



MAESTRÍA UNIVERSITARIA INTERNACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA - ESPAÑA

2019-2021

TÍTULO:

Unidades de Cuidados Paliativos en el Perú.

AUTORES:

DRA. JEANNE NADIA RAMOS ALARCÓN

Especialista en Medicina familiar y comunitaria - Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú

DRA. YENNI JULITA HUACHACA TALAVERANO

Especialista en Medicina familiar y comunitaria - Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú

DRA. LESLIE YESENIA CRUZ PRECIADO

Especialista en Medicina familiar y comunitaria - Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú

DRA. VANESSA PEDRAZA VALENZUELA

Especialista en Geriátrica - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú

DRA. MARIA PILAR BOZA SEGURA

Especialista en Geriátrica- Atención domiciliaria PADOMI-ESSALUD. Lima-Perú

TUTORA:

DRA. IRMA ORTIZ

Especialista en Medicina familiar y comunitaria

Lima, 2021

Fuentes de financiamiento: El presente trabajo fue autofinanciado sin apoyo de otras instituciones, sin auspicio de industria farmacéutica.

Conflictos de interés: Todas las autoras reportan no tener conflicto de intereses más que su vocación por los Cuidados Paliativos, su difusión y su motivación por mejorar la calidad de atención en los servicios sanitarios.

DEDICATORIA:

A nuestras familias, a nuestros pacientes y sus familias, a los que dedicamos una vida de formación y vocación con el fin aliviar su sufrimiento y acompañarlos en este camino de vida...

RESUMEN

Los CP especializados son prestados bajo una organización y gestión diferenciadas del resto de servicios asistenciales, con profesionales que tienen formación avanzada en este tipo de asistencia, y que cuenta con recursos físicos y financieros específicos con la finalidad de mejorar la atención; puede estar englobada en un servicio de CP que integre el equipo de soporte hospitalario y/o al equipo de soporte de atención domiciliaria.

El elemento fundamental de la gestión de UCP es su integración en una red de servicios especializados de CP y coordinación con el ámbito de atención primaria, atención especializada y los recursos sociales disponibles, que garantice la continuidad de la asistencia.

Las ventajas y desventajas de cada modelo organizativo de UCP deben ser considerados en función del modelo de provisión de servicios de cuidados paliativos, organización del hospital y servicios de salud correspondientes, su disponibilidad del recurso y adaptación a cada entorno geográfico y poblacional.

La descripción de la organización de la UCP se articula en relación con el proceso de atención al paciente: acceso a la unidad, circulación dentro de la unidad y derivaciones post alta. A lo largo del seguimiento del manejo del paciente en el entorno y dentro de la UCP se dan alternativas organizativas y de gestión distintas. Cada organización sanitaria deberá dar prioridad a las alternativas más adecuadas a su sistema organizativo y de gestión.

El paciente y su familia, es una unidad básica terapéutica en CP. Se considera una arista importante de abordar en el manejo paliativo; constituyéndose un eje primordial para el logro de los objetivos. En ella encontraremos el primer nivel de cuidados, generalmente al cuidador principal y/o secundarios; y es la unidad dentro de la comunidad en donde se da el desarrollo de hasta el 80% de los cuidados.

El Atlas latinoamericano de CP elaborado por la ALCP, muestra que el nivel de desarrollo de los CP en el Perú corresponde al grupo de países de provisión aislada, es decir no existe una red nacional que permita el acceso universal. Se presenta una distribución asimétrica a nivel nacional de los Servicios/ Unidades de CP, los mismos que se concentran en establecimientos de segundo y tercer nivel, y en su mayoría centralizados en la ciudad de Lima.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS): Cuidados paliativos (Palliative care), palliative care units (unidades de cuidados paliativos), Cuidados integrales de salud (Comprehensive Health Care).

ABREVIATURAS

UCP: Unidad de Cuidados Paliativos

OMS: Organización Mundial de la Salud

IARC: International Agency for Research on Cancer

DPCAN: Dirección de Prevención y Control del Cáncer

MINSA: Ministerio de Salud del Perú

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú

APS: Atención Primaria de Salud

RIS: Redes Integradas de Salud

CP: Cuidados Paliativos

ECNO: Enfermedad Crónica No Oncológica

PPS SCORE: Palliative Performance Scale

PPI: Índice de Pronóstico Paliativo

ESAS: Edmonton Symptom Assessment System

IK: Índice de Karnofsky

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group performance status

NECPAL: Herramienta de identificación de Necesidades paliativas

ICO: Instituto Catalán de Oncología

ÍNDICE

Dedicatoria	3
Resumen	4
Abreviaturas	6
Introducción.....	8
Objetivos de la revisión	9
Antecedentes: Cuidados paliativos en el Perú y el mundo	10
Marco conceptual: ¿Qué son las Unidades de cuidados paliativos?.....	11
Equipos interdisciplinarios.....	13
Modelos organizativos de las Unidades de Cuidados Paliativos.....	14
Tabla N°1: Aspectos claves en el modelo organizativo de las UCP.....	15
Estructura de gestión en las UCP.....	16
Funcionamiento de UCP.....	17
Descripción de las principales UCP en el Perú.....	18
Gráfica N°1: Unidades de Cuidados Paliativos en Perú.....	19
Tabla N°2: Servicios de Cuidados Paliativos en el Perú.....	20
Tabla N°3: Descripción de las principales UCP en el Perú.....	22
Criterios de admisión en las UCP.....	21
Trabajo con las familias, cuidadores y comunidades	23
Trabajo articulado en el Sistema Sanitario.....	24
Descripción del Programa ADI oncológica, más allá de la visita domiciliaria.....	25
Tabla N°4: Modelo organizativo de la UCP de ADI oncológica.....	26
Gráfica N°2:Esquema del funcionamiento del ADI oncológica.....	27
Tabla N°5a: Indicadores de la UCP de ADI oncológica.....	27
Tabla N°5b,c,d:Indicadores de la UCP de ADI oncológica.....	28
Conclusiones y Recomendaciones	29
Referencias Bibliográficas	30

I. INTRODUCCIÓN

La Agencia Internacional para la investigación en Cáncer (IARC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportan al Cáncer como la segunda causa de mortalidad en el mundo, siendo responsable de 10 millones de muertes en el año 2020 y se prevé que las cifras aumentarán a 22 millones en las próximas dos décadas. La carga mundial del cáncer se estima será de 28,4 millones de casos en el año 2040, un aumento del 47% con respecto a 2020 (1).

El cáncer es un problema de salud de alto impacto sanitario, social y económico, que debido a la alta morbilidad y discapacidad que produce, afecta en su mayoría a los países más desfavorecidos. Así mismo la Organización Mundial de la Salud, promueve una atención sanitaria de calidad para los pacientes oncológicos, que incluya los cuidados paliativos, de modo que se garantice una vida y muerte digna para todas las personas que padecen esta enfermedad y se les brinde el soporte necesario para sus familias (2).

En Perú, según la Agencia Internacional para Investigación en Cáncer - IARC, en el año 2020, ocurrieron 69 849 nuevos casos de cáncer, falleciendo 34 976 personas por año (3). Esta cifra de incidencia supera lo estimado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI para el 2025. Se conoce que sólo el 0.3% de las personas con cáncer reciben cobertura de Cuidados Paliativos en nuestro país, según los datos de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer – DPCAN del Ministerio de salud. La incidencia de cáncer se ha incrementado notablemente y más del 90% de los casos que acuden a una atención hospitalaria se encuentran en estadios avanzados.

Datos actualizados al 2018 de la OMS, nos muestran que aproximadamente 40 millones de personas al año requieren cuidados paliativos y de ellas sólo el 14% recibe la atención que necesita. La Asamblea Mundial de la Salud ha resuelto que los cuidados paliativos son "una responsabilidad ética de los sistemas de salud" y que la integración de los cuidados paliativos en los sistemas públicos de salud es esencial para el logro de los Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre cobertura universal de salud, solicitando a los Estados miembros que “coloquen a las personas en el centro de la atención de la salud” proporcionando servicios de salud que incluya la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención curativa y los cuidados paliativos(4).

En el Perú, existen esfuerzos en los últimos años para la implementación de los Cuidados Paliativos en todos los niveles asistenciales del territorio nacional enfocados

principalmente en los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades oncológicas con gradual extensión a las enfermedades avanzadas no oncológicas, en esta línea el Ministerio de Salud del Perú, promulgó el 19 de septiembre de 2018, la Ley No. 30846 que dispone la creación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos Oncológicos y No Oncológicos(5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los Cuidados paliativos como: “Un enfoque para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias enfrentados con el problema de enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual” (6).

Los Cuidados Paliativos constituyen una necesidad imperiosa en estos pacientes aún no satisfecha que debe ser atendida con prioridad y los profesionales de salud, los políticos, la propia comunidad tienen la responsabilidad de abogar por su acceso universal, por esta razón es que consideramos importante conocer y reconocer el esfuerzo que realizan las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en el país y el mundo.

II. OBJETIVOS DE LA REVISIÓN:

OBJETIVO GENERAL:

1. Reconocer la importancia del desarrollo de las Unidades de Cuidados Paliativos en el Perú.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características de las principales Unidades de Cuidados Paliativos en el Perú.
2. Conocer los Modelos organizativos de las Unidades de Cuidados Paliativos
3. Presentar el Perfil de los profesionales de los equipos interdisciplinarios en Cuidados Paliativos.
4. Describir la UCP ADI oncológica y no oncológica del Hospital Cayetano Heredia de Lima-Perú.

III. ANTECEDENTES: CUIDADOS PALIATIVOS EN PERÚ Y EL MUNDO

La atención y el cuidado a pacientes con enfermedad avanzada y terminal en sus propios hogares no es nueva. Hasta mediados de 1900 los hospitales eran lugares donde la población iba a morir. La atención a los moribundos ha cambiado con los años, así mientras en el siglo IV, no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte (se consideraba las leyes de la naturaleza), la situación cambia a partir de que la doctrina cristiana establece la necesidad de ayudar a los enfermos que se enfrentan con una muerte próxima. En la edad moderna tenían la finalidad más caritativa.

En Francia el año 1842, Jeanne Garnier, a través de la Asociación de Mujeres del Calvario, crearon diversos Hospices o Calvarios para atender personas al final de su vida, dando origen al nacimiento de los Cuidados Paliativos tipo Hospicio; sin embargo, este a veces se confundía con los hospitales convencionales, por ello Balfour Mount decidió darles el término de “Cuidados Paliativos” en lugar de Hospice para ser utilizado en Canadá. Así mismo, Inglaterra optó por nombrar como “Medicina Paliativa” a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina (7).

En 1947, el Dr. Bluestone del Hospital Montefiore de Nueva York, tras encontrar que muchos indigentes, ancianos y enfermos crónicos eran hospitalizados por periodos de tiempo mayores de los necesarios intentó extender las opciones del hospital a los domicilios. Fue pionero en lo que llamó “hospital sin muros” o “programa extramural”, lo que aquí denominamos Hospitalización a Domicilio.

Posteriormente, el “Movimiento Hospice Moderno” fundado por Cicely Saunders (St Christopher de Londres), se empieza a extender por todo el mundo a partir de 1967. Su concepto de Hospice era combinar la más moderna tecnología médica en los cuidados terminales con el compromiso espiritual de las órdenes religiosas medievales que en aquel momento crearon los Hospices como lugares de acogida de peregrinos y pobres, enfermos y necesitados (8). Los fundadores del Movimiento Hospice Moderno se guiaron por las siguientes ideas: que la agonía o el proceso de la muerte son momentos muy importantes de la vida de una persona, que en estas circunstancias el enfermo requiere soporte y apoyo de distintos profesionales especializados (9).

El término “Medicina Paliativa”, más universal, viene a sustituir al cuidado tipo Hospice, definida por el Royal College of Physician, como el estudio y manejo de pacientes con

enfermedad activa, progresiva, muy avanzada, para quien el pronóstico es limitado y el foco del cuidado es la calidad de vida (7).

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer y en 1987 publica sus primeras recomendaciones sobre cuidados terminales en el cáncer bajo el título “Palliative Cancer Care” y se crea la primera unidad Cuidados Paliativos (Hospital Santa Creu de Vic) en España (10).

Los Cuidados Paliativos en Perú surgen en 1989 con la primera Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos, fundada por Raymundo Cordero Luján y María Berenguel Cook, en la Unidad de Dolor del Hospital de la Policía en Lima, la siguiente Unidad fue la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de EsSalud creada por Félix García, Lida Caro, Victor Espinoza. En 1999 María del Rosario Berenguel Cook funda el Servicio de Cuidados Paliativos y Dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN (11).

La Cooperación Multisectorial Perú contra el Cáncer del Ministerio de Salud declaró en el 2007 la necesidad de fomentar el desarrollo de los Cuidados Paliativos a través de un Plan Nacional para el Fortalecimiento de la prevención y el Control del Cáncer. El objetivo 4 de dicha Resolución Ministerial asegura la calidad de vida a los pacientes oncológicos, mediante el tratamiento adecuado, haciendo énfasis en el manejo del dolor y de otros síntomas en todas las fases de la enfermedad del paciente con cáncer y su familia; también exige incorporar la práctica de Cuidados Paliativos en todas las fases de enfermedad del paciente con cáncer(12), aunque inicialmente la medida incluiría a pacientes oncológicos y a partir del 2016 se incorporó a pacientes con otras enfermedades avanzadas no oncológicas.

En el Perú, sólo el 0.3% de los más de 124 mil pacientes que requieren de cuidados paliativos tiene acceso a este soporte; debido a falta de infraestructura que brinde soporte en este campo, se plantea la necesidad de aproximadamente 300 equipos de atención domiciliaria en el primer nivel de atención. Hasta el año pasado se contaba con 19 equipos de CP que están conformados por un médico y una enfermera, también pueden incluirse nutricionistas, administrativos, psicología y trabajo social. 11 de ellos con actividades intrahospitalarias, 4 extra hospitalario exclusivo y 4 con actividades mixtas, 2 de ellos dedicado a la población pediátrica, en su mayoría están centralizadas en establecimientos del segundo y tercer nivel de atención de salud (9). El Ministerio de

Salud (MINSA) plantea la necesidad de contar al menos con 36 unidades de cuidados paliativos en hospitales de III nivel de atención donde se brinda atención oncológica a nivel nacional, pero sólo está disponible en la tercera parte de ellas distribuidas en Lima principalmente y algunos departamentos del país (11).

Debido a estas cifras alarmantes, en los últimos años se han puesto en marcha iniciativas para mejorar esta situación; siendo el 2018 el año en que se promulga la Ley N° 30846, cuyo objetivo general es asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores incluyendo en el plan las enfermedades oncológicas y crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida y ha de contener apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales, siendo el Perú uno de los 5 países de Latinoamérica (Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú) en lograr una ley específica en el tema de Cuidados Paliativos. En el año 2019 se emite la Resolución Ministerial N° 766-2019/MINSA, que crea la comisión sectorial de naturaleza temporal para la elaboración del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas (13).

En el ámbito académico, en Latinoamérica los países que cuentan con especialidad o subespecialidad en CP, son: Argentina, Brasil, Paraguay, Ecuador, Colombia, Venezuela, Costa Rica, México. En Perú, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos instauró el 2019 la primera maestría en cuidados paliativos y manejo del dolor, en respuesta al déficit de especialistas en el país; considerado como el país de Latinoamérica con la menor proporción de equipos de cuidados paliativos por población con un 0.58/por millón de habitantes. En pregrado las facultades que cuentan con una asignatura independiente de cuidados paliativos representan el 3.8% y en caso de enfermería se reporta un 21%, la mayor reportada en Latinoamérica (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los cuidados paliativos son parte esencial de los sistemas de salud, por ello exhorta a los gobiernos a implementar políticas para promocionar la formación adecuada de sus profesionales y garantizar su atención. Además, precisa con su estrategia de Atención Primaria de Salud, principios en los que se fundamenta (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación), teniendo como base en el nivel operativo el Modelo de Cuidado integral por curso de

vida(14), este último actualmente postulado por el Ministerio de salud, y el trabajo articulado propuesto en Redes Integradas de Salud – RIS (Ley 30885) con su reglamentación (15), son estrategias nacionales que son afines a los principios de los Cuidados Paliativos.

IV. MARCO CONCEPTUAL

- **DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP):**

Según el manual de estándares y recomendaciones de las Unidades de Cuidados Paliativos del Ministerio de sanidad y política social español: define las UCP: como una organización de profesionales sanitarios, que ofrecen atención multidisciplinaria de cuidados paliativos mediante diferentes modalidades de asistencia que incluyen necesariamente la hospitalización en camas específicas y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad(16).

Las UCP deben brindar cuidados desde estadios tempranos de la enfermedad oncológica o con pluripatología crónica avanzada, reafirmando la definición de unos CP inclusivos, donde las personas son tributarias de intervenciones recuperativas a la par de sus necesidades paliativas en mayor o menor medida según la evolución natural de la enfermedad.

En el Perú, La seguridad social (EsSalud), en su Directiva de Gerencia Central de Servicios de Salud N° 5 de la Estructura y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos, del año 2017, menciona que: Las Unidades de cuidados paliativos brindan atención ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria, y además que estos servicios se articulan en los 3 niveles de atención de salud (17).

V. EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

Equipo multidisciplinar constituido por profesionales médicos y enfermeras, apoyados por otros profesionales (de Trabajo social, Salud Mental, Enfermería Gestora de Casos hospitalaria, de la Unidad del Dolor u otros de los que se requiera interconsulta), son quienes dan respuesta a las diferentes situaciones de complejidad definidas.

La UCP provee al paciente con enfermedad avanzada y terminal y a su familia, una asistencia integral con un equipo multidisciplinar especializado en cuidados, con el objetivo de mejorar su calidad de vida basándose en la evaluación de sus necesidades, demandas y deseos. El paciente con enfermedad avanzada y terminal, así como su familia puede requerir el acceso a una compleja combinación de servicios hospitalarios articulados con la Atención Primaria.

La Directiva N° 5 de EsSalud, en su acápite de Recursos Humanos, menciona que los equipos interdisciplinarios deben estar conformados por profesionales de Medicina, Enfermería, Trabajo social, Psicología, Nutrición, Técnicos asistenciales, Administrativos, y otros según cada nivel asistencial de salud (17). Además, mencionan que es importante en el perfil profesional que se cuente con aptitudes y actitudes, como: Empatía, asertividad, liderazgo positivo, capacidad de trabajo en equipo y proactividad, y además se debe garantizar el soporte psicológico con regularidad al equipo interdisciplinario, para evitar el burnout.

Según Hernández I, en su tesis menciona que, en Murcia, España se solicitan Médicos con entrenamiento en cuidados paliativos preferentemente de las especialidades de Medicina de Familia y Comunitaria, Medicina Interna, Geriátría, Oncología, y Anestesia que al resto de especialidades (18).

El perfil del médico de cuidados paliativos es muy exigente. Las competencias umbral ya son, de por sí, muy elevadas ya que es necesario haber terminado la carrera de medicina humana y, además, haberse especializado en alguna de las especialidades (medicina familiar, medicina interna, onco-hematología, geriatría, anestesiología). Para un desempeño excepcional, es esencial que el médico paliativista desarrolle competencias relacionadas no sólo con el conocimiento teórico y práctico de técnicas relacionadas con lo físico, sino con el ámbito emocional, la comunicación y trato con el paciente y su familia y el trabajo interdisciplinario.

VI. MODELOS ORGANIZATIVOS DE LAS UCP

Los cuidados paliativos especializados son prestados bajo una organización y gestión diferenciadas del resto de servicios asistenciales, con profesionales que tienen formación avanzada en este tipo de asistencia, y que cuenta con recursos físicos y financieros específicos con la finalidad de mejorar la atención de pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas avanzadas, y sus familias.

La UCP puede estar englobada en un servicio de cuidados paliativos que integre al equipo de soporte hospitalario o/y al equipo de soporte de atención domiciliaria. No existen datos que permitan recomendar un sistema de organización de los recursos de CP, el elemento fundamental de la gestión de la UCP es su integración en una red de servicios especializados de CP y coordinación con el ámbito de atención primaria, atención especializada y los recursos sociales disponibles, que garantice la continuidad de la asistencia.

El modelo organizativo que se desarrolle deberá brindar la continuidad de la atención entre el domicilio, la asistencia sanitaria aguda, los cuidados paliativos hospitalarios con los recursos de media-larga estancia; y debe facilitar un programa integral y continuado de servicios para los pacientes y sus familias desde el diagnóstico hasta la muerte(16), donde además se promueva la coordinación entre todos los niveles asistenciales (hospitales e institutos en el segundo y tercer nivel con los centros del primer nivel de atención de salud) y los distintos servicios (como geriatría, medicina interna, oncología, Unidades de tratamiento de úlceras por presión o de tratamiento del dolor, Medicina física y Rehabilitación, que son recursos no específicos de cuidados paliativos pero tienen una relación de complementariedad), con una continuidad de los cuidados durante 24 horas al día, los 365 días del año. Las ventajas y desventajas de cada modelo organizativo de UCP deben ser considerados en función del modelo de provisión de servicios de cuidados paliativos, organización del hospital y servicio de salud correspondientes, su disponibilidad de recursos y adaptación a cada entorno geográfico y poblacional.

En la Tabla N° 1, se detallan aspectos importantes a tener en cuenta en la implementación de las UCP

TABLA N°1: ASPECTOS CLAVES EN EL MODELO ORGANIZATIVO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

MISIÓN	VISIÓN	PRINCIPIOS / ENFOQUES	EJE ESTRATEGICOS
Según la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos MISIÓN Favorecer el desarrollo e implementación de los cuidados paliativos en nuestro país, a través de educación, investigación, gestión, la promoción de políticas sanitarias y el acceso a medicamentos para el control de síntomas. VISIÓN: El acceso universal de los cuidados paliativos de calidad para pacientes y cuidadores como parte integral del tratamiento a lo largo de la vida, en los sistemas de salud en todos los niveles de atención en el Perú.		PRINCIPIOS Los principios que caracterizan nuestra labor y permiten ejercer nuestra práctica profesional para brindar cuidados paliativos, son: - o Integralidad - o Calidad - o Equidad - o Eficiencia - o Universalidad - o Corresponsabilidad - o Solidaridad - o Trabajo en Equipo ENFOQUES Teniendo en cuenta los enfoques siguientes: - o Derechos Humanos - o Interculturalidad - o Intersectorialidad - o Equipos interdisciplinarios - o Equidad de género - o Territorialidad - o APS y RIS	A. Atención integral paliativa/Prestación/Cuidados integrales: por Equipo interdisciplinario, biopsicosocial y espiritual, al individuo, familia y entorno; hospitalaria, de urgencias, ambulatoria y domiciliaria, incluye capacitación a cuidador “Escuela de cuidadores”. B. Formación/Capacitación: a equipos interdisciplinarios, residentes, alumnos de pregrado en CP. C. Investigación: publicación de artículos científicos de CP. D. Comunicación/Abogacía: difusión de los CP, sensibilización a población y autoridades. E. Gestión/organización y coordinación: articulación en redes de salud, intersectorialidad, convenios.

- **Estructura de gestión de la UCP:**

La estructura de gestión deberá, por tanto, adaptarse a la organización de los recursos especializados en CP que deberán estar identificados con los siguientes responsables:

- Un director de la UCP con dedicación parcial o completa, dependiendo de la carga de trabajo estimada que la dirección conlleve. El director es el responsable final de la gestión de la UCP, considerada como una unidad y, por tanto, de los recursos humanos y materiales asignados a la misma.
- Un responsable de enfermería con dedicación parcial o completa, dependiendo de la carga de trabajo estimada que la dirección de enfermería de la UCP conlleve.
- Un responsable de las enfermeras gestoras de casos / enfermeras de enlace o de los trabajadores sociales vinculados a la UCP. En el caso de que se configure como una unidad de gestión, debe valorarse la identificación de un responsable.
- Se recomienda la creación de un consejo asesor profesional de CP, del servicio especializado de CP en el ámbito territorial adecuado (comunidad autónoma, área de salud), en donde esté representado el ámbito de atención primaria, hospitalario, universidad, enfermería, trabajo social, asistencia espiritual local, profesionales relacionados con la medicina y especialistas en CP. Tiene carácter asesor (no ejecutivo).

La descripción de la organización de la UCP se articula en relación con el proceso de atención al paciente: acceso a la unidad, circulación dentro de la unidad y derivaciones post-alta. A lo largo del seguimiento del manejo del paciente en el entorno y dentro de la UCP se dan alternativas organizativas y de gestión distintas. Cada organización sanitaria deberá dar prioridad a las alternativas más adecuadas a su sistema organizativo y de gestión.

Desde la estructura que agrupe / coordine a la red integrada de servicios especializados de CP se debe coordinar e impulsar las actividades de docencia, formación continuada e investigación; evaluación y mejora continuada; política de seguridad del paciente, etc. Se deben realizar de forma sistemática sesiones clínicas interdisciplinarias para tomar de decisiones y seguimiento de la evolución del paciente y familia; planificar las altas; revisión de los casos de mortalidad; expresión de emociones y analizar aspectos generales del funcionamiento de la UCP. Otras sesiones pueden ser las sesiones de prevención de

duelo, las sesiones de formación de los cuidados a familias, de afrontamiento de diversas situaciones específicas y de alto impacto y la prevención del Burnout del equipo.

- **Funcionamiento de la UCP**

Se recomienda la protocolización de aspectos clave de la asistencia, durante la estancia de los pacientes en la UCP y la utilización de escalas que tengan un reconocido soporte científico y validadas para su uso:

- Evaluación específica de la enfermedad de base y del pronóstico de evolución del paciente: sistema de información visual sobre localización de la enfermedad; criterios de enfermedad crónica no oncológicas (ECNO); escalas pronósticas de enfermedad oncológica y no oncológica (PPS Score, PPI...).
- Valoración sobre la situación funcional del paciente: escalas de valoración funcional de oncología/cuidados paliativos (ECOG, IK, PPS); escalas de valoración funcional geriátrica (Barthel, Katz).
- Evaluación del estado cognitivo del paciente: valoración de la presencia de síndrome confusional agudo (Mini-Mental).
- Valoración psicosocial: escalas de valoración de depresión y ansiedad en el paciente; escalas de valoración de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit de Cuidados Paliativos); documentación sobre apoyo formal e informal del paciente.
- Utilización de una escala de evaluación de múltiples síntomas (ESAS): utilización específica de escalas de evaluación del dolor (Estadaje del Dolor de Edmonton); utilización específica de escalas de evaluación de la disnea; utilización de escalas específicas para valoración de otros síntomas.
- Valoración y tratamiento de úlceras: prevención y tratamiento de UPP; tratamiento de úlceras tumorales.
- Seguridad en el manejo de fármacos: programas de seguridad de manejo de fármacos en pacientes geriátricos; prevención de caídas; reuniones con el paciente y la familia con el equipo de CP.

- Planificación de otras actividades en pacientes ingresados: rehabilitación; musicoterapia y arteterapia.
- Documentación del plan de alta, planificación del alta acordada con los servicios requeridos al alta.
- Evaluación del duelo. Los instrumentos de evaluación, la frecuencia de su utilización y el profesional responsable en la UCP de agudos. Se debe planificar el apoyo a la familia tras el fallecimiento del paciente.
- Se deben protocolizar las actividades relacionadas con las órdenes de no resucitación, la atención en los últimos días, la agonía y sedación paliativa y el duelo.
- La UCP debe disponer de un manual de organización y funcionamiento, que respete los criterios organizativos descritos. Todo el personal de la UCP debe disponer del mismo ya que, como señala Doyle, es necesario facilitar a todo el personal, información sobre los objetivos del servicio, directrices éticas, plantilla, estructura de gestión y líneas de responsabilidad y comunicación, comités, uniforme y disciplina, etc.
- Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la UCP y los criterios de selección de pacientes).
- Desarrollo del plan funcional de acuerdo con las peculiaridades de la organización de la UCP, en el que se establezca el modelo de unidad que se decida en función del análisis de demanda y oferta realizado, así como los criterios de conexión, coordinación e integración de los distintos recursos, sanitarios (en sus distintos niveles) y sociosanitarios implicados en la atención a los pacientes que requieren cuidados paliativos.

VII. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES UCP EN EL PERÚ:

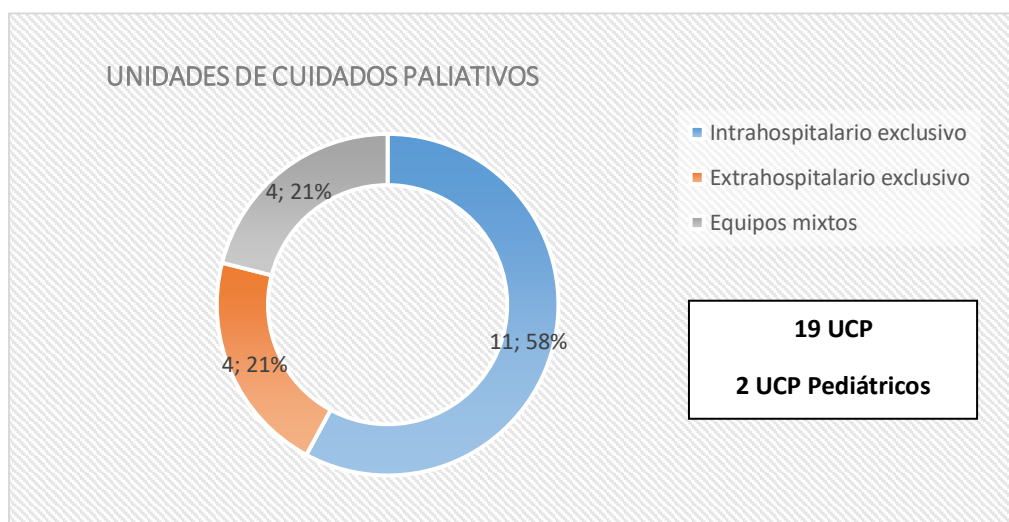
El Atlas Latinoamericano de CP elaborado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP), muestra que el nivel de desarrollo de los CP en el Perú corresponde al grupo de países de provisión aislada, es decir no existe una red nacional que permita el acceso universal. Se presenta una distribución asimétrica a nivel nacional de los Servicios/Unidades de CP, los mismos que se concentran en establecimientos de

segundo y tercer nivel, y en su mayoría centralizados en la ciudad de Lima, su capital (ver Gráfico N°1).

Los 19 Servicios o Unidades de CP son funcionales, no están contemplados en la estructura orgánica de sus establecimientos, lo que condiciona la nula asignación de presupuesto y financiamiento para sus actividades, principalmente en los establecimientos del Primer nivel de atención, en los siguientes niveles, segundo y tercer nivel de atención de salud, tienen un presupuesto para cáncer asignado que incluye los cuidados paliativos. En los pacientes no oncológicos, este presupuesto no está disponible hasta la actualidad.

Debido al persistente centralismo que caracteriza al Sector, que concentra las instituciones complejas en Lima y principales provincias, se añade la insuficiente oferta de CP en los establecimientos de salud en todos los niveles de atención. Si, además, consideramos la falta de articulación entre los diversos niveles de atención y entre las instituciones que conforman el Sector Salud, podemos concluir que existe una gran brecha a cubrir de atención de CP a nivel nacional, que cuenta con una cobertura del 0.3% a nivel nacional.

Gráfica N°1: Unidades de Cuidados Paliativos en Perú



Fuente: Atlas de Cuidados Paliativos (2da Edición Cartográfica 2020, los datos corresponden al 2019)

El atlas de la ALCP en su 2da edición del año 2020, menciona someramente las UCP sin una descripción individualizada como se observa en la Tabla N°2. Por lo que se ha realizado un resumen de las principales UCP en el Perú, incluyendo 8 de ellas, en la Tabla N°3.

Tabla N°2: Servicios de Cuidados Paliativos en el Perú					
Nivel de Atención	Unidades de Cuidados Paliativos			Recursos de CP	
Primer Nivel de atención	Unidades exclusivas en 1er Nivel de atención (4): ADAMO-Callao, Cs. Condevilla, Cs. Amakella, Cs. Piedra Liza*	Asistencia multinivel (7): Hospital de la FAP, COPHOES, H. Sabogal, HERM, HCH-ADI oncológica. H. regional de Ayacucho, Oncosalud-Totalcare		Centro de día: 0	Voluntariado: (1) Vinculado al Centro de los Hermanos Camilos.
Segundo Nivel de atención, (De mediana y larga estancia)	Unidades exclusivas en 2do Nivel de atención (1): Hospital Regional de Trujillo-ESSALUD		Servicios/equipos de apoyo hospitalario (6):		
Tercer Nivel de atención	Unidades exclusivas en 3er Nivel de atención (4): HGAI-ESSALUD, H. Militar, H. Policial, HNHU		INSN Lima, INEN Lima, IREN Norte-Trujillo, IREN Sur-Arequipa, H. Sandia Puno, H. Lan Franco La Hoz-Lima.		

Fuente: Atlas ALCP 2012, actualizado al 2019

* A partir del 2015 iniciaron atención en cuidados paliativos oncológicos domiciliarios CS I-3 Amakella y Condevilla y PS I-2 José Olaya en articulación con hospital III-1 de ADI ONCOLÓGICA DEL HCH, siendo este último quien desarrolla programas de capacitación y entrenamiento a establecimientos del Primer Nivel de Atención de Salud.

Maestría Internacional de Cuidados Paliativos

TABLA N°3: DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERÚ

INSTITUCIONES	ADI	INEN	COPHOES	ADAMO	FAP	INSN	PNP	HNHU
AÑO DE INICIO	2014	1999	1998	2013	2007	2014	1989	2017
INSTITUCIÓN/ NIVEL DE ATENCIÓN/ CATEGORÍA	Hospital Cayetano Heredia/ Nivel III-1 MINSA	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- INEN	Hospital Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD	Apoyo de Atención Domiciliaria del Adulto mayor y paciente oncológico-Gobierno Regional del callao/ nivel I-2	Hospital de la Fuerza Aérea del Perú	Instituto Nacional de Salud- INSN	Hospital de la Policía Nacional del Perú	Hospital Nacional Hipólito Unanue
POBLACIÓN OBJETIVO	Oncológica y No oncológica	Oncológica	Oncológica y No oncológica	Oncológica y No oncológica	Oncológica y No oncológica	Oncológica y No oncológica	Oncológica y No oncológica	Oncológica y No oncológica
	Adultos	Adulta y pediátrica	Adulta y pediátrica	Adultos mayores	Adultos	Pediátrica	Adulto pediátrica	Adultos
PRESTACIONES	Ambulatoria, Domiciliaria, Hospitalaria por interconsulta y Telemedicina	Hospitalaria por interconsulta, Ambulatoria, Telemedicina	Domiciliaria, Telemedicina	Domiciliario exclusivo (Cobertura 24hrs/365d)	Hospitalaria, Telemedicina	Ambulatoria, Domiciliaria, Hospitalaria por interconsulta y Telemedicina	Hospitalaria	Hospitalaria, Telemedicina
SEDE DOCENTE	Sí (Pregrado y posgrado)	Sí (Posgrado)	Sí (posgrado)	Sí (posgrado)	Sí (posgrado)	Sí (posgrado)	Sí (posgrado)	Sí (posgrado)
ELABORACIÓN DE GPC	GPC: Para el diagnóstico y tratamiento farmacológico del dolor oncológico en adultos RD N°349-2020/HCH-06	GPC: Cuidados Paliativos Oncológicos- INEN RJ N° 120-2021	GCPS N°05/ ESSALUD 2017 Organización funcionamiento y de las Unidades de CP	GPC y P: Cuidados paliativos de ADAMO RD N°059/2015-GRC-DIRESA-GC	No publicado	GPC: Sedación Paliativa Pediátrica. RD N°246-2020-DG-INSN-SB	No publicado	GPC: Manejo de pacientes en situación de últimos días en pandemia RD N°276-2020/HNHU-DG
ARTICULACIÓN CON NIVELES DE ATENCIÓN	I, II y III Nivel de atención	No	I Y III Nivel de atención	I y II Nivel (HNDAC)	No	Capacitación por telesalud en I, II,III Nivel	Hospital central y sanidades	No

Fuente: Plenaria: Políticas y modelos de Cuidados Paliativos Oncológicos en Perú, 2018. https://www.youtube.com/watch?v=0U9uHiczSDE&list=PLzJbGp-Sl_fnsUzhdKkKHnhAg4HEmaYVi_&index=21

Los CP deben idealmente comenzar en la fase temprana de diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, sea ésta cáncer u otra enfermedad crónica potencialmente mortal. Es importante tener claro que los cuidados paliativos no son excluyentes, entonces pueden ser complementarios o indicarse simultáneamente con tratamientos curativos.

Los pacientes con enfermedades avanzadas y terminales presentan distintas trayectorias hasta la muerte. Incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas terapéuticas frente a la enfermedad; Así mismo, la transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en la evaluación sistemática de necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada y una evaluación familiar y social.

El diseño del plan terapéutico debe estar centrado en el paciente y en su familia, basado en el análisis de sus necesidades y apoyado en garantizar el acceso al recurso, servicio y modalidad asistencial más adecuada en cada momento. La evaluación familiar y del entorno para la creación de una red integrada es un elemento esencial del proceso de atención al paciente con enfermedad avanzada y terminal y su familia.

VIII. CRITERIOS DE ADMISIÓN EN LAS UCP

La organización Mundial de la Salud propuso la elaboración de una herramienta que pueda estandarizar los criterios de inclusión de las personas con necesidades paliativas oncológicas y no oncológicas conocido como NECPAL-ICO(1), elaborado en colaboración con el equipo del Instituto Catalán de Oncología. El resultado requiere de Pregunta la Sorpresa con respuesta NO + Cualquiera de los otros parámetros

Parte 1: La pregunta Sorpresa = “no me sorprendería que el paciente fallezca dentro de los próximos 12 meses...”

Parte 2: Elección/ Demanda o necesidad: si el paciente o los familiares lo eligen o si el profesional de salud considera el paciente requiere CP.

Parte 3: Indicadores Clínicos y generales de severidad y progresión

Parte 4: Indicadores clínicos específicos de severidad y progresión por patologías

- NECPAL es Positivo: Si la respuesta de la pregunta sorpresa es NO + 1 del resto de los parámetros. Lo que permite la admisión a Cuidados paliativos. Es fundamental considerar la información y educación al paciente y la familia sobre Cuidados paliativos para la firma del consentimiento informado.

Indicaciones:

Aplicar e identificar a pacientes-diana: “Crónicos Especialmente Afectados”: personas con enfermedad o condición crónicas avanzadas con afectación severa/intensa, progresión y alta demanda (multimorbilidad, multi-ingreso, frecuentación, severidad, polifarmacia, etc.

IX. EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS, CUIDADORES Y COMUNIDADES

El paciente y su familia, es una unidad básica terapéutica en CP. Se considera una arista importante de abordar en el manejo paliativo; constituyéndose un eje primordial para el logro de los objetivos. En ella encontraremos el primer nivel de cuidados, generalmente al cuidador principal y/o secundarios; y es la unidad dentro de la comunidad en donde se da el desarrollo de hasta el 80% de los cuidados.

La familia constituye una institución formada por un grupo de personas unidas por lazos consanguíneos y/o afectivos, que conviven en un espacio común durante un tiempo significativo, donde se satisfacen necesidades materiales y espirituales, se establecen relaciones afectivas estables, se manifiestan importantes motivaciones psicológicas con lo cual se identifica y se desarrolla un fuerte sentimiento de pertenencia; donde se enfrentan y se tratan de resolver los problemas de la vida en convivencia (20).

La familia es el elemento valioso de soporte para el cuidado de los pacientes, por ello la identificación del cuidador primario dentro del núcleo familiar es una de las actividades iniciales del equipo de salud en CP, pocas veces se trata de cuidadores formales y depende mucho del estrato socio-económico. Se reconoce como cuidador primario a la persona que lidera el cuidado y asume el papel de enlace entre el paciente y el resto de la familia y a la vez coordina con el equipo la organización de los cuidados de la persona en fase terminal avanzada (21)

El trabajo con el cuidador principal debe incluir una intervención sobre él y otra sobre el resto de la familia. La intervención sobre él considera todo lo que respecta al cuidado, la resolución de sus dudas sobre la enfermedad y su actividad como cuidador; y sobre la necesidad de compartir las actividades de cuidado con los otros componentes de la familia o recursos sociales existentes, la educación y entrenamiento en los cuidados básicos del paciente en el domicilio es una función a realizar por el equipo de CP.

La intervención sobre los otros componentes de la familia, se deberá resaltar el papel del cuidador principal, la necesidad de distribuir tareas y favorecer la aparición de momentos de descanso para todos los cuidadores. Entendiéndose el descanso necesario para continuar cuidando con calidad, y sin sentimientos de culpa por ideas erróneas de abandono egoísta del ser querido. (22)

X. TRABAJO ARTICULADO EN EL SISTEMA SANITARIO

La aplicación de los cuidados paliativos en el sistema sanitario debe darse de manera escalonada y de acuerdo a la capacidad resolutoria de la oferta de servicios de salud.

El primer nivel de atención debe ser competitivo y ofrecer atención domiciliaria de calidad, requiere de equipos de salud con médicos de familia o generales, enfermeras y profesionales de otras disciplinas entrenados en CP, que cuenten con los medicamentos e insumos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes.

El segundo nivel de atención, con equipos que actúan como equipos de consulta, diseño de planes de cuidados al momento del alta para paciente y familia, atención remota, directorio de establecimientos de salud que brindan cuidados paliativos domiciliarios, hacer eficiente entre los niveles de atención la referencia y contrarreferencia, según sea el caso, del paciente que requiere cuidados paliativos.

El tercer nivel de atención, debe brindar consulta ambulatoria, cuidados de día, atención hospitalaria, manejo de síntomas de difícil control, diseño de planes de cuidado al alta, hacer eficiente la referencia y contrarreferencia, según sea el caso; investigación clínica, que repercute en mejor atención a los pacientes.

La integración por niveles de atención permitirá un cuidado exhaustivo e integrado, facilita que el paciente pueda ingresar por varios puntos de acceso y cursar por todos los niveles de atención, y se proporcione la continuidad; de acuerdo a su necesidad y situación vital. (23)

XI. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: ADI ONCOLÓGICA, MÁS ALLÁ DE LA VISITA DOMICILIARIA

ADI oncológica, es un programa de Cuidados Paliativos que fue creada por Resolución Directoral N° 228-2014/II-HNCH/DG, del 11 de noviembre del 2014, como proyecto pionero de la Unidad Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, ubicado en la zona norte de la ciudad de Lima, con la colaboración y asistencia técnica de la Unidad de Salud Comunitaria y Atención Primaria (USCAP) de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El Ministerio de Salud a través de la DPCAN, ha elegido el modelo desarrollado por el Hospital Cayetano Heredia para ser replicado en Lima Metropolitana y otras regiones del Perú, para dicho fin se realizó la capacitación en cuidados paliativos oncológicos a 23 EESS del primer nivel de atención de las 4 DIRIS de Lima metropolitana en el 2019. En noviembre de 2020, el programa recibió como premio el 2do lugar como Buenas prácticas en Atención primaria de salud, en el evento organizado por la Organización Panamericana de la Salud, sede en Perú.

El equipo ADI Oncológica está conformado por 4 médicos de familia, 2 médicos oncólogos, 2 enfermeras oncólogas y 2 enfermeros generales, 1 psicólogo, 1 trabajadora social, 1 nutricionista, 1 técnica de enfermería y 1 asistente administrativo. Tiene como objetivo el brindar Cuidados paliativos a pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas avanzadas.

En la Tabla N°4, se observa un Modelo organizativo propuesto por el programa ADI oncológica, que incluye el desarrollo de actividades específicas, que se deberían garantizar en las UCP:

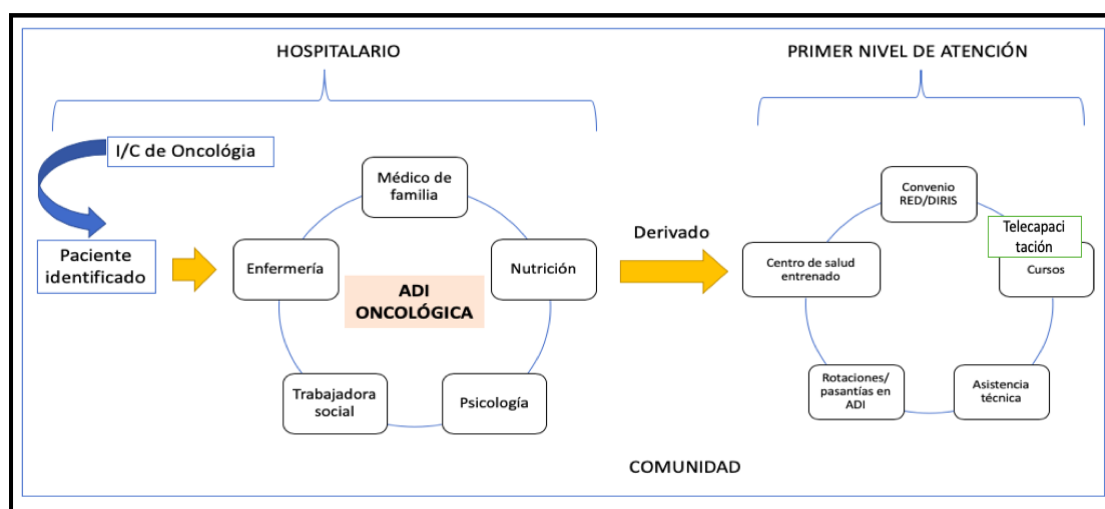
Tabla N°4: Modelo organizativo de la UCP de ADI oncológica.			
Prestación	Docencia y capacitación	Investigación	Gestión/Articulación
Atención hospitalaria	Docencia en pregrado (Externado e internado), posgrado, (Residentado)	Registro de actividades, elaboración de base de datos.	Trabajo articulado del nivel hospitalaria con el nivel primario en la comunidad
Atención ambulatoria o de consulta externa multidisciplinaria	Capacitación a personal de salud: Cursos, Talleres, Congresos y Jornadas científicas	Monitoreo de actividades. Evaluación de Programas.	Elaboración de Planes operativos, estratégicos. Formulación de presupuestos, fuentes de financiamiento
Atención domiciliaria y Asistencia en el duelo	Asistencia técnica a otros equipos de salud de los diferentes niveles de atención, Rotación en servicio	Estudios de impacto. Medición de indicadores	Promoción y Firma de convenios interinstitucionales, sectoriales, etc.
Atención de urgencias paliativas/Hospital de Día	Capacitación a líderes y actores locales	Elaboración de GPC, manuales de procedimientos, normas técnicas	Sensibilización a actores locales
Atención por Tele salud (Tele monitoreo, tele orientación, tele consultas, tele interconsultas)	Reuniones interdisciplinarias	Asesorías temáticas y técnica a nivel estatal, local e institucional	Estructura, equipamiento, RRHH, procesos
Reuniones de soporte emocional a equipo de CP	Talleres multidisciplinarios, Taller de soporte emocional a pacientes y familiares	Publicación de artículos científicos.	Auditorías internas y externas.

Plan de Trabajo 2014-2020. Equipo ADI oncológica

ADI oncológica, no sólo incluye servicios de Atención Domiciliaria, tal y como se muestra en la Tabla N°4, incluye diferentes servicios que incluyen además la atención ambulatoria y hospitalaria mediante interconsultas y tras la pandemia por COVID-19 desde el 2020, se ha promovido el desarrollo, con mayor celeridad, de la Teleorientación y telemonitoreo, también debe su desarrollo a las estrategias de gestión, Docencia e

Investigación, que han permitido diseñar y ejecutar un proyecto que se sustenta en el trabajo articulado, donde el tercer nivel de atención trabaja en red con hospitales del segundo nivel de atención y los centros y puestos de salud del Primer nivel de atención, garantizando las capacitaciones y entrenamiento de estos, lo que es la principal cualidad de este programa, reconocido por el Ministerio de salud del país, representando el 72% de las atenciones de cuidados paliativos a nivel nacional; Sin embargo, aún nos queda el reto de la implementación de UCP y su acceso universal.

Gráfico N°2: Esquema del funcionamiento del ADI oncológica en su rol articulador.



Principales indicadores: Desde 2015 al 2020, un total de 63 409 atenciones paliativas, que incluyen actividades: ambulatorias, domiciliarias integrales, urgencias, telemedicina, procedimientos de enfermería, también reuniones de soporte a pacientes y sus familias, al equipo multidisciplinario.

Tabla N°5a:

Casos nuevos y atenciones de ADI Oncológica y no Oncológica 2015-2018

ACTIVIDADES/INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
CASOS NUEVOS	172	190	200	304	513	346	1725
ATENCIONES AMBULATORIAS	1412	2079	2260	3740	9950	5965	25406
ATENCIONES DOMICILIARIAS	284	256	258	365	426	370	1959
ATENCIONES REMOTAS						1896	1896
URGENCIAS PALIATIVAS						864	864
TALLERES MULTIDISCIPLINARIOS	44	45	34	39	44	29	235
TALLERES DE SOPORTE A EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	19	28	12	7	3	19	88
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	2321	2293	1967	3815	12918	9647	32961

Fuente: Registros e Informes 2015-2020. Equipo ADI oncológica

Asimismo, actividades de capacitación y asistencia técnica a los equipos multidisciplinares de establecimientos del Primer nivel de atención. Por otro lado, 82 rotantes lo han constituido un campo clínico de docencia en cuidados paliativos.

Tabla N°5b:

Actividades de capacitación de ADI Oncológica y no Oncológica 2015-2020

ACTIVIDADES/INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
REUNIONES CON PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	8	21	13	11	16	9	78
CAPACITACIÓN A PERSONAL DE SALUD	1	1	0	1	4	4	11
ASISTENCIA TÉCNICA A EESS PILOTO	-	20	11	9	19	14	73
ROTACIÓN DE RRHH EN FORMACIÓN	7	15	21	15	13	11	82

Fuente: Registros e Informes 2015-2020. Equipo ADI oncológica

Tabla N°5c: Capacitaciones con soporte de Telemedicina

Actividad	Link Canal youtube Hospital Cayetano Heredia:
I Curso taller en Cuidados paliativos y ADI Oncológica dirigido a DIRIS Lima Norte. 2020	https://www.youtube.com/playlist?list=PLzJbGp-Sl_fklsMrPt9UOPLrthMknfryX
I Taller dirigido a líderes comunales, distritales y autoridades de Lima Norte, 2019. Tema: experiencias en atención domiciliaria integral (ADI) del paciente en el primer nivel de atención	https://www.youtube.com/watch?v=jxUGn43xy3M&list=PLzJbGp-Sl_fnwaByVu-UcQfkjTS49UR0S
I Congreso de ADI Oncológica. 2018	https://www.youtube.com/watch?v=9d0yejb-LD0&list=PLzJbGp-Sl_fnsUzhdKkKHnhAg4HEmaYVi

Fuente: Registros e Informes 2015-2020. Equipo ADI oncológica

En la Tabla N° 5d, se observa que el 80% de las defunciones son en el domicilio (en ADI la intervención del Equipo en los últimos días tiene una asistencia específica).

Tabla N°5d:

Lugar de defunciones de pacientes de ADI Oncológica y no Oncológica

DEFUNCIONES/AÑO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
HOSPITAL	24	14	19	28	43	32	160	20%
DOMICILIO	64	75	71	122	166	134	632	80%
TOTAL	88	89	90	150	209	166	792	100%

Fuente: Registros e Informes 2015-2020. Equipo ADI oncológica

XII. CONCLUSIONES

1. Los cuidados paliativos constituyen “Un enfoque para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias enfrentados con el problema de enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual” . Uno de los indicadores de humanización en salud es la difusión de los cuidados paliativos.
2. A nivel nacional se han desarrollado diferentes Unidades de Cuidados Paliativos en los diferentes niveles de atención, con predominio de niveles hospitalarios y no articulados entre sí, lo que se refleja en el Atlas Latinoamericano de CP que cataloga como grupo de países de provisión aislada,
3. El Programa ADI Oncológica y no Oncológica surgió de la necesidad de cuidados paliativos a pacientes y familias, dentro de la jurisdicción de las redes de salud de Lima Norte. Acompaña a pacientes y familias, desde el diagnóstico hasta los últimos días, en conjunto con los establecimientos de salud con equipos entrenados y actores locales convocados, con un equipo multidisciplinar y multinivel. Desarrolla actividades asistenciales ambulatorias, domiciliarias y remotas; así como docencia y capacitación a personal de salud y recurso humano en formación. Brinda cuidados que mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Los cuidados paliativos son una necesidad urgente de proteger en el marco de la Universalización de la Salud y del MCI aún y más aún en tiempos de pandemia COVID- 19.
2. Los Servicios o Unidades de CP deben tener presupuesto suficiente para desarrollarse de manera equitativa tanto en lo oncológico como no oncológico, principalmente en los establecimientos del Primer nivel de atención. Asimismo, es necesario articularlos.
3. Es necesaria la inserción continua en los planes institucionales de capacitación, más aún en las mallas curriculares de pregrado y posgrado/Residentado.
4. La atención en diferentes escenarios debe facilitarse sin restricciones: 1er al 3er nivel de atención.
5. El involucramiento de otros sectores y la comunidad es estratégico.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 4 de febrero de 2021;caac.21660.
2. World Health Organization. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019. *Global Health Estimates Technical Paper WHO*, Geneva; 2020.
3. International Agency for Research on Cancer. Peru Source: Globocan 2020. World Health Organization; 2020.
4. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2018.
5. Villa DS. Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas. Normas legales El Peruano editora Perú. 19 de septiembre de 2018;1.
6. Gwyther Liz, Krakauer Erick, Worldwide Palliative Care Alliance policy defining palliative care [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.thewhpc.org/images/resources/policy-statements/WPCA.pdf>
7. Ignacia del Río, M, et al. Cuidados Paliativos, Historia y Desarrollo. Universidad Pontificia de Chile; 2013.
8. Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. 2006.
9. Saunders C. The evolution of palliative care. *Elsevier Patient Educ Couns*. 2000;(41):7-13.
10. World Health Organization. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud. WHA67/2014/REC/1, Ginebra; 2014.
11. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D,, Garralda E, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. 2da Edición. Houston: IAHPH Press. 2020.
12. Coalición Multisectorial “Perú contra el cáncer”. Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú [Internet]. 2006 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/Curso/Plan_Nac_Fort_Prev_Control_cancer.pdf
13. Ministerio de Salud del Perú. Resolución ministerial N° 766-2019-minsa, que crea la comisión sectorial para la elaboración del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. [Internet]. 2019 [citado 18 de abril de 2021].

Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/354716/resolucion-ministerial-n-766-2019-minsa.PDF>

14. Ministerio de salud del Perú. Documento Técnico del Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la persona, familia y comunidades [Internet]. 2020 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>

15. Ministerio de Salud del Perú. Reglamento de la Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS [Internet]. 2019 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297721/RM_N_225-2019-MINSA.PDF

16. Ministerio de sanidad y política social de España. Unidades de Cuidados Paliativos: Estándares y Recomendaciones. centro de publicaciones Paseo del Prado; 2009.

17. Seguridad Social del Perú - EsSalud RY. Directiva de la Gerencia Central de Servicios de Salud N° 5 de la Estructura y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos. 2017;44.

18. Sánchez IH. El Perfil Profesiográfico del Médico de Cuidados Paliativos desde una Perspectiva Competencial. Universidad de Murcia. España; 2014.

19. Gómez-Batiste X, et al. Recomendaciones para la Atención integral e integrada de personas con enfermedades avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicio de salud y sociales [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Instituto Catalán de Oncología; 2016 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/NECPAL-3.0-ESPANOL_completo.pdf

20. Organización Panamericana de la Salud. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Editora Sibauste, Panamá, 2011.

21. Muñoz-Cobos F, Espinosa JM, Portillo J, Benítez MA. Atención a la familia. Atención Primaria. 30 de noviembre de 2002. 30 (9): 576-680

22. Castañeda C, Gabriel J, Cuevas O, Lozano J, Castañeda G, Castañeda C, Programa de medicina y cuidados paliativos, Gaceta Mexicana de Oncología, Volume 14, Issue 3, 2015, Pages 171-175.

23. Aguirreche J, Granadillo B, Lobo O. Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. Médico de Familia 2009;17(2):2126.