



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO

“Creación e implementación de una unidad de manejo paliativo y terapia del dolor en pacientes oncológicos terminales en la Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra en el año 2012”.

Tesis de grado

Autora:

Ponce Rosero, Narciza Victoria, Lic.

Director:

Morillo Cano, Julio Rodrigo, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA

2013

Certificación

Doctor.

Julio Rodrigo Morillo Cano

DIRECTOR DE TESIS DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado “CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE MANEJO PALIATIVO Y TERAPIA DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA PROVINCIAL SOLCA IBARRA EN EL AÑO 2012”; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Ibarra, Noviembre 2012.

Dr. Julio Rodrigo Morillo Cano

Cesión de derechos

“YoNarciza Victoria Ponce Rosero declaroser autor de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textual dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Ibarra, Noviembre 2012

f.-----

Lic. Narciza Victoria Ponce Rosero

Cl. 1713819835

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que me han apoyado directa o indirectamente para poder lograr esta meta. A mi hermosa familia en especial a mi esposo Ferdinand y a mis bellos hijos Doménika, Joseph y Camila por su amor y apoyo incondicional para que este momento llegara.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: mi madre, hermanos, mis suegros y en especial mi cuñada.

A la Unidad Oncológica Provincial SOLCA Ibarra quien me ha brindado la oportunidad de trabajar y aprender mucho, a los pacientes y compañeros/as de trabajo que colaboraron de una u otra manera para el desarrollo del presente trabajo.

Narciza Victoria Ponce Rosero

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Empiezo expresando mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja del programa de Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, por la maravillosa oportunidad brindada para nuestro mejoramiento y capacitación profesional.

Agradezco la confianza y el apoyo de mi familia porque han contribuido positivamente para llevar a cabo esta difícil jornada.

Con enorme gratitud al Doctor Julio Morillo, tutor de tesis quien delicadamente me guió para poder llevar a feliz término esta meta propuesta.

A la Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra con su matriz SOLCA Quito por el apoyo y colaboración en este trabajo, a los pacientes y familiares para quienes está dedicado el presente proyecto de acción.

Narciza Victoria Ponce Rosero
AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Portada	I
Certificación	II
Cesión de Derecho	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice	VI
Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Problematización	4
Justificación	7
Objetivos	9
CAPÍTULO I	10
Marco Teórico	10
CAPÍTULO II	51
Diseño Metodológico	51
CAPÍTULO III	59
Resultados	59
Análisis del indicador del Propósito	73
Análisis del indicador del Fin	79
Conclusiones	85
Recomendaciones	86
Bibliografía	
Anexos	

1- RESUMEN

La investigación se realizó en la Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra. La institución brinda servicios sin fines de lucro, cuyo objetivo primario es ayudar a la población en la educación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer. Un grupo menor pero no menos importante corresponde a pacientes que requieren manejo paliativo, es decir los pacientes que se hallan en la fase terminal de su enfermedad, cuyo único objetivo es mejorar la condición y calidad de vida brindándoles una muerte digna. Los indicadores de atención a pacientes en el año 2012 en los diferentes servicios ascienden a los 7694 de los cuales 92 fueron pacientes terminales que recibieron manejo paliativo y terapia del dolor. Considerando lo mencionado se determinó la necesidad de capacitar al personal de enfermeras y auxiliares mediante el criterio médico para brindar y optimizar su atención; poner en práctica protocolos de Manejo paliativo y reforzar la interacción de la familia mediante la creación de un instructivo que permita poner a consideración conocimientos básicos de dicho cuidado que ayuden a una convivencia más llevadera.

2- ABSTRACT

The research was conducted in the Oncology Unit provincial SOLCA Ibarra. The institution serves nonprofit, whose primary objective is to help people in education, prevention, diagnosis and treatment of cancer. A smaller group but not least is for patients requiring palliative treatment, ie patients who are in the terminal phase of their illness, whose sole purpose is to improve the condition and quality of life by providing a dignified death. Indicators of patient care in 2012 in the various services amounting to 7694 of which 92 were receiving hospice palliative management and pain therapy. Considering the above identified the need to train nurses and auxiliary personnel by medical judgment to deliver and optimize care; implement palliative management protocols and reinforce family interaction by creating an instruction that would put a consideration of the basic knowledge to help care coexistence easier.

3- INTRODUCCIÓN

El cáncer es definido como una enfermedad terminal aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes con un impacto emocional en el enfermo, la familia y el entorno afectivo y con pronóstico de vida limitado (menor de seis meses).

Según Gómez Francisco (2005), manifiesta que al ser en el cáncer donde mejor se han podido establecer estos criterios de terminalidad, resulta difícil establecer un pronóstico de vida, es por eso que los cuidados paliativos nacieron y se han extendido en relación a las características clínicas del paciente oncológico. (p.8)

En ello radica el objetivo del presente trabajo de acción que se está emprendiendo para mejorar la calidad de vida de los pacientes de cuidado paliativo que acuden diariamente a la unidad y la ayuda profesional que puedan recibir los familiares por parte del equipo médico para que puedan manejar con oportunidad y conocimientos básicos fundamentales los momentos de crisis.

Este trabajo está conjuntamente ligado con el médico quién es el único responsable de emitir las indicaciones para que el personal de enfermería pueda cumplir al pie de la letra y poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la profesión y brindar al paciente terminal los cuidados necesarios para poder mitigar su dolor y mejorar las condiciones de vida y sobre todo poder educar a sus familiares sobre el manejo del paciente con sus diferentes diagnósticos y necesidades.

En el Ecuador, el tratamiento de los problemas oncológicos poco a poco ha ido teniendo su espacio de importancia. Décadas atrás y considerando los avances médicos, se puede asegurar que las posibilidades de una atención eran muy reducidas, sea por los altos costos que esta enfermedad implica o por la poca accesibilidad que existía en los centros de atención de salud, llámese hospitales públicos.

Se conoce que en 1953 se creó SOLCA como institución en la ciudad de Guayaquil, en la actualidad vienen brindando los servicios sin fines de lucro en otras ciudades del Ecuador como Quito, Cuenca, Portoviejo, Ibarra, todas con el fin de brindar

atención diagnóstica, preventiva y curativa a los pacientes que presentan cuadros cancerígenos. En la actualidad, continúa como la pionera en este tipo de atención en el país. No se conoce de otro organismo estatal que cumpla una función similar o paralela.

En el caso de SOLCA Ibarra, se debe mencionar que desde su creación, viene incrementando el número de usuarios y su cobertura se ha ido ampliando, poniéndola como institución vanguardia en el norte del Ecuador y sur colombiano. Los casos confirmados que han sido motivo de atención de acuerdo a datos estadísticos que reposan en dicho organismo, son de alrededor de 157 pacientes terminales y con tendencia a incrementarse.

El manejo especializado del paciente oncológico en cuidados paliativos, amerita un conocimiento integral y multidisciplinario aplicado no solamente al control del dolor sino también a la presencia de ciertas condiciones tales como el cuidado de piel en pacientes encamados, manejo de úlceras de decúbito, el control y manejo de ostomías temporales o definitivas, el adiestramiento al paciente y la familia sobre el cuidado y curación de heridas al igual que la aplicación de medicación analgésica por vía oral, transdérmica o mediante el uso de portales subcutáneos. Todo ello, sin omitir el apoyo emocional y trato personal que caracteriza al profesional de la Institución.

Por lo expuesto se destaca la necesidad de implementar una unidad de manejo paliativo y terapia del dolor en el paciente oncológico terminal en la Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra ya que ayudaría a tratar los casos contando con un equipo médico altamente capacitado y suficiente para cubrir la demanda, así como también con el apoyo de enfermeras y auxiliares que apoyarían en los cuidados tanto en la misma dependencia como en el domicilio del paciente terminal.

Si se establece la relación demanda de atención – personal médico con que cuenta SOLCA Ibarra, se puede inferir que es mucho mayor la demanda que el número de profesionales médicos que atienden a los requirientes del servicio.

Refiriéndonos exclusivamente al grupo de pacientes en su fase terminal, es preciso mencionar que es mínima la atención que puede brindar el cuerpo médico por las

razones logísticas citadas y porque no se cuenta con una unidad de cuidados paliativos que beneficien al paciente como a su familia, ya que el principal objetivo médico y de enfermería es aliviar el dolor y brindar una mejor calidad de vida al paciente hasta el momento del deceso.

Por lo tanto el proyecto investigativo, es factible de ser implementado en vista de que las razones de demanda y cobertura, al tener un ritmo de crecimiento anual, debe contar con el apoyo de directivos, funcionarios y especialmente de los familiares de los pacientes para aliviar en algo el sufrimiento que esta situación provoca.

La unidad de cuidados paliativos y control del dolor, no está visualizada como una dependencia física, esta concebida como una oportunidad que van a tener los pacientes terminales para recibir apoyo médico y psicológico y primordialmente para aceptar la enfermedad no como un problema para la familia sino como una realidad que debe ser enfrentada con valor y fortaleza espiritual.

Entre los principales logros se puede mencionar que el personal de enfermeras y auxiliares están con los conocimientos actualizados para desempeñarse en el campo referido al cuidado paliativo y control del dolor de los pacientes terminales. De igual manera podrán desplegar su accionar cuando sean requeridas en las atenciones domiciliarias. El compromiso adquirido a nivel institucional para la implementación de la unidad de cuidados paliativos y control del dolor es otro gran paso alcanzado en el propósito de aperturar un servicio exclusivo para el grupo de pacientes terminales y evitar de alguna manera que tengan que movilizarse a otros lugares por atención.

Se complementa el proyecto con la elaboración, socialización y aplicación de un instructivo didácticamente diseñado, para que en el seno familiar, los allegados puedan ayudar en casa con los cuidados que requiere el paciente y que allí se grafican de tal manera que, con el apoyo básico, el equipo médico pueda complementar los tratamientos provocando de esta manera una relación de cuidados compartida que de seguro contribuirá a paliar en algo el dolor del paciente y el sufrimiento familiar.

4- PROBLEMATIZACIÓN

La Agencia Internacional para la Investigación de Cáncer con sus siglas IARC de Francia, organismo adscrito a la Organización Mundial de la Salud OMS, publica en la revista The Lancet Oncology la información de Globocan sobre la incidencia y mortalidad de cáncer en 184 países en el año 2008.

Los resultados publicados resumen que el cáncer asociado a la reproducción y estilo de vida como el de próstata, mama, colon y recto, tendrán un drástico incremento que se lo verá en los países en desarrollo y los países más pobres en más del 90%. Aseveran que en la actualidad es la principal causa de muerte en los países de altos ingresos y en el decurrir del tiempo lo será en cada región del planeta.

Anualmente se contabilizan alrededor de siete millones de casos de cáncer en el mundo y se proyectan al año 2030 donde se estima habrá una población afectada de más de 22,2 millones de personas, lo que representaría el 75% de incremento.

El estudio cree que los cambios demográficos que se experimentarán en países de ingresos medianos como los de América Latina, India, Sudáfrica entre otros, tendrán un incremento del 78% de casos de cáncer y de manera particular los de próstata y mama.

Según el Registro Nacional de Tumores de Solca Quito la incidencia de cáncer del 2006 al 2008 en hombres es la siguiente:

El cáncer de próstata con 1074 casos, luego piel con 875 casos, estómago 476, ganglios linfáticos 148, colon 132, encéfalo 108, hígado 89, tracto biliar 67, páncreas 53 entre otros.

La incidencia de cáncer en mujeres es la siguiente: El cáncer predominante el de piel con 914 casos, luego mama con 876, cuello uterino 811, glándula tiroides con 519, estómago 391, sistema hematopoyético, colon 174, ovario 166, ganglios linfáticos 158, bronquios y pulmón 143 entre otros.

De manera referencial y en un problema específico de salud como el cáncer gástrico, en el Ecuador se reportan alrededor de 2800 casos anualmente.

Este dato puede darnos una pauta para proyectar lo que a nivel de cada provincia y en todos los tipos de cáncer puede estar ocurriendo a nivel nacional.

Los cuidados paliativos consideran que el proceso de morir es un hecho natural, afirman y promueven la vida y no pretenden alargarla innecesariamente ni acortarla específicamente, sino promover su calidad. Estos cuidados representan la respuesta profesional y científica a las múltiples necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de los pacientes con enfermedad oncológica terminal.

La Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra, es una unidad que brinda atención médica especializada a pacientes con sospecha y diagnóstico de cáncer (Oncológicos).

La organización y preparación académica de sus profesionales ha permitido la diversificación de los servicios de diagnóstico y manejo clínico – quirúrgico; pero se siente la falta de una unidad específica que brinde atención a pacientes paliativos y manejar así el dolor no solo con aquellos que han respondido al tratamiento oncológico, sino también a aquellos en quien su respuesta al tratamiento ha sido desfavorable, a este grupo de pacientes se los categoriza como pacientes en etapa terminal cuya calidad de vida se basa en un buen manejo paliativo.

Parte fundamental del cuidado paliativo es el manejo integral del paciente, así como el control del dolor, pues el mismo es una condición subjetiva con impacto social y emocional para el paciente y su familia. Claro está que afecta la actividad diaria, la motivación, la interacción familiar y su calidad de vida.

Es por ello que tomando en consideración los conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo del ejercicio profesional como enfermeras y auxiliares, así como lo aprendido en la carrera de post grado - Maestría de Gerencia en Salud se ha escogido el tema sobre la creación de una unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor en pacientes oncológicos terminales en la Unidad Oncológica Solca Ibarra.

El cáncer constituye un problema de salud pública mundial de primer orden, representando la segunda causa de muerte en los países desarrollados. El cáncer

no respeta ninguna edad en el momento de su presentación, el 50% de todos los tipos de cáncer y más del 60% de los fallecimientos ocurren en personas mayores de 65 años y la incidencia avanza conforme avanza la edad.

En lo que se refiere a la Unidad Oncológica Solca Ibarra desde el mes de febrero de 2010, se cuenta con un Médico Oncólogo Clínico, encargado del manejo de la quimioterapia así como de los cuidados paliativos y manejo del dolor en pacientes oncológicos terminales.

La preocupación persiste ya que en la institución no se cuenta aún con una unidad de manejo paliativo y control del dolor debidamente implementada y equipada con personal médico y de apoyo con enfermeras y auxiliares debidamente capacitados.

De ser así los resultados obtenidos en el período enero a septiembre de 2012, donde se atendieron 92 pacientes terminales tendrán una tendencia a incrementarse ya que los resultados fueron altamente satisfactorios.

Cabe mencionar que el total de atenciones de los diferentes servicios es de 7694 durante el 2012, los pacientes de cuidado paliativo tienen disponibilidad de adquirir en farmacia los diferentes medicamentos específicos para el manejo del dolor.

Pero es necesario la atención integral y la ayuda oportuna del personal de enfermería en lo concerniente a manejo de portales subcutáneos, cuidados de la boca, colocación de parches de morfina, cuidados de la piel, manejo de ostomías, manejo de sondas de drenaje o de alimentación y sobre todo la educación a los familiares y el apoyo psicológico y emocional de paciente y todo su entorno familiar.

Otra de las serias dificultades que tienen que enfrentar los pacientes terminales se refiere a los cuidados que deben recibir en su domicilio, realidad que se agrava cuando sus familiares desconocen de pasos fundamentales para la administración de medicamentos así como el cuidado de la piel y manejo de sondas, drenajes y ostomías.

5. JUSTIFICACIÓN

El manejo de los cuidados paliativos es de mucha importancia en cualquier unidad de salud en especial en la que se va a llevar a cabo este proyecto de acción ya que de todas las necesidades que tienen los pacientes en situación avanzada y terminal, su objetivo fundamental es tener alivio y sufrir lo menos posible, pero también el de la familia y de todos aquellos que atienden al enfermo paliativo en su propia casa.

En la enfermedad terminal concurren una serie de características que son fundamentales que cada uno de los profesionales de la salud así como la familia tomen en consideración.

Se sabe que se trata de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, da lugar a una serie de problemas o síntomas intensos, el pronóstico de vida es inferior a los seis meses y sobre todo el gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico.

Finalmente, no se debe perder de vista que en el escenario de los cuidados paliativos el protagonista más grande e importante es el enfermo y como tal es el faro que debe guiar a la unidad de cuidados paliativos.

Por ello es de gran importancia tomar en cuenta todas y cada una de estas necesidades, en especial el manejo del dolor que se lo define como “una experiencia sensorial y emocional asociada a un potencial o actual daño tisular”. SECPAL (2005).

El dolor oncológico se presenta en aproximadamente el 25% de los pacientes recientemente diagnosticados de cáncer, en el 33% de los pacientes que ya han sido sometidos a algún tipo de tratamiento oncológico y en el 75% de los pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas.

El manejo multidisciplinario de los cuidados paliativos en el paciente oncológico es motivo de preocupación creciente por parte de médicos, enfermeras pacientes y familiares.

De allí que se requiere de la urgente implementación de la unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor ya que desde ella se planifica la atención programada y subsecuente de tal modo que el paciente sienta el apoyo directo del equipo profesional y el cuidado de sus familiares.

Además de contribuir a bajar los niveles de impacto en cuanto a sufrimiento físico y psicológico del paciente terminal, también repercute en la economía familiar por que los costos de las medicinas resultan accesibles.

De igual forma existen en el país un número limitado de unidades de manejo de terapia de dolor y cuidados paliativos; la mayoría de ellas concentradas en las grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca representadas por las unidades de SOLCA, el Seguro Social y Ministerio de Salud Pública.

En la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, no se dispone de una unidad de atención integral que determine un algoritmo de manejo de dolor en paciente terminal; por ello se ha considerado su desarrollo basado en evidencia contemplando las últimas publicaciones científicas vigentes a nivel mundial.⁽²⁶⁾

La disponibilidad del mismo permitirá conformar un manejo más organizado, eficiente y económico para el paciente, convirtiendo a la unidad en centro de referencia para manejo de dolor oncológico y de esta manera los pacientes se beneficien de dicho tratamiento sin tener que trasladarse a otros lugares.

Aquí se evidencia la verdadera labor social que lleva adelante SOLCA Ibarra.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar la unidad de manejo paliativo y terapia del dolor en SOLCA Ibarra, con la incorporación de un equipo profesional especializado para brindar una atención integral a pacientes terminales y su entorno familiar.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1 Capacitar al personal de enfermería y auxiliares en el manejo especializado de procedimientos médicos invasivos en el cuidado a pacientes terminales.

6.2.2 Diseñar y aplicar protocolos de atención en pacientes terminales en la unidad de manejo paliativo y en la visita domiciliaria.

6.2.3 Elaborar un instructivo de recomendaciones básicas de atención a pacientes paliativos por parte de la familia.

CAPÍTULO I

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

El Dispensario Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra fue creado en Septiembre del 2001; iniciándose con la atención a pacientes una vez al mes con médicos que acudían de la ciudad de Quito; posteriormente se creó el Comité de Amigos de Solca Ibarra ampliando el horario de atención y arrendando un local que se ubicó en la Avenida Atahualpa 24-25, sector las cuatro esquinas.

En el año 2002 se envió al Dr. Douglas Barros de la ciudad de Quito para coordinar la implementación y apertura del Dispensario Médico.

El 01 de Abril del 2002 se inaugura este servicio y se crean convenios con otras Instituciones para efectuar procedimientos quirúrgicos; de igual forma se contrata a varios profesionales médicos entre ellos al Dr. Diego Morales (Gastroenterólogo), Dr. Mario Acosta (Intensivista), Sra. Katty Ruiz (Tecnóloga Médica) y Sra. Patricia Montalvo (Tecnóloga Laboratorista).

Debido al crecimiento progresivo y a la estrechez de las antiguas instalaciones, en el mes de Agosto del 2008 la Unidad Oncológica provincial Solca Ibarra, se traslada al antiguo Club de Leones ubicado en las calles Rafael Sánchez y Tobías Mena, sector Yacucalle.

En la actualidad se cuenta con 35 empleados dispuestos de la siguiente manera: 9 médicos especialistas, 4 enfermeras, 2 tecnólogas, 5 auxiliares de enfermería, 3

personas de servicios varios, 1 trabajadora social, 5 administrativos, 1 guardalmacén, 1 mensajero, 1 chofer y 3 guardias de seguridad.

7.1.2 DINÁMICA POBLACIONAL

En la población en estudio se realiza la disciplina cualitativa o social que se orienta al conocimiento de las características biológicas, sociales, económicas y culturales de los usuarios que acuden día a día a recibir los diferentes servicios que brinda la unidad, tomando énfasis en la población de pacientes terminales y su entorno familiar.

La ciudad de Ibarra cuenta con una población aproximada de 181.175 habitantes, divididos en los sectores urbano y rural, sus parroquias son: Ambuquí, Angochagua, La Carolina, Ibarra, La Esperanza, Lita, Salinas, San Antonio.

El índice de natalidad en la provincia de Imbabura es del 1,8% de crecimiento anual con gran flujo de migración que reemplaza esa falta de nacimientos.

Del total de habitantes, 35.000 son extranjeros o inmigrantes en proceso de legalización. Estos son de nacionalidad española, portugués, colombiana, cubana, peruana, chilena, argentina, entre otras.

La tasa de mortalidad en la provincia es alta, va en un entorno al 3,2 %, cifra mayor a la de la natalidad, siendo los problemas cardíaco – cerebrales y los pulmonares las principales causas de muerte.

Es importante mencionar que la cobertura se ha extendido a pacientes que acuden de otros espacios geográficos como de las provincias de Esmeraldas, Pichincha, Sucumbíos, Carchi y sur de Colombia.

La significativa afluencia de pacientes que acuden a SOLCA Ibarra, hace relucir las debilidades de infraestructura que tiene la institución, a ello se suma como es obvio suponer, la necesidad de contar con otros profesionales especialistas que ayuden a disminuir los tiempos de requerimiento de atención y satisfacer dicha demanda.

7.1.3 MISIÓN DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA

Toda institución que maneja con absoluta seriedad los objetivos para los cuales fue creada, debe traducir en compromisos que reflejen que su accionar es eficiente y efectivo para que los usuarios tomen confianza en el servicio por ella prestado.

Por tanto se plantea una misión que es clara y se define así:

“Constituirse en una unidad de referencia en el manejo del paciente paliativo y terapia del dolor, sin fines de lucro de manera eficaz, efectiva, y económica. Promover condiciones de vida saludables en el sector norte de nuestro país y garantizar el acceso a servicios de salud mediante la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y oportuno del cáncer, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad ofreciéndole al paciente oncológico una mejor calidad de vida”. (26)

7.1.4 VISIÓN DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA

El cambio no se logra de la noche a la mañana. Es el resultado de la perseverancia. Pero, la perseverancia no se logra por sí sola. Es el resultado de anhelar algo.

Esta es una manera de resumir el sueño institucional y SOLCA Ibarra, fiel a los principios de servicio social fue creada para ayudar a que los sueños de días de salud mejores sean una realidad. Por ello traza su Visión de la siguiente manera:

Para SOLCA Ibarra la Visión es:

“Lograr construir nuestra propia Unidad Oncológica e implementar una unidad de atención integral de manejo de terapia del dolor en pacientes de cuidados paliativos y mantenernos como una institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad por su alta especialización, su excelencia en la atención al paciente, por su gestión transparente y su contribución a la formulación de políticas y normas que ayuden a la preservación de la salud pública”. (26)

7.1.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

La Unidad Oncológica provincial SOLCA Ibarra es una Unidad que depende administrativamente de la ciudad de Quito, al igual que SOLCA Ambato, Riobamba, Santo Domingo de los Tsáchilas y Solca Lago Agrio; tienen como objetivo atender a los pacientes de la Sierra Norte y Oriente diagnosticados de Cáncer.

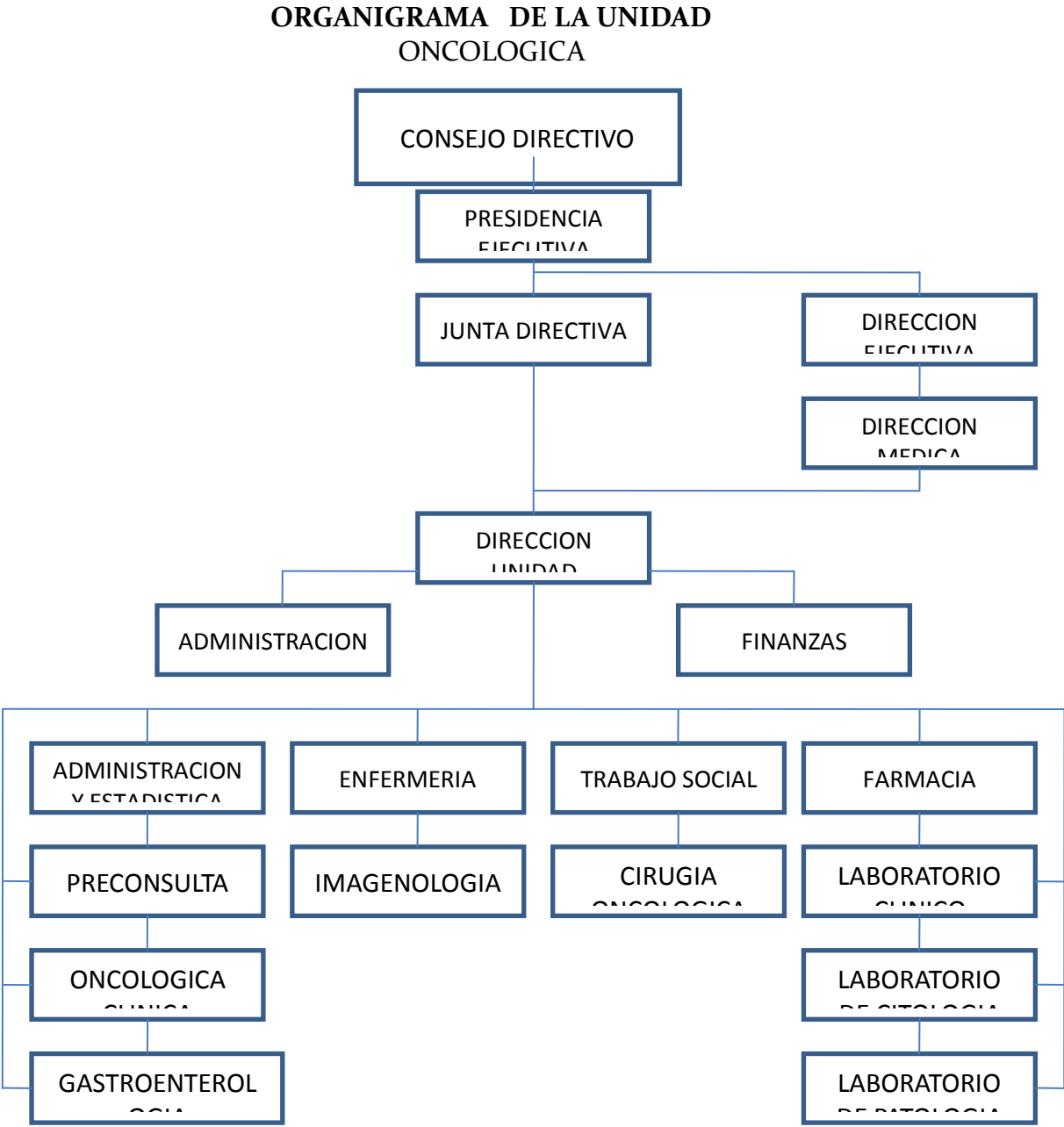
La administración de SOLCA se la realiza desde la planta central, allí se estructuran y diseñan las estrategias y líneas de acción que deben ser ejecutadas en sus sedes provinciales.

Las decisiones de carácter administrativo son de estricta responsabilidad de las autoridades que se encargan de analizar de manera técnica las rutas de trabajo y requerimientos de personal que están acordes primero a la capacidad presupuestaria y en segundo lugar a la demanda del servicio que pueda existir en cada unidad provincial donde funcionan.

A pesar de haber dejado de percibir como ingresos fijos los rubros referentes a transacciones bancarias, ello no fue motivo para que la institución decline su accionar, más por el contrario, redefinió su política de servicio cuyos resultados son aplaudidos por la sociedad ecuatoriana.

A continuación se presenta el organigrama estructural de la institución.

Gráfico 1. Organigrama de la Unidad Oncológica provincial Solca – Ibarra.⁽²⁶⁾



FUENTE :

ELABORADO POR :

Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2010/2011
Lic. Patricia Rodríguez
Estadística Solca Ibarra

7.1.6 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

A partir de abril del año 2002 que es la fecha de apertura del dispensario SOLCA Ibarra, el volumen de la atención fue de 2882 pacientes, con un promedio diario de 40 usuarios.

En el año 2010 se tuvo una cobertura de 10.120 pacientes, igualmente con un promedio de atención de 40 personas por día.

Cabe aclarar que conforme se ha ido incrementando la demanda y que en la actualidad bordea las 40.000 atenciones, también se ha provisto de personal médico en las diferentes especialidades pero sigue siendo insuficiente el equipo por las razones expuestas. .

En cuanto a los servicios que la institución presta son los siguientes:

- Consulta externa de cirugía Oncológica
- Consulta de Oncología Clínica y cuidados paliativos
- Cirugías Oncológicas
- Quimioterapia
- Medicina Interna
- Gastroenterología (Endoscopías, Colonoscopías, Resecciones endoscópicas)
- Radiología y Radio-intervencionismo (Mamografías, RX, Galactografías)
- Citología (pap-test) – Secreciones – Fluidos – Colocación de portales subcutáneos.
- Laboratorio Clínico
- Farmacia
- Trabajo Social
- Electrocardiogramas
- Biopsias mínimamente invasivas
- Biopsias, Curaciones, Retiros de puntos, Transfusiones
- Voluntariado

7.1.7 DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA (ESTADO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN)

Los usuarios que diariamente acuden a SOLCA Ibarra por atención médica diagnóstica, de prevención y tratamiento y que como se mencionara en un apartado anterior, corresponden a las provincias vecinas a Imbabura.

Se contabilizan en promedios de atención de alrededor de 80 pacientes según se desprende de la información estadística que reposa en el departamento respectivo.

Dicha información permite visualizar los porcentajes de pacientes que reciben ayuda clínica a su problema de salud oncológico.

En cuanto a la mortalidad se puede decir que los pacientes que entran a paliativos y por su estado avanzado del cáncer fallecen sea cual sea el tipo de cáncer que padezcan.

A continuación se presenta la información estadística en detalle.

Tabla 1

INCIDENCIA DE CANCER

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA

CASOS DE CÁNCER AÑO 2011

TIPOS CÁNCER	CONFIRMADOS 2010	CONFIRMADOS 2011
Tumores Urológicos	0	4
Tumores Linfoma	4	6
Tumores Cabeza y Cuello (Tiroides, Paratiroides, Submaxilar)	12	18
Tumores Ginecológicos	11	28
Tumores Mamarios	24	28
Tumores Piel y Melanomas	24	35
Tumores Mixtos (colon y estómago)	23	38
TOTAL	98	157

FUENTE :

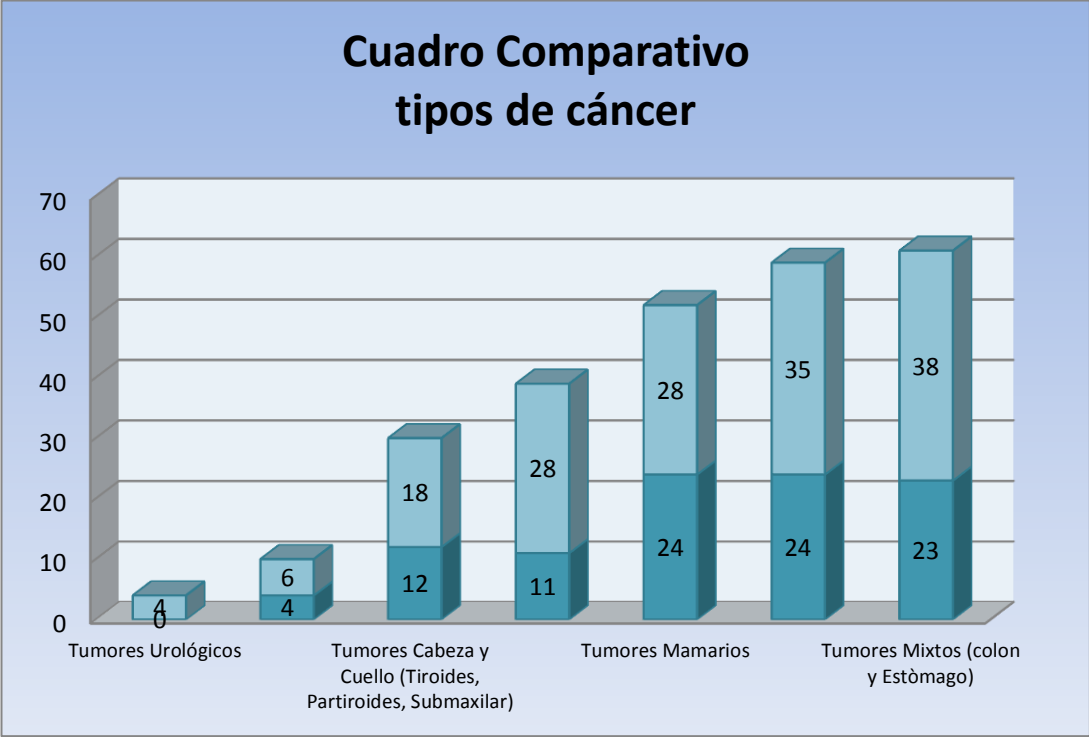
Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2010/2011

ELABORADO POR :

Lic. Patricia Rodríguez

Estadística Solca Ibarra

Gráfico 2



FUENTE : Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2010/2011
ELABORADO POR : Lic. Patricia Rodríguez
Estadística Solca Ibarra

Tabla 2

UNIDAD PROVINCIAL SOLCA IBARRA
ESTADÍSTICA DE ATENCIÓN POR SERVICIOS DEL AÑO 2012

ESPECIALIDAD

MES	Ginecología	T. Mamaríos	M. Interna	T. Mixtos	Cuidados Paliativos	Gastro	Cabeza y Cuello	T. Piel	Pre Consulta	O. Clínica	Chequeo Pre operatprop	PCTES IESS	Total
Enero	91	202	55	17	6	105	44	35	259	53	15		882
Febrero	98	179	62	30	7	77	70	24	243	61	18		869
Marzo	97	168	85	31	9	102	60	34	267	70	28		951
Abril	83	169	92	31	13	39	82	25	206	69	29		838
Mayo	121	170	141	27	11	74	72	23	183	81	23		926
Junio	112	173	66	40	8	86	74	30	209	95	19		912
Julio	97	193	68	36	10	23	94	27	195	84	17		844
Agosto	25	110	32	13	16	33	51	26	203	91	10		610
Septiembre	88	204	65	24	15	57	72	41	216	71	9		862
Octubre													0
Noviembre													0
Diciembre													0
TOTAL	812	1568	666	249	95	596	619	265	1981	675	168	0	7694

FUENTE : Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2012

ELABORADO POR : Lic. Patricia Rodríguez
 Estadística Solca Ibarra

Tabla 3

UNIDAD PROVINCIAL SOLCA IBARRA
ESTADÍSTICA DE ATENCIÓN POR SERVICIOS DEL AÑO 2012
PACIENTES IESS

MES	ESPECIALIDAD											Total
	Ginecología	T. Mamarios	M. Interna	T. Mixtos	Cuidados Paliativos	Gastro	Cabeza y Cuello	T. Piel	Pre Consulta	O. Clínica	Chequeo Pre operatprop	
Enero	2	8	4	2	2	1	3	4	2	10	8	46
Febrero	1	6	2	4	1	4	9	6	5	8	4	50
Marzo	6	21	3	7	1	5	13	5	5	11	11	88
Abril	2	16	5	10	0	0	22	4	2	0	0	61
Mayo	3	9	3	9	1	3	16	5	4	28	5	86
Junio	2	14	4	3	4	4	10	4	7	30	7	89
Julio	3	12	6	3	2	0	14	4	2	23	6	75
Agosto												0
Septiembre												0
Octubre												0
Noviembre												0
Diciembre												0
TOTAL	19	86	27	38	11	17	87	32	27	110	41	495

FUENTE : Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2012
 ELABORADO POR : Lic. Patricia Rodríguez
 Estadística Solca Ibarra

Tabla 4

UNIDAD PROVINCIAL SOLCA IBARRA
ESTADÍSTICA DE ATENCIÓN POR SERVICIOS DEL AÑO 2012
PACIENTES BDH

MES	ESPECIALIDAD											
	Ginecología	T. Mamarios	M. Interna	T. Mixtos	Cuidados Paliativos	Gastro	Cabeza y Cuello	T. Piel	Pre Consulta	O. Clinica	Chequeo Pre operatprop	Total
Enero	3	5	5	2	2	4	4	2	2	3	1	33
Febrero	6	2	7	5	0	3	2	1	0	8	2	36
Marzo	6	2	6	8	0	9	3	3	1	8	5	51
Abril	2	7	8	4	0	0	7	3	0	0	7	38
Mayo	3	3	5	4	1	6	3	1	0	7	6	39
Junio	0	5	6	5	1	6	1	2	0	20	6	52
Julio												0
Agosto												0
Septiembre												0
Octubre												0
Noviembre												0
Diciembre												0

FUENTE : Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2012
 ELABORADO POR : Lic. Patricia Rodríguez
 Estadística Solca Ibarra

Tabla 5

SERVICIO DE ENFERMERÍA

	CITOLOGÍA PARA CONDENSADO																OTRAS ACT. ENF.CONDENSADO		
MES	PAPTEST					Electrocardiogr amas	Portal Sub cutáneo/Implan tofix	Admin. QT Ambulatoria	Inyecciones	Indic. Colonoscopia	Prog. Cirugia	Visitas Quir. Clínicas	Asistencia Biopsias	Asist. Proced. Endoscopia	Transfusiones	Curaciones	Retiro de puntos	Total	
	Solca	IESS	BDH	EMAPA	Subtotal														
Enero	308	7	3	0	318	22	2	1	2	15	21	26	19	89	1	93	19	628	
Febrero	258	9	5	0	272	30	3	0	4	11	22	22	19	24	0	109	39	555	
Marzo	378	4	5	0	387	32	2	1	3	21	29	46	9	85	1	145	22	783	
Abril	288	1	3	0	292	20	1	1	1	27	25	57	15	92	1	122	26	680	
Mayo	290	6	1	5	302	22	3	1	6	15	28	65	12	68	0	103	22	647	
Junio	299	3	3	29	334	23	0	1	0	23	27	54	11	86	0	96	24	679	
Julio	353	2	4	4	363	21	0	3	3	14	25	50	17	54	0	106	29	685	
Agosto	331	2	5	1	339	20	3	14	1	9	12	24	8	55	0	67	18	570	
Septiembre	236	3	2	0	241	14		3	1	19	17	34	10	66	0	74	24	503	
Octubre																		0	
Noviembre																		0	
Diciembre																		0	
TOTAL	2741	37	31	39	2848	204	14	25	21	154	206	378	120	619	3	915	223	5730	

FUENTE : Informes Estadísticos Solca Ibarra Año 2012
 ELABORADO
 POR : Lic. Patricia Rodríguez
 Estadística Solca Ibarra

7.1.8 CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

La Unidad Oncológica Solca Ibarra cuenta con una infraestructura física de dos pisos repartidos de la siguiente manera:

- 1 área para Dirección Médica
- 4 consultorios para atención de consulta externa
- 2 oficinas para administrativos
- 1 oficina para estadística
- 1 oficina para caja
- 2 áreas para servicio de citología y biopsias
- 1 área para laboratorio
- 1 área para mamografía y Rayos X
- 1 área para esterilización
- 1 oficina para Trabajo Social
- 1 sala de espera para pacientes
- 1 bodega
- 1 farmacia
- 1 comedor
- 2 baterías sanitarias
- 1 lavandería
- 2 casetas para guardianía
- 1 parqueadero

Su construcción es de cemento armado y se han realizado adecuaciones de acuerdo a los requerimientos de la institución. Es de suma importancia conocer que en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra su atención es de lunes a viernes en jornada de 7h30 a 15h30 excepto feriados, por lo que es una unidad de consulta externa.

En lo referente a hospitalización en casos emergentes se ingresa a los pacientes en las clínicas con las que se tiene los convenios como el Instituto Médico de Especialidades y la Clínica Moderna de la ciudad de Ibarra.

7.1.9 POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Los mandatos de la institución son velar por la salud de la población, prevenir el cáncer, brindar una atención de calidad y calidez al paciente. Formamos parte de la matriz que es Solca Quito, de la cual dependemos y a la misma que tenemos que dirigir nuestros informes mensualmente.

El presupuesto asignado por el Estado no es suficiente para subsanar los requerimientos de la Unidad por lo que al momento nuestro presupuesto es deficiente y no se ha podido lograr lo indispensable que es construir nuestro propio edificio de atención.

El objetivo principal de nuestra institución es poder llegar a toda la ciudadanía mediante charlas educativas, programas en la radio y la televisión para que tomen conciencia de lo necesario e indispensable que es realizarse los exámenes de control y prevención de las enfermedades y en especial el cáncer.

El voluntariado consiste en un grupo de mujeres como su nombre lo indica, voluntarias que se encargan de realizar gestiones y diversas actividades sociales para recolectar fondos y poder colaborar con el paciente de escasos recursos económicos y lo más importante brindarle apoyo emocional, respetando los derechos del paciente ante el dolor, enfermedad y el sufrimiento.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

7.2.1 Origen de los cuidados paliativos

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba.

La versión griega de lo mismo fue xenodochium y alrededor del siglo IV aparece la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos nombres, hospitium o

xenodochium, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones serían consideradas los primeros hospicios u hospitales.

El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento.

7.2.2 Definición de cuidados paliativos

Según Barrera (2007), la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. (p.33).

El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial.

Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

El manual de la OPS nos dice: Posteriormente la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor. (p.13.)

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

Martin y Canobbio (2003), establecieron que: Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas. (p 56.)

Si bien los Cuidados Paliativos han experimentado un gran desarrollo a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial, aún no tienen el apoyo suficiente como para responder de forma oportuna y eficaz al número creciente de pacientes que se beneficiarían de ellos.

Se define a los cuidados paliativos como a una situación de enfermedad terminal, aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, y con pronóstico de vida limitado (menor de seis meses), por causa del cáncer u otras enfermedades incurables.

La filosofía, el fundamento y los objetivos terapéuticos de los cuidados paliativos ayudan a los profesionales de la salud a ofrecer una asistencia de calidad a las personas en el proceso final de la vida, con una visión humanista y científica se aborda el alivio del sufrimiento en todas sus dimensiones.

Es por ello que los cuidados paliativos nacieron y se han extendido en relación al enfermo oncológico, aunque en la actualidad siguiendo los consejos de la OMS.

Los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familiares que padecen una enfermedad en fase terminal cuyos objetivos básicos consisten en el control del dolor y los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y su familia, y su bienestar y calidad de vida.

Representan la respuesta profesional y científica a las múltiples necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de los pacientes con enfermedad oncológica terminal, por lo que deben ser practicados por los profesionales de la salud en todos los ámbitos y por equipos interdisciplinarios específicos cuando su complejidad lo requiera.

La práctica de los cuidados paliativos requiere una formación específica, la aplicación de la metodología aceptada de la investigación y de la evaluación de resultados, el desarrollo de políticas de calidad y la práctica cotidiana de los principios de la ética clínica.

En la medida en que los cuidados paliativos se desarrollan, crece el convencimiento de que con las drogas y las técnicas en la actualidad disponibles es relativamente fácil proporcionar comodidad física al paciente. Sin embargo, aún con eso, la persona puede sentir miedo, soledad o poca autoestima.

Kubler (2003) señaló: Los que ahora trabajan en este campo perciben que, además de la atención y control de los síntomas físicos, la filosofía de los cuidados paliativos se preocupa básicamente de la calidad, valor y sentido de la vida. (p.23.)

7.2.3 Objetivos de los Cuidados Paliativos según la OMS

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. (SECPAL 2005).

Uno de los momentos más difíciles en el cuidado del paciente oncológico ocurre durante la etapa de transición del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo cuando la cura ya no es posible y cuando la enfermedad provoca sufrimiento al paciente.

El paciente que entra en etapa terminal presenta los siguientes problemas:

- a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- b) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- d) Gran impacto emocional, familiar y equipo terapéutico ante la posibilidad de la muerte.
- e) Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Es de gran importancia conocer la diferente sintomatología que presentan los pacientes paliativos, por lo que se describe a continuación:

- a. Dolor
- b. Síntomas digestivos
- c. Síntomas respiratorios
- d. Aspectos neuropsiquiátricos y psicológicos
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Insomnio
 - Trastornos mentales orgánicos

7.2.4 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil de definir y medir.

En este contexto la calidad de vida se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de

satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

7.2.5 Sufrimiento

El encuentro con la enfermedad terminal es una causa de sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales sanitarios que les atienden. La formulación de una respuesta terapéutica requiere la comprensión del fenómeno del sufrimiento y de los factores que contribuyen al mismo.

No resulta extraño que los profesionales sanitarios vinculen los síntomas físicos al sufrimiento y, aunque la presencia de dichos síntomas suele ser un antecedente importante, no son la única fuente de sufrimiento.

El sufrimiento ha sido definido como un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. (SECPAL 2005).

Son fuente de sufrimiento:

- En el paciente: los síntomas físicos (como el dolor), los síntomas psicológicos y el sufrimiento existencial (la desesperanza, el sinsentido, la decepción, el remordimiento, la ansiedad ante la así como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás.
- En la familia: los factores psicosociales, la tensión emocional, la incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, los problemas económicos, la percepción de que los servicios son inadecuados, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo (anticipación de la pérdida.
- En los profesionales: la exposición constante al sufrimiento y a la pérdida, la frustración, la impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral con

- la percepción de carencia de recursos (materiales, humanos, tiempo), la dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, las dificultades en la comunicación y en la relación con el enfermo y con sus familiares.

7.2.6 Definición del dolor

Granja (2005) nos indica que: Aun cuando no hay una definición del dolor de forma universal, la I.A.S.P. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) determinó la siguiente definición. “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrita por el paciente en esos términos”. (p.23)

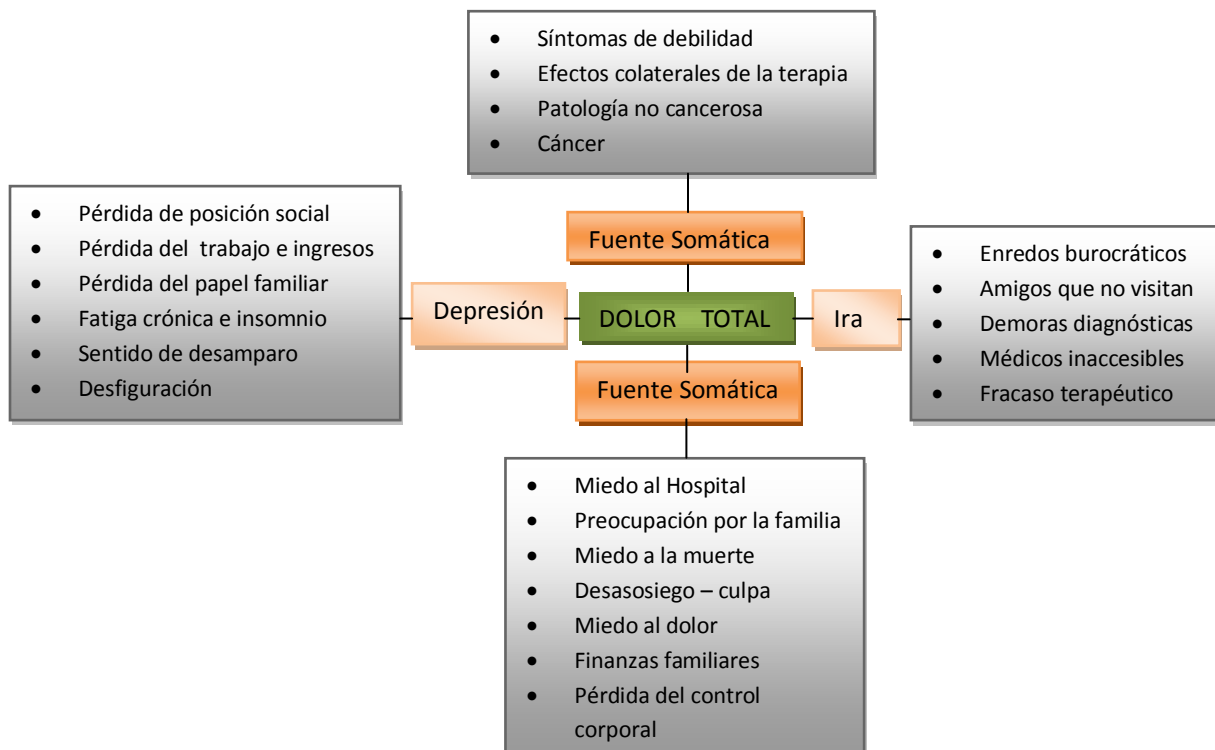
Según el último consenso del NCCN del 2010 (National Comprehensive Cancer Network) se define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional asociada a un potencial o actual daño tisular”(NCCN,2010)

La presencia de dolor en cualquier etapa durante el desarrollo de la enfermedad oncológica es un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y por ningún motivo debe ser subestimado tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Un numeroso grupo de pacientes presenta dolor como primer signo de cáncer y entre el 30 al 50% de los pacientes con cáncer presentarán dolor de moderado a intenso. Con el avance de la enfermedad la presencia y la intensidad del dolor será mayor, presentándose en un 75 al 95% de los pacientes con enfermedad terminal avanzada.

Para Martin y Cannobio, 2003, el dolor en oncología no debe ser considerado como un ente aislado dentro del proceso, está inmerso en el concepto de dolor total tal como lo describe Twycros, ello determina la necesidad de un manejo multidisciplinario que determine apoyo médico y espiritual al paciente y la familia. El dolor es una sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. (p 45)

Gráfico 3. Esquema de Twycross Según Cameron (2006)



FUENTE: Cameron, R. 2005 /Oncología Práctica. Editorial Panamericana. Argentina.
ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

7.2.7 Causas del dolor

Un paciente con cáncer puede tener dolor a causa del tumor o de las metástasis porque dañan o presionan las estructuras del cuerpo en donde están localizados (músculos, huesos, órganos, vasos sanguíneos, nervios).

Para Barrera, 2007, también puede causar dolor los diferentes tratamientos como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. Los pacientes oncológicos, como el resto de la población, también pueden sentir dolores de otros tipos que nada tiene que ver con su cáncer como por ejemplo: jaquecas, artrosis, infarto, cólico nefrítico, apendicitis etc.

(p.10)

7.2.8 Tipos de dolor

Desde el punto de vista fisiopatológico existen:

a. Dolor Nociceptivo

a.1) Somático Superficial

a.2) Somático Profundo

b) Visceral

b. Dolor Neuropático

c. Dolor Mixto.

7.2.8.1 Dolor Nociceptivo

Es aquel que se produce por un aumento de la intensidad de los estímulos nociceptivos (mecánicos, térmicos, químicos), que se traduce por una excitación anormal de los nociceptores periféricos somáticos o viscerales, sin que exista lesión en las vías nerviosas de la conducción del dolor.

7.2.8.2 Dolor Somático Superficial

El dolor somático superficial se origina en los nociceptores de la piel, generalmente responden a estímulos mecánicos, térmicos y químicos.

7.2.8.3 Dolor Somático Profundo

Proviene de los receptores nociceptivos de músculo esquelético, huesos, cartílagos, y articulaciones; este tipo de dolor es el más frecuentemente experimentado por los individuos a lo largo de su existencia.

Según nos dice Lino (2010): El dolor somático cumple ciertas características así; es localizado, de carácter agudo bien definido, tiene un curso constante, casi nunca tiene síntomas acompañantes y se localiza en el lugar lesionado. (p.89.)

7.2.8.4 Dolor Visceral

Existen menos nociceptores en las vísceras que en la piel y estos receptores tienen un perfil de activación diferente; responden a contracciones y distensiones intensas de la pared de las vísceras huecas secundarias a isquemia y anoxia. Paradójicamente grandes lesiones viscerales no desencadenan respuestas dolorosas proporcionadas en el hígado o en el pulmón.

Rosenquist (2010) habla sobre: Este tipo de dolor es mal localizado, intermitente u ondulante, tiene carácter cólico y con frecuencia se asocia a cambios vegetativos que se acompañan a respuestas reflejas cardiovasculares y respiratorias. (p.88.).

7.2.8.5 Dolor Neuropático

Gómez (2002) dice: El dolor neuropático es un dolor crónico que se origina como consecuencia directa de una lesión o una enfermedad que afecta al sistema somato-sensorial. Su incidencia es relativamente alta pues afecta hasta al 5% de la población mundial y su control clínico es difícil. Puede manifestarse como expresión de diferentes

enfermedades que ocasionan lesión de los nervios, como secuelas de infecciones virales (neuralgia post-herpética), condiciones metabólicas (diabetes mellitus), alteraciones tóxicas (antirretrovirales), inflamación, cáncer terapia oncológica, trauma y complicaciones post-quirúrgicas^(p. 106)

Gráfico 4. Causas frecuentes de dolor Neuropático Periférico Localizado

Gómez (2005).

Causas más frecuentes de dolor neuropático periférico localizado
1.- Neuralgia Post-herpética
2.- Dolor post-mastectomía, dolor post-toracotomía, dolor por escaras
3.- Dolor de miembro fantasma
4.- Dolor del muñón
5.- Neuralgia del trigémino
6.- Radiculopatías crónicas
7.- Síndrome post-discectomía
8.- Neuropatía post-traumática
9.- Síndromes constrictivos
10.- Mononeuropatía Diabética
11.- Neuralgia de Morton
12.- Neuropatía isquémica
13.- Síndrome de Bannwort
14.- Amiotrofía neurálgica, lesión de plexos post-irradiación
15.- Lesiones de plexos nerviosos causados por tumores

FUENTE: Gómez, S, M Ojeda M. 2005 /Cuidados paliativos, Control de síntomas. Las Palmas de Gran Canaria. El Sabinal.
ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

7.2.8.6 Dolor Mixto

Este se caracteriza por ser una mezcla de dolor tanto somático como neuropático, se presenta cuando existe progresión de la enfermedad sobre todo en el campo de la oncología pues existe cada vez mayor invasión tumoral.

Una historia del dolor detallada y completa, incluye tres grandes cuestiones: intensidad, localización y fisiopatología.

7.2.9 Intensidad

La intensidad del dolor es una de sus características, más difíciles y más frustrantes. Existen escalas uní dimensionales descritas por el paciente.

- Escala de descripción verbal: se pide al paciente que describa su dolor mediante la elección de una lista de adjetivos que reflejan distintos grados de intensidad del dolor. La escala de las cinco palabras constan de leve, incómodo, penoso, horrible y atroz.
- Escala numérica: Es una escala del 0 al 10, en el que 0 es ausencia del dolor y 10 el peor dolor imaginable.
- Escala analógica visual: Es muy similar a la anterior, excepto que el paciente marca sobre una línea de 10 cm. su dolor, un extremo representa la ausencia del dolor y el extremo opuesto el peor dolor imaginable.
- Escala de las caras pintadas: La evaluación del dolor en niños es muy difícil, por la incapacidad de estos para comprender las formas de valoración. Esta escala representa cinco dibujos de rasgos faciales, cada uno con su valor numérico. (Dolor por cáncer, 2001)

Según su intensidad: se diferencia entre dolor leve, moderado o intenso.

Puede ocurrir que sobre un dolor constante de intensidad leve o moderada aparezcan picos de dolor de mayor intensidad. Es relativamente frecuente que el paciente con

cáncer tenga más de un tipo de dolor y que cada uno tenga unas características diferentes diferente intensidad, horario de presentación, etc. (Cuidados Paliativos, 2007)

7.2.10 TÉRMINOS AFINES AL DOLOR

Alodinia

Percepción de un estímulo sensorial no doloroso como dolor. Normalmente la modalidad original no es el dolor pero la respuesta sí. En consecuencia, se pierde la especificidad de la modalidad sensorial. En cambio, en la hiperalgesia la respuesta esta aumentada de un modo específico al dolor.

Analgesia

Ausencia de dolor en respuesta a un estímulo que normalmente seria doloroso. Cuando se produce analgesia, intentando abolir la percepción del dolor, no hay intención de producir sedación. En caso de que esta aparezca será un efecto secundario de la analgesia.

Ansiedad

Distorsión del nivel de conciencia que se traduce en un aumento de la percepción del entorno y de la reacción inespecífica al dolor.

Disestesia

Sensación desagradable que puede ser espontánea o inducida. A diferencia de una parestesia, una disestesia es siempre desagradable.

Hiperalgesia

Aumento en la percepción del dolor frente un estímulo doloroso. En situaciones en que el estímulo se encuentra por debajo del umbral doloroso es preferible utilizar el término alodinia. Se cree que su causa es la alteración del sistema nociceptor con sensibilización ya sea central o periférica o ambas.

Hiperestesia

Presencia de una respuesta aumentada frente a un estímulo leve (aumento de la sensibilidad a la estimulación), excluyendo los sentidos especiales.

Hiperpatía

Síndrome doloroso que se caracteriza por una reacción anormalmente intensa a un estímulo, especialmente si es repetitivo, y la presencia de un umbral aumentado. Puede cursar con hiperalgesia, hiperestesia, disestesia y alodinia.

Es posible presenciar una percepción tardía con sensación de irradiación y de persistencia tras la desaparición del estímulo (efecto residual).

Hipoalgesia

Disminución de la percepción del dolor frente a un estímulo doloroso.

Hipoestesia

Presencia de una respuesta disminuida frente a un estímulo leve, excluyendo los sentidos especiales.

Dolor postoperatorio

Es aquel que se presenta en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a la combinación de dichos factores.

Este dolor aparece al inicio de la intervención y finaliza con la curación de la patología quirúrgica que lo ha generado. Se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo.

Es básicamente de tipo nociceptivo, asociado con reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Si no se trata adecuadamente, puede volverse crónico.

Dolor psicógeno

Refiere a la situación clínica en la que el dolor constituye el dato semiológico más importante, en ocasiones el único, y en el que no se han observado lesiones orgánicas que justifiquen su presencia.

Para clasificar un paciente en el primer subtipo, los factores psicológicos deben haber participado de forma importante en el inicio, la intensidad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor.

Con ello se establece que en estos pacientes el componente psicológico es predominante y el físico prácticamente inexistente. Birgin, 2004, también lo ha denominado “dolor de etiología desconocida” debido a que en ocasiones acaba por aparecer un trastorno orgánico que justifica su existencia y que con ello se evita una consideración peyorativa que puede perjudicar a muchos pacientes. (p.445)

Los pacientes con dolor psicógeno suelen presentar características psicosociales y rasgos biográficos peculiares por ejemplo una vida difícil con inicio precoz del trabajo físico; así como la existencia de un estilo conductual especial (proclividad a la acción y alejamiento de la introspección) y a la asociación de manifestaciones depresivas.

Con frecuencia los pacientes con dolor psicógeno son considerados como simuladores, ya que tras ser sometidos a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la medicina tradicional es incapaz de ofrecer una definición adecuada o de proporcionar un alivio suficiente.

Nocicepción

El término procede de latín nocere, es decir dañar y refiere al proceso neuronal mediante el que se codifican y procesan los estímulos nocivos. La nocicepción no es sinónimo de dolor ya que refiere al proceso por el cual la activación de aferencias nociceptivas es transportada al sistema nervioso central independientemente de su percepción consciente.

Por tanto puede existir nocicepción sin dolor -como es el caso de los bloqueos regionales- y dolor sin nocicepción periférica –por ejemplo pacientes con dolor talámico o en un miembro fantasma.

Parestesia

Percepción de una sensación anormal que puede ser espontánea como inducida. A diferencia de la disestesia, la parestesia refiere a una sensación anormal que no sea desagradable.

Sedación

Estado de disminución de la conciencia, manteniendo o no los reflejos protectores, la percepción al dolor, la capacidad de mantener la vía aérea permeable y la ventilación espontánea.

Umbral del dolor

Experiencia mínima de dolor que puede reconocer un individuo.

7.2.11 Barreras que presentan los pacientes o sus familiares

Estas barreras están originadas por una serie de temores infundados.

- Temor del paciente a hablar de dolor.

Hay pacientes que relacionan el dolor con un empeoramiento de la enfermedad. Muchas veces el dolor surge como consecuencia de los tratamientos que se están aplicando para combatir el cáncer.

- Miedo a la adicción.

Es posible encontrar pacientes o familiares que sienten temor a comenzar un tratamiento con opioides (por ejemplo morfina). Sin embargo, es prácticamente imposible que un paciente que controla el dolor con opioides se vuelva adicto.

Hay pacientes y familiares que creen erróneamente que si toman medicamentos analgésicos con frecuencia dejarán de hacerle efecto. Solo en algunos pacientes puede disminuir un poco su eficacia. Si se presenta, usualmente basta con pequeños aumentos en la dosis o con un cambio en el tipo de analgésico utilizado para conseguir de nuevo el efecto deseado.

- Miedo a los efectos adversos de los analgésicos.

Los analgésicos al igual que la mayoría de los medicamentos, pueden ocasionar efectos adversos no deseados pero, prácticamente en su totalidad, se pueden prevenir o evitar. (Hernández, 2009, p.334)

7.2.12 Tratamiento del dolor

El tratamiento del dolor es multidisciplinario y el objetivo fundamental del tratamiento del dolor sería mejorar la calidad de vida, sin descuidar el hecho de disminuir el sufrimiento del paciente y su entorno.

Por lo tanto el medicamento ideal sería aquel que actúe en todos y cada uno de los tipos de dolor, que no tenga efectos secundarios importantes, que se pueda administrar por diferentes vías y que su costo sea accesible a la mayoría de pacientes.

7.2.12.1 Tratamientos etiológicos

Son los que actúan directamente sobre el cáncer o sus metástasis con la finalidad de eliminarlos o de disminuir su tamaño. Los principales son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y las nuevas dianas moleculares.

7.2.12.2 Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados para aliviar el dolor reciben el nombre de analgésicos. Se diferencian dos grupos de medicamentos: los no opioides y los opioides. También existe un grupo de medicamentos no analgésicos que refuerzan o complementan la

acción de los dos grupos anteriores, son los analgésicos adyuvantes o complementarios.

7.2.12.2.1 Analgésicos no opioides

Este grupo está formado por los antiinflamatorios no esteroides (AINES), los más habituales son la aspirina, paracetamol, ibuprofeno y metamizol.

Cada uno de estos medicamentos tiene una dosis máxima recomendada al día que no se puede sobrepasar porque no mejora su efecto analgésico y, por el contrario, produce más efectos secundarios no deseados. Los analgésicos no opioides son efectivos para el dolor de intensidad leve y moderada.

Efectos no deseados de los antiinflamatorios (AINES).

- Problemas gástricos, son los efectos secundarios más frecuentes. En personas especialmente sensibles o predispuestas, aun a las dosis recomendadas, pueden aparecer problemas de estómago (dolor, gastritis, úlcera gastroduodenal, e incluso hemorragia digestiva). A estos pacientes se les medicará protectores gástricos.
- Problemas de coagulación de la sangre, algunos AINES pueden alterar la coagulación, por lo que deben administrarse con precaución en pacientes con tratamientos anticoagulantes. (Manejo del dolor oncológico ,2005)

7.2.12.2.2 Analgésicos opioides

- Se distinguen dos categorías: los llamados opioides menores, como el tramadol o la codeína, y los opioides mayores entre los que se encuentran la morfina, oxicodona, hidromorfina, fentanilo y buprenorfina. (Mantilla, 2009, p. 66.)

Los opioides menores se utilizan solos o combinados con un analgésico no opioide para tratar el dolor leve- moderado. Los dolores moderados e intensos se tratan con

opioides mayores. Ambos tipos de opioides se pueden combinar con los analgésicos adyuvantes.

A diferencia de los analgésicos no opioides y opioides menores, la mayoría de los opioides mayores no tiene límite de dosis.

Efectos no deseados de los opioides.

- Náusea o vómito: Es un efecto secundario que puede ocurrir en los primeros días de medicación y suele desaparecer sin ningún tratamiento a los 3-4 días, sin embargo es posible prevenirlos mediante fármacos específicos llamados antieméticos.
- Somnolencia: Es posible que durante los primeros días el paciente presente somnolencia, la cual suele desaparecer en unos días a medida que el cuerpo se acostumbra al medicamento.

Cuando la somnolencia persiste pasados unos días o es muy importante, es posible que la dosis sea excesiva para el paciente y el médico debe ajustarla.

- Estreñimiento: Es habitual en la mayoría de las personas que toman opioides. No se debe dejar pasar más de 2-3 días sin defecar. Lo ideal en estos casos es administrar un laxante y recomendar comer alimentos ricos en fibra como ensaladas, frutas y verduras.
- Confusión.- En raras ocasiones, y sobre todo en ancianos, los opioides pueden provocar confusión o desorientación (el paciente no sabe dónde está o qué día de la semana es). Para lo cual es preciso comunicar al médico para cambiar el medicamento o bajar la dosis. (Manejo del dolor oncológico, 2005)

7.2.12.2.3 Analgésicos adyuvantes o complementarios

Son los medicamentos que se utilizan para ayudar a los analgésicos opioides y no opioides en su acción. Entre ellos se encuentran:

- Los antidepresivos ayudan a aliviar el dolor neuropático aunque el paciente no esté deprimido.
- Los anticonvulsivantes habitualmente se usan para tratar las convulsiones que se producen en la epilepsia y se ha comprobado que son también útiles en dolores neuropáticos.
- Los corticoides o esteroides se utilizan en aquellos tipos de dolor donde exista componente inflamatorio.
- Los anestésicos locales aplicados en el lugar del dolor pueden ayudar a conseguir un alivio rápido. (Mantilla, 2009, p.78.)

7.2.12.3 Vías de administración de medicamentos

Para la administración de estos medicamentos se debe conocer dosis, vía de administración, frecuencia (horario) y lo que se debe hacer si el dolor no cede.

La dosis varía de un paciente al otro dependiendo de la patología, peso y estado de salud. La vía de administración puede ser oral, transdérmica (parches), subcutánea, intravenosa, intramuscular y rectal.

La vía elegida dependerá de la causas, de las características del dolor, en ocasiones se puede emplear varias vías simultáneas (Guidelines for a Palliative, 2006, p.707)

7.2.12.4 Boca seca

Es uno de los principales indicadores de calidad en cuidados paliativos por su importancia en el confort de los pacientes.

Síntoma causado por el mismo tumor o afectación de las glándulas salivares; o por causas indirectas como hipercalcemia, ansiedad y depresión, disnea, deshidratación e

infecciones, radioterapia sobre la cavidad oral diferentes fármacos como anti colinérgicos, opioides, diuréticos, anticonvulsivantes y la misma oxigenoterapia.

Por ello es recomendable:

- a. Hidratación adecuada mediante la ingesta frecuente de líquidos en pequeñas cantidades.
- b. Cepillado con dentífrico después de cada comida y limpieza de prótesis.
- c. Dieta rica en frutas y vegetales crudos.
- d. En caso de placas bacterianas, costras, suciedad. Son útiles algunas soluciones desbridantes: $\frac{3}{4}$ partes de agua + $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada + 1-2 cucharadas soperas de bicarbonato sódico y soluciones antisépticas de hexetidina o clorhexidina.
- e. Si hay candidiasis: Nistatina 2.5-5 ml en suspensión realizando enjuagues 2-4 veces al día hasta 2 ó 3 días después de curación clínica.
- f. Se pueden utilizar soluciones analgésicas como lidocaína viscosa al 2 % especialmente antes de las comidas y sucralfato en suspensión aunque a veces son necesarios analgésicos sistémicos y corticoides. (Lino, 2010, p.99)

7.2.12.5 Candidiasis Orofaringea

Son factores de riesgo que se presentan por haber recibido los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, tratamiento antibiótico, uso de corticoides y sequedad de boca.

7.2.12.6 Anorexia y caquexia

La caquexia es un estado de desnutrición severa que se caracteriza por la pérdida de peso, lipólisis, pérdida de proteínas musculares y viscerales, anorexia, náuseas crónicas y debilidad.

Aparece en el 80 % de los pacientes con cáncer, siendo muy frecuente en la mayoría de los tumores sólidos con la excepción del cáncer de mama. Las alteraciones

metabólicas, la malabsorción y la disminución de la ingesta calórica son las causas fundamentales, siendo la pérdida de peso un factor de mal pronóstico independiente en relación con la supervivencia.

Los niveles de albúmina, así como la medición de los pliegues tricipital y subescapular o la circunferencia del brazo pueden ser útiles para la valoración del estado nutricional del paciente y su seguimiento.

La anorexia o adelgazamiento es el segundo síntoma más frecuente en pacientes con cáncer.

7.2.12.7 Nauseas – vómitos

Se presentan en un 60% de los casos terminales y son más frecuentes en el cáncer de mama, estómago y tumores ginecológicos y en pacientes que reciben medicamentos opioides.

Aunque en muchos casos su origen es multifactorial, es importante intentar establecer la causa desencadenante para realizar un tratamiento efectivo. Si su control no es posible con antieméticos orales podemos utilizar las vías rectal, subcutánea o intravenosa.

- a.** Secundario amórficos: El 30 % de los pacientes en tratamiento con morfina presentan nauseas durante la primera semana de tratamiento, por lo que se aconseja realizar profilaxis con Metoclopramida en una dosis única nocturna o repartida en varias veces al día vía oral o im.
- b.** Secundario a fallo renal: El haloperidol suele ser efectivo.
- c.** Secundario a gastroparesia funcional: Metoclopramida o domperidona 10 mg cada 6h vía oral o 60 mg cada 8 -12 horas vía rectal.
- d.** Secundario a obstrucción gastroduodenal no operable: La Metoclopramida puede ser útil si la obstrucción es parcial. Corticoides como la dexametasona 8-20 mg al

día vía oral, im o iv disminuyen la inflamación o el edema y tienen efecto antiemético.

- e. El Octreótido por vía oral, rectal, subcutánea o intravenosa reducen las secreciones gastrointestinales disminuyendo el volumen del vómito. Si está indicado puede ser necesaria la colocación de una sonda nasogástrica siempre y cuando suponga un alivio para el paciente.
- f. Secundario al aumento de la presión intracraneal: Dexametasona, hidroxicina 25 mg / 4h vía oral que es un antihistamínico con acción antiemética teniendo en cuenta su gran efecto sedante. (Pasternak, 2010, p.1026)

7.2.12.8 Disfagia

Es muy importante poder diferenciar la disfagia (dificultad para poder tragar) de la odinofagia o deglución dolorosa producida por posible esofagitis por reflujo.

7.2.12.9 Estreñimiento

Síntoma muy frecuente, se presenta especialmente en pacientes que reciben opioides, o deberse al tumor mismo, puede causar dolor abdominal tipo cólico, obstrucción intestinal, impactación fecal con incontinencia urinaria, diarrea por rebosamiento e incontinencia, aumento de la anorexia y náusea crónica.

Las causas más frecuentes son la inmovilidad, la dieta pobre en fibra y en líquidos y la utilización de drogas como los analgésicos opioides.

También habrá que descartar otras causas como la hipercalcemia, la obstrucción intestinal por compresión extrínseca o intrínseca de la masa tumoral o la compresión medular que puede debutar con pérdida de la sensibilidad rectal y alteración del control del esfínter anal con pérdida del reflejo anocólico cuando la lesión es a nivel de la cola de caballo.

Las hemorroides o las fisuras anales son alteraciones que contribuyen a empeorar el estreñimiento.

7.2.12.10 Depresión y ansiedad

Es difícil distinguir cuando estos síntomas son parte del proceso de adaptación a la enfermedad y cuando se convierten en estados patológicos que precisan de un tratamiento psiquiátrico específico.

Se pueden presentar manifestaciones somáticas como la dificultad para el control del dolor o la aparición de náuseas y vómitos o manifestaciones psicológicas como la pérdida de interés, dificultad para la concentración, sentimiento de culpabilidad o desesperanza, ideas suicidas.

Muchas de estas situaciones se podrían evitar con un seguimiento cercano, prestando el apoyo necesario al paciente y a los familiares y facilitando la información adecuada en cada momento.

Técnicas de relajación, masajes, darle oportunidad para expresar sus temores y favorecer un ambiente tranquilo y confortable pueden ser medidas muy útiles.

7.2.12.11 Manejo de ostomías

El paciente paliativo puede tener alguna ostomía como traqueotomía, gastrostomía de alimentación, yeyunostomía, colostomía o fístulas recto vaginales por lo que es necesario que se explique su necesidad y manejo tanto al paciente como al familiar, así como es indispensable conocer sobre manejo de los diferentes drenajes y sondas.

7.2.12.12 Cuidados de la piel

El mal estado general, la deshidratación, la desnutrición, la inmovilidad, secreciones y exudados, el prurito. Todo esto favorece en el paciente terminal la aparición de erosiones e infecciones en la piel.

Los cuidados de la piel en el paciente terminal son de suma importancia ya que por el adelgazamiento prolongado su piel esta propensa a la resequedad y sobre todo a adquirir las úlceras por decúbito.

Las úlceras por decúbito o escaras son muy comunes en pacientes encamados y se las define como áreas localizadas de necrosis tisular que se desarrolla cuando un tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un período prolongado de tiempo.

Esto compromete la circulación sanguínea de la zona con la siguiente isquemia y daño tisular provocando una solución de continuidad de la piel y necrosis subyacente, ambos factores favorecen la infección y con ello mayor daño local y riesgo de sepsis.

Para evitar estas complicaciones lo más importante es una higiene adecuada, adoptando las medidas necesarias para evitar una piel muy seca o muy húmeda, una buena hidratación y una dieta rica en proteínas y carbohidratos, suplementos de vitamina C, facilitar la circulación sanguínea mediante masajes o fricciones, evitar roces y arrugas en la ropa de la cama, favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales, pueden ser muy útiles los colchones antiescaras o el almohadillado de las zonas más vulnerables.

7.2.12.13 Ansiedad

La enfermedad provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar y que tampoco, a su parecer, dominan plenamente los médicos.

Con ella se derrumban muchos muros que con frecuencia se establecen en tiempos de salud y que parecían indestructibles.

Si es particularmente grave, el paciente se interioriza y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor y de la muerte, etc., a los que pretende buscar solución.

7.2.12.14 Depresión e insomnio

La depresión y el insomnio aumentan a medida que la enfermedad y el dolor avanzan, además se suma al miedo a perder el control mientras se duerme y morir.

Por lo que es muy importante controlarlos, ya que éstos disminuyen el umbral del dolor y favorece la irritabilidad, la sensación de pérdida de energía y la preocupación del paciente acerca de la situación.

7.2.12.15 Trastornos mentales orgánicos

Este concepto agrupa una serie de trastornos mentales que tienen una causa conocida o sospechosa, es decir una lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral.

El delirium y otros trastornos mentales orgánicos se observan en pacientes con cáncer y en fase terminal, pudiendo aparecer en la última semana de vida. Es importante detectar el delirium en sus fase iniciales, a fin de obtener mejor respuesta al tratamiento.

A diferencia de la demencia, estas alteraciones se presentan de forma aguda, en horas o días y tienden a fluctuar durante el día y empeorar en la noche. El delirium suele ser reversible y superponerse o evolucionar a una demencia.

7.2.12.16 Apoyo emocional al paciente y familiares

La respuesta emocional de los pacientes ante el diagnóstico de cáncer puede variar dependiendo de factores como la edad, personalidad, nivel cultural o tipo de cáncer.

Sin embargo hay sentimientos comunes a la mayoría de pacientes, entre ellos la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad a la que hay que sumar repercusiones de la enfermedad sobre la esfera laboral, económica, familiar y social del enfermo.

Ante todos estos acontecimientos y experiencias es muy habitual que los pacientes y sus familiares estén estresados, sufran ansiedad y estén desorientados.

La aparición del dolor viene a agravar la situación psicológica tanto al paciente como a sus familiares, por lo que resulta incuestionable la necesidad de prestar atención psicológica al paciente y familiares favoreciendo la comunicación con el paciente y sus familiares, deben estar dispuestos a escucharles y brindarles las explicaciones que soliciten y aclararles las dudas que les planteen.

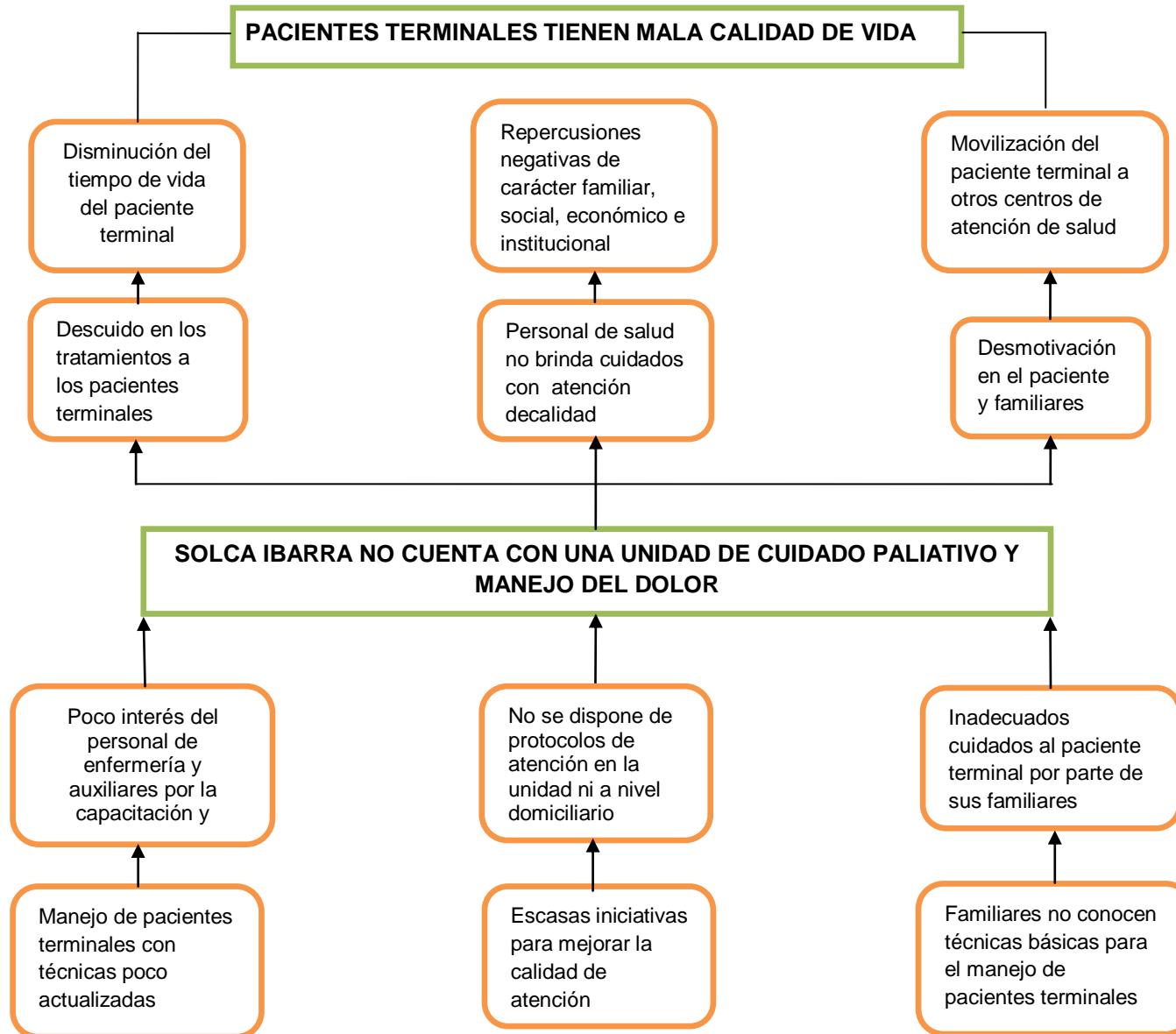
CAPÍTULO II

8. DISEÑO METODOLÓGICO

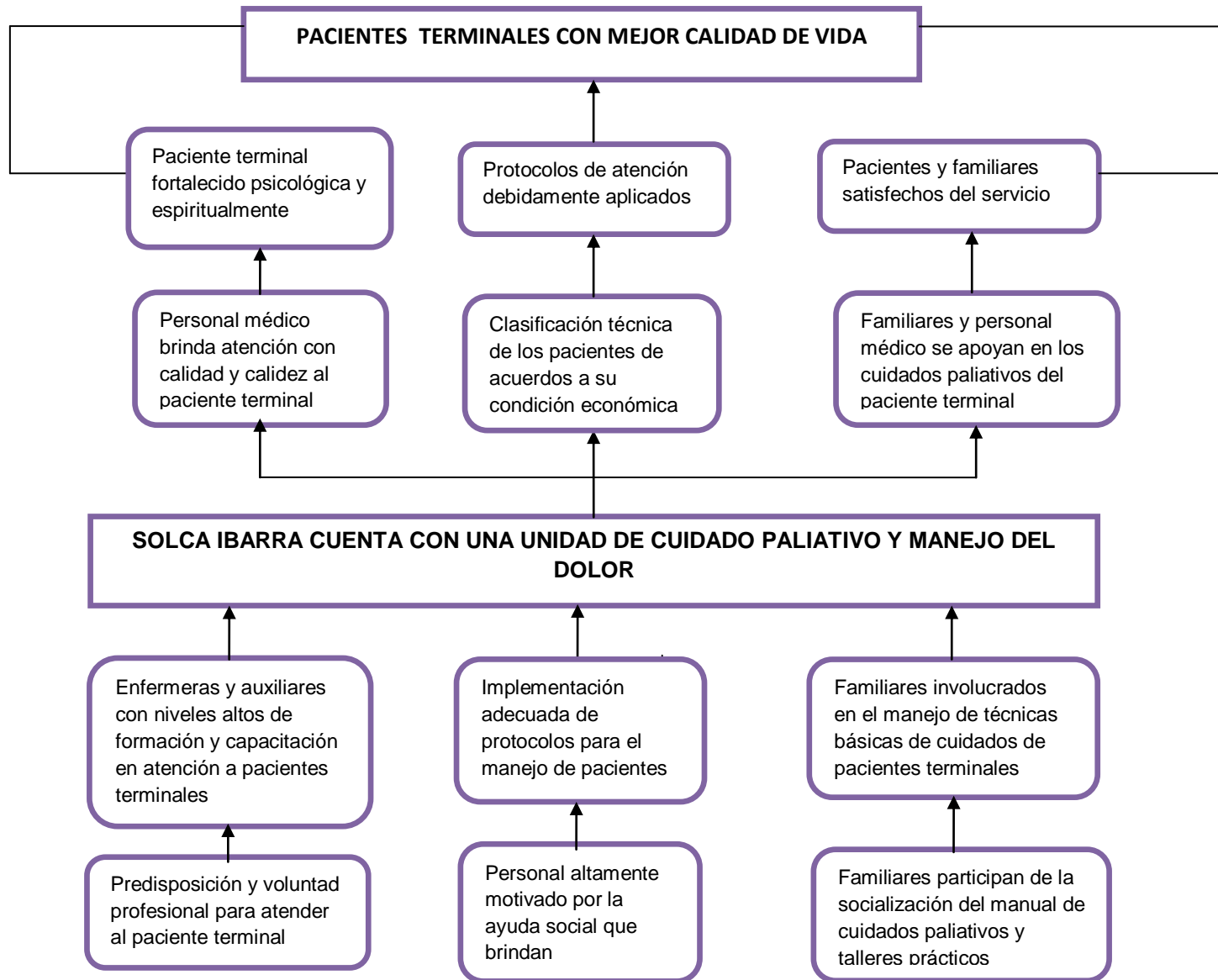
8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Unidad Oncológica Solca Ibarra	Mejorar la calidad de vida del paciente terminal	Administrativos: Consejo Directivo, Comité Ejecutivo, Presidencia, Dirección Ejecutiva, Dirección de Recursos Humanos Legal: Reglamento Interno de Trabajo SOLCA. Ley Orgánica de Salud. Art. 3, Art. 7	Falta de presupuesto para construir nuestro propio hospital y brindar una atención continua y oportuna a los pacientes terminales.
Personal Médico de la Unidad	Mantener controlado el dolor en el paciente terminal	Humano: Especialistas Legal: Juramento hipocrático	Médicos no cuentan con equipo auxiliar altamente capacitado para realizar procedimientos invasivos
Personal de Enfermería de la Unidad.	Brindar atención eficaz y oportuna.	Humano: Enfermeras y auxiliares	Falta de conocimiento de ciertos procedimientos en el manejo del paciente terminal.
Clínicas de convenio como el Instituto Medico de Especialidades y Moderna	Contribuir al manejo integral del paciente terminal en el momento de requerir hospitalización	Humanos: Directivos Materiales: Convenios	Falta de recursos financieros. Falta de conocimientos del manejo de terapia del dolor en pacientes terminales.
Pacientes referidos por el MSP, IEES	Tener un lugar de referencia para poder brindar la atención necesaria al paciente	Humano: Pacientes son atendidos con oportunidad y calidez.	Desconocimiento por parte del personal que labora en dichas Instituciones del servicio que brinda Solca.
Pacientes y familiares	Tanto el paciente como el familiar sabrán que hacer en caso de emergencia.	Humano: Familiares capacitados en manejo del paciente en casa.	Temor y desconocimiento de familiares sobre manejo del paciente terminal.

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Objetivo: Implementación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor en Pacientes Terminales de la Unidad Oncológica Solca Ibarra.

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Pacientes terminales con mejor calidad de vida	El 60% de pacientes terminales que fallecen en sus domicilios mueren dignamente con cuidados básicos de sus familiares	Registro de control de visitas basado en las historias clínicas y en los protocolos de cuidados en el domicilio.	Paciente satisfecho y familiares participando de manera directa y eficaz.
PROPÓSITO SOLCA Ibarra cuenta con una unidad de cuidado paliativo y manejo del dolor	El 95% de pacientes terminales reciben atención adecuada y oportuna en la unidad	Documentación oficial que certifica y autoriza la implementación de la unidad en el mediano plazo.	Personal de Solca capacitado y basado en el modelo de atención integral

COMPONENTES O RESULTADOS			
1. Enfermeras y auxiliares capacitadas	El 100% de enfermeras y auxiliares capacitadas en procesos de atención a pacientes paliativos hasta octubre de 2012.	Nómina de participantes capacitadas de la institución. Memorias del taller, fotografías, videos.	Personal de enfermería y auxiliares capacitado atendiendo con profesionalismo y responsabilidad.
2. Protocolos de atención elaborados y aplicados	El 100% de protocolos de atención elaborados y aplicados hasta noviembre de 2012	Protocolos revisados y con autorización para su implementación.	Actitud proactiva y propositiva de Directivos institucionales.
3. Instructivo de cuidados básicos a pacientes terminales diseñado y aplicado	El 100% de familiares de pacientes terminales aplican el instructivo de cuidados básicos hasta diciembre de 2012	Visto bueno de especialistas para socializar y distribuir el instructivo	Familiares mejoran la calidad de vida del paciente terminal

1. Ejecución de talleres de capacitación teóricos y prácticos para enfermeras y auxiliares sobre cuidados a pacientes terminales.			
1.1 Elaborar la planificación del taller tomando en cuenta los resultados de las encuestas aplicadas al personal de enfermeras y auxiliares.	Lic. Narciza Ponce	17 – Octubre- 2012	Planificación
1.2 Realizar la convocatoria al personal de enfermeras y auxiliares detallando los objetivos del taller.	Lic. Narciza Ponce	22– Octubre- 2012	Convocatoria
1.3 Desarrollar el taller teórico – práctico complementando con actividades evaluativas de verificación de los aprendizajes.	Profesionales Facilitadores Lic. Narciza Ponce	24 – 25 y 26 – Octubre- 2012	Planificación Computador Proyector Tiza líquida
1.4 Plenaria. Retroalimentación mediante preguntas y respuestas de los temas abordados.	Profesionales Facilitadores Lic. Narciza Ponce	26 – Octubre- 2012	Planificación Computador Proyector Tiza líquida
1.5 Pasantías de acuerdo al cronograma establecido y presentación de informes	Tutor de pasantía Lic. Narciza Ponce	Noviembre - 2012	Insumos médicos Protocolo

2 Elaboración y aplicación de protocolos de atención en la unidad y el domicilio del paciente terminal.			
2.1 Revisar información bibliográfica sobre estructura de protocolos de atención a pacientes terminales.	Lic. Narciza Ponce	1ra. Semana Noviembre	Textos de especialidad Internet
2.2 Diseñar modelos de protocolos de atención con el apoyo de expertos	Especialistas de la institución Lic. Narciza Ponce	2da. Semana Noviembre	Protocolos
2.3 Aplicación de protocolos de atención en cuidados del paciente terminal en la unidad y el domicilio.	Equipo médico	2da. Semana Noviembre	Protocolos
3 Elaboración de un instructivo de cuidados básicos a pacientes terminales por el familiar.			
3.1 Revisión de bibliografía básica sobre elaboración de instructivos	Lic. Narciza Ponce	3ra. Semana Octubre	Textos de especialidad
3.2 Diseño del modelo de instructivo de cuidados a pacientes terminales	Lic. Narciza Ponce	4ta. Semana Octubre	Borrador del instructivo

3.3 Validación del instructivo por parte de expertos profesionales de la institución	Expertos de la institución Lic. Narciza Ponce	2da. Semana Noviembre	Instructivo terminado
3.4 Convocatoria a familiares de pacientes terminales para la difusión del manejo del instructivo	Director médico Lic. Narciza Ponce	2da. Semana Noviembre	Invitaciones
3.5 Exposición del buen uso del instructivo por parte del miembro familiar en el cuidado del paciente terminal	Lic. Narciza Ponce	2da. Semana Noviembre	Instructivos

CAPÍTULO III

RESULTADOS

RESULTADO N° 1

1.1 Personal de enfermería y auxiliares capacitados en el cuidado y manejo del paciente oncológico terminal.

El proyecto de implementación de la unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor se complementa a más de la infraestructura y equipamiento material con un valor agregado más o igual de importante que los otros y que tiene que ver con la capacitación y actualización de conocimientos al personal de enfermeras y auxiliares que laboran en la institución y que deben asumir un reto clave en el proceso.

1.2 Introducción

La capacitación o desarrollo del personal es una actividad realizada en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra, la misma que se la programó respondiendo a diversas necesidades de los pacientes y sus familiares buscando mejorar la calidad de vida del paciente y obtener conocimientos, habilidades y conductas del personal permitiendo que tanto Enfermeras como Auxiliares de Enfermería puedan actuar en forma adecuada y oportuna frente al paciente terminal y su entorno familiar. El propósito es que los aprendizajes significativos sean puestos en práctica frente a cualquier situación que se presente y puedan tomar decisiones acertadas que beneficien a los pacientes terminales.

1.3Objetivo

Capacitar al personal de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de SOLCA Ibarra sobre el cuidado del paciente terminal y la vinculación del familiar en el proceso.

1.4 Capacitación para el personal de Enfermeras y Auxiliares de SOLCA Ibarra.

FECHA	TEMÁTICA	RESPONSABLE	HORA
24-10-2012	- Generalidades de los cuidados paliativos	Dr. Carlos Lema	12h00 a 13h00
	- Tipos de dolor	Dr. Carlos Lema	13h00 a 13h30
	- Valoración y manejo del dolor	Dr. Carlos Lema	13h30 a 14h00
	ALMUERZO	SOLCA	
	- Uso de opioides para el control del dolor	Dr. Ferdinand Loza	14h30 a 15h00
25-10-2012	- Cuidados del paciente terminal	Dr. Carlos Lema	12h00 a 13h00
	- Manejo del portal subcutáneo	Lic. Janeth Goveo	13h00 a 13h30
	- Cuidado y manejo de colostomías	Lic. Janeth Goveo	13h30 a 14h00
	ALMUERZO	SOLCA	
	- Cuidados de enfermería en el paciente terminal	Lic. Narciza Ponce	14h30 a 15h00
26-10-2012	- Prácticas de colocación de portales subcutáneos y manejo de colostomías.	Lic. Janeth Goveo	12h00 a 13h00
	- Entrega de instructivos a las participantes y análisis del contenido del instrumento.	Lic. Janeth Goveo	13h00 a 13h30
	- Socialización del protocolo de atención a pacientes terminales.	Lic. Narciza Ponce	13h30 a 14h00
	- Plenaria.	Dr. Carlos Lema Dr. Ferdinand Loza Lic. Janeth Goveo Lic. Narciza Ponce	14h30 a 15h00

Nómina del personal de enfermeras y auxiliares capacitadas

Nombre	Residencia	Función
Lic. Nancy Janeth Goveo Andrango	Ibarra	Enfermera
Lic. Johanna Gabriela Males Rueda	Ibarra	Enfermera
Lic. Narciza Victoria Ponce Rosero	Ibarra	Enfermera
Lic. Mayra Graciela Villarruel Castillo	San Antonio de Ibarra	Enfermera
Gabriela Madeleine Bastidas Escobar	Auxiliar de enfermería	Ibarra
Ana Cristina Maigua Sosa	Auxiliar de enfermería	Otavalo
Carla Jacqueline Serrano López	Auxiliar de enfermería	Atuntaqui
Aracely de las Mercedes Ramírez López	Auxiliar de enfermería	Atuntaqui
Lina Maribel Urgilés Piña	Auxiliar de enfermería	Atuntaqui

Tabla 6

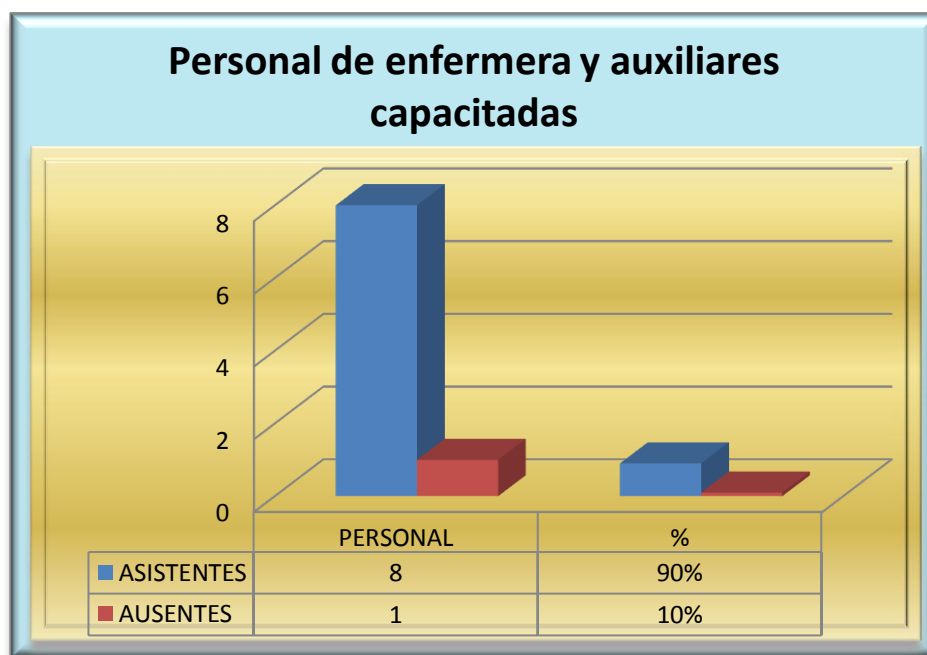
**TALLER DE CAPACITACIÓN A ENFERMERAS Y AUXILIARES
"MANEJO Y CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO"**

CAPACITACIÓN	PERSONAL	%
ASISTENTES	8	90%
AUSENTES	1	10%
TOTAL	9	100%

FUENTE: SOLCA Ibarra

REALIZADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico 5



FUENTE: SOLCA Ibarra

REALIZADO POR: Lic. Narciza Ponce

1.5 Cronograma de pasantías del personal de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de SOLCA Ibarra.

Se complementa el taller de capacitación del personal de Enfermería y Auxiliares con la práctica tanto en la institución como acudiendo a las visitas domiciliarias.

Se estructura un cronograma para cuatro semanas de pasantía. En cada semana cumple la tarea asignada una Enfermera y una Auxiliar encargadas del manejo y cuidado del paciente terminal. El cronograma es el siguiente:

FECHA	RESPONSABLES
Del 5 al 9 de Noviembre de 2012	Lic. Narciza Ponce y Srta. Maribel Urgilés
Del 12 al 16 de Noviembre de 2012	Lic. Mayra Villarruel y Sra. Aracely Ramírez
Del 19 al 23 de Noviembre de 2012	Lic. Janeth Goveo y Sra. Andrea Pérez
Del 26 al 30 de Noviembre de 2012	Lic. Johanna Males y Sra. Karla Serrano

Cada grupo atendió al paciente en todos los procedimientos como:

- Colocación del portal subcutáneo siguiendo las normas.
- Administración de medicamentos por portal subcutáneo.
- Educación y práctica al familiar para la administración de medicación por portal subcutáneo.
- En caso de tener drenajes, sondas o colostomía se debe dar las indicaciones necesarias para su manejo.
- Educar al familiar sobre cómo evitar escaras y las medidas de confort.
- Si el paciente ya no puede movilizarse y amerita una visita domiciliaria, la Enfermera se encargó de coordinar la visita con el Médico, dependiendo del número de pacientes que estén registrados en el parte diario.
- La Enfermera y Auxiliar se encargaron de alistar el maletín con los medicamentos, insumos y equipos necesarios para acudir a la visita.
- A dicha visita acudió el Médico, Enfermera y Auxiliar.
- El Médico valoró al paciente e indicó a la Enfermera lo que se le va a administrar o los procedimientos que amerite.

Al finalizar el cronograma se evaluó lo aprendido, las experiencias adquiridas, y sugerencias de la práctica de la pasantía.

1.6 Análisis del resultado N° 1

Para el cumplimiento de las actividades se ejecutaron acciones de orden legal para que las Autoridades Institucionales, den el visto bueno a la propuesta. Con esta disposición, se procedió a elaborar la respectiva planificación que luego de ser implementada y ejecutada, permitió verificar resultados de los conocimientos teóricos y prácticos que cada una de las participantes demostraron en los procesos de pasantía.

Los resultados del evento garantizan la apertura a nivel institucional para que se efectúen nuevos encuentros de actualización para el personal de todas las dependencias con la finalidad de plasmar en la práctica la visión y misión de SOLCA Ibarra.

En la capacitación el 90% del personal acudió al taller y el 100% cumplió con el cronograma de rotación de pasantías en la atención del paciente terminal tanto en la Unidad como en el domicilio, cumpliéndose con el objetivo propuesto, ya que tubo buenos resultados y todo el personal esta listo para atender a dichos pacientes.

El personal de Enfermeras y Auxiliares, valoran la oportunidad y demuestran vocación y compromiso ético frente a las realidades de cada paciente terminal, complementando su accionar con el apoyo firme y decidido de los miembros familiares del paciente. Como respuesta al desempeño hay el compromiso de evaluar su gestión trimestralmente en reuniones de trabajo compartido para delinear y mejorar aspectos que posiblemente no se cumplieron con eficiencia.

RESULTADO N° 2

2.1 Protocolos de atención a pacientes terminales en la unidad de manejo paliativo y en la visita domiciliaria diseñados y aplicados.

Los cuidados paliativos se definen como aquellas atenciones que se brindan a un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada con el objetivo de mejorar la calidad de vida y conseguir que el enfermo esté sin dolor.

Esto no solo implica el cuidado del paciente y sus necesidades, sino que debemos mantener un ambiente de comprensión, capacidad para escuchar y brindar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia.

Es importante la educación al paciente y su familia a través de una explicación directa, clara y detallada sobre manejo de portales subcutáneos, cuidados de la piel, mucosas, manejo de colostomías, drenajes o sondas.

El período al final de la vida es diferente para cada persona. Las señales y síntomas que las personas presentan varían a medida que su enfermedad continúa y cada persona tiene necesidades únicas de información y de apoyo. Los familiares del paciente deberán conversar unos con otros y también con el equipo de atención médica sobre las preguntas e inquietudes que tengan con respecto a la etapa final de la vida, a medida que se presentan.

2.2 Objetivos de los Cuidados Paliativos

- Controlar el dolor, ya que los síntomas son el principal objetivo en una estrategia terapéutica.
- Brindar al paciente una atención personalizada e integral que abarque todas las esferas afectadas por la enfermedad como aspectos psicoemocionales, comunicación, información y asistencia espiritual.
- Colaborar con la familia y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar.
- Mejorar la calidad de vida, en cuanto a la paz, la comodidad y la dignidad.

2.3 Atención del paciente terminal en la Unidad Oncológica Solca Ibarra

Cuando el paciente acude a la Unidad para recibir atención por presentar alguna molestia debe seguir los siguientes pasos:

- El paciente siempre debe acudir con algún familiar.
- Se le proveerá de una silla de ruedas o camilla inmediatamente al ingreso.
- El paciente terminal no debe tomar ningún turno en las diferentes dependencias, por lo que se prioriza la atención.
- El familiar comprará el ticket de consulta en caja, si es paciente de bono del desarrollo humano acudirá a Trabajo Social para obtener una autorización y si es del IESS acudirá a estadística para obtener la carpeta de atención.
- Acudirá a la consulta del Dr. Carlos Lema Oncólogo Clínico y especialista en Terapia del Dolor.
- Al ingresar la señorita Auxiliar de Enfermería se encargará de controlar sus signos vitales como: presión arterial, pulso, respiración, saturación de oxígeno y temperatura.
- Inmediatamente el Médico revisa su historia clínica, identificando el tipo de cáncer, la última consulta recibida y cuáles son los medicamentos prescritos.
- Preguntará al paciente o al familiar cuál es el motivo de la consulta.
- Enseguida y ya con los datos de los signos vitales valora al paciente, encontrando la causa de su molestia.
- Realiza los respectivos pedidos de exámenes si fuera necesario y entregará a los familiares la receta y las indicaciones necesarias para su administración.
- Se anotará en el carnet la fecha del próximo control o se indicará que puede coordinar una visita domiciliaria.
- En la Unidad de Cuidados Paliativos la enfermera revisará las indicaciones médicas y procederá a la administración de los medicamentos.
- El rol fundamental de la enfermera es educar al paciente y la familia para su manejo en casa, por lo que se indicará como administrar la medicación y se entregará un instructivo de atención al paciente.
- La farmacia de la Unidad está provista tanto de los insumos, como de los medicamentos necesarios para el manejo y control del dolor del paciente entre los insumos y medicamentos más usados tenemos a los siguientes:

- Vasocan 22
- Bionector
- Apósitos transparentes.
- Jeringuillas de todas las cantidades.
- Fundas y bases de colostomías 57 y 70
- Sondas Foley y fundas recolectoras de orina
- Parches de morfina transtec.
- Cápsulas de morfina como el Meslon
- Ampollas de morfina de 10 y 20 mg.
- Plasil en ampollas y cápsulas
- Triptanol en tabletas.
- Agarol en suspensión.
- Tramal en gotas y ampollas

2.4 Atención del paciente terminal en su domicilio

El cuidado paliativo puede ser ejecutado en el nivel domiciliario, lo que algunas familias prefieren, debido a la mayor proximidad con el ente querido, siendo el paciente quien elige a la persona que se encargue de su cuidado.

Para que una visita domiciliaria se realice se debe seguir los siguientes pasos:

- El familiar del paciente deberá acudir a Solca o comunicarse con el servicio de información para coordinar la visita.
- La jefa de enfermeras coordinará con el Dr. Lema la fecha y hora de la visita.
- El familiar cancelará la visita domiciliaria que el valor es igual a la consulta en Solca.
- El día anterior a la visita la Enfermera o Auxiliar de Enfermería preparará la maleta con los insumos, medicamentos, equipos, pedidos y recetas necesaria para brindar la atención al paciente.
- Acudirán a la visita domiciliaria el Médico, el personal de Enfermería acompañados del familiar del paciente.
- Al llegar se brindará un ambiente de confianza al paciente y la familia, realizando preguntas que no le molesten al paciente.

- Se controlará los signos vitales, el Médico valorará al paciente priorizando sus molestias, una vez identificada la causa prescribirá los medicamentos y las recomendaciones necesarias.
- La Enfermera educará al paciente y la familia para mejorar la calidad de vida y controlar el dolor.
- Se entregará el instructivo y se indicará al familiar que si tiene alguna duda se comunique a Solca Ibarra.
- Se indicará al familiar que tiene cita abierta y que puede coordinar otra visita en Solca.
- Es muy importante brindar todo el apoyo al familiar que está a cargo del paciente ya que tiende a dejar de lado sus propias necesidades fisiológicas y de salud, exponiéndose a estilos de vida poco saludables, ocasionando un agotamiento físico intenso

2.5 Aplicación del protocolo de atención

Siguiendo las recomendaciones internacionales de protocolos de atención, las enfermeras y auxiliares brindaron los cuidados a los pacientes paliativos, en unos casos en la misma unidad de cuidados de la institución y en otros en los domicilios de los pacientes.

En esencia el protocolo se lo realizó con la revisión previa de la historia clínica, luego se dejó listo todo el instrumental y la medicación recomendada para cada caso en particular. A continuación se mantuvo una charla con el paciente.

Este es un momento muy especial ya que se motiva al paciente paliativo con la finalidad de minimizar el impacto emocional y acepte colaborar en su tratamiento.

De la misma manera se involucra a la familia del paciente para que sea el soporte fundamental en los cuidados que requiere.

2.6 Análisis del resultado N°2

Una vez cumplida la etapa de diseño y socialización del protocolo de atención a pacientes terminales, el 100% el equipo médico especialista y personal de enfermeras y auxiliares, aplicaron de manera profesional dicho protocolo. Del seguimiento y

evaluación de la efectividad del mismo, se encargó el Director de la Institución con la finalidad de constatar las fortalezas y posibles debilidades que pudieran presentarse e implementar o sugerir correctivos.

El protocolo de atención fue aplicado en los pacientes terminales de nivel I y II a los cuales se les brindó cuidados directos contra el dolor para ser remitidos luego a su domicilio y continuar allá con los cuidados por parte de sus familiares que están previamente capacitados en el manejo del manual de cuidados básicos.

Al paciente se le instruyó o educó en el manejo de portales y la medicación que debe recibir en el domicilio además del cuidado a nivel de piel, mucosa oral, la dieta alimenticia y aspectos básicos de cuidados.

Este recurso de ayuda importante en los cuidados paliativos con la aplicación correcta de los protocolos, permitió que los pacientes terminales tengan un desenlace más acorde a su realidad y el impacto psicológico a sus familiares sea menor.

Gracias a la correcta aplicación de los protocolos y siguiendo los pasos establecidos se mejoró la atención a los pacientes de cuidado paliativo y sobre todo se disminuyó el tiempo de espera del paciente y sus familiares, ya que deben pasar por los diferentes servicios para recibir la atención y se optimizó dicha atención logrando que el paciente sea atendido con prontitud y eficiencia.

RESULTADO N° 3

3.1 Instructivo de recomendaciones básicas de atención a pacientes paliativos por parte de los familiares elaborado y entregado.

3.1.1 Diseño del instructivo

De las experiencias vividas en las atenciones a los pacientes en sus domicilios o en la misma unidad, se observan los rostros de sufrimiento de los familiares que se ven impotentes de no poder ayudar de manera eficiente a los cuidados de su familiar. Las

atenciones que reciben son más producto de la ansiedad que de un criterio elemental básico que se recomienda en este tipo de cuidados de pacientes paliativos.

Esta realidad motivó a pensar en la necesidad de diseñar un instructivo de características claras y sencillas en su manejo y aplicación. La intención es que los familiares de los pacientes terminales, sigan cada una de las recomendaciones constantes en el documento, de manera que el paciente aparte de tener los cuidados clínicos primordiales, reciba también el apoyo afectivo y el entorno familiar se convierta en una fortaleza anímica para enfrentar el dolor y el sufrimiento.

El instructivo consta de las siguientes partes:

- Portada
- Indicaciones generales
- Pasos para la colocación de parches de morfina
- Pasos para la administración de medicamentos por portal subcutáneo
- Cuidados de boca y mucosas
- Cuidados de piel
- Manejo y control de colostomías
- Referencias informativas para consultas.

3.2 Revisión y validación del instructivo por expertos

Un documento que tiene la finalidad de convertirse en un soporte clave para poder ayudar a los cuidados del paciente paliativo por parte de sus familiares, no debe ser producto de cuestiones emocionales o afectivas. Debe tener un criterio clínico que respalde su recomendación de uso.

Por ello se acudió a cuatro expertos en medicina oncológica para que revisen el documento y expongan su criterio de aceptación o sugerencia de modificaciones de ser el caso necesario. (Anexos)

3.3 Autorización para difusión

Con el instructivo revisado y validado por los expertos, se hizo la petición por escrito al Director Médico de la Unidad SOLCA Ibarra, para que de su visto bueno autorizando la socialización del instructivo de “Cuidados básicos para pacientes paliativos y control del dolor” por parte de la familia. La presente diligencia se la realizó en el mes de octubre de 2012. (Anexo)

Inmediatamente se estructuró la planificación de la reunión de socialización del instructivo a los familiares de pacientes paliativos por lo que se cursó la invitación individual para que asistan el día lunes 5 de noviembre al salón de reuniones de SOLCA Ibarra, a partir de las 15h00. (Anexo)

3.4 Socialización del instructivo a familiares invitados

En la fecha fijada para el evento de socialización, se tuvo la presencia de 25 representantes de los pacientes paliativos. Con ellos se hizo el análisis de cada una de las sugerencias básicas que deben poner en práctica los familiares cuando el paciente reciba los cuidados en su propio domicilio.

Con la técnica de lluvia de ideas y de preguntas y respuestas, se afianzó las bondades y limitaciones que pudiera tener el instructivo y se pidió también que en caso de existir alguna propuesta que viabilice o mejore la atención del paciente en casa, hagan llegar sus propuestas por escrito a la Unidad de cuidados paliativos de la Unidad SOLCA Ibarra.

Taller de capacitación: “Manejo y cuidados del paciente terminal” dirigido a familiares de pacientes terminales.

Datos informativos:

Provincia: Imbabura

Cantón: Ibarra

Institución auspiciadora: SOLCA Ibarra**Fecha:** 6 de noviembre 2012

Objetivo: Brindar asesoramiento sobre el manejo del instructivo de cuidados de pacientes terminales a miembros de la familia.

FECHA	TEMÁTICA	RESPONSABLE	HORA
06-11-2012	<ul style="list-style-type: none">- Entrega de instructivos a los familiares invitados.- Explicación del contenido del instructivo.- Simulaciones de aplicabilidad del instructivo.- Preguntas y respuestas.	Lic. Narciza Ponce	15h30 a 16h30

3.5 Análisis del resultado N°3

Con el diseño del instructivo, se cumplieron con los requerimientos básicos de participación de los familiares de los pacientes terminales quienes luego de intervenir en el taller de inducción del manejo del mismo, comprometieron su apoyo al complemento de los cuidados sugeridos por el equipo médico.

ANÁLISIS DE INDICADOR DEL PROPÓSITO

Debido a la creciente demanda de atención a pacientes terminales en el servicio de SOLCA Ibarra, se implementa la unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor, como la alternativa de mejorar en parte las dificultades que tienen los propios pacientes y sus familiares cuando requieren de este tipo de cuidados.

La unidad y su equipo médico y paramédico están brindando una atención que se refleja en la equidad de cuidados sin distinción ni discriminación por razones de orden socio económico, lo que es bien visto por la sociedad que mira con optimismo el contar con un departamento especializado cerca de su propio entorno.

Para la implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos se tomaron en cuenta los siguientes puntos.

Infraestructura física ya instalada

La Unidad Oncológica SOLCA Ibarra dispuso un espacio apropiado para la atención a pacientes terminales, el espacio físico consta de una sala con una camilla, un monitor multiparámetro, un tanque de oxígeno, bomba de infusión, un coche de curaciones, equipos de curación, insumos y medicamentos. (Ver foto en anexos)

Recursos Humanos

La Unidad de Cuidados Paliativos consta con un Médico Oncólogo Clínico, encargado del manejo de los pacientes terminales, cuatro enfermeras, cinco auxiliares de enfermería y una persona encargada de la limpieza de dicha área, todo el personal mencionado está presto a atender durante ocho horas diarias, cinco días a la semana.

Recursos Materiales

Al implementar este proyecto se utilizó materiales como enceres, insumos, medicamentos y equipos de tecnología para brindar una buena atención.

Servicios que brinda:

- Colocación de portales subcutáneos
- Curaciones
- Cambio de bases y fundas de colostomía
- Toracocentesis
- Paracentesis
- Administración de medicamentos
- Educación al paciente y la familia
- Visitas domiciliarias
- Transfusiones

Encuesta dirigida a Enfermeras y Auxiliares

Pregunta 1

Con qué frecuencia se actualiza en conocimientos relacionados en atención a pacientes terminales?

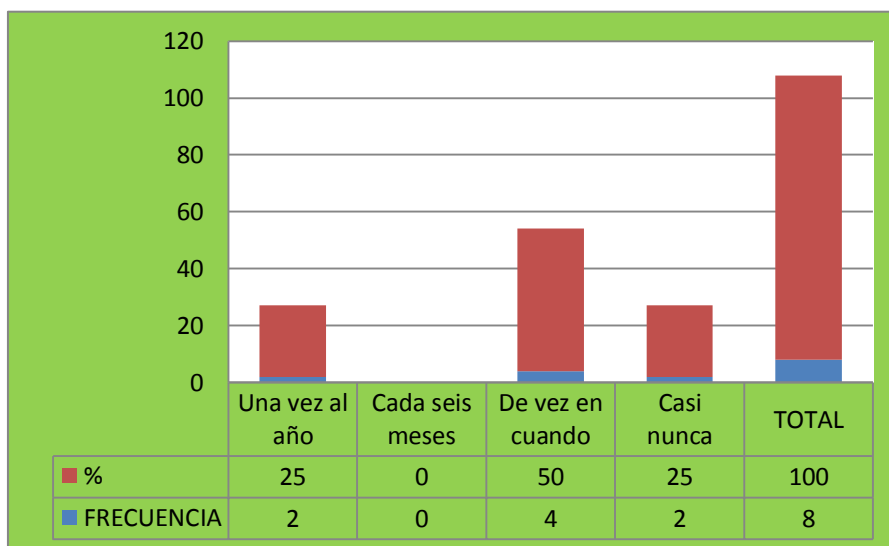
Tabla N° 7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Una vez al año	2	25
Cada seis meses	0	0
De vez en cuando	4	50
Casi nunca	2	25
TOTAL	8	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 6



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

El personal de enfermeras y auxiliares encuestadas en el 25% responde que se actualiza en sus conocimientos una vez al año, que lo hacen de vez en cuando corresponde al 50% y el restante 25% manifiesta que casi nunca se actualizan en conocimientos relacionados a atención de pacientes terminales.

Pregunta 2

Cree usted que la falta de capacitación sobre cuidados a pacientes terminales aumenta el tiempo de atención y disminuye el de cobertura?

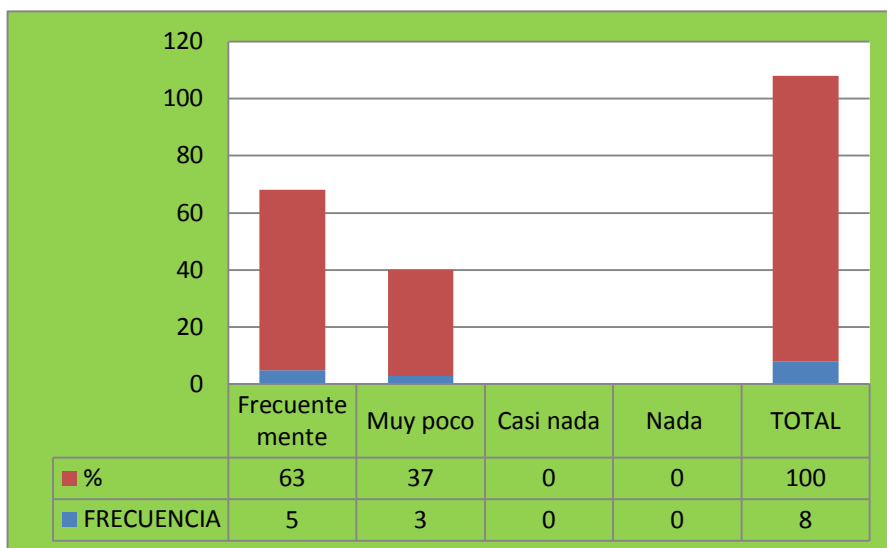
Tabla N° 8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Frecuentemente	5	63
Muy poco	3	37
Casi nada	0	0
Nada	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 7



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

A la pregunta formulada el 63% dice que ello ocurre frecuentemente, en tanto que poco cree un 37%.

Pregunta 3

De las siguientes opciones, cuál cree usted que es de inmediata ejecución para el mejoramiento de la atención?

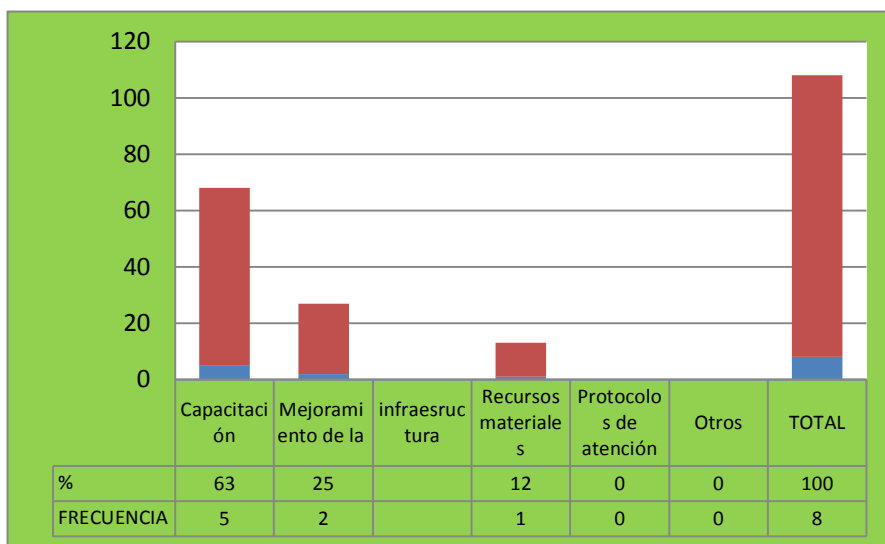
Tabla N° 9

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Capacitación	5	63
Mejoramiento de la infraestructura	2	25
Recursos materiales	1	12
Protocolos de atención	0	0
Otros	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 8



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

El personal encuestado en un 63% responde que lo que más urgentemente se requiere ejecutar es la capacitación del personal, el 25% opina que es la infraestructura de la institución y un 12% afirma que son los recursos materiales.

Pregunta 4

En la atención a pacientes terminales se utilizan protocolos que guíen los pasos a seguirse en los cuidados a cada paciente.?

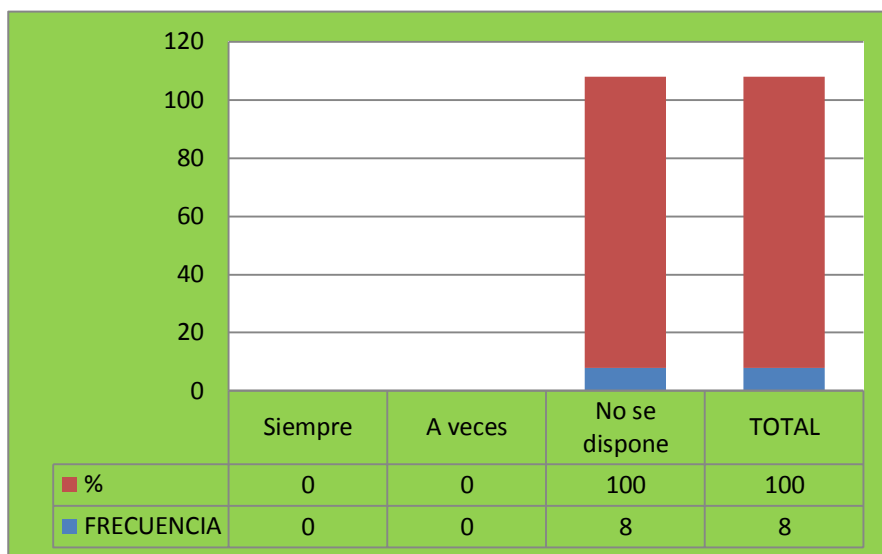
Tabla N° 10

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Siempre	0	0
A veces	0	0
No se dispone	8	100
TOTAL	8	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 9



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

La respuesta en su totalidad de las encuestadas coincide que no cuentan con protocolos de atención a pacientes terminales.

ANÁLISIS DE INDICADOR DEL FIN

El 95% de pacientes terminales acuden a la unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor con la confianza y seguridad que brindan en la atención su personal médico y paramédico.

El compromiso de la implementación de la unidad a más de ampliar la cobertura es la de propiciar un estado de ánimo favorable en los pacientes de manera que puedan aceptar con fortaleza espiritual su problema de salud y mejoren su calidad de vida en lo que resta de sus cuidados.

Encuesta dirigida a familiares de pacientes terminales

Pregunta 1

Tiene dificultades para atender a su familiar terminal en la administración de medicación por portal subcutáneo

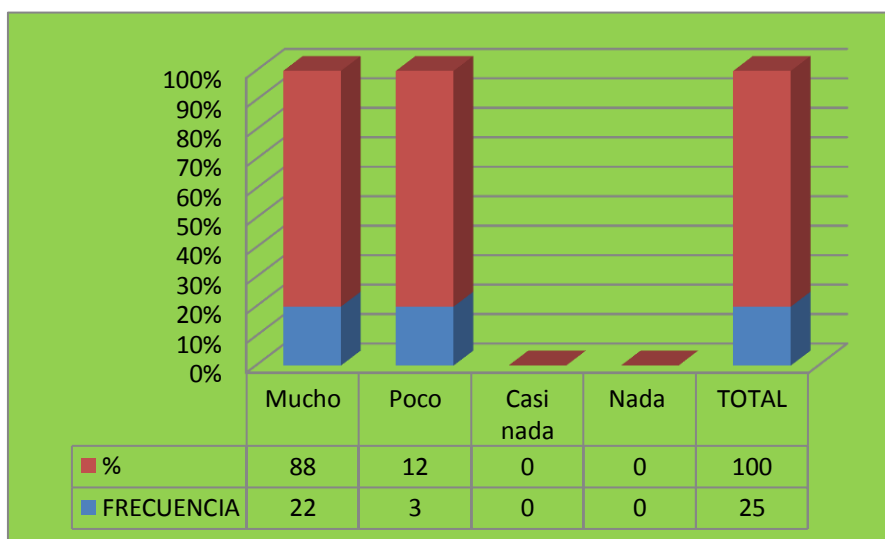
Tabla N° 11

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Mucho	22	88
Poco	3	12
Casi nada	0	0
Nada	0	0
TOTAL	25	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 10



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

A la pregunta, los encuestados responden en un 88% que tienen mucha dificultad de administrar la medicación por el portal subcutáneo, en tanto que un 12% manifiesta que hay poca dificultad.

Pregunta 2

Cree usted que es un problema la atención al familiar terminal por no contar con un documento guía para este propósito.?

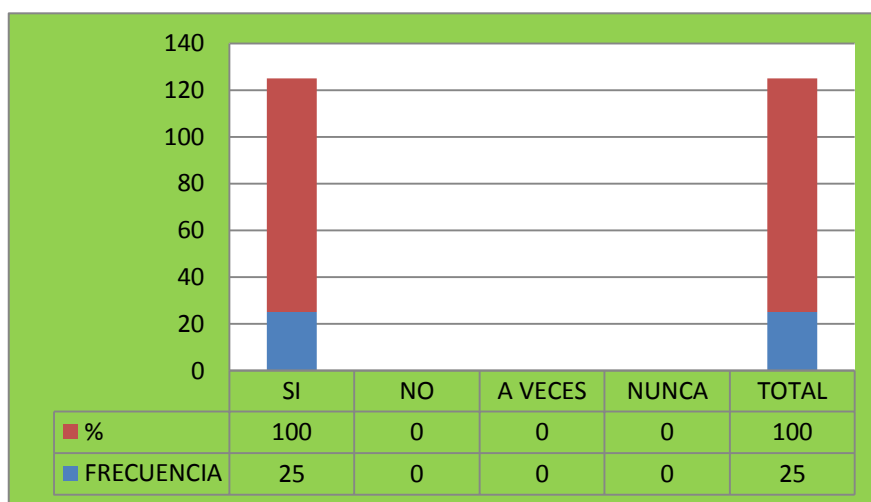
Tabla N° 12

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	25	100
NO	0	0
A VECES	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	25	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 11



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

A la interrogante formulada los familiares, la totalidad, es decir el cien por ciento, dice que sí es un problema no disponer de una guía en la casa para atender al paciente terminal.

Pregunta 3

Considera usted que la ayuda de un instructivo de cuidados básicos a pacientes terminales, ayudará a mejorar sus condiciones y calidad de vida?

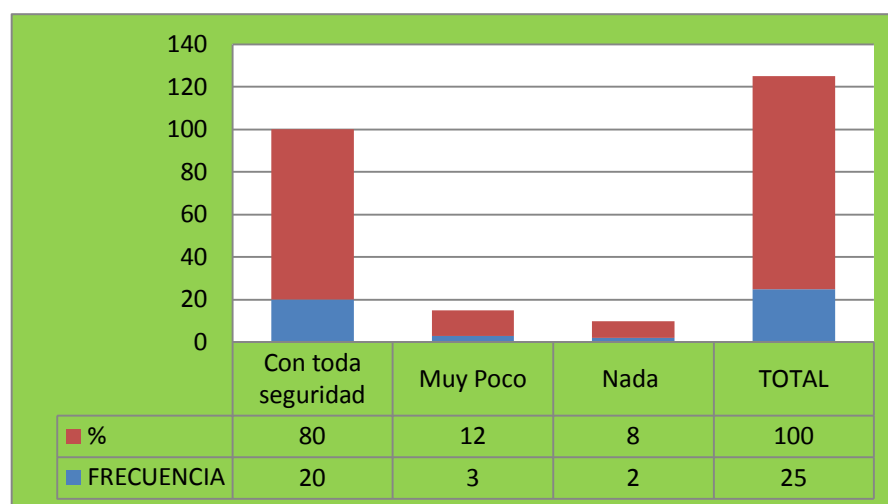
Tabla N° 13

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Con toda seguridad	20	80
Muy Poco	3	12
Nada	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 12



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

El 80% de los encuestados manifiesta que con toda seguridad la ayuda de un instructivo contribuirá a mejorar las condiciones del familiar con problemas de cáncer terminal. El 12% restante cree que ayudaría muy poco.

Pregunta 4

Cuando acude al servicio de SOLCA, recibe atención:

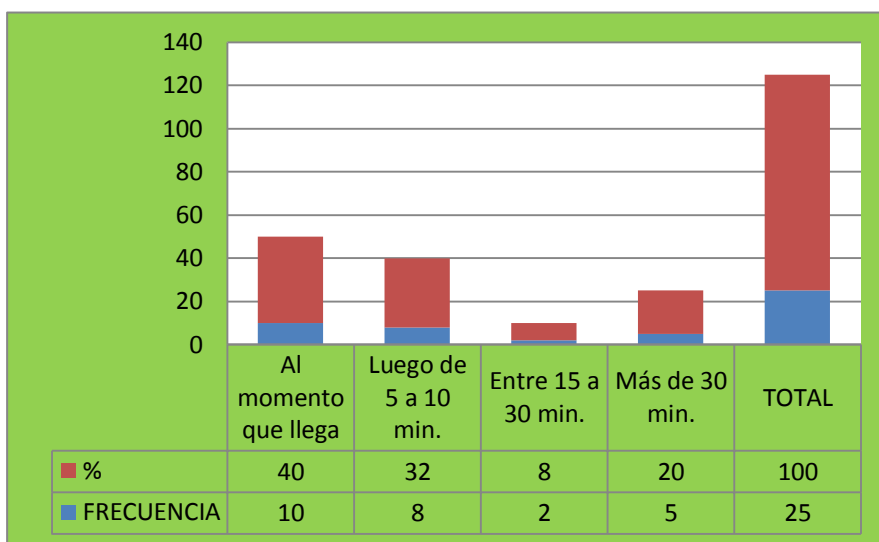
Tabla N° 14

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Al momento que llega	10	40
Luego de 5 a 10 min.	8	32
Entre 15 a 30 min.	2	8
Más de 30 min.	5	20
TOTAL	25	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 13



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

La posición de los encuestados familiares a la pregunta responden el 40% que dice ser atendido el momento que llega al servicio de SOLCA Ibarra, el 32% manifiesta que lo atienden en un lapso de 5 a 10 min., el 8% responde que lo atienden entre 15 a 30 min y un 20% dice más de los 3 min.

Pregunta 5

Durante el tiempo que es atendido en el servicio de enfermería, la atención es:

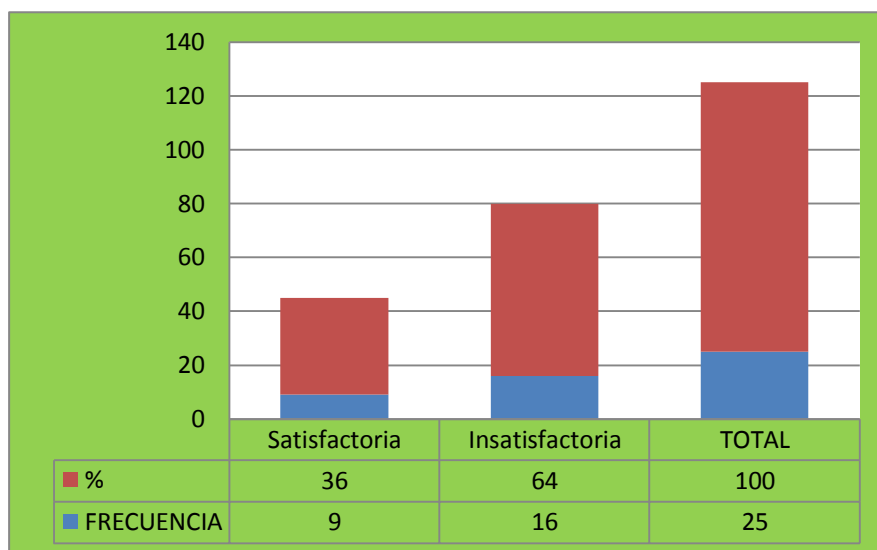
Tabla N° 15

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Satisfactoria	9	36
Insatisfactoria	16	64
TOTAL	25	100

FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

Gráfico N° 14



FUENTE: SOLCA Ibarra

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce

El 36% de los familiares encuestados dice que la atención es satisfactoria, la gran mayoría que se ubica en el 64% responde que es insatisfactoria la atención en el servicio de enfermería.

10. CONCLUSIONES

- La atención que recibe el paciente que se encuentra en la etapa terminal es preferencial ya que el cuerpo médico aborda todas las confluencias de los problemas, sea en lo clínico como también en lo humano y espiritual, apoyando inclusive a que la familia asimile de mejor manera esta realidad.
- La unidad de cuidados paliativos y control del dolor de la Unidad SOLCA Ibarra, cuenta con personal de enfermería y auxiliares con alta capacitación en cuidados de pacientes paliativos.
- El instructivo de Cuidados básicos para pacientes paliativos y control del dolor, es una herramienta educativa y de apoyo efectivo para la atención del paciente en su domicilio por parte de sus familiares.
- La Unidad SOLCA Ibarra,anualmente registra incrementos significativos en la demanda de atención y cuidados a los usuarios que requieren de los servicios de diagnóstico y tratamiento oncológico.

11. RECOMENDACIONES

- El equipo de médicos, enfermeras y auxiliares deben estar en permanente investigación y actualización sobre técnicas de control del dolor en pacientes terminales.
- Manejar fichas técnicas de seguimiento a la aplicación del instructivo de recomendaciones básicas para el cuidado de pacientes terminales por parte de los miembros de la familia para realizar revisiones y mejoras en su contenido.
- Gestionar el incremento del personal médico y de enfermería para cubrir las demandas de atención diaria y de especialidad.
- Fortalecer el equipo de trabajo para que la atención en la parte clínica y afectiva sea regida por líneas de atención definidas desde la propia institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera, E.(2007)/Fundamentos de Oncología.Primer Edición, Editorial Mena & Jiménez, Latacunga-Ecuador.
2. Birgin, D. Psicooncología. Cap 2: /Afectos y la familia. La familia del paciente oncológico. Editorial Lugar, Buenos Aires. 2004.
3. Burgwal, G. Cuellar, J. (1999) /Planificación Estratégica Operativa.Ediciones, Abya. Yala – Ecuador.
4. Cameron, R. 2005 /Oncología Práctica. Editorial Panamericana. Argentina.
5. Gómez F. 2002 /Características del anciano con enfermedad oncológica en fase terminal en el medio hospitalario sociosanitario, Madrid.
6. Gómez, S, M Ojeda M. 2005 /Cuidados paliativos, Control de síntomas. Las Palmas de Gran Canaria. El Sabinal.
7. Granja, L. 2005 /El viaje del héroe a través de la materia médica. Editorial Abya – Yala. Ecuador
8. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care. 2006 / Canberra> The National Palliative Care Program. National Health and Medical Research C.
9. Hernández N, Hernández J, Moreno C: 2009 /Uso de parches de lidocaína en el alivio del dolor neuropático Localizado.Farmacología de los analgésicos. Revista iberoamericana de Dolor. Volumen 4, Número 1
10. Kubler, R. E. 2003 / La rueda de la vida. Editorial, Punto de lectura, Madrid..

11. Lino N. 2010 /Dolor Oncológico y no Oncológico.Programa de actualización - Manejo del Dolor. Grunenthal. Módulo 4.
12. Mantilla, E. 2009 /Analgésicos opioides y adyuvantes. Universidad San Francisco de Quito.
13. Manual de la OPS – OMS. Mejoramiento continuo de la calidad de los Servicios de salud.
14. Martin, S,Canobbio,M. 2003 /Normas de cuidados del paciente. Sexta Edición Iberoamericana.
15. NCCN National Comprehensive Cancer Network. Adult Cancer Pain. Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2010.
16. Pasternak D.,Sánchez F.,Sánchez2010 /A. et al: Dolor neuropático localizado, conceptualización y manejo en la práctica médica general: consenso del grupo de expertos. Consenso Ecuatoriano 2010. Revista Iberoamericana del dolor. Vol. 5.
17. Piedra, M. Maldonado, N. 2009 /Guía Didáctica. Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local. Universidad Técnica Particular de Loja..
18. Rosenquist R., Benzon H., Connis R. et al: 2010 /Directrices Prácticas para el manejo del dolor crónico. Informe actualizado del dolor por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) y la Sociedad Americana de Anestesia regional y Medicina del Dolor (ASRA). Rev Anesthesiology. Tomo 112. Número 4. Abril.
19. Sociedad española de cuidados paliativos. Guía de Cuidados Paliativos, SECPAL. España 2005.
20. Velasco, M. 2005. / Planificación Estratégica Aplicada a Salud. Fondo editorial letras. Segunda edición
21. World Health Organization. WHO definition of palliative.Definiciones de los cuidados paliativos.

22. Zimmerman, A. 2007 /Se Hace Camino al Andar. Psicología en el paciente terminal.
23. <http://grunenthal.e-medicalearning.com>. Manejo del dolor oncológico.
24. farmaproyectos@yahoo.com – Medicamentos para el manejo del dolor.
25. www.solcaquito.org. – Funciones administrativas
26. solcaibarra@hotmail.es - Organigrama
27. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/06/120601_cáncer_predicciones_2030_men.shtml- Fundamentos de oncología.
28. www.institutodelcáncer.med.ec.-Dolor por cáncer.
29. <http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/cancerDolor.asp>-Clasificación del dolor.
30. <http://www.dolor-pain.com/onco.html>-Medicamentos esenciales para el manejo del dolor.
31. <http://www.iqb.es/dolor/cancer/cancer001.htm> - Tipos de dolor
32. <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/otroscuidados.pdf>. -Historia de los cuidados paliativos.
33. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/marzo> 2007.Necesidades del paciente oncológico.
34. <http://portal.guiasalud.es/es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/bibliografia.html>. Síntomas del paciente terminal.
35. <http://www.fisterra.com/guias2/síntomas.asp>.-Cuidados del paciente terminal
36. <http://www.casadellibro.com/libro-cuidados-paliativos-del-paciente-oncológico/995726/2900001019302>
37. <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=seis>. Guía de Cuidados paliativos: Prejuicios sobre el uso de la morfina.
38. <http://www.saluddealtura-com/informacion-profesionales-salud/actualidad->

medica/cuidados-paliativos-analgésicos/. Salud de altura.

39. <http://www.fecupal.com/> Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos. Derechos del paciente paliativo.

ANEXOS

ENCUESTA DIRIGIDA A ENFERMERAS Y AUXILIARES DE SOLCA IBARRA

OBJETIVO: Relacionar los conocimientos con la práctica de cuidados a pacientes terminales que aplican enfermeras y auxiliares de SOLCA Ibarra.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará varias preguntas que le solicitamos se sirva responder con absoluta franqueza. La información que nos proporcione será de mucho valor para el trabajo de investigación que se está desarrollando.

Marque con una X la respuesta correcta.

1. Con qué frecuencia se actualiza en conocimientos relacionados a atención a pacientes terminales?

Una vez al año ☐ Cada seis meses ☐ De vez en cuando ☐ Casi nunca ☐

2. Cree usted que la falta de capacitación sobre cuidados a pacientes terminales aumenta el tiempo de atención y disminuye el de cobertura?

Frecuentemente ☐ Muy poco ☐ Casi nada ☐ Nada ☐

3. De las siguientes opciones, cuál cree usted que es de inmediata ejecución para el mejoramiento de la atención?

Capacitación ☐

Mejoramiento de la infraestructura ☐

Recursos materiales ☐

Protocolos de atención ☐

Otros. Especifique:

4. En la atención a pacientes terminales se utilizan protocolos que guíen los pasos a seguirse en los cuidados a cada paciente?

Siempre ☐ A veces ☐ No se dispone ☐

GRACIAS SU COLABORACIÓN

ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIARES DE PACIENTES TERMINALES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE SOLCA IBARRA

OBJETIVO: Conocer las formas de atención y cuidados a los pacientes terminales en sus domicilios.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará varias preguntas que le solicitamos se sirva responder con absoluta franqueza. La información que nos proporcione será de mucho valor para el trabajo de investigación que se está desarrollando.

Marque con una X la respuesta correcta.

1. Tiene dificultades para atender a su familiar terminal en la administración de medicación por portal subcutáneo?

MUCHO ☐ POCO ☐ CASI NADA ☐ NADA ☐

2. Cree usted que es un problema la atención al familiar terminal por no contar con un documento guía para este propósito?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐ NUNCA ☐

3. Considera usted que la ayuda de un instructivo de cuidados básicos a pacientes terminales, ayudará a mejorar sus condiciones y calidad de vida?

CON TODA SEGURIDAD ☐ MUY POCO ☐ NADA ☐

4. Cuando acude al servicio de SOLCA, recibe atención:

- a. Al momento que llega
- b. Luego de 5 a 10 minutos
- c. Entre 15 a 30 minutos
- d. Más de 30 minutos

5. Durante el tiempo que es atendido en el servicio de enfermería, la atención es:

- a. Satisfactoria
- b. Insatisfactoria

GRACIAS SU COLABORACIÓN

FOTORELATORÍA



Unidad Oncológica Provincial SOLCA Ibarra, en donde se desarrolló el proyecto de acción, ubicada en las calles Rafael Sánchez 10-67 y Tobías Mena. Sector Yacucalle.



Personal Médico, paramédico, administrativo y de limpieza que labora en la institución.



Enfermera colocando portal subcutáneo a paciente terminal de la Unidad.



Enfermera indicando manejo de colostomía a familiar de paciente terminal.



Trabajadora social realizando visita domiciliaria a paciente terminal.



Personal médico y paramédico realizando visita domiciliaria a paciente terminal.



Unidad de cuidados paliativos funcionando con sus equipos e insumos necesarios.

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA

Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
(antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737
Ibarra - Ecuador

Of. N°. 12367- DMSI

Ibarra, septiembre 5 del 2012

Señora Dra.

Tatiana Aguirre

Coordinadora de la Maestría de Gerencia en Salud

Universidad Técnica Particular de Loja

Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente me permito comunicar a usted, que se autoriza a la Lic. Narciza Ponce desarrollar el tema de tesis "Creación e Implementación de una Unidad de Cuidado Paliativo y Terapia del Dolor en pacientes Oncológicos terminales en la Unidad Oncológica Provincial Solca Ibarra en el año 2012", previa obtención del grado de Magister en Gerencia de Salud.

Sin otro particular tengo a bien suscribir.

Atentamente,

Dr. Ferdinand Loza

Director Médico UOPSI

Ibarra 17 de Octubre del 2012

Por medio del presente me permito solicitar autorice la realización de una charla de capacitación para el personal de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, relacionada con los cuidados paliativos y manejo del paciente terminal, la misma que será dictada por el Doctor Carlos Lema y la Lcda. Janeth Goveo, los días 24, 25 y 26 de Octubre del 2012 a las 11h30.

Cabe mencionar que dicha charla será filmada y al finalizar se firmara asistencia, lo que ayudara para el complemento de mi tesis, que tiene como tema Implementación de una Unidad de Cuidado Paliativo y manejo del dolor en pacientes Oncológicos Terminales.

Por la atención que se de a la presente anticipo mis agradecimientos.

Lic. Narciza Ponce

ENFERMERA SOLCA IBARRA

Dr. Ferdinand Caze
CIRUJANO ONCOLOGO
MSP L1"0" FOM 17
INH 170800761



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA

Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
(antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737
Ibarra - Ecuador

CIRCULAR Nro. 053-2012

Se informa que los días 24, 25 y 26 de octubre del 2012, a las 11h30 se realizará una charla de capacitación dirigida a todo el personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería, relacionada con "Cuidados paliativos y manejo del paciente terminal", dirigida por el Dr. Carlos Lema y la Lic. Janeth Goveo, por lo que se solicita organizar el trabajo y disponerse asistirá dicha charla.

Ibarra, 25 de octubre del 2012

Cordialmente,

Dr. Ferdinand Loza
UNIDAD ONCOLÓGICA
Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737

Dr. Ferdinand Loza
DIRECTOR MEDICO
SOLCA IMBABURA

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA
 Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
 (antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
 Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737
 Ibarra - Ecuador

LISTADO DEL PERSONAL QUE ASISTIO A LA CHARLA Y TALLER DE
 CAPACITACIÓN SOBRE TERAPIA DEL DOLOR Y MANEJO DEL PACIENTE
 ONCOLOGICO TERMINAL REALIZADA EL 24 DE OCTUBRE DEL 2012,
 DICTADA POR DR. CARLOS LEMA Y LCDA JANETH GOVEO.

NOMBRE	FIRMA	NUMERO CEDULA
Lcda. Mayra Villarruel	<i>Mayra Villarruel</i>	1001823234
Lcda. Narciza Ponce	<i>Narciza Ponce</i>	171381983-5
Lcda. Janeth Goveo	<i>Lcda Janeth Goveo</i>	100201352-0
Lcda. Johanna Males		
Srta. Maribel Urgiles	<i>Maribel Urgiles</i>	010436892-3
Sra. Aracely Ramirez	<i>Aracely Ramirez</i>	100270795-6
Sra. Karla Serrano	<i>Karla Serrano</i>	171627324-6
Sra. Anita Maigua	<i>Anita Maigua</i>	1003021803
Sra. Gabriela Bastidas	<i>Gabriela Bastidas</i>	100292144-6

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA

Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena

(antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)

Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737

Ibarra - Ecuador

LISTADO DEL PERSONAL QUE ASISTIO A LA CHARLA Y TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE TERAPIA DEL DOLOR Y MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL REALIZADA EL 25 DE OCTUBRE DEL 2012, DICTADA POR DR. CARLOS LEMA Y LCDA JANETH GOVEO.

NOMBRE	FIRMA	NUMERO CEDULA
Lcda. Mayra Villarruel	<i>Mayra Villarruel</i>	1001823234
Lcda. Narciza Ponce	<i>Narciza Ponce</i>	121381983-5
Lcda. Janeth Goveo	<i>Janeth Goveo</i>	100201352-0
Lcda. Johanna Males		
Srta. Maribel Urgiles	<i>Maribel Urgiles</i>	010436892-3
Sra. Aracely Ramirez	<i>Aracely Ramirez</i>	10027079-6
Sra. Karla Serrano	<i>Karla Serrano</i>	171627324-6
Sra. Anita Maigua	<i>Anita Maigua</i>	1003021803
Sra. Gabriela Bastidas	<i>Gabriela Bastidas</i>	100292194-6

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA
 Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
 (antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
 Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737
 Ibarra - Ecuador

LISTADO DEL PERSONAL QUE ASISTIO A LA CHARLA Y TALLER DE
 CAPACITACIÓN SOBRE TERAPIA DEL DOLOR Y MANEJO DEL PACIENTE
 ONCOLOGICO TERMINAL REALIZADA EL 26 DE OCTUBRE DEL 2012,
 DICTADA POR DR. CARLOS LEMA Y LCDA JANETH GOVEO.

NOMBRE	FIRMA	NUMERO CEDULA
Lcda. Mayra Villarruel		100182323-4
Lcda. Narciza Ponce		171381983-5
Lcda. Janeth Goveo		100201352-0
Lcda. Johanna Males		
Srta. Maribel Urgiles		010436892-3
Sra. Aracely Ramirez		100270795-6
Sra. Karla Serrano		171627324-6
Sra. Anita Maigua		10032170-3
Sra. Gabriela Bastidas		100292194-6

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA

Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
(antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737
Ibarra - Ecuador

Ibarra 1 de Noviembre del 2012

Señor Doctor.
Ferdinand Loza
DIRECTOR MEDICO
UNIDAD ONCOLOGICA SOLCA IMBABURA

Por medio del presente me permito solicitarle de la manera mas comedida autorice la socialización del instructivo por medio de una reunión con los familiares de los pacientes paliativos de nuestra unidad , la misma que se llevara a cabo el día lunes 5 de noviembre del 2012 a las 17h00 en la sala de espera de la institución.

Por la atención que se de a la presente anticipo mis agradecimientos.

Lic. Narciza Ponce

ENFERMERA SOLCA IBARRA

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IMBABURA
Dirección: Rafael Sánchez N° 10-67 y Tobías Mena
(antiguo Club de Leones - Urb. Yacucalle)
Telf: 295 9760 - 260 1303 - 261 0737
Ibarra - Ecuador

INVITACION FAMILIARES

Licenciada Narciza Ponce, enfermera de la Unidad Oncológica Solca Ibarra y autora del proyecto de acción sobre "Creación e implementación de la unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor", tiene el agrado de invitar a usted/es a la socialización del instructivo para el cuidado y manejo del paciente terminal.

El mismo que se llevara a cabo el día martes 6 de noviembre en la sala de espera de la institución a las 16h00.

Esperando su valiosa asistencia me despido, muy atentamente.

Narciza Ponce

ENFERMERA SOLCA IBARRA

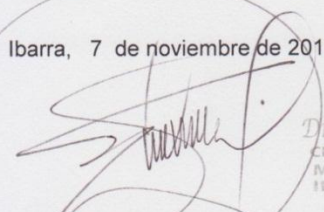
MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Estimado Dr(a):

El presente tiene la finalidad de validar el Instructivo de "Cuidados básicos para pacientes terminales y control del dolor", por lo que muy respetuosamente solicitamos su opinión profesional la misma que ayudará a orientar de manera responsable la elaboración y difusión de esta herramienta educativa que está dirigida a los familiares de los pacientes terminales.

N°	CRITERIO	SI	NO	Observación/Recomendación
1	El instructivo está diseñado de tal manera que los familiares le pueden dar uso con facilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Los mensajes son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	El objetivo del instructivo es de ayuda a los familiares de los pacientes terminales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Recomienda el uso del instructivo a nivel de los familiares de los pacientes terminales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Mejorará la relación paciente-familia con el uso del instructivo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ibarra, 7 de noviembre de 2012


Dr. Ferdinand Loza
CIRUJANO ONCÓLOGO

Dr. Ferdinand Loza
CIRUJANO ONCÓLOGO
MSP L1"0" FG N° 17
INH 170800761

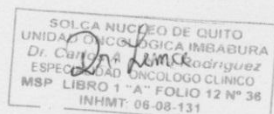
MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Estimado Dr(a):

El presente tiene la finalidad de validar el Instructivo de "Cuidados básicos para pacientes terminales y control del dolor", por lo que muy respetuosamente solicitamos su opinión profesional la misma que ayudará a orientar de manera responsable la elaboración y difusión de esta herramienta educativa que está dirigida a los familiares de los pacientes terminales.

N°	CRITERIO	SI	NO	Observación/Recomendación
1	El instructivo está diseñado de tal manera que los familiares le pueden dar uso con facilidad.	X		
2	Los mensajes son claros y comprensibles.	X		
3	El objetivo del instructivo es de ayuda a los familiares de los pacientes terminales.	X		
4	Recomienda el uso del instructivo a nivel de los familiares de los pacientes terminales.	X		
5	Mejorará la relación paciente-familia con el uso del instructivo.	X		

Ibarra, 7 de noviembre de 2012



Dr. Carlos Lema
ONCÓLOGO CLÍNICO

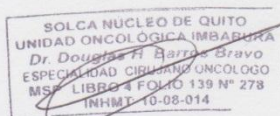
MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Estimado Dr(a):

El presente tiene la finalidad de validar el Instructivo de "Cuidados básicos para pacientes terminales y control del dolor", por lo que muy respetuosamente solicitamos su opinión profesional la misma que ayudará a orientar de manera responsable la elaboración y difusión de esta herramienta educativa que está dirigida a los familiares de los pacientes terminales.

N°	CRITERIO	SI	NO	Observación/Recomendación
1	El instructivo está diseñado de tal manera que los familiares le pueden dar uso con facilidad.	X		
2	Los mensajes son claros y comprensibles.	X		
3	El objetivo del instructivo es de ayuda a los familiares de los pacientes terminales.	X		
4	Recomienda el uso del instructivo a nivel de los familiares de los pacientes terminales.	X		
5	Mejorará la relación paciente-familia con el uso del instructivo.	X		

Ibarra, 7 de noviembre de 2012



Dr. Douglas Barros
CIRUJANO ONCÓLOGO

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Estimado Dr(a):

El presente tiene la finalidad de validar el Instructivo de "Cuidados básicos para pacientes terminales y control del dolor", por lo que muy respetuosamente solicitamos su opinión profesional la misma que ayudará a orientar de manera responsable la elaboración y difusión de esta herramienta educativa que está dirigida a los familiares de los pacientes terminales.

Nº	CRITERIO	SI	NO	Observación/Recomendación
1	El instructivo está diseñado de tal manera que los familiares le pueden dar uso con facilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Los mensajes son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	El objetivo del instructivo es de ayuda a los familiares de los pacientes terminales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Recomienda el uso del instructivo a nivel de los familiares de los pacientes terminales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Mejorará la relación paciente-familia con el uso del instructivo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ibarra, 7 de noviembre de 2012

Dra. Verónica Chávez
CIRUJANA ONCÓLOGA



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

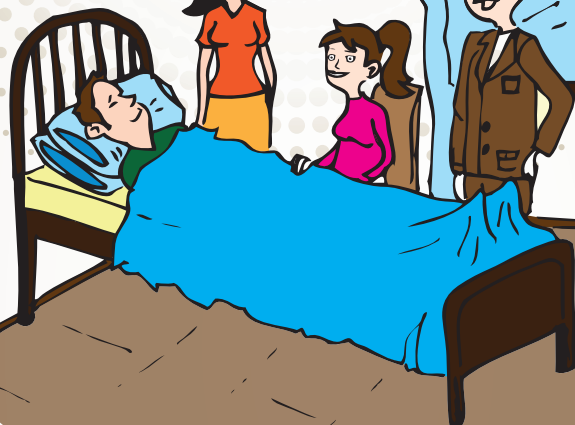
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO



NÚCLEO DE QUITO

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
UNIDAD ONCOLÓGICA IMBABURA

QUE VAMOS HACER
¿Y COMO LE AYUDAMOS A
QUE SUS MOLESTIAS SEAN
MENORES?
¿COMO LE ALIVIAMOS SU
DOLOR?



MANEJO DEL PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL

INSTRUCTIVO PARA LA FAMILIA Y EL PACIENTE

ELABORADO POR: Lic. Narciza Ponce.

DISEÑO Y DIAGRAMACION:
JIMMY MORILLO



ILUSTRACION:
MARLON ANDRANGO

VALIDACION TECNICA:
CIRUJANOS ONCOLOGOS Y ONCOLOGO CLINICO

Derechos reservados del Autor - Ibarra 2012



Este instructivo tiene por objeto indicar brevemente el manejo de las molestias y necesidades que van a ir surgiendo durante el trayecto de esta etapa.

Es necesario preguntar al médico y la enfermera lo que no esté entendido para poder brindar una atención adecuada a su familiar. Cada uno de los cuidados están encaminados a mejorar la calidad de vida, en controlar el dolor y otras molestias, de igual forma en educar, brindarle el apoyo a su familia durante un momento difícil y triste.

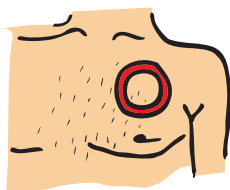
CONTROL Y MANEJO DEL DOLOR.

Para controlar el dolor, el paciente debe ser valorado por un especialista, ya sea en Solca o en otra dependencia médica y deberá seguir con las indicaciones.

- Si le envía medicamentos pastillas o capsulas deberá tomar en el horario indicado.
- Si el paciente por alguna razón no puede tomar medicación o el dolor ya no se controla con tabletas o gotas, el medico indicara otra clase de medicamentos para controlar el dolor como:

ADMINISTRACIÓN DE PARCHES DE MORFINA TRANSTEC, SEGUIR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- 1 Elija una zona por encima de su cintura de preferencia en la parte alta de la espalda o bajo la clavícula.



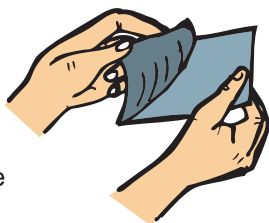
- 2 Si la zona tiene vello corte con cuidado el pelo, utilice una tijera, no rasuradora ya que puede irritar la piel.



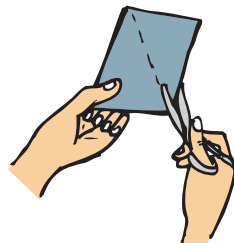
- 3 La zona debe estar limpia y seca. Lávela con agua corriente, sin jabón y séquela cuidadosamente.



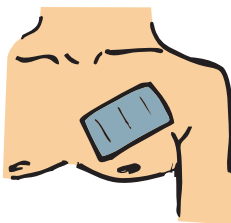
- 4** Cada parche esta envasado individualmente en un sobre, que solo debe abrirse en el momento de la aplicación..



- 5** Si la indicación del Médico es solo colocar la mitad o la cuarta parte, debe cortar con una tijera limpia de forma triangular en partes iguales juntando las puntas.



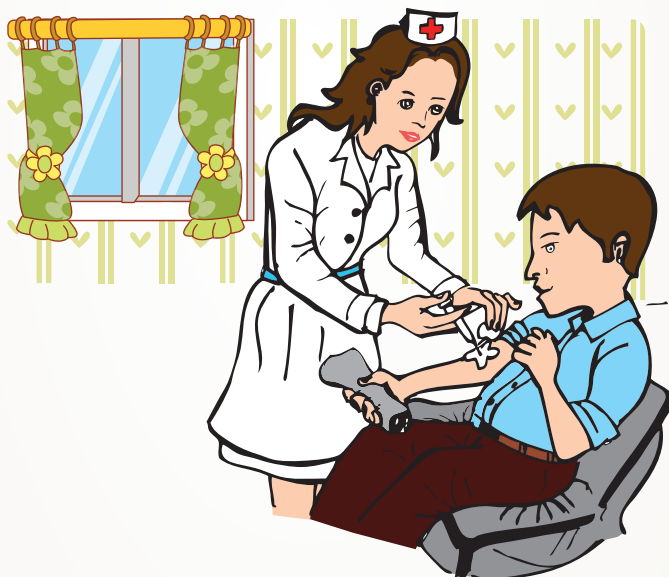
- 6** Coloque el parche en la zona elegida presionando sobre la piel y contando hasta 30 segundos, poner fecha..



- 7** Por lo general se debe cambiar cada tres días, y los sobrantes del parche poner en el mismo sobre y sellarlo con esparadrapo.

ADMINISTRACIÓN DE MORFINA POR PORTAL SUBCUTANEO CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

- 1 El portal subcutáneo, es un dispositivo colocado en el tejido celular subcutáneo para la administración de medicamentos, no es a la vena.
- 2 Deberá ser colocado por personal capacitado, se cambiara cada 8 días o si el líquido ya no pasa y se observa enrojecimiento acudir a Solca para su cambio.
- 3 Se anotara en una hoja o registro la dosis y el horario que debe administrarse los medicamentos.
- 4 Para administrar la morfina el familiar deberá primero lavarse las manos, luego realizar la desinfección con algodón y alcohol para luego administrar embonando en la perilla del bionector la jeringuilla con la medicación pasar suavemente y con los horarios indicados.
- 5 No es necesario colocar tapa en el bionector ya que por si solo se cierra y no hay peligro de contaminación.



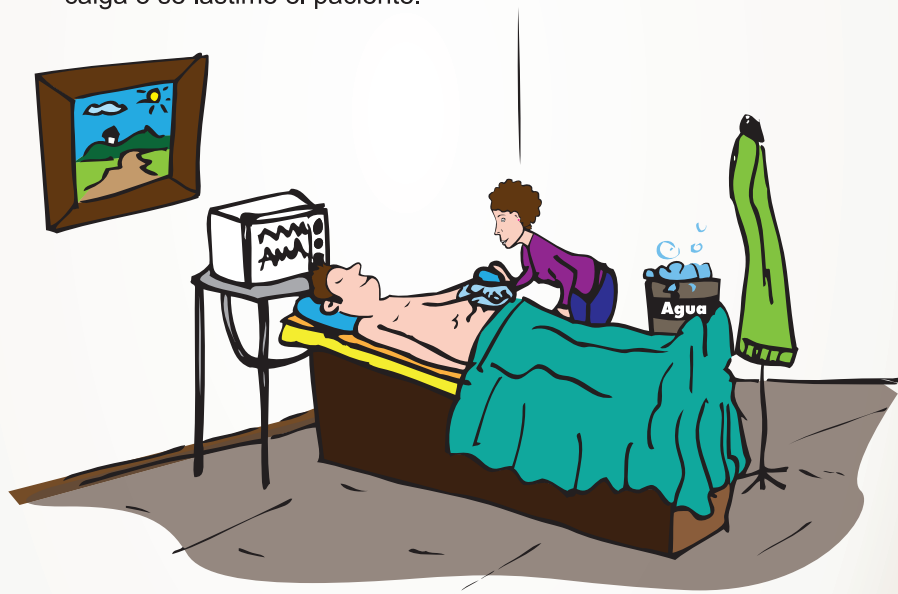
CUIDADOS DE BOCA Y MUCOSAS

- Realizar limpieza oral con cepillo dental y pasta.
- Si el paciente no puede realizar la limpieza de su cavidad oral, se debe realizar enjuagues bucales con agua hervida fría y bicarbonato si es necesario, o en casos ya más graves el familiar limpiara su boca con gasa y agua.
- Si la boca esta lastimada o con zonas blanquecinas, debe acudir al médico, para solicitar una visita domiciliar o llevar al paciente a Solca.
- En caso de necesitar limpieza de ojos, hacerlo solamente con agua o suero fisiológico.



CUIDADOS DE LA PIEL

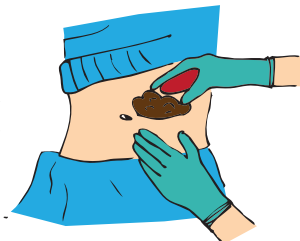
- Mantener siempre lubricada la piel, hacer una mezcla de benjuí, crema vasenol para piel seca y ditopax, para colocar en todo el cuerpo del paciente, esto nos ayudara a evitar las laceraciones o escaras de la piel.
- Realizar masajes o fricciones, evitando roces o arrugas en la ropa de cama.
- Realizar cambios de posición cada dos horas al paciente que esta encamado con la ayuda de una media sabana para facilitar su movilización.
- Se puede utilizar los colchones anti escaras.
- Colocar guantes o bolsas de agua tibia en zonas de riesgo.
- En caso de tener ya escaras, realizar las curaciones con guantes, suero fisiológico y gasas, o acudir a Solca.
- Realizar baño de esponja o en la ducha siempre con cuidado de que se caiga o se lastime el paciente.



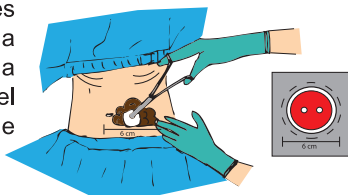
CUIDADO DE COLOSTOMÍAS, DRENAJES Y SONDAS

Si el paciente tiene colostomía manejar de la siguiente forma:

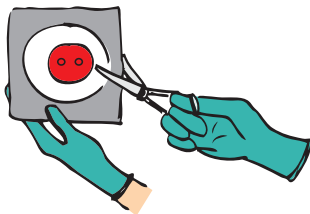
- 1 Para el cambio de la base de la colostomía, despegar el adhesivo de la base de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor del estoma hasta desprender completamente, verificar lesiones en la piel.



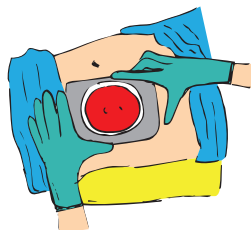
- 2 Retirar los restos de heces del estoma con agua hervida fría, gasa o una toalla pequeña. No se alarme si el estoma sangra puede suceder.



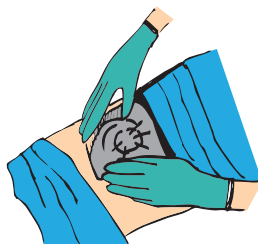
- 3 Seque la piel con una toalla exclusiva para su uso



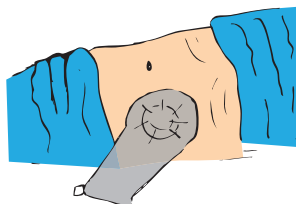
- 4 Para ya poner la base, medir el tamaño del estoma, y luego cortar la base con una tijera, evitando de que quede apretado o la piel quede expuesta



- 5** Colocar la base ya cortada y con el dedo aplique movimiento circulares de dentro hacia fuera para facilitar que se pegue mejor, si desea colocar benjuí, para proteger la piel



- 6** Luego coloque la funda presionando hacia la base para evitar derrames y por ultimo colocar la vincha.



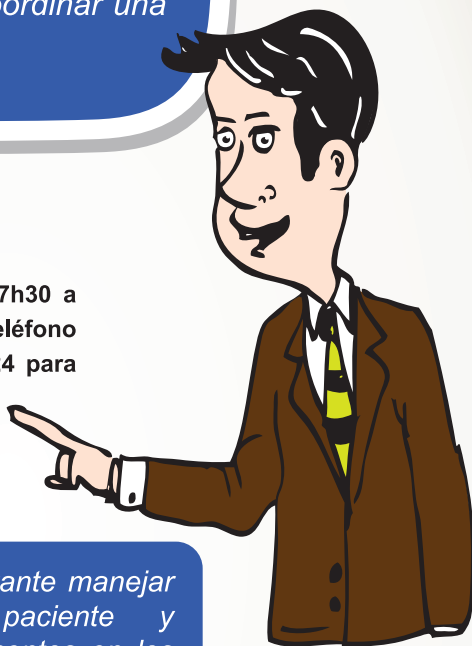
- La base se cambiara cada 6 días y la funda durara más tiempo, siempre que se mantenga limpia.
- En caso de tener drenajes o sondas realizar la limpieza alrededor de la sonda o drenajes, mantener fijo a la piel con esparadrapo.
- Para vaciar los drenajes o sondas deberá seguir los pasos que el indique la enfermera.

Es muy importante que todo su entorno familiar le brinden cariño, amor y mucha comprensión tanto al paciente como al familiar que se esta encargando directamente de su cuidado ya que están expuestos a caer en depresión.

Nota: Si presenta algún otro síntoma o complicación, acudir a Solca para planificar una consulta Médica o coordinar una visita domiciliaria.

La atención en Solca es de 7h30 a 15h30 de lunes a viernes, el teléfono el 2-601303 a la extensión 124 para coordinar turno o visita.

Recuerde que es importante manejar cuidadosamente al paciente y administrar los medicamentos en los horarios indicados para evitar episodios de dolor que sean difíciles de controlar.





NÚCLEO DE QUITO

**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
UNIDAD ONCOLÓGICA IMBABURA**

DIR: Rafael Sánchez 10-67 y Tobias Mena
Telf: (06) 2601303 - 2610737 EXT. 123
IBARRA - ECUADOR