

# MODELOS DE GESTIÓN




**CARMEN CORNEJO CUEVAS**  
**ENFERMERA**  
**ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**  
**HRLBO**

# ALGO DE HISTORIA.....

- En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento. Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la ciencia no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo quedaba proporcionarles ayuda espiritual.




- En el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia.
- Elizabeth Kübler Ross nació en Suiza, fue profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago, comenzó en Estados Unidos la atención sistemática de los enfermos terminales.

- 
- **La Medicina Paliativa es relativamente joven. El movimiento paliativo moderno empezó con la apertura del St. Christopher´s Hospice en Londres en 1960, fundado Cicely Saunders, pero se generalizó a partir de 1990, cuando la Organización Mundial de la Salud adoptó la definición de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos.**
  - Los hospices son espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal. El objetivo es tratar que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una gran calidad de vida; mantenerlos libres de dolor, concientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad.

## Desarrollo de hospices

- En 1996 Londres, 217 unidades hospitalarias con una capacidad de 3,215 camas, sólo para enfermos terminales. Se desarrolla la visita domiciliaria, El cuidado al paciente en centros de día, Equipos de soporte en los hospitales.
- Estados Unidos el reconocimiento de Cuidados Paliativos dentro del sistema público de salud -Medicare- resultó dificultoso, con sucesivas reevaluaciones y certificaciones. Actualmente, el número de Hospice ha crecido desde 31 en 1984 a más de 1.288 en 1993.
- Gran Bretaña, los cuidados se ofrecen en el propio domicilio que en una institución, por enfermeras, aunque para ser certificados deben ofrecer servicios médicos, cuidados continuados y posibilidad de ingreso en centros médicos.

- 
- **La queja más universal en Estados Unidos, la falta de implicación de la profesión médica en la atención a los enfermos.**
  - **Cuidados Paliativos en Estados Unidos es pionero en la apertura de los cuidados paliativos hacia otras patologías y muy especialmente a enfermos de SIDA.**

# ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ESPAÑA


Titulo: Modelos organizativos en cuidados paliativos, Comparación de consumo de recursos

**Autores:** Patricia Lacampa Arechavaleta, Clara Bermúdez Tamayo, Silvia Vallejo Godoy, Leticia García Mochón, Román Villegas Portero.

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*


## ● **Objetivos:**

- 1) Describir las características y funciones de los diferentes modelos de cuidados paliativos españoles descritos en la literatura.
- 2) Describir el consumo de recursos en la asistencia al paciente terminal.
- 3) Analizar la diferencia de los costes generados por los pacientes atendidos en una unidad de soporte hospitalario frente al modelo tradicional.



Se identificaron siete modelos organizativos para la atención a los pacientes en situación terminal:

- Equipos de Atención Primaria que ofrecen Cuidados Paliativos
- Equipos de Soporte Hospitalario
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria
- Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer
- Unidades de Cuidados Paliativos de agudos
- Unidades de Cuidados Paliativos de media y larga estancia
- Servicios de especialidades de los hospitales de agudos

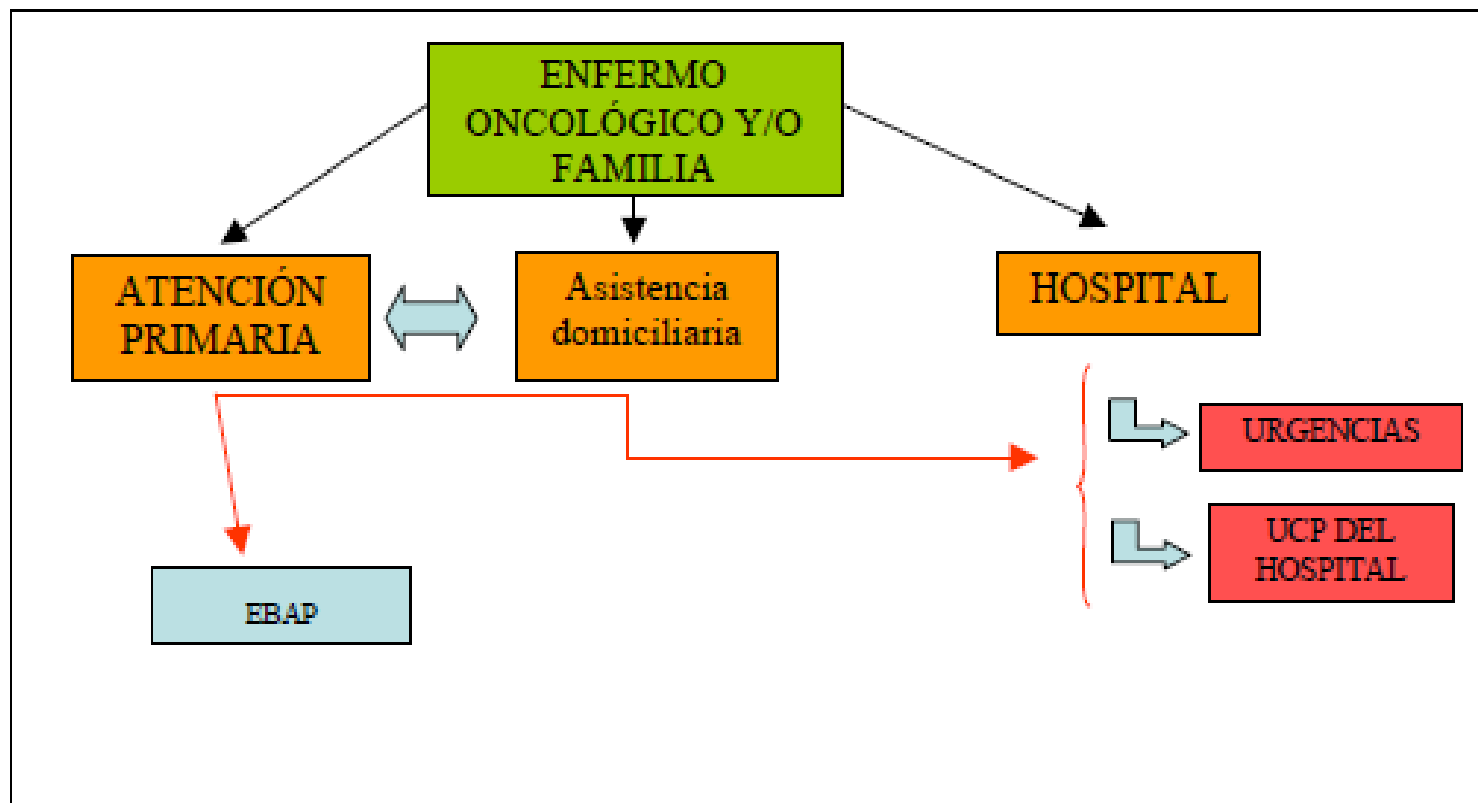


**Pese a que los modelos de provisión de la asistencia son muy variados todos reflejan una reducción en el número de días de hospitalización cuando existe un modelo organizado de cuidados, oscilando el número de días entre 6 y 10, con un promedio general de reducción de 8 días.**



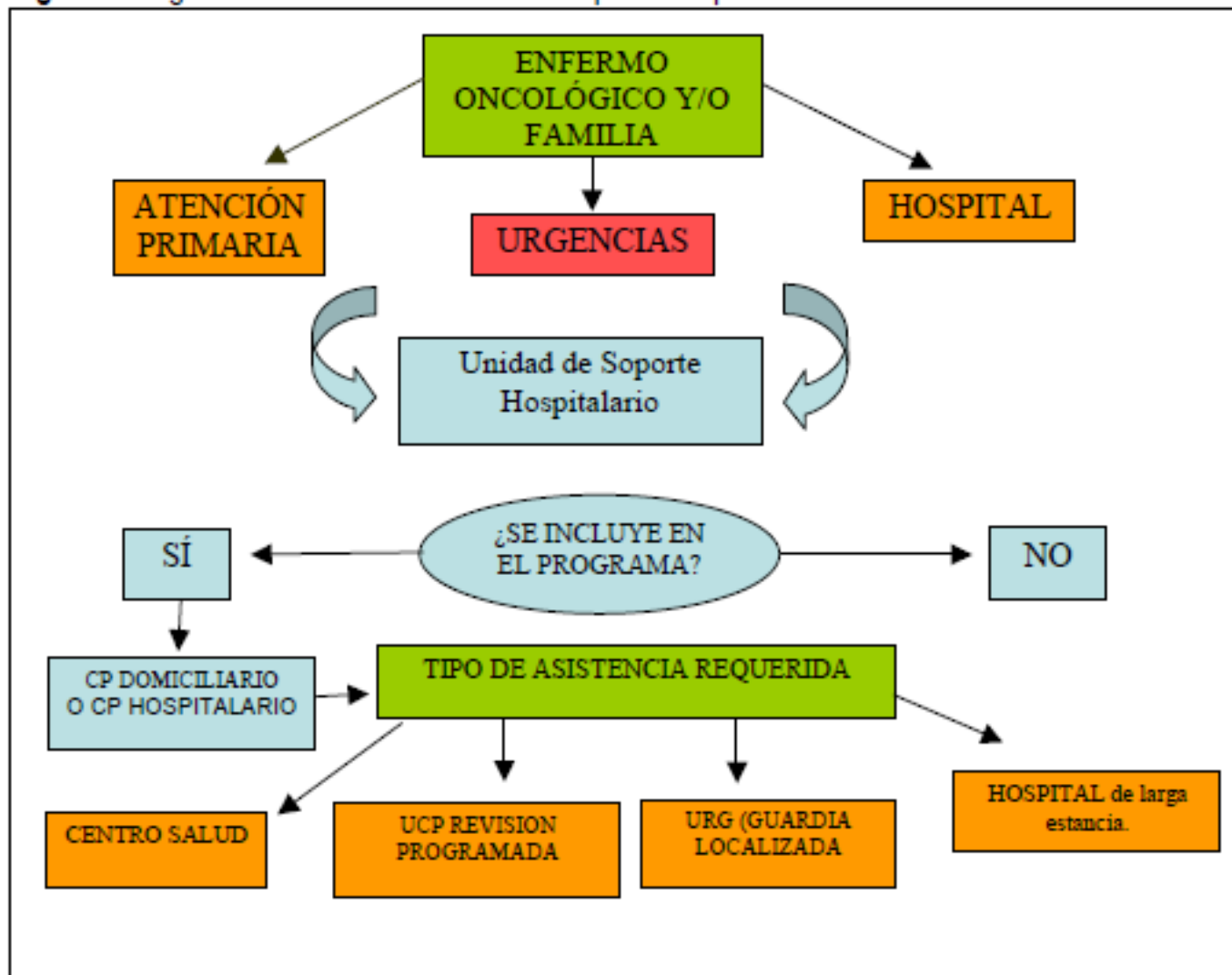
# MODELOS ORGANIZATIVOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Figura 1. Organización en el Modelo Tradicional de los cuidados paliativos



EBAP: equipo básico de atención primaria; UCP: unidad de cuidados paliativos

Figura 2. Organización en las unidades de soporte hospitalario



# Equipos de Atención Primaria en Cuidados Paliativos

- Son cuidados en el domicilio ofertados por el EAP (equipo de atención primaria).
- Proporcionan soporte emocional, información y comunicación al paciente y cuidadores.
- Llevan a cabo una valoración y abordaje continuado del dolor que incluye tanto medidas farmacológicas como medidas encaminadas a aumentar el confort, la relajación, la seguridad y la información a los cuidadores.
- Prevención, información y abordaje de situaciones de urgencia o crisis.
- Prevención y abordaje de claudicación emocional de la familia.
- Atención al proceso de agonía y muerte.
- Atención al duelo. Prevención del duelo patológico.

## Equipos de Soporte Hospitalario

- Son dispositivos específicos para prestar cuidados paliativos que trabajan de forma coordinada con los diferentes niveles asistenciales, y que desempeñan sus funciones tanto fuera como dentro del ámbito hospitalario.
- Constituyen un elemento o unidad de apoyo a los profesionales que trabajan en los Equipos de Atención Primaria o a los profesionales que trabajan en las Unidades Clínico- asistenciales de Atención Especializada.
- Proporcionan soporte telefónico las 24 horas todos los días y ofrecen seguimiento telefónico más estrecho para las situaciones más críticas.
- Deben aumentar los conocimientos científicos en cuidados paliativos de otros profesionales sanitarios.
- Realizan interconsultas y pueden disponer de consultas externas.
- Disponen de camas específicas de paliativos, que deben permitir una hospitalización con las adecuadas garantías de intimidad, confort del paciente y presencia permanente de la familia.

## Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria

- Se concibe como un equipo multidisciplinar, de apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales.
- Participan en la intervención asistencial directa en pacientes cuando así lo requiera el equipo de atención primaria responsable de la atención al paciente.
- **Participan en programas de formación específica.**
- **Desarrollan líneas de investigación en cuidados paliativos.**

## Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos

- Constituyen el elemento o unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y de la morbimortalidad de las mismas.
- **Son una unidad hospitalaria destinada a prestar atención sanitaria a pacientes de máxima complejidad.**
- Se sitúan en un hospital de referencia, ya que deben disponer de los servicios necesarios para atender a este tipo de pacientes.
- Disponen de camas específicas para la atención a este tipo de pacientes, con las necesarias garantías de confort e intimidad y, en su caso, facilitan la presencia permanente de la familia.
- **La estancia media en la Unidad es de 15 días, no superando los 18.**
- **Puede disponer de consultas externas y hospital de día.**
- Atienden de forma directa a enfermos agudos de alta/ máxima complejidad.
- Realizan interconsultas.
- Están coordinadas con los servicios hospitalarios y con otros niveles asistenciales.

## Unidades de Cuidados Paliativos de media y larga estancia

- Constituyen el elemento o unidad de referencia para una o más Áreas de Salud, en función de las características demográficas y del patrón de morbi-mortalidad de las mismas.
- **Están destinadas a prestar cuidados paliativos a pacientes con enfermedad terminal de complejidad baja o media o cuando las circunstancias del entorno familiar imposibilitan su atención domiciliaria.**
- Están ubicadas en hospitales de media y larga estancia y en centros residenciales.
- Disponen de camas específicas para la atención a este tipo de pacientes, con las necesarias garantías de confort e intimidad y, en su caso, facilitan la presencia permanente de la familia.
- **La estancia media en la unidad es superior a 18-20 días.**
- No tienen consultas externas.
- **Desarrollan actividades de formación e información del paciente y de sus familiares.**
- Previenen la claudicación y el duelo complicado para los cuidadores y familiares.
- **Participan en programas de formación específica.**
- **Desarrollan líneas de investigación en cuidados paliativos.**

# EN CONCLUSIÓN.....

- Otra de las líneas estratégicas que se contemplan en Cuidados Paliativos es la intervención integral del paciente. En la realidad nos encontramos con un déficit en la atención psicosocial de pacientes, familiares y cuidadores, así como la inexistente atención al duelo de familiares y la escasez de voluntariado de acompañamiento, que pese a que este último no figura en el Plan Nacional, se está comenzando a demostrar sus beneficios en la asistencia a enfermos al final de la vida .

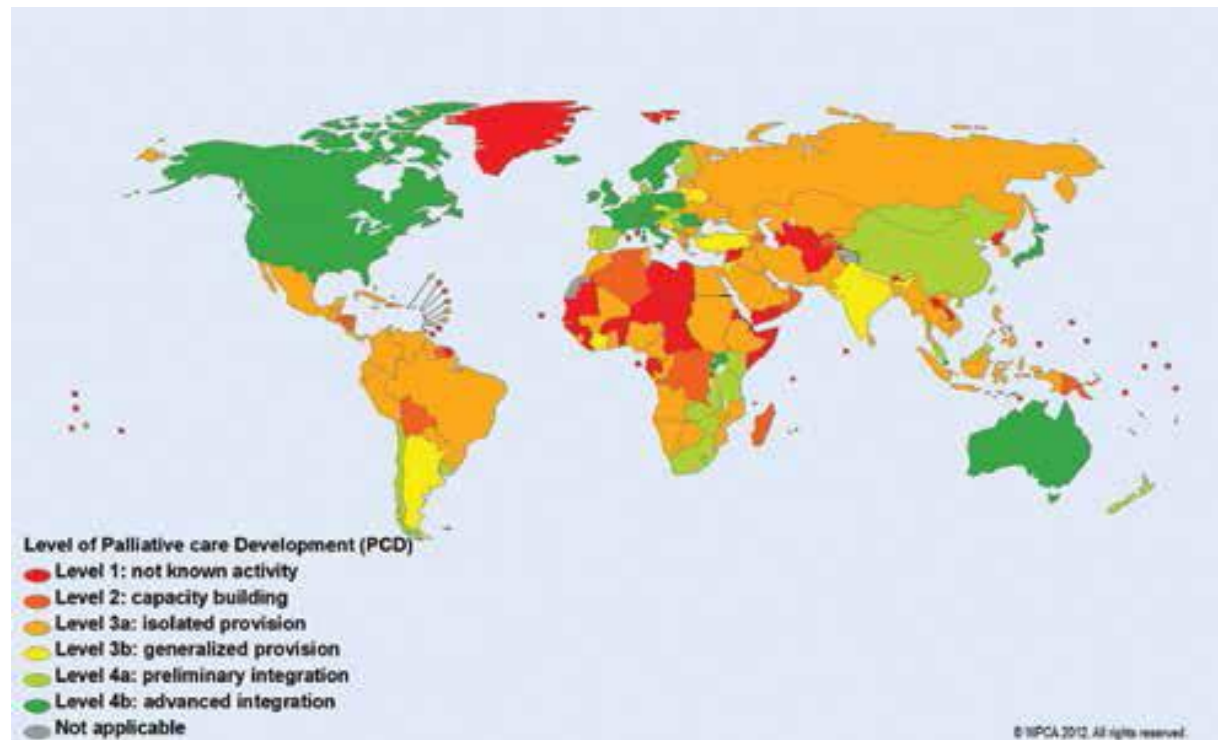


# EN CONCLUSIÓN.....

- Los modelos de oferta y prestación de cuidados paliativos son muy variados tanto en España como en otros países, desconociéndose si unos pueden llegar a ser más eficientes que otros.
- Los cuidados paliativos son programas de asistencia dirigidos a pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles que no responden a los tratamientos curativos. Entre sus objetivos destacan el control de síntomas clínicos como el dolor, y la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, orientados a conseguir el alivio del sufrimiento de la persona enferma y de su familia.
  - **El proceso de construcción y consolidación de un equipo de Cuidados Paliativos es complejo, largo y laborioso.**

- ❖ Los cuidados paliativos todavía siguen siendo los grandes desconocidos para la población. Se desconoce cómo funcionan, qué ofrecen y cuál es la forma de acceso a los mismos. Sin embargo, es importante que la población general tenga información suficiente sobre los cuidados paliativos.

Levels of palliative care development - all countries



# GRACIAS POR SU ASISTENCIA Y ATENCIÓN



**«LO PEOR PARA UNA PERSONA NO ES  
CONSTATAR QUE HA VIVIDO Y AHORA DEBE  
MORIR, LO PEOR ES COMPRENDER QUE NO HA  
VIVIDO Y AHORA TIENE QUE MORIR «**

**CICELY SAUNDERS**

# BIBLIOGRAFÍA

- Arechavaleta, P. L. (2009). *Modelos organizativos en cuidados paliativos comparación de consumo de recursos*. Recuperado el 01 de Agosto de 2017, de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1197\\_GRAL1355.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1197_GRAL1355.pdf).
- "Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos". En: Marcos Gómez Sancho (ed). *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer*. Las Palmas: ICEPS, 1988.
- Lomeli, G. A. (10 de abril de 2006). *Historia de los cuidados paliativos*. Recuperado el 01 de Agosto de 2017, de [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr\\_art23.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf)
- Connor, S. R. (January de 2014). *Global Atlas of Palliative*. Recuperado el 04 de Agosto de 2017, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/DMS-CuidadosPaliativos-12-2014.pdf>.