con otros niveles y dispositivos asistenciales. Por la dificultad de adaptar lo ya existente al nuevo modelo de provisión de servicios planteados y en la medida de lo posible los ESAH deberían contemplar las siguientes dependencias:

Debería constar específicamente de: una *sala de atención a la familia* tipo salón, a ser posible con un espejo unidireccional y cámara de grabación video-audio, ésta deberá ser la primera dependencia a la que se acceda al entrar en la unidad; a continuación una *sala de observación* y un *despacho administrativo*, todos ellos con su dotación de material inventariable necesario (teléfonos, fax, contestador automático, fotocopiadora, mobiliario, hardware...), pudiendo compartir con el resto de profesionales del hospital la biblioteca, sala de reuniones, sala de estar, almacén y servicios / vestuarios.

El mobiliario, equipamiento y material se adaptará al número de profesionales que componen el ESAH, al número de profesionales que atienden y a la población. Cada ESAH pedirá formalmente a la Unidad de Suministros del hospital la necesidad de cada recurso.

El material hospitalario de farmacia y curas será el que disponga el almacén del hospital.

A continuación se especifica cada una de las dependencias en cuanto a mobiliario, equipamiento y material a acomodar.

UNIDAD FISICA ESAH		
DEPENDENCIAS	FUNCIÓN	EQUIPAMIENTO GENERAL
Sala de atención a la familia	Atención, soporte, formación e información a la familia.	Sofá en esquina, sillones, mesita baja al centro, mesita para rincón, lámpara de mesa, espejo unidireccional en la pared comunicado con la sala de observación, cámara de video.
Sala de observación	Formación.	Sillas con pala para anotaciones. Sistema de audio y video.
Despacho administrativo	Administración, archivo y centro de comunicación.	Mesas de despacho con PC. Armario archivador para H ^a Clínicas, teléfono con contestador automático, FAX y fotocopiadora.

ANEXO VI
MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE E INVENTARIABLE

FARMACOS

ADRENALINA 1 ml Ampollas
ALGIKEY Inyectable 30 mg/ml
ARGENPAL Varillas
BETADINE LAVADO QUIRÚRGICO 100 ml
BETADINE SOLUCION ANTISÉPTICA 100 ml
BETADINE MONODOSIS
BUSCAPINA SIMPLE 20 mgr Ampollas
CELESTODERM V 0'05% Crema 30 gr
CLORURO MORFICO 10mgr/ml 1%
CLORURO MORFICO 10mgr/ml 2%
DIAZEPAN 5 mgr comp
DIAZEPAN 10 mgr Ampollas
ELAM Pomada
ESCOPOLAMINA 0'5 mgr/ml Ampollas
FORTECORTIN 4 mgr /ml Ampollas
FORTECORTIN 40mgr/5ml Ampollas
FURACIN Pomada 100gr
GELOCATIL 1gr comprimidos
GELOCATIL 650 mgr comprimidos
HALOPERIDOL 5 mgr Ampollas
HEPARINA 5%
IRUXOL MONO Pomada 30 gr
LARGACTIL 25mgr/5ml
LINITUL TUL ENGRAS 9x15
LINITUL TUL ENGRAS 15x25
LORAZEPAN 1 mg comprimidos
LUBRICANTE ANESTESICO UROLOGICO
METAMIZOL 2gr/5ml
MICRALAX Cánulas
MIDAZOLAM 5 mgr Ampollas
MIDAZOLAM 15 mgr Ampollas
NALOXONA 0'4 mgr Ampollas
OMEPRAZOL capsulas 20 mg
ORFIDAL Comprimidos
PRIMPERAN Ampollas 2 ml

FARMACOS (Continuación)

SCANDINIBSA 2% Ampollas 2 ml
SILVERDERMA 1% Crema 50 gr
STESOLID 5 mgr Enema
STESOLID 10 mgr Enema
SUERO FISIOLÓGICO 100ml
SUERO FISIOLÓGICO 500ml
TERRAMICINA Pomada

MATERIAL

ACIDOS GRASOS "MEPENTOL"
ACTISORB 10,5X10,5 (APOSITO PLATA)
ACTISORB 6,5X9,5 (APOSITO PLATA)
AGUA OXIGENADA
AGUJA PALOMETA 23g (19mm) P/Infusión
AGUJA PALOMETA 25g (19mm) P/Infusión
AGUJAS ESTERILES 0,5X16 0,7X30 0,8X40
ALCOHOL 70°
ALGODÓN ENROLADO
APOSITO HIDROCOLOIDE 15X15
APOSITO HIDROCOLOIDE EXTRAFINO 15X15
APOSITO HIDROFIBRA
APOSITO HIDROFIBRA CON PLATA 10X10 (ACUACEL)
APÓSITO HIDROPOLIMERICICO 15X15
APÓSITO TALÓN (ALLEVYN HEEL 10´5X13´5
APOSITOS SPONGOSTAN FILM
ASCENSIA ELITE (T. sangre)
ASCENSIA GLUCODISC (T. sangre)
BAYETA ABSORBENTE TIPO SPONTEX
BISTURÍ DESECHABLE DE SEGURIDAD Nº11
BISTURÍ DESECHABLE DE SEGURIDAD Nº20
BOLÍGRAFO AZUL
BOLSA ESTERILIZACIÓN 130X270 AUTOSELLADO
BOLSA ESTERILIZACIÓN 90X200 AUTOSELLADO
CAJA DE CLIPS Nº2,5
CARPETE GOMA T/FOLIO
CATETER INTRAVENOSO DE SEGURIDAD Nº 14
CARTUCHO TINTA IMPRESORA
CEPILLO UÑAS PLASTICO
CHINCHETAS
CINTA ADHESIVA 12X33

MATERIAL (Continuación)

CLIPS Nº 1,5
COMBUR 10 TEST M REF. 1379208
COMPRESA DE GASA COSIDA 2 TELAS 45X45 ESTERIL
COMPRESA DE MALLA 8 CAPAS 16X25
COMPRESA DE MALLA 8 CAPAS 20X30 ESTERIL
DEPRESORES DE MADERA Y DE PLASTICO
DETERGENTE ENCIMÁTICO "DAROSCOPE E"
EQUIPO GOTERO
EQUIPO RECOLECTOR DE ORINA
ESPARADRAPO HIPOALÉRGICO 9,1X2,5PAPEL
FRASCO AL VACIO 250 Y 500 ml (paracentesis)
FUNDAS DE PLASTICO TRANSPARENTES
GASA TIRAS 5X2 ESTERIL
GASAS NO ESTERILES
GOMA DE COMPRESIÓN
GOMAS BORRAR LAPÍZ
GRAPAS Nº22
GUANTE LATEX T-GRANDE
GUANTE LATEX T-GRANDE ESTERIL
GUANTE LATEX T-MEDIANA
GUANTE LATEX T-MEDIANA ESTERIL
GUANTE LATEX T-PEQUEÑA
GUANTE LATEX T-PEQUEÑA ESTERIL
GUANTE VINILO T-GRANDE
GUANTE VINILO T-MEDIANA
GUANTE VINILO T-PEQUEÑA
HIDROGEL
HOJA BISTURÍ ESTERIL Nº11
HOJA BISTURÍ ESTERIL Nº15
HOJA BISTURÍ ESTERIL Nº22
INFUSOR BAXTER 0,5 ml/h, 65 ml, 5 dias
INFUSOR BAXTER 2ml/h, 300 ml, 5 dias
JABÓN LÍQUIDO ANTISEPTICO
JERINGA ESTERIL 10ML
JERINGA ESTERIL 1ML
JERINGA ESTERIL 20ML
JERINGA ESTERIL 2ML
JERINGA ESTERIL 50ML
JERINGA ESTERIL 5ML

MATERIAL (Continuación)

LANCETA INDOLORA ESTERIL
LAPIZ CARBON
LIMPIAVAJILLAS
LIQUIDO CORRECTOR
MALLA TUBULAR Nº5
MALLA TUBULAR Nº7
MAQUINILLA DE RASURAR 1 SOLO USO
MOD. EAP 10 (hojas resumen consultas)
MOD. EAP 11 (hoja consulta EAP)
MOD. EAP 161 (Historia clínica paciente hombre)
MOD. EAP 162 (Historia clínica paciente mujer)
MOD. EAP 163 (Historia clínica domiciliaria)
MOD. EAP 164 (Historia Coordinación)
MOD. EAP 165 (Inclusión programa Cuidados Paliativos)
MOD. EAP 166 (Programa seguimiento)
MOD. EAP 167 (Registro actividades diarias ESCP)
MOD CS 13/1 (SOBRE/ BOLSACORRESPONDENCIA)
MOD P-10 (volante asistencia)
MOD. CS 9 (SOBRE/ BOLSA CORRESPONDENCIA)
MOD. CS10 (SOBRE/ BOLSA CORRESPONDENCIA)
PALOMETAS CONO LUER-LOCK Nº 23, 24, 25
PAÑO DE CAMPO 50X75 FENESTRADO ESTERIL
PAPEL FOTOCOPIADORA DIN A4
PILA ALCALINA LR 0,3 1,5V
PILA ALCALINA LR 14 1,5V
PUNTOS DE APROXIMACIÓN ESTERIL 6,4X100
ROTULADOR AZUL
ROTULADORES VARIOS
SONDA FOLEY CH 16 ESTERIL
SONDA FOLEY CH 18 ESTERIL
SONDA FOLEY CH 20 ESTERIL
SONDA SILICONA CH 16
SONDA SILICONA CH 18
SONDA SILICONA CH 20
TINTA TAMPÓN AZUL
TIRA DE APÓSITO ADHESIVO 5CMX 6 M
TONER FAX
VASELINA PURA ESTERILIZADA
VASO DE 1 SOLO USO

MATERIAL (Continuación)

VENDA ALGODON 10X 2,75

VENDA ELASTICA 10X10 NO ADHESIVA

VENDA ELASTICA 10X4 COHESIVA

VENDA GASA ORILLADA 10X10

VENDAJE ADHESIVO TEJIDOS S/TEJ. 10mx15cm





ANEXO VII VEHÍCULOS

El desarrollo y puesta en marcha del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia 2006-2009 precisa la creación de dispositivos específicos de atención domiciliaria a pacientes terminales y sus familias, de soporte y apoyo a los Equipos de Atención Primaria y de coordinación con otros recursos (hospitales). Estos dispositivos son los ESAD, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, formados por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería y su ámbito de actuación es el Área de Salud.

Estos equipos requieren de vehículos que reúnan ciertas características esenciales relacionadas con la dispersión de la población a atender (kilómetros, combustible, tiempos), con el traslado de material terapéutico, diagnóstico y ortopédico (volumen de maletero y fácil acceso a la puerta trasera), con la ocupación de varios profesionales (del propio equipo como de otros en formación), con la seguridad y con la confortabilidad (espacios y aire acondicionado). Todo ello para la atención en el domicilio del paciente, en el Centro de Salud y en el hospital.

El vehículo elegido ha sido el Renault Megane Business 5 Puertas, dotado con un motor de 1.500 cc DCI y con un elevado nivel de equipación desde el punto de vista de la seguridad y confort.

El total de vehículos adquiridos para este servicio es de 14 correspondientes a los 14 ESAD, todos ellos adscritos a la Unidad Orgánica Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.



Vehículo Renault Megane Business 5 Puertas 1,5 DCI



ANEXO VIII SISTEMAS DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y REGISTRO

EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN PROGRAMA

¿URGENTE? SI NO

FECHA DE DERIVACIÓN

DATOS DEL ENFERMO

NOMBRE	APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO/EDAD	N.º S.S.
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
CUIDADORES/AS	

DATOS DEL EQUIPO DE A.P.

CENTRO DE SALUD / CONSULTORIO
MÉDICO
ENFERMERA

DIAGNÓSTICO

ONCOLÓGICO: SI NO

TUMOR PRIMITIVO	FECHA Dx
LOCALIZACIÓN	Localización:
METÁTASIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>

NO ONCOLÓGICO: SI NO

DIAGNÓSTICOS:

SÍNTOMAS

¿DOLOR?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Localización
¿COME?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿VÓMITOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿DISAGIA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CONFUSIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿ÚLCERAS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿DISNEA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿QUÉ LE PREOCUPA MÁS AL PACIENTE Y/O CUIDADORES?		

MEDICACIÓN:

DERIVADO POR:

ONCOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTRAS ESPEC.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MÉDICO A.P.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FAMILIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMERA A.P.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿MÉDICO F. CONFORME?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	en espera autoriz.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

PRIMEROS CONTACTOS TRAS DERIVACIÓN:

 • ESCP •		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																															
EQUIPO SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS		1.º APELLIDO:																															
N.º SEG. SOCIAL	ACTIVO PENSIONISTA OTROS	2.º APELLIDO																															
FORMACIÓN Y PROFESIÓN:										NOMBRE																							
DOMICILIO:												C. POSTAL			TELÉFONO:																		
CAMBIO DOMICILIO:																																	
NOMBRE PERSONA RESPONSABLE:															TELÉFONO:																		
E.A.P.										MÉDICO, DR.-DRA.:																							
										ENFERMERO-A:																							
ALERGIAS:										TRATAMIENTOS PROHIBIDOS:																							
NOMBRES PROFESIONALES E.S.C.P.																																	
E.S.C.P. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE 8 A 15 h.: DE LUNES A VIERNES					E.A.P. CENTRO de SALUD DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES DE 9 A 17 h.: SÁBADOS																												
S.N. URGENCIAS DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE 24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS					EMERGENCIAS 24 h. TODOS LOS DÍAS																												
112																																	

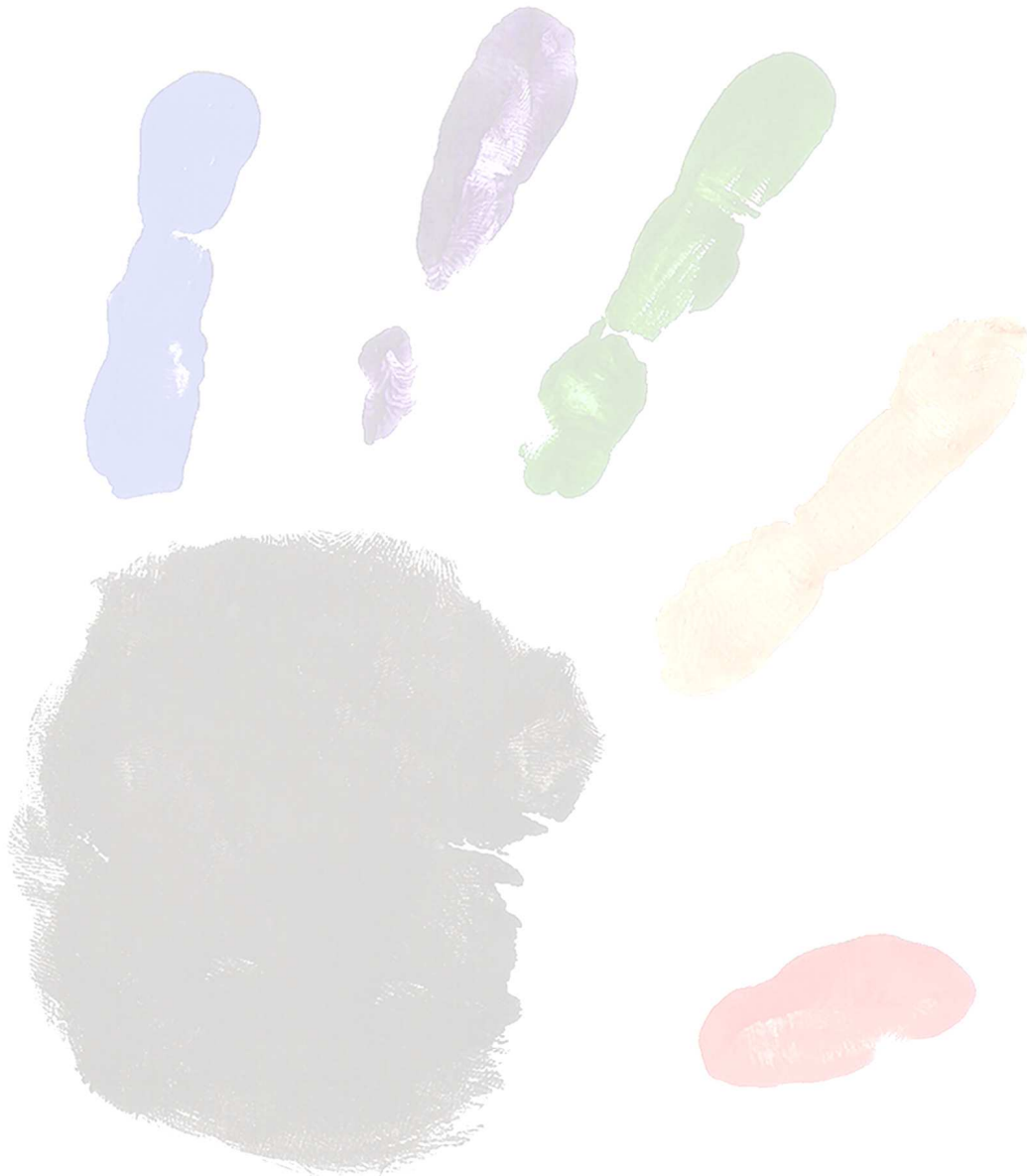
HISTORIA CLÍNICA DOMICILIARIA

HISTORIA CLÍNICA DOMICILIARIA

Documento EAP-163: Historia Clínica Domiciliaria (1)

Documento EAP-165: Hoja de Seguimiento (Anverso)

Documento EAP-165: Hoja de Seguimiento (Anverso)



HISTORIA ONCOLÓGICA

Tumor primitivo: Localización _____
 Histología _____

Fecha del diagnóstico _____

Metástasis NO SÍ NO CONOCIDAS

<input type="checkbox"/> Pulmón _____	<input type="checkbox"/> _____	Fecha de diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Hígado _____	<input type="checkbox"/> _____	Fecha de diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Huesos _____	<input type="checkbox"/> _____	Fecha de diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Cerebro _____	<input type="checkbox"/> _____	Fecha de diagnóstico _____

TRATAMIENTO ANTITUMORAL

Cirugía: No Sí
 Complicaciones/Secuelas _____

Radioterapia: No Sí
 Complicaciones/Secuelas _____

Quimioterapia: No Sí
 Complicaciones/Secuelas _____

Otros: _____

Información:

• Paciente: Conoce enfermedad No Sí No explorado
 • Familia: Conoce enfermedad No Sí No explorado

ORIGEN de la DEMANDA: _____ FECHA de la DEMANDA: _____

MOTIVO de INCLUSIÓN: _____ FECHA de INCLUSIÓN: _____

Tipo de paciente: Terminal Crónico Inmovilizado

Problema principal que justifica la inclusión en Programa:

Demencia <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>	Enf. Respiratoria <input type="checkbox"/>
Neoplasia <input type="checkbox"/>	Sida <input type="checkbox"/>	A.C.V.A. <input type="checkbox"/>
E.P.O.C. <input type="checkbox"/>	Enf. Cardíaca <input type="checkbox"/>	Enf. Renal <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____		

FECHA de SALIDA de PROGRAMA: _____

MOTIVO de SALIDA de PROGRAMA:

Exitus Cambio de Área Ingreso en Residencia
 Ingreso en Hospital De Agudos Media/Larga estancia

LUGAR DEL EXITUS:

Domicilio Residencia Hosp. Agudos
 Hosp. Media/Larga estancia Otros Especificar: _____

OBSERVACIONES

Documento ESAD-4: Historia Clínica del Paciente (3)

ESCALA DE ARNELL				
	0	1	2	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	DESORIENTADO	LETÁRGICO	COMATOSO
INCONTINENCIA	CONTINENTE	OCASIONAL	URINARIA O FECAL	MIXTA
ACTIVIDAD	CAMINA	CAMINA CON AYUDA	SILLA-CAMA	ENCAMADO
MOVILIDAD	COMPLETA	CON LIMITACIÓN	MUY LIMITADA	INMOBILIDAD
NUTRICIÓN	COME BIEN	COME Y BEBE POCO OCASIONALMENTE	COME Y BEBE POCO HABITUALMENTE	NO COME NI BEBE
ASPECTO DE LA PIEL	BUENO	ENVEJECIDA	PÉRDIDA DE CONTINUIDAD	EDEMA O ÚLCERA GRADO II
SENSIBILIDAD CUTÁNEA	PRESENTE	DISMINUIDA	AUSENTE EN LAS EXTREMIDADES	AUSENTE
ENTORNO: NUTRICIÓN Y CAMBIOS POSTURALES	ASUMIDOS TODOS	ASUMIDOS ALGUNOS	DÉFICIT NO ASUMIDOS	NO ASUMIDOS NO ASUMIDOS

GRADACIÓN DE SÍNTOMAS					
SINTOMAS	GRADO 0 0	GRADO 1 +	GRADO 2 ++	GRADO 3 +++	GRADO 4 ++++
Dolor	Ausencia	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Vómitos	Ausencia	Náuseas	Vómitos esporádicos	Vómitos continuados	Incoercibles
Disnea	Ausencia	Esfuerzo	Actividad habitual	Mínimos esfuerzos	De reposo
Estreñimiento	Ausencia	Subjetivo	2 d. s/d.	3 d. s/d. o más	Medidas mecánicas
Anorexia	Ausencia "0"		Moderado "++"		Grave "++++"
Insomnio	Ausencia "0"		Moderado "++"		Grave "++++"
Depresión	Ausencia "0"		Moderado "++"		Grave "++++"

En el resto de síntomas no especificados, seguir los grados de Anorexia, Insomnio, Depresión (Ausencia "0" – Moderado "++" – Grave "++++")

CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL (SPMSQ) (Pfeiffer)

- ¿Cuál es la fecha de hoy?
(día) (mes) (año)
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Cuál es el nombre de este sitio?
- ¿Cuál es su número de teléfono?
- a. (solo si no tiene teléfono) ¿Cuales son sus señas?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Dónde ha nacido?
- ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
- ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?
- Dígame el primer apellido de su madre
- Restar de 3 en 3 desde 20

Cada error suma un punto. 5 ó más puntos sugieren deterioro cognitivo

Documento ESAD-4: Historia Clínica del Paciente (Solapas)

ESCALA DE KARNOFSKY:	
SITUACIÓN CLÍNICA	VALOR
Asintomático	100
Actividad normal. Síntomas menores	90
Actividad normal con esfuerzo	80
Se vale por sí mismo Incapaz de llevar una actividad normal	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia. Cuidados médicos	50
Imposibilitado. Cuidado especial y asistencia	40
Severamente imposibilitado	30
Muy enfermo. Tratamiento de soporte activo	20
Moribundo	10
Muerte	0

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (KATZ)	
INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1. LAVARSE	
<input type="checkbox"/> No recibe ayuda. Entra y sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse)	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño.
<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para solo una parte del cuerpo (espalda, piernas)	
2. VESTIRSE	
<input type="checkbox"/> Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponerse o permanece sin vestirse del todo
<input type="checkbox"/> Sólo necesita que le aten los zapatos.	
3. IR AL RETRETE	
<input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o silla de ruedas. Si usa orinal de noche, lo vacía por la mañana).	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche.
	<input type="checkbox"/> No va al retrete.
4. MOVILIZARSE	
<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador).	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse.
	<input type="checkbox"/> No se levanta de la cama
5. CONTINENCIA	
<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.	<input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional.
	<input type="checkbox"/> Necesita supervisión, sonda vesical o es incontinente.
6. ALIMENTARSE	
<input type="checkbox"/> Come sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o IV.
<input type="checkbox"/> Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan	
Valoración:	
1. Independiente en todas las actividades	
2. Independiente en todas menos en una de ellas	
3. Independiente en todas menos "1" y otra cualquiera	
4. Independiente en todas menos "1", "2" y otra cualquiera	
5. Independiente en todas menos "1", "2", "3" y otra cualquiera	
6. Independiente en todas menos "1", "2", "3", "4" y otra cualquiera	
7. Dependiente en todas las actividades.	

Documento ESAD-4: Historia Clínica del Paciente (Solapas)

SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN OMI-AP

CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 (5/03/2008) -- ADULTA CINCUENTA, TERESA (49 años)

TRATAMIENTO | SINT. GENERALES | SINT. ESPECIFICOS I | SINT. ESPECIFICOS II | TECNICAS | EVOLUCION Y EPS

Fármaco	Posología	Fecha inicio

TTO PREVIO / NO RESPUESTA Sí No

TTO PROHIBIDO Sí No

Inicio | Portal Int... | Microsoft... | OMI-AP 6... | OMI-AP ... | PROTOC... | PROTOC... | Escritorio 13:15

CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 (5/03/2008) -- ADULTA CINCUENTA, TERESA (49 años)

TRATAMIENTO | SINT. GENERALES | SINT. ESPECIFICOS I | SINT. ESPECIFICOS II | TECNICAS | EVOLUCION Y EPS

CONSTANTES VITALES

TAS TAD Fiebre Sí No

Pulso Sat. O2

Glucemia capilar basal Glucemia postalmuerzo

SÍNTOMAS GENERALES

Est. Nutricional Astenia Anorexia

Dieta Higiene

VALORACIONES

ESCALA DE RENDIMIENTO DE KARNOPSKY
Escala de Karnofsky KARNOPSKY

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Índice de Barthel

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR
Escala de situación sociofamiliar de Gijón

INF.RECO.GRADO DEPENDENCIA

FORMULARIO GRADO DEPENDENCIA

CONSULTA AL TRABAJADOR SOCIAL Sí No

Inicio | Portal Int... | Microsoft... | OMI-AP 6... | OMI-AP ... | PROTOC... | PROTOC... | Escritorio 13:26

CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 (5/03/2008) - ADULTA CINCUENTA, TERESA (49 años)

TRATAMIENTO | SINT. GENERALES | SINT. ESPECIFICOS I | SINT. ESPECIFICOS II | TECNICAS | EVOLUCION Y EPS

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Boca seca Sí No
 Náuseas Sí No
 Incontinencia Sí No
 Cándidas Sí No
 Diarrea Sí No
 Disfagia Sí No
 Hipo Sí No
 Vómitos
 Estreñimiento Otros

SÍNTOMAS URINARIOS

Incontinencia Sí No
 Retención Sí No
 Hematuria Sí No
 Síndrome miccional Sí No

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Tos Sí No
 Expectorcación Sí No
 Secreciones Sí No
 Hemoptisis Sí No
 Cianosis Sí No
 Disnea parox. noct. Sí No
 Ortopnea Sí No
 Disnea

SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Parálisis Sí No
 Confusión Sí No
 Delirium Sí No
 Agitación Sí No
 Insomnio
 Nivel de Conciencia
 Estado de ánimo
 ESCALA DE GOLDBERG GOLBERT Total Ansiedad Total Depresión
 DETECCIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA
 Cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ) de Pfeiffer PFEIFFER

Aceptar Cancelar

Inicio Portal Intran... Microsoft Ou... OMI-AP (6... ESCALAS DE ... PROTOCOLO... Escritorio 13:55



CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 (5/03/2008) - ADULTA CINCUENTA, TERESA (49 años)

TRATAMIENTO | SINT. GENERALES | SINT. ESPECIFICOS I | SINT. ESPECIFICOS II | **TECNICAS** | EVOLUCION Y EPS | SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

SÍNTOMAS EN PIEL Y MUCOSAS

VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN
Escala de Arnell

Úlceras grado

Prurito Sí No Edemas Sí No Ictericia Sí No

DOLOR

Tipos

Localización

Intensidad

OBSERVACIONES

Inicio | Portal Intranet SM... | Microsoft Outlook ... | OMI-AP (6.3/00... | PROTOCOLO CUID... | Escritorio » | 14:10

Aceptar Cancelar

CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 (5/03/2008) - ADULTA CINCUENTA, TERESA (49 años)

TRATAMIENTO | SINT. GENERALES | SINT. ESPECIFICOS I | SINT. ESPECIFICOS II | **TECNICAS** | EVOLUCION Y EPS

TÉCNICA	FECHA	NÚMERO
Sonda vesical <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
Sonda nasogástrica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
Palomilla 1 <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
Palomilla 2 <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
Estomas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paracentesis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	Volumen extraído (ml.) <input type="text" value="0"/>
Oxigenoterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	Flujo de Oxígeno <input type="text" value="0"/>
Cura <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	Observaciones Cura <input type="text"/>

INFUSORES

Tipo

FECHA INFUSOR

Medicación	Dosis (mgr.) / Día	Extradosis
Medicación 1 <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Medicación 2 <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Medicación 3 <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Medicación 4 <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

OBSERVACIONES

Inicio | Portal Intranet SM... | Microsoft Outlook ... | OMI-AP (6.3/00... | PROTOCOLO CUID... | Escritorio » | 14:14

Aceptar Cancelar

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN OMI-AP

CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 (7/02/2008) - - ADULTA CINCO,ROSARIO (53 años)

TRATAMIENTO | SINT. GENERALES | SINT. ESPECIFICOS I | SINT. ESPECIFICOS II | TECNICAS | EVOLUCION Y EPS

EVOLUCION

5FKALNVMCALKSDJHFOA15FNWAS JFASJDFA AJFDKSLFJSA FJUAS' DFN'LGVSDF JFSVCZNM.M,

Educación Para la Salud

DGSDBY SDGSDGDS

Aceptar Cancelar

Inicio Portal Int... Microsoft ... enero2008 PROTOC... OMI-AP 6... OMI-AP (... Escritorio 14:26



CUIDADOS PALIATIVOS Hª CLINI. - SMS V2.0 (16/01/2008) - - ADULTA CINCUENTA Y CUATRO, CARMEN (29 años)

PROF. SANIT DE REFERENCIA ANTEC.-GENOGRAMA MOTIVO INCLUSION-Hª ONCO USO RECURSOS-SALIDA PROG SMS - PROTOCOLOS V2.0

E.S.C.P. DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE 8 A 15H.: DE LUNES A VIERNES

Profesional	Nombre y apellidos	Teléfonos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E.A.P. CENTRO DE SALUD DE 8 A 15H.: DE LUNES A SÁBADO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Servicio: SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS

OBSERVACIONES

Aceptar Cancelar

Inicio Microsoft... Pastora... enero2008 OMI-AP 6... OMI-AP ... Documen... Escritorio 15:44

CUIDADOS PALIATIVOS Hª CLINI. - SMS V2.0 (16/01/2008) - - ADULTA CINCUENTA Y CUATRO, CARMEN (29 años)

PROF. SANIT DE REFERENCIA ANTEC.-GENOGRAMA MOTIVO INCLUSION-Hª ONCO USO RECURSOS-SALIDA PROG SMS - PROTOCOLOS V2.0

ANTECEDENTES PERSONALES

GENOGRAMA Sí No

en OMIAP

en papel

Aceptar Cancelar

Inicio Microsoft... Pastora... enero2008 OMI-AP 6... OMI-AP ... Documen... Escritorio 15:44

CUIDADOS PALIATIVOS H³ CLINI. - SMS V2.0 (16/01/2008) - - ADULTA CINCUENTA Y CUATRO, CARMEN (29 años)

PROF. SANIT DE REFERENCIA | ANTEC.-GENOGRAMA | MOTIVO INCLUSION-H³ ONCO | USO RECURSOS-SALIDA PROG | SMS - PROTOCOLOS V2.0

ORIGEN de la DEMANDA | FECHA de la DEMANDA |
 MOTIVO de INCLUSIÓN | FECHA de INCLUSIÓN |

Problema principal que justifica la inclusión en Programa:

Demencia Parkinson Enf. Respiratoria
 Neoplasia Sida A.C.V.A.
 E.P.O.C. Enf. Cardíaca Enf. Renal
 Otros Especificar _____

HISTORIA ONCOLÓGICA - TUMOR PRIMITIVO: Localización _____
 Histología _____
 Fecha de diagnóstico _____

METÁSTASIS: _____ Localización _____ Fecha diagnóstico _____

TRATAMIENTO ANTITUMORAL: Cirugía Sí No
 Radioterapia Sí No
 Quimioterapia Sí No

Complicaciones / secuelas

 Otros _____

INFORMACIÓN: Paciente: Conoce enfermedad _____ - Familia: Conoce enfermedad _____

OBSERVACIONES: _____

Aceptar Cancelar

CUIDADOS PALIATIVOS H³ CLINI. - SMS V2.0 (16/01/2008) - - ADULTA CINCUENTA Y CUATRO, CARMEN (29 años)

PROF. SANIT DE REFERENCIA | ANTEC.-GENOGRAMA | MOTIVO INCLUSION-H³ ONCO | USO RECURSOS-SALIDA PROG | SMS - PROTOCOLOS V2.0

UTILIZACIÓN DE RECURSOS

RECURSO	MOTIVO	FECHA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FECHA de SALIDA de PROGRAMA: _____

MOTIVO de SALIDA de PROGRAMA:

Éxito Cambio de área Ingreso en residencia
 Ingreso en hospital De agudos Media / Larga estancia

LUGAR DEL ÉXITO:

Domicilio Residencial Hospital de agudos
 Hosp. Media / Larga estancia Otros _____

Aceptar Cancelar

ANEXO IX

FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

I. FORMACIÓN CONTINUADA.

Abordando la misma con una visión integradora, en estos próximos años la parte en común a desarrollar para todos los profesionales es la de facilitar el reconocimiento de lo que se está haciendo y el deseo de aprender a incorporar lo nuevo.

Para esto es deseable que, aunque los temas a tratar sean de índole variada, se impregne del sentido de integración y globalidad. En este sentido, se han de utilizar canales distintos (formación on-line, clases magistrales, talleres vivenciales) desde diferentes aspectos del aprendizaje (emocionales, cognitivos, conductuales...) dirigidos a aumentar la accesibilidad y con ello el impacto de las intervenciones formativas.

Las acciones se dirigirán, por un lado a los profesionales con desempeño específico en cuidados paliativos y por otro al resto de profesionales, de manera que simultáneamente se vayan mejorando las competencias de todos y atendiendo a las necesidades particulares de cada grupo.

I.1 PROFESIONALES CON DESEMPEÑO ESPECÍFICO EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL SMS

En este grupo, los profesionales han de centrar su formación a nivel de competencia profesional en todos los apartados específicos de cuidados paliativos y añadir el área de "*Formación de formadores*", así como desarrollar paulatinamente el perfil de competencia personal y carácter reflexivo que requiere el desempeño de su profesión en ese lugar de trabajo, enfrentado a situaciones de alta carga emocional.

Para este grupo profesional, lo importante es que se adquiera la conciencia de lo que se precisa en formación a todos los niveles, y que se vaya dejando muy flexiblemente el momento de adquirirla, ya que si pretendemos que se realice una atención global y esto incluye por ejemplo el reconocimiento y respeto por la espiritualidad hay que confiar en que a los pocos años de desempeño todos habrán contactado y encontrado salidas a la misma y podremos, si las hemos señalado como fundamentales, evaluar su incorporación a la formación.

I.1.1 FASE INICIAL

En esta etapa las acciones han de dirigirse a la comunicación entre profesionales, a la reunión de conocimientos y experiencias entre los que van a ofrecer un servicio en conjunto, para la selección y elaboración de protocolos consensuados y prácticos, incluyendo las acciones encaminadas a la prevención del "agotamiento personal" y a la mejora en las estrategias de atención a la familia y afrontamiento del proceso de duelo.

Acciones formativas:

1. Curso básico de incorporación a la “Red Específica de Cuidados Paliativos”, para reconocimiento y elaboración de protocolos clínicos y de coordinación entre dispositivos asistenciales.
2. Reuniones específicas para cada área y/o Equipo específico, facilitadas por profesionales de la comunicación, para promover el trabajo en equipo y las tareas de coordinación y liderazgo.
3. Presentación del modelo de asistencia a los servicios de referencia de las áreas.
4. Proponer y becar a los profesionales que lo necesiten, a las opciones formativas que vayan surgiendo de las distintas agencias de formación, para equilibrar la formación de los profesionales una vez detectadas esas necesidades.
5. Establecer sesiones periódicas dentro de cada equipo y con los equipos de referencia.
6. Facilitar rotaciones en prácticas a los distintos dispositivos asistenciales que hay actualmente, dentro y fuera de la Comunidad Autónoma.

I.1.2 FASE INTERMEDIA

En esta etapa es fundamental mantener lo que se ha iniciado y empezar a difundir y potenciar el modelo de “atención paliativa” al resto de la red, dando retroalimentación y resultado de las evaluaciones preliminares a la misma.

- a. Actividades de “*Formación para formadores*” para ir seleccionando al cuerpo de docentes en el tema.
- b. Es importante no descuidar en esta fase el soporte para los profesionales y la redefinición de los equipos, ya que aquí han de iniciar la formación en prácticas del resto de profesionales de la red.
- c. Potenciar la formación de atención al duelo y a la familia.
- d. Sugerir otras áreas de formación no reglada (terapias alternativas, atención a la espiritualidad, etc.).

I.1.3 FASE AVANZADA

- a. Mantener y encontrar espacios de maduración y comunicación entre los diferentes profesionales dentro y fuera de la Región, evaluar lo ya realizado.
- b. Integrar a los equipos en líneas sólidas de formación e investigación
- c. Potenciar el soporte para los profesionales
- d. Incorporar a las familias y redes sociales en el modelo.

I.2. RESTO DE PROFESIONALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

I.2.1.FASE INICIAL:

En esta etapa las acciones se centran en:

- a. Un nivel básico de conocimiento de los recursos y del reconocimiento en el sistema de gestión de los casos, así como en el apoyo concreto de soporte y apoyo para los casos específicos. Esta demanda es atendida directamente por los equipos de soporte ESAD y ESAH de cada Área.
- b. Ofertar algún curso básico de formación (30 horas) (Anexo).

I.2.2.FASE INTERMEDIA:

- a. Potenciar la rotación en prácticas por los dispositivos específicos.
- b. Proponer un nivel intermedio de formación en algunos de los apartados (como mínimo 30 horas Anexo).
- c. Mantener una oferta de nivel básico (30 horas).

I.2.3.FASE AVANZADA:

- a. Mantener la oferta de rotación en prácticas por los dispositivos específicos.
- b. Proponer y ampliar formación de nivel intermedio en módulos de 30 horas (anexo).
- c. Mantener una oferta de nivel básico (30 horas).

II: FORMACIÓN POSTGRADO

Para este grupo, las acciones pueden estar integradas y plantearse en conjunto para los residentes de todas las especialidades médicas, incluidos psicólogos y farmacéuticos. Desarrollando para cada una de ellas contenidos específicos de la materia central de su competencia y un apartado importante común.

II.1. FASE INICIAL

Ofertar un curso básico de formación de cuidados paliativos, voluntario (30 horas), para los residentes de todas las especialidades juntos.

II.2. FASE INTERMEDIA

- a. Potenciar la rotación en prácticas por los dispositivos específicos.
- b. Proponer un nivel intermedio de formación (30 horas)
- c. Mantener una oferta de nivel básico (30 horas)

II.3. FASE AVANZADA

- a. Potenciar la rotación en prácticas por los dispositivos específicos.
- b. Proponer un nivel avanzado de formación (30 horas)
- c. Mantener un nivel intermedio de formación (30 horas)
- d. Mantener una oferta de nivel básico (30 horas)

III: FORMACIÓN PREGRADO

La estrategia aquí es empezar con una oferta de libre configuración, para seguir evolucionando a materia optativa y finalmente obligatoria.

Así mismo facilitar la formación en prácticas de los alumnos por los dispositivos específicos.

III.1. FASE INICIAL

Proponer en las diplomaturas y licenciaturas de ciencias de la salud, sociales y psicológicas al menos un curso básico de cuidados paliativos.

III.2.FASE INTERMEDIA

Proponer en las diplomaturas y licenciaturas de ciencias de la salud, sociales y psicológicas al menos un curso básico de cuidados paliativos.

III.3.FASE AVANZADA

Proponer en las diplomaturas y licenciaturas de ciencias de la salud, sociales y psicológicas al menos un curso básico de cuidados paliativos.

Potenciar la rotación en prácticas por los dispositivos específicos

IV: EDUCACIÓN Y FORMACIÓN A LA POBLACIÓN

Aunque las acciones de los apartados anteriores están centradas en la atención al paciente y su familia y se contemplan específicamente actuaciones de formación e información a los mismos, nos parece oportuno añadir uno concreto con la finalidad de ir difundiendo la cultura a la población en general y facilite incorporar a colectivos de personas que proporcionan ayuda de manera altruista.

IV.1.FASE INICIAL.

Campaña de difusión del plan e información al ciudadano de los recursos disponibles y de la vía de acceso a los mismos.

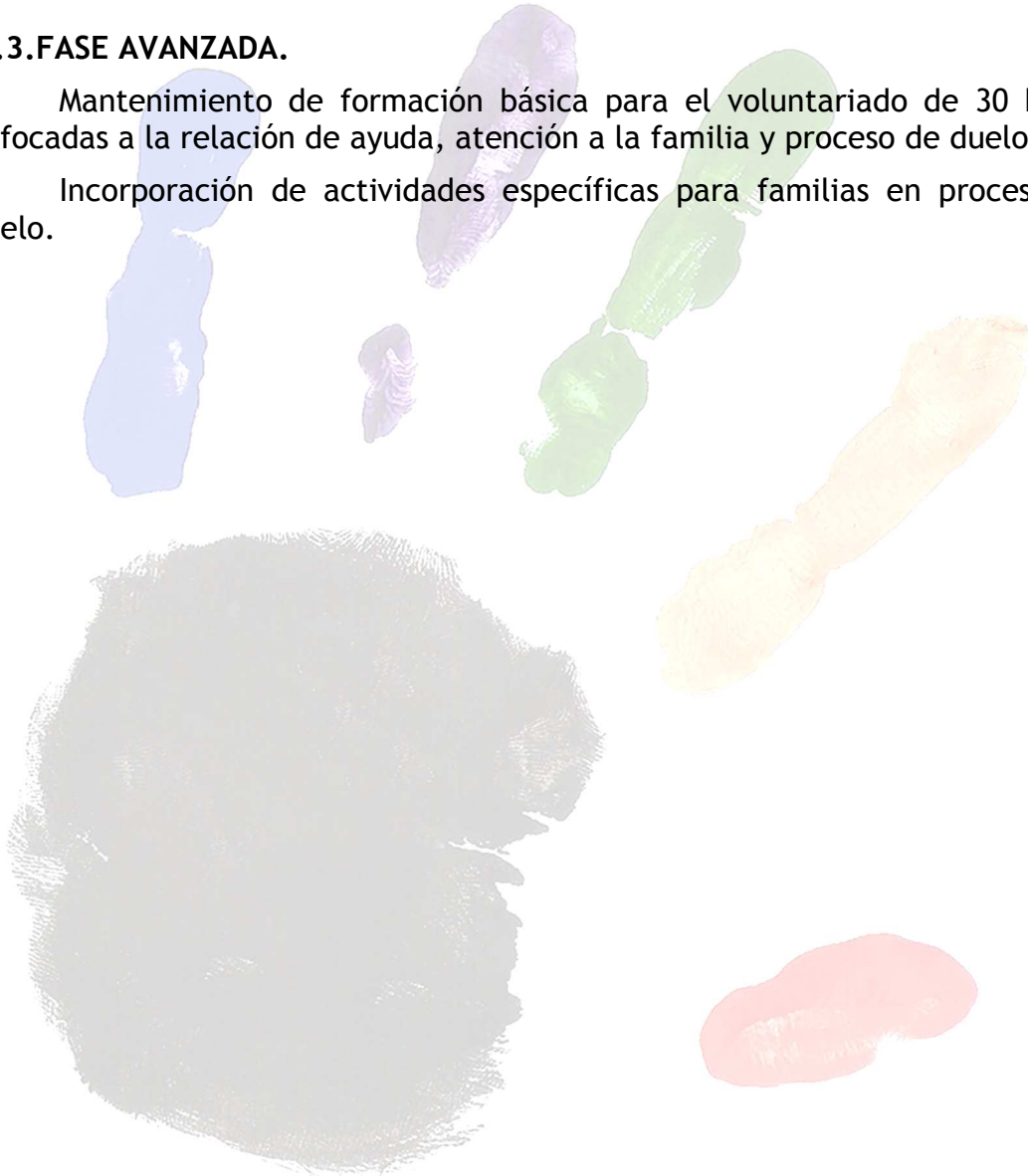
IV.2.FASE INTERMEDIA.

Incorporación de voluntariado y formación básica de 30 horas enfocadas a la relación de ayuda, atención a la familia y proceso de duelo.

IV.3.FASE AVANZADA.

Mantenimiento de formación básica para el voluntariado de 30 horas enfocadas a la relación de ayuda, atención a la familia y proceso de duelo.

Incorporación de actividades específicas para familias en proceso de duelo.





ANEXO X

INDICADORES DE EVALUACIÓN DOMICILIARIA

ATENCIÓN INTEGRAL

INDICADOR 1: % Pacientes incluidos en programa

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Refleja el número de pacientes incluidos nuevos en el programa de cuidados paliativos al mes por cada 100 solicitudes nuevas de inclusión en programa realizadas ese mes. Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral). Las solicitudes de inclusión en programa son los registros, con el formato del anexo VIII del Plan Integral, enviados por los EAP y por los profesionales hospitalarios a los ESCP. Entran en el cómputo todos los registros que se reciban independientemente de que el paciente reúna o no los criterios de inclusión (Anexo I del Plan Integral).

- Objetivo

Evaluar la actividad asistencial del ESCP

- Fórmula

Numerador: N° de pacientes en programa nuevos x100 al mes

Denominador: N° de solicitudes de inclusión en programa nuevas recibidas al mes

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESCP

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

80%

INDICADOR 2: % Valoraciones de inclusión en programa realizadas

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Es la proporción de valoraciones nuevas de inclusión en programa de pacientes que hace el ESCP en un mes por cada 100 solicitudes de inclusión en programa que realizan los otros profesionales (atención primaria y atención hospitalaria) ese mes. Se considera una valoración de inclusión en programa del paciente y/o familia la visita que realiza el ESCP a ese paciente y/o familia para decidir si es susceptible o no de recibir cuidados paliativos. Las solicitudes de inclusión en programa son los registros, con el formato del anexo VIII del Plan Integral, enviados por los EAP y por los profesionales hospitalarios a los ESCP. Entran en el cómputo todos los registros que se reciban independientemente de que el paciente reúna o no los criterios de inclusión (Anexo I del Plan Integral).

- Objetivo

Evaluar la actividad de soporte del ESCP

- Fórmula

Numerador: N° de valoraciones nuevas de inclusión en programa realizadas x100 al mes

Denominador: N° de solicitudes de inclusión en programa nuevas recibidas al mes

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESCP

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
80%

INDICADOR 3: Media de visitas del ESCP por paciente

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Establece la media de las visitas al mes que ha realizado el ESCP o recibido en el centro por cada paciente activo en programa que hay en ese mes. Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral).

- Objetivo
Evaluar la actividad asistencial del ESCP

- Fórmula
Numerador: N° de visitas que ha realizado o recibido el ESCP al mes
Denominador: N° Total de pacientes activos del ESCP por mes

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESCP

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
2 visitas por paciente

INDICADOR 4: Media de contactos telefónicos establecidos entre el ESCP y los pacientes o familias

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Registra el número de contactos telefónicos que hace el ESCP por cada paciente o familia a demás del número de contactos que ha establecido cada familia o paciente con el ESCP al mes frente al total de los pacientes incluidos en programa del equipo ese mes. Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral).

- Objetivo
Evaluar la actividad de soporte del ESCP

- Fórmula
Numerador: N° de contactos telefónicos establecidos entre el ESCP y los pacientes o familias al mes
Denominador: N° Total de pacientes activos del ESCP por mes

-Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAD

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
15 llamadas (enviadas y recibidas) por familia

INDICADOR 5: % Genogramas nuevos realizados

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Describe el número de pacientes que se han ido de alta a los que se le ha hecho una valoración de la situación familiar usando el genograma por cada 100 pacientes que se hayan ido de alta ese mes. Se considerará alta (o fuera de programa) al paciente que haya fallecido, se haya trasladado de domicilio o a un centro de cuidados medios. El paciente que ingresa en el hospital se considerará que está fuera de programa cuando el ESAD que esté a su cargo lo valore.

-Objetivo
Evaluar la valoración de la situación familiar

- Fórmula
Numerador: N° de pacientes que se han ido de alta con genograma realizado x 100 al mes
Denominador: N° Total de altas ese mes

-Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Historias clínicas

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
90%

INDICADOR 6: % Valoraciones nuevas del dolor

-Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Es el número de valoraciones de dolor (reflejadas en la historia clínica o realizada a través de otros sistemas de registro) efectuadas a pacientes que se han ido de alta por cada 100 pacientes que se han ido de alta ese mes. Si a un paciente se le hacen varias valoraciones del dolor mientras está en programa sólo se contabilizará una. Se considerará alta (o fuera de programa) al paciente que haya fallecido, se haya trasladado de domicilio o a un centro de cuidados medios. El paciente que ingresa en el hospital se considerará que está fuera de programa cuando el ESAD que esté a su cargo lo valore.

-Objetivo
Evaluar la valoración del dolor

-Fórmula

Numerador: N° de pacientes que se han ido de alta con valoraciones del dolor realizadas x 100 al mes

Denominador: N° total de altas ese mes

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Historias clínicas

- Tipo

Indicador de Proceso

- Estándar

95%

INDICADOR 7: Media Contactos de duelo realizados

Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Identifica la atención familiar tras la muerte del paciente que estuvo incluido en programa. Se trata del promedio de contactos que establece el ESCP con la familia (y viceversa) por cada paciente fallecido (en domicilio u otras instituciones) estando incluido en programa. Se incluyen visitas y llamadas telefónicas de seguimiento del duelo (realizadas por familiares o por profesionales) por cumplir ambas el objetivo del indicador. Al estar orientado a evaluar el seguimiento, este indicador tiene en cuenta todos los contactos de duelo establecidos por la familia. Los contactos telefónicos de duelo no se incluyen en el cómputo general de contactos telefónicos establecidos entre los ESCP y las familias (Indicador 4). Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral).

- Objetivo

Evaluar el seguimiento del duelo

- Fórmula

Numerador: N° de contactos nuevos de duelo realizados a y por familiares al año

Denominador: N° total éxitos de pacientes en programa al año

-Periodicidad

Anual

- Fuentes

Registro estadístico del ESCP

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 8: % Éxitos en otras instituciones

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Identifica el número de pacientes incluidos en programa del ESCP que ha fallecido en otra institución sociosanitaria en un mes por cada 100 frente al total de los pacientes incluidos en programa del ESCP ese mes.

Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral).

- Objetivo

Identificar lugar de muerte

- Fórmula

Numerador: N° de pacientes activos del ESCP que han fallecido en otra institución x 100 al mes

Denominador: N° Total de pacientes activos del ESCP por mes

-Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESCP

- Tipo

Indicador de resultado

- Estándar

20%

INDICADOR 9: % Éxitus en domicilio

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Identifica el número de pacientes activos en programa del ESCP que ha fallecido en el domicilio en un mes por cada 100 frente al total de los pacientes activos en programa del ESCP ese mes.

Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral).

- Objetivo

Identificar lugar de muerte

- Fórmula

Numerador: N° de pacientes activos en programa que han fallecido en el domicilio x100 al mes

Denominador: N° Total de pacientes activos en el programa por mes

-Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESCP

- Tipo

Indicador de resultado

- Estándar

80%

INDICADOR 10: % Ingresos en otras instituciones

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Recoge el número de traslados de pacientes activos en programa del ESCP a otros centros sociosanitarios en un mes por 100 frente al total de los pacientes activos en programa ese mes. Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral).

-Objetivo

Identificar el porcentaje de pacientes que para su cuidado precisan el apoyo de otras instituciones

-Fórmula

Numerador: N° de pacientes en programa que son trasladados a otros centros sociosanitarios x 100 al mes

Denominador: N° total de pacientes en programa por mes

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de resultado

- Estándar

25%

INDICADOR 11: Media de consultas al servicio de urgencias

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Se considera que una consulta a los servicios de urgencias implica una llamada o el desplazamiento (del paciente y/o familiar) a estos servicios. Se incluyen las consultas a los SUAP, 112 o Servicio de Urgencias Hospitalarias. Este indicador sólo tiene en cuenta a los pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos. Los pacientes incluidos en programa (o activos) son aquellos a los que se le ha abierto una historia de cuidados paliativos tras la valoración del ESCP. Se trata de los pacientes que el ESCP visita regularmente o llama para asesorar o prestar asistencia. Se incluirán tanto pacientes complejos como no complejos y oncológicos o no oncológicos (según las definiciones del Plan Integral). Se considerará alta (o fuera de programa) al paciente que haya fallecido, se haya trasladado de domicilio o a un centro de cuidados medios. El paciente que ingresa en el hospital se considerará que está fuera de programa cuando el ESAD que esté a su cargo lo valore.

-Objetivo

Identificar los contactos medios que realizan los pacientes o familiares durante su estancia en el programa de paliativos a los servicios de urgencias.

-Fórmula

Numerador: N° Total de consultas realizadas a los servicios de urgencias por pacientes que han salido de programa ese mes

Denominador: Total de alta ese mes.

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Resultado

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 12: Estancia media en programa

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Mide el promedio de días de estancia en el programa de cuidados paliativos que ha estado cada paciente que se ha ido de alta. Se considerará alta (o fuera de programa) al paciente que haya fallecido, se haya trasladado de domicilio o a un centro de cuidados medios. El paciente que ingresa en el hospital se considerará que está fuera de programa cuando el ESAD que esté a su cargo lo valore.

-Objetivo:

Identificar el gasto sanitario en función al nº de días de estancia

-Fórmula

Numerador: N° total de días incluidos en programa que ha estado cada paciente que ha sido un alta ese mes

Denominador: N° total de altas por mes.

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Resultado

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

**INDICADOR 13: % Utilización de opioides de 3er escalón
(Indicador del MSC)**

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Este indicador trata de medir a cuántos pacientes, del total de TSI en un año, se les prescriben opioides del tercer escalón. Los opioides del tercer escalón que se tienen en cuenta para este cómputo son la morfina, la buprenorfina, el fentanilo y la oxycodona.

- Objetivo

Conocer el cambio en la cultura en el uso de los opioides

- Fórmula

Numerador: N° de dosis diarias dispensadas por receta y/o suministradas en el hospital x 100

Denominador: Total de TSI de la región de Murcia en un año

- Periodicidad

Anual

- Fuentes

Registro de entradas y salidas de opioides

Base de datos de la DGAS

-Tipo

Indicador de proceso

- Estándar:

Por determinar tras pilotar el indicador

**INDICADOR 14: % Pacientes atendidos por el ESCP
(Indicador del MSC)**

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Revela aquellas personas con cuidados paliativos como diagnóstico secundario que han sido incluidas en programa por los ESADs de la región de Murcia por 100 frente al número total de pacientes estimados que será; el 60% de los pacientes fallecidos de cáncer en la comunidad autónoma más el 30% de casos de personas fallecidas en la comunidad por la lista de enfermedades crónicas evolutivas seleccionadas en la estrategia nacional de cuidados

paliativos. Tras este cálculo, cada año se obtendrá la estimación aplicando dicho denominador al total de la población TSI de la región de ese año.

- Objetivo

Identificar la cobertura de los ESCP

- Fórmula

Numerador: N° de pacientes en programa de los ESAD x 100

Denominador: N° total de pacientes estimado para ese año

- Periodicidad

Anual

- Fuentes

Registros de admisión del hospital

Hoja de registro excel del ESAD

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar:

Por determinar tras pilotar el indicador

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN

INDICADOR 15: % Historias de coordinación activas

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

La historia de coordinación de un profesional sanitario se abre cuando se produce un encuentro entre el ESCP y el otro profesional. El objetivo de este tipo de historia es mantener un registro sobre las consultas o contactos que hacen los profesionales sanitarios al ESCP y viceversa. Las historias de coordinación se abrirán a los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, coordinadores, al ESAH, a la trabajadora social, a profesionales de servicios como el 061 y otros como por ejemplo voluntariado o farmacia. Las historias de coordinación activas son aquellas que tienen uno o más de un registro al año. Las historias de coordinación abiertas sin registros o con sólo un registro en un año indican que no existe coordinación a pesar de haber establecido un primer contacto con el profesional sanitario de esa historia; éstas son historias de coordinación abiertas no activas. El total de las historias de coordinación abiertas incluye las activas y las no activas.

Por lo anterior, este indicador pretende medir el porcentaje de historias de coordinación activas frente al total de historias de coordinación abiertas en un año.

- Objetivo

Evaluar la coordinación del ESCP con otros profesionales

- Fórmulas

Numerador: N° de historias de coordinación activas x100

Denominador: N° de historias de coordinación abiertas en un año

- Periodicidad

Anual

- Fuentes

Historias de coordinación

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 16: N° de contactos realizados con otros profesionales socio-sanitarios

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Se trata de los contactos sin desplazamiento (telefónicos, faxes, correos-e y flashes) y con desplazamiento (visitas fuera o dentro del centro) que realiza el ESCP con el ESAH y otros profesionales socio-sanitarios y viceversa. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud. Si se contacta con un mismo profesional varias veces el mismo día, cada uno de estos contactos se computará. Las visitas fuera del centro son las que hace el ESCP a otros profesionales; las visitas dentro del centro son las que otros profesionales hacen al ESCP

- Objetivo

Evaluar la coordinación del ESCP con otros profesionales

- Fórmula

Nº Total de contactos realizados con profesionales socio-sanitarios por mes

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro de estadísticas del ESCP

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

FORMACIÓN Y DOCENCIA

INDICADOR 17: N° actividades de formación impartidas por el ESCP a profesionales del área

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Mide la cantidad de actividades formativas que ha impartido el ESCP (ya sea el equipo o alguno de sus miembros por separado) a otros profesionales socio-sanitarios del área. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud. Se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, sesiones, cursos, y más técnicas creativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Sólo quedan incluidas en este indicador las actividades que se hayan concluido antes de la fecha de la evaluación. En la primera evaluación mensual se registrarán todas las actividades realizadas con anterioridad.

- Objetivo

Registrar el grado de participación del ESCP en el cambio de la filosofía y educación en cuidados paliativos de otros profesionales socio-sanitarios.

- Fórmula

Nº total de actividades de formación impartidas en el área por el ESCP a otros profesionales socio-sanitarias.

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAD

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 18: Nº de horas nuevas de formación en Cuidados paliativos impartidas en el área por el ESCP a otros profesionales socio-sanitarios

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Recoge el total de horas formativas que ha impartido el ESCP (ya sea el equipo o alguno de sus miembros por separado). Se dispondrá de estas horas para educar en cuidados paliativos a los profesionales socio-sanitarios del área de salud a través de actividades formativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los Médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud. Sólo se incluirán las horas de las actividades formativas concluidas antes de la fecha de la evaluación. En la primera evaluación mensual se incluirán las horas realizadas hasta la fecha.

- Objetivo
Cuantificar el tiempo empleado en la difusión de los cuidados paliativos.

- Fórmula
Nº de horas nuevas de formación en cuidados paliativos impartidas en el área por el ESCP a otros profesionales socio-sanitarios.

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAD

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 19: Nº de profesionales del ESCP que ha impartido formación

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Este indicador cuantifica los profesionales del ESCP (bien enfermeras, auxiliares o médicos) que han impartido formación durante ese mes a otros profesionales socio-sanitarios del área. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud. Se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, sesiones, cursos, y más técnicas creativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal.

- Objetivo
Registrar el grado de participación del ESCP en el cambio de la filosofía y educación en cuidados paliativos de otros profesionales socio-sanitarios.

- Fórmula
Nº de profesionales del ESCP que ha impartido formación

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESCP

-Tipo
Indicador de proceso

- Estándar:
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 20: % de profesionales del área que reciben formación específica básica en cuidados paliativos

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Cuantifica los profesionales socio-sanitarios del área que han recibido formación específica básica en cuidados paliativos impartida por el ESCP por cada 100 profesionales socio-sanitarios del área. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud Según la estrategia nacional en cuidados paliativos, el nivel básico de formación abarca las actividades formativas de 20 a 40 horas teórico-prácticas acreditadas por la comunidad autónoma correspondiente.

- Objetivo
Evaluar la extensión de la cultura paliativa en el resto de los profesionales socio-sanitarios

- Fórmula
Numerador: N° Total de profesionales socio-sanitarios del área con formación específica básica en cuidados paliativos x 100
Denominador: N° Total de profesionales socio-sanitarios del área

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESCP

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 21: % de profesionales del área que reciben formación específica intermedia en cuidados paliativos

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Cuantifica los profesionales socio-sanitarios que han recibido formación específica intermedia en cuidados paliativos impartida por el ESCP por cada 100 profesionales socio-sanitarios del área. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los Médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud Según la estrategia nacional en cuidados paliativos, el nivel intermedio de formación corresponde a los cursos específicos de 40-80 horas, cursos de tercer ciclo (Doctorado) y estancias de 1-2 meses en Unidades de paliativos. Incluye todas las actividades formativas acreditadas por la comunidad autónoma correspondiente.

- Objetivo
Evaluar la extensión de la cultura paliativa en el resto de los profesionales sanitarios

- Fórmula
Numerador: N° Total de profesionales socio-sanitarios del área que han recibido formación específica intermedia en cuidados paliativos x 100
Denominador: N° Total de profesionales socio-sanitarios del área

- Periodicidad

Anual

- Fuentes

Registro estadístico del ESCP

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 22: % de profesionales del área que reciben formación específica avanzada en cuidados paliativos

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Cuantifica los profesionales socio-sanitarios que han recibido formación específica avanzada en cuidados paliativos impartida por el ESCP por cada 100 profesionales del área. Tienen consideración de profesional socio-sanitario los Médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, voluntarios y otros profesionales del área de salud. Según la estrategia nacional en cuidados paliativos, el nivel intermedio de formación corresponde a Cursos Master, estancias iguales o superiores a 3 meses en unidades de cuidados paliativos y actividades formativas de estas características que hayan sido acreditadas por la comunidad autónoma correspondiente.

- Objetivo

Evaluar la extensión de la cultura paliativa en el resto de los profesionales sanitarios

- Fórmula

Numerador: N° Total de profesionales socio-sanitarios del área que han recibido formación específica avanzada en cuidados paliativos x 100

Denominador: N° Total de profesionales socio-sanitarios del área

- Periodicidad

Anual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAD

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 23: N° actividades de formación nuevas recibidas por el ESCP

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Mide la cantidad de actividades formativas específicas en cuidados paliativos nuevas que han recibido los miembros del ESCP disgregado por categorías. Se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, postgrados, rotaciones, sesiones, cursos, etc, que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Las actividades serán tanto de nivel básico o intermedio como de nivel avanzado (según la clasificación de la estrategia nacional de cuidados paliativos).

A los mismos efectos se contabilizarán las actividades de formación específica en cuidados paliativos que hayan hecho a lo largo de su carrera, este cómputo se incluirá en la primera evaluación mensual.

Sólo quedan incluidas en este indicador las actividades que se hayan concluido antes de la fecha de la evaluación.

- Objetivo

Evaluar la formación específica en cuidados paliativos de los miembros del ESCP

- Fórmula

N° de actividades nuevas de formación específica de paliativos recibida por enfermeras del ESCP

Nº de actividades nuevas de formación específica de paliativos recibida por médicos del ESCP
Nº de actividades nuevas de formación específica de paliativos recibida por auxiliares del ESCP

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESCP

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 24: Nº de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por el ESCP

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Recoge las horas formativas nuevas específicas en cuidados paliativos que han recibido los profesionales del ESCP disgregado por categorías. Este indicador incluye todas las horas formativas que han recibido a lo largo de su carrera, siendo éstas contabilizadas en la primera evaluación mensual. Sólo se incluirán las horas de las actividades formativas concluidas antes de la fecha de la evaluación.

- Objetivo
Evaluar la formación específica en cuidados paliativos de los miembros del ESCP

- Fórmula
Nº de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por médicos del ESCP
Nº de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por enfermeras del ESCP
Nº de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por auxiliares del ESCP

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESCP

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INVESTIGACIÓN

INDICADOR 25: Nº Total de proyectos de investigación financiados

-Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

-Descripción del indicador
Registra los proyectos de investigación que han sido realizados por el ESCP y financiados por una entidad externa al SMS. Se tendrán en cuenta los proyectos financiados antes de cada evaluación anual. Se excluyen los proyectos financiados en materias diferentes a la de cuidados paliativos.

-Objetivo
Evaluar la actividad científica del ESCP en materia de cuidados paliativos

-Fórmula
Nº Total de proyectos de investigación financiados

-Periodicidad
Anual

-Fuentes
Registro estadístico del ESCP

-Tipo
Indicador de proceso

-Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 26: Nº Total de comunicaciones, ponencias, póster o publicaciones realizadas

-Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

-Descripción del indicador
Cuantifica todas las comunicaciones, ponencias, póster o publicaciones en materia de cuidados paliativos realizadas por el ESCP o por cada uno de sus miembros por separado. No se incluyen en el cómputo las comunicaciones, ponencias, pósters o publicaciones que se hayan realizado en otras materias. En la primera evaluación anual se computarán todas las comunicaciones, ponencias, pósters o publicaciones realizadas hasta la fecha.

-Objetivo
Evaluar la actividad científica del ESCP en materia de cuidados paliativos

-Fórmula
Nº Total de comunicaciones, ponencias, póster o publicaciones realizadas

-Periodicidad
Anual

-Fuentes
Registro estadístico de ESCP

-Tipo
Indicador de proceso

-Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

SISTEMA DE REGISTRO DE LA EVALUACIÓN

ATENCIÓN INTEGRAL		
1	Nº de solicitudes nuevas de inclusión en programa recibidas	
2	Nº de valoraciones de inclusión en programa nuevas realizadas	
3	Nº de pacientes nuevos incluidos en programa	Oncológicos
		No oncológicos
4	Nº Total de pacientes activos en programa por mes	
5	PORCENTAJE DE VALORACIONES DE INCLUSIÓN REALIZADAS	
6	PORCENTAJE DE PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA	
7	Nº de visitas a pacientes al mes	conjuntamente ESAD/EAP
		ESAD
		médico de ESAD
		enfermera de ESAD con Auxiliar
8	Nº de visitas en el centro	
9	MEDIA DE VISITAS POR PACIENTE	
10	Nº de llamadas telefónicas al mes	por paciente o familia/cuidadores
		por ESCP
11	MEDIA DE CONTACTOS TELEFONICOS ESTABLECIDOS	
12	Nº Total de genogramas realizados de las altas de ese mes	
13	PORCENTAJE DE GENOGRAMAS RESPECTO A LAS ALTAS	
14	Nº Total de valoraciones del dolor realizadas de las altas de ese mes	
15	PORCENTAJE DE VALORACIONES DEL DOLOR RESPECTO A LAS ALTAS	
16	Nº contactos de duelo nuevos realizados	Llamadas recibidas y realizadas
		Visitas
17	Nº TOTAL DE CONTACTOS DE DUELO REALIZADOS	
18	Nº de <u>altas</u> en programa por Exitus en domicilio al mes	
19	Nº de <u>altas</u> en programa por Éxitus en otras instituciones al mes	
20	Nº de <u>altas</u> en programa sin Éxitus al mes	
21	Nº de ingresos en otros centros socio-sanitarios	
22	Nº Total de consultas a servicios de urgencias de cada alta ese mes	
23	Nº Total de días en programa de cada alta ese mes	
24	TOTAL Nº DE ALTAS EN PROGRAMA	
25	TOTAL DE ALTAS POR EXITUS	
26	% EXITUS EN DOMICILIO	
27	% EXITUS EN OTRAS INSTITUCIONES	
28	ESTANCIA MEDIA EN PROGRAMA	
29	MEDIA DE CONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS	
ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN		
30	Nº de historias de coordinación abiertas	
31	Nº de historias de coordinación activas	
32	Nº de contactos por desplazamiento	Contactos Centro
		Contactos fuera del Centro
33	Nº contactos sin desplazamiento	

FORMACIÓN Y DOCENCIA		
FORMACIÓN IMPARTIDA A PROFESIONALES DEL ÁREA		
34	Nº actividades de formación en CP IMPARTIDAS por el ESCP	
35	Nº de horas de formación en CP IMPARTIDAS por el ESCP	
36	Nº de profesionales del ESCP que ha IMPARTIDO formación	
37	Nº de profesionales con formación específica básica en C.Paliativos:	Médicos
		Enfermero/as
		Aux. Enfermería
		Otros
38	TOTAL PROFESIONALES DE AREA FORMACION BASICA	
39	Nº de profesionales con formación específica intermedia en C.Paliativos:	Médicos
		Enfermero/as
		Aux. Enfermería
		Otros
40	TOTAL PROFESIONALES DE ÁREA FORMACIÓN INTERMEDIA	
41	Nº de profesionales con formación específica avanzada en C.Paliativos:	Médicos
		Enfermero/as
		Aux. Enfermería
		Otros
42	TOTAL PROFESIONALES DE ÁREA FORMACIÓN AVANZADA	
FORMACIÓN RECIBIDA POR ESCP		
43	Nº de actividades de formación en Cuidados Paliativos recibidas por el ESCP:	Médico de ESCP
		Enfermero/a de ESCP
		Aux. Enfermería de ESCP
		Otros
44	Nº ACTIVIDADES RECIBIDAS POR ESCP	
45	Nº de horas de formación en Cuidados Paliativos recibidas por el ESCP:	Médico de ESCP
		Enfermero/a de ESCP
		Aux. Enfermería de ESCP
		Otros
46	Nº DE HORAS DE FORMACION RECIBIDAS POR ESCP	
47	Nº de profesionales de ESCP que reciben formación en Cuidados Paliativos:	Médico de ESCP
		Enfermero/a de ESCP
		Aux. Enfermería de ESCP
		Otros
48	TOTAL PROFESIONALES DE ESCP QUE RECIBEN FORMACION ESPECIFICA	
INVESTIGACIÓN		
49	Nº de proyectos de investigación financiados	
50	Nº de Comunicaciones, ponencias, poster o publicaciones realizadas	

RESULTADOS ESCP DOMICILIARIOS 2008 POR ÁREAS DE SALUD

AÑO: 2008

INDICADORES DE EVALUACION

		MURCIA	CARTAGENA	LORCA	NOROESTE	ALTIPLANO	VEGA SEGURA	TOTAL AÑO 2008	
ATENCIÓN INTEGRAL									
1	Nº solicitudes de inclusión en programa recibidos	501	311	109	85	71	187	1.264	
2	Nº valoraciones realizadas	457	274	95	77	66	165	1.134	
	Total de pacientes activos	1083	1038	334	163	201	567	2.710	
3	Nº pacientes nuevos incluidos en programa	407	259	94	68	63	149	1.040	
4	Nº de visitas a pacientes realizadas por:	conjuntamente ESAD/EAP	39	13	7	29	49	28	165
5		ESAD	1691	1443	560	285	357	654	4.990
6		médico de ESAD	127	38	35	61	106	64	431
7		enfermera de ESAD	55	29	32	48	132	67	363
8	Nº visitas domiciliarias por paciente	1.77	1.47	1.90	2.60	3.20	1.43	2.06	
9	Nº de contactos telefónicos realizados con pacientes o familiares/cuidadores de	1519	4924	1481	496	177	157	805	4.635
10	ESCP	3405	3822	2191	568	920	1661	12567	
11	Nº de contactos realizados en la Unidad del ESCP	38	252	129	72	70	16	577	
12	Porcentaje de genogramas realizados:	96.56	100	100	74.64	89.39	89.26	91.64	
13	Porcentaje de valoración de dolor:	83	100	100	100	96.82	100	96.63	
14	Nº visitas de duelo realizadas :	110	74	77	14	132	46	453	
15	Nº de altas en programa por Exitus en domicilio:	243	127	78	42	49	96	635	
16	Nº de altas en programa por ingreso en otras	83	114	17	7	4	36	261	
17	Nº de altas en programa sin Exitus	44	21	6	11	3	22	107	
ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN									
18	Nº de historias de coordinación con al menos 1	135	188	75	41	41	87	567	
19	la Unidad del ESCP	73	117	15	29	173	31	438	
20	Nº de contactos realizados en:	222	295	96	166	194	345	1.135	
	Centros de Salud, Servicios de Urgencias extrahospitalarios y/o hospitales		112	111	195	367	376	1.573	
21	Nº consultas telefónicas realizadas por	1123	890	755	287	582	513	4.150	
FORMACIÓN Y DOCENCIA									
22	Nº actividades de formación realizados en el Área	5	0	1	2	6	13	27	
23	Nº de horas de formación en Cuidados Paliativos	7	0	16.3	2	45	25	95.3	
24	Nº de profesionales del Área que reciben formación específica BÁSICA en C.Paliativos:	Médicos	15	0	3	3	93	52	166
		Enfermero/as	267	0	7	9	40	63	386
		Aux. Enfermería	0	0	0	0	1	0	1
		Otros	0	0	1	0	7	0	8
25	Nº de profesionales del Área que reciben formación específica INTERMEDIA en	Médicos	11	18	0	0	0	0	29
		Enfermero/as	0	1	0	0	0	0	1
		Aux. Enfermería	0	0	0	0	0	0	0
		Otros	0	0	0	0	0	0	0
26	Nº de profesionales del Área que reciben formación específica AVANZADA en	Médicos	0	0	0	0	0	0	0
		Enfermero/as	0	0	0	0	0	0	0
		Aux. Enfermería	0	0	0	0	0	0	0
		Otros	0	0	0	0	0	0	0
27	Nº de actividades de formación recibidas por el ESCP:	Médico de ESCP	40	7	21	4	6	15	93
		Enfermero/a de ESCP	44	5	15	7	6	16	93
		Aux. Enfermería de ESCP	21	3	7	6	1	10	48
		Otros	0	0	0	0	0	0	0
28	Nº de horas de formación recibidas por el ESCP:	Médico de ESCP	484	439	227	142	132	800	2.224
		Enfermero/a de ESCP	890	88	154	462	230	320	2.144
		Aux. Enfermería de ESCP	199	72	230	352	30	475	1.358
		Otros	0	0	0	0	0	0	0

INDICADORES DE EVALUACIÓN HOSPITALARIA

ATENCIÓN INTEGRAL

INDICADOR 1: Nº de interconsultas nuevas realizadas al ESAH por médicos o enfermeras

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Es el número de consultas nuevas que hacen tanto los médicos como las enfermeras de otros servicios al ESAH para que éste asesore o participe en los cuidados de pacientes hospitalizados incluidos en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia;

- Oncológicos y no oncológicos
- Complejos y no complejos

Se considera que una interconsulta es una consulta verbal o escrita que hace un profesional ajeno a los cuidados paliativos en busca de asesoramiento o soporte del ESAH. En este caso el ESAH sólo visita al paciente una vez.

- Objetivo

Evaluar la demanda del servicio de cuidados paliativos (ESAH) entre los médicos y las enfermeras del hospital

- Fórmula

$$\frac{\text{Nº de interconsultas realizadas al ESAH por médicos}}{\text{Nº de interconsultas realizadas al ESAH por enfermeras}}$$

- Periodicidad

Mensual

- Fuente

Hojas de interconsulta en las historias clínicas de los pacientes
Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 2: Tipo de pacientes a los que se les realiza una interconsulta para ser valorados por el ESAH

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Identifica los pacientes tanto oncológicos como no oncológicos (tanto complejos como no complejos) que son valorados por el ESAH a través de la interconsulta. Se considera que una interconsulta es una consulta verbal o escrita que hace un profesional ajeno a los cuidados paliativos en busca de asesoramiento o soporte del ESAH. En este caso el ESAH sólo visita al paciente una vez.

Los pacientes que se visitan por interconsulta quedan incluidos en este indicador hasta que pasen a cargo del ESAH, a partir de ese momento, se incluirán en el total de pacientes a cargo de este equipo.

En el primer mes de evaluación se incluirán todas las interconsultas realizadas hasta esa fecha.

- Objetivo

Identificar qué tipo de pacientes son valorados con menos frecuencia por el ESAH a través de la interconsulta

- Fórmula

$$\frac{\text{Nº de interconsultas realizadas para valorar a pacientes oncológicos}}{\text{Nº de interconsultas realizadas para valorar a pacientes no oncológicos.}}$$

-Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Hojas de interconsulta en las historias clínicas de los pacientes
Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 3: Motivo de interconsultas realizadas

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Mide el número de interconsultas realizadas por manejo de síntomas, manejo de aspectos psicosociales y por otros motivos. Se considera que una interconsulta es una consulta verbal o escrita que hace un profesional ajeno a los cuidados paliativos en busca de asesoramiento o soporte del ESAH. En este caso el ESAH sólo visita al paciente una vez. El manejo de síntomas se refiere al manejo del dolor, síntomas urinarios, cuidados de la piel y mucosas, síntomas gastrointestinales, síntomas respiratorios, atención o asesoramiento de la situación clínica en la agonía y la atención o asesoramiento en urgencias paliativas. Los aspectos psicosociales incluyen aspectos de comunicación, búsqueda de sentido, espiritualidad y la situación familiar y social del enfermo y su familia. Este indicador incluye todas las interconsultas realizadas independientemente de la categoría o la especialidad del profesional que la realiza.

- Objetivo
Identificar los motivos por los que se hace la interconsulta al ESAH

- Fórmula
Nº de interconsultas por manejo de síntomas
Nº de interconsultas por manejo de aspectos psicosociales
Nº de interconsultas realizadas por otros motivos

-Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Hojas de interconsulta en las historias clínicas de los pacientes
Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 4: N° total de pacientes a cargo del ESAH

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Es el número de pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. No se incluyen en el cómputo las interconsultas hechas al ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxitus o pasa a cargo de otra especialidad. Si un mismo paciente ingresa en diferentes ocasiones a cargo del ESAH, a efectos de este indicador, en cada uno de estos ingresos se le considerará paciente nuevo. La monitorización será mensual, por lo tanto, cada mes se sumarán los pacientes antiguos a cargo del ESAH a los nuevos.

- Objetivo

Evaluar la necesidad expresada del servicio del ESAH

- Fórmula

Nº total de pacientes admitidos al hospital que estén a cargo del ESAH

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Estadísticas de admisión

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 5: Media de visitas del ESAH por paciente

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Establece la media de las visitas que ha realizado el ESAH por cada paciente a su cargo. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxito o pasa a cargo de otra especialidad.

No se incluyen las visitas realizadas a pacientes a través de la interconsulta por no tener estos pacientes un seguimiento continuo por parte del ESAH.

- Objetivo

Evaluar la actividad asistencial del ESAH

- Fórmula

Numerador: Nº total de visitas que ha realizado el ESAH

Denominador: Total de pacientes a cargo del ESAH

-Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 6: Estancia media en el hospital

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Se trata de la media de días en los que el paciente está en el hospital a cargo del ESAH. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxito o pasa a cargo de otra especialidad. No se incluyen los pacientes vinculados con el ESAH a través de interconsultas. La finalización de la estancia la determinará el alta a casa, el traslado a otro centro y el éxito.

Cuando el cargo del paciente cambie a otra especialidad sólo se contabilizarán los días que estuvo a cargo del ESAH.

Sólo se incluirán en la evaluación aquellos pacientes a cargo del ESAH que, en la fecha de la evaluación, se hayan ido de alta o hayan fallecido.

- Objetivo

Identificar el gasto sanitario en función al número de días de estancia

- Fórmula

Numerador: Suma del número de días que ha estado cada paciente en el hospital a cargo del ESAH

Denominador: Total de pacientes a cargo del ESAH

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

-Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 7: Porcentaje de altas a domicilio

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Se trata del número de altas al domicilio de pacientes a cargo del ESAH x 100 frente al total de los pacientes que están a su cargo. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxito o pasa a cargo de otra especialidad. No entran en el cómputo las altas de los pacientes que se visitan a través de las interconsultas y que están a cargo de otra especialidad.

- Objetivo

Identificar motivos principales de alta

- Fórmula

Numerador: Pacientes a cargo del ESAH que se van de alta a casa x 100

Denominador: N° total de pacientes a cargo del ESAH

- Periodicidad

Mensual

-Fuentes

Registro estadístico del ESAH

Estadísticas de admisión

-Tipo

Indicador de resultado

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 8: Porcentaje de traslados a otros centros

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Recoge el número de traslados de pacientes a cargo del ESAH a otros centros sociosanitarios por 100 frente al total de los pacientes a cargo del ESAH. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxito o pasa a cargo de otra especialidad. El traslado a domicilio o el cambio de cargo a otra especialidad no se consideran traslado a otros centros.

-Objetivo

Identificar motivos principales de alta

-Fórmula

Numerador: N° de pacientes a cargo del ESAH que son trasladados a otros centros sociosanitarios x 100

Denominador: N° total de pacientes a cargo del ESAH

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAH
Estadísticas de admisión

-Tipo
Indicador de resultado

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 9: Porcentaje de éxitus

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Se trata de comparar el número de éxitus a cargo del ESAH con el número total de pacientes a su cargo por cada 100. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxitus o pasa a cargo de otra especialidad.

-Objetivo
Identificar motivos principales de alta

- Fórmula
Numerador: N° de éxitus de pacientes a cargo del ESAH x 100
Denominador: N° total de pacientes a cargo del ESAH

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAH
Estadísticas de admisión

- Tipo
Indicador de resultado

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 10: Porcentaje de genogramas nuevos realizados

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Describe el número de pacientes a cargo del ESAH a los que se le ha hecho una valoración de la situación familiar usando el genograma por cada 100 pacientes a su cargo. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxitus o pasa a cargo de otra especialidad.

No se incluyen los genogramas que se hagan a pacientes visitados por interconsulta.

-Objetivo
Evaluar la valoración de la situación familiar

- Fórmula
Numerador: N° de pacientes nuevos a cargo del ESAH con genograma realizado x 100

Denominador: N° Total de pacientes a cargo del ESAH

-Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Historias clínicas

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 11: Porcentaje de valoraciones nuevas del dolor

-Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Es el número de valoraciones nuevas de dolor efectuadas a pacientes nuevos a cargo del ESAH que estén reflejadas en la historia clínica o realizadas a través de otros sistemas de registro, por cada 100 pacientes a su cargo. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxito o pasa a cargo de otra especialidad. No se incluyen las valoraciones del dolor que se hacen a pacientes por medio de la interconsulta. Si a un paciente se le hacen varias valoraciones del dolor durante su estancia sólo se contabilizará una.

-Objetivo
Evaluar la valoración del dolor

-Fórmula
Numerador: N° de pacientes nuevos con valoraciones del dolor realizadas x 100
Denominador: N° total de pacientes a cargo del ESAH

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Historias clínicas

- Tipo
Indicador de Proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 12: % de visitas psicosociales nuevas realizadas

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Mide la asistencia psicosocial por cada 100 pacientes a cargo del ESAH. Los aspectos psicosociales incluyen aspectos de comunicación, búsqueda de sentido, espiritualidad y la situación familiar y social del enfermo y su familia. Los pacientes a cargo del ESAH son los pacientes registrados en admisión a cargo del ESAH. Se incluyen los pacientes cuidados por diferentes equipos que estén a cargo del ESAH. El paciente deja de estar a cargo del ESAH cuando se va de alta, es un éxito o pasa a cargo de otra especialidad.

No se incluyen en este indicador las visitas psicosociales realizadas por medio de la interconsulta.

- Objetivo
Evaluar la asistencia psicosocial

- Fórmula

Numerador: N° de visitas psicosociales nuevas que realiza el ESAH x 100

Denominador: N° total de pacientes a cargo del ESAH

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Historias clínicas

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

**INDICADOR 13: % de utilización de opioides de 3er escalón
(Indicador del Ministerio)**

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Este indicador trata de medir a cuántos pacientes, del total de TSI en un año, se les prescriben opioides del tercer escalón. Los opioides del tercer escalón que se tienen en cuenta para este cómputo son la morfina, la buprenorfina, el fentanilo y la oxycodona.

-Objetivo
Conocer el cambio en la cultura en el uso de opioides

- Fórmula
Numerador: N° de dosis diarias dispensadas por receta y/o suministradas en el hospital x 100
Denominador: Total de TSI de la región de Murcia en un año

- Periodicidad
Anual desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre

- Fuentes
Registro de entradas y salidas de opioides
Base de datos de la DGAS

-Tipo
Indicador de proceso

- Estándar:
Por determinar tras pilotar el indicador

**INDICADOR 14: % Pacientes atendidos por el ESAH
(Indicador del Ministerio)**

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Revela aquellas personas con cuidados paliativos como diagnóstico secundario que han estado a cargo de los ESAH de la región de Murcia por 100 frente al número total de pacientes estimados que será; el 60% de los pacientes fallecidos de cáncer en la comunidad autónoma más el 30% de casos de personas fallecidas en la comunidad por la lista de enfermedades crónicas evolutivas seleccionadas en la estrategia nacional de cuidados paliativos. Tras este cálculo, cada año se obtendrá la estimación aplicando dicho denominador al total de la población TSI de la región de ese año.

-Objetivo
Identificar la cobertura de los ESCP

- Fórmula

Numerador: N° de pacientes a cargo de los ESAH x 100

Denominador: N° total de pacientes estimado para ese año

- Periodicidad

Anual desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre

- Fuentes

Base de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

Hoja de registro excel del ESAH

-Tipo

Indicador de proceso

- Estándar:

Por determinar tras pilotar el indicador

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN

INDICADOR 15: N° de historias de coordinación nuevas abiertas a profesionales sanitarios hospitalarios con al menos un registro al año

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

La historia de coordinación de un profesional sanitario se abre cuando se produce un encuentro entre el ESAH y el otro profesional. El objetivo de este tipo de historia es mantener un registro sobre las consultas o contactos que hacen los profesionales sanitarios al ESAH y viceversa. Las historias de coordinación se abrirán a los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, supervisores, jefes de servicio del hospital y a la trabajadora social. Este indicador descarta las historias de coordinación que no tengan ningún registro o sólo un registro en el tiempo de un año, debiendo ser incluidas aquellas que, al menos, tengan uno o más de un registros al año. Las historias de coordinación abiertas sin registros o con sólo un registro en un año indican que no existe coordinación a pesar de haber establecido un primer contacto con el profesional sanitario de esa historia.

Por lo anterior, este indicador pretende medir el número de historias de coordinación abiertas con al menos un registro al año.

- Objetivo

Evaluar la coordinación del ESAH con otros profesionales

- Fórmulas

Numerador: N° de historias de coordinación abiertas con al menos un registro

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Historias de coordinación

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 16: N° de contactos realizados con Urgencias, ESAD y otros profesionales del hospital

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Recoge los contactos (telefónicos, faxes y visitas) que realiza el ESAH con el ESAD, el Servicio de Urgencias, la trabajadora social y con otros profesionales sanitarios fuera de los servicios anteriores y dentro del hospital. Si se contacta con un mismo profesional varias veces el mismo día, cada uno de estos contactos se computará.

- Objetivo

Evaluar la coordinación del ESAH con otros profesionales

- Fórmula

Nº de contactos realizados con profesionales sanitarios del servicio de urgencias

Nº de contactos realizados con profesionales sanitarios de los ESAD

Nº de contactos realizados con la trabajadora social

Nº de contactos realizados con profesionales sanitarios del resto del hospital

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro de estadísticas del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

FORMACIÓN Y DOCENCIA

INDICADOR 17: Nº actividades de formación nuevas impartidas en el hospital por el ESAH a profesionales

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Mide la cantidad de actividades formativas que ha impartido el ESAH (ya sea el equipo o alguno de sus miembros por separado) a otros profesionales del hospital. Se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, sesiones, cursos, y más técnicas creativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal.

Sólo quedan incluidas en este indicador las actividades que se hayan concluido antes de la fecha de la evaluación. En la primera evaluación mensual se registrarán todas las actividades realizadas con anterioridad.

- Objetivo

Registrar el grado de participación del ESAH en el cambio de la filosofía y educación en cuidados paliativos de otros profesionales

- Fórmula

Nº total de actividades de formación realizadas en el hospital por el ESAH a otros profesionales

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 18: N° de horas nuevas de formación en Cuidados paliativos impartidas en el hospital por el ESAH a otros profesionales

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Recoge el total de horas formativas que ha impartido el ESAH (ya sea el equipo o alguno de sus miembros por separado). Se dispondrá de estas horas para educar en cuidados paliativos a los profesionales hospitalarios a través de actividades formativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Sólo se incluirán las horas de las actividades formativas concluidas antes de la fecha de la evaluación. En la primera evaluación mensual se incluirán las horas realizadas hasta la fecha.

- Objetivo

Cuantificar el tiempo empleado en la difusión de los cuidados paliativos.

- Fórmula

N° de horas nuevas de formación en cuidados paliativos realizados en el hospital por el ESAH a otros profesionales

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 19: N° de profesionales del ESAH que ha impartido formación

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, sesiones, cursos, y más técnicas creativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal.

Sólo quedan incluidas en este indicador las actividades que se hayan concluido antes de la fecha de la evaluación. En la primera evaluación mensual se registrarán todas las actividades realizadas con anterioridad.

- Objetivo

Registrar el grado de participación del ESAH en el cambio de la filosofía y educación en cuidados paliativos de otros profesionales socio-sanitarios.

- Fórmula

N° de profesionales del ESAH que ha impartido formación

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 20: % de profesionales del hospital que reciben formación específica básica en cuidados paliativos

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Cuantifica los profesionales sanitarios (incluidos psicólogos y trabajadores sociales) del hospital que han recibido formación específica básica en cuidados paliativos impartida por el ESAH o por agentes externos por cada 100 profesionales del hospital. Según la estrategia nacional en cuidados paliativos, el nivel básico de formación abarca las actividades formativas de 20 a 40 horas teórico-prácticas acreditadas por la comunidad autónoma correspondiente.

Cada mes se sumarán al número total de profesionales que han recibido esta formación los profesionales nuevos que la han recibido.

- Objetivo

Evaluar la extensión de la cultura paliativa en el resto de los profesionales sanitarios

- Fórmula

Numerador: N° Total de profesionales con formación específica básica en cuidados paliativos x 100

Denominador: N° Total de profesionales sanitarios del hospital

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo

Indicador de proceso

- Estándar

Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 21: % de profesionales del hospital que reciben formación específica intermedia en cuidados paliativos

- Criterio

Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador

Cuantifica los profesionales sanitarios (incluidos psicólogos y trabajadores sociales) que han recibido formación específica intermedia en cuidados paliativos impartida por el ESAH o por agentes externos por cada 100 profesionales del hospital. Según la estrategia nacional en cuidados paliativos, el nivel intermedio de formación corresponde a los cursos específicos de 40-80 horas, cursos de tercer ciclo (Doctorado) y estancias de 1-2 meses en Unidades de paliativos. Incluye todas las actividades formativas acreditadas por la comunidad autónoma correspondiente.

Cada mes se sumarán al número total de profesionales que han recibido esta formación los profesionales nuevos que la han recibido.

- Objetivo

Evaluar la extensión de la cultura paliativa en el resto de los profesionales sanitarios

- Fórmula

Numerador: N° Total de profesionales del hospital que han recibido formación específica intermedia en cuidados paliativos x 100

Denominador: N° Total de profesionales sanitarios del hospital

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 22: % de profesionales del hospital que reciben formación específica avanzada en cuidados paliativos

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Cuantifica los profesionales sanitarios (incluidos psicólogos y trabajadores sociales) que han recibido formación específica avanzada en cuidados paliativos impartida por el ESAH o por agentes externos por cada 100 profesionales del hospital. Según la estrategia nacional en cuidados paliativos, el nivel intermedio de formación corresponde a Cursos Master, estancias iguales o superiores a 3 meses en unidades de cuidados paliativos y actividades formativas de estas características que hayan sido acreditadas por la comunidad autónoma correspondiente. Cada mes se sumarán al número total de profesionales que han recibido esta formación los profesionales nuevos que la han recibido.

- Objetivo
Evaluar la extensión de la cultura paliativa en el resto de los profesionales sanitarios

- Fórmula
Numerador: N° Total de profesionales del hospital que han recibido formación específica avanzada en cuidados paliativos x 100
Denominador: N° Total de profesionales sanitarios

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 23: N° actividades de formación nuevas recibidas por el ESAH

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Mide la cantidad de actividades formativas específicas en cuidados paliativos nuevas que han recibido los miembros del ESAH por separado. Se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, postgrados, rotaciones, sesiones, cursos, etc, que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Las actividades serán tanto de nivel básico o intermedio como de nivel avanzado (según la clasificación de la estrategia nacional de cuidados paliativos).
A los mismos efectos se contarán las actividades de formación específica en cuidados paliativos que hayan hecho a lo largo de su carrera, este cómputo se incluirá en la primera evaluación mensual.
Sólo quedan incluidas en este indicador las actividades que se hayan concluido antes de la fecha de la evaluación.

- Objetivo
Evaluar la formación específica en cuidados paliativos de los miembros del ESAH

- Fórmula
N° de actividades nuevas de formación específica de paliativos recibida por la enfermera del ESAH
N° de actividades nuevas de formación específica de paliativos recibida por el médico del ESAH

- Periodicidad

Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 24: N° de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por el ESAH

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Recoge las horas formativas nuevas específicas en cuidados paliativos que han recibido los profesionales del ESAH por separado. Este indicador incluye todas las horas formativas que han recibido a lo largo de su carrera, siendo éstas contabilizadas en la primera evaluación mensual. Sólo se incluirán las horas de las actividades formativas concluidas antes de la fecha de la evaluación.

- Objetivo
Evaluar la formación específica en cuidados paliativos de los miembros del ESAH

- Fórmula
$$\frac{\text{N° de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por el médico del ESAH}}{\text{N° de horas de formación nuevas en cuidados paliativos recibidas por la enfermera del ESAH}}$$

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes
Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 24: N° de profesionales del ESAH que reciben formación específica de Cuidados Paliativos

- Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

- Descripción del indicador
Identifica el número de profesionales del ESAH (médicos y enfermeras) que reciben formación específica en cuidados paliativos, teniendo en cuenta que se consideran actividades formativas aquellas cuyo fin sea el de educar en cuidados paliativos a los profesionales incluyendo talleres, seminarios, jornadas, sesiones, cursos, y más técnicas creativas que impulsen el saber, saber hacer y saber ser a la hora de cuidar al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Sólo quedan incluidas en este indicador las actividades que se hayan concluido antes de la fecha de la evaluación. En la primera evaluación mensual se registrarán todas las actividades realizadas con anterioridad.

- Objetivo
Identificar el número de profesionales del ESAH que recibe formación específica de paliativos

- Fórmula
$$\text{N° total de profesionales del ESAH con formación específica en cuidados paliativos.}$$

- Periodicidad
Mensual

- Fuentes

Registro estadístico del ESAH

- Tipo
Indicador de proceso

- Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INVESTIGACIÓN

INDICADOR 25: N° Total de proyectos de investigación financiados

-Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

-Descripción del indicador
Registra los proyectos de investigación que han sido realizados por el ESAH y financiados por una entidad externa al SMS. Se tendrán en cuenta los proyectos financiados antes de cada evaluación anual. Se excluyen los proyectos financiados en materias diferentes a la de cuidados paliativos.

-Objetivo
Evaluar la actividad científica del ESAH en materia de cuidados paliativos

-Fórmula
N° Total de proyectos de investigación financiados

-Periodicidad
Anual

-Fuentes
Registro estadístico del ESAH

-Tipo
Indicador de proceso

-Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

INDICADOR 26: N° Total de comunicaciones, ponencias, póster o publicaciones realizadas

-Criterio
Por determinar tras pilotar el indicador

-Descripción del indicador
Cuantifica todas las comunicaciones, ponencias, póster o publicaciones en materia de cuidados paliativos realizadas por el ESAH o por cada uno de sus miembros por separado. No se incluyen en el cómputo las comunicaciones, ponencias, pósters o publicaciones que se hayan realizado en otras materias. En la primera evaluación anual se computarán todas las comunicaciones, ponencias, pósters o publicaciones realizadas hasta la fecha.

-Objetivo
Evaluar la actividad científica del ESAH en materia de cuidados paliativos

-Fórmula
N° Total de comunicaciones, ponencias, póster o publicaciones realizadas

-Periodicidad
Anual

-Fuentes
Registro estadístico de ESAH

-Tipo
Indicador de proceso

-Estándar
Por determinar tras pilotar el indicador

SISTEMA DE REGISTRO DE LA EVALUACIÓN

ATENCIÓN INTEGRAL		
1	Nº de interconsultas nuevas realizadas al ESAH por:	Médicos
2		Enfermeras
3	Nº de interconsultas nuevas realizadas al ESAH para valorar:	Pacientes no Oncológicos
4		Pacientes Oncológicos
5	Motivos de de interconsulta	Nº Interconsultas por manejo de síntomas
6		Nº de interconsultas psicosociales
7		Nº Interconsultas por gestión, coordinación u otros
Nº de pacientes vistos en urgencias que no han ingresado		
8	Nº Total de pacientes a cargo del ESAH	Oncológicos
		No oncológicos
9	Nº de visitas realizadas a pacientes	ESAH
10		médico de ESAH
11		enfermera de ESAH
12 MEDIA DE VISITAS POR PACIENTE		
13 Nº Total de días de estancia en el hospital de cada alta ese mes		
14 ESTANCIA MEDIA EN EL HOSPITAL		
15	Nº de altas	por éxitus
16		a domicilio
17		a otros centros
18 Nº Total de pacientes con genograma realizado		
19 % PACIENTES CON GENOGRAMAS REALIZADO		
20 Nº de valoraciones del dolor nuevas realizadas		
21 % VALORACIONES NUEVAS DEL DOLOR		
22 Nº visitas nuevas por aspectos psicosociales realizadas		
23 % ÉXITUS EN EL HOSPITAL		
24 % ALTAS A DOMICILIO		
25 % ALTAS A OTROS CENTROS		
26 % VISITAS REALIZADAS POR ASPECTOS PSICOSOCIALES		
ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN PROFESIONALES		
27 Nº total de historias de coordinación nuevas abiertas con al menos 1 registro al año		
28	Nº de contactos con	Urgencias
29		ESAD
30		Trabajadora social
31		Otros profesionales hospitalarios

FORMACIÓN Y DOCENCIA		
FORMACIÓN IMPARTIDA A PROFESIONALES DEL HOSPITAL		
32	Nº actividades de formación en CP IMPARTIDAS por el ESAH	
33	Nº de horas de formación en CP IMPARTIDAS por el ESAH	
34	Nº Total de profesionales con formación específica básica en C.Paliativos:	Médicos
35		Enfermero/as
36		Aux. Enfermería
37	Otros	
38 TOTAL PROFESIONALES DEL HOSPITAL FORMACION BASICA		
39	Nº Total de profesionales con formación específica intermedia en C.Paliativos:	Médicos
40		Enfermero/as
41		Aux. Enfermería
42	Otros	
43 TOTAL PROFESIONALES DEL HOSPITAL FORMACIÓN INTERMEDIA		
44	Nº Total de profesionales con formación específica avanzada en C.Paliativos:	Médicos
45		Enfermero/as
46		Aux. Enfermería
47	Otros	
48 TOTAL PROFESIONALES DEL HOSPITAL FORMACIÓN AVANZADA		
FORMACIÓN RECIBIDA POR PROFESIONALES DEL ESCP		
49	Nº de actividades nuevas de formación en Cuidados Paliativos RECIBIDAS por el ESCP:	Médico de ESCP
50		Enfermero/a de ESCP
51 Nº TOTAL ACTIVIDADES RECIBIDAS POR ESCP		
52	Nº de horas nuevas de formación en Cuidados Paliativos RECIBIDAS por el ESCP:	Médico de ESCP
53		Enfermero/a de ESCP
54 Nº TOTAL DE HORAS DE FORMACIÓN RECIBIDAS POR ESCP		
55	Nº de profesionales de ESCP que RECIBEN formación en Cuidados Paliativos	Médicos ESCP
56		Enfermeras ESCP
57 TOTAL PROFESIONALES DE ESCP QUE RECIBEN FORMACIÓN ESPECÍFICA		
INVESTIGACIÓN		
58 Nº de proyectos de investigación financiados		
59 Nº de Comunicaciones, ponencias, poster o publicaciones realizadas		

**RESULTADOS ESCP HOSPITALARIOS 2008
(DISTINTOS PERIODOS) POR ÁREAS DE SALUD**

	ÁREA I			ÁREA II		ÁREA III	ÁREA IV	ÁREA V	ÁREA VI		
	HURS	HMM	2008 HUVA	oct-dici 2008 HSMR	HLA	2008 HRM	ene-sept 2008 HCN	2008 HVC	HFC		
TOTAL de pacientes vistos			301	48		30	47	43			
oncológicos				4		4	45	10			
no oncológicos			8,34	18,43			7,17	9,23			
Estancia media	0	0	0	0	0	0	5	19	0		
Pacientes vistos sólo en Urgencias			147	35			11	10			
Alta por éxitus			118	15			69	38			
Alta a domicilio			36	2			12	5			
Alta a otras instituciones											
CIE-9-MC (Ene 07-Sept 08)	V66	13	49	49	FALTAN DATOS	32	48	23	18	13	
	V66.7	11	46	18	FALTAN DATOS	10	34	23	2	13	
TOTAL		24	95	67	FALTAN DATOS	42	82	46	20	26	
Total de Ingresos (Ene 07-Sep08)		19818	27706	53852		35104	7682	17742	6732	6486	5239
% V66+V66.7 respecto a los ingresos		0,12%	0,34%	0,12%	FALTAN DATOS	0,55%	0,46%	0,68%	0,31%	0,50%	



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo



Servicio
Murciano
de Salud