

MINISTERIO DE SALUD

Resolución 357/2016

Bs. As., 30/03/2016

VISTO el Expediente N° 1-2002-21992-13-7 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, y la Resolución Ministerial N° 643/00, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objeto primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del MINISTERIO DE SALUD se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de Guías de diagnóstico, tratamiento y procedimiento de patologías y Directrices de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas Guías y Directrices se elaboran con la participación de entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que por Resolución Ministerial N° 643/00 se aprobaron las NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Que entre el momento de la formulación de la anterior Norma y el presente se han producido modificaciones en la concepción y el abordaje de los cuidados paliativos.

Que por ende resulta necesario actualizar la normativa que regirá su organización y funcionamiento.

Que la SECRETARÍA DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA, la SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN; Coordinadora General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, y la SECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la “Ley de Ministerios T.O. 1992”, modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1° — Deróganse las NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS aprobada por Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 643/00.

ARTÍCULO 2° — Apruébanse las Directrices De Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos que como Anexo forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 3° — Invítase a las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y Entidades Académicas, Universitarias y Científicas Profesionales a efectuar observaciones dentro de un plazo de SESENTA (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 4° — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente Directriz para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

ARTÍCULO 5° — Agradecer a la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, la FEDERACIÓN ARGENTINA DE ENFERMERÍA, la ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS, la ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES y PALLIUM LATINOAMERICANA por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

ARTÍCULO 6° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. JORGE DANIEL LEMUS, Ministro de Salud.

ANEXO

DIRECTRIZ DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición de Área Asistencial

1.2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

2. MARCO REFERENCIAL

### 3. OBJETIVOS GENERALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

### 4. CATEGORIZACIÓN SEGÚN NIVELES DE RIESGO DEL PACIENTE

### 5. NIVEL I

#### 5.1. Definición

#### 5.2. Objetivos específicos

### 5.3. RECURSOS HUMANOS

#### 5.3.1. Coordinador o Jefe de Servicio

#### 5.3.2. Funciones Comunes a todo el equipo

#### 5.3.3. Actividades Comunes a todo el equipo

#### 5.3.4. Área Médica

##### 5.3.4.1. Funciones del Área Médica

##### 5.3.4.2. Actividades del Área Médica

#### 5.3.5. Área de Enfermería

##### 5.3.5.1. Funciones del Área de Enfermería

##### 5.3.5.2. Actividades del Área de Enfermería

#### 5.3.6. Área Psicológica

##### 5.3.6.1. Funciones del Área Psicológica

##### 5.3.6.2. Actividades del Área Psicológica

#### 5.3.7. Área de Trabajo Social

##### 5.3.7.1. Funciones del Área de Trabajo Social

##### 5.3.7.2. Actividades del Área de Trabajo Social

#### 5.3.8. Área de Terapia Ocupacional

##### 5.3.8.1. Funciones del Área de Terapia Ocupacional

5.3.8.2. Actividades del Área de Terapia Ocupacional

## 5.4. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

5.4.1. General

5.4.2. Interconsultas o Derivaciones entre Niveles

5.4.3. Motivos de Interconsulta y/o derivación

5.4.3.1. Área Médica y de Enfermería

5.4.3.2. Área psico-social

5.4.3.3. Área de Terapia Ocupacional

5.4.4. Notas de contra-referencia

## 5.5. DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

5.5.1. Historia clínica

5.5.2. Instrumentos de Registro recomendados

## 5.6. PLANTA FÍSICA

5.6.1. Requerimientos para la atención paliativa domiciliaria

5.6.2. Equipamiento

## 6. NIVEL II

6.1. Definición

6.2. Objetivos Específicos

## 6.3. RECURSOS HUMANOS

6.3.1. Coordinador o Jefe de Servicio

6.3.2. Funciones Comunes a todo el equipo

6.3.3. Actividades Comunes a todo el equipo

6.3.4. Área Médica

6.3.4.1. Funciones del Área Médica

6.3.4.2. Actividades del Área Médica

6.3.5. Área de Enfermería

6.3.5.1. Funciones del Área de Enfermería

6.3.5.2. Actividades del Área de Enfermería

6.3.6. Área Psicológica

6.3.6.1. Funciones del Área Psicológica

6.3.6.2. Actividades del Área Psicológica

6.3.7. Área de Trabajo Social

6.3.7.1. Funciones del Área de Trabajo Social

6.3.7.2. Actividades Área de Trabajo Social

6.3.8. Área de Terapia Ocupacional

6.3.8.1. Funciones del Área de Terapia Ocupacional

6.3.8.2. Actividades del Área de Terapia Ocupacional

6.4. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

6.4.1. General

6.4.2. Interconsultas o Derivaciones entre Niveles

6.4.3. Motivos de Interconsulta y/o derivación

6.4.4. Notas de contra-referencia

6.4.5. Documentación Específica

6.4.5.1. Historia clínica

6.4.5.2. Instrumentos de evaluación y registro recomendados

6.5. PLANTA FÍSICA

### 6.5.1. Equipamiento

## 7. NIVEL III

### 7.1. Definición

### 7.2. Objetivos Específicos

## 7.3. RECURSOS HUMANOS

### 7.3.1. Coordinador o Jefe de Servicio.

### 7.3.2. Funciones comunes a todo el equipo

### 7.3.3. Actividades comunes a todo el equipo

### 7.3.4. Área Médica

#### 7.3.4.1. Funciones del Área Médica

#### 7.3.4.2. Actividades del Área Médica

### 7.3.5. Área de Enfermería

#### 7.3.5.1. Funciones del Área de Enfermería

#### 7.3.5.2. Actividades de Área de Enfermería

### 7.3.6. Área Psicológica

#### 7.3.6.1. Funciones del Área Psicológica

#### 7.3.6.2. Actividades del Área Psicológica

### 7.3.7. Área de Trabajo Social

#### 7.3.7.1. Funciones del Área de Trabajo Social

#### 7.3.7.2. Actividades del Área de Trabajo Social

### 7.3.8. Área de Terapia Ocupacional

#### 7.3.8.1. Funciones del Área de Terapia Ocupacional

#### 7.3.8.2. Actividades del Área de Terapia Ocupacional

## 7.4. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

### 7.4.1. General

### 7.4.2. Documentación Específica

## 7.5. PLANTA FÍSICA

### 7.5.1. Equipamiento

## DIRECTRIZ DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS

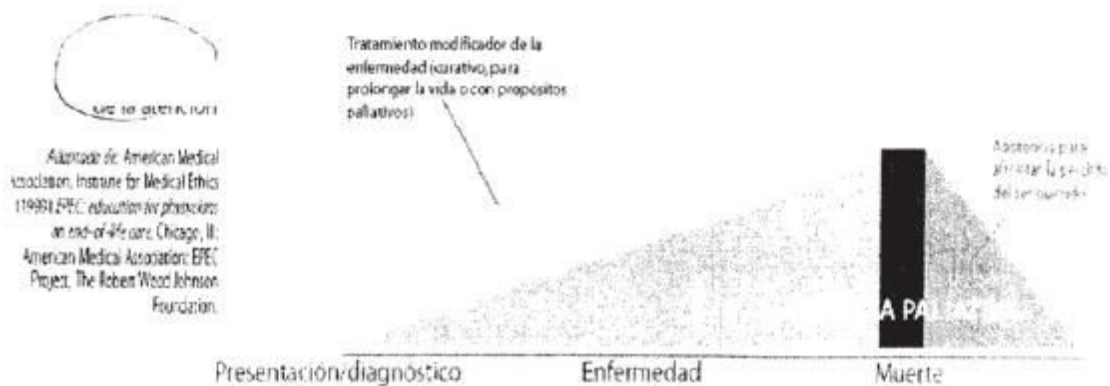
### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Definición de Área Asistencial

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990, definió inicialmente el Cuidado Paliativo como la “asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”.

Sin embargo, ese concepto fue modificado y ampliado al comenzar el segundo milenio, luego de evaluar diferentes experiencias y programas desarrollados en aquella década. De este modo, en el documento “Políticas y Pautas para la Gestión de Programas Nacionales de Control de Cáncer” del año 2004, la OMS redefine los Cuidados Paliativos del siguiente modo: “La asistencia paliativa es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.”

Por ello, en la actualidad se reconoce ampliamente que los principios de los cuidados paliativos deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia mortal, de acuerdo al estadio en que se encuentra. Esta modificación del criterio surgió de una nueva comprensión de que los problemas encontrados al final de la existencia tienen sus orígenes en un momento anterior en la trayectoria de la enfermedad (ver figura).



El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, y otras potencialmente letales. Es entonces cuando los Cuidados Paliativos despliegan sus acciones con el objetivo de preservar y promover la mejor calidad de vida posible.

Estas acciones son implementadas, idealmente, en el trabajo con un equipo multiprofesional e interdisciplinario (enfermería, medicina, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, farmacia, kinesiología y otras profesiones de salud), con la inclusión de cuidadores, voluntarios, ministros de fe y otros miembros, según sea necesario con un enfoque socio-sanitario adecuado.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas y entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes, sus familias y su entorno afectivo, a los que llamaremos, de aquí en adelante, Unidad de Tratamiento.

Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos, en el contexto de los diferentes sistemas de salud y las distintas modalidades de asistencia (domicilio, hospital, centros comunitarios, hogares geriátricos, casas de cuidados paliativos, atención ambulatoria, etcétera).

## 1.2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

Desde 1982 la OMS organizó e implementó un proyecto de alivio del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos que demostró su eficacia para la mayoría de los pacientes con cáncer en muchos países con diferentes sistemas de asistencia sanitaria. En el referido documento del año 2004, se establece que los Cuidados Paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas angustiantes;
- Reafirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No pretenden acelerar o aplazar la muerte;
- integran los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al enfermo;



- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte;
- Brindan un sistema de apoyo para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad del paciente y a su propia aflicción ante la muerte de éste;
- Emplean un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente;
- Mejoran la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- Son aplicables en los inicios de la enfermedad, conjuntamente con otras terapias que procuran prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor complicaciones clínicas dolorosas.

Todos los países deben poner en práctica programas integrales de asistencia paliativa con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la mayoría de los pacientes con cáncer u otras afecciones en potencia mortales y de sus familias.

Estos programas deben proporcionar alivio del dolor, control de otros síntomas y apoyo psicosocial y espiritual. Todos los países deben promover la concientización al público y los profesionales del área de que el dolor puede evitarse. Además es necesario asegurar la disponibilidad de morfina y otros opioides para administración oral y parenteral en todos los entornos de atención de salud.

Para el logro de estos objetivos, propugna una estrategia cuyos componentes básicos son:

- Asegurar que el programa de asistencia paliativa se incorpore en el sistema de atención de salud existente;
- Cerciorarse de que los trabajadores de salud sean adecuadamente capacitados en el alivio del dolor y los cuidados paliativos
- Asegurar que los hospitales cuenten con equipos de cuidados paliativos para ofrecer servicio en las instituciones y propiciar la atención en domicilio.
- Garantizar la disponibilidad de analgésicos opioides en particular la morfina, no opioides y coadyuvantes. Las medidas prioritarias deben incluir:
  - La mejora de la atención en los recursos existentes (atención primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia),
  - La asignación e implementación de recursos específicos,
  - La disponibilidad de medicamentos

- La formación de profesionales, voluntarios y cuidadores,
- El entrenamiento de la familia,
- La educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado.

## 2. MARCO REFERENCIAL

Las presentes directrices considerarán las disposiciones vigentes que orientan y regulan las funciones y actividades de cada una de las disciplinas intervinientes, así como la administración y el funcionamiento de los establecimientos de atención de la salud, a saber:

- Decreto 1424/97. Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución de la Secretaría de Salud N° 432/92. Resolución del Ministerial N° 829/00.
- Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con internación. Anexo de la Resolución N° 282/94.
- Ley del Ejercicio de la Enfermería N° 24.004. Decreto Reglamentario 2497/93. - Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23.277. Reglamentada por el Decreto N° 905/95.
- Ley del Ejercicio Profesional de Terapia Ocupacional N° 17.132, y Decreto Reglamentario 6.216.
- Ley del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social N° 23.337. Reglamentado por el Decreto N° 1568/88.
- Ley del Ejercicio Profesional Farmacéutico N° 17.545: “Normas legales y listado de psicotrópicos y estupefacientes” - ANMAT - Edición 1999.
- Ley 24.901: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.
- Ley 26480/6/04/2009: Inciso D: artículo 39 de la Ley 24.901 (Asistencia domiciliaria)

## 3. OBJETIVOS GENERALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

1. Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, potencialmente mortal a corto o mediano plazo.
2. Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida.
3. Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos destinados a brindar alivio del dolor y/o cualquier otro síntoma que produzca sufrimiento al paciente.

4. Implementación de planes para el adecuado acompañamiento y apoyo emocional del paciente y su familia, durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad.
5. Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.
6. Disponibilidad de ámbitos o sistemas de soporte para brindar seguimiento de duelo a la familia y/o entorno significativo que lo requiera luego de la muerte del paciente.
7. Organización y ejecución de medidas de prevención de síntomas de agotamiento en los cuidadores profesionales o no profesionales.
8. Promoción de conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y familia.
9. Organización de estrategias de tratamiento para los equipos asistenciales ante la presencia de síntomas de agotamiento en sus miembros.
10. Implementación de tecnologías orientadas a la emancipación y autonomía de las personas que, por razones relacionadas con su enfermedad específica (física, sensorial, mental, psicológica y/o social) presentan temporaria o definitivamente dificultad en la inserción y participación en la vida social.
11. Optimización en la dispensación de estupefacientes y su seguridad tanto en farmacias oficinales como institucionales.
12. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento farmacológico.
13. Facilitación de la permanencia en el propio hogar, particularmente durante la etapa final de la vida, toda vez que sea la voluntad de la persona enferma y se cuenten con los recursos mínimos imprescindibles.

#### 4. CATEGORIZACIÓN SEGÚN NIVELES DE RIESGO DEL PACIENTE

En Cuidados Paliativos el ingreso de los pacientes a los distintos niveles de atención se realizará en función de las necesidades de la Unidad de Tratamiento (paciente, familia y entorno afectivo). Esta no requiere pasar obligatoriamente por los niveles de menor desarrollo para ser asistido en los niveles superiores.

En Cuidados Paliativos el nivel de riesgo está basado en el grado de sufrimiento o de deterioro de la calidad de vida en relación a la patología padecida, y no en la probabilidad de morir. Se considera la muerte como un evento natural de la vida y esperable dada la evolución de la enfermedad.

La complejidad clínica o el nivel de riesgo de un paciente y su familia o entorno afectivo puede cambiar notablemente en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad, determinando la necesidad de atenderse en distintos niveles de riesgo. La flexibilidad del sistema debe favorecer la resolución de los problemas, necesidades y la provisión de cuidados adaptados a esos distintos niveles de riesgo.

El mayor riesgo de un paciente o de su familia, en cualquiera de las áreas (física, psicológica, social o espiritual) hace que esté recomendado un determinado nivel, aunque en otras áreas se requiriese un nivel menor. Por ejemplo, un paciente con síntomas físicos controlables en el nivel 1, pero con signos de claudicación familiar o depresión con ideas de suicidio deberá ser atendido en un nivel 2 o 3.

Cada nivel tiene límites máximos de atención. Los niveles superiores incluyen siempre lo que se puede resolver en el nivel inmediato inferior.

La continuidad de cuidados se debe promover con una fácil transferencia de un nivel a otro, disponiendo de mecanismos de referencia y contra-referencia explícitos. El objetivo es que los distintos niveles de atención funcionen en red, con una buena comunicación entre los mismos.

Cabe resaltar que la mayor complejidad de un caso no implica que necesariamente el ámbito de la asistencia se modifique, sino que se adecuen los recursos (humanos, profesionales, farmacológicos, insumos, físicos) según sea conveniente. En muchos casos, es posible la permanencia en el propio hogar de casos complejos.

## 5. NIVEL I

### 5.1. Definición:

Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, pero controlables con los recursos disponibles en dicho nivel.

### 5.2. Objetivos específicos:

1. Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, su familia o entorno significativo dentro de las condiciones que la evolución de la enfermedad permita.
2. Detección de las necesidades actuales y potenciales de la Unidad de Tratamiento.
3. Control de síntomas físicos que alteren la calidad de vida y prevención de la aparición de complicaciones y/o efectos secundarios de los tratamientos instituidos.
4. Implementación de intervenciones educativas y terapéuticas en las áreas psicológica y social.
5. Disponibilidad de ámbitos y sistemas de acompañamiento y apoyo espiritual.
6. Prevención de duelo patológico.

### 5.3. RECURSOS HUMANOS

El nivel I incluye a los profesionales de diferentes disciplinas de atención primaria o de especialidades, habilitados y certificados por autoridad competente, y con formación básica en Cuidados Paliativos (C.P.) que permita adquirir conocimientos, actitudes, y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación.

La formación de postgrado teórico-práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por autoridad competente.

Los profesionales deberán ser capaces de atender a pacientes crónicos evolutivos y a su entorno; establecer las primeras medidas normatizadas del área donde trabajan.

Dichos profesionales pueden ser:

- Médico/a generalista y/o enfermero/a y/o licenciado/a en psicología, y/o licenciado en trabajo social, y/o Terapeuta Ocupacional.

5.3.1. Coordinador o Jefe de Servicio: Profesional de la salud que acredite conocimiento y experiencia demostrable en Cuidados Paliativos.

Funciones del coordinador o Jefe:

1. Coordinar las actividades diagnósticas y terapéuticas de los miembros del equipo sobre la Unidad de Tratamiento.
2. Orientar sobre los procesos de mejora de calidad en la atención paliativa en el nivel.
3. Garantizar la satisfacción de las necesidades de la Unidad de Tratamiento y, en el caso de no lograrlo, derivar a nivel superior.
4. Supervisar los registros.
5. Promover la comunicación eficiente entre los miembros profesionales a cargo de la Unidad de Tratamiento.

5.3.2. Funciones comunes a todo el equipo:

1. Evaluar grado de sufrimiento del paciente y de la Unidad de Tratamiento.
2. Identificar necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y familia o entorno significativo.
3. Implementar medidas o estrategias de tratamiento en las distintas áreas destinadas a aliviar el sufrimiento.
4. Capacitar a la Unidad de Tratamiento para optimizar su capacidad de cuidado.
5. Prevenir la claudicación familiar.

6. Valorar resultados de los tratamientos instituidos en forma continua.
7. Detectar indicadores de riesgo de duelo patológico.
8. Coordinar los cuidados entre el equipo interdisciplinario.
9. Brindar asesoramiento y educación a la comunidad sobre aspectos generales de la repercusión de la enfermedad, la muerte y el duelo.
10. Supervisar la tarea de los cuidadores.
11. Detectar y prevenir dificultades en la tarea.

#### 5.3.3. Actividades comunes a todo el equipo:

1. Administración de escalas y/o instrumentos de evaluación que permitan determinar el grado de sufrimiento del paciente y de la Unidad de Tratamiento.
2. Registro de necesidades y prioridades de la Unidad de Tratamiento en las áreas: necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.
3. Intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas destinadas a aliviar el sufrimiento.
4. Coordinación de los cuidados entre el equipo interdisciplinario.
5. Realización de reuniones y entrevistas con la Unidad de Tratamiento para su entrenamiento en los cuidados respectivos.
6. Detección de factores de duelo patológico durante entrevistas diagnósticas o de seguimiento.
7. Utilización de parámetros clínicos e instrumentos de evaluación para monitorear los resultados de las terapéuticas instituidas. Establecimiento de protocolos de cuidado paliativo.
8. Detección y supervisión de las dificultades de las tareas del equipo tratante.

#### 5.3.4. Área Médica

##### 5.3.4.1. Funciones del Área Médica:

1. Establecer estrategias de intercambio de información con el paciente y la familia que favorezcan la comunicación fluida, abierta, veraz y dosificada, en temas relacionados al diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas.
2. Aliviar el dolor de acuerdo con el método de la escalera analgésica de la OMS.

3. Proveer control de otros síntomas: ej. emesis, síntomas digestivos, respiratorios, etc.
4. Indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias- médicas.
5. Evaluar en forma permanente, la eficacia de los tratamientos indicados.

#### 5.3.4.2. Actividades del Área Médica:

1. Entrevista diagnóstica con el paciente, su familia y/o entorno significativo. Realización de examen físico del paciente. Registro de los datos en la historia clínica.
2. Evaluación de causas, mecanismos, intensidad de síntomas.
3. Indicación de tratamientos de acuerdo a lo anterior.
4. Control de los resultados de los tratamientos indicados,
5. Implementación de medidas de prevención de efectos adversos o indeseados de los tratamientos.
6. Información y capacitación del paciente para preservar y estimular su autocuidado (higiene, cuidados de la piel y la boca, manejo de sondas, ostomías, medicación, etc.).
7. Capacitación a la familia y/o entorno significativo en tareas de atención del paciente (higiene, cuidados de la piel y la boca, manejo de sondas, ostomías, medicación, etc.)
8. Interconsulta o derivación a otro nivel ante síntomas no controlados.
9. Interconsulta con otras especialidades ante síntomas físicos, psicológicos o sociales no abordables en este nivel.

#### 5.3.5. Área de Enfermería

##### 5.3.5.1. Funciones del Área de Enfermería:

1. Realizar un diagnóstico de enfermería.
2. Planificar acciones de enfermería según prioridades del paciente por objetivos.
3. Ejecutar técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, alimentación, eliminación, locomoción y rehabilitación.
4. Administrar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
5. Alentar la participación del enfermo en el proceso de atención estimulando el autocuidado y favoreciendo su autoestima.

6. Crear un ambiente que favorezca la comunicación.
7. Educar y supervisar a la familia, su entorno afectivo y/o cuidador o voluntario sobre aspectos del cuidado general del paciente y administración de tratamiento farmacológico.
8. Prevenir complicaciones y situaciones de riesgo.
9. Evaluar el resultado de los tratamientos implementados.

#### 5.3.5.2. Actividades del Área de Enfermería:

1. Entrevista con el paciente y su familia con la finalidad de identificar necesidades en las áreas: física, psicológica, social y emocional.
2. Registro de los datos en la Historia Clínica.
3. Evaluación del dolor y otros síntomas utilizando las diferentes escalas, detección de problemas sociales, emocionales, psicológicos y elaboración del diagnóstico de enfermería.
4. Planificación de acciones con el paciente, la familia o el equipo según orden de prioridades de las necesidades observadas o detectadas.
5. Ejecución de técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, cuidados de la piel y la boca, alimentación, eliminación, movilización y rehabilitación. Protocolo asistencial actualizado.
6. Provisión de medidas indicadas para el alivio del dolor y el sufrimiento preservando la dignidad de la persona enferma y favoreciendo su autoestima.
7. Aplicación de medicamentos indicados por vías de administración oral, rectal, subcutánea intermitente, según técnicas y procedimientos específicos, observación de efectos terapéuticos y de efectos adversos.
8. Colocación de agujas y catéteres parenterales SC y/o IV (según indicación médica) para administración de medicación o hidratación y manejo de los mismos; y prevención y detección precoz de eventuales complicaciones. Monitorización.
9. Administración de tratamientos no farmacológicos: curaciones simples, prevención y curación de escaras, administración de enemas, resolución de fecalomas, manejo de sondas, catéteres, ostomías, etc.
10. Información y entrenamiento del paciente para preservar y estimular su autocuidado. Otorgar instructivos.
11. Entrenamiento a familia o entorno en cuidados generales: higiene, cuidados de la piel y la boca, movilización, manejo de sondas, ostomías, catéteres, administración de medicación por las distintas vías.



12. Brindar soporte emocional y acompañamiento adecuado al paciente y la familia en la etapa de agonía.
13. Solicitud y administración de recursos materiales necesarios para la implementación de los cuidados.
14. Evaluación de los resultados de los tratamientos implementados mediante la utilización de escalas numéricas, visuales análogas o categóricas.
15. Registro de todas las intervenciones o actividades realizadas.
16. Prevención de complicaciones y situaciones de riesgo en el área física.
17. Detección de situaciones de crisis en las áreas psico-social, orientando la consulta a otros profesionales.

#### 5.3.6. Área Psicológica

##### 5.3.6.1. Funciones del Área Psicológica:

1. Detectar necesidades, conductas y recursos emocionales adaptativos o no adaptativos del paciente, familia/entorno significativo considerando las distintas etapas evolutivas.
2. Preservar y estimular las funciones de autonomía y autocuidado del paciente y familia, manteniendo la autoestima.
3. Detectar dificultades en los roles, factores de riesgo y vulnerabilidad psicológicas de la UT.
4. Favorecer el esclarecimiento de procesos emocionales normales y esperados en estas circunstancias, deseos y temores ante la muerte, duelos normales en cada etapa de la enfermedad.
5. Detectar dificultades actuales o potenciales de comunicación entre paciente/familia/cuidador/equipo tratante.
6. Realizar diagnóstico diferencial y de niveles de ansiedad, depresión y otros trastornos psíquicos que dificulten la adaptación activa de la Unidad de Tratamiento a la situación de enfermedad.
7. Propiciar el alivio de los aspectos psicológicos del dolor.
8. Contener, prevenir y/o tratar a los familiares durante el proceso de duelo.
9. Contribuir al diagnóstico diferencial entre síntomas psíquicos reactivos y/o derivados de la enfermedad física o sus tratamientos.
10. Diagnosticar trastornos psicológicos que requieran de interconsulta o derivación a otro nivel.

### 5.3.6.2. Actividades del Área Psicológica:

1. Realización de entrevistas de diagnóstico psicológico del paciente, familia y/o entorno significativo. Registro de los datos en la historia clínica.
2. Programación de entrevistas familiares para favorecer la expresión de emociones y/o mecanismos defensivos normales, por ejemplo: ira, negación, miedo, tristeza, etc.
3. Realización de entrevistas individuales ante la detección de familiar en riesgo.
4. Evaluación de necesidad de interconsulta y/o derivación psiquiátrica en pacientes o familiares con trastornos que así lo requieran.
5. Realización de diagnóstico diferencial entre síntomas debidos al efecto fisiológico directo de una enfermedad médica y trastornos mentales que afectan el estado físico.
6. Realización de entrevistas de seguimiento psicológico y/o psicoterapia del paciente/familia y/o entorno significativo.
7. Realización de acciones de psico-profilaxis frente a procedimientos y/o tratamientos, cuando sea requerido.
8. Diagramación e implementación de intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de los aspectos emocionales que acompañan al dolor y otros síntomas.
9. Realización de entrevistas de esclarecimiento sobre aspectos de información al paciente y su familia, y prevención de claudicación familiar.
10. Implementación de planes de seguimiento del duelo a través de entrevistas familiares y/o individuales, y/o psico-terapéuticas (adultos, niños, adolescentes).
11. Realización de tareas informativas en áreas educacionales, laborales y otras relacionadas con el paciente y/o familia.
12. Detección de cambios y dificultades en los roles de los miembros de la familia y/o del cuidador.

### 5.3.7. Área de Trabajo Social

#### 5.3.7.1. Funciones del Área de Trabajo Social:

1. Evaluar el grado de impacto que produce la enfermedad en el paciente, familia y entorno significativo, con el fin de arribar al diagnóstico social.
2. Propiciar una adecuada comunicación con el paciente y su familia para unificar criterios y optimizar objetivos.

3. Incrementar la comunicación entre el paciente y la familia y éstos con el equipo tratante.
4. Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el autocuidado de la familia.
5. Orientar hacia la resolución de temas prácticos y complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y contactos con los recursos idóneos.
6. Identificar la necesidad de la incorporación de la figura del cuidador.
7. Supervisión de las tareas inherentes al cuidador.
8. Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.

#### 5.3.7.2. Actividades del Área de Trabajo Social:

1. Realización de entrevistas diagnósticas con el paciente, familia y/o entorno significativo. Registro en historia clínica.
2. Planificación de estrategias de abordaje para el tratamiento social.
3. Realización de entrevistas de seguimiento individual y familiar.
4. Realización de entrevistas complementarias en domicilio con fines de diagnóstico social.
5. Interconsultas y/o derivaciones ante disfunciones sociales no controlables en este nivel.
6. Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas (obtención de medicación, traslados, conexión con escuelas, orientación previsional, etc.).
7. Utilización de herramientas de registro y valoración de resultados.
8. Realización de entrevistas individuales o grupales de soporte social en duelo.

#### 5.3.8. Área de Terapia Ocupacional

##### 5.3.8.1. Funciones del Área de Terapia Ocupacional:

En relación al proceso de evaluación:

1. Evaluar el estado funcional del paciente en relación a las áreas del desempeño ocupacional: AVD; AIVD; Tiempo libre; Trabajo; Educación; Juego y Participación social.

2. Evaluar el perfil ocupacional, el impacto de la enfermedad y la presencia de déficit en las funciones y estructuras corporales. Detectar las restricciones/limitaciones y capacidades/fortalezas en relación a su perfil y patrones previos (ej: evaluar el impacto de los síntomas, de los déficit neurocognitivo, músculo esquelético, cardiovascular y/o neurológico en la vida cotidiana).
3. Evaluar los distintos contextos en los que se desempeña el paciente a fin de identificar posibles obstáculos que limiten dicho desempeño e impidan el proceso de adecuación a su condición.
4. Detectar necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia y/o entorno afectivo.
5. Valorar el grado de adecuación del paciente para el desempeño en las áreas ocupacionales.

En relación al proceso de intervención:

6. Establecer el plan terapéutico en conjunto con el paciente y su familia con un abordaje centrado en la persona.
7. Discutir y analizar junto con el equipo de CP las necesidades del paciente tendiente a establecer el plan terapéutico.
8. Motivar al paciente para el desempeño de sus ocupaciones en general; durante el proceso de adecuación al deterioro y ante los cambios funcionales.
9. Fomentar y mantener la autonomía del paciente: toma de decisiones, ejecución, desempeño y participación en ocupaciones significativas en las distintas áreas ocupacionales.
10. Estimular el desarrollo y/o adecuación de patrones desempeño ocupacional (hábitos, rutinas y roles) acorde a las necesidades e intereses del paciente.
11. Favorecer y mantener la autoestima y el estilo de vida del paciente.
12. Coordinar con los miembros del equipo profesional el proceso de rehabilitación acorde a diagnóstico, etapa/estadio y pronóstico de su enfermedad.
13. Asesorar, educar y/o favorecer la adecuación del paciente y su familia y/o entorno afectivo sobre los cuidados posturales, alivio de síntomas, pérdidas funcionales progresivas, capacidad funcional del paciente, asistencias necesarias, organización de rutinas, prevención de claudicación familiar, etc.
14. Promover un espacio terapéutico para la exploración, reconocimiento, elaboración, aceptación y expresión de roles, hábitos, valores, creencias e intereses de la Unidad de Tratamiento.
15. Asesorar y realizar modificaciones en los entornos donde se desempeña el paciente para optimizar sus capacidades, favorecer el desempeño ocupacional y/o la adecuación al proceso de deterioro y pérdidas de función en sus ocupaciones.

16. Reevaluar el plan terapéutico de acuerdo a las necesidades del paciente y su familia.

#### 5.3.8.2. Actividades del Área de Terapia Ocupacional:

En relación al proceso de evaluación:

1. Obtención de datos de la Historia Clínica y de la entrevista con el equipo profesional que atienden al paciente, sobre: antecedentes, estado actual de salud, tratamientos recibidos, pronóstico y plan terapéutico.
2. Entrevista al paciente y/o su familia con el objetivo de recabar datos sobre: dinámica familiar, necesidades, problemas, capacidades, fortalezas, preocupaciones, prioridades del paciente.
3. Perfil ocupacional: historia ocupacional, roles, hábitos, intereses.
4. Análisis de actuación ocupacional: problemas potenciales en el desempeño.
5. Valoración del estado funcional del paciente mediante el uso de diversos instrumentos, tales como:
  - Observación clínica del paciente durante actividades cotidianas reales o simuladas.
  - Toma de evaluaciones estandarizadas y cuestionarios para identificar la funcionalidad del paciente en las actividades cotidianas.
6. Implementación de instrumentos de medición específicos a fin de conocer el grado y la amplitud de las limitaciones y déficit del paciente en las habilidades, funciones y estructuras corporales que sostienen su desempeño ocupacional.
7. Realización de visitas de asesoramiento al domicilio, al puesto de trabajo y/o escuela, con el objetivo de evaluar la presencia de barreras ambientales.

En relación al proceso de intervención:

8. Realización de entrevistas regulares con el paciente y la familia a fin de acordar áreas de trabajo prioritarias en función de la evolución de la enfermedad, de las necesidades e intereses específicos del paciente y/o su familia.
9. Estimulación del interés y la motivación a través de los recursos y técnicas propias de la profesión.
10. Brindar soporte emocional al paciente y su familia y/o entorno afectivo.
11. Implementación de técnicas de resolución de problemas para la toma de decisiones.
12. Estimulación para el logro de un rol activo que incremente el sentido de control, en el paciente.

13. Estimular el desarrollo y/o adecuación de patrones de desempeño ocupacional acorde a las necesidades e intereses del paciente.

14. Asesoramiento, entrenamiento y promoción para el desempeño ocupacional y/o su adecuación de forma autónoma. Teniendo en cuenta las capacidades, intereses, prioridades y necesidades del paciente y su familia.

15. Estimulación del contacto, relaciones afectivas y actividades de participación social.

16. Promoción de la adecuación del paciente y su familia y/o entorno afectivo durante las diferentes etapas del proceso de deterioro y pérdidas funcionales, favoreciendo la elaboración de las mismas.

17. Confección, asesoramiento y entrenamiento en la utilización de equipamiento y adaptaciones, así como también educar en técnicas específicas a fin de optimizar y adecuar el desempeño ocupacional del paciente.

18. Asesoramiento en principios de simplificación del trabajo, conservación de la energía, manejo de la fatiga, estrés y ansiedad durante el desempeño de las actividades.

19. Realización de actividades significativas, propias de la subjetividad de la persona, a través del uso verbalizado, concreto y/o simulado.

20. Aplicación de intervenciones específicas del área de T.O en C.P a fin de estimular el desempeño ocupacional cuando este sea posible, favorecer el proceso de adecuación al deterioro y/o pérdidas funcionales que impactan en el desempeño de las ocupaciones del paciente:

20.1. Instrumentación de actividades para la estimulación de las funciones cerebrales superiores.

20.2. Instrumentación de actividades para recuperar, mantener y/o compensar las habilidades motoras y las funciones y estructuras neuromusculoesqueléticas que sustentan el desempeño ocupacional.

20.3. Confección de férulas para favorecer una adecuada funcionalidad, alivio del dolor y/o soporte estructural en el uso de los miembros superiores.

20.4. Prevención de complicaciones secundarias.

20.5. Promoción de medidas de confort y bienestar.

20.6. Asesoramiento, acompañamiento y facilitación del proceso de elaboración del paciente durante la progresiva pérdida funcional brindando estrategias para la adecuación y re-acomodación a la nueva situación.

20.7. Facilitación de la transición de roles con la familia y/o entorno afectivo.

20.8. Promoción de un espacio terapéutico para la exploración, reconocimiento, elaboración, aceptación y expresión de roles, hábitos, valores, creencias e intereses de la Unidad de Tratamiento, implementando intervenciones lingüísticas y no lingüísticas.

21. Asesoramiento acerca de modificaciones ambientales y modulación del ambiente a los fines de optimizar el desempeño ocupacional del paciente.

22. Asesoramiento y educación a la familia y/o entorno afectivo sobre la asistencia adecuada del paciente, ergonomía y prevención de claudicación familiar.

23. Promoción de la readecuación a la vida diaria y redefinición de objetivos a través de actividades que generen logro, satisfacción, sentido de propósito y permanencia al familiar y/o entorno afectivo.

24. Detección de disfunciones en las áreas de desempeño ocupacional relacionadas con el proceso de duelo. Detección de duelo patológico.

25. Seguimiento de duelo, en relación a las áreas de desempeño ocupacional del familiar y/o entorno afectivo. Acompañarlos y facilitar el proceso de reconstrucción de un proyecto de vida significativo.

26. Realización de reevaluaciones periódicas del plan terapéutico.

27. Realización de interconsultas a otros profesionales.

28. Registro de datos en la historia clínica: evaluación/reevaluaciones, plan terapéutico y su proceso, resultados y realización de epicrisis.

#### 5.4. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

##### 5.4.1. General

- Brindar asistencia a los pacientes con criterio de Cuidados Paliativos.
- Favorecer reuniones regulares interdisciplinarias.
- Asistir a ateneos interhospitalarios: opcional recomendado.
- Realizar interconsultas y/o derivaciones con notas de referencia y solicitando notas de contrarreferencia.
- Registrar datos de documentación específica y de consentimiento informado.

##### 5.4.2. Interconsultas o Derivaciones entre Niveles

Cuando por la complejidad de la situación o por falta de recursos (humanos, materiales, institucionales, etc.), no es posible brindar una asistencia apropiada al paciente y/o su familia, se realiza interconsulta y/o derivación a otras especialidades o equipos del nivel 2 ó 3.

### 5.4.3. Motivos de Interconsulta y/o derivación

#### 5.4.3.1. Área Médica y de Enfermería:

- El paciente tiene síntomas de intensidad moderada o severa (ej. valores de EVA o EN de dolor, náuseas, vómitos, etc., mayor de 5 de manera persistente a pesar de los tratamientos instituidos).
- Intervenciones o actividades de Enfermería de mayor complejidad, de acuerdo a las necesidades y grado de dependencia del paciente, a los niveles de riesgo reales y/o potenciales y a las características propias de cada condición clínica (ej. cuidados de enfermería continuos, utilización de dispositivos para administración fármacos).
- El paciente está en una emergencia médica no tratable con los recursos del nivel I. Entre ellos por ejemplo:

1. Compresión medular.
2. Síndrome convulsivo recurrente.
3. Disnea severa.
4. Crisis aguda de dolor (ej. fractura patológica, neumotórax, abdomen agudo, etc.).
5. Hemorragia masiva.
6. Delirium (síndrome confusional agudo).
7. Síndrome vena cava superior.
8. Síndrome de hipertensión endocraneana.
9. Urgencias metabólicas (Ej. hipercalcemia).

#### 5.4.3.2. Área psico-social:

1. No resolución de situaciones de sufrimiento psicológico severo (ansiedad, depresión, ideación suicida, etc.)
2. Indicadores de trastornos psicológicos severos en algún miembro de la Unidad de Tratamiento no pasibles de ser tratados con los recursos del nivel 1.
3. Antecedentes psiquiátricos previos de grado moderado o severo (según DSM IV) asociados a depresión, ansiedad u otros síntomas psicológicos o físicos de difícil control.
4. Situaciones de emergencia o urgencia psico-social en Cuidados Paliativos:



- Ideación suicida con o sin depresión o trastorno bipolar.
- Ataques de pánico.
- Claudicación familiar instalada: miembros de la familia incapacitados para cubrir las necesidades del enfermo.
- Abandono del paciente por parte de la familia o entorno significativo.
- Demanda persistente de eutanasia y/o suicidio asistido.

#### 5. Situaciones de disfunción familiar:

- Ausencia de cuidadores por limitaciones físicas o psíquicas.
- Presencia de más de un enfermo en el núcleo de convivencia.
- Riesgo de claudicación familiar.
- Violencia familiar, alcoholismo, drogadicción, etc.

#### 6. Falta de recursos socioeconómicos.

#### 7. Presencia de signos de duelo patológico.

#### 8. Obstáculos relevantes en la comunicación: paciente, familia, equipo tratante.

#### 5.4.3.3. Área de Terapia Ocupacional:

- El paciente presenta dificultad en su desempeño ocupacional: AVD (Actividades de la Vida Diaria); AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria); tiempo libre; trabajo; educación; juego y/o participación social o no lo hace en los estándares de rendimiento previos.
- El paciente presenta dificultades para el desempeño comunitario.
- El paciente presenta síntomas físicos, emocionales, sociales y/o espirituales que impactan en sus actividades cotidianas y/o sentido de bienestar.
- El paciente presenta riesgo de desarrollar úlceras por presión, contracturas y desacondicionamiento por inmovilidad prolongada.
- Si el paciente presenta:

Déficit músculo esquelético - cardiovascular y /o neurológico. Limitación de las habilidades motoras, sensoriales, cognitivas y de comunicación que interfieran en el desempeño ocupacional. Alteración y/o pérdida de la motivación, autoestima y estilo de vida.

Dificultad en la adecuación a su estado funcional. Desorganización / interrupción de su rutina diaria.

- El paciente requiere uso de equipamiento personal o ambiental, ayudas técnicas para facilitar la realización de actividades y/o prevenir complicaciones secundarias.

- La Unidad de Tratamiento requiere información sobre el estado y pronóstico funcional.

- El familiar o entorno afectivo requiere asesoramiento y entrenamiento sobre:

- La asistencia / cuidados adecuados al paciente.

- Ergonomía.

- Organización de su propia rutina.

- El familiar o entorno afectivo en período de duelo requiere soporte en relación a sus áreas ocupacionales.

#### 5.4.4. Notas de contra-referencia

1. Resumen de Historia Clínica: diagnóstico, tratamientos efectuados, efectos secundarios, respuesta esperada y obtenida.

2. Sugerencias terapéuticas y sus fundamentos.

3. Datos del Servicio o Unidad de C.P. para nuevas consultas donde consten: teléfono, FAX y/o e-mail, dirección y horarios de consulta.

#### 5.5. DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

##### 5.5.1. Historia clínica

- Nombre y apellido

- Datos demográficos y psico-sociales:

Nacionalidad

Edad

Sexo

Estado civil

Domicilio

Religión

Cobertura social

Genograma

Datos de cuidadores (principal y otros)

Datos de vivienda

Aspectos económicos: recursos y redes internas (familia ampliada) y externas.

Roles familiares: dinámica y cambios. Tipo de comunicación familiar. Relaciones sociales. Conocimiento de enfermedad y pronóstico por el paciente y la familia.

- Espiritualidad: soporte existente y deseado.
- Datos filiatorios de otras personas que asisten al paciente.
- Diagnóstico, estadificación de patología.
- Tratamiento específico recibido, tolerancia al mismo y respuesta.
- Evaluación global de sufrimiento (física, psicológica, social y espiritual).
- Valoración del estado de la piel y la boca, ritmo evacuatorio intestinal y urinario, grado de dependencia del paciente con relación a la alimentación, eliminación y locomoción.
- Valoración de síntomas físicos (dolor, náuseas, vómitos, insomnio, etc.) y psicológicos.
- Valoración de alivio de dolor y otros síntomas (opcional recomendado).
- Registro de tratamientos.
- Registro de seguimiento de duelo.

5.5.2. Instrumentos de Registro recomendados:

1. Termómetro de Sufrimiento del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (J. Holland y col.)
2. Escalas numéricas y visuales analógicas para intensidad de síntomas y su alivio o categóricas si no hay comprensión de las anteriores. Ejemplo: Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton.

3. Escalas para niños: escala de las caritas; colorimétrica de Eland, escala del Instituto Gustave Roussy (Francia) para valoración de dolor en lactantes y niños en etapa no verbal.

## 5.6. PLANTA FÍSICA

Los pacientes podrán ser atendidos en diferentes marcos asistenciales que cuenten con la habilitación sanitaria correspondiente a cada jurisdicción:

- Institucional con internación, Clínica, Sanatorio, Hospital, etc.
- Institucional sin internación, consultorios externos, Hospital de Día, Centros de Atención Primaria, Centro Médico, etc.
- No Institucional: consultorio de cualquier profesional del equipo funcional.
- Domicilio del paciente.

La planta física debe garantizar, en cualquiera de los diferentes marcos asistenciales referidos, un espacio que asegure la privacidad necesaria para la atención de la Unidad de Tratamiento.

### 5.6.1. Requerimientos para la atención paliativa domiciliaria:

Para la admisión de un programa de cuidados paliativos domiciliarios, deben garantizarse algunos pasos que reduzcan los riesgos de mal cuidado en el hogar, claudicación familiar o insuficiente seguridad. A tal fin, son requisitos para esa admisión:

1. Contar con resumen de historia clínica previa/internación previa, con datos completos sobre la/s enfermedad/es crónicas subyacentes, su estadio, pronóstico y terapéuticas realizadas, toxicidad de las mismas así como información y recomendaciones de los profesionales especialistas responsables.
2. Conformidad del paciente para su cuidado en el hogar, de modo escrito y con la descripción del alcance de las prestaciones y servicios disponibles.
3. Conformidad del grupo familiar conviviente, brindada a través de quien se identifique como “cuidador principal”.
4. Presencia permanente de un cuidador (familiar o no) las 24 horas del día en hogar para aquellos pacientes con estado funcional 3 o 4 de la escala ECOG.
5. Evaluación y gestión de la provisión de requerimientos especiales tales como: equipos de oxigenoterapia, ventilación mecánica, bombas de infusión de medicamentos o alimentos, cama ortopédica, colchón de aire, personal de enfermería, médicos y especialistas necesarios, kinesiología, fonoaudiología, etc.

Se adjunta en el Anexo II la Guía de Equipamiento y Productos Médicos y la Ficha de evaluación de seguridad en el hogar.

#### 5.6.2. Equipamiento:

Se requieren de los siguientes recursos materiales: cama, camilla, silla o sillón adaptados a las necesidades físicas de los enfermos.

En caso de utilizar institución de apoyo (para interconsultas o internación: los elementos con que cuenta el establecimiento de apoyo.

Equipamiento opcional recomendado para su atención domiciliaria: cama ortopédica, silla de ruedas, aspirador, colchones antiescaras: de agua o de aire, silla sanitaria, etc., solicitado donde corresponda según la cobertura del paciente (puede ser de obras sociales, prepagos o sistema público).

### 6. NIVEL II

#### 6.1. Definición:

Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo, con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1.

#### 6.2. Objetivos Específicos:

A los de nivel 1 se agregan:

1. Resolución de las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsulta y/o derivación a este nivel desde el nivel 1.
2. Implementación de estrategias de intervención en las diferentes áreas para situaciones no resueltas en el nivel
3. Creación de espacios de comunicación para el paciente, la familia y el equipo de aspectos relacionados con la etapa final de la vida (últimos días o últimas horas).
4. Facilitación de recursos para favorecer la adaptación a situaciones de conflicto psico-sociales de mayor complejidad.
5. Prevención del síndrome de desgaste profesional.
6. Seguimiento de duelo y asistencia de duelo patológico.
7. Promoción de cuidados en domicilio.

8. Promoción de condiciones adecuadas destinadas a posibilitar el fallecimiento en domicilio cuando la Unidad de Tratamiento así lo requiera.

### 6.3. RECURSOS HUMANOS

El nivel 2 requiere la presencia de un equipo básico identificable y consolidado. Este se encuentra constituido como mínimo por un médico capacitado en Cuidados Paliativos y otros profesionales de enfermería, psicología, trabajadores sociales, con una formación básica en C.P. -conocimientos, actitudes y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación- y dedicación exclusiva o semiexclusiva.

La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o recertificada por la autoridad competente.

Se debe contar con ministros de fe y/o asesores espirituales disponibles. Un equipo de voluntarios (previa selección y entrenamiento adecuados), y una secretaria son un opcional recomendado.

Los profesionales del equipo básico consolidado cuentan con los mismos servicios e instituciones de apoyo del nivel 1, así como con consultores estables: clínicos, cirujanos, bioeticista, etc.

6.3.1. Coordinador o Jefe de Servicio: Profesional de la salud que acredite conocimiento y experiencia demostrable en Cuidados Paliativos, con experiencia demostrable de 3 años en la práctica de cuidados paliativos.

Funciones del Coordinador o Jefe:

A las referidas en el nivel 1, se le agregan:

1. Garantizar la existencia de los recursos necesarios (material, físicos y humanos).
2. Promover la atención paliativa domiciliaria mientras sea posible, identificando de modo proactivo las necesidades de la UT que permitan el fallecimiento en domicilio.
3. Articular la comunicación apropiada entre los diferentes prestadores involucrados en el cuidado.

6.3.2. Funciones Comunes a todo el equipo:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Elaborar y/o utilizar material de capacitación (escrito u audiovisual) para la UT.
2. Implementar estrategias para resolver las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsulta y/o derivación a este nivel desde el nivel 1.
3. Trabajar en forma interdisciplinaria en la toma de decisiones de situaciones clínicas dilemáticas.

4. Realizar reuniones familiares y/o multifamiliares de esclarecimiento y apoyo emocional.
5. Realizar seguimiento de evaluación telefónico.
6. Realizar actividades preventivas de síndrome de desgaste profesional.
7. Realizar evaluación de resultados y de costos.
8. Realizar evaluación de calidad de atención.

#### 6.3.3. Actividades Comunes a todo el equipo:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Elaboración de material de capacitación profesional y para la unidad terapéutica (paciente y familia) tanto escrito como audiovisual.
2. Implementar las estrategias de resolución de las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsultas y/o derivación desde el nivel 1 o de otras especialidades que así lo requieran.
3. Utilización de escalas de evaluación en forma regular para la detección y prevención de síndrome de desgaste profesional.
4. Realización de reuniones interdisciplinarias en la toma de decisiones de situaciones clínicas dilemáticas.
5. Promoción y realización de reuniones familiares y/o multifamiliares de información, educación (planificación de alta, capacitación en los cuidados, etc.) y apoyo.
6. Provisión de información, capacitación y docencia al nivel 1, a otros profesionales y/o a la unidad terapéutica.

#### 6.3.4. Área Médica

##### 6.3.4.1. Funciones del Área Médica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Prescribir tratamientos farmacológicos de segunda o tercera línea (uso de fármacos con diferente mecanismo de acción o asociaciones de fármacos) ante la falla de los anteriores para realizar control del dolor y otros síntomas.
2. Indicar las interconsultas para realizar tratamientos invasivos cuando éstos estén justificados (ej. gastronomías, bloqueos antálgicos, etc.).

3. Utilizar de dispositivos de infusión en los casos en que la administración de medicamentos no pueda realizarse de una forma más simple (ej. Por vía oral, rectal o subcutáneas intermitente).

4. Indicar las interconsultas con los profesionales de las distintas áreas de apoyo radioterapeutas, oncólogos, cirujanos, etc.

#### 6.3.4.2. Actividades del Área Médica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Provisión de información sobre objetivos terapéuticos de este nivel de atención.

2. Provisión de información y capacitación a la unidad de atención sobre la utilización de los distintos dispositivos de infusión.

3. Realización de reuniones de la familia/entorno significativo para lograr los distintos objetivos propuestos: información, capacitación y apoyo de la unidad terapéutica para favorecer la prevención y resolución de crisis y la prevención de duelo patológico.

4. Indicación de tratamientos para control de síntomas que no hayan sido aliviados con otros ya implementados.

#### 6.3.5. Área de Enfermería

##### 6.3.5.1. Funciones del Área de Enfermería:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Administrar las medidas indicadas de tratamiento farmacológico y no farmacológico de mediana complejidad.

2. Promocionar la atención domiciliaria a través de la provisión de recursos humanos y materiales y la capacitación de la familia para llevar a cabo los cuidados.

3. Supervisar la implementación de la terapéutica en domicilio a través del seguimiento directo o indirecto.

4. Detectar situaciones de crisis relacionadas con el proceso de duelo.

##### 6.3.5.2. Actividades del Área de Enfermería: A los de nivel 1 se agregan:

1. Colaboración en la realización de procedimientos invasivos con finalidad terapéutica: ostomías de alimentación o descarga, colocación de sondas de alimentación o drenaje, bloqueos antálgicos, etc.



2. Aplicación de los medicamentos indicados por vía de administración parenteral continua (SC, EV), según técnicas y procedimientos específicos, control de dosis y frecuencia, observación de efectos terapéuticos y prevención de efectos adversos.

3. Colocación y manejo de jeringas a batería y dispositivos de infusión continua utilizados para la administración de medicación o hidratación por vía parenteral (SC, EV).

4. Administración de tratamientos no farmacológicos: curaciones complejas de escaras grado IV y heridas de gran tamaño o complicadas con infecciones, manejo de linfedema, uso de colchón de aire/agua, kinesia respiratoria, rehabilitación locomotriz, manejo de sistemas de alimentación enteral y parenteral, etc.

5. Asesoramiento de cuidados específicos en pacientes con tratamientos oncológicos (quimioterapia o radioterapia) con finalidad paliativa.

6. Planificación del alta y seguimiento domiciliario: información y entrenamiento a la familia y entorno para la administración de los cuidados generales en domicilio, supervisión programada a través de la visita o el contacto telefónico.

#### 6.3.6. Área Psicológica

##### 6.3.6.1. Funciones del Área Psicológica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Diagnosticar las situaciones de sufrimiento psicológico severo persistente por causas infra-psíquicas y/o vinculares.

2. Implementar estrategias psicoterapéuticas breves y focalizadas.

3. Realizar intervenciones psicoterapéuticas para obtener un nivel de reorganización de la dinámica familiar.

4. Diagnosticar y tratar en niños y adolescentes, los trastornos de conducta y/o aprendizaje vinculados con la enfermedad física y/o su repercusión emocional.

##### 6.3.6.2. Actividades del Área Psicológica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Detección y evaluación de familiares en riesgo y/o con antecedentes psiquiátricos y/o en situación de claudicación.

2. Entrevistas familiares focalizadas en la resolución de conflictos preexistentes a la enfermedad para la prevención de situaciones de abandono o claudicación familiar.

3. Entrevistas psicoterapéuticas con inclusión de uno o más miembros del equipo tratante.

4. Terapia de duelo para niños, adolescentes y adultos.

### 6.3.7. Área de Trabajo Social

#### 6.3.7.1. Funciones del Área de Trabajo Social:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Identificar factores que favorezcan la claudicación familiar.
2. Planificar estrategias que reduzcan los episodios de claudicación.
3. Detectar conductas disfuncionales de la Unidad de Tratamiento.
4. Asesorar en todos aquellos aspectos que se consideren necesarios para conseguir una adecuada evolución del proceso de duelo.
5. Articular aquellos recursos sociales, tanto públicos como privados que disponga la comunidad y de los que se pueda beneficiar tanto el paciente como su familia.
6. Intervenir en los obstáculos comunicacionales que dificultan el adecuado desenvolvimiento del proceso de enfermedad.
7. Capacitar y coordinar al voluntariado con el fin de colaborar en las tareas inherentes al cuidado específico del paciente y aliviar a la familia en tareas prácticas.

#### 6.3.7.2. Actividades Área de Trabajo Social:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Realización de entrevistas con el objetivo de detectar factores que puedan determinar claudicación familiar.
2. Intervenciones familiares destinadas a disminuir o neutralizar los síntomas de claudicación instalados.
3. Realización de entrevistas familiares, destinadas a:
  - reducir los efectos negativos de las dificultades de la comunicación (conspiración de silencio, etc.).
  - expresar emociones y preocupaciones propias del proceso de duelo luego del fallecimiento del paciente.
  - detectar y derivar los casos de duelo patológico.

4. Atención de los problemas prácticos luego del fallecimiento del paciente (traslado del cuerpo, entierro, velatorio, documentación específica).
5. Elaboración de la carta de condolencia y/o contacto telefónico post fallecimiento del paciente.
6. Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas.
7. Capacitación y coordinación de las actividades del voluntariado.
8. Coordinación de actividades de la red de soporte social necesarias para optimizar el tratamiento indicado (escuela, lugar de trabajo, etc.).

#### 6.3.8. Área de Terapia Ocupacional

##### 6.3.8.1. Funciones del Área de Terapia Ocupacional:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Reevaluar el plan terapéutico, intervenciones realizadas y resultados.
2. Reevaluar los distintos entornos en los que se desempeña el paciente para identificar posibles obstáculos que limiten el desempeño, impidan el proceso de adecuación a su condición y/o generen estrés al paciente y su familia y/o entorno afectivo.
3. Valorar la presencia de limitaciones en las habilidades de desempeño ocupacional y grado de adecuación del paciente en relación a las demandas de las actividades/ocupaciones que sean fuente de sufrimiento.
4. Implementar intervenciones específicas destinadas a prevenir, mantener y mejorar los déficit neurocognitivo, músculo esquelético, cardiovascular y/o neurológico así como también entrenar para el uso de destrezas compensatorias y para el alivio de síntomas que impacten en la cotidianeidad del paciente y su familia y/o entorno afectivo, que fuesen necesarias y no hayan sido aplicadas anteriormente.
5. Propiciar la atención domiciliaria a través de la provisión de equipamiento ambiental y personal adecuado.
6. Asesorar, educar y favorecer el proceso de adecuación de la familia y/o entorno afectivo en relación a la capacidad funcional del paciente, cuidados y asistencias necesarias y adecuadas, organización de rutinas, prevención de claudicación familiar, pérdidas funcionales progresivas, etc.
7. Detectar indicadores de crisis relacionados con el proceso de duelo, claudicación familiar y síndrome de desgaste profesional.

8. Intervenir a través del uso de las actividades para favorecer el proceso de duelo, en lo que respecta a la organización, desempeño y redefinición de las áreas ocupacionales.

9. Prevenir y/o disminuir los episodios y efectos de la claudicación familiar.

10. Intervenir a través del uso de actividades/acciones de prevención y tratamiento del síndrome de desgaste profesional.

11. Realizar interconsultas con otros profesionales del equipo de salud según requiera la Unidad de Tratamiento.

#### 6.3.8.2. Actividades del Área de Terapia Ocupacional

1. Adaptación del plan terapéutico a los requerimientos de este nivel de atención, utilizando como siempre un abordaje centrado en la persona.

2. Provisión de material escrito sobre información, asesoramiento y educación del paciente y su familia y/o entorno afectivo (ej. principios de conservación de energía, simplificación del trabajo, ejercicios funcionales, etc.).

3. Participación y/o realización de reuniones familiares según necesidad del plan terapéutico.

4. Utilización de otros recursos terapéuticos para el alivio de síntomas y/o necesidades, que no hayan mejorado con intervenciones ya realizadas.

5. Asesoramiento y sugerencia de uso de equipamiento personal y/o ambiental que favorezca el cuidado del paciente y su familia y/o entorno afectivo.

6. Educación y asesoramiento a la familia y/o entorno afectivo sobre los cuidados adecuados y necesarios según plan terapéutico.

7. Realización de intervenciones que faciliten el proceso de duelo.

8. Implementación de estrategias que disminuyan los episodios de claudicación familiar y optimicen los cuidados del paciente.

9. Implementación de acciones de prevención y/o tratamiento del síndrome de desgaste profesional.

10. Realización de interconsultas a otros profesionales, ante la detección de indicadores de duelo patológico, riesgo de vida del paciente o miembro de la familia y/o entorno afectivo, claudicación familiar, síndrome de desgaste profesional, etc.

#### 6.4. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

##### 6.4.1. General

Los equipos en este nivel asisten a pacientes de un mayor nivel de riesgo y brindan una asistencia integral permanente. Los miembros del equipo tienen consenso interno, es decir, cuentan con un proyecto de servicio consensuado y comparten una misma filosofía asistencial.

Ellos realizan las siguientes actividades:

- Reuniones interdisciplinarias regulares y obligatorias con distintos objetivos:
- Organización,
- Planificación de toma de decisiones,
- Ateneos clínicos,
- Docencia interna (ej. destinada a la difusión de los Cuidados Paliativos y al uso adecuado de los opioides, etc.),
- Utilización de notas de contra-referencia.

Como actividades opcionales recomendadas se sugieren:

- Participación en ateneos interhospitalarios y en comités de Ética.
- Realización de investigación epidemiológica y clínica.
- Supervisión de los aspectos psicológicos del equipo con un profesional formado en esos temas, con el objetivo de evitar el síndrome de desgaste profesional.

#### 6.4.2. Interconsultas o Derivaciones entre Niveles:

Cuando por la complejidad de la situación o por falta de recursos (humanos, materiales, institucionales, etc.), no es posible brindar una asistencia apropiada al paciente y/o su familia, se realiza interconsulta y/o derivación a otras especialidades o equipos del nivel 3.

#### 6.4.3. Motivos de Interconsulta y/o derivación: Idem Nivel 1 (5.4.3)

#### 6.4.4. Notas de contra-referencia: Idem Nivel 1 (5.4.4)

#### 6.4.5. Documentación Específica

##### 6.4.5.1. Historia clínica:

A la de nivel 1 se agregan:

- Valoración de Performance Status.

- Evaluación de funciones cognitivas sistemática con algún test validado.
- Ficha de dolor que incluya: un diagrama del cuerpo humano con dermatomas para marcar localización, irradiación; etiología, mecanismos, características, tiempo de evolución, grado de repercusión en actividades de la vida cotidiana o psiquismo. Registro de factores de pronóstico de alivio del dolor y de factores limitantes del buen control del dolor.
- Registro de tratamiento: tipo, vías y dosis utilizadas.
- Evaluación de control en pacientes no conscientes o no colaboradores.
- Valoración de alivio.
- Valoración del tipo y grado de claudicación familiar.
- Registro del potencial asistencial de la familia.
- Registro de conductas disfuncionales de la Unidad de Tratamiento.
- Registro de tipo de disfunciones en la comunicación.
- Registro y coordinación de las actividades del voluntariado. Utilización de escalas de evaluación de ansiedad y depresión, de preferencia validadas.
- Registro de los trastornos de la salud mental según clasificaciones internacionales vigentes.
- Registro de la dinámica emocional en el genograma.
- Registro de síndrome de agotamiento profesional.
- Registro de tratamiento psico-social.
- Registro de la entrevista domiciliaria con valoración de situación social y familiar, aislamiento social, roles y participación familiar.
- Condiciones habitacionales.
- Accesibilidad y barreras arquitectónicas.
- Opcional recomendado: medidas de control de calidad.

#### 6.4.5.2. Instrumentos de evaluación y registro recomendados:

A los de nivel 1 se agregan:

- ECOG, Karnofsky u otros para Performance Status.

- Mini-mental test de Folstein para funciones cognitivas.
- Sistema de Estadificación de Edmonton para factores pronósticos de alivio en el control del dolor.
- Escala de evaluación de confort en pacientes no conscientes o no colaboradores de Edmonton.
- Hospital Anxiety and Depression Scale.
- DSM IV o CIE 10.
- Escala de Maslach para síndrome de agotamiento profesional.

## 6.5. PLANTA FÍSICA:

A la de nivel 1 se agrega:

- En internación, un área específica identificable para C.P. y con un espacio privado para reuniones de equipo y con familias.
- Camas disponibles en su institución o en una institución de apoyo.
- Consultorios externos, hospitales de día y servicios de internación.

El espacio en cualquiera de ellos debe asegurar la privacidad necesaria para la atención de la Unidad de Tratamiento. Debe tener confort parecido al del domicilio.

### 6.5.1. Equipamiento:

Al de nivel 1 se agrega:

- Medios que garanticen la comunicación eficaz en forma de red con otros servicios que soliciten consejos o interconsultas (teléfono, fax, internet, celular, etc.).
- Computadora, impresora y base de datos.
- Dispositivos de infusión intermitente o continua de fármacos.
- Oxímetro de pulso (opcional).

## 7. NIVEL III

### 7.1. Definición:

Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo, con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales

con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1 ni 2.

## 7.2. Objetivos Específicos:

A los del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Disponibilidad de un equipo interdisciplinario que garantice la atención de pacientes, familia y/o entorno significativo con sufrimiento máximo.
2. Implementación de programas asistenciales de máxima complejidad en C.P. adaptados a las necesidades (mayor disponibilidad de recursos humanos, procedimientos invasivos, colocación de stents o endoprótesis, utilización de dispositivos de infusión).
3. Promoción de internaciones del paciente para recuperación familiar en caso de claudicación inminente o instalada.
4. Promoción y realización de actividades de capacitación interna y externa.
5. Realización de trabajos de investigación en las diferentes áreas.
6. Disponibilidad como equipo de interconsulta de otros niveles y otras especialidades.

## 7.3. RECURSOS HUMANOS

Está formado por el equipo capacitado en Cuidados Paliativos, con conocimientos, actitudes, y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación, y que debe incluir como mínimo 4 disciplinas (medicina, enfermería, psicología y trabajo social).

La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente.

Contará con secretaría y los servicios e instituciones de apoyo y consultores estables que posee el nivel 2.

Los voluntarios (previa selección y entrenamiento adecuados) son un recurso humano opcional altamente recomendado.

7.3.1. Coordinador o Jefe de Servicio: Profesional de la salud que acredite conocimiento y experiencia demostrable en Cuidados Paliativos, con experiencia demostrable de 5 años en la práctica de cuidados paliativos.

Funciones del coordinador o Jefe:

A las referidas en el nivel 1 y 2 se suman:



1. Coordinar actividades de educación interna y externas sistemáticas.
2. Desarrollar habilidades en gestión a fin de optimizar la obtención y cuidado de los recursos.

#### 7.3.2. Funciones comunes a todo el equipo:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Brindar servicios de interconsulta a otros niveles de C P. y/u otras especialidades.
2. Responder consultas, capacitar y promover recomendaciones sobre aspectos éticos en el final de la vida.
3. Brindar asesoramiento en Cuidados Paliativos a organizaciones socio sanitarias gubernamentales y no gubernamentales.
4. Realizar acciones de capacitación y docencia incidental y sistematizada, interna y externa en Cuidados Paliativos.
5. Desarrollar protocolos de investigación científica en las distintas áreas.
6. Realizar evaluación de calidad de atención.

#### 7.3.3. Actividades comunes a todo el equipo:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Realización de interconsultas con otros niveles de C.P y/u otras especialidades.
2. Producción de recomendaciones sobre aspectos éticos en el final de la vida.
3. Realización de cursos, seminarios, rotaciones y/o becas de perfeccionamiento para profesionales del equipo de salud, voluntarios y personas de la comunidad.
4. Implementación de protocolos de investigación científica en las distintas áreas.
5. Evaluación de calidad de atención.

#### 7.3.4. Área Médica

##### 7.3.4.1. Funciones del Área Médica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Brindar tratamientos que no estén disponibles o accesibles en los niveles 1 y 2 por falta de recursos (materiales, humanos, etc.) (ej.: rotación o cambio de opioides etc.).

2. Realizar monitoreo intenso de opioides o drogas utilizadas en dispositivos de infusión en síntomas de difícil control.
3. Indicar interconsultas para realizar procedimientos invasivos anestésicos (ej.: colocación de catéteres raquídeos o ventriculares) o neuroquirúrgicos (ej. Cordotomías, etc.) para alivio del dolor.
4. Indicar interconsultas para la colocación de stents o endoprótesis.
5. Indicar internación para asegurar el acceso a tratamientos (ej. por presentar dificultades socioeconómicas que harían imposible su cumplimiento, o por complicaciones, o por los traslados reiterados, etc.).
6. Brindar la posibilidad a pacientes de ingresar a un protocolo de investigación en C.P.

#### 7.3.4.2. Actividades del Área Médica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Implementación de tratamientos que no estén disponibles o accesibles en los niveles 1 y 2 por falta de recursos (materiales, humanos, etc.) (Ej.: rotación o cambio de opioides, etc.).
2. Implementación de un plan terapéutico adaptado a las necesidades del final de la vida de pacientes y/o familias con situaciones de máxima complejidad en aspectos físicos, psicológicos, sociales o espirituales.
3. Realización de acciones de monitoreo de drogas de más difícil manejo (ej. metadona, fentanilo, etc.) o administradas en dispositivos de infusión continua o intermitente.
4. Indicación de interconsultas para la realización de procedimientos anestésicos de alta complejidad y/o colocación de stents o endoprótesis.
5. Internación para realizar control de síntomas o posibilitar un período de recuperación familiar.
6. Realización de estudios de investigación en C.P.
7. Ejecución de acciones de docencia y capacitación (conferencias, cursos, rotaciones, becas, etc.).

#### 7.3.5. Área de Enfermería

##### 7.3.5.1. Funciones del Área de Enfermería:

A las de nivel 1 y 2 se agregan:

1. Administrar medidas indicadas de tratamiento farmacológico y no farmacológico de alta complejidad.

2. Implementar programas de capacitación en Cuidados Paliativos en pre-grado y post-grado de la Carrera de Enfermería.

#### 7.3.5.2. Actividades de Área de Enfermería:

A los objetivos del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Colaboración con otros profesionales en la realización de procedimientos invasivos anestésicos con finalidad terapéutica, si éstos así lo requirieran: colocación de catéteres raquídeos o ventriculares; o neuroquirúrgicos: cordotomías; neurolisis para alivio del dolor.

2. Manejo de catéteres y aplicación de medicamentos indicados por vía raquídea, según técnicas y procedimientos específicos, control de dosis y frecuencia, observación de efectos terapéuticos y prevención de efectos adversos.

3. Colocación y manejo de jeringas a batería y dispositivos de infusión continua utilizados para la administración de medicación por vía raquídea.

4. Colaboración con otros profesionales en la colocación de dispositivos con finalidad terapéutica: stents, endoprótesis, etc., si éstos así lo requirieran.

#### 7.3.6. Área Psicológica

##### 7.3.6.1. Funciones del Área Psicológica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Diseñar estrategias psico-terapéuticas específicas para pacientes con: descompensación psicológica aguda, ideación suicida, trastornos de personalidad graves (DSM IV grupos A, B y C).

2. Asistir a la familia en crisis de complejidad que no puedan ser resueltas en otros niveles, por ejemplo: ideación, suicida, conductas violentas, pedidos reiterados de eutanasia, etc.

3. Elaborar interdisciplinariamente distintas estrategias para pacientes que generan alto grado de conflicto dentro del equipo tratante y/o que obstaculizan los tratamientos.

4. Detectar y diferenciar en el paciente el deseo de morir de un pedido de eutanasia.

##### 7.3.6.2. Actividades del Área Psicológica:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Aumento de frecuencia de entrevistas psico-terapéuticas individuales y/o familiares.

2. Facilitación, coordinación y supervisión de la inclusión de otros recursos asistenciales y de dinámica grupal (ej.: terapia ocupacional, laborterapia, musicoterapia, reuniones multifamiliares, etc.).
3. Elaboración de expectativas, temores y duelos relacionados con el deseo de morir y con pedidos de eutanasia.
4. Atención psicoterapéutica de la familia con claudicación familiar instalada.
5. Asesoramiento en prevención y tratamiento del síndrome de desgaste profesional a otros equipos de Cuidados Paliativos.

### 7.3.7. Área de Trabajo Social

#### 7.3.7.1. Funciones del Área de Trabajo Social:

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Evaluar la necesidad de internación del paciente ante la crisis de claudicación familiar detectada.
2. Planificar e implementar intervenciones de tratamiento social en domicilio y/o en institución con el objetivo de contribuir a reorganizar la dinámica familiar.
3. Coordinar las actividades de soporte social para el eficaz cumplimiento del tratamiento.
4. Evaluar el tipo de problemática socioeconómica que dificulte el cumplimiento del tratamiento indicado.
5. Detectar y derivar aquellos pacientes y/o familias con trastornos psicológicos de riesgo.
6. Coordinar y supervisar acciones del voluntariado adecuadas a la complejidad de este nivel.

#### 7.3.7.2. Actividades del Área de Trabajo Social

A las del nivel 1 y 2 se agregan:

1. Realización de entrevistas con el objetivo de:
  - Diagnosticar las necesidades sociales que determinen la internación del paciente.
  - Efectuar soporte social a familias con pacientes que presenten trastornos psicológicos o psiquiátricos atendibles en este nivel.
2. Implementación de estrategias de intervención en caso de claudicación instalada con el objetivo de:
  - Propiciar la neutralización de la crisis.

- Favorecer la gradual re-implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Realizar tratamiento social domiciliario (trabajar en re-definición de roles, redistribución de tareas, visitas del voluntariado, conexión con la escuela, lugares de trabajo, etc.).

### 7.3.8. Área de Terapia Ocupacional

#### 7.3.8.1. Funciones del Área de Terapia Ocupacional

A las de nivel 1 y 2 se agregan:

1. Reevaluar los planes terapéuticos y resultados para redefinir el plan terapéutico.
2. Realizar seguimiento en Terapia Ocupacional en el caso de requerir internación en una institución.
3. Asistir al paciente y su familia y/o entorno afectivo en situaciones críticas.
4. Favorecer la elaboración de estrategias interdisciplinarias para el abordaje de situaciones críticas.
5. Realizar interconsultas con otros profesionales.
6. Implementar acciones de difusión - docencia y capacitación en Cuidados Paliativos.
7. Promover y realizar estudios de investigación.

#### 7.3.8.2. Actividades del Área de Terapia Ocupacional

1. Implementación del plan terapéutico de acuerdo a las necesidades del paciente y su familia y/o entorno afectivo, adaptado a los requerimientos de máxima complejidad en aspectos físicos, emocionales, sociales y/o espirituales.
2. Promoción de la asistencia del paciente y su familia/entorno afectivo en situaciones críticas y elaboración de estrategias interdisciplinarias.
3. Realización de interconsultas con otros profesionales.
4. Realización de acciones de difusión, docencia y capacitación en Cuidados Paliativos.
5. Realización de estudios de investigación en Cuidados Paliativos.

## 7.4. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

### 7.4.1. General:

Los equipos de este nivel realizan la atención de pacientes, familias y sus respectivos entornos afectivos con grado máximo de sufrimiento, de manera permanente.

Además del marco de funcionamiento del nivel 2, el equipo realiza las siguientes actividades:

- Acciones de docencia y capacitación interna y externa, universitaria y no universitaria.
- Participación ateneos interhospitalarios.
- Investigación epidemiológica y de investigación clínica.

#### 7.4.2. Documentación Específica

A la del nivel 2 se agregan:

- Valoración de resultados.
- Evaluación de satisfacción de familias con la asistencia.
- Valoración de calidad de vida.
- Control de calidad de atención.
- Registro de consumo de opioides y psicofármacos.

Instrumentos de registro: POS o STASS como escalas de valoración de resultados.

#### 7.5. PLANTA FÍSICA

Puede corresponder al domicilio del paciente o áreas de una institución con internación, que cuenta con consultorios externos, hospitales de día y servicios de internación.

La planta física puede incluir camas específicas de cuidados paliativos y/o camas que se encuentren en distintas salas de la institución de salud.

Cuenta con espacio para permanencia de familias, con baño y cocina (opcional).

- Sala de reunión.
- Consultorio propio.

Características de la planta física: un ambiente cálido, con privacidad, que semeje a un hogar más que a una unidad de hospitalización clásica.

##### 7.5.1. Equipamiento:

El mismo del nivel 2.

Los elementos incluyen todos con los que cuenta el establecimiento de apoyo. Por las necesidades de este tipo de pacientes, para su atención en institución y domiciliaria se necesitarán: cama ortopédica, silla de ruedas, aspirador, colchones antiescaras (de agua o de aire), silla sanitaria, oxígeno, dispositivos de infusión continua e intermitente (inyectores de Edmonton, jeringas apila, bombas de infusión), etc.

Para las actividades de docencia e investigación se debe tener: computadora con una base de datos, impresora, pizarras, elementos de soporte audiovisual propios o compartidos (retroproyector, proyector, etc.), entre otros.

## ANEXO II

### GUÍA DE EQUIPAMIENTO Y PRODUCTOS MÉDICOS

Requerimientos			
Sonda aliment.	Bomba infusión <input type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>	Catéter periférico
Caléter Central	ATB parenteral <input type="checkbox"/>	Oxígeno <input type="checkbox"/>	Ventilación Mec.
Gastrostomía	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	Colostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía
Nefrostomía	Traqueostomía <input type="checkbox"/>	Drenaje Biliar <input type="checkbox"/>	Curaciones
Equipos/Tratamiento			
Clinico	Infectología	Traumatología	Enfermería
Neurología	Cirugía	Palativos	Urología
Plástica	Cardiología	Psiquiatría	
Fonoaudiología		Lenguaje	Deglución
Kinesioterapia		Neuromuscular	Respiratoria
Intervención de Medicina Doméstica			
Indicación de Oxígeno:			
Indicación de transfusión:			
Detección alteración de laboratorio o solicitud de estudios que cambien conductas:			
Detección de intercurencias que cambien conductas:			
Detección de riesgo social		Corrección de apicrisis	

## Ficha de evaluación de la seguridad en el hogar

Paciente:

Enfermera/o:

Domicilio:

¿Es el domicilio que habitará el paciente cuando deambule? SI NO

Particular del paciente: SI NO

Hijos: SI NO

		SI	NO	N/R
Entrada	1.1 Buena iluminación general			
	1.2 Pasillos liberados (sin obstáculos en el camino)			
	1.3 Piso seguro (no resbaladizo, sin desniveles ni alfombra suelta)			
Comedor	2.1 Orden y limpieza			
	2.2 Buena iluminación General			
	2.3 Libre circulación (sin tapete, mesa ratona, muebles, cables)			
	2.4 Objetos de uso diario al alcance del paciente*			
	2.5 Piso seguro (no resbaladizo, sin desniveles)			
Baño	3.1 Orden y limpieza			
	3.2 Buena iluminación General			
	3.3 Libre circulación (recipiente de basura, banquetas)			
	3.4 Objetos de uso diario al alcance del paciente*			
	3.5 Inodoro elevado con apoya brazos			
	3.6 Espacio para ducha o duchador fuera de banadera			
	3.7 Pasamanos o barandas laterales			
	3.8 Piso seguro (con antideslizantes, sin desniveles)			



