Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad

Protocolo para el registro de las actividades relacionadas con el programa de Cuidados Paliativos

Elaborado por
Área de Calidad
Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
SESPA

El presente documento es una guía destinada a ayudar a los profesionales a utilizar correctamente el protocolo para el registro de las actividades relacionadas con el programa de Cuidados Paliativos.

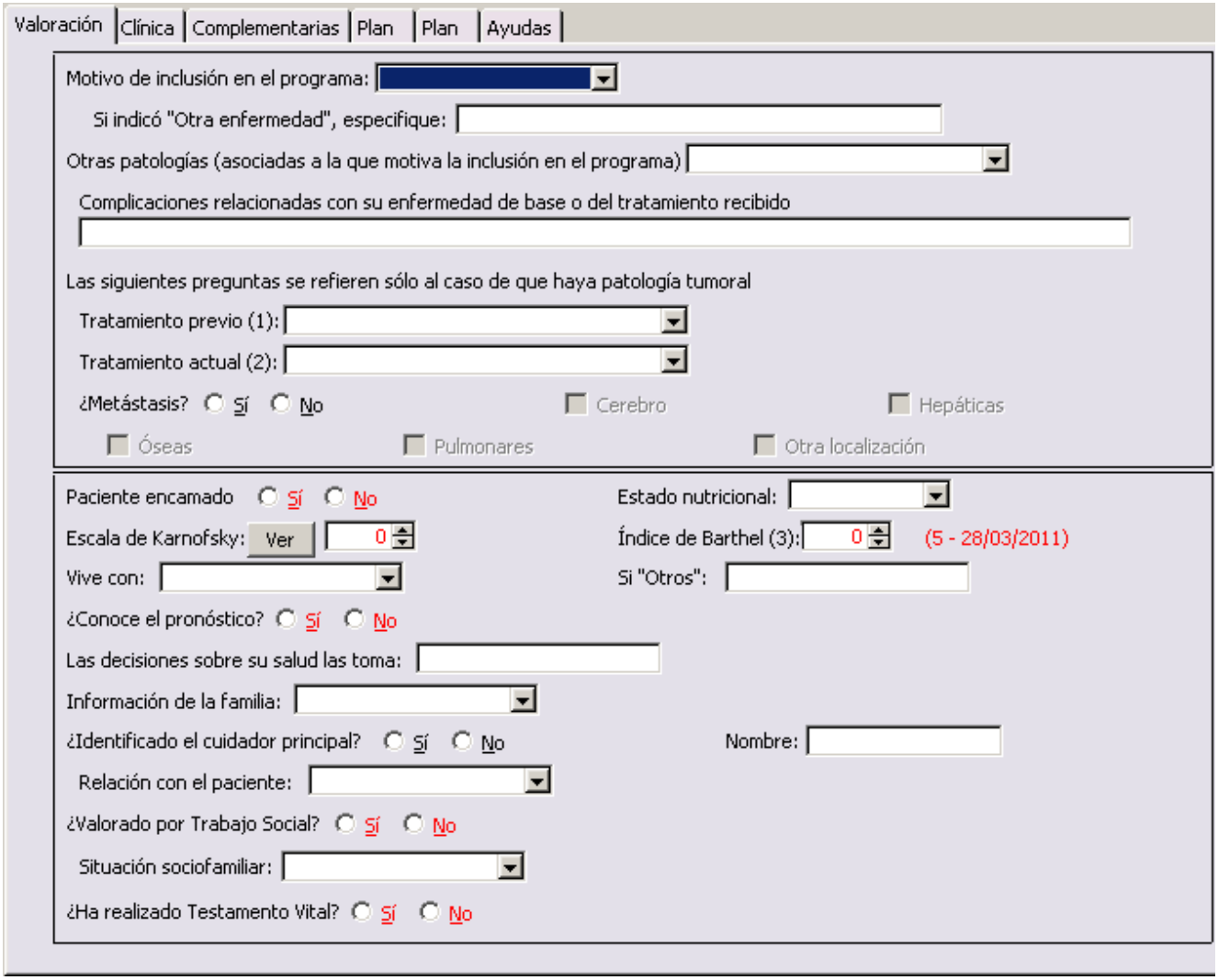
Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor numero de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

Debe entenderse que los protocolos de OMIap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.

La estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias tiene entre sus objetivos primordiales organizar de forma adecuada la atención a los pacientes en fase terminal proporcionando a los equipos de cuidados paliativos las herramientas necesarias para realizar su trabajo.

Con la intención de unificar el registro de las actividades en la historia clínica electrónica, se ha desarrollado este protocolo de OMI.

La **primera pestaña** se reserva para el registro de los datos básicos del paciente y su entorno



En la primera parte se solicita del profesional que indique el motivo de inclusión en el programa y algunos datos que pueden ser de interés posteriormente a lo largo del seguimiento del mismo.

Valoración | Clínica | Complementarias | Plan | Plan | Ayudas

Motivo de inclusión en el programa:

Si indicó "Otra enfermedad", especifique:

Otras patologías (asociadas a la que motiva la inclusión en el programa)

Complicaciones relacionadas con su enfermedad de base o del tratamiento recibido

Las siguientes preguntas se refieren sólo al caso de que haya patología tumoral

Tratamiento previo (1):

Tratamiento actual (2):

¿Metástasis? Sí No Cerebro Hepáticas

Óseas Pulmonares Otra localización

Importa señalar que se hace especial hincapié en la patología tumoral por las consecuencias que tiene para el paciente el tratamiento previo y el actual (si lo tiene) por los efectos secundarios del mismo que se deben tener siempre presentes.

En la segunda parte el registro se dirige a conocer mejor la situación del paciente en cuanto a su capacidad de independencia y la posibilidad de contar con personas que cuiden de él.

Paciente encamado Sí No

Estado nutricional:

Escala de Karnofsky: Ver 0

Índice de Barthel (3): 0 (5 - 28/03/2011)

Vive con:

Si "Otros":

¿Conoce el pronóstico? Sí No

Las decisiones sobre su salud las toma:

Información de la familia:

¿Identificado el cuidador principal? Sí No

Nombre:

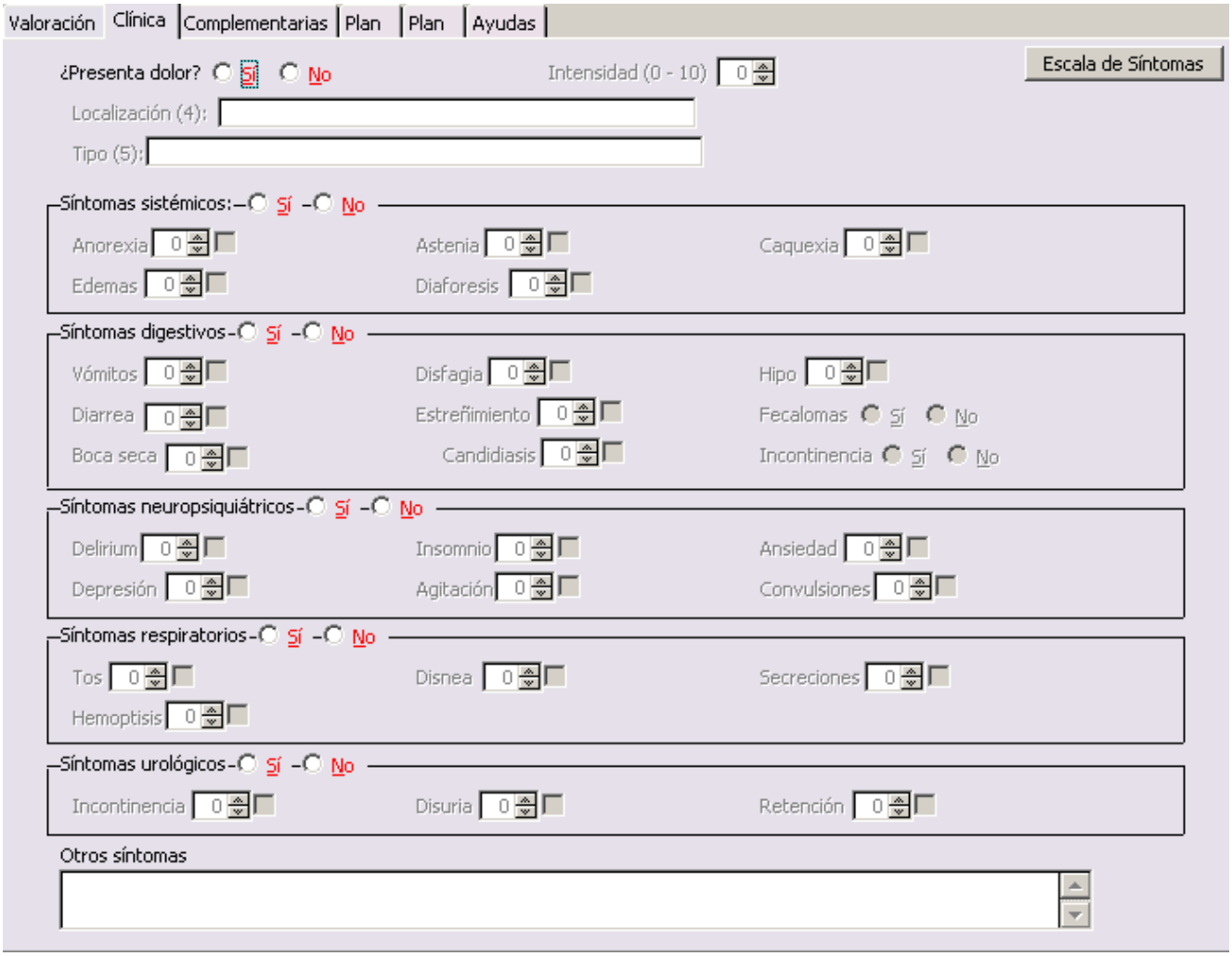
Relación con el paciente:

¿Valorado por Trabajo Social? Sí No

Situación sociofamiliar:

¿Ha realizado Testamento Vital? Sí No

La segunda pestaña está destinada al registro de la situación clínica del paciente



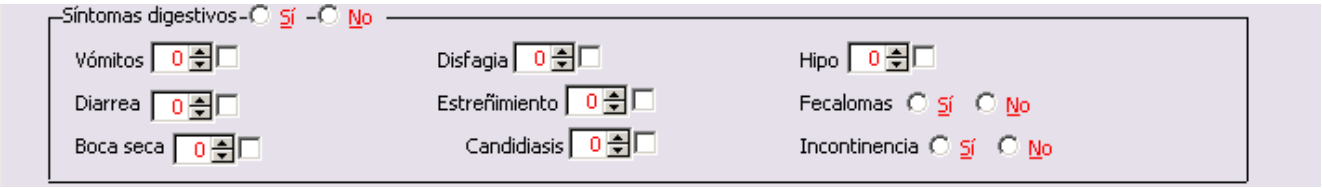
Dado el, en ocasiones, cambiante estado de estos pacientes y la necesidad de conocer de una forma algo más específica la presencia de algunos síntomas para actuar sobre ellos de forma rápida y conocer su evolución, se ha optado por un sistema de evaluación de los síntomas que puntúa cada uno de ellos de 0 (ausencia) a 10 (insoportable) que procede de la Guía de Atención al paciente al final de la vida del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de la SEMFyC.

Como ocurre en otras ocasiones, la evaluación de la sintomatología va precedida de una pregunta de tipo “Si/No” que actúa como llave de las preguntas específicas.

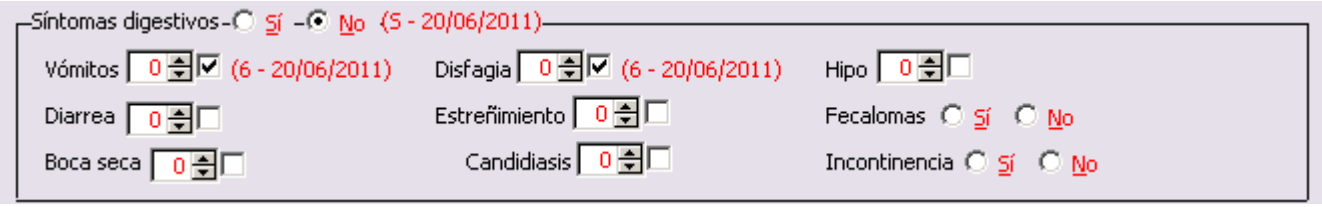
¿Se debe contestar negativamente en caso de ausencia de síntomas?

La respuesta puede ser afirmativa o negativa en función de la situación del paciente:

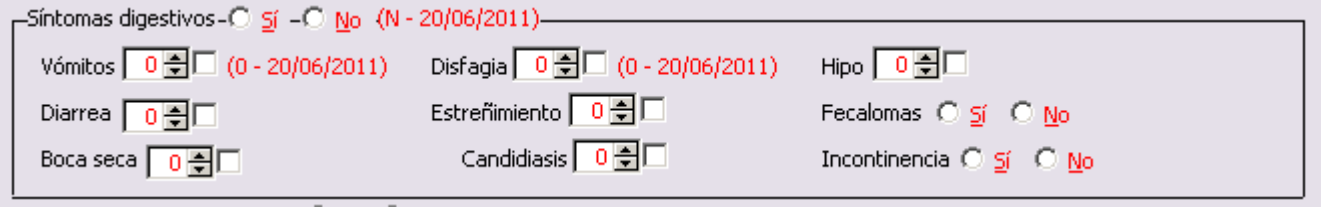
1. Si no hay síntomas, por ejemplo digestivos, por que no tiene por qué haberlos, podemos obviar la contestación. No es necesario contestar "No" a la pregunta aunque puede hacerse si así se desea.
2. Si no hay síntomas pero podría haberlos por la patología del paciente y hemos indagado sobre este tema, es recomendable contestar "No" a esta pregunta.
3. Si no hay síntomas por que los hubo y han sido tratados, se debe contestar "No" a esta pregunta.



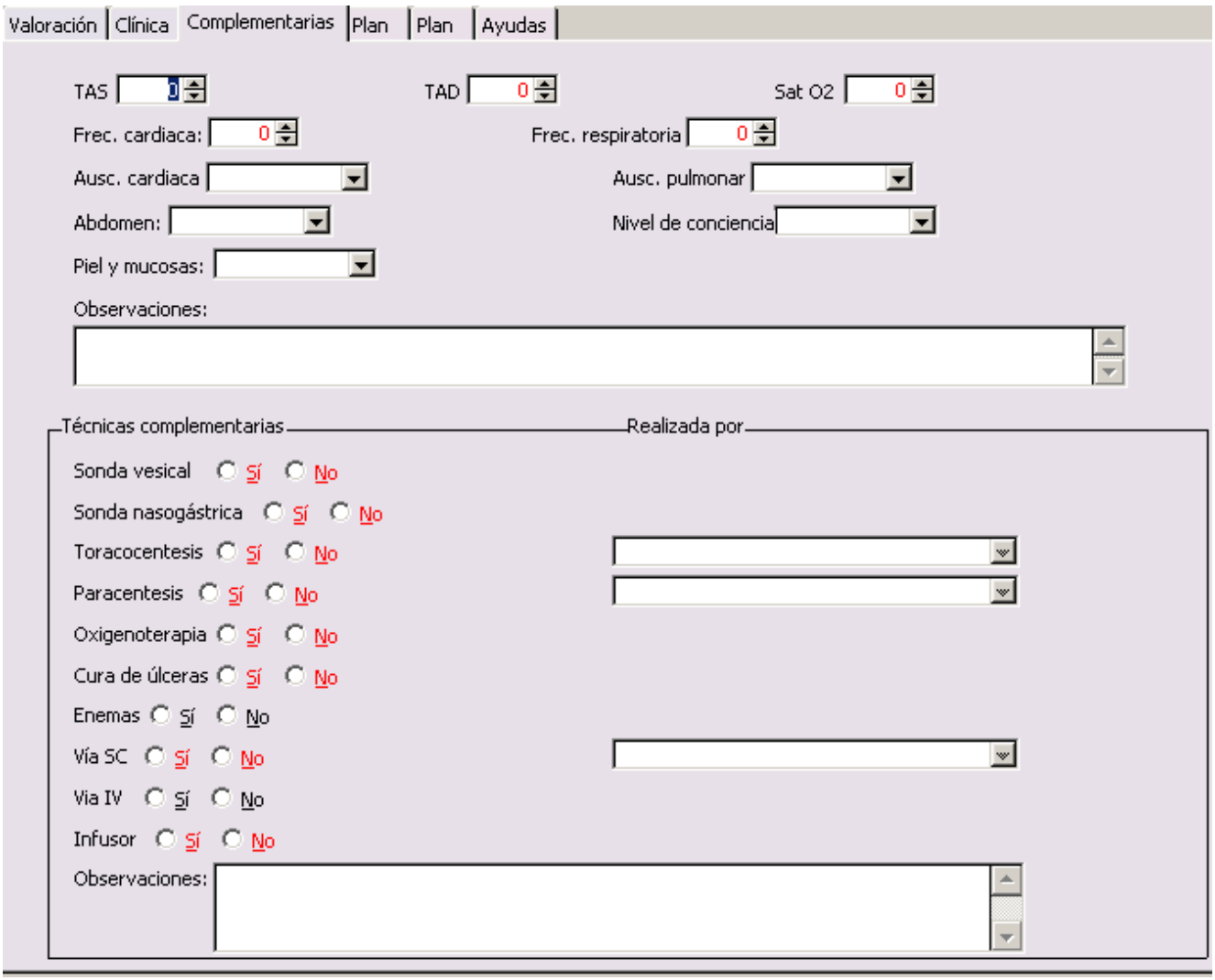
Evidentemente, si hubo síntomas y los cuantificamos y han desparecido, no solo debemos marcar "No" sino también indicar que el síntoma específico ha desaparecido.



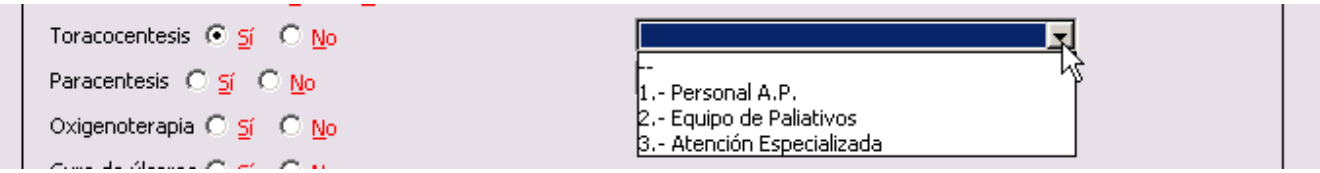
Para ello, recordar que se debe marcar la casilla de verificación del 0 para que en la próxima visita nos aparezca este dato correctamente guardado.



La tercera pestaña está destinada al registro de la exploración y de las técnicas complementarias realizadas en este paciente.



Respecto a este último ítem, se ha considerado de importancia conocer quién ha realizado la toracocentesis, la paracentesis o la colocación de la vía subcutánea si es que se ha realizado.



La **cuarta pestaña** registra datos sobre el plan terapéutico

Valoración | Clínica | Complementarias | Plan | Plan | Ayudas

Problemas identificados

Plan de actuación

Medicación

Señale exclusivamente las acciones debidas a la situación actual del paciente
Observe que más abajo podrá registrar el uso de algunos medicamentos especificos

¿Realiza modificaciones terapéuticas en esta visita? Sí No

Modificaciones:

Motivos:

Morficos: Sí No

Hioscina (n-metilbromuro) Sí No

Sedación Sí No

Motivo

Midazolam Sí No

Haloperidol Sí No

Levopromacina Sí No

Duración prevista:

Observaciones (a la sedación)

Se divide en dos partes:

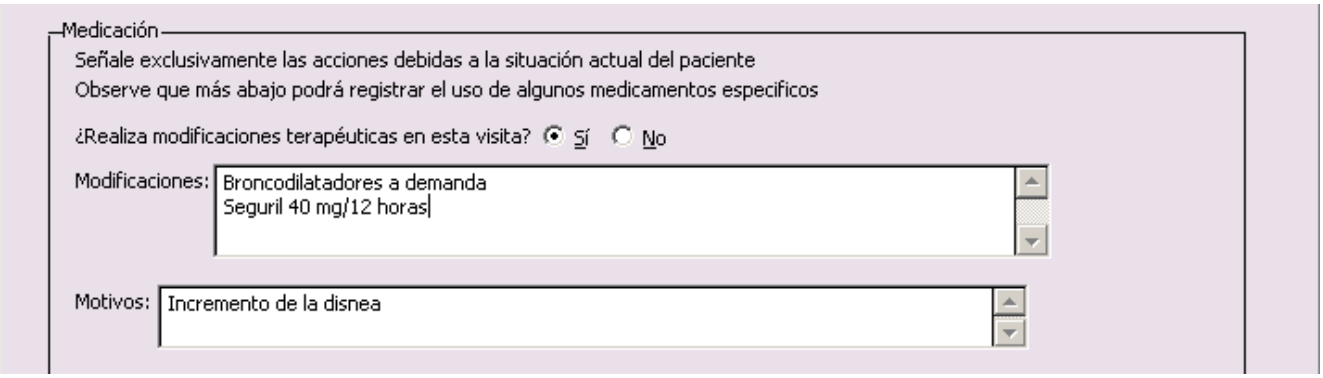
La primera nos permite registrar de forma libre los problemas básicos identificados en esta visita y nuestro plan de actuación.

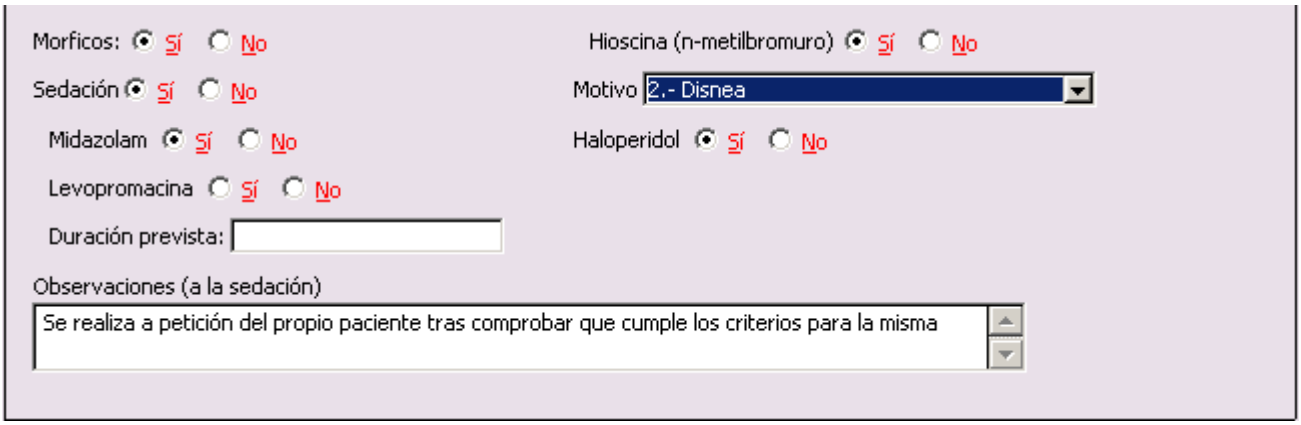
Valoración | Clínica | Complementarias | Plan | Plan | Ayudas

Problemas identificados: Se aprecia aumento de la carga emocional en la familia

Plan de actuación: Se plantea al cuidador principal la posibilidad de acudir a un taller de cuidadores en el Centro de Salud

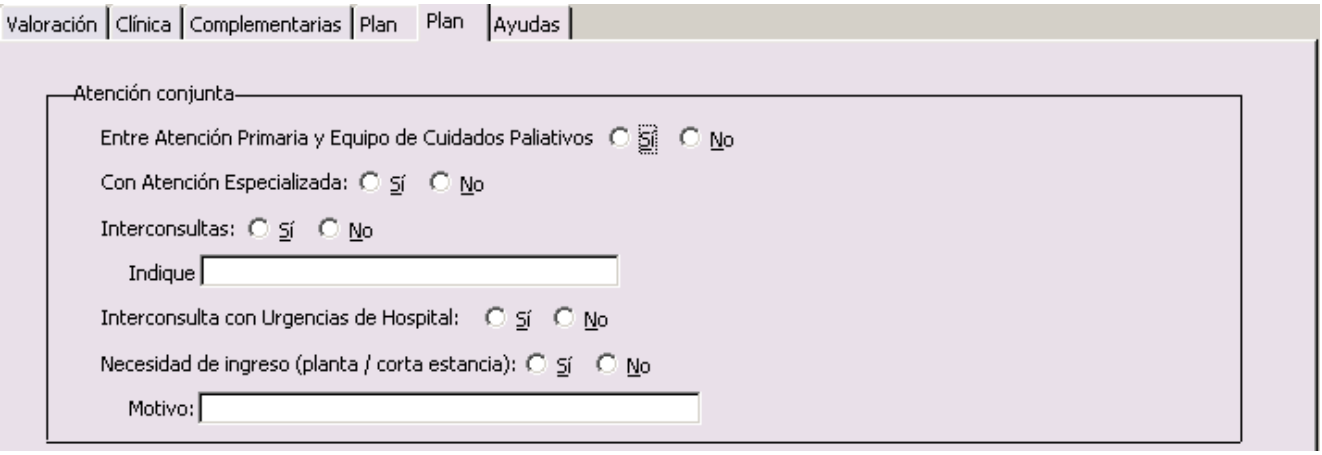
En la segunda, las preguntas son más específicas del plan terapéutico. Se ha decidido diferenciar el tratamiento general de aquel otro más específico destinado a controlar el dolor con mórficos o a realizar la sedación del paciente.





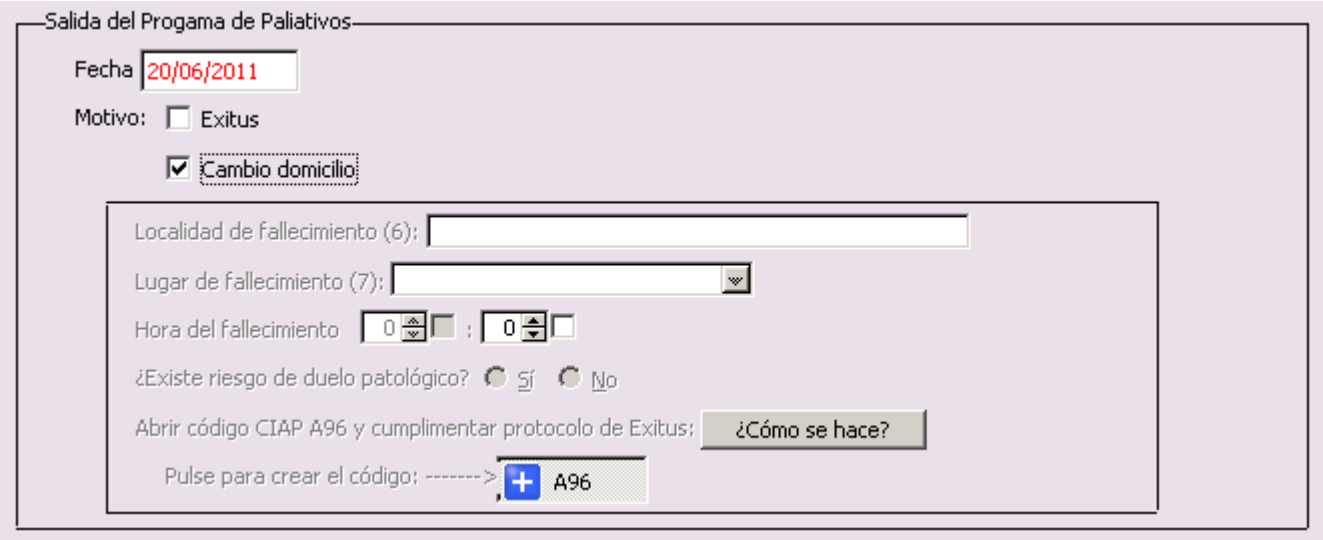
La quinta pestaña nos permite registrar algunos datos de interés:

1.- En primer lugar datos relacionados con la continuidad de la asistencia de este paciente

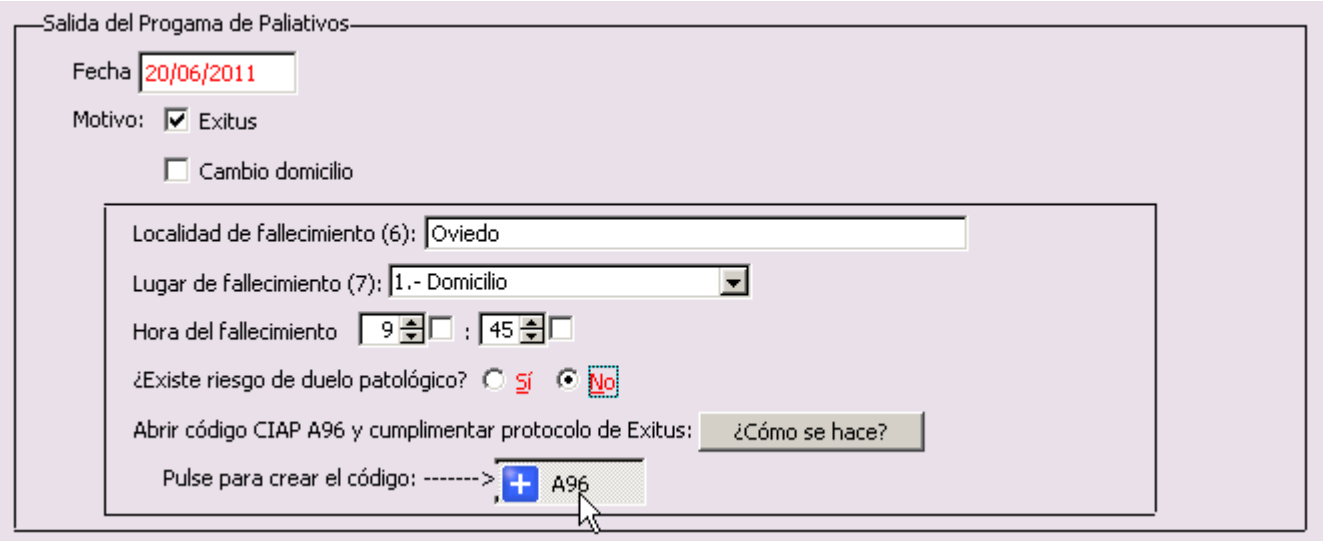


Y en segundo lugar aquellos datos derivados de la salida del paciente del programa.

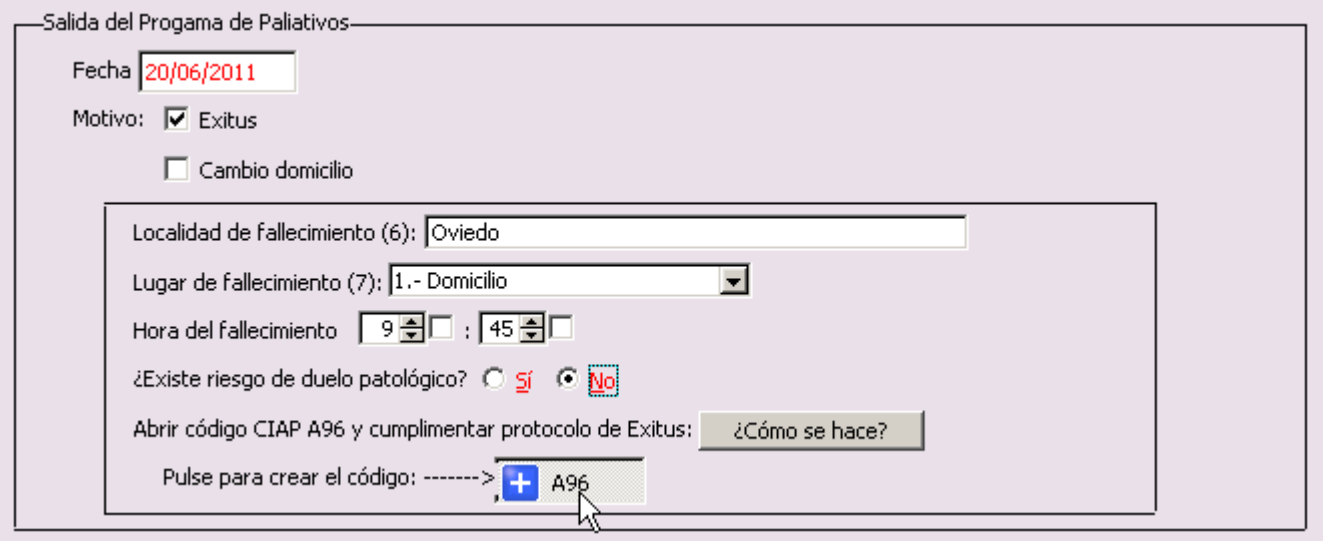
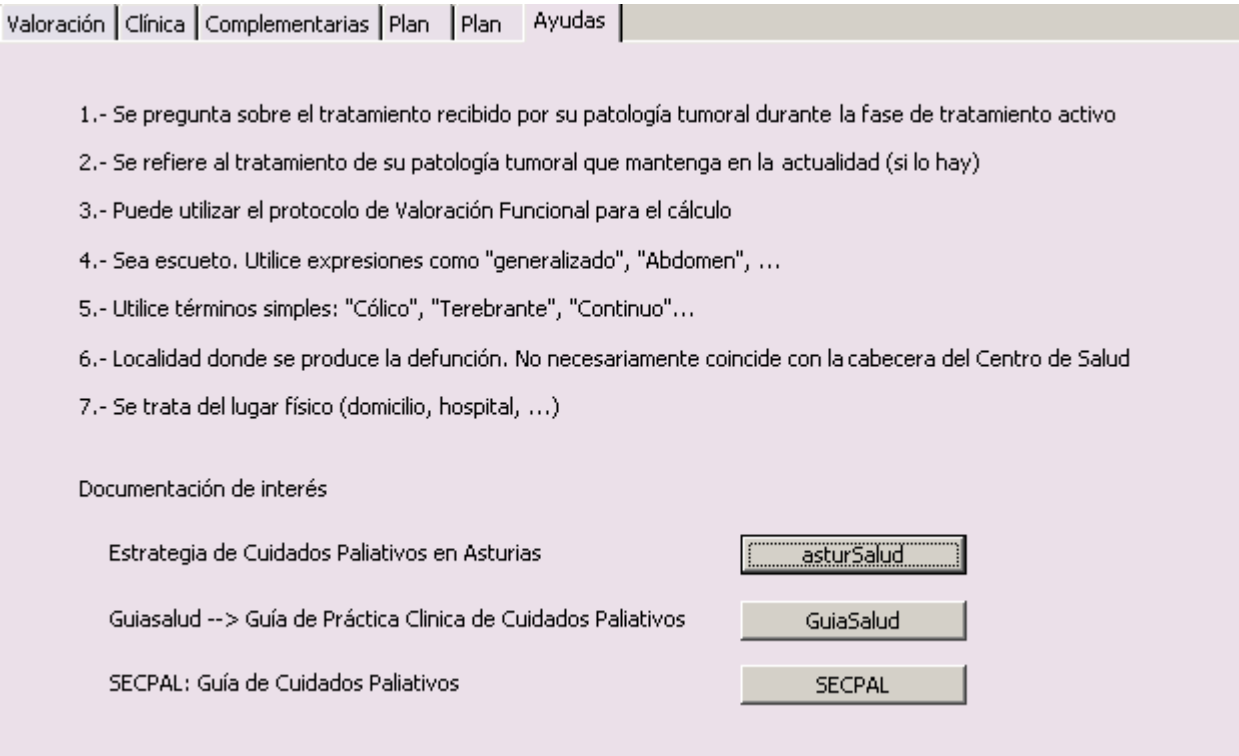
La salida del programa puede deberse a un cambio de domicilio o al fallecimiento del paciente. En ambos casos debe indicarse la fecha de salida del programa.



Pero en el caso de fallecimiento del paciente, es conveniente cumplimentar algunos datos de interés como el lugar de fallecimiento y la hora del mismo así como la posibilidad (si está reconocida) de que exista duelo patológico.



Se ha incluido un campo específico para crear el código CIAP de fallecimiento que permitirá acceder al protocolo de exitus para su cumplimentación si se considera oportuno.



La última pestaña incluye algunas consideraciones de ayuda para el profesional y enlaces a páginas que pueden ser de interés.