



**Universidad**  
Zaragoza

## **TRABAJO FIN DE MÁSTER:**

# **CONSULTA TELEFÓNICA EN CUIDADOS PALIATIVOS AL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA SECTOR 2 – ZARAGOZA**

**AUTOR: Lurdes Vargas Alata**

**MIR Geriatría del Hospital Nuestra  
Señora de Gracia**

**DIRECTOR: Dr. Emilio González**

**Presidente de la Sociedad Aragonesa de  
Cuidados Paliativos**

**Facultad de Medicina de Zaragoza  
Máster Universitario en Salud Pública  
2016/2017**

# INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	13
2. OBJETIVOS.....	15
3.- METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de estudio.....	16
3.2 Población incluida en el estudio y fuente de información.....	16
3.3 Variables incluidas.....	17
3.4 Análisis Estadístico.....	19
3.5 Consideraciones éticas.....	19
4.- RESULTADOS	
4.1 Nivel Global .....	20
4.2 Por Sexo.....	29
4.3 Por el motivo y solución de las llamadas Telefónicas.....	33
5.- DISCUSION.....	42
6.- CONCLUSIONES.....	45
7.- BIBLIOGRAFIA.....	46

## INDICE TABLAS Y FIGURAS

<b>Tabla 1.</b> Edad de usuario que solicita la asistencia al ESAD.....	20
<b>Tabla 2.</b> Sexo de la persona que necesita la asistencia por parte del ESAD.....	21
<b>Tabla 3.</b> Profesional que atiende la llamada telefónica.....	21
<b>Tabla 4.</b> Periodo de las llamadas telefónicas atendidas.....	22
<b>Tabla 5.</b> Usuario que solicita la asistencia por parte del ESAD.....	23
<b>Tabla 6.</b> Motivo de realizar la llamada telefónica al ESAD.....	24
<b>Tabla 7.</b> Solución de las llamadas telefónicas al ESAD.....	25
<b>Tabla 8.</b> Periodo de atención de llamadas telefónicas y profesional que atiende.....	26
<b>Tabla9.</b> Usuario solicitante de asistencia y profesional que atiende la llamada.....	27
<b>Tabla 10.</b> Periodo de las llamadas telefónicas y usuario de asistencia.....	28
<b>Tabla 11.</b> Edad de usuario necesitado de asistencia según sexo.....	29
<b>Tabla 12.</b> Sexo del usuario de asistencia según periodo de atención.....	29
<b>Tabla 13.</b> Sexo del usuario según el solicitante de asistencia.....	30
<b>Tabla 14.</b> Sexo del usuario y el profesional que atiende la llamada.....	31
<b>Tabla 15.</b> Sexo del usuario de asistencia y los motivos de atención.....	32
<b>Tabla 16.</b> Motivo de la llamada telefónica y periodo de atención.....	33
<b>Tabla 17.</b> Motivo de la llamada telefónica y usuario de asistencia.....	34
<b>Tabla 18.</b> Motivo de la llamada telefónica y profesional que la atiende.....	35
<b>Tabla 19.</b> Solución de la llamada telefónica y periodo de atención.....	36
<b>Tabla 20.</b> Solución de la llamada telefónica y el usuario solicitante.....	37
<b>Tabla 21.</b> Solución de la llamada telefónica y profesional que atiende.....	38
<b>Tabla 22.</b> Solución de la llamada telefónica y motivos de atención.....	40

<b>Figura 1:</b> Histograma variable Edad .....	<b>20</b>
<b>Gráfico 1:</b> Diagrama de sectores de la variable sexo del usuario que preciso asistencia por parte de ESAD.....	<b>21</b>
<b>Gráfico 2:</b> Diagrama de sectores de la variable Periodo de las llamadas telefónicas entrantes al ESAD.....	<b>22</b>
<b>Gráfico 3:</b> Diagrama de sectores de los usuarios que precisaron de ayuda por parte del ESAD.....	<b>23</b>
<b>Gráfico 5:</b> Diagrama de barras de la variable motivo de las llamadas telefónicas al ESAD .....	<b>24</b>
<b>Gráfico 6:</b> Diagrama de barras de la variable Periodo de las llamadas y el profesional que atiende .....	<b>26</b>
<b>Gráfico 7:</b> Diagrama de barras de usuario de asistencia según el profesional que atiende .....	<b>27</b>
<b>Gráfico 8.</b> Diagrama de barras de periodo de las llamadas telefónicas y usuario de asistencia .....	<b>28</b>
<b>Gráfico 9:</b> Diagrama de barras de la variable sexo y periodo de asistencia .....	<b>29</b>
<b>Gráfico 10:</b> Diagrama de barras de las variables sexo de usuario según solicitante de asistencia .....	<b>30</b>
<b>Gráfico 11:</b> Diagrama de barras de las variables sexo de usuario y profesional que atiende .....	<b>31</b>
<b>Gráfico 12:</b> Diagrama de barras de las variables sexo de usuario y Motivo de la llamada telefónica .....	<b>33</b>
<b>Gráfico 13:</b> Diagrama de barras de las variables Motivo de llamada telefónica y periodo de atención.....	<b>34</b>
<b>Gráfico 14:</b> Diagrama de barras de las variables Motivo de llamada y usuario de asistencia...	<b>34</b>
<b>Gráfico 15:</b> Diagrama de barras entre las variables Motivo de la llamada telefónica y el usuario asistencia por parte del ESAD.....	<b>35</b>
<b>Gráfico 16:</b> Diagrama de barras de las variables Solución de la llamada telefónica y el usuario asistencia por parte del ESAD.....	<b>36</b>
<b>Gráfico 17:</b> Diagrama de barras de las variables Solución de la llamada telefónica y usuario de asistencia.....	<b>36</b>
<b>Figura 18:</b> Diagrama de barras de las variables solución de la llamada Telefónica y profesional que atiende .....	<b>37</b>
<b>Figura 19:</b> Diagrama de barras de las variables Solución de la llamada telefónica y los motivos .....	<b>38</b>

## **SIGLAS**

**CP:** Cuidados paliativos

**EBCP:** Equipos básicos de Cuidados Paliativos

**EAP:** Equipos de Atención Primaria

**ESAD:** Equipo de soporte de Atención Domiciliaria

**EAPC:** Asociación Europea de Cuidados Paliativos

**IC:** Intervalo de confianza

**OMS:** Organización Mundial de la salud

**SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir las características de la necesidad de asistencia mediante consulta telefónica de los usuarios durante el proceso de los cuidados Paliativos realizados por el equipo ESAD Zaragoza 2.

**Métodos:** Se trata de un estudio Observacional descriptivo transversal que utiliza los registro de llamadas telefónicas como fuente de información. Seleccionamos 200 llamadas telefónicas de usuarios incluidos en el programa de cuidados paliativos. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado para describir las características de los usuarios en la necesidad de asistencia durante el proceso de CP.

**Resultados:** Los pacientes que han precisado de la asistencia por parte de ESAD han sido mayoritariamente hombres con una edad media de 72 años que se han comunicado por el horario de la mañana precisando ayuda para el control de síntomas. Los familiares se han comunicado telefónicamente en representación de los pacientes en una amplio porcentaje. Fueron atendidos en su mayoría por los médicos del ESAD. Los propios pacientes se han comunicado en un 12,5% con el ESAD. No se observaron diferencias significativas entre el sexo de los usuarios y los motivos de las consultas mediante llamada telefónica. Hay diferencias significativas entre la edad y el sexo de los usuarios de asistencia en cuidados paliativos con respecto a quien solicita la atención. Se ha encontrado que existe relación entre el profesional que atiende las llamadas telefónicas y el motivo por el que se comunican los usuarios. Además de las soluciones que pueda brindar.

**Conclusiones:** Los pacientes usuarios que están en el programa de CP reciben visitas domiciliarias y llamadas programadas, pero aún eso realizan un alto porcentaje de consultas telefónicas fuera de calendario planificado; a través de su familiar, su cuidador y una parte por ellos mismos. La preocupación por la que se comunican con su ESAD es el control de síntomas, dentro de ellos el dolor. Serían necesario planificar visitas más frecuentes en el tiempo, para solventar las necesidades que precisan las características de los pacientes con CP. Al parecer hay una necesidad de comunicación sin tener realmente necesidad de intervención médica.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, cuidados en domicilio, teleconsulta, necesidades.

## **ABSTRACT**

**Objetives:** Describe the characteristics of the need for assistance through telephone consultation of users during the process of Palliative care performed by the ESAD Zaragoza 2 team.

**Methods:** This is a transversal descriptive observational study that uses phone call records as a source of information. We selected 200 telephone calls from users included in the palliative care program. A descriptive and bivariate analysis was carried out to describe the characteristics of the users in required the assistance during the Palliative care process.

**Results:** The patients who have required assistance from ESAD have been mostly men with an average age of 72 years who have been informed by the morning hours, needing help to control symptoms. The family have communicated by telephone about of patients in a big percent. They were attended mostly by ESAD doctors. The patients themselves have been reported in 12.5% with the ESAD. No significant differences were observed between the user's sex and the reasons for teleconsultation by telephone call. There are significant differences between the age and sex of the users of palliative care assistance with respect to who requests the care. It has been found that it is related between the professional that handles phone calls and the reason why users communicate in addition to the solutions that can provide.

**Conclusions:** Users who are in the PC program receive home visits and scheduled calls, but still perform a high percentage of telephone consultations outside of the planned calendar; your family, your caregiver and of themselves. The required for communication is with Home team is the control of symptoms, within them the pain. It would be necessary to think about more frequent visits over time, to solve the needs that require the characteristics of patients with PC. There seems to be a need for communication without that medical intervention.

**Keywords:** Palliative Care, home care, teleconsultation, needs.

## INTRODUCCION

El acompañamiento al enfermo en el final de la vida es uno de los acontecimientos trascendentales para el enfermo. El tener la posibilidad de llegar a morir sin sufrimiento y rodeado por su familia o las personas que aprecia. Los enfermos en el trayecto al final de su existencia presentan necesidades, miedos, contrariedades creencias que son personales; y que debemos respetar. Se afecta todo su entorno social. Por lo que los cuidados en los enfermos con características paliativas deben ser abordados de una manera especial.

Llegados a este punto necesitamos saber qué son los cuidados paliativos. La definición propuesta por la Asociación de la Unión Europea de cuidados paliativos (siglas en inglés EAPC) es que “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo . El control del dolor y otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, es primordial.” Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque y abarcan al paciente, la familia y la comunidad en su alcance. En cierto sentido los cuidados paliativos son para ofrecer el concepto más básico de cuidado: de atender las necesidades del paciente donde sea que se le atienda, ya sea en el hogar o en el hospital. Afirman la vida y consideran que morir es un proceso normal; ni acelera ni pospone la muerte. Se propone preservar la mejor calidad de vida posible hasta la muerte. (1)

Según la OMS, los cuidados paliativos “constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes(adultos y niños)y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y los tratamientos correctos del dolor y otros problemas , sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (2)

Esta filosofía de los Cuidados Paliativos comenzó en Londres en la década de los sesenta. Una de las impulsoras es Cecily Saunders (1918 - 2005) estableció los principios básicos de los Cuidados Paliativos sobre una perspectiva humanista, con lo que cambió sustancialmente la forma de actuar y tratar al enfermo en fase terminal. Sus esfuerzos propiciaron el desarrollo del movimiento “Hospice” (corriente mundial que plantea proveer de un cuidado compasivo al paciente agonizante), destinado a conseguir una muerte

tranquila, sin tratamientos inciertos y la creación de un clima de confianza, comunicación e intimidad en el ambiente del paciente.(3)

La historia de los cuidados Paliativos se basó inicialmente en el cuidado de pacientes con cáncer avanzado. Los hospicios basados en la fe existían en Europa y en Pondicherry, India (una colonia francesa en ese momento), mucho antes del establecimiento de los hospicios modernos (4). En el Reino Unido, St. Christopher's Hospice fue el primer hospicio moderno, abrió sus puertas en 1967 y, con su enfoque tanto en la atención al paciente como en la investigación, se convirtió en un estímulo importante para los hospicios y los servicios de los cuidados paliativos hospitalarios (5). El término de “cuidados paliativos” fue acuñado en el 1974 por Balfour Mount en Canadá (6) y se convirtió en el término de elección internacional para el movimiento. En la década de los 80, en el Reino Unido se estableció una asociación médica y una revista científica, donde se reconoció como especialidad médica y se ampliaron los servicios en todo el país (7).

Los servicios de cuidados paliativos se iniciaron en la mayoría de los países de Europa occidental (con la excepción de los países bajos) en la década de los 80. Según una revisión de 2014 de la Asociación Europea de Atlas de Cuidados Paliativos en Europa que analiza 53 países que conforman la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina paliativa es ahora una especialidad o subespecialidad en 14 países, y la disponibilidad de cuidados paliativos ha ido mejorando en Europa del Este, particularmente Moldavia, Rumanía y Polonia (8)

La asociación Latinoamericana de Atlas de Cuidados Paliativos en América Latina, publicada en 2012; analiza la situación en 19 países de la región de América Latina y América del Sur y señala que hay menos de 1000 servicios de cuidados paliativos en la región, con equipos de atención domiciliaria que proporcionan gran parte de éstos cuidados. Argentina y Chile juntos representan casi la mitad del total de los servicios de Latinoamérica, aunque la mejor cobertura se reporta en Costa Rica. En Cuba y Uruguay todas las escuelas de medicina ofrecen cuidados paliativos, ya sea como un programa de curso separado o como parte de otros programas de curso.(9)

Trece países del África ahora incluyen cuidados paliativos como parte de sus planes nacionales en el control del cáncer (10).

Existe una gran necesidad de los servicios de cuidados paliativos entre las poblaciones

de los países de bajos ingresos económicos. Las enfermedades no malignas (enfermedades no transmisibles) generalmente predominan sobre las enfermedades malignas como causas de muerte en estas áreas. Por ejemplo en la región africana, el VIH/SIDA y las enfermedades no malignas comparten la misma carga de cuidados paliativos.(11-12)

Actualmente los cuidados paliativos son una especialidad médica interdisciplinaria que se enfoca en prevenir y aliviar el sufrimiento y en apoyar la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias que enfrentan una enfermedad grave. La especialidad de Cuidados Paliativos está reconocida en los Estados Unidos(EE.UU) e internacionalmente como en Canadá, Inglaterra, Irlanda, Australia y Nueva Zelanda. Muchos países europeos también están en proceso de desarrollar certificación para los cuidados paliativos. Desafortunadamente, en otras partes del mundo, el acceso a cuidados paliativos de calidad es muy limitada. Solo el 14 por ciento de los necesitados tiene acceso a cuidados paliativos(13).

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. (14)

Actualmente en España se está atendiendo a la mitad de la población susceptible de recibir CP (alrededor de 51.800 personas atendidas al año frente a 105.268 que serían susceptibles de la atención para una población de 46,6 millones de habitantes (15)

El domicilio es un lugar idóneo de atención de enfermos con enfermedades avanzadas y terminales y sus familias, en su entorno social afectivo. También es el lugar preferido por enfermos y familias durante su proceso y es el ámbito en el que transcurre la mayoría del tiempo la evolución de la enfermedad(16)

Las necesidades de atención de los enfermos avanzados y terminales están bien descritas en el modelo multidimensional y los modelos de atención e intervención han sido descritos recientemente(17), así como los distintos modelos evolutivos clínicos, con frecuentes crisis de necesidades a menudo urgentes, alta demanda de atención y frecuentes dilemas éticos.(18)

Los pacientes que se benefician de cuidados paliativos domiciliarios son típicamente aquellos con enfermedades complejas avanzadas o con diagnósticos que limitan la vida y

un alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Estas personas a menudo no tienen un pronóstico predecible y no son elegibles ni están interesadas en elegir servicios formales de hospicio. Se encuentran entre un número cada vez mayor los ancianos y personas débiles que no pueden salir de sus hogares, generalmente debido a la presencia de múltiples enfermedades crónicas, incluido el deterioro cognitivo con las consiguientes limitaciones funcionales y la disminución(19)

Los cuidados paliativos son un enfoque que atiende a cualquier paciente diagnosticado de enfermedad grave. En España se tiene una orientación del equipo Multidisciplinar y uno de los componentes es el denominado Soporte Domiciliario. El trabajo desarrollado por los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) no solo se basa en la visita domiciliaria de pacientes incluidos dentro de los programas que además brinda atención telefónica que facilitan la consulta y coordinan los ajustes de la enfermedad dentro del proceso de cuidados Paliativos. Los servicios de cuidados paliativos tienen el objetivo de reducir la angustia y la carga en los familiares y cuidadores educando las habilidades en la resolución de problemas, el cuidado personal, la toma de decisiones y el control de síntomas(20)

Una de las alternativas para hacer efectivo los principios de los CP son los avances tecnológicos. Se plantea que la “Telemedicina”; definida por la OMS como el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de la información en el diagnóstico, en el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación, evaluación y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades” (21). El ámbito de aplicación es la teleconsulta domiciliaria para pacientes que tienen aislamiento geográfico o que no puedan movilizarse desde sus domicilios. El uso del teléfono en la práctica médica se ha convertido en un imprescindible para mantener contacto con los pacientes con las características de seguimiento cercano.

Los programas de atención primaria y paliativa que están basados en el hogar brindan visitas domiciliarias durante el horario laboral y la mayoría ofrece disponibilidad de teléfonos y/o visitas las 24 horas y los fines de semana. Algunos programas entregan medicamentos al hogar, al igual que los cuidados paliativos, atención de urgencia. Los pacientes inscritos en éstos programas presentan múltiples enfermedades crónicas, alta carga de síntomas y/o necesidades complejas para coordinar su atención.(22)

Los ESAD para los CP se hacen presente en cada comunidad autónoma y en Aragón

(1.317.847 habitantes/ año 2015) se han identificado 8 recursos, de los que 3 han sido clasificados según los criterios del Directorio SECPAL 2015. Por tipología se han identificado 2 Equipos Básicos de CP (EBCP), 1 Unidad Completa de CP (UCCP) y 5 recursos que no han sido clasificados (SC) porque les falta cumplir algún criterio (principalmente referidos a la falta de dedicación y formación). Respecto al número de profesionales (teniendo en cuenta el total de recursos, es decir 8, y sin tener en cuenta la dedicación), se han identificado un total de 48 profesionales. De los que 16 son médicos (33,3%), 23 son enfermeras (47,9%), 6 son Psicólogos (12,5%) y 3 Trabajadores Sociales (6,3%). (15)

Según la literatura en términos de las necesidades de usuario, el tema más frecuentemente consultado fue el conocimiento sobre el manejo del dolor. No solo de pacientes y cuidadores no profesionales, sino de profesionales de la salud no especializados en cuidados paliativos. Además del dolor hay otros síntomas que diferentes estudios ya han descrito en el seguimiento de los pacientes que integran la intervención de cuidados Paliativos.

Desde el punto de vista poblacional, podemos realizar una estimación de la prevalencia y necesidades de las personas con enfermedades crónicas evolutivas. El 60% de la población en España (5,400 por millón), mueren a causa de una enfermedad crónica evolutiva (cáncer, neurológicas, progresivas de alta o baja prevalencia, insuficiencia orgánica, asociación de comorbilidad, pluripatología, dependencia y otras) en proporción de cáncer/no cáncer (16)

Los pacientes que se benefician de cuidados paliativos domiciliarios son típicamente aquellos con enfermedades complejas avanzadas o diagnósticos que limitan la vida y un alto riesgo de morbilidad y mortalidad (24). Estos pacientes se encuentran entre un número cada vez mayor los ancianos y personas débiles que no pueden salir de sus hogares, generalmente debido a las múltiples enfermedades crónicas, incluido el deterioro cognitivo con las limitaciones funcionales. La mayoría de éstos pacientes experimenta síntomas significativos asociados a la enfermedades avanzadas en particular el dolor y la depresión. (25)

Hay herramientas para identificar a pacientes con necesidades y que son apropiados para proveer la atención de cuidados paliativos. Es así que la Red Nacional Integral contra el Cáncer (NCCN, siglas en inglés) en 2014 publicó unas directrices para pacientes con cáncer en las que proporcionaba criterios para los pacientes apropiados para la detección de cuidados paliativos de subespecialidades (26). Incluyen pacientes con:

- Síntomas no controlados
- Angustia moderada a grave relacionada con su diagnóstico y tratamiento.
- Condiciones físicas y psicosociales graves y la comorbilidad.
- Esperanza de vida < 6 meses.
- Preocupaciones sobre el curso de la enfermedad y/o sus opciones de tratamiento.

Aunque estos criterios son para pacientes con cáncer, son criterios razonables para otros pacientes con una afección de gravedad, potencialmente mortal o terminal.

La percepción de la incomodidad y carga de la enfermedad entre los pacientes de cuidados paliativos es muy individualizada. Para abordar la complejidad del sufrimiento, Dame Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos y de hospicios modernos, introdujo el término “dolor total”. En consecuencia, el concepto de “dolor total”, se refiere a los complejos mecanismos y manifestaciones del sufrimiento incluidos sus componentes físicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales (27, 28)

La diversidad de la experiencia individual de sufrimiento: el dolor o malestar de una persona, su imagen corporal, el significado de su enfermedad, sus deseos, relaciones y valores o creencias espirituales contribuyen a su experiencia de enfermedad y sufrimiento(27)

La discordancia entre los síntomas informados por el paciente y los documentados por el médico se mostró en un estudio que comparó 58 cuestionarios completados por pacientes con cáncer avanzado y sus registros médicos completados por médicos. (29)

Una revisión sistemática de estudios centrados en cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA), enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad renal crónica identificaron 11 de los síntomas más prevalentes en pacientes con enfermedad terminal: dolor, depresión, ansiedad, confusión, fatiga, dificultad para respirar, insomnio, náuseas, estreñimiento, diarrea y anorexia(30)

Los síntomas psicológicos, psiquiátricos y cognitivos requieren evaluación como la depresión(a diferencia del ajuste y el duelo), la ansiedad, el delirio y el afrontamiento de la enfermedad. Los médicos deben evaluar los múltiples factores que aumentan la prevalencia y/o severidad de la angustia psicológica (enfermedad que avanza rápidamente, medicamentos como interferón o glucocorticoides, anomalías metabólicas,

dolor no controlado, deterioro cognitivo, dificultades financieras) y abordarlos, si es posible(31)

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes en pacientes con una enfermedad grave y/o potencialmente mortal. (32)

Por todo lo planteado se ha diseñado el estudio para conocer esos factores que influyen durante ese proceso de cuidados en los pacientes que están integrados en el programa de CP. La necesidad de asistencia que se suscita por parte de los usuarios mediante la consulta telefónica a pesar de las visitas programadas y llamadas telefónicas de seguimiento.

El teléfono es accesible para los nuestros pacientes, sus familiares, sus cuidadores. Es una forma de acercarse a los proveedores de CP, con sus dudas, con su carga emocional, con sus miedos, con sus creencias. Pero no se atienden las 24 horas y algunas veces la desesperación familiar, la falta de entrenamiento médico en ésta área se derivan a los pacientes al servicio de urgencias; o no hay una orientación adecuada de la situación que acontece al paciente.

En Aragón como comunidad autónoma solo se tiene reconocido 3 servicios de Cuidados Paliativos y ninguno de ellos tiene atención telefónica las 24 horas del día. Quizá sería conveniente que en un futuro se planteara la posibilidad de implantarse un servicio de éstas características. La población Aragonesa, según los datos poblacionales tiene un porcentaje amplio de población envejecida. Dentro del territorio español es una de las comunidades con mayor esperanza de vida. Por tanto las enfermedades crónicas incapacitantes, las que disminuyen la funcionalidad de los pacientes están presentes; y por supuesto el cáncer como enfermedad.

El desarrollo actual de los cuidados paliativos es un indicativo de cómo empieza a tomar forma este interés en nuestro país. Tratar el proceso de morir de alguien, ayudándole a mejorar la calidad de vida, controlando el dolor, paliando el sufrimiento del enfermo y familia, son las preocupaciones que debemos abordar adecuadamente y así el proceso sea menos doloroso para todos los implicados.

## **OBJETIVO**

### **- Objetivo General:**

Describir las características de la necesidad de asistencia mediante consulta telefónica de los usuarios durante el proceso de los cuidados Paliativos realizados por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) Zaragoza 2.

### **- Objetivos Específicos:**

- 1.- Identificar el perfil de los usuarios que requieren asistencia de los profesionales que responden las llamadas telefónicas del ESAD 2
- 2.- Explorar si existen diferencias por sexo en la necesidad de asistencia por parte del ESAD 2.
- 3.- Describir los motivos de llamadas telefónicas y las formas de solución como respuesta a la necesidad de intervención por parte de los profesionales del ESAD 2 en el proceso de los cuidados paliativos.

## METODOLOGÍA

### - **Tipo de estudio:**

Se trata de un estudio Observacional Descriptivo Transversal. Realizado en el Centro de Salud Seminario de la ciudad de Zaragoza en el Periodo de Julio a Diciembre del año 2016. Utilizando como fuente de información los registros de atención telefónica durante ese periodo

### - **Población incluida en el estudio y fuente de información:**

El centro de Salud "Seminario" cuenta con un Equipo de Soporte Domiciliario (ESAD) perteneciente al sector 2 de Zaragoza. El servicio brinda atención en el horario de mañana de 8 am. Hasta las 15 horas y de 15 pm hasta las 20 horas de la tarde; de lunes a viernes. El equipo constaba de 4 médicos especialistas en Cuidados Paliativos; 2 atendían en el horario de la mañana y 2 por la tarde. Además de 2 enfermeras y una auxiliar de enfermería.

La recepción de las llamadas telefónicas lo realizan los médicos, las enfermeras y auxiliares de enfermería que se encuentren en el centro de salud durante los horarios de la mañana como de la tarde. Para la realización del estudio se diseñó un cuestionario de recogida de datos donde se registraron en la misma todas las teleconsultas resultantes de la demanda de usuarios, las interconsultas de otros profesionales y la solución de su consulta.

La información recopilada de cada registro fue: Profesional que atiende la llamada, quién llama, hora y fecha de la comunicación, el número de Historia clínica, razón o motivo de llamada telefónica y las soluciones que se les dieron. No se incluyeron las enfermedades que presentaban los pacientes, ni el estadio de enfermedad en que se encontraban. Algunas llamadas fueron sobre el mismo paciente. Para el estudio, cada cuestionario de registro fue considerado como una llamada.

- Población: Pacientes mayores de 18 a más años incluidos en el programa de cuidados paliativos.
- Ámbito geográfico: Usuarios de CP de Zaragoza pertenecientes al Centro de Salud Seminario Sector 2.

- Trabajo de campo: Julio - Diciembre 2016.
- Tamaño muestral: 200 llamadas telefónicas atendidas.

Calculando para un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 3%, considerando que la proporción de pacientes es del 2% según el estudio de la SECPAL, necesitaríamos para hacer inferencia una muestra de 84 pacientes. Aumentamos esta muestra en un 50% para compensar pérdidas por ser un estudio telefónico, pasando a necesitar una muestra total de 167 pacientes por lo que el equipo investigador decide estudiar a 200 pacientes.

La muestra de nuestro estudio se compone de todos los registros de llamadas telefónicas que se recibieron desde el mes de Julio hasta el mes de Diciembre del 2016 al equipo de soporte domiciliario en la franja de horario de atención.

El personal del ESAD para el desarrollo de esta labor asistencial cuenta con telefonía móvil y acceso a la intranet del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), en concreto a la plataforma informática de gestión de atención primaria OMI en acceso a cualquier agenda del sector, así como a la Historia Clínica Electrónica de cualquier usuario de Aragón

### **Variables incluidas**

De los datos que constan en el registro de llamadas hemos caracterizado las siguientes variables:

#### **Variable demográfica:**

- **Edad:** Se trata de una variable cuantitativa discreta y tiene una medida en años.
- **Sexo:** Se trata de una variable cualitativa dicotómica categorizada en:  
1.- Hombre; 2.- Mujer.

#### **Variables de atención Telefónica**

**Recepción de llamadas:**(En horario de atención de ESAD).Se trata de una variable cualitativa politómica. Se divide en 3 categorías.

- 1. Médico.
- 2. Enfermera
- 3. Auxiliar de enfermería..

**Periodo de las llamadas telefónicas:** El horario para contactar con el personal del equipo de soporte es desde las 8-15 horas(mañana) y 15-20 horas(tarde) de lunes a viernes excepto festivos. Las categorizamos en 2:

1. Mañana
2. Tarde

**Usuario de asistencia:** Variable cualitativa politómica con 4 categorías.

1. Familiar
2. Cuidador
3. Pacientes
4. Sanitario

**Motivo de llamada:** Categorizamos en variable cualitativa politómica. Esta variable se recodificó en tres categorías. Debido al bajo número de individuos; en los grupos de manejo de dispositivos especiales y cuidados de enfermería. Se prescindió de ambas categorías por tener uno y ninguna de las llamadas para tales características.

1.- Control de Síntomas físicos: Dolor, Disnea, Agitación Psicomotriz, Insomnio, Ansiedad, Síntomas Gastrointestinales (diarreas, estreñimiento, Disfagia, anorexia).

2.- Dudas Farmacológicas

3,- Soporte psicológico/emocional.

**Solución al problema de asistencia:** variable cualitativa politómica con 5 categorías

1. Ingreso a Hospital de Agudos
2. Médico de Familia
3. Derivación a visita de ESAD
4. Seguimiento de nueva llamada Telefónica
5. Comunicación

Denominada esta última en el hecho de no derivar, ni realizar nueva comunicación telefónica. Mantener el mismo planteamiento previo a la visita.

### **Análisis estadístico.**

Para responder al primer objetivo específico planteado: “Identificar el perfil de los usuarios que requieren asistencia de los profesionales que responden las llamadas telefónicas del ESAD 2”; se llevó a cabo un análisis descriptivo. Las variables categóricas se describieron mediante el número de veces que se observa un resultado, porcentaje sobre la población total a estudio e intervalo de confianza al 95%. Para la variable “Edad” se comprobó la normalidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Al no cumplir criterios de normalidad ( $p < 0,05$ ) se describió utilizando la Mediana, el Mínimo y Máximo.

Para responder al segundo objetivo: “ Explorar si existen diferencias por sexo en la necesidad de asistencia por parte del ESAD. Se realizó un análisis bivariado con tablas de contingencia, utilizando el test de Chi cuadrado, considerando como diferencias estadísticamente significativas los valores  $p < 0,05$ . Para la variable “Edad” se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Se repitieron análisis bivariados del periodo de atención con cada variable categorizada para caracterizar al usuario.

Para responder al último objetivo: “Describir las características de los motivos y las formas de solución como respuesta a la necesidad de intervención por parte de los profesionales del ESAD 2 en el proceso de los cuidados paliativos”. Se realizó un análisis bivariado con tablas de contingencia, utilizando el test de Chi cuadrado, considerando como asociaciones estadísticamente significativas los valores  $p < 0,05$ .

Para evitar sesgos relacionados con la metodología de los registros, principalmente ligados a la no recogida o marcado de los ítemes se aumentó la muestra.

Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22 para llevar a cabo todos los análisis de datos precisos.

### **Aspectos éticos.**

No se prevén remuneraciones por participar o realizar el estudio.

El proyecto se presentó a comité de ética.

Los datos serán “anónimos” y los pacientes serán identificados con números correlativos.

Al ser un estudio mediante cuestionario telefónico se solicita verbalmente el consentimiento para participar en el estudio.

Se van a seguir todas las normas contenidas en la declaración de Helsinki, así como lo estipulado en el Título I:, Artículo 12, del real Decreto 561/1993 de 14 de abril.

El investigador declara no estar sujeto a ningún conflicto de interés.

## RESULTADOS

### NIVEL GLOBAL:

De las 200 llamadas telefónicas de usuarios pertenecientes al programa de cuidados paliativos(CP). Uno de ellos tenía edad inferior a 18 años, por lo que se eliminó del estudio.

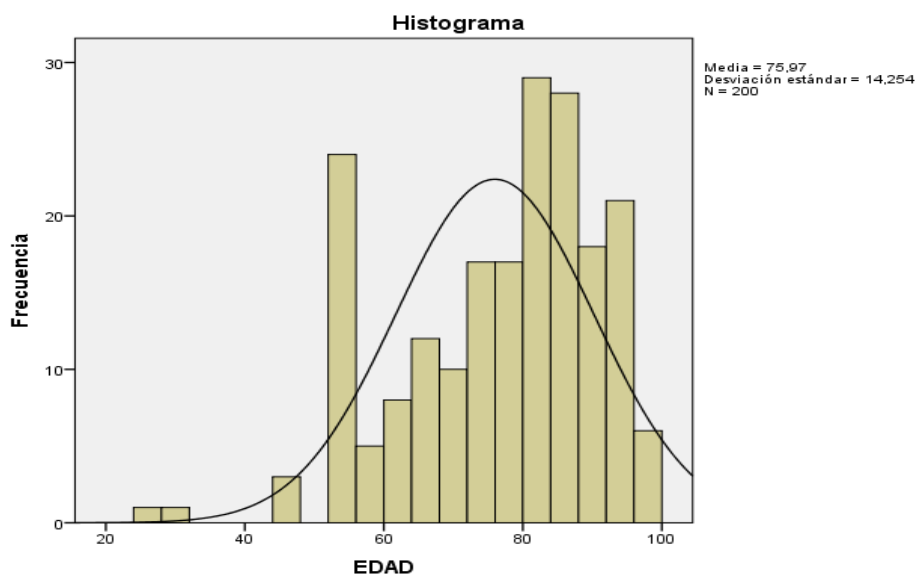
### **Características demográficas de los usuarios con características de cuidados paliativos.**

#### **a) Edad:**

Tabla 1. Edad de la persona que solicita la asistencia

<i>Edad de la persona que solicita asistencia</i>	<i>Valor</i>
Media	75,5
Desviación típica	14,3
Mínimo	26
Máximo	97

Fig.1. Histograma de Edad de la persona que solicita la asistencia



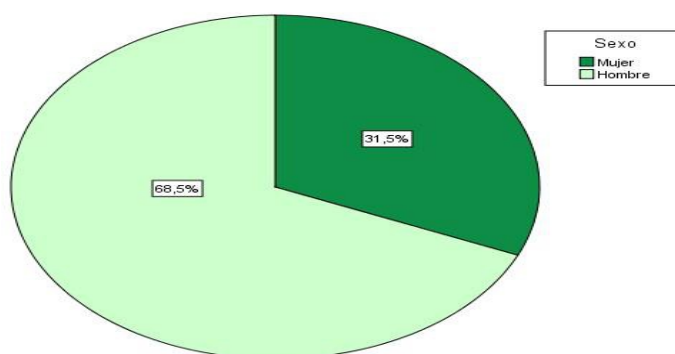
En la **tabla 1** se encuentran las características demográficas de las pacientes que precisaron de asistencia por parte de los profesionales del ESAD. Así, la edad media de los usuarios con características de cuidados paliativos fue de 75 años (prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov  $<0,05$ ). El sujeto más joven que preciso de ayuda por parte del ESAD 26 años y el mayor 97 años. (**figura 1**)

**b) Sexo:**

**Tabla 2. Sexo de la persona que necesita de asistencia**

<i>Sexo de la persona que solicita asistencia</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>	<i>IC (95%)</i>
Mujer	63 (31,5%)	25,1-37,9
Hombre	137 (68,5%)	62,1-74,9
Total	200 ( 100%)	

**Gráfico 1. Sexo de la persona que necesita la asistencia**



Se realizó el estudio descriptivo de la variable sexo (**tabla 2**). De los pacientes que están integrados en el programa de cuidados paliativos correspondientes al sector 2 de Zaragoza hay 63 mujeres(31,5%) con un IC al 95%( 25,1 – 37,9%) y 137 hombres (68,5%) con un IC al 95% (62,1-74,9). En la distribución mediante el diagrama de sectores para la variable sexo se realiza por porcentajes (**gráf.1**)

**Tabla 3. Profesional que atiende la llamada**

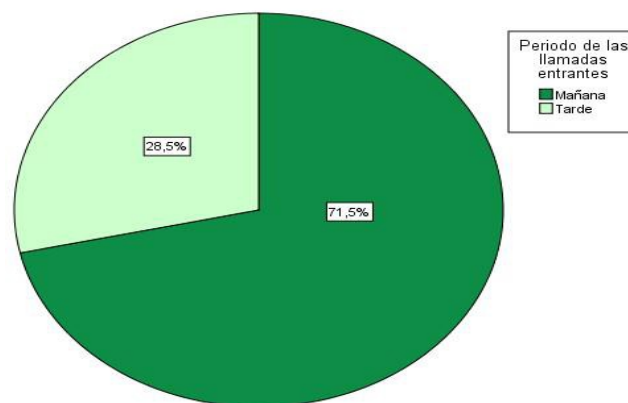
<i>Profesional que atiende la llamada</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>	<i>IC (95%)</i>
Médico	122 (61,0%)	54,2-67,8
Enfermera	71 (35,5%)	28,9-42,1
Auxiliar de enfermería	7 ( 3,5%)	1,0-6,0
Total	200 ( 100%)	

En la **tabla 3** se observa que en su mayoría el profesional que atendió las llamadas telefónicas fueron los médicos en un 61% con un IC al 95% (54,2-67,8), seguido por los profesionales de enfermería con un 35.5% e IC al 95% (28,9-42,1).

**Tabla 4. Periodo de las llamadas entrantes**

<i>Periodo de las llamadas</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>	<i>IC (95%)</i>
Mañana	143 (71,5%)	65,2-77,8
Tarde	57 (28,5%)	22,2-34,8
Total	200 ( 100%)	

**Gráfico 2. Periodo de las llamadas entrantes.**

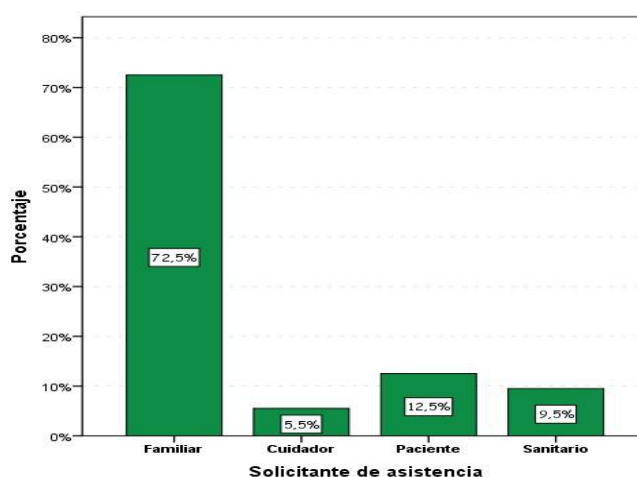


En esta **tabla 4** vemos que el período en que ingresan más llamadas de consulta telefónica es en el horario de la mañana en un 71,5% en IC al 95% (65,2-77,8%). Además representada en diagrama de sectores con sus respectivos porcentajes(**gráf.2**)

**Tabla 5. Usuario de asistencia**

<i>Solicitante de la asistencia</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>	<i>IC (95%)</i>
Familiar	145 (72,5%)	66,3-78,7
Cuidador	11 ( 5,5%)	2,3-8,7
Paciente	25 (12,5%)	7,9-17,1
Sanitario	19 ( 9,5%)	5,4-13,6
Total	200 ( 100%)	

**Gráfico 3. Usuarios que precisaron de asistencia**

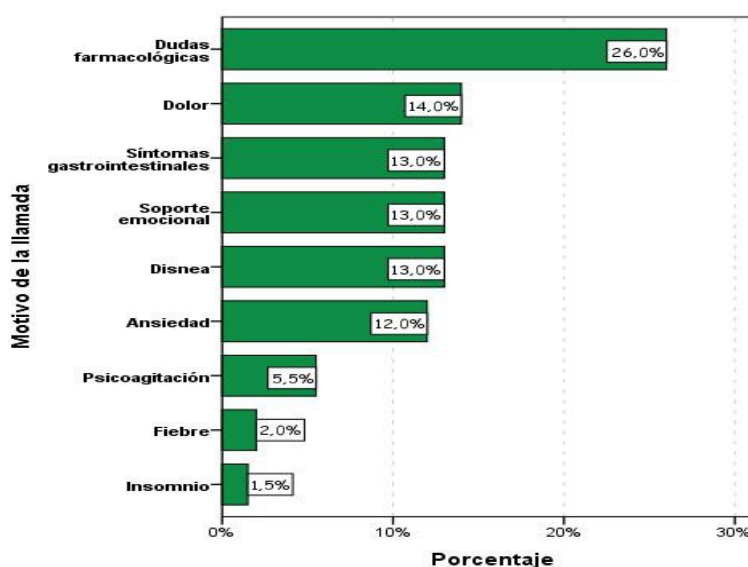


El usuario del cuidados paliativos que ha solicitado la asistencia a través de una persona que está a su cargo y propiamente (tabla 5). Se observa que la amplia mayoría de los solicitantes de asistencia telefónica 72,5% (gráf.3) son los familiares del paciente en un IC al 95% (66,3-78,7), seguidos por la necesidad de los propios pacientes en un 12.5% con un IC al 95% (7,9- 17,1).

**Tabla 6. Motivo de las llamadas telefónicas**

<i>Motivo de la llamada</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>	<i>IC (95%)</i>
Dolor	28 (14,0%)	9,2-18,8
Disnea	26 (13,0%)	8,3-17,7
Dudas farmacológicas	52 (26,0%)	19,9-32,1
Agitación psicomotriz	11 ( 5,5%)	2,3-8,7
Soporte emocional	26 (13,0%)	8,3-17,7
Insomnio	3 ( 1,5%)	0,0-3,0
Ansiedad	24 (12,0%)	7,5-16,5
Síntomas gastrointestinales	26 (13,0%)	8,3-17,7
Fiebre	4 ( 2,0%)	0,1-3,9
Total	200 ( 100%)	

**Gráfico 4. Motivos de las llamadas telefónicas al ESAD**

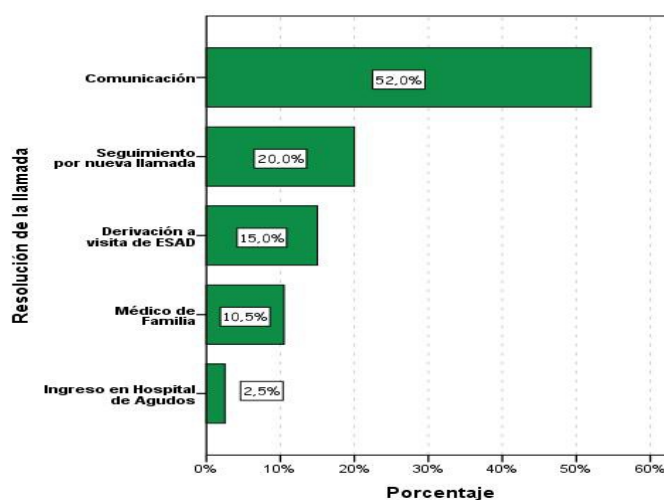


Los motivos por los cuales se realizan las llamadas telefónicas al ESAD en el proceso de cuidados paliativos se reparten en tres motivos como disnea, soporte emocional, y síntomas gastrointestinales que alcanzan el 13 % cada uno (tabla 6), con IC al 95% (8,3-17,7). Las dudas farmacológicas un 26% (gráf.4) es el motivo que alcanza su mayor porcentaje con un IC al 95% (19,9-32,1). El dolor es un motivo que también está presente en los estudios acerca de los cuidados paliativos y la sintomatología a controlar. En este caso se da en un 14% con IC al 95% (9,2-18,8).

**Tabla 7. Solución de la consulta telefónica**

<i>Solución de la llamada</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>	<i>IC (95%)</i>
Ingreso en Hospital de agudos	5 ( 2,5%)	0,3-4,7
Médico de familia	21 (10,5%)	6,3-14,7
Derivación a visita de ESAD	30 (15,0%)	10,1-19,9
Seguimiento por nueva llamada	40 (20,0%)	14,5-25,5
Comunicación	104 (52,0%)	45,1-58,9
Total	200 ( 100%)	

**Gráfico 5. Solución de llamada telefónica**



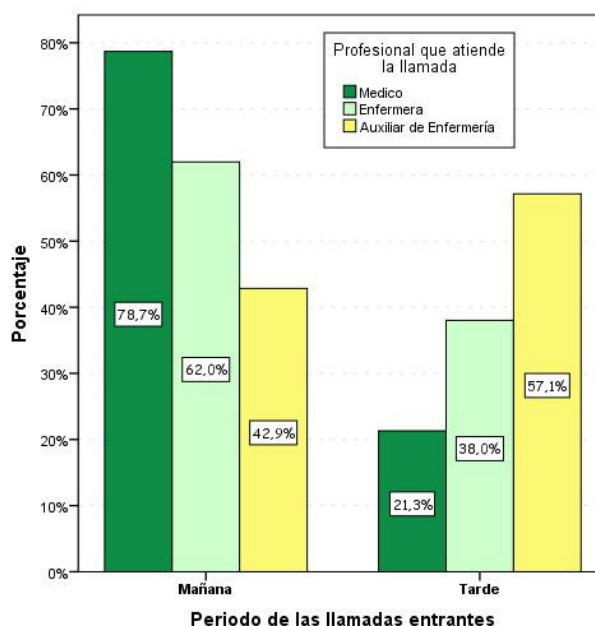
La solución a la necesidad de asistencia durante el proceso de cuidados paliativos en su mayoría han sido caracterizados como Comunicación con 52%, con un IC al 95% (45,1-58,9) (tabla 7). Entre derivar al ESAD y seguimiento por nueva llamada por parte del ESAD se da una diferencia del 5%(gráf.5).

Para seguir describiendo el perfil del usuario hemos planteado relaciones de variables con respecto al usuario:

**Tabla 8. Periodo de atención de llamadas telefónicas y Profesional que atiende**

Periodo de las llamadas	Profesional que atiende la llamada						Estadíst t (p)
	Médico		Enfermera		Auxiliar de enfermería		
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Mañana	96(78,7)	71,4-86,0	44(62,0)	50,7-73,3	3(42,9)	6,2-79,5	9,075 (0,011)
Tarde	26(21,3)	14,0-28,6	27(38,0)	26,7-49,3	4(57,1)	20,5-93,8	

**Gráfico 6. Periodo de llamadas/profesional que atiende**



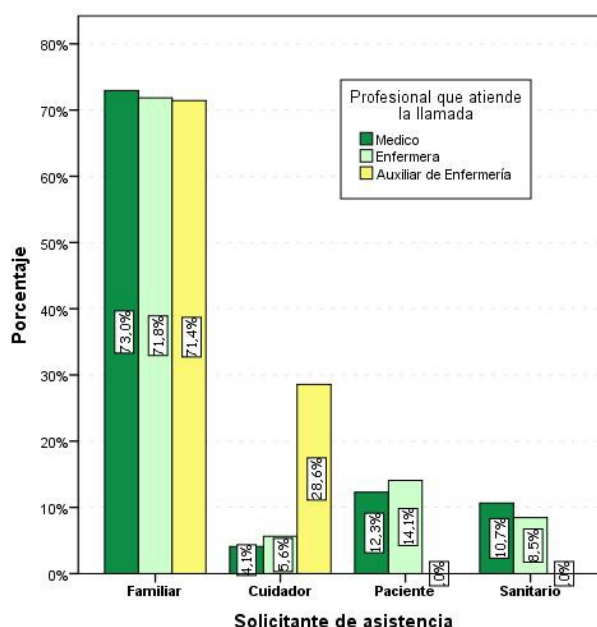
Se observa (tabla.8) que el porcentaje del periodo de llamadas de la Mañana va disminuyendo desde el 78,7% con un IC (71,4-86,0) de los Médicos, al 62,0% con IC(50,7-73,3) de las Enfermeras y al 42,9% con un IC (6,2-79,5) de las Auxiliares de Enfermería. Estas últimas son mayoría las que realizan la atención por la tarde con 57,1% (20,5-93,8)(gráf.6)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,011 que lleva a afirmar que hay relación entre las variables; que el porcentaje de Médicos que atienden las llamadas por la mañana es significativamente mayor al de las Enfermeras y Auxiliares de Enfermería.

**Tabla 9. Usuario solicitante de asistencia y profesional que atiende su llamada**

Usuario de la asistencia	Profesional que atiende la llamada						Estadístico (p)
	Médico		Enfermera		Auxiliar de enfermería		
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Familiar	89(73,0)	65,2-80,8	51(71,8)	61,4-82,3	5(71,4)	42,8-100,0	9,162 (0,165)
Cuidador	5(4,1)	0,6-7,6	4(5,6)	0,2-11,0	2(28,6)	0,0-57,2	
Paciente	15(12,3)	6,5-18,1	10(14,1)	6,0-22,2	0 (0,0)	----	
Sanitario	13(10,7)	5,2-16,2	6(8,5)	2,0-15,0	0 (0,0%)	----	

**Gráfico 7. Usuario de la asistencia según el Profesional que las atiende**



Se observa que, en todos los tipos de profesionales, el mayor porcentaje del solicitante de asistencia es el Familiar; con porcentajes superiores al 70%.(65,2-80,8), la enfermera 71,8% con un IC (61,4-82,3) y en el auxiliar de enfermería 71,4% con un IC (42,8-100). En el resto de porcentajes destaca (aunque por los casos del grupo) el 28,6% del Cuidador en las Auxiliares de Enfermería, no habiendo casos en los demás solicitantes (**tab 9.**)

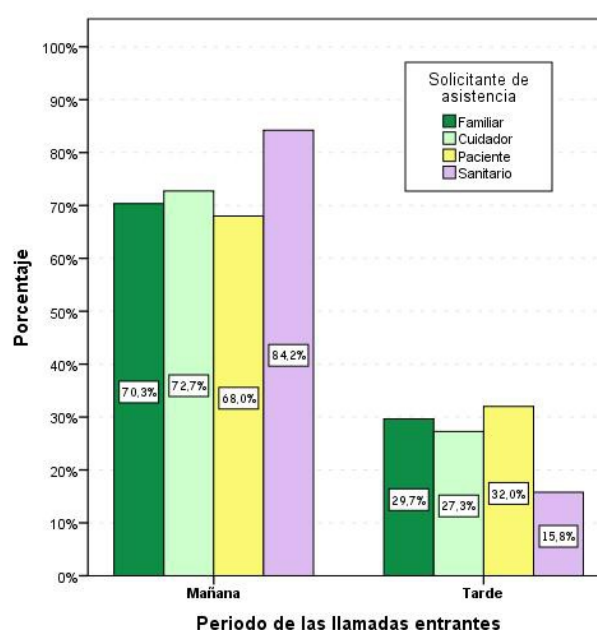
Según la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,165; mayor de 0,05 que nos lleva a afirmar que no hay relación entre las variables; que no hay diferencias significativas en los porcentajes de solicitantes que atienden cada uno de los

profesionales.

**Tabla 10. Periodo de las llamadas/ usuario de la asistencia**

Periodo de las llamadas	Usuario de la asistencia								Estadíst (p)
	Familiar		Cuidador		Paciente		Sanitario		
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Mañana	102(70,3)	62,9-77,7	8(72,7)	46,4-99,0	17(68,0)	49,7-86,3	16(84,2)	67,8-100,0	1,760 (0,624)
Tarde	43(29,7)	22,2-37,1	3(27,3)	1,0-53,6	8(32,0)	13,7-50,3	3(15,8)	0,0-32,2	

**Gráfico 8 . Periodo de las llamadas/usuario de la asistencia**



Se observa (tabla 10) en el periodo de la mañana: los familiares se comunican en un 70,3% con un IC (62,9-77,7). En el grupo de cuidadores el 72,7% con un IC (46,4-99,0). Dentro de los usuarios identificados como pacientes un 68,0% con un IC (49,7-86,3), y los sanitarios en 84,2% con un IC (67,8-100,0). En el horario de la tarde, el mayor porcentaje se da en el grupo de Pacientes (32,0%) con un IC (13,7-50,3) y el menor porcentaje 15,8% con un IC (0,0-32,2) en los Sanitarios.

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación 0,624, que es mayor a 0,05; lo que lleva a afirmar que no existen diferencias significativas entre las variables periodo de las llamadas telefónicas y los cuatro grupos de solicitantes.

## Resultados por Sexo y relaciones de variables

**Tabla 11. Edad del usuario necesitado de asistencia según el sexo**

Edad	Sexo				Estadístico P
	Mujer		Hombre		
	N	IC(95%)	N	IC(95%)	
Media	79,5	76,5-82,5	73,7	71,2-76,2	-2,541
Desviación típica	11,9		14,9		(0,011)
<sup>†</sup> Prueba de Mann-Whitney					

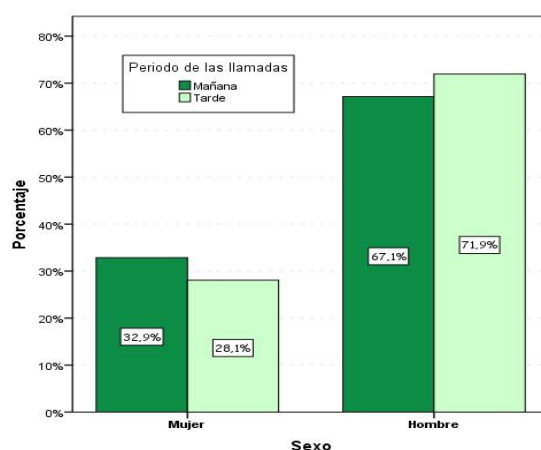
Se observa, por una parte, que la media de edad de las mujeres es casi 6 años superior a las de los hombres; y, por otra parte, que no hay mucha variabilidad (ligeramente mayor en los hombres, 20,2%, que en las mujeres, 15,0%**(tabla 11)**)

Realizada la prueba correspondiente, se ha obtenido una significación de 0,011 que lleva a afirmar que hay relación entre las variables; que la media de edad de las mujeres es significativamente superior a la de los hombres.

**Tabla 12. Sexo usuario de asistencia según el Periodo de atención**

	Periodo de las llamadas				
Sexo	Mañana		Tarde		Estadístico (p)
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Mujer	47 (32,9)	25,2-40,6	16 (28,1)	16,4-39,8	0,435 (0,510)
Hombre	96 (67,1)	59,4-74,8	41 (71,9)	60,2-83,6	

**Gráfico 9. Distribución del sexo y Periodo de llamadas telefónicas**



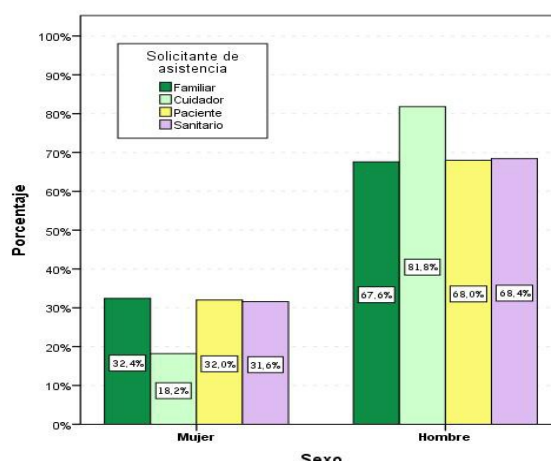
Se observa (**tabla 12**) que son bastante similares los porcentajes de sexo en los dos periodos de atención. Aunque se hace evidente que quienes precisan más de asistencia tanto en el horario de la mañana como de la tarde; son los hombres con 67% con un IC al 95%(59,4-74,8) y 71% respectivamente con un IC al 95% (60,2-83,6). En las Mañanas es ligeramente superior el porcentaje de mujeres; mientras que en las Tardes lo son los hombres(**gráf.9**)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,510 que lleva a afirmar que no hay diferencias significativas en los porcentajes de sexo de la persona atendida en los dos periodos del día.

**Tabla 13. Sexo del usuario según el solicitante de asistencia**

Sexo	Solicitante de la asistencia							
	Familiar		Cuidador		Paciente		Sanitario	
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)
Mujer	47(32,4)	24,8-40,0	2(18,2)	0,00-41,0	8 (32,0)	13,7-50,3	6(31,6%)	10,7-52,5
Hombre	98(67,6)	60,0-75,2	9(81,8%)	59,0-100,0	17(68,0)	49,7-86,3	13(68,4%)	47,5-89,3
								0,963 (0,810)

**Gráfico 10. Sexo de usuario según el solicitante de atención**



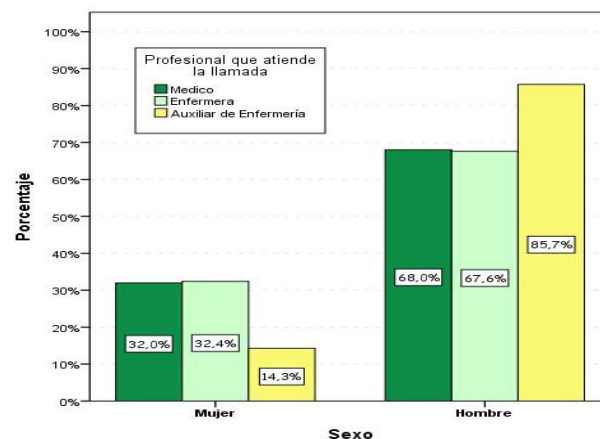
Se observa (**tabla 13**) que, en los 3 grupos de solicitantes, en mayor porcentaje se atiende a usuarios Hombres a través de los solicitantes con porcentajes superiores al 67%. En los solicitantes cuidadores el 81,8% con un IC (59,0-100,0) y entre los familiares, los mismos pacientes y los sanitarios la distribución se reparte entre el 67% y 68%. En las usuarias Mujeres, el mayor porcentaje a través de los solicitantes se da en el grupo de Familiar (32,4%) con un IC (24,8-40,0) (**gráf. 10**)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,810; por tanto mayor que la probabilidad de 0,05. Nos lleva a afirmar que no existe relación entre las variables; que no hay diferencias significativas en el sexo de los usuarios y los solicitantes de los cuatro grupos.

**Tabla 14. Sexo de usuario y el profesional que atiende la llamada telefónica**

Sexo	Profesional que atiende la llamada						Estadíst (p)
	Médico		Enfermera		Auxiliar de enfermería		
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Mujer	39(32,0)	23,7-40,3	23(32,4)	21,5-43,3	1(14,3)	0,0-40,2	1,000 (0,607)
Hombre	83(68,0)	59,8-76,3	48(67,6)	56,7-78,5	6(85,7)	59,8-100	

**Gráfico 11. Sexo del usuario de asistencia y el profesional que lo atiende**



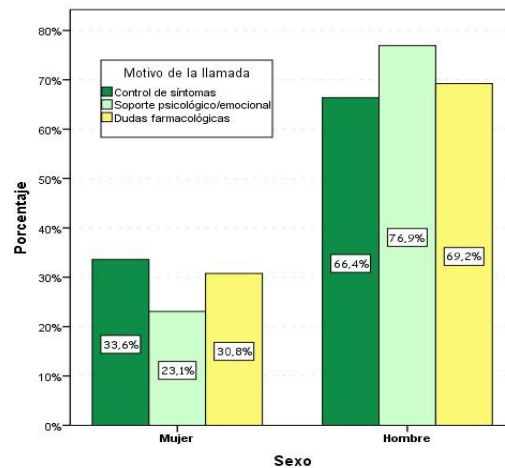
En la **tabla 14** se observa que los médicos 68% con un IC (59,8-76,3) y auxiliares de enfermería 85,7% con un IC (59,8-100) han atendido a usuarios hombres que han precisado de asistencia. Los mujeres han precisado del ESAD en similar porcentaje tanto médicos 32% con un IC (23,7-40,3) como enfermería 32,4% con un IC (21,5-43,3). Sin embargo el personal auxiliar de enfermería ha atendido un 14,3% (**gráfico11**)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,607 que lleva a decir que no existe relación significativamente estadística entre las variables sexo y el profesional que atiende.

**Tabla 15. Sexo usuario de asistencia y los motivos de atención**

	<i>Control de síntomas</i>		<i>Soporte psicológico/ emocional</i>		<i>Dudas farmacológicas</i>		<i>P</i>
	<i>N (%)</i>	<i>IC(95%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>IC(95%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>IC(95%)</i>	
Mujer	41 <b>(33,6)</b>	25,2-42,0	6 (23,1)	6,9-39,3	16 (30,8)	18,2-43,3	1,119 (0,572)
Hombre	81 <b>(66,4)</b>	58,0-74,8	20 <b>(76,9)</b>	60,7-93,1	36 <b>(69,2)</b>	56,7-81,7	

**Gráfico 12. Sexo del usuario y el motivo de llamada**



Se observa (**tabla 15**), por una parte, que en los tres motivos de las llamadas telefónicas son mayoría los hombres, con porcentajes superiores al 66%(gráf.9) quienes requieren asistencia por parte del ESAD. En el control de síntomas los hombre en 66,4% con un IC (58,0-74,8), en soporte psicológico/emocional el 76,9% con un IC(60,7-93,1) y las dudas farmacológicas el 69,2% con un IC (56,7-81,7). Las mujeres precisan de asistencia para el control de síntomas en un 33,6% con un IC (25,2-42,0) (tabla 10) por otra parte, en el Soporte psicológico/emocional es donde se da un menor porcentaje de mujeres 23,1% con un IC (6,9-39,3).

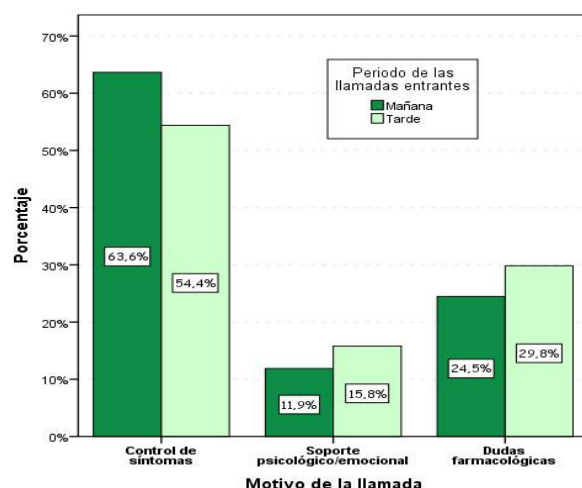
Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,572 que lleva a afirmar que no hay diferencias significativas en los porcentajes entre hombres y mujeres atendidos según los motivos de las llamadas.

### Resultados por Motivo de Llamadas Telefónicas:

**Tabla 16. Motivo de llamada telefónica y el periodo de atención**

Motivo de la llamada	Periodo de las llamadas				Estadíst (p)
	Mañana		Tarde		
	N(%)	IC	N(%)	IC	
Control de síntomas	91 (63,6)	55,7-71,5	31 (54,4)	41,5-67,3	1,497 (0,473)
Soporte psicológico/ emocional	17(11,9)	6,6-17,2	9 (15,8)	6,3-25,3	
Dudas farmacológicas	35 (24,5)	17,5-31,5	17 (29,8)	17,9-41,7	

**Gráfico 13. Motivo de llamada/periodo de atención**



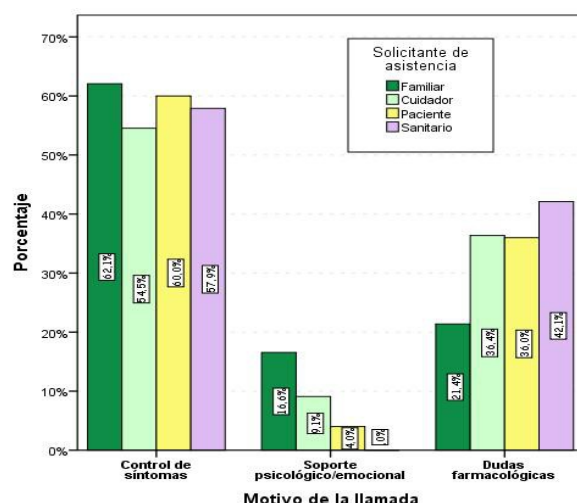
En la **tabla 16** vemos que el motivo más solicitado al ESAD por parte de los usuarios que pertenecen al programa de CP; es el Control de síntomas tanto en el horario de la mañana 63,6% con un IC (55,7-71,5) y en la tarde 54,4% con un IC (41,5-67,3) con una diferencia del 9,2% a favor del horario de la mañana. Las dudas farmacológicas son otra de las preocupaciones de los solicitantes de asistencia por parte del ESAD, un 29,8% con un IC (17,5-31,5) en el periodo de la tarde; y en el horario de la mañana un 5,3% respectivamente(**gráf. 13**)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,473 que lleva a afirmar que no existe diferencias significativas entre las variables motivo de llamar y el horario sea de mañana o tarde.

**Tabla 17. Motivo de la llamada y usuario de la asistencia**

Motivo de la llamada	Solicitante de la asistencia				Estadíst (p)
	Familiar N(%) IC(95%)	Cuidador N(%) IC(95%)	Paciente N(%) IC(95%)	Sanitario N(%) IC(95%)	
Control de síntomas	90(62,1) 54,2-70,0	6(54,5) 25,1-83,9	15(60,0) 40,8-79,2	11(57,9)35,7-80,1	10,203 (0,116)
Soporte psicológico/emocional	24(16,6) 10,5-22,6	1(9,1) 0,0-26,1	1(4,0) 0,0-11,7	0 (0,0) -----	
Dudas farmacológicas	31(21,4) 14,7-28,1	4(36,4) 8,0-64,8	9(36,0) 17,2-54,8	8(42,1) 19,9-64,3	

**Gráfico14. Motivo de la llamada/usuario de asistencia**



En la **tabla 17** todos los grupos de solicitantes son mayoría las llamadas de Control de síntomas, con porcentajes del 62,1% con un IC (54,2-70,0) por parte de los Familiares. Los pacientes como solicitantes un 60% con un IC (40,8-79,2). El segundo mayor porcentaje de los motivos de llamadas telefónicas son las Dudas farmacológicas 42,1% con un IC (19,9-64,3); solicitados por los sanitarios. Por último, se observa que en el grupo de Familiares realiza un mayor porcentaje de llamadas por Soporte psicológico/emocional en 16,6% con un IC (10,5-22,6)(**gráf.14**)

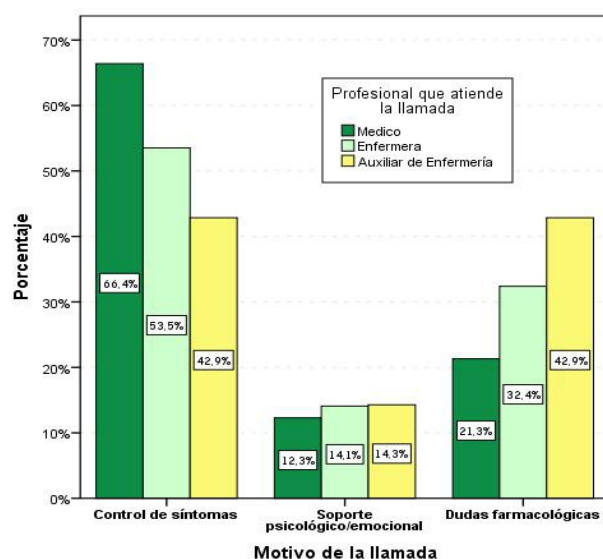
Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,116 que lleva a afirmar que no hay relación entre las variables; que no existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de los motivos de las llamadas que realizan los distintos grupos de solicitantes.

**Tabla 18. Motivo de la llamada telefónica y el profesional que atiende.**

Motivo de la llamada	Profesional que atiende la llamada					Estadístico (p)
	Médico		Enfermera		Auxiliar de enfermería	
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)		
Control de síntomas	81(66,4)	58,0-74,8	38(53,5)	41,9-65,1	3(42,9) 6,2-79,6	4,643 (0,326)*
Soporte psicológico/emocional	15(12,3)	6,5-18,1	10(14,1)	6,0-22,2	1(14,3) 0,0-40,2	
Dudas farmacológicas	26(21,3)	14,0-28,6	23(32,4)	21,5-43,3	3(42,9) 6,2-79,6	

1. \* Debido al tamaño de la tabla (5x3) y al escaso número de Auxiliares de Enfermería (5casos), no se cumplen los requisitos necesarios para que la prueba Chi-cuadrado ofrezca unas conclusiones válidas; por lo que las afirmaciones que se expongan han de ser tomadas como indicios o una tendencia de lo que ocurriría en el caso de que hubiera más casos.

**Gráfico 15. Motivo de la llamada/profesional que atiende**



Se observa (**tabla 18**) que en los tres grupos de profesionales la mayoría de las llamadas que se atienden son por Control de síntomas, con porcentajes que oscilan entre el 42,9% con un IC (6,2-79,6) de las Auxiliares de enfermería y el 66,4% con un IC (58,0-74,8) de los Médicos. En el intermedio de las consultas telefónicas están las enfermeras 53,5% con un IC (41,9-65,1). El Control de síntomas se consulta más a los Médicos, mientras que las Dudas farmacológicas lo hacen ligeramente más a Auxiliares y Enfermeras.

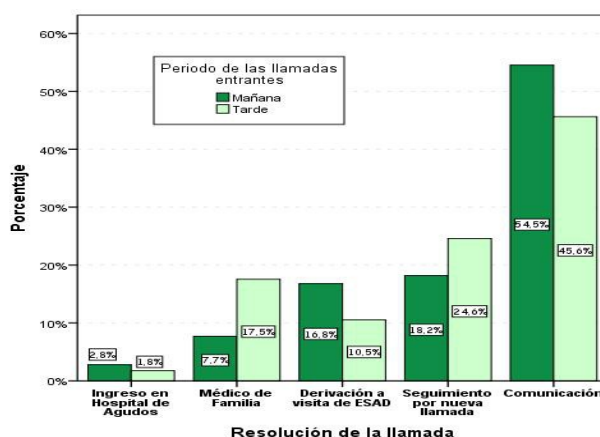
Realizada la prueba Chi cuadrado, se obtiene una significación de 0,326, siendo p mayor de 0,05, lo que lleva a afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los motivos de las llamadas telefónicas y los profesionales que las atienden.

## Resultados de las soluciones a los requerimientos de asistencia.

Tabla 19. Solución de las llamadas /periodo de las llamadas

Periodo de las llamadas					Estadíst (p)
Solución de la llamada	Mañana N(%)	IC	Tarde N(%)	IC	
Ingreso en Hospital	4 (2,8)	0,1-5,5	1 (1,8%)	0,0-5,2	6,463 (0,167)
Médico de Familia	11 (7,7)	3,3-12,1	10 (17,5%)	7,6-27,4	
Derivación visita ESAD	24 (16,8)	10,7-22,9	6 (10,5%)	2,5-18,5	
Seguimiento	26 (18,2%)	11,9-24,5	14 (24,6%)	13,4-35,8	
Comunicación	78 (54,5%)	46,3-62,7	26 (45,6%)	32,7-58,5	

Gráfico16. Solución de la necesidad de atención según el periodo.



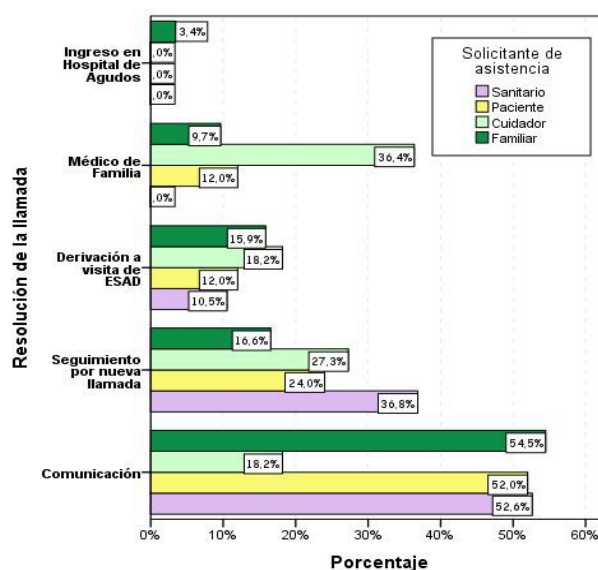
Se observa (**tabla 19**) los porcentajes de ambos Periodos en cada Resolución son bastante similares. La mayor diferencia (casi un 10%) se observa en “Médico de familia”, 17,5% con un IC (7,6-27,4) en el grupo de Tarde. La solución denominada como comunicación tiene su presencia en 45,6% con un IC (32,7-58,5) y las llamadas de seguimiento 24,6% con un IC (13,4-35,8). En el grupo de Mañana son superiores los porcentajes de Comunicación 54,5% con un IC (46,3-62,7); seguimiento de una nueva llamada telefónica 18,2% con un IC (11,9-24,5) y de Derivación a visita de ESAD 16,8% con un IC (10,7-22,9). Es así que vemos que la solución de comunicación supera en en 9% al horario de tarde. Se plantean seguimiento de una nueva llamada por la tarde y la visita del ESAD es por el horario de la mañana es superior en 6,3% con respecto a la mañana(**gráf. 16**)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,167 que lleva a afirmar que no existen diferencias significativas entre los porcentajes de las Soluciones de las llamadas según el periodo en que se realizan.

**Tabla 20. Solución de la llamada telefónica y el usuario solicitante**

Solución de la llamada	Solicitante de la asistencia								Estadístico (p)
	Familiar		Cuidador		Paciente		Sanitario		
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Ingreso en Hospital	5(3,4)	0,4-6,4	0(0,0)	-----	0(0,0)	-----	0(0,0)	-----	18,241 (0,109)
Médico de Familia	14(9,7)	4,9-14,5	4(36,4)	7,9-64,8	3(12,0)	0,0-24,7	0(0,0)	-----	
Derivación visita ESAD	23(15,9)	9,9-21,9	2(18,2)	0,0-41,0	3(12,0)	0,0-24,7	2(10,5)	0,0-24,3	
Seguimiento	24(16,6)	10,5-22,6	3(27,3)	1,0-53,6	6(24,0)	7,3-40,7	7(36,8)	15,1-58,5	
Comunicación	79(54,5)	46,4-62-6	2(18,2)	0,0-41,0	13(52,0)	32,4-71,6	10(52,6)	30,2-75,0	

**Gráfico 17. Solución de la llamada/usuario de atención.**



Se observa (tabla 20) porcentajes superiores al 50%. En el grupo de solicitantes Familiares 54,5% con IC (46,4-62,6); los Pacientes 52,0% con un IC (32,4-71,6); y los sanitarios en 52,6% con IC (30,2-75,0) se han resuelto caracterizándose como comunicación. La solución como seguimiento de una nueva llamada los solicitantes sanitarios se presentan en un 36,8% con un IC (15,1-58,5) y los cuidadores en 27,3% con un IC (1,0-53,6). Han sido remitidos al Médico de familia un 36,4% con un IC (7,9-64,8);

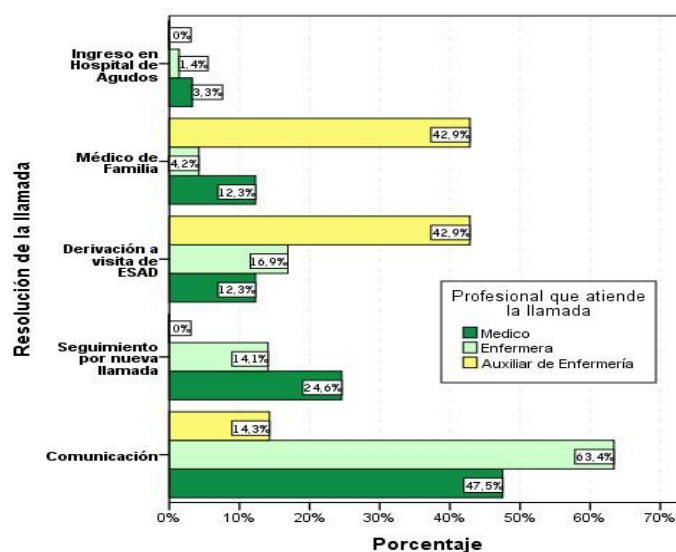
en su mayoría; los cuidadores.(gráf. 17)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,109 con una p mayor a 0,05, lo que lleva a afirmar que no hay relación entre las variables; que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de las Soluciones de las llamadas según el tipo de Solicitante.

**Tabla 21. Solución de llamada telefónica y Profesional que atiende**

Solución de la llamada	Profesional que atiende la llamada						Estadístico (p)
	Médico		Enfermera		Auxiliar de enfermería		
	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	N(%)	IC(95%)	
Ingreso en Hospital	4(3,3)	0,1-6,4	1(1,4)	0,0-4,2	0 (0,)	-----	23,290 (0,003)
Médico de Familia	15(12,3)	6,5-18,1	3(4,2)	0,0-8,9	3(42,9)	6,2-79,6	
Derivación visita ESAD	15(12,3)	6,5-18,1	12(16,9)	8,2-25,6	3(42,9)	6,2-79,6	
Seguimiento	30(24,6)	17,0-32,2	10(14,1)	6,0-22,2	0(0,0)	-----	
Comunicación	58 (47,5)	38,7-56,4	45(63,4)	52,2-74,6	1(14,3)	0,0-40,2	

**Gráfico 18. Solución de las llamadas y el profesional que atiende.**



En la **tabla 21** se evidencia que las auxiliares de enfermería no han tenido intervención en decidir referir ingreso hospitalario; ni en seguimiento por nueva llamada telefónica. El médico ha atendido un 47,5% la solución caracterizada como “comunicación” con un IC (38,7-56,4), ha programado seguimiento con nueva llamada telefónica 24,6% con un IC (17,0-32,2). El personal de enfermería ha resuelto las consultas telefónicas en mayor porcentaje como “comunicación”, 63,4% con un IC (52,2-74,6). Así, mientras que en

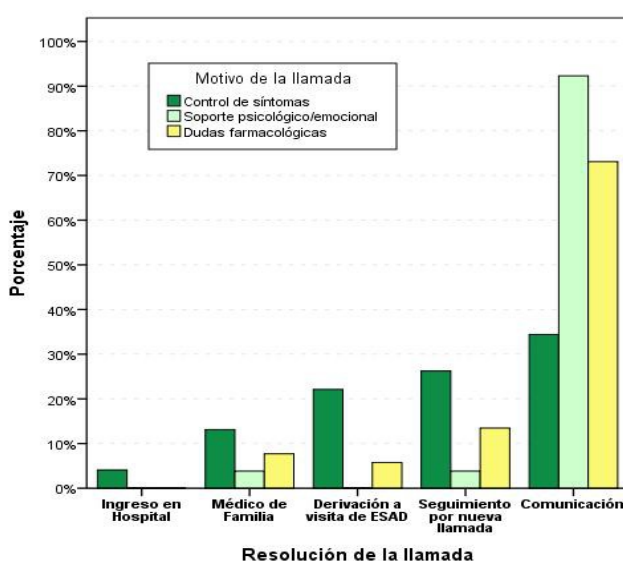
“Médico de familia” y “Derivación ESAD” destacan los porcentajes de las Auxiliares de Enfermería (ambos con el 42,9%) **gráf.18)**

Se realiza la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación de 0,003; lo que lleva a afirmar que hay relación entre las variables “solución de las consultas telefónicas y el profesional que las atiende” en sus respectivas categorías.

**Tabla 22. Solución de las llamadas telefónicas y los motivos de la llamada**

Solución de la llamada	Motivo de la llamada						
	Control de síntomas		Soporte psicológico/ emocional		Dudas farmacológicas		
	N(%)	IC	N(%)	IC	N(%)	IC	
Ingreso en Hospital	5 (4,1)	0,6-7,6	0 (0,0%)	-----	0 (0,0%)	----	43,151 (<0,001)
Médico de Familia	16 ( <b>13,1</b> )	7,1-19,1	1 (3,8)	0,0-11,2	4 (7,7 )	0,4-15,0	
Derivación a ESAD	27 ( <b>22,1</b> )	4,7-29,5	0 (0,0)	---	3 (5,8)	0,0-12,1	
Seguimiento	32 ( <b>26,2</b> )	18,4-34,0	1 (3,8)	0,0-11,2	7 ( <b>13,0</b> )	54,2-22,8	
Comunicación	42 ( <b>34,4</b> )	26,0-42,8	24 ( <b>92,3</b> )	82,1-100,0	38 ( <b>73,1</b> )	61,0-85,2	

**Gráfico 19. Soluciones de llamadas telefónicas/motivo de las llamadas.**



Se observa en la **tabla 22** que el motivo de llamar para el grupo Controlar síntomas es la más requerida. Las soluciones más valoradas por orden son; la denominada Comunicación 34,4% con un IC (26,0-42,8), luego el Seguimiento mediante una nueva llamada telefónica 26,2% con un IC (18,4-34,0); la derivación para una visita por ESAD 22,1% con un IC (4,7-29,5) y remitir al médico de familia 13,1% con un IC (7,1-19,1). El soporte psicológico/emocional se presenta en 92,3% con un IC (82,1-100,0) como comunicación por parte de los usuarios en su proceso de CP. Las dudas farmacológicas son otro de los motivos que preocupa a los usuarios en su caracterización de comunicación en 73,1% con un IC (61,0-85,2). (**gráf.19**)

Realizada la prueba Chi-cuadrado, se obtiene una significación inferior a 0,001 que lleva a afirmar que hay relación entre las variables; existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de las Soluciones según los motivos de las llamadas. La Comunicación se asocia con el Soporte psicológico/emocional y con las Dudas farmacológicas; mientras que el resto de resoluciones se asocian al Control de síntomas.

## DISCUSION

Al realizar el análisis de las características de los pacientes incluidos en el programa de CP atendidos por ESAD vemos, que los pacientes que necesitan de la asistencia y seguimiento en su proceso de CP son pacientes hombres en su mayoría, con una edad media de 73 años. Creemos que el promedio de edad en pacientes de nuestro estudio es menor a la media de la esperanza de vida de la población española.

Los usuarios que están en el programa de CP reciben cuidados y están supervisados en su mayoría por sus familiares. Algunas revisiones sistemáticas mencionan que son los familiares quienes finalmente se responsabilizan en el final de la vida de los pacientes paliativos.

Hemos encontrado que la necesidad de atención por parte del ESAD es en el horario de la mañana. No hay estudios que hayan tomado en cuenta una franja horaria para analizar la demanda de CP. La consulta telefónica es una herramienta que se utiliza en gran parte de los sistemas sanitarios con limitaciones al acceso de especialistas o al seguimiento de los pacientes. Aunque en países como Canadá, Australia han introducido la denominada telemedicina (videoconferencia) para la comunicación y seguimiento de sus pacientes con características oncológicas. Aunque otros estudios afirmen que es muy impersonal y que no hay un grado de satisfacción de los implicados en el proceso de CP.

En nuestra comunidad no tenemos una línea de atención las 24 horas del día. Quizá este pudiera ser un elemento a considerar para prestar un servicio de calidad y más accesible . En nuestro estudio el profesional médico es quien resuelve gran parte de las llamadas telefónicas, entendemos que las alternativas de solución sean más fácilmente orientados por los galenos entrenados en ésta área de los CP. El papel de la enfermería como todo equipo de trabajo está presente en segundas opciones de resolver las interconsultas solicitadas.

Los motivos por los cuales los usuarios se comunicaron con la línea telefónica del ESAD son el control de síntomas que se evidencian claramente en porcentajes mayores resueltas tanto por médicos y enfermería. La preocupación de los familiares es sin duda cómo abordar la medicación que se administra a los pacientes. Estudios de seguimiento retrospectivos encontraron que los síntomas de los pacientes al final de la vida desde el cáncer y los diagnósticos no cancerosos mostraron que el dolor, la disnea, y la fatiga son síntomas comunes para la etapa final enfermedad (2013). Además que la razón principal de la derivación a especialistas de CP fue controlar los síntomas siendo los

más frecuentes la astenia, la disnea y el dolor. Se observó una alta comorbilidad, síntomas geriátricos, deterioro cognitivo en el 65% y un deterioro funcional importante. Variables que serían adecuados integrar en el perfil de nuestro estudio por la presencia de un alto número de pacientes mayores de 65 años.

También se ha encontrado que en las soluciones que se dieron en nuestro estudio hay un alto porcentaje de la variable caracterizada como Comunicación. Por tanto creemos que muchas veces los solicitantes de atención piden hablar con los profesionales del ESAD pero en realidad la necesidad real que se derive en atender al paciente en su patología no lo es. Sino que como cuidadores llevan sobrecarga emocional y solo desean hablar o salir de la rutina comentar alguna situación familiar acontecida o simplemente para confirmar/anular una visita programada.

En el análisis de las variables para encontrar asociaciones tenemos que; la edad promedio en varones es menor en 6 años en comparación a las mujeres. Hay una relación significativa entre éstas categorías. Es decir que refuerza lo que plantean las investigaciones acerca del promedio de vida en las mujeres; y es que actualmente es mayor que en hombres. El detalle es que se vive más pero con enfermedades crónicas que influyen en sus actividades de la vida diaria; perdiendo funcionalidad.

Para el periodo de la atención y el profesional que atiende se encontró una relación significativa, lo que explica que habría una mayor carga de trabajo en el horario de la mañana tanto en médicos como en enfermería. Por lo que se sería necesario un servicio en línea de 24 horas.

Los ESAD están implantados en las diferentes comunidades autónomas dentro del territorio Español. Aún algunas de ellas están en proceso de integrarse bajo los criterios de la SECPAL. Y es que España en su modelo sanitario tiene una amplia cobertura a nivel nacional en salud; y los cuidados paliativos no son la excepción.

En nuestro estudio el profesional médico entrenado en el área de CP resuelve gran parte de las comunicaciones y sugiere un seguimiento del paciente que ha precisado de asistencia, según el estudio es significativa su intervención. Otra de las relaciones que valoró fue la solución de las llamadas telefónicas y el usuario que se comunica. No tuvimos ningún ingreso hospitalario en caso paciente, cuidador y sanitario; lo que nos refiere que los resultados podrían tomarse en cuenta como un indicio si hubieran individuos con las características.

Aunque no haya presentado su análisis significatividad en relación al llamante necesitado de asistencia y el motivo de la llamada telefónica observamos que la figura del sanitario

que no tiene entrenamiento en CP o es médico de otra especialidad se presenta como solicitante de asistencia para controlar los síntomas físicos. Según la evidencia publicada por la revista “Palliative Care” muchos médicos de atención primaria solicitan ayuda a sus colegas del CP para el reajuste de opioides, medicamentos de los que se debe tener un dominio para administrar y pasar de la vía oral, vía intravenosa y subcutánea y/o viceversa.

Se evita el ingreso hospitalario y el desplazamiento del paciente desde su hogar. Aunque en el estudio la relación entre las variables solución de la consulta mediante llamada telefónica tenga casillero vacíos de usuarios; creemos que es significativa en su relación con Motivo de llamada si tuviéramos usuarios en esas categorías.

### **Limitaciones del estudio.**

- La no respuesta del solicitante de asistencia sea, familiar, cuidador, se excluye del estudio. Por lo que se aumentó el tamaño muestral más del 50%.
- No tener registrados la enfermedad del que se padece; cáncer o enfermedad crónica; ni el tiempo de evolución.
- No tener marcados algunos de los ítemes del cuestionario; otro motivo por el que se aumento la muestra.
- La interpretación por parte del registrador de la comunicación que atiende.
- Los resultados no pueden generalizarse.

### **Utilidad práctica de los resultados.**

El estudio puede aportar en mejorar la ejecución del programa Cuidados Paliativos en relación a las necesidades que presentan los pacientes.

Los resultados del estudio son para tomarlos en cuenta en el sector de trabajo de los CP. El centro de salud pertenece al sector 2; con dos hospitales que tienen convenios con el ESAD para continuar los cuidados de los pacientes con características paliativas.

Los resultados ayudan a los compañeros que trabajan en este campo para mejorar aspectos que pueden ser necesarios; y así ofrecer un servicio de calidad y/o implantar otras opciones de ejecutar su labor día a día.

### **Difusión de los resultados**

Se presentará el manuscrito a la Revista Medicina Paliativa.

## CONCLUSIONES

- Las principales características de los usuarios que han precisado de la asistencia del ESAD son hombres que nos refieren que están dentro del rango esperanza de vida, aunque es menor respecto a las mujeres.
- Hay una mayo acúmulo consultas telefónicas en el horario de la mañana se acumula de por lo que se aumenta la carga laboral a los profesionales que trabajan por la mañana.
- Los familiares de los pacientes son los que requieren en su mayoría la asistencia de parte del ESAD fuera de las visitas programadas.
- Los motivos de las consultas telefónicas al ESAD en su mayoría son por las dudas farmacológicas, que es necesario educar en ese aspecto para que el proceso de los CP sea lo menos traumático para todos los implicados.
- Los cuidados paliativos integran a los familiares y éstos se hacen presentes en el proceso de cuidados paliativos.
- El dolor es un síntoma físico a controlar que aparece en la gran mayoría de estudios realizados en relación a manejo de síntomas en pacientes con características paliativas; nuestro estudio lo corrobora.
- El propio paciente es un solicitante de asistencia, que se deduce éste enfrenta su situación y se adapta a lo que le acontece con ayuda del ESAD.
- La figura del médico es relevante en las necesidades de los usuarios de CP.
- La mayor esperanza de vida en las mujeres puede estar relacionado a se viva con más años las enfermedades, por tanto se necesita más ayuda.
- La necesidad de asistencia por parte del ESAD con respecto al control de síntomas físicos y dudas farmacológicas puede estar influenciada por el tiempo avanzado de la enfermedad que presentan los pacientes y las posibles complicaciones que se deriven de ellas.
- El establecimiento de visitas más continuadas podría reducir la carga de solicitudes telefónicas fuera del horario y día programado.
- El uso del teléfono para atender la consultas durante el proceso de cuidados paliativos es una opción que se ha calificado como eficaz y accesible dentro de los modelos de seguimiento en el hogar del paciente.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. European Association for Palliative Care (EAPC). Disponible en:  
<http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>
2. World Health Organization (WHO). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. ISBN 978 92 4 156414 4 ISSN 2220-5462© World Health Organization 2010 (consultado en setiembre 2017). Disponible en:  
[http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Disponible en:  
[http://www.secpal.com/secpal\\_historia-de-los-cuidados-paliativos-1](http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1)
4. Zaman S, Inbadas H, Whitelaw A, Clarck D. Common or Multiple futures for end of life care around the world? "Ideas from the waiting room of history". Soc Sci Med 2017; 172:72.
5. National Council for Palliative Care. The distinctive characteristics of cancer. The National Council for Palliative Care, London 2006.
6. Mount B. The Royal Victoria Hospital Palliative Care Service: a Canadian experience. In: Hospice care on the international scene, Saunders C, Kastenbaum R, Springer, New York 1997.
7. Clarck D. The development of Palliative in the UK and Ireland. In: Textbook of Palliative medicine, Buera E, Higginson I, Ripamonti C, Von Guten C, London 2006. p.3.
8. Atlas of Palliative Care in Europe 2013 (EAPC). Full edition. Disponible en:  
<http://dadun.unav.edu/handle/10171/29291?locale=en> (consultado en septiembre 2016).

9. Atlas of Palliative Care in Latin America. Disponible en:  
<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
10. International Cancer Control Partnership(2016). National Plans. Disponible en:  
<http://www.iccp-portal.org/map> ( último acceso en enero 2016)
11. Takiar R, Nadayil D, Nandakumar A. Projections of number of cancer cases in India (2010-2020) by cancer groups. Asian Pac J Cancer Prev 2010; 11: 1045
12. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative care at the end of life. Disponible en : <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/> (último acceso en Septiembre 2016).
13. Infographics on Palliative Care. Disponible en:  
<http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/pc-infographics/en/> (último acceso mayo 2017)
14. World Health Organization (WHO). Cuidados Paliativos. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/> (último acceso en Agosto 2017)
15. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Monografías SECPAL. Disponible en:  
[http://www.infocuidadospaliativos.com/ENLACES/monografia9\\_analisis\\_directorio.pdf](http://www.infocuidadospaliativos.com/ENLACES/monografia9_analisis_directorio.pdf)
16. Espinosa J, Gómez X, Picaza JM, Limón Esther. Equipos de Soporte domiciliario de Cuidados Paliativos en España. Med Clin (Barc).2010;135(10):470-475.
17. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. J Pain Symptom Manage. 2002;24:106–23.
18. Gómez Baptiste X, Espinosa J, Josep Porta-sales J, Benito E. Modelos de Atención y mejora de la calidad para la atención de enfermos avanzados terminales y sus familias: la

aportación de los cuidados paliativos. Medicina Clínica, 2010.en prensa.

19. Ferrell BR, Temel JS, Tenin J. Integration of Palliative care. J Clin Oncol 2016

20. Nordly M, Vadstrup ES, Sjøgren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. Palliat Support Care 2016; 14:713.

21. World Health Organization (WHO). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. ISBN 978 92 4 156414 4 ISSN 2220-5462© World Health Organization 2010 [consultado 8 Jul 2012]. Disponible en:  
[http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)

22. Zhang M, Smith K, Cook-Mack J. How can palliative care be integrated into home-based primary care programs?. In: Evidence- Based Practice of Palliative Medicine, Goldstein NE, Morrison RS (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2013. p.458.

23 Palliative Care Australia. Standards for providing quality palliative care for all australians. Disponible en :  
<http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/07/Standards-for-providing-quality-palliative-care-for-all-Australians.pdf> (Ultimo acceso Octubre 2016)

24. Lukas L, Foltz C, Paxton H. Hospital outcomes for a home-based palliative medicine consulting service. J Palliat Med 2013; 16:179

25. Higginson IJ, Sarmiento VP, Calanzani N, et al. Dying at home is better: a narrative appraisal of the state of the science. Palliat Med 2013; 27: 918

26. Parry C, Coleman EA, Smith JD, et al. The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. Home Health Care Serv Q 2003; 22:1

27. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, et al.Suffering with advanced cancer. J Clin Oncol 2007; 25:1691

28. Vidal MA, Torres L. M. "In memorian Cicely Saunders,fundadora de los Cuidados" Paliativos. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.13:3 Madrid abr. 2006.
29. Strömgren AS, Groenvold M, Pedersen L, et al. Does the medical record cover the symptoms experienced by cancer patients receiving palliative care? A comparison of the record and patient self-rating. J Pain Symptom Manage 2001; 21:189.
30. Moens K, Higginson IJ, Harding R, Euro Impact. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. J Pain Symptom Manage 2014; 48:660.
31. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference. Cancer Nurs 2006; 29:400.
32. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference. Cancer Nurs 2006; 29:400.

