



31 CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA

**GALICIA. LIDERANDO  
LA LONGEVIDAD EUROPEA.  
OPORTUNIDADES Y RETOS.**

27, 28 Y 29 JUNIO 2019  
PAZO DA CULTURA  
PONTEVEDRA

Organiza:



[congreso.sgxx.org](http://congreso.sgxx.org)

## **“ATENCIÓN PALIATIVA GERIÁTRICA”**



Jeff Clow

# ***SOBRE EL SUFRIMIENTO...***



***SOBREDOSIS DE HUMANIDAD***  
*Kelly Alicia San Martín Durán, Chile*



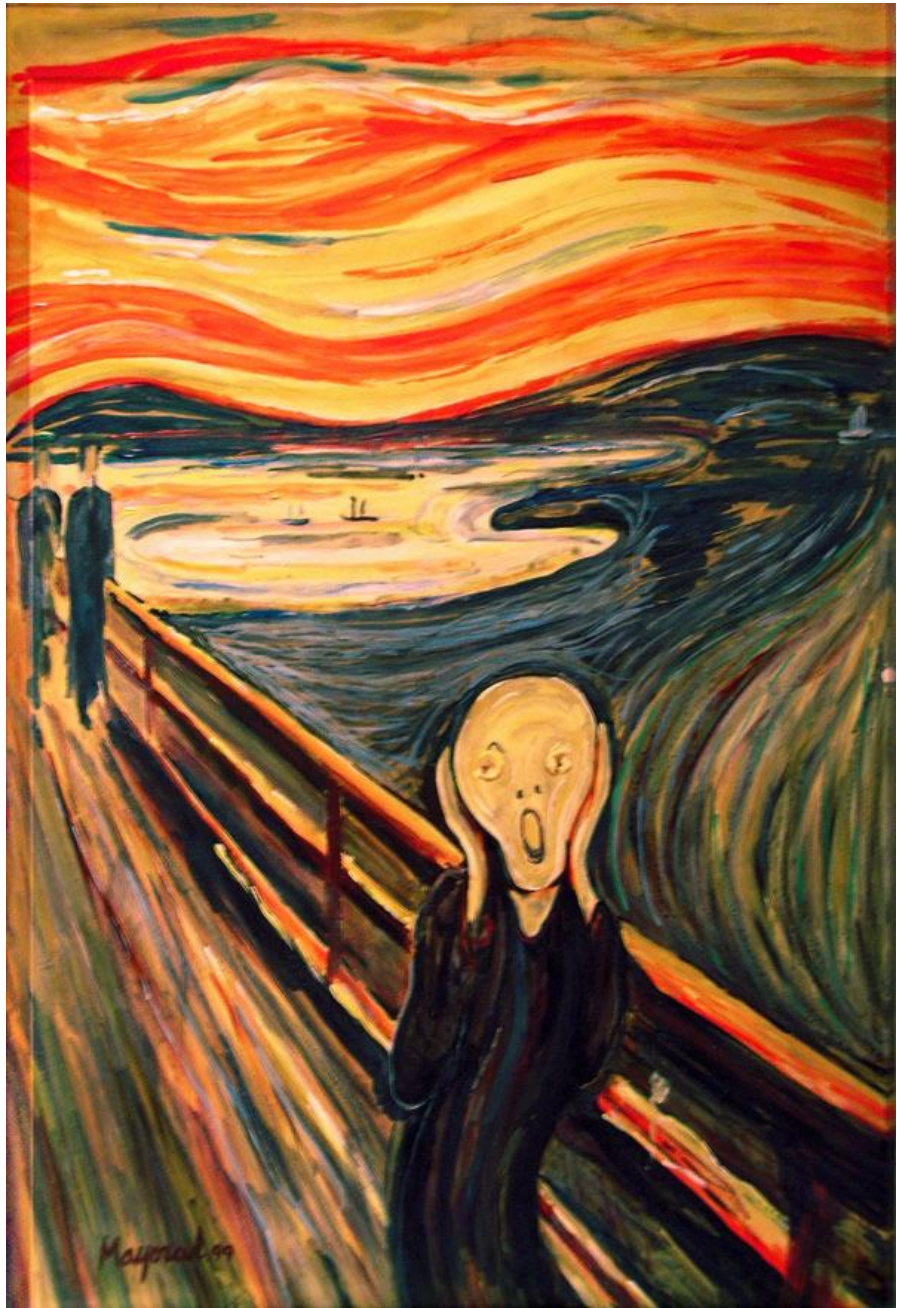
## **CUIDADOS PALIATIVOS**

**¿De qué estamos hablando?**







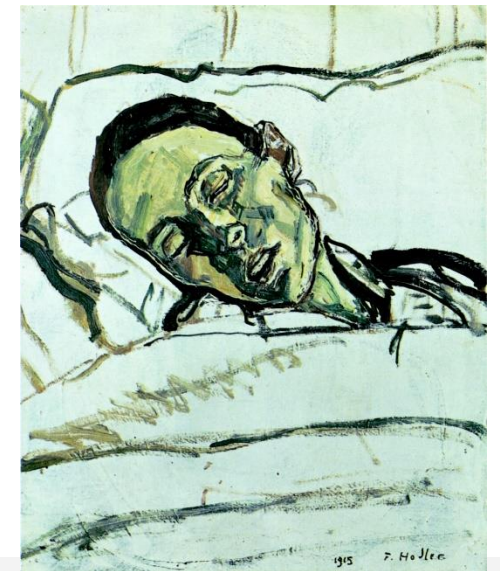
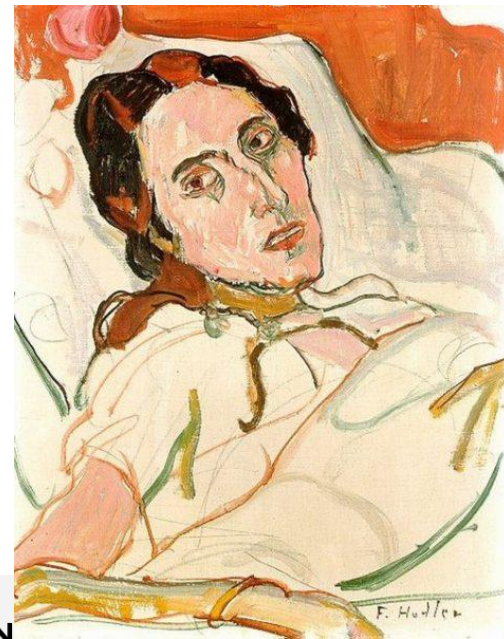
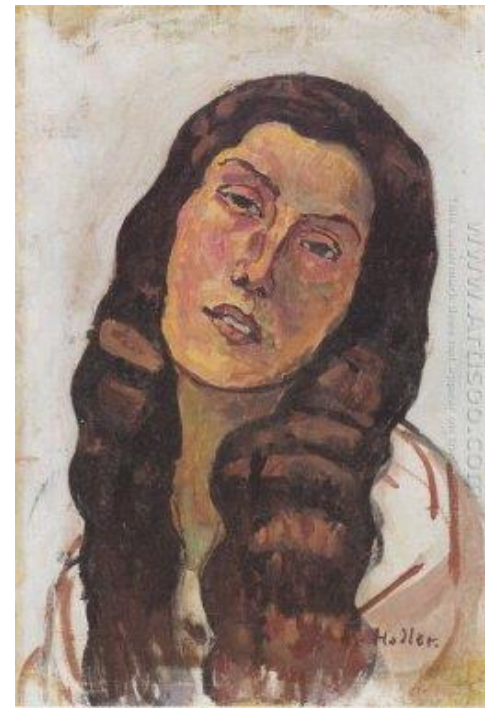
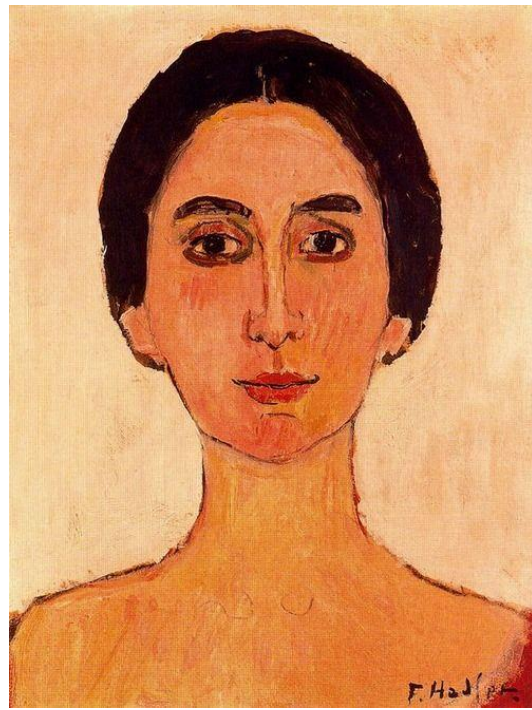












ATION



**SOLEDAD**

**MIEDOS**

**CANSANCIO**

**DEBILIDAD**

**SUFRIMIENTO**

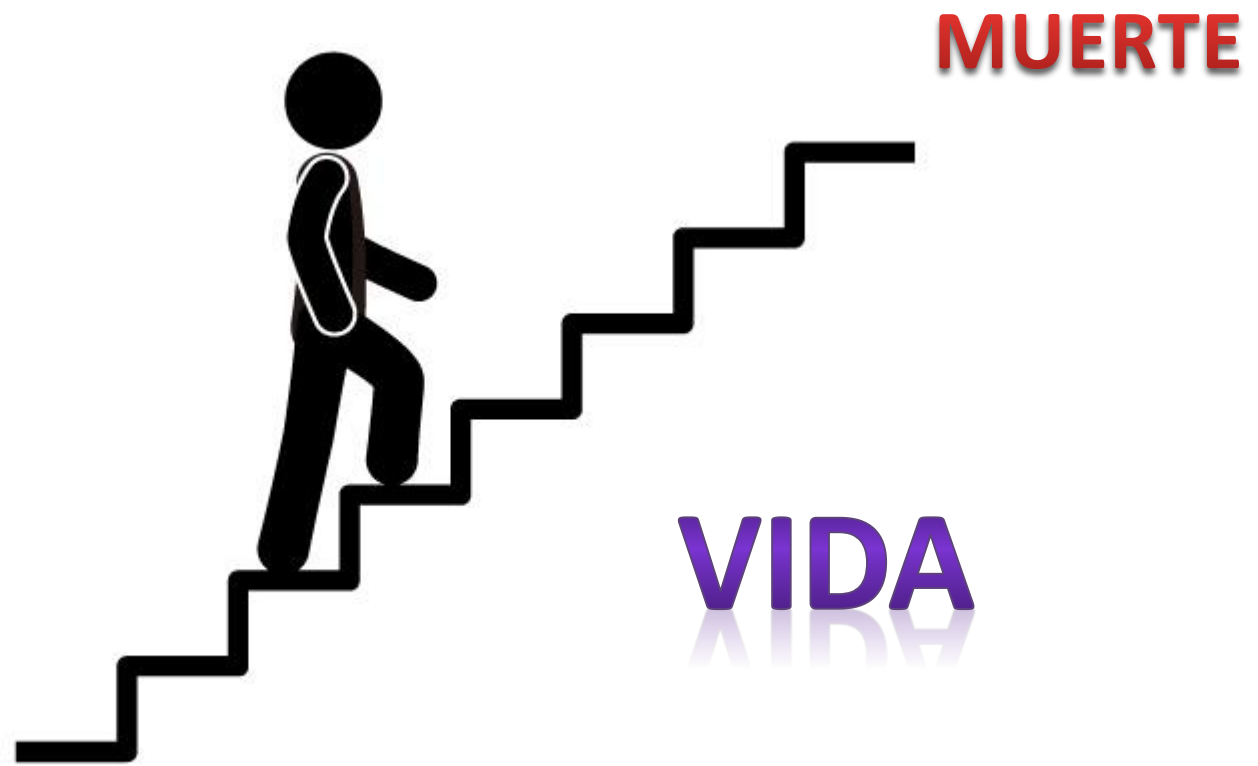
**INCERTIDUMBRE**

**ANGUSTIA**

**DEPENDENCIA**



**DIAGNÓSTICO  
PRONÓSTICO**



**MUERTE**

**VIDA**



**SOCIEDAD**  
**FAMILIA**  
**PROFESIONALES**  
**MUERTE**



**VIDA**

**DIAGNÓSTICO**  
**PRONÓSTICO**





**SOCIEDAD**  
**FAMILIA**  
**PROFESIONALES**



**MUERTE**

**VIDA**

**DIAGNÓSTICO**  
**PRONÓSTICO**



**¿Qué son los Cuidados Paliativos?**



**CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR**

ó

***“CÓMO DAR VIDA EN EL  
FINAL DE VIDA”***

**SALUD POR LA VIDA**

*Katia Ninoska Echegaray Castro, Perú*





## **DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Asistencia **activa, holística**, de personas de **todas las edades** con **sufrimiento severo** relacionado con la salud debido a una **enfermedad grave**, y **especialmente de quienes están cerca del final de la vida**.

Su objetivo es **mejorar la calidad de vida** de los **pacientes**, sus **familias** y sus **cuidadores**.

***JUNTOS SOMOS UN EQUIPO CONTRA EL DOLOR***  
***Katia Ninoska EcheGARAY Castro. Perú***

*IAHP . Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston,TX: The International Association for Hospice and Palliative Care.  
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-paliative-care/definition>.*



Incluyen prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de problemas físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales.

Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia.

**UNA CONSULTA, TODAS LAS CONSULTAS**  
*Melissa Cid, Argentina*

**ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL Y ESPIRITUAL**

*IAHP . Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston,TX: The International Association for Hospice and Palliative Care.  
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-paliative-care/definition>.*



Brindan apoyo a los pacientes para ayudarlos a vivir lo mejor posible hasta la muerte, facilitando la comunicación efectiva, ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia.

**INFORMACIÓN**

**COMUNICACIÓN**

**TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS**

*IAHP . Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston,TX: The International Association for Hospice and Palliative Care.  
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-paliative-care/definition>.*





**Son aplicables durante el transcurso de la enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente.**

**Se proporcionan conjuntamente con tratamientos que modifican la enfermedad, siempre que sea necesario.**

**Pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.**

## **ATENCIÓN TEMPRANA Y SINCRÓNICA**



**Armonía.**

**Miguel Alfonso Gomez Medrano.**

**El Salvador**

**PACIENTE/FAMILIA/COMUNIDAD**

**No pretenden acelerar ni posponer la muerte, afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.**

**Brindan apoyo a la familia y a los cuidadores durante la enfermedad de los pacientes y durante su propio duelo.**

**Se proveen reconociendo y respetando los valores y creencias culturales del paciente y de la familia.**

*IAHP . Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston,TX: The International Association for Hospice and Palliative Care.  
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-paliative-care/definition>.*



**Son aplicables en todos los ambientes de atención médica (sitio de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario).**

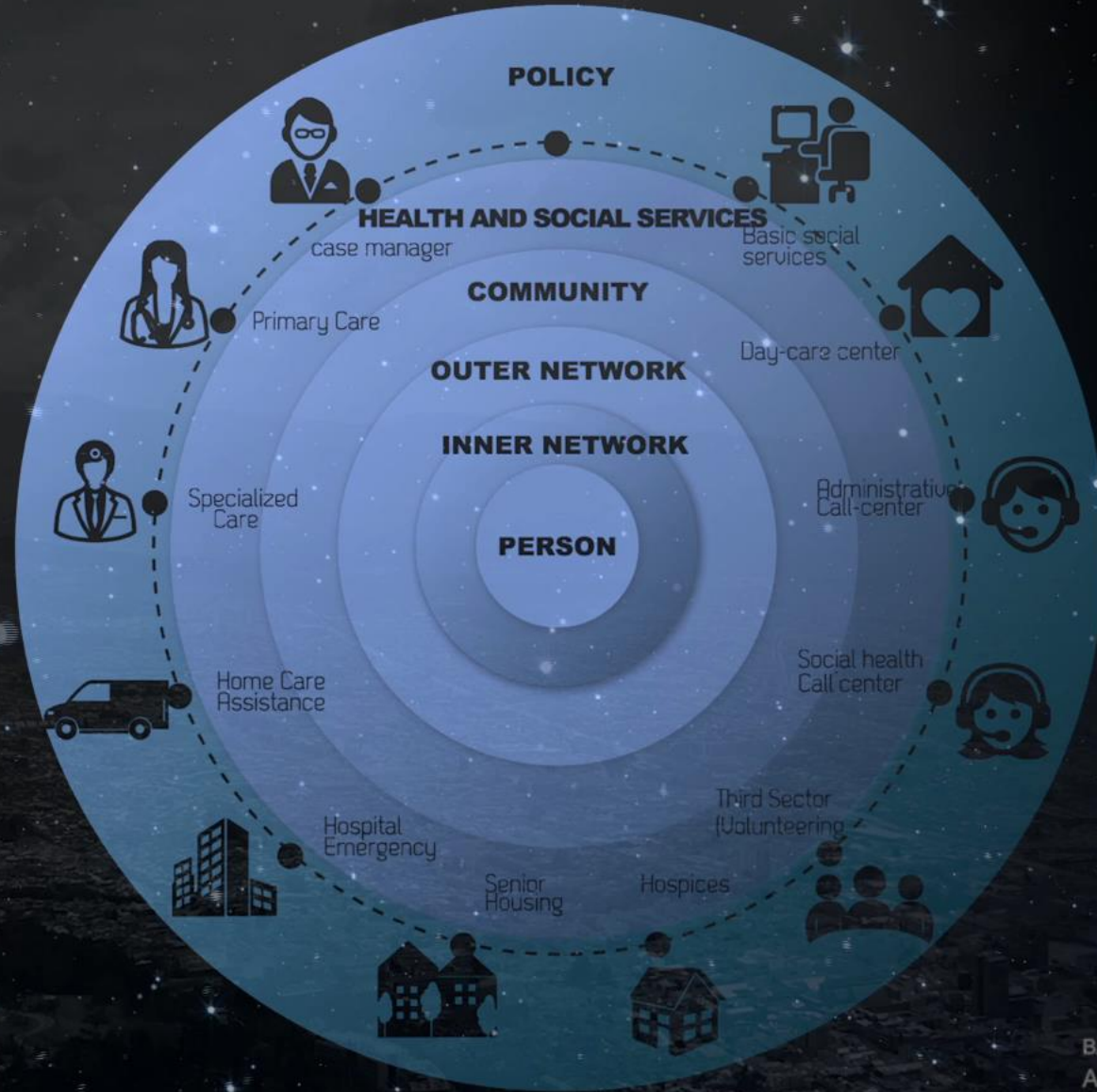
**Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos.**

**Requieren cuidados paliativos especializados con un equipo multiprofesional para la derivación de casos complejos.**

## **ATENCIÓN COMPARTIDA Y CONTINUADA**

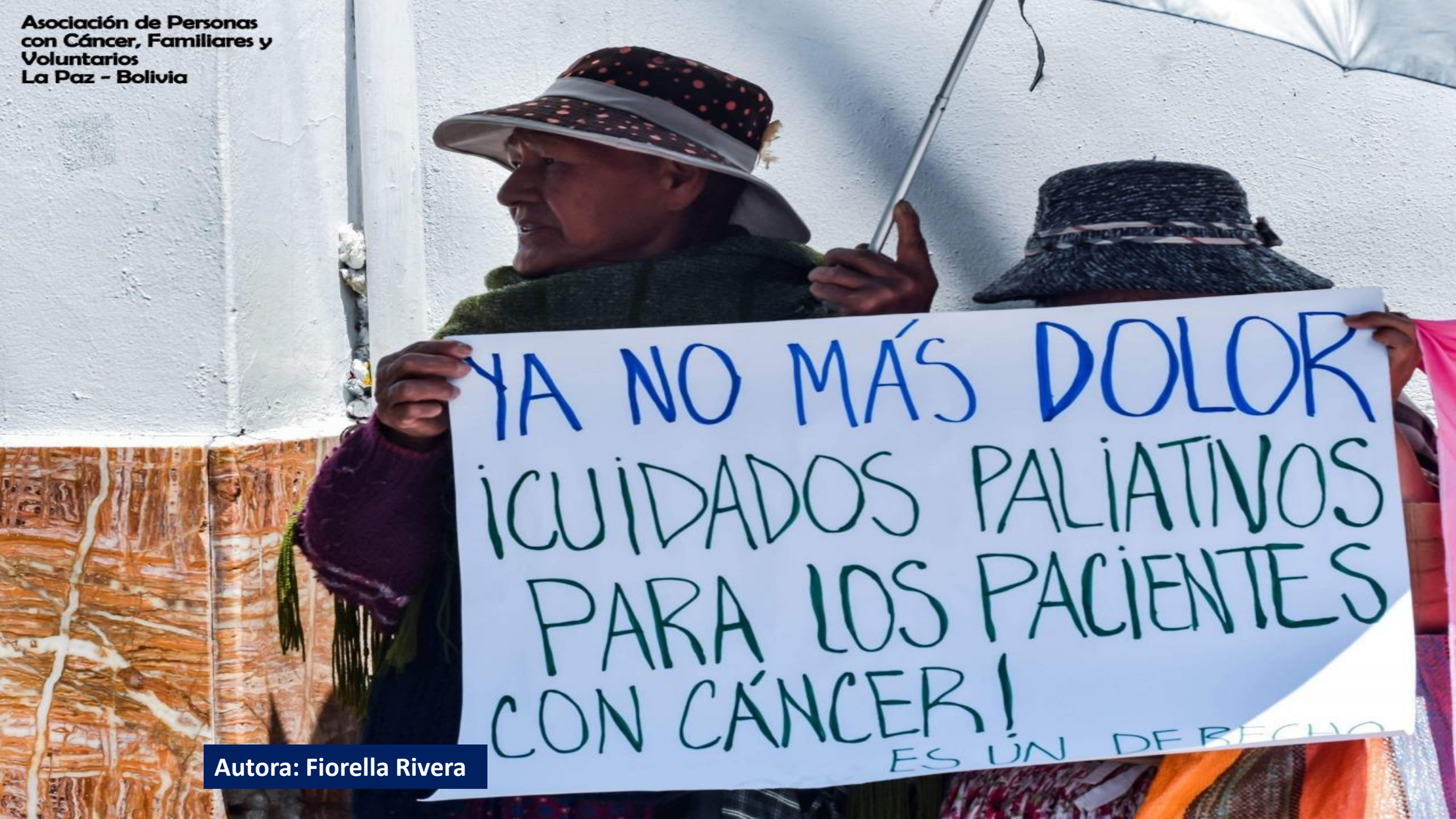
*IAHP . Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston,TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>.*





BASED ON:  
 ABEL J. CIRCLES OF CARE





YA NO MÁS DOLOR  
CUIDADOS PALIATIVOS  
PARA LOS PACIENTES  
CON CÁNCER!  
ES UN DERECHO



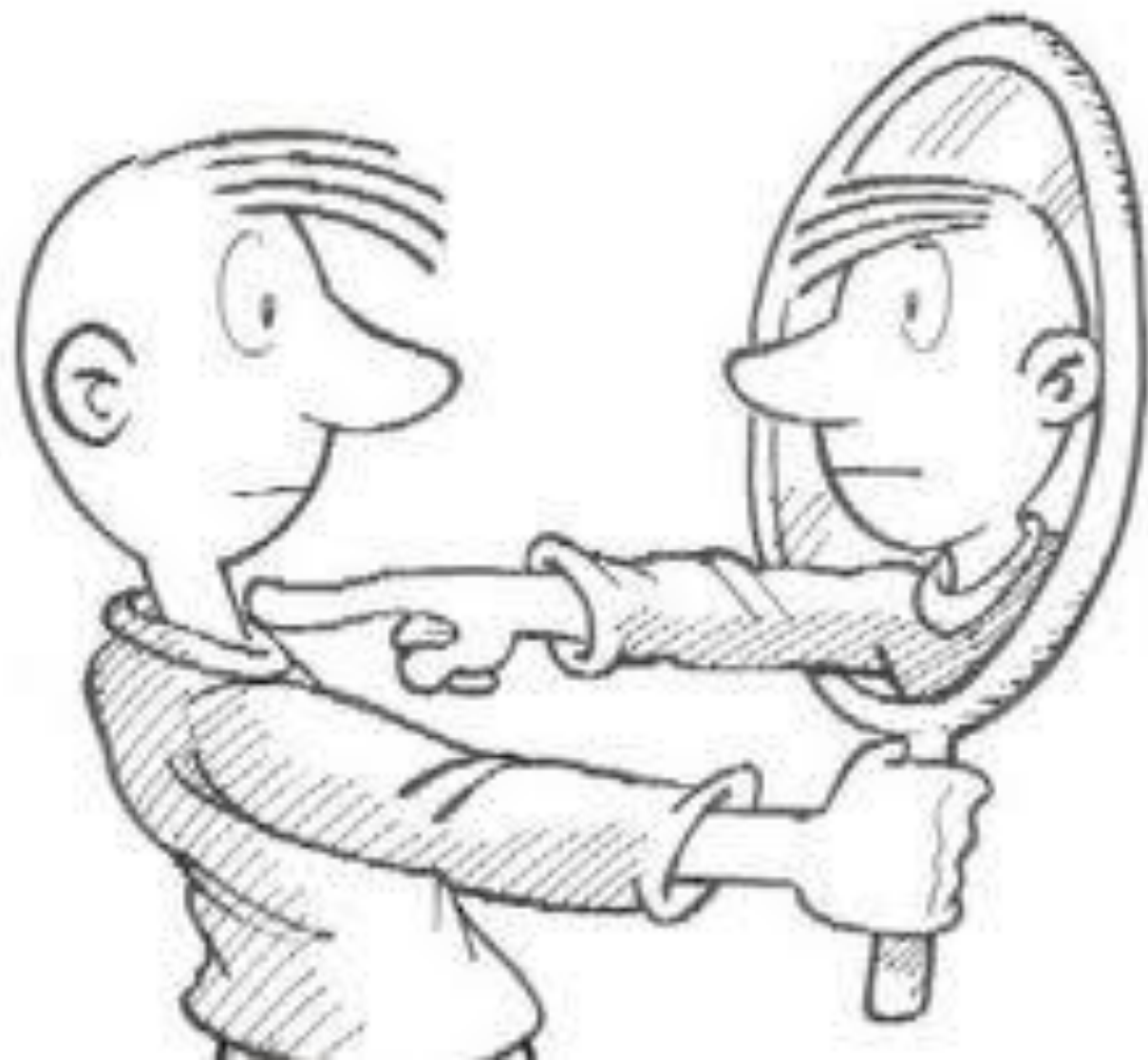


## **El Estigma de los Cuidados Paliativos**



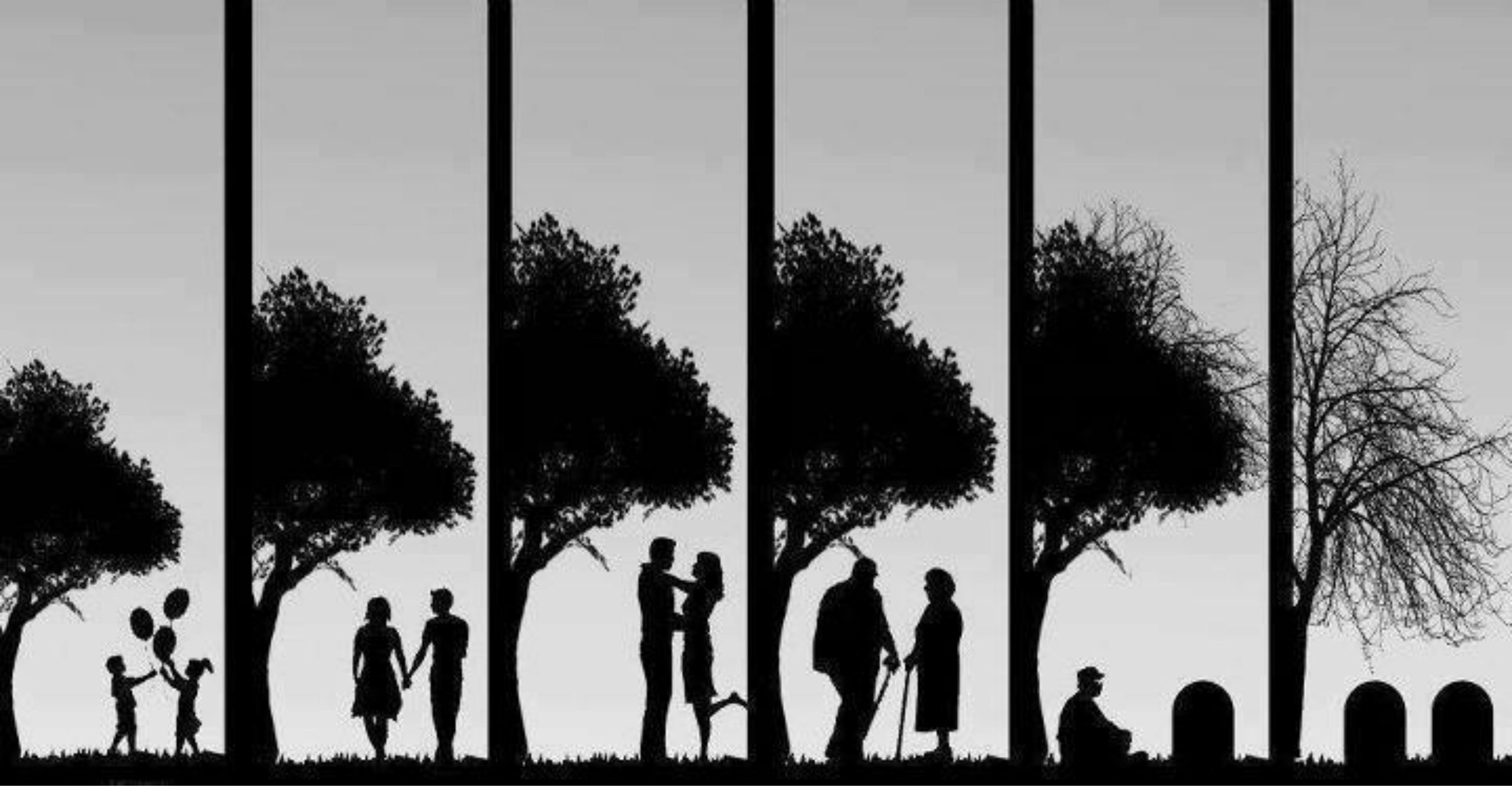
**“¿Cuidados Paliativos?” ...**

***“Eso es como tirar la toalla”***









# INNOVACIONES CONCEPTUALES EN LA ATENCIÓN PALIATIVA DEL SIGLO XXI

Desde...

**Enfermedad Terminal (Cáncer)**

**Pronóstico < 3-6 meses vs Atención en el último mes de vida**

**Dicotomía Curativa vs Paliativa (Tratamiento específico ó paliativo)**

**Respuesta pasiva a crisis**

**Patologías Crónicas Avanzadas y Evolutivas**

**Intervención precoz en función de las NECESIDADES**

**Atención sincrónica, compartida y combinada (Tto específico y paliativo conjuntamente)**

**Actitud proactiva-preventiva y Gestión de casos**

Hacia...



# INNOVACIONES CONCEPTUALES EN LA ATENCIÓN PALIATIVA DEL SIGLO XXI

Desde...

**Atención  
Fragmentada**

**Rol pasivo del  
enfermo**

**Cuidados  
Paliativos**

**Atención  
Coordinada,  
integrada y  
compartida**

**Autonomía  
del paciente:  
Planificación  
de  
decisiones  
anticipadas**

**Atención ó  
Cuidados  
Continuados  
de Soporte**

Hacia...





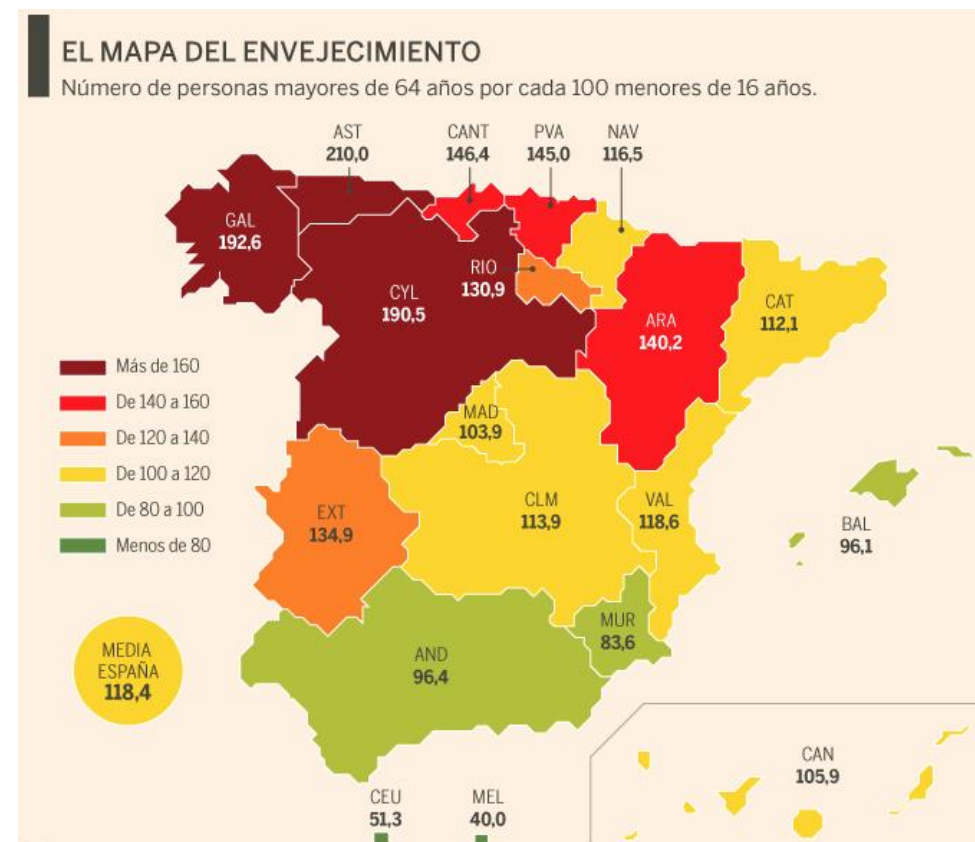
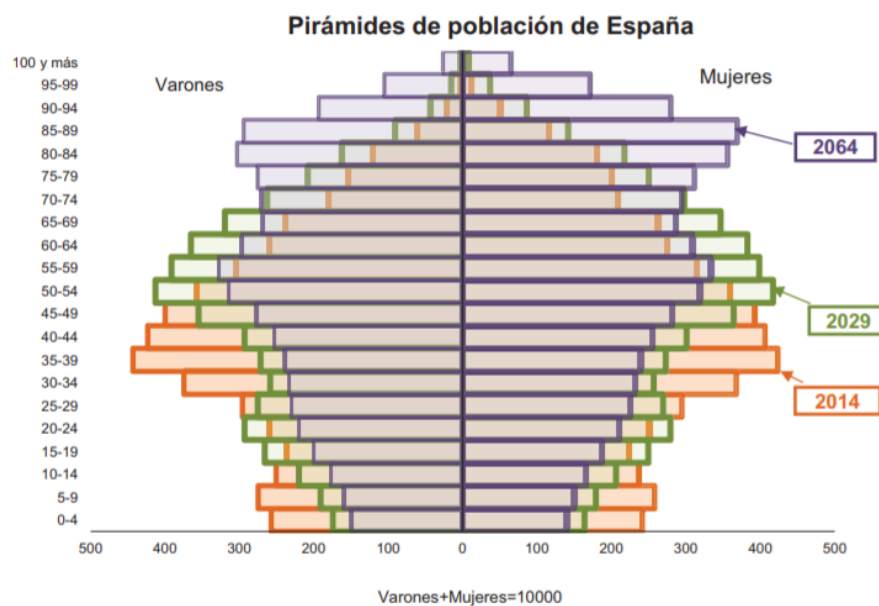
**¿Cuál es la magnitud del problema?**

# ENVEJECIMIENTO - ESPAÑA



Año 2017:

- 8.764.204 personas mayores (65 y más años)
- 18,8% del total de la población (46.572.132)



España envejece. CSIC. 2018.





## Magnitud del problema

- Entre el 60-75% de las personas en países con medio y/o alto nivel de desarrollo mueren a consecuencia de procesos crónicos evolutivos.
- Tres de cada cuatro muertes se producen por la progresión de uno o más problemas crónicos de salud.
- Las enfermedades crónicas afectan a alrededor de un 5% de la población.
- Entre un 1%-1,5% de la población padece de Enfermedades Crónicas Complejas en Fase Avanzada con altas necesidades de cuidados.

**DETRÁS DE CADA CIFRA SIEMPRE HAY UNA PERSONA**

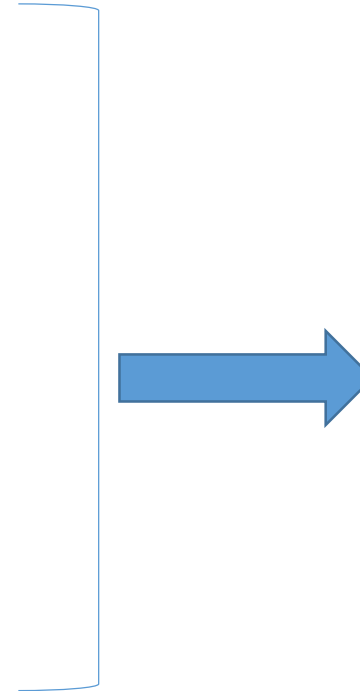


## Magnitud del problema

- Servicios Hospitalarios centrados en patologías agudas.
- Ocupación del 25%-40% camas hospitalarias.
- **Entre el 40%-70% de personas en Centros Residenciales.**
- Falta de Coordinación entre niveles (AP/AE/CSS).
- Falta de Coordinación entre Servicios Sanitarios y Sociales.
- Desconexión de Recursos (Administraciones Públicas/Privadas/ONGs).
- Mayor demanda de asistencia.
- Pluripatología/Comorbilidad/Complejidad.
- Elevado Coste.
- Ausencia de la Comunidad.

# COMPLEJIDAD CLÍNICA

- ❑ MULTIMORBILIDAD
- ❑ INCERTIDUMBRE CLÍNICA
- ❑ DIFICULTAD EN LA TOMA DE DECISIONES
- ❑ GRAVEDAD
- ❑ USO INADECUADO DE RECURSOS
- ❑ CONDICIONES SOCIALES
- ❑ DEPENDENCIA
- ❑ FRAGILIDAD



**CONCURRENCIA**

**La complejidad reside tanto en el propio perfil de necesidades de la persona como en la dificultad de darle una respuesta adecuada**



# BMJ Supportive & Palliative Care

**Identificación y mejora atención de personas con enfermedades crónicas avanzadas en servicios de salud y sociales: El Proyecto NECPAL**

*Prof Xavier Gómez- Batiste, MD, PhD*

*Director,*

*Observatorio 'Qualy'*

**Centro Colaborador OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. ICO**

**Cátedra ICO/UVIC de Cuidados Paliativos, Universitat de Vic**



Enfermedad / condición / insuficiencia crónicas	N (+/- 10%)
Fragilidad severa / S geriátricos y/o multimorbilidad	460
Demencia	330
Cáncer	190
Cardiaca	150
Respiratoria	85
Neurológica	85
Renal	4
Hepática	26
Otras	40
<b>Total</b>	<b>1.500</b>

Aumento de la esperanza de vida

Envejecimiento de la población

Enfermedad crónica

Pérdida de funcionalidad

Discapacidad

Dependencia

Pluripatología

CONSECUENCIAS

AUMENTO DE LA NECESIDAD Y LA CARGA DE CUIDADOS

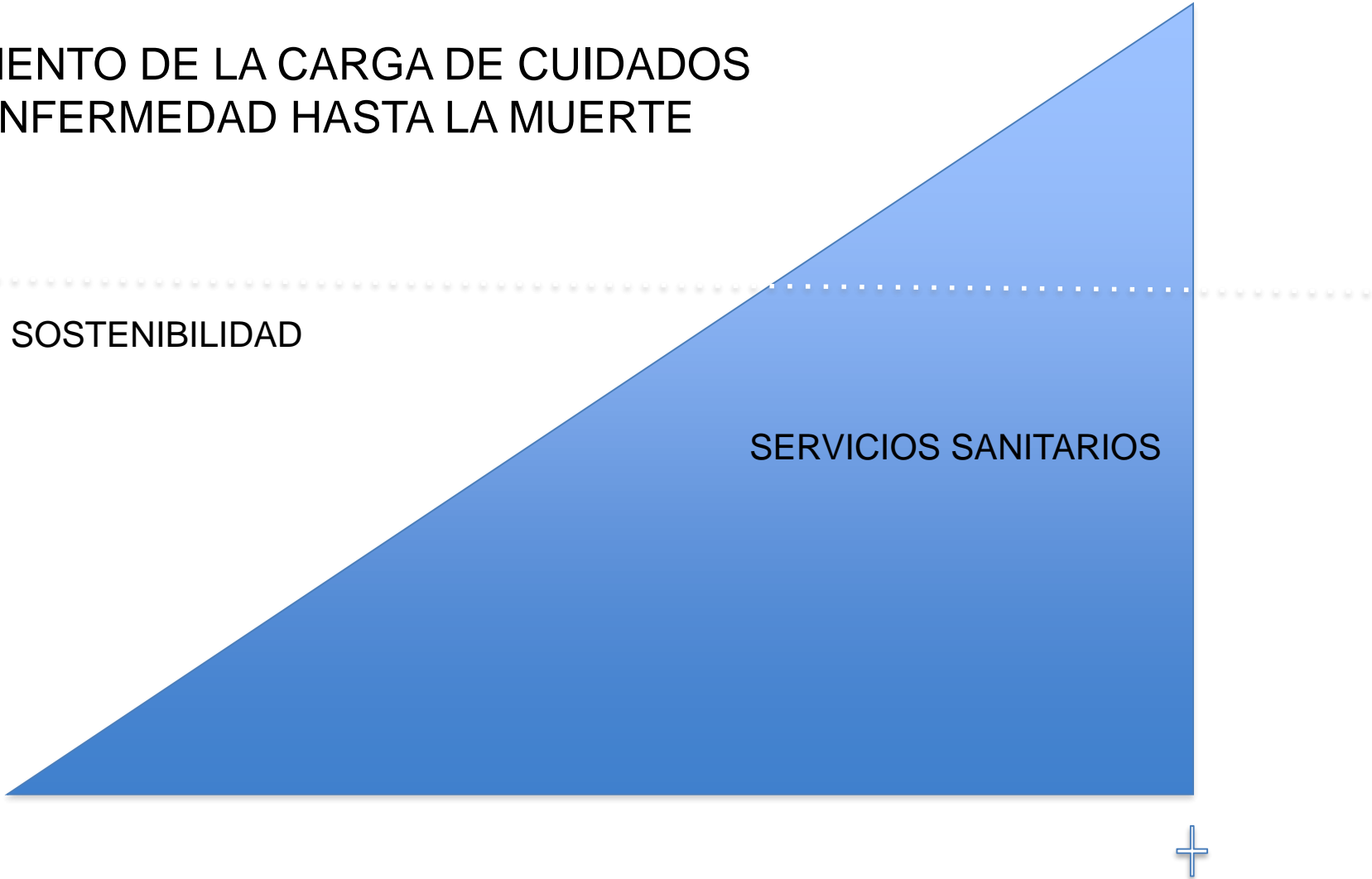
ATENCIÓN NO AJUSTADA A LAS NECESIDADES REALES

MAYOR CONSUMO HOSPITALARIO

NECESIDADES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS, PSÍQUICAS, EMOCIONALES Y ESPIRITUALES



# INCREMENTO DE LA CARGA DE CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD HASTA LA MUERTE





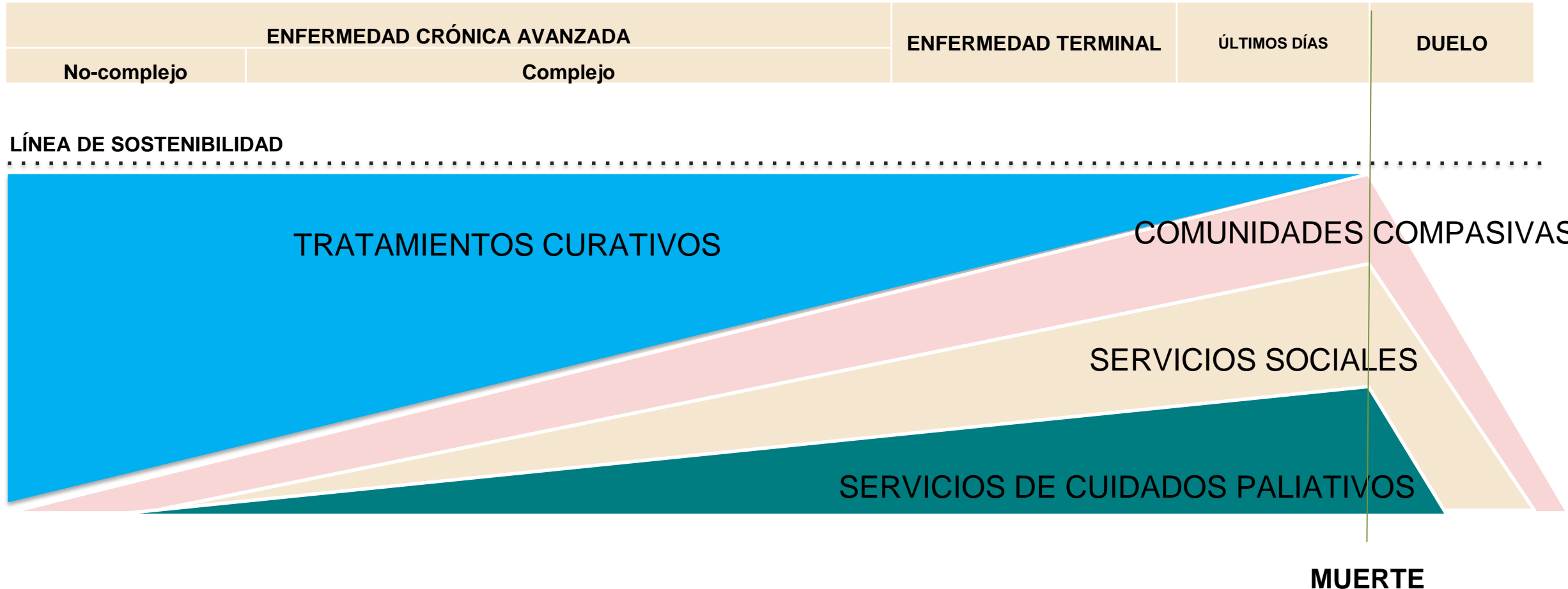
# EL MODELO INADECUADO Y MÁS EXTENDIDO



# EL MODELO CLÁSICO (AÚN INALCANZADO)

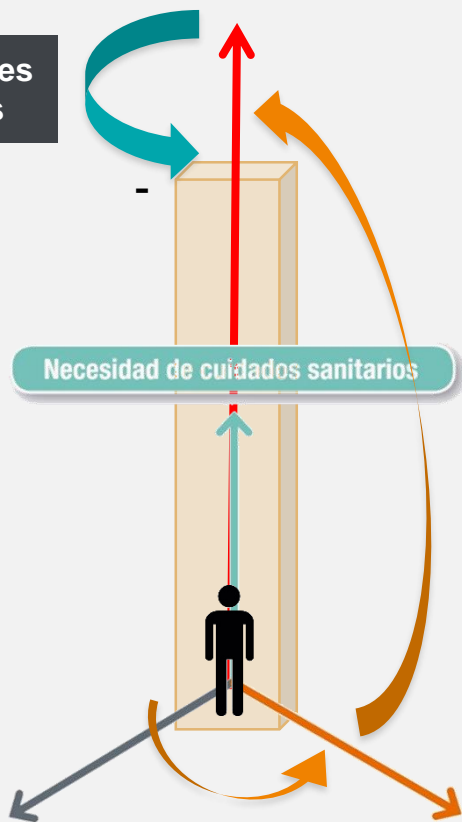


# MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA





Ahorro costes sanitarios



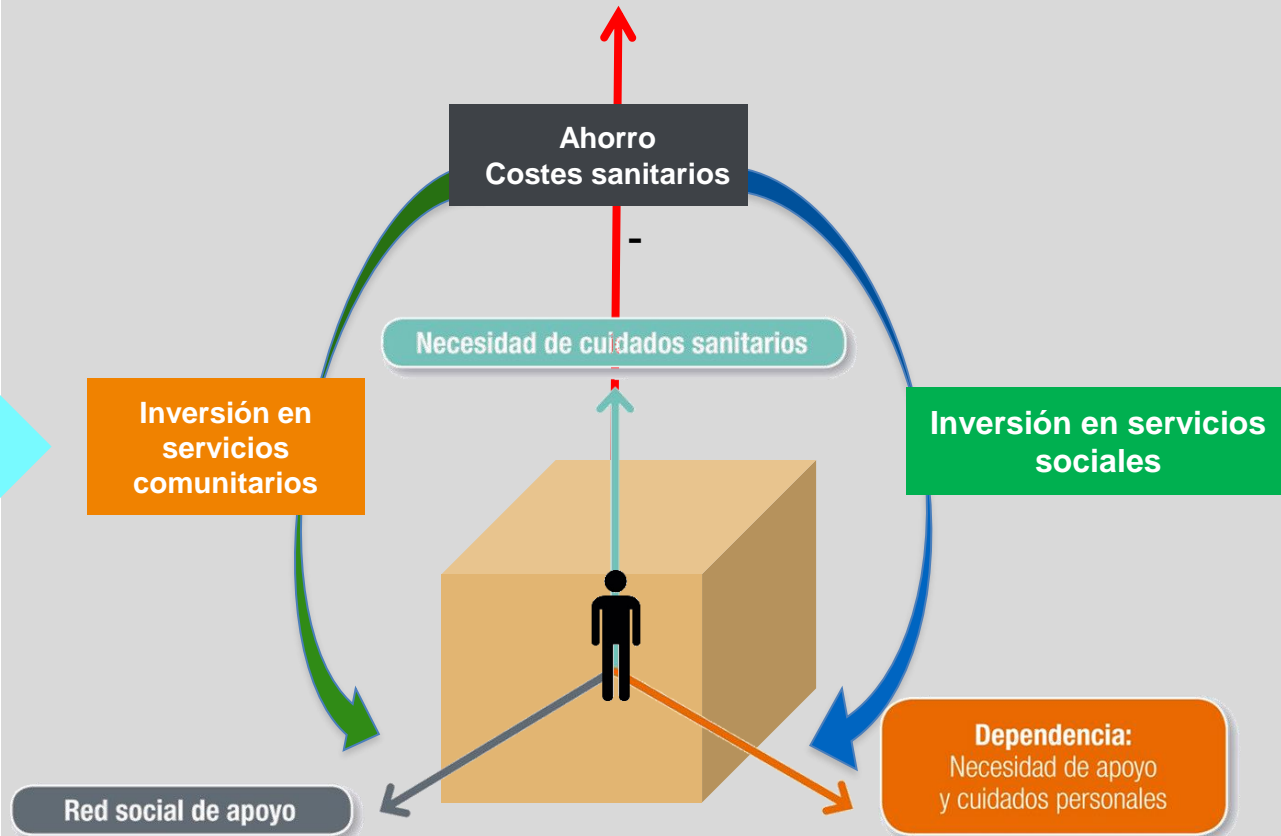
Necesidad de cuidados sanitarios

Red social de apoyo

Dependencia:  
Necesidad de apoyo  
y cuidados personales



Ahorro Costes sanitarios



Necesidad de cuidados sanitarios

Inversión en servicios comunitarios

Inversión en servicios sociales

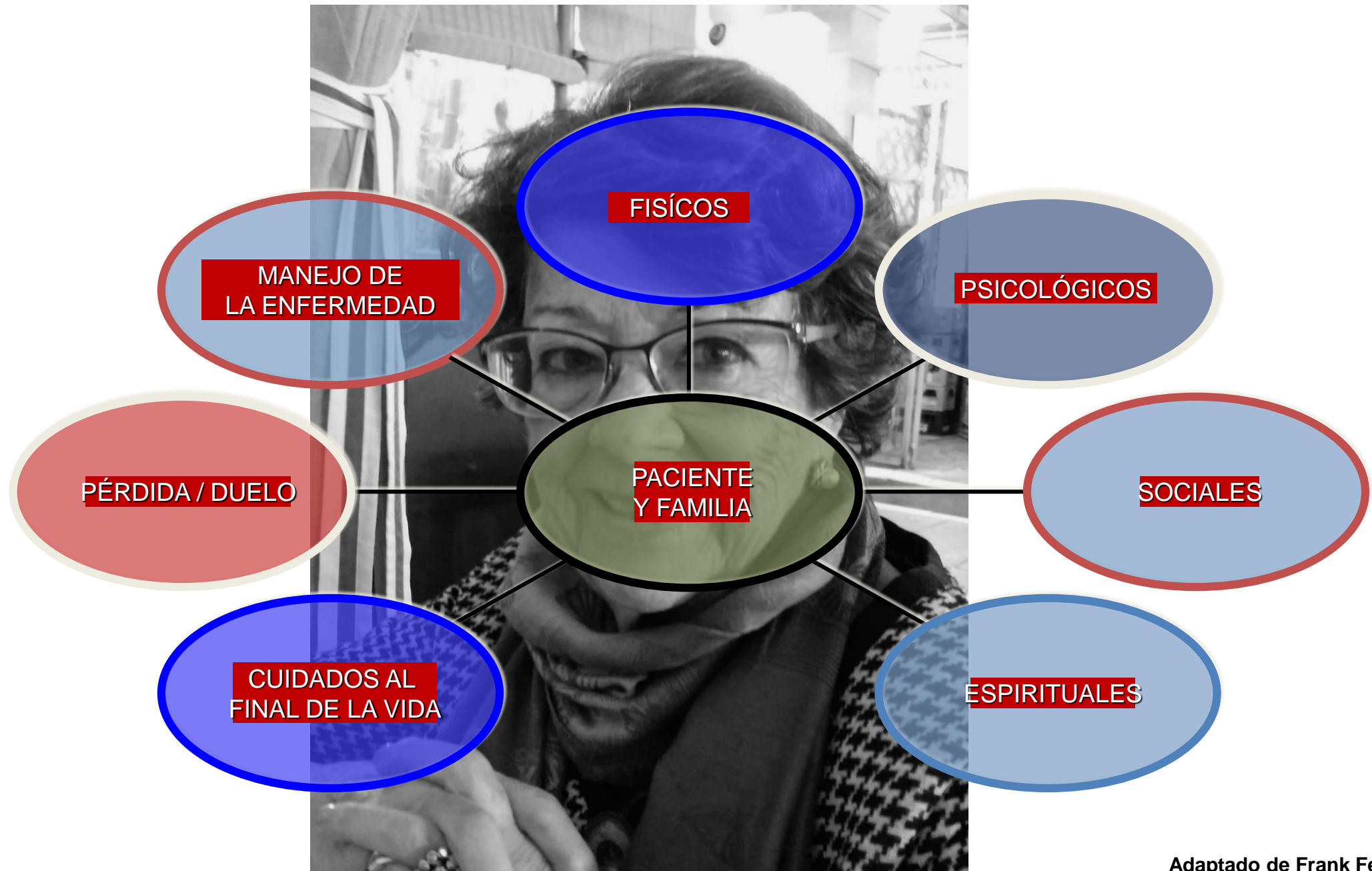
Red social de apoyo

Dependencia:  
Necesidad de apoyo  
y cuidados personales





## **Necesidades de la Personas Mayores**





# ASPECTOS QUE VALORAN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS



Alcanzar un adecuado control del dolor y otros síntomas

Estar consciente y con la percepción de tener “capacidad de control” sobre lo que está sucediendo

Ser tratado como un “Todo”, como una persona completa, con dignidad, sensibilidad e intimidad

Aminorar la “carga” que esta situación provoca en los seres queridos y fortalecer los lazos de amor que les unen a ellos

# ASPECTOS QUE VALORAN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS

Evitar una inapropiada prolongación de la vida mediante la administración o mantenimiento de tratamientos fútiles

Recibir apoyo emocional y psicológico cuando sea requerido

Elegir el lugar donde pasar sus últimos días

Permitir poder estar acompañado por las personas deseadas en el momento final

Recibir ayuda espiritual y sentirse en paz



## **Necesidades de las Familias**





# NECESIDADES DE LAS FAMILIAS ANTE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO CURABLES

**Confort del paciente:** Un alivio rápido y efectivo de los síntomas del paciente contribuye al bienestar de la familia

**Información y Comunicación:** La comunicación debe ser honesta, compasiva, clara y sencilla; se debe permitir un espacio adecuado y tiempo suficiente para que la familia pueda expresar sus preocupaciones (sentirse escuchados); Necesitan saber qué puede pasar y cómo actuar en cada situación; Esto facilita su adaptación al proceso.

**Educación e Implicación de la Familia en los Cuidados:** Se debe incluir a la familia en la planificación de los cuidados, si ésta lo desea; si se opta por la atención domiciliaria, se debería proveer a los cuidadores de toda la información necesaria e instruirles sobre los mejores cuidados; una buena coordinación entre los profesionales implicados contribuye al bienestar del paciente y familia.



## NECESIDADES DE LAS FAMILIAS ANTE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO CURABLES

**Actuación en Situaciones de Urgencias:** Si la familia desea cuidar al paciente en el domicilio, se debe proporcionar información sobre cómo actuar en caso de urgencias y con quién contactar. Un teléfono de asesoramiento disponible 24h sería conveniente.

**Cuidado emocional a la familia:** El estado emocional de los cuidadores debe ser reevaluado con frecuencia; acompañarles, reforzarles positivamente y estar disponibles es la mejor forma de que se sientan satisfechos

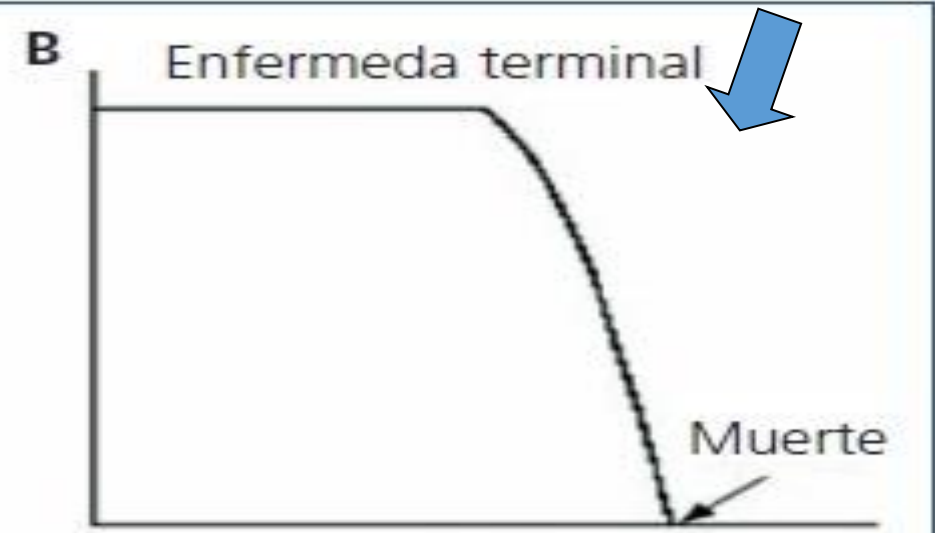
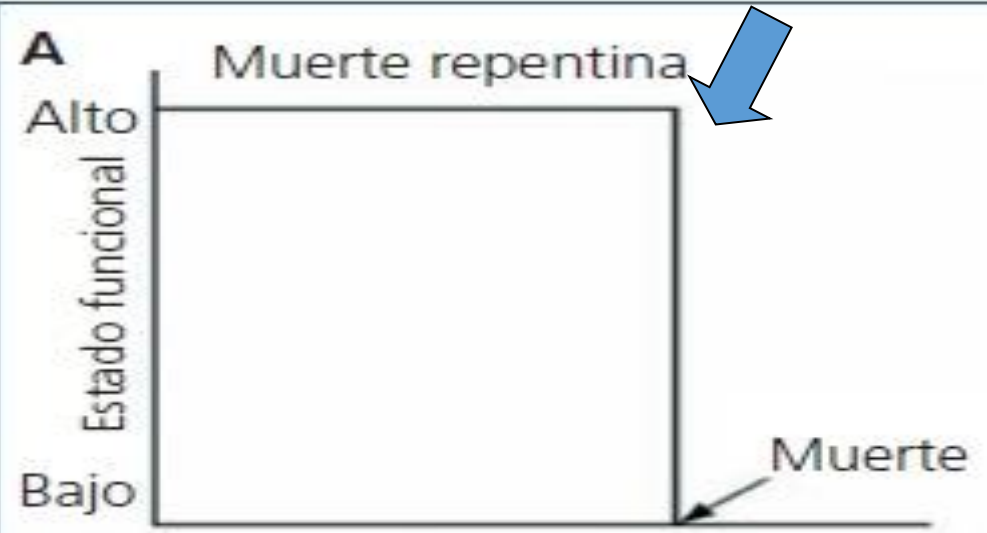
**Preparando a la familia para el momento de la muerte:** Con una buena planificación, comunicación e información estamos contribuyendo a preparar el momento del deceso. Cuando la muerte es inminente la familia debe ser advertida por si desean estar presentes.



**¿CUÁNDO SON SUSCEPTIBLES DE ENTRAR EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS?**

**¿Cuándo dejan de ser  
enfermos crónicos  
para considerarse enfermos susceptibles  
de entrar en un  
programa de cuidados paliativos?**





(Fuente: Lunney et al.<sup>20</sup>).

# Barreras en profesionales sanitarios:



---

End of life care in chronic obstructive pulmonary disease: in search of a good death.

Spathis A, Booth S.

International Journal of COPD 2008;3(1):11-29

# Barreras en pacientes y familias:



---

End of life care in chronic obstructive pulmonary disease: in search of a good death.

Spathis A, Booth S.

International Journal of COPD 2008;3(1):11-29

**Identificación de pacientes  
con necesidad de realizar  
un enfoque con finalidad paliativa**

**Pregunta clave**

**¿Le sorprendería si este paciente falleciera en el próximo año?**

***The GSF Prognostic Indicator Guidance. 6ª Edición. Dec. 2016.  
The Gold Standards Framework Center in End of Life Care CIC, ThomasK et al.***



# SEVERIDAD



*Gómez-Bastiste X. et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: Nepal-CCOMS-ICO 3.0 (2017)*

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Indicadores Pronósticos Específicos

- Cáncer**
- Fallo de órgano (Insuficiencias Orgánicas)**
  - EPOC**
  - Insuficiencia Cardíaca**
  - Insuficiencia Hepática**
  - Insuficiencia Renal**
- Demencia y Enfermedades Neurodegenerativas**

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

- Cáncer metastásico o locoregional avanzado
- En progresión (en tumores sólidos)
- Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico
- Caída del performance status ó funcionalidad, en especial cuando pasa más del 50% del día encamado.
- Multimorbilidad asociada

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## EPOC

- Disnea de reposo o a mínimos esfuerzos (< 100 metros) entre exacerbaciones
- Confinado a domicilio con limitación para la marcha
- Criterios Espirométricos de Obstrucción Severa (FEV1 < 30%) ó Criterios de Déficit Restrictivo Severo (CV forzada < 40%/ DLCO < 40%)
- > 3 ingresos hospitalarios en el último año
- Criterios gasométricos basales de Oxigenoterapia Domiciliaria Crónica
- Insuficiencia Cardíaca Derecha asociada
- Síntomas asociados: Anorexia, Infecciones de repetición
- Necesidad de Corticoterapia continuada



# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Insuficiencia Cardíaca

- Disnea de reposo o a mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- ICC grado NYHA III/IV ó Enfermedad Valvular severa no quirúrgica ó Enfermedad Coronaria extensa no revascularizable
- Reingresos frecuentes en el último año por descompensaciones a pesar del tto óptimo
- Ecocardiografía basal (FE < 30% o HTP severa PAPs > 60 mmHg)
- Ins. Renal asociada (FG < 30 l/min)
- Asociación de Hiponatremia persistente, anemia e Insuficiencia Renal

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Insuficiencia Hepática

- Cirrosis Hepática estadio C Child-Pugh ó MELD-Na>30  
(determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento). Transplante hepático no indicado
- Complicaciones como:
  - Ascitis Refractaria
  - Síndrome Hepato-renal
  - HDA por Hipertensión Portal persistente
- Carcinoma Hepatocelular estadio C ó D (BCLC)

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Enfermedad Renal

- Estadio 4/5 en ERCA (Insuficiencia renal severa en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y / o trasplante)
- Finalización diálisis o fallo trasplante
- Síntomas de fallo renal: Náuseas/vómitos, prurito, sobrecarga de líquidos....a pesar del tto óptimo

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Demencia

- GSD 6/7
- Progresión declive funcional, cognitivo y nutricional
- Incontinencia fecal y/o urinaria
- Dependiente para las ABVD
- Dificultades severas para seguir una conversación
- Reducida ingesta oral
- Pneumonías aspirativas recurrentes
- ITUs de repetición
- Pérdida de peso



# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Ictus

- ❑ Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días
- ❑ Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
- ❑ Otros factores: Edad avanzada, varones, enfermedad cardíaca, hiperglucemia, demencia, fallo renal.

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

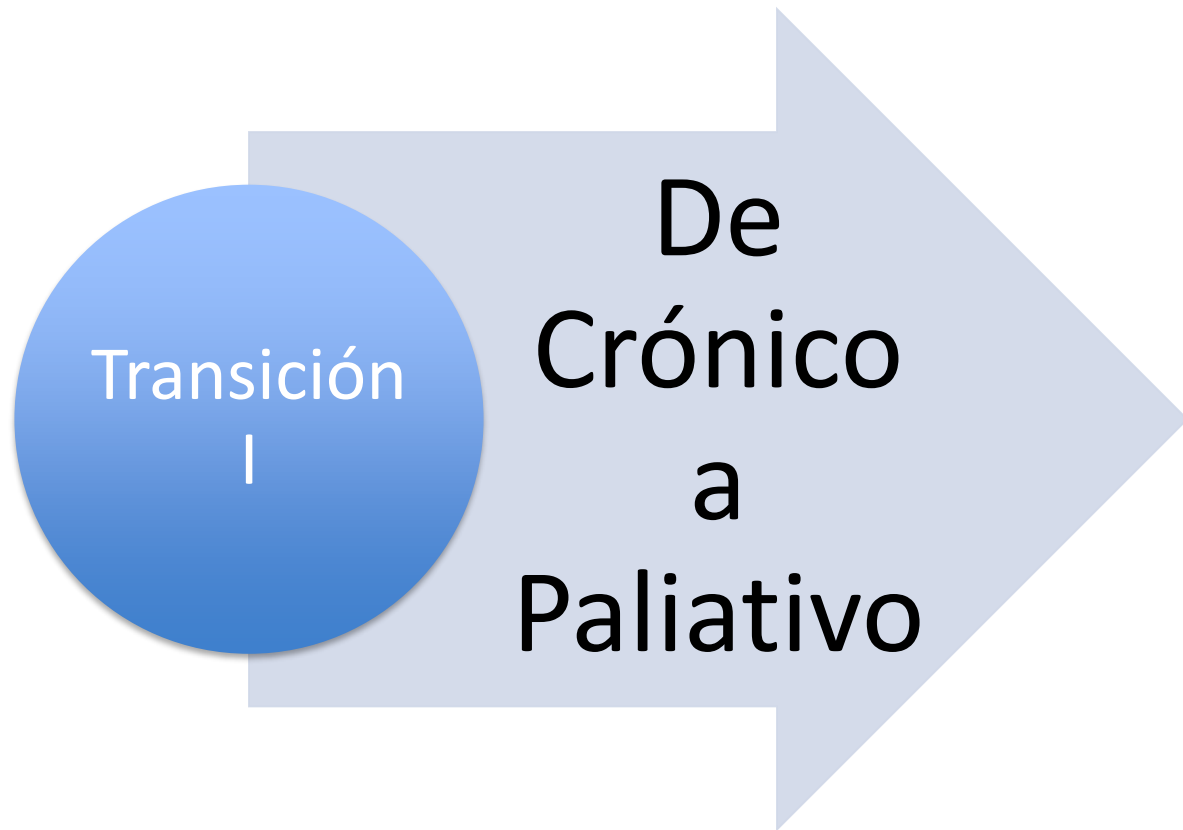
## Otras Enfermedades Neurológicas

(Enfermedad de la Motoneurona; Enfermedad de Parkinson; Esclerosis Múltiple)

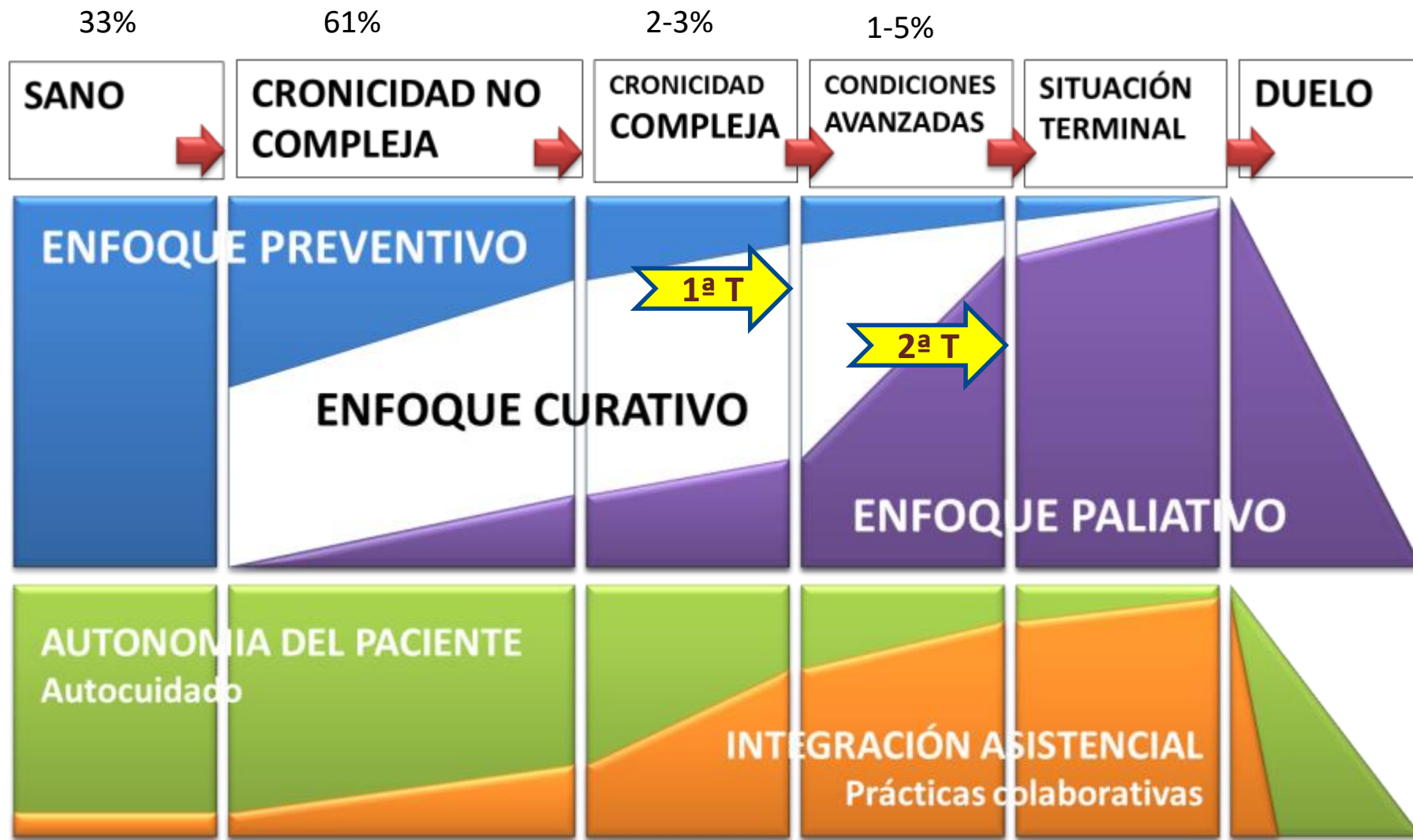
- Deterioro progresivo de la función física y / o cognitivas
- Síntomas complejos y difíciles de controlar
- Disfagia / trastorno del habla persistente
- Dificultades crecientes de comunicación
- Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria



*Gómez-Bastiste X. et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: Nepal-CCOMS-ICO 3.0 (2017)*







Adaptado de: Blay C. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. 2015

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Indicadores Generales de Mal Pronóstico

(6 meses)

- Deterioro funcional progresivo (I. Karnofsky; Escala de Barthel)
  - Deterioro I. Karnofsky ó Barthel > 30% ; Pérdida > 2 ABVDs
  - Dependencia severa (I. Karnofsky < 50 ; Barthel < 20)
- Múltiples síntomas complejos
  - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados con procesos intercurrentes recientes (Checklist síntomas ESAS)
- Escasa respuesta a los tratamientos

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Indicadores Generales de Mal Pronóstico

### Declive Nutricional

- Pérdida progresiva de peso >10% en los últimos seis meses
- Hipoalbuminemia < 2,5 mg

### Reingresos frecuentes

- > 2 ingresos urgentes o no planificados en los últimos 6 meses
- Aumento de demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones de enfermería...)

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Indicadores Generales de Mal Pronóstico

- Aspectos Psicosociales
  - Distrés y/o trastorno adaptativo severo (Detección de malestar emocional DME>9)
- Vulnerabilidad Social severa
  - Valoración Social y Familiar
- Co-morbilidad asociada
  - > 2 enfermedades crónicas (Test de Charlson)

# Identificación de pacientes con necesidades de un enfoque con finalidad paliativa

## Síndromes Geriátricos

- Caídas
- Disfagia
- Delirium
- Úlceras por presión
- Infecciones de repetición
- Polifarmacia





IDENTIFICACIÓN. Estrategias en Servicios Diana:  
Sensibilización/Formación/Coordinación

PREGUNTA SORPRESA

HACER LA FOTO. Criterios de Severidad

Ante la duda: VER LA PELÍCULA. Criterios de Progresión

Valorar FUNCIONALIDAD/ESTADO COGNITIVO/ESTADO NUTRICIONAL

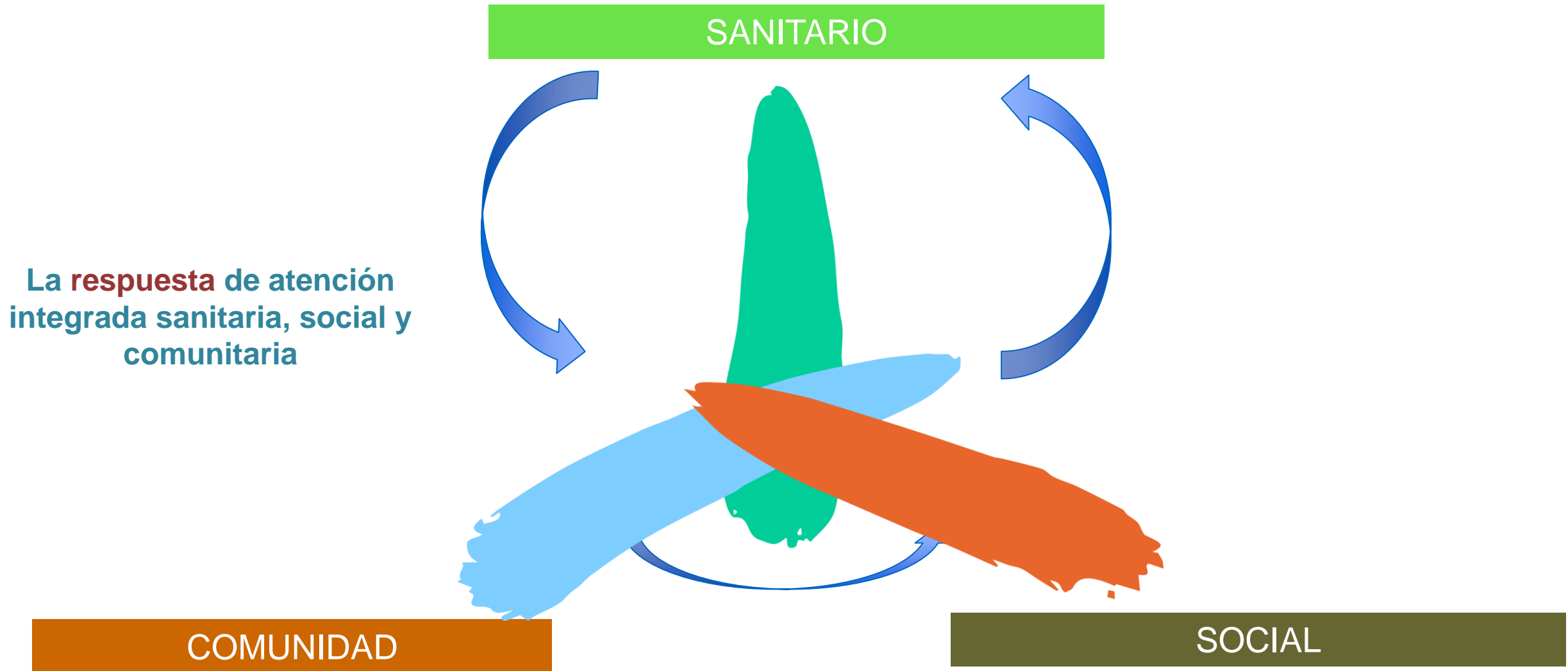
SITUACIÓN SOCIAL Y REDES DE CUIDADOS



**Estrategias de Trabajo en Red**

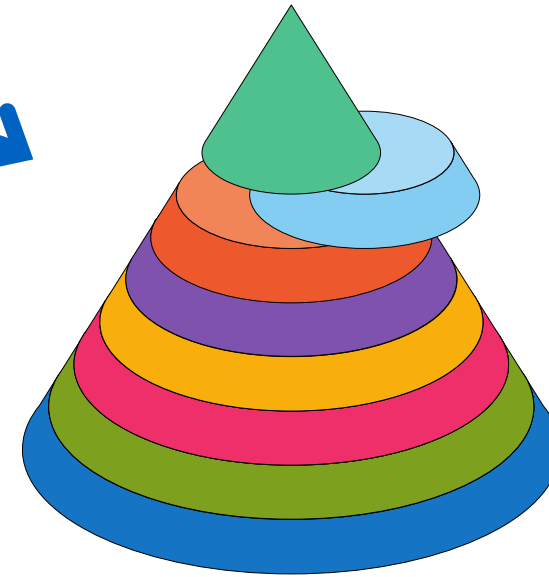
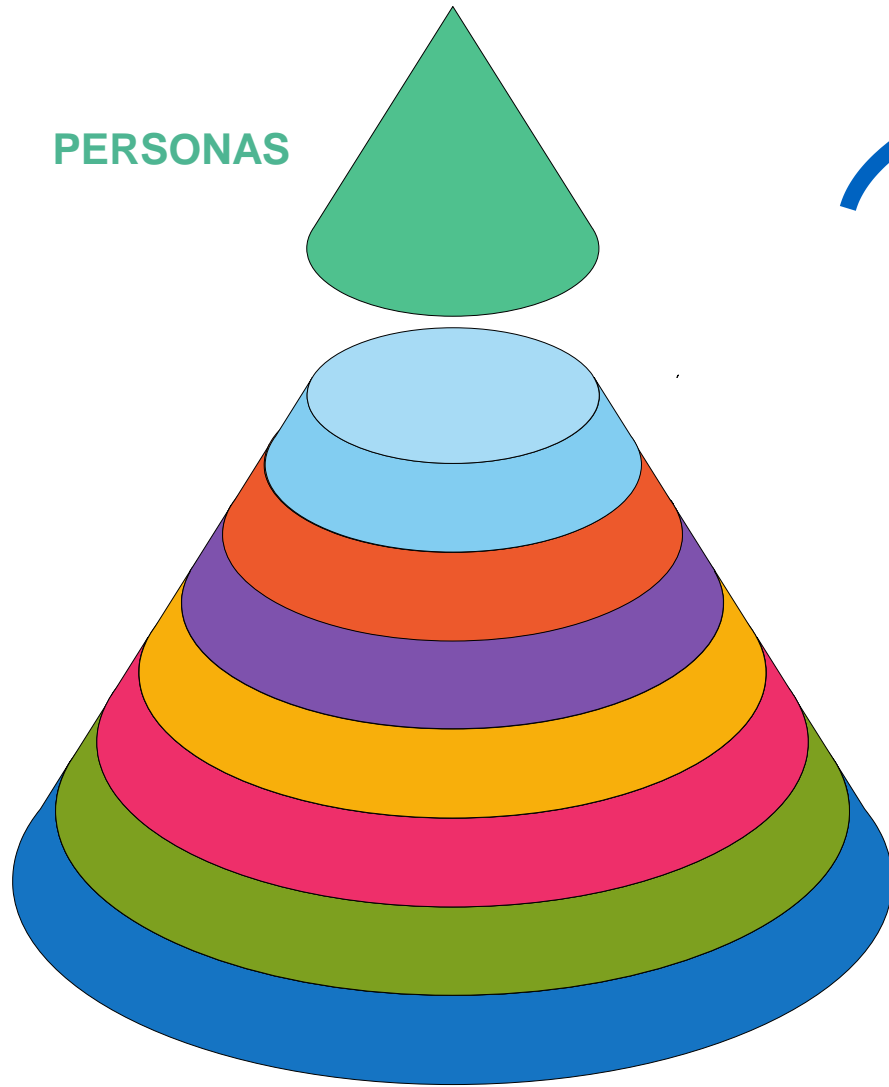
**HACIA UNA ATENCIÓN INTEGRADA**

# ECOSISTEMA INTEGRADO DE CUIDADOS





# PIRÁMIDE OMIS



RUTA DEL PACIENTE

PERSONAS

RUTA DEL PACIENTE

SERVICIOS

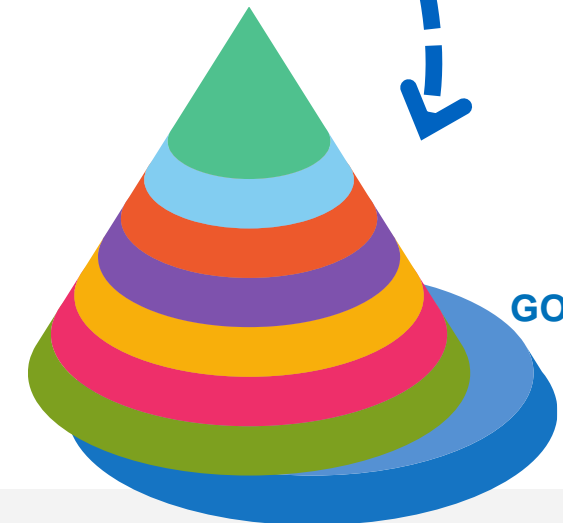
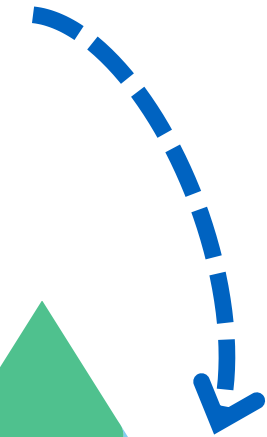
PROFESIONALES DE ATENCIÓN

GESTIÓN Y PROCESOS

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

FINANCIACIÓN

GOBERNANZA, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTÍNUA



GOBERNANZA



# 1 GOBERNANZA

## 2 ESTRATIFICACIÓN



## 3 MAPA LOCAL DE RECURSOS

## 4 DESARROLLO DE SERVICIOS Y DISEÑO DE LA RUTA

## 8 SOPORTE SOCIAL PARA GENERAR BIENESTAR

## 5 DESARROLLO DE NUEVAS FUNCIONES O ROLES PROFESIONALES

## 7 PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

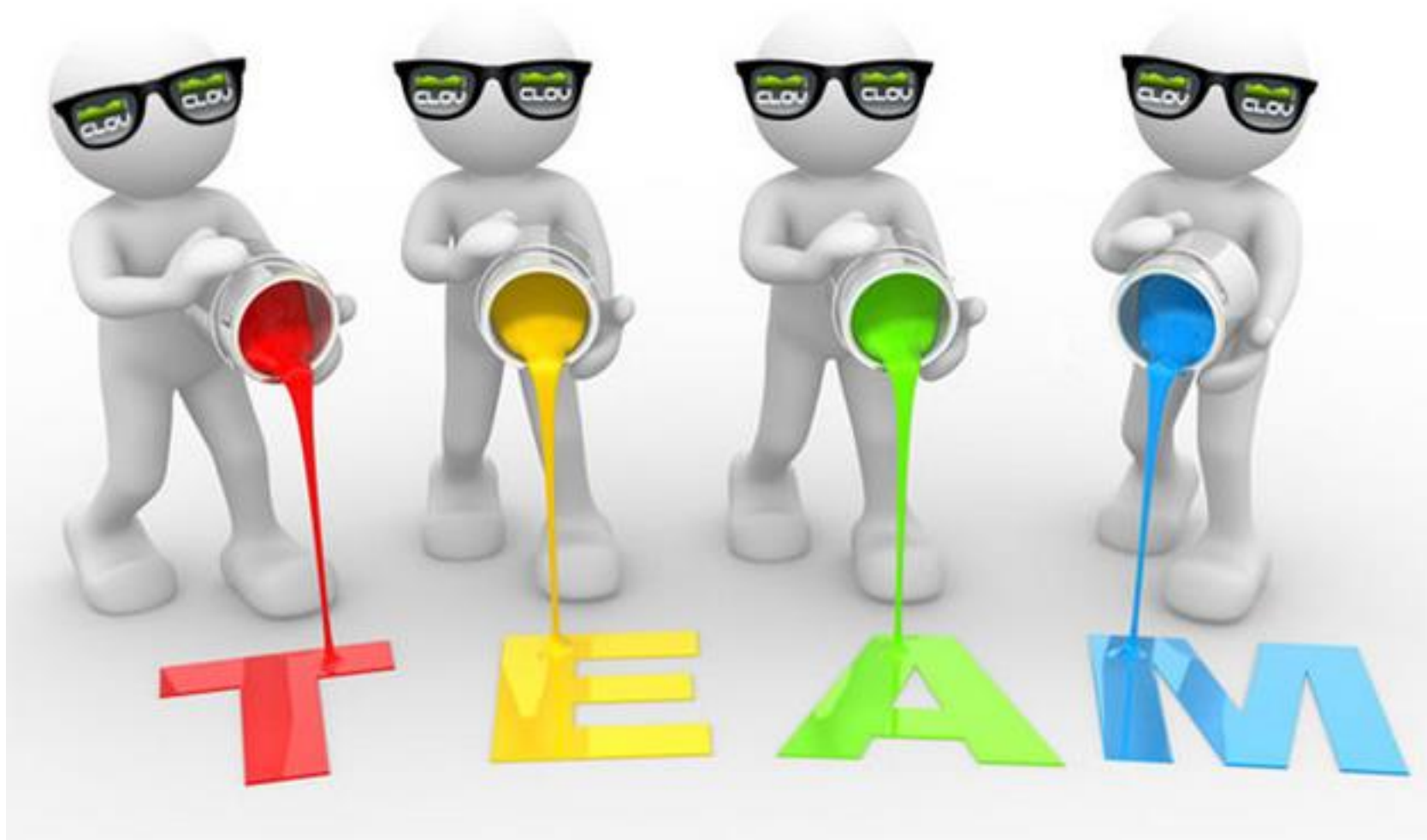
## 6 FORMACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES Y CREAR RED DE TRABAJO

## 10 EVALUACIÓN CONTINUA/ASPECTOS DE MEJORA

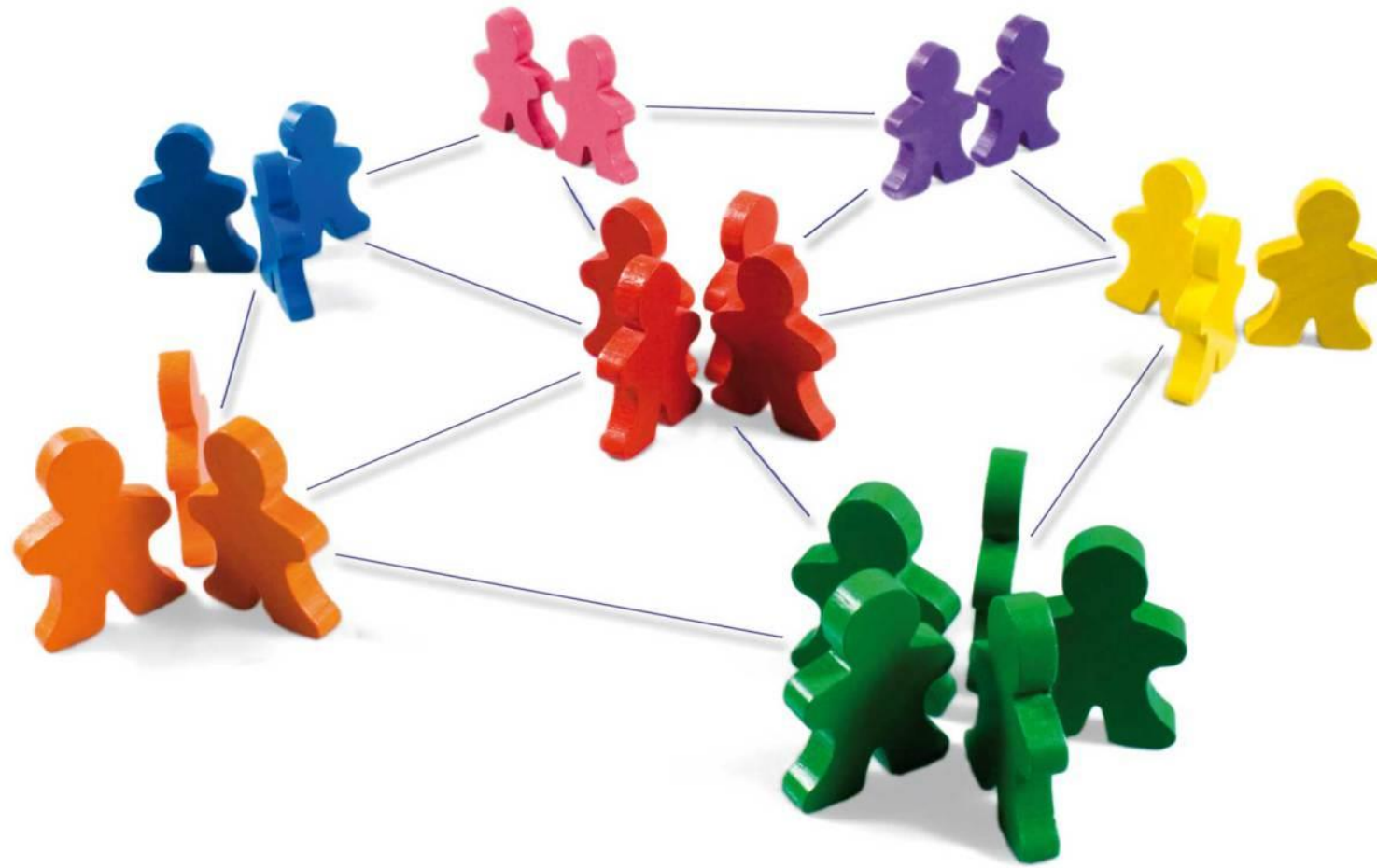
## 9 FACILITADORES: FINANZAS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN, GRUPOS DE TRABAJO



# ATENCIÓN INTEGRAL



# ATENCIÓN INTEGRADA



# ATENCIÓN CONTINUADA



# ATENCIÓN PRECOZ



**¿Por qué no empezar antes?**

## “DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS”



## “PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES”

**Adecuación del Esfuerzo Terapéutico**

**Rechazo de Tratamiento**

**Sedación Paliativa**







# SUMAR, SUMAR Y SUMAR

CONOCIMIENTOS

HABILIDADES

ACTITUDES

EXPERIENCIAS

TIEMPOS



Sumar multiplica



**Cuidar con los 5 sentidos**

**LA IMPLICACIÓN DE LA  
COMUNIDAD**











**HOSPITALIDAD**

**PRESENCIA**



**HUMANIDAD**

**COMPASIÓN**



PUEDE HABER ENFERMOS  
***INCURABLES...***

PERO NINGUNO ES

***"INCUIDABLE"***



**Vivir activamente hasta el final**

















"Usted importa porque es Usted y seguirá  
importando hasta el último momento de su vida.

NOSOTROS haremos todo lo posible, no sólo  
para ayudarlo a morir en paz, sino a VIVIR HASTA

QUE MUERA"

Cicely Saunders