

Guía Operativa 3

Rol y Funciones del Equipo de Salud en el Programa de Cuidados Paliativos

El Programa Nacional de Cuidados Paliativos enfatiza que el trabajo del equipo debe ser lo más horizontal posible con un liderazgo funcional en relación a las necesidades de cada situación e identifica las actividades a realizar por los Equipos Locales y Regionales de Cuidados Paliativos. Sin embargo, las responsabilidades inherentes a cada profesional es conveniente que estén claramente definidas.

FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD A NIVEL LOCAL EN EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los equipos locales de salud asumirán de forma creciente algunas de las funciones que el Programa describe para el Equipo Regional de Cuidados Paliativos. Este proceso se dará en la medida que vayan adquiriendo las competencias y cuenten con los recursos requeridos. A continuación se resumen las funciones esperadas en el desarrollo del Programa de Cuidados Paliativos:

1. Desarrollo de las actividades de atención directa al paciente y su familia en un nivel operativo (clínico-asistenciales, administrativas-coordinación) del Programa Nacional de Cuidados Paliativos de acuerdo a su capacidad de ejecución. (ver cuadro 1 y 2.)
2. Coordinar e integrar las acciones del Programa de Cuidados Paliativos con los otros programas de Salud y los organismos públicos y privados a nivel local.
3. Realizar actividades docentes y de investigación en Cuidados Paliativos a nivel de su comunidad.
4. Informar al Equipo Regional del Programa de Cuidados Paliativos sobre las actividades desarrolladas.
5. Evaluar el impacto de sus acciones en la comunidad.

CUADRO 1.
**Funciones Asistenciales del equipo
de Atención de Cuidados Paliativos**

Atención al enfermo	Atención a la familia
Valoración del enfermo	Valoración familiar
Alimentación	Educación de la familia
Higiene	Soporte técnico y emocional
Cuidados directos del enfermo: Pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis, cambios posturales, curas específicas, hábitos de evaluación, etc.	Administración de fármacos Orientaciones para la comunicación con el enfermo
Contención del dolor	Formación técnica
Control de los síntomas de la enfermedad	Atención sociofamiliar
Apoyo psicológico	Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia
Satisfacción de las necesidades espirituales y sociales	Prevención y tratamiento del duelo patológico

Cuadro 2.
**LINEAS DE ACCION DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS
EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO**

Áreas de Actividad	Situaciones Específicas que afrontar	Responsable
Manejo sintomático	Dolor, fatiga, vómito, estreñimiento, diarrea, mucositis, disnea, linfedema y otros.	-Médico -Enfermera -Técnico en Enfermería -Terapeuta física, respiratoria, ocupacional -Farmacéutico - Familia
Manejo en el hogar	Distancia a los servicios de salud, barreras arquitectónicas, necesidad de ayuda en el hogar. Equipo especial requerido para movilización y comodidad.	-Enfermera -Técnico en Enfermería -Trabajador social -Terapeuta ocupacional -Médico -Familia - Promotor de Salud/Ayudante
Funciones corporales	Cuidados del intestino y vejiga, cuidado de la piel y mucosa.	-Enfermera -Técnico en Enfermería -Familia
Plan de cuidados en el hogar	Plan de seguimiento, recursos comunitarios accesibles.	-Enfermera -Trabajadora social -Voluntarias -Familia - Promotor de Salud/Ayudante
Actividades de la vida diaria	Actividades de autocuidado: baño, vestido, alimentación, administración de	-Enfermera -Familia

	medicamentos. Movilidad en la cama, transporte.	- Promotor de Salud/Ayudante
Nutrición	Anorexia, disfagia, suplementos alimenticios, preparación de alimentos.	-Enfermera -Nutricionista -Familia
Manejo psicosocial	Relaciones intrafamiliares, sistemas de apoyo para pacientes y la familia, sexualidad, imagen corporal, cambio de roles, recursos internos, comunicación, cierre de asuntos no terminados. La muerte como un proceso familiar, preservación de la dignidad.	-Personal de Salud Mental -Enfermera -Trabajador Social -Familia
Consideraciones financieras	Seguro médico, fuentes de ingreso, vinculación laboral.	-Trabajador social -Familia
Espiritualidad	Creencias religiosas, asuntos existenciales	-Personal de Salud -Sacerdote, pastor -Voluntarias
Apoyo al equipo interdisciplinario	Manejo del estrés del equipo	-Facilitador en el grupo de apoyo. -Equipo de Salud Mental

Modificado de Isaacs, Lydia de; Anderson, Myrna de; Garcia, Cristina de (2001)

*Nota: las personas responsables de las actividades específicas pueden variar según las necesidades del momento, y la disponibilidad del recurso. Así, por ejemplo, la labor del médico está ubicada en el manejo de los síntomas, pero muchas veces tendrá mucho que hacer en el manejo psicosocial, la nutrición, el manejo de las funciones corporales, etc; la labor de Trabajo Social igualmente puede extenderse en muchas ocasiones a situaciones de la vida diaria y manejo de aspectos socioculturales. Esto es sólo para ilustrar que puede y debe existir suficiente flexibilidad para abarcar una variedad de necesidades contando con un equipo multidisciplinario.

FUNCIONES COMUNES A TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

El Equipo Regional de Cuidados Paliativos tiene dos funciones generales:

- * Enlace con el nivel especializado (nacional) y el equipo local de salud
- *Asesoría y seguimiento a los pacientes, familias y equipos locales de salud.

Para ejercer estas funciones realizarán acciones complementarias a las del equipo local y como funciones ampliadas:

1. Función asistencial en conjunto con los equipos locales :
 - a. Identificar problemas, necesidades actuales y potenciales del paciente y la familia.
 - b. Realizar diagnósticos situacionales y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
 - c. Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital o domicilio.
 - d. Crear un clima que favorezca y consolide la relación equipo-familia-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona con enfermedad terminal.

- e. Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
 - f. Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte.
 - g. Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento
 - h. Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
 - i. Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
 - j. Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
 - k. Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados.
 - l. Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
 - m. Brindar soporte a la familia en el período de duelo.
2. Función docente :
- a. Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas farmacológicas y no farmacológicas propuestas.
 - b. Entrenamiento y supervisión de la familia en técnicas de cuidados y administración del tratamiento.
 - c. Capacitación de colegas, miembros del equipo de salud y la comunidad, en temas de Cuidados Paliativos.
 - d. Actualizarse periódicamente
3. Función administrativa :
- a. Provisión y coordinación de recursos.
 - b. Implementación de sistemas de registro y comunicación interprofesionales.
 - c. Coordinar las intervenciones del equipo interdisciplinario.
 - d. Supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos, así como de la calidad en la asistencia.
4. Función de investigación :
- a. Intervenir en la elaboración y aplicación de protocolos clínicos y trabajos de investigación científica.
 - b. Difusión de los resultados en eventos y publicaciones relacionadas con Cuidados Paliativos.
5. Función de coordinación entre los niveles asistenciales:
- a. El adecuado funcionamiento del equipo se basa en una buena coordinación entre los profesionales y en el seguimiento de premisas básicas en la constitución/organización de los equipos interdisciplinarios. Un aspecto importante de la coordinación es la información

que se transmita a los pacientes y familiares respecto al uso de la medicación, el diagnóstico y pronóstico de la

b. enfermedad. Dado el impacto emocional de la enfermedad, la información contradictoria es altamente perjudicial. La comunicación debe ser adecuada entre los niveles y dentro de los equipos de atención, para evitar informaciones anómalas

6. Análisis e interpretación de las intervenciones realizadas, confección de informes, estadísticas y memoria.

Cuadro3. Objetivos y Actividades de coordinación entre los niveles asistenciales:

1. Atención de problemas complejos:
 - a. Dolor/disnea
 - b. Hipercalcemias
 - c. Compresión de vena cava
 - d. Psicopatología
 - e. Obtención de medicación específica
 - f. Delirium
 - g. Compresión medular
 - h. Situaciones Urgentes
 - i. Claudicación familiar

Actividades de coordinación:

1. Interconsulta telefónica
2. Interconsulta en el centro de salud/Hospital
3. consultas conjuntas
4. Atención domiciliaria conjunta
5. Envío de informes de situación actualizados entre los niveles.¹

¹ Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización Escrito por Miguel Angel Benitez Del Rosario, Antonio Salinas Martín

FUNCIONES DEL LIDER O COORDINADOR DEL EQUIPO REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

El liderazgo o coordinación del Equipo Regional de Cuidados Paliativos dependerá de la composición del mismo y las circunstancias de su integración. Quien sea el líder o coordinador debe:

1. Fomentar el trabajo en equipo:
 - a. Presencia de un lenguaje común que facilite el trabajo coordinado
 - b. Diseño del trabajo en equipo en relación a las funciones de los sujetos y a las tareas que deben realizarse, sin el establecimiento de intervenciones excluyentes, debidas a conflictos de roles o titulaciones profesionales.
 - c. Establecimiento consensuado de un plan de cuidados basados en las actividades complementarias de los profesionales para conseguir unos logros concretos.
 - i. Diversas tareas pueden ser realizadas por todos los profesionales, sin que esto conduzca al enfrentamiento dentro del equipo.
 - ii. La interacción entre los componentes debe mejorar la eficacia del equipo en general.
 - iii. Ningún profesional puede, ni debería intentar suplir los campos específicos de actuación de otros.
2. Vigilar la salud de los miembros del equipo de atención de Cuidados Paliativos (local y regional) de acuerdo a las normas de salud ocupacional.
3. Garantizar una atención de calidad al paciente y a la familia dentro de la capacidad resolutoria de cada equipo y situación.

FUNCIONES DEL MÉDICO

1. Función Asistencial:
 - a. Realizar la evaluación del dolor, identificando causas, mecanismos fisiopatológicos y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
 - b. Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
2. Urgencias: Evaluación de los factores de crisis, intervención terapéutica y atención integral al paciente y su familia, determinando el proceso a seguir (observación, hospitalización o referencia a Centro de Salud correspondiente).
3. Hospitalización:

- a. Evaluar, ordenar la hospitalización y el egreso del paciente **cuando sea pertinentes.**
 - b. Atención integral al paciente: Visitas diarias, registro de la evolución y toma de decisiones (órdenes médicas) en base a la evolución del paciente.
 - c. Tratamiento según las necesidades del paciente (farmacoterapia, psicoterapia individual, de pareja y/o de grupo para el paciente y su familia).
 - d. Responsabilidad directa de todas las acciones y terapias en coordinación con el resto del equipo, con otras especialidades y personal de otras disciplinas.
 - e. Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones de Equipo.
4. Interconsulta y Enlace:
- a. Participación en interconsultas y en Sesiones Clínicas con los Equipos de Atención Primaria.
 - b. Interrelación y enlace con los otros niveles de atención.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
Valoración inicial:
Identificar el origen y grado de malestar
Detectan problemas y necesidades reales y potenciales, en las áreas: física, psico-emocional, social, espiritual.
Explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios en el paciente y su familia.
Preguntar al paciente que es lo que más le preocupa en ese momento y se utilizará la respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención, según necesidades.

1. Proceso de Atención en Enfermería²:

- a. Organización de los cuidados de enfermería que se brindarán a la persona con enfermedad Terminal. (Valoración inicial, diagnóstico de enfermería, planificación y ejecución de los cuidados y evaluación final).
 - b. Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
 - c. Educación a cuidadores, especialmente para la movilización de enfermos y los cuidados propios de pacientes encamados, monitorización del tratamiento farmacológico (adherencia al mismo, intolerancia o efectos secundarios).
2. Urgencias: Atención integral de urgencias en admisiones y durante la atención hospitalaria y enlace (solicitando la intervención médica adecuada).
3. Hospitalización:

² PRIMER SIMPOSIO VIRTUAL DE DOLOR, MEDICINA PALIATIVA Y AVANCES EN FARMACOLOGÍA DEL DOLOR. Rol de Enfermería en Cuidados Paliativos. Marta Junin. Licenciada en Enfermería UBA

- a. Organizar y/o realizar las actividades de atención de enfermería a pacientes de acuerdo a su cuidado progresivo

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (continuación)
Diagnóstico de Enfermería:
Detectar el grado de alteración del bienestar, en relación con el impacto del proceso de la enfermedad terminal.
Elaborar un diagnóstico de la situación real del paciente y definir objetivos. (Un objetivo general consiste en aliviar el sufrimiento ayudando al paciente a lograr una mejor calidad de vida, en función de sus actitudes, forma de vida y deseos).
Planificación de los cuidados:
Determinar las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados. Implica la participación de todo el recurso humano, incluida la familia, cuidadores principales en el domicilio.
Ejecución :
Proveer los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se debe garantizar continuidad en la atención independientemente del lugar en que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio.
Evaluación final:
La unidad de tratamiento es el paciente y la familia por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos y en una visión global. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digno, y en el lugar y la forma que el paciente haya elegido.
Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante.

dentro del área hospitalaria en coordinación con el resto del equipo.

- b. Supervisar y/o realizar la atención de enfermería del enfermo terminal hospitalizado las 24 horas, tomando las acciones pertinentes.
- c. Realizar interconsultas intra hospitalarias a través del programa de enlace y consultoría en conjunto con el equipo.
- d. Organizar y desarrollar un archivo dinámico de todas las actividades de enfermería realizadas con pacientes y familias.
- e. Aplicar tratamientos, según indicación médica.
- f. Control, evaluación y notificación al médico de los efectos de los tratamientos y complicaciones observadas en el paciente.

4. Enlace:

- a. Visita a las salas del hospital para identificación de conductas, necesidades y problemas de los pacientes con enfermedades objeto de atención de cuidados paliativos no identificados.
- b. Entrevistas, diagnósticos de enfermería, orientación a familias y seguimiento de casos en las salas cuando así se requiera.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

1. Función Asistencial:
 - a. Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el autocuidado de la familia.
 - b. Orientar hacia la resolución de temas prácticos y complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y contactos con los recursos idóneos.
 - c. Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.
2. Urgencias: Atención inmediata de situaciones sociales que afecten al individuo y familia realizando una evaluación sociofamiliar (incluyendo la red de apoyo existente) y atención inmediata de los factores en crisis, mediante acciones terapéuticas a todos aquellos individuos y familias que lo ameriten, en coordinación con el equipo y hacer la referencia adecuada al médico indicado.
3. Hospitalización:
 - a. Evaluar los factores sociales que afecten al paciente y a su familia y que inciden en su evolución, atendiendo a la referencia debida.
 - b. Confeccionar el estudio social y genograma trigeracional de todo individuo atendido y su familia.
 - c. Elaborar el diagnóstico social y ejecutar los planes de acción terapéutica especializada (utilizando escalas u otros instrumentos validados).
 - d. Mejorar y reforzar el vínculo que sirva de enlace entre la familia, la institución y la comunidad.
 - e. Acompañar al paciente, su familia y la comunidad en el proceso de la enfermedad terminal en coordinación con el equipo.
 - f. Coordinar con instituciones gubernamentales y no gubernamentales la consecución de alternativas para el apoyo y el paciente que carece de red de apoyo familiar y comunitario.
4. Enlace:
 - a. Identificar en los diferentes servicios intrahospitalarios pacientes con enfermedades terminales.

FUNCIONES DEL AREA DE SALUD MENTAL

1. Función Asistencial:
 - a. Realizar fase de evaluación
 - b. Brindar apoyo tanto al paciente como a la familia en el manejo del impacto emocional que ocasiona el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
 - c. Escuchar al paciente y a la familia todo lo relacionado a los temores frente a la enfermedad y a la muerte.
 - d. Facilitar el proceso de comunicación entre paciente y familia.
 - e. Preparar al paciente y a la familia para el tratamiento asignado por el médico.
 - f. Ayudar en el proceso de duelo anticipado y separaciones.
 - g. Implementar y mantener grupos de apoyo.
 - h. Continuar intervención con la familia una vez que el paciente muere.
 - i. Velar por el auto-cuidado del equipo interdisciplinario.³
2. Urgencias: Evaluación psicológica del paciente y la familia en crisis. Participar como integrante del equipo multidisciplinario, en la atención de las crisis en el servicio de urgencia y del tratamiento del paciente con técnicas inherentes a su experticia.
3. Hospitalización:
 - a. Participar como integrante del equipo multidisciplinario, en la discusión de los casos, seguimiento y toma de decisiones relacionadas con la atención de pacientes terminales.
 - b. Elaborar informes psicológicos de los pacientes evaluados.
4. Interconsulta y Enlace:
 - a. Participar en la atención y manejo del paciente terminal mediante técnicas específicas de adaptación a la enfermedad permanente y la muerte.
 - b. Propiciar la creación de condiciones hospitalarias que satisfagan las necesidades psicológicas del paciente y de sus familiares.
 - c. Organizar grupos de discusión entre profesionales que laboran en las salas con elevado estrés psicológico.
 - d. Participar en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de los programas de rehabilitación.

³ Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud. EL ROL DEL PSICOLOGO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS · Martes 5 de mayo de 2009