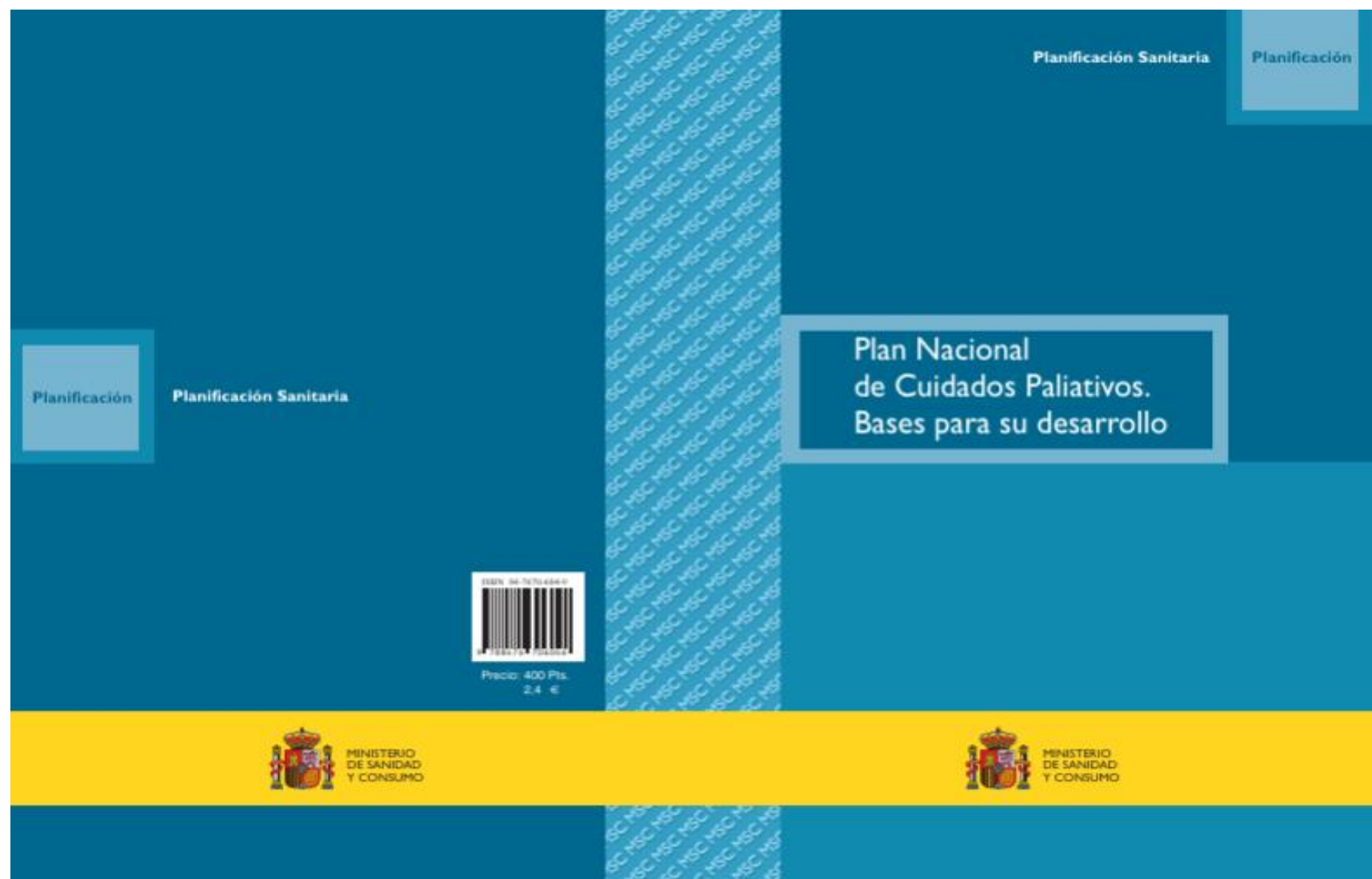
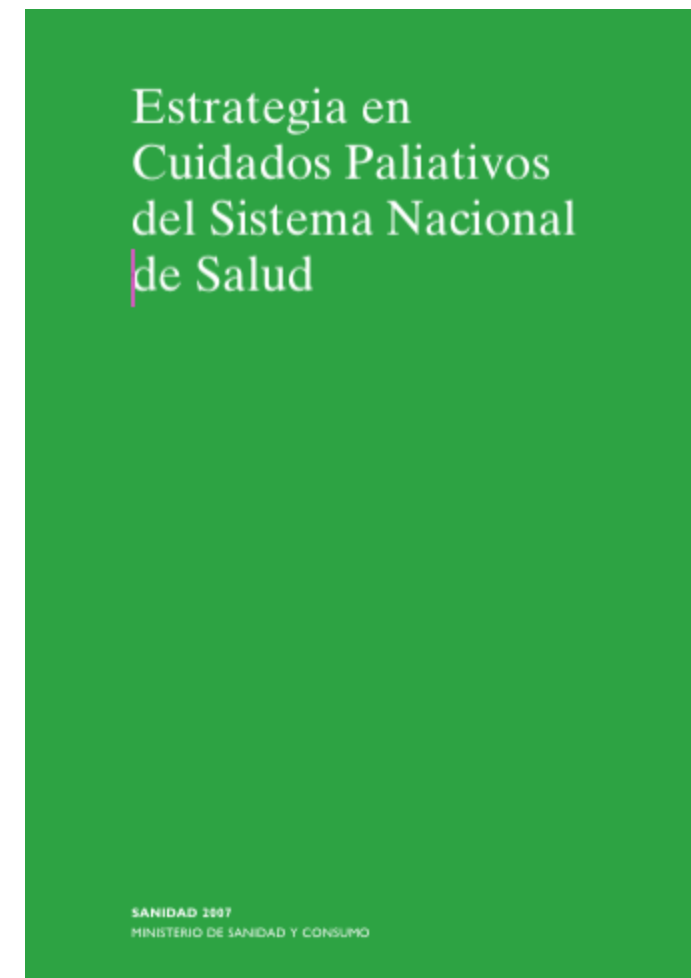
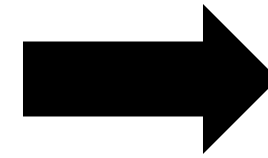


COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

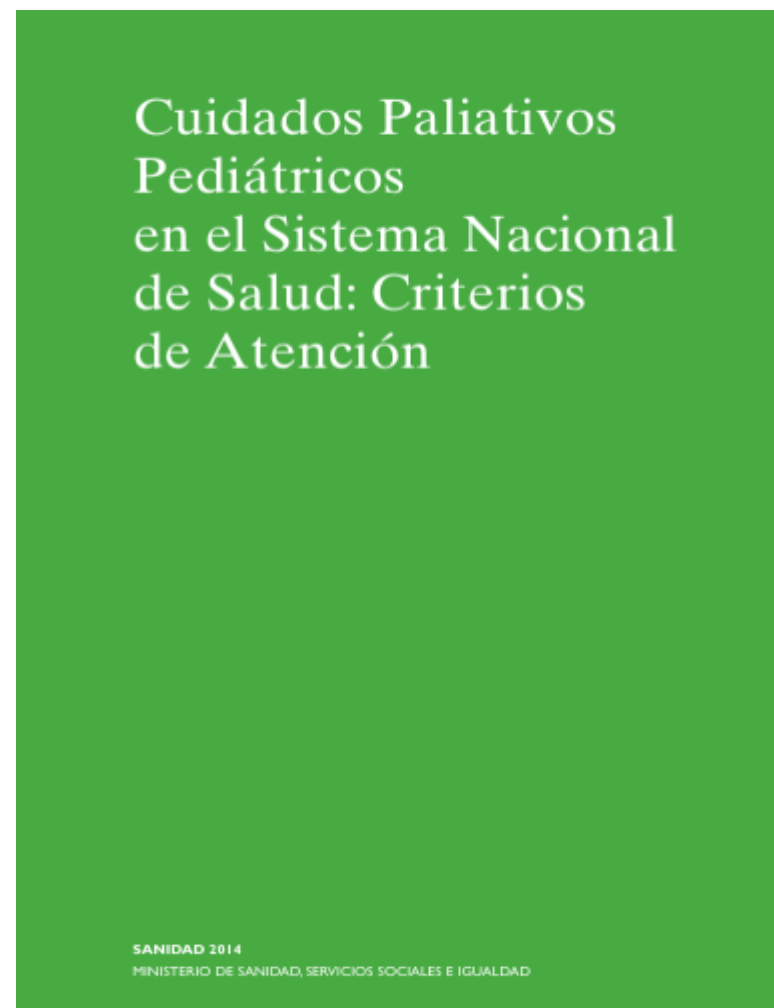
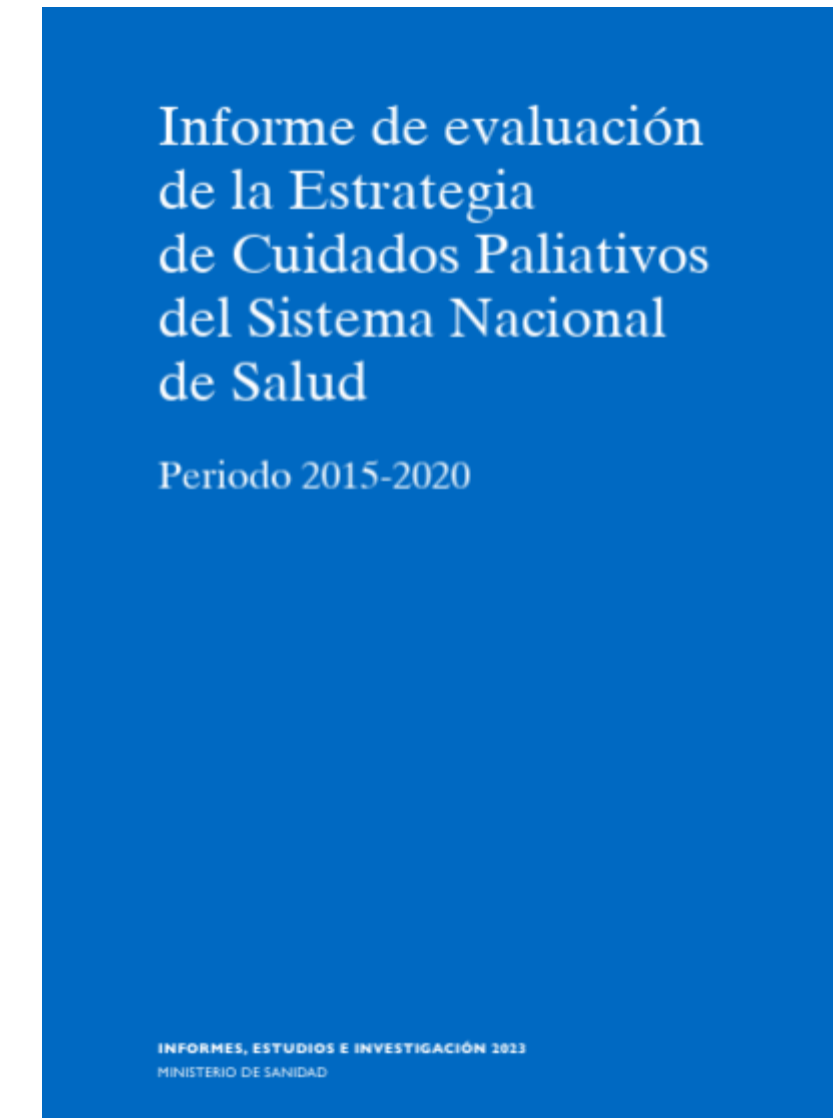
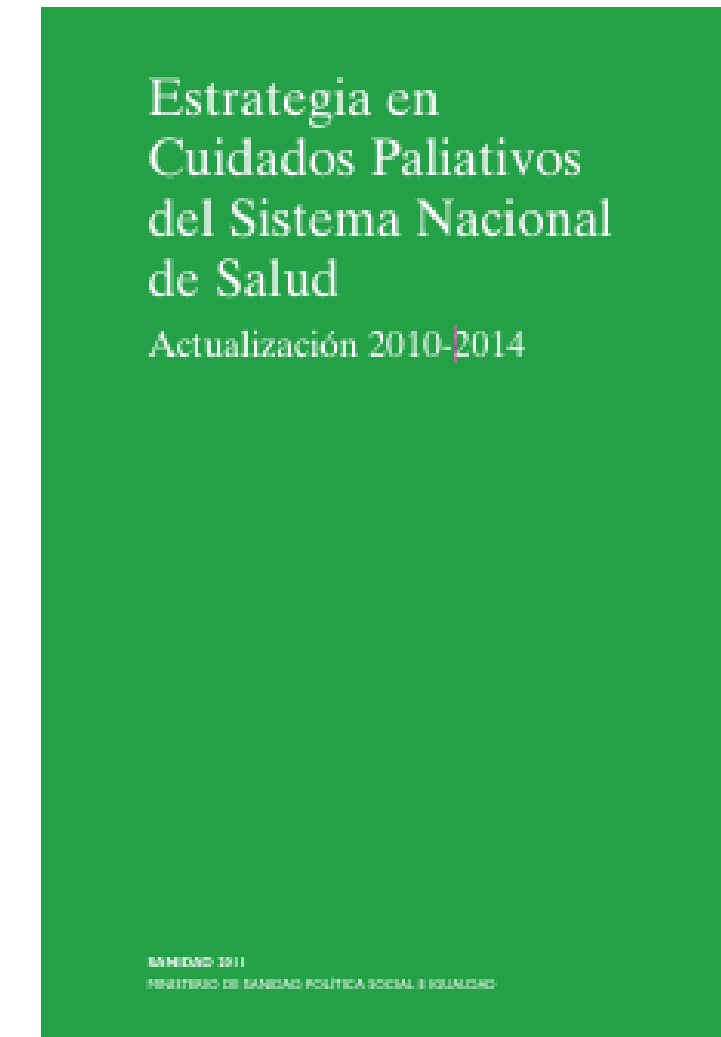
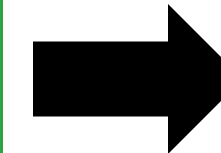
Natalia López-Casero Beltrán
Enfermera UCP domiciliaria
Hospital Mancha Centro
Alcázar de San Juan. Ciudad-Real



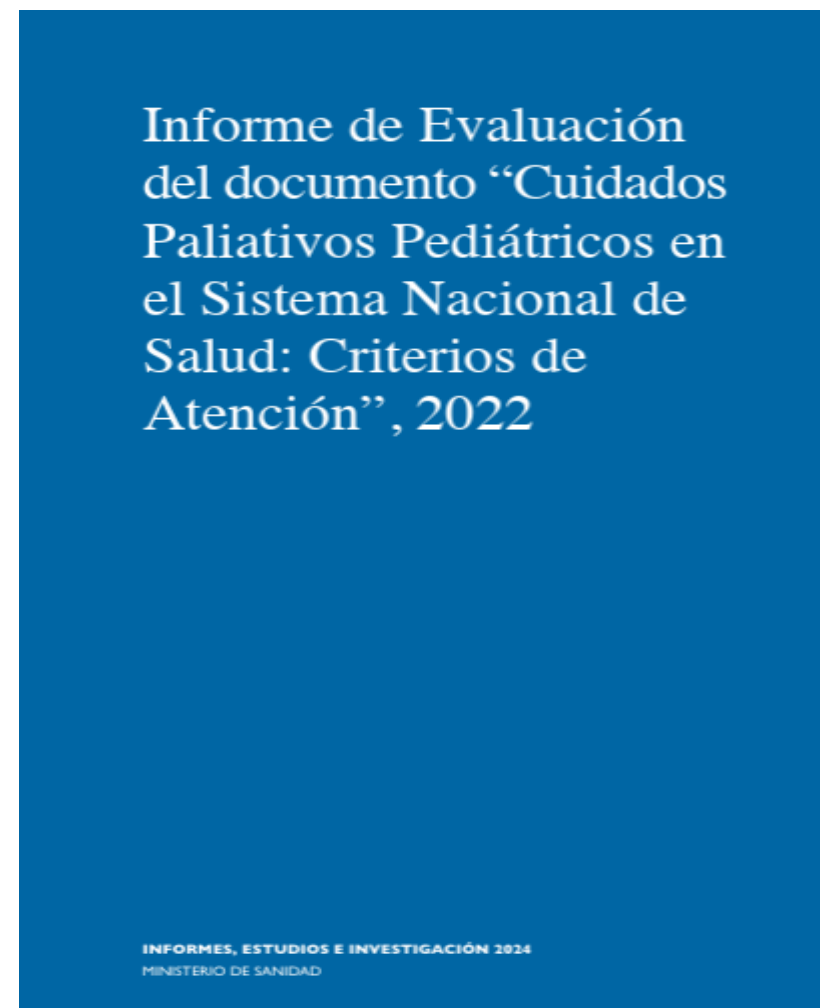
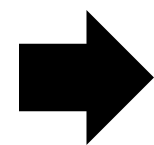
2001



2007



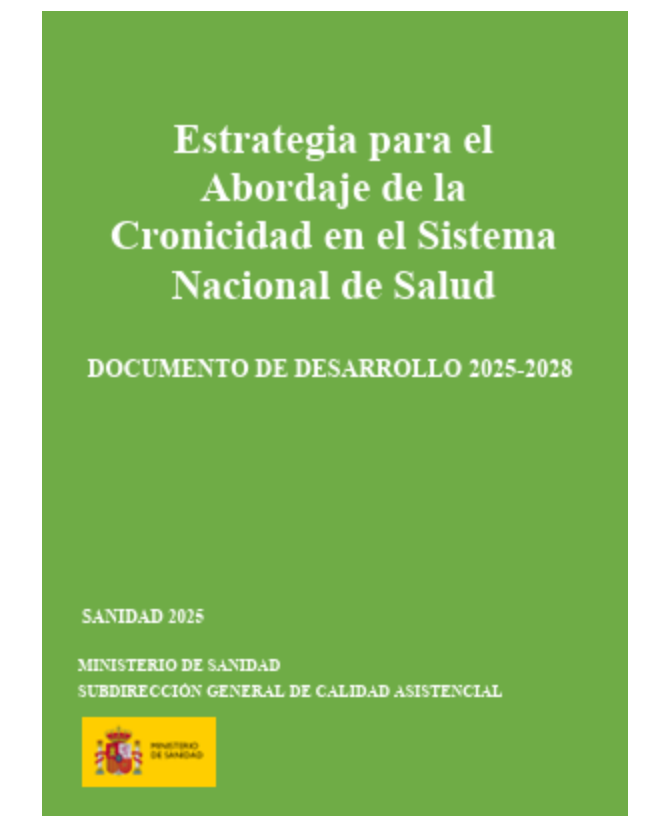
2014



2022



2012



2025



17 CA

Figura 10. Organización de la atención continuada al paciente con necesidades de atención paliativa

¿Tiene su CC, AA, y ciudad autónoma organizada la atención continuada (24h/7d) al paciente con necesidades paliativas?



Esta cobertura tiene un funcionamiento desigual entre las comunidades autónomas que la dan. Algunas comunidades autónomas incluso introdujeron alguna medida para mejorar la continuidad asistencial (y evitar así la discontinuidad asistencial) del paciente con necesidades de atención paliativa.

Áreas de Salud de Castilla-La Mancha

Población a 01/01/2008

CASTILLA-LA MANCHA

Población: 2.043.100 hab.
Extensión: 78.799,60 km²
Zonas básicas: 206
Municipios: 919
Entidades Singulares: 1.671
Distritos: 36

TOLEDO

Población: 445.044 hab.
Extensión: 8.860,20 km²
Zonas básicas: 32
Municipios: 116
Entidades Singulares: 218
Distritos: 6

TALAVERA DE LA REINA

Población: 161.448 hab.
Extensión: 5.137,90 km²
Zonas básicas: 16
Municipios: 78
Entidades Singulares: 130
Distritos: 3

GUADALAJARA

Población: 237.256 hab.
Extensión: 12.102,70 km²
Zonas básicas: 31
Municipios: 287
Entidades Singulares: 500
Distritos: 4

CUENCA

Población: 170.707 hab.
Extensión: 15.224,50 km²
Zonas básicas: 32
Municipios: 222
Entidades Singulares: 309
Distritos: 6

CIUDAD REAL

Población: 269.375 hab.
Extensión: 11.757,10 km²
Zonas básicas: 27
Municipios: 67
Entidades Singulares: 107
Distritos: 3

VILLAROBLEDO

ALMANSA

PUERTOLLANO

Población: 79.866 hab.
Extensión: 3.834,90 km²
Zonas básicas: 8
Municipios: 16
Entidades Singulares: 33
Distritos: 1

LA MANCHA-CENTRO

Población: 257.900 hab.
Extensión: 6.006,50 km²
Zonas básicas: 21
Municipios: 35
Entidades Singulares: 40
Distritos: 4

ALBACETE

Población: 421.504 hab.
Extensión: 15.875,80 km²
Zonas básicas: 39
Municipios: 98
Entidades Singulares: 334
Distritos: 9



UHCP

Unidad Hospitalaria



ESD

Equipo Soporte Domiciliario



CEE

Consulta Externa



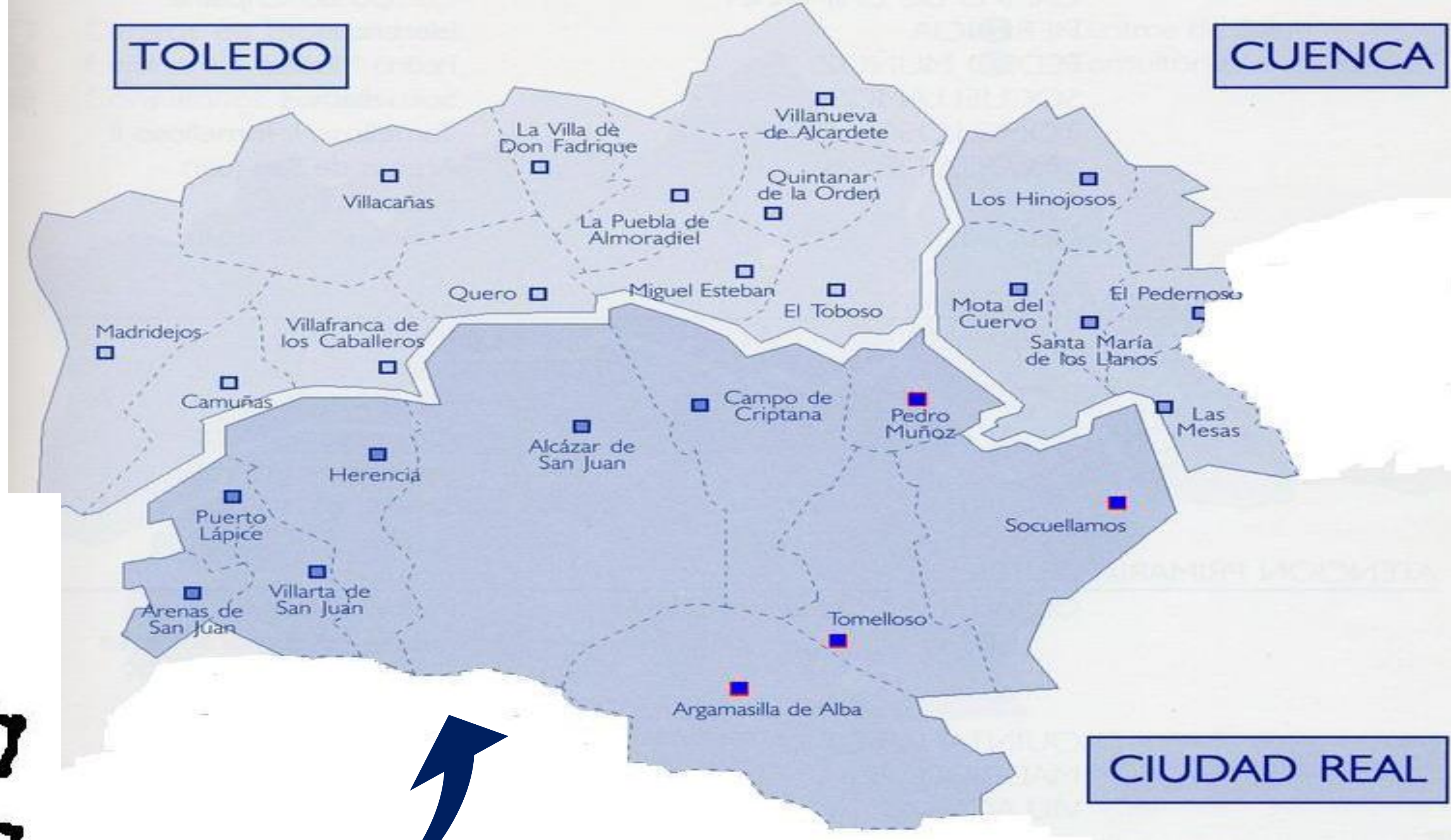
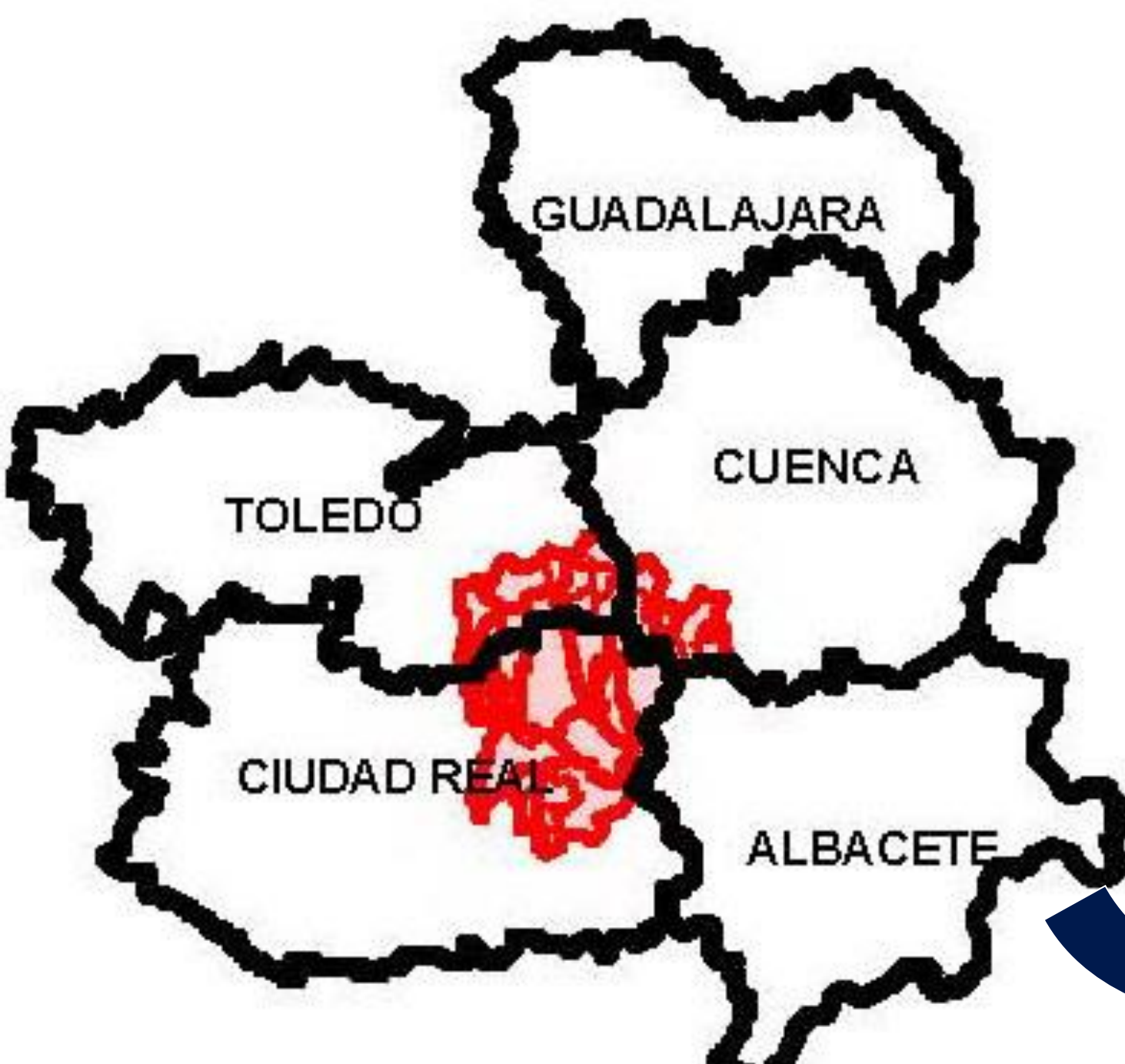
RESIDENCIA

R sociosanitaria

AREA SANITARIA

GAI

ALCAZAR
DE SAN JUAN





- Garantizar a todos los pacientes que lo necesiten C.Paliativos
- **Asegurar una respuesta consensuada y coordinada entre servicios y niveles asistenciales. *MODELO TRANSVERSAL SOCIOSANITARIO ORIENTADO AL DOMICILIO***
- **Facilitar la coordinación/ convergencia de los servicios sanitarios y sociales personalizada para cada paciente.**
- Orientar la Atención domiciliaria del paciente como lugar idóneo para su control, evolución, apoyo y tratamiento.
- Formación en Medicina Paliativa al profesional sanitario, social y familias.
- Implantar y desarrollar estándares de calidad para la atención paliativa.
- Implicar a la sociedad en la cultura paliativa e intentar desmontar los tabús sobre la muerte

PRINCIPIOS GENERALES

Atención Domiciliaria

¿Qué es?

Cuidado del paciente-familia por parte de un equipo específico y formado para atender el final de su vida.

Pilares de la Atención Domiciliaria

Atención integral y Compasiva

Unidad a tratar: paciente-familia

Promoción de la autonomía y dignidad

Importancia del ambiente

Concepción terapéutica activa

Ver la muerte y el morir como algo natural

¿Qué instrumentos utilizamos?

Equipo interdisciplinar:

Control de síntomas

Apoyo emocional/ Comunicación

¿Qué necesitamos?

Existencia de un **Cuidador Principal**

Que exista **Voluntad** de permanencia en el domicilio

Gestión del sufrimiento

Paciente-Familia

Construir un sentido

Averiguar miedos, dudas, preferencias

Motivación en los cuidados ofertados

Facilitar todo tipo de recursos: físicos, psicológicos

Afrontamiento emocional

¿Cómo lo hacemos?

Prevenir situaciones y anticiparnos

Respeto de **Valores y creencias**

Modelo de **Gestión de casos**

Atención global en **Agonía**

COORDINACION CON AP

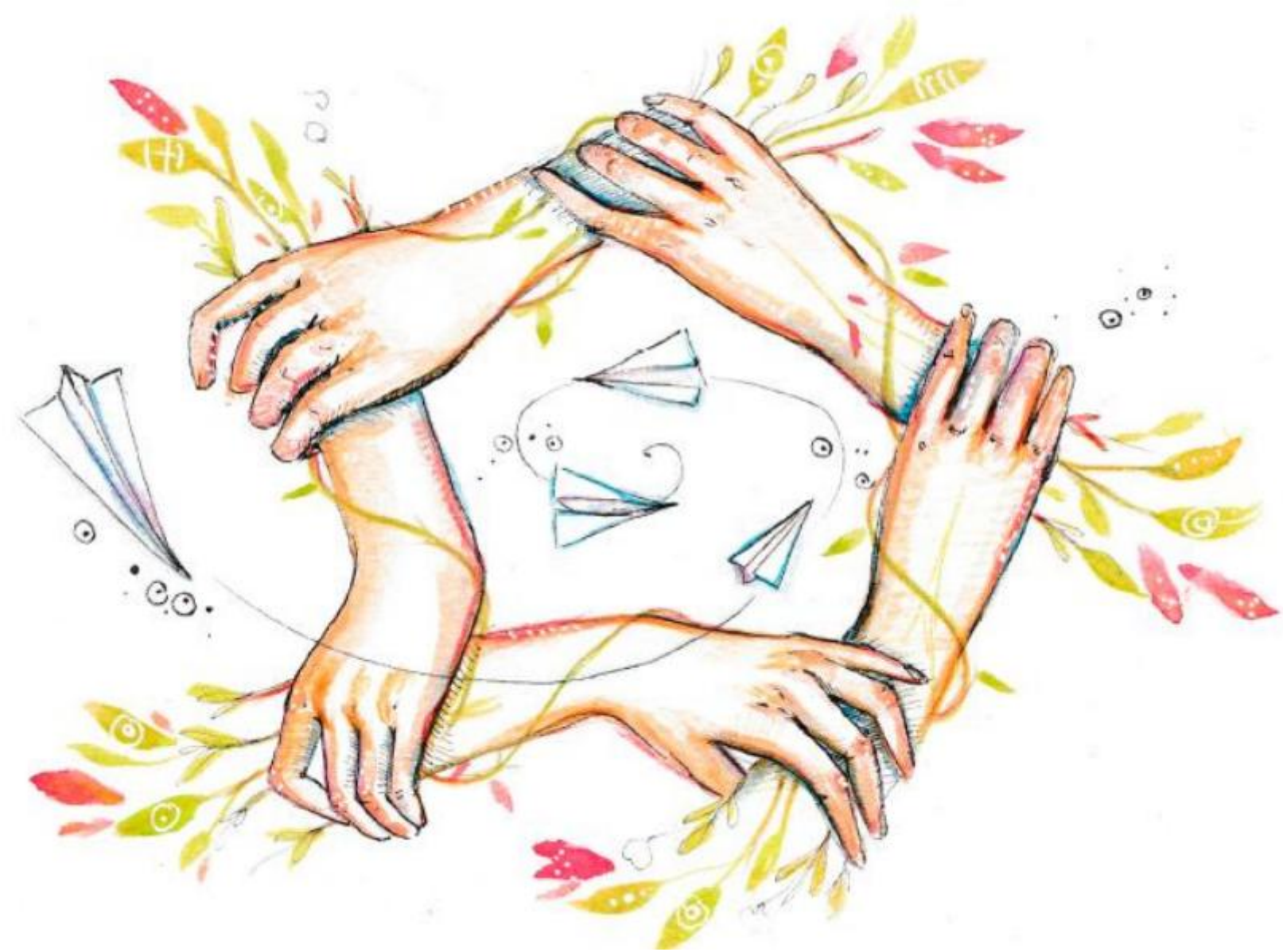


- Valoración inicial conjunta. Permite establecer *objetivos, plan de cuidados y seguimiento* de manera consensuada.
- Intercambio de información clínica.
- Comunicación sobre cambios de tratamientos y/o cambios en la situación clínica de los pacientes.
- Toma de decisiones conjunta.
- Gestión de interconsultas, tratamientos o ingresos programados

COORDINACION HOSPITALARIA



- Sesiones clínicas semanales/ Comites.
- Intercambio de información clínica relevante sobre el paciente y la familia.
- Planificación del alta hospitalaria.
- Interconsultas sobre posibilidades de tratamiento.
- Solicitud de determinadas técnicas diagnósticas y terapéuticas para ejecutarlas de forma programada y que se deben realizar en el medio hospitalario.
- Solicitud de ingresos programados ante situaciones que lo requieran



- Coordinacion urgencias
- Servicios sociales
- Asociaciones

¿Como?

- **Gestión de casos:** Proceso, cuyo elemento central es el enfermo, que engloba diferentes actividades de colaboración y coordinación para garantizar la consecución de los objetivos terapéuticos del paciente y su familia, mediante la optimización de los recursos disponibles.

- ENFERMERIA



- Posición privilegiada.
- Visión integral del paciente.
- Una de las funciones esenciales: gestión pacientes/sistemas de salud.
- Responsabilidad de contribuir a la coordinación y gestión de los Servicios de Salud
 - Alto componente de necesidad de cuidados.

CONCLUSIONES

- El profesional idóneo para la Coordinación asistencial podría ser la enfermera, ya que como parte del equipo multidisciplinar es una figura de referencia.
- La Gestión de casos garantiza que el paciente recorra su proceso asistencial con garantía de una buena coordinación interniveles y cierre su proceso final de vida.
- La utilización de las TIC y la telemedicina es un recurso indispensable para una buena Coordinación interniveles.



Gracias por tu atención

nlopezc@sescam.jccm.es