



NACIONAL



RESOLUCION 643/2000
MINISTERIO DE SALUD (MS)

Salud pública -- Norma de organización y funcionamiento en cuidados paliativos -- Aprobación -
- Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Fecha de Emisión: 08/08/2000; Publicado en: Boletín Oficial 22/08/2000

VISTO el Expediente N° 1-2002-12939-99-1 del Registro del ex Ministerio de Salud y Acción Social, y

CONSIDERANDO:

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

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, 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 procedimientos de patología y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas 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 la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGIA CLINICA; FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA; ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS; FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA; ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA; ASOCIACION MEDICA ARGENTINA; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA; ASOCIACION DE PSICOLOGOS DE BUENOS AIRES; ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (PALLIUM).

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención

de su competencia.

Por ello:

EL MINISTRO

DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° - - Apruébase la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° - Incorpórase la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS que se aprueba en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3° - Difúndase a través de la Coordinación General del Programa la citada norma, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2° precedente.

Art. 4° - La norma que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observadas entrarán en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5° - En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente norma para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION 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.

Art. 6° - Agradecer a las entidades participantes ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGIA CLINICA;

FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA;
ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS;
FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA; ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA;
ASOCIACION MEDICA ARGENTINA; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA;
ASOCIACION DE PSICOLOGOS DE BUENOS AIRES y ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES (PALLIUM) por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Héctor J. Lombardo.

ANEXO

NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS.

INDICE

1. INTRODUCCION

- Definición de Area.

2. MARCO REFERENCIAL

3. OBJETIVOS GENERALES

4. CATEGORIZACION SEGUN NIVELES DE RIESGO DEL PACIENTE.

- Nivel I

Objetivos Específicos

Funciones

Actividades

Recursos Humanos

Marco Normativo de Funcionamiento

Planta Física

Equipamiento
- Nivel II
Objetivos Específicos
Funciones
Actividades
Recursos Humanos
Marco Normativo de Funcionamiento
Planta Física
Equipamiento
- Nivel III
Objetivos Específicos
Funciones
Actividades
Recursos Humanos
Marco Normativo de Funcionamiento
Planta Física
Equipamiento

5. GLOSARIO

NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS.

1. INTRODUCCION.

Definición de Area Asistencial.

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990 define:

"El Cuidado Paliativo es 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". Sus conceptos son aplicables desde etapas precoces de la evolución de la enfermedad.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, etc., potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

Comprende el conjunto de acciones médicas, de enfermería, psicológicas, sociales, espirituales, entre otros, que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

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

Un adecuado abordaje de estas situaciones implica un enfoque interdisciplinario, en el cual además del las

disciplinas mencionados anteriormente, son importantes también farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y otros agentes de salud.

Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos.

2. MARCO REFERENCIAL

Las presentes normas considerarán las disposiciones vigentes que orientan y regulan la administración y funcionamientos de los establecimientos de atención de la salud, a saber:

- Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución de la Secretaría de Salud 432/1992. Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 149/1993.

- Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con internación. Anexo de la resolución N° 282/1994.

- Ley del Ejercicio de la Enfermería N° 24004/1991. Decreto reglamentario 2497/93.

- Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23277/1985. Reglamentada por el decreto N° 905/1995.

- Ley del Ejercicio Profesional N° 17132/1968

- Ley del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social N° 23377. Reglamentado por el decreto N° 1568/1988.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Desde 1982 la OMS organizó e implementó un proyecto de alivio de 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 1990 en su informe 804, destaca como objetivos de los Cuidados Paliativos

Reafirmar la importancia de la vida, aún en la etapa terminal.

Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente.

Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.

Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible.

Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo.

Para el logro de estos objetivos propugna, en 1996, una estrategia cuyos componentes básicos son:

Políticas nacionales o estatales favorables al alivio del dolor del cáncer mediante apoyo oficial a las actividades de educación y disponibilidad de fármacos;

Programas educativos dirigidos al público, al personal de salud, a las autoridades de reglamentación, etc.;

Reforma de leyes y reglamentos para mejorar la disponibilidad de fármacos, especialmente de analgésicos opioides;

Mejora de la prescripción, la distribución, el despacho y la administración de medicamentos;

Políticas de gobierno: normas nacionales o estatales que destaquen la necesidad de aliviar el dolor crónico en el cáncer, y promover e implementar los Cuidados Paliativos.

Las medidas para llevarlo a cabo deben incluir:

La implementación de recursos específicos,

La mejora de la atención en los recursos ya existentes (atención primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia),

La formación de profesionales y,

La educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado.

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, incurable y 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. 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.

6. Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.

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.

4. CATEGORIZACION POR NIVELES SEGUN RIESGO DEL PACIENTE.

En Cuidados Paliativos el ingreso de los pacientes los distintos niveles de atención se

realizarán en función de las necesidades de la Unidad de Tratamiento. 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 a 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 las otras el nivel sea menor. Ej. 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 ó 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.

NIVEL I

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.

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 le permita
2. Detección de 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 educacionales y terapéuticas en las áreas psicológica y social.
5. Disponibilidad de ámbitos y sistemas de acompañamiento y apoyo espiritual
6. Prevención de duelo patológico.

Funciones Comunes a las distintas áreas:

1. Evaluar grado de sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual.
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.
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.

Actividades Comunes a las distintas áreas:

1. Evaluación clínica y con instrumentos del grado de sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual.
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.

Funciones del Area 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.

Actividades del Area 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.

Funciones del Area de Enfermería.

1. Realizar un diagnóstico de enfermería de las necesidades.
2. Planificar acciones de enfermería según prioridades del paciente.
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 y su entorno afectivo 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.

Actividades del Area 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.

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.

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.

11. Entrenamiento a la 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.

Funciones del Area 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 de dificultades en los roles, factores de riesgo y vulnerabilidad psicológicas de la unidad de tratamiento.

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/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 (DSM IV).

10. Diagnosticar trastornos psicológicos que requieran de interconsulta o derivación a otro nivel.

Actividades del Area 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 efectos fisiológico directo de una enfermedad médica (DSM IV - F06) y trastornos mentales que afectan el estado físico (DSM IV - F54)
6. Realización de entrevistas de seguimiento psicológico y/o psicoterapia del paciente/familia y/o entorno significativo.
7. Realización de acciones de psico-profilaxis por procedimientos y/o tratamientos.
8. Diagramación e implementación de intervenciones psico-terapéuticas 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.

Funciones del Area 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. Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.

Actividades del Area 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 individuales y familiares.
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 problemática 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.

Recursos Humanos:

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

La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la 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 o especialista y/o enfermero/a y/o licenciado/a en psicología y/o licenciado en trabajo social.

Los voluntarios, previa selección y entrenamiento adecuados, son un recurso opcional recomendado.

La dinámica de trabajo considera la conformación de un equipo funcional.

DEFINICION DE EQUIPO FUNCIONAL: Es aquel cuyos integrantes, que reconocen y

promueven los beneficios del cuidado multiprofesional y interdisciplinario, no trabajan exclusivamente en Cuidados Paliativos ni conforman un grupo interdisciplinario en forma permanente, pero cuando asisten a un paciente establecen los objetivos y planean las estrategias en forma conjunta.

El equipo se conforma y organiza en función de las necesidades de cada paciente y su familia e inicia sus tareas con la actividad asistencial de dos o más de sus integrantes.

El resultado de su actividad es mayor que el de la suma de los trabajos individuales de cada profesional involucrado.

El equipo funcional cuenta con instituciones de apoyo: son aquellas que le proveen de recursos para la asistencia de la Unidad de Tratamiento. Estos servicios de apoyo son: laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacia, profesionales de otras especialidades, asistencia espiritual, asesoría legal, unidades de internación, sistemas de traslados, servicio de mantenimiento, etc.

Marco Normativo de Funcionamiento:

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 contra-referencia.

Registrar datos de documentación específica y de consentimiento informado.

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.

Motivos de Interconsulta y/o derivación:

A) Area 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 de 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).

B) Area 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.

DOCUMENTACION ESPECIFICA

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 filiarios de otros profesionales 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.

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.

Planta Física:

Los pacientes podrán ser atendidos por el equipo funcional en diferentes marcos asistenciales:

Institucional con internación, consultorios externos, Hospital de Día.

Institucional sin internación, consultorios externos, Hospital de Día.

No Institucional: consultorio de cualquier profesional del equipo funcional.

Domicilio del paciente.

El espacio en cualquiera de ellos debe asegurar el mantener la privacidad del paciente

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).

(**)

CURRICULA a DEFINIR por COMISION INTEGRADA por instituciones que representan a las diferentes disciplinas básicas y especialidades, que debe incluir:

Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.

Trabajo interdisciplinario en C.P. por un período de tiempo.

Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes.

Examen sobre

Tratamiento de dolor.

Tratamiento de otros síntomas.

Conceptos de C.P.

Aspectos psico-sociales.

Toma de decisiones éticas y legales.

NIVEL II

Se trata de pacientes en etapa paliativa con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1.

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 1.
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.

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 Unidad de Tratamiento.
2. Implementar estrategias para resolver las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsulta y/o derivación a este nivel desde el nivel 1.
- (*) 7. Trabajar en forma interdisciplinaria en la toma de decisiones de situaciones clínicas dilemáticas.

(*) Conforme Boletín Oficial.

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

7. Realizar evaluación de calidad de atención.

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.

Funciones del Area 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.

Actividades del Area 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.

Funciones del Area 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.

Actividades del Area 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.

Funciones del Area Psicológica:

A las de nivel 1 se agregan:

1. Diagnosticar las situaciones de sufrimiento psicológico severo persistente por causas intra-psíquicas y/o vinculares.
2. Implementar estrategias psico-terapéuticas breves y focalizadas.
3. Realizar intervenciones psico-terapéuticas 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.

Actividades del Area 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 pre-existentes a la enfermedad para la prevención de situaciones de abandono o claudicación familiar.
3. Entrevistas psico-terapéuticas con inclusión de uno o mas miembros del equipo tratante.
4. Terapia de duelo para niños, adolescentes y adultos.

Funciones del Area 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.

Actividades Area 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 de los efectos negativos de las dificultades de la comunicación (conspiración de silencio, etc.).
la expresión de 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). Elaboración de la carta de

condolencia y/o contacto telefónico post fallecimiento del paciente.

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.).

Recursos Humanos:

El nivel 2 requiere la presencia de un equipo básico identificable y consolidado.

Este se encuentra constituido como mínimo por un médico "especializado" en Cuidados Paliativos y otros profesionales de enfermería, psicología, trabajadores sociales, con una formación básica en C.P. y dedicación exclusiva o semiexclusiva. La especialización y la formación básica se realizarán según CURRICULA (***) que permita adquirir conocimientos, actitudes, y habilidades en C.P. para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación.

La formación de post-gradado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada 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.

Marco Normativo de Funcionamiento:

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.

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.

Notas de contra-referencia:

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

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.

Documentación Específica:

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.

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.

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.

Equipamiento:

A el de nivel 1 se agrega:

Teléfono-fax para garantizar la comunicación eficaz en forma de red con otros servicios que soliciten consejos o interconsultas.

una computadora, impresora y base de datos.

con dispositivos de infusión intermitente o continua de fármacos.

Un oxímetro de pulso es un opcional altamente recomendado.

(**)

CURRICULA a DEFINIR por COMISION INTEGRADA por instituciones que representan a las diferentes

disciplinas básicas y especialidades, que debe incluir:

Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.

Trabajo interdisciplinario en C.P. por un período de tiempo.

Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes.

Examen sobre

Tratamiento de dolor.

Tratamiento de otros síntomas.

Conceptos de C.P .

Aspectos psico-sociales.

Toma de decisiones éticas y legales.

NIVEL III

Se trata de pacientes en etapa paliativa con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1 ni 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.

Funciones comunes a todas las áreas:

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.

Actividades comunes a todas las áreas:

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.

Funciones del Area 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 de 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.

Actividades del Area 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.)

Funciones del Area 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.

Actividades de Area 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; neulolisis 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.

Funciones del Area 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.

Actividades del Area 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 psico-terapéutica de la familia con claudicación familiar instalada.
5. Asesoramiento en prevención y tratamiento del síndrome de desgaste profesional a otros equipos de Cuidados Paliativos.

Funciones del Area 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.

Actividades del Area 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.
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.)

Recursos Humanos:

Está formado por el equipo completo especializado en Cuidados Paliativos según CURRICULA (***) que permita adquirir 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-gradado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente.

Además de secretaría, y de servicios e instituciones de apoyo y consultores estables que posee el nivel 2, se debe incluir un consultor en estadística.

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

Marco Normativo de Funcionamiento:

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 internas y externas, universitarias y no universitarias.

Participación ateneos interhospitalarios.

Investigación epidemiológica y de investigación clínica.

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

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 2 subniveles:

Subnivel 1.

Area específica identificable para C.P.

Camas asignadas o capacidad para internar pacientes en distintas salas y seguirlos en conjunto con el equipo de la sala

Subnivel 2.

Estructura específica con unidad de internación propia.

Espacio para permanencia de familias, con baño y cocina.

Sala de reunión.

Consultorio propio.

Las características de la planta física son de enorme importancia para el bienestar de la unidad de tratamiento: se busca un ambiente cálido con más parecido a un hogar que a una unidad de hospitalización clásica.

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 a pila, bombas de infusión), etc.

El equipamiento del Subnivel 2 debe tener confort parecido al del domicilio.

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.

(**)

CURRICULA a DEFINIR por COMISION INTEGRADA por instituciones que representan a las diferentes disciplinas básicas y especialidades que debe incluir:

Actividad demostrada en la disciplina o especialidad.

Trabajo interdisciplinario en C.P. por un período de tiempo.

Participación directa en la asistencia de un número determinado de pacientes.

Examen sobre

Tratamiento de dolor.

Tratamiento de otros síntomas.

Conceptos de C.P.

Aspectos psico-sociales.

Toma de decisiones éticas y legales.

