2ª Jornada Sobre Cáncer de Pulmón y Oncología Torácica del País Vasco

Actualización en el Manejo Multidisciplinar del CPNM Localizado/localmente Avanzado

“Nuevos roles, nuevas intervenciones de salud en los circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico”

Osakidetza

Ramón Muñoz Tena
Coordinador de Enfermería del Plan Oncológico de Euskadi. OSI Bilbao Basurto
Euskadiko Plan Onkologikoaren Erizaintzako koordinatzailea. Bibao-Basurtoko ESI

Montevideo Etorbidea / Avda. Montevideo, 18
48013-BILBAO (Bizkaia)
Teléfono: 650724604 - 882154
E-mail: ramon.munoztena@osakidetza.eus

Índice

1. POE punto de partida

MODELO ASISTENCIAL

2. Circuito Minbizi Pulmón: circuito prioritario de acceso al diagnóstico

3. Nuevos Roles de Enfermería

4. Intervenciones en salud

El Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023

6 Ejes
39 Objetivos

Nuevos Roles
Circuitos diagnóstico rápidos

MODELO ASISTENCIAL
Objetivos 23-31 (9)

ACCIÓN INTERSECTORIAL
Objetivos 3-19 (17)

LA PERSONA, EJE DE LA ATENCIÓN
Objetivos1-2 (2)

MEDICINA PERSONALIZADA
Objetivos 32-35 (4)

SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Objetivos 20-22 (3)

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
Objetivos 36-39 (4)

En relación al modelo organizativo:

Con el POE 2018-2023 se crearon tres roles de enfermería, que entre otras funciones asumieron las funciones de enlace:

- Enfermero/a Coordinador/a de la Red de Enfermeros/as del POE.
- Enfermero/a Minbizi Referente Fase Diagnóstico.
- Enfermero/a Gestor/a de Caso Plan Terapéutico Oncológico.

"Nuevos roles, nuevas intervenciones de salud"

Los objetivos que se proponen en este POE para avanzar en un proceso asistencial seguro, eficiente y que responda a las necesidades de las personas con cáncer se basan en:

1. Continuar introduciendo mejoras en la organización y gestión del proceso oncológico mediante un enfoque multidisciplinar en la atención oncológica, de manera que se tomen las mejores decisiones sobre el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y el apoyo a cada paciente.

2. Desde ese mismo enfoque revisar y/o establecer **circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico** y tratamiento en aquellos tumores en los que esto implica un beneficio adicional en el pronóstico del paciente.

En el Plan Oncológico se establece como una premisa fundamental la revisión y adecuación de circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico debido a que:

- Para el paciente, disminuye el malestar emocional saberse dentro del sistema.
- Mejora los resultados del proceso oncológico en el paciente.
- Ayuda a organizar la prestación de la atención sanitaria de una manera más eficiente.
- Empodera al paciente y hace que participe en la toma de decisiones.

Para ello es necesario abordar **dos líneas de actuación:**

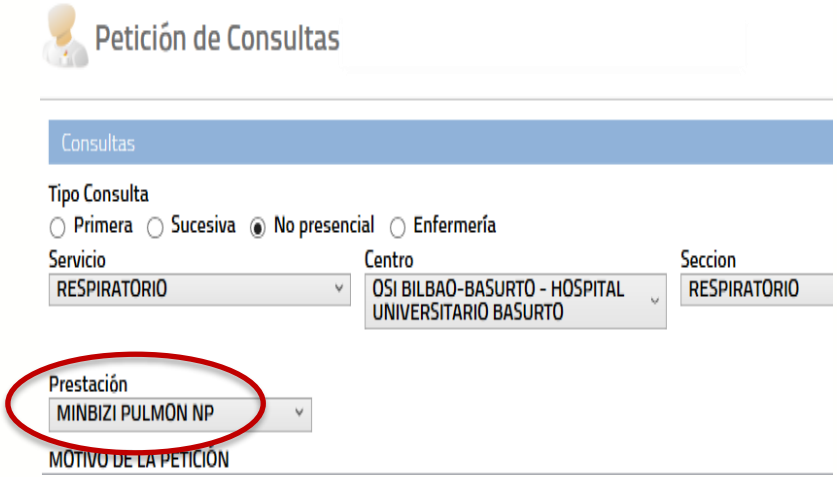
1. Elaborar y consensuar entre todos los servicios implicados en el proceso diagnóstico, los criterios de inclusión y la hoja de ruta del circuito rápido.

2. Definir el rol del Equipo referente de diagnóstico:
Enfermera MINBIZI y Médico Especialista, integrados en los Comités de Tumores y responsables de la "navegación" del paciente durante el proceso asistencial en el circuito.

Enfermera/o referente del paciente en la fase de diagnóstico

El equipo Médico-Enfermero/a referentes representan un papel fundamental, ya que son los que **coordinan todo el circuito**, desde la **sospecha clínica** hasta la confirmación diagnóstica y presentación del caso en el **Comité** de Tumores correspondiente.

El circuito de comunicación entre profesionales comienza desde la derivación del paciente o la sospecha a través de la **CNP** (Consulta No Presencial-**Prestación Minbizi Pulmón NP**), estableciendo criterios e inclusión y exclusión al circuito.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❑ Rx tórax o TAC que sugiera neoplasia de pulmón por el hallazgo de nódulo, masa, atelectasia, ensanchamiento mediastínico u otros, pudiendo este hallazgo estar acompañado de síntomas como:
  - Clínica de hemoptisis inexplicada
  - Alguno de los siguientes signos y/o síntomas persistentes > 3 semanas e inexplicados por otros procesos:
  - Tos
  - Disnea
  - Dolor torácico/ hombro
  - Pérdida de peso
  - Ronquera
  - Acropaquias
  - Linfadenopatía cervical/supraclavicular

- ❑ Estos criterios de inclusión estarán sujetos a revisión.

Circuito diagnóstico rápido de Pulmón:

- **Acortar los plazos entre la sospecha, confirmación diagnóstica/estadiaje y el inicio del tratamiento** de una neoplasia pulmonar, según los plazos recomendables.

- **Establecer circuitos de comunicación estables** entre los diferentes profesionales que participan en el proceso asistencial de cáncer en la fase diagnóstica: atención primaria, anestesia, servicio de radiodiagnóstico, Urgencias, Consultas, Hospitalización y las especialidades de los diferentes servicios que participan en el Comité de Tumores.

- **Asegurar la continuidad de cuidados y ser Equipo Referente de diagnóstico,** constituido por tándem Médico Especialista-DUE, para el paciente y cada servicio en las contingencias que pudieran surgir durante la fase de diagnóstico y hasta la decisión del plan terapéutico o el alta.

- **Acompañar** al paciente en todo su proceso.

✓ **Evitar el ingreso inapropiado** de aquellos casos cuya situación clínica no justifique la estancia hospitalaria.
✓ **Disminuir la ansiedad y angustia** que generan las demoras tanto en los pacientes como en sus familiares, ante una sospecha de cáncer de pulmón.

ROL de ENFERMERÍA en el Circuito Minbizi Pulmón

- Ser referente y apoyo del paciente, Atención Primaria y/o servicio consultor.
- Actuará como enlace entre el paciente y el Neumólogo así como con otros servicios asistenciales, reforzando la comprensión de la información clínica y ofreciendo apoyo y disponibilidad vía telefónica y presencial al paciente.
- Se dispondrá de espacios accesibles para la escucha garantizando que se genere un canal permeable y efectivo para que el paciente y la familia se puedan expresar y aportar sus necesidades.
- Gestionará y agilizará las citas, pruebas y resultados, velando por el cumplimiento de los tiempos pactados hasta el diagnóstico.
- Junto con el Médico Referente se encargarán de dar respuesta a las interconsultas no presenciales (ICNP), gestionando la primera consulta en Minbizi/Neumología.
- Aportará a la historia del paciente la valoración de la situación funcional, salud global y contexto socio familiar de la persona.
- Dará respuesta a las necesidades del paciente y/o derivación al recurso asistencial más adecuado (T. Social, psicóloga…..)
- Formará parte del Comité de Tumores, encargándose del seguimiento de pruebas o derivaciones que surjan de la decisión del comité y registro de pacientes.
- Semanalmente realizarán reuniones conjuntas con el neumólogo que acude al Comité para revisar y comentar los casos.
- Iniciará la planificación del plan de cuidados de los problemas detectados realizando promoción de la salud, prevención de factores de riesgo, educación sanitaria y empoderamiento del paciente.
- Realizará registro en Osabide Global a través de la herramienta GIP y Osanaia.

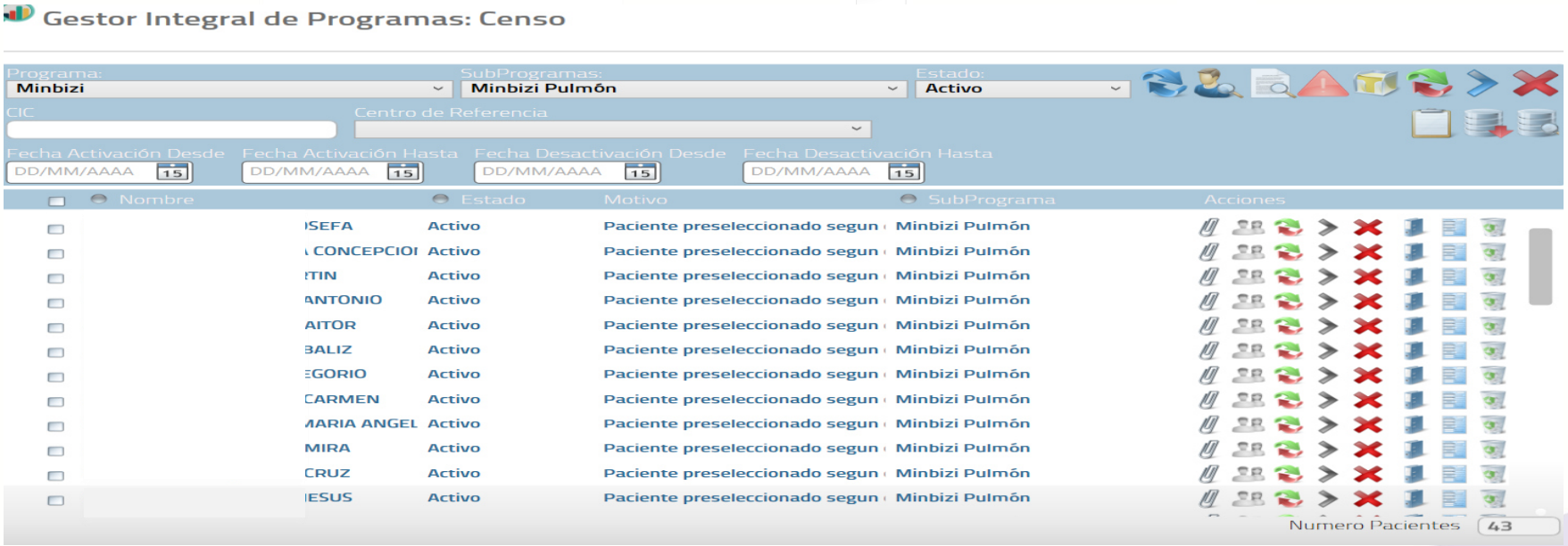
Palabras clave: referente, enlace, escucha, gestión, valoración, derivación, integración, cuidados, educación, registro.

Enfermera/o referente del paciente en la fase de diagnóstico

El **Gestor Integral de Programas (GIP)**, desarrollado dentro de la historia clínica de Osakidetza, constituye una herramienta de apoyo a los diferentes equipos profesionales para el seguimiento de los casos, facilitando la gestión del proceso.
El GIP se integra dentro de los **circuitos de diagnóstico rápido**, cuyo principal objetivo es el cumplimiento de los tiempos máximos establecidos para la realización de las pruebas diagnósticas, así como para el inicio del primer tratamiento indicado, todo ello bajo la supervisión del/la enfermera Minbizi.

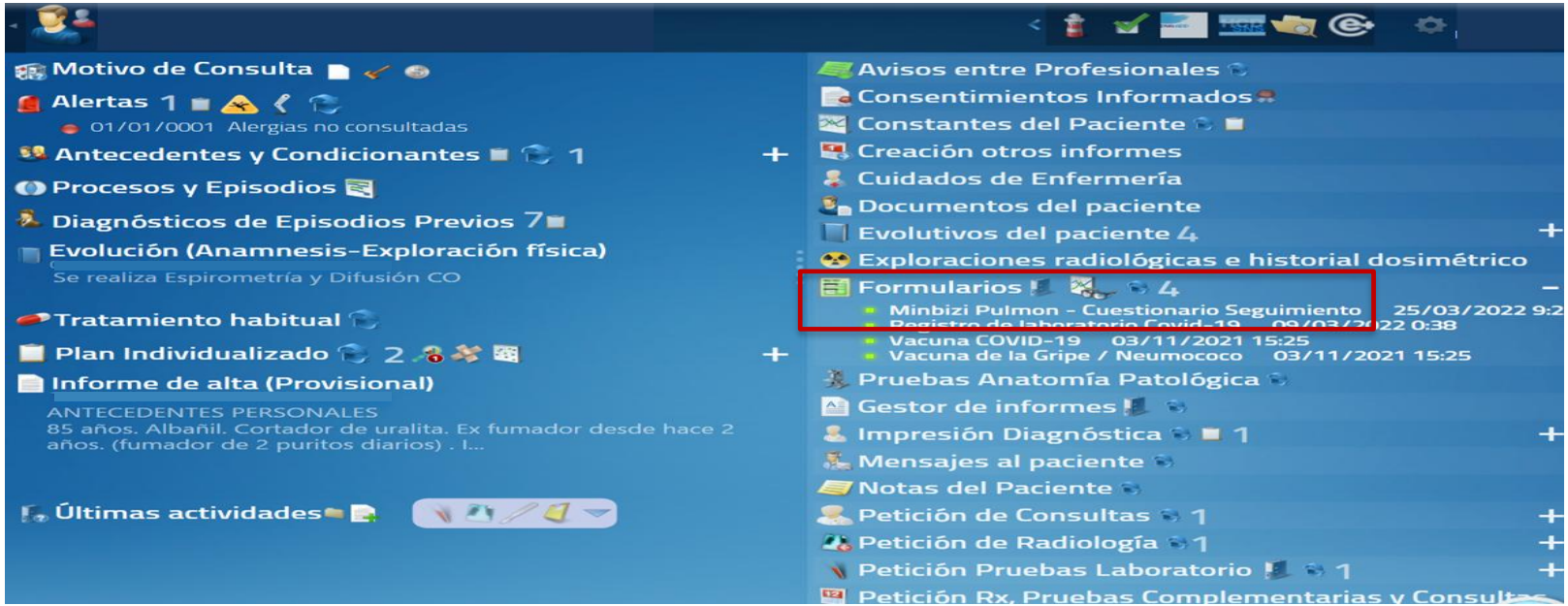
Manual GIP

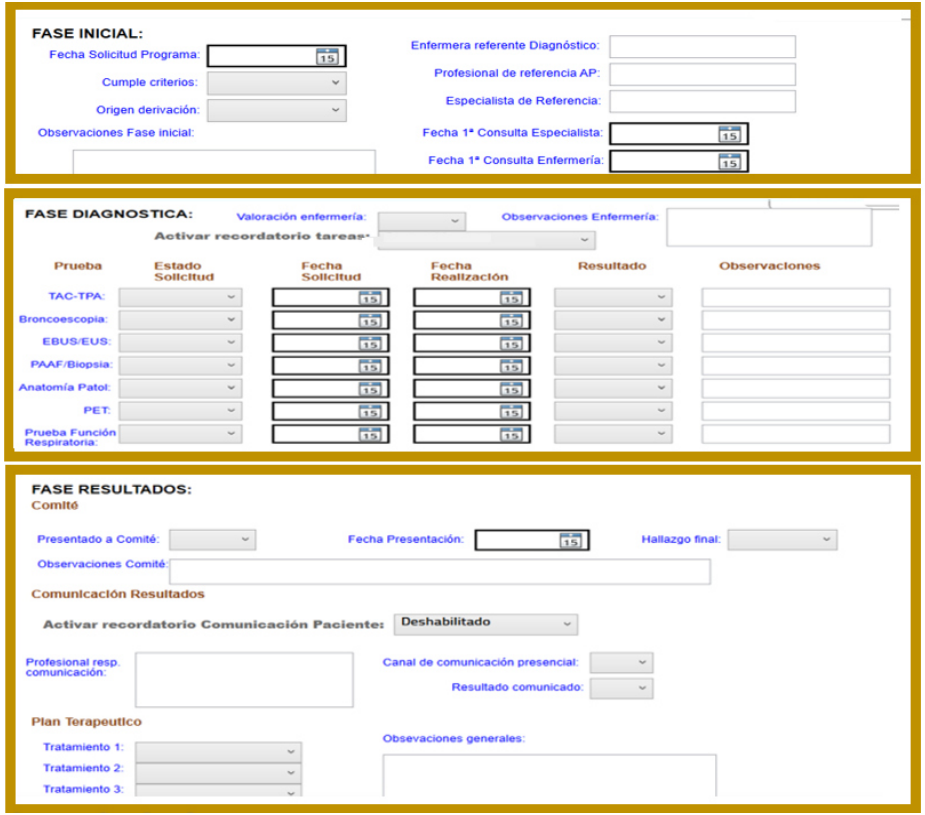
Videos Tutoriales



En la Hª Clínica Electrónica-Osabide Global y a través del Formulario Minbizi Pulmón nos permitirá contar con un censo de pacientes y tareas en el proceso diagnóstico.

Formularios Minbizi/GIP





FASES GIP:
Inicial-Diagnóstica-Resultados y Finalización Proceso

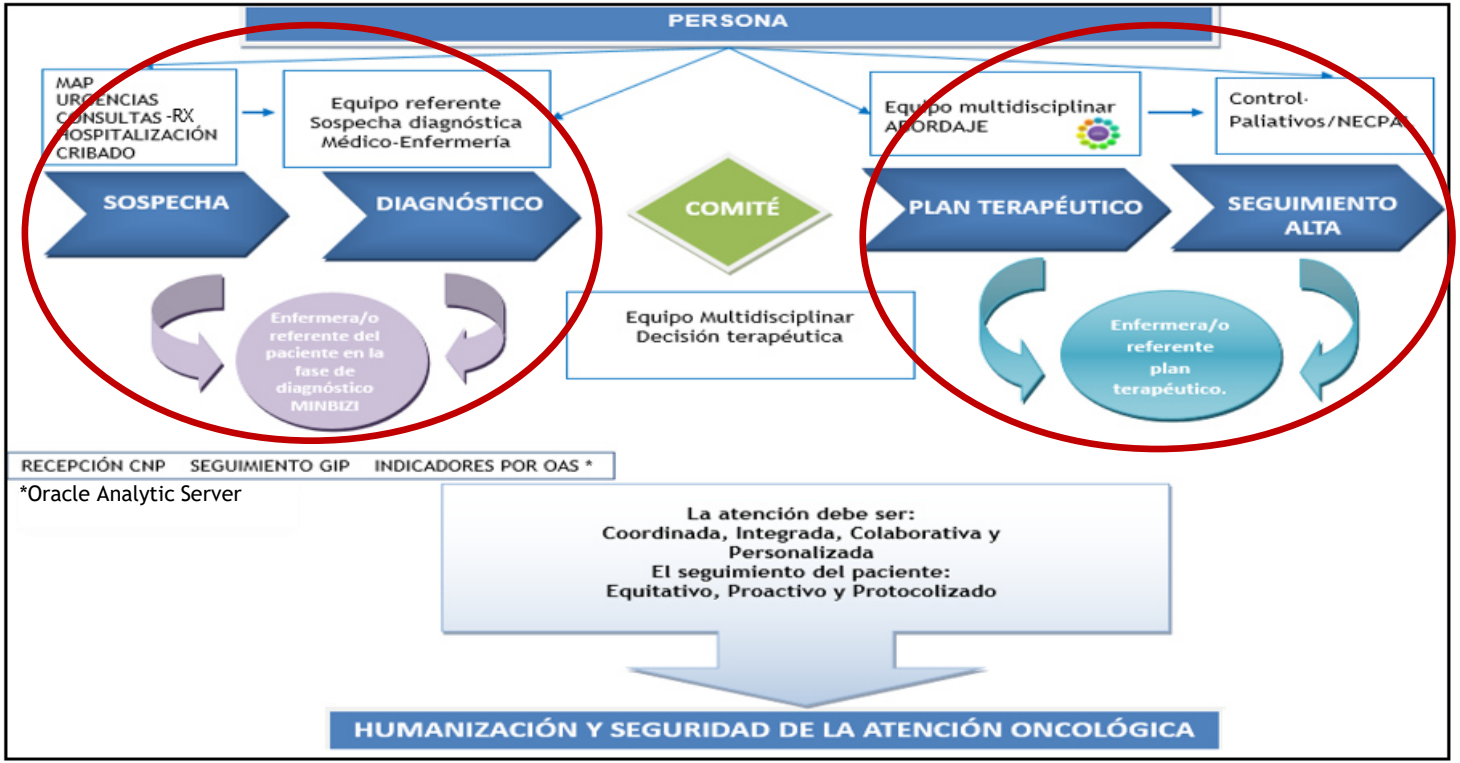
Proceso asistencial desde la fase diagnóstica

Dentro del Proceso Asistencial y en la Fase Diagnóstica, continuaremos avanzando hacia un modelo que siga apostando por la integración, la visión multidisciplinar, la implicación de la enfermería, la importancia del diagnóstico precoz y **los circuitos rápidos**, y el seguimiento, accesibilidad y apoyo durante las fases terapéuticas, supervivencia y final de la vida..

Identificar y aplicar el abordaje preventivo diagnóstico y terapéutico más eficaz en cada persona.

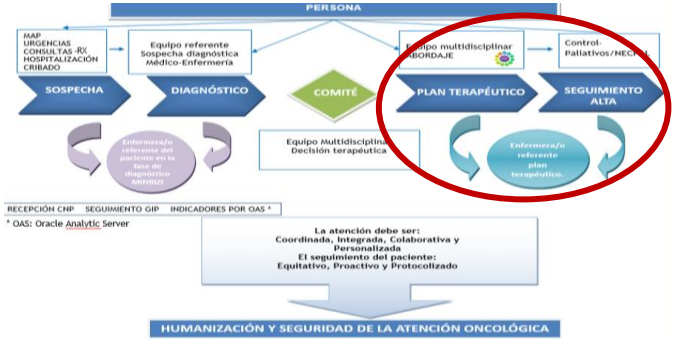
Acompañamiento en todas las fases de su proceso

Actualización en el Manejo Multidisciplinar del CPNM Localizado/localmente Avanzado



SER REFERENTES: En el **abordaje integral e integrado** del cáncer hasta el final de la vida, con una atención oncológica avanzada y un modelo asistencial que lo facilite

Enfermería con conocimientos avanzados en el tratamiento del cáncer



Enfermera/o referente del paciente en el desarrollo del plan terapéutico

Funciones:

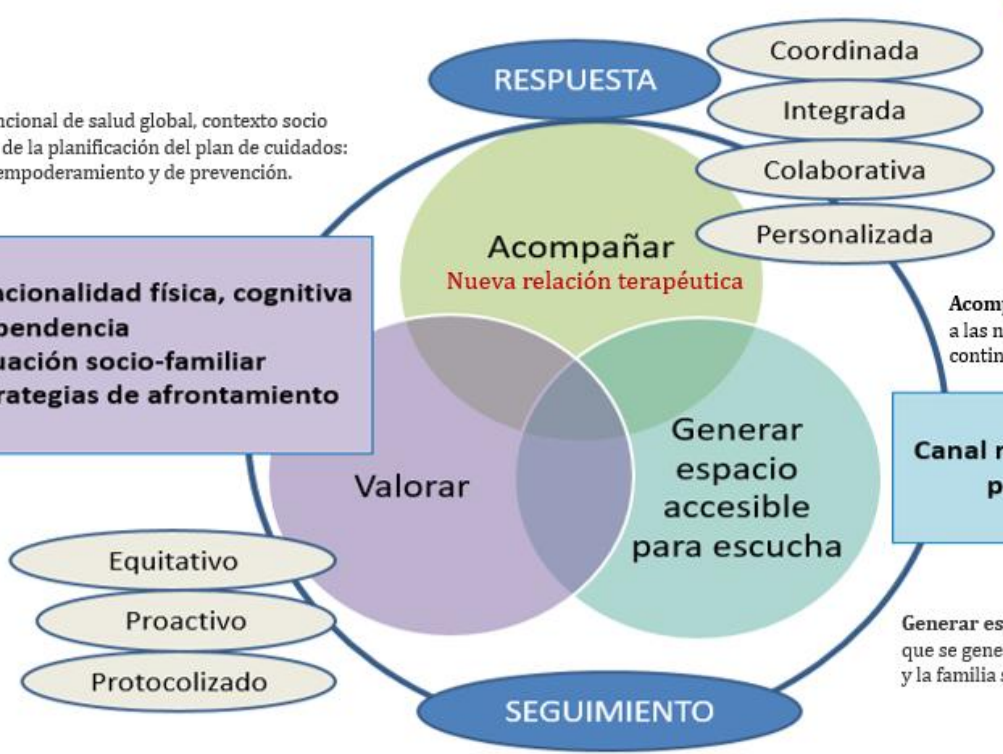
- Cuidado y gestión del caso
- Referente del paciente /equipo multidisciplinar
- Asegurar el desarrollo del plan terapéutico y continuidad del plan de cuidados
- Acompañamiento en navegación del paciente
- Gestión /colaboración de la toxicidad de manera proactiva
- Reforzar la comprensión de la información
- Coordinar las diferentes fases del proceso, búsqueda del bienestar integral
- Garantizar la continuidad asistencial

- ✓ Estrategias: Cuidados Paliativos
  Atención Primaria
- ✓ Derivaciones: Trabajador social
  Psicooncología
  Asociaciones

Llamada telefónica

Valoración de la situación funcional de salud global, contexto socio familiar de la persona e Inicio de la planificación del plan de cuidados: enfoque educación sanitaria, empoderamiento y de prevención.

- **Funcionalidad física, cognitiva**
- **Dependencia**
- **Situación socio-familiar**
- **Estrategias de afrontamiento**



- **Referente**
- **Accesibilidad**
- **Anticipación**
- **Empatía**
- **Estrategias de afrontamiento**
- **Apoyo**

Acompañamiento durante fase diagnóstica dando respuesta a las necesidades de salud con el objetivo de asegurar la continuidad de cuidados.

Canal recogida necesidades paciente/familia

Generar espacios accesibles para la escucha, garantizando que se genere un canal permeable y efectivo para que el paciente y la familia se puedan expresar y poder aportar sus necesidades.

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

Elaboración del POIE 2024-2030

ÁREAS PRIORITARIAS / LEHENTASUN EREMUAK

Objetivos específicos | Acciones | Indicadores

1. Principios básicos / Oinarrizko printzipioak
2. Misión / Xedea
3. Visión / Ikuspegia

ATENCIÓN INTEGRAL

MARCO CONCEPTUAL

Orientación CLINICA/SANITARIA

Proceso Asistencial: Diagnóstico, Tratamiento y C. Cuidados

Diagnóstico | Tratamiento | Continuidad asistencial

Modelo asistencial

Orientación ORGANIZATIVA:

El modelo asistencial debe conseguir que **todas las personas enfermas de cáncer tengan las mismas oportunidades y facilidades de acceso al diagnóstico y tratamiento.**

Rutas asistenciales, unidades funcionales, protocolos, comisiones..

LO QUE SE HA HECHO EN BASE AL POE ANTERIOR EN RELACIÓN CON LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

➢ **Roles Específicos para la Continuidad de Cuidados:**

- **Médico/a Referente**: Cada paciente oncológico dispone de un médico/a responsable en cada servicio que gestiona su proceso, informa sobre las decisiones del comité, y coordina las opciones de tratamiento.
- **Enfermeros/as de Enlace:**
  - **Coordinador/a de la Red de Enfermeros/as del POE**: Gestión global del soporte enfermero.
  - **Enfermero/a Referente en Diagnóstico**: Navegación del paciente en la fase diagnóstica.
  - **Enfermero/a Gestor/a del Plan Terapéutico:** Supervisión y apoyo durante los tratamientos.
- **Oncólogo/a de Enlace:** Desplegados en las OSIs con servicios oncológicos terciarios para apoyar a centros sin oncología médica o pediátrica, garantizando la coordinación y la continuidad.

Perfil profesional y formación de Enfermería

Perfil profesional:
- Conocimientos clínicos y experiencia asistencial en consultas externas u hospitalización, en la especialidad de Pulmón.
- Liderazgo profesional, colaboración, toma de decisiones, siendo proactiva, colaborativa, resolutiva, comprometida y con acción orientada a resultados en salud.

Formación:
-Ser capaz de conocer las vivencias y experiencias de los pacientes.
-Dar una respuesta integral.
-Conseguir habilidades de relación y comunicación.
-Valorar necesidades físicas, emocionales y sociales.

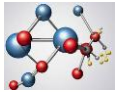
Es importante contar con **profesionales** bien formados y con gestión del conocimiento para lograr la mejora de los resultados en salud. Además, no se puede olvidar la formación dirigida a las personas afectadas por el cáncer, tanto a **pacientes como a las personas de su entorno**, con el objetivo de facilitarles información veraz respecto a la enfermedad, los tratamientos, y hábitos de vida saludables, …

¿QUÉ QUEREMOS CONSEGUIR CON ESTO?

- Mejorar la tasa de supervivencia de las personas con cáncer.
- Mejorar la calidad de vida de las personas pacientes y supervivientes de cáncer y de sus personas cuidadoras.
- Lograr que todas las personas tengan las mismas oportunidades y facilidades de acceso al diagnóstico y tratamiento.
- Mejorar la percepción de la ciudadanía en relación con cómo el Sistema aborda el cáncer.

Enfermería coordinador/a del plan oncológico

Liderar la implantación y el desarrollo del nuevo modelo asistencial del plan oncológico en el ámbito de la Enfermería y los cuidados.



OSIs
Ezkerraldea Enkarterri Cruces
Barrualde-Galdakao
Bilbao Basurto
Donostialdea
Araba

"De tratar un Cáncer, a ayudar a una persona que padece Cáncer"

Humanizar la atención oncológica

ESKERRIK ASKO
GRACIAS

"Mi vida ya no es la misma porque el cáncer aparece para cambiarlo todo"

Seamos capaces de demostrarles que vamos juntos con ellos, y todos tenemos algo valioso que aportar

Olatz Vázquez
"Un viaje a través de la enfermedad"