

autocontrol de su enfermedad y al mismo tiempo aumentan su productividad. Este tipo de visitas también ofrecen a los pacientes la oportunidad de interactuar, aprender y apoyarse en otros con enfermedades similares. Visitas de grupos exitosas necesitan equilibrio entre las necesidades de los pacientes, recursos disponibles, fortalezas del sistema y personal disponible en cada clínica. Idealmente, este modelo maximiza la utilización del médico al proveer los servicios por un equipo multidisciplinario que incluye entre otros, a enfermeras, farmacéuticos clínicos, nutricionistas y educadores. Tres medidas pueden mejorar con este sistema: el acceso a las visitas de atención médica, la educación de pacientes sobre su estado de salud o enfermedad y mejoría en las habilidades de autocontrol, generando cambios en el estilo de vida y comportamiento. Con una planificación adecuada las visitas en grupo pueden ampliar sus opciones para la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

6C. CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EN ESTADO TERMINAL. Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en Medicina Familiar, Profesor clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis. Estados Unidos de Norte América.

Los cuidados Paliativos en pacientes terminales involucran tomar en cuenta las necesidades psicológicas, físicas, sociales y prácticas de los pacientes y las personas que les cuidan. Logrando evaluar los síntomas y proporcionando apoyo a los pacientes, el médico puede prevenir o aliviar el sufrimiento al final de la vida. La presentación muestra las recomendaciones de como el médico familiar comunica las malas noticias bajo el modelo “centrado al paciente” priorizando la información en la cita, preparación, evaluación del paciente, determinación de las preferencias del paciente, presentación de la información, proveer apoyo emocional, discusión de opciones futuras, apoyo adicional y preferencias individuales. Dentro de esta última es importante tomar en cuenta la diversidad de culturas y el médico considere como el paciente desea manejar la información, toma de decisiones, participación de miembros de la familia entre otros. Un dato importante de señalar serán los diferentes papeles que el médico adopta de acuerdo al estadio de la enfermedad desde cómo dar malas noticias, pronóstico, y coordinación de cuidado. Como médicos además debemos tener discreción en frases que deben ser evitadas en uso durante conversaciones con pacientes en estado terminal ya que la interpretación puede ser percibida diferente por el paciente. Se discutirá las recomendaciones actuales del

Colegio Americano de Médicos (ACP, American College of Physicians) en cómo mejorar el cuidado paliativo en pacientes terminales enfocándose en el manejo del dolor, la dificultad respiratoria, depresión y el planear los cuidados de avance. Otros temas de importancia son la nutrición, terapias alternativas y cuidados espirituales.

7C. EL HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE.

Dr. Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

El modelo de El Hogar Médico Centrado en el Paciente se enfoca en proveer atenciones primarias comprensivas y coordinadas para niños, adolescentes y adultos bajo un mismo techo, en el contexto de la familia y comunidad. Es un sistema de práctica médica que facilita la colaboración entre pacientes, sus médicos, los equipos proveedores de salud y las familias. Los pacientes desean comunicación oportuna con cortesía y claridad, y relaciones personales con médicos que los conocen, que crean confianza en las recomendaciones e incentivan a participar activamente en sus cuidados de salud. El modelo se centra en cuatro áreas: 1) Cuidados de calidad. Incluye: iniciativas de mejoría de calidad, atenciones en base a estratificación de riesgos, protección del paciente y coordinación de cuidados; 2) Cuidados centrados en el paciente. Incluye: satisfacción en los servicios, mejor acceso, toma de decisiones compartidas e incentivos para autocontrol de salud; 3) Tecnología informática en salud. Incluye: adopción de la historia clínica electrónica y herramientas de soporte para decisiones clínicas basadas en evidencia; 4) Organización de la práctica médica. Incluye: receptividad al cambio, soporte financiero y de personal. La implementación de este modelo en los EE.UU. ha demostrado reducciones en las visitas anuales a especialistas, visitas a las emergencias y hospitalizaciones; mejor utilización de exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas; y disminución en los gastos en salud. Sin embargo, los esfuerzos se han centrado principalmente en cambios en la infraestructura y financiamiento, con menos atención al impacto a los pacientes a un nivel personal. El modelo todavía no ha demostrado mejoría en las medidas de calidad de atención, resultados en salud y satisfacción de los pacientes. Los ahorros en los sistemas de salud no se han traducido a las prácticas individuales y por lo tanto la adopción de este modelo ha sido lenta y desigual.