

**Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Ministerio de Sanidad y Consumo
Fundación Avedis Donabedian**

INDICADORES y ESTANDARES DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS



Indice

		Página
Autores: Grupo de Calidad SECPAL		3
Prólogo	Presidente SECPAL	4
Introducción		5
Tabla resumen		6-8
Atención de enfermo y familia		9-28
Evaluación y mejora		29-34
Estructura y organización		35-39
Trabajo en equipo		40-47

Autores:

Xavier Gómez-Batiste (1)

Isabel de la Mata (3)

Montse Fernández (1)

Joan María Ferrer (2)

Eladio García (1)

Anna Novellas (1)

Antonio Pascual (1)

Josep M^a Picaza (1)

Magdalena Sánchez (1)

Juan Sanmartín (1)

Pablo Sastre (1)

Rosa Suñol (2)

(1) Grupo de Calidad SECPAL

(2) Fundación Avedis Donabedian

(3) Dirección General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Prólogo

Los indicadores y estándares SECPAL de servicios de cuidados paliativos siguen a la elaboración de la *Guía de criterios de calidad*, y proponiendo los indicadores que parecen más relevantes.

Se trata de un instrumento fundamental para la mejora de calidad, ya que permitirá disponer de referentes específicos para las distintas dimensiones.

La SECPAL he elaborado también propuestas de curriculums médicos y de enfermería, y guía y recomendaciones para atender las situaciones de la práctica asistencial.

Con ello la SECPAL asume sus compromisos en la promoción de la mejora de la calidad asistencial, que es una de las misiones fundamentales de compromiso con los pacientes.

Xavier Gómez Batiste-Alentorn

Enero de 2006

Introducción

La mejora de la calidad de la asistencia a los enfermos y sus familias ha de considerar criterios explícitos de calidad y buena práctica que orienten la labor asistencial y humana de los profesionales.

Con el objetivo de servir de referencia a los profesionales e instituciones que proveen y desarrollan servicios de Cuidados Paliativos, el Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) elaboró mediante una metodología de consenso una Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos, que ha sido publicada recientemente por iniciativa del Ministerio de Sanidad.

Esta Guía constituye un marco de desarrollo de indicadores de calidad en las áreas más relevantes, como punto de partida para conocer y mejorar la calidad de la atención en Cuidados Paliativos.

Con estos instrumentos, puestos a disposición de profesionales y gestores, la SECPAL quiere promover la cultura de evaluación y de la mejora de la atención, facilitando dicha labor a sus profesionales y estimularles a la implantación de buenas prácticas.

Los estándares son el grado de cumplimiento que se considera adecuado en un determinado momento. Los que constan en este documento son los que se recomiendan como mínimos, debiendo ser progresivamente elevados a medida que se vayan consolidando los equipos.

Se hace constar entre paréntesis en cada criterio los apartados de la Guía de Criterios de Calidad a los que hace referencia

I. Atención de pacientes y familias

Area relevante	Nº	Criterio	Estándar
Evaluación de necesidades	1	Los pacientes han de tener realizada una evaluación inicial de sus necesidades que quedará registrada en la historia clínica (37,38,39).	100%
	2	El equipo debe revisar periódicamente la evaluación de necesidades del paciente (36).	80%
Objetivos terapéuticos	3	La unidad debe definir un Plan de cuidados o de atención personalizado para cada paciente (40,43).	80%
	4	El plan de atención debe contemplar el apoyo a las necesidades de la familia o entorno cuidador del paciente (42).	70%
	5	El equipo registrará el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico (95,96).	70%
	6	El equipo debe utilizar escalas validadas para la evaluación del dolor (97).	70%
	7	Los objetivos terapéuticos del paciente deben ser reevaluados periódicamente (44,66).	70%
Atención integrada	8	El equipo deberá disponer de un programa específico para la atención al duelo (52)	100%
	9	El paciente debe tener identificado un cuidador principal de su asistencia desde el primer momento de atención (49).	80%
	10	La unidad debe tener definir cómo acceder a los servicios en casos de urgencia (47,48,58).	100%
	11	El paciente debe tener definido un Plan Farmacoterapéutico (56).	90%
Derechos del Paciente	12	El paciente debe poder ofrecer siempre su consentimiento informado en las intervenciones que se recomienden (92).	70%
	13	El paciente debe poder acceder a expresar sus voluntades anticipadas por escrito (92).	40%
	14	El equipo debe poder ofertar una asistencia espiritual según la voluntad del paciente (88).	100%

Educación del paciente y familia	15	La unidad debe disponer de un protocolo de detección de las necesidades de educación del paciente y su familia (54).	100%
	16	La unidad debe registrar la educación del paciente y la familia en una documentación apropiada (55).	75%
	17	El paciente y su familia deben recibir educación sobre tratamiento farmacológico, nutrición y cuidado (56, 57).	70%

II. Evaluación y mejora

Area relevante	Nº	Criterio	Estándar
Mejora de la calidad	18	El equipo debe conocer periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias (102).	100%
	19	El equipo debe disponer de un sistema de monitorización de sus indicadores asistenciales (98).	75%
	20	El equipo identificará y trabajará un Plan de mejora continua de la calidad (103, 104).	100%
Sistemas de registro y documentación	21	El paciente de cuidados paliativos debe disponer de una historia clínica única y multidisciplinar (90,91).	70%
	22	El paciente debe poder disponer de un informe de asistencia completo (93).	80%

III. Estructura y organización

Area relevante	Nº	Criterio	Estándar
Equipo interdisciplinar	23	La unidad debe tener estructurada la composición del equipo interdisciplinar (19).	100%
	24	La unidad debe describir el funcionamiento y responsabilidades de cada miembro del equipo interdisciplinar (27).	70%
Organización y entorno de la asistencia	25	Los pacientes deben ser atendidos en un entorno que facilite su intimidad (30).	85%
	26	La comunicación y el trato con los pacientes deberán permitir la confidencialidad (30).	100%
	27	La unidad debe disponer de un horario de visitas flexible las 24 horas (30).	100%

IV. Trabajo en equipo

Area relevante	Nº	Criterio	Estándar
Sistemas de trabajo en equipo	28	El equipo debe realizar las reuniones interdisciplinarias establecidas (62,63)	85%
	29	El equipo debe disponer de un conjunto de protocolos mínimos de atención (68,69)	100%
Cuidado y soporte del equipo	30	El equipo debe definir formalmente sus actuaciones para prevenir el burn-out de sus miembros (71).	80%
Formación continuada e investigación	31	El equipo debe disponer de un plan anual de formación continuada de sus miembros (72,73)	100%
	32	El equipo debe establecer un plan de investigación (76,77).	100%
Coordinación entre niveles y servicios	33	El equipo debe establecer sistemas de coordinación con los recursos del área (80,81,82).	100%
	34	El equipo debe disponer de un protocolo de coordinación de la atención a domicilio con los servicios de internamiento (83)	100%
	35	La unidad debe disponer por escrito los criterios de actuación para la admisión de pacientes (85).	100%

I. ATENCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIAS

Evaluación de necesidades

Criterio:

Los pacientes han de tener realizada una evaluación inicial de sus necesidades que quedará registrada en la historia clínica (37,38,39).

Nombre del indicador (Núm. 1):

Registro de la evaluación inicial de necesidades

Justificación:

El paciente y su familia presentan una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas. Estas necesidades han de quedar registradas por escrito ya que ha de permitir la fijación de objetivos asistenciales, la revisión de los resultados en el paciente y su reevaluación posterior. Se hará constar de forma completa en la historia clínica como documento que permite la continuidad asistencial.

Fórmula:

Número de pacientes con registro de evaluación inicial en su historia clínica

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio

Definición de términos:

La evaluación inicial se revisará en la historia clínica de pacientes a partir del 2^a día de ingreso o en las visitas domiciliarias, a partir de la 2^a.

No se incluirá aquellos casos en que la intervención realizada por el equipo de soporte sea exclusivamente de conexión de recursos (nivel I).

Los aspectos que se requiere evaluar en cada paciente serán, entre otros, los siguientes:

- el tiempo de evolución de su enfermedad
- localización, intensidad, frecuencia e irradiación de dolor
- las características básicas de la enfermedad actual
- la frecuencia e intensidad de las crisis
- impacto físico y dependencia
- impacto emocional
- relaciones emocionales
- creencias y sistema de valores
- actitud ante la muerte
- disposiciones previas
- recursos familiares y sociales
- necesidades de la familia
- información
- impacto de la enfermedad
- modelo de adaptación, aspectos relevantes de la experiencia de afrontamiento de la enfermedad y del tratamiento

Fuente de datos:

Historia clínica.

Censo de pacientes ingresados o con visita domiciliaria

Tipo: Proceso

Estándar: 100%

Comentarios:

Puede ser útil que cada equipo diseñe un protocolo que oriente la realización de la evaluación inicial completa de las necesidades del paciente y su familia.

Evaluación de necesidades

Criterio:

El equipo debe revisar la evaluación de necesidades del paciente (36).

Nombre del indicador (Núm. 2) :

Revisión periódica de necesidades

Justificación:

El paciente y su familia presentan una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas, en el momento de ingreso. Al tratarse de necesidades que pueden ir variando en el tiempo, es importante su revisión periódica para ajustarse a la situación actual del paciente.

Fórmula:

Número de pacientes en que consta anotación de evaluación de
necesidades ante situaciones que requieren reevaluación

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio

Definición de términos:

Las situaciones que se establece requieren evaluación son: la situación de agonía, el alta clínica y el cambio de recurso asistencial.

Debe hacerse constar una anotación sobre las áreas física, emocional, social y espiritual. En el caso de no haber sido evaluada alguna de estas áreas, debe constar por escrito el motivo (p.e. no evaluada por negación del paciente a tratar el área espiritual, etc...).

Fuente de datos:

Historia Clínica del paciente.

Registro de pacientes ingresados / seguidos en domicilio.

Tipo: Proceso

Estándar: 80%

Comentarios: A través de este protocolo se pretende reducir la variabilidad en la exploración y evaluación de necesidades de todos los pacientes que ingresan en las unidades.

Objetivos terapéuticos

Criterio:

La unidad debe definir un Plan de cuidados o de atención personalizado para cada paciente (40,43).

Nombre del indicador (Núm. 3):

Definición del Plan de atención personalizado interdisciplinar

Justificación:

El paciente necesita disponer de un Plan de atención personalizado que contemple la actuación a seguir en función de sus necesidades evaluadas.

Fórmula:

Número de pacientes con constancia en su dossier documental del Plan de atención personalizado interdisciplinar establecido

Número total de pacientes ingresados con estancia > 2 días o que hayan realizado > 2 visitas en domicilio (o >2 intervenciones en equipos de soporte)

Definición de términos:

Se considera plan de atención personalizado interdisciplinar correcto el que incluye una evaluación de necesidades y un planteamiento de objetivos personalizado para el paciente, realizado durante los primeros 8 días de ingreso del paciente y que especifica las actividades a llevar a cabo y asigna los profesionales responsables de su ejecución.

Fuentes de datos:

Dossier documental de atención del paciente.

Registro de pacientes con tiempo de estancia / seguidos en domicilio.

Tipo: Proceso

Estándar: 80%

Comentarios: El indicador valora la realización del plan de atención personalizado interdisciplinar como una parte del proceso de atención, no entrando en el cumplimiento de los objetivos, es decir, el resultado de la atención.

Objetivos terapéuticos

Criterio:

La familia o entorno cuidador del paciente debe disponer de un plan de atención de apoyo a sus necesidades (42).

Nombre del indicador (Núm. 4):

Plan de atención al entorno cuidador

Justificación:

La necesidad de cubrir y dar respuesta de forma personalizada y multidisciplinar a las necesidades de la familia o del entorno cuidador del paciente obliga a planificar su atención a partir de una evaluación de sus necesidades específicas y el apoyo requerido para el cuidado del paciente.

Fórmula:

Número de pacientes con constancia en su dossier documental
del Listado de necesidades de la familia o del entorno cuidador

Número total de pacientes ingresados con estancia > 8 días
o seguidos en domicilio desde > 15 días

Definición de términos:

El Listado de necesidades de la familia o entorno cuidador ha de incluir, al menos, una necesidad en cada una de las áreas física, emocional, social y espiritual

Fuentes de datos:

Dossier documental de atención del paciente.

Registro de pacientes con tiempo de estancia / seguidos en domicilio.

Tipo: Proceso

Estándar: 70%

Comentarios:

Aunque no disponemos todavía de instrumentos validados de medida, y existe experiencia suficiente como para describir y registrar la situación de la familia, de cuidador principal, y de los factores de riesgo de claudicación.

Objetivos terapéuticos

Criterio:

El equipo registrará el control de síntomas y los resultados del Plan terapéutico (95,96).

Nombre del indicador (Núm. 5):

Control de síntomas

Justificación:

El principal objetivo de la atención de Cuidados Paliativos es la mejora de la calidad de vida y el confort, definidos por el enfermo y la familia. Uno de los instrumentos para la consecución de este objetivo es el control y alivio de los síntomas, por lo que es conveniente establecer un registro de los mismos, así como de los resultados del Plan terapéutico del enfermo.

Fórmula:

Número de pacientes con registro de control de síntomas y de resultados del Plan Terapéutico en la historia clínica

Número total de pacientes ingresados con estancia > 15 días o seguidos en domicilio hace >15 días

Definición de términos:

El registro sistemático de la intensidad de los síntomas debe cumplimentarse con escalas analógicas, categóricas, o numéricas, agrupadas en escalas como el Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) o de los parámetros seleccionados por el equipo.

El registro de los resultados del plan terapéutico puede realizarse con escalas categóricas o con la evaluación de los resultados realizada por consenso del equipo, siguiendo el modelo del Support Team Assessment Scale (STAS).

Fuentes de datos:

Dossier documental de atención del paciente.

Registro de pacientes con tiempo de estancia / seguidos en domicilio.

Tipo: Proceso

Estándar: 70%

Comentarios:

Medir la efectividad es uno de los resultados paradigmáticos de todo equipo de salud.

La evaluación de los resultados clínicos es uno de los aspectos clave que permite identificar áreas de mejora y generar evidencia sobre la efectividad de nuestras intervenciones.

Objetivos terapéuticos

Criterio:

El equipo debe utilizar escalas validadas para la evaluación del dolor (97).

Nombre del indicador (Núm. 6): Escalas de evaluación del dolor

Justificación:

En la evaluación del paciente, el equipo ha de utilizar herramientas que permitan determinar los grados intensidades y niveles de respuesta para así objetivar los cambios de cada paciente en el tiempo. Por este motivo, es de utilidad disponer de escalas analógicas visuales que estén validadas que permitan una evaluación y un seguimiento del síntoma guía dolor.

Fórmula:

Existencia de 3 mediciones cumplimentadas con
una escala de evaluación del dolor

Número total de pacientes ingresados con estancia > 15 días
o seguidos en domicilio hace >15 días

Definición de términos:

El uso de escalas analógicas es el instrumento metodológico más fiable para medir y monitorizar la intensidad del dolor.

Todos los profesionales de un equipo deben tener formación suficiente como para realizarlas.

Fuentes de datos:

Historia clínica

Modelo de escala analógica visual utilizado

Registro de pacientes con tiempo de estancia / seguidos en domicilio.

Tipo: Proceso

Estándar: 70%

Comentarios:

La evaluación y monitorización del dolor deben ser un hecho cotidiano.

Existen situaciones en las que es difícil realizar escalas analógicas, tales como los trastornos cognitivos, debilidad o cansancio del enfermo, o debido a circunstancias de nivel cultural o de sobrecarga de trabajo. Aún así, muchos enfermos se pueden adiestrar desde las intervenciones iniciales, y adquieren experiencia y hábito evaluativo, que será un facilitador del cumplimiento posterior de la evaluación.

Objetivos terapéuticos

Criterio:

Los objetivos terapéuticos del paciente deben ser reevaluados periódicamente (44,66).

Nombre del indicador (Núm. 7)

Seguimiento del Plan de atención personalizado interdisciplinar del paciente

Justificación:

El paciente tiene una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas de manera continuada, y que como mínimo se han de revisar cada 15 días, para detectar aspectos relevantes de su evolución, poder ofrecer una atención individual y personalizada y proponer, si es necesario, las modificaciones que se consideren oportunas al Plan inicial de atención.

Fórmula:

Número de pacientes con constancia en su historia clínica de una anotación o referencia de seguimiento mensual del Plan de atención

Número total de pacientes ingresados con estancia > 15 días
o seguidos en domicilio hace > 15 días

Definición de términos:

Debe hacerse constar una anotación o referencia a las diferentes áreas física, emocional, social y espiritual que se hayan establecido en el Plan de atención personalizado del paciente. En el caso de no haber sido evaluada alguna de estas áreas, debe constar por escrito el motivo (p.e. no evaluada por negación del paciente a tratar el área espiritual, etc...).

Fuentes de datos:

Historia clínica del paciente.

Registro de pacientes con tiempo de estancia / seguidos en domicilio.

Tipo: Proceso

Estándar: 70%

Comentarios: Una de las características de la situación de enfermedad avanzada y terminal es la de la enorme variabilidad en las situaciones, que obliga a revisar los objetivos terapéuticos y tomar medidas distintas. Esta flexibilidad permite a los equipos adaptarse rápidamente a las nuevas situaciones.

Atención del duelo

Criterio:

El equipo deberá disponer de un programa específico para la atención al duelo (52).

Nombre del indicador (Núm. 8)

Programa de atención al duelo

Justificación:

La atención directa de los enfermos y sus familias constituye la actividad central y más importante de los equipos de Cuidados Paliativos. Dentro de esta atención, el equipo ha de cuidar especialmente el proceso de la familia cuando afronta los momentos finales de la vida del enfermo y su pérdida. Un programa específico debe poder identificar e intervenir en aquellos casos en que existe riesgo de duelo patológico en la familia.

Fórmula:

Existencia de un programa escrito específico de atención al duelo.

Definición de términos:

El programa específico ha de estar escrito e incluir, entre otros, los mecanismos de acceso, la identificación de los casos de riesgo y los diferentes protocolos de intervención que el equipo desarrolla ante dichos casos.

Fuentes de datos:

Programa específico de atención al duelo (documento escrito).

Tipo: Estructura

Estándar: 100%

Comentarios:

El proceso de duelo se inicia desde las fases tempranas de la evolución de la enfermedad, y existen mecanismos de detección precoz del duelo de riesgo, así como de su prevención.

No debemos, por tanto, esperar a la muerte del enfermo para adoptar medidas referentes a la atención del duelo.

Atención integrada

Criterio:

El paciente debe tener identificado un cuidador principal de su asistencia desde el primer momento de atención (49,61).

Nombre del indicador (Núm. 9)

Asignación de cuidador principal

Justificación:

Es importante que todo paciente tenga designado un cuidador principal y que sea el interlocutor habitual con el equipo asistencial, con la finalidad de implicarle en la atención del enfermo y de apoyarle en su función cuidadora.

Fórmula:

Identificación en la historia clínica del cuidador principal del enfermo

Definición de términos:

Se denomina cuidador principal a la persona que realiza la mayor parte de la atención, es responsable de las actividades de apoyo y actúa como interlocutor-a principal.

Se considerará que se cumple el indicador siempre y cuando se identifique el nombre, parentesco o relación con el enfermo y los datos de contacto de dirección, teléfono (al menos 2) y nombre y teléfono de un cuidador alternativo.

Fuentes de datos:

Historia clínica

Tipo: Proceso

Estándar: 80%

Comentarios:

La identificación precoz del cuidador principal y de sus necesidades nos permitirá adoptar medidas de educación, soporte, e identificar situaciones de riesgo de claudicación, así como del duelo patológico.

Será, además, nuestro interlocutor preferente a lo largo de la evolución.

Atención integrada

Criterio:

La unidad debe tener definido cómo acceder a los servicios, especialmente, en casos de urgencia para el paciente (47,48,58).

Nombre del indicador (Núm. 10)

Acceso en caso de urgencia.

Justificación:

Dado que el ingreso es un momento que genera ansiedad e incertidumbre a los pacientes y a las familias por la nueva situación, es importante que la unidad disponga de un procedimiento de información que incluya:

- Información sobre el tipo de unidad, tipologías de usuarios y objetivos.
- Ubicación de la unidad, dirección y teléfono.
- Información sobre la entidad que rige la unidad y nombre del responsable del equipo o del referente asistencial.
- Información sobre los servicios que se prestan.
- Información a aportar por el residente: Datos de identificación (DNI, Cartilla Seg. Social etc.), historiales documentales (médicos, socio-familiares, certificados..) y otra información necesaria
- Reglamento de Régimen Interior y normas generales de funcionamiento.
- Información sobre los derechos y deberes de los pacientes en la unidad.
- Información sobre el sistema de visitas, entradas y salidas del centro.
- Servicios públicos de transporte próximos al centro
- Información de servicios comunitarios (Ej. Centro de salud, Hogar del jubilado, entidades bancarias, centros comerciales o cafeterías próximas al centro)

Fórmula:

Existencia de una guía de atención para facilitar a los nuevos pacientes y sus familias la información necesaria al ingreso.

Definición de términos:

Se entiende por guía de atención aquella que contiene todos los elementos descritos en el indicador, presentados de forma clara y adecuada a las necesidades de información de los pacientes y sus familias.

Fuentes de datos:

Guía de atención al ingreso

Tipo: Estructura

Estándar: 100%

Comentarios:

La atención continuada y la accesibilidad son elementos cruciales de la calidad de todo servicio sanitario, y especialmente en situaciones de enfermedad avanzada y terminal con alta necesidad y demanda, muchas veces en situaciones de urgencia.

Uno de los factores que puede reducir la necesidad de atención urgente es el de la actitud preventiva y la información apropiada a enfermo y familia sobre cómo pueden responder a situaciones previsibles. De hecho, los servicios de cuidados paliativos se caracterizan por la respuesta programada anticipada a muchas situaciones.

No todos los equipos disponen de estructura suficiente que permita asumir la atención continuada y el acceso permanente. En caso de que no puedan responsabilizarse, deberán establecer sistemas de acceso protocolizados a los servicios accesibles de su entorno, como los de urgencias, dando a enfermo y familia información sobre los criterios de acceso, e información apropiada a los servicios que puedan intervenir.

Atención integrada

Criterio:

El paciente debe tener definido un Plan Farmacoterapéutico (56).

Nombre del indicador (Núm. 11)

Plan Farmacoterapéutico.

Justificación:

El tratamiento fijo y el condicionado por las crisis que puedan preverse en el paciente ha de quedar documentado en una hoja de tratamiento adecuado, que sirva de pauta para la mejora sintomatológica del paciente

Fórmula:

Número de pacientes con Hoja de Tratamiento en su historia clínica

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio

Definición de términos:

Se considera Hoja de Tratamiento la que contiene una relación del tratamiento farmacológico fijo y también aquella medicación que queda condicionada su utilización a la aparición de las crisis probables en el paciente.

Fuentes de datos:

Historia Clínica

Hoja de Tratamiento

Tipo: Proceso

Estándar: 90%

Comentarios:

La hoja de tratamiento es el método más apropiado para estimular el cumplimiento terapéutico, y un excelente guión y pretexto para la educación sanitaria y la atención a los detalles terapéuticos.

Derechos del paciente

Criterio:

El paciente debe poder ofrecer siempre su consentimiento informado en las intervenciones que se recomienden (92).

Nombre del indicador (Núm. 12):

Consentimiento informado

Justificación:

El consentimiento informado es fundamental para la aplicación del principio de autonomía, lo que nos lleva, en lo que al paciente en fase terminal se refiere, al debate sobre la información y el decir o no la verdad. El respeto por las personas incorpora dos convicciones éticas, la primera es que los individuos deberían ser tratados como autónomos y la segunda que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.

Fórmula:

Nº pacientes con documento de Consentimiento informado firmado en su Historia Clínica

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio que deben dar su consentimiento

Definición de términos:

[Pacientes que deben dar su consentimiento: definir aquellas exploraciones o tratamientos que van a merecer que el paciente dé su consentimiento informado]

Debe estar firmado por el paciente y/o familia, el médico y debe contener 3 elementos: la información, la comprensión y la voluntariedad

Fuente de datos:

Revisión documental en la Historia Clínica

Tipo: Estructura.

Estándar: 70%

Comentarios:

En situaciones de enfermedad avanzada y terminal, deberemos adaptar los criterios y requisitos generales de consentimiento informado. Además, es fundamental crear un clima de confianza y respeto en el que sea natural la petición.

Derechos del paciente

Criterio:

El paciente debe poder acceder a expresar sus voluntades anticipadas por escrito (92).

Nombre del indicador (Núm. 13)

Voluntades anticipadas

Justificación:

El paciente tiene derecho a expresar su voluntad sobre los tratamientos médicos que desea recibir en caso de sufrir una enfermedad irreversible que le lleve a un estado en el que no pueda expresarse por sí mismo.

Fórmula:

Nº pacientes con documento de Voluntades anticipadas en su Historia
Clínica

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio

Definición de términos:

Documento de voluntades anticipadas es aquel documento dirigido al médico responsable, en el cual una persona, de forma libre y consciente, expresa las instrucciones que desea se consideren cuando se encuentre en una situación en que, por las circunstancias que concurren, no le permitan expresar personalmente su voluntad en relación a los tratamientos médicos y cuidados paliativos o de cualquiera índole que le pueden ser aplicados.

Fuente de datos:

Dossier documental o Historia Clínica

Tipo: Proceso

Estándar: 40%

Comentarios:

En este documento, la persona puede también designar un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que lo sustituya en caso de que no pueda expresar su voluntad por ella misma. Debe existir constancia fehaciente de que este documento ha sido otorgado en condiciones de libertad y consciencia. Ha de formalizarse según uno de estos procedimientos:

a) Ante notario. En este supuesto, no es necesaria la presencia de testimonios.

b) Ante 3 testimonios mayores de edad y en plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no han de tener relación de parentesco al menos de segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

No se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlos. En estos casos, se ha de hacer la anotación razonada pertinente en la historia clínica del paciente. Si existen voluntades anticipadas, la persona que las ha otorgado, sus familiares o su representante tendrá que entregar el documento que las contiene al centro sanitario en que la persona sea atendida. Este documento de voluntades anticipadas se ha de incorporar a la historia clínica del paciente.

Derechos del paciente

Criterio:

El equipo debe poder ofertar una asistencia espiritual según la voluntad del paciente (88).

Nombre del indicador (Núm. 14)

Asistencia espiritual

Justificación:

Las creencias religiosas forman parte de la vida interior de la persona, y por tanto el equipo debe atender las necesidades de asistencia espiritual del enfermo.

Fórmula:

Existencia de un protocolo de asistencia espiritual

Definición de términos:

Se entiende por protocolo de asistencia espiritual el que contiene las actividades que garantizan la cobertura de las necesidades religiosas de los clientes.

Fuentes de datos:

Censo de protocolos

Tipo: Estructura

Estándar: 100%

Educación del paciente y familia

Criterio:

La unidad debe disponer de un protocolo de detección de las necesidades de educación del paciente y su familia (54).

Nombre del indicador (Núm. 15)

Detección de necesidades de educación

Justificación:

Uno de los derechos del paciente y su familia es la educación e información que requieren para aceptar su proceso, implicarse en sus planes de atención y seguimiento. Para este derecho, la unidad debe poder previamente detectar cuáles son las necesidades específicas de educación que requiere el paciente y su familia.

Fórmula:

Existencia de un protocolo de detección de necesidades de educación

Definición de términos:

Para ser considerado protocolo, el documento debe describir: objetivo, población a quien va dirigido, actuaciones a realizar para la detección de necesidades, además de autor(es) y fecha de realización o actualización.

Fuentes de datos:

Censo de protocolos

Tipo: Estructura

Estándar: 100%

Educación del paciente y familia

Criterio:

La unidad debe registrar la educación del paciente y la familia en una documentación apropiada (55).

Nombre del indicador (Núm. 16)

Registro de la educación

Justificación:

La detección de las necesidades específicas de educación que requiere el paciente y su familia deben ser reflejadas en la documentación asistencial, para que el equipo pueda trabajarlas, seguirlas y evaluar sus resultados.

Fórmula:

Nº pacientes con registro en la Historia Clínica
de las actividades educativas realizadas

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio
con necesidades de educación identificadas

Fuentes de datos:

Historia clínica

Listado de pacientes ingresados y visitados en el domicilio

Tipo: Proceso

Estándar: 75%

Educación del paciente y familia

Criterio:

El paciente y su familia deben recibir educación sobre el tratamiento farmacológico, la nutrición y el cuidado (56,57).

Nombre del indicador (Núm. 17)

Educación sobre tratamiento y cuidado

Justificación:

Debido a la repercusión sobre el resultado clínico y porque implica en ocasiones la dimensión de seguridad del paciente, deberá educarse al paciente y a su familia sobre los aspectos de tratamiento farmacológico, nutricionales y demás cuidados, con la finalidad de facilitar la comprensión, la adhesión y efectividad terapéutica.

Fórmula:

Nº pacientes con registro de educación recibida en los aspectos esenciales

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio

Definición de términos:

Los aspectos educativos considerados esenciales y que han de constar registrados en la Historia Clínica son:

- información escrita entregada y explicación sobre el tratamiento farmacológico
- nutrición del enfermo
- información y comunicación
- cuidado emocional
- capacitación práctica sobre el cuidado

Fuentes de datos:

Historia Clínica

Tipo: Proceso

Estándar: 70%

II. EVALUACION

Mejora de la calidad

Criterio:

El equipo debe conocer periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias (102).

Nombre del indicador (Núm. 18)

Encuesta de satisfacción periódica

Justificación:

Dentro de las diferentes dimensiones de calidad de servicio destaca la satisfacción del cliente. En esta línea y con el empeño de enfocar cada vez más los servicios a las expectativas de los pacientes, resulta necesario poder evaluar periódicamente la opinión de éstos y de sus familiares.

Fórmula:

Existencia de la realización de una encuesta de satisfacción periódica a los pacientes y sus familias o entorno cuidador.

Definición de término:

La encuesta tiene que valorar los ámbitos siguientes: trato personal, higiene de la unidad, intimidad, relaciones interpersonales, información, entorno, cuidado de objetos personales, autonomía y participación en la toma de decisiones.

El estudio tendrá definido el sistema de recogida de datos, el proceso de selección de la muestra, el sistema de análisis de los resultados, las conclusiones del estudio y las propuestas de mejora en función de los resultados obtenidos. Se valorará la existencia de su realización anualmente. El estudio se realizará en una muestra representativa de pacientes. La encuesta ha de administrarse como mínimo cada 2 años.

Fuentes de datos:

Estudio de opinión.

Tipo: Proceso.

Estándar: 100%

Comentarios: Se recomienda introducir progresivamente encuestas de opinión específicas para los familiares de pacientes

Mejora de la calidad

Criterio:

El equipo debe disponer de un sistema de monitorización de sus indicadores asistenciales (98).

Nombre del indicador (Núm. 19)

Monitorización de indicadores

Justificación:

La cultura de evaluación de la calidad ha de formar parte del modelo de trabajo asistencial de las unidades de Cuidados Paliativos. Implantar esta cultura de evaluación requiere introducir instrumentos de medición de la mejora de la calidad, como son sistemas de monitorización de procesos y resultados.

Fórmula:

Existencia de un sistema de monitorización basado en indicadores de evaluación de ámbito asistencial y organizativo.

Definición de término:

El sistema de monitorización debe definir el nombre de los indicadores a medir por la organización, su fórmula de cálculo u obtención, fuente de los datos, el estándar a alcanzar, el responsable del indicador y el calendario o periodicidad de su obtención, así como las medidas operativas que se siguen de su análisis.

Fuentes de datos:

Documentación sobre indicadores (cuadro de mandos)

Tipo: Estructura – Proceso

Estándar: 75%

Comentarios:

El sistema de monitorización de indicadores existe cuando está definido y se dispone de los datos que se definen han de estar obtenidos y analizados en la fecha de revisión.

En este sistema de monitorización pueden incluirse:

- aspectos asistenciales (pacientes nuevos, tipología, primeras visitas, ingresos,...)
- funcionales (estancia, supervivencia, mortalidad,...)
- utilización de recursos (derivaciones a urgencias hospitalarias, recursos específicos, consultas externas, servicios sociales, lugar de fallecimiento,...)
- monitorización de la efectividad terapéutica
- calidad de vida del paciente
- satisfacción con la atención recibida de enfermo y familia
- satisfacción de los equipos
- aspectos emocionales y de comunicación
- costes de la atención

Mejora de la calidad

Criterio:

El equipo identificará y trabajará un plan de mejora continua (103, 104).

Nombre del indicador (Núm. 20)

Áreas de mejora

Justificación:

La cultura de evaluación de la calidad ha de formar parte del modelo de trabajo asistencial de las unidades de Cuidados Paliativos. Esta cultura ha de concretarse en objetivos de mejora de la calidad.

Fórmula:

Existencia de un Plan documentado de mejora continua de la calidad en la unidad.

Definición de término:

Se valorará que en este Plan de Mejora se identifiquen 3 objetivos para el año, de los cuales al menos 1 haya de documentarse con resultados obtenidos.

Fuentes de datos:

Plan de mejora

Tipo: Proceso – Resultado

Estándar: 100%

Sistemas de registro y documentación

Criterio:

El paciente de cuidados paliativos debe disponer de una historia clínica única y multidisciplinar (90,91).

Nombre del indicador (Núm. 21):

Historia clínica multidisciplinar.

Justificación:

El proceso de atención del paciente precisa ser documentado adecuadamente para poder disponer información sobre su estado y evolución, planificar las diversas actividades y evaluar la atención que se le proporciona, además de poder informar de la asistencia prestada.

Fórmula:

Número de pacientes con historia clínica multidisciplinar

Número total de pacientes

Definición de términos:

Se entiende por historia clínica la que contiene para cada paciente la siguiente información:

- Anamnesis y exploración
- Registro de evaluación inicial de necesidades
- Registro del plan de atención personalizado interdisciplinar.
- Registro de curso y seguimiento interdisciplinar.
- Hoja de prescripciones médicas o copias de las recetas.
- Registro de control de administración de medicación.
- Registros sobre información, comunicación y educación sanitaria.

Fuente de datos:

Dossier documental de atención al paciente.
Historia Clínica

Tipo: Proceso.

Estándar: 70%.

Sistemas de registro y documentación

Criterio:

El paciente debe poder disponer de un informe de asistencia completo (93).

Nombre del indicador (Núm. 22)

Informe de asistencia

Justificación:

El Informe de Asistencia constituye un resumen asistencial de la historia clínica del enfermo y de las intervenciones del equipo que documenta la evaluación y asistencia prestada, la situación, resultado y pronóstico del enfermo, los aspectos de comunicación y educación sanitaria, las recomendaciones de cuidado y seguimiento, además de las indicaciones que permiten garantizar la continuidad de la asistencia.

Fórmula:

Número de pacientes con informe de asistencia completo

Número total de pacientes ingresados o seguidos en domicilio

Definición de términos:

Se entiende por informe de asistencia completo el que identifica y contiene:

- el motivo de intervención del equipo
- datos sobre la historia de la enfermedad principal y sus síntomas principales
- situación familiar
- la evaluación de necesidades
- el plan terapéutico propuesto
- recomendación sobre el uso de recursos
- la educación sanitaria del paciente.

Fuentes de datos:

Informe de asistencia en la Historia Clínica

Tipo: Proceso.

Estándar: 80%

III. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

Equipo interdisciplinar

Criterio:

La unidad debe tener estructurada la composición del equipo interdisciplinar (19).

Nombre del indicador (Núm. 23): Composición del equipo interdisciplinar.

Justificación:

El equipo interdisciplinar de Cuidados Paliativos estará formado por médicos y enfermeras, con la cooperación necesaria de psicólogo y trabajador social. Es fundamental que el centro defina la composición de los diferentes miembros del equipo interdisciplinar, dependiendo de las necesidades concretas de atención y apoyo a realizar.

Fórmula:

Existencia de un documento de composición del equipo interdisciplinar de Cuidados Paliativos

Definición de términos:

El documento debe identificar quienes forman el equipo interdisciplinar (nombre y cargo), detallar sus responsabilidades y funciones, capacitación. En el caso de equipos básicos, deberá detallarse el mecanismo y la disponibilidad en horas de los profesionales que deban cooperar con el equipo (psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional u otros). En el documento se establecerá la actuación del equipo como básico, completo o de referencia (ver Comentarios), además de indicar los criterios de cómo y cuándo intervenir.

Fuente de datos:

Documentación del equipo interdisciplinar.

Tipo: Estructura

Estándar: 100%

Comentarios:

Se considera *equipo básico* aquel que incluye a médico y enfermera(s), con la cooperación de profesionales de trabajo social y psicología, *equipo completo* al que incorpora a los profesionales de trabajo social y psicología, además de otros (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, otros) y *equipo de referencia* a aquel que realiza funciones de referencia en la complejidad asistencial, asociadas a formación avanzada universitaria e investigación.

Equipo interdisciplinar

Criterio:

La unidad debe describir el funcionamiento y responsabilidades de cada miembro del equipo interdisciplinar (27).

Nombre del indicador (Núm. 24):

Funcionamiento del equipo interdisciplinar.

Justificación:

Es fundamental que el centro defina la composición y dinámica de funcionamiento de los diferentes miembros del equipo interdisciplinar, para lo cual deberá dejar constancia escrita de la realización de sus responsabilidades asignadas.

Entre las funciones del equipo interdisciplinar se incluye la evaluación de necesidades, la elaboración, revisión y seguimiento de los planes terapéuticos interdisciplinares, la participación en diferentes programas del centro para la mejora de la calidad.

Se recomienda que el equipo interdisciplinar se reúna como mínimo una vez al mes y se realice la recogida por escrito los acuerdos y las conclusiones de las reuniones.

Fórmula:

Número de actas de las reuniones realizadas

Número de reuniones previstas (12)

Definición de términos:

Se valorarán las reuniones realizadas que cumplan las premisas incluidas en la justificación mediante la valoración de las actas de las reuniones.

Fuente de datos:

Documentación de las reuniones.

Tipo: Proceso

Estándar: 70%

Organización de la asistencia

Criterio:

Los pacientes deben ser atendidos en un entorno que facilite su intimidad (30).

Nombre del indicador (Núm. 25)

Intimidad del enfermo

Justificación:

Uno de los valores que el equipo debe respetar es la intimidad del enfermo en su relación asistencial. Para ello es importante tanto el entorno físico como las actitudes de respeto y sensibilidad que muestran los profesionales del equipo sobre las necesidades de intimidad del paciente.

Fórmula:

Valoración > 9/10 de la percepción del paciente sobre el respeto a su intimidad mostrado por los profesionales

Número total de respuestas a la percepción de intimidad en la encuesta de satisfacción representativa

Definición de términos:

Fuentes de datos:

Encuesta de satisfacción

Tipo: Resultado

Estándar: 85%

Organización de la asistencia

Criterio:

La comunicación y el trato con los pacientes deberán permitir la confidencialidad (30).

Nombre del indicador (Núm. 26)

Preservación de la confidencialidad

Justificación:

Los profesionales del equipo han de salvaguardar la confidencialidad de la información aportada por el enfermo y la generada en el proceso de atención. Es importante tener definidas unas normas ético-profesionales, de principios deontológicos, que incluyan normas de práctica sobre la información y comunicación, con el fin de proteger el derecho a la privacidad e intimidad de los enfermos.

Fórmula:

Existencia escrita de las normas ético-profesionales.

Definición de términos:

La Normativa incluirá:

- Principios éticos y deontológicos que guían el acceso y utilización de la información
- Tipo de información que se considera confidencial
- Tipo de información que puede ser facilitada
- Sistemas de recogida y consulta de la información
- Acceso a la información por parte de los profesionales del equipo
- Autorización del enfermo para facilitar información a familiares o terceros
- Sistemas de archivo y custodia de la información
- Responsabilidades de los profesionales

Fuente de datos:

Revisión documental

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%

Organización de la asistencia

Criterio:

La unidad debe disponer de un horario de visitas flexible las 24 horas (30).

Nombre del indicador (Núm. 27):

Accesibilidad y presencia de la familia.

Justificación:

La existencia de un horario de visitas flexible garantiza la posibilidad de relación de los pacientes con sus familias y entorno cuidador. La unidad, o el centro donde esté radicada ha de garantizar que se puedan realizar visitas si es necesario durante las 24 horas del día, en función de las necesidades del paciente.

Fórmula:

Existencia de un horario de visitas flexible.

Definición de términos:

Se entiende por horario de visitas flexible el que permite las visitas las 24 horas del día.

Fuente de datos:

Revisión del tablón o letrero informativo que estará situado en un lugar de paso obligado y constancia en el Reglamento de Régimen Interior.

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%

IV. TRABAJO EN EQUIPO

Sistemas de trabajo en equipo

Criterio:

El equipo debe realizar las reuniones interdisciplinarias establecidas (62,63)

Nombre del indicador (Núm. 28):

Reuniones interdisciplinarias.

Justificación:

Las necesidades de los pacientes y sus familias se presentan a diferentes niveles y han de ser evaluadas y tratadas de manera individualizada por un equipo interdisciplinar que discuta y consensúe los objetivos terapéuticos. Para ello es necesario llevar a cabo reuniones interdisciplinarias periódicas (semanales) en las que se pueda elaborar un plan terapéutico y evaluar con dicha periodicidad sus resultados.

Fórmula:

Número de indicaciones en historia clínica de las reuniones
realizadas por el equipo interdisciplinar

Número de reuniones previstas (semanales)

Definición de términos:

El equipo interdisciplinar estará formado al menos por un miembro de cada disciplina que compone el equipo de cuidados paliativos, con un mínimo de 2 personas de diferente disciplina.

Dentro de las funciones del equipo interdisciplinar se incluyen las siguientes:

- Evaluación multidimensional de necesidades
- Discusión y consenso sobre los objetivos terapéuticos
- Elaboración de un plan terapéutico integral e integrado
- Evaluación de resultados
- Identificación de necesidades y soporte del equipo

Se recomienda que el equipo interdisciplinar recoja por escrito los acuerdos y las conclusiones de las reuniones en la historia clínica del paciente.

Fuente de datos: Historia clínica Documentación de las reuniones.

Tipo: Proceso

Estándar: 85%

Sistemas de trabajo en equipo

Criterio:

El equipo debe disponer de un conjunto de protocolos de atención (68,69)

Nombre del indicador (Núm. 29)

Protocolos básicos

Justificación:

El trabajo profesional en las unidades de Cuidados Paliativos debe protocolizarse progresivamente para disminuir la variabilidad de la práctica y garantizar una atención óptima a los pacientes y sus familias o entorno cuidador. La unificación de criterios facilita las tareas, aumenta la eficacia y la responsabilización.

Fórmula:

Existencia de los protocolos

Definición de términos:

Para ser considerado protocolo, el documento debe describir: objetivo, población a quien va dirigido, actuaciones, autor y fecha de realización / actualización.

Se revisará la existencia de los siguientes protocolos:

- protocolos clínicos sobre sintomatología frecuente (control de síntomas, atención de situaciones de impacto)
- protocolos preventivos (urgencias, prevención de claudicación,...)
- protocolo de agonía
- criterios de intervención ante situaciones urgentes y de lista de espera
- atención domiciliaria

Fuentes de datos:

Censo de protocolos del centro
Documentos escritos de cada protocolo.

Tipo: Estructura

Estándar: 100%

Cuidado y soporte del equipo

Criterio:

El equipo debe definir formalmente sus actuaciones para prevenir el burn-out de sus miembros (71).

Nombre del indicador (Núm. 30):

Prevención del burn-out.

Justificación:

Uno de los objetivos de cualquier programa de cuidados paliativos es el de mantener a los profesionales que realizan el trabajo de cuidar al moribundo en condiciones óptimas evitando repercusiones psicológicas negativas y tratando de prevenir el quemamiento o burnout. Para ello dentro de los estándares se proponen reuniones mensuales como método formal de prevención y por ello será necesario valorar si se llevan a cabo dichas reuniones.

Fórmula:

Existencia de un documento en que se defina el método formal de prevención del burn-out que se utiliza en el equipo.

Definición de términos:

Los métodos formales de prevención del burn-out pueden ser reuniones periódicas del equipo, discusión de casos complejos, soporte de salud mental, reuniones de prevención, etc...

Se entiende por *reuniones de prevención* aquellas reuniones destinadas a todos los miembros del equipo en las que se le permita expresar sus emociones y dificultades a nivel individual y grupal en relación con su trabajo y con los pacientes.

Fuente de datos:

Documento escrito de prevención de burn-out.

Tipo: Estructura

Estándar: 80%

Formación continuada e investigación

Criterio:

El equipo debe disponer de un plan anual de formación continuada de sus miembros (72,73)

Nombre del indicador (Núm. 31):

Programa de Formación continuada.

Justificación:

Todos los miembros del equipo deben tener formación en cuidados paliativos adaptada a las necesidades de mejora de la calidad de la atención y las demandas individuales, con el fin de mejorar los conocimientos y las habilidades sobre la atención de las personas con necesidades de cuidados paliativos.

Fórmula:

Existencia de un Programa de Formación continuada para los miembros del equipo

Definición de términos:

El programa de formación continuada ha de ser un documento escrito que detalle las actividades y objetivos de formación del equipo en un año. Incluirá los cursos programados, así como las sesiones internas de formación del equipo y los intercambios periódicos con otros equipos o unidades.

Fuente de datos:

Documento escrito del Programa

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%

Comentarios:

100% formación básica; >50% formación avanzada

Formación continuada e investigación

Criterio:

El equipo debe establecer un plan de investigación (76,77).

Nombre del indicador (Núm. 32):

Programa de Investigación.

Justificación:

Para una utilización eficiente de los recursos y garantía de la calidad de los servicios, el equipo de cuidados paliativos tiene que desarrollar programas de investigación clínica en la medida de sus posibilidades, pero debería contar al menos con un programa de investigación.

Fórmula:

Existencia de un Programa de Investigación.

Definición de términos:

El programa de formación continuada ha de ser un documento escrito donde se detallan las líneas de investigación preferentes del equipo, así como las personas y los medios materiales dedicados a dicha investigación.

Fuente de datos:

Documento escrito del Programa

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%

Coordinación entre niveles y servicios

Criterio:

El equipo debe establecer sistemas de coordinación con los recursos del área (80,81,82).

Nombre del indicador (Núm. 33):

Coordinación con recursos del área.

Justificación:

El paciente atendido en cualquier dispositivo requiere con frecuencia ser atendido por otro recursos asistenciales. Para ello es aconsejable disponer de criterios de derivación entre estos dispositivos y el equipo de Cuidados Paliativos, que permita una ágil y estable coordinación asistencial que redunde en beneficio para el enfermo.

Fórmula:

Existencia de un protocolo de derivación consensuado entre los diferentes recursos del área y el equipo interdisciplinar de Cuidados Paliativos.

Definición de términos:

El concepto de **área** hace referencia a la demarcación geográfica o a la población asignada de referencia que atiende un conjunto de dispositivos asistenciales comunes.

El concepto de **derivación** contempla las diferentes características que ha de cumplir el enfermo para poder ser remitido a un recurso determinado

Fuente de datos:

Revisión documental.

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%

Comentarios:

La existencia de este indicador permite una máxima fluidez en la derivación de enfermos, evita la desorganización, la pérdida de tiempo en la discusión de cada caso y la mejora de la calidad asistencial global y de la calidad de vida del enfermo ya que evita un tránsito inútil dentro del circuito asistencial.

Coordinación entre niveles y servicios

Criterio:

El equipo debe disponer de un protocolo de coordinación de la atención a domicilio con los servicios de internamiento (83).

Nombre del indicador (Núm. 34):

Protocolo de atención a domicilio.

Justificación:

La continuidad de la atención de los procesos de Cuidados Paliativos obliga a estrechar las relaciones entre los recursos de internamiento y los dedicados al seguimiento domiciliario del enfermo.

Fórmula:

Existencia del protocolo.

Definición de términos:

Los contenidos mínimos que habrá de contener este protocolo son:

- criterios de derivación
- sesiones interdisciplinarias de coordinación
- atención y consulta de casos

Fuente de datos:

Censo de protocolos (documento escrito)

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%

Coordinación entre niveles y servicios

Criterio:

La unidad debe disponer por escrito de los criterios de actuación para la admisión de pacientes (85).

Nombre del indicador (Núm. 35):

Criterios de admisión.

Justificación:

Para una mejor utilización de los recursos asistenciales y mejora de la coordinación asistencial, será beneficioso para el equipo disponer de unos criterios escritos de actuación que definan las actuaciones a seguir y faciliten la toma de decisiones de ingreso.

Fórmula:

Existencia de documento descrito con los criterios de admisión.

Definición de términos:

Fuente de datos:

Documento escrito

Tipo: Estructura.

Estándar: 100%