



Hospital Universitario
12 de Octubre



PROGRAMA COORDINADO AREA 11 de Madrid. RESULTADOS

Periodo Octubre 1992 - Diciembre 2003

V.Valentin, M.Murillo, Y.Carretero, M.Valentin, B.Azcoitia, M.Ausejo y P.Perez.

Dr. Vicente Valentín Maganto
Servicio de Oncología Médica.
H. U. “12 de Octubre”. Madrid

Las características básicas de un programa al paciente en la Fase Final deben ser:

Eficaz:

Priorizando actitudes terapéuticas y recursos con el enfermo.

Cobertura:

Cubriendo el mayor porcentaje de población posible.

Balance:

Los recursos empleados (costos) y los resultados obtenidos (efectividad) deben ser equilibrados.

Coordinado:

Conexión entre niveles rápida y fluida.



**Programa Coordinado
para la Atención
Domiciliaria al POT
en el Area XI**

**P. Pérez, V. Valentin, J. Rosa,
M. Ausejo, P. Corral**

Nº Registro 10257 / 1992

Programa Coordinado al POT



Premisa básica

El domicilio del paciente es el lugar mas adecuado para ser seguido, controlado, apoyado y tratado en la fase final de la enfermedad

- 60- 70% de los pacientes.
- 80% de los profesionales.
- 58% grado percibido bienestar bueno - muy bueno.

Programa Coordinado al POT

Objetivos sobre la unidad familiar:

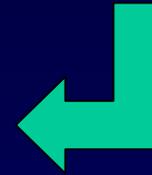
- Respetar la decisión del lugar donde morir
- Asegurar los cuidados paliativos en cualquier situación.
- Detección de problemas psicosociales y clínicos.
- Intentar contribuir a una muerte digna.
- Preparar y ayudar a la familia en el plano psicológico espiritual y material.
- Potenciar la formación continuada.



PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL

HOSP. "12 DE OCT"

OTROS
HOSPITALES



Fax Alta, HCO

ATENCION
PRIMARIA

Informe



CUIDADOS
PALIATIVOS



HOJA DE COMUNICACIÓN ONCOLOGICA

- **Datos de filiación del enfermo.**
- **Diagnóstico.**
- **Tratamiento médico.**
- **Cuidados de enfermería.**
- **Aspectos psicológicos.**
- **Familiar responsable del paciente.**
- **Consulta solicitada.**

Atención Primaria

Responsable del programa de AP
Responsable de farmacia de AP
Responsable del programa en los centros

Atención Especializada

Responsables de

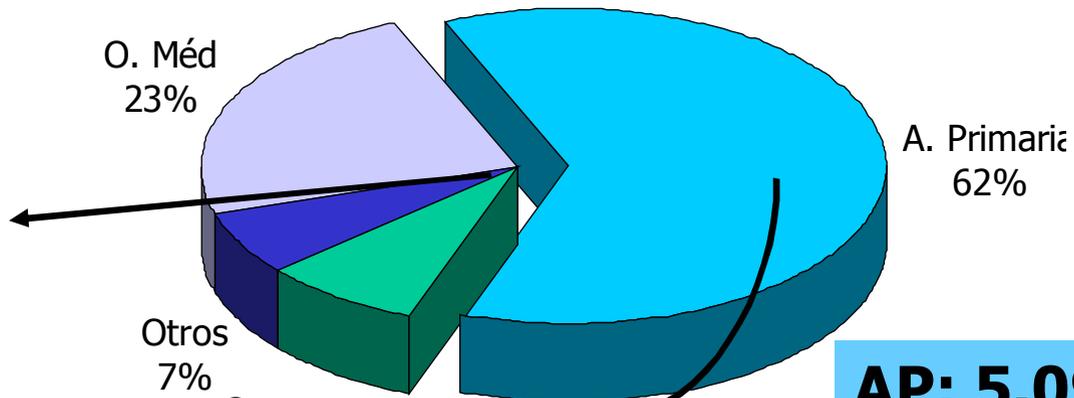
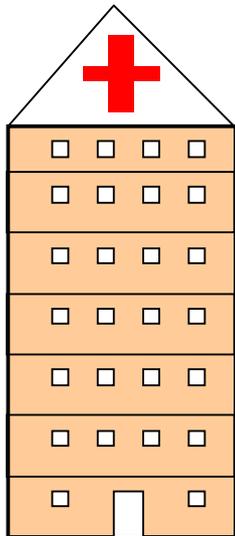
- oncología médica
- oncología radioterápica



Unidades de Soporte Domiciliario

Total pacientes 8.537

PROCEDENCIA

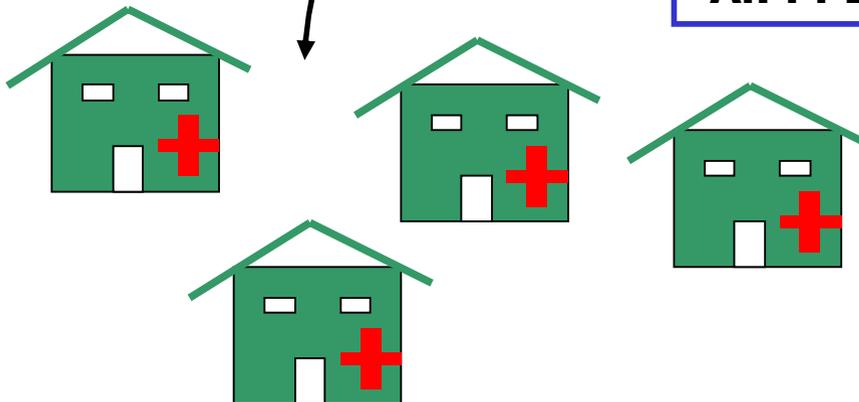


AP: 5.099

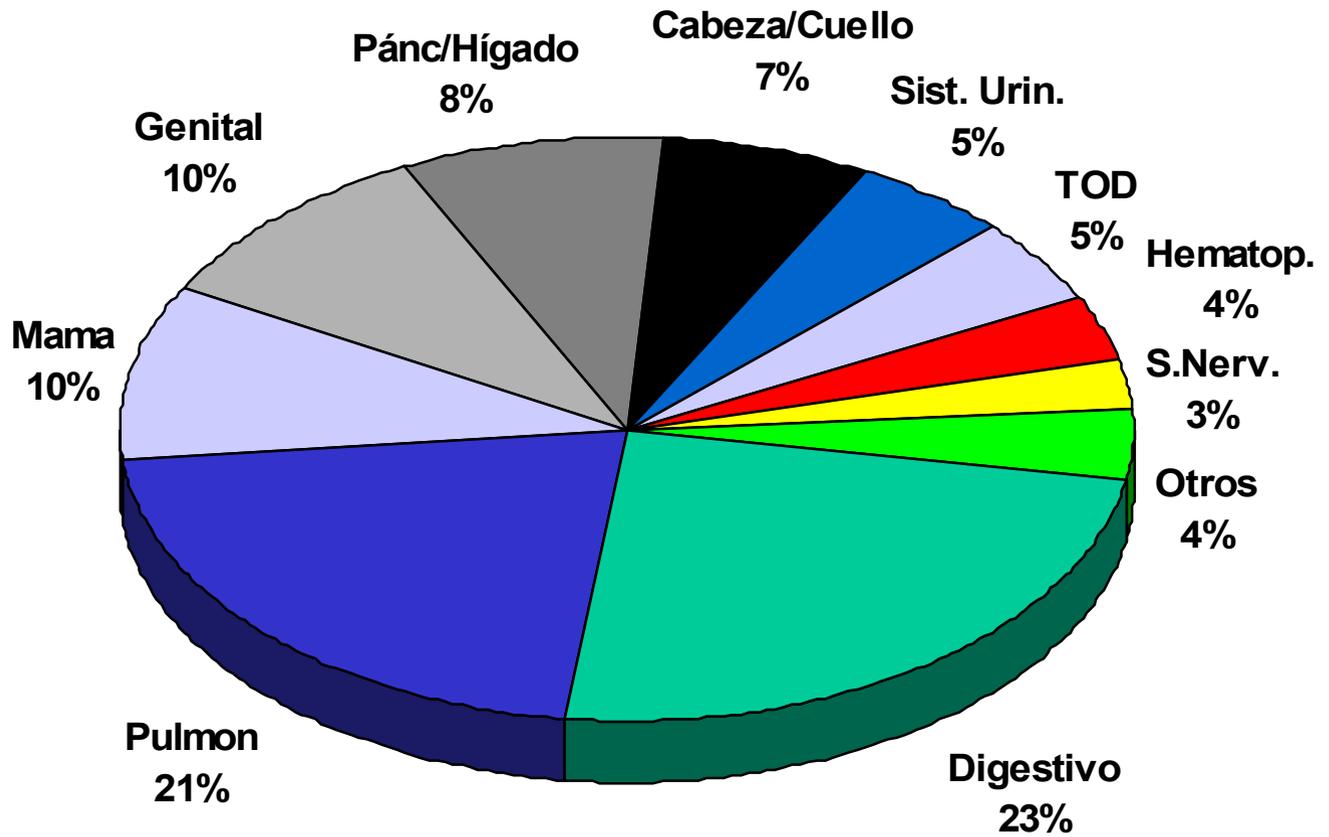
ESAD: 3.212
A.P. : 1.887

12 Oct: 2.175

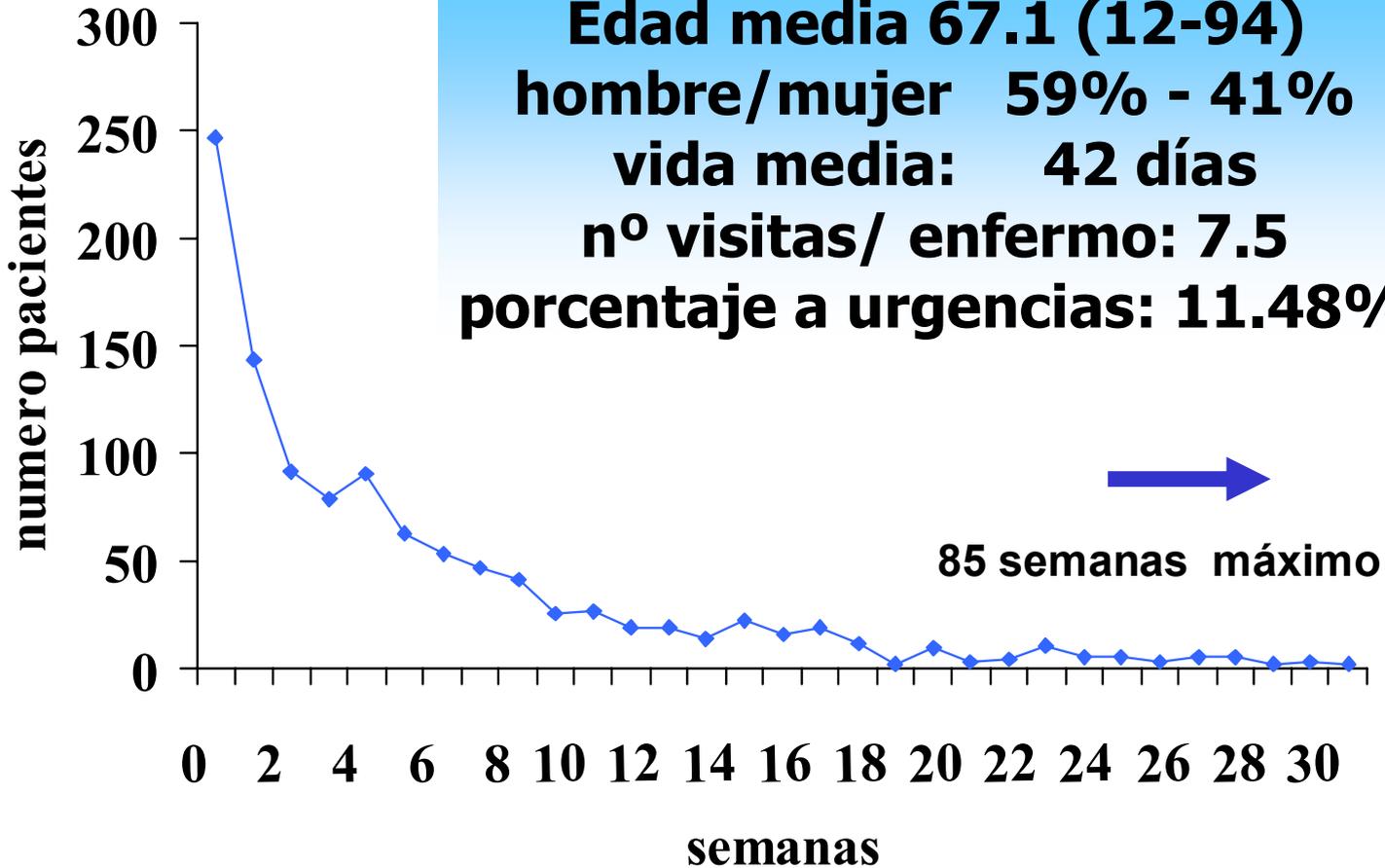
San Rafael 3.150
SEAR 365



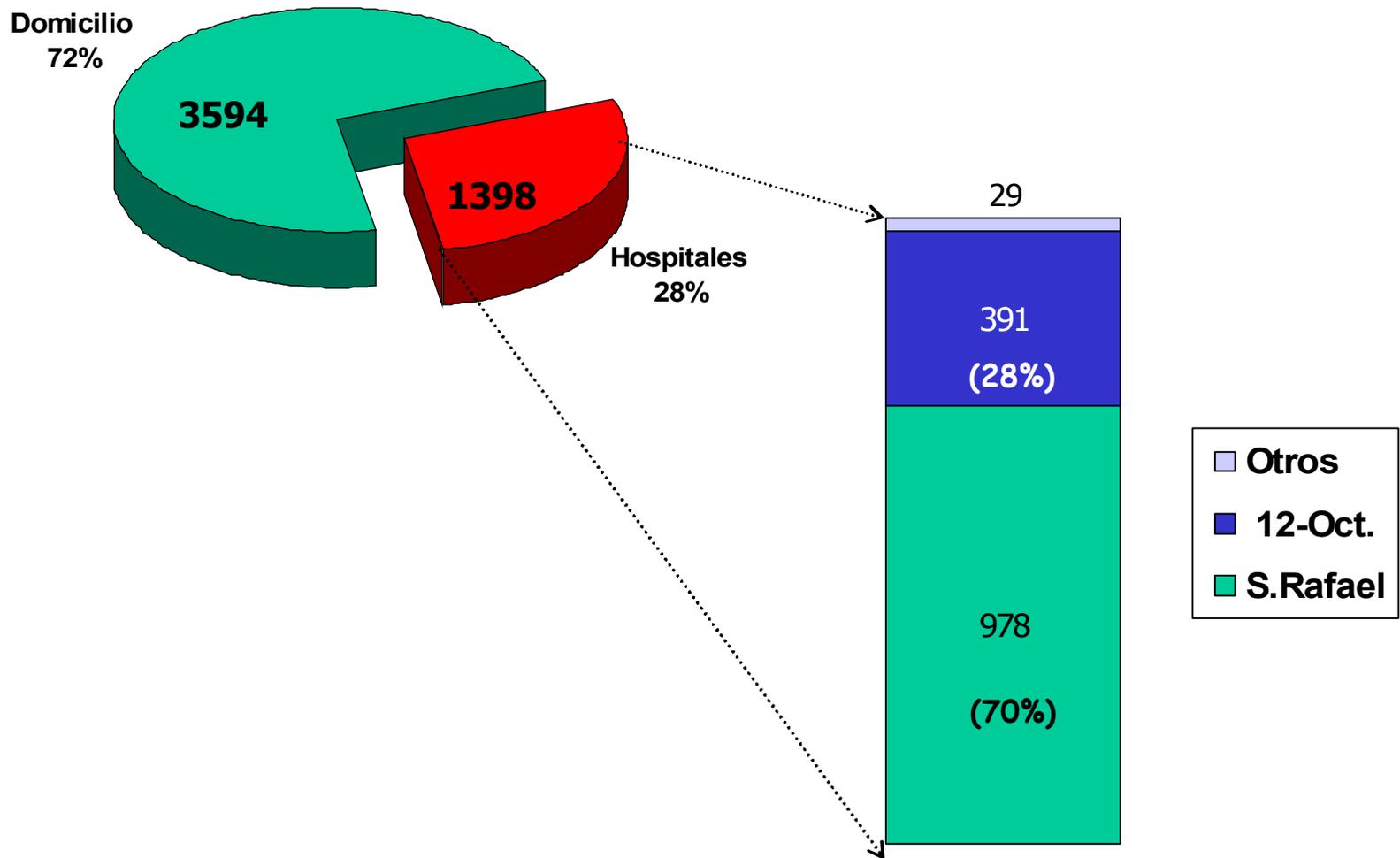
ORIGEN TUMOR



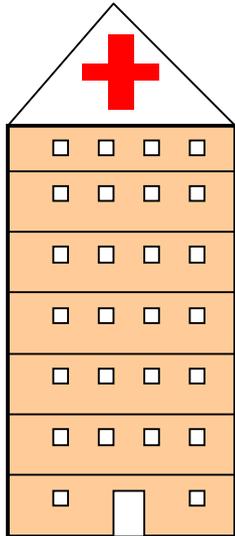
RESULTADOS



ÉXITUS PACIENTES EN DOMICILIO



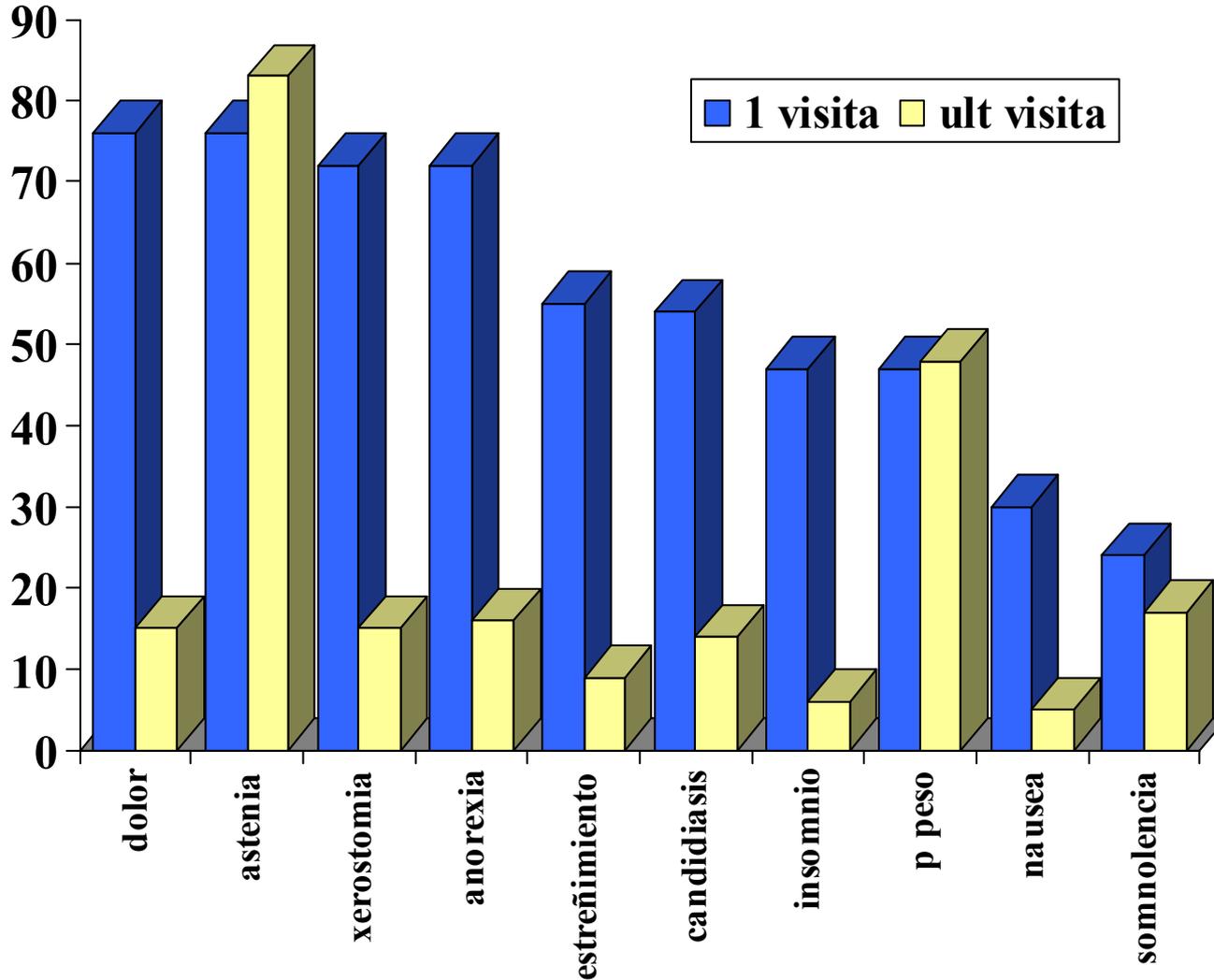
UCP San Rafael



Pacientes atendidos	3.150
nº ingresos	3.499
estancia media	14.7
total estancias	51.435
altas	23%
media ingresos /mes	25.7
hombre / mujer	60% / 40%
ingresos domicilio	48%
edad media	63 años
motivo de ingreso	
social	51%
clínico	49%

CONTROL DE SÍNTOMAS

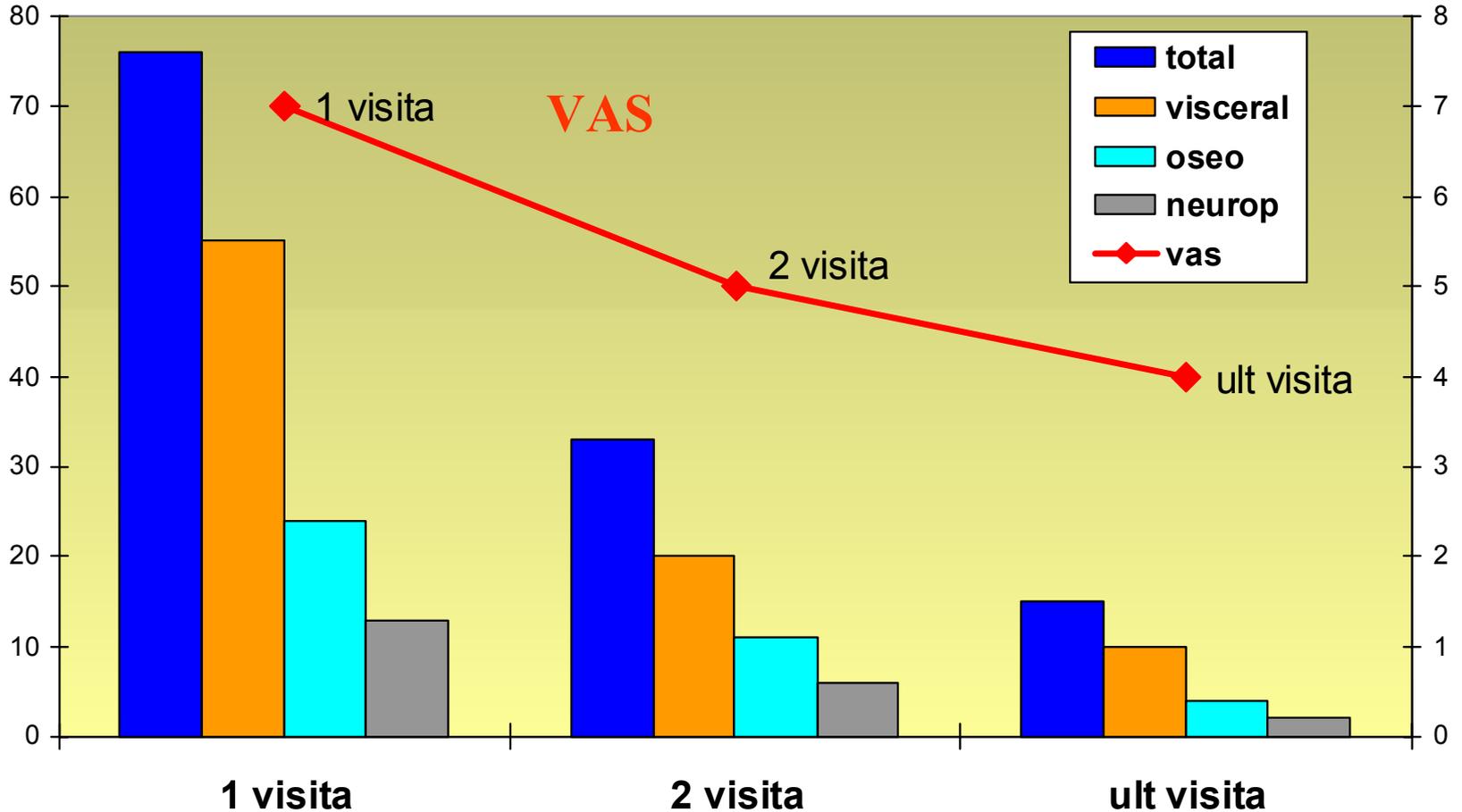
% de pacientes



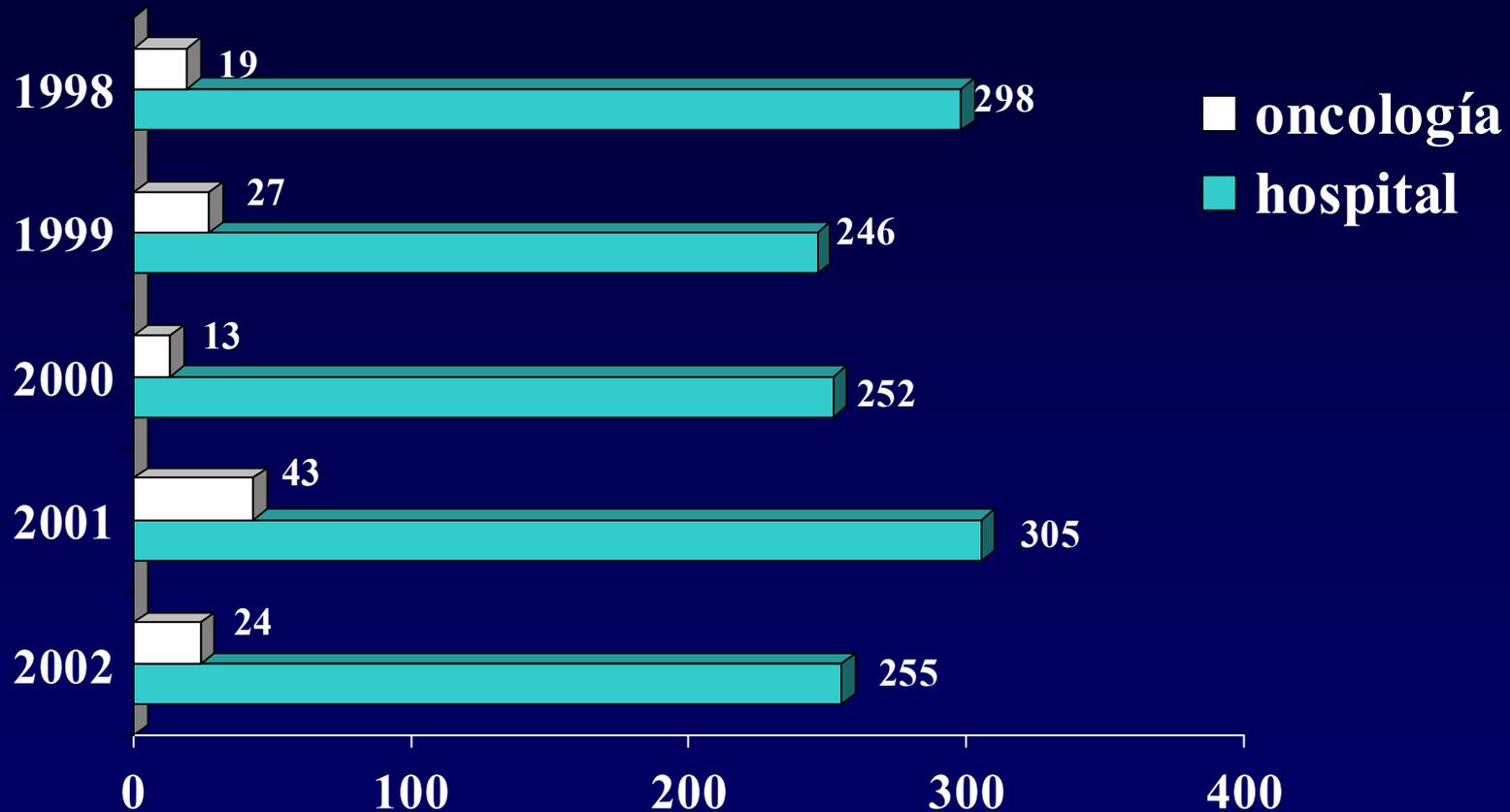
CONTROL DEL DOLOR

% Pacientes con dolor

VAS



Lugar de fallecimiento en el Hospital



Fuente: Servicio de Estadística. H.U. "12 de Octubre"

Costes anuales en pts de las dos unidades de soporte (1996)

Atención especializada:

Medicación general	883.419
infusores 5 días	4.234.472
infusores 24 horas	217.609
morfina y otros fármacos	195.029

Total año	6.530.520
Total mes	460.877

Atención primaria:

Servicios; luz, teléfono, papelería

Total año	915.000
Total mes	76.299

Gastos en personal:

Total año	11.000.000
-----------	------------

GASTO TOTAL DE LAS UNIDADES/MES 1.300.000

PROGRAMA COORDINADO AREA XI. MADRID

ACTIVIDADES NO ASISTENCIALES

• Seminarios a Atención Primaria	18
• Jornadas docentes con AP	15
• Seminarios a Atención especializada	10
• Cursos en la ENS	20
• Participación en cursos	50
• Publicaciones	46
• Comunicaciones a Congresos	80
• Mesas Redondas	27
<hr/>	
• Sesiones conjuntas AP+AE+US	30
• Rotación de médicos por las US	280
• Rotación de enfermeras por las US	260

Conclusiones

- La coordinación e integración de todos recursos sanitarios de AP y AE en un dispositivo único, aseguran la atención al Paciente Avanzado.
- El 72% de los pacientes incluidos en el Programa Coordinado fallecen en domicilio.
- Más del 80% de los pacientes fallecidos en domicilio, lo hacen en ausencia total de dolor y con un adecuado control sintomático.

Conclusiones

- La ubicación de las Unidades de Soporte debe ser en AP, lo que evita redes sanitarias paralelas y permite un trabajo coordinado.
- Las Unidades de Soporte consiguen el binomio eficacia/eficiencia a un bajo costo y permite la autofinanciación del programa.

Características del modelo de atención

- **Integral** cubriendo los aspectos clínicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Integrado** en la red asistencial del sistema sanitario.
- **Sectorizado** por áreas sanitarias.
- **Coordinado** entre AP, AE y las unidades de soporte.
- **Abierto** a la coordinación con otros recursos sociales.
- Formado equipos **interdisciplinarios y multiprofesionales.**