



RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 100-GCPS-ESSALUD-2017

Lima,

29 NOV 2017

**VISTA:**

La Carta N° 230 -GPNAIS-GCPS-EsSalud-2017, la Carta N° 100 SGPE-GPNAIS-GCPS-EsSalud-2017 e Informe Técnico N° 53 -SGPS-GCPS-ESSALUD-2017, mediante el cual la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Central de Prestaciones de Salud, remite para su aprobación el proyecto de Directiva "Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en ESSALUD", y;

**CONSIDERANDO:**

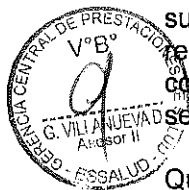
Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de EsSalud, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, correspondiendo a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud "Formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, mediante la Carta e Informe del Visto, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud remite el proyecto de Directiva denominada "Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en ESSALUD", la cual tiene por objetivo establecer el marco normativo para el funcionamiento, organización y prestación de los Cuidados Paliativos en las IPRESS de la Seguridad Social del Perú- ESSALUD, que contribuya a implementar un modelo de atención estandarizada de prestaciones asistenciales de los Cuidados Paliativos en el Seguro Social de Salud-ESSALUD.





## RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 003-GCPS-ESSALUD-2017

Que, Mediante Resolución de Gerencia General de Prestaciones de Salud N° 003-GCPS-ESSALUD-2008, se aprobó la Directiva N° 001-GCPS-ESSALUD-2008, "Normas para la implementación de las Unidades de cuidados Paliativos con Medicina Complementaria". Sin embargo, estando a lo normado en el documento a aprobar mediante la presente Resolución se justifica no contar con la Unidad de Cuidados Paliativos con Medicina Complementaria, sino que estas formen parte de las prestaciones que se brinden en las unidades de Cuidados Paliativos, por lo que corresponde dejar sin efecto la citada Resolución.

Que, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en ESSALUD, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-EsSalud-2013", resulta conveniente aprobar la directiva propuesta, a efectos de contar con un marco normativo que permita lograr una adecuada atención de las/los asegurados/os que requieran atención de cuidados paliativos;


Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

### SE RESUELVE:

**1. APROBAR**, la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 003 -GCPS-ESSALUD-2017 "Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

- 2. DISPONER** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión, asesoría técnica y evaluación del cumplimiento de lo dispuesto en la Directiva, aprobado por la presente Resolución, de acuerdo al ámbito de su competencia.
- 3. NOTIFICAR** a la Gerencia Central de Operaciones, en el ámbito de su competencia contribuya al cumplimiento de la implementación de la Directiva aprobada con la presente Resolución.
- 4. DISPONER** que las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, Órganos Prestadores Nacionales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación progresiva de la Directiva aprobada, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.
- 5. DEJAR SIN EFECTO**, la Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 003-GCPS-ESSALUD-2008 que aprobó la Directiva N° 001-GCPS-ESSALUD-2008, "Norma para la Implementación de las Unidades de Cuidados Paliativos con Medicina Complementaria".
- 6. DISPONER**, a la Oficina de Administración y Seguimiento de la GCPS, remitir a la Secretaría General el presente documento para su publicación en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

  
Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS  
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD  
ESSALUD

DIRECTIVA DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

N°05 -GCPS-ESSALUD-2017

**“ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESSALUD”**



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

2017

**Ing. GABRIEL DEL CASTILLO MORI**  
**Presidente Ejecutivo de ESSALUD**

**ING. MARÍA DEL CARMEN VALVERDE YABAR**  
**Gerente General**

**Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS**  
**Gerente Central de Prestaciones de Salud**



**Dra. MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES**  
**Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral en Salud**



**Dra. MARÍA DEL CARMEN VILCA ACERO**  
**Sub Gerente de Prestaciones Especializadas**

**EQUIPO DE FORMULACIÓN DE LA DIRECTIVA**

- Dra. Luz Villafuerte Palacios                      Unidad de Soporte Enfermedad Crónica  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
  
- Dra. Mónica Oscanoa Gutiérrez                      Servicio de Oncología Pediátrica  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
  
- Dr. Edgar Juan Coila Paricahua                      Servicio de UCI Pediátrica  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
  
- Dra. Ibis Salas Alarcón                      Servicio de Geriátria  
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
  
- Dr. Luis Pablo Hurtado Samaniego                      Unidad de Soporte Enfermedad Crónica  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
  
- Dr. Cayo Roca Reyes                      Médico de la Sub Gerencia de Prestaciones  
Especializadas – GPNAIS – GCPS
  
- Dra. Blanca Aurora Castro Quiroz                      Médico de la Sub Gerencia de Prestaciones  
Especializadas – GPNAIS – GCPS como  
coordinador Técnico



DIRECTIVA DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

N° GCPS-ESSALUD-2017

“ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESSALUD”

- I. OBJETIVO..... 5
  - 1.1. GENERAL..... 5
  - 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS ..... 5
- II. FINALIDAD..... 5
- III. BASE LEGAL..... 5
- IV. AMBITO DE APLICACIÓN..... 6
- V. RESPONSABILIDAD..... 6
- VI. DISPOSICIONES..... 7
  - 6.1. DISPOSICIONES GENERALES..... 7
  - 6.2. DISPOSICIONES ESPECIFICAS..... 8
    - 6.2.1. DE LA PRESTACION DE CUIDADOS PALIATIVOS..... 8
    - 6.2.2. ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS..... 8
    - 6.2.3. DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES POR NIVELES DE ATENCION..... 9
    - 6.2.4. DE LA GESTIÓN..... 11
  - 6.3. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS..... 13
- VII. CONCEPTOS DE REFERENCIAS ..... 13
- VIII. ANEXOS..... 18



## “ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESSALUD”

### I. OBJETIVO

#### 1.1. GENERAL

Establecer el marco normativo para el funcionamiento, organización y prestación de los Cuidados Paliativos en las IPRESS de la Seguridad Social del Perú ESSALUD.

#### 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estandarizar los procesos prestacionales para el funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos.
- Implementar y fortalecer los aspectos de gestión, organización y prestación en las Unidades de Cuidados paliativos que articule los diferentes niveles de Atención.
- Establecer los recursos humanos, infraestructura y equipamiento para la atención del paciente en las Unidades de Cuidados Paliativos

### II. FINALIDAD

Implementar un modelo de atención estandarizado para el otorgamiento de prestaciones Asistenciales de los Cuidados Paliativos en el Seguro Social de Salud- ESSALUD.

### III. BASE LEGAL

- Declaración universal de los derechos humanos
- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Reglamento de la Ley N° 26790 D.S. N° 009-97-SA.
- Modificatoria del D.S. N° 009-97 S.A. N° 001-98-S.A.
- Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social (EsSalud) y su reglamento aprobado mediante D.S. N° 002-99-TR.
- Ley N° 29414 Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud.
- Resolución N° 486-2005 MINSA que aprueba la Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología
- R.M. N° 013-2006-SA reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 1013-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 062-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios Tratamiento del Dolor”.
- Resolución Ministerial N° 246-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud. Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución N° 022-2011 MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud “Atención Anestesiológica”
- Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud”.



- Resolución Jefatural Nro. 334-2016–J/INEN-que aprueba la Norma Técnica Oncológica Nro.001-INEN/DIMED-DEM-V01; Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN.
- Resolución de Gerencia Central de Salud N.º 026-GCS-EsSalud-2001 que aprueba el "Programa Nacional de Terapia Respiratoria".
- Resolución de la Oficina Central de Planificación y desarrollo N° 007 OCPD - EsSalud 2010: Indicadores de referencia laborales de los siguientes grupos ocupacionales: Tecnólogo Médico (TM) de Terapia Física, TM de Terapia de Lenguaje, TM de Terapia Ocupacional, TM de Terapia de Aprendizaje, TM de Radiología, Psicólogo y Trabajador Social
- Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-EsSalud-2013, "Norma para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud"
- Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 018 "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 005: "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
- Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2015. "Normas para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 990-GG-ESSALUD-2015, que aprobó la Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2015, "Lineamientos Generales para el Desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante Cuidador Primario del Establecimiento de Salud Seguro Social de Salud – ESSALUD"
- Resolución de Gerencia General N° 457-GG-ESSALUD-2016 que aprueba la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2016, "Normas generales para el funcionamiento de los Centros y Unidades de Medicina Complementaria".
- Resolución de Gerencia General N° 899-GG-ESSALUD-2016 que aprueba la Directiva N° 13-GG-ESSALUD-2016, "Organización del manejo integral del dolor en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-ESSALUD".



**IV. AMBITO DE APLICACIÓN**

Redes Asistenciales a nivel Nacional.

**V. RESPONSABILIDAD**

- Gerente Central de Prestaciones de Salud.
- Gerente Central de Operaciones
- Gerente de Oferta Flexible.
- Gerente / Director de Red Asistencial.



- Sub Gerente de Operaciones de Red de Salud / Director de Operaciones prestacionales o quien haga sus veces.
- Gerentes Clínico.
- Gerente Quirúrgico.
- Gerente de Ayuda al Diagnostico.
- Gerente de Administración.
- Jefes de Departamento y Servicio.
- Jefe de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias.
- Profesionales Asistenciales.

## VI. DISPOSICIONES

### 6.1. DISPOSICIONES GENERALES

6.1.1. Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales deben gestionar la implementación de las Unidades de Cuidados Paliativos, en forma progresiva según nivel de atención para adultos y niños.

6.1.2. Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales realizan el diagnostico situacional de la población tributaria de cuidados paliativos para la conformación de las Unidades de cuidados paliativos., considerando el área específica, equipamiento biomédico y recursos humanos de acuerdo con la demanda y perfil epidemiológico.

6.1.3. Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales programan en sus planes operativos las actividades dispuestas para la atención de cuidados paliativos, estableciendo objetivos a corto, mediano y/o largo plazo,

6.1.4 Las Unidades de cuidados paliativos trabajan coordinadamente con los servicios de atención domiciliaria para la prestación de cuidados paliativos según el nivel asistencial y complejidad clínica del paciente

6.1.5. Los tres niveles de atención trabajan articuladamente para la atención integral del paciente y familia tributario de cuidados paliativos.

6.1.6. Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales organizan y programan actividades de capacitación en Cuidados Paliativos para todo el personal de salud, priorizando al primer nivel de atención.

6.1.7. Las actividades llevadas a cabo en las Unidades de Cuidados Paliativos se registran en el sistema informático vigente con codificación CIE 10 Z51.5 (atención paliativa) que permitan registrar información de pacientes de cuidados paliativos atendidos a nivel nacional que permitan implementar estrategias de intervención.

6.1.8. Las Unidades de Cuidados Paliativos trabajan de forma conjunta y coordinada con los Servicios de: Medicina Física y Rehabilitación, Farmacia, Medicina Complementaria, servicios de atención domiciliaria y otros servicios involucrados.

6.1.9. La atención integral de paciente tributario de cuidados paliativos se brinda en el marco de la declaración de derechos humanos universales y ley de salud.



6.1.10 Las Unidades de cuidados paliativos brindan atención ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria.

6.1.11. Los Servicios de atención domiciliaria, en coordinación con las unidades de Cuidados Paliativos, deben brindar atención en cuidados paliativos, como parte de su cartera de servicios.

## 6.2. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

### 6.2.1. DE LA PRESTACION DE CUIDADOS PALIATIVOS

- a. Las prestaciones se otorgan a pacientes y familias con enfermedades oncológicas y no oncológicas a través de la prevención y alivio del sufrimiento, tratando los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- b. Los Criterios de elegibilidad para determinar el nivel de atención de cuidados paliativos está basado en la dependencia funcional, criterios de complejidad e inestabilidad clínica y condición psicosocial del paciente. (Ver anexo 4)
- c. El médico tratante, en los diferentes niveles de atención, solicita a la Unidad de Cuidados Paliativos, la evaluación del paciente y de requerirlo elabora el Plan de Cuidados Paliativos en conjunto con el equipo interdisciplinario, paciente y familia.
- d. El médico tratante de la Unidad de Cuidados Paliativos, luego de conocer el caso clínico del paciente, solicita una reunión con la familia e informa sobre la condición actual del paciente, en un lenguaje claro, sencillo (Anexo 12).
- e. El médico tratante de la Unidad de Cuidados Paliativos solicita el consentimiento informado del paciente o cuidador principal de acuerdo con la normatividad vigente, el mismo que se anexa en la Historia Clínica. (Anexo 11)
- f. El médico tratante de la unidad de cuidados paliativos registra los datos clínicos de paciente en la ficha resumen en el sistema de información vigente (Anexo 8)
- g. El médico de la Unidad de Cuidados Paliativos informa al paciente, familia y/o Cuidador responsable sobre las medidas e intervenciones que han de adoptarse como consecuencia del Plan Terapéutico, establecidos por el Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos en base a su pronóstico.
- h. En los casos de pacientes pediátricos, el consentimiento informado es firmado por los padres, tutores, curadores y/o responsables legales, considerando el asentimiento del paciente en el caso de los niños mayores en concordancia con la normatividad vigente.



### 6.2.2. ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

- a. Las Redes Prestacionales/ Asistenciales/ Desconcentradas y Hospitales Nacionales gestionan la implementación de las Unidades de Cuidados Paliativos, para adultos y niños, en forma progresiva considerando la asignación de recursos según el nivel de atención.
- b. Los Servicios y/o Unidades preexistentes que brindan atenciones relacionadas a cuidados paliativos coordinan y se articulan con la Unidades de Cuidados Paliativos de la Gerencia Clínica/Quirúrgica según corresponda.

- c. La Unidades de cuidados paliativos coordina con los diferentes niveles de atención que garantice la continuidad de atención (anexo3)
- d. El Nivel de Cuidados Paliativos se identifica, en función al grado de complejidad clínica del Paciente en tres NIVELES (anexo 2):

### 6.2.3. DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES POR NIVELES DE ATENCION

Las unidades de cuidados paliativos se constituirán de la siguiente manera:

#### 6.2.3.1. Equipo de cuidados paliativos en el primer nivel de atención

Depende de la Jefatura de la IPRESS de Nivel: IPRESS I-3 y I-4. Se encarga de proporcionar cuidados paliativos a los pacientes no complejos y a su entorno familiar.

El médico responsable coordina y dirige las actividades interdisciplinarias; el equipo interdisciplinario realiza la actividad de Consulta Externa (CE) y visita domiciliaria; coordinando con los servicios de atención domiciliaria a aquellos pacientes que lo requieran, de acuerdo a su condición y complejidad (ANEXO 6)

El personal del equipo está conformado por los siguientes grupos ocupacionales Médicos Generales, médicos de familia y/o otros especialistas, enfermera, psicólogo y trabajadora social, quienes deben acreditar experiencia asistencial en Cuidados Paliativos, no menor a 3 meses

Deben contar con soporte tecnológico y Telemedicina para asegurar la comunicación y coordinación.



#### 6.2.3.2. Unidad de Cuidados Paliativos en el segundo nivel de atención (UCP2)

Se implementa en los Hospitales del segundo nivel de atención, dependen de la jefatura médico-quirúrgica y se conforman en equipos interdisciplinarios que realizan intervenciones, tanto intrahospitalaria como domiciliaria.

El equipo interdisciplinario de la UCP2 está conformado por los siguientes profesionales: Médico especialista, Enfermería, Servicio social, Psicología, Nutricionista, Técnico asistencial, Voluntariado, Pastoral y administrativo quienes tienen acreditación mínima de 30 horas académicas o experiencia asistencial no menor a 6 meses en Cuidados Paliativos.

El médico responsable de la UCP2 coordina y dirige las siguientes actividades del equipo multidisciplinario:

- Soporte hospitalario: Realiza la evaluación de paciente de cuidados paliativos de los diferentes servicios (interconsultas). Evalúa y asume el manejo de las camas funcionales de hospitalización hasta el egreso del paciente, a solicitud del médico tratante; se realiza manejo y seguimiento en clínica de día y consulta externa.
- Soporte domiciliario: Brinda asistencia domiciliaria de cuidados paliativos, de acuerdo a las necesidades y complejidad del paciente.



Los equipos realizarán las siguientes actividades:

- Hospitalización de Cuidados Paliativos Nivel II: Los pacientes son atendidos por el equipo multidisciplinario de acuerdo a las necesidades clínicas del paciente en camas asignadas para una estancia corta.
- Clínica de día Nivel II: Los pacientes adultos o pediátricos son atendidos por el equipo interdisciplinario, quienes evalúan y planifican la atención de cuidados paliativos por 12 horas diurnas continuas
- Consulta Externa: Realizada por el Médico especialista, en el área funcional de las siguientes especialidades: Medicina Interna, Geriátrica, Neurología, Pediatría, Medicina familiar, Anestesiología y otras afines.
- Atención domiciliaria: Realizada por el equipo multidisciplinario para el manejo y seguimiento en domicilio de los pacientes de mediana complejidad, considerando las necesidades del paciente y su entorno familiar, rasgos culturales, idioma y voluntades anticipadas. (Anexo 6).
- Realiza referencias para cuidados paliativos domiciliarios a los servicios o programas de atención domiciliaria para los pacientes.
- Realizar Contrarreferencias médicas o farmacológicas al primer nivel de atención de acuerdo a las necesidades y complejidad de paciente  
La UCP2 debe contar con soporte tecnológico, Telemedicina, Call center, Telemonitoreo y transporte.

#### 6.2.3.3. Unidad de Cuidados Paliativos en el tercer nivel de atención (UCP3):

Se implementa en los Hospitales del tercer nivel de atención, depende de la Gerencia clínica/quirúrgica según corresponda y se conforman en equipos interdisciplinarios que realizan intervenciones, tanto intrahospitalaria como domiciliarias.

Está constituida por los siguientes profesionales: Médico especialista, Enfermera, Asistente social, Psicóloga(o), Nutricionista, con acreditación mínima de 60 horas académicas o experiencia asistencial no menor de 1 año en Cuidados Paliativos; Técnico asistencial, administrativo y otros.

El médico responsable de la unidad coordina y dirige las siguientes actividades

- Soporte hospitalario: Se encarga de resolver las interconsultas de los diferentes servicios y especialidades que lo solicitan, evalúan y asumen el manejo de los pacientes en las camas de hospitalización **asignadas a su cargo** en los servicios, capacitan y coordinan con otras unidades de menor complejidad para el adecuado manejo de los pacientes. Asimismo, realiza las actividades en clínica de día y consulta externa.
- Soporte domiciliario: Brinda asistencia domiciliaria a los pacientes que se encuentran en el ámbito geográfico o jurisdicción asignada; capacita y coordina con otras unidades de menor complejidad para el manejo adecuado de los pacientes y sus familias

Los equipos realizan las siguientes actividades (anexo 6):



- Clínica de Día especializada: Los pacientes adultos y pediátricos son atendidos por el equipo interdisciplinario, quienes evalúan, realizan procedimientos y reestructuran los planes de cuidados paliativos; planificando la atención por 12 horas diurnas continuas
- Unidad de Hospitalización Nivel III: Cuenta con camas hospitalarias asignadas de Cuidados Paliativos, para pacientes adultos o pediátricos, con una estancia corta.
- Consulta Externa Especializada: Realizada por médicos especialistas para el abordaje del paciente de gran complejidad y diferenciada para pacientes pediátricos.
- Atención domiciliaria: Realiza el manejo y seguimiento a nivel extra hospitalario/domicilio considerando las necesidades del paciente y su entorno familiar, rasgos culturales, idioma, voluntades anticipadas etc.
- Contrareferencias médicas o farmacológicas al primer nivel de atención de acuerdo a las necesidades y complejidad de paciente
- Soporte tecnológico: Telemedicina, Call center, Telemonitoreo y transporte.

#### 6.2.4. DE LA GESTIÓN

##### 6.2.4.1. PLANIFICACION, DIRECCION Y CONTROL.

El médico responsable lidera el equipo interdisciplinario que elabora el Plan de trabajo anual y el Manual de Procesos y Procedimientos basado en la normatividad vigente.

Promueve el cumplimiento de los objetivos a través del planeamiento, organización, control y supervisión de las actividades asistenciales y administrativas.

Coordina con las áreas de Farmacia, URVI, Laboratorio, Imagenología, Medicina Física y Rehabilitación; Centros y Unidades de Medicina Complementaria, nutrición, consejeros espirituales, voluntarios, entre otros.

El médico responsable diseña e implementa actividades orientadas al mejoramiento continuo en la calidad de atención a través de acciones como:

- Auditoría de Historias Clínicas.
- Registro de indicadores
- Estudios de satisfacción de usuarios internos y externos.
- Sensibilización y educación a la comunidad en cuidados paliativos

##### 6.2.4.2. DE LOS RECURSOS HUMANOS

El equipo multidisciplinario está conformado por Médico, Enfermero (a), Psicólogo (a), Trabajadora (o) Social, nutricionista y otros, Personal técnico de Enfermería y Técnico administrativo, de acuerdo con el nivel de atención y demanda. (anexo 5)

El Personal del equipo debe contar con las siguientes aptitudes y actitudes: Empatía, asertividad, liderazgo positivo, capacidad de trabajo en equipo y proactividad.

El personal debe contar con soporte psicológico periódico, para evitar las complicaciones propias del trabajo.



#### 6.2.4.3. DE LA INFRAESTRUCTURA

La adecuación de la infraestructura para el desarrollo de las unidades Cuidados Paliativos debe estar relacionada con la demanda de pacientes al establecimiento de salud (anexo 7).

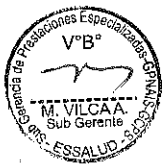
La unidad de cuidados paliativos debe estar ubicada en lugares de fácil acceso.

En los establecimientos del tercer nivel de atención, de preferencia deben ubicarse cerca a las instalaciones del servicio de emergencias.

#### 6.2.4.4. DE LAS REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

Las Unidades de Cuidados Paliativos se articulan dentro una Red Funcional en el ámbito de su jurisdicción, teniendo en consideración la capacidad resolutive del establecimiento y la complejidad del paciente con las siguientes características:

- Las Unidades de referencia y contrarreferencia deben incluir el código de atención paliativa CIE 10 Z51.5 como patología prioritaria para el sistema de referencias administrativas.
- Las unidades de cuidados paliativos del primer nivel asistencial refieren a los pacientes de cuidados paliativos a las unidades de mayor complejidad según su capacidad resolutive.
- Las unidades categorizadas como nivel II-1, II-2 (Hospitales I, II, III EsSalud), reciben referencias y brindan asistencia técnica a las unidades de menor complejidad y contrarrefieren a su establecimiento de origen después de ser evaluados por la Unidad de cuidados paliativos
- Los Hospitales Nacionales reciben referencias y brindan asistencia técnica a las unidades del primer y segundo nivel de atención, así como contrarrefieren a su establecimiento de origen con las indicaciones terapéuticas después de la evaluación del paciente.
- Las unidades de cuidados paliativos del segundo y tercer nivel, y en algunos casos, los equipos de cuidados paliativos del primer nivel; refieren a los pacientes a servicios o programas de cuidados domiciliarios cuando estos requieran un cuidado continuo en domicilio.



#### 6.2.4.5. DE LA EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONTROL

La Evaluación, Supervisión y Control se realizará en base a indicadores contemplados (anexo 10).

- Indicador 1: Proporción de pacientes oncológicos y no oncológicos en fase avanzada que reciben atención en la Unidades de cuidados paliativos
- Indicador 2: Proporción de Defunciones Domiciliarias de Pacientes oncológicos y no oncológicos que reciben atención en la Unidades de cuidados paliativos.
- Indicador 3: Proporción de pacientes oncológicos y no oncológicos en fase avanzada que reciben atención domiciliaria en la Unidades de cuidados paliativos



### 6.3. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

6.3.1 El Comité de Cuidados Paliativos constituido a Nivel Central elabora los documentos técnicos normativos relacionados a Cuidados Paliativos, incluyendo una guía de cuidados paliativos por nivel de atención.

6.3.2 El comité de cuidados paliativos con las gerencias involucradas gestiona la implementación de una historia clínica diferenciada como instrumento de gestión de casos. Favoreciendo la implementación de registro electrónico.

6.3.2 Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales deben implementar la presente directiva de cuidados paliativos de manera progresiva y de acuerdo a sus recursos

6.3.3 Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales realizan el registro, control y seguimiento de los pacientes de Cuidados Paliativos, según el nivel de atención.

6.3.4 Los Gerentes, Directores y Jefes de Unidad, gestionan los recursos para el cumplimiento de la presente directiva en coordinación y monitoreo con el comité central de paliativos.

6.3.5 Las Unidades de Cuidados Paliativos en coordinación con las Oficinas de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID) de cada Red Asistencial y las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales, priorizarán y promoverán en el plan de capacitación institucional, la formación acreditada en cuidados paliativos de los profesionales de los equipos de Cuidados paliativos de todos los niveles de atención. Asimismo, deben promover la capacitación y formación en Bioética Clínica

6.3.6. Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales deben priorizar y promover a través de la oficina de capacitación, investigación y Docencia (OCID) un plan de capacitación continua en Cuidados Paliativos para los profesionales de atención primaria, atención especializada y para aquellos profesionales que se dediquen específicamente a Cuidados Paliativos en la Institución.



### VII. CONCEPTOS DE REFERENCIAS

7.1. Actividades: Son las acciones que se desarrollan en un establecimiento de salud, relacionados a los procesos operativos y procesos de apoyo, concerniente a la Atención Directa de Salud y a Atenciones de Soporte.

7.2. Atención domiciliaria de cuidados paliativos: Es una modalidad de asistencia programada que proporciona cuidados paliativos a pacientes y Familia Oncológicos y no Oncológicos en su domicilio.

7.3. Atención extrahospitalaria de cuidados paliativos: Es la asistencia a pacientes en Cuidados paliativos Oncológicos o no Oncológicos, que luego de ser evaluados, requieren

ser atendidos en otros ambientes sanitarios de corta estancia, con la finalidad de completar un tratamiento, y al alta es atendido en domicilio por los equipos de Atención domiciliaria.

7.4. Atención integral de cuidados paliativos: Es la provisión continua y con calidad de una atención paliativa oncológica y no oncológica hacia la promoción, prevención, control y seguimiento de los pacientes, según el contexto del estadio de enfermedad, familia y comunidad.

7.5. Calidad de vida: Sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar el enfermo a lo largo de la enfermedad.

7.6. Capacitación: Es un proceso orientado a facilitar aprendizajes y formar competencias que permitan mejorar el desempeño del personal y resolver situaciones problemáticas.

7.7. Capacitación en cuidados paliativos: Capacitación certificada para adquirir habilidades y competencias para el manejo de pacientes, desarrollados en una unidad de cuidados paliativos, en centro hospitalario nacional o internacional acreditado para constituir los siguientes recursos:

7.8. Consentimiento informado: Es el proceso mediante el cual se hace constar por escrito, en un documento que evidencie el proceso de información y decisión, de otorgar o negar su consentimiento consignando su firma y/o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria por parte del paciente si está en condiciones de hacerlo, cuidador principal, curador o representante legal. El médico tratante es el responsable de llevar a cabo este proceso, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria.

7.9. Contrarreferencia médica: Es un procedimiento administrativo - asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico, de ayuda al diagnóstico y /o tratamiento del paciente, al médico tratante de la IPRESS de origen.

7.10. Complejidad del paciente en cuidados paliativos: El término complejidad es un concepto multifactorial que depende de un conjunto de factores relacionados entre sí que incluye las necesidades de cada paciente y depende tanto de las características del paciente, como de problemas de difícil control, de la necesidad de determinadas acciones diagnósticas o terapéuticas y de dificultades de adaptación familiar. El conjunto de estas necesidades y sus características determinan el nivel de complejidad del caso. Los factores de los que va a depender la complejidad de un caso pueden clasificarse en función de dónde se encuentren en el momento de ser detectados (ANEXO 4).

- Dependientes del paciente y/o de su proceso
- Derivados del tratamiento
- Derivados de la situación psicoemocional y espiritual
- Derivados de la situación socio – familiar
- Asociados a la toma de decisiones
- Complejidad en los últimos días
- Relacionados con el duelo





7.11. Cuidados Paliativos: La Organización Mundial de la Salud (OMS 2008) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.»

7.12. Historia clínica: Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.

7.13. Medicina Complementaria: Conjunto de sistemas y métodos de atención de salud que buscan el bienestar biopsicosocial y espiritual de la persona, su familia y su comunidad; basados en los conocimientos tradicionales y modernos validados, con un enfoque holístico, recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para articularse en los sistemas de salud de los países, cuentan con unidades de medicina complementaria (UMEC) y centros de atención de medicina complementaria (CAMEC)

7.14. Paciente con enfermedad en fase avanzada: Los criterios que delimitan esta situación están basados en criterio médico, docente e investigador del equipo acreditado. Están compuestos por médicos especialistas, con la participación del psicólogo (a), trabajador (a) social y otros. Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/Terminal han sido:

- Enfermedad incurable y progresiva. (pronóstico de enfermedad malo)
- Pronóstico de sobrevida limitado
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Alta demanda y uso de recursos.



7.15. Paciente Pediátrico subsidiario de recibir cuidados paliativos: Los pacientes pediátricos son menores de 14 años y se pueden incluir dentro de cuatro categorías (ANEXO 9):

- Niños con enfermedad en situación de amenaza para la vida y con tratamiento curativo pero que puede fracasar.
- Niños con enfermedad en situaciones en que la muerte prematura es inevitable, pero pueden pasar largos periodos con tratamiento, con una actividad normal.
- Niños con progresión de enfermedad, sin opción de tratamiento curativo, cuyo tratamiento es paliativo y puede prolongarse durante algunos años.
- Niños en situación irreversible pero no progresiva de enfermedad con grandes posibilidades de complicarse y producirse una muerte prematura.



7.16. Paciente en etapa terminal: Aquel paciente que sufre una enfermedad no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar su evolución y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable. Es una enfermedad progresiva que provoca

síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes, asociado a un sufrimiento físico y psicológico en la familia y el paciente.

7.17. Paciente no complejo en cuidados paliativos: Perfil de paciente con necesidad de bajo soporte familiar, que puede ser atendido en el primer nivel de atención, con necesidad de uso de material y/o fármacos accesibles, necesidad de coordinación y gestión (admisión, consultas especializadas, pruebas complementarias, otros).

7.18. Paciente complejo en cuidados paliativos: Perfil de paciente con necesidad de mayor soporte familiar, incluso permanente, que requiere ser atendido en el segundo nivel de atención con mayores recursos de cuidados paliativos con existencia de pluripatología con un nivel de dependencia elevado, elementos de complejidad derivados de la situación de la familia y síntomas intensos mal controlados,

7.19. Paciente altamente complejo en Cuidados Paliativos: Perfil de paciente con necesidad de soporte familiar permanente, que requiere ser atendido en el tercer nivel de atención con la participación de unidades o equipos especializados por la existencia de pluripatología, preparados para la resolución de síntomas no controlados en niveles asistenciales de menor complejidad.

7.20 Recursos Humanos convencionales: Constituidos por los profesionales de todos los niveles de atención que cuentan con capacitación previa, que requieren programas de educación continua.

7.21 Recursos avanzados: Constituidos por los profesionales de las Unidades de Cuidados Paliativos 2 y 3 y Equipos de cuidados paliativos domiciliarios 2 y 3 que dan respuesta a la complejidad de los pacientes; con competencias que respondan a la formación avanzada en CP.

7.22 Recursos de atención urgente: Constituidos por los profesionales de Cuidados Críticos y Urgencias que asisten de manera coordinada con el resto de recursos a los pacientes en situación de urgencia, para que la continuidad asistencial esté garantizada 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.

7.23. Referencia: Es un proceso administrativo - asistencial mediante el médico tratante de la IPRESS traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro médico de Las Redes Prestacionales /Asistenciales/Desconcentradas y Hospitales Nacionales institucional o extra institucional de mayor capacidad resolutive o de capacidad resolutive disponible independientemente de la categoría de la misma.

7.24 Soporte hospitalario: Es la actividad brindada por el equipo cuyos integrantes, reconocen y promueven los beneficios del cuidado interdisciplinario. 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.

Su actividad central se orienta a la prestación de los Cuidados Paliativos en todas sus dimensiones. Estos están conformados por médicos y enfermeras, psicólogo, trabajador social, nutricionista, tecnólogo de los servicios de medicina física y rehabilitación y la colaboración de otros profesionales.



La conformación de los equipos estará en función de las características demográficas, geográficas y de los niveles de necesidad de las estructuras territoriales sanitarias de referencia. Realizan también funciones docentes e investigadoras en distintos grados.

7.25 Soporte domiciliario: Actividad brindada por Equipo de Cuidados Paliativos que interviene en domicilio según plan de los profesionales Unidades de cuidados paliativos. Puede realizar tareas de asesoramiento o intervención directa.

7.26. Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación, que les permita intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios de salud en su área geográfica.

7.27. Telemonitoreo: Es la provisión de servicios de salud a distancia, para el seguimiento, prevención de efectos, luego de procedimientos o cambio de plan terapéutico, realizado por profesionales de la salud, que utilizan tecnología de la información y comunicación que les permite intercambiar datos que facilite el acceso de la población a los servicios de salud.

7.28. Unidad productora de servicios de salud de cuidados paliativos (UPSS): unidad funcional conformada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, técnicos asistenciales y administrativos con formación, experiencia y dedicación para responder a situaciones de complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. Realizan también funciones docentes e investigadoras.

7.29. Últimos días o fase al final de la vida, hace referencia al periodo final del ciclo vital de las personas con marcado declinar funcional, alteración de signos vitales, previsión de muerte en horas o días e irreversibilidad de la situación.



### VIII. ANEXOS

ANEXO 1: Flujograma

ANEXO 2: Modelo conceptual de nivel de complejidad y necesidades de los pacientes con enfermedades en fase terminal o avanzada.

ANEXO 3: Red de servicios de atención integrado de cuidados paliativos.

ANEXO 4: Instrumento Diagnostico de la Complejidad en Cuidados Paliativos (IDC-PAL).

ANEXO 5: Recursos humanos mínimos en las unidades de cuidados paliativos.

ANEXO 6: Actividades asistenciales de la Unidades de cuidados paliativos por nivel de atención.

ANEXO 7: Infraestructura de la Unidades cuidados por nivel de atención.

ANEXO 8: Plantilla de Datos del Paciente en Sistema de Cuidados Paliativos.

ANEXO 9: Paciente Pediátrico susceptible de recibir cuidados paliativos.

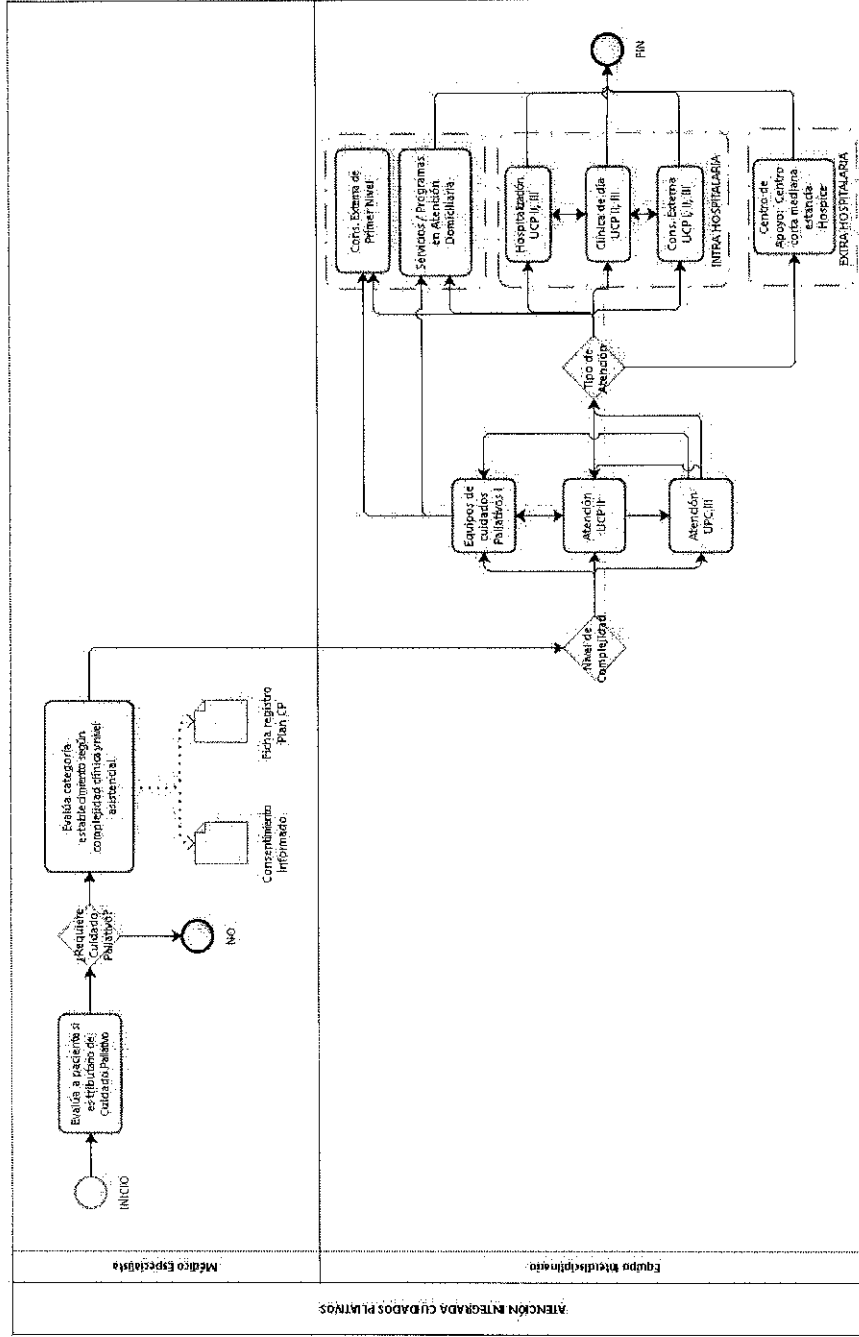
ANEXO 10: Indicadores en Cuidados Paliativos.

ANEXO 11: Consentimiento Informado

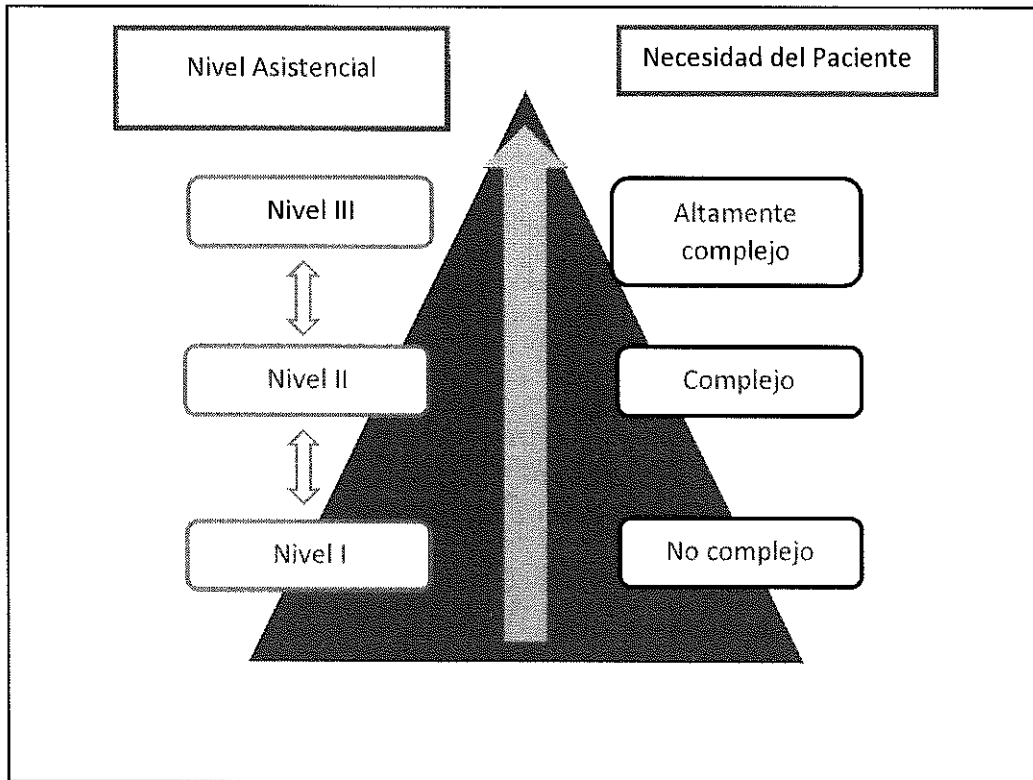
ANEXO 12: Comunicación en Cuidados Paliativos



# ANEXO 1: Flujoograma de Atención en unidades Prestadoras de Cuidados Paliativos



### ANEXO 2: MODELO CONCEPTUAL DE NIVEL DE COMPLEJIDAD Y NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL O AVANZADA

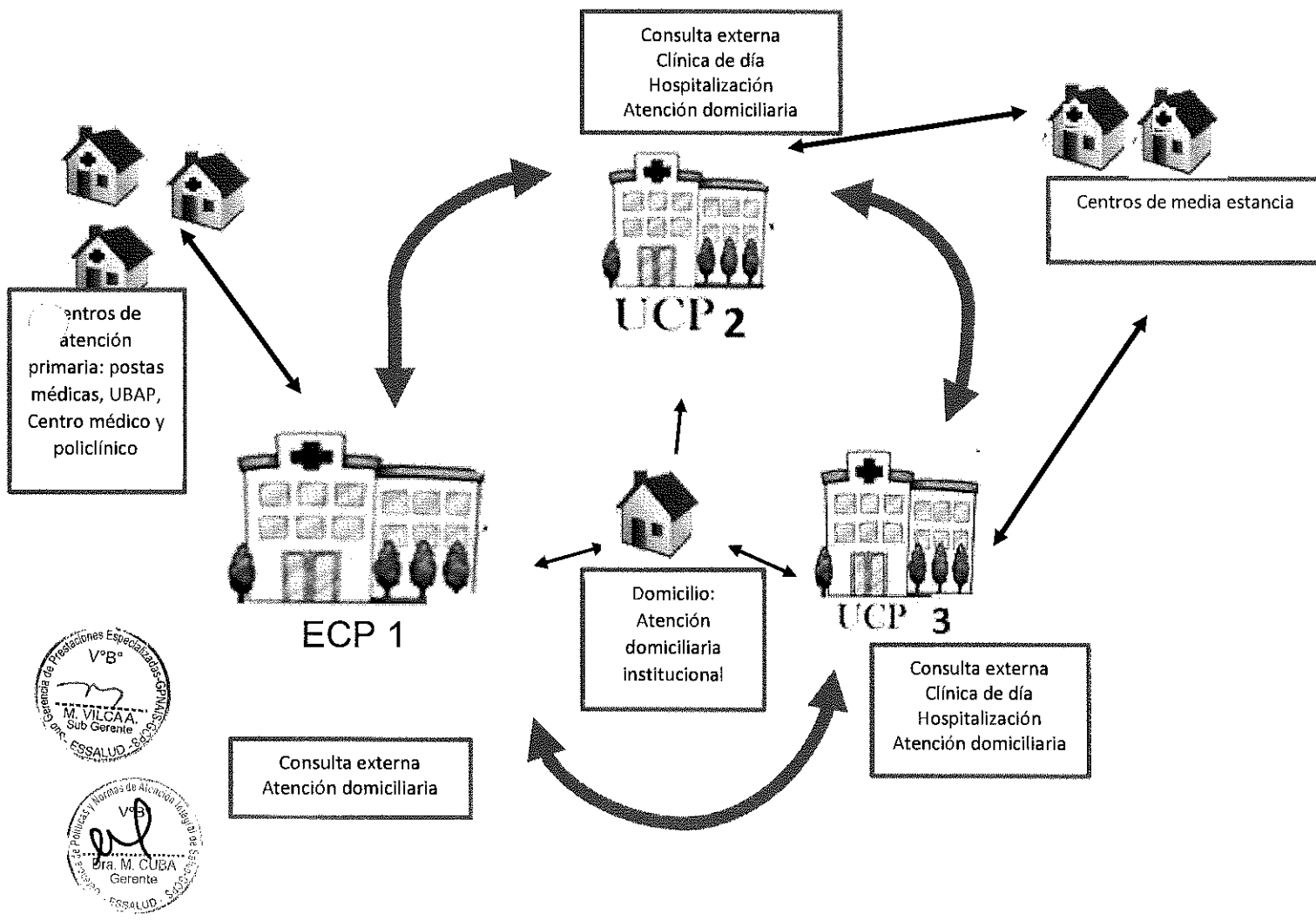


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 V°B°  
 Dra. M. CUBA  
 Gerente  
 ESSALUD

Fuente: Fuente: Adaptado por la Unidad de Soporte de la Enfermedad Crónica, Gerencia Clínica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de "Palliative Care Australia. A guide to palliative care Service development: a population based approach 2003, www.pallcare.org.

V°B°  
 M. VILCA  
 Sub Gerente  
 ESSALUD

### ANEXO 3: RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS



UBAP: Unidad básica de atención primaria.

UCP: Unidad de Cuidados Paliativos.

## ANEXO 4: INSTRUMENTO DIAGNOSTICO DE LA COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS (IDC-PAL)

El uso de este Instrumento Diagnostico de la Complejidad en Cuidados Paliativos (IDC-PAL) permite identificar si la situación es:

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

Este instrumento orienta en la toma de decisiones para la adecuación de la intervención de los recursos implicados, siguiendo estos criterios:

La situación no compleja: No requiere de la Intervención de recursos avanzados específicos de Cuidados Paliativos.

La situación Compleja: Puede o no requerir la intervención de los recursos avanzados/específicos, quedando esta decisión a criterio del médico responsable.

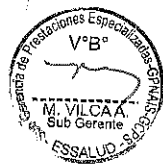
La situación Altamente Compleja: Requiere de la intervención de los recursos avanzados /específicos de Cuidados Paliativos.

### ¿Que no es IDC-PAL?

- No es una herramienta de valoración de necesidades.
- No es un instrumento pronóstico de supervivencia ni determina la situación terminal.

### ¿Que es necesario considerar para el uso apropiado del IDC-PAL?

1. Es necesario primero haber realizado una valoración multidimensional del paciente y su familia.
2. Es un instrumento de uso para el equipo profesional, no se completa a la cabecera del paciente ni este participa directamente en ella.
3. Importante conocer primero bien el instrumento antes de su aplicación.





INSTRUMENTO DIAGNOSTICO DE LA COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

	ELEMENTOS	NIVEL DE COMPLEJIDA			
		SI	NO		
<b>1. Dependientes Del Paciente</b>	<b>1.1. Antecedentes</b>				
	1.1a Paciente es niño(a)/o adolescente	AC			
	1.1b paciente es profesional sanitario	C			
	1.1c Rol socio- familiar que desempeña el/ la familiar	C			
	1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C			
	1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y /o activos	C			
	1.1f Enfermedad mental previa	C			
	<b>1.2. Situación Clínica</b>	1.2a Síntomas de déficit de control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil de control	C		
		1.2j síndrome constitucional severo	C		
		1.2k Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
		<b>1.3. Situación Psico emocional</b>	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC	
			1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC	
	1.3c Paciente presenta angustia existencial Y/o sufrimiento espiritual		AC		
	1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia		C		
	1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico		C		
	1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo		C		
	<b>2.1. Profesional / equipo</b>	2.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		2.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		2.1c Dificultades para la indicación Y/o manejo de intervenciones	C		
2.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación		C			
2.1e Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales Y/o material específico en domicilio		C			
2.1f Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas		C			
<b>2.2. Recurso</b>	2.2a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar Y/o cuidadores	C			
	2.2b Familiares Y/o cuidadores no competentes para el cuidado	C			
	2.2c Familia disfuncional	C			
	2.2d Claudicación familiar	AC			
	2.2e Duelos complejos	C			
	2.2f Limitaciones estructurales del entorno	C			
	2.2g				



Los criterios dependientes, de la familia y del entorno no serán considerados como criterios de referencia a equipos de alta complejidad, sino criterio de coordinación con equipos de alta complejidad cuando así sea considerado por el equipo tratante.

**Nivel de complejidad:**

C: Elemento de Complejidad    AC: Elemento de Alta Complejidad  
 Situación: No compleja ( )    Compleja ( )    Altamente Compleja ( )  
 Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí ( )    No ( )

# 1. Elementos dependientes del paciente

## 1.1. Antecedentes

- a. Se considerará el período de la vida que transcurre desde el nacimiento hasta el completo desarrollo del organismo (Niñez y adolescencia).
- b. Cuando el hecho de ser el paciente profesional sanitario añada dificultad a su situación, o a la toma de decisiones.
- c. Situaciones en que el papel que desempeña el/la paciente en su entorno sociofamiliar resulta determinante: bien por ser un importante elemento de cohesión familiar; ser persona cuidadora de menores de edad, o personas con alto nivel de dependencia; ser una persona joven; ser la única fuente de ingresos.
- d. Cuando estas situaciones dificulten la provisión de cuidados, la comunicación y/o el entendimiento.
- e. Cuando la adicción al alcohol, drogas, psicofármacos, dificulten la provisión de cuidados.
- f. Ansiedad, cuadros depresivos mayores, cuadros psicóticos o cualquier otra manifestación de enfermedad mental previa que añada dificultad a su situación.

## 1.2. Situación clínica

- a. Presencia de síntoma para cuyo adecuado control se precisa una intervención terapéutica intensiva, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental y/o psicológico.
- b. Presencia de síntoma o conjunto de síntomas que no puede ser controlado adecuadamente sin disminuir el nivel de conciencia, en un plazo de tiempo razonable, por lo que estaría indicada la sedación paliativa.
- c. Aparición de hemorragias, síndrome de vena cava superior, enclavamiento por hipertensión endocraneal, hipercalcemia, obstrucción intestinal aguda, estatus convulsivo, compresión medular, fracturas patológicas...
- d. Cuando hay insuficiente control de síntomas físicos y/o psico-emocionales, una evolución de larga duración (más de 5 días).
- e. Presencia de: obstrucción intestinal/urológica; pelvis congelada que produce obstrucción; síndrome de afectación local/regional avanzada de cabeza y cuello; carcinomas peritoneal; úlceras tumorales, fístulas, u otras lesiones de piel y mucosas de difícil control por dolor, olor, sangrado, o localización.
- f. Presencia de insuficiencia respiratoria, hepática, renal, cardíaca, crónicas, en fase avanzada.
- g. Delirium, fallo cognitivo, alteraciones de comportamiento, demencia, encefalopatías, de difícil control.
- h. Aparición brusca de deterioro funcional incapacitante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- i. Cuando coexistan diferentes patologías además de la enfermedad primaria, que dificulten el abordaje clínico.
- j. Anorexia, astenia intensa, y pérdida de peso severas.



- k. No adherencia al tratamiento, o persistente incumplimiento terapéutico que dificultan un adecuado manejo de la situación

1.3. Situación Psico-emocional

- a. Existencia previa de intentos de autolisis o expreso deseo de la misma reiterado por el paciente.
- b. El/la paciente solicita de forma reiterada adelantar de forma activa el proceso de la muerte.
- c. Angustia existencial: Intenso desasosiego emocional experimentado por el afrontamiento de una muerte inminente, acompañado o no, por sentimientos de remordimiento, impotencia, futilidad y sinsentido. Sufrimiento espiritual: Conflicto con respecto a la trascendencia, fines y valores últimos o significado existencial que cualquier ser humano busca.
- d. Dificultad en relación con la comunicación/información de diagnósticos, pronóstico, opciones de tratamientos y cuidados, entre paciente y familia.
- e. Dificultad en relación con la comunicación/información de diagnósticos, pronóstico, opciones de tratamientos y cuidados entre paciente y equipo terapéutico.
- f. Respuesta desproporcionada, que se mantiene en el tiempo y que funcionalmente es inútil para el/la paciente (Negación patológica, culpabilidad, ira contra los cuidadores, esperanza irreal).

2. Elementos dependientes de la organización sanitaria

2.1. Profesional/Equipo

- a. Sedación prolongada, con fármacos poco habituales, o requerimiento de altas dosis, o manejo emocional difícil.
- b. Opioides: Riesgo o presencia de efectos secundarios graves (narcosis, tolerancia rápida, neurotoxicidad); rotación de opioides. Otros fármacos: de uso poco habitual, de manejo difícil, o de uso hospitalario.
- c. Intervenciones paliativas (Radioterapia, quimioterapia, endoscopia, cirugía, bloqueos, y otras técnicas analgésicas invasivas, prótesis, ventilación mecánica); o derivadas del manejo de técnicas instrumentales (Nutrición enteral/parenteral, instauración de tratamiento endovenoso, realización de paracentesis y/o curas de difícil manejo).
- d. Conocimiento y/o motivación insuficiente en el enfoque paliativo; dilemas éticos y de valores, actitudes y/o creencias; duelo propio no resuelto por parte del profesional o de los integrantes del equipo; conflicto dentro del mismo equipo o con otros equipos respecto a la toma de decisiones; sobrecarga de trabajo.

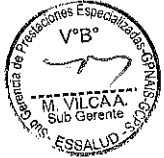
2.2. Recursos

- a. Material ortopédico, oxigenoterapia, aerosol terapia, aspirador portátil, bombas de perfusión continua, ventilación mecánica, material fungible, fármacos de uso hospitalario.



- b. Insuficiente cobertura por deficiencias en la disponibilidad del equipo de referencia y factibilidad en la atención; Dificultad logística en citas de consulta hospitalaria, traslados, ingresos programados; Uso reiterado de los dispositivos y servicios de urgencia, dificultad en la coordinación entre los profesionales; gestión de casos de personajes mediáticos.

Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos: documento de apoyo al PAI cuidados paliativos / autores, M<sup>a</sup> Luisa Martín-Roselló. [et al.]. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014IDC-PAL: INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LA COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS.



**ANEXO 5: RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Nivel de Atención	Grupo ocupacional	Número
<b>Equipos de Cuidados Paliativos I</b>	Médico familiar/otro especialista	2
	Enfermero	2
	Psicólogo	1
	Trabajador social	1
<b>Unidad de Cuidados Paliativos II</b>	Médico especialista	4
	Enfermero	4
	Psicólogo	2
	Trabajador social	2
	Nutricionista	1
	Técnico en enfermería	2
<b>Unidad de Cuidados Paliativos III</b>	Médico especialista	6
	Enfermero	6
	Psicólogo	2
	Trabajador social	4
	Nutricionista	2
	Técnico en enfermería	4
	Técnico administrativo	2



- Las Unidades de cuidados paliativos requieren del apoyo de transporte sanitario para atención domiciliaria por lo que deberá gestionarse con las áreas correspondientes. Se coordinará con el servicio de farmacia para la asignación de personal para seguimiento farmacoterapéutico de opioides y preparación de fórmulas magistrales. Se coordinará con el servicio de medicina de rehabilitación para la atención en rehabilitación de los pacientes de cuidados paliativos que lo requieran.
- Se coordinará con el servicio de medicina complementaria para la atención de los pacientes de cuidados paliativos que lo requieran.
- Médicos capacitados en cuidados paliativos

**ANEXO 6: ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE LA UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS POR NIVEL DE ATENCIÓN**

PROVEEDOR	ATENCIÓNES POR NIVELES CUIDADOS PALIATIVOS
<p><b>NIVEL I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPRESS I-3 y I-4</li> <li>• Atención ambulatoria (Centros médicos y Policlínicos Complejidad creciente)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración integral de las necesidades de pacientes y cuidadores.</li> <li>2. Cumplimiento del plan de cuidados establecido.</li> <li>3. Valoración frecuente y control de síntomas.</li> <li>4. Información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso.</li> <li>5. Intervención farmacológica y no farmacológica para el control de síntomas.</li> <li>6. Información, consejo y apoyo a paciente, familia, los cuidadores/es principal/es.</li> <li>7. Interconsulta y referencias</li> <li>8. Coordinar la posibilidad de hospitalización en los casos que corresponda.</li> </ol>
<p><b>NIVEL II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitales II-1 (Hospital General)</li> <li>• Hospitales II-2,II-2E (Hospital Especializado del II nivel de atención)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración del paciente que requiere cuidados paliativos según criterios de admisión y complejidad del paciente</li> <li>2. IPRESS del plan de cuidados; incluye: medidas preventivas, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales.</li> <li>3. Exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y tratamiento farmacológico y no farmacológico.</li> <li>4. Atención de interconsultas.</li> <li>5. Seguimiento.</li> <li>6. Formación de cuidadores.</li> <li>7. Información y apoyo en las distintas fases del proceso</li> <li>8. Referencias y Contrarreferencia.</li> </ol>
<p><b>NIVEL III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitales Nacionales (III-1)</li> <li>• Institutos (III-2)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración del paciente que requiere cuidados paliativos según criterios de admisión y complejidad del paciente</li> <li>2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad y alta especialización.</li> <li>3. Capacitación para el personal de salud y cuidadores.</li> <li>4. Atención de interconsultas.</li> <li>5. Seguimiento especializado.</li> <li>6. Recepción de referencias y Contrarreferencias</li> </ol>



**ANEXO 7: INFRAESTRUCTURA DE LA UNIDADES DE CUIDADOS POR NIVEL DE ATENCIÓN**

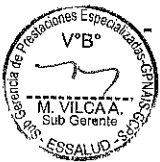
Infraestructura de la unidades de cuidados por nivel de atención		
Nivel de atención	Establecimiento	Area Física
I	Policlínico	Consultorio externo Tópico de urgencias Área de Procedimiento Ambiente de coordinación general
II	Hospital I	Consultorio externo Tópico de urgencias Área de Procedimientos Ambiente de coordinación general
	Hospital II	Todo lo anterior Consultorio Externo con área de Procedimientos Clínica de día Área hospitalaria
	Hospital III	Todo lo anterior
III	Hospital Nacional / instituto	Consultorio externo con área de Procedimientos. Área de coordinación general Clínica de día especializada Área de hospitalización



**1. Ambiente prestacional**


- **Área de consultorio externo:** De acuerdo con el nivel de atención se deberá contar con ambientes de acuerdo a la normativa vigente que deberá tener acceso tecnología necesaria para desarrollar Telemedicina.
- **Área de Tópico de atención de urgencia (box):** Es un área para procedimientos de baja y mediana complejidad en la atención del paciente de medicina paliativa. Que tendrá absoluta privacidad y estará provisto de accesorios empleados para discapacitados.
- **Clínica de día:** Destinado a la atención y procedimientos médicos, según capacidad de resolución del personal de la Unidad, con tiempo de permanencia máxima de 12 horas. Debe contar con un área para evaluación y otra para procedimientos.
- **Área de Hospitalización:** Pueden ser camas funcionales o asignadas a la Unidad de cuidados paliativos. El área de hospitalización está a cargo de personal médico con capacitación avanzada, destinada a prestar servicios a pacientes de alta complejidad paliativa. El ambiente de hospitalización debe ser privado preferentemente, que permita el acompañamiento de 24 horas por parte de la familia.
- **Área de Admisión y Triage:** Está destinado a la evaluación inicial del paciente, en la cual el Personal de salud prioriza el daño y decide sobre su atención o derivación.

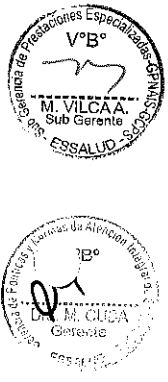
- **Áreas de Consulta del Equipo Multidisciplinario (2)** Realizarán atención integral de cuidados paliativos, consejería y seguimiento de los pacientes, familiares y cuidadores. La dimensión del área será de hasta 9 m2 cada una.
- 2. Áreas complementarias:** Según nivel de atención
- Zona Administrativa**
- **Área de Coordinación y Reuniones:** Ambiente técnico destinado a reuniones clínico/administrativas, capacitación y actividades preventivas de agotamiento laboral en el recurso humano. Deberá estar ubicado en un lugar accesible para la coordinación multidisciplinaria. También podrá ser utilizado como Sala de familia/duelo/información de malas noticias.
  - **Jefatura:** Es el ambiente administrativo donde se efectuarán funciones de planeación, organización, dirección, coordinación y control de las actividades que se llevan a cabo en la unidad de medicina paliativa. Contará con un área para labores administrativas y otra para coordinación.
  - **Secretaría:** Es el ambiente administrativo donde se realizarán funciones de apoyo a la jefatura, tales como recepción, despacho de información, archivo, entre otros. De acuerdo con las necesidades; este ambiente podrá ser exclusivo o integrarse al ambiente de jefatura.
  - **Vestidores y Servicios higiénicos del personal:** Contará con un área para permitir el cambio de ropa limpia y la custodia provisional en casilleros metálicos del personal que labora. La normatividad vigente recomienda 9m2 de área.
  - **Áreas de consejería del Equipo Multidisciplinario:** Realizarán atención integral de cuidados paliativos, talleres, consejería y prevención terciaria en los pacientes, familiares y cuidadores. La dimensión del área será de hasta 13.50 m2.
  - **Sala de espera:** de pacientes y acompañantes adyacente a la recepción y admisión, brindando un espacio para una estancia prolongada de acompañantes durante los tratamientos de los pacientes y disponer de espacio suficiente para el movimiento de sillas de ruedas y camillas.
  - **Baños Para Pacientes y Familiares, adaptados:** Los servicios higiénicos se ubicarán cercanos a la sala de espera. Los servicios higiénicos para pacientes discapacitados y/o gestantes según la normativa vigente.





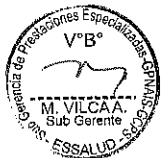
**ANEXO 8: FICHA DE REGISTRO DEL PACIENTE EN SISTEMA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

		<b>FICHA REGISTRO DEL PACIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>		<b>RED:</b> Centro:	<b>HCI:</b>
				Equipo:	Fecha:
<b>Nombre del Paciente:</b> ..... ..... <b>Edad: .....Sexo: (F) (M) Fecha de Ingreso:</b> .....				<b>Autogenerado:</b> <b>DNI:</b> <b>Centro Asistencial Origen:</b>	
C. Externa	Hospitalización:	Emerg:	Cama	<b>Dirección:</b> <b>Teléfono:</b> <b>Cuidador Principal o Familiar:</b>	
<b>Motivo Interconsulta:</b>				<b>Comorbilidad:</b> HTA( ) DM ( ) HepB ( ) TBC ( ) ACV( ) VIH( )	
<b>Funciones Vitales:</b> A: / FC: FR: T: SATO2:				<b>Riesgo Genético:</b> Si( ) No( ) RAM: Especificar:	
<b>Motivo de ingreso:</b>					
<b>Diagnóstico Principal:</b>		<b>Metástasis:</b> Si ( ) No( )		<b>Signos y síntomas principales</b>	
<b>Diagnóstico Actual:</b>		Portador Ostomias Si ( ) Acceso venoso:..... Especificar:			
<b>Tratamiento Previo:</b> Ultima RxTx ..... QxTx:..... <b>Última Hospitalización:</b> ..... Tratamiento Actual:				<b>Diagnostico Psicológico:</b> ..... <b>COGNITIVO:</b> Conservado( ) Deteriorado( ) Leve( ) Moderado( ) Severo( ) Alterado( )	
<b>Pap-Score:</b> A: ( ) B:( ) C:( )				<b>Diagnóstico:</b> Conoce: Si( ) No( )	
<b>Palliative Scale</b> >50( ) 40( ) 30( ) 20( ) 0( )				<b>Pronóstico:</b> Conoce: Si( ) No( )	
				<b>Situación familiar: (filiograma)</b>	



<b>Karnosky:</b> >50( ) 40( ) 30( ) 20( ) 10( ) <b>EVA:</b> ( ) <b>PAINAD</b> ( ) <b>Otros:</b> <b>Barthel:</b> >50( ) 40( ) 30( ) 20( ) 10( ) <b>Grado de Dependencia:</b> <b>Katz:</b> <b>ECOG:</b> 5( ) 4( ) 3( ) 2( ) 1( ) <b>Norton:</b> Muy alto riesgo( ) Evidente( ) : Mínimo( )	<b>Rasgos familiares</b> <b>Riesgo social:</b> <b>Idioma:</b> <b>INSTRUCCION:</b> Sup( ) Medio( ) B <b>Valora su salud</b> Si( ) No( ) <b>Tradición: Creencias Irracionales S</b> <b>No( )</b>
<b>HB:</b> <b>LEU:</b> <b>% LF:</b> <b>G:</b> <b>U:</b> <b>Na:</b> <b>K:</b> <b>CL:</b> <b>Abas:</b> <b>TP:</b> <b>Plaq:</b> <b>ALB:</b>	<b>ECO: Leu:</b> <b>Nitritos:</b> <b>Uroculivo:</b>
<b>DESTINO :</b>	
<b>PLAN:</b>	
<b>Seguimiento 1er Día:</b>	
<b>Seguimiento 2do Dia</b>	

Fuente: elaborado por el equipo de directiva de cuidados paliativos



### CARTILLA DE INSTRUCCIÓN



La valoración del estado del enfermo es un elemento básico de la actuación profesional tanto para confirmar la etapa en que se encuentra, conocer sus necesidades de control de síntomas, su nivel de sufrimiento y el de sus allegados, así como evaluar su potencial de salud, de rehabilitación y elaborar un plan de tratamiento tanto del paciente como de su familia. El peso de la enfermedad tiende a aumentar si confluyen diversos síntomas, aspectos psicosociales no solucionados y otros elementos que inciden sobre la respuesta al tratamiento.

El objetivo de la ficha de evaluación es unificar el método de abordaje y enfoque en los diferentes niveles de atención. La recogida de los datos procede de la historia clínica del paciente.

El proceso asistencial de Cuidados Paliativos requiere un modelo de atención compartido, entre todos los niveles de atención y establecer así el nivel de intervención de los diferentes recursos Asistenciales.

La ficha pretende recolectar los datos más resaltantes del estado mórbido del paciente, en el encabezamiento se encuentra los datos de filiación del mismo, procedencia, antecedentes, comorbilidad, diagnósticos previos, procedimientos previos, y ultima hospitalización que refleja el grado de compromiso del estado general, y los factores de

descompensación actual, reflejados en los síntomas no compensados, motivo de ingreso o consulta.

Merece una mención especial las escalas de evaluación:

1. VALORACION GENERAL
  - Escala de Karnofsky
  - ESCALA FUNCIONAL ECOG/OMS.
  - INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON (VERSIÓN ABREVIADA).
  - ESCALA DE NORTON.
2. VALORACION FUNCIONAL.
  - INDICE DE KATZ
  - INDICE DE BARTHEL
  - INDICE DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON Y BRODY
3. VALORACION DEL ESTADO COGNITIVO Y MENTAL
  - MINI MENTAL STATE EXAMINATION
  - TEST DE YESAVAGE
  - ESCALA DE DEPRESION Y ANSIEDAD DE GOLDBERG
  - CAM
  - ESCALA DE CONFUSIÓN
  - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG
  - ESCALA DE SUFRIMIENTO
4. VALORACION PRONÒSTICA
  - PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PAP SCORE)
  - ESCALA FUNCIONAL PALIATIVA (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE)
  - PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI)
  - INDICE PRONOSTICO INTERNACIONAL DE LOS LINFOMAS DE HODGKIN
  - ESCALA DE VALORACION NUTRICIONAL MNA ABREVIADA.
  - ESCALA DE ZARIT. -(ABREVIADO)
  - ESCALA DE GIJON. -
  - ESCALA VISUAL ANALOGICA
  - ESCALA DE PAINAD.



- ESCALA DE ZARIT
- 5. VALORACION DE FRAGILIDAD
- FRAIL
- G8

Las anteriores contribuyen a definir el cuadro clínico del paciente, la sobrevivencia, fragilidad, y realizar un plan de intervención en el nivel de atención que el paciente sea evaluado.

**ANEXO 9: PACIENTE PEDIÁTRICO SUSCEPTIBLE DE RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS**

Grupo de enfermedades que amenazan la vida	Ejemplos
Enfermedades que requieren tratamiento curativo o intensivo para prolongar la vida y que pueden fallar.	Enfermedades neoplásicas avanzadas o progresivas que tienen mal pronóstico. Cardiopatías severas congénitas o adquiridas.
Enfermedades que requieren tratamientos prolongados para mejorar y mantener la calidad de vida.	Fibrosis quística. HIV/SIDA. Enfermedades gastrointestinales severas o malformaciones (gastrosquisis). Insuficiencia renal cuando la diálisis o trasplante no están indicados. Inmunodeficiencias severas. Distrofia muscular. Insuficiencia respiratoria crónica o severa. Epidermólisis bullosa severa.
Enfermedades progresivas para las cuales el tratamiento es exclusivamente paliativo.	Mucopolisacaridosis. Alteraciones metabólicas progresivas. Cromosomopatías (13 y 18). Formas severas de osteogénesis imperfecta
Afectación neurológica severa, no progresiva, que deriva en vulnerabilidad y complicaciones que pueden causar la muerte prematura	Parálisis cerebral severa con infecciones recurrentes. Parálisis cerebral con dificultad en el control de síntomas. Secuelas neurológicas severas secundarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- enfermedades infecciosas.</li> <li>- prematurez extrema.</li> <li>- a otras injurias.</li> </ul> Injuria cerebral hipóxica o anóxica. Holoprosencefalia u otras enfermedades cerebrales severas.



Himelstein B, Hilden J, Morstad A, Weissman D. Pediatric Palliative Care. N Angla J Mes 2004; 350: 1752-62

Gerardo C. Ética en el final de la vida. Módulo III Programa de educación permanente en bioética. Redbioética UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioética-edu.com.ar> [consulta: ISjun 2008].

## ANEXO 10: INDICADORES PARA UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

<b>INDICADOR: 1</b>	
<b>PROPORCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS EN FASE AVANZADA QUE RECIBEN ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	
<b>Fundamento</b>	El Indicador mide la proporción de pacientes oncológicos y no oncológicos en fase avanzada que reciben Cuidados Paliativos atendidos en la IPRESS
<b>A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye</b>	OE2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa, OE4: Promover una gestión con ética y transparencia
<b>Tipo de Indicador</b>	Continuo de Incremento
<b>Objetivo</b>	Disponer de información del número de paciente Oncológicos y No Oncológicos en fase avanzada que acuden a los servicios de Cuidados Paliativos.
<b>Ámbito de Aplicación</b>	IPRESS
<b>Forma de cálculo</b>	Número de pacientes oncológicos en fase avanzada atendidos en las unidades de Cuidados Paliativos de la IPRESS / Número de pacientes no oncológicos en fase avanzada por las Unidades de Cuidados Paliativos (*) <i>Se determina por Sistema Informático vigente.</i>
<b>Definición Operacional</b>	Número de Paciente Oncológico y No Oncológicos en <b>fase avanzada</b> (con diagnóstico atención paliativa CIE10 Z51.5 y diagnóstico con cie 10 de enfermedad )
<b>Meta 2017/ Basal</b>	Establecer la línea basal
<b>Fuente de información (Origen de datos)</b>	Sistema de Gestión Hosp. (Estadística) de la IPRESS
<b>Frecuencia de envío de información al SIAG</b>	Mensual
<b>Frecuencia de Evaluación del Indicador</b>	Mensual
<b>Oficina / Gerencia Responsable del registro y consolidación en la Red Desconcentrada</b>	Gerente, Jefe de Departamento, Servicio o Área; Oficina de Estadística e Informática de las IPRESS
<b>Oficina / Gerencia Responsable de la Consolidación y Evaluación de la información en el Nivel Central</b>	Gerencia Central de Tecnología e informática / Gerencia Central de Logística/Gerencia Central de Prestaciones de Salud

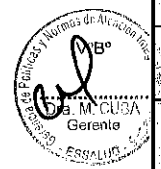
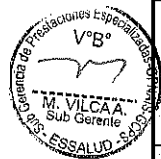


<b>INDICADOR: 2</b>	
<b>PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DOMICILIARIAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLOGICOS QUE RECIBEN ATENCION EN LA UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	
<b>Fundamento</b>	El indicador mide la mortalidad en domicilio de los pacientes de la unidad de cuidados paliativos.
<b>A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye</b>	OE2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa, OE4: Promover una gestión con ética y transparencia
<b>Tipo de Indicador</b>	Continuo de Incremento
<b>Objetivo</b>	Disponer de información del número de defunciones de los pacientes de Cuidados Paliativos atendidos en Domicilio.
<b>Ámbito de Aplicación</b>	IPRESS
<b>Forma de cálculo</b>	N° de pacientes oncológicos y no oncológicos (adultos y niños) fallecidos en Domicilio por mes/N° Total de pacientes (adultos y niños) atendidos por la unidad de Cuidados Paliativos (* Se determina por Sistema Informático vigente
<b>Definición Operacional</b>	Número de Pacientes (adultos y niños) fallecidos por mes en el servicio/Unidad de Cuidados Paliativos de la IPRESS. Mínimo de atención por mes.
<b>Meta 2017 / Basal</b>	Establecer línea basal.
<b>Fuente de información (Origen de datos)</b>	Sistema de Gestión (Estadística) de la IPRESS.
<b>Frecuencia de envío de información al SIAG</b>	Mensual.
<b>Frecuencia de Evaluación del Indicador</b>	Mensual.
<b>Oficina / Gerencia Responsable del registro y consolidación en la Red Desconcentrada / Asistencial</b>	Gerente, Jefe de Departamento, Servicio ó Área; Oficina de Estadística e Informática de la IPRESS
<b>Oficina / Gerencia Responsable de la Consolidación y Evaluación de la información en el Nivel Central</b>	Gerencia Central de Tecnología e informática/ Gerencia Central de Logística / Gerencia Central de Prestaciones de Salud



<b>INDICADOR: 3</b>	
<b>PROPORCION DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS QUE RECIBEN ATENCION DOMICILIARIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.</b>	
<b>Fundamento</b>	Medir la cantidad de pacientes (adultos y niños) oncológicos y no oncológicos que reciben Atención Domiciliaria por parte de la unidad de Cuidados Paliativos de la IPRESS
<b>A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye</b>	"OE2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa, OE4: Promover una gestión con ética y transparencia
<b>Tipo de Indicador</b>	Continuo de incremento.
<b>Objetivo</b>	Disponer de información del número de pacientes (adultos y niños) oncológicos y no oncológicos que reciben Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos.
<b>Ámbito de Aplicación</b>	A Nivel de la IPRESS
<b>Forma de cálculo</b>	Nº pacientes (adultos y niños) oncológicos y no oncológicos Atendidos en domicilio por Unidad de Cuidados Paliativos /Nº de pacientes (adultos y niños) oncológicos y no oncológicos que reciben Atención en la Unidad de cuidados paliativos.
<b>Definición Operacional</b>	Número de Paciente (adultos y niños) oncológicos y no oncológicos que reciben Atención Domiciliaria por mes
<b>Meta 2016 / Basal</b>	Establecer línea basal.
<b>Fuente de información (Origen de datos)</b>	Unidad de Atención Extra-hospitalaria
<b>Frecuencia de envío de información al SIAG</b>	Mensual.
<b>Frecuencia de Evaluación del Indicador</b>	Mensual.
<b>Oficina / Gerencia Responsable del registro y consolidación en la Red Desconcentrada</b>	Gerente, Jefe de Departamento, Servicio ó Área; Oficina de Estadística e Informática de la IPRESS
<b>Oficina / Gerencia Responsable de la Consolidación y Evaluación de la información en el Nivel Central</b>	Gerencia Central de Tecnología e informática / Gerencia Central de Logística / Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Fuente: elaborado por el equipo de directiva de cuidados paliativos



ANEXO 11: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS -MEDICINA PALIATIVA.**

Paciente..... Edad:.....Sexo: .....

Autogenerado:.....Servicio.....Nro Cama:.....

La Unidad de cuidados paliativos .... del Hospital ..... se encarga de prestar atención al paciente con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica que precisa cuidados de soporte hasta el final de la vida.

Nuestra unidad ofrece Cuidados Paliativos y Control de Síntomas.

Los Cuidados Paliativos se encargan de la atención integral, activa y continua del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinario, para proporcionar calidad de vida.

La Unidad brinda atención, soporte medico de pacientes en condiciones de asistencia, pero no brinda traslado del paciente, ni atención de emergencia.

Es responsabilidad del familiar:

- Proporcionar los materiales e insumos necesarios para el cuidado e higiene del paciente.
- Entrega de una copia del DNI del Paciente
- Participar activamente en los procesos de cuidados del paciente crónico.
- Compromiso familiar de acompañar diariamente al paciente para soporte de carga emocional.

Estando informado del funcionamiento la Unidad de Cuidados Paliativos y siendo la decisión conjunta médico-familia doy mi consentimiento para el ingreso a la Unidad de Cuidados Paliativos.



\_\_\_\_\_

Firma de Paciente y/o familiar responsable

Firma y sello del Médico

DNI

Fecha: día: .....mes:.....Año:.....Hora: .....

1 CONSULTE AL PERSONAL PARA SU TOTAL COMPRENSION PORQUE LA FIRMA IMPRESA EXPRESA LA ACEPTACIÓN DE TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.



### CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo..... Familiar /representante legal del paciente) en pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente y/o familiar responsable

Firma y sello del médico



## Anexo 12: COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

### OBJETIVO:

Una buena comunicación debe tener como objetivo procurar conocer al enfermo y poder interpretar el impacto de la enfermedad para apoyarle en el proceso de adaptación a su nueva realidad con sinceridad y respeto a su autonomía. Es una habilidad que todo sanitario debe adquirir para intentar dar una respuesta adecuada a la pluralidad de necesidades del enfermo, siendo para ello esenciales el trato empático, para demostrar comprensión con lo que está pasando el enfermo y su familia. Una pobre comunicación produce un considerable sufrimiento, mucho del cual es evitable.

### BASES PARA UNA COMUNICACIÓN PALIATIVA:

Existen tres elementos básicos para el éxito de la comunicación:

- Escucha activa.
- La empatía y
- La aceptación

1. **La escucha activa:** está indicada particularmente cuando observemos en nuestro interlocutor un cambio brusco en la conducta verbal y no verbal, si deseamos identificar y profundizar un problema, si el paciente nos informa de algo que considera importante, si percibimos resistencias (oposición, rechazo) a lo que planteamos y cuando deseamos neutralizar los sentimientos y verbalizaciones agresivas en nuestros enfermos. La comunicación no verbal puede hablar más que las propias palabras y dar un mensaje diferente.

Destrezas Básicas de la Escucha:

- Procurar crear un clima de confianza antes de empezar.
- Asegurar el mantenimiento de la adecuada privacidad.
- Acoger con amabilidad a la persona que nos habla.
- Sentarse para hablar, pues da la sensación de dedicarle más tiempo.
- Ponerse a su lado a una distancia entre 50 y 90 cm. en lugar de frente a él con un escritorio en medio.
- Reducir los motivos de distracción en el ambiente (radio, televisión).
- Estar dispuesto a escuchar a la otra persona en sus propios términos.
- Mantener el contacto ocular salvo si la situación es muy emotiva.
- Mostrar atención e interés pretendiendo captar y comprender las palabras que se dicen con especial atención a los sentimientos.
- No levantar la voz.
- No interrumpir al interlocutor ni completar las frases del enfermo. Este lo hará mejor si no se siente presionado.
- Ser creíble y no prometer lo que no se puede cumplir.
- Estimular al paciente a continuar hablando a través de gestos, palabras como "dígame", "siga por favor", "es muy interesante"
- No adelantarse a las conclusiones.
- Procurar no presuponer, sino siempre preguntar; no imponer, sino sugerir y respetar sus costumbres.
- Reflexionar y resumir con el paciente sus principales preocupaciones.



## 2. La Empatía:

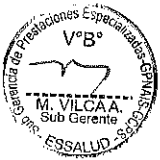
Un sanitario que atienda con actitud empática aumenta el grado de satisfacción de sus pacientes, puede conocer más su problemática psicosocial y reducir de manera notable su ansiedad, el estrés, la limitación física.

## 3. La Aceptación:

La aceptación se manifiesta a través del interés que se demuestre por lo que dice el paciente, sin juzgarle, en permitirle expresar sus sentimientos sobre la enfermedad o su vida, sin forzarle a resignarse ante una situación si él se resiste y por acoger sus respuestas sin reaccionar ante las mismas de una forma que él las interprete como un rechazo. Al final de la entrevista se hará un resumen al paciente que indique lo que se le ha escuchado y que se han tomado en cuenta sus preocupaciones, dándole la oportunidad de hacer preguntas. Se le informará que seguirá siendo atendido conforme lo necesite en el futuro.

### Recomendaciones Para una Buena Comunicación (con evidencia)

- C Los profesionales sanitarios deben poseer las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y deberían recibir una formación adecuada al respecto.
- ✓ La información y la comunicación deberían basarse en las preferencias expresadas por los pacientes, evitando la interpretación de sus deseos por parte de los profesionales sanitarios.
- D Es importante que los profesionales sanitarios muestren explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar.
- B Las necesidades de información y las preferencias del enfermo deben valorarse regularmente.
- D Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deberían retrasarse, respetando de manera individual los deseos de información de cada paciente (incluido el deseo de no ser informado). Deberían ser comunicadas de forma sincera, sensible y con margen de esperanza. Este tipo de información ha de proporcionarse en un lugar cómodo, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones.
- B La información verbal puede acompañarse de otros métodos de información de refuerzo, como la información escrita. Los métodos deben basarse en preferencias individuales.
- B Las organizaciones sanitarias deben proporcionar la posibilidad de que los profesionales que trabajan con pacientes que precisan de CP tengan una formación adecuada en habilidades para la comunicación. La formación debería ser intensiva, basada en escenarios reales y con sesiones posteriores de recordatorio.
- D Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida, a través de profesionales adecuadamente entrenados y respetando el deseo de las personas a no tomar parte en las decisiones.
- D Los profesionales que participan en la toma de decisiones deben aportar información clara y suficiente, permitiendo al paciente y a sus familiares expresar sus dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitando el tiempo necesario para la reflexión.
- D Los clínicos deberían facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos al final de la vida, (limitación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, etc.), teniendo en cuenta los valores y preferencias del enfermo y su familia.



- D Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, deberían considerarse las siguientes opciones en el orden en el que se presentan:
- Directrices previas, en caso de que las haya.
  - Deseos expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica, en caso de que los haya.
  - Representante legal.
  - Familiares a cargo más próximos.
- D Se recomienda informar al equipo de las decisiones adoptadas y registrar el proceso en la historia clínica.
- D En caso de dudas durante el proceso de toma de decisiones, puede estar indicada una solicitud de asesoramiento a expertos (otros profesionales, Comité de Ética Asistencial, etc.).

MEDICINA PALIATIVA Y EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, 1º Edición, Buenos Aires. Argentina, 2012. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras - SBN:978-84-933596-5-2, Editor (coordinador): Wilson Astudillo A.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Unidad de Cuidados Paliativos Estándares y Recomendaciones, Informes, estudios e investigación, España: Ministerio de la Sanidad y Política Social 2009.
2. IDC-PAL: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos, Junta de Andalucía, España, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.
3. Cuidados Paliativos, Proceso Asistencial Integrado Servicio Vasco de Salud, Dirección Territorial de Álava- Departamento de Sanidad y Consumo. Mayo 2012
4. Unidad de Cuidados Paliativos, Área de Salud de Segovia, octubre 2012.
5. Hospital de Día Estándares y Recomendaciones, Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones, Madrid 2009.
6. Norma Técnica Oncológica Nro.001- INEN/DIMED-DEM-V.01, Norma Técnica Oncológica de la Unidad Prestadora de servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos 2016.
7. Himelstein B, Hilden J, Morstad A, Waksman D. Pediatric Palliative Care. N Angla J Mes. 2004; 350: 1752-62
8. Gerardo C. Ética en el final de la vida. Módulo III Programa de educación permanente en bioética. Redbioética UNESCO. Disponible en: <http://www.redbioética-edu.com.ar> [consulta: 15Jun 2008].
9. MEDICINA PALIATIVA Y EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, 1º Edición, Buenos Aires. Argentina, 2012. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras - SBN:978-84-933596-5-2, Editor (coordinador): Wilson Astudillo A.
10. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL. 2017-2021. EsSalud con el Perú por la senda del Desarrollo

