



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Identificación de pacientes oncológicos
con necesidades paliativas que acuden a
servicios de urgencia.***

Alumno: Andrea Rodríguez Fácila

Director: Antonio Ramos Sánchez

Madrid, 3 mayo de 2023

Índice

1. Glosario de abreviaturas	4
2. Resumen.....	5
3. Abstract.....	6
4. Presentación	7
5. Estado de la cuestión	8
5.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	9
5.1.1 Introducción	9
5.1.2 Tipos de urgencias oncológicas	10
5.1.3 Urgencias oncológicas más frecuentes en servicios de urgencias	11
5.1.3.1 Neutropenia febril.....	13
5.1.3.2 Dolor oncológico	13
5.1.3.3 Náuseas y vómitos.....	14
5.1.3.4 Disnea	14
5.1.3.5 Alteraciones metabólicas	14
5.1.4 Eficiencia de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos	15
5.1.5 Influencia de los cuidados paliativos en la disminución de urgencias oncológicas ..	17
5.1.6 Integración de cuidados paliativos precoces en oncología	18
5.1.7 Instrumentos de valoración paliativa.....	19
- Escalas.....	19
- Instrumentos	20
6. Justificación	23
7. Implicaciones en la práctica clínica	23
8. Proyecto de investigación: estudio observacional.....	25
8.1 Objetivos	25
8.1.1 Objetivo general:	25
8.1.2 Objetivos específicos:	25

8.2 Metodología	25
8.2.1 Diseño del estudio	25
8.2.2 Sujetos del estudio	26
8.2.3 Variables	27
8.2.4 Procedimiento de recogida de datos	28
8.2.5 Fases del estudio, cronograma	29
8.2.6 Análisis de datos	30
8.3 Aspectos éticos	31
8.4 Limitaciones del estudio	31
9. Bibliografía	32
ANEXOS.....	37
- Anexo 1: Palliative Performance Scale.....	38
- Anexo 2: Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton, versión revisada ESAS – r	40
- Anexo 3: Herramienta IDC – PAL	41
- Anexo 4: Instrumento NECPAL – CCOMS – ICO	42
- Anexo 5: Consentimiento informado.....	43

Índice de Tablas

Tabla 1. Glosario de abreviaturas	4
Tabla 2. Términos DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica.....	8
Tabla 3: Descripción de las variables empleadas en el estudio	27
Tabla 4: Cronograma del estudio	30

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de integración de cuidados paliativos	10
Figura 2: Escalera analgésica	14

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Síntomas comunes de pacientes oncológicos en servicios de urgencias	12
--	----

1. Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Significado
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
OMS	Organización Mundial de la Salud
REDECAN	Red Española de Registros de Cáncer
GLOBOCAN	Observatorio Global del Cáncer
CP	Cuidados Paliativos
SVCS	Síndrome de Vena Cava Superior
SU	Servicio de Urgencias
NCI	National Cancer Institute
ASCO	Sociedad Americana de Oncología Clínica
PPS	Palliative Performance Scale
PPI	Palliative Prognostic Index
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale

Tabla 1. Glosario de abreviaturas. Elaboración propia.

2. Resumen

Introducción: El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial y que más cambios lleva asociados. Los pacientes que lo padecen, independientemente de que se encuentren en tratamiento curativo activo o no, suelen acudir a servicios de urgencias para aliviar los síntomas asociados en las diferentes fases de la enfermedad.

Los cuidados paliativos son aquellos que por medio de un abordaje holístico mejoran la calidad de vida de pacientes y familiares, proporcionando soporte emocional y acompañamiento. La identificación temprana de necesidades paliativas es beneficiosa tanto para el control de síntomas de manera precoz como para que el paciente se sienta comprendido y disminuya así el sufrimiento ocasionado a lo largo de toda la enfermedad.

Objetivos: Determinar la influencia de los cuidados paliativos precoces en la disminución de urgencias oncológicas.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de tipo transversal en pacientes con necesidades paliativas que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Getafe, en la Comunidad de Madrid.

Implicaciones para la práctica enfermera: Proporcionar una atención integral mediante la integración de cuidados paliativos precoces a todos los pacientes oncológicos que visitan los servicios de urgencias. Además de disminuir las visitas a urgencias por un mal control de síntomas y, por lo tanto, los costes.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, urgencias, neoplasias, calidad de vida, servicio de urgencia en hospital.

3. Abstract

Introduction: Cancer is one of the most prevalent diseases worldwide and one of the most frequently associated changes. Patients suffering from cancer, whether they are under active curative treatment or not, often visit emergency departments to relieve the associated symptoms at different stages of their disease.

Palliative care is a holistic approach to improve the quality of life of patients and their families, by providing emotional support and accompaniment. Early identification of palliative care needs is beneficial both for early symptom control and for patients to feel understood and to reduce suffering throughout the illness.

Objectives: To determine the influence of early palliative care on the reduction of oncological emergencies.

Methodology: Descriptive observational cross – sectional study of patients with palliative care needs attending the emergency department at the University Hospital of Getafe, in the Community of Madrid.

Implication for nursing practice: To provide an integral and comprehensive care by integrating early palliative care for all cancer patients visiting the emergency department. In addition, to reducing emergency department visits due to inadequate symptom control and therefore costs.

Key words: Palliative Care, emergencies, neoplasm, quality of life, emergency service.

4. Presentación

En el presente trabajo de fin de grado se va a exponer la importancia que tienen los cuidados paliativos en la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios en pacientes oncológicos.

Los pacientes con cáncer en estadio avanzado suelen visitar los servicios de urgencias con frecuencia debido a las complicaciones que ocasiona la enfermedad. El padecimiento de esta enfermedad, tanto en tratamiento curativo activo como en tratamiento paliativo, conlleva la aparición de síntomas asociados que generan discomfort en los pacientes. En la gran mayoría de los casos también aparece un deterioro físico asociado al avance de la enfermedad que genera gran impacto emocional en la persona, por lo que el abordaje multidisciplinar es imprescindible para estos pacientes.

Los cuidados paliativos son una opción a considerar para estos pacientes, ya que su principal objetivo es proporcionar calidad de vida, bienestar y soporte emocional tanto a pacientes como a sus cuidadores principales. Los cuidados paliativos deben ofrecerse de manera temprana para mejorar la calidad de vida y proporcionar cuidados y apoyo, tanto físico como psíquico. De esta manera se puede evitar la aparición de síntomas o disminuir su impacto cuando ya estén presentes.

He elegido este tema porque desde que realicé prácticas en hospital de día de oncología me di cuenta que muchos pacientes necesitaban tanto aprobación como soporte emocional de sus enfermeras oncológicas antes de acudir al servicio de urgencias por elección propia cuando lo necesitaban por estar sufriendo alguna de las complicaciones que lleva asociado el cáncer. Durante esos meses también pude ver varias urgencias oncológicas en el propio hospital de día mientras se administraban los tratamientos y los diferentes tipos de cuidados que se pueden ofrecer, no solo con un objetivo curativo con tratamiento activo. Estos acontecimientos me motivaron a aprender más sobre el tema y sobre sus diferentes abordajes desde la práctica enfermera.

Además, este trabajo de fin de grado también está motivado por una experiencia familiar muy cercana relacionada con esta enfermedad, su rápido progreso y las consecuencias originadas en la familia tras las visitas a los servicios de urgencias. Estos acontecimientos me han hecho reflexionar sobre la importancia de ofrecer cuidados paliativos de calidad desde el momento del diagnóstico, tanto al paciente como a su círculo cercano, para evitar las numerosas visitas a los servicios de urgencias.

5. Estado de la cuestión

Para abordar el estado de la cuestión del presente trabajo primero se realiza una introducción sobre la epidemiología del cáncer, y después, se relaciona con las emergencias oncológicas y con los cuidados paliativos. A continuación, se exponen los tipos de urgencias oncológicas y aquellas que son más frecuentes en los servicios de urgencias. Finalmente, se destaca la eficiencia de los cuidados paliativos tanto en el cuidado de los pacientes oncológicos como con sus posibles urgencias por medio de diferentes instrumentos de valoración paliativa.

En lo referente a la búsqueda bibliográfica para realizar la fundamentación del estado de la cuestión se ha efectuado una búsqueda por medio de: PubMed, CINAHL, Medline, Dialnet y Academic Search Complete. También se ha realizado búsqueda bibliográfica por medio de otras organizaciones reconocidas como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN) o la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2022 y enero de 2023, utilizando filtros como el año de publicación comprendido entre 2016 y 2022 y filtros de idioma, optando por artículos en español e inglés. A pesar de utilizar un filtro para recoger la evidencia científica más actual, dentro del trabajo se incluyen algunos artículos que quedan fuera de ese rango de fechas por su importancia con el tema principal.

Para realizar la búsqueda se utilizaron los términos recogidos en la tabla 2 junto con los operadores booleanos AND y OR.

Términos DeCS	Términos MeSH
Neoplasias	Neoplasm
Urgencias	Emergencies
Calidad de vida	Quality of life
Cuidados paliativos	Palliative Care
Cuidados paliativos al final de la vida	Hospice Care
Servicio de urgencia en hospital	Emergency Service, Hospital

Tabla 2. Términos DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

5.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

5.1.1 Introducción

Epidemiología del cáncer: Según los últimos datos encontrados, el cáncer en el mundo es una de las enfermedades que más morbilidad y mortalidad lleva asociada, por lo que es una de las principales causas de muerte y un impedimento para aumentar la esperanza de vida. La incidencia y la mortalidad están aumentando significativamente. A nivel mundial, en 2020 se han diagnosticado 19,3 millones de casos, y se espera que en 2040 esta cifra ascienda hasta los 28,4 millones de casos. Este aumento de casos supone un 47% más respecto a 2020. Además, la incidencia global en el mundo del conjunto de todos los tipos de cáncer ha sido un 19% superior en hombres que en mujeres (1).

En cuanto al tipo de cáncer más diagnosticado en España durante el 2022 en el conjunto de la población es el de colon y recto con 43.370 casos. Al realizar la diferenciación por sexos, en varones el cáncer más frecuente es el de próstata con 30.884 casos, seguido de colon y recto con 26.862 casos, pulmón con 22.316 casos y vejiga urinaria con 17.992 casos. Mientras tanto, en mujeres el cáncer más común es el de mama con 34.750 nuevos casos, al que le siguen colon y recto con 16.508 casos, pulmón con 8.632 casos y cuerpo uterino con 6.773 casos (2).

El número total de casos incidentes de cáncer estimados en 2022 ha sido 280.100. Los casos se reparten de manera desigual entre los diferentes grupos de edad. Hasta los 44 años el número de casos de cáncer incidentes es 15.940 (5,7%), entre 45 y 64 años es de 98.033 (35%) y entre la población mayor de 64 años es de 166.127 (59.3%) (2).

A nivel mundial, el cáncer responsable del mayor número de defunciones en el año 2020 es el de pulmón (18%), seguido del cáncer colorrectal (9,4%), hepático (8,3%), estómago (7,7%) y cáncer de mama (6,9%). En España, las causas más frecuentes de mortalidad fueron el cáncer de pulmón, colon, páncreas, mama y próstata (3).

En relación con el número de fallecimientos estimado en el año 2022 en España también se espera un incremento respecto a los datos del año 2020, de manera similar al de la incidencia. En el año 2020 la mortalidad se situaba en 113.054 casos, y se espera que en 2040 incremente hasta alcanzar los 160.271 casos (3).

Emergencia oncológica: se define como el acontecimiento agudo que pone en riesgo la vida de los pacientes con cáncer, directa o indirectamente como consecuencia de un tumor (4). Además, estas pueden ser tanto médicas como quirúrgicas y estar relacionadas tanto con el tumor como con los efectos secundarios propios del tratamiento quimioterápico o las metástasis (5).

Su detección precoz es imprescindible, ya que son una de las causas de morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Existen varios tipos de emergencias oncológicas: metabólicas, hematológicas y estructurales (4).

Cuidados paliativos (CP): Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son aquellos que tienen como objetivo principal aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que padecen enfermedades graves con altos índices de mortalidad como de sus familiares. Este tipo de cuidados se puede ofrecer tanto al comienzo de las enfermedades combinándolos con otro tipo de tratamientos, como en etapas terminales proporcionando una atención integral, es decir, médica, psicológica, social y espiritual (6).

En el modelo tradicional de CP estos se ofrecen cuando no quedan otras alternativas curativas. Sin embargo, en el modelo integrado, se incluyen en el tratamiento curativo de los pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida, de manera que tanto los cuidados oncológicos como los CP se integran como se aprecia en la figura 1 (7).

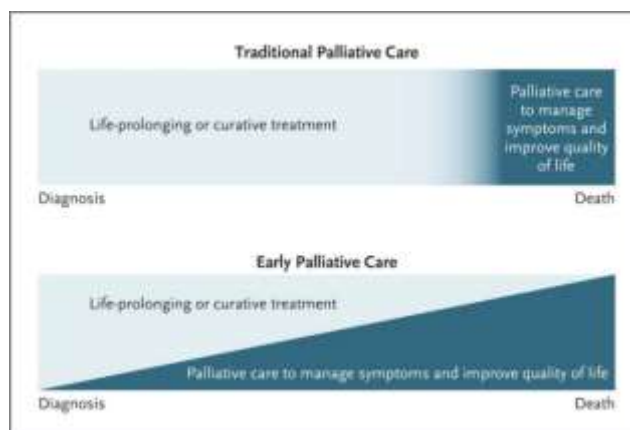


Figura 1: Modelo de integración de cuidados paliativos (7).

5.1.2 Tipos de urgencias oncológicas

Los pacientes con cáncer pueden sufrir diversas complicaciones relacionadas con su patología. Estas pueden desarrollarse sin manifestaciones clínicas evidentes, de manera lenta o aparecer bruscamente provocando en muchos casos la muerte. En algunos pacientes el diagnóstico de cáncer no llega hasta que no aparece una de las urgencias relacionadas. En estos casos es imprescindible ofrecer educación para la salud, el seguimiento estrecho del paciente y la inclusión del mismo en un programa de CP (8).

Dentro de las urgencias oncológicas podemos distinguir tres tipos; emergencias metabólicas, emergencias hematológicas y emergencias estructurales. A su vez, también podemos encontrar urgencias relacionadas con el tratamiento quimioterápico, radioterápico o con los nuevos tratamientos de inmunoterapia (8).

Una de las urgencias metabólicas de mayor importancia es el síndrome de lisis tumoral. Este consiste en un rápido desequilibrio electrolítico que suele estar relacionado con la administración de citostáticos y aparece 7 días tras el tratamiento. La hipercalcemia tumoral es otra de las urgencias metabólicas cuya principal manifestación clínica es la aparición de niveles de calcio séricos por encima de 10,5 mg/dl (8).

En relación con las urgencias hematológicas la neutropenia febril es una de las complicaciones más comunes del tratamiento del cáncer, se manifiesta principalmente por temperaturas mantenidas o superiores a 38,5°C y un recuento de neutrófilos inferior a 500 mm³ en las siguientes 48 horas (8).

Por último, dentro de las urgencias estructurales se encuentra el síndrome de vena cava superior (SVCS) y el síndrome de compresión medular. El SVCS es común en pacientes con cáncer de pulmón y se puede manifestar de forma aguda con un cuadro de cefalea, disnea e ingurgitación de las venas faciales, del cuello y del tórax. La compresión medular también es común en tumores pulmonares, siendo ésta una de las complicaciones neurológicas más frecuentes. Sus manifestaciones clínicas son dorsalgia y alteraciones neurológicas tanto motoras como sensitivas (4).

5.1.3 Urgencias oncológicas más frecuentes en servicios de urgencias

El aumento de la incidencia y la prevalencia del cáncer durante los últimos años, al igual que la complejidad de los tratamientos y las condiciones asociadas a ellos, han provocado un aumento en las visitas de estos pacientes a los servicios de urgencias (SU). Las urgencias de pacientes oncológicos representan un escaso número dentro de las urgencias generales de los hospitales, pero las características clínicas de la enfermedad hacen que su manejo sea complicado. Por ello, hay una elevada proporción de pacientes que tras acudir a los SU permanecen hospitalizados en observación.

Los tipos de cáncer más comunes en urgencias son pulmón (16%), hígado (14%), colon (12%) y estómago (9%). Sin embargo, a pesar de que una proporción de pacientes solo acude a los SU para consultas realmente necesarias como infecciones, sangrado gastrointestinal, neutropenia febril o sepsis, los síntomas más consultados son dolor agudo, náuseas, vómitos y disnea (9).

La mayoría de los pacientes oncológicos que acuden a los SU lo hacen por condiciones que no son realmente urgentes, por ello para el control de los síntomas asociados se necesitan conocimientos específicos que permitan adecuar los tratamientos a las diferentes fases de la enfermedad y, a su vez, que permitan una mejora de la calidad de vida (5).

En el estudio realizado por R. Mariño et al. (5) durante 4 meses se registró que acudían a los SU alrededor de 6 pacientes al día con antecedentes de patologías hemato – oncológicas. Mayoritariamente eran mujeres con una media de 61,6 años. De los pacientes que acudieron en el tiempo mencionado, el 79,5% tenía más de 50 años y en el 84,52% de las consultas que se realizaron existían antecedentes de tumor sólido. En relación con el estadio tumoral, el 47,9% se encontraba en etapa avanzada de la enfermedad con un estadio IV.

En el estudio mencionado también registró los síntomas más comunes (Gráfico 1) que fueron: dolor abdominal (26,3%), disnea (19,3%), vómitos (16,7%), astenia (15%), fiebre (14,5%), náuseas (13,84%) y hemorragia (11,16%) (5).

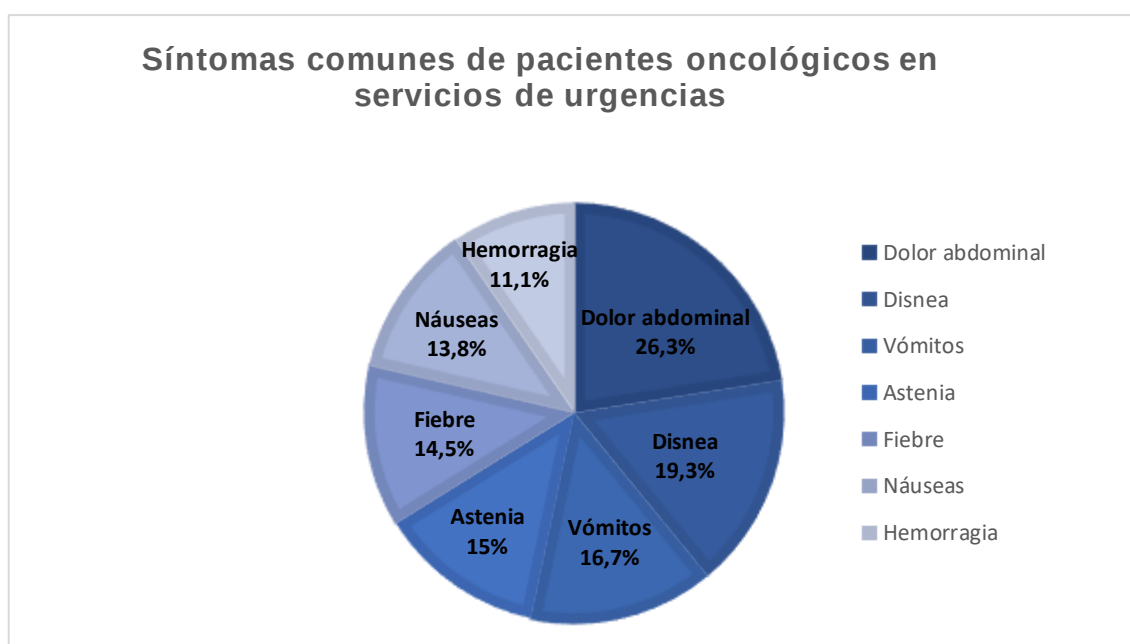


Gráfico 1: Síntomas comunes de pacientes oncológicos en servicios de urgencias. Elaboración propia.

Sin embargo, en el estudio realizado por S. Buendía Bravo et al. (10) relacionado con los motivos que generan las visitas a urgencias de pacientes oncológicos se definieron 3 posibles motivos de consulta: por causa tumoral (63%), por toxicidad postquimioterapia (31%) y por otras causas (6%). De los pacientes que acudieron por toxicidad tras haberse sometido al ciclo de quimioterapia el 65% presentó fiebre o síntomas de infección, el 50% dolor y el 42% neutropenia febril. El 73,3% de los pacientes de este estudio que acudieron a los SU se encontraban en estadios avanzados. Por lo que también expone que las visitas de pacientes oncológicos a los SU están relacionadas con la progresión tumoral y representan una pequeña parte de las urgencias generales.

Otro de los estudios recientes que trata las razones más comunes por las que los pacientes oncológicos visitan los SU de A. Workina (11) describe que las razones más habituales son neutropenia febril (23,4%), náuseas y vómitos (11,2%) y desequilibrios electrolíticos (10,9%).

De los pacientes que comprende este estudio el 57,1% se encontraba en un estadio avanzado de la enfermedad. Tras explicar la razón principal por la que acudían a urgencias, las consultas más frecuentes eran fatiga (14,8%), disnea (19,2%) y vómitos (11,5%).

5.1.3.1 Neutropenia febril

Es una de las complicaciones graves que pueden sufrir los pacientes oncológicos en tratamiento activo. Esto es un factor de riesgo para la aparición de diferentes infecciones (12).

El National Cancer Institute (NCI) la considera como efecto adverso del tratamiento cuando las cifras de neutrófilos en sangre son inferiores a 1500 μL . La ausencia de neutrófilos modifica la respuesta inflamatoria, por ello no es sencillo descubrir la infección.

En los SU se debe definir el riesgo que presenta cada paciente y determinar el tratamiento y la vía de administración que más se ajuste a su estado general de salud. El tratamiento de elección será antimicrobiano si el paciente presenta una temperatura de 38°C mantenida durante una hora, o esta es mayor o igual a 38,3°C en una toma puntual y una cantidad de neutrófilos menor a 500 μL . Aunque en los pacientes que presenten signos y síntomas de infección sin fiebre también se debe comenzar el tratamiento antibiótico (12).

Padecer neutropenia febril puede ocasionar retrasos en la administración de los ciclos de quimioterapia pautados e incluso reducción de las dosis iniciales, ya que normalmente se suele relacionar con infección (10).

5.1.3.2 Dolor oncológico

Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que cada paciente siente individualmente, por ello cada persona lo experimenta de una manera diferente. En pacientes oncológicos en tratamiento activo es el síntoma principal en el 40% de los casos y en aquellos que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad aparece en el 75% de los casos. El tratamiento farmacológico asociado a un buen tratamiento oncológico da buenos resultados en el 90-95% de los casos (12).

En el tratamiento del dolor oncológico se evitará la polifarmacia para suprimir el riesgo de aumento de efectos secundarios. Inicialmente se prefieren presentaciones de liberación rápida, y una vez controlado el dolor se pasará a dosis de liberación sostenida cada 24 horas (12).

El tratamiento analgésico se realiza por escalones, como se muestra en la figura 2, siendo el primero y el segundo para dolores leves o moderados y el tercero para dolores graves. Además, todos los escalones se pueden combinar con coadyuvantes para lograr un mejor

control del dolor. Estos fármacos no tienen efecto analgésico como propiedad, pero mejoran la acción de aquellos que están indicados para el tratamiento del dolor (12).



Figura 2: Escalera analgésica. Elaboración propia.

Un inadecuado control del dolor puede aumentar las visitas de pacientes oncológicos a servicios de urgencias, y a su vez, ocasionar una mala calidad de vida. Por esta razón, un adecuado control del dolor es esencial en los pacientes oncológicos (13).

5.1.3.3 Náuseas y vómitos

Son unos de los síntomas más comunes en pacientes oncológicos y pueden ser signos de alteraciones metabólicas o urgencias oncológicas estructurales. Las náuseas son la sensación desagradable y subjetiva relacionada con el tracto gastrointestinal superior y que normalmente está asociada a la expulsión por la boca de contenido gastrointestinal (12).

El tratamiento más inmediato consistirá en la administración de fármacos antieméticos, siempre que previamente se haya descartado otra patología, ya que pueden ser signo de una urgencia oncológica estructural (12).

5.1.3.4 Disnea

La presencia de disnea en pacientes oncológicos puede desencadenar una situación urgente, ya que puede ser un signo de obstrucción de la vía respiratoria, taponamiento cardíaco, neumonía, síndrome coronario agudo o derrame pleural entre otros. Estas son las principales causas de muerte por progresión de la enfermedad (14).

En los pacientes en etapa final de la enfermedad este síntoma aparece entre el 70% y el 80% de los casos en las últimas 6 semanas de vida. El tratamiento habitual en estos pacientes es la administración de opioides, ya que reducen la sensación de falta de aire y la ansiedad (15).

5.1.3.4 Alteraciones metabólicas

Las alteraciones hidroelectrolíticas como la hipercalcemia son un síntoma común por el que los pacientes oncológicos también consultan en los SU. Esta complicación metabólica aparece en el 10-30% de los pacientes con neoplasias y se relaciona con cifras de calcio sérico superiores a 10,5 mg/dl (12).

En pacientes oncológicos se asocia a la lisis tumoral, es decir, a la liberación excesiva de calcio por la destrucción ósea secundaria a posibles metástasis. Los síntomas más característicos son deshidratación, astenia, dolor abdominal, náuseas, vómitos y debilidad proximal entre otros. Sin embargo, si ocurre de forma aguda los síntomas clínicos son confusión y coma (12,16).

El manejo de esta complicación oncológica principalmente es la hidratación intravenosa con suero salino, aunque en los casos más graves pueden ser útiles los bifosfonatos y la calcitonina (16,17).

Como consecuencia del aumento de la incidencia y prevalencia, así como del aumento de la supervivencia, se está observando un aumento de las visitas a los SU de pacientes oncológicos. Estos acuden tanto para tratar los signos y síntomas que está ocasionando la propia enfermedad como para consultar sobre las complicaciones del tratamiento y los servicios de CP (11).

Los pacientes oncológicos que suelen acudir a los SU lo hacen en busca de cuidados con más intención paliativa que médica y no por emergencias oncológicas. Por ello, es necesario mejorar la atención de estos pacientes con su inclusión en programas de CP. Esta medida descongestiona los SU y ofrece una atención apropiada en relación a su enfermedad y a sus sentimientos, proporcionando calidad de vida, soporte y acompañamiento tanto al paciente como a su familia (5).

El uso de los SU por parte de los pacientes oncológicos puede ser perjudicial tanto para ellos mismos como para el sistema, ya que estos pacientes cuando acuden suelen esperar mucho tiempo para ser atendidos, exponiéndose de manera innecesaria a infecciones. A su vez, suelen ser tratados por personal con poca experiencia en el ámbito de la oncología, lo que ocasiona numerosos costes. Estudios recientes sugieren que entre un 30% y un 60% de las visitas a urgencias de estos pacientes pueden ser evitables. Por esta razón, la reducción de las visitas innecesarias a estos servicios puede ser fundamental para mejorar la atención a los pacientes con cáncer (13).

5.1.4 Eficiencia de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos

Los CP mejoran la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias, previniendo y aliviando el sufrimiento por medio de la evaluación y el tratamiento del dolor y de sus síntomas asociados. Se realiza un abordaje físico, psicológico, espiritual y social por parte de una gran variedad de profesionales, ya sean médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc (18).

Muchos estudios manifiestan que la incorporación de CP en pacientes oncológicos es beneficioso tanto para mejorar su calidad de vida como su supervivencia (18-20). La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) publicó recomendaciones para la incorporación temprana de los CP como servicio esencial en centros oncológicos. Sin embargo, en la integración de estos servicios sigue habiendo impedimentos como la escasa disponibilidad de equipos, la ausencia de comunicación interdisciplinar y los elevados costes (18).

Según el estudio realizado por Trenley M. Anderson (18) se obtuvo que un 82% de los encuestados estaba de acuerdo con que más pacientes se beneficiaran de CP. Un 96% de los participantes coincidía en que estos son beneficiosos para el control del dolor complejo, mientras que un 84% opinaba que son beneficiosos también para otro tipo de síntomas. Además, el 80% de las respuestas también afirmaban que los CP son beneficios en pacientes con cáncer avanzado o en aquellos que se encuentran en etapas terminales.

En la actualidad los altos costes de los cuidados oncológicos y la complejidad de los tratamientos son una gran preocupación. Según las recomendaciones de ASCO para el incremento de los servicios de CP, debe ir acompañado de un cambio en la financiación del sistema sanitario. No se dispone de métodos de estimación de costes que tengan en cuenta el coste – beneficio y el coste – efectividad. Sin embargo, se ha demostrado que las intervenciones de CP mejoran los resultados que los pacientes comunican y disminuyen los costes de los hospitales (7).

Según el estudio realizado por Cassel (21) la incorporación de cuidados paliativos precoces no solo mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, sino que también disminuye los costes. Los costes que más se han reducido han sido los derivados de ingresos en las unidades de cuidados intensivos, los de las hospitalizaciones prolongadas y los ocasionados por las visitas a servicios de urgencias.

Las intervenciones de CP y su posterior seguimiento por equipos multidisciplinares también han mejorado los resultados comunicados por los pacientes y a nivel de coste – efectividad son productivas. El seguimiento de los pacientes oncológicos por parte de equipos de CP multidisciplinares da lugar a un mejor control de síntomas, disminución de la carga de los cuidadores principales, mejora en la continuidad y coordinación de los cuidados, disminución de las visitas a hospitales y coste – efectividad (7).

5.1.5 Influencia de los cuidados paliativos en la disminución de urgencias oncológicas

Las intervenciones de los servicios de CP de manera coordinada junto con atención primaria y especializada suponen una reducción en las visitas a urgencias y una disminución de los costes (22).

En el estudio descriptivo realizado por A. Quiñones Pérez (22) se expone el impacto que ocasionan los equipos mixtos de CP, es decir, hospitalario y domiciliario, en la frecuentación de los SU hospitalarios por parte de pacientes oncológicos. Tras el seguimiento de los pacientes por equipos de CP se demuestra que una gran parte de las consultas en los SU están relacionadas con el control de síntomas y ciertas complicaciones de la enfermedad.

En él se menciona que las visitas a urgencias de pacientes oncológicos en seguimiento por un equipo mixto de CP se reducen en un 70,2% y en relación con el control de síntomas se reducen en un 63,3%.

Por lo que la inclusión en programas de atención paliativa demuestra una disminución de los síntomas refractarios por los que los pacientes acuden a urgencias, y, a su vez, aumenta la calidad de vida tanto de pacientes como de familiares y disminuye los costes en sanidad.

Haciendo referencia a la inclusión de CP en servicios de urgencias Corita R. Grudzen (23) realizó un estudio para investigar las actitudes y creencias de los profesionales respecto a esta prestación. Identificó 5 temas principales que influían en las percepciones de los médicos de urgencias respecto a los CP: tenían unos conocimientos limitados sobre este tipo de cuidados, visión fija del papel de los profesionales de urgencias, complejidad para tomar decisiones, práctica de la medicina defensiva y retos logísticos. Sin embargo, los profesionales identificaron una gran cantidad de beneficios respecto a la implementación de los CP en urgencias y a la mejora de sus habilidades para abordar los casos más complejos.

A pesar de que la medicina de urgencias tiene como objetivo estabilizar las patologías más agudas y depende del tiempo, el interés de los profesionales por los CP para tratar a pacientes con enfermedades avanzadas está aumentando. El incremento de estos cuidados puede disminuir las carencias actuales en la atención de muchos pacientes. Para ello, se deben desarrollar habilidades para mejorar la calidad de vida y establecer unos criterios claros respecto a los tratamientos invasivos.

Respecto a las limitaciones encontradas para la implementación de las consultas de CP en SU se deben abordar las cuestiones logísticas y contar con el personal necesario para atender las consultas urgentes que surjan.

5.1.6 Integración de cuidados paliativos precoces en oncología

La incorporación de CP a los tratamientos oncológicos muestra beneficios como un aumento de la calidad de vida, satisfacción del paciente, disminución de los síntomas y de costes asociados a tratamientos fútiles en las etapas terminales. Sin embargo, el tiempo de derivación de estos pacientes suele retrasarse (24,25).

En el estudio realizado por J.M Núñez Olarte (24) se recoge el funcionamiento de una consulta externa de cuidados paliativos precoces en un centro oncológico de tercer nivel. Algunos de los datos que sugiere este estudio son la disminución de los ingresos urgentes en un 11,21% y el incremento de las altas a domicilio y unidades de CP de corta y media estancia en un 11,22%. La quimioterapia agresiva que durante el último mes de vida empeora la calidad de vida de los pacientes y que produce un gran gasto económico, también puede reducir sus cifras al incorporar los CP precozmente en pacientes oncológicos terminales. La consulta externa permitía eliminar la sensación de abandono que sufrían estos pacientes.

Al implementar estos cuidados los pacientes que se encuentran en etapa final de su enfermedad logran entender mejor su pronóstico, toman decisiones con un correcto afrontamiento de su enfermedad y manejan adecuadamente los síntomas más comunes. Este nuevo modelo de CP se caracteriza por su flexibilidad y capacidad de adaptación tanto al paciente como a sus familiares, orientándose hacia intervenciones tempranas en el manejo de pacientes con cáncer.

Según ASCO en su última actualización (26), los CP deben ofrecerse tanto a pacientes en estadios iniciales de la enfermedad junto al tratamiento activo como a los que se encuentren en etapas avanzadas, ya que en ambos casos se obtienen beneficios. La derivación siempre debe ser hacia equipos multidisciplinarios que se pueden integrar en servicios ya existentes.

Según Daniel Vázquez – García et al. (27) existen ciertos impedimentos para implementar cuidados al final de la vida en SU. Entre ellos destaca la elevada carga de trabajo y la gran cantidad de pacientes que deben ser atendidos en poco tiempo, esto hace que los profesionales no tengan suficiente tiempo para ofrecer CP de calidad. A su vez, los SU están pensados para estabilizar a los pacientes y ofrecer atención aguda, lo que impide proporcionar unos cuidados al final de la vida adecuados a las necesidades de cada paciente. Otro de los impedimentos que se destaca es la ausencia de formación de los profesionales en este campo.

Según A. Collins et al. (28) en el estudio que realizó para demostrar la necesidad de establecer una herramienta de derivación a los servicios de CP de forma rutinaria, describió que la atención se suele producir tarde, es decir, cuando la enfermedad ya está muy avanzada y en

muchos casos no se produce a pesar de la integración. Como conclusión, pretende establecer la derivación temprana de todo paciente oncológico al servicio de CP como parte de una atención oncológica de calidad. Esto mejoraría la calidad de la asistencia y aumentará la derivación de pacientes, abordando los CP desde la práctica clínica habitual.

5.1.7 Instrumentos de valoración paliativa

Los síntomas de pacientes oncológicos deben tratarse con un enfoque holístico a lo largo de toda la enfermedad. Para ello se utilizan los CP, que ofrecen atención integral y una mejora en la adherencia a los tratamientos (29).

La evaluación de los síntomas junto con el diagnóstico inicial es imprescindible para un tratamiento eficaz. Como los pacientes suelen presentar más de un síntoma a la vez, se hace necesaria la aplicación de diferentes herramientas para abordarlos todos de manera efectiva (29).

Escalas

Una de las escalas más utilizadas en CP es la llamada **Palliative Performance Scale (PPS)**. Es una escala de valoración funcional diseñada especialmente para pacientes con necesidades paliativas. Es realizada por los profesionales sanitarios (30).

Esta escala es una modificación del Índice de Karnofsky, en ella se valoran 5 categorías funcionales: capacidad de deambular, índice de actividad, evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta oral y nivel de conciencia. La escala PPS está compuesta por 11 categorías que se puntúan de 0 a 100%, siendo 0% cuando el paciente ya ha fallecido y 100% aquel que está sano como se muestra en el Anexo 1 (31,32).

Esta herramienta ha sido utilizada desde su creación en 1996 para determinar la supervivencia de pacientes con enfermedad terminal en los diferentes niveles asistenciales. Sin embargo, es mucho más utilizada para determinar en qué fase de tratamiento se encuentra el paciente para programar los cuidados (32).

Según el estudio realizado con pacientes oncológicos para determinar su supervivencia y sus características (31), esta escala fue útil tanto para predecir el pronóstico de vida de pacientes en CP como para determinar el progreso de su enfermedad.

Palliative Prognostic Index (PPI) es otra de las escalas utilizadas en pacientes paliativos para predecir la supervivencia a corto plazo. Se calcula utilizando 5 variables clínicas: la PPS, la ingesta oral, la presencia o ausencia de disnea, edema y delirium. Estratifica a los pacientes en 3 grupos según la puntuación obtenida: si es mayor de 6 corresponde a una supervivencia inferior a 3 semanas, mayor de 4 corresponde a una supervivencia menor a 6 semanas y si

es menor o igual que 4 corresponde a una supervivencia mayor de 6 semanas. Una de sus limitaciones es el tiempo de supervivencia que calcula, es decir, es mucho más útil para la predicción de supervivencia de 3 semanas que para pronósticos de vida más largos (30,33).

Instrumentos

El instrumento **Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)** evalúa 10 síntomas por medio de escalas analógicas visuales. Es uno de los instrumentos que se utiliza actualmente para la valoración de síntomas de pacientes con cáncer avanzado (34).

Debe ser cumplimentado por el paciente, solo o con ayuda, con el fin de evaluar los niveles de dolor, náuseas, actividad, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, dificultad respiratoria y sensación de bienestar. El décimo síntoma debe completarlo el paciente con alguno que tenga muy presente y no se encuentre en la lista. A continuación, todos los datos aportados por el paciente se transfieren a una gráfica en la que se puede ver su evolución diaria y continua hasta alcanzar 21 días en una misma página. Este instrumento es sencillo y útil para la valoración de los síntomas y su intensidad en el ámbito de los CP, ya que no requiere un gran esfuerzo por parte del paciente (35).

Recientemente para mejorar este cuestionario se diseñó el ESAS – r, una versión revisada que incluye expresiones diferentes para agotamiento, desánimo y ansiedad (Anexo 2). Además, incluye una instrucción escrita sobre el momento de valoración de los síntomas (“Ahora”) (34).

Además de este, hay otros instrumentos que permiten la valoración de pacientes crónicos con necesidades paliativas para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de aquellos que presentan un pronóstico de vida limitado. La identificación de estas necesidades de manera temprana por parte de los profesionales sanitarios es fundamental para evitar un retraso del enfoque terapéutico y proporcionar mejores cuidados al final de la vida (36).

En el estudio realizado por A. Alonso Fachado et al. (36) sobre la herramienta **SPICT** explica que está compuesta por 27 apartados de respuesta dicotómica de sí o no y un ítem final sobre los cuidados específicos que necesita el paciente si es identificado con necesidades de atención paliativa. Los apartados están divididos en dos categorías, la primera corresponde a indicadores de deterioro de la salud generales y la segunda son indicadores de enfermedad avanzada. Según el estudio, la herramienta es sencilla, fácil de realizar e identifica al 48% de todos aquellos que fallecerán en los 12 meses posteriores a haber cumplido los criterios SPICT.

Otra de las herramientas de identificación paliativa que se puede asociar a esta es el cuestionario IDC – PAL para valorar la complejidad del paciente paliativo y prestar los mejores recursos sociosanitarios (36).

La herramienta **IDC – PAL, Instrumento de Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos**, sirve para facilitar la valoración global de paciente, familia y entorno y determinar su complejidad para proporcionar una atención individualizada según las necesidades de cada uno. Puede ser usada tanto en atención hospitalaria como domiciliaria. En él se evalúan 36 elementos de complejidad agrupados en 3 categorías; paciente, familia y entorno social, y organización sanitaria. Tras la valoración del paciente, la situación de complejidad se agrupa en 3 niveles; altamente compleja, compleja y no compleja. En el Anexo 3 se muestra la herramienta.

Los pacientes que se encuentren en esta última situación no necesitan recursos avanzados, mientras que aquellos que tengan un nivel de situación altamente compleja necesitan recursos avanzados como los CP. Aquellos que se encuentren en una situación intermedia la decisión debe tomarla el médico responsable (37).

Este instrumento puede ser utilizado en cualquier momento, permitiendo evaluar las necesidades cambiantes de los pacientes oncológicos y valorando su nivel de complejidad. Favorece las derivaciones de forma adecuada cuando un paciente necesita atención individualizada y requiere recursos avanzados de CP, por lo que, del mismo modo, aumenta la eficacia de la prestación de estos cuidados y mejora la adecuación de los recursos sanitarios (37).

Por último, el instrumento **NECPAL CCOMS – ICO**, según Gómez – Batiste (38) permite identificar a pacientes crónicos con necesidades paliativas de manera precoz. Es un instrumento factible y sencillo de usar adaptado a nuestro entorno en el que se incluyen criterios de severidad y progresión. Con él se puede realizar una evaluación multifactorial, cuantitativa, cualitativa, no dicotómica e identificativa. Se divide en cuatro bloques; evaluaciones de percepción subjetiva por medio de una pregunta sorpresa, demanda y necesidades percibidas, indicadores de severidad, progresión, síndromes, aspectos emocionales, comorbilidades, uso de recursos y, en el último bloque, indicadores específicos de la enfermedad.

El instrumento NECPAL (39) tiene como finalidad principal identificar a pacientes con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado de manera precoz para mejorar su atención e incluir los CP en su tratamiento. Poniendo especial interés en la mejora de la calidad de vida con un abordaje integral y multidisciplinar de las necesidades que presente

cada paciente. Este instrumento puede ser utilizado en cualquier servicio sanitario, aunque no está indicado en SU o en aquellos en los que no se conozca al paciente.

La respuesta negativa a la pregunta sorpresa “¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?” es un indicador para iniciar un proceso reflexivo sobre los cuidados paliativos e iniciar preguntas sobre el resto de los parámetros. En el Anexo 4 se muestra la herramienta.

Según V. A. Tripodoro en uno de sus estudios sobre esta herramienta centrado en pacientes oncológicos (40) describió que este instrumento es útil y sirve para identificar de manera precoz a los pacientes con necesidades paliativas. En este estudio casi la mitad de los pacientes con un resultado positivo presentaban deterioro funcional significativo, por ello en la última versión de la herramienta se añadió la fragilidad como criterio específico.

En otro estudio realizado en Argentina sobre el pronóstico de muerte en pacientes oncológicos con necesidades paliativas (41) describe que tanto el pronóstico como las necesidades paliativas son elementos imprescindibles, ya que la consecuencia de no identificarlos a tiempo conlleva un uso inadecuado de los recursos sanitarios, mal control sintomático y ausencia de planificación para la toma de decisiones. Este instrumento también resultó útil para la identificación del pronóstico y el riesgo de mortalidad, aunque no sea su función principal.

La identificación temprana y evaluación multidimensional de las necesidades paliativas han demostrado claros beneficios en el control de síntomas, mejora de la calidad de vida y objetivos terapéuticos. Los pacientes que tienen acceso a los CP especializados tienen un mejor control de síntomas con la consiguiente reducción de costes en los tratamientos, ya que reciben terapias menos agresivas. El instrumento NECPAL, gracias a la combinación de la pregunta sorpresa con otros indicadores, puede ser utilizado para identificar necesidades paliativas de manera precoz e incluir estos cuidados al tratamiento del paciente en cualquier momento (41).

En definitiva, la falta de comprensión de un paciente cuando requiere CP puede ocasionar retrasos y mayor sufrimiento tanto a los propios pacientes como a su entorno. Por ello, son necesarias las herramientas de identificación de estas necesidades. En los últimos años, se ha empezado a considerar que los pacientes no deben ser evaluados y tratados por el equipo de CP únicamente al final de su vida, sino a lo largo de toda la enfermedad (42).

6. Justificación

Como se ha podido observar, el cáncer es una de las enfermedades más prevalentes y que más cambios provoca, tanto en pacientes como en sus familiares. Estos cambios normalmente provocan numerosas visitas a los SU. Por ello, para el control de los síntomas asociados son imprescindibles conocimientos específicos que permitan adecuar los tratamientos a las diferentes fases de la enfermedad, y que, al mismo tiempo, permitan una mejora de la calidad de vida (5).

Las visitas a los SU por parte de estos pacientes son una mínima parte en comparación con la población general, pero la mayoría acuden por síntomas o condiciones de la patología que no se consideran realmente urgencias oncológicas. El abordaje suele ser complicado, y por ello, muchos permanecen en observación (9). Muchos de estos síntomas desaparecerían si fueran tratados por equipos multidisciplinares de CP, ya que un abordaje integral disminuye la sensación de malestar (29).

La identificación de necesidades paliativas de manera precoz mediante los diferentes instrumentos de valoración mencionados es fundamental para realizar un abordaje holístico, aliviando el sufrimiento y mejorando la calidad de vida de aquellos que presentan un pronóstico de vida limitado. La identificación temprana evita retrasos en el enfoque terapéutico, disminuye los costes innecesarios y proporciona mejores cuidados al final de la vida (36).

Por lo tanto, debido a todo lo mencionado anteriormente he decidido realizar un estudio observacional en el que se identifiquen necesidades paliativas de manera precoz. Está dirigido a pacientes paliativos oncológicos que frecuentan los SU. El papel de los CP es fundamental para mejorar la calidad de vida y atender todas las necesidades de los pacientes de manera multidimensional.

7. Implicaciones en la práctica clínica

Desde el punto de vista enfermero es necesario este proyecto, ya que las técnicas de enfermería no son lo único necesario con estos pacientes. Fijarse en las diferentes dimensiones de cada paciente también es imprescindible, así como escuchar sus necesidades y mejorar la calidad de vida en el momento tan duro que están pasando y que tantos cambios conlleva.

Este proyecto trata de describir como los cuidados paliativos precoces pueden mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos, reduciendo así tanto la disminución de las visitas a los SU por un mal control de síntomas refractarios o incapacitantes que van asociados a la propia patología o a sus tratamientos como los costes.

8. Proyecto de investigación: estudio observacional

8.1 Objetivos

8.1.1 Objetivo general:

- Determinar la influencia de los cuidados paliativos precoces en la disminución de urgencias oncológicas.

8.1.2 Objetivos específicos:

- Conocer las causas de la atención urgente hospitalaria en pacientes paliativos.
- Determinar la frecuencia de pacientes integrados en programa de cuidados paliativos en servicios de urgencias.
- Determinar la frecuencia de pacientes paliativos no integrados en un programa de cuidados paliativos en servicios de urgencias.
- Establecer si existen diferencias entre la asistencia urgente al paciente paliativo oncológico y no oncológico.

8.2 Metodología

8.2.1 Diseño del estudio

Este proyecto de investigación es un estudio observacional de carácter descriptivo y transversal de tipo retrospectivo.

Es un estudio descriptivo ya que no responde a ninguna hipótesis previa y se centra en determinar la influencia de los cuidados paliativos en la disminución de urgencias oncológicas.

De esta manera, se recogerán los datos para estudiar a una población determinada en un punto del tiempo y conocer la relación entre las variables sin modificar los datos, por ello se trata de un estudio transversal.

El motivo por el que se elige este tipo de diseño para el siguiente estudio reside en la poca evidencia científica que hay que relacione la asistencia urgente hospitalaria con pacientes paliativos.

La duración estimada son diez meses aproximadamente.

8.2.2 Sujetos del estudio

Población diana

Este estudio tiene como población diana pacientes paliativos que acuden a los servicios de urgencia en la Comunidad de Madrid.

Población accesible

Se identifica como población accesible todo paciente paliativo que acuda al servicio de Urgencias Generales del Hospital Universitario de Getafe.

Para la obtención de la muestra se realizará un muestreo no probabilístico, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan a continuación.

Lugar del estudio

Esta investigación se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Getafe, perteneciente a la Comunidad de Madrid, concretamente en el servicio de Urgencias Generales.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes oncológicos y no oncológicos.
- Pacientes con criterios de enfermedad terminal: presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, presencia de múltiples síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Residir en la Comunidad de Madrid y tener el Hospital Universitario de Getafe como hospital de referencia.
- Manifestar el deseo de participar mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedad aguda.
- Fallecimiento.

Muestra del estudio

Teniendo en cuenta que no es algo habitual que los pacientes a los que va destinado el estudio acudan a servicios de urgencia hospitalaria, de 150 pacientes que acudan, aplicando un nivel de confianza del 95% y un 5% de margen de error se calcula un tamaño de la muestra con 109 sujetos.

8.2.3 Variables

En el estudio se incluirán las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, motivo de consulta, resultado NECPAL, procedencia, estar en seguimiento o no por un equipo de cuidados paliativos, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y si tiene o no tratamiento curativo activo. En la siguiente tabla se muestran las variables incluidas en el estudio y su descripción.

Variable	Tipo de variable	Herramienta de recogida	Categorías posibles de las variables
Edad	Cuantitativa continua	Historia Clínica	Años: 18 – 40 40 – 65 + 65
Sexo	Cualitativa dicotómica	Historia Clínica	Masculino o femenino
Diagnóstico	Cualitativa dicotómica	Historia Clínica	Oncológico o no oncológico
Motivo de consulta	Cualitativa categórica	Historia Clínica	Dolor oncológico Disnea Náuseas y vómitos Fiebre Otros
Resultado NECPAL	Cuantitativa dicotómica	Cuestionario NECPAL	NECPAL positivo NECPAL negativo
Procedencia	Cualitativa categórica	Historia Clínica	Domicilio Residencia Sociosanitario
Seguimiento por equipo de CP	Cualitativa dicotómica	Historia Clínica	Sí No

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Cuantitativa continua	Historia Clínica	Menos de 1 mes Entre 1 – 3 meses Más de 3 meses
Tratamiento curativo	Cualitativa dicotómica	Historia Clínica	Sí No

Tabla 3: Descripción de las variables empleadas en el estudio. Elaboración propia.

La edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona. Esta es una de las variables necesarias para el estudio ya que es uno de los criterios de inclusión utilizados.

El sexo es una variable que junto con la edad y la procedencia se utiliza para determinar el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio.

El diagnóstico, el motivo de consulta y el resultado de la Escala NECPAL son variables fundamentales en el estudio, ya que con ellas se podrá determinar si un paciente requiere ser tratado por un equipo de cuidados paliativos o no.

Estar en seguimiento por un equipo de cuidados paliativos o no, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la posibilidad de tratamiento curativo o no son otras de las variables utilizadas en el estudio que tienen relevancia, ya que por medio de ellas conocemos qué tipo de cuidados precisa cada paciente adaptándonos a sus necesidades.

8.2.4 Procedimiento de recogida de datos

Los datos necesarios en este estudio se recogerán en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe durante dos meses, dentro de los diez que está estimada la duración del estudio. Si en este intervalo de tiempo no se consigue una muestra suficiente de pacientes, el plazo se ampliaría un mes más o hasta alcanzar el tamaño de la muestra necesario.

Inicialmente se valorarán los datos sociodemográficos para comprobar si el paciente cumple los criterios de inclusión y se recogerán de la historia clínica una vez este haya otorgado su deseo de participación mediante la firma del consentimiento informado creado a tal efecto (Anexo 5).

A los pacientes que participen en el estudio se les hará cumplimentar el Cuestionario NECPAL (Anexo 4). Al finalizarlo, nos lo entregarán para recabar toda la información necesaria y sacar las conclusiones pertinentes del estudio.

8.2.5 Fases del estudio, cronograma

El estudio se planificará en diferentes fases con diferente duración y objetivos para cada una de ellas. Entre septiembre de 2022 y junio de 2023 se siguieron las siguientes fases:

- Fase conceptual: se inicia formulando una pregunta de investigación al problema observado (¿Influyen los cuidados paliativos en la disminución de las visitas a urgencias de pacientes oncológicos?). A continuación, se lleva a cabo una revisión bibliográfica en español e inglés utilizando los diferentes descriptores de ciencias de la salud sobre la pregunta de investigación y se redacta el estado de la cuestión junto con la justificación, el objetivo general y los objetivos específicos planteados para el proyecto. Esta fase se llevó a cabo entre los meses de septiembre de 2022 y enero 2023.
- Fase metodológica: se decide el tipo de diseño de investigación que se va a llevar a cabo (estudio observacional descriptivo de carácter transversal y retrospectivo) y se definen los sujetos que van a participar, las variables de investigación y el procedimiento de recogida de datos. En esta fase también se valora el tiempo y la duración necesaria para poner en práctica el estudio. El tiempo empleado para la realización del diseño fue de 15 días, desde la finalización de la primera fase.
- Fase empírica: en esta última fase se lleva a cabo el proyecto con las duraciones mencionadas anteriormente. Se realiza la recogida de datos de la historia clínica y posteriormente, se analizan e interpretan los resultados obtenidos para su posterior publicación.

En la siguiente tabla se muestra el cronograma de las fases llevadas a cabo:

Meses	Fase Conceptual	Fase metodológica	Fase empírica
Septiembre 2022	Pregunta de investigación		
Octubre 2022	Revisión bibliográfica		
Noviembre 2022			
Diciembre 2022			
Enero 2023	Estado de la cuestión		
Febrero 2023			
Marzo 2023	Objetivos	Diseño del estudio, sujetos y definición de variables	
Abril 2023			
Mayo 2023		Recogida y análisis de datos.	
Junio 2023			Interpretación de resultados y publicación.

Tabla 4: Cronograma del estudio. Elaboración propia.

8.2.6 Análisis de datos

En este estudio inicialmente se aplicará estadística descriptiva. Se realizará una tabla de frecuencias tanto absolutas como relativas de las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central (media, mediana, moda y suma) y de dispersión (desviación típica, varianza y rango).

Posteriormente, se aplicará estadística inferencial con la prueba Chi – cuadrado aplicando un nivel de confianza del 95%. Se tendrá en cuenta el p-valor y se comparará con $\alpha = 0,05$. Dependiendo del valor que se obtenga, si el p-valor es mayor que $\alpha = 0,05$ se aceptaría la hipótesis de que no existe relación entre las variables. Sin embargo, si el p-valor es menor que $\alpha = 0,05$ sí que existiría relación entre las variables seleccionadas.

8.3 Aspectos éticos

Este estudio se remitirá al Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe a fin de que éste emita un informe favorable sobre el mismo.

Este estudio no comporta ningún riesgo para los participantes, ya que no se va a realizar ninguna intervención ni técnicas invasivas que puedan poner en peligro su salud.

Se informará a los participantes del estudio y se recogerá su autorización para participar en él mediante la entrega del consentimiento informado firmado (Anexo 5).

Los datos de carácter personal de los participantes en el estudio se tratarán de manera confidencial de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), según el cual los pacientes participantes en el estudio podrán ejercer el derecho de acceso, modificación, oposición y cancelación de su participación en cualquier momento.

8.4 Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del estudio es que el tamaño reducido de la muestra no permite que los resultados sean extrapolables al resto de la población. Dado que se realiza un muestreo por conveniencia, los resultados pueden resultar sesgados.

El estudio es de carácter transversal y pretende analizar la influencia de los cuidados paliativos en servicios de urgencia hospitalaria. No se puede establecer causalidad ya que la variable tiempo no se incluye en el proyecto.

Respecto a la validez externa se calculó un tamaño muestral de 109 sujetos, pudiendo sufrir pérdidas por fallecimiento durante el estudio. Por ello, estos participantes quedarían excluidos para evitar posibles sesgos en el estudio.

9. Bibliografía

- (1) Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
- (2) Red Española de Registros de Cáncer. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2022. [Internet]. Red Española de Registros del Cáncer; 2022 [Acceso 27 de enero de 2023]. Disponible en: <https://redecan.org/es/proyectos/14/estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana-2022>
- (3) Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Madrid: 2022 [acceso 27 de diciembre de 2022]. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2022. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
- (4) Gorospe-Sarasúa L, Arrieta P, Muñoz-Molina GM, Almeida-Aróstegui NA. Oncologic thoracic emergencies of patients with lung cancer. Rev Clin Esp (Barc). 2019;219(1):44-50.
- (5) Mariño R, Cervera S, Moreno L, Sánchez O. Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un hospital de cuarto nivel de atención. 2015;19(4):204-9.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles. [Internet] Organización Mundial de la Salud; 2021. [actualizada 29 de septiembre de 2021; acceso 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240033351>
- (7) Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albreht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2018;19(11):e588-e653.
- (8) Higdon ML, Atkinson CJ, Lawrence KV. Oncologic Emergencies: Recognition and Initial Management. Am Fam Physician. 2018;97(11):741-8.
- (9) Kim Y, Seo D, Kim WY. Types of cancer and outcomes in patients with cancer requiring admission from the emergency department: A nationwide, population-based study, 2016-2017. Cancer. 2021;127(14):2553-61.

- (10) Buendía Bravo S, González Haba Peña E, García Sánchez R, Arrabal Durán P, Sánchez Fresneda MN, Sanjurjo Sáez M. Análisis descriptivo de los motivos que originan visitas a urgencias en pacientes oncológicos: toxicidad postquimioterapia. *Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. 2015;39(6):333-7.
- (11) Workina A, Habtamu A, Zewdie W. Reasons for Emergency Department Visit, Outcomes, and Associated Factors of Oncologic Patients at Emergency Department of Jimma University Medical Centre. *Open Access Emerg Med*. 2022;14:581-90.
- (12) Aragonés Manzanares R, de Rojas Román JP, Pérez Caravante M. Urgencias y Cuidados Intensivos en el Paciente Oncológico. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
- (13) Gallaway MS, Idaikkadar N, Tai E, Momin B, Rohan EA, Townsend J, et al. Emergency department visits among people with cancer: Frequency, symptoms, and characteristics. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021;2(3):e12438.
- (14) Caterino JM, Adler D, Durham DD, Yeung SJ, Hudson MF, Bastani A, et al. Analysis of Diagnoses, Symptoms, Medications, and Admissions Among Patients With Cancer Presenting to Emergency Departments. *JAMA Netw Open*. 2019;2(3):e190979.
- (15) Long DA, Koyfman A, Long B. Oncologic Emergencies: Palliative Care in the Emergency Department Setting. *J Emerg Med*. 2021;60(2):175-91.
- (16) Gould Rothberg BE, Quest TE, Yeung SJ, Pelosof LC, Gerber DE, Seltzer JA, et al. Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review. *CA Cancer J Clin*. 2022;72(6):570-93.
- (17) Cerceda GL. Emergencias oncológicas. *Revista médica clínica las Condes*. 2011;22(5):665-76.
- (18) Anderson TM, Farrell MM, Moss G, Gupta M, Mooney S, Daunov K, et al. The perspectives of oncology healthcare providers on the role of palliative care in a comprehensive cancer center. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):148.
- (19) Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930):1721-30.

- (20) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42.
- (21) Cassel JB, Kerr KM, Kalman NS, Smith TJ. The Business Case for Palliative Care: Translating Research Into Program Development in the U.S. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(6):741-9.
- (22) Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, García Sánchez MJ, Guardia Mancilla P. Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Medicina Paliativa*. 2013;20(2):60-63.
- (23) Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(1):1-9.
- (24) Núñez Olarte JM, Pérez Aznar C, Sánchez Isac M, Solano Garzón ML, Guevara Méndez S, Espinal Domínguez E, et al. Incorporación de los «cuidados paliativos precoces» en la actividad de una consulta externa de cuidados paliativos en un centro oncológico terciario. *Medicina Paliativa*. 2016;23(1):3-12.
- (25) Mo L, Urbauer DL, Bruera E, Hui D. Recommendations for Palliative and Hospice Care in NCCN Guidelines for Treatment of Cancer. *Oncologist*. 2021;26(1):77-83.
- (26) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112.
- (27) Vázquez-García D, De-la-Rica-Escuín M, Germán-Bes C, Caballero-Navarro A. Healthcare professionals' perceptions and confrontation at patients' end-of-life in emergency departments: A qualitative systematic review. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e201908051.
- (28) Collins A, Sundararajan V, Burchell J, Millar J, McLachlan S, Krishnasamy M, et al. Transition Points for the Routine Integration of Palliative Care in Patients With Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56(2):185-94.
- (29) Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):905-14.

- (30) Stone P, Vickerstaff V, Kalpakidou A, Todd C, Griffiths J, Keeley V, et al. Prognostic tools or clinical predictions: Which are better in palliative care? PLoS One. 2021;16(4):e0249763.
- (31) Vila Arias JM, Pereira Santelesforo S, Lopez Alvarez E, Mendez Muñoz M, Guzmán Gutierrez J, Sanmartín Moreira J. Utilidad del Palliative Performance Scale v2 para la estimación de supervivencia en enfermos con cáncer avanzado. Medicina Paliativa. 2012;19(4):133-8.
- (32) Sancho Zamora MÁ, Plana MN, Zamora J, Rexach Cano L, Cañada Millas I, Díaz Álvaro A, et al. Supervivencia, según la Palliative Performance Scale, de pacientes oncológicos trasladados a unidades de cuidados paliativos de media estancia por un equipo de soporte hospitalario. Medicina Paliativa. 2014;21(1):9-14.
- (33) Forcano García M, Quilez Salas N, Vial Escolano R, Solsona Fernández S, González García P. Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado. Medicina Paliativa. 2015;22(3):106-16.
- (34) Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. Medicina Paliativa. 2013;20(4):143-9.
- (35) Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7(2):6-9.
- (36) Fachado AA, Martínez NS, Roselló MM, Rial J, Oliver EB, García RG, et al. Spanish adaptation and validation of the supportive & palliative care indicators tool - SPICT-ESTM. Rev Saude Pública. 2018;52(3).
- (37) Salvador Comino MR, Garrido Torres N, Perea Cejudo I, Martín Roselló ML, Regife García V, Fernández López A. El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. Medicina Paliativa. 2017;24(4):196-203.
- (38) Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en

servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. Med Clin (Barc). 2013;140(6):241-5.

(39) Instituto Catalán de Oncología [Internet]. Generalitat de Catalunya; 2017 [actualizada 12 de julio de 2017; acceso 25 de febrero de 2023]. De Gómez-Batiste X, Beas E, Amblàs J, Domínguez B, Mir S, Lasmarías C, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: NECPAL CCOMS-ICO© 3.1 (2017). Disponible en:https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/INS-TRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_Completo-Final.pdf

(40) Adriana Tripodoro V, Llanos V, Laura Daud M, Muñoz P, Del Mar E, Tranier R, et al. Palliative and prognostic approach in cancer patients identified in the multicentre NECesidades PALiativas 2 study in Argentina. Ecancermedicalsecience. 2021;15(1316):1-10.

(41) Tripodoro VA, Llanos V, De Lellis S, Salazar Güemes C, De Simone GG, Gómez-Batiste X. Prognostic factors in cancer patients with palliative needs identified by the NECPAL CCOMS-ICO© tool. Medicina (B Aires). 2019;79(2):95-103.

(42) Calsina-Berna A, Amblàs Novellas J, González-Barboteo J, Bardés Robles I, Beas Alba E, Martínez-Muñoz M, et al. Prevalence and clinical characteristics of patients with Advanced Chronic Illness and Palliative Care needs, identified with the NECPAL CCOMS-ICO© Tool at a Tertiary Care Hospital. BMC Palliat Care. 2022;21(1):210.

ANEXOS

ANEXO 1: Palliative Performance Scale

PPS Nivel	Deambulaci3n	Evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta oral	Nivel de conciencia
Actividad					
100%	Normal	Sin evidencia de enfermedad. Actividad normal	Completo	Normal	Normal
90%	Normal	Con alguna evidencia de enfermedad. Actividad normal	Completo	Normal	Normal
80%	Normal	Con alguna evidencia de enfermedad. Actividad normal con esfuerzo	Completo	Normal o reducida	Normal
70%	Reducida	Con alguna evidencia de enfermedad. Incapaz de trabajar	Completo	Normal o reducida	Normal
60%	Reducida	Con enfermedad significativa. Incapaz de realizar tareas del hogar	Asistencia ocasional	Normal o reducida	Normal o s3ndrome confusional
50%	Vida cama – sill3n	Con enfermedad extensa. Incapaz para realizar cualquier trabajo	Precisa asistencia considerable	Normal o reducida	Normal o s3ndrome confusional

40%	Mayor parte del tiempo encamado	Con enfermedad extensa. Incapaz para realizar cualquier trabajo	Precisa ayuda en casi todas las actividades	Normal o reducida	Normal, somnoliento o síndrome confusional
30%	Encamado	Con enfermedad extensa. Incapaz para realizar cualquier trabajo	Dependiente totalmente	Reducida	Normal, somnoliento o síndrome confusional
20%	Encamado	Con enfermedad extensa. Incapaz para realizar cualquier trabajo	Dependiente totalmente	Bebe sorbos	Somnoliento o coma
10%	Encamado	Con enfermedad extensa. Incapaz para realizar cualquier trabajo	Dependiente totalmente	Solo cuidados de la boca	
0%	Muerte				

Anexo 1: Palliative Performance Scale. Elaboración propia a partir de (31).

Anexo 2: Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton, versión revisada ESAS – r

Cuestionario de evaluación de síntomas de edmonton, versión revisada ESAS-r (es)

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

Anexo 2: Versión revisada ESAS – r (34).

Anexo 3: Herramienta IDC – PAL

► IDC-Pal: Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos

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

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

Situación: No compleja ☐ Compleja ☐ Altamente Compleja ☐

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí ☐ No ☐

Anexo 3: Herramienta IDC – PAL (37).

Anexo 4: Instrumento NECPAL – CCOMS – ICO

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.1 2017

Pregunta sorpresa (PS) (a/entre profesionales):

¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?

SI, me sorprendería → NO es NECPAL

NO me sorprendería

Parámetros
NECPAL

"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	1
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	2
Indicadores clínicos generales de progresión - Los últimos 6 meses - No relacionados con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10% 3
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de >2 ABVDs 4
	- Declive cognitivo	• Pérdida ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer 5
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	• Datos clínicos anamnesis 6
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 síndromes geriátricos (recurrentes o persistentes) 7
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, digestivos...	• Checklist síntomas (ESAS) ≥ 2 síntomas persistentes o refractarios 8
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9 9
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar 10
Multi-morbilidad	>2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	11
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones	• > 2 Ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliar, intervenciones enfermería, etc) 12
Indicadores específicos de severidad/progresión de la enfermedad	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas	13

Si presenta por lo menos 1 parámetro NECPAL:

NECPAL+

Anexo 4: Instrumento NECPAL versión 3.1 (39).

ANEXO 5: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación del Hospital Universitario de Getafe. Antes de decidir si quiere participar en él, lea atentamente cada uno de los siguientes apartados. Tenga en cuenta que puede preguntar cualquier duda que le surja, asegurándose de comprender cada uno de los procesos del estudio.

Una vez haya comprendido el estudio en su totalidad y decidido si quiere participar en el mismo, se le solicitará la firma del presente consentimiento, del cual se le hará entrega de una copia.

Descripción y objetivos del estudio:

Este estudio tiene como objetivo determinar la influencia de los cuidados paliativos precoces en la disminución de urgencias oncológicas. Por ello, la investigación se centrará en conocer si los cuidados paliativos influyen en la disminución de las visitas a urgencias de pacientes oncológicos.

Para recabar la información los participantes deberán cumplimentar una escala para identificar necesidades paliativas de manera precoz (NECPAL) que se les entregará tras la firma del presente documento.

Riesgos y beneficios esperados:

Este estudio no comporta ningún riesgo para la salud de los participantes, ya que al tratarse de un proyecto observacional no se va a realizar ninguna técnica invasiva. Los beneficios que se pueden obtener de él son determinar la influencia de los cuidados paliativos en servicios de urgencia para implementar los programas correspondientes de manera precoz.

D./Dña (nombre y apellidos)
de años de edad con DNI/NIE nº he leído y comprendo la información
expuesta al inicio de este documento y he tenido la oportunidad de preguntar todas las dudas
sobre el estudio en el que participaré, recibiendo información clara y suficiente sobre el mismo.

Entiendo que participaré voluntariamente, pudiendo retirarme del mismo en cualquier
momento sin estar obligado a dar explicaciones.

He sido informado de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero
bajo la garantía del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), de 25 de mayo de
2018.

Entiendo que los resultados obtenidos en la investigación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Considerando los aspectos mencionados anteriormente presto mi conformidad para participar en dicho estudio observacional cuyo título es *“Estudio observacional sobre la influencia de cuidados paliativos en servicios de urgencias”*.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento.

Firma del participante:

Fecha: ____/____/____

Anexo 5: Consentimiento Informado. Elaboración propia.

