



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

Facultad de Ciencias para el Cuidados de la Salud
Escuela de Enfermería
Sede Patagonia

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE
CUIDADOS EN USUARIOS ONCOLÓGICOS PALIATIVOS
IMPLEMENTATION OF A PROTOCOL FOR CONTINUITY IN
PALLIATIVE ONCOLOGICAL PATIENT**

Trabajo Final de Graduación para optar al grado Magíster en Enfermería de
Práctica Avanzada en Oncología

Estudiante: E.U. Tamara Velásquez Sepúlveda

Profesor Tutor: Mg. Vanessa Jara Jara

Dra. Pilar Espinosa Quiroz

Resumen

El modelo de atención de Gestión Oncológica y de Redes Integradas de Servicios de Salud, tienen mecanismos de coordinación administrativo- asistencial, uno de ellos es el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que tiene como propósito asegurar la continuidad de la atención. En el sur de Chile, existe fragmentación en la atención de usuarios oncológicos en cuidados paliativos, entre un Hospital terciario y un Centro de Salud Familiar de nivel primario, porque los equipos se comunican ocasionalmente, no existe un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia entre ambos establecimientos y el equipo del nivel primario carece de herramientas técnicas para el manejo de usuarios oncológicos en cuidados paliativos.

Es por esto, que se realizó un Proyecto de Mejora Continua de la Calidad, con el objetivo de conformar un Equipo Interdisciplinario Hospital- CESFAM, Implementar un Protocolo de Continuidad de Cuidados y realizar Cursos de Capacitación para funcionarios del CESFAM.

Se utilizó el Ciclo de Deming para llevar a cabo la estrategia, considerando la capacidad de los centros asistenciales de los distintos niveles de atención, mediante, un trabajo en conjunto, a través, de reuniones, fomentando el trabajo en equipo y coordinando el tránsito de las personas en el proceso de atención, favoreciendo el acceso y la oportunidad de atención en forma segura y eficiente, junto con la formación del talento humano, para el manejo de personas que requieran cuidados paliativos.

Se obtuvo dos tipos de resultados: 1) Resultados Cuantitativos: Respecto a la conformación del equipo interdisciplinario, este alcanzó un aumento de un 13% en la derivación de usuarios entre ambos establecimientos. También, se implementó un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia y su respectivo flujograma. En relación a la capacitación, las pruebas realizadas para evaluar los objetivos arrojaron una tasa de respuesta del 76% y una aprobación del 100%. 2) Resultados Cualitativos: fueron extraídos de tres grupos focales, donde los funcionarios reconocen y destacan la importancia de la comunicación entre los profesionales de salud de ambas instituciones y tengan la posibilidad de conocerse personalmente y compartir sus experiencias, inquietudes e intereses. Además de la implementación de flujos de atención y comunicación entre los equipos. Sobre los cursos impartidos, los funcionarios, relevan la necesidad de los conocimientos para entregar una atención de calidad, reconocen la nula posibilidad previa de desarrollar habilidades para la realización de procedimientos

y la falta de actualización respecto al tratamiento de usuarios oncológicos paliativos.

Se concluye que, el trabajo coordinado en red, permite al usuario oncológico en cuidados paliativos, contar con la continuidad de la atención, principalmente en su domicilio, a cargo de su centro de salud más cercano, entregándoles cuidados especializados, para vivir de forma digna hasta su muerte.

Palabras claves: Cuidados Paliativos, Neoplasia Maligna, Grupo de atención al paciente, Instituciones Oncológicas, Cursos de capacitación

Abstract

The Oncology Management and Integrated Health Service Networks care model have administrative-care coordination mechanisms, one of which is the Referral and Counter-referral System, whose purpose is to ensure continuity of care. In the south of Chile, there is fragmentation in the care of oncology users in palliative care, between a tertiary Hospital and a Primary-level Family Health Center, because the teams communicate occasionally, there is no Referral and Counter-referral Protocol between both establishments and the primary level team lacks technical tools for the management of oncology users in palliative care.

For this reason, a Continuous Quality Improvement Project was carried out, with the aim of forming a Hospital-CESFAM Interdisciplinary Team, Implementing a Continuity of Care Protocol and conducting Training Courses for CESFAM officials.

The Deming Cycle was used to carry out the strategy, considering the capacity of the care centers of the different levels of care, by working together, through meetings, promoting teamwork and coordinating the transit of people in the care process, favoring access and opportunity for care in a safe and efficient manner, together with the training of human talent, for the management of people who require palliative care.

Two types of results were obtained: 1) Quantitative Results: Regarding the conformation of the interdisciplinary team, this reached an increase of 13% in the referral of users between both establishments. Also, a Reference and Counter-reference Protocol and its respective flowchart were implemented. In relation to training, the tests carried out to evaluate the objectives yielded a response rate of 76% and an approval rate of 100%. 2) Qualitative Results: they were extracted from three focus groups, where officials recognize and highlight the importance of communication between health professionals from both institutions and have the opportunity to meet personally and share their experiences, concerns and interests. In addition to the implementation of care and communication flows between the

teams. Regarding the courses taught, the officials highlight the need for knowledge to deliver quality care, recognize the null prior possibility of developing skills to perform procedures and the lack of updating regarding the treatment of palliative oncology users.

It is concluded that the coordinated work in the network allows the oncology user in palliative care to have continuity of care, mainly at home, in charge of their nearest health center, providing them with specialized care, to live in a dignified manner. until his death.

Keywords: Palliative Care, Malignant Neoplasm, Patient Care Group, Oncology Institutions, Training Courses

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Problema

El modelo de Gestión de la Red Oncológica tiene por finalidad contribuir al desarrollo de un flujo de atención integrado, evitando la fragmentación en la atención, con establecimientos de salud que trabajen interrelacionados a través de sistemas de coordinación explícitos y formales, con mecanismos de referencia y contrarreferencia (Ministerio de Salud, 2018).

Según estadística interna de la Unidad de Cuidados Paliativos de un Hospital de Alta Complejidad del sur de Chile, durante el año 2021, un 62 % de usuarios oncológicos no fueron derivados a la atención primaria para la continuidad de su atención, a pesar que el modelo de gestión establece que el 100% debe ser derivado con el objetivo de mejorar su calidad de vida durante su enfermedad y hasta que fallecen, además de acompañar a su familia en el proceso de duelo (Organización Panamericana de la Salud, 2020a).

1.2. Antecedentes

Los cuidados paliativos (CP) definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

“un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales a través de la prevención, alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y la evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales” (Radbruch et al., 2020).

Los CP serán cada vez más necesarios, debido a la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles y al envejecimiento poblacional, las cuales son en la actualidad la principal causa de mortalidad en el mundo (Tripodoro et al., 2020). La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), VIH- SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%) (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La Primera Resolución Mundial sobre Cuidados Paliativos (OMS, 2014) tiene dentro de sus lineamientos estratégicos la recomendación de que “los sistemas de salud incluyan los Cuidados Paliativos dentro del continuo de atención de las

personas que padecen enfermedades crónicas, vinculando dichos cuidados con los programas de prevención, detección precoz y seguimiento” (Organización Mundial de la Salud, 2014) , enfatizando en el nivel comunitario y domiciliario además de considerar la muerte como un proceso normal que no debe acelerarse ni retrasarse. El 2019, sólo el 50% de los países a nivel mundial reportan contar con cuidados paliativos operativos dentro de su política nacional de Enfermedades No Transmisibles y el 68% tiene financiación dedicada exclusivamente a los cuidados paliativos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El año 2010 la OMS/OPS establecen el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para asegurar la continuidad de la atención y disminuir la fragmentación y limitada coordinación entre los diferentes niveles de la red asistencial, buscando de esta manera una atención de salud accesible, eficiente, oportuna, equitativa e integral a una población definida, además de responsabilizarse por los resultados clínicos y económicos (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Al indagar en experiencias internacionales aparece el modelo sudafricano de asistencia domiciliaria comunitaria integrada, que presta cuidados paliativos en el hogar a través de trabajadores comunitarios capacitados (familiares y vecinos), supervisados por una enfermera profesional y respaldados por una red de colaboración de centros de atención comunitarias y hospitales (Defilippi & Cameron, 2010). Reino Unido basa su estrategia en reducir la cantidad de personas que mueren en los hospitales cada año y proveer a los usuarios de un paquete doméstico de cuidados paliativos, que incluye el servicio de enfermería o de cuidador domiciliario, acompañado de la última tecnología para el cuidado remoto (The Economist Intelligence Unit, 2015). Otro ejemplo es el de España, específicamente de la Comunidad de Asturias, cuya estrategia de Cuidados Paliativos plantea un trabajo intersectorial coordinado que incluye atención centrado en las personas para el usuario, familia y cuidador, apoyando la optimización de recursos y potenciando la capacitación de los profesionales de la salud, a través de diversos programas de formación e investigación (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2009).

Una temática relevante al momento de implementar los programas y coordinar las redes de cuidados paliativos, es la formación y concientización de los profesionales de la salud, tal como se describe en una revisión sistemática, donde mencionan que los principales desafíos de los sistemas de atención, incluyeron los déficits de conocimiento y los malentendidos de los usuarios, las familias, el público en general y los proveedores de atención médica sobre la CP; y número inadecuado de mano de obra capacitada (Abu-Odah et al., 2020) . En la misma línea, un estudio realizado en Argentina, reporta que la falta de formación de los proveedores es un obstáculo importante al momento de implementar los programas de mejoramiento y el acceso a los cuidados, enfatizando que la

formación en CP (conocimientos y habilidades) debe ser adaptada a las necesidades de mejora y demandas individuales de los usuarios. Se relevan además insuficiencias en la posibilidad de superarse y capacitarse desde el puesto de trabajo, lo que constituye una creciente necesidad, especialmente de los profesionales de la enfermería, si se busca mejorar la calidad de la atención y el desempeño profesional en la especialidad. (Mederos Collazo et al., 2021).

Profesionales de salud pobremente capacitados en cuidados paliativos temen al momento de recetar analgésicos opioides por creencias sobre el riesgo de abuso, lo que puede superarse integrando estos temas en los programas de capacitación en cuidados paliativos especialmente a médicos, farmacéuticos y enfermeras (Organización Panamericana de la Salud, 2020b) . La Asociación Africana y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos establecieron un conjunto de competencias básicas para profesionales de atención paliativa (Organización Panamericana de la Salud, 2020). En España, se desarrolló un curso de formación continua para mejorar la introspección y la autoeficacia de los profesionales en CP basado en las competencias para enfermería del modelo canadiense (Oses Zubiri et al., 2020).

Chile por su parte, el año 2020 se encontraba en la posición N°27 en el mundo siendo el primero de Latinoamérica, en el índice de calidad de muerte que evaluó el desarrollo de CP, recurso humano, acceso, calidad y participación en la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020) . El Programa de Cuidados Paliativos, impulsado el año 1985 por el Ministerio de Salud, ha trabajado en el desarrollo estrategias de atención integral para personas con patología oncológica en los diferentes niveles de atención, contando con financiamiento garantizado para el alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer progresivo y alivio del dolor para cáncer no progresivo desde el año 2004 (Ministerio de Salud, 2018c) . El 2005 se implementa la primera Guía Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, la cual se actualiza el año 2009 y 2011 (Ministerio de Salud, 2011). Por otra parte, en el ámbito de la Atención Primaria en Salud (APS), el año 2018, la Declaración de Astaná, incluyó un llamado a fortalecer los cuidados paliativos en este nivel de atención, como primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad, para prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y paliación, a través, de servicios integrados de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Finalmente, el 14 de octubre del 2021, se promulga la Ley que consagra los cuidados paliativos y los derechos para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves (no solo las oncológicas), siendo un gran paso en equidad y acceso a cuidados paliativos para la población. (Ley N°21.375, 2022).

En Chile, la Red Oncológica está compuesta por un sistema de atención integrado por todos los niveles de atención de salud pública (primarios, secundarios, terciarios), su organización permite la optimización y disposición de los recursos, focalizados hacia una atención integral, a través, de un equipo interdisciplinario con competencias técnicas acordes a las necesidades de salud de las personas. Aquí radica la importancia de la Clinical Nurse Specialist (CNS) por la autonomía que desarrolla, la complejidad de su conocimiento y la toma de decisiones, el juicio clínico avanzado, y las habilidades en la gestión e innovación (Bustos Alfaro, 2019).

Se describe que la CNS tiene cuatro dominios generales:

i) La Práctica Clínica de enfermería, está en constante evolución y según el Consejo Internacional de Enfermería (2008), la CNS es una enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, preferiblemente con maestría como nivel de entrada. Reducen los errores y la atención sub óptima mediante la promoción de la seguridad del paciente y la prevención de complicaciones (Bryant-Lukosius et al., 2017) . Esto conduce a la innovación y mejoras en el cuidado de los usuarios.

ii) En Investigación, contribuye a la calidad, seguridad y rentabilidad de la atención al paciente a través de la integración de conocimientos para apoyar la práctica de enfermería y la mejora de procesos, la práctica basada en evidencia y los esfuerzos de investigación (Sanchez et al., 2019). Evalúan y seleccionan la mejor evidencia en la literatura y la llevan a la práctica.

iii) Desarrollo profesional y colaboración interprofesional, implementando protocolos basados en evidencia, optimizando procesos, políticas y guías clínicas (Ugarte Villanueva et al., 2019).

iv) Las estrategias de liderazgo en salud, que pueden incluir la gestión y el desarrollo de equipos interprofesionales, promoviendo el trabajo en equipo interprofesional efectivo (Bryant-Lukosius et al., 2017).

Considerando los antecedentes expuestos y que el área de CP presenta un entorno cambiante que requiere flexibilidad, accesibilidad, acompañamiento y asistencia continua, además de integrar un componente emocional importante para los usuarios, familias y proveedores de salud, surge la necesidad de este proyecto de mejora continua, que involucre tres pilares: 1) conformación de un equipo interdisciplinario Hospital-CESFAM, 2) planificación e implementación de un protocolo de continuidad de la atención de pacientes oncológicos paliativos

entre un Hospital terciario y un Centro de Salud primario en el sur de Chile y 3) Capacitación al personal del CESFAM.

1.3. Medición de línea de base

A continuación, se explicitan los centros de salud involucrados en el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad (PMCC) y las mediciones basales de las tres áreas/aspectos a intervenir.

La ciudad de Puerto Montt, ubicada en la Región de los Lagos en el Sur de Chile, cuenta con un hospital docente-asistencial de alta complejidad, acreditado y autogestionado en red, con 566 camas, donde la atención del usuario oncológico se realiza mayoritariamente de forma ambulatoria en el Servicio de Hemato-oncología y Cuidados Paliativos. Por otra parte, la comuna de Llanquihue posee un Hospital tipo 4 que realiza Atención Secundaria, con Servicio de Urgencia y de Hospitalización. La atención primaria cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema que integra y coordina la atención de salud (World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018), además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de la población con el Centro de Salud familiar Los Volcanes y las Postas Rurales de: Colegual, Macal, Loncotoro y Los Pellines.

1) Los equipos de salud a cargo de los usuarios de Cuidados Paliativos de ambos niveles de atención se relacionaban esporádicamente por necesidad de información o coordinación específica solo a través de correos electrónicos y llamados telefónicos, no se habían reunido para trabajar en un proyecto de continuidad de la atención y seguimiento de los pacientes oncológicos, por lo tanto, la relación profesional y de seguimiento de los pacientes entre los niveles es más bien incidental.

2) No existía, un Protocolo de referencia y contrarreferencia de los pacientes oncológicos, ni tampoco se había establecido un flujo que explicita el tránsito de los usuarios entre los distintos niveles de atención. Previo a la intervención, entre los meses de enero a julio del 2022, de un total de 31 usuarios atendidos en cuidados paliativos del Hospital de Puerto Montt, se derivó posterior al alta solo a 8 pacientes (26%) para seguimiento de sus cuidados en la atención primaria, específicamente el Centro de Salud "Los volcanes", los otros 23 pacientes continuaron sus controles en el Hospital.

3) Respecto de la formación en CP de los profesionales de salud de la atención primaria, durante el año 2022, el Servicio de Salud, solo se había realizado una

capacitación virtual de CP Adulto e Infantil, donde se abordaron diferentes temáticas desde lo teórico-conceptual. Los proveedores de salud no han recibido una formación en CP que responda a sus necesidades específicas de formación, así como tampoco han tenido capacitaciones procedimentales respecto de los múltiples procedimientos y tratamientos que actualmente precisan realizar a los pacientes oncológicos a su cargo.

CAPÍTULO II

DISEÑO DE LA PROPUESTA

CAPÍTULO II DISEÑO DE LA PROPUESTA

2.1. Diseño

Se aplicó el ciclo Plan, Do, Check, and Act (PDCA), o ciclo Deming (Deming, 1982) como modelo de la mejora continua, que consiste en cuatro pasos definidos para el análisis y mejora de los procesos (Suárez Vásquez & Zeña Ramos, 2022). Este ciclo, debe llevarse a cabo una y otra vez, de manera que cada vez que se desarrolle un ciclo mejorará la calidad de la organización y las sucesivas vueltas de los ciclos se convertirán en una espiral de mejora que tenderá hacia la excelencia (Patón Villar et al., 2013).

Los pasos son los siguientes:

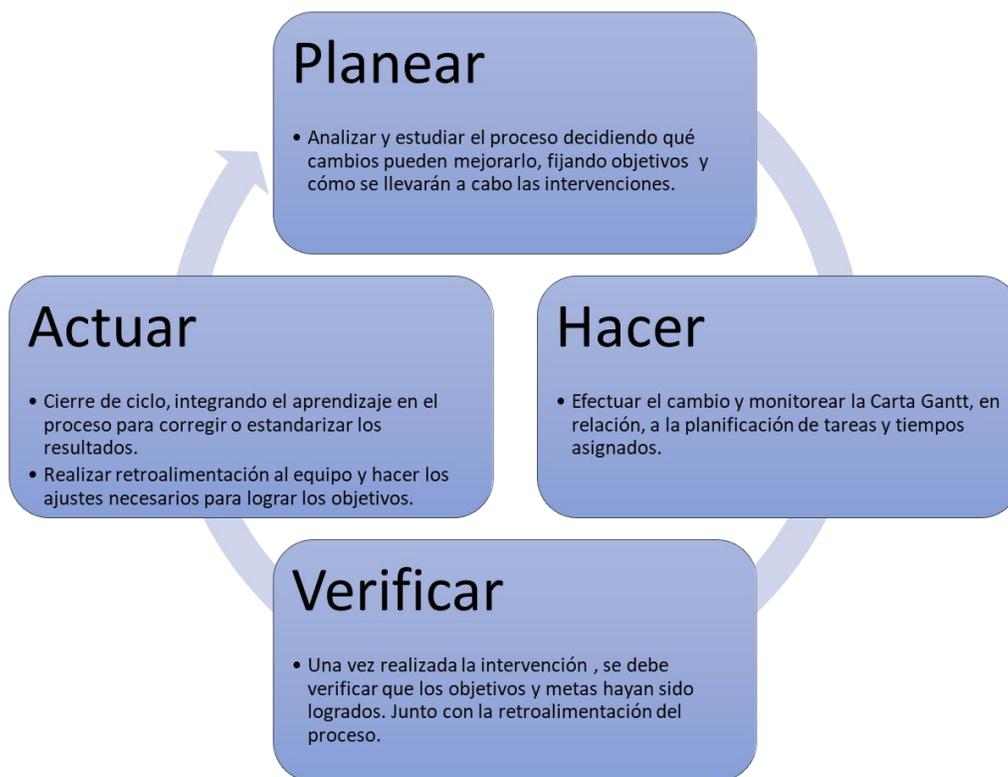


Figura N°1: Ciclo de Deming

2.1. Estrategia

Para llevar a cabo este Proyecto de Mejora se realizaron las siguientes intervenciones:

Etapas de Planear:

1. Inició con la organización de un trabajo colaborativo con representantes de los equipos interdisciplinarios de salud de ambas instituciones, para comenzar a trabajar en equipo.
2. Para realizar un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, el trabajo comenzó con un diagnóstico del flujo de atención de usuarios oncológicos en cuidados paliativos desde el hospital al centro de salud comunitario y viceversa.
3. Para promover la formación del talento humano, la mejora continua de la calidad y seguridad de la atención en el CESFAM, se coordinó con el Departamento de Capacitación del Servicio de Salud, la certificación de tres cursos de 20 horas.

Etapas de Hacer:

4. El equipo interdisciplinario, conformado por profesionales del Hospital y el CESFAM, fijaron un calendario de reuniones para discutir casos clínicos y definir en conjunto los lineamientos a seguir.
5. Se elaboró un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de usuarios oncológicos en cuidados paliativos. En este contexto se planifican y organizan las actividades a realizar en cada nivel de atención con una mirada centrada en las necesidades del usuario, familia y comunidad. también, se estableció el flujo de atención de los usuarios por el nivel primario y secundario, incluyendo canales de comunicación formal, responsables del proceso y documentación necesaria para la derivación.
6. Las capacitaciones se desarrollaron de la siguiente manera:
 - i) **Primer curso** dirigido a 12 técnicos de enfermería, realizado de manera presencial en una sala de reuniones facilitada por la compañía de bomberos de Llanquihue. El curso se dividió en tres partes: la primera incluyó información teórica mediante una presentación con apoyo audiovisual, la segunda con demostración de las técnicas y procedimientos y finaliza con retroalimentación y resolución de dudas de los participantes.

Los temas abordados fueron los siguientes:

a) Manejo de áreas de trabajo, b) manejo de catéter urinario permanente, c) toma de exámenes de orina por sonda foley, c) instalación, manejo y retiro de sonda nasogástrica, d) cuidados de ostomía, e) Preparación, administración, efectos adversos y eliminación de bifosfonatos y f) Administración, efectos adversos y eliminación de factor estimulante de colonias de granulocitos.

ii) Segundo curso dirigido a 4 Enfermeras y 3 internos de enfermería

Se realizó de manera presencial en un box de enfermería del CESFAM. Se dividió en dos partes la primera teórica y la segunda con demostración de las técnicas y procedimientos con retroalimentación. Para esta capacitación se solicitan materiales e insumos al hospital

Los temas abordados fueron los siguientes:

a) Procedimientos y manejo de vías de administración de medicamentos en pacientes oncológicos, b) Catéter subcutáneo con reservorio: indicación de instalación, punción, administración de medicamentos, toma de muestras, permeabilización y complicaciones, c) Indicación, instalación y administración de medicamentos, soluciones, retiro y complicaciones de vía subcutánea, d) Dispositivos de administración de medicamentos por vía subcutánea con énfasis en preparación y administración de medicamentos por infusor elastómero, e) Administración de medicamentos por vía transdérmica. (Parche de buprenorfina, fentanilo y lidocaína) y f) Sedación paliativa, preparación de medicamentos, administración y aplicación de Escala de RAMSAY.

iii) El tercer curso, estuvo dirigido a 4 Enfermeras y 3 médicos.

Se dividió en dos partes. La primera fue en línea y se abordaron los siguientes temas: a) Manejo del dolor y otros síntomas de pacientes oncológicos en cuidados paliativos (definición del dolor, tipos y características del dolor, escalera analgésica de OMS, análisis de casos). La segunda parte fue presencial en el auditorio del CESFAM, exponiendo la enfermera a cargo del proyecto o el médico del CESFAM sobre sedación paliativa: a) Generalidades de sedación paliativa, b) marco legal, c) síntomas refractarios, d) cómo plantear la sedación paliativa al usuario y familia en domicilio, e) pasos y requisitos para realizar una sedación paliativa, f) farmacología y dosis a utilizar, g) aplicación de Escala de RAMSAY.

Etapa Verificar:

7.. Se obtuvieron 2 tipos de resultados, los cuales se extrajeron a través de dos métodos. Para obtener resultados cualitativos, se realizaron tres grupos focales, el

primero al equipo de enfermería, el segundo al equipo médico y el tercero a ambos estamentos, esto con el fin de objetivar una evaluación de resultados de la intervención. Los grupos focales fueron grabados en audio, y las grabaciones fueron transcritas y analizadas por contenido temático por la CNS. Los resultados cuantitativos fueron extraídos de estadísticas internas de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital, y de los resultados del Programa de Capacitación realizado por la CNS.

8. Por medio de acta de reuniones programadas, se verificó el trabajo del equipo interdisciplinario, para estudio de casos clínicos y lineamientos a seguir en el trabajo colaborativo entre niveles de atención.

9. El Protocolo de referencia y contrarreferencia de usuarios, fue revisado por el Jefe de la Unidad de Oncología, la enfermera supervisora y una enfermera clínica. Por el lado del CESFAM, fue visado por el Médico encargado de cuidados paliativos, la Enfermera del Programa de dependencia severa, Subdirectora y Directora del Centro. Por último, fue presentado al Comité de Calidad del CESFAM, para formalizar su implementación.

Los participantes a las capacitaciones fueron evaluados por un test virtual, el test de los técnicos de enfermería consistía en 10 preguntas, el test de las enfermeras 14 preguntas y el test de los médicos 14 preguntas, realizados por la CNS a cargo del proyecto. Estas fueron certificadas por el Departamento de Capacitación del Servicio de Salud correspondiente, posterior a envió de toda la documentación.

Etapa Actuar:

10. Se han efectuado dos visitas de seguimiento: en la primera reunión se trataron temas clínicos de usuarios en común y propuestas de plan terapéuticos para ellos, relacionados principalmente en manejo del dolor y control de síntomas. En la segunda reunión gracias a la participación de la psicóloga del hospital, se hizo una jornada de reflexión sobre la muerte de usuarios y las repercusiones en el equipo, ritos de los equipos relacionados a la muerte de usuarios, cierre de ciclos con las familias de usuarios fallecidos y se compartieron experiencias personales sobre muerte de usuarios y nuevas formas de ver la vida posterior a estas vivencias.

11. Se realizó la retroalimentación del Protocolo de referencia y contrarreferencia, más el flujo de los usuarios, ambos equipos concuerdan que es un Protocolo de trabajo amigable y fácil de trabajar. Sin embargo, aún se encuentra pendiente la autorización del Comité de Calidad para la formalización.

12. Se realizó la entrega de certificados, con la correspondiente retroalimentación de los errores más frecuentes en las respuestas obtenidas, también se felicitó a los equipos por la buena disposición y motivación aprender temas relacionados a

CP, invitándolos a seguir trabajando en equipo y así mantener la continuidad de los cuidados de los usuarios y sus familias.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

CAPÍTULO III RESULTADOS

3.1. Resultados

3.1.1. Conformación del Equipo multidisciplinario para la continuidad de cuidados.

Posterior a un mes de la conformación del equipo multidisciplinario, se evaluó la continuidad de la atención centrada en el usuario y familia, en un grupo focal, donde participaron 7 personas de ambos equipos 3 del CESFAM y 4 del Hospital, donde se intercambiaron experiencias personales relacionadas al proceso de referencia y contrarreferencia, el flujo de información y la coordinación de las intervenciones a realizar entre los equipos.

Los funcionarios destacan la importancia de que ambos equipos se conozcan en vivo, ya que una de las integrantes refiere que: *“desde los 8 años que trabaja en el CESFAM, jamás habían visto que los funcionarios del Hospital vayan a conocer su lugar de trabajo y realizar reuniones donde participen distintos integrantes de ambos equipos”*.

También ven de forma positiva *“la creación del grupo de whatsapp, ya que, ayuda a fortalecer las relaciones, la comunicación y la retroalimentación en manejo de usuarios oncológicos, manejo del dolor entre otros temas”*.

Consideran que: *“la idea es juntar estas dos formas de trabajo, una hospitalaria y otra con enfoque en la comunidad y sacar lo mejor en pro del usuario y su familia”*.

Gracias a la capacitación y la conformación de este equipo de trabajo intersectorial, los funcionarios del CESFAM indicaron que *“realizamos nuestra primera sedación paliativa, propiciando un ambiente acogedor, ayudando al buen morir de un usuario, posterior a la capacitación y gracias al apoyo por whatsapp del médico del hospital”*.

3.2. . Capacitación.

En lo cuantitativo, para evaluar el grado de conocimiento de los cursos, se realizó un test en línea de selección múltiple post capacitación. Alcanzando una tasa de respuesta del 76% de los participantes, por licencias médicas y vacaciones programadas de los participantes que no respondieron el test. Con una aprobación del 100% de las 20 personas capacitadas

En los grupos focales se destaca que: *“Se valora y me siento afortunada de la contribución del CNS para educar a todos los estamentos en especial a las*

técnicas de enfermería que trabajan en postas rurales y son las encargadas de la administración de los tratamientos en domicilio cuando tienen indicación desde el Hospital”.

También refieren: “Que los capacite una CNS que trabaje en el hospital, con usuarios oncológicos día a día, se sintió más real y cercano, porque fue aplicable de hecho casi no en el acto, como la preparación y administración de medicamentos por infusor por ejemplo”.

3.3. Derivación

Los resultados cuantitativos medidos, durante la pasantía en los meses de septiembre y octubre 2022, muestran que aumentó la derivación a un 40% de 28 pacientes, gracias al trabajo en equipo y consultoría para los distintos profesionales y siendo referente en el área de oncología, promoviendo cuidados avanzados en el área, basados en una valoración integral del usuario y familia, brindando apoyo en las intervenciones a ejecutar, realizando un intercambio activo de información entre los equipos de los distintos niveles de atención, durante todo el proceso, mejorando la efectividad de la atención y continuidad del cuidado. Como se muestra en el siguiente gráfico.

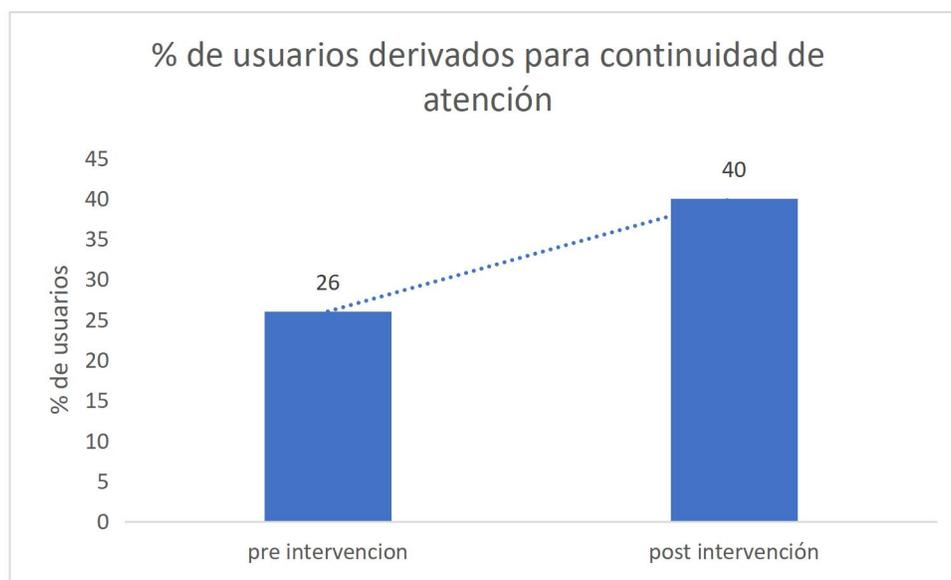


Gráfico N°1: Elaboración propia basado en estadística de la Unidad de Cuidados Paliativos. (2022)

Por otro lado, se elaboró un Flujograma de Referencia y Contrarreferencia entre el CESFAM y el Hospital, con el objetivo de unificar el tránsito del usuario y su familia por los niveles de atención, mientras se encuentre en tratamiento en CP.

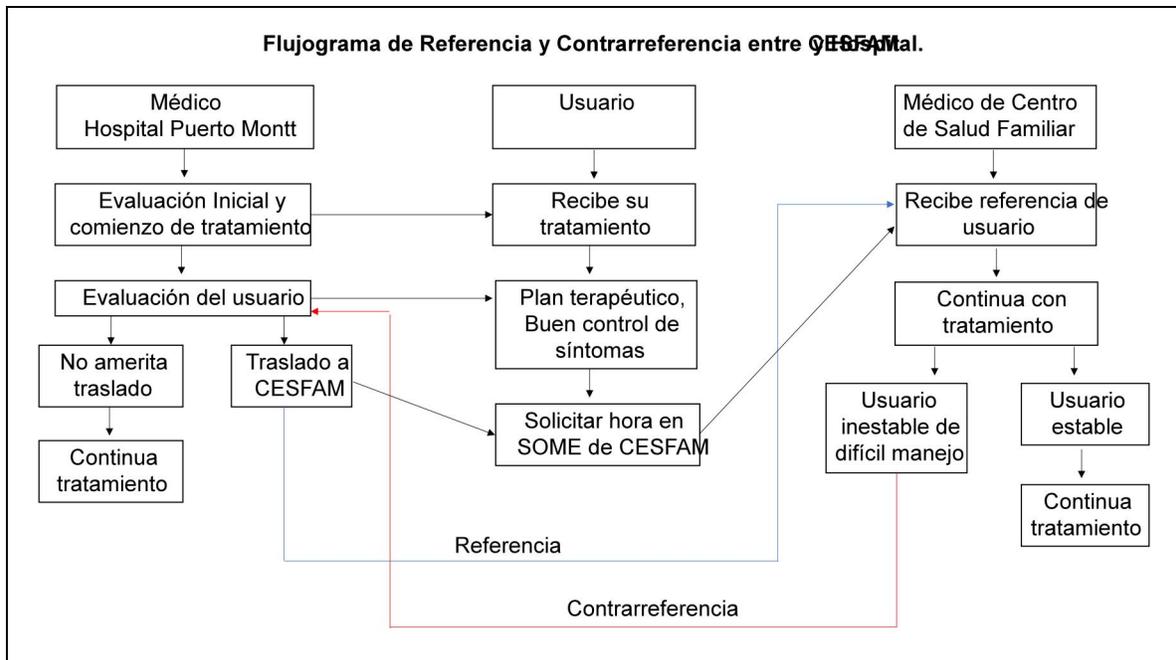


Figura 2: Flujograma de Referencia y Contrarreferencia entre CESFAM y Hospital

Cualitativamente un tema común en los grupos focales es la coordinación de la atención entre Hospital- CESFAM, reconociendo la importancia de la CNS en el aumento de la derivación en forma oportuna desde el Hospital al CESFAM, lo que les permite conocer al grupo familiar, al cuidador y al usuario en su entorno, dando la oportunidad que se conozcan mutuamente y realicen un plan de tratamiento.

Una de las participantes de los grupos comentó: *“También se trabajó en el rescate de usuarios, como, por ejemplo, un usuario con diagnóstico de Tuberculosis con Cáncer Esófago en etapa IV, que no había sido derivado desde el Hospital. Se gestionó su derivación por CNS, posterior a visita por Programa de Tuberculosis y trabajar en conjunto con el Hospital y utilizar un infusor elastomérico para manejo del dolor. Este caso lo vamos a recordar por siempre porque fue manejado de forma holística por ambos equipos y fue nuestro primer usuario con infusor en el CESFAM”*

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES

4.1. Lecciones y limitaciones

La atención primaria, es la puerta de entrada al sistema de salud, también es donde consulta la mayor parte de la población por diversos motivos relacionados con su salud, identificándose aquí las intervenciones primarias a realizarse con cada usuario según su caso individual. Según la OMS, la necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población (Organización Mundial de la Salud, 2020). Es por esto, que la Atención integral de la persona con cáncer y sus familias, ha sido una estrategia desarrollada para el abordaje de las patologías oncológicas desde el Ministerio de Salud, abordándose en las especificaciones correspondientes según la Orientación Técnica para el Manejo Integral de las Personas con Cáncer y sus Familias, del año 2018, en donde la integralidad del cuidado, el trato humanizado y la atención centrada en la persona, han surgido como una necesidad en el desempeño de equipos de salud en todos los niveles de atención, focalizando a un modelo que comprende al ser humano como un sujeto multidimensional y singular, que requiere de planes de cuidados personalizados (Ministerio de Salud, 2018b). Para dar cumplimiento a lo anterior, se instauró un equipo multidisciplinario entre el Hospital- CESFAM, entregando continuidad de cuidados, en los distintos niveles de atención, centrándose en las personas y sus familias.

Tomando en cuenta lo anterior, el recurso humano que se desempeña en cada centro o nivel de atención debe poseer conocimientos y habilidades que se relacionen a cada especialidad, en este caso el Cuidado Paliativo, además de adherirse a una práctica basada en la ética, el buen trato, la dignidad, el respeto y centrado en la persona, ya que, actualmente las personas tienen un mayor acceso a la información, sobre todo en salud, lo que se traduce en mayor conciencia sobre sus derechos, generando así la necesidad de que el personal de salud se encuentre capacitado no solo en las normativas ministeriales vigentes, sino también, en lo que respeta a la red primaria más cercana y eficiente, garantizar una alta capacidad resolutive y que coordine el tránsito de las personas entre los diferentes niveles de atención y asegure la continuidad del cuidado, a través, de las estrategias de Redes Integradas y la Red Oncológica de los Servicios de Salud, así como lo ha trabajado la Comunidad de Asturias en España y el presente PMCC contribuyo aportar a la red local con la Implementación del Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de usuarios oncológicos paliativos y sus familias.

Las intervenciones realizadas se basaron en las 3 esferas de sus competencias: paciente, enfermera y sistema (Bryant-Lukosius et al., 2017) , para la adecuada

referencia y contrarreferencia, de los usuarios la CNS, aplicó distintas habilidades de pensamiento crítico con el objetivo de influir positivamente en los sistemas, logrando así una mejora en la atención de los usuarios, sus familias y la población en general, creando relaciones de colaboración y coordinación de las atenciones recibidas por los usuarios en todos los niveles de atención, gracias a esto, los usuarios oncológicos en cuidados paliativos, recibieron cuidados en su centro de salud más cercano, beneficiándose de todas las prestaciones de la atención primaria como visita domiciliaria.

Al igual que, La Asociación Africana y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos junto con Argentina y España, donde exponen la importancia de la formación profesional y la creación de cursos de capacitación, los funcionarios que trabajan en APS reconocen la importancia de la capacitación y contar con mayores herramientas técnicas, para desarrollar las prácticas y habilidades clínicas basadas en la evidencia. La CNS contribuyó con orientación y tutoría para construir su confianza; actuar como docentes clínicos; proporcionar asesoramiento y apoyo para manejar situaciones complejas de atención al paciente; y facilitar el uso de la tecnología para la educación como lo plantean los autores Bryant-Lukosius et al., 2017. Junto con destacar el rol de las enfermeras en la coordinación, la supervisión y el seguimiento de la asistencia domiciliaria en atención primaria, que incluye la atención directa al usuario, también actúan como enlace entre el sistema de atención primaria y las instituciones de atención secundaria y terciaria.

Para finalizar, dentro de las limitaciones del plan de mejora se encuentran: Solo se trabajó con usuarios oncológicos paliativos, el tamaño muestral reducido, lo que impide que los resultados sean generalizados para evaluar un protocolo de referencia y contrarreferencia. Tiempo reducido de intervención; 2 meses, lo que limitó las actividades a realizar a ese periodo de tiempo, por último, el sesgo de selección de las personas que participaron en los grupos focales.

REFERENCIAS

Referencias

- Abu-Odah, H., Molassiotis, A., & Liu, J. (2020). Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC Palliative Care*, 19(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00558-5>
- Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Peña, L. M., & Brousseau, L. (2017). Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>
- Bustos Alfaro, E. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud en el contexto de Latinoamérica. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 37. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i37.34645>
- Defilippi, K. M., & Cameron, S. (2010). Expanding the Reach of Palliative Care to Community-Based Home Care Programs. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(1), 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.004>
- Mederos Collazo, C., Secadas Jiménez, M., Cabrera Benítez, L., Abreu Barrera, M. O., García Laceria, L., Mederos Collazo, C., Secadas Jiménez, M., Cabrera Benítez, L., Abreu Barrera, M. O., & García Laceria, L. (2021). La superación de la enfermera en la atención integral a la familia con enfermo oncológico. *Revista Médica Electrónica*, 43(4), 1017–1028. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000401017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ministerio de Salud. (2011). *Guía clínica AUGÉ: Alivio del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos*.
- Ministerio de Salud. (2018a). *Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile*.
- Ministerio de Salud. (2018b). *Orientación Técnica para el manejo integral de la persona con cáncer y su familia*.
- Ministerio de Salud. (2018c). *Plan Nacional de Cáncer 2018-2028*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, August 20). *Cuidados paliativos*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*.

- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 (2°)*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directores de programa*.
- Oses Zubiri, M., Legault, A., Martínez, A. M., Oses Zubiri, M., Legault, A., & Martínez, A. M. (2020). Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. *Ene*, 14(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=
- PastranaTania, De Lima Liliana De Lima, Sánchez-Cárdenas Miguel Antonio, Van Steijn Danny, Garralda Eduardo, Pons Juan José, & Centeno Cortés Carlos. (2020). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020: Vol. 2 edición*.
- Patón Villar, F., Lorente Granados, G., Fernández-Lasquetty Blanc, B., Hernández Martínez, A., Escot Higuera, S., Quero Palomino, M. A., & Navarro González, I. (2013). Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming. *Gerokomos*, 24(3), 125–131. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300006>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Sanchez, K., Winnie, K., & de Haas-Rowland, N. (2019). Establishing the Clinical Nurse Specialist Identity by Transforming Structures, Processes, and Outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 33(3), 117–122. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000438>
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2009). *Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias*.
- Suárez Vásquez, K., & Zeña Ramos, J. L. R. (2022). El ciclo Deming y la productividad: Una Revisión Bibliográfica y Futuras Líneas de Investigación. *Qantu Yachay*, 2(1), 63–79. <https://doi.org/10.54942/qantuyachay.v2i1.21>
- The Economist Intelligence Unit. (2015). *The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world*.
- Tripodoro, V. A., Berenguer, M. C., Yastremiz, A. S., Jacob, G. R., & De Simone, G. G. (2020). Desarrollo y aplicación de un panel de indicadores de calidad para evaluar servicios de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 27. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1107/2019>
- Ugarte Villanueva, S., Pérez Hoyos, M. T., & Aparicio Campino, E. (2019). Implementación de un protocolo de atención en Cuidados Paliativos basado en la comunicación con paciente y familia y entre niveles asistenciales. *International Journal of Integrated Care*, 19(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.s3119>
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Declaration of Astana*.