

# **CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS**

**Punta Umbría**

**13 de junio de 2015**

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

## **HECHOS**

## **LA QUE SE AVECINA**

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

## **CONFUSIÓN DE TÉRMINOS**

**PLURIPATOLÓGICOS.**

**REINGRESADORES.**

**CRÓNICOS.**

**HIPERFRECUENTADORES.**

**FRÁGILES.**

**HIPERDEMANDADORES.**

**TERMINALES.**

**OTROS CUIDADOS MÍNIMOS.**



# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

**HECHOS**

**COMPLEJIDAD**

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

## **HECHOS.**

**ÚLTIMOS 30 AÑOS**

**MAYORES DE 65 X 7**

**MAYORES DE 80 X 13**

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

**HECHOS**

**COMITÉ DE EXPERTOS**

**Coste del último año.**

**Incremento de la demanda de  
cuidados a largo plazo**



# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

**HECHOS**

**COSTES 2014**

<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>54 %</b>
<b>AMBULATORIO</b>	<b>17 %</b>
<b>FARMACIA</b>	<b>29%</b>

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

## **HECHOS**

**INCREMENTO DE LOS COSTES:**

**NO SOLO POR AUMENTO NÚMERO**

**NO SOLO POR ENVEJECIMIENTO**



# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

**HECHOS**

**INCREMENTO DE LOS COSTES:**

**SI**

**POR AUMENTO PRECIOS/SERVICIOS**

**POR NUEVAS TECNOLOGÍAS**

**POR PRESTACIÓN REAL MEDIA**

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

## **HECHOS**

### **INCREMENTO DE LOS REINGRESOS**

**65-75 AÑOS      8 %**

**+ 75 AÑOS      10 %**

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

## **HECHOS**

**FACTORES SOCIALES  
ECONOMÍA. VIVIENDAS.  
SOLEDAD. CUIDADORES.  
FAMILIA.**

**PENDIENTE DE RECURSOS ASISTENCIALES**

**+ 80 AÑOS 10%**



# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

**HECHOS**

**OTRAS ESPECIALIDADES**

**INCREMENTO INTERVENCIONES**

**INCREMENTO COSTOS**

***INCREMENTO DE DERIVACIONES A  
MEDICINA INTERNA.***

# **CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS**

**QUÉ SUERTE HE  
TENIDO AL  
DESARROLLAR  
UN CÁNCER.**

**MI HERMANO  
TIENE QUE IR A  
URGENCIAS  
Y NO LO VISITAN  
EN CASA NI LE  
LLAMAN.**





# EPIDEMIA DE CRONICIDAD





**¿QUÉ ESPERAN DE  
NOSOTROS?**

**¿QUE ESPERAN LOS  
PACIENTES Y FAMILIARES  
QUE HAGAMOS?**

**¿Y QUE ESPERAN TAMBIEN  
QUE NO HAGAMOS?**



# SE ESPERA

- INFORMACION PERMANENTE ASI COMO COMPARTIR DECISIONES.
- CONTINUIDAD EN LA ATENCION HASTA EL ULTIMO MOMENTO.
- ACCESIBILIDAD INCLUSO ANTE SITUACIONES IMPREVISTAS A TIEMPO REAL.





# **EL FUEGO AMIGO**

“

Muchos años después,  
frente al pelotón de  
fusilamiento, **el coronel  
Aureliano Buendía** había de recordar  
aquella tarde remota en que su padre  
lo llevó a conocer el hielo.”

Gabriel García Márquez

*Cien años de soledad*

[www.Casa-de-Citas.com](http://www.Casa-de-Citas.com)



DR. HOUSE









# **EL FUEGO AMIGO**



San Luis

CENTRES



Centro de Salud  
San Luis

*Centros de Salud*

Centro de Salud  
Ronda Histórica

Ronda Histórica



Identificar y  
abordar los  
Paliativos No  
Oncológico para  
evitar  
consecuencias  
(para el paciente  
y el sistema)



# CIUDADANÍA

**Participación**

**Autonomía en la toma de decisiones**

**Corresponsabilidad**

# PROFESIONALES

**A. Primaria: Proactividad (P.A.D)**

**M. Interna. Gestor de casos**

**Sinergias Objetivos**

**ESPACIO COMPARTIDO PACIENTES Y PROFESIONALES**

**Potenciar el trabajo en equipo**

**Coordinación y descentralización.**

**Continuidad entre lo social y lo sanitario**

**GESTIÓN CLÍNICA**





Mejorar los sistemas de comunicación de los profesionales

Actuar pro-activamente con los pacientes con enfoque humanístico

Evitar sobre-dagnosticos y sobre- tratamientos





**EL FUTURO**

# Realidad asistencial





# Tipo de modelo asistencial basado en

# Enfermedades

frente a

# Personas

Manuel

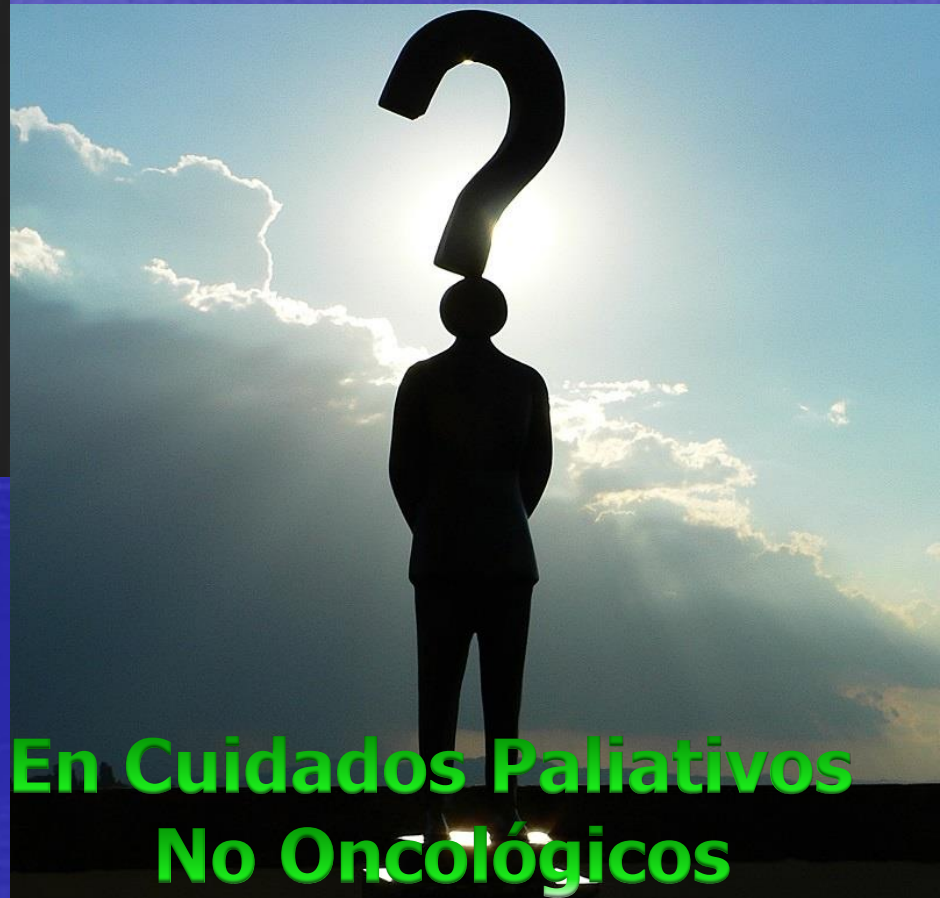


Don José  
su  
Internista

Don Luis su  
Enfermero de Enlace

Doña  
Isabel su  
MAP

# Pilares de la practica clínica



**En Cuidados Paliativos  
No Oncológicos**



# El futuro





**REFLEXIONES**

**FINALES**



Es prioritario tomar conciencia sobre la importancia del afrontamiento de esta necesidad asistencial, responsabilidad plena de nuestra especialidad hasta tanto la mentalización global no cambie.

Disponiendo tanto de herramientas para la identificación de los pacientes susceptibles de beneficiarse de un abordaje paliativo como de experiencia clínica en ello, es necesidad apremiante disponer de los instrumentos adecuados para actuar sistemática y organizadamente.



Medicina Interna debe centrarse  
en extender la formación en  
Cuidados Paliativos tanto  
durante el periodo de residencia  
como en el ejercicio asistencial  
cotidiano.



Las especialidades implicadas no deben permanecer ajenas a nada de cuanto implica el manejo paliativo de estos pacientes, y deben comprometerse en la solución de estas necesidades.

Es de la mayor importancia consolidar las tan buscadas y no tan conseguidas comunicación y coordinación entre los niveles asistenciales que compartimos esta responsabilidad asistencial.



Medicina Interna debe liderar el proceso de identificación de la situación de terminalidad, no sólo porque ello exige un enfoque global, propio de nuestra especialidad, sino porque dispone ya de las herramientas adecuadas.

# **TO BE OR NOT TO BE**

¿Quién, cómo y cuándo  
debe establecer la  
situación de terminalidad  
en estos pacientes?