

¿Puede la calidad del cuidado del paciente oncológico ser mejorada?: resultados de la puesta en marcha de una línea de atención telefónica en la enfermería oncológica



Can quality care of the oncology patient be improved? Results of the introduction of a healthcare help line in Oncological Nursing

Sr. Director:

El cáncer es uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Su diagnóstico tiene un fuerte impacto emocional debido a la incertidumbre sobre el diagnóstico, la agresividad del tratamiento, el deterioro físico y la idea de una muerte temprana¹.

La comunicación no siempre es fácil en una situación dominada por la ansiedad y el miedo y, en cierta medida, por la prisa de la visita inicial. El equipo médico y la enfermería pueden ser garantía de la calidad de vida del paciente^{2,3}.

Por todo esto, el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid implementó en noviembre de 2011 una línea de atención telefónica de cuidado, asistida por enfermeros entre las 8 am y las 3 pm, de lunes a viernes.

El programa se llevó a cabo mediante la creación de una consulta de enfermería y la entrega de un folleto informativo sobre los procedimientos de cuidado y dónde llamar en caso de dudas. Todos los pacientes en tratamiento de quimioterapia, así como los que lo completaron en el último año, tuvieron acceso. La línea es atendida por un enfermero con experiencia en oncología tras una adecuada formación. En caso necesario, se consulta con el médico el problema, resolviéndose mediante asesoramiento telefónico. Se obtuvo el consentimiento oral de los pacientes para la recopilación de información, siendo el estudio realizado con aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

Se recibieron en el primer año 964 llamadas, el 68% de los cuales nunca llamaron de nuevo.

Diez tipos de tumores representaron el 82% del total, fundamentalmente: cáncer de mama (25%), colon (18%) y pulmón (18%) (tabla 1). La edad promedio fue de 59 (16-86) años, siendo el 55% mujeres.

Las razones principales para llamar fueron: dudas sobre el tratamiento (35%), malestar físico (11%), náuseas o vómitos (7,5%) o dolor no controlado (5,7%).

Todos los pacientes declararon que, ante la ausencia del servicio, probablemente habrían demandado atención sanitaria no programada, habiendo asistido a urgencias el 47,4%, al servicio de oncología sin cita previa el 46,8% o al médico de atención primaria el 5,5%. La valoración media del servicio fue de 9 sobre 10 (8-10).

Una de las estrategias más importantes es el aumento en la calidad de la atención con pacientes oncológicos y familiares⁴.

En los últimos años ha habido un aumento en el uso de la consulta telefónica⁵, sustituyendo las enfermeras al personal médico en la atención primaria. Este es el contexto en el que esta iniciativa se creó.

Uno de los objetivos del estudio es ayudar a los pacientes a aclarar sus dudas sobre el tratamiento y sus síntomas, mostrando el estudio que sigue siendo insuficiente ya que el 35% de las llamadas se realizaron debido a dudas sobre los tratamientos, no totalmente aclaradas en consultas.

El otro objetivo era evitar visitas inesperadas. El 47,4% habrían asistido a urgencias ante la ausencia del teléfono, lo que significa que una considerable sobrecarga de este servicio podría evitarse mediante la aplicación del programa. Existen estudios de atención primaria en los que el asesoramiento telefónico también reduce la carga de trabajo de los médicos generales en un 50%⁶. Hasta donde sabemos no existe ningún otro estudio sobre una línea telefónica en un servicio de oncología médica.

El papel de la enfermería de oncología, en colaboración con el personal médico es la clave en la prestación de calidad en la atención recibida. El cuidado a través de una línea de llamada personal implica un menor coste para el sistema y proporciona una mayor satisfacción del usuario.

Tabla 1 Principales tumores en los pacientes usuarios

Tipo de tumor	N.º	Porcentaje	Diagnósticos en el año 1994	N.º porcentaje
Cáncer de mama	243	25,2	237	24,4
Cáncer colorrectal	211	21,4	168	17,7
Cáncer de pulmón	171	17,7	142	14
Linfoma	49	5,08	21	2
Cáncer de ovario	34	3,4	21	2
Cáncer gástrico	29	3	37	3,7
Cáncer de páncreas	21	2,1	29	3
Sarcomas	19	1,9	13	1,3
Cáncer de próstata	18	1,8	19	1,3

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zabalegui A, Sánchez S, Sánchez PD, Juando C. Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. *Enferm Clin*. 2005;15:17–24.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1998;260:1743–8.
3. Pichert JW, Miller C, Hollo AH, Gauld-Jaeger J, Federspiel CF, Hickson GB. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *Jt Comm J Qual Improv*. 1998;24:303–12.
4. Weeks J, Catalano J, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*. 2012;367:1616–25.
5. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: A systematic review. *B J Gen Pract*. 2005;55:956–61.
6. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. *BMJ*. 1998;317:1054–9.

Eduardo Jara González, Cristina Gonzalez de Pedro, David Pérez Callejo, Blanca Cantos y Mariano Provencio*

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariano.provencio@salud.madrid.org (M. Provencio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.003>

Quiero ser tutor rural



I want to be tutor rural

Hace 6 años presentaba en unas Jornadas de Tutores de Médicos de Familia una Comunicación titulada «¿Quiero ser tutor?» En ella expresaba las dificultades por las que había pasado para ser tutor de Médicos de Familia y para acreditar mi centro de trabajo de entonces (urbano). Trabas burocráticas, administrativas, personales y de toda índole. Después de un año, recibimos la acreditación de la Comisión Nacional de la Especialidad. Fuimos elegidos en el siguiente año y todos los demás de forma consecutiva.

La reflexión final fue que pese a las trabas es posible conseguir lo que se pretende. Formar Médicos de Familia en el «día a día» de la consulta de atención primaria.

Curiosamente hace 6 años se publicaba en esta revista ATENCIÓN PRIMARIA¹ un artículo donde se realizaba una reflexión muy interesante sobre lo dificultoso que resultaba formar nuevos Médicos de Familia en el medio rural. Versando la misma sobre las dificultades de orden organizativo, administrativo, falta de medios, dificultades para los desplazamientos y otras causas, que motivaba el que la docencia de estos nuevos médicos se hiciera desde la improvisación y la buena voluntad, más que desde la calidad y la excelencia.

No cabe duda que el medio rural y el medio urbano tienen diferencias, en ocasiones insoslayables, citando a Gervas y Pérez². Lo mismo que existen médicos igualmente motivados en ambos medios para ser tutores y acreditar su entorno de trabajo (Centro de Salud), como un espacio ideal para la formación del futuro Médico de Familia.

La medicina rural está en un proceso de cambio en España en los últimos 10 años³ con la incorporación de nuevos Médicos de Familia, jóvenes, con formación especializada MIR y con un bagaje y formación exquisita en la mayoría de materias clínicas y no clínicas de primer, segundo y tercer nivel

asistencial. Médicos perfectamente formados que son capaces de detectar la idiosincrasia y diferencias que el medio rural significa respecto al urbano y que quieren que esa riqueza sea también parte de la formación que recibe el futuro Médico de Familia.

Por circunstancias varias desde hace 2 años mi ejercicio es en un pueblo de la Comunidad Autónoma de Madrid. Atrás quedó aquel interesante proyecto y los residentes que siguen formándose con mis antiguos compañeros. Me incorporé a este nuevo trabajo con la ilusión de la novedad y un punto *vocacional*. Una de mis preocupaciones fue mantener mi actividad docente. Mi ofrecimiento fue total desde el primer día para ser tutor en el medio rural ¿Es un déjã-vu? «¿Quiero ser tutor rural?». Fui reconocido como tutor asociado (rotación «medicina rural»). Solicité la acreditación de todo el centro y sus distintos consultorios rurales para formar médicos durante los 4 años de la especialidad. De nuevo iniciar todo el proceso, con sus trabas que yo conocía a la perfección.

Durante este corto periodo de tiempo comienzo a formar parte del GdT Medicina Rural (SEMFyC), lo que amplía la transversalidad de mi formación.

Ha pasado un año, 4 residentes en su rotación rural. Hemos realizado un taller de Incidentes Críticos. Hemos realizado una comunicación a un congreso internacional. Once comunicaciones a congresos locales/regionales. Cuatro comunicaciones en revista nacional. La calificación de todas ha sido excelente con un aprovechamiento difícil de baremar. Se han iniciado 2 líneas de investigación para los próximos residentes.

En la zona rural se puede conseguir un nivel de excelencia y calidad en la formación. Es cierto que hay diferencias^{1,3}, dificultades y que todo funciona a base de buena voluntad.

En el momento de escribir esta carta nuestro centro ha sido acreditado por la Comisión Nacional de la Especialidad.