Med Paliat. 2012;19(4):129–132

Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa

ORIGINAL

Procedimiento de adaptación transcultural al castellano e implementación del *Liverpool care pathway for the dying patient* (Versión 11) en un centro de cuidados paliativos☆

Susan Hannam Hodgson, Francisca Vidal-España, Melanie Rosúa Rodríguez, Rosa María Cazorla González, Alicia Arranz de la Torre y Maria Luisa Martín Roselló*

Fundación CUDECA, Málaga, España

Recibido el 22 de diciembre de 2010; aceptado el 15 de marzo de 2011
Disponible en Internet el 29 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE
Cuidados paliativos;
Situación de últimos días;
Protocolos

Resumen
Objetivo: Adaptación transcultural al castellano del protocolo de actuación multidisciplinar de cuidados ofrecidos a pacientes en situación de últimos días *Liverpool Care Pathway for the Dying Patient* (LCP) Versión 11, para su implementación en un centro de cuidados paliativos.
Método: El presente proyecto fue desarrollado durante los años 2007-2008, en la Fundación CUDECA de Málaga, siguiendo los pasos del proceso de acreditación establecido por The Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool (MCPCIL). Para ello se elaboró un informe previo de necesidades del centro solicitante; se tradujo al español siguiendo el protocolo del EORTC Translation Guidance (EORTC Quallity of Live Study Group Translation Procedure. July 1998. EORTC. Brussels). Se testó la adecuación en el centro de la versión del LCP V.11 *hospice*, con la revisión de 40 historias clínicas (HC) de pacientes en situación de últimos días (SUD), fallecidos en el centro (20 de forma retrospectiva, y 20 una vez implementado el protocolo),
Resultados: Versión del LCP V.11 *hospice* traducida al español, y obtención de la autorización para su utilización en la Fundación CUDECA de Málaga, concedida por la Institución MCPCIL, desde enero 2009 (LCP V.11 for Fundación Cudeca Hospice). Implementación del protocolo en la unidad de ingresos del centro. Mejora en 11 de los 18 objetivos que lo constituyen. Consecución de una tasa de cumplimiento $\geq$ 95% en 16 objetivos.
Conclusiones: La adaptación al castellano del LCP Versión 11 proporciona el acceso a una herramienta que facilita una atención integral de calidad en las últimas horas/días de vida de un paciente paliativo.
© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

☆ El presente trabajo ha sido desarrollado sin financiación, y sus resultados fueron presentados como comunicación póster en los siguientes congresos: SACPA, celebrado en Antequera el 20 de marzo de 2009; SECPAL, celebrado en A Coruña, los días 5-8 de mayo de 2010, obteniendo el primer premio para póster, y 6th Research Congress of the EAPC, celebrado en Glasgow, Reino Unido, los días 10-12 de junio de 2010.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: marisamartin@cudeca.org (M.L. Martín Roselló).

1134-248X/$ – see front matter © 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.medipa.2012.01.010

KEYWORDS
Palliative Care;
Care of the dying;
Protocols

Cross-cultural adaptation and implementation of a spanish version of the ''Liverpool Care Pathway for the Dying Patient'' in a palliative care centre

Abstract
Objective: To translate into Spanish the multidisciplinary protocol for the care of the dying patient, ''Liverpool Care Pathway for the Dying Patient'' (LCP) Version 11 and to incorporate its use into a Palliative Care Centre
Method: This project took place during 2007-2008 in the Cudeca Foundation of Malaga following the stages set by The Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool (MCPCIL). This involved producing a base review analysis; the document was translated into Spanish following the EORTC Translation Guidance (EORTC Quality of Live Study Group Translation Procedure. July 1998. EORTC. Brussels). A study of adjustments needed by the centre to implement version 11, of the LCP *hospice* document was made by reviewing 40 medical histories of patients who had died in the Cudeca hospice (20 retrospective and 20 prospective, once the protocol was in use).
Results: Version 11 *Hospice* of the LCP was translated into Spanish and permission was given for its use in the Cudeca Foundation Hospice by the MCPCIL Institute from January 2009. (LCP V.11 for Foundation Cudeca Hospice). The pathway was implemented in the Inpatient unit. There was an improvement in 11 of the 18 of its objectives. Rate of achievement was $\geq$ 95% in 16 of the objectives
Conclusions: The translation into our language gives access to a quality, integrated method for the care of the dying patient.
© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los cuidados paliativos (CP), deben dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades del paciente en situación terminal, a su familia y/o personas cuidadoras. El objetivo es favorecer que viva con dignidad la última etapa de la vida, tratando de evitar un sufrimiento insoportable, conservando la capacidad para transmitir sus afectos en los últimos momentos, y de tomar decisiones sobre su cuerpo y su propia vida, respetando las convicciones y valores que han guiado su existencia. Además, se ha de dar a la familia el apoyo psicoemocional y la atención adecuados a su situación en cada momento del proceso[1].

En las últimas horas o días de vida, estas necesidades son a menudo especiales y cambiantes, y la atención debe estar dirigida a potenciar el bienestar y confort físico, emocional y espiritual de los pacientes, teniendo en cuenta las también especiales necesidades de familiares y cuidadores (explicar los porqués, las causas y posibles desenlaces; cómo saber que se está muriendo; facilitar despedidas...)[2–4].Se hace imperativo en esos momentos disponer de instrumentos estandarizados efectivos, que faciliten una atención integral, ágil y adecuada, para dar una rápida respuesta individualizada de calidad. Cuando estas herramientas ya han sido desarrolladas en otros países, su traducción y validación transcultural posibilitan además la realización de estudios multicéntricos a nivel internacional, pudiéndose comparar resultados homogéneos[5–7]. El *Liverpool Care Pathway for de Dying Patient* (LCP), como protocolo en la evaluación de los cuidados ofrecidos a pacientes en situación de últimos días (SUD), nace, auspiciado por el Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool (MCPCIL)[8,9], con la intención de constituirse en un instrumento capaz de mejorar la calidad de la atención de los pacientes en (SUD) y sus familias, desde el abordaje multidisciplinar de cada caso, independientemente del lugar donde se encuentre[10–15].

El LCP ha sido recomendado como modelo de buenas prácticas para pacientes en SUD, por el Departamento de Salud en el Reino Unido[16–18], y ha sido implementado en diferentes servicios y países[19–22].

Una vez valorado el paciente y determinada la SUD por el Equipo Multidisciplinar (EM), se pone en marcha el protocolo constituido por 18 objetivos, cuya consecución pasa por la revisión periódica (cada 4 horas), de una serie de aspectos a considerar y/o medir dentro de cada uno. Cada objetivo contempla un apartado de variaciones y sus motivos, donde se registra el proceso individualizado de cada paciente.

El LCP se compone de tres secciones: la valoración inicial, una evaluación continuada, y el protocolo de verificación de la muerte. A cada sección le corresponden unos objetivos.

El protocolo contempla un sistema flexible de evaluación continuada, que permite adecuar la herramienta a cualquier ámbito.

La Fundación CUDECA para los cuidados del cáncer (primer *hospice* creado en España, en Benalmádena, Málaga), se propuso implementar en su Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), la versión 11 del LCP[23] para *hospice*, uno de los cuatro sectores para los que se diseñó esta versión (*Hospice; Hospital; Home Care;* y *Residential Home*), y la adaptación transcultural del protocolo al castellano, de acuerdo con el proceso establecido por el MCPCIL para su acreditación.

Material y método

Durante los años 2007 y 2008, la Fundación CUDECA, siguiendo los pasos y requisitos establecidos para obtener la acreditación necesaria de la Institución MCPCIL, procedió

a traducir al castellano e implementar la Versión 11 del LCP para *hospice*, en su Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Para ello se realizó:

1. Elaboración de un informe de necesidades para la utilización de la herramienta en el centro CUDECA, previo al registro de su unidad de cuidados paliativos (UCP) en The Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool, como centro piloto en España para la implementación del LCP.
2. Traducción de la herramienta del inglés al castellano, y del castellano al inglés, por cuatro traductores bilingües nativos independientes (dos de origen español, y dos de origen anglosajón), siguiendo el protocolo del EORTC Translation Guidance (EORTC Quallity of Live Study Group Translation Procedure. Julio 1998. EORTC. Bruselas).
3. Evaluación de la versión traducida y retraducida, por la comisión de la Institución MCPCIL, y discusión de las diferencias con la versión original.
4. Capacitación de las figuras del facilitador/a y de la persona clave, como responsables del proceso de formación e implementación, y de Coordinación del Protocolo en el Centro respectivamente.
5. Revisión de base/Auditoría retrospectiva de 20 historias clínicas (HC) de los 20 últimos pacientes en SUD fallecidos en el centro antes de la implementación del protocolo, utilizando la versión en inglés del LCP V.11 *hospice*, y siguiendo los 18 objetivos en torno a los que se estructura, para la detección de ámbitos susceptibles de mejora.
6. Revisión de base/Auditoría prospectiva de 20 HC de los siguientes 20 pacientes en SUD que fallecieron en el centro, una vez implementado el protocolo con los 18 objetivos del LCP V.11 *hospice* en castellano para detección de incidencias.
7. Cumplimentación del protocolo de evaluación elaborado adhoc por el MCPCIL, y adecuación de incidencias.
8. Puesta en marcha del protocolo de Formación Continuada y Evaluación en el Centro, para el mantenimiento y mejora de competencias, sustentado en la práctica reflexiva, y el análisis posterior del Programa de Mejora de la Calidad del LCP. Este proceso se llevó a cabo bajo las directrices establecidas por el MCPCIL, con la supervisión y coordinación del facilitador/a y de la persona clave designadas.
9. Implementación de la versión en castellano (LCP V.11 for Fundación Cudeca Hospice) en el centro.

Resultados

Registro de CUDECA como centro piloto de implementación del LCP V.11 *hospice*.

Obtención de la capacitación de las figuras de un facilitador y una persona clave, para la formación, implementación y coordinación del protocolo en el centro, una vez adquiridas las competencias exigidas por el MCPCIL.

Protocolo traducido, y obtención de la evaluación favorable de la versión en castellano, emitida por el MCPCIL.

La tabla 1 contiene los 18 objetivos traducidos al castellano, que constituyen la estructura en torno a la que se construye el Protocolo de actuación del LCP V.11 for Fundación Cudeca Hospice.

En el gráfico 1 se muestran los resultados del pilotaje del LCP V.11 *hospice* en la UCP de la Fundación CUDECA, y el grado de adecuación a sus 18 objetivos, tras la revisión de las 40 historias clínicas de pacientes en SUD fallecidos en el centro: 20 antes (con la versión en inglés) y otras 20 después de su implementación con versión en castellano.

Con la implementación de la herramienta en el centro, se alcanzó una tasa de cumplimiento $\geq$ 95% en los objetivos 1,2,3a,3b,4,5,7,8,9,10,11,13,14,15,16,17 y 18. En el objetivo 12, la tasa de cumplimiento fue menor del 35%

Los resultados del pilotaje son auditados por el MCPCIL, y una vez cumplimentada esta fase de control de calidad implícito en el proceso de acreditación, el 23 de enero de 2009, se obtienen los permisos para el uso de la versión LCP V.11 en castellano (Versión Fundación CUDECA en español).

Realización y puesta en marcha del protocolo de Formación Continuada y Evaluación entre los profesionales asistenciales del centro (médico de la UCP; 5 enfermeras; 5 auxiliares de enfermería clínica).

Discusión

La metodología seguida en CUDECA tanto en proceso de traducción, como para la implementación en el centro del LCP V.11 *hospice*, es la establecida desde el MCPCIL (fase de registro, pilotaje, traducción...), en cualquier contexto (24 países estaban registrados en ese momento).

Las posibles limitaciones derivadas de la adaptación transcultural, son detectadas mediante los mecanismos de auditoría y contempladas en el Programa de Evaluación Continuada del MCPCIL.

A pesar de tratarse de un programa de excelencia en la atención a pacientes en SUD, y ser adoptado por el Departamento de Salud del Reino Unido como Patrón Oro, harán falta ensayos clínicos que de forma fehaciente impulsen al LCP como instrumento de referencia internacional[24].

El pilotaje se realizó sobre HC, para evitar sesgos de observación, puesto que se pretendía, antes y después de la implementación de la herramienta, tanto detectar los aspectos registrados como los que no lo hubieran sido, para valorar las causas.

La implementación del LCP V.11 *hospice* en el Centro CUDECA, incluye en la dinámica asistencial de todos los profesionales implicados, el registro de aspectos de la atención a pacientes y familias previamente poco o nada considerados (objetivos 9,18), y otros, que si bien formaban parte de la práctica habitual, no quedaban registrados (objetivos 6, 8, 10,11,13,14,15 y 16).

La consecución del objetivo 3b, se hizo efectiva tras la adquisición de la bomba infusora, que coincidió temporalmente con la primera fase del pilotaje. La consecución de los objetivos 1,2,3,4, y 5, ya era $\geq$ 90% antes de la implementación. Para el resto de objetivos (3a,7,10,17), implicó una mejora de registro. La consecución del objetivo 12, se produjo con posterioridad al pilotaje; actualmente se informa del fallecimiento del paciente al médico de familia.

El sistema de registro puede parecer excesivamente laborioso en sus inicios, es por lo que resulta imprescindible el adecuado adiestramiento en su manejo, y la implicación de la dirección del centro en su implementación, internalizándola como una filosofía de cuidados, y una manera de

entender la atención a estos pacientes, y no como un proceso burocrático, tal como se insiste desde el MCPCIL, ya que no se trata solo de un protocolo de actuación, ni siguiera de un eficaz sistema de registro multidisciplinar, sino de un programa abierto y flexible de mejora continuada de la calidad.

Actualmente se ha puesto en marcha la versión 12 del LCP (en proceso de traducción y validación por la Fundación CUDECA), cuyas principales novedades consisten en que las cuatro secciones en que se dividía la V.11, se convierten en un protocolo único, y que incorpora una guía de cuidados al paciente moribundo y una guía práctica de atención al duelo. Además, al equipo multidisciplinar de esta versión, se incorporan psicólogos y trabajadores sociales.

Como conclusión, podríamos afirmar que la implementación, traducción, y obtención de la capacitación para el uso del LCP V.11 *hospice* en la UCP de CUDECA, ha supuesto una mejora de la calidad en la atención a los pacientes en SUD y a sus familias, dado que ha aumentado el espectro de cuidados ofrecidos, proporcionando una mayor cobertura de atención. La implementación del sistema de registro, ha facilitado la toma de decisiones del EM, permitiendo hacer visible la individualidad de cada caso, y una rápida detección de los cambios de situación. Todo ello ha repercutido también en una mayor efectividad y eficiencia de los recursos, puesto que ninguno de los aspectos contemplados en los objetivos de que se compone el protocolo queda al azar, y esto facilita poder dar una respuesta ágil y rápida a las necesidades de cada momento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. 2.ª ed. 2007.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2007.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.° 2006/08.
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Los Últimos Días: Atención a la Agonía [Página Web] [consultado 19 Oct 2010]Disponible en: http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=catorce
5. Serra-Prat M, Nabal M, Santacruz V, Picaza JM, Trelis J. Grupo Catalán de Estudio de la Efectividad de los Cuidados Paliativos. Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. Med Clin (Barc). 2004;123: 406–12.
6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, et al. The European Organisation for Research and Tratment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993;85:365–76.
7. Badía X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación Española del Cuestionario Breif Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Med clin (Barc). 2003;120:52–9.
8. The Marie Curie Palliative Care Institute [Sede Web]. Liverpool [consultado 10 Nov 2010]. Disponible en: http://www.mcpcil.org.uk/index.htm
9. [consultado 7 Oct 2010]. Disponible en: http://www.caresearch.com.au/caresearch/ProfessionalGroups/NursesHubHome/Clinical/EndofLifeCare/EOLCarePathways/tabid/1469/Default.aspx. This page was created on 27August2010. Last updated 02 September 2010.
10. Veerbeek L, Van Zuylen L, Swart SJ, Van der Maas PJ, De Vogel-Voogt E, Van der Rijt CC, et al. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. Palliat Med. 2008;22:145–51.
11. Lhussier M, Carr SM, Wilcockson J. The evaluation of an end-of-life integrated care pathway. Int J Palliat Nurs. 2007;13:74–81.
12. Luhrs CA, Penrod JD. End-of-life care pathways. Curr Opin support Palliat Care. 2007;1:198–201.
13. Mirando S, Davies PD, Lipp A. Introducing an integrated care pathway for the last days of life. Palliat Med. 2005;19:33–9.
14. Jack BA, Gambles M, Murphy D, Ellershaw JE. Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. Int J Palliat Nurs. 2003;9:375–81.
15. Dy SM, Garg P, Nyberg D, Dawson PB, Pronovost PJ, Morlock L, et al. Critical pathway effectiveness: assessing the impact of patient, hospital care, and pathway characteristics using qualitative comparative analysis. Health Serv Res. 2005;40:499–516.
16. Department of Health (2006) 'Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services'. DH [consultado Oct 2010]. Londres. Disponible en: http://www.official-documents.gov.uk/document/cm67/6737/6737.pdf
17. Department of Health (2008) 'End of Life Care Strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life'. DH [consultado Oct 2010]. Londres. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_086345.pdf
18. Department of Health (2009) 'End of life Care Strategy: quality markers and measures for end of life care'. DH [consultado Nov 2010]. Londres. Disponible en: http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/assets/End-of-life-care/National-Quality-Markers.pdf
19. Simon ST, Martens M, Sachse M, Bausewein C, Eychmüller S, Schwarz-Eywill M. Care of the dying in the hospital: initial experience with the Liverpool Care Pathway (LCP) in Germany. Dtsch Med Wochenschr. 2009;134:1399–404. Epub 2009 Jun 23.
20. Veerbeek L, Van der Heide A, De Vogel-Voogt E, De Bakker R, Van der Rijt CC, Swart SJ, et al. Using the LCP: bereaved relatives' assessments of communication and bereavement. Am J Hosp Palliat Care. 2008;25:207–14. Epub 2008 Apr 10.
21. Luhrs CA, Penrod JD. End-of-life care pathways. Curr Opin Support Palliat Care. 2007;1:198–201.
22. Paterson BC, Duncan R, Conway R, Paterson FM, Napier P, Raitt M. Introduction of the Liverpool Care Pathway for end of life care to emergency medicine. Emerg Med J. 2009;26:777–9.
23. The Marie Curie Palliative Care Institute. Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Care of the dying Pathway (lcp) (Hospital) [documento en línea]. Liverpool [consultado 10 Nov 2010]. Disponible en: http://www.crusebereavementcare.org.uk/BPPpapers/LCPhospitals.pdf
24. Chan R, Webster J. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. Art. No.: CD008006. DOI:10.1002/14651858.CD008006.pub2.