

**PROCESO ASISTENCIAL CUIDADOS PALIATIVOS. ADAPACION LOCAL.**

**DEFINICION GLOBAL:**

- **Definición funcional:** Definición según proceso, con nivel de complejidad avanzado.
- **Limite de entrada:** Limite según proceso, con nivel de complejidad avanzado y que requiera hospitalización.
- **Limite final:** Si tras valoración inicial del paciente no se confirma la situación terminal. Los cuidados postmortem inmediatos al fallecimiento. La atención al duelo.
- **Limites marginales:** El duelo patológico.

**TIPO I- HOSPITALIZACION**

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA		
Profesionales	Actividades	Características de calidad
Médico de urgencias/ Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	<p>1.1. Médico de familia o ESDCP_AD: derivará a urgencias si criterios de hospitalización urgente.</p> <p>1.2. Médico de urgencias: realizará anamnesis y exploración y solicitará pruebas complementarias ajustadas al PAI (<b>anexo I</b>) y transmitirá la información al especialista y/o médico de guardia de la UGC Medicina Interna, si cumple criterios de ingreso en la UGC según PAI (<b>anexo I</b>). Si discrepancia, el especialista decidirá tras valoración en urgencias</p> <p>1.2. <b>Δ3</b> Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el traspaso del paciente (transferencia del paciente) a la UGC de Medicina Interna.</p>



Personal administrativo	<p>2. Recepción de la persona.</p> <p>3. Trámites</p>	<p>2.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante la utilización de tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA. <b>Δ2-OMS 12-ESP.</b></p> <p>2.2 <b>I</b> Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>3.1. Se facilitará justificante de ingreso hospitalario si así lo demandase el paciente y/o familiar.</p> <p>3.2. Realizará los trámites administrativos necesarios durante el ingreso del paciente</p> <p>3.3. Una vez dado de alta el paciente, ordenará la HC y la enviará al archivo</p>
-------------------------	---	---



Enfermería UGC Medicina Interna	4. Atención Inicial y seguimiento	<p>4. 1. Recepción:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Asignación de enfermera referente.</li><li>- Plan de acogida: iInformación a la persona enferma y familiar: explicarles el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización o Guía del Usuario) y aclarar las posibles dudas. Comunicación del nombre de enfermera y auxiliar referente, mediante tarjeta informativa.<ul style="list-style-type: none"><li>• Se asignara habitación con cama unica si situación muy avanzada,.</li></ul></li></ul> <p>4. 2 Se verificara la identificación inequívoca del paciente <b>Δ2-OMS 12-ESP.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verificación de brazalete identificativo, que incluye Nombre y Apellidos, NUHSA, y NHC.</li><li>- Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone del brazalete.</li><li>- Comprobación de los datos y preparación de la historia clínica.</li></ul> <p>4.3. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. <b>9 OMS 17ESP</b></p> <p>4.4. <b>Δ2</b> Se aplicarán medidas de seguridad tras Valoración de riesgos del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas</li><li>- Valoración según PAI específico (<b>Anexo II</b>).</li></ul> <p>Se define objetivo de cuidados para esta fase: "El paciente antes del alta será capaz de gestionar sus cuidados": (cod NOC 1813): al alta el paciente comprenderá el régimen terapéutico específico.</p> <p>4.5. Valoración del paciente en el Módulo de Cuidados Azahar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Registro en la historia clínica de la valoración inicial, según las 14 necesidades de Virginia Henderson.</li><li>- Valoración de los índices de Barthel y Braden, y de Escala de Esfuerzo del Cuidador si procede.</li><li>- Definición del Plan de Cuidados individualizado del paciente: ejecución del Plan, registro de evolución en historia clínica y aplicación del plan terapéutico: <b>Δ1</b> Se deberá tener precaución en la administración de medicamentos de aspecto o nombre parecido. Aplicación de intervenciones definidas en el Plan de Cuidados individualizados. <b>Δ7</b> Aplicación de "evitar errores en la conexión de catéteres y tubos".</li></ul>
------------------------------------	-----------------------------------	---

<p>Medico UGC Medicina Interna</p>	<p>5. Atención inicial y seguimiento</p>	<p>5.1 Se verificara la identificación inequívoca de la persona <b>Δ2</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se comprobarán los datos de la historia clínica</li> <li>- se identificará claramente en cada hoja de la historia clínica, los datos del paciente.</li> </ul>  <p>5.2. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. <b>9 OMS 17ESP</b></p> <p>5.3. Se aplicarán medidas que garanticen la administración segura de fármacos y la conciliación farmacoterapéutica. <b>Δ16 ESP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se realizará prescripción electrónica para evitar errores</li> <li>- en caso de no poder hacerse, se escribirá con letra legible, en lugar destinado para ello y con identificación plena del paciente.</li> </ul> <p>5.4 El médico de guardia de la UGC recibirá al paciente y realizará anamnesis y exploración física, con registro en historia clínica. Además verificará pruebas complementarias realizadas, solicitará la precisas según PAI y ajustará el tratamiento <b>(ANEXO II)</b>. Facilitará información concisa y clara al paciente y/o familiares.</p> <p>5.5. El médico responsable:</p> <p>A) Presentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación personal. Comunicación del nombre del personal facultativo responsable, <b>I</b> información de procedimientos a realizar.</li> </ul> <p>B) Revisión de historia clínica completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de identificación.</li> <li>- <b>Δ6</b> En todos los casos se escribirá con letra legible. Se fechará y firmará cada uno de los documentos.</li> </ul> <p>C) Visita médica diaria con horario reglado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará anamnesis y exploración física.</li> <li>- Valoración conjunta con la enfermera referente</li> </ul> <p>D) Criterios de calidad específicos del PAI: <b>ANEXO II</b></p> <p>E) <b>I</b> información a paciente y familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se informará puntualmente sobre la estrategia diagnóstico-terapéutica y sobre las posibles alternativas y se registrará en la historia clínica.</li> <li>- Con carácter diario, se informará sobre la situación clínica.</li> <li>- Se entregará Consentimiento Informado para los estudios que lo precisen, con explicación verbal de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente</li> <li>- La información será clara y comprensible</li> </ul>
--	--	---



Médico / Enfermera AH	6. Planificación del alta	<p><b>6.1.</b> El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se elaborará un informe clínico que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio.</li><li>- Fomento de la autonomía personal</li><li>- Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario</li><li>- Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria.</li><li>- Se facilitará la cita de revisión para consultas externas cuando sea necesaria.</li><li>- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio.</li><li>- Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora de Casos (ECG) , en todo caso. <b>Δ3OMS 24ESP</b></li></ul> <p><b>6.2.</b> En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.</p> <p><b>6.3.</b> Coordinación del ESCP de AH con AD.</p>
--------------------------	---------------------------	--

Fdo. Dr. Pedro L. Carrillo Alascio.  
Especialista en Medicina Interna.  
Director UGC Medicina Interna.



**PROCESO ASISTENCIAL CUIDADOS PALIATIVOS  
ANEXO I. CRITERIOS DE INGRESO Y DOCUMENTACION  
ESPECIFICA**

En los Procesos Asistenciales Integrados se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (Urgencias-Hospitalización), para asegurar la continuidad asistencial **Δ24-ESP**. Todo paciente debe ser ingresado con Criterios de Ingreso específicos y Documentación clínica específica

CRITERIOS DE INGRESO
Pacientes con imposibilidad de control de síntomas de forma ambulatoria
Claudicación familiar.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN I:
• Voluntad de la familia de no ingresar.
• Técnica diagnóstica o terapéutica no disponible en nuestra Hospital.

DOCUMENTACION CLINICA ESPECIFICA
Anamnesis y exploración general.
Analítica general, RX.
Evolución de Urgencias y otras Exploraciones realizadas.
Informes previos que indican situación de terminalidad.

Dr. Pedro L. Carrillo Alascio  
Director UGC Medicina Interna.

**PROCESO ASISTENCIAL CUIDADOS PALIATIVOS  
ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EN PACIENTES  
INGRESADOS**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EVALUACION INICIAL	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Escala de Karnofsky	A todo paciente para valorar el estado funcional.
Habitación de cama única	En caso de estado terminal preagónico.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DIAGNOSTICO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Pruebas de imagen (RX, TAC, RMN, gammagrafía)	En caso de necesidad para ajustar tratamiento para control de síntomas y constantes de confort.

CRITERIOS DE CALIDAD TRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Radioterapia paliativa	Tratamiento del dolor según indicaciones de radioterapia.
Cirugía	Obstrucción intestinal con intención paliativa sintomática.
Radiología intervencionista	Si es necesario para tratamiento sintomático.
Opioides	Uso de opioides mayores en el tercer escalon terapéutico (morfina, fentanilo y otros opioides mayores), aplicando los conceptos de titulación, rescate, rotación, equianalgesia, con cuidados a sus efectos secundarios, según guías de práctica clínica.

Dr. Pedro L. Carrillo Alascio  
Director UGC Medicina Interna.