

Dispositivo de Cuidados Paliativos en Atención Primaria de la Salud

Relato de Experiencia

Clínica Ampliada

Trabajo inédito

Autores/as:

ALGRANATI, María Josefina. Residente de Medicina General. DNI 33476962

DIAZ, Facundo. Residente de Medicina General. DNI 30218899

GARCIA, Marisa. Licencia en Kinesiología. DNI 16134920

GOMREE, Julieta. Residente de Medicina General. DNI 33373093

LEYRIA, Emilia. Promotora de salud. DNI 17874550

MENDELZON, Guillermo. Médico Generalista. DNI 31507764

MOLINA, Santiago. Residente de Medicina General. DNI 34589587

PARERA, Carla. Residente de Medicina General. DNI 32471631

PEREZ, Andrea. Medica generalista. DNI 30641855

VAZQUEZ, Delia. Promotora de salud. DNI 6021465

CENTRO DE SALUD N°10

Garibaldi 1897 (Calle 170 e/ 36 y Pasaje 39)
José León Suárez, Partido de Gral San Martín
Provincia de Buenos Aires
Tel.: 4580-1067
centro10mg@gmail.com

DISPOSITIVO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

ALGRANATI, María J; DIAZ, Facundo M; GARCIA, Marisa L; GOMREE, Julieta M; LEYRIA, Emilia B; MENDELZON, Guillermo; MOLINA, Santiago; PARERA, Carla; PEREZ, Andrea M, VAZQUEZ, Delia.

Centro de Atención Primaria de la Salud N° 10
Garibaldi 1897, José León Suárez, San Martín, Buenos Aires
Teléfono: 11-45801067
Email: centro10mg@gmail.com

Relato de Experiencia

Clínica Ampliada

El presente relato da cuenta de la experiencia del dispositivo interdisciplinario de atención paliativa (AP) para el abordaje de personas con enfermedades crónicas avanzadas y evolutivas con pronóstico de vida limitado en el área programática del Centro de Atención Primaria de la Salud N° 10 durante el periodo comprendido entre octubre de 2016 a la actualidad.

El objetivo del mismo es relatar el contexto, implementación y desarrollo de dicho dispositivo e identificar fortalezas y debilidades de la atención primaria de la salud (APS) como marco para el desarrollo de la AP

La experiencia inicia con la rotación de Cuidados Paliativos en el Instituto Lanari por parte de la residencia de Medicina General, continuando con un diagnóstico de situación y la conformación de un equipo multidisciplinario de AP en APS. El mismo está conformado por 6 residentes de MG, 1 kinesióloga, 1 enfermera, 2 promotoras de salud y 1 Médica generalista, consta de reuniones de equipo semanales, atención en consultorio, visitas domiciliarias, reuniones familiares y acompañamiento en derivaciones.

Desde el comienzo se fomentó en el espacio de AP la autonomía y la toma de decisiones, para que cada persona pueda ser protagonista de su proceso de enfermedad y de su propia muerte.

Dada la escasa experiencia de acompañamiento paliativo en AP invitamos a más equipos a animarse a compartir el proceso de muerte y despedida, para que pueda volver a formar parte de la vida, para desmedicalizarla y aportar para que sea con el menor sufrimiento posible

Atención paliativa, Muerte, Atención Primaria de la Salud

Soporte técnico: proyector y pantalla.

INTRODUCCIÓN

En Argentina se están experimentando transiciones demográficas de unas sociedades predominantemente jóvenes a otras crecientemente envejecidas, lógica que se replica en la Provincia de Buenos Aires. Este fenómeno predice que en los próximos años, aumentará el número de personas que necesiten cuidados paliativos (CP).

El presente relato da cuenta de la experiencia del dispositivo interdisciplinario de atención paliativa (AP) para el abordaje de personas con enfermedades crónicas avanzadas y evolutivas con pronóstico de vida limitado (ECA) en el área programática del Centro de Atención Primaria de la Salud N° 10 (CAPS N° 10), José León Suárez, Partido de San Martín, Buenos Aires durante el periodo comprendido entre octubre de 2016 a la actualidad.

OBJETIVOS

- Relatar el contexto, implementación y desarrollo del dispositivo de atención paliativa en el CAPS N° 10 de San Martín de la Provincia de Buenos Aires entre octubre de 2016 a la actualidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fortalezas y debilidades de la atención primaria de la salud (APS) como marco para el desarrollo de los CP.
- Difundir la experiencia con otros equipos de APS e incentivar la inclusión de los CP en el campo de acción del PNA.

UBICACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO

La experiencia fue llevada a cabo en el CAPS N° 10 del Municipio de General San Martín (MGSM) de la Provincia de Buenos Aires de octubre del 2016 a la actualidad.

CONTEXTUALIZACIÓN Y ENCUADRE INSTITUCIONAL

Esta experiencia es llevada a cabo en CAPS N° 10 ubicado en José León Suárez, partido de San Martín, provincia de Buenos Aires. El MGSM es parte del primer cordón del conurbano bonaerense, sus límites son al noreste con San Isidro, Vicente López y Tigre; al este con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; al sudoeste con Tres de febrero y al noroeste con San Miguel. El partido se halla casi totalmente urbanizado, y se caracteriza por su conformación industrial.

El censo nacional de 2010 estima que la población de la provincia de Buenos Aires es de 15.625.084 habitantes. Los mayores de 65 años son el 10,7 % de la población y la esperanza de vida al nacer es 78,69 años para mujeres y 71,87 años para varones ¹.

El MGSM cuenta con una población de 414.196, siendo el tercer distrito más densamente poblado (7550.50 hab/km²) del conurbano bonaerense. Los mayores de 65 años constituyen 13 % de la población del municipio. El 35,36 % de la población total no cuenta con obra social ni prepaga, teniendo el sistema público de salud como única cobertura ¹.

En la Provincia de Buenos Aires el primer nivel de atención (PNA) lo constituyen los Centros de Atención Primaria de Salud que actúan como la “puerta de entrada” natural al sistema institucional de servicios y poseen una amplia capacidad para resolución de problemas. El segundo y tercer nivel de atención adquieren un nivel ascendente de complejidad y especialización, actuando sobre la base de referencia detectada en el PNA.

El CAPS N 10 es parte de la red de 19 centros de APS que pertenecen al MGSM ². El área programática del CAPS se extiende desde la Avenida Amancio Alcorta hasta Libertad y desde Rolón hasta Ituzaingó, comprendiendo un área de 200 manzanas. La población total del área programática es de 15000 habitantes aproximadamente, y el CAPS N° 10 es la única institución sanitaria tanto pública como privada dentro de la misma. El equipo de salud se encuentra conformado por cinco médicas generalistas, dos pediatras, una nutricionista, una obstetra, tres psicólogos/as, cinco enfermeras, una kinesióloga, una podóloga, un odontólogo, una trabajadora social, cinco administrativos/as, tres encargadas de maestranza y limpieza, cinco promotoras/es de salud y la residencia de medicina general que cuenta con 13 médicos/as residentes.

Dentro del Municipio se encuentran también un centro de salud mental, uno de rehabilitación, 3 hospitales municipales y 2 hospitales provinciales que constituyen el segundo y tercer nivel de atención.

No se ha encontrado hasta el momento datos oficiales respecto a servicios o equipos en el ámbito público de CP dentro del municipio.

DESCRIPCIÓN DE ACTORES Y SUJETOS

El equipo de CP se encuentra conformado por cinco residentes de Medicina General, una médica de planta, una enfermera, dos promotoras de salud y una kinesióloga. El dispositivo de CP está destinado a la atención de pacientes mayores de 18 años usuarios del CAPS N° 10 con necesidades de AP, quienes constituyen los principales actores de este relato de experiencia.

Como parte de los actores indirectos se encuentra el servicio de CP del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (IDIM Lanari) quien en el marco de la rotación de la residencia de medicina general por la institución, se constituyó como supervisor de la experiencia.

MARCO TEÓRICO

Los cuidados paliativos

Los CP nacieron en el Reino Unido en los Hospices de los años 60, y propusieron un modelo de atención y organización, servicios, y programas públicos de CP que se adaptaron a las características culturales y a cada sistema de salud. En la mayoría de países todavía están centrados en atender a personas enfermas de cáncer, en fases muy avanzadas, durante pocos meses, en servicios específicos, con criterios de acceso frecuentemente basados en el pronóstico, y modelos de intervención “dicotómicos”, con escasa interacción entre servicios, fragmentados y basados en intervenciones urgentes.

Las evoluciones conceptuales y retos actuales más relevantes de la AP consisten en su aplicación a personas con todo tipo de enfermedades crónicas evolutivas, en todos los servicios de salud, atendiéndolas de una manera precoz, superando el pronóstico como factor único determinante ³.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los CP deberían ser accesibles de forma temprana a cada persona que padezca una enfermedad que amenace la vida. El Ministerio de Salud de la Nación (MSN) creó en 2016 el Programa Nacional de CP limitando como objetivo implementar estos servicios en las instituciones de salud para aquellos pacientes que padecen alguna enfermedad oncológica ⁴. Vale aclarar que no existen los mismos programas para otros tipos de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas a nivel nacional ni en la Provincia de Buenos Aires.

El modelo actual de AP propone que el cuidado del final de la vida comprende tres fases superpuestas de enfermedad Figura 1⁵.

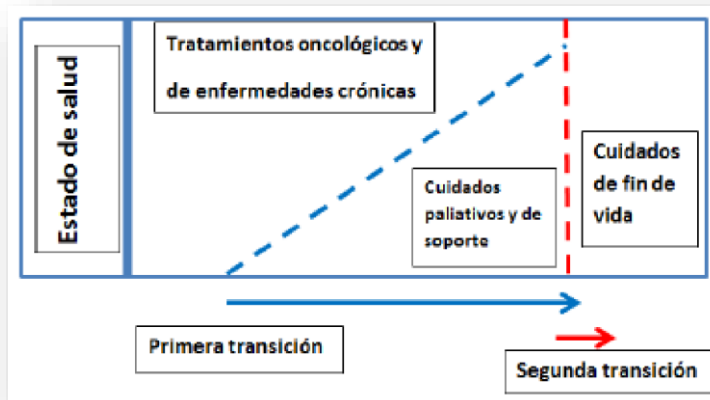


Figura 1: Primera y segunda transición. Traducido de Boyd K, Murray SA 2010

El reconocimiento de las transiciones entre estas fases es un desafío para cambiar los objetivos de la atención a pacientes con ECA, con progresión lenta o fluctuante. Estas situaciones se caracterizan por presentar una enfermedad progresiva, con evolución en crisis e impacto progresivo en la capacidad funcional y la adaptación, generar una alta necesidad y demanda de recursos, incorporando la visión paliativa, y por tener un pronóstico de vida limitado, un concepto

más amplio que el de la enfermedad terminal muy asociada a pronóstico de vida de semanas o pocos meses. Esta concepción más abierta y flexible se complementa con la introducción del concepto de Atención Paliativa (AP) definida como todas aquellas acciones terapéuticas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida, practicadas de acuerdo con las necesidades y en cualquier momento de la evolución (no vinculado necesariamente con pronóstico), y en todos los niveles de atención de la salud, reservando la intervención de los servicios específicos de Cuidado Paliativo (CP) al criterio de complejidad ⁶⁷.

Se pueden identificar estos puntos claves en la evolución de las enfermedades crónicas, conocidos como la 1ra y 2da transición, para incorporar medidas paliativas en la atención.

La Figura 2 ⁵ muestra patrones evolutivos en las fases avanzadas-terminales de diferentes enfermedades, así como la proporción que representan respecto a la mortalidad total. Mientras que la enfermedad oncológica muestra una trayectoria evolutiva predecible, para el resto de patologías crónicas, siendo estas las más prevalentes en situación de enfermedad avanzada, resulta difícil establecer cuándo está indicado plantear la AP. Disponer un instrumento que contribuya a identificar pacientes con enfermedades crónicas de todo tipo y necesidades de AP en todos los servicios de salud puede resultar particularmente útil en estas situaciones.

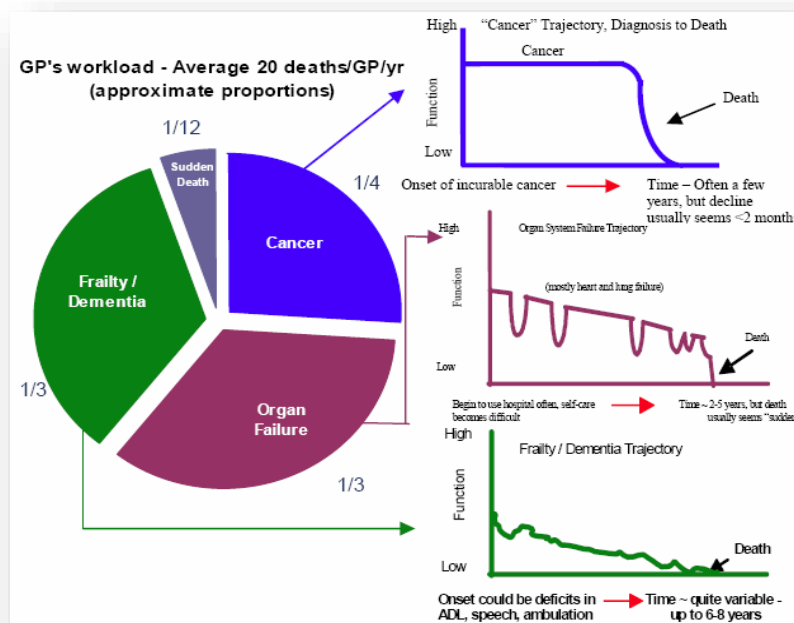


Figura 2: Trayectorias evolutivas típicas de personas con ECA

El Proyecto NECPAL es una iniciativa del Observatorio QUALY/Centro Colaborador de la OMS, para programas públicos de CP del Instituto Catalán de Oncología (Barcelona, España)⁸. Tiene como objetivo fundamental mejorar la AP de todos los enfermos en todos los servicios de salud, muy especialmente en la APS, residencias y en todos aquellos servicios que atiendan proporciones elevadas de enfermos crónicos, mediante la identificación precoz de pacientes con necesidades de atenciones paliativas. Se fundamenta en tres ejes principales: a) la investigación (en el marco de la cual se construyó el Instrumento NECPAL-CCOMS ICO), b) la docencia y c) la propuesta de programa de implementación.

El Instrumento NECPAL (ver Anexo 2) consiste en una evaluación cuali-cuantitativa, multifactorial indicativa y no dicotómica que completa el/la médico/a tratante y el/la enfermero/a a cargo del paciente. Su utilidad es, fundamentalmente, la de identificar enfermos/as con necesidades de un cambio de enfoque, incorporando medidas paliativas en su atención. No es un instrumento de carácter pronóstico, ni que indique la intervención de equipos específicos, ni que limite necesariamente otros tipos de enfoques concomitantes.

El instrumento combina evaluación de la percepción con una pregunta sorpresa y reflexiva (“¿Le sorprendería que esa persona muriese a lo largo del próximo año?”), con indicadores objetivos de gravedad, progresión de la enfermedad, comorbilidad y consumo de servicios. Permite clasificar a los pacientes entre los que presentan necesidades de AP (“NECPAL +”), cuyo profesional tratante no se sorprendería si fallece en el lapso de 12 próximos meses y tiene además un indicador objetivo positivo, y los que no (“NECPAL -”). En comparación con las herramientas existentes similares, el NECPAL CCOMS-ICO© incorporó el dominio psicológico, los síndromes geriátricos y el deterioro funcional y nutricional como indicadores de pronóstico. Por otra parte, es el único instrumento que integra la solicitud de AP del paciente o la familia como un disparador para identificar a las personas con estas necesidades de atención.

El/la médico/a tratante lo puede completar de forma programática para los/as enfermos/as crónicos avanzados en todos los servicios de salud. Su alta sensibilidad permite identificar a una muy significativa proporción de pacientes que padecen ECA y evolutivas con pronóstico de vida limitado, con necesidades de AP.

En el año 2016 se publicó la versión del NECPAL 3.0 la cual incorpora innovaciones de contenido y formato, basadas en la experiencia y en la nueva evidencia disponible, que mejoran su comprensión, utilidad clínica, y aplicabilidad ⁹.

Recientemente se ha realizado una experiencia en 4 hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 5 CeSACs de sus respectivas áreas programáticas con la implementación del instrumento NECPAL ¹⁰. El principal hallazgo fue identificar, con un instrumento no basado en la mortalidad, que, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1 de cada 3 pacientes con enfermedades crónicas podría morir en el próximo año y tenía necesidades de AP. Dicha publicación es la primera en Argentina que incluye a pacientes del PNA.

Disponer de un instrumento que contribuya a identificar pacientes con enfermedades crónicas de todo tipo y necesidades de AP en todos los servicios de salud es fundamental para implementar medidas universales de mejora, incluyendo las de formación, adaptación organizativa y las acciones integradas de todos los actores implicados.

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO© puesto en marcha en el ámbito de la APS potencia su efecto como puerta de entrada para incorporar una perspectiva paliativa en la atención de manera precoz y oportuna.

La atención primaria de la salud y la medicina general

La APS fue definida como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”* en el marco de la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata llevada a cabo en el año 1978, tratado al que adhirió el Estado argentino ¹¹.

Esta propuesta surge y es aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de la salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada

nación. Así, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que las desigualdades sociales deben abordarse de forma contextualizada, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de APS como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales ¹².

Es así que la APS, requiere una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente.

Según la Organización Panamericana de Salud entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS se encuentra el recurso humano, que debe poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto ¹³. En ese sentido, el/la médico/a generalista es uno de los componentes claves en el PNA.

La medicina general se asume como una especialidad guiada por valores de universalidad, equidad y solidaridad. Trabaja en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, siendo partícipe importante del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud–enfermedad–atención de la comunidad reconociendo a las personas como sujetos, dentro de un contexto familiar y comunitario.

Todas estas características y competencias de la especialidad posicionan a el/la médico/a generalista y al equipo en el ámbito de la APS como actores privilegiados para la detección y acompañamiento de pacientes con enfermedades crónicas con necesidades paliativas en estadios tempranos y su posterior acompañamiento. El análisis de los resultados de los 25 años del Proyecto de Demostración de AP de la OMS en Cataluña afirma que los programas de CP deben incorporar un enfoque integrado y orientado a la comunidad, y que *"dada la importancia de los servicios de atención primaria, los médicos generalistas deben ser capacitados y entrenados para identificar a las personas que necesitan servicios de CP. Esto puede lograrse mediante la implementación de herramientas específicas (por ejemplo, la herramienta NECPAL CCOMS-ICO©) y mejorando los procesos de capacitación y mejora de la calidad"* ¹⁴.

En el año 2008, la especialidad fue definida por el Consejo Federal de Salud como una especialidad prioritaria en el marco de la estrategia de APS que el MSN y los ministerios locales sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud ¹⁵.

Los programas de CP deben desarrollarse e implementarse a través de políticas sanitarias e institucionales que garanticen AP de calidad, continua, integral y equitativa en el acceso, características propias de la APS, estrategia en la cual los CP podrían afirmarse.

En base a esto nos propusimos crear un dispositivo interdisciplinario de atención para pacientes con necesidades paliativas en el PNA.

RELATO DE EXPERIENCIA

Desde el año 2015, los residentes de 3er año de la residencia de medicina general del CAPS N°10 realizamos la rotación de CP de dos meses con el equipo de CP del IDIM Lanari.

Luego del paso de tres generaciones de residentes, fuimos incorporando el paradigma de la AP a nuestra práctica diaria. Si bien esta rotación ya se venía realizando con anterioridad en servicios de otros hospitales, fue fundamental el vínculo generado con esta institución y su interés por acompañar experiencias en el PNA. El intercambio que se fue generando entre ambos equipos, nos hizo preguntarnos acerca de porqué desde el centro de salud no estábamos acompañando el proceso de morir, o si lo estábamos haciendo de la manera correcta.

Encontrábamos que la autonomía y la toma de decisiones durante este proceso eran muy limitadas, y que incluso los/as pacientes no tenían un conocimiento certero sobre su diagnóstico y pronóstico.

Compartiendo esta perspectiva, el equipo del servicio de CP del IDIM Lanari fomentó y tuvo un rol activo en el diseño y puesta en práctica del presente proyecto. Desde allí se acompañó en el armado del dispositivo y la supervisión de los/las pacientes abordados por el equipo.

El rol tutorial del equipo de CP del IDIM Lanari resultó esencial ya que, para llevar a cabo este abordaje, es fundamental contar con referentes especializados en CP que promuevan el establecimiento de redes entre los diferentes niveles de atención que superen los modelos tradicionales de referencia y contrareferencia.

Conformación del equipo

Una vez que tomó fuerza la idea de diseñar un dispositivo de AP en el PNA, desde la residencia decidimos abrir la propuesta al resto del equipo del CAPS N°10, conscientes no sólo de la importancia del trabajo en equipo, sino también de la necesidad de armar un grupo de trabajo que contará con diversos saberes disciplinares y múltiples perspectivas de abordaje. Con este objetivo, durante una reunión de equipo de los/las trabajadores/as del CAPS N°10 se compartió al resto de los/las compañeros/as la visión de los CP y la necesidad de empezar a abordar esta problemática. A partir de esto, la kinesióloga y una enfermera del CAPS deciden integrarse a la propuesta.

Además, consideramos que era fundamental la incorporación de promotoras de salud del CAPS, ya que su trabajo con fuerte impronta territorial permite llegar a personas que de otra manera estarían fuera de nuestro radar de alcance, incorporándose dos de ellas, una de las cuales trabaja de manera voluntaria sin recibir remuneración.

Entendemos que resulta esencial dentro de nuestra formación, el poder aplicar los conocimientos adquiridos en el ámbito hospitalario a la práctica diaria en la APS. Es así que se estableció que el residente rotante participe del dispositivo, como parte de la propuesta pedagógica, reforzando a su vez la fluidez de la supervisión.

Finalmente el equipo queda conformado por cinco residentes de Medicina General, una kinesióloga, una enfermera, dos promotoras de salud, una médica generalista y el/la residente que se encuentre rotando en el IDIM Lanari.

Actividades y planificación

Una vez conformado el equipo comenzamos planificando actividades para el desarrollo del dispositivo. Con este objetivo, realizamos un cronograma de actividades (Tabla 1).

Mes	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Planificación de las actividades	X										
Capacitación NECPAL	X										
Diagnostico NECPAL		X	X								
Evaluación de datos		X	X								
Armado del equipo	X	X									
Capacitación	X		X		X		X		X		X
Visitas domiciliarias			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Armado de redes				X	X	X	X	X	X	X	X
Supervisión de pacientes			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Presentación del dispositivo									X		

Tabla 1 Cronograma actividades

Capacitación

En primera instancia, se realizó una búsqueda bibliográfica y una etapa de capacitación en relación a equipos de AP en el PNA. También sobre herramientas para identificación de pacientes con necesidades paliativas y escalas de evaluación.

Se preparó material bibliográfico impreso para cada una de las disciplinas que componen el equipo y una base bibliográfica digital como material complementario que se actualiza en forma permanente con los aportes del equipo de CP del IDMI Lanari. Estos espacios fueron sostenidos por clases que fueron preparadas tanto por diferentes integrantes del dispositivo como también por el equipo del IDMI Lanari.

También asistimos a ateneos y conferencias de la misma institución.

Etapa diagnóstica

Se definió una primera etapa para realizar un diagnóstico de situación, ya que si bien existía una sensibilidad respecto al rol primordial de los CP en el contexto de un aumento de las enfermedades crónicas como causa de morbimortalidad a nivel mundial, no percibíamos una demanda concreta de este tipo de atención por parte de los/as usuarios/as del CAPS. Como nos ha sucedido con otras problemáticas, entendemos que la falta de demanda no tiene relación lineal con el grado de prevalencia e incidencia de estas; muchas personas de nuestra área programática padecen enfermedades crónicas y también mueren, aunque no nos busquen para acompañar este proceso.

Para llevar a cabo esta etapa realizamos una búsqueda bibliográfica respecto a experiencias llevadas a cabo con la herramienta NECPAL. Luego, el equipo de CP del IDIM Lanari nos capacito sobre su uso e implementación a todos los integrantes del equipo.

Una vez familiarizados con la herramienta, comenzamos por utilizar el sistema de turnos informatizado de la MGSM para identificar aquellos pacientes mayores de 18 años que presentaran alguna de las enfermedades crónicas especificadas en la herramienta NECPAL (cáncer, EPOC, ICC, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, ACV, demencia, enfermedades neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas). A través del mismo pudimos recabar escasa información, posiblemente debido a un gran subregistro generado por las dificultades existentes en el registro de los diagnósticos. En una segunda etapa, a través del mismo sistema, se accedió al listado de todos/as los/as pacientes mayores de 18 años atendidos/as durante el periodo 2015 - 2016 (sin especificar diagnóstico), discriminados por médico/a tratante. A cada médico/a se le entregó su listado para que pudieran identificar a aquellos pacientes con pregunta sorpresa positiva -es decir que no le sorprendería que muriese en el próximo año-. Se realizó una breve etapa informativa con los/as médicos/as del equipo de salud del CAPS a fin de explicar la finalidad de la utilización de la herramienta NECPAL con el propósito de que cada profesional pueda aplicar correctamente la pregunta sorpresa.

Una vez que el dispositivo se fue consolidando como propuesta dentro del CAPS, el mismo equipo de salud comenzó a referenciar pacientes que potencialmente pudieran requerir AP. Otro flujo importante de pacientes lo aportaron las promotoras de salud que debido al vínculo forjado con los/as vecinos/as, pudieron identificar a personas con necesidades paliativas

que no estaban referenciadas con el CAPS, o bien que habían sido usuarios/as de este, pero que por su condición clínica habían dejado de atenderse a pesar de estar dentro del área programática. Muchos de estos tampoco estaban siendo abordados por ningún otro efector de salud.

De todo este flujo de pacientes, generamos un listado a los cuales aplicar la herramienta NECPAL para identificar a aquellos que efectivamente tenían necesidades de AP y serían abordados por el equipo de CP.

Organización general del dispositivo

Para favorecer el funcionamiento permanente del dispositivo, se estableció que los días miércoles de 9 a 13 horas los/las integrantes del dispositivo de CP del CAPS tendrían disponibilidad para realizar actividades vinculadas al mismo. Con este fin, se reprogramaron las otras actividades (turneras, rotaciones de residentes, etc.) de los/las participantes a fin de asegurar su participación en los espacios de reunión. Los temas tratados durante estas reuniones pueden dividirse en tres grandes grupos:

- Funcionamiento del dispositivo, incluyendo cuestiones de logística general, la relación con el resto del equipo del CAPS, la gestión de los recursos, el registro de la experiencia y el armado formal del proyecto, así como la organización de reuniones periódicas con el equipo del IDIM Lanari.
- Discusión acerca de pacientes particulares, ya sean pacientes nuevos que requieran evaluación para identificar necesidades paliativas, o pacientes bajo seguimiento. Garantizar este espacio de pase semanal permitió que todo el equipo conozca el estado de los pacientes que se encuentran bajo la órbita del dispositivo, y que cada integrante pueda aportar su perspectiva, aun cuando no realice personalmente la atención del mismo.
- Formación en las distintas esferas del paradigma de la AP. El equipo acordó la necesidad de garantizar espacios académicos, a fin de construir un marco teórico común

que guiará nuestras prácticas. De esta manera, se organizaron charlas tanto sobre cuestiones generales (paradigma de la AP, relación con la muerte, manejo de la familia, comunicación) como también sobre algunas situaciones clínicas particulares (manejo del dolor, paciente en final de vida, etc.). Asimismo, se hizo necesaria la actualización y revisión bibliográfica de patologías puntuales de acuerdo a los diagnósticos específicos de los pacientes en seguimiento.

Cabe resaltar que, además de las cuestiones desarrolladas, la reunión de equipo es una oportunidad para que cada miembro pueda compartir sus sensaciones acerca de las vivencias transitadas en la atención de algunos/as pacientes. Desde un primer momento hicimos explícito que el trabajo en AP puede ser particularmente intenso y movilizador a nivel emocional, y que en muchas ocasiones se vuelve necesario un espacio de contención y escucha donde poder trabajar esas emociones, compartirlas y aprender de ellas, nunca con el objetivo de que desaparezcan, sino buscando comprender que son parte necesaria de un trabajo que implica relacionarse muy estrechamente con las personas que acompañamos.

Visitas domiciliarias

Durante el resto de la mañana de los miércoles se realizan visitas domiciliarias. Se acuerda a qué pacientes visitar según criterios clínicos y también sociales.

En estas visitas además de atender los aspectos clínicos y emocionales, las promotoras de salud realizan intervenciones para la gestión de recursos a nivel municipal u obras sociales y trabajan sobre el tramado de las redes comunitarias articulando el cuidado de cada paciente.

A las vistas también concurre la kinesióloga quien trabaja junto a los pacientes y su familia en la rehabilitación, el confort, las técnicas de movilización y adaptación de los recursos a las necesidades del momento.

Dentro de estos espacios, se realizan reuniones con los familiares y con la red de cuidado del paciente, siendo de gran importancia no solo para la organización del cuidado, sino también

para evaluar cómo se va afrontando la situación, permitiendo identificar posibles familiares o cuidadores en situación de riesgo.

A medida que la cantidad de pacientes en seguimiento fue aumentando, se hizo necesario contar con mayor tiempo para realizar las consultas (ya fueran en domicilio o en el CAPS). Aquellas actividades que no se pueden realizar durante la mañana del miércoles son incluidas dentro del horario asistencial de los miembros del equipo para no sobrecargar a los integrantes ni obstaculizar otros espacios vitales también para el CAPS.

Conformación de redes

Ante la necesidad de realizar en algunos momentos, estudios diagnósticos y/o procedimientos terapéuticos de mayor complejidad, debimos comenzar a vincularnos con servicios específicos en el segundo y tercer nivel de atención.

De esta manera comenzamos a tejer redes tanto con hospitales del MGSM, como con hospitales nacionales. Trabajamos en conjunto con los servicios de Neurología del Hospital Posadas y del Hospital Castex, con el servicio de Nutrición del Hospital Posadas, y el equipo de CP del Hospital Tornú. Inclusive realizamos interconsultas con la nutricionista y el psicólogo del CAPS en repetidas ocasiones.

Sistema de registro

Desde el comienzo de la experiencia se mantiene un sistema de registro múltiple para favorecer la comunicación entre todos los miembros del equipo, y garantizar el buen seguimiento. Toda la actividad realizada se vuelca en tres formatos distintos:

- Historias clínicas: cada paciente cuenta con una historia clínica de CP (Ver Anexo 3) adjuntada a su historia clínica general del archivo del CAPS. En estas historias se realiza un registro multidimensional incorporando la situación clínica, emocional, social y espiritual de los pacientes del dispositivo.

- Planillas de seguimiento: a modo de facilitar un acceso rápido a la información, se diseñó una planilla que permite conocer de forma ágil el estado actual del paciente, las últimas actividades realizadas en torno a su caso y las tareas pendientes.
- Cuaderno de notas: se utiliza para tomar registro de lo desarrollado en las reuniones como insumo para sistematizar la experiencia.

Además de estos registros, cada consulta con los/as pacientes del dispositivo (ya fuera domiciliaria o en el CAPS) es registrada dentro del sistema de turnos informatizado del CAPS.

Análisis e interpretación de la experiencia

A diferencia de la mayoría de los servicios hospitalarios de CP, el dispositivo de AP en APS tiene la particularidad de abordar el cuidado de los pacientes en su domicilio y dentro de la comunidad a la que pertenecen, posibilitando un seguimiento longitudinal y adaptado a las vivencias y realidad de estos.

Generar este dispositivo permite abordar a los pacientes con pronóstico de vida limitado de baja complejidad y sus familias en su entorno afectivo y social, en el ámbito en el cual transcurre la mayor parte del tiempo la enfermedad e incluso muchas veces el lugar elegido por estos para transitar dicho proceso. Además de respetar su deseo, el transitar el proceso de morir en el domicilio mejora la capacidad de soporte familiar, la accesibilidad y disminuye los costos de las internaciones.

En la práctica en los domicilios, es significativa la conformación de un equipo interdisciplinario que explore y afronte las necesidades de los pacientes con una mirada multidimensional. En esta tarea, las promotoras de salud desempeñan un rol elemental producto de un saber muy específico de su práctica dentro de la APS, desarrollado anteriormente. Del mismo modo, tuvieron un rol fundamental en la etapa diagnóstica para la identificación de pacientes con necesidades paliativas. El flujo más importante de estos lo aportaron las promotoras, familiarizadas con la herramienta NECPAL, acercando usuarios/as del CAPS que de

otro modo no hubiesen sido beneficiados por este tipo de atención dada la dificultad en el acceso que presentan frecuentemente los/las pacientes con ECA.

A su vez, la dirección del CAPS mostró voluntad para que los/las integrantes del equipo de CP lleváramos adelante el proyecto y mostró flexibilidad a las propuestas presentadas para el armado del espacio de pase, consultorio, visitas domiciliarias y reuniones de supervisión, así como a los horarios para el desarrollo de estas.

Otro pilar importante para garantizar la sustentabilidad del dispositivo fue el vínculo con el equipo de CP del Instituto Lanari, la cual resultó inspiradora para adaptar los conocimientos adquiridos en ella despertando el deseo y desafío de transpolar la mirada paliativa a la APS. Posteriormente, una vez puesto en marcha el dispositivo, se estableció un vínculo de supervisión entre ambas instituciones que se consolidó formalmente con una presentación del dispositivo para el equipo de salud del CAPS, donde se invitó a otros equipos interesados en la temática, comunidad y las autoridades municipales con la presencia de la Dra. Vilma Tripodoro, jefa del servicio de CP del IDIM Lanari, como invitada en representación del instituto (Anexo 4).

En contraposición a estas potencialidades que encontramos en el desarrollo de la AP en la APS, hallamos como condicionante global la deslegitimación de los CP dentro de las estrategias globales de atención de pacientes con ECA. En general, estos se suelen relacionar sólo a pacientes oncológicos y con una mirada dicotómica; los CP aparecen cuando el tratamiento curativo ya no es una opción.

Esta realidad posiblemente se encuentre condicionada en cierta medida por la visión de la muerte de la cultura occidental, que la muestra como algo extraño y siempre imprevisto de lo que no hay que hablar y que si se presenta se debe controlar. La muerte, como otros procesos fisiológicos de la vida -el nacimiento, la vida sexual, el parto, etc.- se encuentra severamente medicalizada.

En coherencia con este paradigma, la organización de la vida moderna, la urbanización, la gentrificación y las condiciones laborales propias del sistema capitalista no contemplan la posibilidad de que una persona detenga sus obligaciones para cuidar de un enfermo/a, y esto anula la posibilidad de que morir en el hogar sea una opción. Esto aparece como un condicionante importante, porque incluso pudiendo garantizar la organización del PNA para el

acompañamiento de fin de vida, existe una superestructura que condiciona las posibilidades del núcleo familiar. Sumado a esto, si los cuidados se realizan por fuera de una institución de salud, será la familia quien tenga que costear los gastos del proceso.

Otro limitante en la práctica cotidiana es la falta de bibliografía respecto a los CP en el PNA, coherente con las escasas experiencias de este tipo de atención en dicho nivel, siendo el marco de competencias y de complejidad de intervención para cada nivel poco claro y difuso.

Dadas las características del dispositivo en cuestión, en muchas ocasiones se generan situaciones que requieren respuestas e intervenciones inmediatas que se superponen con otras actividades programadas, resultando en una sobrecarga para los/as trabajadores/as.

Por otra parte, cabe mencionar que el dispositivo se desarrolla en un barrio y con una población que se encuentra atravesada por problemáticas sociales y económicas complejas. La mayoría de los/las pacientes que se atienden en el CAPS no cuentan con obra social y la gestión de recursos resulta dificultosa y lenta respecto a los tiempos que proponen las patologías y procesos que los/las pacientes afrontan.

El trabajo en el PNA, y particularmente en los CP, requiere un sistema de referencia contrarreferencia que funcione con celeridad y sea competente frente a las reagudizaciones de los procesos crónicos, evolución clásica de estos. El diálogo fluido entre los niveles resulta clave y enriquecedor para el abordaje del tramado clínico, social y espiritual de los pacientes. Para el tipo de enfoque que nos proponemos, resulta fundamental esta comunicación para poder hacer efectivos los deseos de los/as pacientes de acuerdo a intervención o no intervención en caso de derivación. Hemos encontrado en esto una limitante para la AP de calidad, debido a que dentro de la red del sistema público del MGSM existen dificultades para el trabajo coordinado entre los distintos niveles de atención.

Conclusiones y propuestas

Luego de casi un año de experiencia, se identificaron pacientes del área programática con necesidades paliativas que hasta el momento no habían sido beneficiados por este tipo de atención. Incluso, muchos de ellos solo recibían atención en los periodos de agudización de la patología en el 2do y 3er nivel de atención, limitando la mirada longitudinal y multidimensional

del proceso. De persistir esta lógica organizacional es probable que los perdamos del radar de atención, contrario a la perspectiva de recomendada en pacientes con padecimientos crónicos.

Intentar una alternativa a este modelo tradicional de atención implicó reconocer complejidades que van más allá de las dolencias físicas. Para poder afrontarlas resultó fundamental articular redes de cuidado dentro de la comunidad. La atención de las necesidades no necesariamente implican la intervención de un profesional sanitario; los cuidadores informales y las redes comunitarias son a menudo una inestimable ayuda para el paciente. El rol de las/os promotoras/es resultó un recurso excepcional para esta experiencia; al ser vecinos/as de la zona de influencia del CAPS conocen e interpretan la dinámica barrial y la interacción entre los diferentes componentes del complejo entramado social. Sumado a esto, la experiencia y la formación de ambas promotoras en la gestión de recursos fue un factor de vital importancia que facilitó a las familias y/o cuidadores el acceso a insumos, servicios, pensiones y estudios complementarios acorde a las necesidades de cada paciente.

Creemos también, que el equipo de CP fomento desde sus comienzos la autonomía y la toma de decisiones de los/as pacientes, para que cada persona pueda ser protagonista de su proceso de enfermedad y de su propia muerte. Romper el tabú occidental que impide hablar de la muerte con una persona con un diagnóstico terminal implica entre otras cosas brindar el espacio donde cada uno pueda disponer de su propio cuerpo en la evolución de la patología, prever síntomas e interurrencias para planificar conductas deseadas en caso de no poder consentir en el momento en que se presenten, tener tiempo para pensar los rituales de despedida propios y del entorno, los miedos, los descansos, poder planificar y vivenciar la transición.

Este es un camino que requiere el acompañamiento de las redes comunitarias; amigos/as, familia, grupos de pertenencia, iglesia, de otras instituciones. La APS nos coloca en un lugar privilegiado para poder formar parte de este entramado de sostén.

Dada la escasa experiencia de acompañamiento paliativo en APS invitamos a más equipos a animarse a compartir el proceso de muerte y despedida para que esta pueda volver a formar parte de la vida, para desmedicalizarla y para que cada persona pueda transitarla con la mayor autonomía y el menor sufrimiento posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos 2010 [Internet]. Indec.gov.ar. 2010. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135. Consultado julio de 2017
2. Municipalidad de San Martín. Secretaria de Salud [Internet]. Sanmartin.gov.ar. 2016. Disponible en: <http://www.sanmartin.gov.ar/servicios/salud/>. Consultado julio 2017
3. Gómez-Batiste X, Blay C, Martínez-Muñoz M, Espauella J. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo xxi. Medicina Clínica [Internet]. 2013;141(7):322-323. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-innovaciones-conceptuales-e-iniciativas-mejora-S1134248X12000602>. Consultado agosto de 2017
4. Ministerio de Salud 2017 [Internet] <http://www.msal.gov.ar>: Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/el-inc-y-sus-programas/coordinacion-de-cuidados-paliativos/>. Consultado julio 2017
5. Boyd K Murray S. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ. 2010;341(sep16 2).
6. Gómez Batiste X, Martínez Muñoz M, et al. Identification of people with chronic advanced diseases and need of palliative care in socio-health services: elaboration of the NECPAL CCOMS-ICO© tool. Artículo en español. Med Clin (Barc) 2013;140: 241–45
7. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ 2010;341: c4863.
8. Gómez-Batiste X, Figuerola M, Pascual J, Espinosa J, Espauella J, Costa X et al. Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. 1ra ed. Observatorio “QUALY” / Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Programas Públicos de Cuidados Paliativos – Institut Català d’Oncologia; 2011. Disponible en: http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf Consultado agosto de 2017

9. Gómez-Batiste X, Muñoz M, Blay C, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL- CCOMS-ICO© 3.0. Cataluña; 2016. Disponible en: http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programes_necpal/ Consultado agosto de 2017

10. Tripodoro V, Rynkiewicz M, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. Medicina. 2016;76(3). Disponible en: <http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol76-16/n3/139-147-Med76-3-6428-Tripodoro.pdf>. Consultado agosto de 2017

11. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Development. 2004;47(S2):159-161. Disponible en: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1 Consultado agosto de 2017

12. Ase IBurijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva. 2009;5(1):27. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003 Consultado agosto de 2017

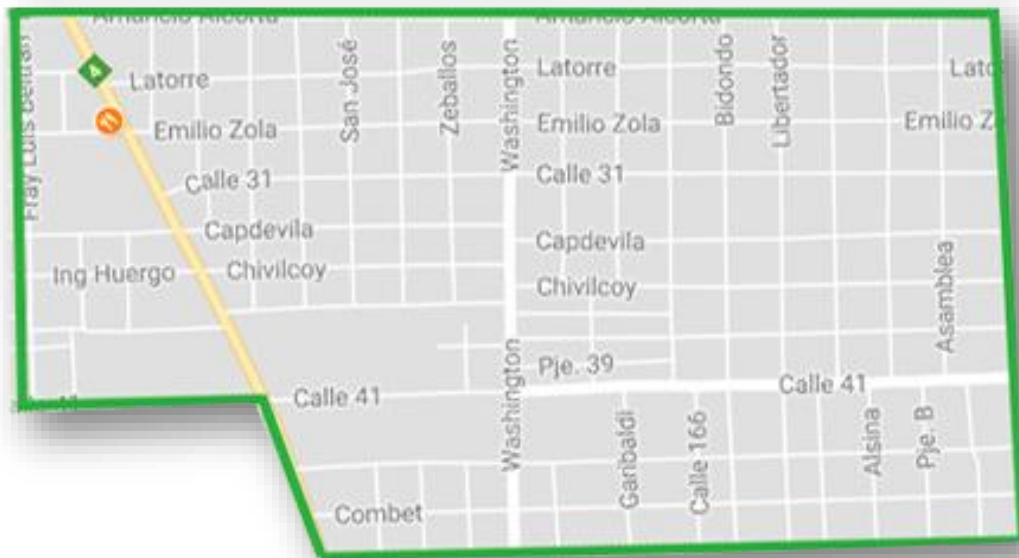
13. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. New.paho.org. Disponible en http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APSEstrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

14. Gómez-Batiste X, Blay C, Martínez-Muñoz M, Lasmarías C, Vila L, Espinosa J et al. The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990–2015). Journal of Pain and Symptom Management. 2016;52(1):92-99.

15. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. Buenos Aires: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional; 2014. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/publicacion_snares.pdf Consultado agosto de 2017

ANEXOS

Anexo 1. Mapa área programática del CAPS N° 10



Anexo 2. Instrumento Necpal

INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.0 2016

PACIENTE: _____ HC: _____


FECHA: ____ / ____ / ____ SERVICIO: _____

RESPONSABLE(S): _____

Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriera a lo largo del próximo año?	<input type="checkbox"/> Sí (-) <input checked="" type="checkbox"/> No (+)
"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Necesidad: Identificada por profesionales miembros del equipo	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Indicadores clínicos generales: en los últimos 6 meses - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente - Combinar severidad CON progresión	- Declive nutricional • Pérdida Peso = 10%	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Declive funcional • Deterioro Karnofsky o Barthel = 30% • Pérdida de = 2 ABVDs	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Declive cognitivo • Pérdida ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Dependencia severa	- Karnofsky < 50 o Barthel < 20	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición • Datos clínicos anamnésticos ≥ 2 recurrentes o persistentes	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos... • ≥ 2 síntomas (ESAS) persistentes o refractarios	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo • Detección de Malestar Emocional (DME) = 9	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
	Vulnerabilidad social severa • Valoración social y familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Multi-morbilidad	• 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de Indicadores específicos)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones • = 2 Ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Indicadores específicos	Cáncer, MPOC, ICC, I Hepática, I Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, d'altres malalties avançades • Per a desenvolupar com annexos • Criterios de severidad y progresión	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No

Clasificación:			Codificación y registro Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)
Pregunta Sorpresa (PS)	PS + (No me Sorprendería)	✓	
	PS - (Me Sorprendería)		
Parámetros NECPAL	NECPAL + (de 1+ a 13+)		
	NECPAL - (Ningún parámetro)	✓	

Anexo 3. Historia Clínica de Cuidados Paliativos

Historia Clínica de Cuidados Paliativos		FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre y Apellido:.....	.....	Dni:.....	.....
Fecha de Nacimiento:.....	.....	Edad:.....	.....
Domicilio:.....	.....	Localidad:.....	.....
Teléfono:.....	.....	Obra Social:.....	.....
Situación laboral:.....	.....	Escolaridad:.....	.....
Medicx de cabecera:.....	.....	Medicxs especialistas:.....	.....
Hospital de referencia:.....	.....	.....	.....
FAMILIGRAMA				
CUIDADOR PRINCIPAL				
Nombre y Apellido:.....	.....	Relación:.....	.....
Domicilio:.....	.....	Localidad:.....	.....
Teléfono:.....	.....	Conviviente: Si/No	.....
ESPIRITUALIDAD				
ANTECEDENTES PERSONALES				
DIAGNOSTICOS ACTUALES				
TRATAMIENTOS ACTUALES				

EXAMEN FISICO

--

ESCALA ESAS - Evaluación de síntomas

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duelmo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej: sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

OBSERVACION

--

ESCALA DE BARTHEL - Funcionalidad

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

OBSERVACIONES

Puntaje	Clasificación
0 – 20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

ESCALA GUION DE VALORACION SOCIO FAMILIAR

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a la jubilación	3
Pensión	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua, caliente, calefacción)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos, mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Aceptable situación social 5 a 9
 Existe riesgo Social 10 a 14
 Problema social > 15

REDES Y OBSERVACIONES

NIVEL DE COMPLEJIDAD (Según escala IDC):.....

PROBLEMAS ACTUALES

PROBLEMAS POTENCIALES

--	--

DEMANDA

NECESIDADES

--	--

PLAN TERAPEUTICO

--

PRESENTACIÓN PROYECTO | MIER. 28 JUNIO 13.30 HS

DISPOSITIVO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

DEL CENTRO DE SALUD N 10

Con la presencia de la Dra Vilma Tripodoro,
Jefa del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Lanari

 CENTRO DE SALUD N 10
Garibaldi 1897, San Martin
Salón de usos multiples

CONVOCAN

 Centro de Salud N 10
Municipio de San Martin

 Instituto de Investigaciones Médicas
Alfredo Lanari
UBA