



Cuidados Paliativos

Norma de Atención

2015

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Cuidados paliativos*. Norma de atención. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2015.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Salud Pública | 3. Norma de atención |
| 2. Sistema Nacional de Salud | 4. Ecuador |

Ministerio de Salud Pública
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfono: (593 2)-381-44 00 / 593-2-381-4450
www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

Publicado en xxxx
ISBN xxx x xxxxxx xxx



Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de “Atribución-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador”, y pueden reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Cuidados paliativos. Norma de atención. 1ª Edición
Dirección Nacional de Normatización, Quito, Ecuador, 2015. Disponible en:
<http://salud.gob.ec>

Impreso en Quito – Ecuador

Autoridades MSP

- Mgs. Carina Vance, Ministra de Salud
- Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
- Dra. Marisol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud
- Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
- Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud
- Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización
- Econ. José Ango, Director Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- Dr. Juan Carlos Panchi, Director Nacional de Discapacidades

Grupo de redacción

- Ximena Pozo, Médica de familia Coordinadora de Cuidados paliativos Subsecretaría Nacional de Gobernanza, MSP
- Andy Mendoza, Médico Dirección Nacional de Hospitales, MSP
- Marcela Hidalgo, Médica de familia Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, MSP
- Florencia Cuamacas, Licenciada en enfermería Dirección Nacional de Discapacidades, MSP

Colaboración

- Silvia Álvarez, Bioquímica farmacéutica, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
- Alexander Andrade, Máster en Riesgos, Asesor de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- Carolina Andrade, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Marcela Bolaños, Máster en Salud Pública. Dirección Nacional de Hospitales MSP
- Sofía Cañadas, Médica de familia Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, MSP
- Roberto Carrión, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- María Cristina Cervantes, Médica internista SOLCA Quito
- Sandra Cevallos, Anestesióloga Hospital Carlos Andrade Marín, FECUPAL
- Patricio Córdova, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Gicela Cuzco, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Gladys Changuin, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Nelson Delgado, Arquitecto sanitario Dirección Nacional de Normatización MSP
- Julia Estrella, Geriatra Subdirección de Regulación de Salud IESS
- Tatiana Fernández, Médica Internista Clínica Guadalupe
- Marinka Gallo, Médica Fundación ABEI
- Daniel González, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Nilda González, Anestesióloga. Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas
- Patricia González, Anestesióloga. SOLCA Loja
- Diana Gordón, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Susana Guijarro, Médica. Dirección Nacional de Normatización MSP

- Nancy Lino, Anestesióloga. SOLCA Guayaquil
- Carlos Logroño, Dirección Nacional de Primer nivel de atención en salud MSP
- José Madero, Sociólogo de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- Lucia Maldonado, Licenciada en enfermería. FECUPAL
- Paúl Martínez, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Martha Morales, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna. Universidad Central del Ecuador
- Sandro Naranjo, Licenciado en enfermería Dirección Nacional de Discapacidades MSP
- Pablo Arturo Olivo, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna. Universidad Central del Ecuador
- Germán Páez, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna. Universidad Central del Ecuador
- Juan Carlos Panchi, Médico de familia Director Dirección Nacional de Discapacidades MSP
- Patricia Paredes, Médica Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud MSP
- María Fernanda Peña, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Verónica Pinto, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Ximena Pinto, Licenciada en Enfermería, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
- Andrea Portilla, Psicóloga Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor MSP
- Alejandro Portillo, Médico residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Amanda Puruncajas, Licenciada en enfermería Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor MSP
- Edgar Quito, Médico Dirección Nacional de Hospitales MSP
- Ximena Raza, DDS Dirección Nacional de Normatización MSP
- Verónica Redín, Médica de familia Dirección Distrital 17D02 MSP
- Pamela Revelo, Médica de familia Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor MSP
- Jaime Rodríguez, Abogado Dirección Nacional de Normatización MSP
- Francisco Rodríguez, Geriatra Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor MSP
- Sandra Rodríguez, Médica internista SOLCA Portoviejo
- Jenifer Romero, Médica Dirección Nacional Primer Nivel Atención en Salud MSP
- Ramiro Rueda, Anestesiólogo Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas
- Ricardo Tixi, Oncólogo Hospital de la Policía. Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Oncología
- María Angélica Vallejo Zambrano, Ingeniera en sistemas Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- Mariana Vallejo, Algesióloga SOLCA Guayaquil, Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para estudio y tratamiento del dolor
- Belén Villalba, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador
- Janeth Yar, Médica de familia Dirección Nacional de Normatización MSP
- Verónica Zambrano, Dirección Nacional de Primer nivel de atención en salud MSP
- Diana Zúñiga, Médica residente de tercer año Postgrado de Medicina interna, Universidad Central del Ecuador

Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	5
Presentación.....	7
Introducción	8
1.- Antecedentes	10
2.- Marco Legal.....	13
3.- Objetivos	16
3.1.- General.....	16
3.2.- Específicos.....	16
4.- Alcance	16
5.- Definiciones.....	17
5.- Abreviaturas.....	20
6.- Lineamientos generales	21
Caracterización del usuario.....	21
Modelo de Atención Paliativa (13).....	22
Identificación & registro.....	22
6 pasos para la atención paliativa de pacientes identificados:.....	22
Paso 1: Identificar las necesidades multidimensionales de la persona y familia y/o cuidadores.....	22
Paso 2: Practicar un modelo de atención paliativa impecable.....	23
Paso 3: Elaborar un plan terapéutico multidimensional y sistemático.....	25
Paso 4: Identificar valores y preferencias de la persona y familia y/o cuidadores: ética clínica y planificación de decisiones anticipadas	26
Paso 5: Involucrar a la familia y al cuidador/a principal.....	27
Paso 6: Gestión de caso, seguimiento, atención continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios de salud y sociales del SNS	27
6 pasos para mejorar la calidad de atención paliativa en los servicios de salud y sociales	28
1. Identificar y registrar personas con enfermedades crónicas avanzadas que pueden requerir atención paliativa	29
2. Formación de los profesionales	29
3. Trabajo interdisciplinar	29
4. Atención del cuidador/a principal y la familia	29
5. Mejora de la accesibilidad.....	30
6. Coordinación y acciones integradas en el SNS de personas con necesidad de atención paliativa.....	30

Cartera de servicios de Cuidados paliativos por nivel de atención y requisitos para el funcionamiento.....	31
Proceso de atención para pacientes que requieren de Cuidados paliativos	35
Levantamiento de información de personas que requieren Cuidados paliativos	36
Indicadores.....	37
Anexos.....	56
Anexo 1: Instrumento NECPAL.....	56
Anexo 2: Formulario de historia clínica de Cuidados paliativos e instructivo de llenado. (Anverso).....	60
Anexo 2: Formulario de historia clínica de Cuidados paliativos e instructivo de llenado (Reverso).....	61
Anexo 2: Escalas de la historia clínica de Cuidados paliativos (Anverso).....	62
Anexo 2: Escalas de la historia clínica de Cuidados paliativos (Reverso).....	63
Anexo 2: Escalas de la historia clínica de Cuidados paliativos – Test de Zarit	64
Instructivo para el llenado del formulario de historia clínica de Cuidados paliativos	65
Anexo 3. Formulario de parte diario para pacientes en cuidados paliativos – Primera consulta e instructivo de llenado	73
Instructivo para el llenado del parte diario para pacientes en Cuidados paliativos – Primera consulta.....	74
Anexo 4. Formulario de parte mensual para pacientes en Cuidados paliativos – Primera consulta e instructivo de llenado.....	75
Instructivo para el llenado del parte mensual para pacientes en Cuidados paliativos – Primera consulta.....	76
Anexo 5. Formulario de parte diario de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos e instructivo de llenado	77
Instructivo para el llenado del parte diario de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos.....	78
Anexo 6. Formulario de parte mensual de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos e instructivo de llenado	79
Instructivo para el llenado del parte mensual de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos.....	80
Anexo 7. Maletín de visita domiciliaria de Cuidados paliativos	81
Referencias.....	53

Presentación

El Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsando el Buen Vivir, incorpora la atención de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud y establece los criterios para su ejecución, con la Norma de Atención de Cuidados Paliativos.

El MSP como Autoridad Sanitaria Nacional de la República del Ecuador a través de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza y la Dirección Nacional de Normatización, ha considerado necesario y oportuno poner a disposición la: “Norma de Atención de Cuidados Paliativos”, a fin de establecer las condiciones específicas que debe cumplir el Sistema Nacional de Salud para brindar atención a las personas con necesidad de cuidados paliativos.

El presente documento contribuirá a establecer los principios, condiciones, situaciones y mecanismos de provisión de la atención de salud en cuidados paliativos, para las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como a sus familias y/o cuidadores, en el lugar donde se encuentren.

En este contexto, presentamos la: “Norma de Atención de Cuidados Paliativos”, cuyo contenido está orientado a facilitar la atención a las personas con necesidad de atención paliativa, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos en salud del Gobierno Nacional, en beneficio de la población ecuatoriana.

Introducción

El Ministerio de Salud Pública cumpliendo con el Plan Nacional del Buen vivir, impulsado por la Constitución de la República (2008), incorpora la atención de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los servicios de cuidados paliativos atienden a personas que viven con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como a su familia y/o cuidadores. Se han considerado como componentes importantes de la salud pública, ya que garantizan el derecho al alivio del sufrimiento, a la dignidad, a solventar las necesidades para el cuidado y la calidad de vida de las personas en el final de la vida y sus familias.

El enfoque de cuidados paliativos es el ejemplo perfecto de una estrategia integral, multidimensional e intercultural, incluida en el Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI) el mismo que reconoce al acceso a los servicios de salud y a la salud como derechos humanos, afirmando que el cuidado de la salud debe ser gratuito, universal, solidario, acortando la brecha de inequidad, estando todos estos principios integrados en el concepto holístico del Plan Nacional para el Buen vivir.

En la figura 1, se muestra los cuidados paliativos integrados desde el diagnóstico de la enfermedad al tratamiento con fin curativo, estas estrategias terapéuticas se complementan, basándose en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada, incluyendo la atención del duelo.

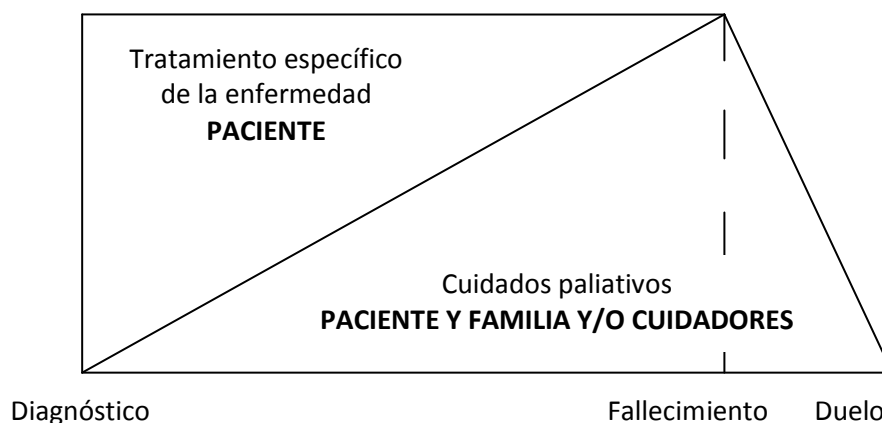


Figura 1: Adaptado de la OMS. Elaboración: grupo de redacción.

Las personas con enfermedades que ameritan atención paliativa, así como sus familias y/o cuidadores tienen múltiples necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, que se interrelacionan y potencian. Es fundamental que los profesionales de los diferentes niveles de atención identifiquen estas necesidades, para planificar estrategias específicas de atención paliativa, hay que señalar que realizar estas actividades demanda mayor tiempo de atención por parte los profesionales.

En el país los pacientes que necesitan cuidados paliativos con frecuencia son dados de alta de los hospitales sin indicaciones claras y sin un sistema de referencia a los otros niveles de atención o, permanecen ingresados hasta su fallecimiento. Actualmente, en los hospitales no

se dispone de espacio físico para servicios de cuidados paliativos, no se cuenta con el número de profesionales capacitados necesarios y además, existe limitación en la disponibilidad de medicamentos específicos como los opioides.

En esta norma se describe cómo identificar a las personas con necesidad de atención paliativa, el modelo de atención paliativa, su organización por niveles de atención, incluye el Formulario 058 de Historia clínica de cuidados paliativos, sus escalas y test, así como el levantamiento de la información de cuidados paliativos con sus respectivos indicadores.

1.- Antecedentes

El Ecuador respecto de la provisión de servicios de cuidados paliativos, según la Worldwide Palliative Care Alliance, se encuentra en el Nivel de desarrollo 3a, que significa: los servicios de cuidados paliativos se prestan de manera aislada ⁽¹⁾.

La determinación de la prevalencia real de personas con necesidades de atención paliativa en una población, requiere de estudios específicos ⁽²⁾ y especializados que el país empiece a abordarlos. Para la fase inicial de planificación de la atención en un país se puede estimar la necesidad de cuidados paliativos utilizando los datos de mortalidad de las patologías propuestas por Beverley McNamara ⁽³⁾ en su estimación de mínimos: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis lateral amiotrófica - enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer y SIDA, utilizando sus códigos correspondientes en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), para identificarlas.

En Ecuador al realizar esta estimación, utilizando la información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos se encontró que fueron 21.992 personas en el año 2010 ⁽⁴⁾, que corresponde al 36% del total de fallecimientos en ese año. Clasificando esta información en defunciones por patologías oncológicas y no oncológicas, se observa que el 16% corresponden a causas oncológicas y el 20% a patologías no oncológicas. Las cinco provincias con mayor mortalidad por enfermedades que ameritan cuidado paliativos son Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Azuay.

Por recomendación de la OMS, del total de personas que fallecen por las patologías indicadas, se considera al 80% como pacientes que requieren cuidados paliativos.

Para aproximarnos al tema de la oferta y la demanda de atención en cuidados paliativos en el país, tomaremos como ejemplo a la provincia de Pichincha, que es la que tiene un mayor número de instituciones que proveen cuidados paliativos, en el año 2010 fallecieron 4.118 personas con los CIE-10 indicados, el 80% fueron 3.294 personas, las cinco instituciones que brindan cuidados paliativos reportaron haber atendido a 657 personas ⁽⁵⁾, es decir el 20% de los pacientes, queda la pregunta como fueron atendidos el 80% de pacientes. Es necesario conocer que pasa en el resto de provincias, tomando en cuenta que únicamente en seis existen servicios de cuidados paliativos.

Según los registros de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, durante el año 2008 se diagnosticaron en Ecuador un total de 20.200 casos nuevos de cáncer, 10.900 en mujeres y 9.300 en hombres. Se identificó un riesgo del 15,7% de contraer cáncer antes de los 75 años de edad. Para el año 2020 se proyecta que un aproximado de 29.090 personas tendrá cáncer y 19.544 personas fallecerán por esta causa. ⁽⁶⁾.

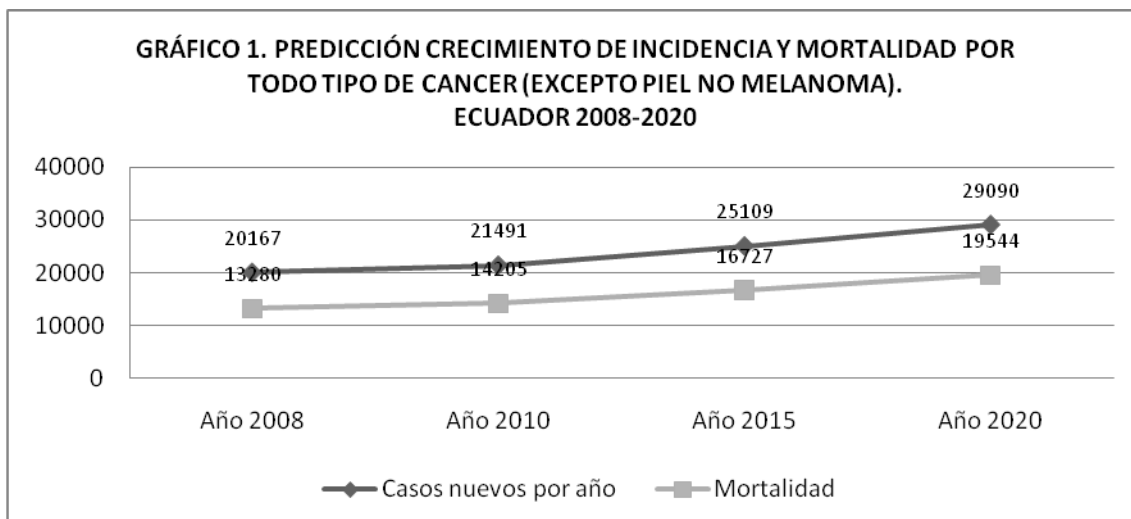


Gráfico 1. Fuente: GLOBOCAN 2008, Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Elaboración: Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva, MSP.

En nuestro país la mortalidad por cáncer es elevada, posiblemente como consecuencia del diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad. Según el Registro Nacional de Tumores - SOLCA Quito- del total de pacientes que fueron diagnosticados de cáncer en la ciudad de Quito en el período 2005 – 2007, el 18% se encontraron en estadio III y el 27% en estadio IV, es decir que el 45% de pacientes diagnosticados podrían requerir atención específica por equipos de cuidados paliativos desde el diagnóstico inicial, lo que refleja que el Sistema es aún deficiente en estrategias de prevención y detección temprana de cáncer; sumado a la dificultad de acceso a los servicios de salud sobre todo en áreas rurales y a la creencia difundida, incluso entre el personal sanitario, de que el cáncer es una enfermedad irremediamente fatal y que por lo tanto no existe la necesidad de acudir a los servicios de salud en búsqueda de tratamiento ⁽⁷⁾. Situaciones similares son claramente previsibles en los pacientes con las otras patologías crónicas susceptibles de atención paliativa en su fase avanzada.

Los pacientes que en el final de la vida son hospitalizados, fallecen inmersos en un sistema de salud propio de pacientes agudos, con horarios y visitas restringidas, sin los recursos humanos, técnicos y de infraestructura de cuidados paliativos. En el Hospital Eugenio Espejo de Quito ⁽⁸⁾ en el año 2010 egresaron 627 pacientes con diagnóstico de cáncer, fallecieron en el hospital 126 pacientes con cáncer de los cuales el 84% permaneció ingresado más de 48 horas. Estas hospitalizaciones representan un mal uso de recursos y modelos de atención no adaptados a las necesidades.

En nuestro país la atención en cuidados paliativos es dada por instituciones privadas, las que realizan esfuerzos individuales en procura de brindar atención a personas con enfermedades crónicas, avanzadas y pronóstico de vida limitada, sus esfuerzos, bien reconocidos por la sociedad, lamentablemente tienen un carácter local y no están articulados al Sistema Nacional de Salud.

La disponibilidad de analgésicos opioides es limitada, a pesar de la importancia que tienen para el control del dolor severo. Se destaca la morfina, la misma que debe estar disponible en presentaciones sólidas y líquidas para administración oral, ya que estas proporcionan efectivo alivio del dolor en la mayoría de los casos, son fáciles de administrar, mejoran la adherencia al tratamiento y representan un valor agregado en la atención del paciente pediátrico, sin embargo en el país se cuenta únicamente con ampollas de morfina. Esto se refleja en el bajo

consumo de opioides en Ecuador que es de 1,5 mientras que la media de Latinoamérica es de 4,80 mg/habitante ⁽⁹⁾.

En el país no contamos con especialistas titulados en cuidados paliativos, los profesionales que brindan el servicio han realizado diplomados, cursos o pasantías, debido a que no existen postgrados o maestrías en cuidados paliativos en Ecuador, la formación que se brinda se circunscribe a las ciudades de Quito: materia de pensum en cinco programas de postgrado de medicina, un diplomado de enfermería, materia optativa en el pregrado de medicina en una universidad, una fundación imparte cursos que involucran a profesionales y no profesionales; y Guayaquil: materia de pensum en un postgrado.

2.- Marco Legal

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 establece en el **numeral 6 del Artículo 11** que: *“todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía”*.

Consecuentemente, la misma norma constitucional, en el **Artículo 32** prescribe que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, (...) mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”*.

Así mismo, la referida Constitución de la República del Ecuador, en el **Artículo 35** dispone que: *“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado(...).”*

Adicionalmente, nuestro texto constitucional, en el **Artículo 50** prescribe que: *“El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”*.

La Norma Suprema, en el numeral 2 del **Artículo 66** ordena que: *“Se reconoce y garantizará a las personas: (...) 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud (...)”*.

En el **Artículo 360** de la citada Constitución de la República dispone que: *“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”*.

De conformidad con lo prescrito en el **Artículo 361** de la Carta Fundamental del Estado Ecuatoriano, *“El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”*.

Así mismo, en el **Artículo 363** la Norma Suprema ordena que: *“El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.(...)”*.

La accesibilidad a los servicios de cuidados paliativos es un derecho esencial en el respeto por la dignidad del ser humano. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su **Artículo 1** dispone que: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y,*

dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

La accesibilidad a los servicios de salud y su universalidad son elementos esenciales del derecho a disfrutar del nivel de salud más alto posible. El derecho a la salud ha sido reconocido como tal en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, de 1946, donde se establece que: *“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.*

La OMS en sus recomendaciones a los gobiernos en 1990, acerca del alivio del dolor en cáncer y cuidados paliativos, determinó que: *“Los gobiernos deben establecer políticas y programas nacionales de Cuidados Paliativos. Los gobiernos de los Estados miembros deben velar porque los programas de Cuidados Paliativos se incorporen en sus sistemas de atención de salud existentes; los sistemas separados de atención no son ni necesarios, ni deseables”.*

Por su parte, la Ley Orgánica de Salud, en su **Artículo 6**, dispone que: *“Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (...)”.*

Consecuentemente, el **Artículo 10** de la citada Ley Orgánica ordena que: *“Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva (...)”.*

La Ley Ibídem, en el **Artículo 69**, prescribe que: *“La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables”.*

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, prescribe: **“Artículo 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.** - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.”. **“Artículo 6. - DERECHO A DECIDIR.** - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

Por su parte, el Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) plantea en el **Objetivo 2:** *“auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad”.*

En el **Objetivo 3:** *“mejorar la calidad de vida de la población”.* En particular en el punto 3.3 *“garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud”.*

En este marco constitucional y legal, la Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador, expidió el Acuerdo Ministerial número 101, publicado en el Registro Oficial número 415 de 29 de Marzo de 2011, con la finalidad de: “Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar el derecho de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento; a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; a incluir a los familiares cuando sea necesario y, para ello, establezcan el lugar idóneo para cada una de dichas prestaciones.”

En el artículo 2 del citado Acuerdo se dispone: “Convocar a todas las entidades sean éstas públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud del país, a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención y asegure un enfoque multidimensional e interdisciplinario, garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo.”

El Acuerdo Ministerial 101 contiene nueve artículos con el fin de garantizar la disponibilidad y acceso de medicamentos como morfina por vía oral y educación de los profesionales.

Dando cumplimiento a este Acuerdo el Ministerio de Salud Pública, dispuso ⁽¹⁰⁾: *que uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar Comunitario e Intercultural, es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo.*

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida sin posibilidad de curación y por lo tanto requerir cuidados paliativos que se deben prestar en los tres niveles de atención, de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias, en estrecha relación con la familia y la comunidad.

Basados en la voluntad política expresada por el Estado Ecuatoriano en los mandatos e instrumentos constitucionales y legales aprobados y para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado y sus familias, el Ministerio de Salud Pública ha decidido elaborar la Norma de atención de cuidados paliativos.

3.- Objetivos

3.1.- General

Establecer los principios, condiciones, situaciones y mecanismos de provisión de la atención de salud en cuidados paliativos para las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como a sus familias y/o cuidadores en el lugar donde se encuentren.

3.2.- Específicos

1. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de las prestaciones de cuidados paliativos, en los diferentes niveles de atención
2. Determinar las condiciones que permitan la atención del paciente en su domicilio hasta el final de la vida.

4.- Alcance

La presente Norma es de aplicación obligatoria para el Sistema Nacional de Salud.

5.- Definiciones

Acompañamiento.- Es una herramienta terapéutica en la cual se desarrolla una relación empática con la otra persona, basada en la comunicación, la escucha, el compartir y una aceptación auténtica.

Agonía.- estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

Atención paliativa.- es el abordaje sistemático de las necesidades multidimensionales de las personas y familias y/o cuidadores con enfermedades crónicas, avanzadas, practicada por un equipo interdisciplinario competente, con ética clínica y la planificación de decisiones anticipadas como metodologías para tomar decisiones, la gestión de caso y la atención continuada como metodologías de seguimiento.

Autonomía (principio de).- considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida.

Burn out.- síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas.

Calidad de vida.- la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.

Comité de ética asistencial.- toda comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

Conspiración de silencio: Aquella familia que solicita a los profesionales ocultar la información del estado de salud y/o pronóstico al paciente,

Cuidados paliativos: la Organización Mundial de la Salud ⁽¹¹⁾ ha definido los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales.

Los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- No intentan acelerar ni retrasar la muerte
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y el duelo
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Decisiones anticipadas: Los objetivos y medidas adecuadas, adaptados a escenarios evolutivos previsibles dados por el paciente a su médico responsable durante el tratamiento paliativo, debe registrarse en la historia clínica.

Dolor: Según la International Association for the Study of Pain (IASP) “una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial”.

Duelo.- la reacción natural —matizada por el entorno sociocultural—, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento.

Empatía terapéutica es la capacidad auténtica de percibir, apreciar, comprender y compartir los sentimientos de carácter afectivo, cognitivo, existencial y experiencial de otra persona y hacerlo explícito y evidente en la relación terapéutica, a nivel verbal y no verbal.

Enfermedad en fase avanzada.- situación dentro de la evolución de cualquier enfermedad crónica progresiva, que se caracteriza por ser incurable, con falta de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes y progresivos. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con un pronóstico de vida limitado.

Estrés del cuidador.- Es la respuesta ante una sobrecarga emocional crónica, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que han de realizarse.

Familiar/cuidador/a principal del paciente en cuidados paliativos que conoce el diagnóstico: Quien explica en sus propias palabras la situación de salud del paciente: enfermedad incurable o que no existe un tratamiento curativo efectivo, independientemente del nombre de la patología; **que conoce el pronóstico** quien explica en sus propias palabras la situación de salud del paciente: presenta una enfermedad incurable por la que va a fallecer a corto o mediano plazo, se evalúa en la primera atención en cuidados paliativos.

Instrumento NECPAL: Es una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, que combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad. Se puede aplicar a los pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos con enfermedad avanzada en todos los niveles de salud, con la intención de identificar pacientes que requieren medidas paliativas.

Morfina: Analgésico opioide potente, es el medicamento de elección en el tercer escalón de analgesia, disponible en presentaciones: sólido y líquido oral, y líquido parenteral.

Necesidad espiritual: Pacientes cuya respuesta es si o no al preguntar: ¿tiene usted alguna necesidad espiritual?, realizada en cualquier atención brindada.

Opioides potentes: medicamentos analgésicos indicados para controlar el dolor severo, se unen a los receptores opioides en el sistema nervioso central.

Pacientes con diagnóstico de patología oncológica: Aquellos cuyos resultados de biopsia así lo ratifican, o la información consta en la hoja de referencia, o poseen diagnóstico clínico de un médico especialista.

Paciente que conoce el diagnóstico: Quien explica en sus propias palabras su situación de salud: enfermedad incurable o que no existe un tratamiento curativo efectivo, independientemente del nombre de la patología, se evalúa en la primera atención en cuidados paliativos.

Paciente que conoce el pronóstico: Quien explica en sus propias palabras su situación de salud: presenta una enfermedad incurable por la que va a fallecer a corto o mediano plazo, se evalúa en la primera atención en cuidados paliativos.

Planificación de decisiones anticipadas.- consiste en explorar e identificar los valores, preferencias y objetivos del paciente para poder establecer objetivos y medidas adecuados, adaptándolos a escenarios evolutivos previsibles.

Proporcionalidad (criterio de).- Es el análisis entre los efectos positivos de los métodos diagnósticos o el tratamiento y los negativos —como los efectos secundarios o el dolor que se pueda generar—. Es un criterio de buena práctica clínica que le corresponde hacer al profesional. A través del criterio de proporcionalidad se sabrá si el tratamiento médico o quirúrgico propuesto origina mayor beneficio al enfermo.

Sufrimiento.- es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

Testamento vital: Aquel documento escrito en el cual una persona, de forma libre y consciente, expresa las instrucciones que desea se realicen cuando se encuentre en una situación en que, por las circunstancias que concurran, no le permitan expresar personalmente su voluntad en relación a los tratamientos médicos y cuidados paliativos o de cualquier índole que le puedan ser aplicados.

5.- Abreviaturas

CP: cuidados paliativos

ESAS: Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton

KPS: Karnofsky

MAIS–FCI: Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e intercultural

MAP: Modelo de Atención Paliativa

MSP: Ministerio de Salud Pública

SNS: Sistema Nacional de Salud

NECPAL CCOMS-ICO: Necesidades paliativas Centro Colaborador de la Organización Mundial de Salud – Instituto Catalán de Oncología

PDA: Planificación de Decisiones Anticipadas

PPS: Palliative Performance Scale

RPIS: Red pública integral de salud

6.- Lineamientos generales

Caracterización del usuario

El proceso inicia con la identificación de las personas con necesidades de atención paliativa, para lo que se aplica una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, que combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad, uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías. Se puede aplicar a los pacientes crónicos con enfermedad avanzada en todos los niveles de salud, no está indicado su uso en los servicios de emergencia. Identifica pacientes con necesidades de un cambio de enfoque, incorporando medidas paliativas, en su atención. No es un instrumento de carácter pronóstico, ni que indique la necesidad de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, ni que limite, necesariamente, otros tipos de enfoques concomitantes. En el país el Instrumento a usar es NECPAL CCOMS-ICO^{® (12)} adjunto en el Anexo 1.

La atención de cuidados paliativos está dirigida a las personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, que presentan los siguientes diagnósticos:

- Cáncer
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad neurológica
- Enfermedad hepática
- Enfermedad renal
- SIDA

Sin distinción, ni discriminación de: edad, raza, género, religión, condición social.

Modelo de Atención de Cuidados Paliativos⁽¹³⁾

Consta de los siguientes componentes:

- **Identificación, codificación y registro**
- **Seis pasos para la atención paliativa de pacientes identificados**
- **Seis pasos para mejorar la calidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales**

Identificación & registro

1. Listado de pacientes diana: Identificación de pacientes con patologías crónicas, evolutivas, avanzadas acorde a los registros del SNS
2. Identificación de personas en situación de enfermedad crónica, avanzada, con pronóstico de vida limitado y necesidades de atención paliativa, mediante el uso del instrumento NECPAL
3. Codificación de los pacientes NECPAL +: uso del CIE 10 Z51.5 Atención paliativa
4. Registro de la información en la Historia clínica única y registros compartidos del sistema de salud.
5. Apertura del Formulario 058 de historia clínica de cuidados paliativos adjunto en el Anexo 2
6. Registro de la atención según corresponda:
 - Parte diario para pacientes en cuidados paliativos – primera consulta, adjunto en el Anexo 3
 - Parte diario
 - Ficha familiar
 - Hoja de registro de actividades extramurales
 - Parte mensual para pacientes en cuidados paliativos – primera consulta, adjunto en el Anexo 4.
 - Parte diario de fallecimiento de pacientes en cuidados paliativos, adjunto en el Anexo 5
 - Parte mensual de fallecimiento de pacientes en cuidados paliativos, adjunto en el Anexo 6

Seis pasos para la atención paliativa de pacientes identificados:

1. Identificar las necesidades multidimensionales de la persona y familia y/o cuidadores
2. Practicar un modelo de atención impecable
3. Elaborar un plan terapéutico multidimensional y sistemático (Cuadro de cuidados)
4. Identificar valores y preferencias de la persona: ética clínica y planificación de decisiones anticipadas
5. Involucrar a la familia y al cuidador/a principal
6. Realizar gestión de caso, seguimiento, cuidados continuados y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios

Paso 1: Identificar las necesidades multidimensionales de la persona y familia y/o cuidadores

El modelo de necesidades es de carácter multidimensional: abarca los componentes físicos, psicológicos, sociales, espirituales, prácticos, manejo de la muerte, duelo; permitiendo explorar e identificar los aspectos relevantes de cada dimensión, como se detalla en el cuadro de Ferris⁽¹⁴⁾.



Figura 2. Adaptado de Gómez-Batiste X. et al: Modelo multidimensional de necesidades (modificado de Ferris et al)

Paso 2: Practicar un modelo de atención paliativa impecable

Una vez identificadas las necesidades, se aplica un modelo de atención paliativa impecable, basado en competencias básicas (clínicas, comunicativas, éticas, de atención planificada, de atención continuada y, finalmente, de gestión de caso), respondiendo a las necesidades nucleares del paciente (espirituales y trascendentes, dignidad, respeto y esperanza), incorporando a la familia y/o cuidadores y practicando actitudes y comportamientos adecuados (empatía, congruencia, confianza y honestidad). Para operativizar lo anterior se debe aplicar la Guía de práctica clínica y del ciudadano de cuidados paliativos del MSP.

2.1 Exploraciones y registros básicos

Los aspectos básicos a explorar y registrar son:

- La evaluación del estado del paciente
- La evaluación de los síntomas físicos y psicológicos
- Las preguntas básicas de información y expectativas del paciente
- La revisión de la situación de la enfermedad y del tratamiento

2.1.1 Evaluación del estado del paciente

Se han de considerar los criterios de severidad y de progresión de la enfermedad, que aportan las visiones de gravedad y dinámica, respectivamente, a la evaluación.

Se evaluará, como consta en el Formulario de historia clínica de cuidados paliativos, adjunto en el Anexo 2:

- Estado funcional:

- Karnofsky y Palliative Performance Scale (PPS)⁽¹⁵⁾
- Barthel⁽¹⁶⁾
- Estado cognitivo:
 - Test de Pfeiffer⁽¹⁷⁾
- Estado emocional:
 - Diagnóstico de malestar emocional⁽¹⁸⁾
- Estado espiritual:
 - Acorde a la necesidad del paciente
- Estado del cuidador:
 - Zarit^(19,31)
- Estado social:
 - Gijón (abreviado y modificado, Barcelona)⁽²⁰⁾

2.1.2 Evaluación de síntomas físicos y psicológicos

Uso del cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)⁽¹⁶⁾.

2.1.3 Preguntas básicas de información y expectativas del paciente

En el contexto de la relación terapéutica de confianza se aplican las siguientes preguntas básicas:

- Relativo a información y comprensión de la situación:

“¿Cómo ve la enfermedad y su evolución?”
- Relativo a preocupaciones:

“De lo que hemos hablado de la evolución y el futuro, ¿qué cosas le preocupan más?”
- Relativo a dudas y temas pendientes:

“De lo que hemos hablado, ¿tiene alguna duda?”
- Relativo a expectativas y demandas:

“¿Qué le gustaría que hiciéramos por usted?”

2.1.4 Revisión de situación de la enfermedad y tratamiento

Se debe revisar la situación de la enfermedad, objetivos e indicaciones de los tratamientos específicos, valorando:

- Estado de la enfermedad: grado, estadio, compromiso, entre otros
- Pronóstico previsible
- Probabilidad de respuesta a tratamiento específico
- Balance entre respuesta, toxicidad
- Evolución previsible: descompensaciones, crisis, entre otros
- Disponibilidad de medicación
- Entrega de certificado de defunción
- Evaluación necesidad de formalización

2.2 Metodología para el control de síntomas

La metodología para el control de síntomas contempla:

- Evaluar, antes de tratar: causa, severidad, factores agravantes, impacto físico y emocional, significado, entre otros
- Definir con el paciente y equipo, los objetivos terapéuticos: realistas, graduales y escalonados
- Asociar tratamiento farmacológico con no farmacológico y prevenir iatrogenias
- Planificar tratamiento fijo, tratamiento preventivo y respuesta a crisis
- Informar, educar y comunicar sobre objetivos, tratamiento, recursos y respuesta a crisis

- Registro, monitorización y revisión del proceso con accesibilidad y disponibilidad por parte del equipo

2.3 Información, comunicación y empatía terapéutica

Los aspectos fundamentales sobre información, comunicación y empatía terapéutica a integrar en la atención paliativa quedan recogidos en los siguientes:

2.3.1 Principios de la información y la comunicación

Los principios que fundamentan la información y la comunicación en la atención paliativa son:

- Proceso gradual, respetuoso
- Medidas verbales y no verbales
- Contenido, forma, ritmo, tiempo, espacio, interlocutor y límites escogidos por el paciente
- Entender y respetar mecanismos adaptativos
- Añadir siempre compromiso de apoyo, seguridad y disponibilidad
- Compartir con la familia y el equipo, respetando voluntades y deseos del paciente

2.3.2 Comunicación efectiva

Los pasos de la comunicación efectiva:

- Establecer un contexto – lugar adecuado: privado, sin interrupciones
- Explorar qué sabe el paciente
- Explorar qué quiere saber el paciente
- Explorar si está en condiciones de saber
- Compartir la información
- Responder a las emociones del paciente
- Organizar y planificar

2.3.3 Empatía terapéutica

Se debe incluir:

- Entrega de información escrita acerca de la atención paliativa, Guía de cuidados paliativos para el ciudadano MSP

Paso 3: Elaborar un plan terapéutico multidimensional y sistemático

Una vez establecidas las necesidades de cada dimensión, se implementa un plan de cuidados sistemático, que se adapta a las condiciones específicas de la persona (valores y preferencias) y se debe actualizar de acuerdo a la evolución del mismo, durante el proceso de seguimiento, evaluación y monitorización continua. Para lo que se llena el cuadro de cuidados:

Tabla 2: Cuadro de cuidados (modificado de Ferris FD)

Dimensión	Evaluación (básica o compleja)	Decisiones y objetivos compartidos	Acciones de cuidado	Revisión / seguimiento	Indicadores
Enfermedad					
Físicos					
Psicológico					
Espiritual					
Ética					
Familia					
Social					
Práctica					
Últimos días					
Duelo					

3.1 Seguimiento y revisión

Este proceso se repetirá siempre que sea necesario, con la frecuencia que aconseje la situación:

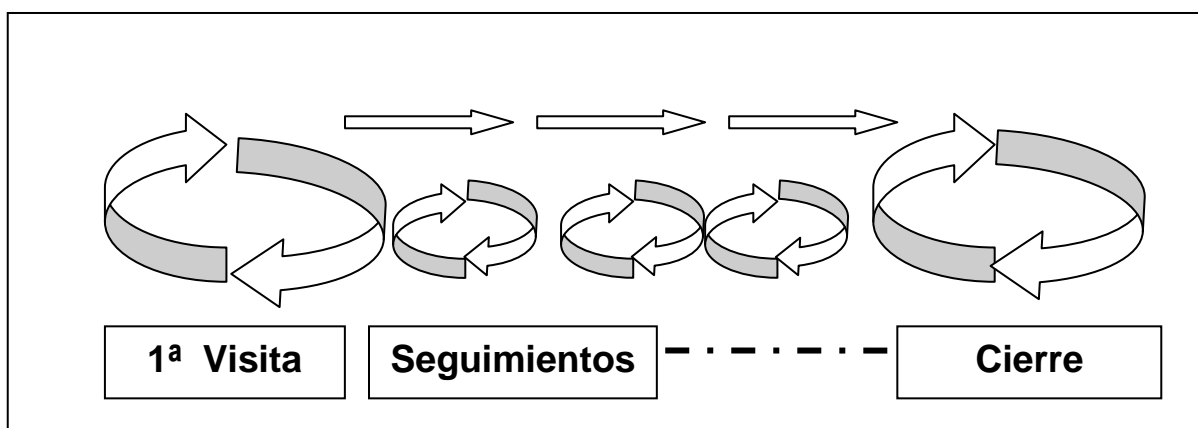


Figura 3: Proceso de seguimiento y revisión.

Paso 4: Identificar valores y preferencias de la persona y familia y/o cuidadores: ética clínica y planificación de decisiones anticipadas

La ética clínica y la planificación de decisiones anticipadas (PDA) constituyen la metodología de trabajo de la atención paliativa. Se basan en la consideración de que la atención paliativa de calidad es un derecho fundamental y el respeto por los valores y preferencias del paciente es un requisito ineludible para tomar decisiones.

4.1 Requisitos

La PDA requiere:

- La competencia necesaria
- Basarse en el respeto y la confianza
- Un proceso cualitativo, gradual y evolutivo

- Un proceso de carácter voluntario y no forzado, delicado y confidencial
- Revisión y actualización
- Involucrar a la familia (recomendable), respetando siempre la voluntad del paciente

4.2 Exploración

Consiste en identificar de la persona:

- El grado/nivel de comprensión y significado del proceso y del pronóstico
- Las preocupaciones, los valores y los objetivos
- Las preferencias con referencia a tratamientos y recursos a emplear: limitación de esfuerzo terapéutico o cambio de orientación terapéutica hacia la atención paliativa, preferencias de lugar de atención, entre otros
- La directiva anticipada, testamento vital, otro tipo de decisiones
- La posible delegación en la toma de decisiones
- Los aspectos legales

Es muy importante registrarlo adecuadamente en el curso clínico y explicarlo en la historia clínica, hojas de interconsultas, especialmente en las referencias/contra referencia.

4.3 ¿Cómo iniciar la PDA?

Se puede iniciar generando un clima de confianza terapéutica, explorando las preferencias para decisiones a corto plazo e introduciendo, muy gradualmente, las preferencias ante escenarios previsibles a medio y largo plazo.

Paso 5: Involucrar a la familia y al cuidador/a principal

La familia, o entorno afectivo - relacional, se consideran como una unidad a tratar y hay que involucrarlos en el proceso de atención.

5.1 Aspectos relevantes

Los aspectos relevantes a considerar son:

- Estructura y recursos
- Cuidador/a principal: identificación y evaluación
- Necesidades y demandas, preocupaciones y expectativas
- Capacidad emocional del cuidador/a
- Capacidad práctica del cuidador/a

5.2 Acciones a implementar

Las acciones a implementar:

- Información y comunicación
- Accesibilidad, participación
- Apoyo
- Identificación y prevención del riesgo de claudicación
- Atención del duelo y prevención del duelo complicado

Paso 6: Gestión de caso, seguimiento, atención continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios de salud y sociales del SNS

La gestión de caso consiste en incluir en el plan terapéutico las indicaciones de recursos adecuados en el seguimiento, con un enfoque preventivo de las crisis evolutivas frecuentes en las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado, para asegurar la atención apropiada, la calidad y eficiencia.

6.1 Componentes

Los componentes esenciales son la evaluación, seguida del plan terapéutico y finalmente, el plan de seguimiento. Es fundamental decidir y compartir, en todo momento, con los pacientes y familia y/o cuidadores.

6.2 Medidas por parte del propio equipo

- Evaluación multidimensional interdisciplinaria conjunta inicial, elaboración del plan terapéutico y reuniones formales interdisciplinarias de seguimiento
- Atención preventiva y continuada
- Definición/identificación de profesionales del equipo responsable (Primer nivel)
- Propuestas de seguimiento, definición de funciones y tareas de cada miembro
- Aumentar la cobertura e intensidad en función de las necesidades
- Evaluación, revisión, monitorización y registro

6.3 Indicación de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos

Valorar la indicación de intervención de los equipos específicos de cuidados paliativos:

- Condiciones particulares
- Necesidades y demandas
- Criterios específicos y acuerdos sectorizados

6.4 De la coordinación a las acciones integradas

Para pasar de la coordinación a las acciones integradas, hay que establecer:

- Equipo responsable (Equipo del Primer nivel) y equipos que pueden intervenir (equipos de especialistas en cuidados paliativos u otros profesionales)
- Seguimiento convencional, único o compartido
- Accesibilidad de los equipos y servicios, especialmente en situaciones de crisis (urgencias, atención continuada) aplicación del Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en establecimientos de la Red pública integral de salud y en la Red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud
- Sistema de información, coordinación y comunicación entre niveles (especialmente, en las referencias-contrarreferencias)

Seis pasos para mejorar la calidad de atención paliativa en los servicios de salud y sociales

Se debe evaluar y mejorar la calidad de la atención paliativa en los servicios de salud y sociales, especialmente en aquellos que atienden con elevada frecuencia a personas con enfermedades crónicas avanzadas, como el Primer nivel, establecimientos hospitalarios de agudos (servicios de Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Geriátrica, Oncología, Urgencias y otros), establecimientos de crónicos: residencias, asilos.

Las 6 medidas para evaluar y mejorar la atención paliativa consisten en:

1. Identificar y registrar a las personas con enfermedades crónicas avanzadas que pueden requerir cuidados paliativos
2. Formación de los profesionales
3. Practicar el trabajo interdisciplinario
4. Atender al cuidador/a principal y la familia
5. Mejorar la accesibilidad: optimización del programa de atención domiciliaria, permitir accesibilidad a las familias, etc.

6. Coordinación y acciones integradas sectorizadas, gestión de caso, atención planificada y programada, atención continuada y atención urgente

Adicionalmente, realizar de manera regular y sistemática autoevaluación y mejora de la calidad.

1. Identificar y registrar personas con enfermedades crónicas avanzadas que pueden requerir atención paliativa

Consiste en:

- Uso del instrumento NECPAL CCOMS-ICO® en la documentación regular
- En el caso de la atención del Primer nivel, basarse en el registro de personas con enfermedades crónicas evolutivas avanzadas, pacientes que necesitan atención domiciliaria, personas con enfermedades catastróficas, discapacidad, considerar a las personas con edad extrema (ej. mayor de 90 años) independientemente de su estado de salud o funcional
- En el caso de establecimientos hospitalarios o de media estancia, aplicarlo de manera sistemática al 2-3 día del ingreso de la persona con enfermedad crónica avanzada
- En residencias, asilos aplicarlo de manera regular cada 3 meses

2. Formación de los profesionales

Los profesionales estarán capacitados para atender a las personas con necesidades de atención paliativa, se contará con liderazgos internos, y con documentación clínica normada para aplicar la asistencia con calidad:

- Formación:
 - Básica universal para el pregrado de los profesionales de salud: medicina, enfermería, psicología, trabajo social (40 horas)
 - Intermedia: equipos de atención del Primer nivel (60-80 horas)
 - Avanzada: especialistas en cuidados paliativos (maestría, postgrado)
- Insertar temas/casos de cuidados paliativos en el proceso de formación continua (sesiones establecidas)
- Uso de la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos y del ciudadano MSP

3. Trabajo interdisciplinar

Consiste en realizar el proceso de trabajo interdisciplinario en la atención de personas con necesidades de cuidados paliativos:

- Realizar la identificación de personas con enfermedades crónicas, avanzadas de manera interdisciplinaria
- En personas identificadas (NECPAL positivo), realizar conjuntamente el MAP
- Definir los roles de los miembros del equipo de cuidados paliativos

4. Atención del cuidador/a principal y la familia

Consiste en la atención integral de la familia, muy especialmente del cuidador/a principal:

- Identificar al cuidador/a principal
- Evaluar:
 - estado emocional del cuidador/a
 - capacidad práctica del cuidador/a
 - riesgo de claudicación

- Apoyo y educación del cuidador/a principal
- Facilitar el acceso y la participación del cuidador/a principal en la toma de decisiones y en los cuidados (también en pacientes institucionalizados)
- Evaluar el riesgo de duelo complicado
- Atención del duelo

5. Mejora de la accesibilidad

- Priorizar/Optimizar la atención domiciliaria y los equipos de soporte hospitalario
- Mejorar la accesibilidad de personas con necesidades de atención paliativa y familias y/o cuidadores (espacios, horarios de atención, flexibilidad, etc.)
- Aumentar la intensidad de atenciones y cuidados: atención domiciliaria o institucional
- Definir el referente específico dentro del equipo
- Realizar intervenciones programadas preventivas: atención telefónica programada (especialmente en pacientes de riesgo de descompensación, pre fines de semana, feriados), atención preventiva en pacientes institucionalizados, entre otras
- Definir bien (e informar al paciente y familia) el rol del equipo en:
 - evaluación
 - seguimiento (único o compartido)
 - atención continuada y urgente
 - situaciones previsibles (o imprevisibles)

6. Coordinación y acciones integradas en el SNS de personas con necesidad de atención paliativa

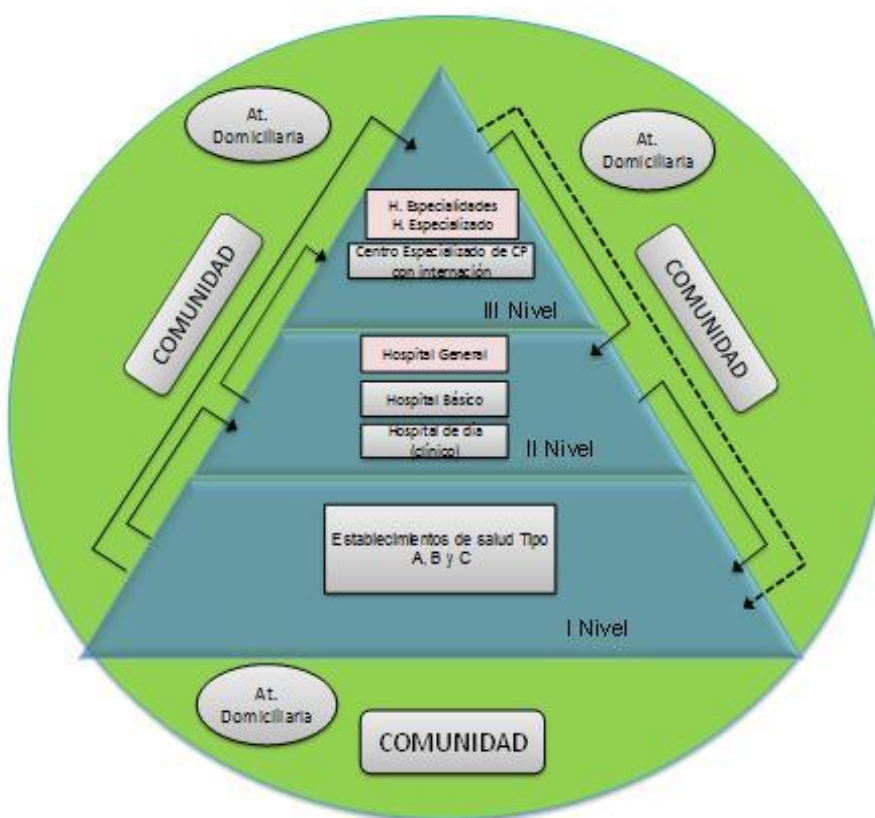
Consiste en garantizar la continuidad de la atención de las personas con necesidad de atención paliativa, en los casos que amerite:

- Activar la Red pública integral de salud (RPIS) y Red privada complementaria
- Uso de los documentos habilitantes del Convenio Marco interinstitucional 0000011, Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en establecimientos de la Red pública integral de salud y en la Red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud
- Tarifario del SNS
- Lineamientos Operativos del Modelo de atención Integral y Red Pública integral de salud
- Informar a los usuarios de los criterios de utilización racional de los recursos.

Cartera de servicios de Cuidados paliativos por nivel de atención y requisitos para el funcionamiento

La mayor parte de personas con enfermedad crónica, avanzada, con pronóstico de vida limitado pueden ser atendidas en el domicilio por los equipos de atención del primer nivel conjuntamente con la familia y/o cuidadores, pero requieren mecanismos flexibles de acceso e intervención de los equipos especializados en cuidados paliativos o ingreso a establecimientos de forma temporal o definitiva. Debido a que las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales son de carácter cambiante y existen condiciones individuales, es importante orientar los recursos hacia la atención de esas necesidades, favoreciendo la coordinación y garantizando la continuidad en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Las personas con necesidad de atención paliativa generalmente son identificadas en el tercer nivel de atención, donde se debe iniciar el modelo de atención paliativa y luego del análisis realizado por el equipo-paciente-familia y/o cuidadores de: las necesidades identificadas, las facilidades de acceso a equipos asistenciales capacitados, infraestructura, disponibilidad de medicamentos, respetando la autonomía del paciente, se determinará el lugar-nivel de atención.



Las prestaciones por nivel de atención y requisitos para el funcionamiento esta conformada por la atención en domicilio y/o establecimientos, como se detalla:

AMBITO DE ATENCIÓN	NIVEL		PRESTACION	TALENTO HUMANO	FORMACIÓN	RECURSOS/INFRAESTRUCTURA
DOMICILIO*	I		Visita domiciliaria	Médico/a Enfermero/o y otros profesionales del primer nivel de acuerdo a la disponibilidad y necesidad	Capacitados en cuidados paliativos (CP)	-Medio de transporte adecuado -Maletín de visita domiciliaria -Medicamentos básicos para control de síntomas en CP -Facilidades de comunicación
	II y III		Visita domiciliaria especializada	Médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social	Especialistas en CP	-Medio de transporte adecuado -Maletín de visita domiciliaria -Medicamentos básicos -Medio de comunicación: teléfono celular, internet
ESTABLECIMIENTOS	I	A	Consulta externa	Médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social y otros profesionales del primer nivel de acuerdo a la disponibilidad y necesidad	Capacitados en CP	-Consultorio con facilidades de comunicación e informática
		B	Consulta externa			
		C	Consulta externa			
	II	HOSPITAL DEL DIA	Procedimientos ambulatorios relacionados con CP	Médico/a especialista, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social	Capacitados en CP	-Consultorio con facilidades de comunicación e informática -Áreas funcionales para el proceso de atención
		HOSPITAL BASICO	-Consulta externa -Hospitalización de corta estancia	Médico/a especialistas, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social	Capacitados en CP	-Consultorio con facilidades de comunicación e informática -Áreas funcionales para el proceso de atención
		HOSPITAL GENERAL	-Consulta externa -Hospitalización de corta estancia -Procedimientos ambulatorios relacionados con CP	Médico/a, enfermero/a, psicólogo/a Trabajador/a social con capacitación en CP	Especialistas en CP	-Consultorio con facilidades de comunicación e informática -Áreas funcionales para el proceso de atención
		AMBULATORIOS	-Consulta externa	Médica/o, enfermera/o,	Especialistas en CP	-Consultorio con facilidades de

	III	ESPECIALIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS CON O SIN INTERNACION	<ul style="list-style-type: none"> -Hospitalización de larga estancia -Procedimientos ambulatorios relacionados con CP -Centro de día 	psicóloga/o, Trabajador/a social, asistente espiritual, terapias física y ocupacional	Capacitados en CP	<p>comunicación e informática</p> <p>-Áreas funcionales para el proceso de atención.</p> <p>Servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habitaciones simples o dobles con baño privado, con comodidad y equipamiento para el descanso del cuidador -Ambiente cálido y familiar -Áreas para el esparcimiento y alimentación de los pacientes y sus familiares/cuidadores -Áreas adecuadas para actividades y terapias individuales y grupales -Área de preparación de alimentos (cocina) -Espacio administrativo (oficina) para reuniones de planificación, organización, integración del equipo.
		HOSPITAL ESPECIALIZADO Y DE ESPECIALIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta externa -Hospitalización de corta estancia (desde la interconsulta a CP) -Procedimientos ambulatorios relacionados con CP 			

*En el anexo 7, se detalla el contenido del maletín para la visita domiciliaria.

Todos los niveles:

- atienden por demanda espontánea y/o referencia-contrareferencia
- aplican el modelo de atención paliativa
- facilitan la participación de voluntarios capacitados
- en cuanto al tiempo los profesionales requieren:

	Primera atención	Subsecuentes
Consulta externa	60 minutos	30 minutos
Hospitalización de agudos	60 minutos	
Visita domiciliaria	60-90 minutos (además del tiempo para movilizarse)	
Establecimientos especializados de cuidados paliativos, unidades de cuidados paliativos en centros de la Red social de apoyo	60 minutos	30 minutos

Establecimientos ambulatorios especializados en cuidados paliativos con o sin internación:

- Sin restricción de horario, ni tipo de visita al paciente.

Hospital especializado y de especialidades:

Depende del espacio físico que dispongan, incluye:

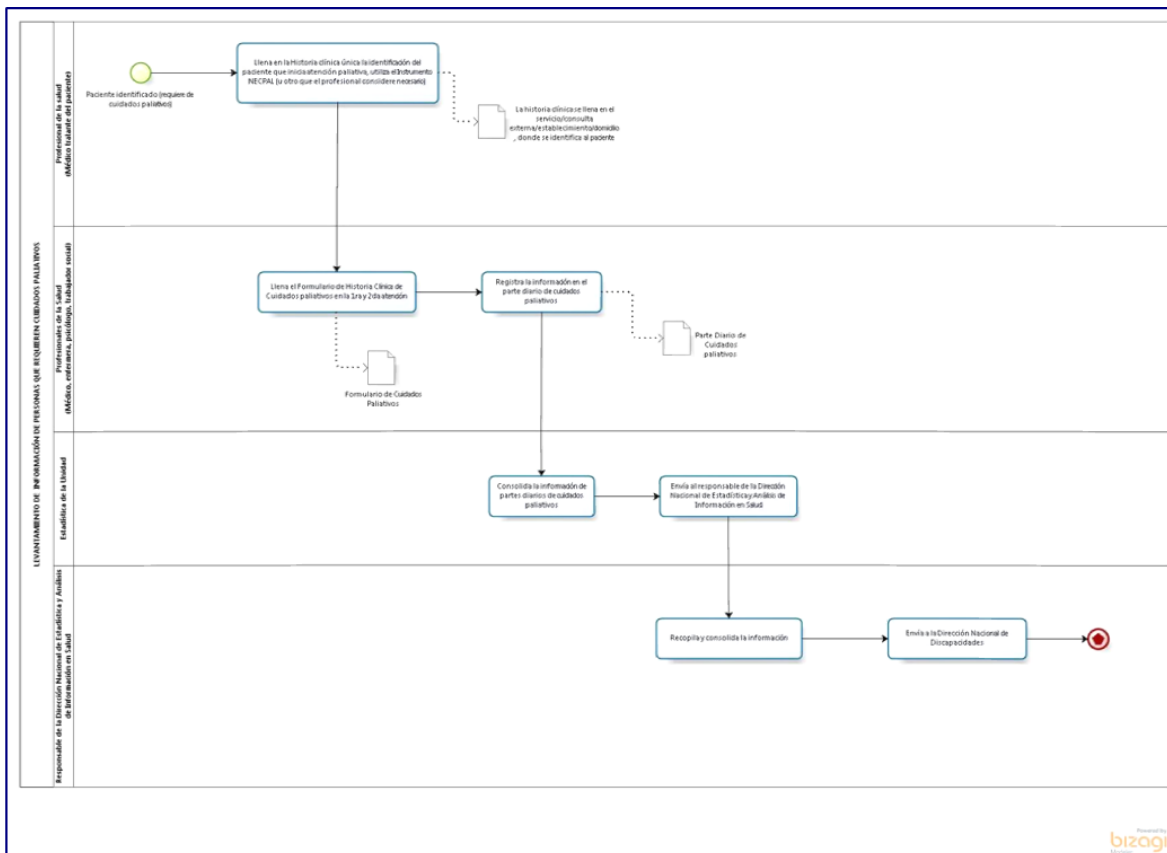
- Servicios de cuidados paliativos
- Equipos de soporte mixto de cuidados paliativos (atienden en hospitalización, consulta externa, domicilio)
- En los establecimientos que no disponen de servicios de CP, la atención la realizan los equipos de soporte de cuidados paliativos en el servicio en el que se encuentre hospitalizado el paciente, necesitan contar con una oficina-consultorio con facilidades de comunicación e informática.
- La permanencia del paciente puede alcanzar una duración promedio de hasta 10 días, tiempo en el cual se determinará la referencia al nivel que corresponda a su estado y situación familiar-social.

Unidades de cuidados paliativos en centros de la Red social de apoyo:

- Sin restricción de horario, ni tipo de visita al paciente
- Médica/o, enfermera/o, psicóloga/o especialistas en CP
- Infraestructura como los servicios de cuidados paliativos del tercer nivel.



Levantamiento de información de personas que requieren Cuidados paliativos



Indicadores

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con necesidad de atención paliativa
DEFINICIÓN	Pacientes que presentan enfermedades crónicas, avanzadas con pronóstico de vida limitado NECPAL positivo, que requieren atención paliativa, expresado como porcentaje de los pacientes de un servicio, hospital o establecimiento.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$= \frac{\text{Total de pacientes que requieren atención paliativa (NECPAL positivo)}}{\text{Total pacientes del servicio, hospital o establecimiento}} * 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
<p>Instrumento NECPAL: Es una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, que combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad. Se puede aplicar a los pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos con enfermedad avanzada en todos los niveles de salud, con la intención de identificar pacientes que requieren medidas paliativas.</p> <p>Numerador: paciente NECPAL positivo es quien en el Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pregunta sorpresa (pregunta 1) con respuesta NEGATIVA, y -Al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta POSITIVA, de acuerdo con los criterios establecidos. <p>Denominador: número total de pacientes usuarios de un servicio, hospital o establecimiento, en un periodo determinado</p>	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
<p>A partir de utilizar el instrumento NECPAL en el total de pacientes de un servicio, hospital o establecimiento, en un periodo determinado se obtiene la información:</p> <p>-Numerador: se considera el total de pacientes NECPAL positivo = aquellos cuyo puntaje en el Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® así lo determina.</p> <p>-Denominador: se considera el número total de pacientes del servicio, hospital o establecimiento. Registrados en consulta externa/egresos hospitalarios.</p> <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes NECPAL positivo, y, el número total de pacientes del servicio, hospital o establecimiento y se multiplica por 100.</p>	
LIMITACIONES TÉCNICAS	---
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Numerador: Personas que necesitan cuidados paliativos. Denominador: Personas con enfermedades crónicas.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que tienen necesidad de atención paliativa
FUENTE DE DATOS	<p>Insumos del Numerador: Historia clínica única</p> <p>Insumos del Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sistema Común de Información formulario MSP/DNISCG/IA Form.504-08/2013.registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA). -Formulario 001

PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual, anual.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		No aplica
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. <i>Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales</i> . Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: http://ico.gencat.cat . Autorización del uso del <i>Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®</i> , para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio 2014
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		----
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes NECPAL positivo que reciben atención paliativa
DEFINICIÓN	Pacientes que presentan enfermedades crónicas, avanzadas con pronóstico de vida limitado NECPAL positivo, que reciben atención paliativa, expresado como porcentaje de los pacientes NECPAL positivo de un servicio, hospital o establecimiento.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$= \frac{\text{Total de pacientes NECPAL positivo que reciben atención paliativa}}{\text{Total de pacientes NECPAL positivos de un servicio, hospital o establecimiento}} * 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
<p>Instrumento NECPAL: Es una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, que combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad. Se puede aplicar a los pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos con enfermedad avanzada en todos los niveles de salud, con la intención de identificar pacientes que requieren medidas paliativas.</p> <p>Paciente NECPAL positivo: es quien en el Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pregunta sorpresa (pregunta 1) con respuesta NEGATIVA, y -Al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta POSITIVA, de acuerdo con los criterios establecidos. <p>Numerador: paciente que recibe atención paliativa como lo indica la Norma de atención de cuidados paliativos, inicia utilizando el Formulario de historia clínica de cuidados paliativos</p> <p>Denominador: número total de pacientes NECPAL positivo de un servicio, hospital o establecimiento, en un periodo determinado</p>	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
<p>A partir de la Historia clínica de cuidados paliativos, al inicio de la atención de los pacientes NECPAL positivo, en el total de pacientes NECPAL positivo de un servicio, hospital o establecimiento, en un periodo determinado se obtiene la información:</p> <p>-Numerador: se considera el total de pacientes NECPAL positivo que reciben la atención = aquellos que inician la atención utilizando el Formulario de historia clínica de cuidados paliativos.</p> <p>-Denominador: se considera el número total de pacientes NECPAL positivo de un servicio, hospital o establecimiento. Registrados en consulta externa/egresos hospitalarios.</p> <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes NECPAL positivo que reciben atención paliativa, y, el número total de pacientes NECPAL positivo de un servicio, hospital o establecimiento y se multiplica por 100.</p>	
LIMITACIONES TÉCNICAS	---
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	<p>Numerador: Personas NECPAL positivo que reciben atención paliativa.</p> <p>Denominador: Personas con NECPAL positivo identificadas.</p>
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes NECPAL positivo que reciben atención paliativa.
FUENTE DE DATOS	<p>Insumos del Numerador: Historia clínica de cuidados paliativos</p> <p>Insumos del Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sistema Común de Información formulario MSP/DNISCG/IA Form.504-08/2013.registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA). -Formulario 001

PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual, anual.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		No aplica
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. <i>Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales</i> . Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: http://ico.gencat.cat . Autorización del uso del <i>Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®</i> , para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013 -Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08 -Norma de atención de cuidados paliativos, MSP 2014
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio 2014
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		----
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes en cuidados paliativos con patologías oncológicas
DEFINICIÓN		Pacientes que ingresan en cuidados paliativos con diagnóstico de patología oncológica, expresado como porcentaje del total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.
FÓRMULA DE CÁLCULO		
$= \frac{\text{Total de pacientes con patología oncológica}}{\text{Total pacientes en cuidados paliativos}} * 100$		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
<p>Numerador: pacientes con diagnóstico de patología oncológica al ingreso, son aquellos cuyos resultados de biopsia así lo ratifican, o la información consta en la hoja de referencia, o poseen diagnóstico clínico de un médico especialista.</p> <p>Denominador: total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.</p>		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
<p>A partir de la Historia clínica de cuidados paliativos, al inicio de la atención, en el total de pacientes en cuidados paliativos,se obtiene la información:</p> <ul style="list-style-type: none">- Numerador: en el ítem 3 del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos consta el registro del diagnóstico de patología oncológica al ingreso.- Denominador: Total de pacientes en cuidados paliativos. <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes con registro del diagnóstico de patología oncológica al ingreso, y, el número total de pacientes en cuidados paliativos y se multiplica por 100.</p>		
LIMITACIONES TÉCNICAS		---
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Personas en cuidados paliativos.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes con patología oncológica que ingresan a cuidados paliativos.
FUENTE DE DATOS		<p>Insumos del Numerador: Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos.</p> <p>Insumos del Denominador: Parte diario de cuidados paliativos.</p>
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual, anual.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		No aplica
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital,Administracion Zonal, Administracion Nacional

	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio 2014	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		----	
SINTAXIS			
No aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud	15
ELABORADO POR		Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR	Lugar de fallecimiento	
DEFINICIÓN	Lugar de fallecimiento de los pacientes en cuidados paliativos, expresado como porcentaje del total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.	
FÓRMULA DE CÁLCULO		
$= \frac{\text{Total de pacientes en CP que fallecen en domicilio, unidad de CP, servicio, de CP, hospital, asilo, clínica privada}}{\text{Total pacientes en cuidados paliativos}} * 100$		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
Numerador: pacientes en cuidados paliativos que fallecen en domicilio/establecimiento de CP/unidad de CP/hospital/asilo/clínica privada. Denominador: total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
<p>A partir de la Historia clínica de cuidados paliativos, al final de la atención, en el total de pacientes de cuidados paliativos, se obtiene la información:</p> <ul style="list-style-type: none">- Numerador: en el ítem 12 del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos consta el registro del lugar de fallecimiento.- Denominador: Total de pacientes en cuidados paliativos. <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes con registro del lugar de fallecimiento en el domicilio/establecimiento de CP/unidad de CP/hospital/asilo/clínica privada, el número total de pacientes en cuidados paliativos y se multiplica por 100.</p>		
LIMITACIONES TÉCNICAS	---	
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Personas en cuidados paliativos.	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes en cuidados paliativos que fallecen en el domicilio/establecimiento de CP/unidad de CP/hospital/asilo/clínica privada.	
FUENTE DE DATOS	Insumos del Numerador: Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos. Insumos del Denominador: Parte diario de cuidados paliativos.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Mensual, anual.	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	No aplica	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional

	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08 -Norma de atención de cuidados paliativos, MSP 2014	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio 2014	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		----	
SINTAXIS			
No aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud	15
ELABORADO POR		Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Intensidad del dolor
DEFINICIÓN	Intensidad del dolor en pacientes en cuidados paliativos al inicio de la atención, expresado como porcentaje del total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$= \frac{\text{Total de pacientes en CP con dolor de 0/1-3/4-6/7-10 en ESAS}}{\text{Total pacientes en cuidados paliativos}} * 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
<p>Dolor: según la International Association for the Study of Pain (IASP) “una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial”.</p> <p>Intensidad de dolor utilizando la escala de Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): escala del 0 a 10; 0 sin dolor, 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 7-10 dolor severo, referido por el paciente al ingreso de la atención paliativa.</p> <p>Numerador: pacientes en cuidados paliativos con intensidad de dolor: 0 sin dolor, 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 7-10 dolor severo, referido por el paciente al ingreso a la atención paliativa</p> <p>Denominador: total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.</p>	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
<p>A partir de la Historia clínica de cuidados paliativos, al inicio de la atención, en el total de pacientes en cuidados paliativos, se obtiene la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: en el ítem 9 del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos consta el registro dolor: 0/1-3/4-6/7-10 al ingreso. - Denominador: Total de pacientes en cuidados paliativos. <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes con registro dolor: 0/1-3/4-6/7-10 al ingreso, y, el número total de pacientes en cuidados paliativos y se multiplica por 100.</p>	
LIMITACIONES TÉCNICAS	---
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Personas
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes de cuidados paliativos que presentan dolor de diferente intensidad al ingresar a tratamiento paliativo.
FUENTE DE DATOS	<p>Insumos del Numerador: Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos.</p> <p>Insumos del Denominador: Parte diario de cuidados paliativos.</p>
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Mensual, anual.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	No aplica

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional	
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional	
	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08 -Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care. Medical Care of the Dying. 4 th Edition, Canada 2006 -Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of pain of the IASP. Pain. 1988; 34(3): 318-21. -Norma de atención de cuidados paliativos, MSP 2014	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio 2014	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		----	
SINTAXIS			
No aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud	15
ELABORADO POR		Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Prescripción de opioides potentes en el tratamiento de dolor severo en pacientes en cuidados paliativos
DEFINICIÓN	Pacientes en cuidados paliativos con dolor severo al inicio de la atención que reciben opioides potentes en el tratamiento, expresado como porcentaje del total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$= \frac{\text{Total de pacientes en CP con dolor severo que reciben morfina/opioides potentes, ya recibía opioide potente en el tratamiento}}{\text{Total pacientes en cuidados paliativos}} * 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
<p>Opioides potentes: medicamentos analgésicos indicados para controlar el dolor severo, se unen a los receptores opioides en el sistema nervioso central.</p> <p>Morfina: analgésico opioide potente, es el medicamento de elección en el tercer escalón de analgesia, disponible en presentaciones: sólido y líquido oral y líquido parenteral.</p> <p>Numerador: debe constar en la historia clínica del paciente la prescripción de morfina/otro opioide potente/ya recibía opioide potente, en cualquier presentación.</p> <p>Denominador: total de pacientes con dolor severo atendidos en cuidados paliativos.</p>	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
<p>A partir del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos, al inicio de la atención, en el total de pacientes con dolor severo en cuidados paliativos, se obtiene la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: en el ítem 13 del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos consta el registro si en usa morfina/otro opioide potente/ya recibía opioide potente, al inicio de la atención. - Denominador: Total de pacientes con dolor severo en cuidados paliativos <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes con registro usa morfina/otro opioide potente/ya recibía opioide potente, al inicio de la atención, y, el número total de pacientes con dolor severo y se multiplica por 100.</p>	
LIMITACIONES TÉCNICAS	---
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Personas
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con dolor severo en cuidados paliativos que reciben morfina/otro opioide potente/ya recibía opioide potente, durante el tratamiento.
FUENTE DE DATOS	<p>Insumos del Numerador: Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos.</p> <p>Insumos del Denominador: Parte diario de cuidados paliativos.</p>
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Mensual, anual.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	No aplica

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional	
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional	
	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08 -Norma de atención de cuidados paliativos, MSP 2014	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio 2014	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		----	
SINTAXIS			
No aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud	15
ELABORADO POR		Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cuidadores de pacientes en cuidados paliativos con sobrecarga intensa	
DEFINICIÓN	Cuidadores de pacientes en cuidados paliativos con sobrecarga intensa, utilizando el Test de Zarit, realizado al inicio de la atención, expresado como porcentaje del total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.	
FÓRMULA DE CÁLCULO		
$= \frac{\text{Total de cuidadores con sobrecarga intensa (} \geq 56 \text{ en Zarit) al inicio de la atención}}{\text{Total pacientes en cuidados paliativos}} * 100$		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
Numerador: cuidadores con puntaje ≥ 56 en Zarit equivalente a sobrecarga intensa, evaluada al inicio de la atención. Denominador: total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
A partir de utilizar el Test de Zarit al inicio de la atención, en el total de cuidadores de pacientes en cuidados paliativos,se obtiene la información: - Numerador: Zarit ≥ 56 en cualquier atención brindada, registrado en el ítem 10 del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos. - Denominador: Total de pacientes en cuidados paliativos. Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los cuidadores con Zarit ≥ 56 al inicio de la atención, y, el número total de pacientes en cuidados paliativos y se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS	---	
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Personas	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de cuidadores de pacientes en cuidados paliativos con Zarit ≥ 56 equivalente a sobrecarga intensa, evaluado al inicio de la atención.	
FUENTE DE DATOS	Insumos del Numerador: Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos. Insumos del Denominador: Parte diario de cuidados paliativos.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Mensual, anual.	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	No aplica	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional

	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional	
	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica		
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).		
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Breinbauer K ^a H, et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chile 2009; 137: 657-665		
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Julio 2014		
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	----		
SINTAXIS			
No aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15	
ELABORADO POR	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)		

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes en cuidados paliativos con deterioro social severo	
DEFINICIÓN	Pacientes en cuidados paliativos con deterioro social severo, utilizando la escala de Gijón (abreviada y modificada, Barcelona), al inicio de la atención, expresado como porcentaje del total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.	
FÓRMULA DE CÁLCULO		
$= \frac{\text{Total de pacientes con deterioro social severo (> 10 en Gijón) en la evaluación inicial}}{\text{Total pacientes en cuidados paliativos}} * 100$		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
Numerador: pacientes con deterioro social severo (>10 en Gijón) en la evaluación inicial, lo que indica que tendrá alto riesgo de institucionalización. Denominador: total de pacientes atendidos en cuidados paliativos.		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
A partir de utilizar la escala de Gijón en la evaluación inicial, en el total de pacientes en cuidados paliativos, se obtiene la información: - Numerador: Gijón >10 en la evaluación inicial, registrado en el ítem 10 del Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos. - Denominador: Total de pacientes en cuidados paliativos. Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre los pacientes con Gijón >10 en la evaluación inicial, y, el número total de pacientes en cuidados paliativos y se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS	---	
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Personas	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con Gijón >10 equivalente a deterioro social severo (alto riesgo de institucionalización) en la evaluación inicial de los pacientes en cuidados paliativos.	
FUENTE DE DATOS	Insumos del Numerador: Formulario de Historia clínica de cuidados paliativos. Insumos del Denominador: Parte diario de cuidados paliativos.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Mensual, anual.	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	No aplica	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Administracion Distrital, Administracion Zonal, Administracion Nacional
	OTROS ÁMBITOS	No aplica

INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS–FCI).	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 252-7. Modificaciones de la versión original: A partir de la versión original de Gijón (García-González JV et al. Aten Primaria 1999; 23: 434-40), se han suprimido los ítems de barreras arquitectónicas y situación económica (estos ítems en una validación preliminar fueron poco predictivos de destino al alta tras una hospitalización (De Vicente I et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31: 291-6); asimismo, se ha modificado la redacción de algunos de los ítems originales. Esta versión de Barcelona ha sido validada para la predicción del retorno al domicilio y del riesgo de institucionalización (Sabartés O, et al. An Med Interna [Madrid] 1999; 16: 407-414) (García-Caselles MP et al. Arch Gerontol Geriatr 2004; 38S [Suppl 9]: 201-6).	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Julio 2014	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	----	
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP) Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud (DNEAIS)	

Referencias

1. World Health Organization. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London, January 2014; 37
2. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Constante C, Mitchell GK. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Pall Med* 2014; 28(4):302-311. doi:10.1177/0269216313518266
3. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32: 5-12.
4. Anuario de Defunciones Generales 2010. Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC
5. Estadística de cada institución: ABEI, FECUPAL, Fundación Jersey, Hospital General N.-1 de las FFAA, SOLCA Quito. 2010.
6. GLOBOCAN 2008, Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer, disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
7. Ministerio de Salud Pública. Política Pública para el control del cáncer en el Ecuador. 2013-2023. Documento borrador.
8. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Gestión de estadística y registros médicos. Egresos hospitalarios (Cáncer C00.0 a C99.9) Año 2010
9. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. (2013) Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartográfica 2013. Houston: IAHPC Press. pp: 55
10. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. 2012; 39
11. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
12. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. *Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales*. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <http://ico.gencat.cat>. Autorización del uso del *Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®*, para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013
13. Adaptado de: Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Pascual J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>
14. Ferris F, et al. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. *Journal of pain and symptom management*. Vol. 24 No. 2 August 2002
15. Glare, P., Christakis, N. Predicting survival in patients with advanced disease. En: Doyle D., Hanks G., Cherny N., Calman K., (ed.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford U. Press, 3º ed. 2005, 28-42. En: Astudillo W., Mendinueta C., Astudillo E. *Medicina paliativa Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Pamplona. Quinta edición. 2008, 69

16. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08
17. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-41. Versión española tomada de: Gonzalez JI, Rodríguez L, Ruipérez I, Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 129-134. Martinez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R: Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117: 129-134.
18. Limonero J, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. Gac Sanit, 2012; 26(2): 145-152
19. Breinbauer K^a H, et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chile 2009; 137: 657-665
20. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 252-7. Modificaciones de la versión original: A partir de la versión original de Gijón (García-González JV et al. Aten Primaria 1999; 23: 434-40), se han suprimido los ítems de barreras arquitectónicas y situación económica (estos ítems en una validación preliminar fueron poco predictivos de destino al alta tras una hospitalización (De Vicente I et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31: 291-6); asimismo, se ha modificado la redacción de algunos de los ítems originales. Esta versión de Barcelona ha sido validada para la predicción del retorno al domicilio y del riesgo de institucionalización (Sabartés O, et al. An Med Interna [Madrid] 1999; 16: 407-414) (García-Caselles MP et al. Arch Gerontol Geriatr 2004; 38S [Suppl 9]: 201-6).
21. Ministerio de Salud Pública. Instructivo para el llenado del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA)
22. Instructivo para el llenado del Formulario N0. 53 de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa. En: Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica, 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en <http://salud.gob.ec>
23. Instructivo del llenado y Validación del formulario de Defunciones Generales, INEC, Enero 2014.
24. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Martinez-Muñoz Marisa. "Cómo elaborar indicadores y estándares para la evaluación de calidad de la atención paliativa en servicios de salud". Disponible en: <http://www.iconcologia.net>
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965; 71 (2): 61-5.
26. Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1993; 28: 32-40
27. Shah S. Vanclay F and Cooper B. J. Clin Epidemiol 1989. 42(8), 703-709

28. Díaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de Valoración sociofamiliar en atención primaria. *RevEspGeriatrGerontol* 1994;29:339-245.
29. Alarcón MT, González JI. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en El hospital general. *RevEspGeriatrGerontol* 1998;33:178-179.
30. Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of pain of the IASP. *Pain*. 1988; 34(3): 318-21.
31. Álvarez L, González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Carta al director. Gac Sanit*. 2008;22(0):000-0

Anexos

Anexo 1: Instrumento NECPAL

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[®]*/** (Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

¿Para qué sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]?

- Se trata de una estrategia de identificación de enfermos que requieren medidas paliativas, especialmente en servicios generales (Atención primaria, servicios hospitalarios convencionales, etc.)
- La intención del instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®] es identificar enfermos que requieren medidas paliativas de cualquier tipo
- Una vez identificado el paciente, hay que iniciar un enfoque paliativo consistente en la aplicación de las recomendaciones que se explicitan en los 6 Pasos para una Atención Paliativa (ver más adelante)
- La identificación de esta situación **no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad** si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos
- Las medidas paliativas pueden ser implementadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud

¿Para qué NO sirve el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]?

- Para determinar el pronóstico ni la supervivencia
- Para contraindicar, necesariamente, la adopción de medidas de control de la enfermedad ni el tratamiento de procesos intercurrentes
- Para definir el criterio de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, intervención que, en todo caso vendrá determinada por la complejidad del caso y de la intervención propuesta
- Para rechazar medidas terapéuticas curativas proporcionadas que puedan mejorar la calidad de vida

¿A quién hay que administrar el instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]?

A personas con **enfermedades crónicas evolutivas avanzadas**, con los diagnósticos y situaciones que a continuación se relacionan:

- Paciente **oncológico** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad pulmonar crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad cardíaca crónica** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad neurológica crónica** (incluyendo AVC, ELA, EM, Parkinson, enfermedad de motoneurona) especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad hepática crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **enfermedad renal crónica grave** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente con **demencia** especialmente afectado por la enfermedad
- Paciente **geriátrico** que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de **fragilidad particularmente avanzada**
- Paciente que, a pesar de no ser geriátrico ni sufrir ninguna de las enfermedades antes citadas, padece **alguna otra enfermedad crónica, particularmente grave y avanzada**
- Paciente, que sin estar incluido en los grupos anteriores, últimamente ha precisado ser **ingresado o atendido domiciliariamente con más intensidad de la esperable**

¿Qué se considera una identificación positiva?

Cualquier paciente con:

- **Pregunta Sorpresa** (pregunta 1) con respuesta **NEGATIVA**, y

- Al menos **otra pregunta** (2, 3 ó 4) con respuesta **POSITIVA**, de acuerdo con los criterios establecidos

¿Qué son los 6 Pasos para una Atención Paliativa?

Son las recomendaciones básicas para la atención paliativa de los enfermos identificados, que se resumen en:

1. Identificar Necesidades Multidimensionales
2. Practicar un Modelo de Atención impecable
3. Elaborar un Plan Terapéutico Multidimensional y Sistemático (Cuadro de Cuidados)
4. Identificar valores y preferencias del enfermo: Ética Clínica y Planificación de Decisiones Anticipadas (Advance Care Planning)
5. Involucrar a la familia y al cuidador principal
6. Realizar gestión de caso, seguimiento, atenciones continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios

***Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®: Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <http://ico.gencat.cat>**

****Autorización del uso del Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013**

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO[®] (Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios , por enfermedad crónica en el último año Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	Sí No

¹ En el contexto mediterráneo/latino, donde la autonomía del propio enfermo es menos manifiesta que en el anglosajón/norte-europeo, es frecuente que sea la familia o miembros del equipo los que pueden solicitar limitación del esfuerzo terapéutico o medidas paliativas, o ambas

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica– también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- ☐ Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- ☐ Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- ☐ En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliar o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- ☐ Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- ☐ Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- ☐ Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- ☐ Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- ☐ Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días
- ☐ Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- ☐ Síntomas complejos y difíciles de controlar
- ☐ Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- ☐ Disfagia progresiva
- ☐ Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- ☐ Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No


- ☐ Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Criterios de severidad: incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)
- ☐ Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral
- ☐ Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)

Anexo 2:
Formulario de historia clínica de Cuidados paliativos e instructivo de llenado. (Anverso)

 Ministerio de Salud Pública				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	Nº HISTORIA CLÍNICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REFERIDO DE:	SERVICIO:

1. DATOS DEL USUARIO/USUARIA							
NOMBRES	APELLIDOS	CÉDULA DE CIUDADANÍA/PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO: / /	EDAD	SEXO 1.H 2.M	FECHA DE INICIO ATENCIÓN: / /	
Lugar de residencia habitual:							
Dirección:				Teléfonos:			

2. CUIDADOR/A PRINCIPAL							
Hijo/a <input type="checkbox"/>	Conyuge <input type="checkbox"/>	Padre/madre <input type="checkbox"/>	Nieto <input type="checkbox"/>	Verno/nuera <input type="checkbox"/>	Otro pariente <input type="checkbox"/>	Otro no pariente <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>
Nombre del cuidador/a principal:					Teléfonos:		

3. DIAGNÓSTICO AL INGRESO A CP:		CÓDIGO CIE 10	DEF	PRES	DIAGNÓSTICO AL INGRESO A CP:		CÓDIGO CIE 10	DEF	PRES	PATOLOGÍA POR LA QUE INGRESA A CP	
 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	ONCOLÓGICA <input type="checkbox"/>
 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	NO ONCOLÓGICA <input type="checkbox"/>

4. MOTIVO DE CONSULTA:

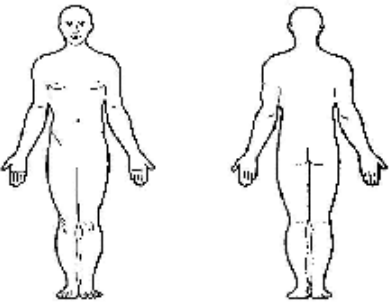
5. ENFERMEDAD ACTUAL: (Incluye tratamientos realizados)

6. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y HÁBITOS: (Alergias, hábitos, drogas, adicciones, carácter, valores, estilos de vida, medicamentos de uso habitual).
--

7. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD: DEL PACIENTE:					DEL FAMILIAR/CUIDADOR PRINCIPAL:	
Conoce el Diagnóstico	Conoce el pronóstico	Decisiones Anticipadas	Testamento vital	Conoce el diagnóstico y pronóstico		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

7a. Observaciones:

Anexo 2:
Formulario de historia clínica de Cuidados paliativos e instructivo de llenado (Reverso)

9. EXAMEN FÍSICO													
													
9. REGISTRO DE INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE EDMONTON (ESAS) ADAPTADO (DE 1 A 10)													
SÍNTOMAS	FECHAS DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS												
Dolor													
Cansancio													
Nausea													
Depresión													
Ansiedad													
Somnolencia													
Hipoxeia													
Díscnea													
Dificultad para dormir													
Estreñimiento													
10. SISTEMA DE VALORACIÓN POR COMPONENTES													
COMPONENTES	FECHAS DE VALORACIÓN - COMPONENTES												
KPS y PPS													
Barthel													
Pfeiffer													
DIME													
Gijón													
Zarit													
Nec. Espiritual													
10a. Observaciones:													
11. DIAGNÓSTICOS POST EVALUACIÓN CP													
				CIE 10	DEF	PRES					CIE 10	DEF	PRES
12. EGRESO/REFERENCIA:													
Fecha:	A establecimiento:	Fallecimiento	Lugar de	Domicilio	Establec. Especializado de	Servicio de	Hospital	Año	Clinica Privada				
/ /	Al domicilio:	Fecha: / /	fallecimiento:	<input type="checkbox"/>	CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. TRATAMIENTO: (Incluye farmacológico y no farmacológico)													
Prescribe morfina: <input type="checkbox"/> Prescribe otro opioide potente: <input type="checkbox"/> Ya recibía opioide potente: <input type="checkbox"/>													
14. FUENTE DE INFORMACIÓN:													
15. DATOS DEL PROFESIONAL EN SALUD:													
Fecha:	Hora:	Nombres y Apellidos del Profesional:				Código MSP:	Firma y sello:						

MSP-DNEAIS/HCU-form. 058/11-2014

CUIDADOS PALIATIVOS (2)

Anexo 2:

Escalas de la historia clínica de Cuidados paliativos (Anverso)



ESCALAS Y TEST DE FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Escala Karnofsky (KPS) y Palliative Performance Status (PPS)							
% de Actividad	Definiciones de Karnofsky KPS	PPS Ambulación	Nivel de Actividad	Existencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Conciencia
100	Normal, no quejas o evidencia de enfermedad	Plena	Normal	No	Total	Normal	Plena
90	Actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad	Plena	Normal	Alguna	Total	Normal	Plena
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad	Plena	Normal con esfuerzo	Alguna	Total	Normal o reducida	Plena
70	Cuida de sí mismo, incapaz de actividades normales o trabajo normal	Reducida	Incapaz de trabajar	Alguna	Total	Normal o reducida	Plena
60	Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de muchas actividades	Reducida	Incapaz de tareas simples	Significativa	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Plena o confusa
50	Requiere considerable asistencia médica y cuidado frecuente	Más sentado o en cama	Incapaz cualquier tarea	Enfermedad extensa	Necesita ayuda	Normal o reducida	Plena, somnolencia o confusión
40	Incapaz, requiere cuidado especial y asistencia	Más en cama	Necesita ayuda	Enfermedad extensa	Mucha asistencia	Normal o reducida	Plena, somnolencia o confusión
30	Severamente incapacitado, hospitalización indicada aunque la muerte no sea inminente	Encamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Reducida	Plena, somnolencia o confusión
20	Muy enfermo. Necesita hospitalización y tratamiento de soporte	Encamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Mínima, sorbos	Plena, somnolencia o confusión
10	Moribundo, proceso final, que progresa rápidamente	Encamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Cuidados boca	Somnoliento o en coma
0	Muerto	Muerto					

Escala de Barthel							
Actividad	Valoración	Fechas de realización del control					
Comer	10 Independiente						
	5 necesita ayuda						
	0 dependiente						
Levantarse	5 Independiente						
	0 dependiente						
Asearse	5 Independiente						
	0 dependiente						
Vestirse	10 Independiente						
	5 necesita ayuda						
	0 dependiente						
Micción	10 continente						
	5 accidente ocasional						
	0 incontinente						
Defecación	10 continente						
	5 accidente ocasional						
	0 incontinente						
Ir al WC	10 Independiente						
	5 necesita ayuda						
	0 dependiente						
Trasladarse sillón/cama	15 Independiente						
	10 mínima ayuda						
	5 gran ayuda						
Desambulación	15 Independiente						
	10 necesita ayuda						
	5 Independiente en silla de ruedas						
Subir y bajar gradas	10 Independiente						
	5 necesita ayuda						
	0 dependiente						
TOTAL							
Independiente		100					
Dependiente leve		250					
Dependiente moderado		55/40					
Dependiente severo		35/20					
Dependiente total		<20					

Cuestionario de Pfeiffer (versión española)							
A cada pregunta otorgue 1 punto por error	Fechas de realización del control						
1. ¿Qué fecha es hoy? Día mes año	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
3. ¿Dónde estamos ahora?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
4. ¿Cuál es su número de teléfono?							
4 A. Preguntar solo si el paciente no tiene teléfono: ¿Cuál es su dirección?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
5. ¿Cuántos años tiene?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
6. ¿En qué fecha nació usted? (día, mes, año)	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
7. ¿Cómo se llama el presidente actual?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
8. ¿Quién era el presidente anterior?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
10. Si a 20 le restamos 3 quedan...? Y si le quitamos 3...	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
TOTAL							
Normal		0-2 errores					
Leve deterioro cognitivo		3-4 errores					
Moderado deterioro cognitivo		5-7 errores					
Severo deterioro cognitivo		8-10					

Anexo 2:

Escalas de la historia clínica de Cuidados paliativos (Reverso)



Detección de malestar emocional (DME)	
1.	<p>¿Cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted qué diría?</p> <p>Entre 0 "muy mal" y 10 "muy bien", ¿qué valor le daría?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Muy mal Muy bien</p>
2.	<p>¿Hay algo que le preocupe?</p> <p style="text-align: center;">SI NO</p> <p>En caso afirmativo le preguntamos: En este momento, ¿qué es lo que más le preocupa?</p> <p>Tipo de preocupación (señale y describa):</p> <p>Económica <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Espiritual <input type="checkbox"/> Somático <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cómo vive esta situación?</p> <p>Entre 0: "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho", ¿qué valor le daría?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">No le cuesta nada Le cuesta mucho</p>
3.	<p>¿Se observa signos externos de malestar?</p> <p style="text-align: center;">SI NO</p>
4.	<p>En caso afirmativo, señale cuáles:</p> <p><input type="checkbox"/> Expresión facial (tristeza, miedo, euforia, enfado...)</p> <p><input type="checkbox"/> Alarido (murmuro, demanda de personas bajadas, rechazo de visitas, ausencia de distracciones, incomunicación...)</p> <p><input type="checkbox"/> Demanda constante de compañía / atención (quejas constantes...)</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones del comportamiento nocturno (insomnio, pesadillas, demandas de rescate no justificadas, quejas...)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p>
OBSERVACIONES:	
CRITERIOS DE CORRECCIÓN – DME: (10 – ítem 1) + ítem 3 =	
Detección de malestar emocional x3	

Gijón (abreviado y modificado, Barcelona)						
Situación familiar	Fecha					
Vive con pareja y/o familia sin conflicto	1	1	1	1	1	1
Vive con pareja de similar edad	2	2	2	2	2	2
Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo	3	3	3	3	3	3
Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades	4	4	4	4	4	4
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	5	5	5	5	5	5
Relaciones y contactos sociales						
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	1	1	1	1	1	1
Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa	2	2	2	2	2	2
Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	3	3	3	3	3	3
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).	4	4	4	4	4	4
No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).	5	5	5	5	5	5
Apoyos red social						
No necesita ningún apoyo.	1	1	1	1	1	1
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	2	2	2	2	2	2
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).	3	3	3	3	3	3
Tiene soporte social pero es insuficiente.	4	4	4	4	4	4
No tiene ningún soporte social y lo necesita.	5	5	5	5	5	5
TOTAL:						
≤ 7 puntos: Situación social buena (bajo riesgo institucionalización).						
8-9 puntos: Situación intermedia.						
≥ 10 puntos: Deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).						

Anexo 2:

Escalas de la historia clínica de Cuidados paliativos – Test de Zarit



TEST DE ZARIT Escala de sobrecarga del cuidador

Nombre:
Unidad/ Hospital:

Fecha:

Este test es un cuestionario autoadministrado.

Marque con una X la respuesta que mejor describe como se siente:	Nunca 0	Rara vez 1	Algunas veces 2	Bastantes veces 3	Casi siempre 4
1.¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2.¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3.¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4.¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5.¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?					
6.¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7.¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8.¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9.¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10.¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11.¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12.¿Piensa que su actividad social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13.¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14.¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15.¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16.¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17.¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18.¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19.¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?					
20.¿Piensa que debería hacer más su familiar?					
21.¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. De forma general, ¿Con qué frecuencia cree usted que cuidar a su familiar constituye una carga?					
TOTAL					
Ausencia de sobrecarga ≤46					
Sobrecarga ligera 47 a 55					
Sobrecarga intensa ≥56					

Responsable:

Instructivo para el llenado del formulario de historia clínica de Cuidados paliativos

Todos los campos del formulario deben ser llenados con letra clara y legible

- a. **Institución del sistema** ⁽²¹⁾: Registre la Institución donde se brinda la consulta/atención, como se establece a continuación:
 - MSP: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Ministerio de Salud Pública.
 - IESS: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social.
 - IESS Campesino: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social Campesino
 - ISSFA: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 - ISSPOL comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:
 - Red Privada (Complementaria): comprenden Hospitales, Clínicas, Consultorios, Instituciones de Imagen, Instituciones de Laboratorio, SOLCA y la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- b. **Nº Historia clínica** ⁽²¹⁾: Registre el número de Historia Clínica Única.
- c. **Establecimiento de salud**: Escriba el nombre del establecimiento de salud donde se atiende al paciente, ejemplo: Hospital Eugenio Espejo.
- d. **Referido de**: Escriba el nombre del establecimiento de salud donde se atendió al paciente y se lo identifico con necesidad de atención paliativa.
- e. **Servicio**: Escriba el nombre del servicio donde se identifico al paciente con necesidad de atención paliativa y solicita la interconsulta al equipo de soporte de cuidados paliativos o lo refiere a un servicio o establecimiento especializado en cuidados paliativos.

1. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

- a. **Nombres** ⁽²¹⁾: Registre los nombres completos del paciente con letra mayúscula y legible.
- b. **Apellidos** ⁽²¹⁾: Registre los apellidos completos del paciente con letra mayúscula y legible.
- c. **No. de Cédula de Ciudadanía/pasaporte**: Registre el número de Cédula de Ciudadanía/pasaporte (10 dígitos).
- d. **Fecha de nacimiento** ⁽²¹⁾: Registre la fecha de nacimiento en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 26/09/1964.
- e. **Edad**: Calcule la edad en función a la fecha de nacimiento; si es menor de un mes, registre el número de días añadiendo la letra “d” (25d); si es menor de un año, registre el número de meses añadiendo la letra “m” (5m) y si la edad es en años cumplidos, registre el número de años añadiendo la letra “a” (23a).
- f. **Sexo (H – M)** ⁽²¹⁾: Registre la información correspondiente al sexo-biológico del paciente que accede a la consulta/atención, según los códigos: 1 (Hombre) ó 2 (Mujer).
- g. **Fecha de inicio atención**: Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.

- h. **Lugar de residencia habitual** ⁽²¹⁾: Se refiere al lugar donde el paciente ha permanecido residiendo por un periodo **mínimo de 6 meses**.
- i. **Dirección**: Escriba el nombre de la calle principal, número de casa, nombre de la calle secundaria.
- j. **Teléfonos**: Escriba el número de teléfono convencional con el código respectivo de la provincia y/o número celular, ejemplo: 04-2569875 o 09-95657575.

2. CUIDADOR/A PRINCIPAL.

- a. Marque con una “X” la casilla correspondiente a la relación de parentesco de la persona que cuida al paciente: hijo/a, cónyuge, padre/madre, nieto/a, yerno/nuera, otro pariente, otro no pariente, no tiene.
- b. **Nombre del cuidador/a principal**: Registre los nombres y apellidos completos del paciente con letra mayúscula y legible.
- c. **Teléfonos**: Escriba el número de teléfono convencional con el código respectivo de la provincia y/o número celular, ejemplo: 04-2569875 o 09-95657575.

3. DIAGNÓSTICO AL INGRESO A CUIDADOS PALIATIVOS (CP): Es la determinación de una enfermedad por análisis de los síntomas. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad. Es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona. Se establece a partir de síntomas, signos y los hallazgos de exploraciones.

- a. **CÓDIGO CIE 10** ⁽²¹⁾: Escriba el o los diagnósticos de acuerdo a la codificación del CIE 10 – Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

La CIE-10 “Ofrece alternativas adicionales para una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que pueden ocupar el lugar del diagnóstico en los registros de salud”.

En el siguiente link, usted podrá descargarse el aplicativo para Windows de la CIE-10:
<http://www.salud.gob.ec/dirección-nacional-informacion-seguimiento-y-control-de-gestion/>

Otro medio de ubicación es ingresar por la página web del MSP (www.salud.gob.ec), en el menú **El ministerio**, aquí encontrará un submenú ubicado en la parte izquierda, dar clic sobre **Estructura MSP**, ubicarse en la **Dirección Nacional Información, Seguimiento y Control de Gestión**, ahí encontrará publicada dicha información con su respectiva aplicación para la descarga.

- b. Marque con una “X” la casilla correspondiente a definitivo o presuntivo en relación al diagnóstico.
 - c. **PATOLOGÍA POR LA QUE INGRESA A CP, Oncológica o No oncológica**: Marcar con una “X” en el casillero correspondiente, la patología por la que se indica atención paliativa es oncológica o no oncológica.
- ## 4. MOTIVO DE CONSULTA: Escriba el motivo – causa (síntoma, signo) por la que acude el paciente a la atención en cuidados paliativos.

5. **ENFERMEDAD ACTUAL (Incluye tratamientos realizados):** Detalle de manera concreta el problema de salud de la usuaria o usuario.
6. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y HÁBITOS: (Alergias, hábitos, drogas, aficiones, carácter, valores, estilos de vida, medicamentos de uso habitual):** Detalle de manera concreta los antecedentes patológicos, hábitos, medicamentos de uso habitual de la usuaria o usuario.
7. **CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD:**

DEL PACIENTE:

- a. **Conoce el diagnóstico SI NO:** Marcar con una “X” en el casillero correspondiente. Se denomina paciente que conoce el diagnóstico quien explica en sus propias palabras su situación de salud: enfermedad incurable o que no existe un tratamiento curativo efectivo, independientemente del nombre de la patología, se evalúa en la primera atención en cuidados paliativos.
- b. **Conoce el pronóstico SI NO:** Marcar con una “X” en el casillero correspondiente. se denomina paciente que conoce el pronóstico quien explica en sus propias palabras su situación de salud: presenta una enfermedad incurable por la que va a fallecer a corto o mediano plazo, se evalúa en la primera atención en cuidados paliativos.
- c. **Decisiones anticipadas SI NO:** Marcar con una “X” en el casillero correspondiente. Se denomina decisiones anticipadas a los objetivos y medidas adecuadas, adaptados a escenarios evolutivos previsibles dados por el paciente a su médico responsable durante el tratamiento paliativo, debe registrarse en la historia clínica.
- d. **Testamento vital SI NO:** Marcar con una “X” en el casillero correspondiente. Se denomina documento de testamento vital aquel documento escrito en el cual una persona, de forma libre y consciente, expresa las instrucciones que desea se realicen cuando se encuentre en una situación en que, por las circunstancias que concurran, no le permitan expresar personalmente su voluntad en relación a los tratamientos médicos y cuidados paliativos o de cualquiera índole que le puedan ser aplicados.

DEL FAMILIAR / CUIDADOR/A PRINCIPAL:

- e. **Conoce el diagnóstico y pronóstico SI NO:** Marcar con una “X” en el casillero correspondiente. Se denomina Familiar del paciente en cuidados paliativos que conoce el diagnóstico: quien explica en sus propias palabras la situación de salud del paciente: enfermedad incurable o que no existe un tratamiento curativo efectivo, independientemente del nombre de la patología; que conoce el pronóstico quien explica en sus propias palabras la situación de salud del paciente: presenta una enfermedad incurable por la que va a fallecer a corto o mediano plazo, se evalúa en la primera atención en cuidados paliativos.

7a Observaciones: detalle información relevante en relación al conocimiento de la enfermedad del paciente y la familia, ejemplo: existe conspiración de silencio, solo el cuidador/a principal conoce el diagnóstico y pronóstico, algunos miembros de la familia están informados, conocen el diagnóstico y no el pronóstico, guardan esperanzas de curación aún estando informados, entre otros. En cuanto a decisiones anticipadas, ejemplo: el paciente manifestó verbalmente sus deseos a su familia, a su cuidador, a su médico de cabecera, pero no consta escrito en la historia clínica, entre

otros. Testamento vital, ejemplo: nunca se abordó este tema en la familia, la primera consulta no es el momento adecuado para abordar este tema, entre otros.

8. **EXAMEN FÍSICO:** Detalle los hallazgos relevantes al realizar el examen físico al usuario o usuaria. En los gráficos detalle lesiones en piel, visceromegalias, tumores/masas, sitios de dolor, entre otros.
9. **REGISTRO DE INTENSIDAD DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS) ADAPTADO:** Registre la fecha de evaluación y la intensidad -número del 0 al 10- que refiere el paciente en cada síntoma. Utilice la escala: 0 sin el síntoma, 10 la máxima intensidad.
10. **SISTEMA DE VALORACIÓN POR COMPONENTES:** Registre la fecha en que realiza la evaluación y los resultados obtenidos en cada uno de las escalas/test, realizados a los usuarios/as. Si bien lo óptimo es realizarlas en la primera consulta, las condiciones del paciente y la familia determinan el mejor momento para realizarlas. La evolución del paciente indicará la necesidad de cuando repetirlas – frecuencia de realización.

Las escalas/test se encuentran anexas al Formulario 058 de historia clínica de cuidados paliativos, son llenados por el equipo de profesionales que atiende al paciente, de acuerdo a su organización interna, capacitación, disponibilidad; se usa las escalas/cuestionarios como se indica a continuación:

KPS y PPS: médico/a

Para puntuar elija el % que mejor describa la situación del paciente.

En PPS tienen más valor las columnas de izquierda a derecha.

Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes.

Barthel: médico/a o enfermera/o

Se puntúa cada actividad de 5 en 5 (0, 5, 10, 15). La puntuación máxima será de 100, e indica independencia para los cuidados personales; pero no quiere decir que el paciente pueda vivir solo.

Comer:

- Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. (10)
- Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo. (5)
- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona. (0)

Lavarse (bañarse):

- Independiente: capaz de lavarse entero, puede ser utilizando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión. (0)

Arreglarse:

- Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para hacerlo los puede proveer otra persona. (5)

- Dependiente: Necesita alguna ayuda. (0)

Vestirse:

- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que necesite sin ayuda. (10)
- Necesita ayuda: pero realiza solo, al menos, la mitad de las tareas en un tiempo razonable. (5)
- Dependiente. (0)

Micción:

- Continente: ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de utilizar cualquier dispositivo. En paciente sondado incluye poder cambiar la bolsa solo. (10)
- Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye la necesidad de ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos. (5)
- Incontinente: incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. (0)

Deposición:

- Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita algún enema o supositorio es capaz de administrárselos por sí solo. (10)
- Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios. (5)
- Incontinente: Incluye que otra persona le administre enemas o supositorios. (0)

Ir al WC:

- Independiente: entra y sale solo. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, limpiarse, prevenir las manchas en la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si utiliza bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar. (10)
- Necesita ayuda: capaz de manejarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el WC. (5)
- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor. (0)

Trasladarse sillón/cama:

- Independiente: sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el reposapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba, y puede volver a la silla sin ayuda. (15)
- Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la que ofrece una persona no demasiado fuerte o sin entrenamiento. (10)
- Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte y entrenada) para salir / ponerse en la cama o desplazarse. (5)
- Dependiente: necesita grúa o que le levanten por completo dos personas. Incapaz de permanecer sentado. (0)

Deambulación:

- Independiente: puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto caminador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo. (15)
- Necesita ayuda: supervisión o pequeña ayuda física (persona no demasiado fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (caminador). (10)

- Independiente en silla de ruedas en 50 metros: tiene que ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo. (5)
 - Dependiente: si utiliza silla de ruedas necesita que otra persona lo lleve. (0)
- Subir y bajar escaleras:
- Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el soporte que necesite para caminar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos. (10)
 - Necesita ayuda: supervisión física o verbal. (5)
 - Dependiente: incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor). (0)

Pfeiffer: médico/a o enfermera/o

Plantee a la persona las preguntas del 1 al 10.

La pregunta 1. se considera correcta solamente cuando son dados correctamente la fecha, el mes y el año exactos.

La pregunta 2. se define por sí sola.

La pregunta 3. se considera correcta si brinda cualquier descripción correcta del local, “mi casa”, el nombre de la ciudad de residencia, el nombre del hospital o la institución.

La pregunta 4. se considera correcta cuando puede ser verificado el número de teléfono.

La pregunta 4ª se realiza solamente si el sujeto no tiene teléfono.

La pregunta 5. se considera correcta cuando la edad mencionada se corresponde con el año de nacimiento.

La pregunta 6. se considera correcta solamente cuando son dados la fecha, el mes y año exactos.

Las preguntas 7 y 8. solamente requieren los apellidos de los presidentes.

La pregunta 9. no requiere ser verificada. Se considera correcta si es dado un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.

La pregunta 10. requiere que todas las series sean realizadas correctamente para ser considerada válida. Cualquier error al intentar la serie invalida el resto.

Valoración:

Puntúan los errores, 1 punto por error.

Se permite 1 error más si no ha recibido educación primaria.

Se permite 1 error menos si ha recibido estudios superiores.

DME: psicólogo/a

El DME otorga una puntuación total (0 a 20) formada por la suma de las puntuaciones de las respuestas a las preguntas 1 y 3 referentes a la valoración del estado de ánimo y a la de cómo lleva la situación.

Criterios de corrección – DME: diez menos el valor del ítem 1, a ese valor se suma el puntaje del ítem 3.

Un valor ≥ 9 indica malestar emocional.

Las preguntas 2 y 4 sobre preocupaciones o signos externos de malestar emocional permiten a los profesionales sanitarios llevar a cabo una atención más específica.

Necesidad espiritual: médico/a o enfermera/o o psicólogo/a o trabajador/a social, pregunte al paciente: ¿Usted, tiene una necesidad espiritual? En el casillero debe constar SI o NO.

Zarit: auto administrado por el cuidador

El profesional del equipo médico/a o enfermera/o o psicólogo/a o trabajador/a social, explica al cuidador como llenar el test y contesta las preguntas que tenga el cuidador. Cada respuesta obtiene una puntuación de 0 a 4. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 0 y 88 puntos. El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

Gijón: trabajador/a social.

Evalúa 3 ítems o variables: situación familiar, relaciones y apoyo social, cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 3 y 15 puntos.

10a Observaciones: Detalle información relevante en cuanto a la realización de las escalas/cuestionarios, ejemplo: dadas las condiciones físicas/emocionales del paciente las escalas....no se realizaron, se realizarán progresivamente en las siguientes consultas, se describe la necesidad espiritual, entre otras.

- 11. DIAGNÓSTICO POST EVALUACIÓN DE CP CIE 10:** Se llena siguiendo lo indicado en el ítem 3. Cabe recalcar la importancia del uso del CIE 10 Z51.5 Atención paliativa. Detallar los nuevos diagnósticos físicos, sociales, emocionales, espirituales, éticos, de información/comunicación, a los que se llega al finalizar la evaluación paliativa, que si bien no tienen CIE 10 específicos, son la base para el plan terapéutico que el equipo desarrollara.

12. EGRESO/REFERENCIA:

- a. **Fecha:** Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.
- b. **A establecimiento / Al domicilio:** Marque con una "X" al lugar que va el paciente: establecimiento o domicilio.
- c. **Fallecimiento fecha:** Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.
- d. **Lugar de fallecimiento:** Marque con una "X" el establecimiento o lugar donde ocurrió la muerte: domicilio, establecimiento de cuidados paliativos, unidad de cuidados paliativos, hospital, asilo, clínica privada.

13. TRATAMIENTO: (incluye farmacológico y no farmacológico)

- a. Escriba el tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado en la primera consulta.
- b. **Prescripción de opioides potentes:** Marcar con una "X" en el casillero correspondiente. Si prescribe morfina, prescribe otro opioide potente para el tratamiento del dolor severo, o ya recibía opioide potente.

- 14. FUENTE DE INFORMACION:** Registre el nombre y apellido de la persona que proporciona los datos de la historia clínica del usuario o usuaria, así como la relación de parentesco: hijo/a, cónyuge, padre/madre, nieto/a, yerno/nuera, otro pariente, otro no pariente.

15. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD:

- a. **Fecha** ⁽²¹⁾: Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 26/09/1964.
- b. **Hora**: Registre la hora en que finaliza el formulario, en formato de 24 horas. Ejemplo: 18:35h
- c. **Nombres y apellidos del profesional**: Registre los nombres y apellidos completos.
- d. **Código MSP**: Escriba el código de registro del título profesional en el Ministerio de Salud Pública.
- e. **Firma y sello**: Registre la firma igual que en la cédula de ciudadanía y ponga el sello.

Anexo 3.

Formulario de parte diario para pacientes en cuidados paliativos – Primera consulta e instructivo de llenado



Ministerio de Salud Pública

Coordinación General de Planificación - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información

Dirección Nacional de Discapacidades - Plan Nacional de Cuidados paliativos

Parte diario para pacientes en Cuidados Paliativos - Primera consulta

Institución del Sistema Nacional de Salud:		Nombre del Establecimiento de Salud:		Nombres y apellidos del profesional:				Especialidad/Subespecialidad:			Fecha:	
No.	No. de Cédula de Ciudadanía/Pasaporte	En la 1ra consulta										
		Patología por la que ingresa a CP		Intensidad del dolor				Prescribe opioide potente			Cuidador con sobrecarga intensa	Deterioro social severo
		Oncológica	No oncológica	0	1 - 3	4 - 6	7 - 10	Morfina	Otro opioide	Ya recibía	Zarit 256	>10 en Gijón
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
TOTAL												

Instructivo para el llenado del parte diario para pacientes en Cuidados paliativos – Primera consulta

Todos los campos del formulario deben ser llenados con letra clara y legible, en la 1ra consulta

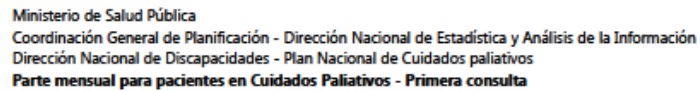
- a. **Institución del sistema** ⁽²¹⁾: Registre la Institución donde se brinda la consulta/atención, como se establece a continuación:
 - MSP: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Ministerio de Salud Pública.
 - IESS: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social.
 - IESS Campesino: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social Campesino
 - ISSFA: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 - ISSPOL comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:
 - Red Privada (Complementaria): comprenden Hospitales, Clínicas, Consultorios, Instituciones de Imagen, Instituciones de Laboratorio, SOLCA y la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
 - b. **Nombre del establecimiento de salud** ⁽²¹⁾: Escriba el nombre del Establecimiento de Salud en el que se está brindando la consulta/atención al usuario. Ejemplo: Hospital Eugenio Espejo.
 - c. **Nombres y apellidos del profesional** ⁽²¹⁾: Registre nombres y apellidos completos.
 - d. **Especialidad/Subespecialidad** ⁽²¹⁾: Registre Especialidad/Subespecialidad de cuarto nivel, según códigos que se encuentran detallados el reverso del RDACAA.

Nota 1: En caso de que la Especialidad/Subespecialidad no conste en el listado, registre en el código 49 (Otro).

Dar a conocer el nombre de la Especialidad/Subespecialidad al estadístico del establecimiento de salud, para incluir en el listado.

Nota 2: En caso de no tener Especialidad/Subespecialidad no registre.
 - e. **Fecha**: Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.
1. **Número**: Registre el número en orden cronológico de los pacientes atendidos.
 2. **No. de Cédula de Ciudadanía**: Registre el número de Cédula de Ciudadanía (10 dígitos).
 3. **Patología por la que ingresa a CP: Oncológica No oncológica**: Marcar con una “X” en el casillero correspondiente, la patología por la que se indica atención paliativa es oncológica o no oncológica.
 4. **Intensidad del dolor**: Marcar con una “X” en el casillero correspondiente 0/1-3/4-6/7-10 según lo referido por el paciente.
 5. **Prescripción de opioides**: Marcar con una “X” en el casillero correspondiente: prescribe morfina, prescribe otro opioide potente, ya recibía opioide potente, de acuerdo a la prescripción.
 6. **Cuidador con sobrecarga intensa**: Marcar con una “X” en el casillero si la respuesta en el Test de Zarit es ≥ 56 .
 7. **Deterioro social severo**: Marcar con una “X” en el casillero si la respuesta en la escala de Gijón es >10 .

Formulario de parte mensual para pacientes en Cuidados paliativos – Primera consulta e instructivo de llenado

[illegible]

Instructivo para el llenado del parte mensual para pacientes en Cuidados paliativos – Primera consulta

En versión digital:

En el primer casillero ingrese el Uni Serial de acuerdo al catastro de Establecimiento de Salud (Hoja Catastro).

Los demás campos se cargarán automáticamente.

1. **Fecha:** Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.

Registre los totales diarios de cada ítem del parte diario correspondiente:

2. **Patología por la que ingresa a CP:** Oncológica/No oncológica
3. **Intensidad del dolor:** 0/1-3/4-6/7-10
4. **Prescripción de opioides potentes:** prescribe morfina, prescribe otro opioide potente, ya recibía opioide potente
5. **Cuidador con sobrecarga intensa Zarit ≥ 56**
6. **Deterioro social severo Gijón >10**

Se registrara automáticamente el total del mes.

Envío de la información:

Una vez registrada la información, se deberá subir el archivo en la carpeta compartida designada para el efecto, en los tres primeros días del mes siguiente.

Anexo 5. Formulario de parte diario de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos e instructivo de llenado



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación General de Planificación - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información
 Dirección Nacional de Discapacidades - Plan Nacional de Cuidados paliativos
 Parte diario de fallecimiento de pacientes en Cuidados Paliativos

Institución del Sistema Nacional de Salud:		Nombre del Establecimiento de Salud:		Nombres y apellidos del profesional:		Especialidad/Subespecialidad:		Fecha:			
No.	Nro. de Cédula de Ciudadanía/Pasaporte	Tiempo Atención en CP = Fecha de Fallecimiento - Fecha de Inicio					Lugar de fallecimiento				
		1 mes	De 2 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	Más de 25 meses	Domicilio	Establecimiento especializado de CP	Servicio de CP	Hospital	Asilo
1	2	3					4				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
TOTAL											

Instructivo para el llenado del parte diario de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos

Todos los campos del formulario deben ser llenados con letra clara y legible, en la 1ra consulta

- a. **Institución del sistema** ⁽²¹⁾: Registre la Institución donde se brinda la consulta/atención, como se establece a continuación:
 - MSP: Comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Ministerio de Salud Pública.
 - IESS: Comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social.
 - IESS Campesino: comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social Campesino
 - ISSFA: Comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 - ISSPOL Comprende los establecimientos de salud que pertenecen al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:
 - Red Privada (Complementaria): Comprenden Hospitales, Clínicas, Consultorios, Instituciones de Imagen, Instituciones de Laboratorio, SOLCA y la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
 - b. **Nombre del establecimiento de salud** ⁽²¹⁾: Escriba el nombre del Establecimiento de Salud en el que se está brindando la consulta/atención al usuario. Ejemplo: Hospital Eugenio Espejo.
 - c. **Nombres y apellidos del profesional** ⁽²¹⁾: Registre nombres y apellidos completos.
 - d. **Especialidad/Subespecialidad** ⁽²¹⁾: Registre Especialidad/Subespecialidad de cuarto nivel, según códigos que se encuentran detallados el reverso del RDACAA.

Nota 1: En caso de que la Especialidad/Subespecialidad no conste en el listado, registre en el código 49 (Otro).

Dar a conocer el nombre de la Especialidad/Subespecialidad al estadístico del establecimiento de salud, para incluir en el listado.

Nota 2: En caso de no tener Especialidad/Subespecialidad no registre.
 - e. **Fecha**: Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.
1. **Número**: Registre el número en orden cronológico de los pacientes atendidos.
 2. **No. de Cédula de Ciudadanía**: registre el número de Cédula de Ciudadanía (10 dígitos).
 3. **Tiempo Atención en CP: Fecha de Fallecimiento – Fecha de Inicio**: Marcar con una “X” en el casillero correspondiente 1 mes/ de 2 a 6 meses/ de 7 a 12 meses/ de 13 a 24 meses/ más de 25 meses, según corresponda, de acuerdo a la resta realizada.
 4. **Lugar de fallecimiento**: Registre el lugar de fallecimiento según los códigos que se encuentran detallados en el casillero bajo Lugar de fallecimiento: 1=domicilio, 2=establecimiento especializado de CP, 3=servicio de CP, 4=hospital, 5=asilo, 6=clínica privada.

Anexo 6. Formulario de parte mensual de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos e instructivo de llenado



Ministerio de Salud Pública

Coordinación General de Planificación - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información

Dirección Nacional de Discapacidades - Plan Nacional de Cuidados paliativos

Parte mensual de fallecimiento de pacientes en Cuidados Paliativos

UNI CODIGO	231
PROVINCIA	CANAR
CANTON	AZOGUES
PARROQUIA	AZOGUES
ZONA	Z06
DISTRITO	03D01
CIRCUITO	03D01C02
NIVEL	SEGUNDO NIVEL
TIPOLOGIA	HOSPITAL GENERALJHG

Fecha	Tiempo Atención en CP = Fecha de Fallecimiento - Fecha de Inicio						Lugar de fallecimiento						
	1 mes	De 2 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	Más de 25 meses	Total pacientes	1=Domicilio	2=Establecimiento especializado de CP	3=Servicio de CP	4=Hospital	5=Asilo	6=Clínica privada	Total pacientes
1	2						3						
01/10/2014													
02/10/2014													
03/10/2014													
04/10/2014													
05/10/2014													
06/10/2014													

Instructivo para el llenado del parte mensual de fallecimiento de pacientes en Cuidados paliativos

En versión digital:

En el primer casillero ingrese el Uni Serial de acuerdo al catastro de Establecimiento de Salud (Hoja Catrasto).

Los demás campos se cargarán automáticamente.

1. **Fecha:** Registre la fecha en formato numérico: día, mes y año. Ejemplo: 05/08/2014.

Registre los totales diarios de cada ítem del parte diario correspondiente:

2. **Tiempo Atención en CP = Fecha de Fallecimiento – Fecha de Inicio:** 1 mes/ De 2 a 6 meses/ De 7 a 12 meses/ De 13 a 24 meses/ Más de 25 meses
3. **Lugar de fallecimiento:** 1=Domicilio/ 2=Establecimiento especializado de CP/ 3=Servicio de CP/ 4=Hospital/ 5=Asilo/ 6=Clínica privada.

Se registrará automáticamente el total del mes.

Envío de la información:

Una vez registrada la información, se deberá subir el archivo en la carpeta compartida designada para el efecto, en los tres primeros días del mes siguiente.

Anexo 7. Maletín de visita domiciliaria de Cuidados paliativos

La cantidad es de acuerdo a la necesidad.

Maletín o mochila		
Equipo de diagnóstico	fonendoscopio, tensiómetro, linterna	
Equipo de curación		
Funda roja y funda negra		
Medicamento	Forma farmacéutica	Concentración
Morfina	Líquido parenteral	10 mg/ml, 20 mg/ml
N-butil bromuro de hioscina	Líquido parenteral	20 mg/ml
Midazolam	Líquido parenteral	1 mg/ml, 5 mg/ml
Metoclopramida	Líquido parenteral	5 mg/ml
Dexametasona	Líquido parenteral	4 mg/ml
Ketorolaco	Líquido parenteral	30 mg/ml
Haloperidol	Líquido parenteral	5 mg/ml
Tramadol	Líquido parenteral	50 mg/ml
Morfina	Líquido oral	2 mg/ml, 20 mg/ml
Glicerol	Sólido rectal	0,92 g – 3 g
Metronidazol	Sólido oral	250 – 500 mg
Cloruro de sodio	Líquido parenteral	0.9% de 100 ml, 1000ml
Dispositivos Médicos		
Catéter intravenoso con y sin aletas Nº 22		
Pericraneal Nº 25		
Conectores de seguridad		
Esparadrapo microporoso		
Apósito (lámina) impregnado con alcohol isopropílico 70%		
Gasa de algodón, 10 cm x 10 cm		
Guantes de examinación varias tallas		
Guante quirúrgico Nº 7		
Catéteres Urinarios Uretrales, dos vías, varios diámetros		
Sonda nelaton varios números		
Bolsa para drenaje urinario, adulto		
Jeringa 1-3-5-10 ml		
Gel lubricante		
Apósito hidrocoloide, grueso, 20 cm x 20 cm		
Apósito de alginato de calcio y sodio 10 cm x 20 cm		
Depresor para la lengua		
Aplicador con algodón en un extremo		
Contenedor para objetos cortopunzantes, 1000 ml		