



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

“Implementación de la unidad de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico terminal en el área de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín, QUITO, julio, 2011”

Tesis de grado

Autor:

Insuasti Pozo, María Filomena

Directora:

Velasco Garcés, María Antonieta de Lourdes Dra.

Quito

2012

Dra.

MARÍA DE LOURDES VELASCO

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL AREA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN" QUITO, JULIO, 2011 el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, Octubre del 2011

Dra. MARÍA DE LOURDES VELASCO

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Quito, diciembre del 2011

(f)-----

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, María Filomena Insuasti Pozo, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente 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”.

Quito, diciembre del 2011

f.....

Lic. María Insuasti Pozo

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A las autoridades, profesionales, personal, familiares y pacientes del área de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín, quienes apoyaron decididamente en la consecución de mi proyecto, ya que sin su colaboración no se hubiera realizado este trabajo.

Especial gratitud a la Doctora María de Lourdes Velasco Directora de tesis, quien me impartió conocimientos valiosos para concluir mi proyecto de tesis.

María

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme ser una persona con sabiduría, conocimiento, a mi familia por su apoyo incondicional, comprensión, quienes más han sufrido mis ausencias, con paciencia estuvieron presentes moralmente y físicamente en los momentos más difíciles. A todas las personas que de una u otra forma colaboraron para la realización de este trabajo de investigación para la consecución de los objetivos planteados.

María

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadros

Cuadro nº1:		
Dinámica poblacional del hospital	.....	10
Cuadro nº 2:		
Dinámica poblacional de oncología	.....	11
Cuadro nº3:		
Procedimientos realizados en oncología	.....	17
Cuadro nº 4:		
Producción de hospitalización en el hospital “Carlos Andrade Marín” en Oncología en el 2011	.....	17
Cuadro nº5:		
Patologías más frecuentes	.....	19
Cuadro nº 6:		
Capacitación recibida	.....	42
Cuadro nº7:		
Aprendizaje significativo	.....	43
Cuadro nº 8:		
Toma de decisiones	.....	44
Cuadro nº 9:		
Importancia de cuidados paliativos	.....	79
Cuadro nº10:		
Bienestar de los pacientes	.....	80
Cuadro 11:		
Implementación de la unidad de cuidados paliativos	.....	81
Cuadro nº12:		
Colaboración en el proyecto	.....	82

Gráficos

Gráfico nº1:

Personal con capacitación sobre cuidados paliativos 42

Gráfico nº 2:

Capacitación recibida 43

Gráfico nº 3:

Aprendizaje significativo 44

Gráfico nº 4:

Toma de decisiones 45

Gráfico nº 5:

Importancia de cuidados paliativos 79

Gráfico nº6:

Bienestar de los pacientes 80

Gráfico7:

Implementación de la unidad de cuidados paliativos 81

Gráfico nº8:

Colaboración en el proyecto 82

Gráfico nº 9:

Atención de calidad en cuidados paliativos 85

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Cesión de derechos.....	iv
Agradecimientos.....	v
Dedicatoria.....	vi
Índice de cuadros.....	vii
Índice de gráficos... ..	viii
Índice de contenidos	ix
1. Resumen.....	1
2. Abstract.....	2
3. Introducción.....	3
4. Problematización.....	5
5. Justificación.....	7
6. Objetivos.....	8
7. Marco teórico.....	8
7.1 Marco Institucional.....	8
7.1.1 Aspecto geográfico del lugar	8
7.1.2 Dinámica Poblacional.....	10
7.1.3 Misión de la unidad de Cuidados Paliativos.....	11
7.1.4 Visión de la unidad de Cuidados Paliativos.....	11
7.1.5 Características de la Organización Administrativa.....	12
7.1.6 Servicios que presta la Institución.....	14
7.1.7 Datos estadísticos de cobertura.....	15
7.1.7 Datos estadísticos de cobertura (Estado de salud enfermedad de la población).....	19
7.1.8 Características geofísicas de la Institución.....	19
7.1.9 Políticas de la Institución.....	19
7.2 Marco conceptual.....	20
8. Diseño metodológico.....	30
8.1 Matriz de los involucrados.....	30

9. Resultados.....	36
Resultado 1.....	36
Resultado 2.....	46
Resultado 3.....	53
Manual de Atención de Cuidados Paliativos	
10. Conclusiones.....	86
11. Recomendaciones.....	87
12. Bibliografía.....	89
13. Anexos.....	91

1. RESUMEN

En el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito y su Servicio de Oncología existe gran demanda de atención médica y de enfermería. La sobrepoblación de pacientes e insuficiente espacio físico complican el tratamiento de su enfermedad y generan malestar en los pacientes.

El objetivo de este trabajo investigativo es “brindar atención de calidad a los pacientes terminales mediante la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos, capacitación y aplicación de un modelo de atención para satisfacción del paciente”. En el proceso de investigación se cumplieron diversas actividades: extensión de oficios, reuniones con autoridades, personal del hospital, observación directa, aplicación de encuestas y entrevistas, recopilación de bibliografía.

Esto permitió obtener importantes resultados: capacitación al personal de Oncología, pacientes y familiares sobre calidad de atención al paciente terminal; diseño e implementación de la unidad de Cuidados Paliativos mediante un plan de socialización e institucionalización, con autorización de directivos; elaboración, revisión, aprobación y difusión del Modelo de Atención que está aplicado y monitoreado en el servicio de Oncología. Los afiliados están satisfechos con el Diseño e Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos.

2. ABSTRACT

There is a great demand of medical care and nursing in Carlos Andrade Marin Hospital, specially In the Oncology Department. The overcrowding of patients and the insufficient physical space has complicated the treatment of the illness and create discomfort for patients.

The objective of this research work is “to provide quality care to terminally ill patients through the implementation of the Palliative Care Unit, training and implementation, of a care model contributing to patient satisfaction.”In the research process were fulfilled various activities: extension offices, meetings with officials and hospital staff, direct observation, application of surveys and interviews, compilation of bibliography.

This work permitted us to get significant results:

Oncology, staff, patients and their relatives training about care quality of terminal patients; Design and implementation of the palliative care unit by a socialization and institutionalization. Plan with management authorization; preparation reviewing approval and distribution of the Care model is being implemented and monitored in the oncology department. The members are satisfied with the Design and implementation of the Palliative Care Unit.

3. INTRODUCCIÓN

En nuestro país, ubicado en América del Sur con 14'483.499 habitantes y con una extensión geográfica de 270.670 km², en los últimos años el área de la Salud ha sido la más afectada, en especial en lo referente a Cuidados Paliativos, ya que no existen políticas adecuadas que permitan su desarrollo. Anualmente mueren 50 millones de personas por enfermedades fatales y por cáncer 7,6 millones, en nuestro país cada año 8200 por distintos tipos de cáncer, el 10% de ellos mueren solos. La tasa de incidencia estandarizada de enfermedades oncológicas producidas por diferentes causas, con una mortalidad de neoplasia maligna de estómago de 1612 por año en la población ecuatoriana. ¹

En el Ecuador no existen políticas ni programas dedicados a cuidados paliativos, en el Ministerio de Salud Pública y el IESS; solamente a nivel privado disponen de este servicio en SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) de Guayaquil desde 1996 y FECUPAL (Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos) en Quito desde 1998. Los cuidados paliativos surgen como especialidad en Inglaterra en los años sesenta, en los hospitales que albergaban a pacientes terminales y es en 1989 cuando la OMS reconoce como una especialidad de la Medicina. El Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es un Hospital de tercer nivel que cuenta con todas las especialidades. Atiende a pacientes de todo el país en el área de Oncología, ofreciendo tratamientos de quimioterapia y radioterapia, tanto en hospitalización como en consulta externa de especialidad.

No hay datos clínicos o analíticos que posibiliten el diagnóstico inequívoco de la enfermedad terminal; algunos autores piensan que esta fase comenzaría cuando la muerte es sentida como una realidad próxima y se renuncia a curar al enfermo, dirigiéndose los esfuerzos a paliar la sintomatología. Sin embargo, la situación de “enfermedad terminal” se puede diferenciar de otras fases de la historia natural.

¹ INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censo: (<http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec>)

La presencia de características como enfermedad avanzada, progresiva, con síntomas que suelen ser intensos, duraderos y con una evolución inestable que no responde a tratamientos activos. Esta situación causa un gran impacto emocional sobre el enfermo, la familia o personas afectivamente relevantes y el equipo terapéutico, debido, entre otras causas, a la presencia explícita o implícita de la muerte. Debido a la diversidad de necesidades de atención que requieren tanto los enfermos como sus familiares, la asistencia en la fase final de la vida ha de ser llevada a cabo por un equipo interdisciplinario que realice los cuidados paliativos.

A principios de los setenta, comienzan a desarrollarse los Cuidados Paliativos en Canadá y a finales de la década, se desarrollan también en Europa. A mediados de los ochenta, se incorporaron países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente a mediados de los noventa lo hicieron algunos países de América Latina entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile; 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. Cada país debería asumir el desafío de encontrar la manera de financiar e implementar servicios asistenciales capaces de cumplir con esta demanda.

En consideración de estos requerimientos, en el Hospital "Carlos Andrade Marín" ya se tomaron medidas para solucionar en parte estos problemas. Es así como en el Servicio de Oncología, aparte del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, se dan cuidados paliativos, aunque escasos. También se ha tomado en cuenta la preparación del personal que labora en el Hospital; se han efectuado eventos de capacitación, dirigidos a enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería. La Unidad de Cuidados Paliativos se la implementa para dar atención a los pacientes terminales en hospitalización de Oncología y a domicilio, disminuir los gastos del paciente y familia, con atención oportuna vía telefónica las 24 horas, con equipo multidisciplinario, en un área física exclusiva y totalmente equipada.

4. PROBLEMATIZACIÓN

El hospital Carlos Andrade Marín es una institución de salud de tercer nivel. Cuenta con todas las especialidades médicas y atiende a pacientes afiliados al I.E.S.S de todo el país, que provienen del seguro social general, seguro social campesino, voluntarios y últimamente brinda cobertura a los hijos de los afiliados que son menores de 18 años. Por el incremento de pacientes existe mayor demanda de atención en general y también en el área de Cuidados Paliativos.

En nuestro país no se ha dado la importancia necesaria para ofrecer cuidados paliativos a enfermos terminales, pues no existen programas de salud de este tipo a nivel público; sólo en el ámbito privado se presentan algunos casos. En otros países, como Inglaterra y España que son pioneros en ofrecer estos servicios paliativos existen equipos conformados exclusivamente para atención oportuna y de especialidad. El Servicio de Oncología también se halla inmerso en esta problemática con mayor intensidad que los demás, pues no abastece a toda la población que requiere de sus servicios. Al existir una sobrepoblación de pacientes se complica la atención del paciente oncológico que no puede seguir un tratamiento apropiado de su enfermedad.

Además, esta enfermedad afecta económicamente al paciente y familia por las constantes hospitalizaciones, el enfermo terminal presenta sufrimiento, dolor angustia, depresión, soledad, y en ocasiones aislamiento familiar, falta de atención. El área de Oncología, tiene el presupuesto limitado, lo que impide la contratación del personal necesario, ocasionando una sobrecarga de trabajo, mínima atención individualizada al enfermo terminal e insuficientes equipos como bombas de infusión para controlar el dolor y para administrar medicamentos. El espacio físico es inadecuado, muy pequeño e incómodo, por lo que algunos pacientes tienen que recibir su tratamiento en sillas o en ocasiones tienen que retrasarlo, lo que provoca inconvenientes entre el personal de salud, pacientes y familiares.

Siendo una prioridad la existencia de estos cuidados, no se ha implementado una Unidad de Cuidados Paliativos en el área de Oncología, en especial para los servicios de hospitalización y seguimiento a domicilio para el paciente terminal, en

donde los pacientes ya no van a tener más tratamientos oncológicos activos (quimioterapias, terapias biológicas, radioterapias radicales) y si acaso reciben una radioterapia paliativa (fundamentalmente analgésica). El dolor oncológico es un problema de gran magnitud, aparece en un 40% de los pacientes en etapa inicial e intermedia del cáncer y hasta un 70-90% en estadios avanzados.² 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. Cada país debería asumir el desafío de encontrar la manera de financiar e implementar servicios asistenciales capaces de cumplir con esta demanda.

Con la implementación de esta Unidad, el tratamiento médico será mucho más consensuado con el paciente y participativo, ya que se fundamenta en la importancia del principio de autonomía del usuario; es evidente que la comunicación y una buena relación entre médico y paciente son las mejores garantías para obtener un mejor cumplimiento de las prescripciones, unos resultados más favorables, y evitar litigios. No se trata de ejercer una medicina defensiva, sino de conocer y establecer los mecanismos adecuados para que el vínculo entre el médico y el enfermo sea el idóneo, y sobre todo pueda el paciente tener un feliz término de su ciclo de vida. En consideración de estos requerimientos, en el Hospital “Carlos Andrade Marín” ya se tomaron medidas para solucionar en parte estos problemas.

Es así como en el Servicio de Oncología, aparte del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, se dan cuidados paliativos, aunque escasos. También se ha tomado en cuenta la preparación del personal que labora en el Hospital; se han efectuado eventos de capacitación, dirigidos a enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería. Ante esta situación, tomando en cuenta el alto índice de pacientes de oncología, se plantea la urgente implementación de la unidad de cuidados paliativos que llene las expectativas de las pacientes y sus familiares. ¿De qué forma la implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos mejorará la calidad de vida del paciente oncológico terminal, en el área de Oncología del Hospital “Carlos Andrade Marín” de Quito

²Aspectos bioéticos en el manejo del dolor por cáncer: (<http://www.cbioetica.org/revista/102/102-0914pdf>)

5. JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito y su Servicio de Oncología existe gran demanda de atención médica y de enfermería. La sobrepoblación de pacientes y el insuficiente espacio físico complican el tratamiento de su enfermedad, lo que genera malestar en los pacientes que necesitan de Cuidados Paliativos en los servicios de hospitalización y atención a domicilio, en donde ya no reciben tratamientos oncológicos activos. Ante esta situación, es apremiante y prioritaria la implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos, que llene las expectativas de los pacientes y de sus familiares. En el 2011, en Oncología fueron atendidos 1312 pacientes, de los cuales el 54,3% corresponde a hombres y el 45,7 a mujeres. De este total, 930 recibieron Quimioterapia y el 20% del total de pacientes recibieron cuidados paliativos a nivel Hospitalario.

Existe un equipo multidisciplinario que presta ayuda las 24 horas a enfermos terminales con atención centrada en alivio del dolor, ansiedad, ayuda religiosa y asistencia a familiares. Se diseñó y ejecutó este proyecto de acción y desarrollo social con el objetivo de brindar atención de calidad a los pacientes terminales en el servicio de Oncología, mediante la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos dirigidos a mejorar su calidad de vida. Este trabajo investigativo se fundamenta en un Marco Teórico que contiene el marco institucional del Hospital Carlos Andrade Marín y el marco conceptual referente a los cuidados paliativos. La metodología utilizada en esta investigación fue la de Marco Lógico.

Para obtener información se aplicaron encuestas al personal médico, enfermeras, pacientes y familiares, cuyos resultados son presentados a través de cuadros y gráficos estadísticos, con su respectivo análisis e interpretación; además se presenta la evaluación de los indicadores de los resultados, la evaluación del indicador del propósito y la evaluación del indicador del fin. De acuerdo con esto, se formularon Conclusiones y Recomendaciones que permitieron plantear la Propuesta: "Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Servicio de Oncología" y la Guía de Capacitación, encaminada a cumplir con el objetivo establecido.

5. OBJETIVOS

Objetivo general

Brindar atención de calidad a los pacientes terminales mediante la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos, la capacitación y la aplicación de un modelo de atención para contribuir a la satisfacción del paciente.

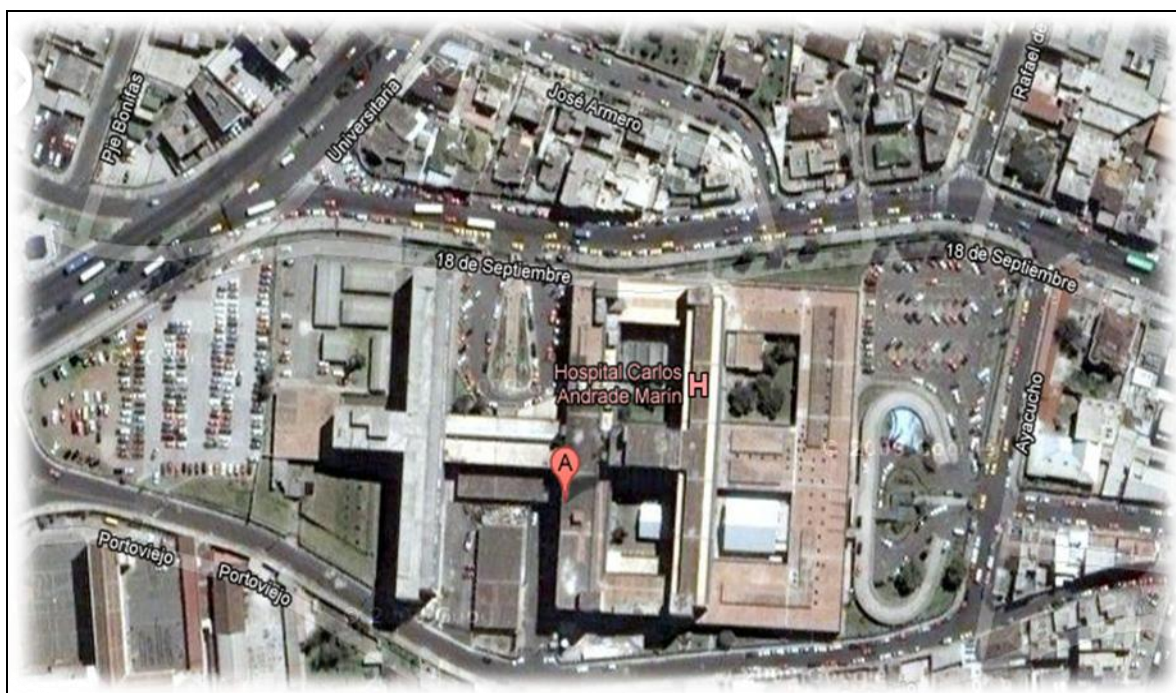
Objetivos específicos

1. Diseñar e implementar un programa de capacitación dirigido al personal de salud del área de Oncología, sobre calidad de atención al paciente terminal.
2. Diseñar e implementar una Unidad de Cuidados Paliativos asociada al área de Oncología en el Hospital Carlos Andrade Marín.
3. Diseñar e implementar el modelo de atención a pacientes terminales del área de Oncología, en la Unidad de Cuidados Paliativos.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 Marco Institucional

7.1.1 Aspecto geográfico del lugar



El Hospital Carlos Andrade Marín está ubicado en la calle 18 de Septiembre de la Parroquia Santa Prisca en la Ciudad de Quito de la provincia de Pichincha. En 1936 el doctor Carlos Andrade Marín fue director del Departamento Médico del Seguro Social. El Hospital Andrade Marín tiene una extensión de 41.911 metros cuadrados, el terreno fue adquirido por el Director Médico de entonces: doctor Aurelio Ordóñez, En 1956, en la cantidad de 3'654.500 sucres. Además de una amplia área de construcción tiene jardines y espacios verdes. La construcción se inició en 1961 por la Compañía Jaramillo Saa. El precio de la inversión fue de 137'311.698 sucres. El equipamiento estuvo a cargo de la oficina norteamericana Asheco (la cual desapareció después de esta participación), con excepción de los equipos radiológicos que fueron suministrados por el Consorcio Philips-Siemens. Inicialmente se habilitaron solamente 365 camas.

La inauguración del Hospital Carlos Andrade Marín se realizó el 30 de Mayo de 1970, asistieron el Presidente de la República; doctor José María Velasco Ibarra y la señora Ana Andrade Thomas, viuda del doctor Carlos Andrade Marín, contaba con 63 médicos, 6 médicos residentes y 66 enfermeras. El área de Oncología y Radioterapia fue creada en 1973, y empezó a brindar atención especializada a pacientes con enfermedad oncológica. Se conformó el comité de tumores y en 1990 se conforma el área de Terapia del dolor, en el año 1993 inicia por primera vez a trabajar el comité de damas voluntarias. En 1994 se empieza a trabajar con las bombas de infusión y la campana de flujo laminar, que permitía protegerse y preparar las quimioterapias.

Servicio de Oncología

Está ubicado en el primer piso del bloque 2 del Hospital; cuenta con la siguiente distribución: Consulta Externa caracterizada por dar atención clínica a pacientes nuevos y en control, en las especialidades de Radioterapia, Quimioterapia, adicionalmente presta atención de Psicología, Trabajo Social, Cirugía menor, colocación de catéteres, su infraestructura se ubica así: Una oficina para secretaría y Jefatura de Oncología, una sala de reuniones y un archivo con una ventanilla para otorgar los turnos para las respectivas citas, una oficina para trabajo social, 5 consultorios para consulta externa de Oncología.

Una sala de reuniones, una área exclusiva para Radioterapia, un área destinada para pacientes y familiares como sala de espera, una oficina para trabajo social, una oficina destinada para las damas voluntarias, una sala para quimioterapia del día y su respectiva campana de flujo laminar con un baño para pacientes.

En el área de Hospitalización: una oficina para la supervisora, una sala de procedimientos, cuartos para los pacientes que reciben quimioterapias programadas por varios días, la capacidad del servicio de Oncología es de 22 camas que pasan ocupadas en su totalidad, en la parte intermedia está el área destinada para la Unidad de Cuidados Paliativos, con habitaciones individuales, con todo el confort y servicios básicos.

7.1.2 Dinámica poblacional

Son pacientes atendidos en el año 2011 en el Hospital Carlos Andrade Marín, algunos vienen de todas las provincias del Ecuador en un 30%; la mayoría (58%) fluctúa entre los 20 y 40 años de edad, y en un 70 % de Pichincha y otros sectores aledaños. Los que mayormente reciben atención son los hombres con el 69.4% corresponde al sexo masculino y el 30.6% al femenino, entre ellos afiliados activos, jubilados, seguro campesino y afiliación voluntaria.

Cuadro N°1: Dinámica poblacional del Hospital

PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN AÑO 2011					
Procedencia		Edad		Sexo	
Provincias	Porcentaje	Años	Porcentaje		Porcentaje
Pichincha	70 %	20-40	58 %	Hombres	69,4 %
Otras provincias	30 %	40 ó más	42%	Mujeres	30,6 %
TOTAL	100%		100%		100%

Fuente: estadísticas del HCAM 2011
Elaborado por: María Insuasti

Cuadro Nº 2: Dinámica Poblacional de Oncología

DINÁMICA POBLACIONAL DE ONCOLOGÍA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011			
Nº	Patología	Nº Pacientes	Porcentaje
1	Cáncer de Mama	216	23 %
2	Cáncer Gástrico	160	17 %
3	Cáncer de Colón y Recto	117	13 %
4	Cáncer de Próstata	97	11 %
5	Linfoma No Hodgkin	80	9%
6	Cáncer de Cérvix	67	7 %
7	Cáncer de Pulmón	58	6 %
8	Tumor Del SNC	55	6 %
9	Cáncer de Piel	36	4 %
10	Sarcomas	35	4%
TOTAL		921	100 %

Fuente: estadísticas del HCAM 2011
Elaborado por: María Insuasti

7.1.3 Misión de la Unidad de Cuidados Paliativos

Los profesionales de diversas especialidades se han comprometido a ejercer sus habilidades y conocimientos a nivel domiciliario con el objeto de facilitar al paciente y familiares del mismo una atención más humana y en el ambiente familiar que es más propicio para aquellos pacientes que se encuentran en las fases más dolorosas y críticas de su vida.

7.1.4 Visión de la Unidad de Cuidados Paliativos

La clínica del dolor y la Unidad de Cuidados Paliativos para enfermos terminales a domicilio dedicarán todos sus esfuerzos para proporcionar a los pacientes que a ella concurren atención multidisciplinaria de la mejor calidad para asegurarse que el dolor y las molestias derivadas de sus enfermedades en especial en sus últimos momentos de vida sean tolerables y no disminuyen su dignidad como personas.

7.1.5 Características de la Organización Administrativa

Autoridades del Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Grace Falconí

Directora administrativa

Dra. Patricia Villacís Mora

Directora Técnica General

Dr. Fernando Mosquera Jácome
Director Técnico de Hospitalización y Ambulatorio

Dra. Mónica Chávez Guerrero
Directora Técnica de Medicina Crítica

Dr. Miguel Villareal Robles
Director Técnico de Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento

Dr. Gonzalo Salgado Navarrete
Director Técnico de Docencia

Dra. Grace Falconí Pazmiño
Jefe del Departamento de Urgencias

Dr. Gonzalo Sánchez González
Jefe del Departamento Materno Infantil

Dr. Galo Mosquera Martínez
Jefe del Departamento de Ambulatorio

Ec. Paulina Vásquez Espinosa
Jefe del Departamento de Servicios al Asegurado

Dra. Elizabeth Moya Silva
Jefe del Departamento Clínico

Ing. Amparo Carbonell
Jefe del Departamento Financiero

Lcda. Cecilia Guerra Vinuesa
Jefe del Departamento de Servicios Generales

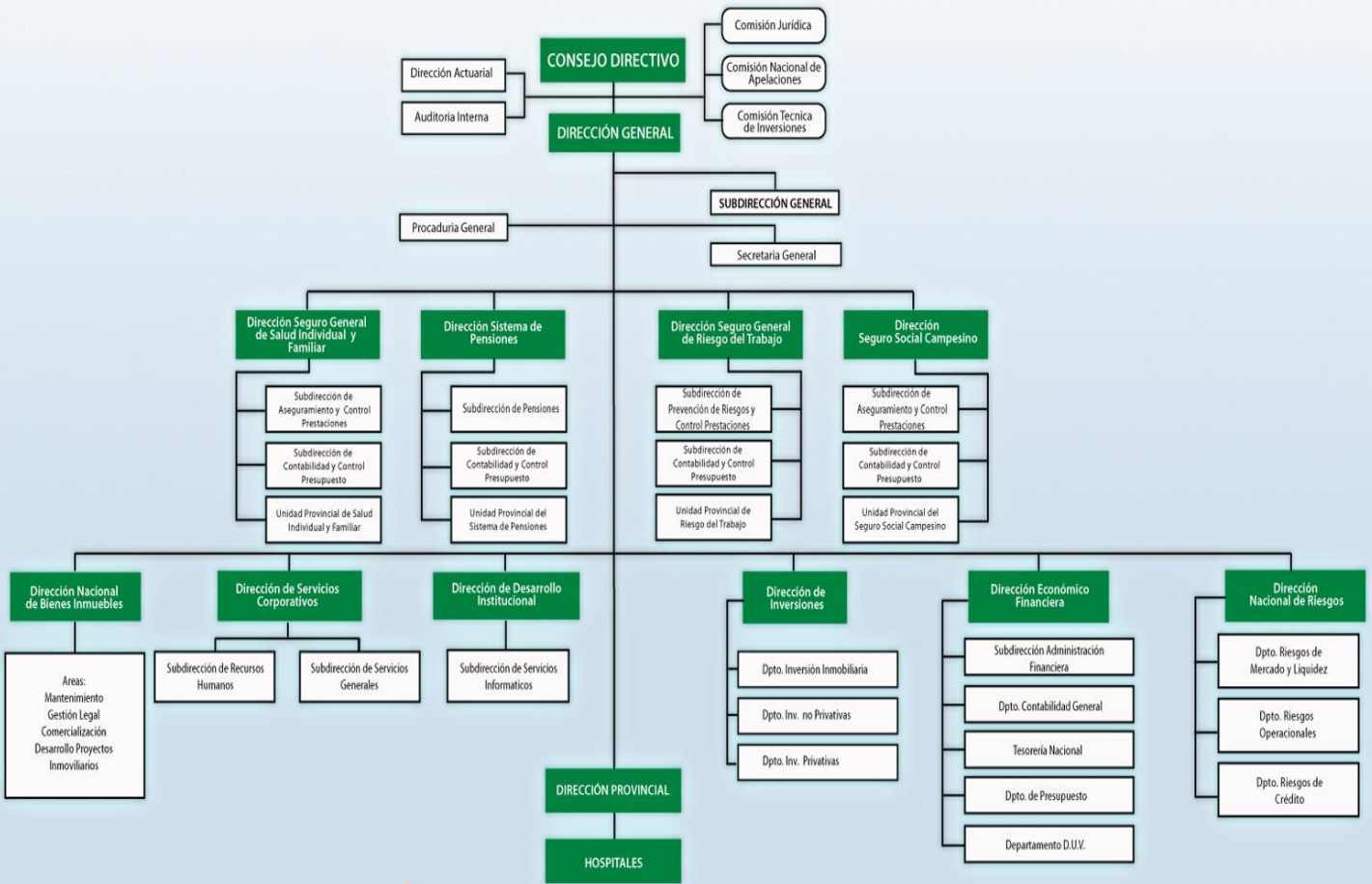
Lcda. Elizabeth Cifuentes
Responsable de la Unidad de Enfermería

Dr. Eduardo León
Jefe Encargado de Oncología



Organigrama

Instituto Ecuatoriano Seguridad Social



EL CAMBIO AVANZA... SEGURO!

7.1.6 Servicios que presta la Institución

Es la unidad de mayor complejidad de la red de servicios de salud del IESS, regida por políticas y normas dictaminadas por el Consejo Directivo sobre la base de los principios de solidaridad, universalidad y equidad, para brindar atención médica integral, ética, actualizada y especializada, mediante la utilización de tecnología de punta y capacitación continua en beneficio de la calidad de atención y la satisfacción de las necesidades de sus afiliados y usuarios.

Servicios médicos:

Especialidades clínicas

Cardiología

Dermatología

Hematología

Gastroenterología

Nefrología

Neumología

Neurología

Oncología

Geriatría (el 80% de los pacientes son adultos mayores)

Pediatría

Neonatología (Subespecialidad)

Medicina Interna

Traumatología

Especialidades críticas

Medicina Crítica (Urgencias)

Terapia Intensiva

Anestesiología

Especialidades quirúrgicas

Cardiotorácica

Cirugía General

Neurocirugía

Oftalmología

Otorrinolaringología

Cirugía Plástica

Urología
Cirugía Vascular
Cirugía General
Cirugía Oncológica
Ginecobstetricia (Especialidad Materno Infantil)

Diagnóstico

Imagenología
Laboratorio Clínico
Patología Clínica

7.1.7 Datos estadísticos de cobertura:

Consulta Externa

Primeras Consultas: 13.251
Subsecuentes: 219.318. Total: 232.569
Consultas Emergencias: 55.045. Total: 287.614

Población Atendida Consulta Externa:

Seguro de Salud: 41,82%
Jubilados: 39,87%
Voluntarios: 6,48%
Otros: 11,83%

Indicadores Consulta Externa:

Cobertura Afiliada Año: 4,00%
Concentración de Consultas: 17,55%
Promedio Consultas por Hora: 5,04%
Promedio Recetas Prescritas por Consulta: 1,57%
Promedio Diario de Consultas: 919
Consulta Odontológica por Hora: 6,48%
Total Exámenes De Laboratorio del Año: 662.894
Total Exámenes Imagen: 102.640
Total de Recetas Prescritas: 365.000

Población Atendida

Seguro de Salud: 63,76%
Jubilados: 27,65%
Voluntarios: 3,90%

Otros: 4.69%

Transferencias:

Hospitalización: 3.001

Observación Hospitalización: 2.457

Consulta Externa: 2.399

Otro Hospital: 88

Domicilio: 47.100

Organización Administrativa de Oncología

El área de Oncología cuenta con una estructura adecuada a los servicios que presta y que le ha ubicado como uno de los mejores servicios en Latinoamérica. Cuenta con personal especializado y motivado que demuestra en el desempeño de sus puestos. La organización Administrativa de la unidad de cuidados paliativos se encuentra dentro de la base piramidal incluida en el servicio de Oncología.

Está conformada por un jefe de servicio, 10 médicos tratantes, y 4 médicos residentes, una enfermera jefe, una enfermera para consulta externa y diez enfermeras para hospitalización, ocho auxiliares de enfermería, una auxiliar de servicios varios, una secretaria, trabajadora social, una psicóloga. El personal de enfermería trabaja en turnos rotativos de seis horas diarias en la mañana y tarde y doce horas en la noche. Subordinadas directas, secretaría, archivo clínico, docencia, radioterapia Hospitalización, comité de médicos.

Servicios que presta Oncología

En el servicio de Oncología, se imparte docencia y es un área que da cabida para los especialistas de postgrados y pasantías para personal de otras instituciones con equipos que utiliza tecnologías de primera a la par con el avance tecnológico. Se aplican los más avanzados descubrimientos en los tratamientos y procedimientos de Quimioterapias, Radioterapia, y Control del Dolor. Las enfermedades y procedimientos más frecuentes que se realizan en el Servicio de Oncología del HCAM, brinda atención a pacientes con diagnóstico histopatológico de malignidad en las modalidades de Quimioterapia, Radioterapia, así como en las aplicaciones derivadas de su tratamiento de enfermedad oncológica, brinda cuidados paliativos, tanto en su aspecto físico, psicológico, social y espiritual.

Cuadro Nº3: Procedimientos realizados en Oncología

En cuanto a procedimientos se realizan en el servicio de Oncología:	
1.-PROCEDIMIENTOS	3.-ATENCIÓNES: TERAPIA DEL DOLOR
➤ Curaciones	➤ Cuidados Paliativos
➤ Quimioterapia intravenosa	➤ Diagnóstico
➤ Radioterapia	➤ Tratamientos tanto en Consulta Externa como en Hospitalización
2.-CIRUGÍAS:	4.-TRATAMIENTOS FRECUENTES:
➤ Colocación de catéteres	
➤ Cirugía menor	➤ Cáncer de seno
➤ Biopsias	➤ Linfomas
➤ Paracentesis	➤ Estómago
	➤ Próstata
	➤ Pulmón
	➤ Colon
	➤ Recto

Fuente: Revista de Oncología del HCAM 2011
Elaborado por: María Insuasti

Cuadro Nº 4: Producción de hospitalización en el hospital “Carlos Andrade Marín” en Oncología en el 2011

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO	
Femenino	617
Masculino	695
Total	1312

Fuente: Estadísticas del HCAM 2011
Elaborado por: María Insuasti

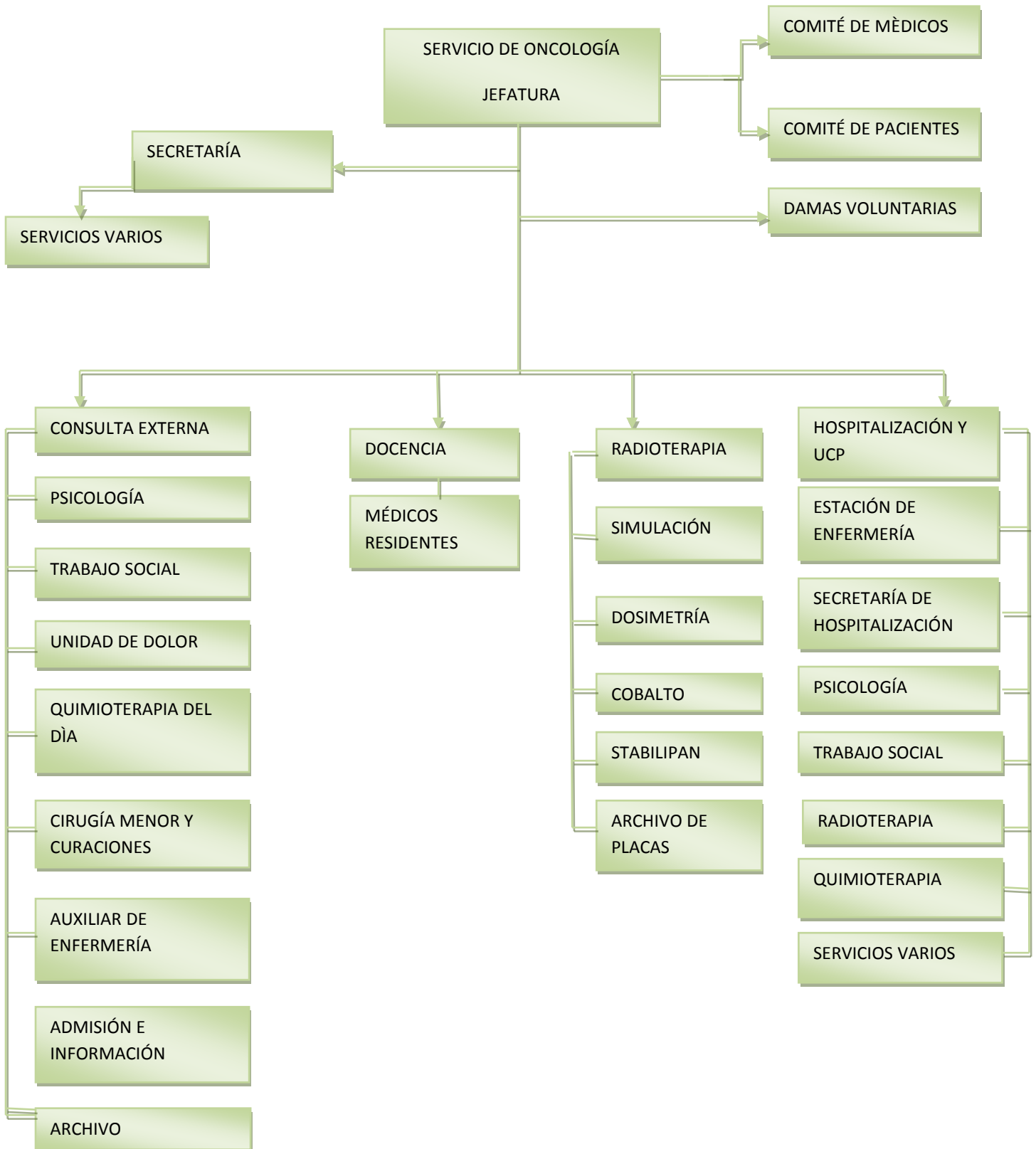
Hospitalización: Estancia hospitalaria

Total Egresos: 1312 Población Atendida Hospitalización.

Defunciones menos de 48 horas 10 pacientes

Defunciones más de 48 horas 54 pacientes

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA



7.1.7 Datos estadísticos de cobertura (Estado de salud enfermedad de la población):

Cuadro N°5: Patologías más frecuentes

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES			
Cáncer en hombres		Cáncer en mujeres	
Próstata	40%	Mama	42 %
Melanomas	30%	Melanomas	23%
Estómago	20 %	Cuello de Útero	22%
		Estómago	35%

Fuente: estadísticas del HCAM 2011
Elaborado por: María Insuasti

7.1.8 Características geofísicas de la Institución

El hospital Carlos Andrade Marín se encuentra ubicado en el centro norte de Quito es un hospital de tercer nivel asentado en un área de 41.911 metros cuadrados su construcción es de ladrillo y cemento dividido en bloques para consulta externa y hospitalización. La unidad de cuidados paliativos localizada en el primer piso en el servicio de Oncología, en el bloque 2 cerca a la entrada a emergencias del hospital. Cuenta con todos los servicios básicos como agua potable, luz eléctrica, red telefónica, área de desechos hospitalarios. Se implementa, la unidad de cuidados paliativos para la atención de pacientes en fase terminal de oncología del hospital “Carlos Andrade Marín”, acorde con la demanda de los pacientes tanto a nivel local como nacional, que exclusivamente está dirigida a salvaguardar la integridad y la vida de los afiliados, jubilados y beneficiarios del IESS.

7.1.9 Políticas de la Institución

Promocionar las actividades de Investigación Científica en problemas de salud humana, de acuerdo con las políticas institucionales y con sujeción a los programas y directrices de la Dirección del Hospital. Organizar y ejecutar los programas de pregrado, postgrado, educación continua, formación y divulgación científica para todo el personal del Hospital y demás unidades médicas del subsistema zonal.

Evaluar el costo / beneficio de las actividades docentes de las actividades de docencia y capacitación y las acciones necesarias para elevar la productividad y calidad. Participar en la formulación y ejecución de los planes de bioseguridad hospitalaria, defensa civil y contingencia para casos de desastres o epidemias.

Participar con el personal del hospital y demás Unidades Médicas del Subsistema Zonal en congresos, seminarios y otros eventos de carácter científico y técnico

7.2. MARCO CONCEPTUAL

Oncología

Definición

Oncología es la especialidad médica que estudia los tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer. El término Oncología deriva del griego *ονκος onkos* (masa o tumor) y el sufijo *λογος -logos-ou* (estudio de). Los profesionales de esta especialidad son los oncólogos. Existen los Oncólogos pediátricos: aquellos especializados en la atención médica de niños con algún tipo de cáncer. Ortopedistas oncólogos: Se dedican al estudio, diagnóstico y tratamiento de los pacientes portadores de tumores óseos y articulares fundamentalmente; y a la reconstrucción quirúrgica mediante la utilización de megaprótesis (pos-resección tumoral) o de transplantes óseos masivos.

Bases Epidemiológicas y Socio demográficas de los Cuidados Paliativos

En las últimas cuatro décadas el mundo ha experimentado un descenso sostenido y gradual de las tasas de natalidad y mortalidad. Consecuentemente, y en relación a la mejoría en el control de las enfermedades infecciosas, la creciente urbanización, la industrialización y los cambios en los estilos de vida, se ha producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando en un perfil socio demográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Actualmente la esperanza de vida promedio mundial es de 65 años, 7 años más de lo que se esperaba a finales de los años 60. Se prevee que para el año 2025, un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años.³ Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial.

³Diario El Universo: (<http://www.eluniverso.com/2010/10/09.solca-ensena-tratarenfermos.ht>)

Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (cáncer). En Chile se observan las mismas tendencias demográficas y epidemiológicas. Así, en el año 2004 la tasa de mortalidad general fue 5.4 por cada 1000 habitantes, 7.1 puntos menos que la registrada en el año 60 y actualmente, la esperanza de vida. Promedio general al nacer es de 77.7 años. La población de adulto mayor corresponde al 10% de la población total. Así mismo, las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas, donde un 27.9% corresponden a enfermedades cardiovasculares y un 24.2% a tumores malignos .

De esta manera, una necesidad urgente de nuestros tiempos es la de hacer frente a un número creciente de adultos de edades avanzadas, que padecen y morirán de enfermedades crónicas las que, se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos. A un nivel físico, los síntomas derivados directamente de la enfermedad o de los tratamientos que a veces continúan hasta fases muy avanzadas, representan un problema de impacto mayor.

En estudios realizados en pacientes oncológicos atendidos por diferentes sistemas de atención de Cuidados Paliativos en USA se observa que dolor, disnea, anorexia, delirio y pérdida de autonomía están presentes en entre un 25 y un 90% de los pacientes semanas antes de fallecer. En América Latina como ejemplo Chile de los 13.900 pacientes atendidos por las Unidades de Cuidados Paliativos del SNS se observa que un 78% habrían presentado anorexia, ansiedad, baja de peso y dolor; 67% náuseas, insomnio y vómitos y 60% disnea y depresión. En series de pacientes terminales con insuficiencia cardíaca avanzada se observa que un 63% habrían presentado dolor y 51% disnea en las semanas previas a su deceso (30).

En pacientes terminales con enfermedad de motoneurona se reporta una prevalencia de 65% de constipación, 57% de dolor, 53% de tos, 48% de insomnio y 47% de disnea. A nivel psicosocial, la enfermedad terminal muchas veces genera en los pacientes una sensación de amenaza e indefensión. Cirujanos plásticos oncológicos: realizan la cirugía plástica oncológica, rama de la cirugía reparadora o reconstructiva, luego de la extirpación local del cáncer. Cuidados

Paliativos es una prestación del modelo de atención integral para las personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva, incurable e irreversible y que no responde más al tratamiento curativo. El principal objetivo es el control del dolor y otros síntomas para que el paciente mejore considerablemente su calidad de vida hasta el final de sus días.

En este modelo, los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia, los Cuidados Paliativos constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia pues ofrece, además de una adecuada prevención el alivio del sufrimiento, basado en una valoración muy precisa a fin de no someter al paciente a exámenes y/o procedimientos que retrasen o aceleren el proceso natural de la muerte digna. Es un concepto que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, o integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y guías espirituales.

Diagnóstico

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis.

Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia) el cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007.

El diagnóstico de cáncer en pacientes está, en gran medida, influenciado por el tipo de cáncer, así como por la etapa o la extensión de la enfermedad (frecuentemente en estados iniciales suele ser confundido con otras patologías si no se realizan los diagnósticos diferenciales adecuados). La clasificación histológica y la presencia de marcadores moleculares específicos pueden ser también útiles en el diagnóstico, así como para determinar tratamientos individuales.

Tratamiento

Una vez detectado, se trata con la combinación apropiada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Según investigaciones, los tratamientos se especifican según el tipo de cáncer y, recientemente, también del propio paciente. Ha habido además un significativo progreso en el desarrollo de medicamentos que actúan específicamente en anomalías moleculares de ciertos tumores y minimizan el daño a las células normales.

Quimioterapia.- Es un tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de las células tumorales hasta que las extinguen, este tratamiento se puede administrar a través de la vena y, en determinados casos, por vía oral.

Radioterapia.- Las modalidades fundamentales de radioterapia son:

Externa: Radiación producida por un generador (bomba de cobalto, aceleradores lineales) y dirigido a una región específica del cuerpo.

Braquiterapia: Radioterapia a corta distancia mediante la inserción de fuentes radiantes en el seno del tumor (braquiterapia intersticial) o en cavidades (braquiterapia endocavitaria).

Radioterapia metabólica: Administración de isótopo vía oral o endovenosa. Se aprovecha el tropismo por ciertos órganos como por el yodo 131 en tiroides.

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Definición

La Unidad de Cuidados Paliativos tiene como objetivo terapéutico favorecer el confort y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad avanzada y progresiva mediante una asistencia activa, integral, especializada e interdisciplinaria. El objetivo es alcanzar la mayor calidad de vida.

Los cuidados paliativos no aceleran ni posponen el proceso de morir, reafirman la calidad de vida. Se define como *Enfermedad terminal* a la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta a los tratamientos específicos, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia de la muerte, y cuyo pronóstico debe ser inferior a seis meses.

Valoración Psicológica del paciente oncológico terminal y asistencia de enfermería

Las fases psicológicas del paciente terminal son: fase de negación e incredulidad fase de ira, fase de negociación, fase de depresión, fase de adaptación. Asistencia de enfermería en el paciente oncológico terminal, los cuidados paliativos se realizan a través de cuatro elementos básicos: una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas, diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento, dar apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo.

En la comunicación, la enfermedad tiende a dejar sin protección al enfermo y a revelar más fácilmente sus puntos fuertes y débiles, por lo que es esencial desarrollar una buena comunicación que permita recoger mejor sus síntomas y percibir sus preocupaciones para informarle si lo desea, sobre su diagnóstico la verdad soportable, el estado de su enfermedad, lo que se va a hacer para controlar sus síntomas y para apoyar sus otras necesidades de carácter psicosocial.

El control de los síntomas en su reconocimiento de los síntomas tanto físicos, psicológicos y espirituales, (no sólo de su presencia sino de su intensidad) y de su posible origen, constituye un paso esencial para elaborar su correcta terapéutica que, basada en la atención al detalle y con un carácter interdisciplinar dé como resultado el bienestar del enfermo considera que no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo sino a toda la persona, porque todo síntoma tiene una vivencia de amenaza que le ocasiona desamparo, soledad y dolor.

El alivio del sufrimiento es una dimensión fundamental de la condición humana y un acompañante frecuente que proviene de diversas causas: mal control de síntomas, situaciones psicosociales inadecuadas (falta de intimidad, compañía o soledad indeseadas, etc.), pensamientos negativos (de culpabilidad, miedo al futuro).

El estado de ánimo deprimido o angustiado, etc. Su alivio es una necesidad ética, pero es imposible atenuar la angustia mental del enfermo sin haberle liberado antes de una molestia física constante como el dolor.

La medicina actual ha experimentado un cambio en las actitudes hacia la familia, pues si bien la dedicación al enfermo es esencial para su recuperación, no lo es menos la atención que se dé a su familia y amigos, que necesitan información puntual de calidad, apoyo psicológico y ayudas físicas, no en vano la presencia de asistentes sociales aumenta significativamente la satisfacción de las familias, un equipo especializado y con conocimiento brindando ayuda personalizada e integral al paciente y familia. Los pacientes que han recibido el tratamiento y que no se han dado resultados esperados entran en fase terminal, es aquí cuando el personal de salud debe estar preparado para brindar una atención continua, apropiada y de calidad profundizando en los cuidados paliativos.

Evaluación del paciente oncológico terminal: se la hace por sistemas identificando los problemas comunes y sus complicaciones. Apariencia general, sistema neurológico, sistema gastrointestinal, sistema respiratorio, sistema cardiovascular, sistema genitourinario, sistema tegumentario, sistema musculoesquelético, sistema endocrino metabólico.

Funcionamiento de la unidad de cuidados paliativos y control del dolor: Los Cuidados Paliativos son un componente básico de la asistencia sanitaria, además de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento curativo; los Cuidados Paliativos deben adecuarse a las necesidades de los enfermos y estar basados en principios de equidad. Los Cuidados Paliativos deben ofrecerse durante todas las fases de las enfermedades incurables y progresivas y no solamente durante la etapa final de la vida; los Cuidados Paliativos no aceleran ni posponen la muerte, el acceso a los Cuidados Paliativos es un derecho humano.

Funcionamiento

Solicitud del servicio por parte del médico responsable del paciente, identificación de los casos, visita de valoración, servicio de atención telefónico permanente (24 horas, 365 días al año), coordinación con otros recursos asistenciales (servicio de emergencias), servicio de farmacia, hospital de referencia, interconsulta especialistas). Seguimiento individualizado: visitas en el hospital de referencia del paciente, visitas en el domicilio del paciente, visitas en el centro asistencial.

Equipo de trabajo: conformado por: médicos familiares, profesional de la salud o médicos de las diferentes especialidades que tengan un diplomado o título paliativistas, una trabajadora social, Psicooncólogo o Psicooncóloga, una enfermera o auxiliar de enfermería, un sacerdote parte fundamental, el paciente terminal requiere de la parte espiritual, respetando las creencias religiosas de cada paciente, una terapeuta experta en rehabilitación y fisioterapia respiratoria, un voluntario.

Al ser el dolor un fenómeno totalmente amplio y multifactorial y dimensional, hace necesario para una atención integral, la permanencia de un equipo que cumpla con las necesidades básicas de los enfermos, tales como las físicas, las psicológicas, sociales, emocionales y espirituales.

En cuanto al campo de la medicina, se identifica que dentro de los equipos laboran médicos generales, anesthesiólogos, al (especialista en el dolor), hematólogos. Lo importante es que al menos exista el equipo médico básico para la atención del dolor. Entre más especialistas laboren dentro del equipo, más completa será la atención que se brinde, sin embargo, hay que tomar en cuenta un importante factor, cual es la disponibilidad de recursos para desempeñar estas labores y los conocimientos necesarios. Es necesaria la atención social, emocional y psicológica de los pacientes, funciones que deben ser desempeñadas por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras.

La atención farmacéutica, se vuelve fundamental en el cuidado paliativo. Si se cuenta con el servicio de farmacia dentro de la misma clínica, o sea no dependiente específicamente del Hospital, la labor puede ser más útil y eficaz, porque se tendrá lo que se necesite en el momento preciso, una farmacia satélite que este dotada de medicamentos básicos para terapia del dolor, que sea de libre acceso.

La atención espiritual, debe verse tan importante como la médica y social. Se le debe dar la oportunidad a cada enfermo terminal y moribundo de encontrarse con su espiritualidad, en el trance final de su vida. En la Unidad de Cuidados Paliativos, la intervención espiritual ocupa un lugar muy importante en el trato de los enfermos, incluso la misma iglesia, juega un papel fundamental en el desempeño de la clínica en cuanto a recursos económicos se refiere. Aún así, sin importar el credo religioso, es imprescindible que exista un profesional al respecto, que se incorporen de ser posible, pastores, predicadores y sacerdotes en general. La meta fundamental de los cuidados Paliativos es dar calidad de vida al paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia, de cubrir las necesidades físicas, psicológicas espirituales.

Prestación de servicios : en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín siendo un hospital de tercer nivel, se debería implementar la Unidad de Cuidados Paliativos con el objetivo fundamental de conseguir el máximo bienestar para los pacientes terminales y sus familias, con especial interés respecto a la voluntad del paciente y en tratar de facilitar las circunstancias personales externas e internas, que pueden favorecer al proceso de aceptación y el acceso a una muerte en paz o digna.

Se dará especial atención en: tratamiento y control del dolor, incluye acupuntura, relajación, técnicas para conciliar el sueño. Manejo de complicaciones en fase terminal de la enfermedad: manejo de colostomías, manejo de paraplejías, manejo de escaras y úlceras varicosas, manejo de infecciones crónicas, manejo de catéteres. Rehabilitación y protección de la integridad anatómica y fisiológica musicoterapia. Consejería, nutrición, manejo de equipos, entretenimientos preparación familiar para el fallecimiento, ayuda espiritual.

Visitas Domiciliarias

Se debe dar importancia a las visitas domiciliarias ya que estas favorecen la expresión de los sentimientos de los pacientes, mejoran los vínculos entre médico y familia, se reconoce el grado de adaptación del enfermo a su casa, detecta las familias vulnerables, revela los valores de la historia familiar, sabemos cuantos miembros están en el hogar, facilita la orientación familiar en el propio domicilio.

Además el trabajo del equipo multidisciplinario se enfoca a educar a los familiares para prevenir complicaciones posteriores.

Los instrumentos utilizados: Atención individualizada, continuada e integral de las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, control de síntomas, soporte emocional, tanto del paciente como de los familiares. La unidad de tratamiento es el paciente y su familia, atención al bienestar y calidad de vida, brindada por un equipo de profesionales.

Desarrollo social y sus beneficios

Los Proyectos de Desarrollo Social son aquellos diseñados para satisfacer necesidades de la Población y Resolver problemas apremiantes que enfrenta la comunidad, de tal forma que satisfechas esas necesidades y resueltos esos problemas; la comunidad es capaz de enfrentar autónomamente los desafíos de su desarrollo. En el caso específico de este proyecto, la afectación social que tiene el mismo, se vislumbra porque trata de resolver necesidades y problemas que afectan al ser humano y a sus condiciones de vida, en este caso a la necesidad de dignificar los últimos días o años de vida de una persona, que es parte de una Familia.

Un proyecto de desarrollo social debería contemplar fundamentalmente lo que hace referencia a las necesidades básicas del individuo, es decir; salud, educación, empleo y vivienda así como otro tipo de necesidades como son la dignidad, autoestima, aprecio, seguridad, consideración, la capacidad de encontrar sentido a la vida y al mundo que nos rodea. Los Proyectos de Desarrollo Social intentan siempre resolver una carencia, una necesidad y miran siempre al futuro que intentan mejorar. Podrían clasificarse de acuerdo a cómo intentan satisfacer la necesidad. Según Forni, destacan los siguientes: “Los que apuntan a la satisfacción directa de una determinada carencia en base a estándares sociales, los que facilitan indirectamente la satisfacción de una necesidad especial.

Los que introducen nuevos sistemas productivos para mejorar situaciones sociales, los que afectan a situaciones que se apartan de una normalidad socialmente definida, los que apuntan a introducir tecnologías organizativas para producir cambios en las situaciones sociales.”La elaboración de proyectos implica “sistematizar”, es decir, construir un sistema para lograr una ordenación.

Implica jerarquizar y articular una serie de hechos, de objetos o de ideas, aparentemente dispersos para poder comprender e interpretarlos mejor. Implica, también, la reflexión autocrítica que nos ayude a planificar acciones con el fin de lograr una mayor calidad en nuestros trabajos. El proyecto Social, tiene siempre la intención clara de alcanzar aquello que se pretende con la mayor eficacia y calidad.

Derechos de los enfermos terminales

Enfermo terminal

Se considera como enfermo terminal a la persona que sufre de una enfermedad incurable, progresiva e irreversible en etapa muy avanzada, para la que ya no existe esperanza de cura. Es un enfermo cercano a la muerte. Como seres humanos, estos enfermos tienen derechos que debemos respetar.⁴ Tiene derecho a recibir asistencia y acompañamiento espiritual siempre que lo necesite y a que le sean respetadas las creencias religiosas, cualesquiera que éstas sean.

Tiene derecho a conservar un sentimiento de esperanza, lo cual no equivale a que se le creen falsas expectativas, tiene derecho a expresar su voluntad en lo referente a las circunstancias que rodeen su muerte y a que esta sea respetada por familiares y médicos, tiene derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico, suministrada en forma oportuna y adecuada, en términos comprensibles y con tiempo suficiente para asumirla, tiene derecho a mantener hasta el final la misma dignidad y autoestima.

Educación y capacitación

Todo proyecto de desarrollo social debe cumplir con algunos principios básicos pero muy importantes, entre ellos: Participación: es decir no puede haber un proyecto de desarrollo social donde no participen los interesados, los comprometidos con su razón de ser: vale decir la comunidad interesada; entonces desde esa perspectiva, el presente Proyecto que pretendemos desarrollar cumple su función también como un medio de Capacitación, ya que para integrar a todos los involucrados en el desarrollo de una Unidad de Cuidados paliativos, será necesario que todos ellos se capaciten. Haciéndose necesario que la familia se involucre en el entrenamiento.

⁴Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos: (<http://www.fecupal.com.ec>)

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Matriz de los Involucrados

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Personal de enfermería de Oncología.	- Dar una atención integral de calidad aplicando los conocimientos adquiridos	RECURSOS Humanos Materiales MANDATO Aportar con la capacidad y conocimiento para la atención del enfermo terminal ACUERDO MINISTERIAL00000101 Art. 8 Formación en Cuidados Paliativos	- Desconocimiento de aplicación de cuidados paliativos
Personal médico, terapistas, sacerdote, trabajadora social, psicóloga-	- Brindar al afiliado cuidados paliativos con conocimiento y capacitación	RECURSOS Humanos Materiales MANDATO El personal capacitado aplique los conocimientos.	- Constante rotación del personal - Falta de capacitación en cuidados paliativos
Auxiliares de enfermería-	- capacitarse y aplicar los cuidados paliativos específicos	RECURSOS Humanos Materiales Financieros MANDATO Aplicar los cuidados con calidad y calidez.	- Falta de conocimiento de cuidados paliativos - No se da importancia adecuada a la Salud - No se aplica los conocimientos adquiridos
Autoridades y Personal Administrativo	Mejorar la calidad de atención a los pacientes de Oncología	RECURSOS financieros entregarlos oportunamente MANDATO Que los recursos se los utilice en la unidad de cuidados paliativos	- Falta de interés -falta de coordinación en la asignación de presupuesto
Pacientes	Recibir atención integral con calidad y calidez humana	RECURSOS humanos financieros MANDATO Exigir la calidad en la atención	Personal de salud no brinda atención integral
Familiares de los pacientes	Aplicar los conocimientos recibidos	RECURSOS humanos MANDATO Aplicar los cuidados paliativos aprendidos	Falta de interés de familiares y desconocimiento de cuidado paliativo
Maestrante de la UTP	Contribuir a la implementación de la unidad de cuidados paliativos en Oncología	RECURSOS financiero materiales tecnológicos talento humano MANDATO Apoyar al mejoramiento de la calidad de atención en la unidad de cuidados paliativos	Insuficientes recursos presupuestarios

ÁRBOL DE PROBLEMAS

EFFECTOS

Paciente insatisfecho por la atención recibida

Personal no aplica adecuadamente los Cuidados Paliativos al paciente

Paciente no recibe medicamentos indispensables para su tratamiento.

Paciente recibe atención de Cuidados Paliativos en forma discontinuada por personal que desconoce de tratamiento.

Deficiente calidad de atención a los pacientes en fase terminal

Personal trabaja con inseguridad en atención al paciente en fase terminal

El paciente desconoce a donde acudir en caso de presentar complicaciones.

INADECUADA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN SU TRATAMIENTO PALIATIVO EN EL HCAM.

CAUSAS

Personal de salud en Cuidados Paliativos no recibe capacitación

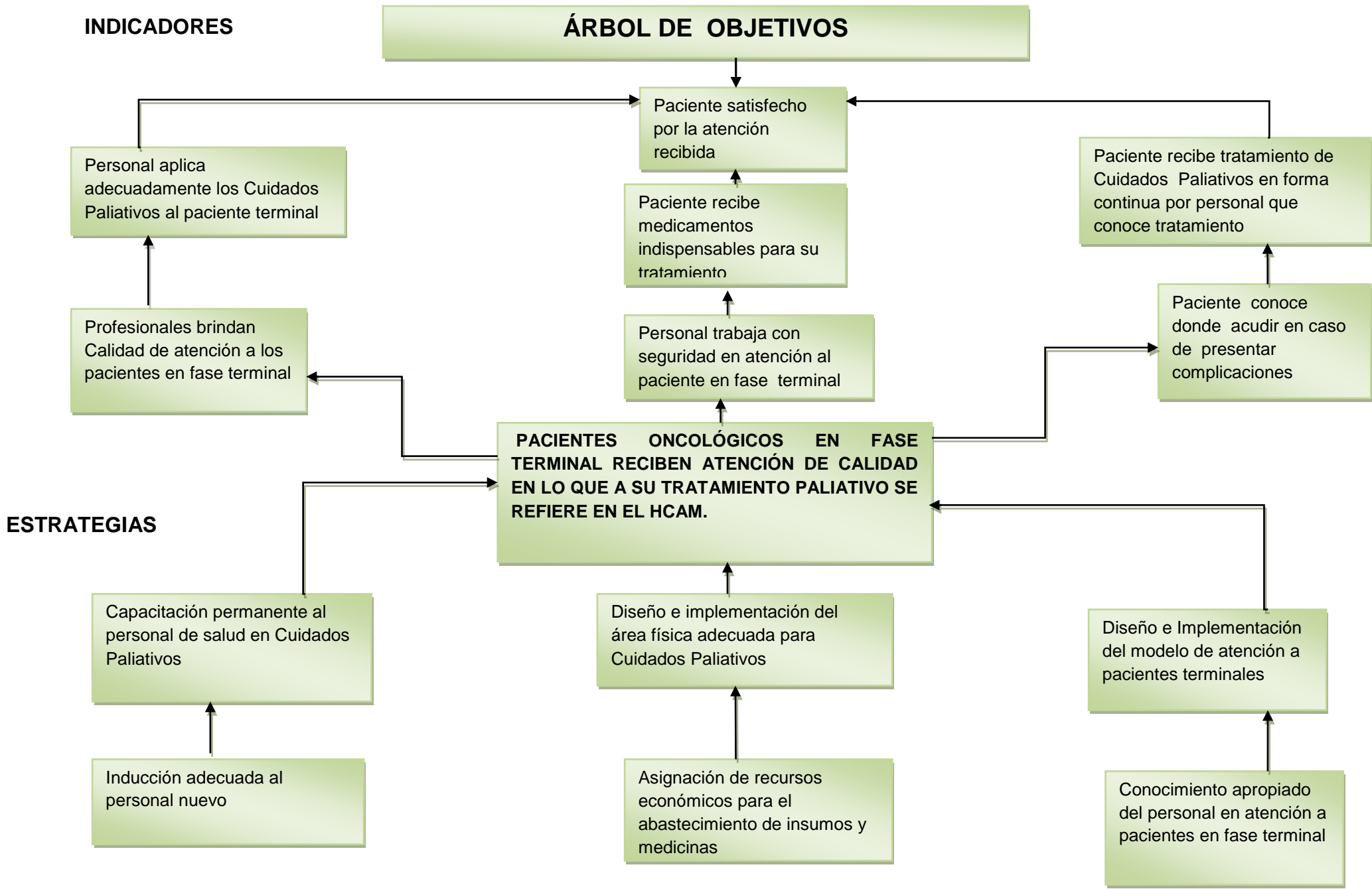
Área física inadecuada para Cuidados Paliativos

No se ha implementado un modelo de atención para pacientes terminales

Inducción inadecuada al personal nuevo

Asignación de recursos económicos para insumos y medicinas escasa

Desconocimiento del personal en atención a pacientes oncológicos en fase terminal



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

Problemática: Inadecuada atención al paciente oncológico terminal para el tratamiento en la unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital “Carlos Andrade Marín”

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a la satisfacción de los pacientes oncológicos en fase terminal con la atención recibida.	-Número de pacientes que manifiestan satisfacción por el tratamiento recibido.	- Reportes de pacientes atendidos -Guías de observación -Sondeos de opinión -Fotos	Los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social están satisfechos. El HCAM brinda excelente servicio para satisfacción de sus pacientes.
PROPÓSITO Brindar atención de calidad a los pacientes terminales de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Carlos Andrade Marín .	-Número de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos en el servicio de Oncología del HCAM -Número de profesionales que aplican adecuadamente los Cuidados Paliativos en el servicio de Oncología del HCAM.	- Reportes de pacientes atendidos Hojas de control semanal de tratamientos recibidos. - Monitoreo y Evaluación semanal/mensual -Charlas mensuales de realimentación de procesos y de motivación.	Total compromiso profesional, institucional, y administrativo en la atención de calidad en la Unidad de Cuidados Paliativos.
RESULTADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
RESULTADO 1 PERSONAL CAPACITADO, SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL	100% del personal capacitado, sobre calidad de atención al paciente terminal hasta octubre del 2011	-Cronograma de charlas -Tripticos -Registros de visitas domiciliarias -Fotos - Registros y control de asistencia de personas capacitadas	-Personal capacitado y motivado por parte de la maestrante
RESULTADO 2 UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DISEÑADA E IMPLEMENTADA	100% de la Unidad diseñada e implementada para Cuidados Paliativos hasta noviembre del 2011	-Fotos -Memorandos -Actas de reuniones con las autoridades	-Apoyo de las autoridades -Presupuesto asignado. -Equipamiento instalado
RESULTADO 3 MODELO DE ATENCIÓN PALIATIVA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL, ELABORADO, APLICADO, Y MONITOREADO.	100% de médicos, enfermeras, personal auxiliar de enfermería, trabajadora social conocen y aplican el modelo de atención a pacientes terminales desde Octubre del 2011	-Proyecto escrito -Presentación en power point -Fotos -Invitaciones -Registro de asistencia -Instrumentos de evaluación aplicados.	Grupo interdisciplinario conformado -Usuario interno y externo satisfecho -Equipo multidisciplinario brinda atención de especialidad en cuidados paliativos. - Interés del personal para asistir al programa del modelo de atención.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.- PERSONAL CAPACITADO SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINALES			
1.1 Extensión de oficios para aprobación a las autoridades.	Maestrante	Enero del 2011	\$20 impresiones
1.2 Elaboración de la planificación de la capacitación	Maestrante	Mayo del 2011	\$50 Computadora Internet Material De Escritorio
1.3. Invitación al equipo de salud para confirmar asistencia a la capacitación	Maestrante	Junio del 2011	\$50 material papelería
1.4. Ejecución de la capacitación Taller sobre Cuidados Paliativos y Jornadas de Cuidados Paliativos a pacientes terminales.	Maestrante	Septiembre del 2011,	\$150 refrigerio material de oficina
1.5. Evaluación de la capacitación	Maestrante	Octubre del 2011	\$50 en material copias
2.-UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS, DISEÑADO E IMPLEMENTADA			
2.1 Extensión de oficios de aprobación a las autoridades	Maestrante	Octubre del 2011	\$20 copias
2.2 Elaboración del plan de Socialización, Institucionalización	Maestrante	Octubre del 2011	\$100 Material De Escritorio
2.3 Reunión con las autoridades del hospital para la elaboración del acta de compromiso para institucionalizar el proyecto	Maestrante	Octubre del 2011	\$20 Audiovisuales (Televisión Y DVD)
2.4 Reunión con el personal que labora en el área de Oncología	Maestrante	Octubre del 2011	\$10 copias

2.5--Resolución de las Autoridades para la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos.	Maestrante	Noviembre el 2011	\$100 transporte, computadora internet
2.6.-Gestión para que el área física sea exclusiva para cuidados Paliativos	Maestrante	Noviembre del 2011	\$50 copias internet transporte
2.7.-Gestión de los trámite para aprovechar el talento propio del servicio de Oncología para la Unidad de Cuidados Paliativo	Maestrante	Noviembre del 2011	\$50 refrigerios
2.8.- Inauguración de la Unidad de Cuidados Paliativos con el equipamiento necesario	Maestrante	(pendiente) por remodelación	\$150 refrigerios
3.- MODELO DE ATENCIÓN PALIATIVA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL, ELABORADO, APLICADO, Y MONITOREADO.			
3.1 Extensión de oficios de aprobación dirigido a las autoridades	Maestrante	Noviembre del 2011	\$50 Infocus Computadora Recurso Humano
3.2 Recopilación de la Bibliografía	Maestrante	Noviembre del 2011	\$50 copias transporte internet
3.3 Elaboración del modelo de atención	Maestrante	Noviembre del 2011	\$60 internet copias
3.4.-Revisión y aprobación del Modelo de atención	Maestrante	Diciembre del 2011	\$100 computadora, recurso humano y material de escritorio.
3.5.-Aplicación del Manual del Modelo de atención	Maestrante	Diciembre del 2011	\$30 transporte
3.6 Evaluación de resultados	Maestrante	Diciembre del 2011	\$50 copias
TOTAL DEL PRESUPUESTO			\$1160

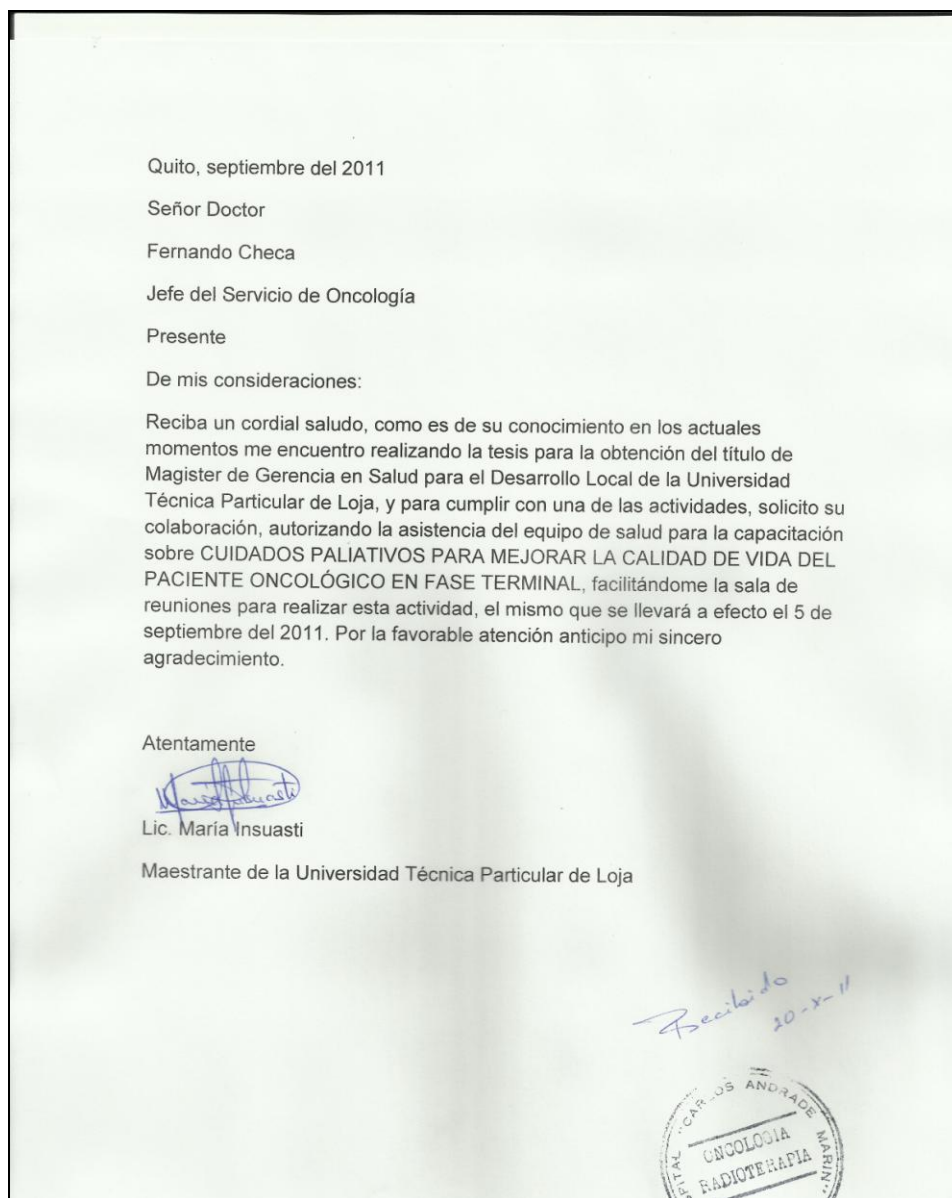
9. RESULTADO

RESULTADO 1

Personal capacitado, sobre calidad de atención al paciente terminal

1.1 Extensión de oficios para aprobación a las autoridades

Para dar cumplimiento con esta actividad se organiza una reunión con las autoridades de Oncología en la Jefatura de este servicio y se solicita se me apruebe impartir la capacitación al personal de salud sobre Cuidados Paliativos a pacientes en fase terminal.



1.2 Elaboración de la planificación de la capacitación

Para cumplir con esta actividad, se diseñó un plan de capacitación.

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	HORA	LUGAR	PARTICIPANTES	EVALUACIÓN
1.-Reunión con las autoridades del hospital para la elaboración del acta de compromiso para institucionalizar el proyecto	Lic. María Insuasti Pozo.	9HOO-10HOO	Sala de reuniones del Servicio	Lic. María Insuasti Director del servicio de Oncología	Se contó con la asistencia de la mayoría del personal invitado
2.-Reunión con el personal que labora en el área de Oncología	Lic. María Insuasti Pozo	.10H00-11HOO	Sala de reuniones del Servicio	Supervisora del Servicio de Oncología Personal que labora en Oncología	
3.-Facilitar los equipos audiovisuales	Lic. María Insuasti Pozo	11HOO-12HOO	Sala de reuniones del Servicio	Personal del Servicio de Oncología.	
4.-Resolución de las Autoridades para la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos.	Lic. María Insuasti Pozo	12HOO-13HOO	Sala de reuniones del Servicio	Director del servicio de Oncología Supervisora del Servicio de Oncología.	
Coffe break para los invitados	Lic. María Insuasti Pozo	13HOO	Sala de reuniones del Servicio	Invitados y maestrante	

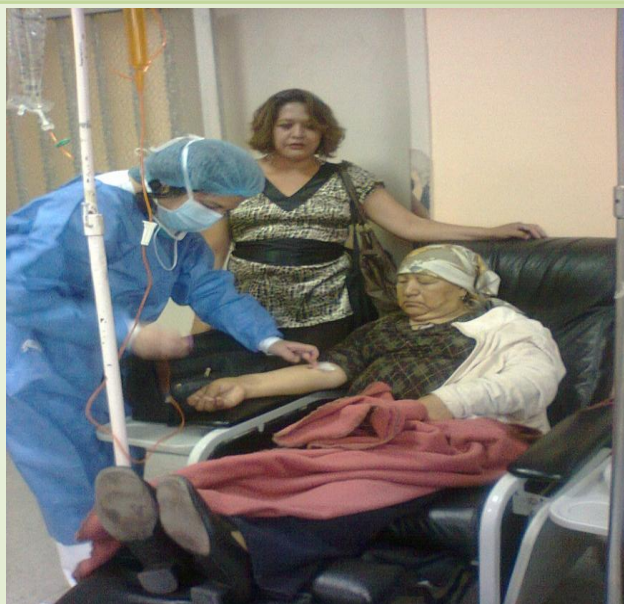


*Fuente: Capacitación al personal del HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



*Fuente: Capacitación del personal del HCAM por Presidente de Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*

1.3 Invitación al equipo de salud para confirmar asistencia a la capacitación



INVITACIÓN

CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

HCAM QUITO

DÍA: 2 SEPTIEMBRE 2011

**LUGAR: SALA DE REUNIONES DE
ONCOLOGÍA**

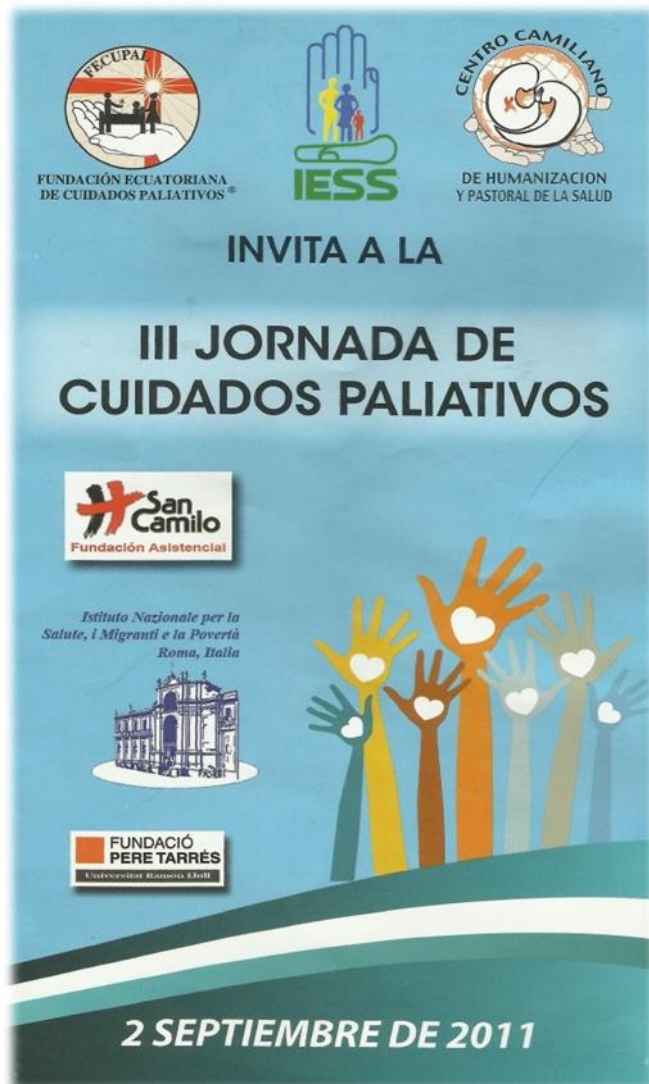
HORA: 10H00 a. m

Se invitó a todo el personal del servicio de Oncología para que reciban la capacitación en el HCAM en el mes de septiembre del 2011

1.4 Ejecución de la capacitación

Para cumplir con esta actividad se realizó la capacitación al personal que labora en la Institución, se contó con la colaboración del Talento Humano.

Diseño del Programa de Cuidados Paliativos llevadas a cabo en el H.C.A.M.

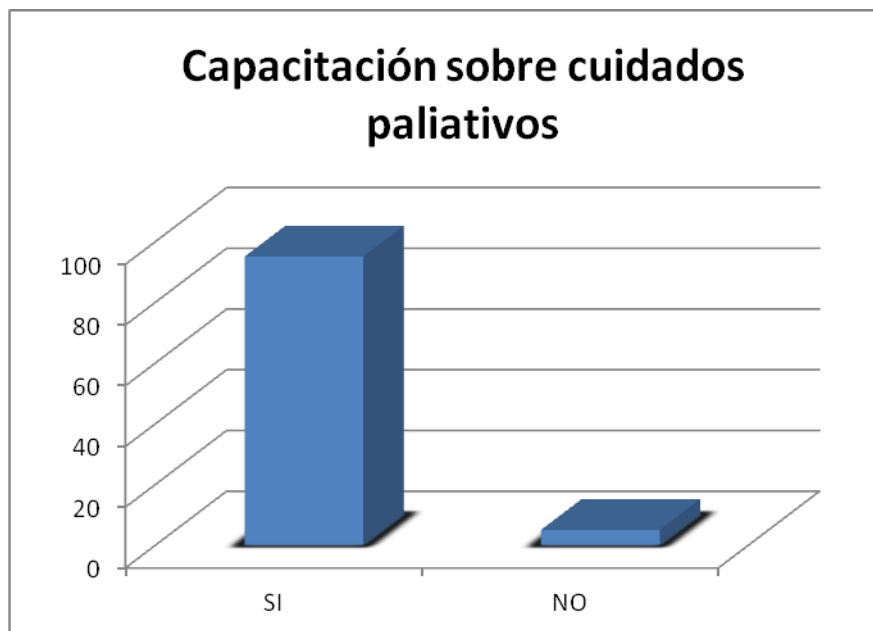


Programa diseñado y llevado a cabo por la fundación ecuatoriana de cuidados paliativos y el IESS en el HCAM en septiembre del 2011

1.5 Evaluación

1. ¿Recibió usted capacitación sobre Cuidados Paliativos?

Gráfico N°1: Personal con Capacitación sobre Cuidados Paliativos



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM Octubre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

El personal de Oncología respondió que sí recibió capacitación en un 95%, mientras que el 5 % respondió que no la recibió.

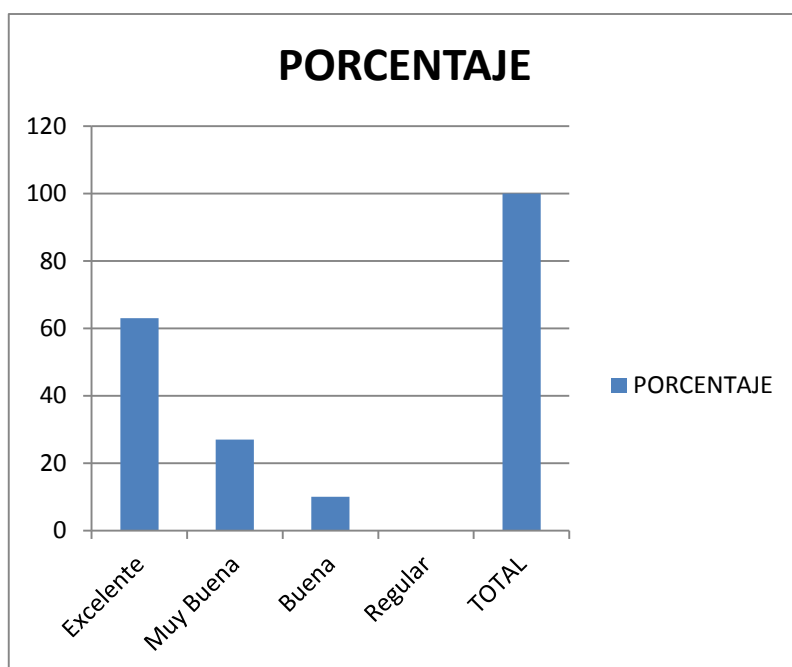
2.-¿Cómo fue la capacitación recibida?

Cuadro N° 6: Capacitación recibida

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	19	63%
Muy Buena	8	27%
Buena	3	10%
Regular	0	0
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a médicos y enfermeras de Oncología octubre del 2011 del HCAM
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Gráfico N° 2: Capacitación recibida



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM Octubre del 2011
 Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

El 63% de los profesionales que recibió la capacitación respondió que fue excelente, el 27 % muy buena, el 10 % buena, lo que contribuyó para su formación profesional.

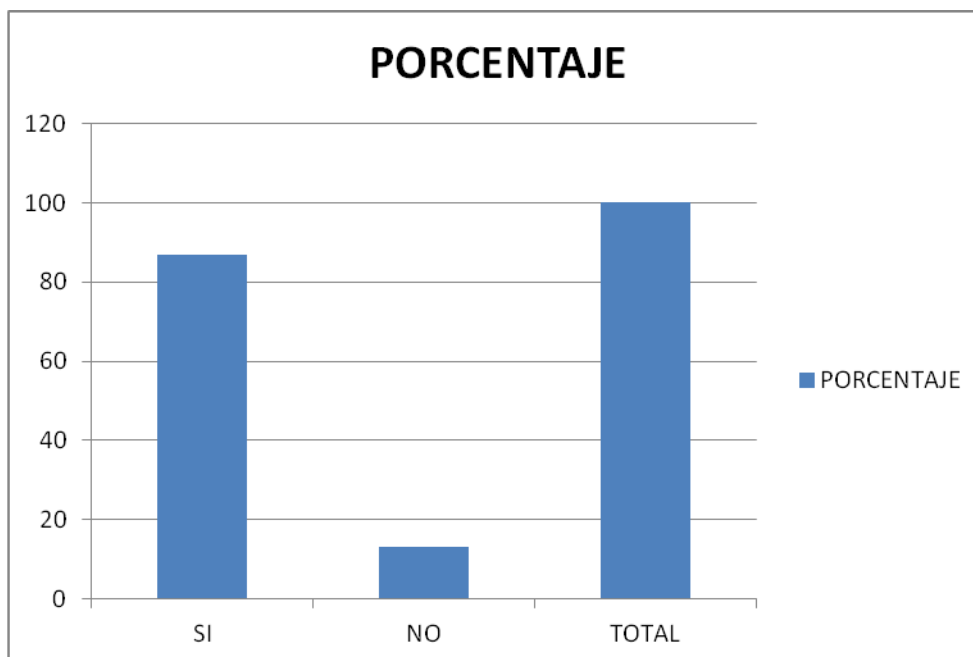
3.-¿ la capacitación le brindó aprendizajes significativo , relacionados con su propia experiencia?

Cuadro N°7: Aprendizaje significativo

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	26	87%
NO	4	13%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a médicos y enfermeras de Oncología octubre del 2011 del HCAM
 Elaborado por: Lic. María Insuasti

Gráfico Nº 3: Aprendizaje significativo



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM Octubre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

El 87% de los profesionales que recibió la capacitación respondió que sí brindó aprendizaje significativo relacionado con su propia experiencia, mientras que el 13% contestó que no brindó.

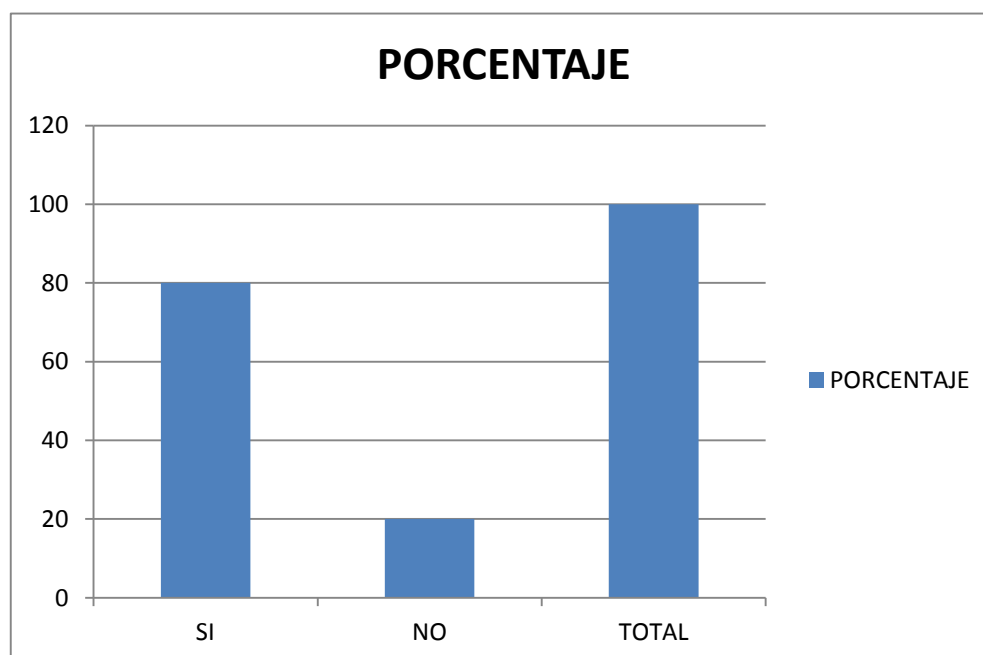
4.- ¿La capacitación ofreció un clima propicio para la participación en la toma de decisiones en beneficio de los pacientes en fase terminal?

Cuadro Nº 8: Toma de decisiones

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	80%
NO	6	20%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a médicos y enfermeras de Oncología octubre del 2011 del HCAM
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Gráfico N° 4: Toma de decisiones



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM Octubre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

El 80% de los profesionales que recibió la capacitación respondió que sí ofreció un clima propicio para la toma de decisiones, mientras que el 20% consideró que no influyó.

Análisis e interpretación

Indicador Propuesto del Resultado N°1

Personal Capacitado sobre Calidad de Atención al Paciente Terminal

Introducción

Programa de capacitación que permitió a cada uno de los profesionales actuar en forma adecuada y oportuna, en un ambiente óptimo para los pacientes terminales por lo que casi la totalidad de médicos y enfermeras de Oncología recibieron capacitación que en su mayoría consideraron excelente, pues les brindó aprendizajes significativos, relacionados con su propia experiencia; todo esto propició una toma de decisiones en beneficio de los pacientes de Oncología.

Objetivo

Diseñar un programa de capacitación dirigido al personal de Oncología del HCAM

Metodología

Se realizó reuniones, para llevar a cabo la capacitación del personal, se logró que el personal esté capacitado en Cuidados Paliativos para pacientes en fase terminal.

Conclusión

Se logró que la mayoría del personal que labora en el servicio de Oncología reciba la capacitación en Cuidados Paliativos para brindar atención de calidad al paciente terminal para su satisfacción.

RESULTADO 2

Unidad de cuidados paliativos, diseñado e implementada

2.1 Extensión de oficios de aprobación a las autoridades

Se cumplió con esta actividad, invitando a las autoridades y personal que labora en el servicio de Oncología.



2.2. Elaboración del plan de socialización e institucionalización

Cronograma de actividades

2.-UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS, DISEÑADO E IMPLEMENTADO	RESPONSABLE	HORA	RECURSO	EVALUACIÓN SE FIRMÓ EL ACTA DE COMPROMISO
2.1 Extensión de oficios de aprobación a las autoridades	Lic. María Insuasti Pozo.		\$20 copias	
2.2 Elaboración del plan de Socialización, Institucionalización	Lic. María Insuasti Pozo.	9H:30-10H:00	\$100 Material De Escritorio	
2.3 Reunión con las autoridades del hospital para la elaboración del acta de compromiso para institucionalizar el proyecto	Lic. María Insuasti Pozo.	10H00	\$20 Audiovisuales (Televisión Y DVD)	
2.4 Reunión con el personal que labora en el área de Oncología	Lic. María Insuasti Pozo.	10H30:11H:00 11H00-11H:30	\$10 copias	
2.5--Resolución de las Autoridades para la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos.	Lic. María Insuasti Pozo.	11H:30- 12H	\$100 transporte, computadora internet	
2.6.-Gestión para que el área física sea exclusiva para cuidados Paliativos	Lic. María Insuasti Pozo.	12H00-13H00	\$50 copias internet transporte	
2.7.-Gestión de los trámite para aprovechar el talento propio del servicio de Oncología para la Unidad de Cuidados Paliativo	Lic. María Insuasti Pozo.	12H00-13H00	\$50 refrigerios	
2.8.- Inauguración de la Unidad de Cuidados Paliativos con el equipamiento necesario	Lic. María Insuasti Pozo.	Pendiente	\$150 refrigerios	Pendiente Por Remodelación De La Infraestructura

2.3 Reunión con las autoridades

Acta de Compromiso

ACTA DE COMPROMISO

Para los efectos de ejecución de los proyectos de intervención de Maestría II de la Universidad Técnica Particular de Loja, a cargo de las maestras enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín e Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos, las autoridades de la institución, jefes médicos, enfermeras jefas de área y representantes del personal, suscriben la presente acta en Quito, a los 21 de Marzo del 2011 en el servicio de Oncología

ACUERDOS:

DE LAS AUTORIDADES

- 1.-Apoyo logístico y de recursos en el contexto de programación en cada servicio
- 2.-Normas y Protocolos generados en los proyectos presentados dentro de la política institucional

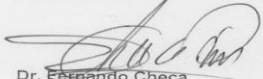
DE LOS JEFES/AS MEDICOS Y ENFERMERAS DE LAS AREAS HOSPITALARIAS

- 1.-Unificar criterios para el manejo de información a familiares sobre condición del paciente con enfoque integral
- 2.-Establecer normativa para el manejo de información
- 3.-Cumplimiento de protocolos de atención a pacientes
- 4.-Apoyo en la Socialización e implementación de los procesos generados

DE LAS MAESTRANTES

- 1.-Concluir los proyectos
- 2.-Incluir al Psicólogo, sacerdote o representante religioso, trabajadora social para apoyo emocional a familiares y paciente
- 3.-Una vez que se obtiene el título de maestría, promover la sostenibilidad de los proyectos implementados.

En constancia firman:


Dr. Fernando Checa
Jefe de Oncología
de Oncología

Lic. Nora Gaviláñez
Coordinadora de Enfermería
de Oncología

Evaluación

- 1.-En la reunión para la socialización del proyecto se consiguió el apoyo de las autoridades, jefe del servicio y enfermeras
- 2.-La asistencia de los invitados fue en un 80 %, el 20 % no asistió por encontrarse de turno.
- 3.- Los compromisos adquiridos por la maestrante y las autoridades darán sostenibilidad al proyecto en la institución.

2.4 Reunión con el personal de Oncología



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

Se realizó la reunión con el personal de Oncología para dar a conocer el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos así como su espacio físico.

2.5 Resolución de autoridades para la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos

Luego de la reunión mantenida con las autoridades del servicio de Oncología se aprobó el área física destinada para la Unidad de Cuidados Paliativos, en el Hospital Carlos Andrade Marín para los pacientes oncológicos en fase terminal.

2.6. Gestión para el área física



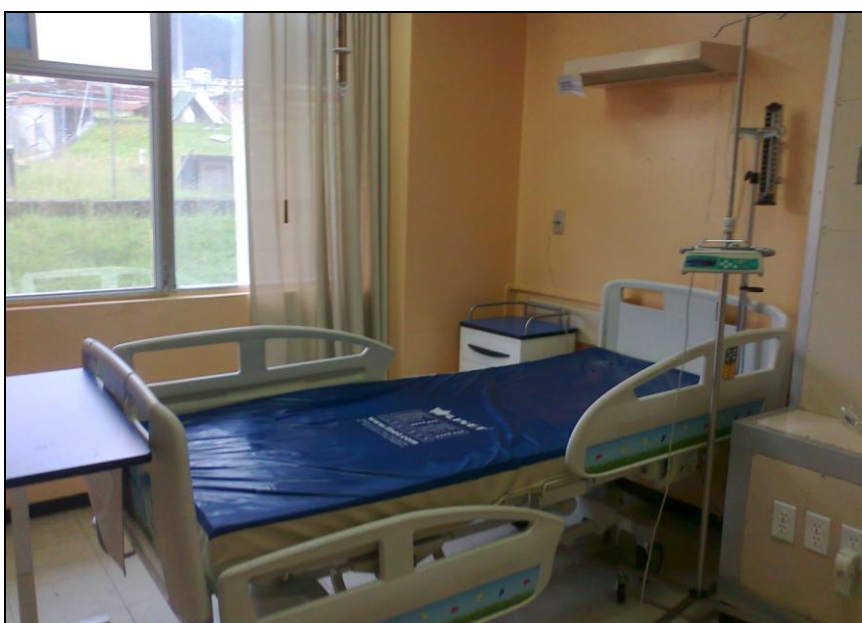
Fuente: Área de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ONCOLOGÍA



Fuente: Área de Oncología PARA Cuidados Paliativos
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

HABITACIÓN ADECUADA PARA CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente : Área para Cuidados Paliativos de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

2.7 Gestión de los trámites para aprovechar el talento humano de la institución

TALENTO HUMANO DE ONCOLOGÍA



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

Análisis

Se reunió con el personal que recibió la capacitación sobre Cuidados Paliativos y con el Jefe de servicio para coordinar el trabajo en equipo para la Unidad de Cuidados Paliativos.

2.8 Inauguración de la Unidad

Esta actividad estuvo planificada para efectuarse el 12 de enero del 2012, con la participación de las Autoridades de la dirección administrativa del Hospital, de la dirección del Servicio de Oncología, todo el personal que laborará en la Unidad de Cuidados Paliativos. Sin embargo no se la pudo cumplir en la fecha señalada ya que varias autoridades de la Institución fueron cambiadas.

Por esta razón la inauguración oficial de la Unidad de Cuidados Paliativos se la realizará en el mes de Octubre del 2012, aunque los cuidados ya se los aplica.

Análisis y Evaluación

Indicador Propuesto del Resultado 2

Unidad de Cuidados Paliativos Diseñada e Implementada

Introducción

La extensión de oficios a las autoridades recibió favorable respuesta para el cumplimiento del programa establecido lo que permitió cumplir cabalmente el cronograma de actividades. La asistencia a las reuniones que redundó en la inmediata Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos

Objetivo

Obtener la aprobación del personal, pacientes y autoridades para la Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos en el servicio de Oncología.

Metodología

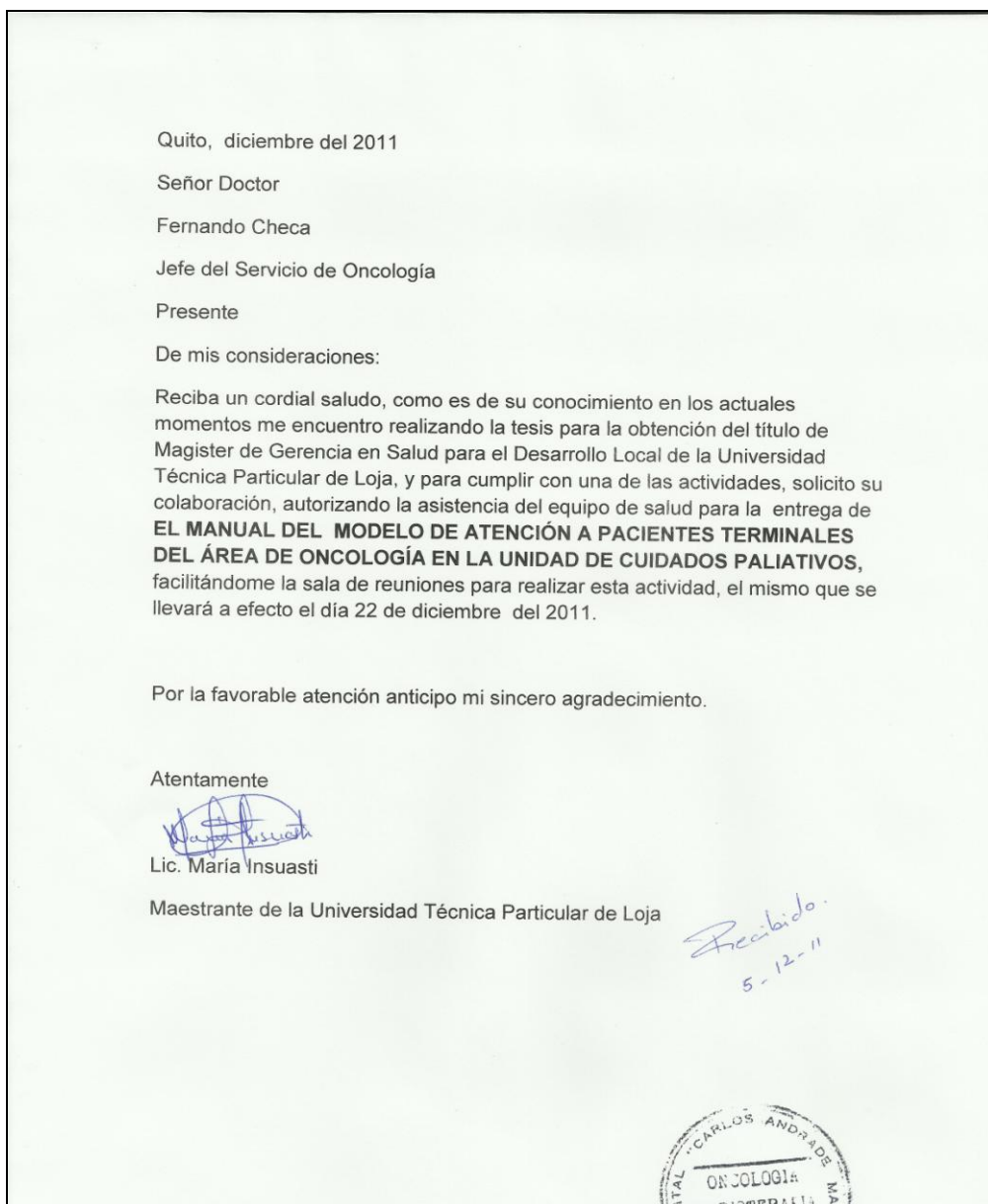
Se realizó la reunión programada para la socialización del proyecto, se realizó la invitación dirigida a todo el personal, pacientes, autoridades y el comité de damas voluntarias.

Conclusión

Se contó con la presencia del personal, pacientes, familiares y autoridades, se firmó el acta de compromiso para el Diseño e implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos.

RESULTADO: 3

3.1 Extensión de oficios



Se realizó la reunión con las autoridades para dar a conocer el modelo de atención que se implementará en el HCAM en lo que se refiere a Cuidados Paliativos.

3.2 Recopilación de bibliografía

Para poder realizar este trabajo se investigó en libros, revistas, de las bibliotecas de la Universidad Técnica Particular de Loja, Universidad Católica, Universidad Central, Hospital Metropolitano, Hospital Vozandes, páginas de Internet desde el mes de Julio del 2011.

3.3 Elaboración del modelo de atención

Esta actividad se llevó a cabo en la sala de reuniones del servicio de Oncología desde las 8HOO a 12 HOO el día diciembre del 2011 con las nuevas autoridades para la revisión y aprobación del modelo de atención a pacientes en fase terminal en la unidad de cuidados paliativos.

MANUAL DE ATENCIÓN

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

SERVICIO DE ONCOLOGÍA

HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN SERVICIO DE ONCOLOGÍA



MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

María Insuasti Pozo

Quito- DICIEMBRE DEL 2011

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS



ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

La Unidad de Cuidados Paliativos está conformada por:

Un médico jefe de servicio, un médico tratante especialista en Cuidados Paliativos, médico residente, una enfermera jefe, una enfermera a domicilio, una auxiliar de enfermería, una trabajadora social, una psicóloga, un religioso, una fisioterapeuta, una dama voluntaria.

INTRODUCCIÓN

El área de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín cuenta con una estructura adecuada a los servicios que presta y que le ha ubicado como uno de los mejores servicios en Latinoamérica. Cuenta con personal especializado y motivado que demuestra en el desempeño de sus puestos. La organización Administrativa de la Unidad de Cuidados Paliativos se encuentra dentro de la base piramidal incluida en el servicio de Oncología.

La Unidad está conformada por un equipo de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y un grupo de profesionales de trabajo multidisciplinario, que laboran con responsabilidad,

dedicación y comprometidos con el servicio a los demás y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

VISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Clínica del dolor y la Unidad de Cuidados Paliativos para enfermos terminales a domicilio dedicarán todos sus esfuerzos para proporcionar a los pacientes que a ellas concurren, atención multidisciplinaria de la mejor calidad para asegurarse que el dolor y las molestias derivadas de sus enfermedades, en especial en sus últimos momentos de vida, sean tolerables y no disminuyen su dignidad como personas.

MISIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los profesionales de diversas especialidades se han comprometido a ejercer sus habilidades y conocimientos a nivel domiciliario con el objeto de facilitar al paciente y familiares del mismo una atención más humana y en el ambiente familiar que es más propicio para aquellos pacientes que se encuentran en las fases más dolorosas y críticas de su vida.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

General

Brindar atención de calidad a los pacientes terminales para mejorar su calidad de vida.

Específicos

- Formar un equipo de trabajo multidisciplinario para una atención integral.
- Capacitar al personal, sobre calidad de atención al paciente para tener una mejor participación, interactuar entre usuarios y la unidad de cuidados paliativos.
- Diseñar e implementar el modelo de atención en la unidad de cuidados paliativos, como pauta para otros hospitales donde se pueda llegar a establecer estos tipos de centros.

SERVICIOS QUE PRESTA ONCOLOGÍA

En cuanto a procedimientos se realizan:
1.-PROCEDIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none">• Curaciones• Quimioterapia intravenosa
2.– Radioterapia
Cirugías:
<ul style="list-style-type: none">• Colocación de catéteres• Cirugía menor• Biopsias• Paracentesis
Atenciones: Terapia del dolor
<ul style="list-style-type: none">• Cuidados Paliativos• Diagnóstico• Tratamientos tanto en Consulta Externa como en Hospitalización
Tratamientos frecuentes:
<ul style="list-style-type: none">• Cáncer de seno• Linfomas• Estómago• Próstata• Pulmón• Colon• Recto

Fuente: revista de Oncología HCAM

JUSTIFICACIÓN

- El acceso a los Cuidados Paliativos es un derecho humano.
- Los Cuidados Paliativos son un componente básico de la asistencia sanitaria, además de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento curativo.
- Los Cuidados Paliativos deben adecuarse a las necesidades de los enfermos y estar basados en principios de equidad.

- Los Cuidados Paliativos deben ofrecerse durante todas las fases de las enfermedades incurables y progresivas y no solamente durante la etapa final de la vida.



¿Qué son los Cuidados Paliativos?

“La OMS adopta como definición de Cuidados Paliativos al “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 y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.”¹



- ❖ Los Cuidados Paliativos son un componente básico de la asistencia sanitaria, además de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento curativo.
- ❖ Los Cuidados Paliativos deben adecuarse a las necesidades de los enfermos y estar basados en principios de equidad.
- ❖ Los Cuidados Paliativos deben ofrecerse durante todas las fases de las enfermedades incurables y

¹ ACUERDO MINISTERIAL Nº 00000101 MSP

progresivas y no solamente durante la etapa final de la vida.

- ❖ Los Cuidados Paliativos no aceleran ni posponen la muerte.

¿Quién debe recibir Cuidados Paliativos?



- ❖ El Paciente Terminal, como prioridad.
- ❖ La persona que padezca una enfermedad causal de evolución progresiva e irreversible, como: el cáncer, sida, cirrosis hepática, entre otras.
- ❖ Los enfermos terminales correctamente diagnosticados, con pronóstico de supervivencia hasta seis meses, aunque según estudios actuales la supervivencia es inferior a un mes en el 90% de los casos.
- ❖ El paciente en estado general grave, es decir, cuando no puede valerse por sí mismo, y hay deterioro de las funciones orgánicas básicas y guarda cama.
- ❖ Presenta Insuficiencia del órgano afectado, es decir los pulmones, riñones hígado, trastornos de la conciencia, neurológicos, entran en coma.
- ❖ Ineficiencia comprobada de los tratamientos, se refiere a la valoración y certificación dada por los especialistas, cuando ya se agotaron los tratamientos y no se han obtenido resultados.



El Servicio a los Demás es la capacidad más importante del ser humano, procura el bienestar común.

INFRAESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Esta Unidad cuenta con:

ASESORIA FÍSICA

En lo referente al espacio físico, se cuenta con la asesoría del equipo de mantenimiento del Hospital. El jefe de este departamento brindará su apoyo para la Creación e Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos.

ASESORÍA TÉCNICA

Se cuenta con la asesoría técnica del Presidente de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos y su equipo.

ASESORIA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Está brindada por el jefe del servicio de Oncología, los médicos tratantes, residentes, trabajadora social, psicóloga, nutricionista, terapistas, supervisora de enfermería, el Departamento de Docencia del HCAM y la Maestrante.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

- La habitación debe estar dispuesta para una sola persona para respetar la privacidad del paciente y su familia
- Tener buena ventilación
- Adecuada iluminación
- Aire acondicionado
- Tomas de oxígeno

- Tomas para succión con su respectivo equipo
- Material desechable como mascarillas, guantes, gasa, sondas
- Una cama que permita realizar movimientos, cambios de posición
- Un colchón anti escaras
- Un velador para sus cosas personales, útiles de aseo, y cremas para la piel
- Una mesa para colocar sus alimentos
- Dos sillas cómodas para los familiares o cheslones reclinables
- Un porta sueros
- Una bomba de infusión para colocar la medicación
- Un baño individual dentro de la habitación que tenga: lavamanos, ducha con todas las seguridades, gel antibacterial, jabón líquido y toallas suficientes.
- Además, se debe equipar con un urinario descartable bidet o pato y una semiluna.
- Disponer de una sala de espera para los familiares, en donde se reúnan y tengan el apoyo de los profesionales y amigos.
- Sala de reuniones que servirá para capacitación y presentación de casos.
- Esta área es abierta para los familiares del paciente que se encuentren en la Unidad de Cuidados Paliativos.
- El área de CUIDADOS PALIATIVOS debe ser exclusiva.

SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS



- ❖ **CUENTA CON UN EQUIPO DE PROFESIONALES:** Médicos tratantes y residentes, psico-oncólogo/a , enfermeras, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, trabajadora social, auxiliar de enfermería, personal de clínica del dolor, clínica de heridas, limpieza y secretaria, personal idóneo para la Unidad de Cuidados Paliativos. Si es personal nuevo, deberá recibir capacitación para optimizar el talento humano, todos con capacitación en Cuidados Paliativos y participación especial del voluntariado.
Se coordinará con los médicos que ya trabajan a domicilio, médicos familiares, trabajadoras sociales, todos con la respectiva capacitación.

¿Cómo debe ser la persona que presta sus servicios en la Unidad?

El personal que labora en una Unidad de Cuidados Paliativos debe ser sensible, con calidad humana probada, trabajar en grupo con calidez, que le guste lo que hace, tolerante, respetuoso de la condición del paciente y de sus compañeros de trabajo, que tenga empatía con los familiares del paciente.

- ❖ **ATENCIÓN SOCIAL**, emocional y psicológica de los pacientes, funciones que deben ser desempeñadas por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras.
- ❖ **LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**, se vuelve fundamental en el cuidado paliativo. Es necesario contar con el servicio de farmacia dentro de la misma unidad, es decir que no sea dependiente específicamente del Hospital, la labor puede ser más útil y eficaz, porque se tendrá lo que se necesite en el momento preciso, una farmacia satélite que este dotada de medicamentos básicos para terapia del dolor, que sea de libre acceso y este abierta los 365 días del año, ya que los medicamentos son costosos, y no se disponen cuando se los necesita.

❖ **LA ATENCIÓN ESPIRITUAL** debe verse tan importante como la médica y social. Se le debe dar la oportunidad a cada enfermo terminal y moribundo de encontrarse con su espiritualidad, en el trance final de su vida. En la Unidad de Cuidados Paliativos, la intervención espiritual ocupa un lugar muy importante en el trato de los enfermos, incluso la misma iglesia, juega un papel fundamental en el desempeño de la clínica en cuanto a recursos económicos se refiere. Aún así, sin importar el credo religioso, es imprescindible que exista un profesional al respecto, que se incorporen de ser posible, pastores, predicadores y sacerdotes en general.

❖ **TRATAMIENTO Y CONTROL DEL DOLOR**

- Incluye acupuntura
- Relajación
- Técnicas para conciliar el sueño
- Administración de medicamentos.

❖ **MANEJO DE COMPLICACIONES EN FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD**

- Manejo de colostomías
- Manejo de paraplejías
- Manejo de escaras y úlceras varicosas
- Manejo de infecciones crónicas
- Manejo de catéteres

❖ REHABILITACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA Y FISIOLÓGICA

- Musicoterapia

❖ CONSEJERÍA:

- Nutrición
- Preparación Familiar para fallecimiento
- Manejo de equipos
- Entretenimiento
- Ayuda espiritual

❖ VISITAS DOMICILIARIAS

Se debe dar importancia a las visitas domiciliarias ya que estas favorecen la expresión de los sentimientos de los pacientes, mejoran los vínculos entre médico y familia, se reconoce el grado de **adaptación del enfermo a su casa**, detecta las familias vulnerables, revela los valores de la Historia Familiar, sabemos cuantos miembros están en el hogar, facilita la orientación familiar en el propio domicilio. Si contamos con la unidad de cuidados Paliativos en la Institución, en el servicio de Oncología, tendríamos libre acceso a solicitar interconsultas a las diferentes especialidades de acuerdo al caso que amerite.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



1.-Estado general del paciente terminal su apariencia física es de apariencia mayor, hable poco, deprimido, triste, angustiado en ocasiones con ideas autolíticas y sin ganas de vivir.

2.-Sistema Neurológico

Está afectado su fuerza muscular está disminuida no hay control de esfínteres, en ocasiones desconocen a sus familiares, la presencia de un tumor genera edema cerebral.

Puede presentar complicaciones como: hipertensión intracraneal, convulsiones, metástasis, encefalopatías.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Mantener una dieta hiposódica, administración de dexametazona y manitol.
- ❖ Controlar signos vitales
- ❖ La cabecera de la cama se elevará de 30 a 45 ° para favorecer el retorno venoso
- ❖ Los ejercicios isométricos están contraindicados

- ❖ Administrar oxígeno por bigotera o mascarilla

3.-Sistema Gastrointestinal

La boca y mucosas están secas existe dolor, disfagia, anorexia y mal desnutrición, su abdomen es globoso, con molestias, y el dolor es permanente, disminuidos los movimientos peristálticos, viceromegalias, presenta estreñimiento, náusea, vómito, debido a los medicamentos o por metástasis, también puede haber ascitis.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ La dieta depende de la tolerancia que presente cada paciente ya que la náusea o el vómito no permiten ingerir una dieta nutritiva.
- ❖ Administrar metoclopramida en caso de vómito 30 minutos antes de cada comida.
- ❖ Realizar enema evacuante de acuerdo a la necesidad
- ❖ El paciente debe caminar lentamente dentro y fuera de casa si fuese posible.
- ❖ Si hay diarrea realizar cultivos y compensar pérdidas.
- ❖ Ayudar a que se realice enjuagues bucales frecuentes con soluciones, las prótesis dentales lavar con frecuencia, el consumo de líquidos se debe aumentar.

4.-Sistema Respiratorio

El tórax refleja su estado nutricional, presencia de cianosis, palidez marcada, tipo de respiración, esta es profunda o superficial, auscultar los campos para detectar sibilancias, roncus, estertores.

El paciente terminal se lo ve caquético, presenta retracciones intercostales, disnea en ocasiones por la presencia del tumor a nivel pulmonar, obstrucción de vías respiratorias, cianosis bucal, hemoptisis; también suele presentar insuficiencia pulmonar, hemotórax y edema pulmonar con complicaciones cardiovasculares.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Se restringe la dieta a paciente con edema pulmonar
- ❖ Se debe mantener en posición semifowler para una adecuada ventilación.
- ❖ Fisioterapia respiratoria
- ❖ Aspiración de secreciones cada vez que sea necesario
- ❖ Controlar la saturación de oxígeno
- ❖ Observar características de esputo, ya que puede existir infecciones.



5.-Sistema Cardiovascular

Las facies son pálidas o cianótica, la circulación en especial en las extremidades se observa varices, movimientos de las arterias, ingurgitaciones, se auscultan el corazón, observar e interpretar electrocardiograma, en busca de arritmias, extrasístoles.

El paciente presenta cianosis distal, taquicardia, retardo en el llenado capilar, el signo de hodman positivo en algunos casos, presencia de trombos, pulsos ausentes al final de sus días, la hemorragia se la trata inmediatamente con la insuficiencia cardiaca.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Control de signos vitales
- ❖ Administrar paquetes globulares si es necesario
- ❖ No administrar paquete globular si presenta reacción alérgica
- ❖ Realizar hematocrito de control
- ❖ Mantener miembros inferiores elevados y en posición semifowler.

6.-Sistema Genitourinario

Se valora las facies palidez edema palpebral matutino el olor del aliento, tensión arterial, puntos dolorosos pélvicos y zona lumbar, realizar tacto rectal y vaginal en el hombre y mujer, características de la orina, observar resultados de laboratorio.

El paciente puede presentar edema, alteración de la diuresis, cálculos, infección urinaria, impacto fecal, hemorragias vaginales, en ocasiones se presenta dolor tipo cólico a nivel de uretra e insuficiencia renal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Regular la ingesta y excreta de líquidos con un control adecuado.
- ❖ No realizar cateterismos vesicales
- ❖ Si es necesario colocar sonda vesical con asepsia.
- ❖ Realizar urocultivos para ver infecciones.

7.-Sistema Tegumentario

La piel del paciente puede estar pálida, rubicunda, icterica, temperatura, pigmentación, temperatura humedad y elasticidad, presencia de máculas, eritema, pústulas, petequias, las uñas cambian de color y de forma

El cáncer puede producir cambios como; adelgazamiento, pérdida de elasticidad de la piel y su resistencia, deshidratación e incluso escaras.

Se presenta extravasación de quimioterapia produce alopecia, secreciones y deformidad, las úlceras por decúbito producen dolor que empeora con la incontinencia de esfínteres.

Se complica con úlceras malignas, y otras infecciones como celulitis que ya no son tratables.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Consumir una dieta hiperproteica
- ❖ El paciente inmovilizado, diabético, inconsciente, edematoso e inmunodeprimido es más propenso a presentar úlceras por decúbito, se debe realizar cambios de posición cada 2 horas durante las 24 horas, aplicar cremas para mantener íntegra la piel.
- ❖ Si existe escaras se las debe curar y proteger, comunicar al especialista.
- ❖ Se debe evitar sitios de presión en codos y rodillas
- ❖ Asear diariamente al paciente.

8.-Sistema Musculoesquelético

El paciente presenta deformidades, falta de coordinación y precisión en los movimientos, la temperatura, color de la piel, presencia de edema, presencia de crujidos, dolor, los músculos se debe observar el tamaño, forma, volumen, tono, fuerza y sensibilidad.

Existe atrofia local, debilidad muscular, edemas, exceso de líquido en los miembros.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ La dieta hiposódica
- ❖ Control estricto de líquidos diariamente
- ❖ Realizar ejercicios pasivos
- ❖ Miembros inferiores elevados
- ❖ Utilizar medias o vendas elásticas.

9.-Sistema Endocrino metabólico

La apariencia del paciente es delgado u obeso, con caída del cabello, la piel rubicunda, edema, temblores, valorar estado nutricional del paciente, peso, talla, funciones neurovegetativas y hormonales con exámenes periódicos.

Se puede detectar hipercalcemia, y en los pacientes terminales existe sudoración y fiebre, infecciones, uremia, deshidratación, intranquilidad.

La alteración metabólica produce encefalopatías, por lo que se muestran confusos

Otra complicación es la diabetes mellitus por carcinomas en páncreas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Mantener una cantidad adecuada de calorías, se recomienda un consumo elevado de fibra.
- ❖ Control de las glicemias todos los días
- ❖ Administrar medicación en horas indicadas
- ❖ Control médico oportuno
- ❖ Restringir dieta si fuera necesario
- ❖ El ejercicio debe ser regulado.



Asistencia de enfermería en el paciente oncológico terminal

Los cuidados paliativos se realizan a través de cuatro elementos básicos: una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas, diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento, dar apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo.

En la comunicación, la enfermedad tiende a dejar sin protección al enfermo y a revelar más fácilmente sus puntos fuertes y débiles, por lo que es esencial desarrollar una buena comunicación que permita recoger mejor sus síntomas y percibir sus preocupaciones para informarle si lo desea, sobre su diagnóstico la verdad soportable, el estado de su enfermedad, lo que se va a hacer para controlar sus síntomas y para apoyar sus otras necesidades de carácter psicosocial que influyen en su bienestar.

El control de los síntomas en su reconocimiento de los síntomas tanto físicos, psicológicos y espirituales, (no sólo de su presencia sino de su intensidad) y de su posible origen, constituye un paso esencial para elaborar su correcta terapéutica que, basada en la atención al detalle y con un carácter interdisciplinar dé como resultado el bienestar del enfermo considera que no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo sino a toda la persona, porque todo síntoma tiene una vivencia de amenaza que le ocasiona desamparo, soledad y dolor.

El alivio del sufrimiento es una dimensión fundamental de la condición humana y un acompañante frecuente que proviene de diversas causas: mal control de síntomas, situaciones psicosociales inadecuadas (falta de intimidad, compañía o soledad indeseadas, etc.), pensamientos negativos (de culpabilidad, miedo al futuro) o un estado de ánimo deprimido o angustiado, etc. Su alivio es una necesidad ética, pero es imposible atenuar la angustia mental del enfermo sin haberle liberado antes de una molestia física constante como el dolor.

La medicina actual ha experimentado un cambio en las actitudes hacia la familia, pues si bien la dedicación al enfermo es esencial para su recuperación, no lo es menos la atención que se dé a su familia y amigos, que necesitan información puntual de calidad, apoyo psicológico y ayudas físicas, no en vano la presencia de asistentes sociales aumenta significativamente la satisfacción de las familias, un equipo especializado y con conocimiento brindando ayuda personalizada e integral al paciente y familia. Los pacientes que han recibido el tratamiento y que no se han dado resultados esperados entran en fase terminal, es aquí cuando el

personal de salud debe estar preparado para brindar una atención continua, apropiada y de calidad profundizando en los cuidados paliativos.

Valoración Psicológica del paciente oncológico terminal

Las fases psicológicas del paciente terminal son:

- ❖ Fase de negación e incredulidad
- ❖ Fase de ira
- ❖ Fase de negociación
- ❖ Fase de depresión
- ❖ Fase de adaptación

Los trastornos más frecuentes

- ❖ Ansiedad
- ❖ Depresión
- ❖ Delirio
- ❖ Ideas suicidas

DERECHOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES

Enfermo terminal Se considera como enfermo terminal a la persona que sufre de una enfermedad incurable, progresiva e irreversible en etapa muy avanzada, para la que ya no existe esperanza de cura. Es un enfermo cercano a la muerte. Como seres humanos, estos enfermos tienen derechos que debemos respetar.

- ❖ Tiene derecho a recibir asistencia y acompañamiento espiritual siempre que lo necesite y a que le sean respetadas las creencias religiosas, cuales quiera que éstas sean.
- ❖ Tiene derecho a conservar un sentimiento de esperanza, lo cual no equivale a que se le creen falsas expectativas.
- ❖ Tiene derecho a expresar su voluntad en lo referente a las circunstancias que rodeen su muerte y a que esta sea respetada por familiares y médicos.

- ❖ Tiene derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico, suministrada en forma oportuna y adecuada, en términos comprensibles y con tiempo suficiente para asumirla.
- ❖ Tiene derecho a mantener hasta el final la misma dignidad y autoestima a que ha tenido derecho en la vida.

SUSTENTO LEGAL

ACUERDO MINISTERIAL

Nº 00000101

EL SEÑOR MINISTRO DE
SALUD PÚBLICA

“Art. 28.- El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, dispondrá las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país.”;

Que, es responsabilidad del Estado universalizar los cuidados paliativos integrales en todas las instituciones prestadoras de servicios, públicas y privadas, del Sistema Nacional de Salud, a fin de reducir las inequidades en la accesibilidad que incluya la atención temprana, en domicilio y evite un inicio tardío y/o falta de continuidad del tratamiento, especialmente de los pacientes oncológicos y no oncológicos, pediátricos y adultos en etapa terminal.

Art. 4.- Disponer la inclusión en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, además de las formas farmacéuticas de los opioides existentes, la solución oral de morfina en las siguientes concentraciones:

INCLUSIÓN AL CUADRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS BÁSICOS							
Código	Descripción	Forma Farmacéutica	Concentración	Nivel de Atención			Vía de Administración
				I	II	III	
N02AA01	MORFINA	SOLUCIÓN ORAL	2% (2 gr/100 mL)		X	X	ORAL
	MORFINA	SOLUCIÓN ORAL	0,2 (10 mg/5 ml)	X	X	X	ORAL

3.4 Revisión y aprobación del modelo de atención



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

Cronograma de Actividades

3.-Implementar un modelo de atención paliativa a pacientes oncológicos en fase terminal, elaborado, aplicado, y monitoreado.	Responsable	Metodología	Lugar	Participante	Evaluación
3.1 Elaboración de instrumentos.	Lic. María Insuasti Pozo	Encuestas	Sala de reuniones de Oncología	Maestrante	Se aplicó las encuestas a un 95 % del personal de Oncología
3.2 Validación de instrumentos.	Lic. María Insuasti Pozo		Sala de reuniones de Oncología	Maestrante, personal de Oncología	
3.3 Aplicación de los instrumentos.	Lic. María Insuasti Pozo		Sala de reuniones de Oncología	Personal del servicio de Oncología	
3.4.-Evaluación a través de la observación directa en el servicio de Oncología	Lic. María Insuasti Pozo		Servicio de Oncología y la Unidad de Cuidados Paliativos.	Maestrante	
3.5.-Conformación del equipo multidisciplinario para atender a usuarios internos	Lic. María Insuasti Pozo		Servicio de Oncología	Maestrante y personal del servicio de Oncología, Autoridades	
3.6.-Conformación del equipo multidisciplinario para trabajar con usuario externo en visitas a domicilio	Lic. María Insuasti Pozo		Servicio de Oncología	Maestrante y personal de Oncología, autoridades.	

3.5 Aplicación del modelo de atención HABITACIÓN INDIVIDUAL



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

APLICACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

Se aplicó la observación directa y la aplicación de encuestas para verificar la aplicación de los Cuidados Paliativos en pacientes en fase terminal y que lo hagan de manera adecuada.

APLICACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente: personal de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

PACIENTES ACOMPAÑADOS DE FAMILIARES



Fuente: Familiares de pacientes terminales de Oncología
Permiso de fotografía por jefe de Oncología

3.6 Evaluación de resultados

Implementar un modelo de atención paliativa a pacientes oncológicos en fase terminal, constituido, aplicado, y monitoreado.

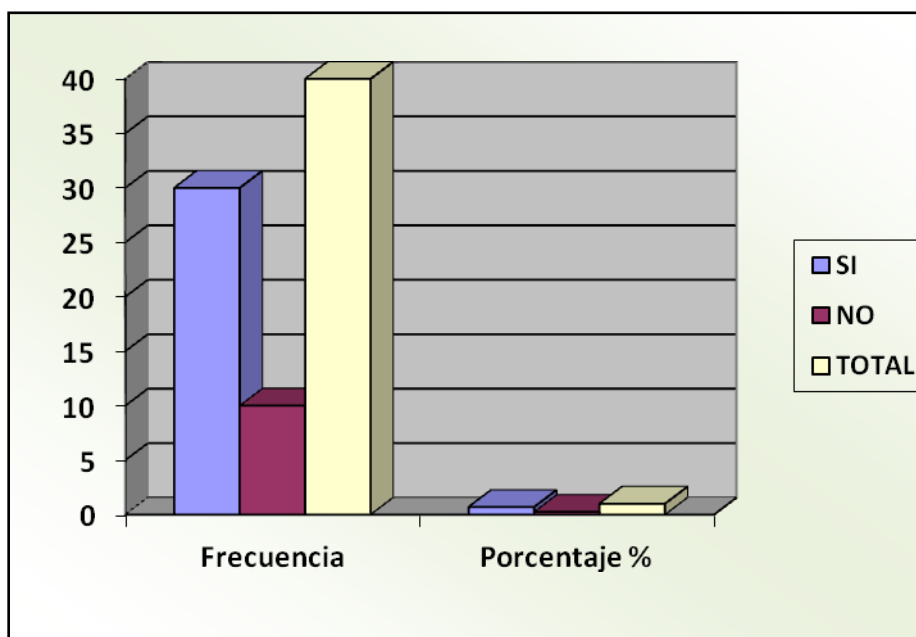
1. ¿Consideró usted que le tema de Cuidados Paliativos propuesto que lo aplicó o en Oncología tuvo importancia?

Cuadro Nº 9: Importancia de Cuidados Paliativos

Escala	Frecuencia	Porcentaje %
SI	30	70%
NO	10	25%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por : Lic. María Insuasti

Gráfico Nº 5: Importancia de Cuidados Paliativos



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por : Lic. María Insuasti

Análisis:

En el gráfico número 1 se observa que del total de personal médico y enfermeras encuestadas el 75% expresa que consideró importante el tema propuesto para aplicarlo en Oncología, mientras el 25% considera que no. Por lo tanto en el personal médico y de Enfermería tuvo aceptación para realizar el proyecto.

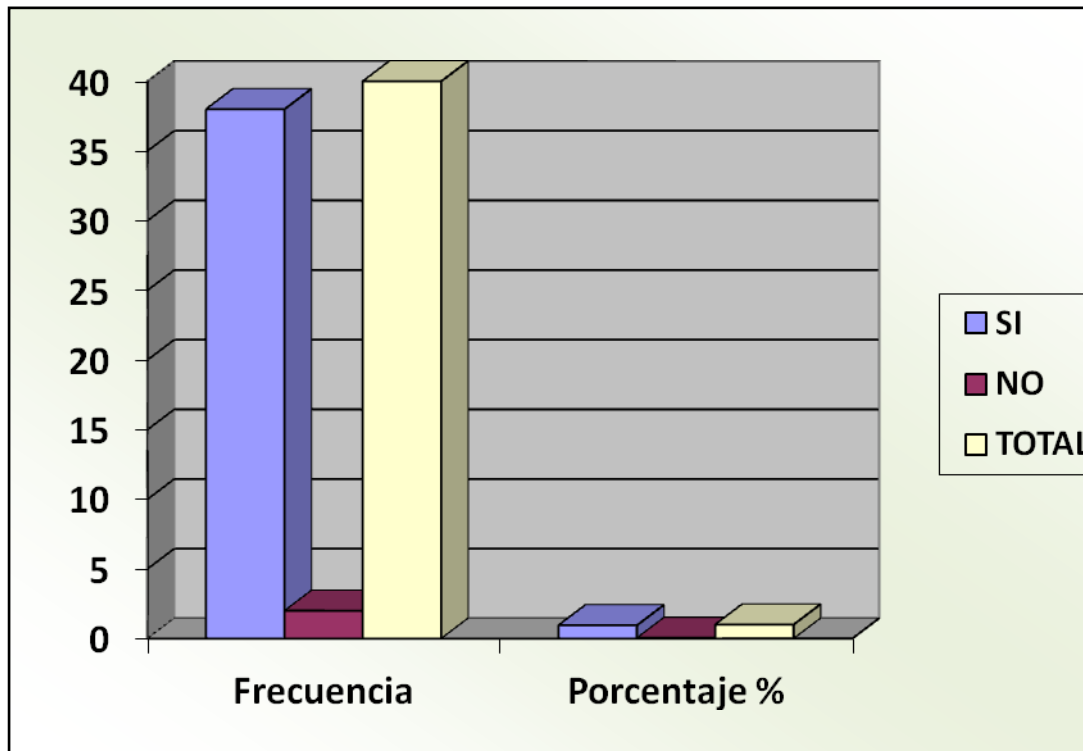
2.- ¿Los Cuidados que se proporcionaron en esta Unidad de Cuidados Paliativos contribuyeron directamente al bienestar físico, emocional y espiritual del los pacientes?

Cuadro Nº10: Bienestar de los pacientes

Escala	Frecuencia	Porcentaje %
SI	38	95%
NO	2	5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Gráfico Nº6: Bienestar de los pacientes



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

El 95% del personal de salud encuestado respondió que si consideró que los Cuidados Paliativos que se proporcionaron en esta unidad contribuyeron directamente al bienestar físico, emocional y espiritual del paciente y el 5% responde que no contribuyeron.

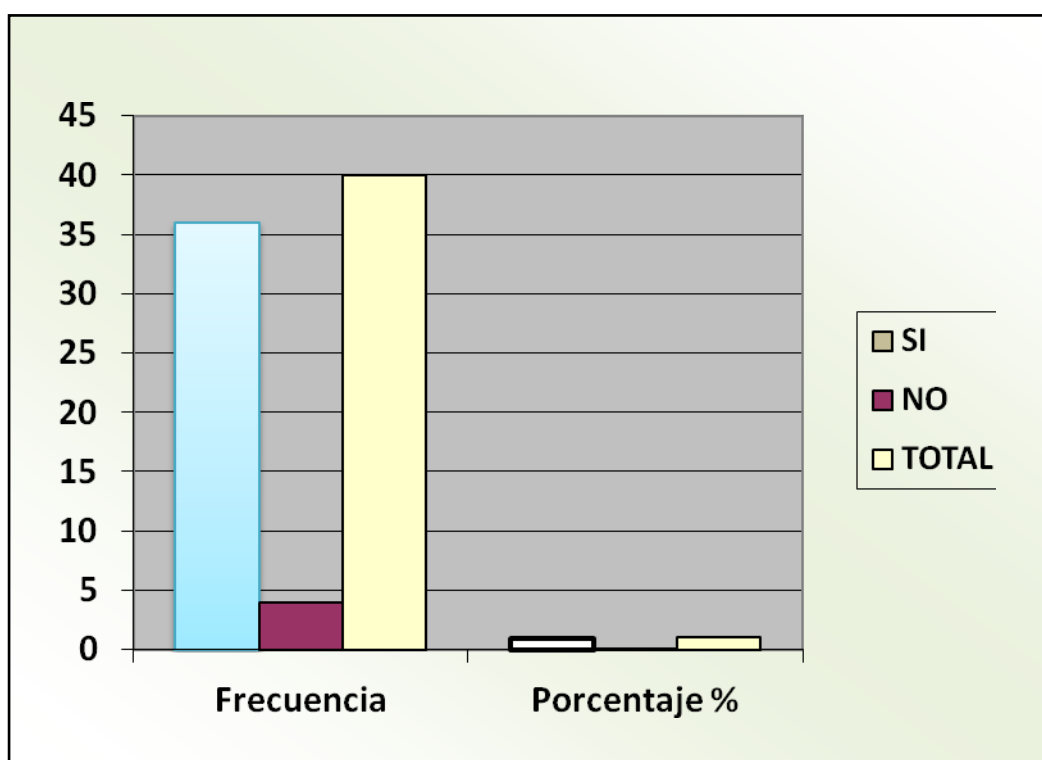
3.- ¿Consideró usted necesaria la implementación del Modelo de atención de la Unidad de Cuidados Paliativos para los enfermos terminales en Oncología?

Cuadro 11: Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos

Escala	Frecuencia	Porcentaje %
SI	36	90%
NO	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Gráfico7: Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

Del 100% del personal de salud conformado por médicos y enfermeras encuestado, el 90% si consideró necesaria la Implementación del Modelo de atención de la Unidad de Cuidados Paliativos en Oncología mientras el 10 % considero que no. Por lo tanto la implementación del Modelo de Atención de la Unidad de Cuidados Paliativos se la aplicó en Oncología.

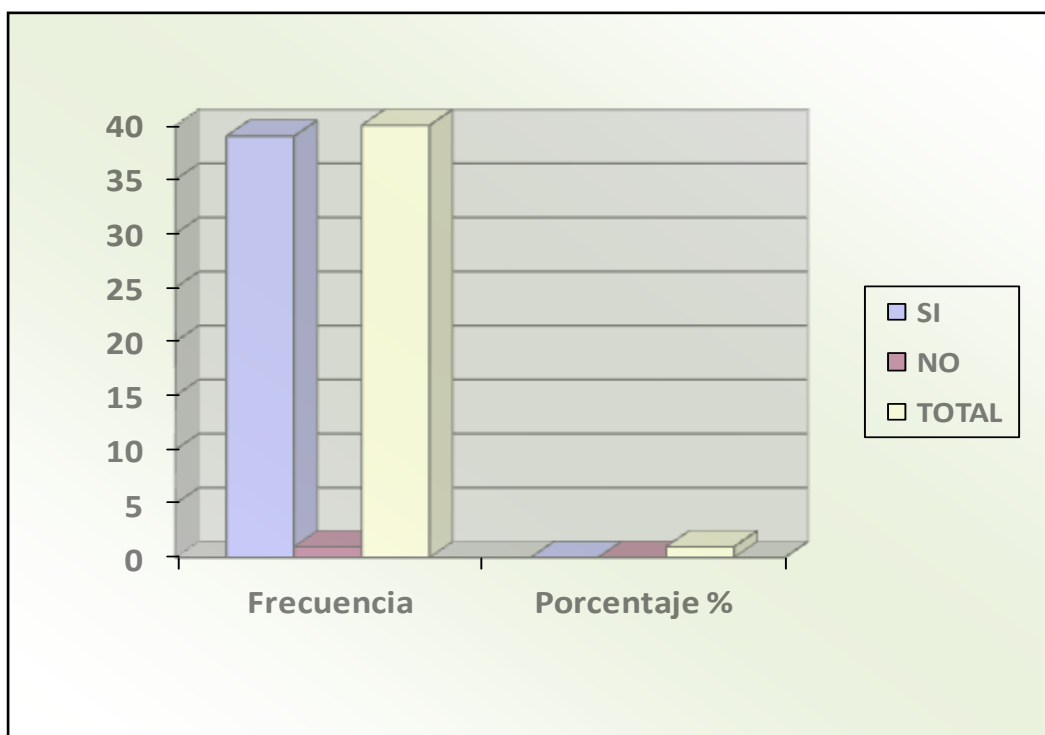
4.- ¿Brindó su colaboración para llevar a cabo este proyecto?

Cuadro N°12: Colaboración en el Proyecto

Escala	Frecuencia	Porcentaje %
SI	39	97.5%
NO	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Gráfico N°8: Colaboración en el Proyecto



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis:

El personal de enfermeras y médicos que laboran en Oncología respondió que si brindó su colaboración, lo que corresponde al 97.5%, mientras el 2,5% no colaboró con el proyecto.

INDICADOR PROPUESTO DEL RESULTADO 3

Análisis y Evaluación

Modelo de Atención Paliativa a Pacientes Oncológicos en fase terminal, elaborado, aplicado y monitoreado

Introducción

El personal capacitado en Cuidados Paliativos aplicó sus conocimientos para satisfacción del paciente en fase terminal, en esta investigación se elaboró un manual de atención para el paciente en la Unidad de Cuidados Paliativos la cual se sustentó con bibliografía actualizada que sirve de guía en el HCAM y en otras casas de salud, para la realización de otros trabajos investigativos.

Metodología

Se elaboró oficios dirigidos a las autoridades, reuniones con el personal, recopilación de bibliografía.

Objetivo

Elaborar el manual del Modelo de Atención Paliativa a pacientes Oncológicos en fase terminal.

Conclusión

Se elaboró el manual del Modelo de Atención Paliativa a pacientes Oncológicos en fase terminal, se realizó la evaluación y el monitoreo de la aplicación, con lo se alcanzó los objetivos propuestos en la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo local.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

La presente tesis se la trabajó con la finalidad de Implementar la Unidad de Cuidados Paliativos para los enfermos terminales de Oncología en el HCAM para mejorar su calidad de vida, se ha dado cumplimiento y ejecución por parte del personal de salud y se establece el compromiso unificado de todas las personas que ingresan a la Unidad de Cuidados Paliativos.

Aquellos que atraviesan por etapas difíciles en su vida son atendidas en el área hospitalaria y en sus hogares, por personal con capacitación, que se muestran sensibles ante la situación ; por lo que la institución como tal se ha preocupado para que su personal se capacite, sobre calidad de atención la mayoría de médicos y enfermeras de Oncología la recibieron y la consideraron excelente, pues les brindó aprendizajes significativos, relacionados con su propia experiencia; todo esto propició una toma de decisiones en beneficio de los pacientes de Oncología que fueron asistidos.

El reconocimiento y aprobación para iniciar la ejecución del proyecto se lo logró con el apoyo del comité de damas voluntarias, y las autoridades, el equipo multidisciplinario, los pacientes del servicio de Oncología. El personal está comprometido a laborar y aplicar los conocimientos adquiridos; demostró interés y empoderamiento del proyecto con el fin de satisfacer las necesidades del paciente en recibir atención oportuna para mejorar la calidad de vida y el nivel del hospital.

El usuario interno y externo aporta con ideas para que otros pacientes también sean los beneficiados, lo cual ayuda a la consecución del proyecto. Los usuarios y familiares y profesionales aumentaron sus conocimientos sobre Cuidados Paliativos en pacientes en fase terminal.

Se concluye que el personal de salud que labora en el servicio de Oncología está en capacidad de tomar decisiones oportunas basadas en el Modelo de Atención Implementado en la Unidad de Cuidados Paliativos, así como de la continua educación y capacitación para beneficio de todos.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO

Brindar atención de calidad a los pacientes terminales de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Carlos Andrade Marín.

INDICADOR

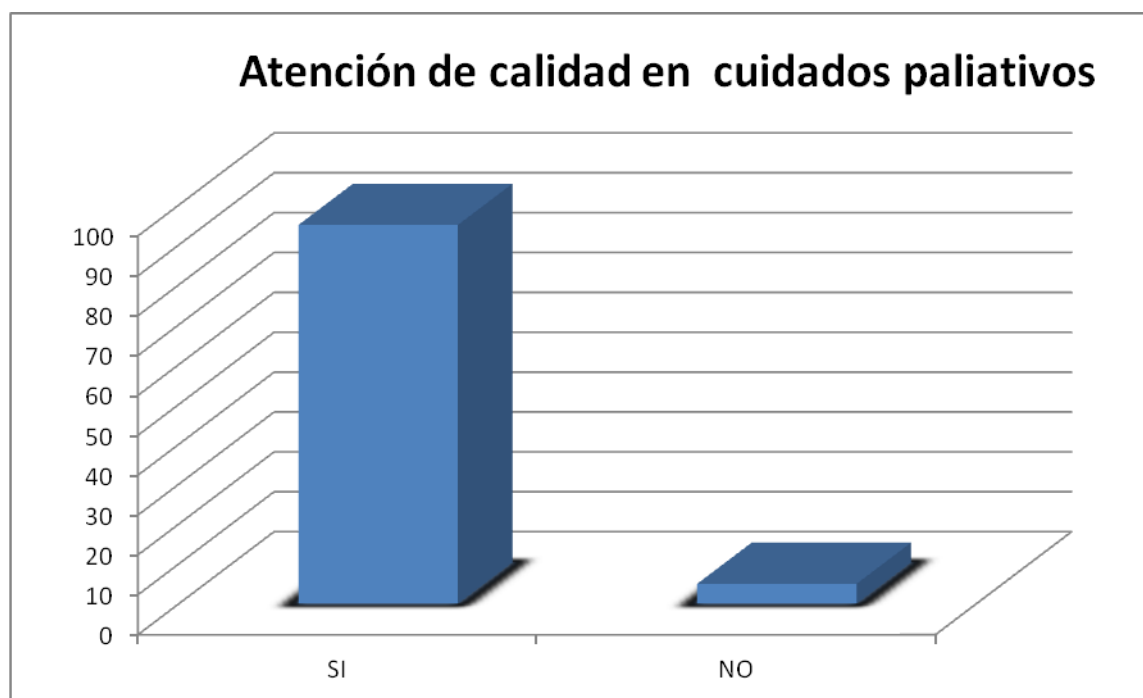
Hasta diciembre del 2011 el personal de Oncología sí aplica los cuidados Paliativos que mejoran la calidad de vida 95%, de los pacientes en fase terminal mientras que el 5 % no los aplica adecuadamente.

Este indicador cumplió con varios objetivos:

Capacitar al personal de la Institución sobre Atención a pacientes terminales lo que se logró por la asistencia de la mayoría de profesionales.

Implementar la Unidad de Cuidados Paliativos en el servicio de Oncología

Gráfico N° 9: Atención de calidad en Cuidados Paliativos



Fuente: Encuestas aplicadas a Pacientes de Oncología del HCAM diciembre del 2011
Elaborado por: Lic. María Insuasti

Análisis e Interpretación

En el gráfico se observa que los pacientes en fase terminal reciben Cuidados Paliativos con atención de calidad.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR FIN

Contribuir a la satisfacción de los pacientes oncológicos en fase terminal

Indicador

Calidad de vida de los pacientes en fase terminal mejora en un 90% hasta diciembre del 2011.

El indicador no se puede medir, se cumplió con el indicador del propósito lo que se puede afirmar que el proyecto ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal.

10. CONCLUSIONES

1. La capacitación del personal, paciente, familiar y pública en general, utilizando medios de comunicación, es oportuna para aprovechar los beneficios que trae la implementación de esta unidad de cuidados paliativos con una atención moderna y equipos de tecnología de punta. La socialización de los conocimientos aplicados en los talleres es importante para dar una proyección y aplicación efectiva de una atención participativa y optima. Fundamentarse una atención en normas científicas y experimentadas para que den el máximo resultado en el trabajo efectivo de atención en cuidados paliativos y mantenga al paciente con una atención digna y eficaz.

2. La infraestructura física es adecuada para los pacientes en fase terminal y se la mantendrá con el equipamiento necesario y el equipo multidisciplinario laborando tanto dentro como fuera del área hospitalaria. Para la implementación de una unidad de cuidados paliativos se han utilizado equipos de tecnología de punta que va en beneficio del paciente, siendo suficientes para dar una atención eficaz. .

3. Los afiliados se encuentran satisfechos con el Diseño e implementación de una Unidad de Cuidados Paliativos, porque el paciente en fase terminal recibe atención oportuna por un grupo interdisciplinario de salud en el Hospital "Carlos Andrade Marín". Se ha implementado un modelo de atención Paliativa para pacientes oncológicos en fase terminal; constituido por un equipo de profesionales, aplicando Cuidados Paliativos, con conocimiento adecuados.

11. RECOMENDACIONES

1. Mostrar sensibilidad y preocupación por el individuo y por todos los aspectos de su sufrimiento, para darle una atención eficaz y ser un hospital que satisfaga a todos los pacientes. Respeto a consideraciones étnicas, raciales, religiosas o culturales de los pacientes y compartir las actividades de los talleres que se realicen compartiendo experiencias.

2. La capacitación se la debe realizar permanentemente, se recomienda pasantías del personal de salud en instituciones nacionales y extranjeras que ya trabajen en Cuidados Paliativos. El equipo de trabajo permanente conformado por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un psicólogo, una trabajadora social, un terapeuta especializado en rehabilitación física y respiratoria, un religioso respetando su creencia y voluntarios para trabajar, tiene que continuar con el seguimiento a domicilio con visitas domiciliarias programadas, y que los cuidados paliativos brindados en el hospital “Carlos Andrade Marín”, se los aplique a través de un grupo operativo para atender a pacientes en fase terminal.

3. La infraestructura se la debe ampliar para dar atención a pacientes terminales de todo el Hospital Carlos Andrade Marín con su respectivo personal. Como las políticas de la Institución es trabajar en redes, con los dispensarios del IESS, Seguro Social Campesino, tomando en cuenta que el núcleo sería el Hospital Carlos Andrade Marín y ser ellos los encargados de direccionar a los diferentes dispensarios y hospitales, dispensarios provinciales. Todo el personal a nivel nacional debe ser capacitado en lo que a Cuidados Paliativos se refiere para que los pacientes sean los beneficiados.

4.-El modelo de atención Paliativa a pacientes oncológicos en fase terminal servirá de referencia para que otras instituciones lo apliquen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asenjo, M. (2006). Gestión diaria del Hospital. Barcelona: Masson.
2. Martos, F. (2006). Centros Hospitalarios de alta resolución. Sevilla: Mad.S.L.
3. UICC. (2006). Prevención del Cáncer: Estrategias basadas en la Evidencia.
4. Buele, M. (2011). Guía didáctica: Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud. Loja:UTPL
5. Agar, C. (2001) Transición Demográfica y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Hechos y Reflexiones Sociométricas. *acta bioeth*, 7, 27-41
6. Astudillo W.Mendinueta.C (2008). Cuidados del Enfermo en el Final de la Vida y Atención a su Familia.Pamplona: Eunsa.
7. Bouslaw. B; Rodoslaw C (2001) All Consuming Pain. *European Journal Of Palliative Care*. 8, 6
8. Davies, E. Higginson, I. (2004). Hechos Solidos en Cuidados Paliativos en Europa .1, 1-26
9. De Lima, L. (2007). International Association for Hospice and Palliative Care. List Of Essential Medicines For Palliative Care.18, 395-399
- 10.Derek, D. Hanks, G; Natham, I; Calman, K (2005). *Oxford Textbook Of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press.
- 11.Flores H; Perez F.; Thombi B. (2004). Muerte Encefálica Bioética y Trasplante de Órganos. *Revista Médica De Chile*. 132, 109-118
- 12.Granja P. (2008) Análisis de la Disponibilidad de Analgésicos Opioides en el Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito:PUCE
- 13.Molina M. (2005) Conflicto Dialéctico del Proceso Salud – Enfermedad desde tres visiones: Medico-Paciente; Proveedor-Usuario;Terapeuta-Terapeado. Quito:PUCE
- 14.Vigil, I. Aday, L. De Lima, L. (2007) What Predicts The Quallity Of Advanced Cancer Care In Latin America? A Look at Five Countries: Argentina, Brasil; Cuba, Mexico and Peru. *Journal of Pain and Symptom Management*. 34, 315 -327
- 15.Twycross R. (2000) Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas, *Acta Bioética*. 1, 1-20

16. Wenk R.; Bertolino M; De Lima L (2004) Analgésicos Opioides en Latinoamérica: La Barrera de Accesibilidad Supera la de Disponibilidad. *Medicina Paliativa*. 11, 148 -151
17. World Health Organization. (2002) National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines. Geneva. OMS. . Edition
18. Wright, M.; Wood, J.; Lynch, T.; Clark, D. (2006) Mapping Levels Of Palliative Care Development: A Global View. International Observatory On End Of Life Care, UK: Lancaster University

19. Zorilla S. (2000) *Acta Bioethica*, 6; 7-25
20. Cachon, E (2008) Aspectos Emocionales y Espirituales en la Terminalidad. Madrid: San Pablo
21. Elizari, F (2007) 10 Palabras Clave ante el Final de la Vida. Madrid: Verbo Divino
22. Bermejo, J (2009) Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid: Sal Terrae
23. Reche, A (2005) Actitudes de los Profesionales de la Salud ante la Muerte y los Moribundos. Barcelona: Universidad de Granada
24. Del Rosario B; Salinas M. (2000) Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Aspectos de Organización. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica
25. Ed. Mad. (2008) Atención de Enfermería al Enfermo Terminal. Cuidados Paliativos. Alcalá de Guadaíra: Mad
26. Ed. Mad. (2008) Atención Integral al Paciente Terminal. Cuidados Paliativos. Para Médicos de Atención Primaria. Alcalá de Guadaíra: Mad
27. González, M. (2007) Compendio del Tratado de Medicina Paliativa. Bogotá: Medica Panamericana
28. González, M. (2007) Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo de Cáncer. Bogotá: Medica Panamericana
29. Santana, F. (2011) Cuidados Paliativos. Madrid: Manual Moderno
30. Campoamor, J. Fonseca, P. (2010) Cuidados Paliativos. Bogotá: Medica Panamericana
31. De Simone, G. (2006) Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas: Manual para Estudiantes de la Carrera de Medicina. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica

Net grafía

<http://www.msps.es/organización/sns/home.htm>

<http://www.secpal.com/presentación/index.php>

http://www.cuidadopaliativo.org/index_espanol.php

http://www.fecupal.com/contenidos_feupal/publicaciones/publicaciones.htm

<http://www.ecuador en cifras.com/cifras-inec>

<http://www.el universo.com/2010/10/09/1/144/solca>

<http://www.cbioetica.org/revista/102/102-0914pdf>

http://www.hcam.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=190

ANEXOS

ACUERDO MINISTERIAL Nº 00000101

EL SEÑOR MINISTRO DE
SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda:

“Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

... 6. Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía.

8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.”;

“Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud;”.

“Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;

ue, la Ley Orgánica de Salud ordena:

“Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

... 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”.

“Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”;

Que, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone:

“Art. 28.- El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, dispondrá las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país.”;

Que, la OMS adopta como definición de cuidados paliativos al “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 y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.”;

Que, es responsabilidad del Estado universalizar los cuidados paliativos integrales en todas las instituciones prestadoras de servicios, públicas y privadas, del Sistema Nacional de Salud, a fin de reducir las inequidades en la accesibilidad que incluya la atención temprana, en domicilio y evite un inicio tardío y/o falta de continuidad del tratamiento, especialmente de los pacientes oncológicos y no oncológicos, pediátricos y adultos en etapa terminal;

Que, la Directora Ejecutiva del CONASA mediante oficio CNS-10 de 22 de octubre del 2010 solicita se realice el trámite para la aprobación de este acuerdo ministerial;

Que, mediante memorando SD-10-484-2010 de 18 de noviembre del 2010 la Dirección Nacional de Servicios de Salud; y, oficio Nº 556-DINHMT-10 de 15 de diciembre del 2010, el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”, emiten sus informes técnicos respecto a la elaboración del presente acuerdo ministerial; y,

En ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador en concordancia con el artículo 17 del Estatuto de Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

Acuerda:

Art. 1.- Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar el derecho de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento; a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; a incluir a los familiares cuando sea necesario y, para ello, establezcan el lugar idóneo para cada una de dichas prestaciones.

Art. 2.- Convocar a todas la entidades sean éstas públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud del país, a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención y asegure un enfoque multidimensional e interdisciplinario, garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo.

Art. 3.- Facilitar la disponibilidad y accesibilidad de solución oral de morfina, además de otros opioides con tecnología farmacéutica avanzada de efecto inmediato y retardado, con diferentes formas farmacéuticas, con el propósito de aliviar el dolor y el sufrimiento, mejorar en lo posible la calidad de vida de estos pacientes y ofrecer un sistema efectivo de soporte que los ayude a vivir tan activamente como les sea posible, hasta el final de la vida; lo cual también implica el acompañamiento a sus familias durante la enfermedad y en el duelo.

Art. 4.- Disponer la inclusión en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, además de las formas farmacéuticas de los opioides existentes, la solución oral de morfina en las siguientes concentraciones:

INCLUSIÓN AL CUADRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS BÁSICOS							
Código	Descripción	Forma Farmacéutica	Concentración	Nivel de Atención			Vía de Administración
				I	II	III	
N02AA01	MORFINA	SOLUCIÓN ORAL	2% (2 gr/100 mL)		X	X	ORAL
	MORFINA	SOLUCIÓN ORAL	0,2 (10 mg/5 ml)	X	X	X	ORAL

Art. 5.- Incluir en la historia clínica única la evaluación del dolor mediante la Escala Visual Análoga (EVA) como el quinto signo vital, a fin de asegurar su identificación temprana, evaluación certera y tratamiento integral oportuno.

Art. 6.- Disponer que la Dirección General de Salud de esta Cartera de Estado elabore, con participación de la Comisión Interinstitucional de Cuidados Paliativos Integrales, una propuesta técnica -incluido el financiamiento estimado- para organizar una red nacional de servicios paliativos integrales con participación de todas las instituciones públicas y privadas, prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud que será presentada a la Autoridad Sanitaria Nacional dentro de los 60 días posteriores a la publicación del presente acuerdo.

Art. 7.- Encargar al Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez" para que, a través del Departamento de Toxicología, presente a la Dirección General de Salud, dentro de los 60 días posteriores a la publicación de este acuerdo, una propuesta técnica y administrativa para viabilizar la disponibilidad de las diferentes formas farmacéuticas de opioides que permitan su rotación. Dicha propuesta deberá prever que la población afectada de dolor tenga acceso a estos medicamentos y además deberá incluir mecanismos ágiles y eficaces para el control de su uso.

Art. 8.- Coordinar con las instituciones formadoras de recursos humanos, la inclusión de la formación de cuidados paliativos integrales en las mallas curriculares de las distintas profesiones de la salud, así como la capacitación de equipos interdisciplinarios en las entidades prestadoras de servicios de salud, haciendo énfasis en el manejo idóneo de toda la gama de medicamentos para el alivio del dolor y el control de síntomas por parte de los profesionales de la salud involucrados en los cuidados paliativos y en especial de los médicos generales que atienden en unidades del primer nivel de atención.

Art. 9.- De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Dirección General de Salud y al Consejo Nacional de Salud de esta Cartera de Estado.

Dado en el Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito, a 9 de febrero del 2011.

f.) Dr. David Chiriboga Allnutt, Ministro de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo del Proceso de Asesoría Jurídica, al que me remito en caso necesario, lo certifico.- Quito, a 14 de marzo del 2011.- f.) Dra. Nelly Cecilia Mendoza Orquera, Secretaria General, Ministerio de Salud Pública.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Encuesta aplicada al personal de salud que labora en el área de Oncología del hospital Carlos Andrade Marín sobre aceptación del proyecto

Tema: Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico terminal en el área de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito.

Objetivo: Obtener información para desarrollar el proyecto

Instructivo: Sírvase contestar los siguientes enunciados, marque con una x su respuesta

1.-Considera usted que el tema propuesto para aplicarlo en Oncología tiene importancia

Si No

2.-Cree necesaria la implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos para los enfermos terminales en Oncología


Si No

3.-Los Cuidados que proporcionarán en esta Unidad contribuirán directamente al bienestar físico, emocional y espiritual de los pacientes

Si No

4.-Brindaría su colaboración para llevar a cabo este proyecto investigativo mediante aplicación de encuestas

Si No

FECHA SOLICITUD		 IESS		Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN					
INTERCONSULTA PARA ATENCION MEDICA EN EL DOMICILIO						HOSPITALIZACION		EDAD	
SERVICIO SOLICITANTE						CONSULTA EXTERNA			
DATOS DEL PACIENTE									
H.C.		AFILIACIÓN			C.I.		ACTIVO	MONTEPIO	SSC
							JUBILADO	VOLUNTARIO	OTRO
APELLIDOS					NOMBRES				
DIAGNOSTICOS PRINCIPALES					DIAGNOSTICOS SECUNADRIOS				
1					1				
2					2				
3					3				
CAUSAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD (Solamente causas de salud)									
CRONICO		CONVALESCIENTE		TERMINAL					
CONDICIÓN ESPECIAL									
ALIMENTACION:		ORAL	<input type="checkbox"/>	SONDA		TEMPORAL		DEFINITIVA	
				NASOGASTRICA		<input type="checkbox"/>			
				GASTROSTOMIA		<input type="checkbox"/>			
MICCIÓN:		AUTOCONTROL	<input type="checkbox"/>	PAÑAL	<input type="checkbox"/>	COLECTOR EXTERNO		<input type="checkbox"/>	SONDA VESICAL
									<input type="checkbox"/>
DEPOSICIÓN		AUTONOMA	<input type="checkbox"/>	PAÑAL	<input type="checkbox"/>	TEMPORAL		<input type="checkbox"/>	DEFINITIVA
									<input type="checkbox"/>
OSTOMÍAS		COLOSTOMIA	<input type="checkbox"/>	ILEOSTOMIA	<input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/>	TRAQUEOSTIOMIA	<input type="checkbox"/>
OXIGENODEPENDIENTE		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	HERIDAS		LOCALIZACIÓN	
						DE PRESION		1	
								2	
								3	
						QUIRÚRGICA		<input type="checkbox"/>	
						VENOSA		<input type="checkbox"/>	
						TRAUMÁTICA		<input type="checkbox"/>	
						ARTERIAL		<input type="checkbox"/>	
						PIE DIABÉTICO		<input type="checkbox"/>	
						OTRAS		<input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO RECOMENDADO					CUIDADOS ESPECIALES				

Fuente: formulario para atención a domicilio pacientes .



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL DOMICILIO
CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO Y ACEPTACION DEL PACIENTE

Yo, reconozco que me ha sido informado sobre las características y pronóstico de mi estado de salud. De la misma manera; sobre todas las asistencias que proporciona el Servicio de Atención Médica en el Domicilio del Hospital Carlos Andrade Marín y sobre los requisitos que debo cumplir para conservar este beneficio. Las mismas que acepto libre y espontáneamente.

Me comprometo a prestar toda la colaboración que se me requiera para que se realicen todos los procedimientos necesarios para mantener estable y/o recuperar mi estado de salud.

En caso de incumplimiento por mi parte, exonero al personal de este servicio, de toda responsabilidad futura sobre las consecuencias de mis decisiones.

Firma

C.I.

CONSENTIMIENTO Y ACEPTACION DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Yo, de
(PARENTESCO)

Reconozco que me ha sido informado sobre las características y pronóstico del estado de salud de mi familiar; sobre las características de las asistencias que proporciona el Servicio de Atención Médica en el Domicilio del Hospital Carlos Andrade Marín y sobre los requisitos que debo cumplir para conservar este beneficio. Las mismas que en representación de mi acepto libre y espontáneamente y me comprometo a prestar toda la colaboración que se requiera para que se realicen todos los procedimientos necesarios para mantener estable y/o recuperar la salud de mi familiar.

Firma

C.I.

AUTORIZACION DE NO RCP

YO EN MI CONDICION
DE SOLICITO LA NO REALIZACION DE
RCP NI MEDIDAS EXTREMAS A LA PACIENTE REYES CABEZAS JULIA,
ALICIA CON HISTORIA CLÍNICA 856043, HABIENDO SIDO
INFORMADOS DE CONDICION ACTUAL Y PRONOSTICO DE PATOLOGIA
DE BASE.

FIRMA

CI:

FIRMA DE TESTIGO

CI

Fuente: formulario para no reanimación en pacientes terminales

Quito, 1 de Junio del 2011

Señor Doctor

Fernando Checa

Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín

Presente

Yo, María Insuasti enfermera del Hospital Carlos Andrade Marín me dirijo a usted para solicitarle se me autorice realizar las encuestas sobre el tema "CREACION E IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS, PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN EL AREA DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN" MARZO 20011, mismas que servirán para complementar mi trabajo de maestría

Agradezco desde ya su colaboración

Atentamente



Lic. María Insuasti

cc. Lic Nora Gavilánez

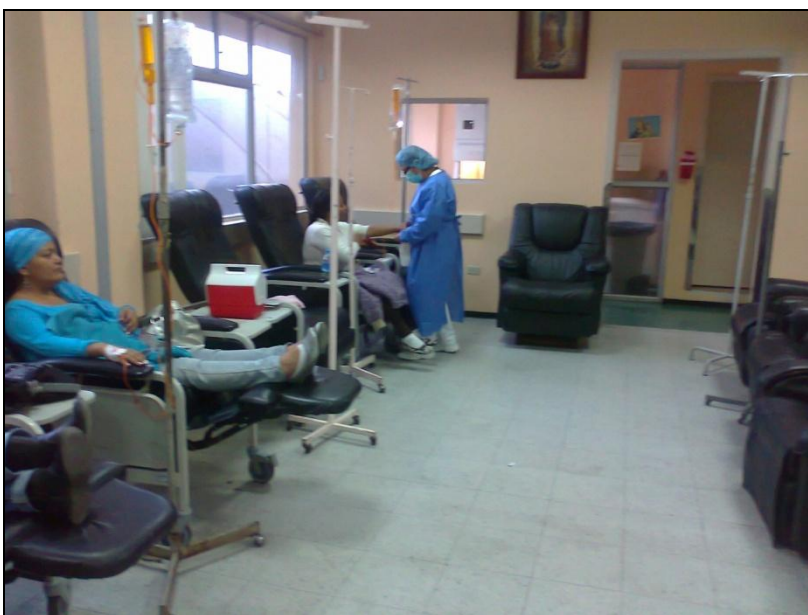
Revisado 4 Agosto
[Handwritten signature]

ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA DEL HCAM

INVITACIÓN A LAS JORNADAS DE CUIDADOS PALIATIVOS



*Fuente: Pacientes de Quimioterapia ambulatoria HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



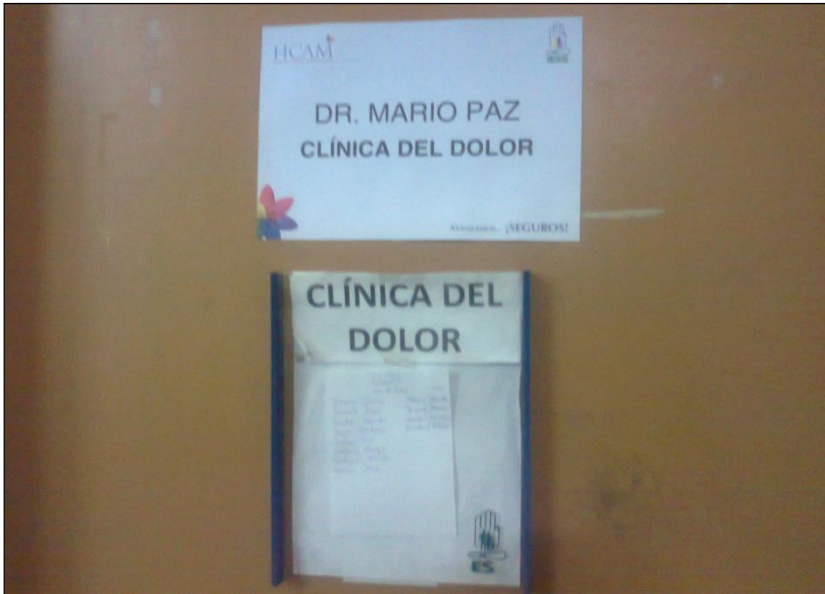
*Fuente: Pacientes de Quimioterapia ambulatoria HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



*Fuente: Pacientes en Cuidados Paliativos del HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



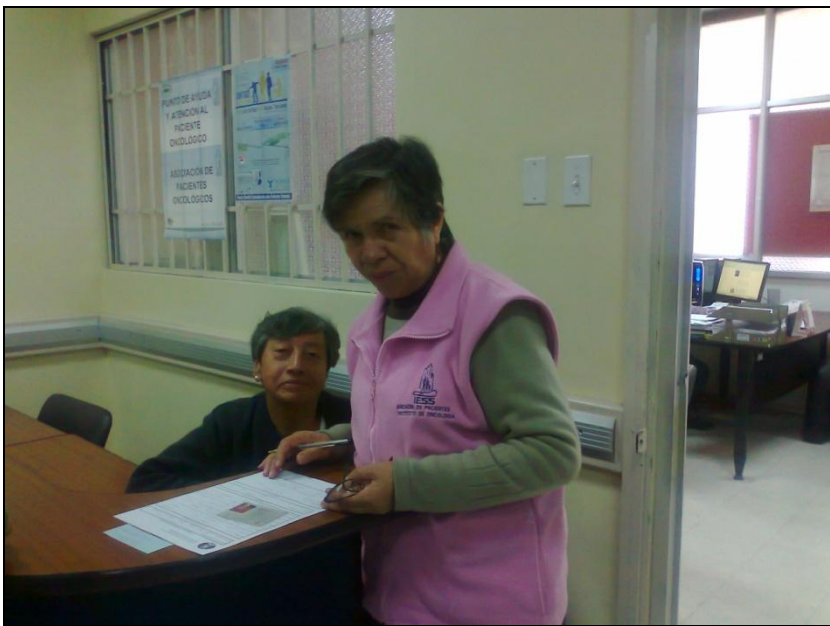
*Fuente: Pacientes en Cuidados Paliativos del HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



*Fuente: Pacientes de Quimioterapia ambulatoria HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



*Fuente: Consulta Externa de Clínica del dolor del HCAM
Permiso de fotografía por Jefe de Oncología*



Fuente: Grupo de damas voluntarias del HCAM
Permiso de fotografía : Jefe de Oncología



*Fuente: Grupo de damas voluntarias de Oncología del HCAM
Permiso de fotografía : Jefe de Oncología*



*Capacitación al personal (presidente de la fundación ecuatoriana de cuidados paliativos)
Permiso de fotografía: jefe de Oncología*