Cuidados paliativos en hospitales de alta complejidad

Aquiles Aguilar
Panamá

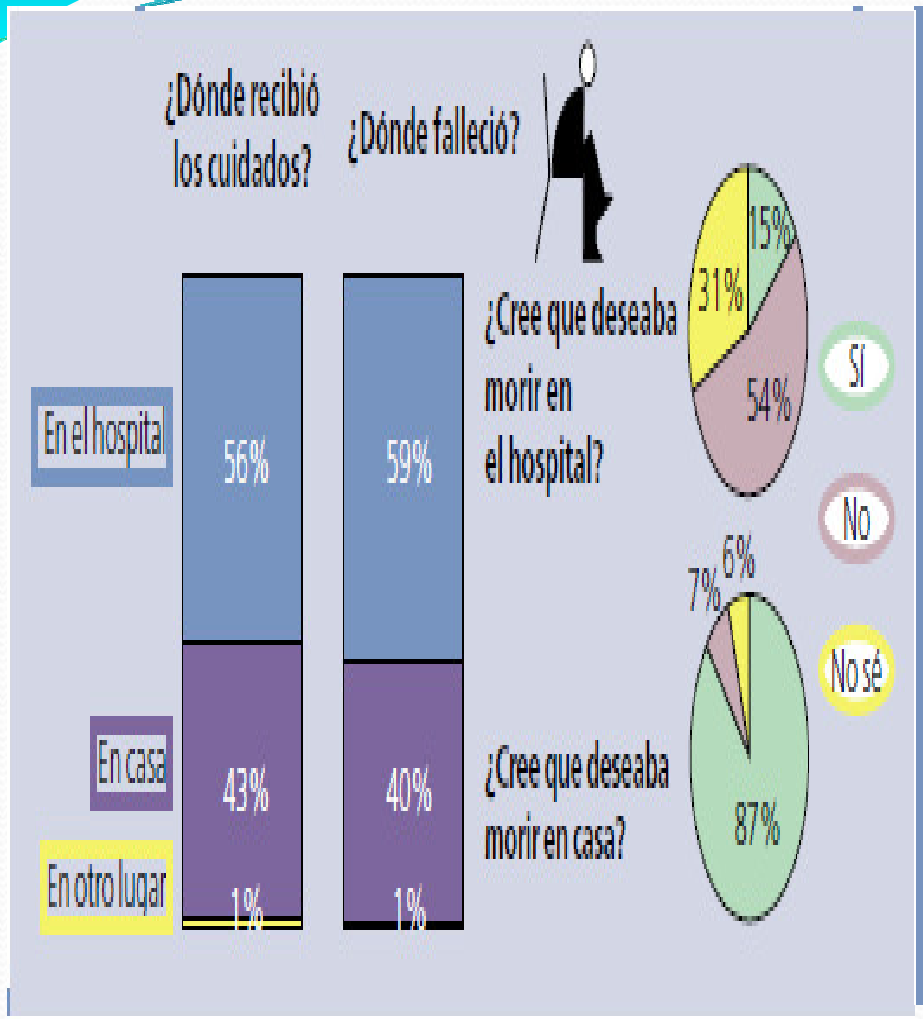
- El campo de los cuidados paliativos en el hospital ha crecido rápidamente en los últimos años.
- Cambio de la localización del nacimiento y la muerte en los últimos 100 años
- USA
  - ¼ mueren en los hospitales
  - ¼ en residenciales de ancianos
  - ¼ en casa

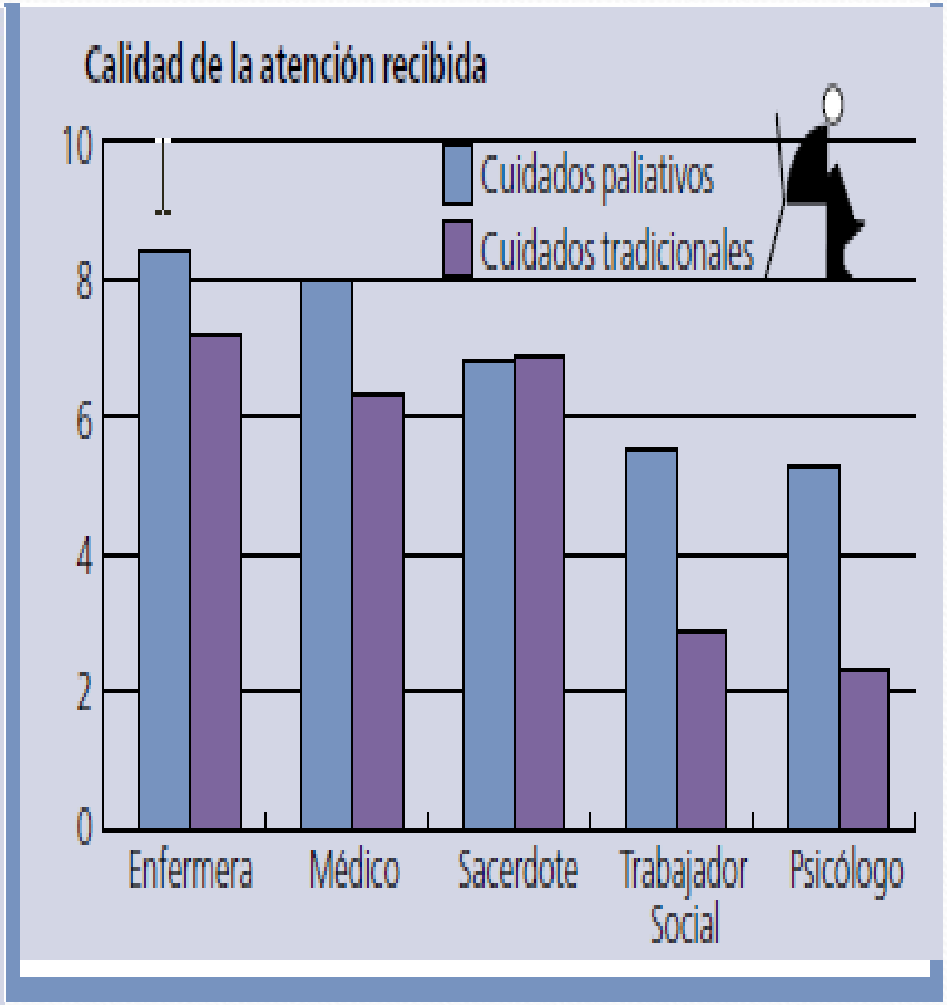
Field MJ, Cassel CK. Approaching death: improving care at the end of life. Washington, DC: National Academy Press; 1997.

Las muertes en hospitales son más frecuentes en regiones donde hay mayor proporción de estos

Los factores asociados al sistema de salud son responsables del 80% de las decisiones de donde morir

J Am Geriatr Soc 1998;46:1242–50.





OCU-Salud nº 33, diciembre del 2000

Characteristics of the Last Hospital Stay in Terminal Patients at an Acute Care Hospital in Colombia

Jairo Moyano, Sofía Zambrano and Tatiana Mayungo

AM J HOSP PALLIAT CARE 2010 27: 402 originally published online 1 April 2010
DOI: 10.1177/1049909110362522

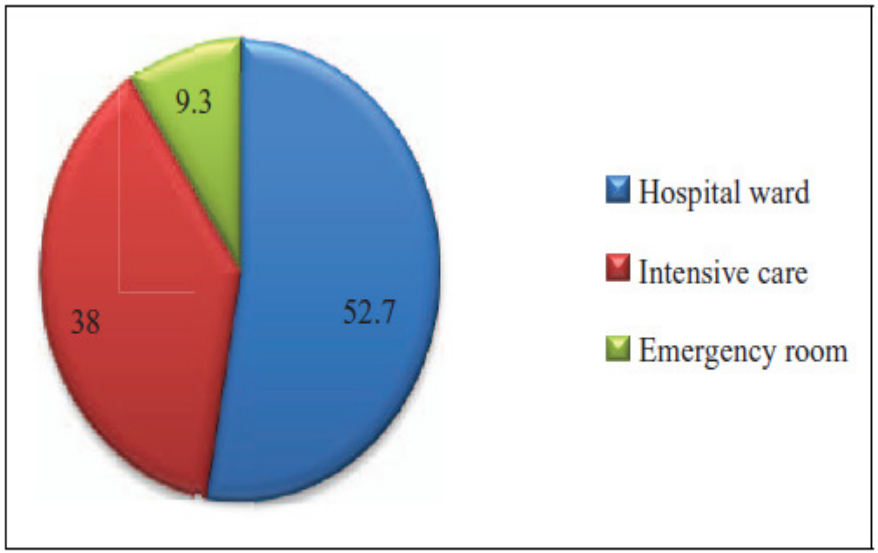


Figure 1. Place of death (n = 182).

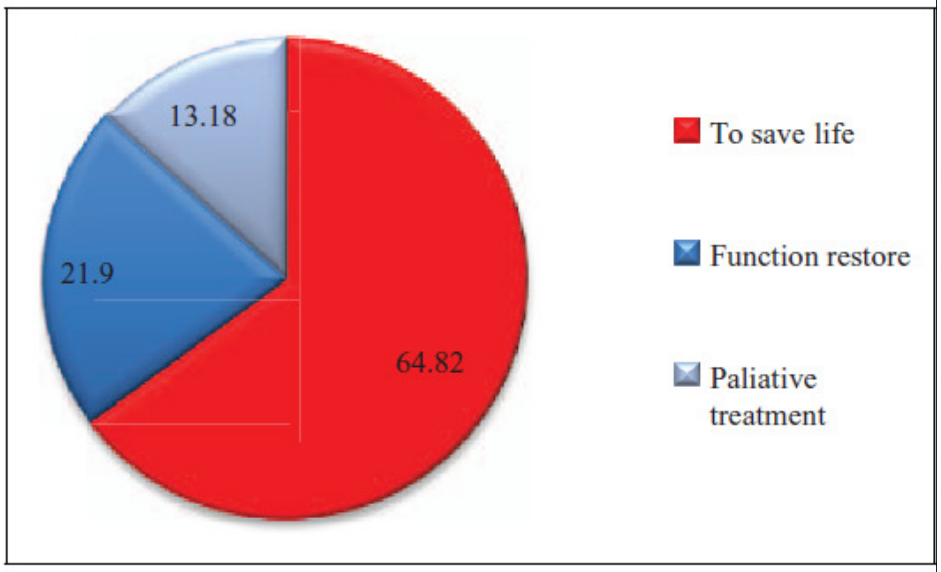


Figure 2. Reasons to be admitted to the intensive care unit.

Characteristics of the Last Hospital Stay in Terminal Patients at an Acute Care Hospital in Colombia

Jairo Moyano, Sofía Zambrano and Tatiana Mayungo

AM J HOSP PALLIAT CARE 2010 27: 402 originally published online 1 April 2010
DOI: 10.1177/1049909110362522

- Al momento de la admisión 1% de los pacientes fueron admitidos a UCP
- 3% estaba a cargo de un paliativista

El acceso a los servicios de cuidados paliativos es limitado en los países en desarrollo, no solo por factores económicos sino también por la baja prioridad que los sistemas de salud le dan.

Eur J Palliat Care. 2008;15(3):138-141.

Morir en el hospital

- Los médicos fueron conscientes de la preferencia del paciente más del 50% del tiempo.
- 38% permanecieron 10 días en UCI,
  - 8 días inconsciente en ventilación mecánica o en UCI.
- El control del dolor era pobre..
- **1/3 de las familias informó de la pérdida de la mayoría o la totalidad de sus ahorros**.

The SUPPORT Principal Investigators.
JAMA 1995;274:1591– 8.



The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995;274:1591– 8.

Discrepancia

- Atención integral
- Compasiva
- Competente
- Alivio de los el sufrimiento
- Promoción de la calidad de vida

The SUPPORT Principal Investigators.
JAMA 1995;274:1591– 8.

Beneficios de los CP en hospitales

- Mejor dolor y control de los síntomas
- Mejora la comunicación y toma de decisiones
- Facilitar la coordinación entre los centros de atención
- Impulsa satisfacción del paciente la familia
- Mejora la lealtad al hospital
- Reduce la carga de casos complejos
- Un enfoque más sistemático
- Promover el uso más apropiado del hospital
- **Requisitos de acreditación para varias organizaciones**

Clin Geriatr Med 20 (2004) 735–751

- Los cuidados paliativos en hospitales estan asociados con ahorro significativo de costos.
- Se observa un menor costo de estadía en el servicio especializado de cuidados paliativos y variaciones en indicadores de resultados, que lo hace recomendable en relación a los servicios convencionales.
- Esto podría tener un menor costo de estadía, mayor cobertura y más beneficios para el paciente y su familia.

Arch Intern Med. 2008 Sep 8;168(16):1783-90. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs
Medicina Paliativa 2007;14(3) :154-157 Costo de estadía en Cuidados Paliativos especializados y Servicios Convencionales

Modos de atención del adulto mayor al final de la vida en países en desarrollo

- 22 a 53% de los pacientes prefirieron atención en hospitales
- El cuidado paliativo debe estar presente en los hospitales , ya sea a través de un equipo o de un servicio de cuidado paliativo.

- Los hospitales de día ofrecen ventajas en paciente con cáncer y enfermedades no oncológicas
- Permiten rápido acceso a atención paliativa

Clin Geriatr Med 21 (2005) 57–78

Practical guidance for starting programs

Whether the services are for palliative care, geriatrics, or both, several steps are necessary:

1. Assess the local needs; empirical data is best.
2. Secure government approval of objectives and methods of introducing the service, including drug availability.
3. Set up service and training simultaneously with collaboration from established health services, universities, and local governments.
4. Introduce advocacy at an early stage so that populations will want it and political leaders will see it as a voting point. Senior consultants can make or break a service. Make friends with them early on.
5. Ensure legislation in the country will not affect the provision of services.
6. Depending on the availability of social services in the communities, care will need to be increased in the social and rehabilitative sectors of home care. In the developing countries where allied health professionals (such as occupational therapists and physiotherapists), social workers, and community nurses are scarce, the health care worker (usually a nurse) will have to learn new skills to adapt to the needs. Palliative care nurses with multiple skills have adapted well to the communities in Uganda and other African settings and have been a tremendous asset.
7. Monitoring and evaluation of services should be a continuing component of the program so that the benefits to the patients and families are visible to the benefactors.
8. Donors should be solicited from the start because geriatric medicine is not a priority and palliative care has come in on the back of the AIDS epidemic but extends to other causes of terminal illness. Sometimes introducing a new specialty needs detective work to see how it can piggyback onto a need that is a priority in the country.

Clin Geriatr Med 21 (2005) 57–78

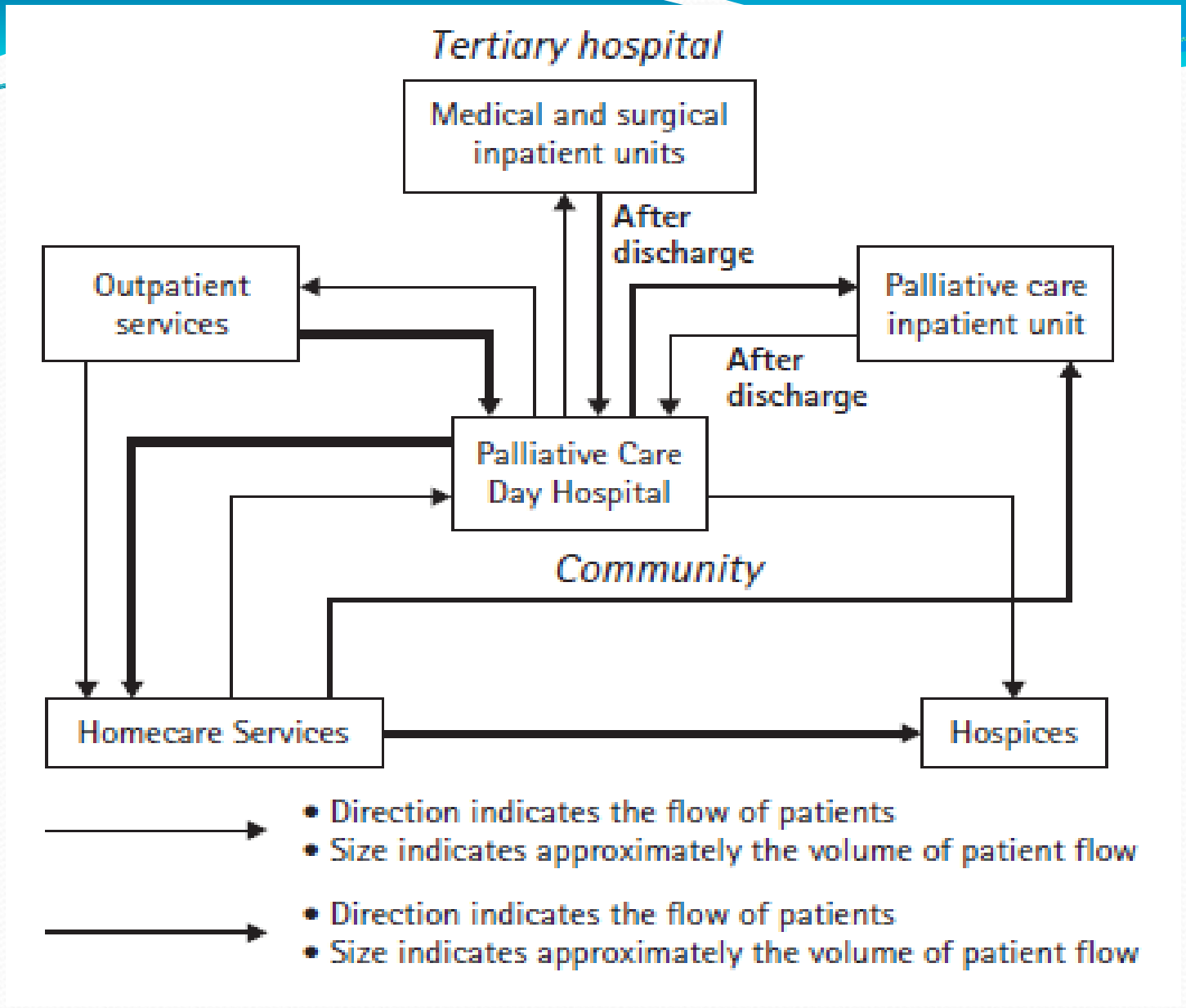
Box 37.1 Admission criteria for the Tertiary Palliative Care Unit, Edmonton, Canada

- Experiencing progressive disease where the focus of care is on comfort, not cure, and improving quality of life
- Requiring active care to alleviate distressing symptoms related to physical, psychosocial and spiritual needs
- Severe symptom problems for which management has not been successful in any of the other settings, and requiring intensive management
- Expected length of stay of approximately 2 weeks
- Over 18 years of age
- Accepting of do-not-resuscitate status

Barreras

- Falta de incentivos fiscales
- Culturales
  - 77% de los pacientes son referidos ya con enfermedades avanzadas o moribundos
- Desconocimiento entre el personal
- Financieras
- Educacionales (mucho tiempo en entrenamiento del personal y abordaje del paciente y la familia
- Pocos sitios de entrenamiento

Clin Geriatr Med 20 (2004) 735–751



Mandates and roles of the Palliative Care Day Hospital

Oxford University Press Inc.,

Conclusiones

- La mayor información disponible proviene de regiones diferentes al Latinoamérica y del Caribe se hace necesario estudios en esta región
- Los cuidados paliativos en hospitales han demostrado significativo ahorro en los costos, control de síntomas y mejoría en la calidad de vida
- La disponibilidad de los servicios es muy dispar entre los países y las regiones