

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PACIENTE EN MANEJO DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

1. DEFINICIÓN.

El cuidado paliativo se centra en el alivio del sufrimiento de las personas con enfermedad crónica, degenerativa, irreversible o en fase terminal, controlando no solo los síntomas físicos, sino además los psicosociales para mejorar su bienestar.

El manejo del dolor y los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y de sus familias, quienes se enfrentan a enfermedades que debilitan y provocan múltiples complicaciones físicas, mentales y sociales, generando una situación de sufrimiento, dolor y otros síntomas, degradando la calidad de vida del paciente y sus familiares. El manejo del dolor y los cuidados paliativos están dirigidos a proporcionar bienestar y apoyo al paciente, familia y a la sociedad en general a través del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, apoyo psicológico, social y espiritual desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal son:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora

Entonces, en este orden de ideas, un enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 24 meses.

Los servicios que se programarán en estos casos son: entrenamiento para administración de tratamiento subcutáneo por tres días y cambio de catéter cada 10 días.

2. OBJETIVO.

Aliviarle el dolor y otros síntomas y por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares al enfrentarse a una enfermedad avanzada.

70-44.26

3. ALCANCE.

Las EPS debe tener sus IPS domiciliarias propias y/o contratadas para aplicar y cumplir la ley en cuanto a contenidos de protocolos y normas del SGSSS vigentes en la prestación de los servicios a los usuarios.

4. MARCO LEGAL.

Los derechos que contempla la Ley 1733 de 2014 en cuanto a la atención de cuidados paliativos a pacientes que padezcan una enfermedad terminal, crónica, irreversible y degenerativa de alto impacto en la calidad de vida son los siguientes:

– **Derecho al cuidado paliativo:** el paciente tiene derecho a recibir la atención para el cuidado paliativo cuando así lo considere el médico tratante o podrá solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo.

– **Derecho a la información:** El paciente tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido.

La familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de la incapacidad total del paciente que le impida tomar decisiones.

– **Derecho a una segunda opinión:** El paciente podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.

– **Derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada:** El paciente en pleno uso de sus facultades legales y mentales indicará su decisión de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente.

– **Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo:** Los pacientes podrán participar en forma activa en la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

– **Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes:** si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de 14 años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre 14 y 18 años, él será consultado sobre la decisión a tomar.

– **Derecho de los familiares:** si se trata de un paciente adulto que esta inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre su cuidado paliativo la tomara su cónyuge o hijos mayores, o según sea el caso, sus padres o familiares más cercanos por consanguinidad.

Mediante la Resolución 4343 de 2012 se expide la regulación sobre deberes y derechos que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, conocida como Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. Esta es una normativa que reglamenta

70-44.26

las acciones concernientes a la atención de los usuarios/pacientes por parte de las instituciones de la salud con la intención de asegurar un trato digno, unificando los derechos y deberes de los pacientes y familiares y además tiene en cuenta los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en concordancia con lo expuesto en la Ley 1733 de 2014 artículo 5 y 6, que a su vez se reafirma con la Circular No 023 de 2016 “Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos”.

Por otra parte, El Ministerio de Salud y Protección Social y la Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra. Superintendencia Nacional de Salud dan instrucciones a la Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado respecto de los mecanismos a través de los cuales deberán brindar la información al paciente/usuario relacionada tanto con la Carta de Derechos y Deberes del afiliado, así como la carta de desempeño de las entidades, establecidas en la Circular Conjunta Externa 0016 de 2013. Así mismo, la Resolución 5521 de 2013 incluye en el Plan Obligatorio de Salud la atención de la fase terminal mediante terapia paliativa. En los servicios en los cuales se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, los pacientes podrán solicitar dicha atención ante el médico tratante o entidad tratante, de conformidad con el sistema de autorización que tenga previsto la EPS de la cual se encuentre como afiliado.

5. INDICACIONES.

El protocolo de manejo del dolor y cuidado paliativos está indicado para todos los pacientes hemodinámicamente estables, que cuentan con un diagnóstico definido y tratamiento instaurado, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, a quienes su médico tratante les solicite el servicio.

Criterios de inclusión.

- Paciente con criterios de hospitalización pero que requiere servicios médicos y paramédicos de baja complejidad que pueden ser prestados en el domicilio.
- No tener ninguno de los criterios de Exclusión.
- Compromiso severo con escala de karnofsky <60 o Barthel <60 y que representan riesgo de complicación o uso de servicios de alto costo.
- Pacientes cuya única indicación de hospitalización es el soporte asistencial para el manejo de síntomas relacionados con su condición terminal o patología crónica y que necesita que sea prestado obligatoriamente por médico o personal paramédico.
- Pacientes terminales que requieren atención hospitalaria en casa para manejo del dolor, nutrición especial, cuidados especiales de enfermería, con la participación activa de la familia o cuidador, etc.

Criterios de exclusión.

- Paciente sin criterio de hospitalización.
- Los criterios generales para las exclusiones explícitas del Plan Obligatorio de Salud.

70-44.26

- Enfermedades concomitantes que requieran estudio intrahospitalario y no se les haya definido un plan de tratamiento claro y definitivo.
- Patologías que requieren manejo diario por especialista o atenciones que requieren procedimientos de III nivel de complejidad o que requieran monitoria permanente.
- Pacientes inmunocomprometidos que requieran aislamiento.
- Pacientes menores de 1 año sin aval de pediatra.
- Pacientes gestantes sin aval de Obstetra.
- El riesgo médico supera el beneficio de la atención domiciliaria.
- Tratamientos endovenosos con periodicidad mayor a 4 dosis diarias.
- Pacientes en que restan 2 o menos días de manejo hospitalario.
- El médico tratante no acepta el Programa Domiciliario.
- El paciente y/o la familia no aceptan el Plan Domiciliario.
- No existe un acompañante o cuidador responsable comprometido con el cuidado y rehabilitación del paciente.
- La vivienda se encuentra fuera de la zona de cobertura.
- La condición socioeconómica del paciente no asegura el soporte de higiene, alimentación y seguridad requeridas.
- La vivienda no cuenta con servicios públicos básicos, agua potable, alcantarillado, energía eléctrica.
- Los materiales de construcción de la vivienda no permiten las condiciones mínimas de limpieza para la administración de medicamentos endovenosos o la realización de procedimientos estériles.
- El cuarto de vivienda NO cuenta con la privacidad requerida para la hospitalización y la realización de los procedimientos.
- Pacientes con inestabilidad clínica o con criterios de hospitalización. De tener criterios de hospitalización (Ej. antibioticoterapia endovenosa) serán manejados como agudos hospitalarios.
- Pacientes que requieren actividades que no puedan ser realizadas por familiar o acompañante debidamente entrenado (terapias respiratorias, administración de medicamentos subcutáneos, pacientes cuyo acompañante sea de mayor edad o no comprenda la información).
- Patologías que requieren procedimientos de III nivel de complejidad o que requieran monitoria permanente.

70-44.26

- El paciente y/o la familia o el médico tratante no acepten el programa domiciliario.

6. PRECAUCIONES.

- Se debe explicar de manera sencilla, clara y comprensible a los usuarios y cuidadores la operatividad del programa y los servicios que se van a prestar para cada caso.
- Se debe indagar por preguntas y dudas relacionadas con el proceso de atención domiciliaria.
- Se debe solicitar la autorización del paciente y/o cuidador para ingreso al programa de manejo paliativo.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

EQUIPO RESPONSABLE:

Médico tratante
Auxiliar de enfermería
Psicología

Actividad y Responsable:

- Médico tratante entregar al paciente y/o cuidador la HC y orden médica con formula del medicamento que el paciente requiere para el manejo del dolor en el domicilio.
- El paciente y/o cuidador debe tramitar con la EAPB el medicamento solicitado.
- Una vez el paciente y/o cuidador cuenten con el medicamento solicitado debe informar al Programa de manejo paliativo, para organizar el periodo de entrenamiento.
- Informar al usuario y/o cuidador vía telefónica la visita inicial en el domicilio.
- Personal auxiliar de enfermería colocará el catéter subcutáneo.
- Personal auxiliar de enfermería realizará entrenamiento supervisado al cuidador para administración de medicamento subcutáneo por periodo de 3 días con un máximo de dos periodos para la educación.
- Las visitas domiciliarias, cada programación debe ser informada con mínimo 30 minutos de antelación por parte del personal de salud, el paciente debe tener disponibilidad para ser atendido a la hora asignada por la programación.
- Al finalizar cada periodo de entrenamiento de debe verificar con lista de verificación la correcta ejecución del procedimiento y cuando haya cumplimiento de todos los ítems, dar por terminado el entrenamiento con firma en la lista de verificación d la persona que recibió el entrenamiento.
- Una vez finalizado el periodo de entrenamiento se programarán visitas de verificación y cambio de catéter cada 10 días.
- Se programarán para estos pacientes valoración inicial de psicología, quien determina la necesidad y periodicidad de terapias psicológicas de acuerdo a cada caso.
- Se programará una visita médica inicial y el médico tratante definirá la frecuencia

70-44.26

de las mismas.

– Se renovarán mensualmente las fórmulas de control para dispensación de medicamentos opioides y la documentación pertinente para que el cuidador gestione con la EAPB la entrega de estos medicamentos.

8. REGISTROS.

- Consentimiento informado para atención domiciliaria.
- Lista de chequeo de ingreso al programa de manejo paliativo.
- Evolución ingreso de servicios.
- Evolución programación de servicios.
- CMR tipificación de las llamadas realizadas y recibidas de los usuarios y/o cuidadores.

9. RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO.

- Hacer seguimiento a servicios ingresados y programados en el sistema con la finalidad de evaluar el cumplimiento del 100% de los ingresos y programaciones.
- Ingreso mes a mes de los servicios mayores a un mes de tratamiento.
- Verificar mes a mes los derechos de los usuarios con servicios mayores a un mes de tratamiento.

10. COMPLICACIONES O EVENTOS DE SEGURIDAD.

- Ingreso inadecuado de pacientes agudos al programa de manejo paliativo, no se ingresan todos los servicios solicitados, o se ingresan servicio que no se han solicitado.
- Error en la verificación de datos de contacto y direcciones.
- Pérdida de seguimiento a pacientes.
- Errores en las programaciones, visitas fallidas o visitas dobles.
- No se realizan las llamadas de verificación de antes de realizar las atenciones en el domicilio.
- Reportar eventos adversos en el formato de eventos que se maneja en el programa, módulo de seguridad del paciente.

11. BARRERAS DE SEGURIDAD.

- Verificar cada proceso previo a la programación.
- Cálculo mensual de cumplimiento a actividades programadas.

70-44.26

- Seguimiento a actividades programadas no cumplidas.
- Seguimiento a eventos adverso e incidentes de la prestación del servicio con protocolo de Londres, construcción y evaluación de planes de mejoramiento para los mismos.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

-[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-)

paliativos.pdf

Nota Aclaratoria: El protocolo de atención de pacientes en manejo del dolor y cuidados paliativos es responsabilidad de las EPS quienes deben presentar su protocolo actualizado ante la secretaria de salud del departamento y a nivel nacional; por ser la población de La Cumbre zona de difícil acceso y con criterios varios de exclusión, la EPS determinará si al usuario se le puede hacer ingreso o no. El presente protocolo se realiza por solicitud de “LA NUEVA EPS”

13.CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jefe de Urgencias	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	01/12/2023	8	Jefe de Urgencias	Creación del documento por: Brenda Mackenzie – Jefe de Urgencias Revisado por: Claudia Ximena Castro– Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Stefany Varón Isanoa - Gerente
2	25/08/2025	8	Jefe de Urgencias	Actualización del documento por: Jefe de Urgencias – Karol Montaña

70-44.26

				<p>Revisado por: Hugo Peña – Coordinador Medico</p> <p>Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente</p>
--	--	--	--	--