

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autor: Marcos Leandro Robles

MEJORA EN LA CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS CUIDADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS Y O TERMINALES DEL CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

2011

Citar como: Robles, M. L. (2011). Mejora en la continuidad e integralidad de los cuidados de salud de los pacientes oncológicos y o terminales del Centro Gallego de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

1. Resumen ejecutivo.....	3
2. Introducción.....	7
3. Problema, necesidad u oportunidad.....	14
4. Objetivos.....	18
5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA.....	19
6. Análisis de las alternativas.....	21
7. Definición de actividades y cronogramas.....	22
8. Dirección del proyecto y mecanismos de evaluación.....	29
9. Conclusiones.....	30
10. Bibliografía.....	32
11. Anexos.....	34
10.1. Anexo I. Distribución demográfica de la patología oncológica en el CGBA.....	34
10.2. Anexo II. Encuesta a Profesionales de la salud.....	36
10.3. Anexo III. Encuesta a Pacientes Oncológicos.....	39
10.4. Anexo IV. Matriz Causa efecto de Kaoru Ishikawa.....	41
10.5. Anexo V. Reingeniería de procesos.....	42
10.5.1. Proceso: Atención del paciente oncológico y/o terminal.....	43
10.5.2 Proceso: Atención del paciente oncológico y/o terminal con inclusión de la atención psicosocial.....	45

1. Resumen ejecutivo

a- Resultados esperados

Al finalizar el proyecto, el Hospital de Comunidad Centro Gallego de Buenos Aires (CGBA) contará con una nueva Unidad Funcional (UF), UF de atención psicológica para el tratamiento de pacientes oncológicos y/o terminales, dentro de su cartera de servicios.

Se habrá mejorado el proceso de atención de los pacientes oncológicos y/o terminales asegurando la continuidad y la integralidad de cuidados que incluya los aspectos psicológicos mediante, la formalización de un nuevo protocolo de Atención del paciente oncológico y/o terminal con inclusión de la atención psicológica.

Y, se habrá capacitado a todo el personal sanitario y administrativo que estén en contacto con pacientes con patologías oncológicas y/o terminales, logrando de esta manera, un marcado fortalecimiento institucional.

b- Beneficiarios

Dicho proyecto presentará un gran impacto no sólo para la población de pacientes oncológicos y/o terminales, para sus familias y para el cuerpo médico, sino para el Hospital mismo. Dado que la UF tendrá como principal objetivo proporcionar calidad de vida al paciente con cáncer, o terminal, y a su familia. El papel del psicólogo estará encaminado a detectar y suplir las necesidades psicológicas del paciente y proporcionar tratamiento de soporte a nivel afectivo emocional, desarrollando y manteniendo habilidades que le permitan trabajar por un buen vivir y eventualmente, por un buen morir, a través de la elaboración del duelo.

Al personal sanitario lo ayudará brindándole las herramientas necesarias, tanto, para un manejo adecuado, en cuanto al aspecto psicológico del paciente como con sus miedos y vivencias personales. Y al CGBA lo catapultará como un hospital de avanzada que no sólo se preocupa por el bienestar y cuidado biológico del paciente, sino por el todo holístico del mismo. Se verá enriquecido por la existencia de una nueva UF y de un nuevo proceso de atención, por otro lado se fortalecerá con la capacitación de su plantel sanitario.

Es un proyecto social de alto impacto y de bajo costo. Con una población objetivo específica que tiene el derecho de una atención que cubra la totalidad de sus necesidades y por sobre todas las cosas, que no tiene la fuerza para reclamarla ni el tiempo para esperar a que se les brinde.

c- Responsable del Proyecto

El CGBA desde la declaración de su Misión y Visión, como así de sus valores institucionales se hace garante de la puesta en marcha y de la sustentabilidad del proyecto. Proyecto que estará a cargo del Dr. Marcos L. Robles.

d- Necesidades de financiamiento

Al ser un hospital privado el gerenciamiento del proyecto estará a cargo de si mismo, previa aprobación de la Honorable Junta Directiva.

Por otro lado podrá recibir financiamiento de lo percibido por la facturación y cobranza de dicha prestación que podrá realizarse a terceros financiadores (Obras Sociales, por ejemplo).

e- Conclusiones generales

El proyecto de Creación de una Unidad Funcional de atención psicológica para el tratamiento de pacientes oncológicos y/o terminales, es un proyecto de alto impacto no solo para dicha población, para su familia y el personal sanitario sino, para el Hospital mismo ya que lo reposicionará en el mercado de la salud.

Los pacientes oncológicos y/o terminales viven una realidad distinta y ajena a aquel paciente que padece una patología aguda no terminal, ya que en algún momento de la evolución de su enfermedad se enfrentan con la muerte y con el proceso que le antecede; demandan una atención centrada en el ser humano que permita una vida y una muerte digna. Como es de consenso mundial el tratamiento del paciente oncológico y/o terminal tiene que ser un tratamiento multidisciplinario que incluya el aspecto biológico, psicológico, familiar, laboral y social del mismo.

Palabras claves: Acompañamiento psicológico. Pacientes oncológicos. Pacientes terminales. Cuidados continuos.

1. Executive summary

a- Awaited Results

At the end of the project, the Hospital Community Centro Gallego de Buenos Aires (CGBA) will have a new Functional Unit (FU), FU of psychological care for the treatment of cancer patients and/or terminals within its portfolio of services.

It will have been Improved the process of care of cancer patients and/or terminals ensuring the continuity and the integrality of care that includes the psychological aspects through the formalization of a new protocol for the care of cancer patients and/or terminal with inclusion of psychological care.

And will have to be trained to all medical staff and administrative which are in contact with patients with oncological pathologies and/or terminals, achieving this way, a marked strengthening institutional.

b- Beneficiaries

The project will present a major not only for the oncology patient population and/or terminals, for their families and the medical profession, but for the Hospital itself. Given that the UF will have as a principal objective of providing quality of life for the patient with cancer, or terminal, and his family. The role of the psychologist will be designed to detect and compensate for the psychological needs of the patient and provide supportive treatment to affective emotional level, developing and maintaining skills that allow him to work for a good live and, possibly, a good die, through the elaboration of the mourning.

The health personnel will be helped by been provided with the necessary tools, both, for an adequate management, with regard to the psychological aspect of the patient and with their fears and personal experiences. And the CGBA will be catapulted as a hospital of advanced that not only is concerned about the welfare and biological care of the patient, but for the whole holistic of the same. Will be enriched by the existence of a new UF and a new process of care, on the other hand will be strengthened through training of its breeding stock health.

It is a social project with high-impact and low-cost. With a specified target population that has the right to an attention that cover the totality of their needs and above all things, that does not have the strength to claim nor the time to wait for given to them.

c- Responsible for the Project

The CGBA from the statement of its mission and vision, as well as in its institutional values be the guarantor of the commissioning and the sustainability of the project. Project that will be in charge of Dr. Marcos L. Robles.

d- Financing Needs

To be a private hospital management of the project will be funded by itself, with the approval of the Honorable Board of Directors.

On the other hand may receive funding as is perceived by the billing and collection of this allowance may be made to third funders (Social Work, for example).

e- General Conclusions

The project for the establishment of a functional unit of psychological care for the treatment of cancer patients and/or terminals, is a project of high impact not only for the said population, for their family and the health personnel, but, for the Hospital itself that will be repositioned into the health market.

The oncological patients and/or terminals are living a different reality and alien to the patient that suffers from an acute disease not terminal, because at some point in the evolution of their disease is faced with the death and the process that precedes it; demand a focus on the human being which allows life and a dignified death. As it is global consensus on treatment of cancer patients and/or terminal has to be a multidisciplinary treatment that includes the biological aspect, psychological, familial, occupational and social of the same.

Key Words: Psychological counseling. Oncologic patients. Terminal patients. Continuing care.

2. Introducción

1- Características de la organización que presenta el proyecto

El Hospital CGBA es un hospital privado, polivalente de agudos de Nivel VIII, de la clasificación usada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, teniendo su estructura funcional por departamentos y servicios.

Su Misión es brindar servicios de atención médica de alta calidad a los socios del CGBA y a los beneficiarios de las coberturas médicas que requieran y contraten los mismos; a su vez, formar recursos humanos destacados y valorizados para el sector de la salud, favoreciendo el desarrollo del factor humano mediante la enseñanza incidental y la docencia de postgrado.

Su Visión es consolidarse como un hospital de alta eficacia en la resolución de las patologías. Destacándose en la investigación médica y en el rol académico, como así también, desarrollar procesos eficientes, ser capaz de autofinanciarse, promover la participación del personal para que logrando sus objetivos pueda comprometerse con la empresa y así conseguir que los pacientes sientan que están en buenas manos. De esta manera lograría convertirse en un Hospital fuerte, dinámico y moderno que se destaca en el mercado de la salud por su calidad.

Los valores de la institución, compartidos por todos sus integrantes, son:

- Ética
- Compromiso
- Lealtad
- Respeto
- Trabajo en equipo
- Transparencia

Desde su fundación, en 1907 ha ido creciendo tanto edilicia como funcionalmente. En la actualidad, abarca 28.000 m2 distribuidos en siete plantas y dos subsuelos. Tiene un sector de internación con una capacidad para 370 pacientes, 6 quirófanos, 2 en Maternidad y más de 60 Consultorios Externos. El laboratorio central es uno de los más grandes del país. Cuenta con una Farmacia Social, una moderna Maternidad, Servicio de Neonatología, que cuenta con Internación Pediátrica y Cuidados Especiales Pediátricos cuya estructura está equipada con alta tecnología de última generación y Hospital de Día de Oncopediatría.

Como en todo hospital, las entidades nosológicas que se tratan son variadas, pero lo distintivo del CGBA es la relevancia que cobra el enfermo como persona y no sólo la patología que éste padece.

2- Justificación del proyecto

El apoyo psicológico forma parte de los cuidados continuos e integrales que necesita todo paciente con patología oncológica. Beneficia su salud por lo tanto, lo necesita y en consecuencia forma parte de su derecho a la salud conseguirlo.

El CGBA no cuenta en la actualidad con un servicio de apoyo psicológico para los pacientes oncológicos y/o terminales donde brindar a ellos y a su familia todo lo necesario para un tratamiento integral. Si la Misión del mismo es brindar atención médica de alta calidad y la Visión es consolidarse como un hospital de alta eficacia en la resolución de las patologías, como así también, convertirse en un Hospital fuerte, dinámico, moderno y actualizado a los tiempos que corren es imprescindible subsanar dicha falencia. De tal modo, el proyecto de mejora en la continuidad e integralidad de los cuidados de la salud de los pacientes oncológicos y/o terminales que incluya el aspecto psicológico para la asistencia y acompañamiento de aquellos pacientes afectados de patología oncológica y/o terminal es fundamental, para poder brindarle a la población oncológica y/o terminal del hospital una atención acorde a sus necesidades, a la Misión y Visión del Hospital y que por otra parte no es más que darles lo que les corresponde por derecho.

La persona enferma de cáncer se encuentra en una situación sumamente estresante. Pruebas, exploraciones médicas, confirmación del diagnóstico y los tratamientos médicos suponen una fuente de estrés, tanto para el enfermo, como para los familiares. Estudios realizados afirman que, al menos, la cuarta parte de los enfermos de cáncer necesitan tratamiento psicológico. ¹¹ Desde la salud mental, una crisis pone en cuestión toda la adaptación del individuo tanto a nivel psicológico, social y biológico. ^{1,25}

La acción psicológica se ve justificada por todo esto y porque el conocimiento científico y social acumula datos como para demandarla. ⁴ No sólo es así, sino que desde 1992 dado a los avances del significado emocional, interpersonal, vocacional y funcional de los problemas experimentados por cada persona y el cómo estos problemas afectan su salud, la calidad de vida y recuperación han dado como resultado la creación de una subespecialidad denominada Oncología Psicosocial o Psicooncología, cuyos intereses están fundamentados en tres pilares básicos: el paciente, la familia y el personal sanitario; de los que se desprenden una serie infinitas de actividades y funciones. ⁹ Su principal objetivo es proporcionar calidad de vida al

paciente con cáncer o terminal y a su familia. El papel del psicólogo está encaminado a detectar y suplir las necesidades psicológicas del paciente y proporcionar tratamiento de soporte a nivel afectivo emocional, desarrollando y manteniendo habilidades que le permitan trabajar por un buen vivir y eventualmente, por un buen morir a través de la elaboración del duelo.

El acompañamiento del psicólogo en la fase terminal del paciente es esencial ya que es él el que ha tenido la preparación suficiente para abordar, de manera profesional, las diferentes consecuencias psicológicas que conlleva el hecho de enfrentarse a la muerte.¹³ Mientras que el auxilio de la psiquiatría llega sólo al efecto de indicar y dosificar medicación cuando ésta sea necesaria.

El tratamiento psicológico tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar, en todo momento, integrado con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

El diagnosticar una patología terminal no sólo afecta al paciente, sino a todo su entorno familiar y social. Una de las dimensiones de su calidad de vida que se ve primeramente afectada es su autonomía personal. La toma de decisiones ya no sólo afecta su individualidad, sino que repercute en su círculo familiar, social y laboral. En muchos casos la familia es quien pasa a tomar las decisiones que le corresponderían al paciente, presentándose con frecuencia conflictos de intereses.

En estos casos, puede darse lo que se podría denominar como “divorcio” entre el paciente y su familia, donde cada uno persigue diferentes intereses (siempre manteniendo un interés común, que es el bienestar y confort del enfermo). No se manifiestan en forma explícita los pensamientos y sentimientos concomitantes. Habitualmente la familia se rehúsa a hablar del diagnóstico con el paciente, pudiendo darse también, que sea éste quien no quiera hablar con su familia.

En ese aspecto también se manifiesta la pertinencia de un equipo de profesionales que aborden éstos conflictos para hallar soluciones posibles.

Contar con un equipo especializado, por otro lado, contribuiría a reducir la sensación de soledad a la que se enfrenta el médico de cabecera, y le aportaría elementos para atender adecuadamente las necesidades emocionales y requerimientos de los pacientes y de su entorno familiar.

Todo lo planteado daría como resultado una mejor calidad de vida por parte del paciente, una mejoría en términos de satisfacción tanto por los usuarios externos, pacientes y familiares, como de los médicos y/o personal sanitario, usuarios internos. Por otro lado, habría un

aumento de los resultados en equidad, ya que todos los pacientes tendrían la posibilidad de acceder a un acompañamiento psicológico en su enfermedad.

Dentro de nuestras obligaciones y responsabilidades como profesionales de la salud se encuentra dejar de lado la ya lejana dicotomía cuerpo-mente y crear un espacio de trabajo común, donde lo psíquico y lo físico tengan cabida y de estrecha cooperación de equipo para atender eficazmente al enfermo oncológico y/o terminal.

3- Marco conceptual

Los pacientes oncológicos y/o terminales presentan una realidad distinta y ajena a aquel paciente que padece una patología aguda no terminal.

Para que un paciente pueda ser clasificado como terminal deben darse las siguientes condiciones: a-Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto. b-La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve, desde menos de un mes hasta seis meses. La progresividad e irreversibilidad de la enfermedad son elementos definitorios necesarios y copulativos para clasificar a un enfermo como terminal. c-En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no debe ser susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces.

Hay que poder diferenciar terminalidad de los conceptos de gravedad e incurabilidad, también hay que tener en claro que puede darse en cualquier grupo etario, la edad avanzada no es un criterio válido para catalogar a un paciente como terminal. 5,6

Diagnosticar un paciente como terminal constituye, para el médico, una gran responsabilidad profesional y ética. Por una parte, induce un cambio radical en su actitud y acciones terapéuticas, ya que el tratamiento curativo da paso al paliativo y al cuidado básico del enfermo. Por la otra, implica la obligación de quien tenga, efectivamente y en la práctica el rol de médico tratante, de asumir en plenitud el cuidado del paciente hasta su muerte. 5,8

A mediados de los años 60, la Dra. Kübler-Ross describe cinco fases por las que pasan la mayoría de los pacientes terminales, Negación y aislamiento, Ira y furor, Negociación o pacto, Depresión y Aceptación. 16

Estas personas se enfrentan en algún momento de la evolución de su enfermedad con la muerte, con el proceso que le antecede y con la necesidad de una terapéutica paliativa,

demandan una atención centrada en el ser humano que permita una vida y una muerte digna.
7,14

El cáncer es una enfermedad progresiva y conforme avanza toma relevancia el control sintomático de las secuelas debidas a la enfermedad y a los tratamientos administrados, así como el cuidado del enfermo y la atención a sus familiares. La atención integral del paciente oncológico representa una visión esencial y prioritaria en el tratamiento del cáncer, y debe estar presente desde el mismo momento del diagnóstico, con especial énfasis en la etapa avanzada y terminal de la enfermedad. Por ello, se llama a todo este planteamiento "Cuidados Continuos", la OMS recomienda realizar una intervención conjunta y precoz de los tratamientos oncológicos con "intención curativa" y los tratamientos "sintomáticos y de soporte", haciendo hincapié en el control del dolor, la astenia y el binomio ansiedad-depresión.

Se entiende, entonces, como cuidados continuos a la atención integral de la persona enferma en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social. 17,27 Es decir, cubre el todo holístico de la persona.

En 1990 la OMS define a los "Cuidados Paliativos" como aquellas actuaciones que mejoran la calidad de vida de los pacientes terminales y sus familiares a través de la prevención y el alivio del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales; mientras que los "cuidados de la etapa final" son aquellos que tienen lugar cuando la muerte es inminente. 3,15

Los cuidados centrados en la persona están relacionados directamente con la organización del servicio que lo asiste, mientras que un cuidado competente y una atención holística tiene más que ver con la gestión de ese servicio. 27

Existe un consenso en la literatura acerca, de que el tratamiento del paciente oncológico y/o terminal tiene que ser un tratamiento multidisciplinario, con roles bien definidos. El médico tratante tiene la responsabilidad de comunicar al enfermo de la situación que lo afecta y de su pronóstico. No hay ninguna justificación ética para mentir al paciente, sin embargo se puede limitar la información sobre la enfermedad, esta verdad debe adecuarse a cada individuo siendo la misma de manera dinámica ya que va cambiando acorde a las circunstancias, esto se conoce como verdad soportable o verdad tolerable. 21,24 A su vez, debe ser el responsable de la comunicación con la familia ya que ésta debe estar al tanto de la situación y poder formar así parte esencial en el tratamiento y en el apuntalamiento del paciente. Debe conducir el cuidado y el tratamiento del paciente terminal, destinado a proporcionarle apoyo psicológico, tratamiento de la patología y de los síntomas físicos y psicológicos. Debe, a su vez, ser responsable de la preparación del enfermo para la muerte. 23,26

El manejo clínico del paciente oncológico terminal es una de las situaciones que más problemas y angustias puede crear al médico debido primeramente al gran impacto emocional que supone

atender a un paciente que se encuentra en el final de su vida y segundo, al enfrentamiento de su condición finita.^{2,5}

La palabra cáncer es un término que la población insiste en emplear en cuestiones devastadoras y cuyas connotaciones negativas conducen incluso a la estigmatización social. ¹⁶ El diagnóstico de cáncer supone en la vida de los pacientes y sus familias, una ruptura brusca con su entorno y su vida cotidiana, que termina siendo invadida por la enfermedad y por las sensaciones de miedo y desequilibrio emocional. ^{18,19} La despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones son algunos aspectos que se experimentan. El proceso de despersonalización implica la adopción de un yo-enfermo de cáncer que sustituye al yo-persona y a todo lo que esto conlleva. ²⁰ La enfermedad no sólo afecta al paciente sino también a la familia, de esta manera en los entornos familiar, social y laboral se producen cambios que afectan al rol del paciente y forman parte del proceso de despersonalización. ¹⁰

Es conocida la necesidad de estos pacientes de una ayuda bio-psico-social y una formación en este campo no sólo ayudaría a los enfermos oncológicos, sino también a su familia e incluso al personal sanitario que a fin de cuentas es el que más tiempo pasa con los enfermos, cuando están internados. ¹⁰

La intervención psicológica en el área del cáncer son las siguientes: intervenciones preventivas, información adecuada al paciente, preparación a la hospitalización y tratamiento, tratamiento asociados a la patología del cáncer, problemas sexuales, adaptación a amputaciones, ostomías u otros efectos secundarios al tratamiento, intervención en la fase terminal y a su vez, entrenamiento de afrontamiento del estrés para el personal médico y sanitario. ¹²

El tratamiento psicológico acompaña al paciente en las etapas descritas por la Dra. Kübler-Ross, de diferente manera, a su vez ayuda en el proceso de desesperanza que acompaña en algún momento al paciente oncológico y/o terminal. No sólo acá se pone en juego la desesperanza y la desesperanza aprendida del paciente, sino la nuestra propia, la que debemos reconocer para que no la sumemos en este acompañamiento. ²²

La persona que se siente morir, y en especial la que sabe que se va a morir, plantea diferentes conflictos que deben ser reconocidos por el equipo tratante, pudiéndoselos dividir entre pérdidas y temores.

Entre las pérdidas está la de la propia independencia para llevar a cabo su papel habitual en la familia y en la sociedad, para ganar dinero, para manejarse por sí mismo, etc. Entre los miedos el más importante es el temor a lo desconocido y a su propia muerte.

La aceptación de la misma se produce una vez que se han superado los diferentes estadios por los que pasa el paciente terminal, pero muchos llegan a ella enfadados, negativistas y

luchando, son aquellos que no han podido transitar todo este proceso de una manera natural, pudiéndose subsanar en muchos teniendo un apoyo psicológico adecuado.

Para León J. Kass una muerte digna no consiste sólo en la ausencia de tribulaciones externas, la dignidad frente a la muerte no viene conferida desde el exterior sino que requiere una grandeza de ánimo que proviene de la persona misma que la afronta. ²

A su vez, la intervención psicológica debe abocarse a la familia y al personal sanitario. Con respecto a la familia, como soporte emocional para el afrontamiento, tanto de la situación actual como de la inminente preparación para el duelo. El soporte informativo, respecto a los recursos que pueden utilizar para ayudar del modo más adecuado al paciente. Con respecto al personal sanitario, actuar como soporte para el manejo de sus propias emociones ante la situación terminal y la importancia en la comunicación entre los distintos miembros del equipo terapéutico de cara a una mayor eficacia profesional. ⁴

Por todo lo expuesto, vemos que la relación médico-paciente constituye, más en los pacientes oncológicos y/o terminales, un entramado siempre complejo de abordar. La demanda del paciente, que incluye no sólo sus habilidades para curar y la técnica implícita, sino todo aquello que tiene que ver con el encuentro humano y la angustia que bordea cada momento de la relación, lo cual hará extremadamente delicado cada encuentro y la labor médica por ello intensa, difícil y delicada.

4- Principales obstáculos a enfrentar

Como en todo proceso de innovación, el mayor obstáculo con el que se debe lidiar, es con la necesidad de un cambio radical en la actitud asistencial tanto, de los profesionales médicos como así también, de todos los asistentes sanitarios. La inercia de todo trabajo, trabajo que se realiza durante cierto tiempo, es por sí misma difícil de quebrar y romper. Cuando se incorporan cambios y mejoras a los procesos, cambios muchas veces pedidos, queridos y necesarios, la idiosincrasia de las personas los hacen difíciles de aceptar y ponerlos en práctica. Hay que lograr que todo el personal que deba implementarlos, lo haga propio.

Un segundo obstáculo, es a su vez, enfrentar el prejuicio generalizado de que toda derivación para consulta psicológica implica, en el inconsciente, una enfermedad mental.

3. Problema, necesidad u oportunidad

Problema identificado

Baja calidad en la continuidad e integralidad de los cuidados de los pacientes oncológicos y/o terminales en el aspecto del acompañamiento y cuidado psicológico durante todas las fases de su enfermedad.

Descripción del Problema

Desde el 2001 a la fecha en el CGBA se han tratado a 3216 pacientes oncológicos, (Anexo I), se ha visto crecer a dicha población en un promedio de 304 casos nuevos al año, estos sumados a los pacientes terminales no oncológicos, hacen una población total de más de 4523 pacientes.

En el último año, ha habido un aumento en la demanda de un acompañamiento psicológico a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad terminal por parte de los pacientes, de sus familiares y de los médicos de cabecera. Entendiendo a dicho acompañamiento como parte integral del tratamiento de toda patología oncológica y/o terminal. (Anexo II-III)

El CGBA cuenta en la actualidad con un servicio de psiquiatría, pero no así con un servicio de atención psicológica que trabaje en forma conjunta con el mismo para poder brindar un tratamiento integral a los pacientes que así lo requieran.

Esto lleva a un aumento en la demanda al servicio de psiquiatría de pacientes que no requieren tratamiento psiquiátrico, sino que necesitan contención psicológica que les brinde un acompañamiento adecuado a las situaciones traumáticas que se enfrentan al padecer enfermedades deteriorantes y que pueden desembocar en situaciones terminales. Por otra parte, esta demanda insatisfecha, conlleva a una demora mayor para aquellos pacientes que sí deben ser atendidos por psiquiatría.

En el caso particular de los pacientes oncológicos y/o terminales los tiempos de espera para recibir atención psiquiátrica no se ajusta con sus tiempos y necesidades.

Los sentimientos de frustración y abandono se acrecientan y profundizan cuadros de depresión reactiva, que tratados precozmente pueden tener una evolución favorable, mejorando también los resultados del tratamiento médico y la recuperación del paciente.

El tratamiento psicológico en estos pacientes no sólo es necesario para asumir su patología y su nuevo estatus, sino que les brinda ayuda en su vida de relación, con su entorno (familiar, laboral, social) y para afrontar el tratamiento adecuado a su patología de base; como así también su relación con la muerte y en la proyección del tiempo de vida restante.

Frente a una patología “no conocida y tabú” como es el cáncer, así como es el enfrentarse a su propia muerte, despierta en cada persona una serie de miedos y de incertidumbres que el profesional médico no está capacitado para poder abordar adecuadamente, brindando al paciente el marco de contención que requiere.

Es en estos casos donde queda evidenciado el no contar dentro del plantel general de profesionales, con un equipo especializado e idóneo (psicólogos), que brinde a los pacientes oncológicos y/o terminales un marco referencial apropiado. En una institución donde la persona y sus cualidades están capitalizadas y valoradas, el no contar con un proceso de atención para el paciente oncológico y/o terminal que incluya su aspecto psicológico no sería acorde a la Misión y Visión de la misma. A su vez restaría calidad e integralidad en la continuidad en los cuidados de estos pacientes; pacientes que, tienen el derecho de recibir una atención integral y abarcativa en todos los aspectos, biológico, psicológico, familiar, social y laboral.

Causas

Realizando un análisis de las causas del aumento de la demanda en la atención psicológica vemos que hay un déficit en el recurso humano, tanto en el aspecto de la calidad como de la cantidad, ya que en el hospital se cuenta con un plantel de psiquiatras insuficiente como para evacuar la demanda de las consultas psiquiátricas y a su vez brindar una adecuada cobertura en el tratamiento y acompañamiento psicológico de los pacientes oncológicos y/o terminales. Por otra parte se pone de manifiesto la falta de personal idóneo para el tratamiento y acompañamiento psicológico de los mismos como así también de sus familiares y en el apoyo psicológico con el que debe contar todo equipo de profesionales de la salud que trata a estos pacientes.

Por otro lado, estamos ante la presencia de una falta metodológica, ya que en el CGBA existen guías y protocolos de atención de los pacientes oncológicos y/o terminales en cuanto a lo biológico, pero dichos protocolos no contemplan la atención psicológica de los mismos. (Anexo IV-V)

Sistematizando, existen dos causas:

- 1) RRHH: falta de horas de psicología para la realización de un acompañamiento y tratamiento psicológico de los pacientes oncológicos y/o terminales. Actividad no contemplada dentro de la cartera de servicios del CGBA.
- 2) Procesos: falta de un protocolo de atención del paciente oncológico y/o terminal que contemple la inclusión de los aspectos psicológicos del mismo.

Análisis de involucrados

Grupos	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y Mandatos
Pacientes	Mejoría de la atención percibida.	Tratamiento médico que no contempla el aspecto psicológico. Desinformación.	Participación indirecta en el proyecto. Agente vector.
Familiares	Mejoría de la atención percibida.	Tratamiento médico que no contempla el aspecto psicológico. Desinformación. Limitación para atender las necesidades psicológicas de sus familiares enfermos. Costo de oportunidad relacionado.	Participación indirecta en el proyecto Agente de difusión del proyecto.
Profesionales de la Salud	Mejoría de la atención psicológica del paciente oncológico y/o terminal. Prevención de la psicopatología asociada a la enfermedad terminal. Aumento del bienestar percibido por contar con UF que le brinde contención y orientación apropiada para el tratamiento de dicha población	Falta de inclusión del aspecto psicológico en el tratamiento de los pacientes oncológicos y/o terminales. Falta de orientación, información y acompañamiento profesional.	Participación indirecta en el proyecto. Agente vector. Interés político y social. Agente de difusión del proyecto. Rol activo permanente en la prevención de salud de la población. Recurso humano calificado.

Grupos	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y Mandatos
CGBA	Mejoría de la atención psicológica del paciente oncológico y/o terminal. Prevención de la psicopatología asociada a la enfermedad terminal. Aumento del bienestar y capacitación del personal sanitario. Posicionamiento del Hospital en el mercado de la Salud. Ser agente activo del plan de promoción de la salud psicológica en la población oncológica y/o terminal.	Aumento en la demanda de la atención psicológica de los pacientes oncológicos y/o terminales.	Participación directa en el Interés político proyecto. Potestad. Recurso Humano. Información sobre las características socio-ambientales. Ejecución. Monitoreo. Financiación. Agente de difusión del proyecto. Rol activo permanente en la prevención de salud de la población. Soporte tecnológico.

4. Objetivos

Objetivo General

Mejorar la continuidad y la integralidad de la atención de los pacientes oncológicos y/o terminales, brindándoles acompañamiento y asistencia psicológica en las diferentes fases de su patología, en tiempo y forma, mediante la creación de una Unidad Funcional de atención psicológica en el Hospital de Comunidad Centro Gallego de Buenos Aires.

Objetivos específicos.

- Mejorar el proceso de atención de los pacientes oncológicos y/o terminales asegurando la continuidad y la integralidad de cuidados que incluya el aspecto psicológico. Consensuar y formalizar un nuevo protocolo de: Atención del paciente oncológico y/o terminal con inclusión de la atención psicológica.
- Mejorar las capacidades del Equipo de Salud para la atención, acompañamiento y asistencia psicológica de los pacientes oncológicos y/o terminales a través de la incorporación de psicólogos y la capacitación de los médicos asistencialistas.
- Crear una Unidad Funcional de atención psicológica para la asistencia y acompañamiento de aquellos pacientes afectados de patología oncológica y/o terminal, que trabaje interdisciplinariamente con el servicio de psiquiatría ya existente, para brindarles un tratamiento integral en caso que así lo requieran.

5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: F.O.D.A

	Debilidades	Fortalezas	Oportunidad	Amenazas
Recursos tecnológicos	Inadecuada interconexión de equipos. Falta de base de datos electrónicas.	Sistema informático en implementación.		Alto costo de renovación de tecnología.
Elementos Epidemiológicos	Población nativa envejecida.	Población nativa con un buen control médico. Población nominalizada	Política de salud. Programa de capacitación de RRHH en cáncer. Resolución N° 508/11 Ministerio de Salud de la Nación Resolución 169/97	
Recursos Económicos	Dependencia de Galicia. Alto endeudamiento. No hay control exacto de lo que se debería recaudar con el ingreso.	Cartera de pacientes propios. Gran cartera de OS. Sistema de facturación renovado.		Economía española en crisis. Inestabilidad de la cadena de pagos de las OS
Recursos Humanos	"Acostumbramiento" a la población de afiliados. Alto ausentismo. Envejecimiento. Cultura hospitalaria de hospital público. Falta de motivación. Resistencia al cambio. Ausencia de recurso calificado	Formación de profesionales, residencias.	Convenio con escuela de enfermería FATSA. Pasantías por el hospital de alumnos UBA de enfermería.	Escaso recurso humano en Psicooncología. Alto costo.

	Debilidades	Fortalezas	Oportunidad	Amenazas
Recursos Físicos	Instalaciones antiguas con bajo nivel de mantenimiento. Ausencia de un plan de mantenimiento integral.	Amplias instalaciones propias. Capacidad física para aumentarlas. Buena situación geográfica. Ubicación estratégica.		Altos costos de la construcción.
Sistema de Información	Falta de base de datos electrónicos. Información compartimentalizada. Página web de difícil manejo.	Adecuada información al afiliado por cartelera, folletería. Cartilla de prestaciones.		Alto costos de implementación de sistema informático.
Funciones Gerenciales	Falta de trabajo en conjunto de algunos sectores gerenciales. Ausencia de marketing	Tendencia al cambio de las estructuras de gestión. Misión, visión y valores explícitos		Cambios en la política de Galicia con respecto al Hospital.
Procesos de la Institución	Régimen afiliatorio abarcativo. Población envejecida. Elevada demora de turnos. Escasa gestión clínica.	Servicios propios y contratados. Farmacia propia. Cobertura extendida sobre PMO. Hospital asociado a la UBA. Variedad especialidades. Hospital con larga historia.	Programas preventivos del gobierno de la Ciudad.	Costos elevados.

6. Análisis de las alternativas

Matriz de decisión

Variables a Considerar	Implementación del proyecto	Tercerización de la prestación	No realizar ningún proyecto
Costo	Medio	Alto	
RRHH involucrados	Alto	Bajo	
% de solución del problema	Alta	Alta	Se agravaría la situación. Aumento de la población sin cobertura
Sustentabilidad en el largo plazo	Alta	Media/baja	
Aprovechamiento del recurso local	Alto	Bajo	

7. Definición de actividades y cronogramas

Objetivo Específico N°1: Mejorar el proceso de atención de los pacientes oncológicos y/o terminales por medio de asegurar la continuidad de cuidados que incluyan los aspectos psicológicos

N°	Actividad	Responsable	Meta	Descripción de tarea
1	Análisis del proceso de atención de los pacientes oncológicos y/o terminales actual.	Director del Proyecto	1 mes	Se desarrollará un taller con los involucrados de la atención oncológica, donde se analizarán las actividades de dicho proceso, con sus responsables, soporte y tareas que se llevan a cabo. La producción del taller es una tabla de procedimiento formal para la atención del paciente oncológico y/o terminal
2.	Evaluación y consenso de las actividades a suprimir, incorporar o racionalizar (reingeniería)	Director del Proyecto	1 mes	Luego de analizar el procedimiento de la atención de los pacientes oncológicos y/o terminales y de evaluarlo se consensará un nuevo procedimiento. En este caso, se incorporará como eje de trabajo los aspectos psicológicos.
3	Implementación del nuevo procedimiento	Director del Proyecto. Médicos de cabecera.	Inmediatamente posterior al inicio de las actividades de la U F creada para tal fin.	Todo paciente oncológico y/o terminal o a aquel al que se le diagnostique patología oncológica será derivado a la UF para ser admitido por la misma, se le realizará una entrevista diagnóstica y se le asignará, de acuerdo a esta, tratamiento acorde.

Nº	Actividad	Responsable	Meta	Descripción de tarea
4	Evaluación del nuevo procedimiento	Director del Proyecto	Continuo	Indicadores: Proceso: N° de pacientes derivados a la UF. Resultados: N° de entrevistas. N° de Consultas Externas. N° de consultas con Familiares. N° de consultas en Internación. N° de grupos de pacientes. N° de grupos con familiares. N° de consultas con profesionales de la salud. N° de visitas a domicilio. Encuestas de satisfacción.

	1 mes	1 mes	Continuo
Análisis del proceso de atención de los pacientes oncológicos y/o terminales actual			
Evaluación y consenso de las actividades a suprimir, incorporar o racionalizar (reingeniería)			
Implementación del nuevo procedimiento			
Evaluación del nuevo procedimiento			

Objetivo Específico N°2. Crear una Unidad Funcional de atención psicológica para la asistencia y acompañamiento de aquellos pacientes afectados de patología oncológica y/o terminal

N°	Actividad	Responsable	Meta	Descripción de tarea
1	Elección de Jefe de Unidad Funcional (psiquiatra)	Director del Proyecto. Gerente de RRHH	2 meses	Se llamará a concurso abierto para la elección de un psiquiatra jefe de la Unidad Funcional.
2	Elección de Psicólogos	Director del Proyecto. Gerente de RRHH	2 meses	Se llamará a concurso abierto para la elección de 3 psicólogos con experiencia en Psicooncología.
3	Elección de Trabajador Social	Director del Proyecto. Gerente de RRHH	2 meses	Se llamará a concurso abierto para la elección de un asistente social.
4	Asignación de personal administrativo	Gerente de RRHH.	1 mes	Se asignará personal administrativo (secretaria, auxiliar), con las competencias necesarias para el trato con pacientes oncológicos y/o terminales.
5	Asignación de personal de enfermería	Gerente de RRHH. Jefe de departamento de enfermería	1 mes	Se seleccionará personal de enfermería de acuerdo a las competencias necesarias para la asistencia de pacientes oncológicos y/o terminales
6	Asignación y acondicionamiento de lugar físico	Director Médico Jefe de mantenimiento	1 mes	Se asignará y acondicionará una oficina y consultorios externos para la UF.
7	Definición del procedimiento de atención psicológica del paciente oncológico y/o terminal	Director del proyecto. Director Médico	1 mes	Todo paciente oncológico y/o terminal o a aquel al que se le diagnostique patología oncológica será derivado a la UF para ser admitido por la misma, se le realizará una entrevista diagnóstica y se le asignará, de acuerdo a esta, tratamiento acorde.

N°	Actividad	Responsable	Meta	Descripción de tarea
8	Actividades de la Unidad Funcional	Jefe de UF	Continua	Admisión de pacientes: Se le realizará una entrevista diagnóstica al paciente. Consultorios Externos: Se citará al paciente de acuerdo a necesidad individual. Consultorios externos de familiares: de acuerdo a necesidad. Internación: Se realizaran consultas de pacientes internados nuevos o pacientes ya en tratamiento por la UF. Grupos de pacientes: Se realizarán trabajos grupales de acuerdo a necesidad. Grupos familiares: Se realizará trabajos grupales con familiares de acuerdo a necesidad. Consulta con Profesionales de la salud: de acuerdo a necesidad y pedido de los mismos. Entrevistas y visitas a domicilio para evaluar medio social. Evaluación continua por medio de monitoreo y de encuestas de satisfacción a pacientes, familiares y profesionales de la salud.
9	Evaluación	Director del proyecto. Jefe de UF	Continua.	Indicadores: Proceso: N° de pacientes derivados a la UF. Resultados: N° de entrevistas. N° de Consultas Externas. N° de consultas con Familiares. N° de consultas en Internación. N° de grupos de pacientes. N° de grupos con familiares. N° de consultas con profesionales de la salud. N° de visitas a domicilio Encuestas de satisfacción.

	1 mes	1 mes	Continuo
Elección de Jefe de Unidad Funcional (psiquiatra)			
Elección de Psicólogos			
Elección de Trabajador Social			
Asignación de personal administrativo			
Asignación de personal de enfermería			
Asignación y acondicionamiento de lugar físico			
Definición del procedimiento de atención psicosocial del paciente oncológico y/o terminal			
Actividades de la Unidad Funcional			
Evaluación			

Objetivo Específico N°3. Mejorar las capacidades del Equipo de Salud para la atención, acompañamiento y asistencia psicológica de los pacientes oncológicos y/o terminales a través de la capacitación del mismo

N°	Actividad	Responsable	Meta	Descripción de tarea
1	Identificación del personal de la salud a capacitar	Director del Proyecto. Jefe de la UF	3 semanas	Se procederá a realizar un relevamiento del personal de la salud que tenga a cargo la asistencia de estos pacientes.
2	Identificación del personal administrativo a capacitar	Director del Proyecto. Jefe de la UF	3 semanas	Se procederá a realizar un relevamiento del personal administrativo que tenga a cargo la asistencia de estos pacientes.
3	Definición de las competencias de los integrantes del equipo de salud	Jefe de la UF	2 semanas	El jefe de la UF, con profesionales de su equipo y asesores de la gerencia de RRHH, realizarán una descripción de las competencias de cada integrante del equipo de salud: conocimientos, habilidades y actitudes.
4	Definición de las competencias del personal administrativo	Jefe de la UF	2 semanas	El jefe de la UF, con profesionales de su equipo, realizarán una descripción de las competencias del personal administrativo: conocimientos, habilidades y actitudes.
5	Definición del programa educativo	Docencia e Investigación. Jefe de la UF	15 días	Talleres y cursos con modalidad presencial. Duración de 3 meses. Lugar de realización CGBA. Contenidos serán fijados por Jefe de la UF. Objetivos de aprendizaje: 85% de competencias adquiridas.
6	Implementación	Jefe de la UF	3 meses	Se realizarán talleres para identificar línea base de competencias. Talleres coordinados por psicólogos de la UF. Cursos de capacitación a realizar de acuerdo a las necesidades identificadas en los talleres previos. Coordinados por el Jefe de la UF.

N°	Actividad	Responsable	Meta	Descripción de tarea
7	Evaluación	Jefe de la UF	2 semanas	Indicadores: Talleres: Proceso: % de personal identificado que concurre a los talleres. Resultado: Existencia de documento final. Curso: Proceso: % de personal identificado que concurre al curso. Resultado: % de personal con competencias adquiridas.
8	Monitoreo de las competencias	Jefe de la UF	Continuo.	Se realizará chequeo continuo de las competencias del personal administrativo y del equipo de salud a través de la evaluación de desempeño para detectar en forma precoz las fallas y/o falencias del mismo. Se evaluará de acuerdo a este chequeo la necesidad de nueva capacitación.

	1 mes				1 mes				1 mes				1 mes	Continuo
Identificación del personal de la salud a capacitar														
Identificación del personal administrativo a capacitar														
Definición de las competencias de los integrantes del equipo de salud														
Definición de las competencias del personal administrativo														
Definición del programa educativo														
Implementación														
Evaluación														
Monitoreo de las competencias														

8. Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación

Dirección del proyecto

Al ser el CGBA un hospital privado el gerenciamiento del proyecto estará a cargo del mismo, previa aprobación de la Honorable Junta Directiva.

La dirección del proyecto estará a cargo del Doctor Marcos L. Robles.

Mecanismo de evaluación

Los mecanismos de evaluación del proyecto estarán dados por el cumplimiento de las metas en tiempo y forma. Calendario de actividades en la creación de la Unidad Funcional para el acompañamiento psicológico de los pacientes oncológicos y/o terminales.

Los indicadores de impacto serán evaluados de la siguiente manera:

- % de pacientes derivados a la UF.
- % de pacientes oncológicos y/o terminales en tratamiento psicológico.
- % de pacientes oncológicos y/o terminales en tratamiento psicológico en la institución.
- Actas de actividades de talleres o charlas grupales con pacientes.
- Actas de actividades de talleres o charlas grupales con familiares.
- Historias clínicas abiertas en psicología.
- Consultas realizadas en Consultorios Externos.
- Consultas realizadas en internación.
- Consultas realizadas con profesionales de la salud.
- N° de visitas a domicilio.
- Encuestas de satisfacción a pacientes, familiares y profesionales de la salud.

9. Conclusiones

En el CGBA se han tratado en la última década más de 4500 pacientes oncológicos y/o terminales, con un promedio de 304 pacientes oncológicos nuevos al año.

Diagnosticar un paciente como terminal constituye, para el médico, una gran responsabilidad profesional y ética. Por una parte, induce un cambio radical en su actitud y acciones terapéuticas. Por la otra, implica la obligación de quien tenga, efectivamente y en la práctica el rol de médico tratante, de asumir en plenitud el cuidado del paciente hasta su muerte. El diagnosticar a un paciente una patología oncológica conlleva a un sinnúmero de cambios en la vida de éste, tanto en el aspecto personal, familiar, laboral y social.

El cáncer es una enfermedad progresiva y conforme avanza toma relevancia el cuidado del enfermo y la atención a sus familiares. La atención integral del paciente oncológico representa una visión esencial y prioritaria en el tratamiento del cáncer, y debe estar presente desde el mismo momento del diagnóstico.

El tratamiento del paciente oncológico y/o terminal tiene que ser un tratamiento multidisciplinario. El médico tratante tiene la responsabilidad de comunicar al enfermo de la situación que lo afecta y de su pronóstico. A su vez, debe ser el responsable de la comunicación con la familia ya que ésta debe estar al tanto de la situación y poder formar así parte esencial en el tratamiento y en el apuntalamiento del paciente. Debe conducir el cuidado y el tratamiento del paciente terminal, destinado a proporcionarle apoyo psicológico, tratamiento de la patología y de los síntomas físicos y psicológicos. Debe, a su vez, ser responsable de la preparación del enfermo para la muerte.

El manejo clínico del paciente oncológico terminal es una de las situaciones que más problemas y angustias puede crear al personal sanitario debido, primeramente, al gran impacto emocional que supone atender a un paciente que se encuentra en el final de su vida y segundo, al enfrentamiento de su condición finita.

La persona enferma de cáncer se encuentra en una situación de estrés permanente, y desde la salud mental, una crisis pone en cuestión toda la adaptación del individuo. Por todo esto es que la acción psicológica se ve justificada y su interés estará fundamentado en tres pilares básicos: el paciente, su familia y el personal sanitario.

El tratamiento psicológico tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, del paciente en todo momento, integrado con el servicio de atención médica. Con respecto a la familia, como soporte emocional para el afrontamiento, tanto de la situación actual como de la

inminente preparación para el duelo. Y con el personal sanitario, actuar como soporte para el manejo de sus propias emociones ante la situación terminal y la importancia en la comunicación entre los distintos miembros del equipo terapéutico de cara a una mayor eficacia profesional.

El Hospital CGBA no cuenta en la actualidad con un servicio de apoyo psicológico para los pacientes terminales y/o oncológicos donde brindar a ellos y a su familia todo lo necesario para un tratamiento integral. Si la Misión del mismo es brindar atención médica de alta calidad y la Visión es consolidarse como un hospital de alta eficacia en la resolución de las patologías, como así también, convertirse en un hospital fuerte, dinámico, moderno y actualizado a los tiempos que corren es imprescindible subsanar dicha falencia.

De tal modo, el proyecto de mejora en la continuidad e integralidad de los cuidados de la salud de los pacientes oncológicos y/o terminales que incluya el aspecto psicológico para la asistencia y acompañamiento de aquellos pacientes afectados de patología oncológica y/o terminal es fundamental. De esta manera se podrá brindarle a la población oncológica y/o terminal del Hospital una atención acorde a sus necesidades, a la Misión y Visión del Hospital y que por otra parte no es más que darles lo que les corresponde por derecho.

Es un proyecto de gran impacto social, tanto para el paciente oncológico y/o terminal, para sus familias y para el personal sanitario. Por otro lado, es un proyecto ambicioso ya que posicionaría al CGBA en el mercado de la Salud desde otra perspectiva, lo posicionaría en un lugar de excelencia ya que no sólo le brindaría a esta población todo lo necesario para cubrir el aspecto biológico, sino que estaría siendo pionero en la cobertura del aspecto psicosocial del paciente oncológico y/o terminal.

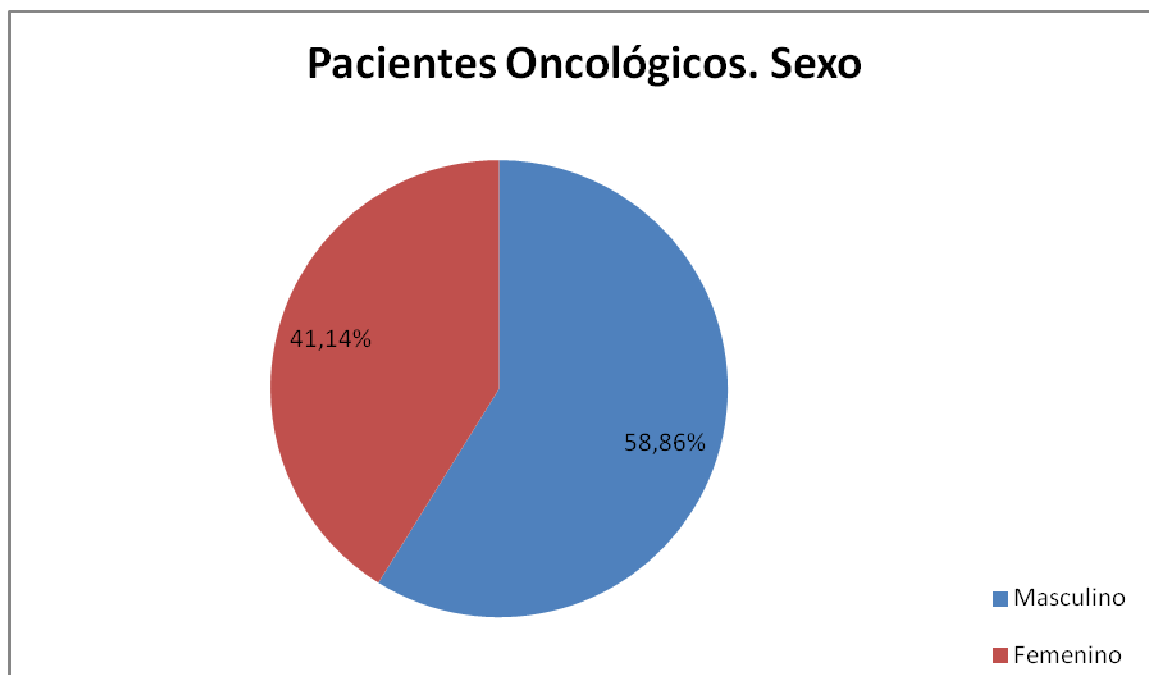
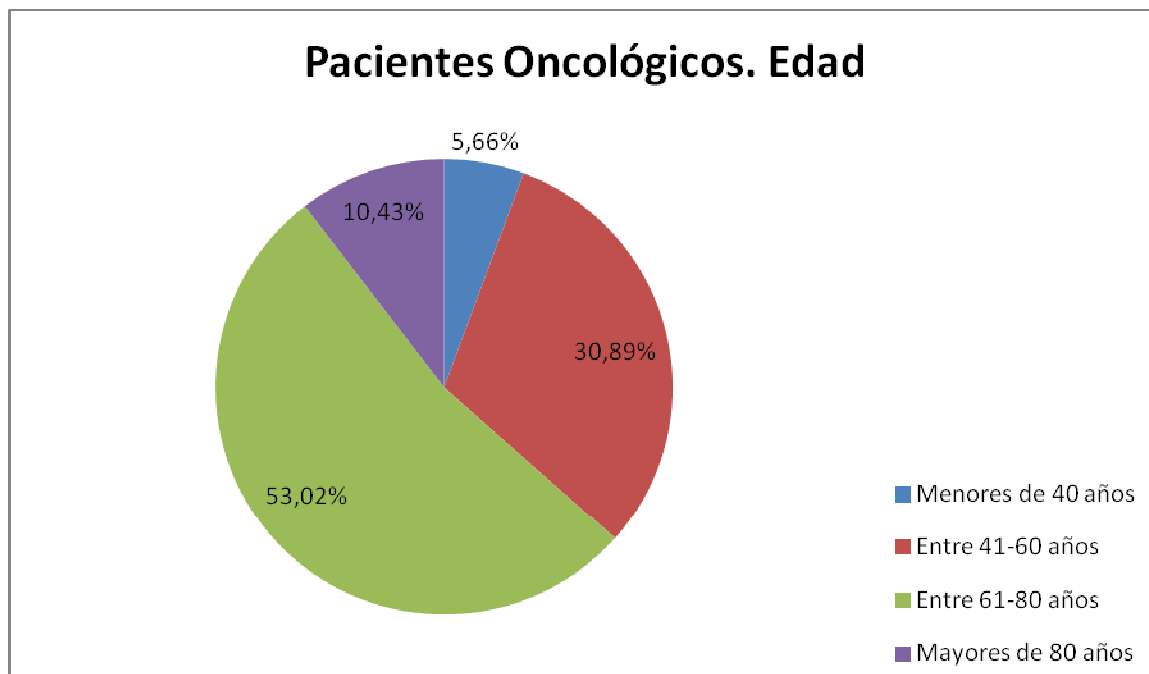
10. Bibliografía del proyecto

- 1.-ANDRÉS SOLANA C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005
- 2.-ARRANZ P, BARBERO JJ, BARRETO P, BAYÉS R. Protocolos de intervención. En: Arranz P, Barbero JJ, Barreto P. y Bayés R. editores. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003; p. 51-140.
- 3.-BARREDO Claudio, COVARO Jorge A., MUCCI María, BESADA Mabel, GARCÍA Susana B, LADO María Cristina. Efectos de la información médica en la población quirúrgica adulta. Revista Argentina de Cirugía (2005) 88 (1-2): 31-40
- 4.-BARRETO Ma Pilar. El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Anales de Psicología, 1990, 6(2), 169-180.
- 5.- BRAVO Mireya, ECHEVERRÍA Carlos y Col. El enfermo terminal. Rev. Méd. Chile v.128 n.5 Santiago mayo 2000.
- 6.-BRUGAROLAS A. La atención al paciente terminal. En: Manual de bioética General. A Polaino-Lorente, Ediciones RIALP, 3ª Ed.; Madrid, 1997.
- 7.-BUCKMAN R: Breaking bad news. Why is it still so difficult? Brit Med J 1984; 288: 1597-1599.
- 8.-CRUZ DE AMENÁBAR I. Reflexiones sobre muerte y modernidad. Humanitas 1997; 8: 891-701.
- 9.-DIE TRILL María. Psico-oncología. Editorial: Madrid:ADES ediciones, 2003.
- 10.-GIL MEDINA Antonio. Ansiedad ante la muerte en el paciente Oncológico terminal. Proyecto final de carrera. Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Sra. De los Desamparados Universidad de Valencia. Promoción 95-98
- 11.-GOIC A, FLORENZANO R, PIÑERA B, VALDÉS S, ARMAS MERINO R. El cuidado del enfermo terminal (Mesa Redonda) Rev Méd Chile 1997; 125: 1517-25.
- 12.-GÓMEZ R. El médico como persona en la relación médico-paciente, Madrid, Ed. Fundamentos, 2002
- 13.-GÓMEZ SANCHO Marcos. 2006. Cómo dar malas noticias en Medicina. 3º edición revisada y ampliada. España. Arán.
- 14.-GONZÁLEZ BARÓN Manuel, ESPINOSA E, DE LA GÁNDARA I, PROVEDA J. La información al paciente con cáncer. Concepto de verdad soportable y progresiva. Neoplasias 1993; 10:1-3.

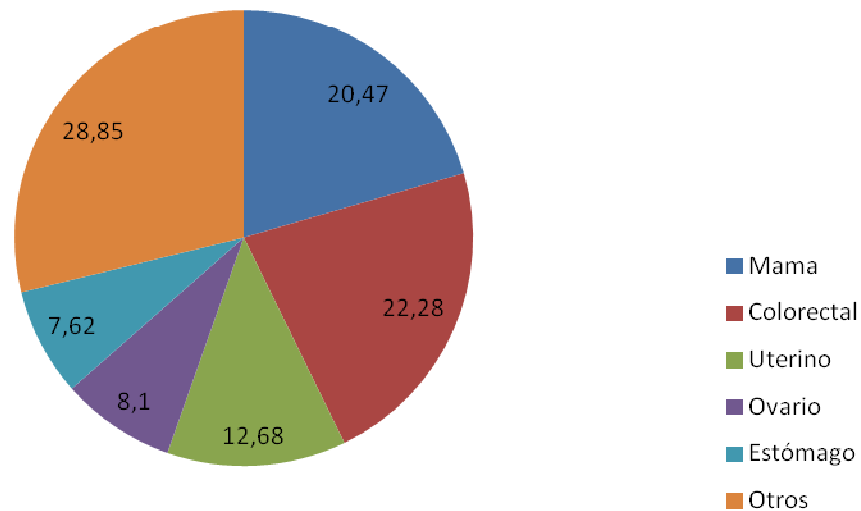
- 15.-GONZÁLEZ BARÓN MANUEL. Oncología Clínica. McGraw-Hill – Interamericana. 1998. Manual SEOM de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología. Médica. 2004.
- 16.-KÜBLER -ROSS E. Sobre la muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo; Barcelona, 1974.
- 17.-KÜBLER-ROSS E. La Muerte: Un amanecer. Barcelona: Luciérnaga, 1992.
- 18.-MATÉ Jorge, HOLLENSTEIN María F. y GIL Francisco L. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 211-230.
- 19.-MONGE Ma. El enfermo terminal. En: Ética, Salud, Enfermedad. Ed. Palabra, Madrid, 1991: 119-29.
- 20.-PARKER PA, et als. Breaking bad news about cancer: Patients preferences for communication J Clin Oncol 2001; 19: 2049-2056.
- 21.-PÉREZ CÁRDENAS Clara. Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1-2)
- 22.-PUCHEUR Mónica. El paciente oncológico y la esperanza. Material extractado- Congreso Internacional de Psiquiatría AAP- Octubre 2005, Buenos Aires, Argentina.
- 23.-ROA A. El Enfermo Terminal y la Muerte. En: Ética y Bioética, Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile 1998.
- 24.-RUBIALES Álvaro S. MARTÍN Yolanda, DEL VALLE María Luisa, GARAVÍS María Isabel, CENTENO Carlos. Información al Enfermo Oncológico: los límites de la verdad Tolerable. Medicina Interna. (Madrid) 1997; 14: 527-533.
- 25.-TIZON JL, Pérdida, pena, duda, vivencias, investigaciones, astenia. Barcelona Fundació Vidal Banaguer, 2004
- 26.-TREJO C. El enfoque ético del paciente terminal. Bol. Hosp. S.J. Dios (Santiago de Chile) 1998, 35: 334-9.
- 27.-VICENTE Valentín, MURILLO M^a Teresa, VALENTÍN María y ROYO Dolores. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Psicooncología. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 155-164

11. Anexo I

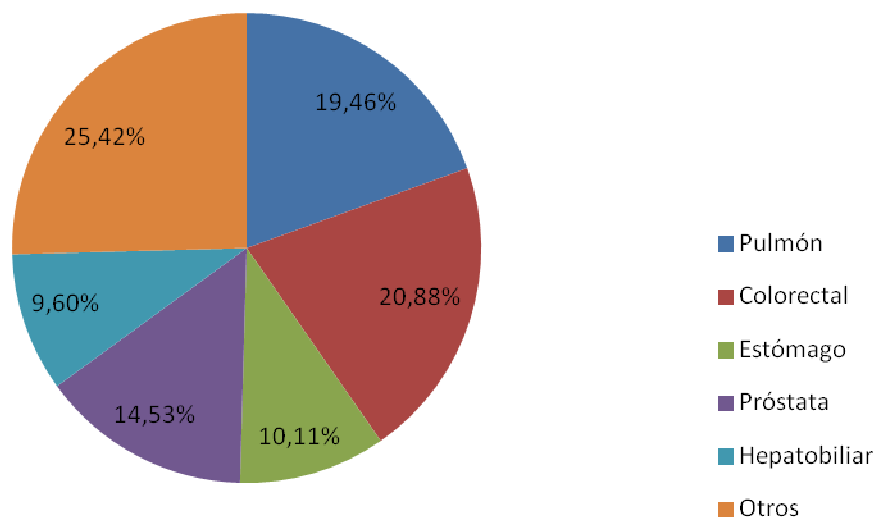
Distribución demográfica de la patología oncológica en el CGBA



Patología Oncológica en Mujeres



Patología Oncológica en Hombres



Producción propia.

Anexo II.

Encuesta de detección de necesidades

Encuesta para Profesionales de la Salud que estén en contacto con pacientes oncológicos y/o terminales

1.- ¿Tiene usted a cargo pacientes oncológicos y/o terminales?

Sí ☐ No ☐

2.- ¿Diagnostica usted pacientes oncológicos?

Sí ☐ No ☐

3.- ¿Es usted el encargado de dar el diagnóstico al paciente y a sus familiares?

Sí ☐ No ☐

4.- ¿Se siente usted capacitado para dar esta información?

Sí ☐ No ☐

5.- Durante su formación: ¿Fue testigo de cómo un profesional de mayor experiencia transmitió este tipo de información?

Sí ☐ No ☐

6.- ¿Recibió capacitación sobre el tema?

- Sí, de manera formal mediante un curso, durante la formación de grado.
- Sí, de manera formal mediante un curso, durante la formación de posgrado.
- Sí, de manera informal a través de recomendaciones de los superiores, durante la formación de posgrado.
- No recibí capacitación.

7.- Como consecuencia de la información por usted brindada, ¿ha tenido que enfrentar desbordes emocionales del paciente y/o sus familiares?

Sí ☐ No ☐

8.- ¿Considera que supo cómo manejar tales desbordes emocionales del paciente y/o sus familiares?

Sí ☐ No ☐

9.- ¿Cree que enfrentar este tipo de situación tiene algún costo emocional para usted?

Sí ☐ No ☐

10.- Frente a alguna de estas situaciones que le tocó enfrentar le ocurrió:

- Soñar con una escena igual o parecida a la ocurrida en la realidad.
- Revivir la escena en otro momento o lugar.
- Quedarse preocupado, angustiado o insatisfecho por como abordó la situación.
- Pensar en ese paciente más allá de lo habitual.

11.- ¿Sintió la necesidad de compartir esta experiencia con alguien?

Sí ☐ No ☐

12.- ¿Tuvo la oportunidad de poder consultar a un profesional idóneo para ello?

Sí ☐ No ☐

13.- ¿Cree que la habilidad para comunicar este diagnóstico responde a condiciones personales o se puede adquirir?

Condiciones personales ☐ Habilidad adquirida ☐

14.- ¿Considera que una capacitación en este terreno lo enriquecería como médico asistencial?

Sí ☐ No ☐

15.- ¿Ha tenido pacientes que le han manifestado la necesidad de un apoyo psicológico?

Sí ☐ No ☐

16.- ¿Deriva usted a sus pacientes para tratamiento psicológico?

Sí ☐ No ☐

17.- ¿Considera necesario contar con un grupo de profesionales idóneos para el tratamiento psicosocial de los pacientes oncológicos y/o terminales?

Sí ☐ No ☐

Anexo III.

Encuesta de detección de necesidades

Encuesta para pacientes oncológicos

1.- ¿Tiene usted alguna patología oncológica?

Sí ☐ No ☐

2.- ¿Cuánto hace que le diagnosticaron su enfermedad?

.....

3.- ¿Quién fue el encargado de darle el diagnóstico?

Medico de cabecera ☐ Oncólogo ☐

Otro ☐ Especifique:.....

4.- ¿Se encontraba acompañado en el momento de conocer su enfermedad?

S ☐ No ☐

5.- ¿Durante el transcurso de su enfermedad se sintió frustrado, malhumorado, con rabia, miedo, tristeza?

Sí ☐ No ☐

6.- ¿Ha tenido que enfrentar desbordes emocionales?

Sí ☐ No ☐

7.- ¿Sintió la necesidad de compartir este sentimiento con alguien?

Sí ☐ No ☐

8.- ¿Se ha sentido contenido por su médico de cabecera?

Sí ☐ No ☐

9.- ¿Sintió en algún momento la necesidad de consultar con un psicólogo?

Sí ☐ No ☐

10.- ¿Tuvo la oportunidad de poder consultar con un profesional idóneo para ello?

Sí ☐ No ☐

11.- ¿Consultó en algún momento con un psicólogo?

Sí ☐ No ☐

12.- ¿Está actualmente en tratamiento psicológico?

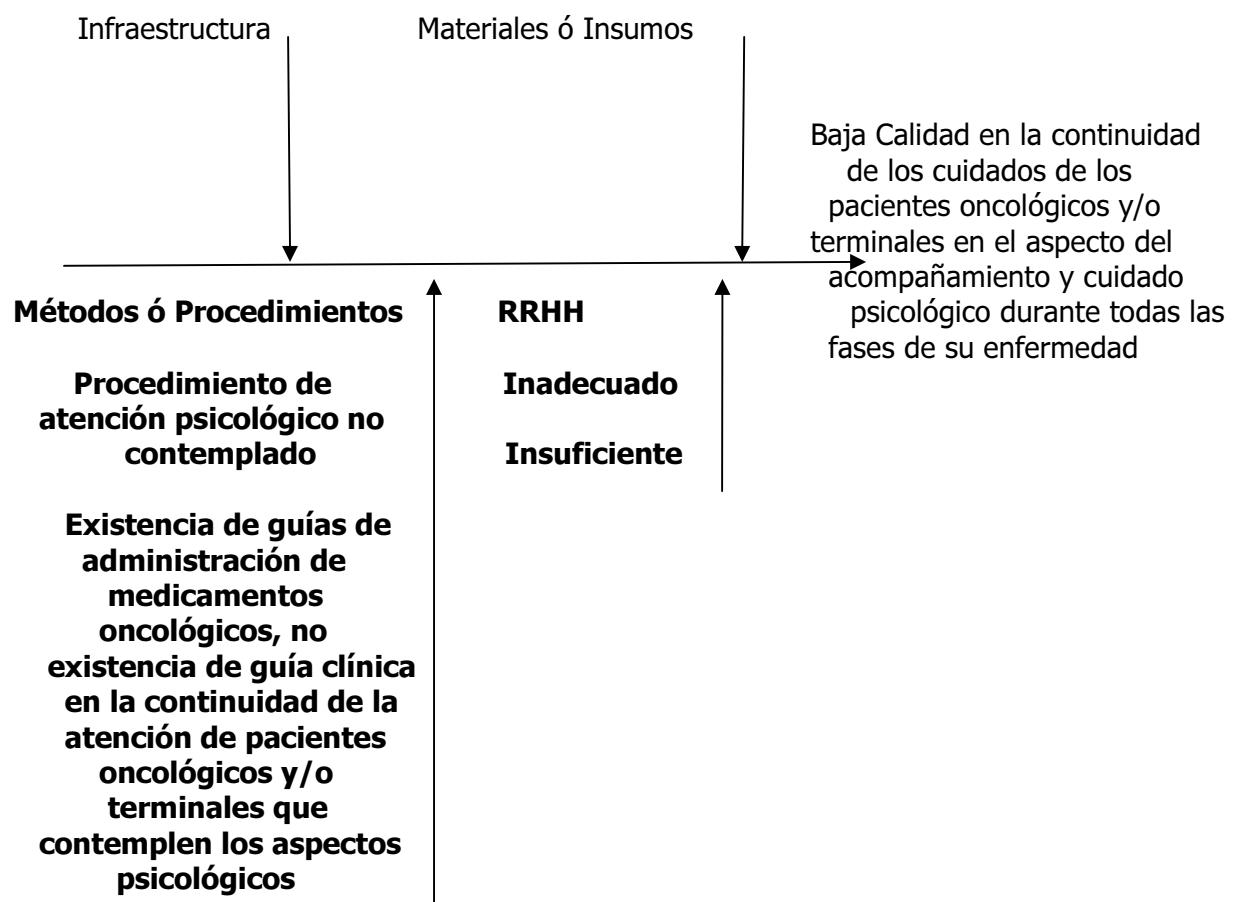
Sí ☐ No ☐

13.- ¿Considera necesario contar con un grupo de profesionales idóneos para el tratamiento psicosocial de los pacientes oncológicos?

Sí ☐ No ☐

Anexo IV

Matriz Causa- efecto de Kaoru Ishikawa



Anexo V

Reingeniería de Procesos

El procedimiento que será sometido a la reingeniería de procesos será la "Atención del paciente oncológico y/o terminal". Las Unidades Funcionales que pondrán en funcionamiento dicho procedimiento serán todas aquellas Unidades Funcionales que tengan a su cargo la atención de pacientes a quienes pueda diagnosticarse patologías oncológicas.

Será responsable de la siguiente reingeniería de proceso el Director del proyecto Dr. Marcos Leandro Robles

La meta, al año, será que todo paciente oncológico y/o terminal diagnosticado sea incorporado a la atención de la Unidad Funcional de atención psicológica para el tratamiento de pacientes oncológicos y/o terminales, creada para tal fin.

Se presentan los procesos: Atención del paciente oncológico y/o terminal y Atención del paciente oncológico y/o terminal con inclusión de la atención psicológica.

Unidad Funcional: Todas las Unidades Funcionales que tengan a su cargo la atención de pacientes donde pueda diagnosticarse patologías oncológicas

Proceso: Atención del paciente oncológico y/o terminal

Descripción del procedimiento

N°	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Descripción de la actividad
1	Asignación de turno para atención médica	Mesa de turnos	Informático		Con todo el Hospital	Se asignará turno con médico solicitado por el paciente o familiar, puede ser solicitado en forma presencial como telefónicamente.
2	Consulta 1° vez	Médico	Papel	Única	Unidades de soporte. Laboratorio. Imágenes. Endoscopia, etc. Consulta a diferentes especialidades.	Paciente que consulta por primera vez. Se le realizará H C de ingreso. Se lo examinará. Se tendrá una impresión diagnóstica. Se le solicitará los estudios complementarios necesarios. Se lo medicará de ser necesario.
3	Asignación de turno a unidades intermedias.	Mesa de Turnos	Informático		Con todo el Hospital	Se asignará turno para los distintos estudios solicitados, puede realizarlo el paciente o familiar, dichos turnos pueden ser solicitado en forma presencial como telefónicamente.
N°	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Descripción de la actividad

4	Consulta posterior	Médico	Papel	Acorde al criterio médico	Diferentes especialidades, oncología, cirugía, etc.	El paciente será reevaluado, se recibirán los estudios complementarios solicitados, se realizará diagnóstico de certeza de ser posible. Se lo medicará. Se realizaran los pases a las especialidades correspondientes. Oncología, cirugía, etc.
5	Asignación de turno con médicos especialista.	Mesa de Turnos	Informático		Con todo el Hospital	Se asignará turno para los médicos especialistas solicitados, puede realizarlo el paciente o familiar, dichos turnos pueden ser solicitado en forma presencial como telefónicamente.
6	Consulta con Oncología	Médico	Papel	Acorde al criterio médico	Con todo el Hospital	Se examinará Historia clínica, se examinará al paciente y se llegará a diagnóstico de certeza. Se indicará tratamiento oncológico previa presentación del caso con el Comité de Tumores.
7	Consulta con especialista, no oncología	Médico	Papel	Acorde al criterio médico	Con todo el Hospital	Se examinará Historia clínica, se examinará al paciente y se llegará a diagnóstico de certeza. Se indicará tratamiento acorde.

Unidad Funcional: Todas las Unidades Funcionales que tengan a su cargo la atención de pacientes donde pueda diagnosticarse patologías oncológicas

Proceso: Atención del paciente oncológico y/o terminal con inclusión de la atención psicológica

Descripción del procedimiento

N°	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Descripción de la actividad
1	Asignación de turno para atención médica	Mesa de turnos	Informático		Con todo el Hospital	Se asignará turno con médico solicitado por el paciente o familiar, dicho turno puede ser solicitado en forma presencial como telefónicamente.
2	Consulta 1° vez	Médico	Papel	Única	Unidades de soporte. Laboratorio. Imágenes. Endoscopia, etc. Consulta a diferentes especialidades.	Paciente que consulta por primera vez. Se le realizará Historia clínica de ingreso. Se lo examinará. Se tendrá una impresión diagnóstica. Se le solicitará los estudios complementarios necesarios. Se lo medicará de ser necesario.
3	Asignación de turno a unidades intermedias.	Mesa de Turnos	Informático		Con todo el Hospital	Se asignará turno para los distintos estudios solicitados, puede realizarlo el paciente o familiar, dichos turnos pueden ser solicitado en forma presencial como telefónicamente.

N°	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Descripción de la actividad
4	Consulta posterior	Médico	Papel	Acorde al criterio médico	Diferentes especialidades, oncología, cirugía, UF de atención psicológica para el tratamiento de pacientes oncológicos y/o terminales	El paciente será reevaluado, se recibirán los estudios complementarios solicitados, se realizará diagnóstico de certeza de ser posible. Se lo medicará. Se realizaran los pases a las especialidades correspondientes. Oncología, cirugía, etc. Se realizará pase a la UF de atención psicológica para el tratamiento de pacientes oncológicos y/o terminales
5	Asignación de turno con médicos especialista y con la UF	Mesa de Turnos	Informático		Con todo el Hospital	Se asignará turno para los médicos especialistas solicitados y para la UF, puede realizarlo el paciente o familiar, pueden ser solicitados en forma presencial como telefónicamente.
6	1° Consulta con UF de atención psicológica para el tratamiento de pacientes oncológicos y/o terminales	Médico Psiquiatra	Informático. Papel	Acorde al criterio médico	Con todo el Hospital	Se le realizará una historia clínica, previo estudio de antecedentes. Se realizará un diagnóstico y se le asignará tratamiento acorde a cada paciente.
N°	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Descripción de la actividad

7	Consulta con Oncología	Médico	papel	Acorde al criterio médico	Con todo el Hospital	Se examinará Historia clínica, se examinará al paciente y se llegará a diagnóstico de certeza. Se indicará tratamiento oncológico previa presentación del caso con el Comité de Tumores.
8	Consulta con especialista, no oncología	Médico	papel	Acorde al criterio médico	Con todo el Hospital	Se examinará Historia clínica, se examinará al paciente y se llegará a diagnóstico de certeza. Se indicará tratamiento acorde.