



CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES)

MARINA
PEIX

INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Equipos de CPP de Badajoz y Cáceres

INTRODUCCIÓN A LOS CPP

Definición. Características y particularidades de los CPP

Pacientes subsidiarios y niveles de atención

¿Cuándo derivar a un equipo de CPP?

Necesidades de los niños y las familias

Situación de los CPP en España y Extremadura

INTRODUCCIÓN A LOS CPP

Definición. Características y particularidades de los CPP

Pacientes subsidiarios y niveles de atención

¿Cuándo derivar a un equipo de CPP?

Necesidades de los niños y las familias

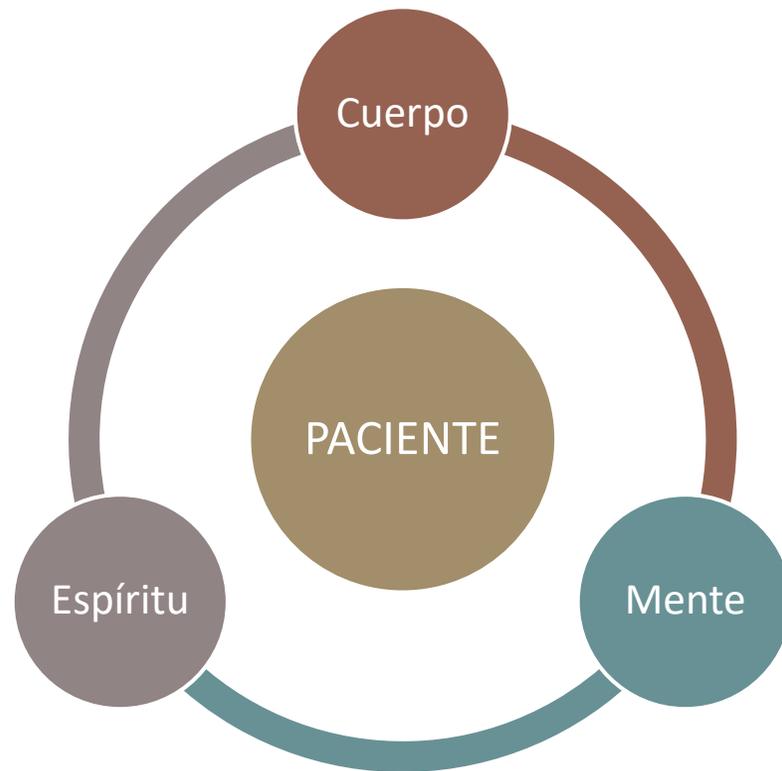
Situación de los CPP en España y Extremadura

DEFINICIÓN CPP

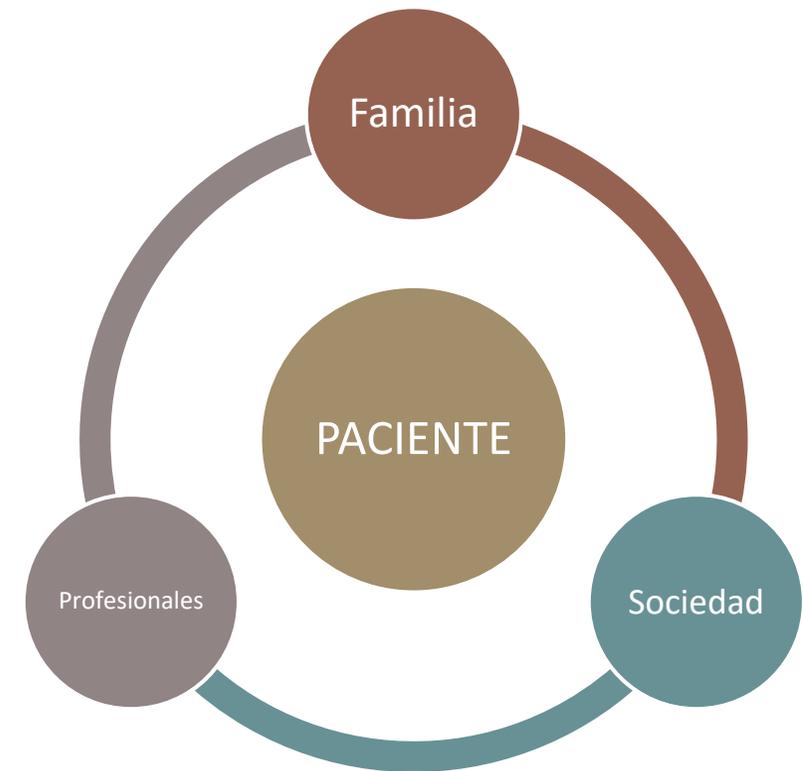


“Cuidados activos y totales del **cuerpo, la mente y el espíritu** del niño incluyendo también el apoyo a la familia. Comienzan **cuando se diagnostica** una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad”.

CARACTERÍSTICAS



Atención integral



Asistencia centrada en las personas

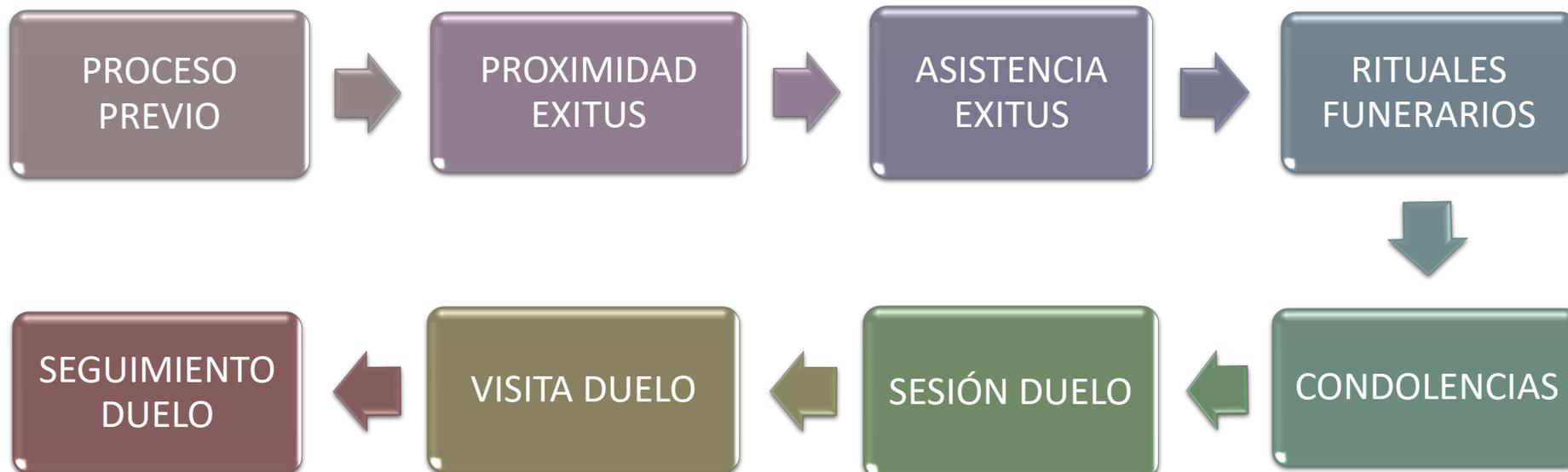
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PALIATIVA

INTEGRAL

INTERDISCIPLINAR

COORDINADA

PLANIFICADORA

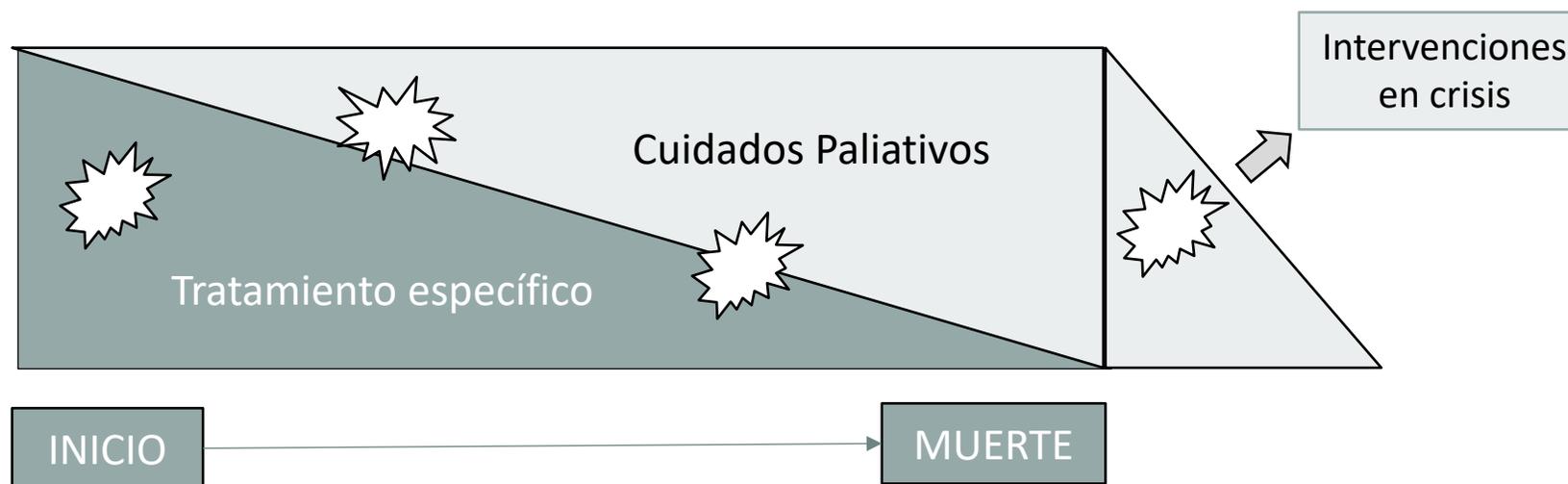


LOS CPP NO SON SOLAMENTE...

- Pacientes oncológicos
- Pacientes en fase avanzada de enfermedad / final de vida
- Pacientes con adecuación de medidas
- Pacientes sin tratamientos con intención curativa
- Pacientes con tratamiento exclusivamente sintomático
- Atención exclusiva al paciente



MODELO ACTUAL DE CPP: MODELO COOPERATIVO



Los Cuidados Paliativos son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida.

PARTICULARIDADES DE LOS CPP

- Baja prevalencia
- Ampla variedad de enfermedades
- Incertidumbre pronóstica
- Disponibilidad limitada de fármacos
- Factores de desarrollo
- El papel de la familia
- Implicación emocional
- Mayor riesgo de duelo patológico
- Impacto social
- Dificultades legales y éticas

INTRODUCCIÓN A LOS CPP

Definición. Características y particularidades de los CPP

Pacientes subsidiarios y niveles de atención

¿Cuándo derivar a un equipo de CPP?

Necesidades de los niños y las familias

Situación de los CPP en España y Extremadura

ENFERMEDADES QUE AMENAZAN O LIMITAN LA VIDA

Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención

Causa de defunción	Código CIE-10
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	B20-B25, B44, B90-B92, B94
II. Tumores	C00-D48
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	D55-D56, D57, D58-61, D63-D64 D66-D77, D81-D84, D86, D89
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólica	E22-E25 (excepto E24.4) E31-E32, E34-E35, E70-E72, E74-E80, E83, E84, E85, E88, E90
V. Trastornos mentales y del comportamiento	F01-F04, F72-F73, F78-F79, F84.2
VI. Enfermedades del sistema nervioso	G10-G13, G20-G26, G31-G32, G35-G37, G41 G45-G46, G60-G64, G70-G73, G90-G91, G93-G96, G98-G99, G80-G83
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	I11- I13, I15, I20-I25, I27-I28, I31, I34-I37, I42, I50- I51, I69- I70, I77, I85, I89
X. Enfermedades del sistema respiratorio	J43-J44, J47, J82, J84
XI. Enfermedades del sistema digestivo	K72-K77
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M07-M08, M30-M32, M35, M40- M41, M43, M85, M95
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	N07, N11-N13, N15- N16, N18- N19, N25-N29, N31- N33
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00- P03, P07- P08, P10- P11, P20-P29, P35-P37, P39, P52-P57, P77, P90, P91
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q07, Q20-Q28, Q30-Q34, Q38-Q45, Q60-Q62, Q64, Q77- Q81, Q85-Q87, Q89-Q93
Otros	Y85-Y89

PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CPP

CLASIFICACIÓN DE LA ACT MODIFICADA EN LOS ESTÁNDARES GO-PPaCS (2022)

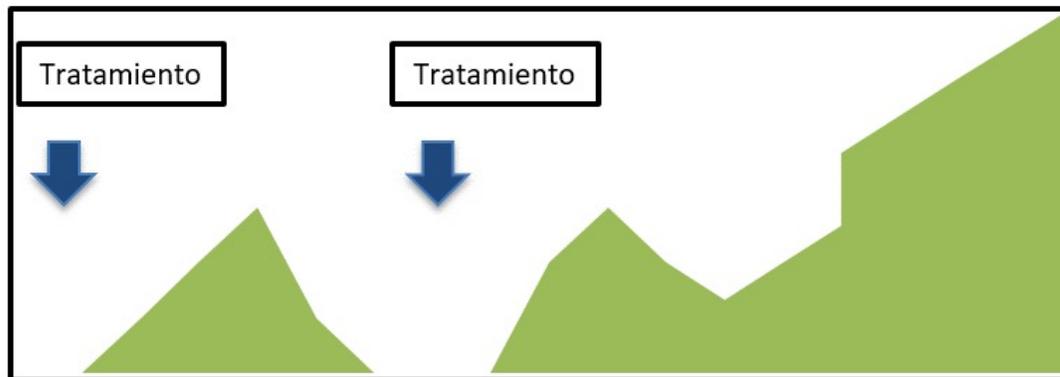
ACT	Definición	Condiciones	Característica principal
1	Pacientes con enfermedades amenazantes para la vida, en las que existen tratamientos curativos posibles, aunque pueden fallar.	Cáncer Anomalías cardíacas	Curación posible
2	Pacientes con enfermedades en los que la muerte prematura es inevitable, pero puede haber períodos largos con tratamientos intensivos dirigidos a que el paciente pueda realizar una vida normal.	Fibrosis Quística Distrofias musculares VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral	Fase de normalidad posterior al diagnóstico
3	Pacientes con enfermedades progresivas sin posibilidad de curación.	Enfermedad de Batten Mucopolisacaridosis VIH/SIDA sin tratamiento antirretroviral Cáncer metastásico ya el diagnóstico sin tratamiento curativo	Implacable
4	Pacientes con enfermedades no progresivas pero irreversibles, con necesidades de cuidados complejos y posibilidad de muerte prematura.	Parálisis cerebral Síndromes polimalformativos	Impredecible
5	Pacientes no nacidos que pueden no sobrevivir al parto, sobrevivir durante solo horas/días o aquellos que nacen con grandes malformaciones o desarrollan complicaciones en el período perinatal que desarrollan una enfermedad incurable.	Síndromes malformativos (trisomía 13, trisomía 18, anencefalia) Asfixia neonatal Prematuridad extrema con complicaciones neurológicas/respiratorias	Cuidados Paliativos durante el embarazo Diagnostico no esperado Incertidumbre pronóstica

ACT, Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families

Pérez Martín MA, De Noriega Echevarría I. Todo lo que el pediatra de AP puede aprender de los cuidados paliativos. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 437-448.

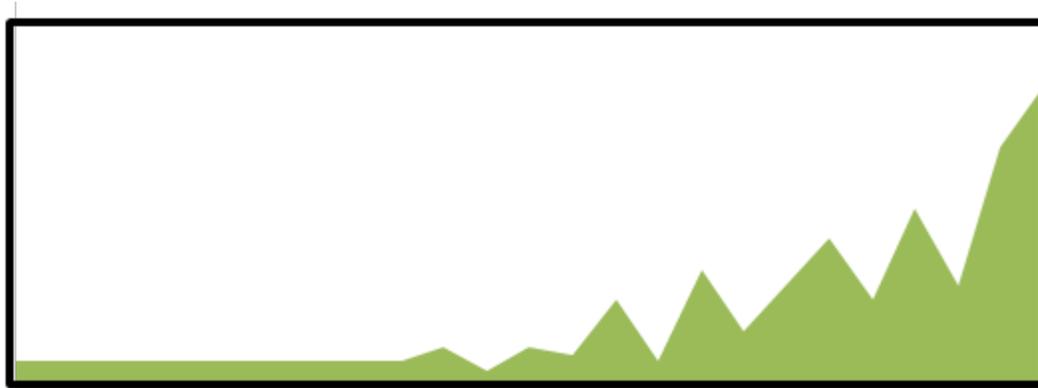
GRUPO 1

Condiciones amenazantes para la vida en las que el **tratamiento curativo es posible, pero puede fracasar**



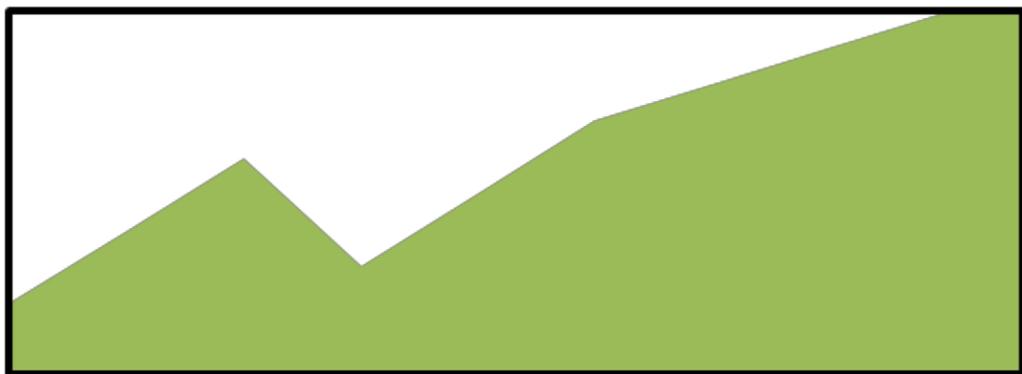
GRUPO 2

Condiciones en que la muerte prematura es inevitable, pero pueden pasar **largos períodos de tratamientos intensivos que pueden prolongar la vida y permiten la normalización de las actividades diarias**



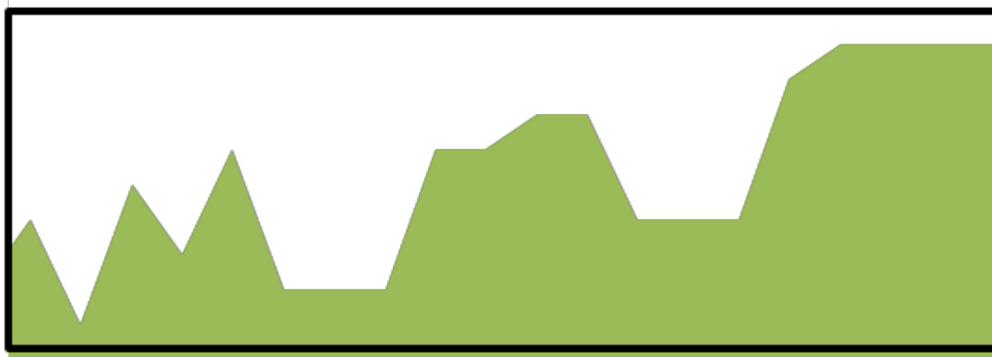
GRUPO 3

Condiciones incurables y progresivas, cuyo **tratamiento es exclusivamente paliativo**

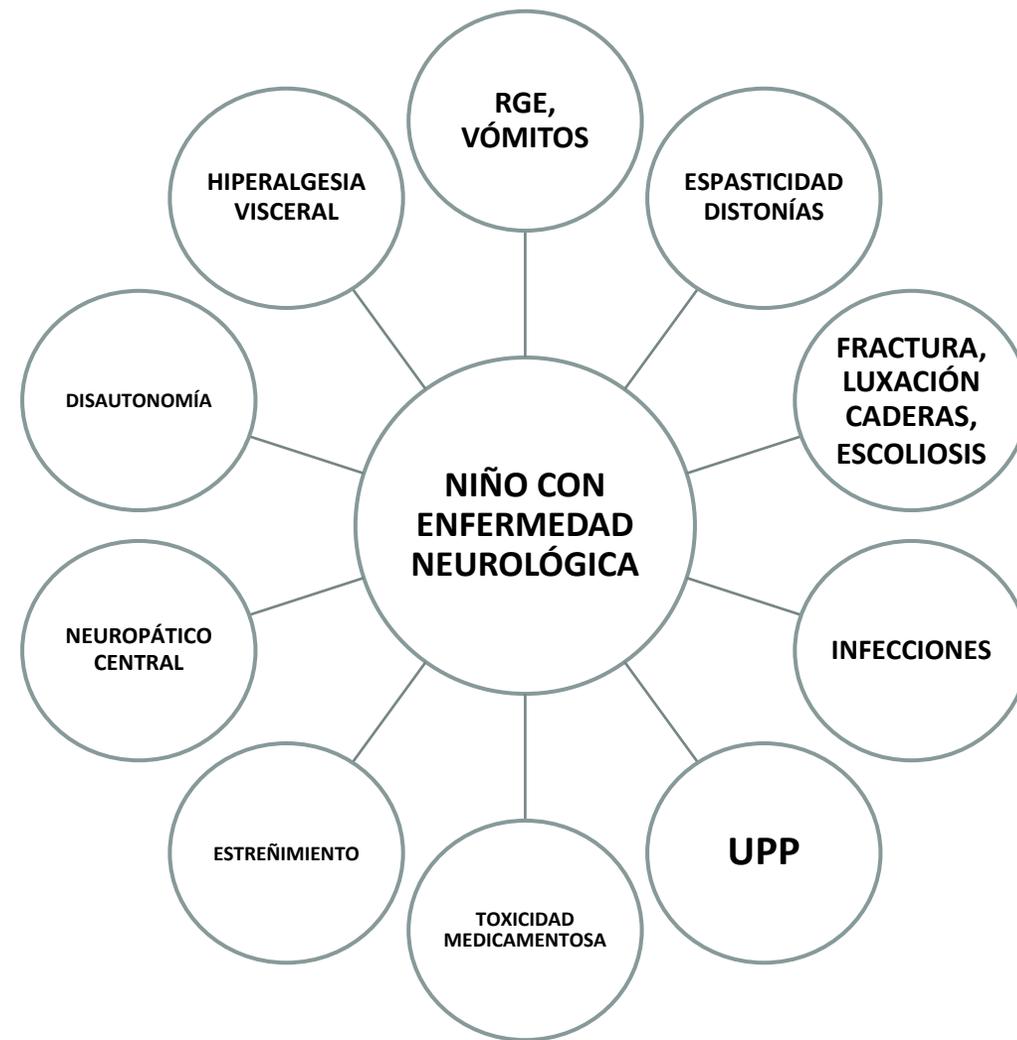
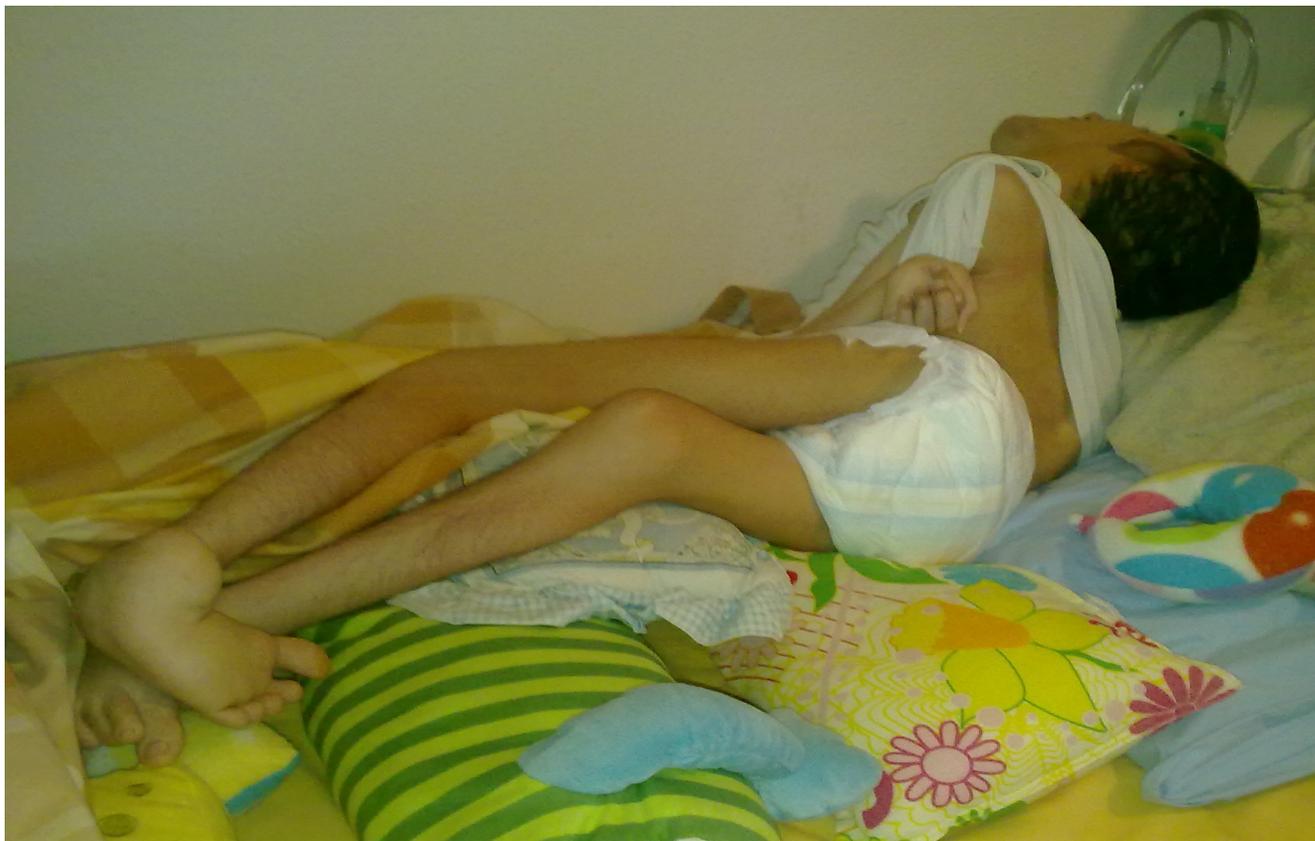


GRUPO 4

Condiciones incurables no progresivas, con una **elevada morbilidad que conlleva complejas necesidades sanitarias y que conduce a una muerte prematura**



GRUPO 4



GRUPO 5

Los recién nacidos: condiciones amenazantes para la vida diagnosticadas prenatalmente o tras el nacimiento, límite de la viabilidad, elevada afectación de la calidad de vida, etc.



COMPLEJIDAD: ADULTOS



IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos). Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cía-Ramos R. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal>

¿Para qué sirve?

El uso de IDC-Pal permite identificar si la situación es:

No Compleja	No hay elementos de complejidad ni de alta complejidad presentes
Compleja	Hay, al menos, un elemento de complejidad presente
Altamente Compleja	Hay, al menos un elemento de alta complejidad presente

IDC-Pal en el PAI CP, orienta en la toma de decisiones para la adecuación de la intervención de los recursos implicados, siguiendo estos criterios:

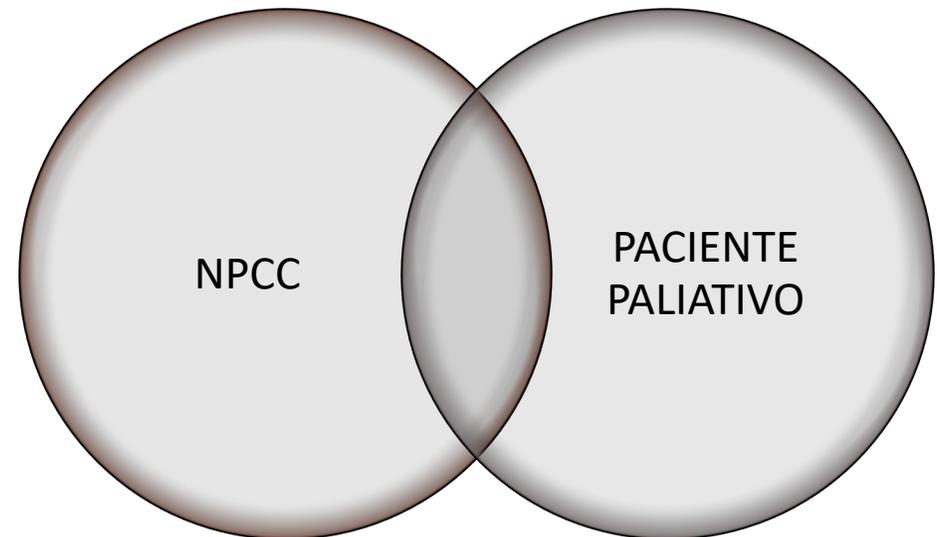
- **La situación no compleja** no requiere la intervención de los recursos avanzados/específicos de CP.
- **La situación compleja** puede o no requerir la intervención de los recursos avanzados/específicos, quedando esta decisión a criterio del médico responsable.
- **La situación altamente compleja** requiere la intervención de los recursos avanzados /específicos de CP.

Elementos	Nivel de complejidad*
1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC

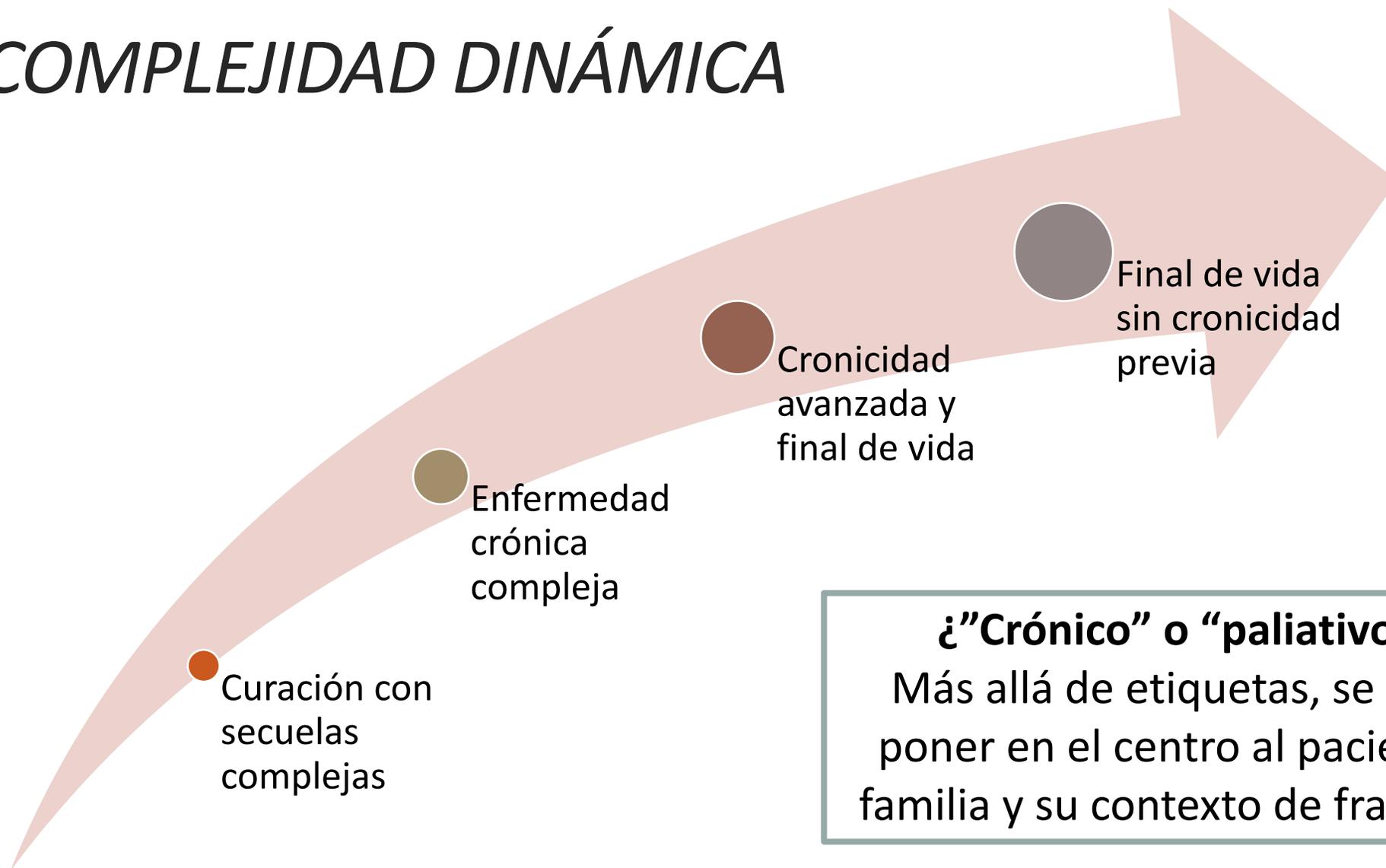
COMPLEJIDAD: PEDIATRÍA

NIÑOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA (NPCC)

- Condición médica con una duración de al menos 12 meses.
- Implicación de diferentes sistemas o de uno solo de forma severa.
- Atención pediátrica especializada y hospitalización en un centro de atención terciaria.
- Limitaciones funcionales importantes.
- Necesidad elevada de recursos de salud y educativos.
- Uso frecuente del sistema sanitario.



COMPLEJIDAD DINÁMICA



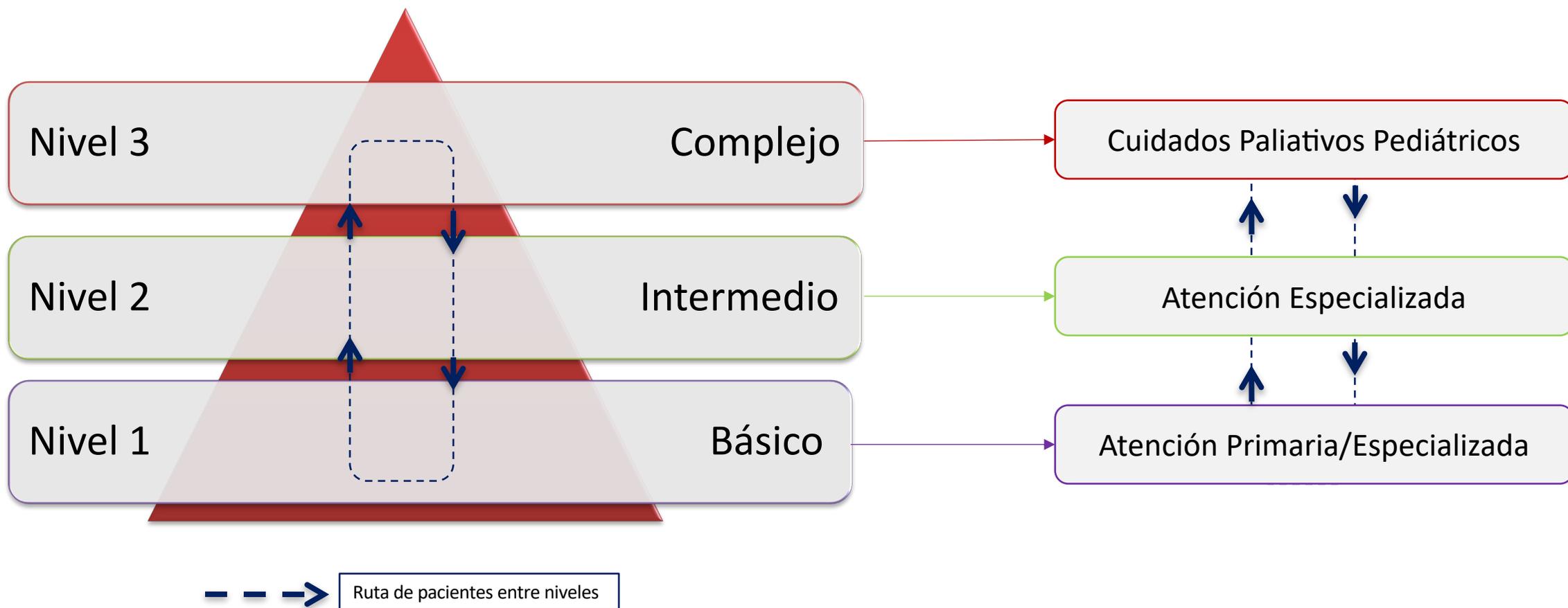
NIVELES DE ATENCIÓN

Primer nivel o enfoque paliativo

Segundo nivel o nivel intermedio de CPP

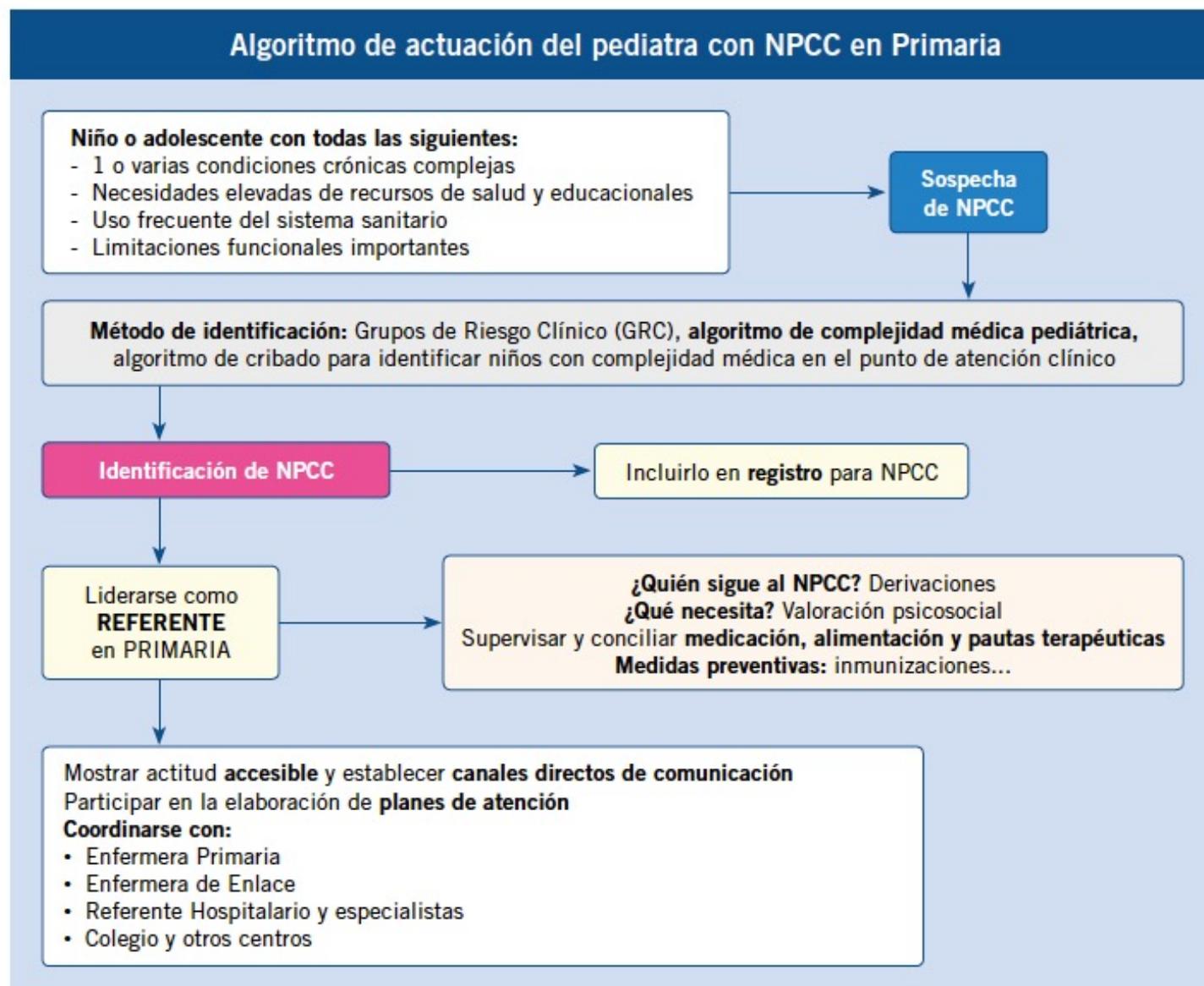
Tercer nivel o nivel avanzado de CPP

NIVELES DE ATENCIÓN



NIVELES DE ATENCIÓN

Nivel	Profesional responsable	Competencias	Papel del equipo de CPP
1	Todos los pediatras	Ofrecer atención integral, aceptar la irreversibilidad del proceso del paciente y la posibilidad de su muerte, sin privarle de lo que necesita para estar bien	Asesoramiento del pediatra en el enfoque terapéutico y facilitación de la toma de decisiones difíciles
2	Pediatras de UCIP, Neonatología, Neuropediatría, Oncología Infantil, etc.	Control de síntomas, implicación en la toma de decisiones, atención al final de la vida	El paciente permanece a cargo del pediatra general o pediatra de especialidad
3	Pediatras con dedicación a CPP	Control de síntomas difíciles, colaboración en la toma de decisiones, atención al final de la vida y durante el duelo	El paciente pasa a cargo de CPP Se mantienen las intervenciones del pediatra general y de los pediatras de las especialidades necesarias



INTRODUCCIÓN A LOS CPP

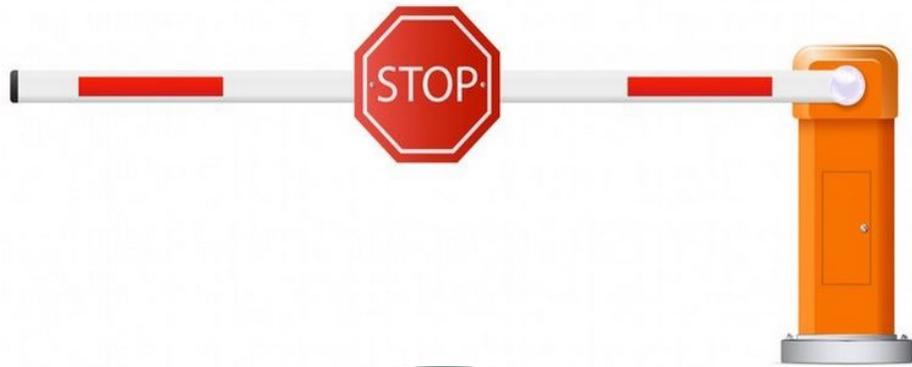
Definición. Características y particularidades de los CPP

Pacientes subsidiarios y niveles de atención

¿Cuándo derivar a un equipo de CPP?

Necesidades de los niños y las familias

Situación de los CPP en España y Extremadura



MITOS Y
MALENTENDIDOS

INCERTIDUMBRE
PRONÓSTICA

FALTA DE
ESTANDARIZACIÓN

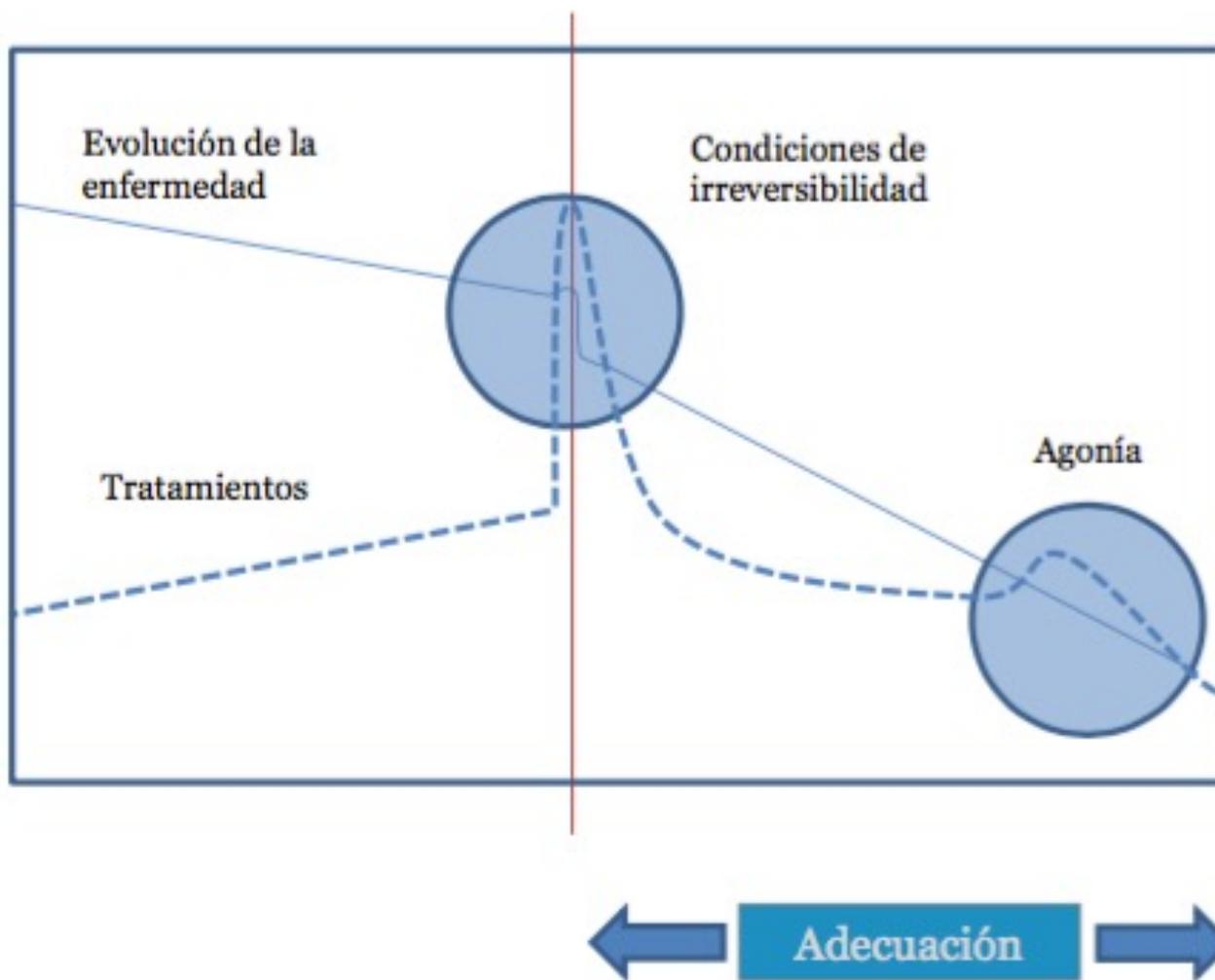
SÍNDROME “ESTOS
PADRES NO ESTÁN
PREPARADOS”

- Levine DR, Mandrell BN, Sykes A, et al. Patients' and parents' needs, attitudes, and perceptions about early palliative care integration in pediatric oncology. *JAMA Oncol* 2017;3:1214–1220
- Dalberg T, McNinch NL, Friebert S. Perceptions of barriers and facilitators to early integration of pediatric palliative care: a national survey of pediatric oncology providers. *Pediatr Blood Cancer* 2018;65:e26996
- Cuvilla et al. Initiating palliative care referrals in pediatric oncology. *J Pain Symptom Manage* 2021; 61(1):81-89

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Enfermedad **sin expectativas de curación.**
- **Problemas múltiples y más difíciles de controlar.**
- Cambio en su situación clínica: **PUNTO DE INFLEXIÓN.**
- **Dependencia de dispositivos externos** para mantener o sustituir las funciones vitales.
- **Síndrome de fragilidad.**
- Dificultad en la **toma de decisiones.**
- Apoyo en la elaboración de un **plan terapéutico.**

PUNTO DE INFLEXIÓN



PUNTO DE INFLEXIÓN

«Un periodo de tiempo en la vida del paciente en el que se identifica un **cambio de tendencia en la trayectoria clínica de su enfermedad**, manifestado como una aceleración en el empeoramiento clínico, disminución de los intervalos libres de síntomas, incremento de los ingresos hospitalarios, ausencia de respuesta a la escalada de tratamientos o recaída repetida de su proceso basal». (Martino, 2007).

Desde que se identifica, el **abordaje paliativo adquiere mayor importancia**, permitiendo al facultativo adaptar los objetivos terapéuticos al mejor interés del paciente.

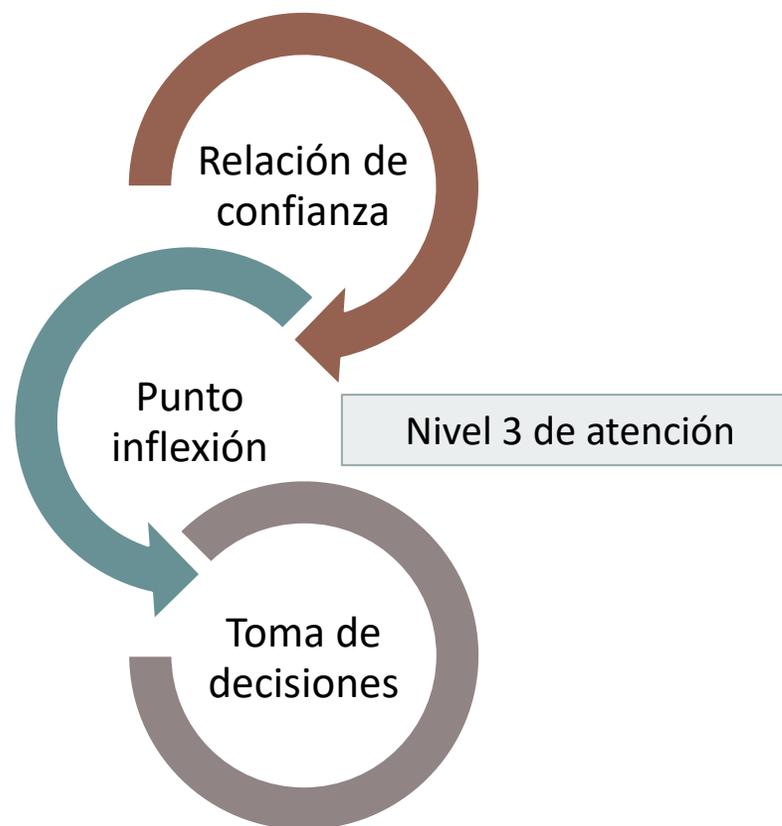
Tabla IV. Ejemplos de pacientes antes y después de pasar el punto de inflexión**

Enfermedad de base	Situación ANTES de pasar el punto de inflexión	Situación DESPUÉS de pasar el punto de inflexión
Parálisis cerebral infantil y enfermedades neurodegenerativas	<ul style="list-style-type: none">- Come por la boca sin signos de disfagia- Está bien nutrido- Las crisis comiciales están bien controladas- No tiene o tiene pocas o leves exacerbaciones respiratorias- No necesita oxígeno domiciliario ni otros dispositivos respiratorios- No tiene dolores o estos se controlan con analgésicos menores	<ul style="list-style-type: none">- Tiene disfagia o es portador de sondas de alimentación (gastrostomía, SNG)- Está desnutrido- Las crisis comiciales se controlan peor- Tiene muchas y/o graves exacerbaciones respiratorias- Ingresa con frecuencia en el hospital- Necesita oxígeno domiciliario u otros dispositivos respiratorios- Tiene dolores o estos se controlan mal con analgésicos habituales
Leucemias y tumores sólidos	<ul style="list-style-type: none">- Fases de diagnóstico y tratamiento con posibilidades de curación- No existe lesión irreversible de otros órganos o sistemas que limitan la vida	<ul style="list-style-type: none">- Recaídas- Aparición de lesión irreversible de otros órganos o sistemas que limitan la vida y/o hacen al paciente dependiente de dispositivos especiales
Enfermedad de órgano específico	<ul style="list-style-type: none">- Fases de diagnóstico y en las que el tratamiento curativo es posible- No existe lesión irreversible de otros órganos o sistemas que limitan la vida	<ul style="list-style-type: none">- No existen posibilidades de curación (p. ej., contraindicación de trasplante sin existencia de un tratamiento sustitutivo de la función del órgano eficaz)- Aparición de lesión irreversible de otros órganos o sistemas que limitan la vida y/o hacen al paciente dependiente de dispositivos especiales

***Los ejemplos son orientativos, cada paciente deberá ser estudiado de forma particular.*

MOMENTO DE DERIVACIÓN A CPP

AL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD QUE AMENAZA O LIMITA LA VIDA



INTRODUCCIÓN A LOS CPP

Definición. Características y particularidades de los CPP

Pacientes subsidiarios y niveles de atención

¿Cuándo derivar a un equipo de CPP?

Necesidades de los niños y las familias

Situación de los CPP en España y Extremadura

LOS NIÑOS TIENEN DERECHO A...

- Ser considerados como “**una persona**” sea cual sea edad, lugar y contexto del cuidado
- Recibir un tratamiento **integral** y un cuidado continuado
- Ser escuchados e informados y permitir su participación en la **toma de decisiones**
- Que se respeten sus **creencias** culturales, espirituales y religiosas
- A tener una **vida social y relacional** adecuada a su edad, condiciones, expectativas
- A estar rodeados de **seres queridos** y que estos reciban apoyo
- A ser cuidado en un **lugar** apropiado



NECESIDADES Y PROBLEMAS



NECESIDADES DE LOS NIÑOS



Todas estas necesidades están en continua evolución y están directamente vinculadas a:

- **Desarrollo psico-físico-emocional del niño.**
- **La fase de la enfermedad.**
- **Su efecto en el crecimiento y maduración.**



Documento "Recomendaciones de aspectos psicológicos, sociales y espirituales a explorar en visitas iniciales en Cuidados Paliativos. Pediátricos"

IMPORTANCIA DE EXPLORAR ASPECTOS PSICÓLOGICOS, SOCIALES Y ESPIRITUALES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

¿Debo realizar una exploración de aspectos psicológicos, sociales y espirituales en las visitas iniciales? ¡SÍ!

NECESIDADES DE LOS NIÑOS



- **Control de síntomas:**
 - Manejo integral del dolor (farmacológico y no farmacológico)
 - Otros síntomas (disnea, estreñimiento...)
- Conseguir todo su **potencial de crecimiento y desarrollo**
- **Planificación anticipada de los cuidados:**
 - Coordinación
 - Toma de decisiones



[QUIÉNES SOMOS](#) [DOCUMENTOS](#) [BOLSA DE TRABAJO](#) [AVAL PEDPAL](#) [MANIFIESTO 2020](#) [FAMILIAS Y GRUPO DE APOYO ENTRE IGUALES](#) [🔍](#)

Protocolos PEDPAL

Guías Y Recomendaciones

Protocolos PEDPAL

[STATUS EPILÉPTICO !\[\]\(52bf2d3ad6161796fa8d42c289183aca_img.jpg\)](#)

[SIALORREA !\[\]\(95a21ae262ab622b33baea7568c95416_img.jpg\)](#)

[PRURITO !\[\]\(940b80749e11ee15a3ed98b9c630edc4_img.jpg\)](#)

[NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA !\[\]\(fb022bad7091bb98f6dfab6a105b78b0_img.jpg\)](#)

[MANEJO Y CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN DOMICILIO !\[\]\(40ba2574699c97e19cbf2cf0651266d5_img.jpg\)](#)

[ESPASTICIDAD !\[\]\(4985bbc5724fd585b9db1db8fcf4821a_img.jpg\)](#)

[USO DE OPIOIDES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS !\[\]\(eb4b4fe1f21b0a633a66c75741033185_img.jpg\)](#)

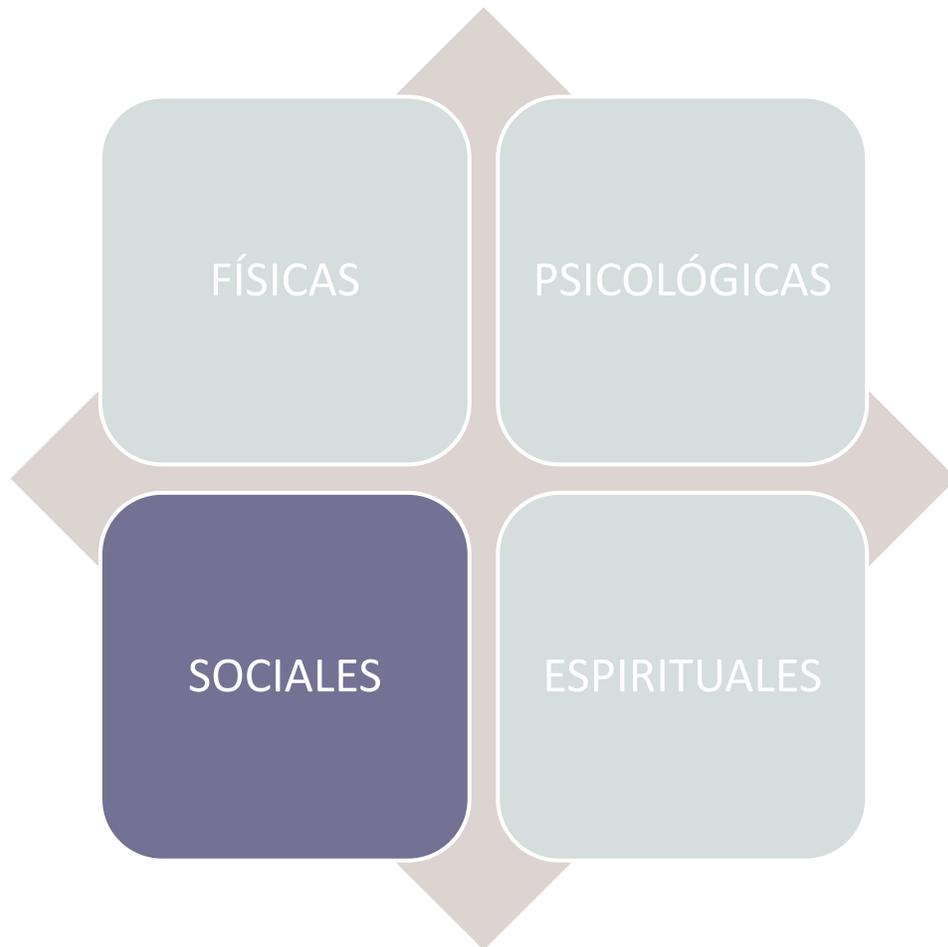
<https://www.pedpal.es/site/protocolos-pedpal/>

NECESIDADES DE LOS NIÑOS



- **Comunicación:**
 - Abierta y clara
 - Adecuada a su fase de desarrollo
- **Apoyo emocional**
- Promover el **desarrollo de su personalidad**
- **Vida “normalizada”**

NECESIDADES DE LOS NIÑOS



- Actividades de **recreo**
- **Escolarización**
- Atención en el **domicilio**
- **Voluntariado**

RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN EXTREMADURA



CUÉNTAME ALGO QUE ME RECONFORTE

#CAQMR



Con vuelo y los Superhéroes

Cuento Ilustrado 2
Audiocuento 5



RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN EXTREMADURA



PLATAFORMA DEL VOLUNTARIADO DE EXTREMADURA

Musicoterapia

NECESIDADES DE LOS NIÑOS



- Respetar el **trasfondo cultural y religioso** de la familia
- **Identidad y dignidad** propias
- **Valores** propios o familiares
- **Red de vínculos**

NECESIDADES DE LAS FAMILIAS

Necesidades educativas

Personal sanitario

Necesidades emocionales

Psicólogos, asociaciones, grupos de apoyo...

Necesidades económicas

Trabajadores sociales

ATENCIÓN DOMICILIARIA

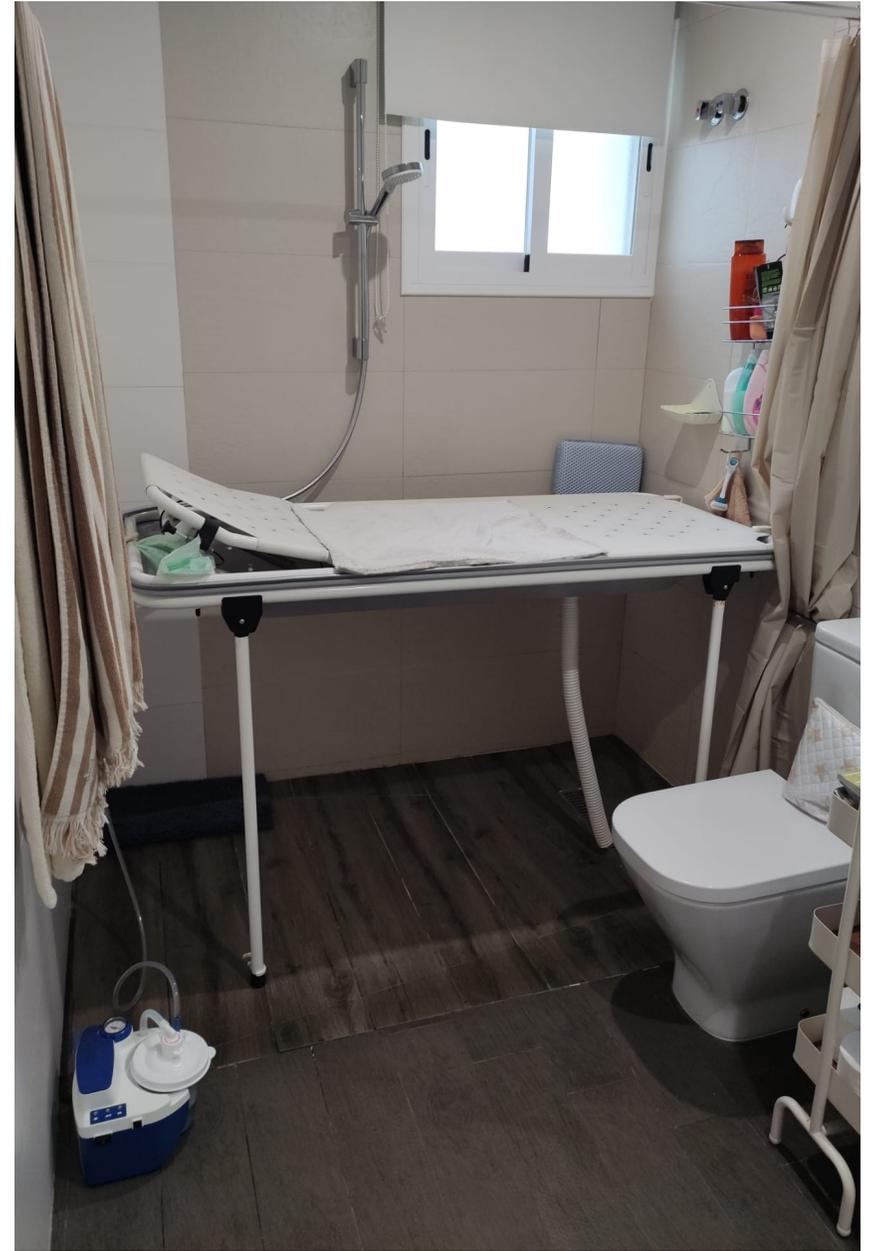
- Los **cuidados proporcionados en el domicilio** son el objetivo de los CPP.
- **Impacto positivo en la calidad de vida del niño.**
- **Ventajas** para la familia y el paciente: comodidad, entorno conocido, vínculos familiares, menos gastos...
- Requiere una **educación** para los padres y familiares, así como un **plan de cuidados**.
- Para algunos niños o familias, puede que no sea la mejor opción: mayor participación familiar, miedos e incertidumbre, condiciones de habitabilidad...



PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1. **Valoración inicial:** identificación de problemas, su intensidad, las consecuencias físicas y emocionales; análisis de causas y factores acompañantes y de la repercusión sobre los familiares y cuidadores; establecer lugar preferente de asistencia.
2. **Prevención/Anticipación:** plantear los síntomas que pueden aparecer y prevenir los efectos secundarios de los fármacos.
3. **Plan terapéutico:** establecer un plan de atención individualizado.
4. **Coordinación (AP, AH, PUAC...) y toma de decisiones.**





INTRODUCCIÓN A LOS CPP

Definición. Características y particularidades de los CPP

Pacientes subsidiarios y niveles de atención

¿Cuándo derivar a un equipo de CPP?

Necesidades de los niños y las familias

Situación de los CPP en España y Extremadura

PREVALENCIA EN CPP



TASA MORTALIDAD

TASA PREVALENCIA

PREVALENCIA EN CPP



European Association for Palliative Care
Non Governmental Organisation (NGO) recognised by the Council of Europe

- La **tasa de mortalidad** anual por enfermedades incurables es de **1 de cada 10.000 niños** con edades comprendidas entre 1 y 19 años.
- La tasa de prevalencia estimada para niños y jóvenes que puedan requerir cuidados paliativos es de **10-16 por cada 10.000** habitantes de entre 0 - 19 años.

PREVALENCIA EN CPP

Terapias agudas
dirigidas a CURACIÓN



Manejo de
ENFERMEDAD CRÓNICA

PREVALENCIA EN CPP

Original Article

Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England

Lorna K Fraser¹, Deborah Gibson-Smith¹, Stuart Jarvis¹, Paul Norman² and Roger C Parslow³

PALLIATIVE
MEDICINE

Palliative Medicine
2021, Vol. 35(9) 1641–1651
© The Author(s) 2020



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0269216320975308
journals.sagepub.com/home/pmj

 SAGE

- La **tasa de prevalencia** estimada para niños y jóvenes que puedan requerir cuidados paliativos es de **26,7 por cada 10.000** habitantes de entre 0 - 19 años en 2001/2002.
- **61,1 por cada 10.000** habitantes de entre 0 - 19 años en 2018/2019.
- **67 - 82,22 por cada 10.000** habitantes de entre 0 - 19 años en 2030.
- De ellos: 30% pacientes oncológicos, 70% con otras enfermedades y **50%** precisará atención por un recurso específico de CPP

SITUACIÓN DE LOS CPP EN ESPAÑA



Equipos de CPP



PREVALENCIA EN EXTREMADURA

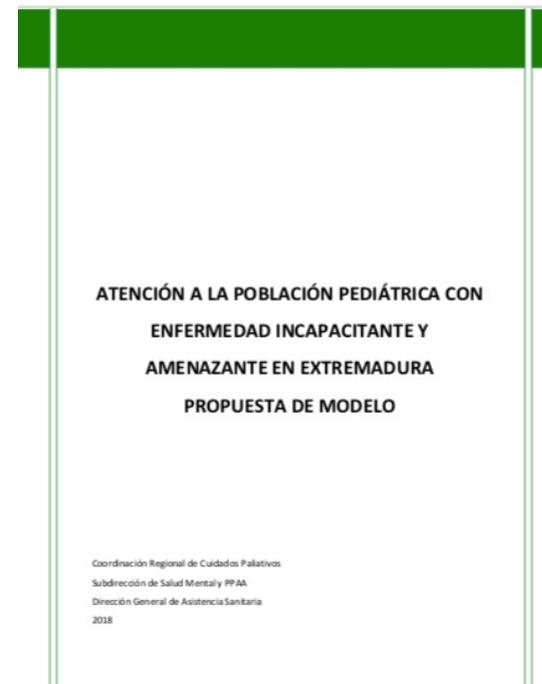


2022

Población infantil extremeña (<20 años): 189.257

- De 505 a 1.156 padecerían una enfermedad limitante/amenazante para la vida.
- De 253 a 578 de ellos necesitarían cuidados paliativos especializados.

SITUACIÓN DE LOS CPP EN EXTREMADURA



RECURSOS ESPECÍFICOS: ESCPP BADAJOZ Y CÁCERES

ABRIL 2019

FEBRERO 2022

Coordinador - Pediatra

Enfermera

Personal Psicología

Badajoz (50%)

Cáceres (75%)



RECURSOS CPP EXTREMADURA

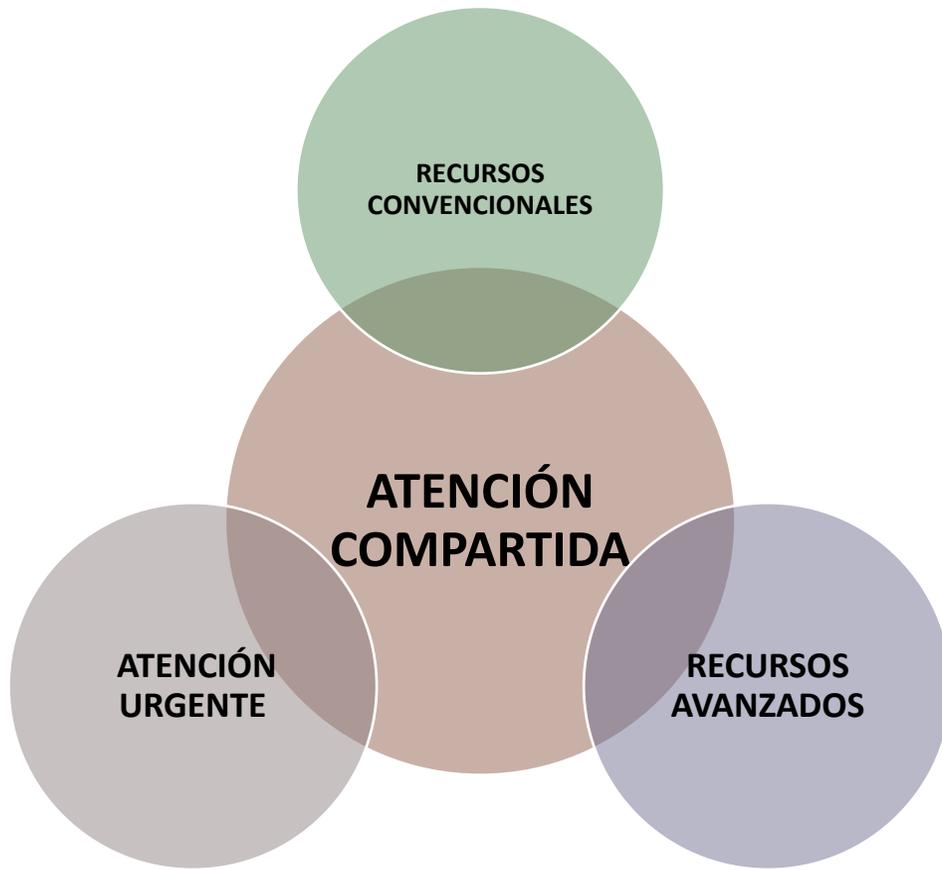
ABRIL 2019



FEBRERO 2022



ATENCIÓN COMPARTIDA



- Equipo de soporte hospitalario
- Consultor interhospitalario e internivel
- Atención telefónica de pacientes y familiares
- Atención de pacientes a nivel de Consultas Externas
- **Atención domiciliaria** de pacientes

DERIVACIÓN DE PACIENTES

- Solicitud de valoración por el personal de referencia del paciente.
- Informar a los cuidadores de la derivación a ESCPP y de su función.
- **JARA asistencial:** realizar e-consulta dirigida a la **UNIDAD PEDIÁTRICA DE CUIDADOS PALIATIVOS.**
- Hacer constar breve resumen, motivo de derivación y teléfonos de contactos.
- El ESCPP se compromete a contactar con el personal responsable en un plazo máximo de 48 horas.
- La valoración del paciente se realizará en el hospital de origen, CCEE o en su **domicilio.**
- Tras la primera valoración, se establecerá el nivel de atención con el fin de coordinar la asistencia.

Niño con enfermedad amenazante o limitante para la vida

Remitido por:

- Atención primaria
- Atención especializada
- Unidades de hospitalización
- ES de Cuidados Paliativos
- Servicios Sociales

CONTACTO con ESCPP

- Teléfono
- Correo electrónico
- e-diálogo/e-consulta (JARA)

Sesión clínica conjunta

¿REQUIERE CPP?

NO

SI

- Valoración inicial e integral
- Plan terapéutico y de cuidados
- Nivel de atención

NIVEL 1

- Contacto con atención primaria

NIVEL 2

- Contacto con atención primaria/especializada/equipos CP adultos de área
- Revisión periódica en domicilio/CCEE/Videoconsulta/Teléfono

NIVEL 3

- Seguimiento directo equipo específico CPP.
- Contacto con AP/especializada/ESCP adultos/PUAC...
- Atención más estrecha en domicilio/CCEE/Videoconsulta/Teléfono

SEGUIMIENTO

Nivel	Denominación	Quién	Atención telefónica	Visitas programadas	Visitas urgentes	Lugar de atención
1	Enfoque paliativo	Pediatra responsable (AP/AE)	Profesional + Familia	NO domicilio	NO	Teléfono + Consulta CPP
2	Cuidados compartidos	Pediatra responsable (AP/AE) + CPP	Profesional + Familia	SÍ	NO	Teléfono + Consulta CPP + Domicilio
3	CPP especializados	CPP	Profesional + Familia	SÍ	SÍ/NO	Teléfono + Consulta CPP + Domicilio

COORDINACIÓN: E-DIÁLOGO PARA PEDIATRÍA Y ENFERMERÍA

MIS E-ÓRDENES UD. PEDIÁT. CUID. PALIATIVOS HMI

Formularios Parametrización básica

Entorno de trabajo

- INTERCONSULTAS UCI PEDIÁTRICA CHUB
- MIS DOCUMENTOS CHUB
- MIS E-ÓRDENES NEONATOLOGÍA CHUB
- MIS E-ÓRDENES UD. PEDIÁT. CUID. PALIATIVOS HMI

Agenda de paciente MED Historial del Paciente Selección OC Gestión E-Orden Radiología

E-Órdenes dirigidas a mí

Planteada por: Area 8 Unidad 81UNUCP Servicio 8UCP
Dirigida a: Area 1 Unidad 12UNUCP Servicio 1UCP

Profesional: []

Respondida 01.06.2021 09:28
En seguimiento desde junio 2019 por CPP

Planteada 06.06.2019 14:08
Ruego valoración domiciliaria de la paciente. Un saludo y gracias1

Línea 1 columna 1 Línea 1 - línea 1 de 1 líneas

PLANTEAR RESPONDER FINALIZAR ANULAR Impresión tras plantear Motivo de anulación



CUIDADOS PALIATIVOS
PEDIÁTRICOS
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES)

MARINA
PEIX

***“Si puedes curar, cura.
Si no puedes curar, alivia.
Y si no puedes aliviar, consuela.”***

EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DE EXTREMADURA

H. MATERNO-INFANTIL, BADAJOZ

Pediatra: Javier Lucas Hernández

Enfermera: María Rodríguez Vivas

Psicóloga: María Jesús Vázquez Ramos

Teléfonos de contacto: **924215181 / 45200 / 33300**

Correo electrónico: **cuipalpediatria.hmi@salud-juntaex.es**

H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA, CÁCERES

Pediatra: Marta Cervantes Márquez

Enfermera: María Sánchez Sanabria

Psicóloga: Laura Torres Moreno

Teléfonos de contacto: **690211517 / 38084**

Correo electrónico: **cuipalpediatria.hspa@salud-juntaex.es**