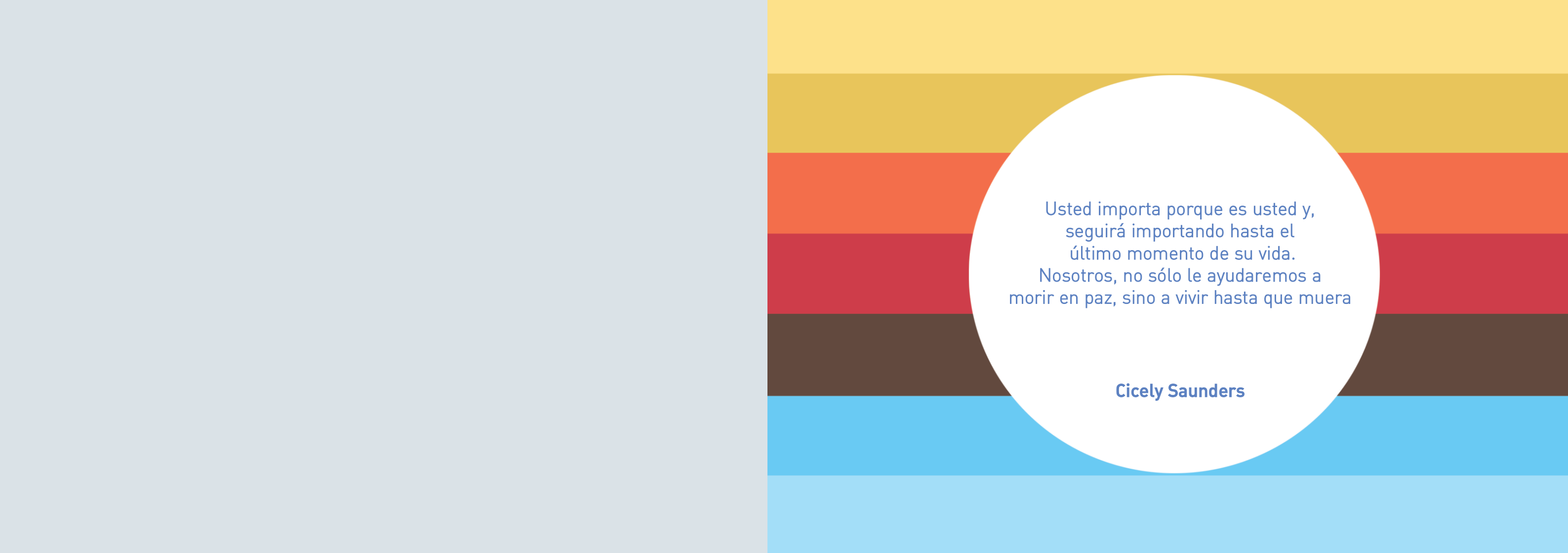



ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

MODELO ORGANIZATIVO DE EXTREMADURA



Usted importa porque es usted y,
seguirá importando hasta el
último momento de su vida.
Nosotros, no sólo le ayudaremos a
morir en paz, sino a vivir hasta que muera

Cicely Saunders



ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

MODELO ORGANIZATIVO DE EXTREMADURA

Título

Atención al final de la vida. Modelo Organizativo de Extremadura.

Autores

Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEx).

Edita

Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (ORCPEx).

(Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud).

Depósito Legal CC-171-2011

Ejemplares 5.000

Edición Diciembre 2010

Proyecto Gráfico

Jesús Burgos Berzosa.

jesusburosberzosa@gmail.com

Imprime

Artes Gráficas Batanero S.L.

www.agbatanero.com

Agradecemos la colaboración de todas las personas que han participado en la redacción y revisión del documento (Grupo de Registro, Observatorio Regional de Cuidados Paliativos, Plan de Voluntariado) y, especialmente, a todos los profesionales implicados en la atención al final de la vida en nuestra comunidad.



ÍNDICE

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

INTRODUCCIÓN	Introducción	13
	Enfermedad avanzada y terminal	13
	Patrones evolutivos de la enfermedad avanzada y terminal	19
	Cuidados Paliativos	19
	Marco legal	21
MODELO ORGANIZATIVO DE EXTREMADURA	Modelo organizativo	25
	Características	25
	Objetivos	27
	Evaluación	27
	Formación	27
RECURSOS GENERALES	Recursos generales	33
	Medidas	33
RECURSOS ESPECÍFICOS	Coordinación general del PRCPEX	39
	Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP)	41
	Grupos de Trabajo Transversales	43
	Formación (FORPALEX)	43
	Registro y Documentación Clínica (REGPALEX)	43
	Tratamientos (TRAPALEX)	43
	Calidad (CALPALEX)	45
	Investigación (IPALEX)	45
	Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (ORCPEx)	45
	Plan de Voluntariado en Cuidados Paliativos	47
	CONCLUSIONES	Conclusiones
BIBLIOGRAFÍA	Bibliografía	57



INTRODUCCIÓN

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha producido un aumento significativo de la incidencia, prevalencia y mortalidad debido a “*enfermedades crónicas evolutivas*”, relacionado tanto con el envejecimiento progresivo de la población así como por el aumento de la supervivencia de muchas enfermedades crónicas.

En países desarrollados, con tasas de envejecimiento entre un 15-20% y cifras de mortalidad de 9-10/1.000 hab, se estima que un 60% de la población morirá a causa de una “*situación de enfermedad avanzada y terminal*”.

En Extremadura, con una población aproximada de 1.100.000 hab. y una mortalidad de alrededor de 10.000 hab/año, la estimación de pacientes con enfermedades en situación avanzada por año y, por tanto, con susceptibilidad de necesitar cuidados paliativos, se encuentra alrededor de 6.000 pacientes/año¹ (**Gráfico 1**) de los cuáles, unos 2.500 pacientes serán a causa de *enfermedades oncológicas* y unos 3.500 pacientes de *enfermedades no oncológicas* aproximadamente (**Gráfico 2**).

ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL

La “*situación de enfermedad avanzada y terminal*” viene definida por:

A.- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

B.- Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes con el tiempo y con el desarrollo de la enfermedad.

C.- Dependencia progresiva.

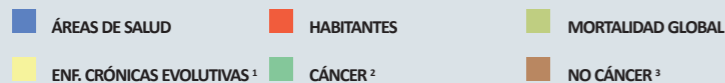
D.- Fuerte impacto emocional a pacientes, familias y equipos terapéuticos.

E.- Altos niveles de necesidades y demandas de cuidados.

F.- Evolución con frecuentes crisis de necesidades.

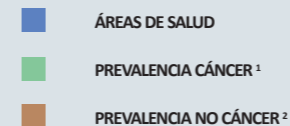
G.- Pronóstico de vida limitado.

gráfico 1



BADAJOS	267.481	2.407	1.444	602	842
MÉRIDA	162.287	1.461	877	365	512
DON BENITO VILLANUEVA	141.929	1.277	766	319	447
LLERENA - ZAFRA	106.762	980	588	245	343
CÁCERES	197.201	1.775	1.065	444	621
CORIA	47.516	428	257	107	150
PLASENCIA	111.940	1.007	604	252	352
NAVALMORAL DE LA MATA	54.874	494	296	123	173
EXTREMADURA	1.089.990	9.810	5.886	2.452	3.434

>368	253-505
>223	154-307
>195	134-268
>147	101-202
>271	186-373
> 65	45-90
>154	106-211
> 76	52-104
>1.471	1.030-2.060



BADAJOS	150	633
MÉRIDA	91	385
DON BENITO VILLANUEVA	80	336
LLERENA - ZAFRA	60	253
CÁCERES	111	467
CORIA	27	113
PLASENCIA	63	265
NAVALMORAL DE LA MATA	31	130
EXTREMADURA	613	2.582

MÉTODO SIMPLIFICADO DE ESTIMACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES

Mortalidad anual enfermos terminales (enfermedades crónicas evolutivas)

6 / 1.000. Prevalencia enfermos terminales: 3 / 1.000.
Escenario teórico para 1 millón de habitantes / mortalidad total de 9.000

Mortalidad:

Mortalidad Global (9.000 / millón = 9 / 1.000)
60% (5.400 / millón = 5 - 6 / 1.000) por enfermedades crónicas evolutivas:

25 % (2.250) cáncer
35 % (3.150) no cáncer

Proporción no cáncer / cáncer = 1,5 (hasta 2)

Prevalencia:

Cáncer (estimación supervivencia 3 m): mortalidad x cáncer 2.250 / 4 = 560

No Cáncer (estimación media de supervivencia de 9 meses para no cáncer, prevalencia 12 / 9 = 1,33): mortalidad 3.150 / 1,33 = 2.368

Tasa Total = 2.290 enfermos terminales / millón = 2,9 / 1.000 habitantes

Proporción no cáncer / cáncer = 4,2(hasta 6 - 8)

Cobertura directa óptima de servicios de cuidados paliativos (/ millón y en función de la mortalidad):

Cáncer: > 60% de mortalidad = > 1.350
No Cáncer: 30 -60 % de mortalidad = 1.900 - 3.800

ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN ENFERMOS TERMINALES

McNamara et al. A method for defining and estimating the palliative care population. J. Pain Symptom Manage. 2006; 32 (1): 5 - 12

¹ 60 % de la Mortalidad Global
² 25 % de la Mortalidad Global
³ 35 % de la Mortalidad Global

COBERTURA DIRECTA ÓPTIMA POR RECURSOS ESPECÍFICOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

² Cobertura óptima por recursos específicos de cuidados paliativos para enfermos de cáncer: **>60% de la Mortalidad por Cáncer.**

³ Cobertura óptima por recursos específicos de cuidados paliativos para enfermos de no cáncer: **30%-60% de Mortalidad x No Cáncer**

PREVALENCIA DE ENFERMOS TERMINALES

¹ Estimación media de supervivencia de 3 meses para cáncer. **Mortalidad x Cáncer/4**

² Estimación media de supervivencia de 9 meses para no cáncer. **Mortalidad x por No Cáncer/1,33.**

CÓDIGOS UTILIZADOS DE LA CIE10

TUMORES MALIGNOS: C00 - C97
 TUMORES BENIGNOS: D00 - D48
 INSUFICIENCIA CARDIACA: I11 + I13 + I50
 FALLO HEPÁTICO: K703 + K704 + K711 + K713 + K714 + K715 + K717 + K721 + K729 + K74

INSUFICIENCIA RENAL: N18
 EPOC: J40 + J42 + J43 + J44
 VIH / SIDA: B20 + B21 + B22 + B23 + B24
 ENFERMEDADES MOTONEURONALES: G10 + G12.2 + G20 + G30 + G31

Ambos Sexos	Tumores Malignos	Tumores Benignos	Insuficiencia Cardíaca	Fallo Renal (IRC)	Fallo Hepático	EPOC	Enfermed. Motoneuronales	VIH/SIDA	TOTAL
Andalucía	15.808	591	4.547	600	1.100	2.336	2.332	259	27.473
Aragón	3.341	137	828	207	119	397	507	35	5.571
Asturias	3.552	59	649	109	149	475	497	35	5.525
Baleares	1.980	51	578	103	95	208	292	50	3.357
Canarias	3.697	103	567	127	201	384	389	67	5.535
Cantabria	1.487	58	270	39	42	186	198	15	2.295
Castilla y León	7.399	256	1.798	248	223	912	984	54	11.874
Castilla-La Mancha	4.425	132	1.011	130	141	817	621	31	7.308
Cataluña	15.976	569	3.607	698	754	2.349	3.012	138	27.103
Comunidad Valenciana	10.288	331	2.319	437	566	1.426	1.696	154	17.217
Extremadura	2.665	117	641	88	75	323	336	20	4.265
Galicia	7.660	221	2.260	203	383	1.151	903	65	12.846
Madrid	11.581	401	2.572	366	428	1.345	1.247	171	18.111
Murcia	2.564	112	525	120	144	380	404	27	4.276
Navarra	1.405	28	289	44	33	200	259	12	2.270
País Vasco	5.653	157	938	188	263	669	868	52	8.788
La Rioja	737	35	196	16	22	85	158	7	1.256
Ceuta	124	6	25	5	7	16	17	4	204
Melilla	97	7	26	6	6	16	12	3	173
TOTAL	100.439	3.371	23.646	3.734	4.751	13.675	14.632	1.199	165.447

MORTALIDAD POR CAUSA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA (ESPAÑA, 2008)

Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Como **población diana** se incluyen²:

A) Pacientes con enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada con escasa o nula posibilidad de respuesta a tratamiento específico y pronóstico de vida limitado.

B) Pacientes con enfermedad crónica evolutiva avanzada no oncológica, con limitación funcional severa no reversible, con alto nivel de sufrimiento, cuyo pronóstico de vida se prevé limitado en base a los conocimientos actuales. La necesidad de cuidados paliativos viene dada por el sufrimiento que provoca la presencia de síntomas intensos, complejos, cambiantes o de complicaciones.

B.1.- Pacientes con SIDA en los que exista una enfermedad documentada, progresiva y avanzada con escasa respuesta a tratamientos activos.

B.2.- Enfermedades Respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la fibrosis pulmonar en fases avanzadas, en la que el manejo es básicamente de soporte y el tratamiento, el de las complicaciones o reagudizaciones.

B.3.- Enfermedades Cardiovasculares, como la insuficiencia cardíaca de cualquier etiología y refractaria a tratamiento específico, incluida cirugía y trasplante.

B.4.- Hepatopatías Crónicas documentadas en fases avanzadas sin posibilidad de trasplante ni tratamientos específicos.

B.5.- Enfermedades Neurológicas, como las demencias en progresión y fase muy avanzada, enfermedad de Parkinson avanzada, Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades neurodegenerativas que no se beneficien de tratamiento específico.

B.6.- Enfermedades Renales que provoquen una insuficiencia renal crónica sin posibilidad de diálisis y/o trasplante renal.

gráfico 3

PATRONES EVOLUTIVOS DE LA ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL

Una de las dificultades que se plantean en la atención a pacientes con enfermedades avanzadas es **¿cuándo se deben iniciar los cuidados paliativos?**.

Para ello es necesario conocer los patrones evolutivos según las patologías específicas (cáncer, insuficiencias orgánicas y demencia) como se describen a continuación (**Gráfico 3**):

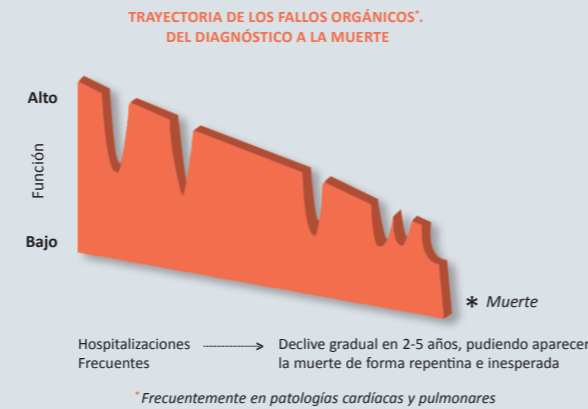
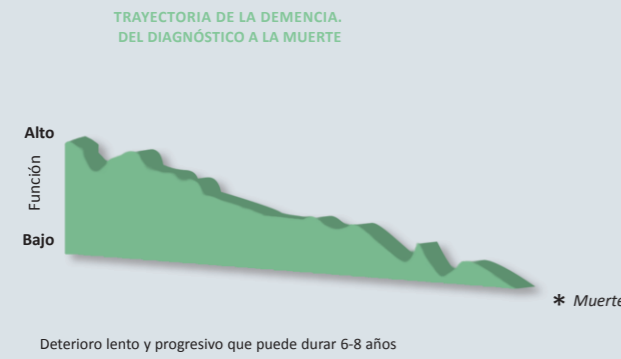
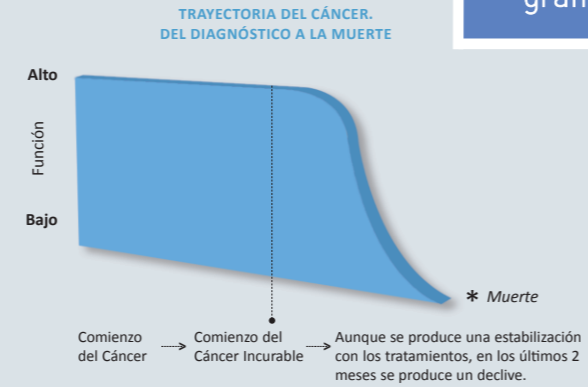
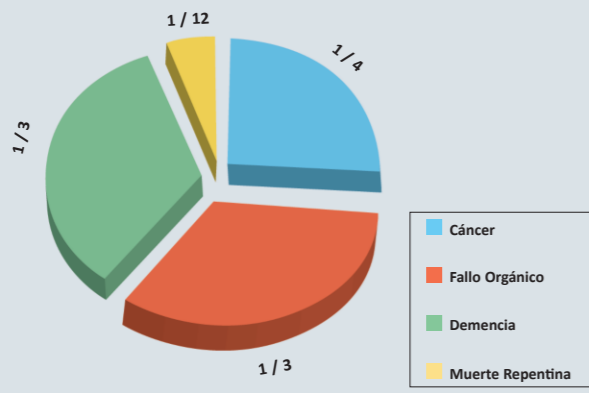
- 1.- Tipo Cáncer:** Estabilización de la enfermedad mediante tratamientos específicos, ocurriendo el declive en los últimos meses.
- 2.- Tipo Insuficiencias Orgánicas:** Los pacientes afectados de insuficiencias orgánicas, en especial cardíacas o respiratorias, sufren un declive gradual con episodios de agudización, en los que cada uno de ellos puede conducir a una muerte aparentemente inesperada o a un deterioro de la salud y de su estado funcional. Por lo tanto, las exacerbaciones y hospitalizaciones repetidas son características de estos pacientes.
- 3.- Tipo Demencias:** Deterioro lento y progresivo que puede durar años con pérdida gradual de la funcionalidad y dependencia progresiva.

CUIDADOS PALIATIVOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los **Cuidados Paliativos** (CP) pueden definirse como aquellos que mejoran la calidad de vida del paciente y sus familias frente a problemas asociados a situaciones de enfermedad avanzada y terminal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación precoz, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y espirituales³.

Entre otras cuestiones, los cuidados paliativos:

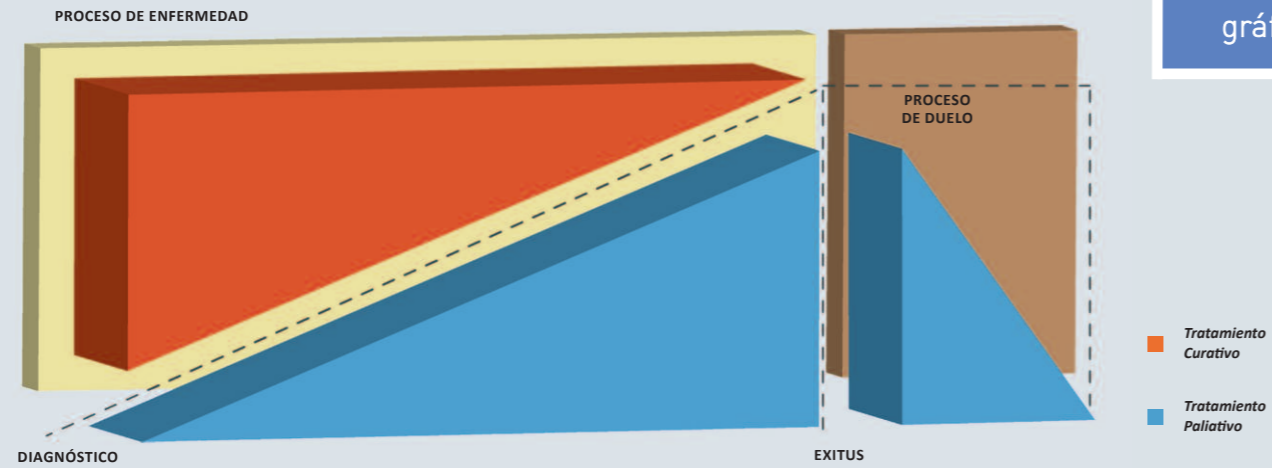
- Proporcionan alivio frente al dolor y otros síntomas.
- Reafirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, evitando posponerla.
- Integran los aspectos psico-sociales y espirituales en el cuidado.



PATRONES EVOLUTIVOS DE LA ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL

Adaptado de "Prognostic Indicator Paper vs 2.25 - Gold Standards Framework. A Programme for Community Palliative Care". Disponible en <http://goldstandardsframework.nhs.uk/>

gráfico 4



EJEMPLO ILUSTRATIVO REFERENTE A LA TRAYECTORIA DEL CÁNCER. COMPLEJIDAD VS. PRONÓSTICO. FLEXIBILIDAD Y ATENCIÓN COMPARTIDA Y CONTINUADA

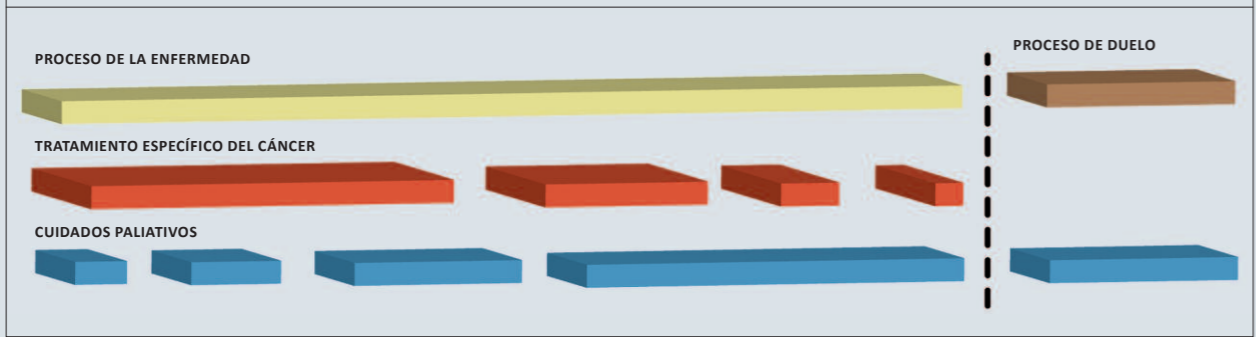


DIAGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ

Figura adaptada de *Health care interventions throughout the illness trajectory (a diagram suggested by the authors at the WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes)*

MARCO LEGAL

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir su vida lo más activamente posible hasta el momento de su muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para los familiares durante la enfermedad y el proceso de duelo.
- Utilizan una aproximación interdisciplinar para el conocimiento de las necesidades de los pacientes y sus familiares.
- Mejoran la calidad de vida y pueden incluso influir positivamente sobre el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz⁴ durante la enfermedad al mismo tiempo que otras terapias. La intervención específica y paliativa puede convivir simultáneamente, dependiendo de la intensidad de cada intervención y en función de la complejidad de la situación y del pronóstico, así como del establecimiento de una verdadera atención compartida y continuada entre todos los profesionales que intervienen en el proceso de la enfermedad (**Gráfico 4**).

En España **los Cuidados Paliativos son una prestación sanitaria básica y un derecho reconocido** por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁵.

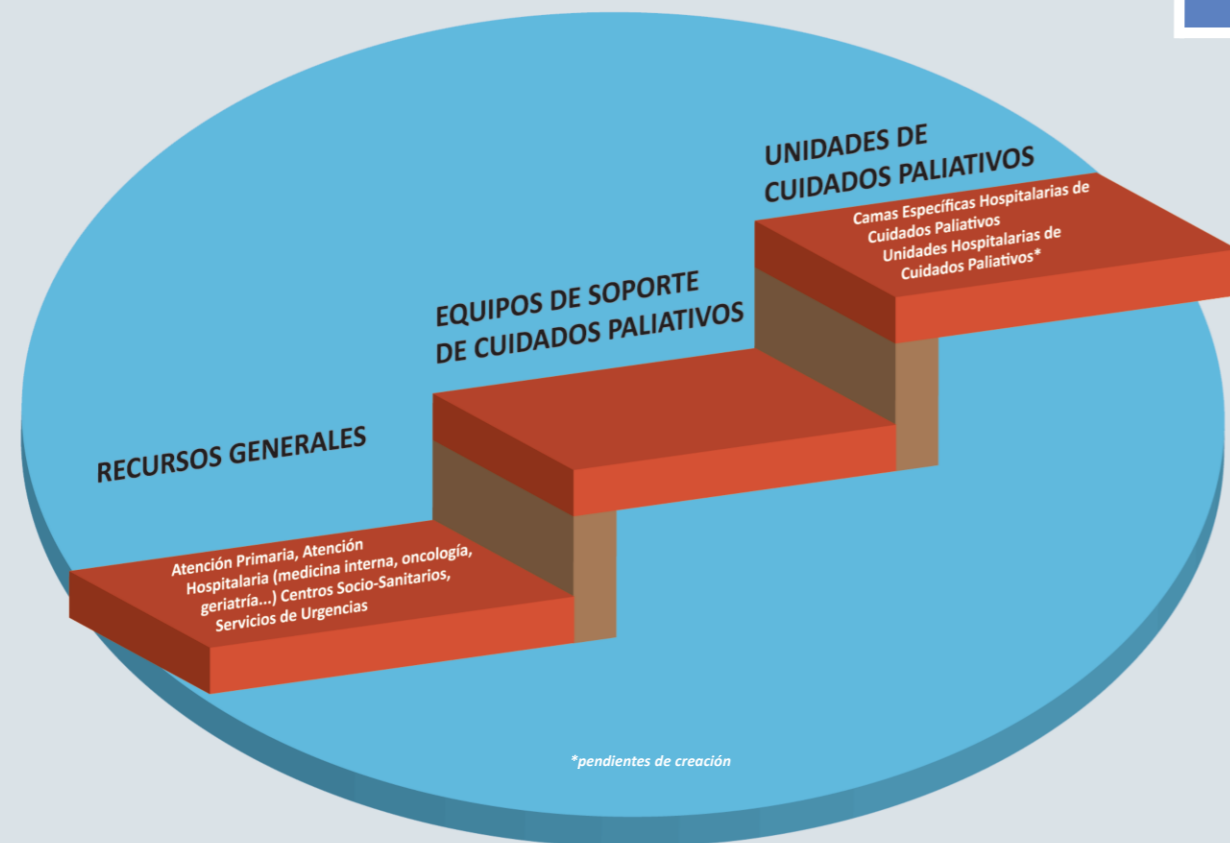
En el año 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el *Plan Nacional de Cuidados Paliativos* con la finalidad de garantizar el derecho legal e individual a pacientes en situación terminal a la asistencia en cualquier lugar, circunstancia o situación.

En Marzo de 2007 y enmarcado dentro del *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud* se aprueba la **Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos** con el objetivo de consensuar entre todas las Comunidades Autónomas líneas estratégicas que mejoren la atención paliativa en nuestro país⁶.



ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA
MODELO ORGANIZATIVO DE EXTREMADURA

gráfico 5



ESCALERA DE LA COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EXTREMADURA

MODELO ORGANIZATIVO DE EXTREMADURA

INTEGRAL, COMPARTIDA Y CONTINUADA

El **Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX)** nace, en el año 2002, con el compromiso de establecer un conjunto sistemático de medidas, de forma progresiva, encaminadas a mejorar la atención al final de la vida dentro de nuestra Comunidad Autónoma.

Liderado desde la Administración Pública tiene como objetivos generales la cobertura total, la equidad, la accesibilidad y la calidad en la atención.

Entre sus **características** destacan:

1.- Un modelo de atención basado en “necesidades de pacientes y familias” (ATENCIÓN INTEGRAL) como un proceso sistemático que tiene en cuenta todas las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

2.- Un modelo de organización basado en: (ATENCIÓN INTEGRADA, COMPARTIDA Y CONTINUADA)

2.1 - Atención Integrada y Compartida entre todos los niveles asistenciales con intervenciones **basadas en la Complejidad** que garantice la continuidad asistencial (**Gráfico 5, Gráfico 6**)

2.2- “Atención Continuada”: 24h/365d

Recursos de Urgencias Generales: (Puntos de Atención Continuada en Atención Primaria (PAC), Servicios de Emergencias (112), Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH))

Recursos de Urgencias Específico de Cuidados Paliativos: (Servicio de Asesoramiento Telefónico Continuo por los Profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de Extremadura (ESCP). (**Gráfico 7**))

DEPENDIENTES DEL PACIENTE

a) Características personales

- a1. Niños / Adolescentes / Jóvenes / Adultos
- a2. Problemas de adicción (alcohol, drogas,...)
- a3. Trastornos mentales previos
- a4. Paciente Profesional Sanitario o Familiar directo

b) Situaciones Clínicas Complejas

- b1. Síntomas de difícil control (EVA >6) o síntomas refractarios
- b2. Situación terminal con coexistencia de pluripatología, nivel de dependencia elevado y mal control sintomático
- b3. Síntomas refractarios que requieren sedación paliativa o que precisen de una intervención terapéutica intensiva, farmacológica, instrumental y/o psicológica
- b4. Obstrucción intestinal / urológica
- b5. Situación de últimos días con insuficiente control
- b6. Fallo cognitivo y delirium
- b7. Trastornos psico-emocionales severos

- Trastornos adaptativos severos
- Cuadros depresivos mayores
- Riesgo de suicidio

c) Situaciones Clínicas de deterioro rápido con crisis de necesidades frecuentes

- c1. Úlceras tumorales, fístulas u otras lesiones de piel y mucosas que requieren un control frecuente por su tamaño, localización o síntomas
- c2. Síndrome de afectación locorregional de cabeza y cuello
- c3. Uso reiterado de dispositivos de urgencias domiciliarios y hospitalarios

DEPENDIENTES DE LA FAMILIA O CUIDADORES

- a. Escasa red de apoyo social
- b. Claudicación Familiar
- c. Conspiración de Silencio desadaptativa
- d. Familias con duelos patológicos no resueltos
- e. Hostilidad familiar

DEPENDIENTES DE LOS PROFESIONALES

- a. Conocimiento y/o motivación insuficiente sobre el enfoque paliativo
- b. Dilemas éticos y de valores, actitudes y creencias
- c. Profesionales referentes con duelo propio no resuelto
- d. Conflicto dentro del mismo equipo o con otros equipos respecto a la toma de decisiones

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN COMPLEJA

- a. Rotación de opioides
- b. Indicación y Gestión de tratamientos especiales: Radioterapia, Gastrostomía endoscópica, técnicas analgésicas invasivas,...
- c. Demanda reiterada de eutanasia o suicidio asistido
- d. Indicación y aplicación de sedación paliativa
- e. En domicilio, indicación y manejo de hidratación, nutrición enteral, parenteral, paracentesis, curas de difícil manejo,...

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

Adaptado de A. Fernández et al. *Criterios y Niveles de Complejidad en Cuidados Paliativos. Med. Pal. 2008. Vol 15, nº 5, 287-292*

OBJETIVOS

3.- Un modelo de organización que garantice:

- 3.1- Cobertura** tanto de pacientes *oncológicos* como *no oncológicos*.
- 3.2- Accesibilidad.**
- 3.3- Equidad.**
- 3.4- Calidad: eficacia, eficiencia y efectividad.**

EVALUACIÓN

4.- Un modelo de organización que realice una “evaluación sistemática de resultados” con el objetivo de realizar una planificación periódica ajustada a necesidades asistenciales, formativas e investigadoras

FORMACIÓN

5.- Un modelo de organización desde el que se fomente:

- 5.1-** La “Formación planificada y adaptada” a todos y cada uno de los colectivos, que de alguna u otra forma, intervienen en todo el proceso:



El objetivo general del Asesoramiento Telefónico es ofrecer una continuidad asistencial a pacientes y familias incluidas dentro del Programa Regional de Cuidados Paliativos (PRCPEx), mediante soporte telefónico por los Profesionales de Cuidados Paliativos (Medicina - Enfermería) a los Servicios de Urgencias Hospitalarias, a los Puntos de Atención Continuada de Atención Primaria (PAC) y a los Servicios de Emergencias (112) de la Región, en horarios de tardes/noches/festivos y fines de semana.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN

1 SITUACIÓN

situación de urgencias en la evolución de la enfermedad de un paciente en fase avanzada o terminal que se encuentra en domicilio

2 ACTUACIÓN

debe acudir o avisar a los profesionales del Punto de Atención Continuada que le corresponda según su Área de Salud (en caso de emergencia al 5º 112).

3 VALORACIÓN

el equipo sanitario, y siempre según su criterio, valorará contactar con el Médico o Enfermera de Cuidados Paliativos según provincia (Cáceres ó Badajoz)

4 SOLUCIÓN

recibida la información, el Médico o Enfermera de Cuidados Paliativos realizará un asesoramiento sobre las cuestiones planteadas o coordinar recursos entre diferentes niveles asistenciales

ASESORAMIENTO TELEFÓNICO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Realizado por profesionales del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura

- a) Profesionales de la Salud en general
- b) Profesionales con mayor prevalencia en la atención de la población diana (Equipos de Atención Primaria, Servicios de Oncología Médica, Servicios de Geriatría, Servicios de Medicina Interna, Servicios de Urgencias en Atención Primaria y Hospitalarias, Profesionales de Centros de Media-Larga Estancia, Centros Socio-Sanitarios (CSS) o Centros de Atención a la Dependencia (CAD)).
- c) Profesionales de Recursos Específicos de Cuidados Paliativos
- d) Voluntariado
- e) Familiares y Cuidadores
- f) Población General

5.2- La “Investigación” como forma de generar más y mejor evidencia científica.

5.3- Una estructura de “trabajo en red”, integrada por todos los profesionales del sistema sanitario y social, incluido el tercer sector y el voluntariado (Gráfico 8).

ESCP
 ATENCIÓN PRI
 MARIA MEDICINA INTERNA
 ONCOLOGÍA GERIATRÍA CENTROS SOCIO
 SANITARIOS SERVICIOS DE URGENCIAS VOL
 UNTARIADO ESCP ATENCIÓN PRIMARIA
 MEDICINA INTERNA ONCOLOGÍA GERIA
 TRÍA CENTROS SOCIO SANITARIOS SERVI
 CIOS DE URGENCIAS VOLUNTARIADO ESCP
 ATENCIÓN PRIMARIA MEDICINA INTERNA
 ONCOLOGÍA GERIATRÍA CENTROS SOCIO SANITA
 RIOS SERVICIOS DE URGENCIAS VOLUNTARIADO ESCP ATEN
 CIÓN PRIMARIA MEDICINA INTERNA ONCOLOGÍA GERIATRÍA
 CENTROS SOCIO SANITARIOS SERVICIOS DE URGENCIAS
 VOLUNTARIADO ESCP ATENCIÓN PRIMARIA MEDICINA INTER
 NA ONCOLOGÍA GERIATRÍA CENTROS SOCIO SANITARIOS SERVICIOS
 DE URGENCIAS VOLUNTARIADO ESCP ATENCIÓN PRIMARIA MEDI
 CINA INTERNA ONCOLOGÍA GERIATRÍA CENTROS SOCIO SANITA
 RIOS SERVICIOS DE URGENCIAS VOLUNTARIADO ESCP ATEN
 CIÓN PRIMARIA MEDICINA INTERNA ONCOLOGÍA GERIA
 TRÍA CENTROS SOCIO SANITARIOS SERVICIOS DE UR
 GENCIAS VOLUNTARIADO ESCP ATENCIÓN PRIMARIA
 MEDICINA INTERNA ONCOLOGÍA GERIATRÍA CENTROS
 SOCIO SANITARIOS SERVICIOS DE URGENCIAS VOLUNTA
 RIADO ESCP ATENCIÓN PRIMARIA MEDICINA INTERNA
 ONCOLOGÍA GERIATRÍA CENTROS SOCIO SANITARIOS
 SERVICIOS DE URGENCIAS VOLUNTARIADO ESCP
 ATENCIÓN PRIMARIA MEDICINA INTERNA ONCO
 LOGÍA GERIATRÍA CENTROS SOCIO SANITARIOS
 SERVICIOS DE URGENCIAS VOLUNTARIADO
 ESCP ATENCIÓN PRIMARIA MEDICINA
 INTERNA SERVICIOS DE URGENCIAS ESCP
 GERIATRÍA CENTROS
 SOCIO SANITARIOS
 ESCP

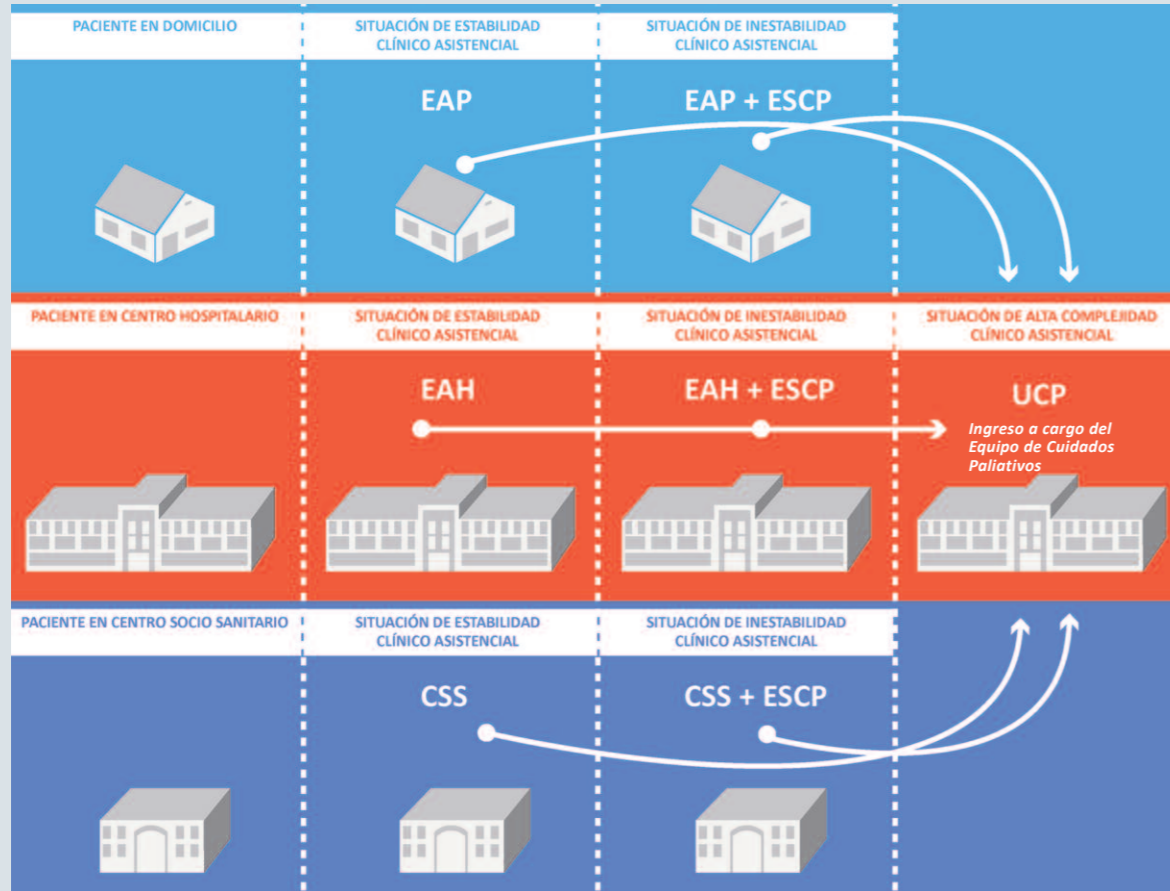
ESTRUCTURA DE TRABAJO EN RED EN CUIDADOS PALIATIVOS

Integrada por todos los profesionales del sistema sanitario y social, incluido el tercer sector y el voluntariado

RECURSOS GENERALES

CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA

gráfico 9



ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN FUNCIÓN DE SUS NIVELES DE COMPLEJIDAD		
EAP: Equipo de Atención Primaria ESCP: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos	EAH: Equipo de Atención Hospitalaria CSS: Centro Socio-Sanitarios	UCP: Ingreso a cargo del Equipo de Cuidados Paliativos

RECURSOS GENERALES

La atención al final de la vida en nuestra Comunidad Autónoma se **organiza** de la siguiente manera (**Gráfico 9**):

- 1.- Atención Primaria:** los Profesionales de Atención Primaria realizan la atención paliativa cuando el paciente se encuentre en su domicilio.
- 2.- Servicios Hospitalarios:** con alta prevalencia de pacientes en situación de enfermedad avanzada y terminal. Los profesionales de estos servicios realizan la atención paliativa de los pacientes durante el ingreso hospitalario.
- 3.- Centros Socio-Sanitarios o de Media-Larga Estancia:** Los profesionales que trabajan en estos centros realizan la atención paliativa de los pacientes residentes en ellos.

MEDIDAS

Las medidas en los servicios generales son aquellas actuaciones que se ponen en marcha, en servicios con prevalencias especialmente altas de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales, para mejorar la calidad en la atención.

Entre ellas se encuentran:

A.- Medidas para mejorar la cobertura de atención a pacientes con necesidades de recibir cuidados paliativos

Establecimiento de criterios de identificación de pacientes en situación de enfermedad avanzada y terminal⁷ (**Gráfico 10**).

B.- Medidas para mejorar la accesibilidad a pacientes y familias

Establecimiento de circuitos de coordinación entre recursos generales y específicos de cuidados paliativos.

C.- Medidas para mejorar la atención continuada y urgente

1

PREGUNTA / EVALUACIÓN

Valoración, desde el equipo responsable, de cuál sería la respuesta a la pregunta: *¿Le sorprendería que este paciente falleciera en los próximos 6 - 12 meses?*

2

ELECCIÓN / NECESIDAD

El paciente con una enfermedad avanzada y terminal puede elegir si desea recibir cuidados paliativos

3

INDICADORES CLÍNICOS

Indicadores específicos para cada uno de los tres tipos principales de grupos de enfermedad al final de la vida: cáncer, fallo orgánico y demencia

La valoración integral de cada paciente nos ayudará a ver globalmente la situación del mismo, así como personalizar las decisiones, que deben estar basadas en el juicio clínico en función de los factores pronósticos citados, y también en las opiniones y deseos del paciente, de la familia y del equipo multidisciplinar.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL

Adaptado de "Pronostic Indicator Paper vs 2.25 - Gold Standards Framework. A Programme for Community Palliative Care".
Disponible en <http://goldstandardsframework.nhs.uk/>

Establecimiento de protocolos de actuación entre recursos generales y específicos de cuidados paliativos.

D.- Medidas para promover el trabajo en equipo multidisciplinar e interdisciplinar

Reuniones interequ岸os, sesiones de casos clínicos, elaboración de protocolos conjuntos...

E.- Medidas encaminadas a mejorar el registro y documentación clínica

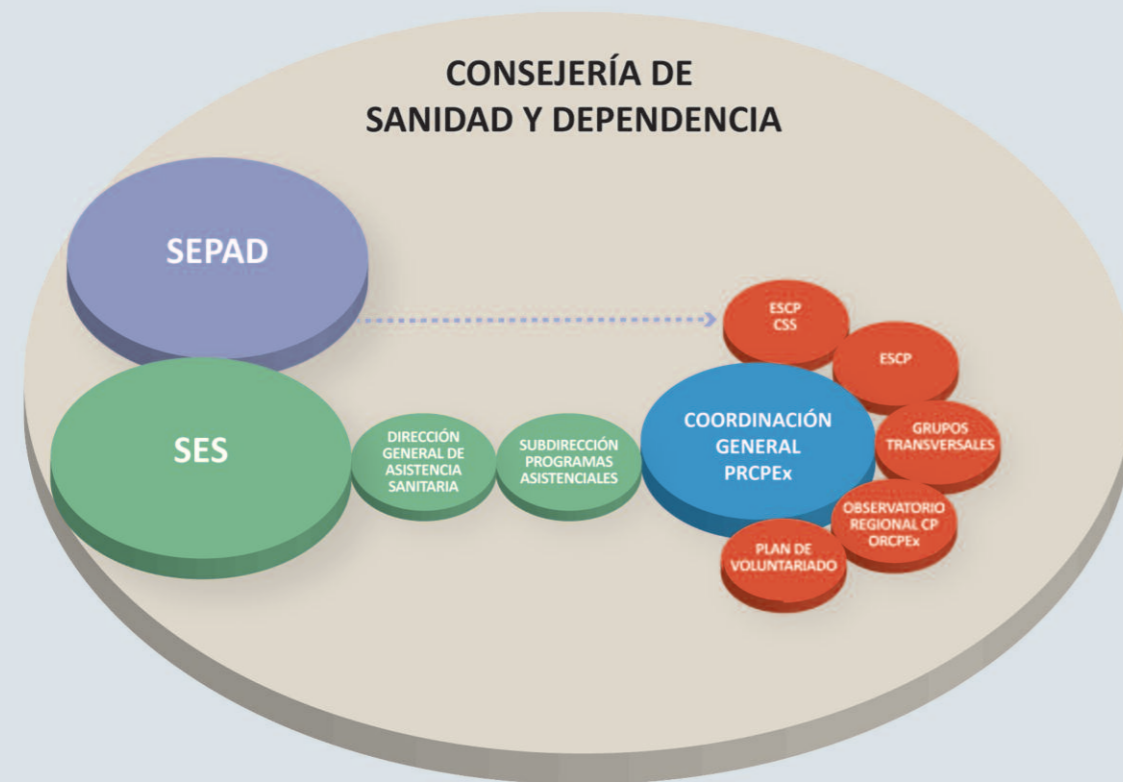
Desarrollo de la historia clínica única informatizada con registros de síntomas y plan de tratamientos y cuidados (JARA).

F.- Medidas para mejorar la competencia y la capacidad de resolución de los profesionales

Formación específica en materias relacionadas con los cuidados paliativos (control sintomático, habilidades de comunicación, bioética aplicada a la toma de decisiones al final de la vida, trabajo en equipo, apoyo a la familia, atención al duelo...).

The background features a vertical gradient from light blue on the left to a series of horizontal stripes on the right. The stripes, from top to bottom, are yellow, gold, orange, red, dark red, brown, light blue, and a darker blue. A large white semi-circle is positioned in the bottom right corner, partially overlapping the stripes.

RECURSOS ESPECÍFICOS
CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA



COORDINACIÓN PRCPEX

La **Coordinación del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX)**, ubicada en los servicios centrales del Servicio Extremeño de Salud (SES), se encarga de (**Gráfico 11**):

- Coordinar la actividad asistencial, formativa e investigadora de los profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCPs) de la Región y, conjuntamente con las Gerencias de Área, establecer una planificación anual por objetivos, regulada mediante contratos de gestión.

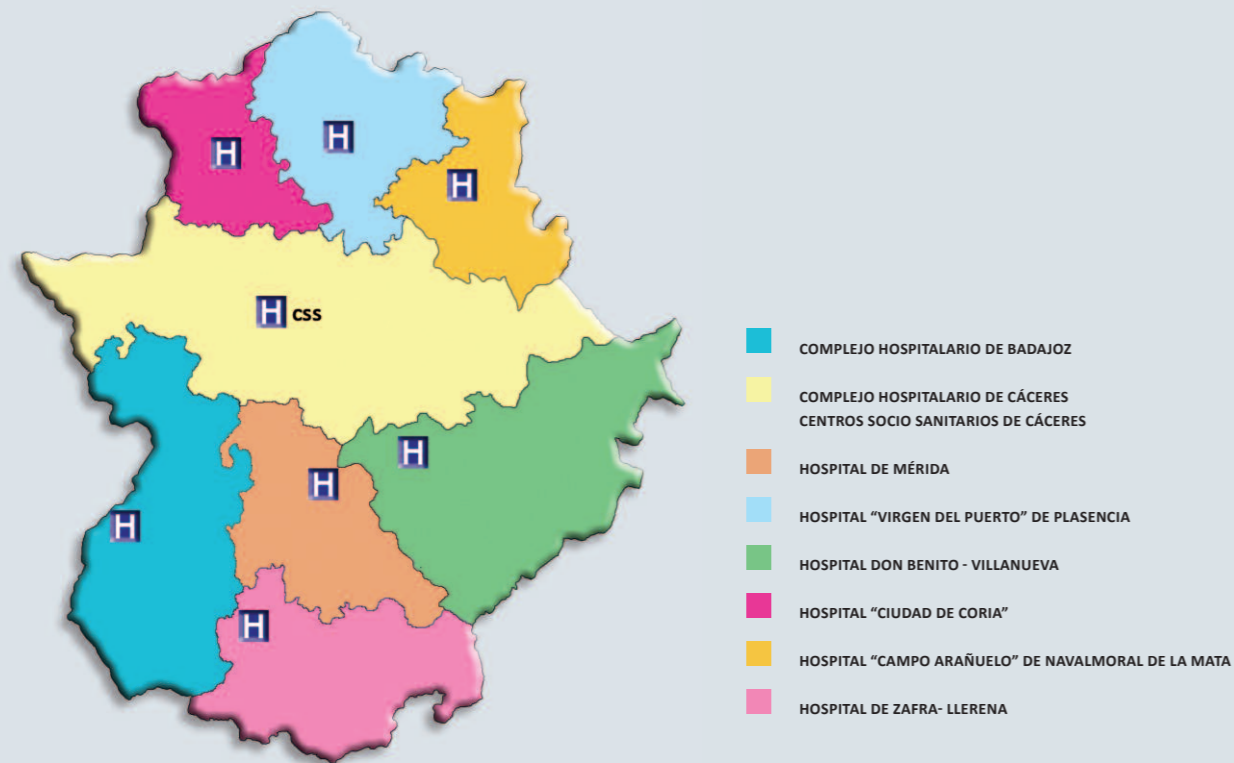
- Apoyar e incentivar los **“grupos de trabajo”** (**“Formación”, “Registro y Documentación Clínica”, “Calidad”, “Tratamiento y Guías Clínicas” e “Investigación”**) formado por profesionales de los ESCPs, estableciendo planes anuales de trabajo bajo criterios de calidad.

- Dirigir el **“Observatorio Regional de Cuidados Paliativos”**, encargado de la evaluación anual del PRCPEX y de fomentar la investigación entre los profesionales de los ESCPs.

- Potenciar el **“Plan de Voluntariado de Cuidados Paliativos”** y organizar, junto con la Coordinadora del Plan y las Asociaciones que conforman el mismo, una planificación anual del trabajo guiada por criterios de calidad.

- Establecer relaciones profesionales, tanto a nivel nacional como internacional, con otros estamentos relacionados con los cuidados paliativos así como instituciones universitarias, sociedades científicas, fundaciones, colegios profesionales...

- Tener **“visión de futuro”** e implementar **“estrategias innovadoras”** en cuanto al desarrollo de la atención al final de la vida dentro de nuestra Comunidad Autónoma



MAPA DE UBICACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los Profesionales que integran los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCPs), realizan una **atención compartida** con todos los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, basando la intensidad de su atención, en la complejidad de la situación a atender y en la coordinación con los profesionales con los que comparten la atención. Existe un ESCP en cada Área de Salud (**Gráfico 12**), integrado por médicos, enfermeras y psicólogos. Estos ESCPs realizan una atención tanto a nivel domiciliario como hospitalario. Recientemente se ha incorporado un nuevo ESCP, que trabaja, de forma específica, en el soporte a profesionales de varios centros socio-sanitarios de nuestra región.

Los **Niveles de Intervención** de un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos son:

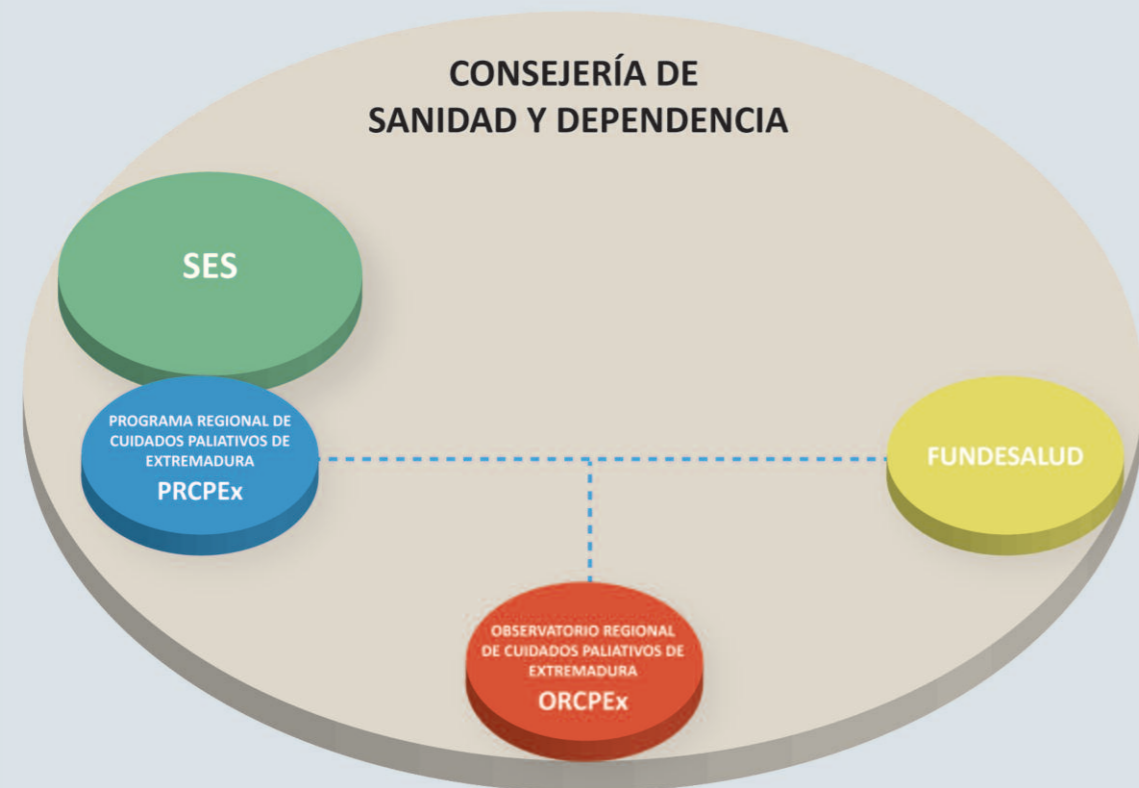
1.- Asesoramiento puntual, directo o telefónico.

2.- Evaluación y Recomendaciones. Seguimiento por su Equipo de Atención Primaria (EAP), su Equipo de Atención Hospitalaria (EAH) y Profesionales de los Centros Socio-Sanitarios (CSS).

3.- Evaluación y Seguimiento compartido con intervenciones intermitentes del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) y a demanda del Equipo de Atención Primaria (EAP), Equipo de Atención Hospitalaria (EAH) y de Profesionales de los Centros Socio-Sanitarios (CSS).

4.- Evaluación y Seguimiento continuo y compartido entre el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) y el Equipo de Atención Primaria (EAP), Equipo de Atención Hospitalaria (EAH) y los Profesionales de los Centros Socio-Sanitarios (CSS).

5.- Evaluación y Seguimiento por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) siendo el **máximo responsable en la toma de decisiones**.



OBSERVATORIO REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

www.orcpex.es

Calidad (CALPALEX): Se encarga de diseñar estrategias de mejora en la calidad de la atención a los pacientes y familias al final de la vida. Periódicamente revisa los criterios e indicadores de calidad del PRCPEX y vela por el adecuado cumplimiento de los mismos, estableciendo planes de mejora anualmente.

Investigación (IPALEX): Tiene como objetivo fomentar la investigación de los profesionales de los ESCPs y compartir esos conocimientos con la comunidad científica en general.

El Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (ORCPEX), se crea en el año 2006, con el objetivo de gestionar el conocimiento en el ámbito de los cuidados paliativos y facilitar el desarrollo de líneas de investigación en nuestra región.

El Observatorio (ORCPEX) desarrolla su labor en torno a **4 grandes líneas estratégicas:**

- 1.- Evaluación:** desarrollo de estudios que sirvan de base a la toma de decisiones en la gestión del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.
- 2.- Investigación:** soporte a la investigación que se desarrolla en el PRCPEX, establecimiento de relaciones y colaboraciones con otros observatorios o grupos de investigadores.
- 3.- Formación:** diseño de planes de formación en investigación.
- 4.- Difusión:** creación de sistemas de difusión de la información y de la producción científica en el ámbito de los cuidados paliativos.

A través de la **página web del Observatorio (www.orcpex.es)** es posible estar al día de las líneas y proyectos de investigación que se están desarrollando en nuestra comunidad, conocer la oferta formativa y beneficiarse de los recursos web disponibles (foro, biblioteca de cuidados paliativos, noticias, enlaces,...).

PLAN DE VOLUNTARIADO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Nace con el objetivo de complementar, mediante voluntarios formados, la labor de los profesionales de cuidados paliativos en la mejora de la calidad en la atención a los pacientes en situación de enfermedad avanzada y terminal y sus familias.

Entre sus **líneas estratégicas** se encuentran

- A.-** Sensibilizar a la población general y atraer voluntarios para que ejerzan su labor de voluntariado en el ámbito de los cuidados paliativos.
- B.-** Seleccionar y formar voluntarios específicamente en cuidados paliativos.
- C.-** Establecer circuitos de coordinación entre diferentes Entidades de Voluntariado y los profesionales sanitarios del Servicio Extremeño de Salud en relación con los cuidados paliativos.

El Plan de Voluntariado en Cuidados Paliativos de Extremadura actualmente está **compuesto por 14 Entidades sin ánimo de lucro (Gráfico 15)**.

Las **tareas que puede desarrollar un voluntario de cuidados paliativos** en el domicilio, hospital o centro socio-sanitario son las siguientes:

- Acompañar al enfermo y su familia.
- Establecer una comunicación activa con el enfermo y familia, ofreciéndoles escucha y comprensión.
- Detectar necesidades y transmitir las al resto del equipo.
- Sustituir al cuidador durante la acción voluntaria para facilitar el descanso físico y emocional del mismo.
- Realizar pequeñas tareas o encargos de proximidad.
- Facilitar actividades lúdicas y de entretenimiento.

Asociación Oncológica Extremeña (AOEX)
Asociación Española Contra el Cáncer de Badajoz (AECC-Badajoz)
Asociación Española Contra el Cáncer de Cáceres (AECC-Cáceres)
Pastoral de la Salud de la Diócesis de Mérida-Badajoz
Plataforma del Voluntariado de la Provincia de Badajoz
Pastoral de la Salud de la Diócesis de Coria-Cáceres
Asociación Parkinson Extremadura
Asociación de Familiares y Pacientes de Alzheimer de Mérida
Asociación Extremeña de Laringectomizados
Pastoral de la Salud de la Diócesis de Plasencia
Asociación de Voluntarios Mayores de Mérida
Red de Voluntariado de Guareña
Asociación Oncológica "Tierra de Barros"
Fundación Ícaro



PROTOCOLO PARA LA DEMANDA DE UN VOLUNTARIO DEL PLAN DE VOLUNTARIADO EN CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA

CÓMO SOLICITAR UN VOLUNTARIO

El **protocolo** que seguimos ante la demanda de un voluntario en cuidados paliativos es el siguiente (**Gráfico 16**):

- 1.- El Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) o el Equipo de Atención Primaria (EAP) detecta la necesidad de voluntariado y ofrecen el servicio.
- 2.- En caso de que la familia y/o el enfermo acepten, los profesionales se ponen en contacto telefónicamente con la *Coordinadora del Plan de Voluntariado en Cuidados Paliativos*.
- 3.- La *Coordinadora del Plan Voluntario* contacta con las *Entidades de Voluntariado* que pertenecen al *Plan de Voluntariado en Cuidados Paliativos*.
- 4.- La entidad selecciona, de entre sus voluntarios, uno o dos de los formados específicamente en cuidados paliativos, que realizará el acompañamiento al enfermo y/o su familia en el domicilio, hospital o centro sociosanitario.

Si usted es profesional sociosanitario, ¿Cómo puede solicitar un Voluntario en Cuidados paliativos?:

- A.- Asegúrese que está incluido en la cartera de servicios de Atención Primaria o está siendo atendido por algún Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.
- B.- Contactando con la Coordinadora del Plan de Voluntariado a través del **teléfono (924) 382500, extensión 2831**.

*Usted importa porque es usted
y, seguirá importando hasta el
último momento de su vida.
Nosotros, no sólo le ayudare-
mos a morir en paz, sino a vivir
hasta que muera.*

Cicely Saunders

CONCLUSIONES

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

*Usted nos importa a
nosotros y, entre todos,
intentaremos no fallarle*

CONCLUSIONES

- Aliviar el sufrimiento es uno de los derechos básicos del ser humano
- Los diferentes sectores, especialidades y niveles asistenciales deben estar implicados en la prestación de alivio al sufrimiento al final de la vida.
- La Atención Primaria es fundamental para garantizar la accesibilidad y eficiencia en la prestación de Cuidados Paliativos, siendo también fundamental, la intervención de los profesionales de Servicios Hospitalarios y de Centros Socio-Sanitarios, donde existe una alta prevalencia de pacientes en situación de enfermedad avanzada y terminal.
- La formación específica en cuidados paliativos y una adecuada coordinación entre los diferentes recursos asistenciales, incluidos los recursos específicos de cuidados paliativos, garantizan una atención de calidad al final de la vida.
- La evaluación del proceso de atención, debe medir los resultados generales del sistema, con la suma de todos sus componentes, siendo éste uno de los retos futuros.
- El buen funcionamiento de un Programa de Cuidados Paliativos es mucho más, que el buen funcionamiento de los equipos especializados aislados... **están todos los niveles implicados**, y ahí está el desafío...



BIBLIOGRAFÍA

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- McNamara et al. *A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage.* 2006; 32:5-12
- 2.- *Programa Marco de Cuidados Paliativos (2002)*. Mérida. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud.
- 3.- Sepúlveda et al. *J Pain and Symptom Manage* 2002; 24(2):91-96
- 4.- Murray SA, Sheikh A. *Palliative Care Beyond Cancer: Care for all the end of life. BMJ*, 2008, Apr 26; 336(7650):958-9
- 5.- *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, pag 20567-88, 29 de mayo de 2003)*.
- 6.- *Plan Nacional de Cuidados Paliativos, 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf>*
- 7.- *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados-paliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf*



DIRECTORIO DE RECURSOS ESPECÍFICOS

CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA

DIRECTORIO

Coordinación General del Programa de Cuidados Paliativos (PRCPEX)	06
Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (ORCPEX)	07
Plan de Voluntariado del PRCPEX	08
ÁREAS DE SALUD	
BADAJOS Hospital Perpetuo Socorro	10
CÁCERES Hospital San Pedro de Alcántara	11
CORIA Hospital Ciudad de Coria	12
DON BENITO - VILLANUEVA Hospital Don Benito-Villanueva	13
MÉRIDA Hospital de Mérida	14
NAVALMORAL DE LA MATA Hospital Campo Arañuelo	15
PLASENCIA Hospital Virgen del Puerto	16
LLERENA - ZAFRA Hospital de Zafra	17
EQUIPOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL FUNDACIÓN OBRA SOCIAL LA CAIXA - FUNDESALUD	18
ATENCIÓN CONTINUADA Y DE URGENCIA SERVICIO DE ASESORAMIENTO TELEFÓNICO DE GUARDIA	19

DIRECTORIO

PRCPE_x, ORCPE_x, ÁREAS DE SALUD
EQUIPOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

COORDINACIÓN REGIONALSERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES)
SERVICIOS CENTRALES

Dirección	Avda de las Américas, 2. 06800. Mérida
Teléfono	924 382 622
Móvil	690 933 414
Tel. Corporativo	22622
Mo. Corporativo	39887
Email	rafael.mota44@gmail.com rafael.mota@ses.juntaextremadura.net teresa.suarezm@ses.juntaextremadura.net

Coordinador**D. Rafael Mota Vargas***Médico. Servicio Extremeño de Salud***Auxiliar Administrativo****D^a. Teresa Suárez Moreno***Servicio Extremeño de Salud
924 382 500 Extensión: 2850
Tel. Corporativo 22850***OBSERVATORIO REGIONAL**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES)
SERVICIOS CENTRALES

Dirección	Avda de las Américas, 2. 06800. Mérida
Teléfono	924 382 736
Tel. Corporativo	22736
Email	info@orcpe.es
Web	www.orcpe.es

FUNDESALUD

*Fundación para la Formación e Investigación de
los Profesionales de la Salud de Extremadura***Director Técnico****D. Rafael Mota Vargas***Médico. Servicio Extremeño de Salud***Director Gerente****D. Felipe Sáez Tello***FUNDESALUD***Técnico de Investigación****D^a. María Solano Pallero***FUNDESALUD*

COORDINACIÓN DEL PLAN DE VOLUNTARIADO

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES)
SERVICIOS CENTRALES

PLATAFORMA DEL VOLUNTARIADO

Dirección **Avda de las Américas, 2.
06800. Mérida**

Teléfono **924 382 500**
Extensión **2831**

Tel. Corporativo **22831**

Email **planvoluntariadocp@gmail.com**

Coordinadora

D^a. Yolanda Benítez Giles

*Trabajadora Social.
Plataforma del Voluntariado*

NOMBRE ASOCIACIÓN	COORDINADORA VOLUNTARIADO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
PLATAF. VOLUNTARIADO DE BADAJOZ	MARIBEL RUIZ	AVDA. FEDERICO MAYOR ZARAGOZA S/Nº BADAJOZ	924 227 016	Plataformavoluntariado.ba@gmail.com
ASOCIACIÓN CONTRA EL CÁNCER DE BADAJOZ	LOLA VÁZQUEZ	PLAZA DE PORTUGAL, 12. 06001 BADAJOZ.	924 236 104	Doloresana.vazquez@aecc.es
ASOCIACIÓN CONTRA EL CÁNCER DE CÁCERES	INMACULADA DELGADO POLO	C/ DONANTES DE SANGRE, 1. 10002 CACERES.	927 215 323	Inmaculada.delgado@aecc.es
ASOCIACIÓN ONCOLÓGICA DE EXTREMADURA	RAQUEL CANO	AVDA. GODOFREDO ORTEGA Y MUÑOZ,1, LOCAL 10. BADAJOZ	924 207 713	aoex@badajoz.org
PASTORAL DE LA DIÓCESIS DE MERIDA-BADAJOZ	JOSE M. ALVAREZ MAQUEDA	C/ OBISPO S. JUAN DE RIBERA,2. 06080 BADAJOZ.	924 255 658 649 833 652	Joalma52@yahoo.es
PASTORAL DE LA SALUD CORIA-CACERES	ANTONIO FLORIANO	PLAZA DE SANTA MARIA, 1. 10001 CACERES	676 340 029	aflorico@telefonica.net
ASOCIACIÓN PARKINSON EXTREMADURA	ANA VELÁZQUEZ	BALDOMERO DIAZ DE ENTRESOTO LOCAL 6, BAJO. 06800 MERIDA.	924 303 224	Parkinsonextremadura@hotmail.com
ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE LARINGECTOMIZADOS	AMALIA FRANCO	AVDA. DE LUSITANIA S/N PARQUE DE LOS BODEGONES. 06800 MERIDA	924 330 067 616 809 699	Asociacionlaringectomizados@gmail.com
ASOC. FAM. ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS...	M ^a ÁNGELES GARRIDO	C/ REYES HUERTAS S/N 06800 MÉRIDA	924 009 842 / 43 TS. 635 452 469	Afam8@hotmail.com
PASTORAL DE LA SALUD DE LA DIOCESIS DE PLASENCIA	MARINA ALONSO	PLAZA DE LA CATEDRAL S/N 10600 PLASENCIA	650 304 303	vicariopastoral@diocesisplascencia.org santosparedesm@yahoo.es
ASOCI. DE VOLUNTARIOS EMERITENSES DE MAYORES	LOLA DORADO	C/ REYES HUERTA S/N 06800 MERIDA	924 009 842 / 43 670 970 230	loladorado@hotmail.com
ASOCIACIÓN ONCOLÓGICA TIERRA DE BARROS	LOURDES VIDAL MAYTE DÍAZ	C/ LA HIERBA, 9. 1º IZQUIERDA	924 670 723	asoncologica@almendralejo.es
RED DE VOLUNTARIADO DE GUAEREÑA	PETRA CARRASCO	CENTRO SOCIOCULTURAL SAN GINES S/Nº 06470 GUAREÑA	924 351 341 625 077 212	Petri_carrasco@hotmail.com Aroman60@hotmail.com
FUNDACIÓN ICARO	NOELIA SÁNCHEZ	C/ RONDA DE MAESTRANZA, 3-1º A. ZAFRA	924 552 401	antonio@fundacionicaro.org

ÁREA DE SALUD

BADAJOS

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO

Dirección	C/ Damián Téllez Lafuente, s/n. 06010. Badajoz
Teléfono	924 215 265 / 66
Fax	924 215 267
Tel. Corporativo	45265 (Despacho general) 45266 (Auxiliar Administrativo) 33465 (Rosario Peinado) 33466 (Miguel Angel Cuervo) 35617 (Miguel Angel Sánchez) 33242 (M ^a José Redondo)
Email	ecuipal.badajoz@ses.juntaextremadura.net

Coordinadora

D^a. Rosario Peinado Clemens

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médicos

D. Miguel Ángel Cuervo Pinna
D. Miguel Ángel Sánchez Correas
D^a. María José Redondo Moralo

Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud

Enfermeras

D^a. Fátima Díaz Díez
D^a. Florencia Bonino Timmermann
D^a. Montaña Julián Caballero
D^a. Yolanda Ruiz Castellano

Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud
Asociación Española contra el Cáncer

Psicóloga

D^a. Raquel Cabo Domínguez

Asociación Española contra el Cáncer

Administrativa

D^a. Elvira Menacho Perera

Servicio Extremeño de Salud

ÁREA DE SALUD

CÁCERES

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

Dirección	Avda. Pablo Naranjo s/n. 10003. Cáceres.
Teléfono	927 256 217
Fax	927 256 217
Tel. Corporativo	51319 / 56323
Mó. Corporativo	33905 / 35921
Busca Hospital	31608
Email	ecuipal.caceres@ses.juntaextremadura.net

Coordinadora

D^a. Fabiola Saiz Cáceres

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médicos

D. Ángel María Durán Martínez
D^a. María Teresa Alonso Ruiz

Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud

Enfermeras

D^a. Rocío Valentín Tovar
D^a. Teresa Galea Martín
D^a. Victoria Romero Gabino

Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud

Psicóloga

D^a. Carmen López de Ayala García.

Asociación Española contra el Cáncer

ÁREA DE SALUD

CORIA

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL CIUDAD DE CORIA

Dirección	Avenida de Cervantes, 75. 10800. Coria.
Teléfono	927 149 200 (Centralita)
Fax	927 501 898
Tel. Corporativo	77369 / 77257
Mo. Corporativo	33275
Email	ecuipal.coria@ses.juntaextremadura.net

Coordinador

D. Raúl Sánchez Posada

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médico

D^a Rosa M^a Moralejo Vicente

*Servicio Extremeño de Salud
Tiempo compartido con Área Navalmoral*

Enfermero

D. Antonio Fernández Romero

Servicio Extremeño de Salud

Psicólogo

D. David Gámez García

Asociación Oncológica Extremeña

ÁREA DE SALUD

DON BENITO - VILLANUEVA DE LA SERENA

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL DE DON BENITO –
VILLANUEVA DE LA SERENA

Dirección	C/ Carretera Don Benito – Villanueva km 3.5 06400. Don Benito
Teléfono	924 386 835
Fax	924 386 847
Tel. Corporativo	86704 / 86705
Mo. Corporativo	33278 / 33258
Email	ecuipal.donbenito@ses.juntaextremadura.net

Coordinador

D. Raúl Pérez Asensio

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médico

D. Marco Antonio López García

Servicio Extremeño de Salud

Enfermeras

D^a. Ana María Ayuso Carmona
D^a. María Eulalia Alonso Prado

*Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud*

Psicóloga

D^a. Petra González Cañamero

Asociación Oncológica Extremeña

ÁREA DE SALUD

MÉRIDA

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL DE MÉRIDA.
3ª PLANTA. BLOQUE POSTERIOR

Dirección	C/ Polígono Nueva Ciudad, s/n. 06800. Mérida
Teléfono	924 381 050
Fax Compartido	924 382 432
Tel. Corporativo	81050 (Despacho General) 81439 (Despacho Administrativo) 81436 (Consulta 1) 81437 (Consulta 2) 81438 (Consulta Psicología)
Mo. Corporativo	33631 / 33630
Email	ecuipal.merida@ses.juntaextremadura.net

Coordinadora

D^a. Patricia Hernández García

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médico

D^a. Mercedes Blanco Guerrero

Servicio Extremeño de Salud

Enfermeras

D^a. Laura Blanco Toro

Servicio Extremeño de Salud

D^a. M^a. Ángeles Martín Fuente de la Rosa

Servicio Extremeño de Salud

Psicóloga

D^a. Marta Gundin Martín

Asociación Oncológica Extremeña

ÁREA DE SALUD

NAVALMORAL DE LA MATA

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL CAMPO ARAÑUELO

Dirección	C/ Del Hospital, s/n. 10300. Navalmoral de la Mata
Teléfono	927 548 900
Fax (suministros)	927 588 874
Tel. Corporativo	58873 / 58874
Mo. Médico	33806
Mo. Enfermero	33818
Email	ecuipal.navalmoral@ses.juntaextremadura.net

Coordinadora

D^a. Beatrice Pop Csog

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médico

D^a. Rosa M^a Moralejo Vicente

*Servicio Extremeño de Salud
Tiempo compartido con Área de Coria*

Enfermera

D^a. Mercedes Gil Sierra

Servicio Extremeño de Salud

Psicóloga

D^a. María Reyes Alcaide

Asociación Oncológica Extremeña

ÁREA DE SALUD

PLASENCIA

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO

Dirección	Paraje Valcorchero, s/n. 10600. Plasencia.
Teléfono	927 428 300
Fax	927 421 092
Tel. Corporativo	78514 (Dra. Paz Varillas López) 78167 (Dra. M ^a Angeles Sánchez Pérez) 78266 (D ^a . Mercedes Ramos Gonzalez) 78544 (D.Vicente Robles Alonso) 78168 (Consulta)
Mo. Corporativo	33413 / 33427
Email	ecuipal.plasencia@ses.juntaextremadura.net

Coordinadora

D^a. Paz Varillas López

Médico. Servicio Extremeño de Salud

Médico

D^a. María Ángeles Sánchez Pérez

Servicio Extremeño de Salud

Enfermeras

D^a. Mercedes Ramos González
D. Vicente Robles Alonso

Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud

Psicólogo

D. David Gámez García

Asociación Oncológica Extremeña

ÁREA DE SALUD

LLERENA-ZAFRA

EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL DE ZAFRA

Dirección	C/ Carretera de Badajoz – Granada km 72. 06300. Zafra.
Teléfono	924 029 200
Fax	924 029 251
Tel. Corporativo	40267 (Despacho/Consulta)
Mo. Corporativo	33714 / 33262
Email	ecuipal.llerena@ses.juntaextremadura.net

Coordinador

D. Javier Flores Belmonte

Enfermero. Servicio Extremeño de Salud

Médico

D^a. Yolanda Romero Cintas
D^a. Milagros Cobián Prieto

Servicio Extremeño de Salud
Servicio Extremeño de Salud

Enfermera

D^a. María del Pilar Ruiz Márquez

Servicio Extremeño de Salud

Psicóloga

D^a. Paloma Encinas Martínez

Asociación Oncológica Extremeña

ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

CENTRO RESIDENCIAL "EL CUARTILLO"
CENTRO CARE CÁCERES

Oficina	Centro Residencial "El Cuartillo" Avda/ de la Universidad s/n 10003 Cáceres
Móvil Email	660 051 461 / 690 925 858 eaps@fundesalud.es

Coordinador	D. Manuel Carrasco Monroy	<i>Psicólogo. FUNDESALUD</i>
Psicólogos	D. Carlos García Martín D ^a . Susana Sánchez Calderón	<i>FUNDESALUD FUNDESALUD</i>
Trabajadora Social	D ^a . Begoña Majado Márquez	<i>FUNDESALUD</i>

**ATENCIÓN
CONTINUADA Y DE URGENCIA**
ASESORAMIENTO TELEFÓNICO DE GUARDIA



El objetivo general del Asesoramiento Telefónico es ofrecer una continuidad asistencial a pacientes y familias incluidas dentro del Programa Regional de Cuidados Paliativos (PRCPEx), mediante soporte telefónico por los Profesionales de Cuidados Paliativos (Medicina - Enfermería) a los Servicios de Urgencias Hospitalarias, a los Puntos de Atención Continuada de Atención Primaria (PAC) y a los Servicios de Emergencias (112) de la Región, en horarios de tardes/noches/ festivos y fines de semana.

ATENCIÓN CONTINUADA Y DE URGENCIA

PROVINCIA DE BADAJOZ

SERVICIO DE ASESORAMIENTO TELEFÓNICO
DE GUARDIA PARA PROFESIONALES

Horario

Días laborables: 15.00 pm / 08.00 am
Fines de Semana y Festivos: 24 h.

Profesional
de Medicina

Tel. Corporativo 35811

Profesional
de Enfermería

Tel. Corporativo 35813

PROVINCIA DE CÁCERES

SERVICIO DE ASESORAMIENTO TELEFÓNICO
DE GUARDIA PARA PROFESIONALES

Horario

Días laborables: 15.00 pm / 08.00 am
Fines de Semana y Festivos: 24 h.

Profesional
de Medicina

Tel. Corporativo 35812

Profesional
de Enfermería

Tel. Corporativo 35810



OBSERVATORIO
regional de **cuidados** paliativos
de **extremadura**



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

