



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL**

**Implementación del servicio de cuidados paliativos en el departamento de
oncología clínica del hospital oncológico Dr. Julio Enrique Paredes
SOLCA Ambato.**

Tesis de grado

Autor:

Tonato Guamán Norma Elizabeth

Directora:

Pesantez León Mary Graciela. Econ.

CENTRO UNIVERSITARIO AMBATO

2012

CERTIFICACIÓN

Economista

Mary Graciela Pesantez León

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado Implementación del servicio de cuidados paliativos, en el departamento de oncología clínica del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes SOLCA Ambato año 2012 realizado por la profesional en formación Tonato Guamán Norma Elizabeth cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Ambato, julio del 2012

.....

Econ. Mary Graciela Pesantez León

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.

.....

Lcda. Norma Elizabeth Tonato Guamán

CI: 1600378424

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Norma Elizabeth Tonato Guamán declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del estatuto orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textual dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Ambato, julio 9 del 2012

.....
Lcda. Norma Elizabeth Tonato Guamán

CI: 1600378424

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado va dedicado, a todas aquellas personas que en su debido momento me brindaron su apoyo ya sea de forma directa, o indirecta, así como también a mis padres, mi esposo y mi pequeña hija quienes contribuyeron con su granito de arena para la realización del presente trabajo.

Lcda. Norma Elizabeth Tonato Guamán

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento a Dios por haberme dado la vida, 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.

De manera especial quiero expresar un eterno agradecimiento a la Economista Mary Pesantez León, por la asesoría y revisión técnica a favor de este proyecto.

A los directivos del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes SOLCA Ambato, por su predisposición a colaborar para la realización del presente proyecto.

Lcda. Norma Elizabeth Tonato Guamán

AUTORA

PARTE PRELIMINAR

PRELIMINARES:	PÁGINAS.
Portada	I
Certificación del director	II
Autoría	III
Cesión de Derecho:	IV
Dedicatoria:	V
Agradecimiento:	VI
Índice de cuadros y apéndices	VII
Resumen (abstrac)	

CUERPO DE LA TESIS

Introducción	1
Problematización	3
Justificación	4
Objetivos	5

CAPITULO I

Aspectos conceptuales e institucionales

1.1 Marco Teórico	6
1.2 Marco Institucional	10

CAPITULO II

Diseño Metodológico

2.1 Matriz de involucrados	21
----------------------------	----

2.2	Árbol de problemas	24
2.3	Árbol de objetivos	25
2.4	Matriz del marco lógico	26
CAPITULO III		
3.1	Resultados	32
3.2	Conclusiones	73
3.3	Recomendaciones	74
	Bibliografía	75
	Apendice	

RESUMEN

SOLCA Ambato por ser una institución de salud de tercer nivel, encargada de brindar atención a pacientes con cáncer debe contar con un servicio de cuidados paliativos. Datos del 2011 determina un incremento de 325 casos nuevos de cáncer, de los cuales 139 pacientes fueron detectados en etapa paliativa (42.9%)

El presente trabajo se elaboró, con la finalidad de implementar el área de Cuidados Paliativos en SOLCA Ambato, para brindar una atención integral, ética y profesional al paciente terminal; desde el punto de vista económico el aporte es significativo en medida de que se deja un proyecto de inversión sostenible y rentable, que permitirá a SOLCA sostenerse y fortalecerse como una empresa de salud.

El proyecto contiene una implementación por etapas, de las cuales se han concretado durante nuestra intervención las etapas 1 y 2, relacionadas con el manejo de pacientes a nivel ambulatorio y hospitalario con protocolos específicos, dejándose planteado el proyecto de inversión para la ejecución de la tercera etapa, esto es la creación del servicio de cuidados paliativos mismo que cuenta con apoyo de las autoridades.

ABSTRAC

Ambato SOLCA as an institution of tertiary health, responsible for providing care to cancer patients should have a palliative care service. Data of 2011 determined an increase of 325 new cancer cases, of which 139 patients were detected in palliative stage (42.9%)

This paper was prepared with the purpose of implementing the area of Ambato SOLCA Palliative Care, to provide comprehensive care, professional ethics and patient terminal, from the economic point of view the contribution is significant as it leaves a investment project sustainable and profitable, allowing SOLCA sustained and strengthened as a health company.

The project has a phased implementation of which have materialized during our intervention stages 1 and 2, relating to the management of patients at the clinic and hospital with specific protocols, letting raised the investment project for the implementation of the third stage is the creation of palliative care service which has the same authority support.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las enfermedades crónicas degenerativas de tipo oncológicas se han incrementado en cifras alarmantes, los pacientes que acuden a la institución para ser atendidos, lo hacen en su mayoría en estadios clínicos III Y IV B, los cuáles son considerados como etapas terminales, en donde al paciente no se le puede brindar un tratamiento neo adyuvante, y solamente es remitido a su domicilio para que reciba cuidados mínimos (paliativos) por parte de sus familiares.

A nivel nacional hay instituciones de carácter privado en donde se brinda atención exclusiva a pacientes terminales, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como también es una fuente de ingreso económico en bien de dichas instituciones, que cada vez han ido creciendo tanto en el aspecto de renombre institucional, y económico.

La provincia de Tungurahua cuenta con un centro asistencial privado para pacientes de cáncer terminal, el mismo que genera costos altos para el paciente y además su espacio físico y atención profesional no es la adecuada. Es por esta razón que se planteó la implementación del servicio de cuidados paliativos dentro de la institución, que no genere costos exagerados para el paciente y que permita el acceso para todos sin importar su condición económica.

Gracias a la colaboración activa del departamento de estadística de la institución se realizó un análisis estadístico del incremento de pacientes con cáncer durante el período 2011, de ellos el porcentaje de pacientes paliativos, además se contó con la colaboración de los directivos de SOLCA Ambato, que mostraron gran interés por la propuesta de implementación del servicio.

En la actualidad la institución brinda atención a pacientes paliativos considerados dentro del nivel I y II, ya que en lo posterior las autoridades se comprometieron a ejecutar la propuesta de implementación en un área específica en la que se atenderá a los pacientes del nivel III.

La realización de protocolos para la atención directa de pacientes paliativos se lo realizó y se lo difundió de forma favorable al personal médico y paramédico de la institución, se realizó la entrega de un reglamento escrito para el

respectivo funcionamiento al Director médico de la institución, mismo que fue aprobado.

Mediante herramientas como el TIR (Tasa interna de retorno) y el VAN (Balance actual neto) se pudo concluir que el presente proyecto es rentable y sostenible, para el beneficio de la institución.

PROBLEMATIZACIÓN

Actualmente nuestro planeta se encuentra convulsionado, factores como la contaminación ambiental, el deterioro de la capa de ozono, la falta de buenos hábitos alimenticios, dietas alimenticias a base de hormonas, aparición de vicios como el alcoholismo, tabaquismo, e incluso drogadicción, exposición a radiaciones negativas, y factores hereditarios han generado un incremento alarmante de pacientes que padecen de cáncer, esta enfermedad en los últimos años, ha venido cegando la vida de miles de personas sin tomar en cuenta edad, sexo, raza, religión, y condición social.

En nuestro país factores como la falta de recursos económicos, la deficiente educación, el temor a lo desconocido, una mala información, y la aparición de varias prácticas medicinales sin fundamento científico se ha constituido en un factor importante para que una persona que presenta sintomatología inicial de patologías cancerígenas no acuda a realizarse un control preventivo, y en muchos de los casos curativo que mejore su calidad de vida, aumentando así la supervivencia del ser humano.

Todos los aspectos mencionados anteriormente han contribuido a que los pacientes acudan a la institución en etapas terminales, sin poder recibir un tratamiento neo adyuvante que en lo posterior garantice una alta supervivencia y mejore la calidad de vida de estos pacientes. Lamentablemente cuando un paciente acude en etapa paliativa a la institución el médico procede a referir al paciente a su domicilio para cuidados mínimos por parte de sus familiares, debido a la inexistencia de un área de atención para pacientes terminales dentro de la institución. La falta de autonomía institucional es un factor negativo para la institución.

Un paciente en etapa terminal requiere de una atención óptima por parte de personal especializado, y totalmente capacitado en base a protocolos, para que en lo posterior tenga un desenlace digno, en donde se respeten sus derechos así como también se tome en cuenta su entorno familiar que es un factor primordial.

JUSTIFICACIÓN

La implementación del área de cuidados paliativos dentro de la institución permitirá brindar una atención integral de calidad al paciente terminal respetando sus derechos, sin olvidarnos de su entorno familiar, a través de lo cual se pretende ampliar la cartera de servicios de la institución. Posterior a realizar el respectivo análisis estadístico dentro de la institución se verifica que durante el período 2011 se detectaron 325 casos nuevos de cáncer de ellos 139 pacientes fueron pacientes terminales cifra que equivale al 42.9% que corresponde a una población importante para aperturar un área específica para el manejo de este tipo de pacientes.

Son muchas las complicaciones que presenta un paciente terminal difíciles de ser manejadas por sus familiares en su domicilio, una de ellas es el dolor, este puede ser controlado de mejor manera en un área hospitalaria mediante la aplicación de catéteres subcutáneos, epidurales e incluso el manejo con sedo analgesia, mismo que debe efectuado por personal entrenado.

La formación de escaras es otra de las principales complicaciones que al progresar llegan a ser un factor de riesgo para el paciente, la ausencia de una cama confortable, la falta de cambio de posiciones frecuente, aplicación de cremas anti escaras, una estricta y adecuada higiene personal del paciente, el apoyo del oxígeno hacen que el paciente presente complicaciones sobreañadidas a su patología y el desenlace sea en condiciones no dignas para el ser humano.

SOLCA Ambato cuenta con una infraestructura física adecuada para poder implementar el área de cuidados paliativos, cuenta además con una cobertura que justifica su funcionamiento, a nivel de la zona central del país sería la única institución que brinde este servicio, a costos módicos, en donde se cuenta con convenios importantes con instituciones como el IESS y el MIES .

Además la petición verbal por parte de los familiares de los pacientes para que los mismos puedan ser atendidos dentro de la institución por personal capacitado hasta su respectivo desenlace.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Implementar por etapas el servicio de cuidados paliativos en el departamento de oncología clínica del hospital oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, para garantizar una atención integral y ética a pacientes terminales y su entorno familiar.

Objetivos específicos:

- Ampliar la cartera de servicios de la institución, a través de la creación del servicio de cuidados paliativos.
- Realizar un estudio de la oferta y demanda de la institución.
- Mejorar la capacidad financiera de la institución a través de la implementación del proyecto, según los resultados obtenidos del estudio económico, dando cumplimiento al objetivo 6 del plan estratégico institucional.
- Diseñar e implementar de forma participativa un protocolo de atención en pacientes paliativos.
- Contar con un reglamento aprobado e implementarlo, para una adecuada distribución de pacientes tomando en cuenta sus niveles de gravedad.

CAPITULO I

El presente capítulo nos permite tener un acercamiento a los elementos conceptuales que orientan el manejo de pacientes paliativos, y en el marco institucional contar con una visión integral de SOLCA Ambato.

Aspectos conceptuales e institucionales

1.1.- Marco Teórico

Los Cuidados Paliativos, como conjunto de medidas médico sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase terminal y apoyar a su familia, han experimentado un desarrollo muy significativo en los últimos 10 años. Su fortalecimiento ha ejercido una influencia positiva notable en las instituciones sanitarias y servicios sociales no sólo por haber generalizado que cuando no se puede curar, es posible aliviar con frecuencia y consolar siempre, sino por haber dado origen y fuerza a un movimiento solidario en pro de una mejor terminalidad.¹

La Organización Mundial de la Salud redefine el concepto de cuidados paliativos como la atención para intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias enfrentados a una enfermedad terminal, mediante el alivio del sufrimiento, por medio de la correcta valoración y tratamiento del dolor y de los otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

A medida que el cáncer de una persona avanza, la persona puede experimentar una serie de síntomas. Estos síntomas pueden incluir dolor, pérdida del apetito, fatiga, debilidad, pérdida de peso, constipación, dificultad para respirar, confusión, náusea, vómito, tos y garganta adolorida o seca. Todos estos síntomas se pueden manejar con tratamiento apropiado. A medida que la muerte de un ser querido se aproxima, cada miembro de familia reaccionará de modo diferente. Es normal experimentar una serie de emociones tales como rabia, choque, ansiedad y sentirse impotente. No existe una sola manera "apropiada" para lidiar con esta situación. Los miembros de familia deberían tratar de aceptar las respuestas y sentimientos diferentes de los unos y los otros.

¹María Isabel Baguero Cuidados Paliativos Sociedad Española Segunda Edición 2009 pág. 47

Sedación paliativa

La sedación paliativa o terminal es la inducción, en un enfermo avanzado, de un sueño lo suficientemente profundo para aliviar su sufrimiento hasta que acontece su muerte. Sedantes son los fármacos que disminuyen la excitación nerviosa o producen sueño, tales como anestésicos (barbitúricos, propofol, ketamina

La justificación de la sedación paliativa se sustenta en el imperativo moral del médico de aliviar el sufrimiento, la voluntad del enfermo de que así sea, aún a costa de disminuir su nivel de conciencia y la inexistencia de alternativa terapéutica. La sedación es un tratamiento técnicamente sencillo cuya complejidad no está en su finalidad (el alivio del sufrimiento), sino en la toma de decisiones que justifican la disminución de la conciencia (muerte psicológica y social)².

Situación de últimos días (pre agonía y agonía).

Fase gradual que precede inmediatamente a la muerte (días) y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta. La agonía es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de unos signos (nariz fría o pálida, extremidades frías, livideces, labios cianóticos, estertores de agonía, pausas de apnea (>15 seg.), anuria y somnolencia) que pronostican una muerte próxima (la presencia de más de 4 de estos signos es pronóstico de fallecimiento en 4 días).

Experiencia de sufrimiento intolerable

La finalidad de la medicina paliativa es aliviar el sufrimiento de enfermo-familia al final de su vida, ayudar al ciudadano morir en paz, mediante un abordaje integral.

Voluntad de morir dormido

El sentido de la vida enferma resulta determinante en la experiencia de sufrimiento del ser humano y debe ser incorporado al proceso de afrontamiento del morir y en la toma de decisiones como un indicador de terminalidad (“doctor: lo que yo quiero es no sufrir”). Valores como supervivencia y calidad (dignidad) chocan en un conflicto agravado, en el caso de la familia, por sentimientos de culpabilidad que se hacen explícitos en una deliberación sobre

2. Bavas Ramón Afrontando la vida esperada la muerte Quinta Edición marzo 2008 Pág.55

la situación clínica (experiencia de sufrimiento-enfermedad), los valores de paciente-familia en juego y los posibles cursos de acción.

El Código de Ética y Deontología Médica establece que “el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pueda derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida”

Como ya se ha mencionado, lo fundamental de la sedación no es la intención del médico, ni si ésta puede adelantar o no la muerte, sino la voluntad del paciente con una experiencia de sufrimiento refractario que vive como intolerable de que se disminuya su conciencia hasta que acontezca su muerte.

Los valores que sostienen la voluntad de ser sedado son la calidad de vida, el confort, la impresión de no sufrimiento por parte de los familiares del paciente incapaz de expresarse, la dignidad. Valores que en esos momentos están por encima del valor supervivencia o mantenimiento de una vida gravemente enferma.

La muerte del enfermo sedado no es inevitable en cuanto el médico tiene a su alcance medios para retrasarla, cosa que no hace porque supondría prolongar una situación indeseable³.

Principios esenciales de los cuidados terminales

Respetar la dignidad del enfermo y de los proveedores de cuidados. Ser receptivos y respetuosos con los deseos del paciente y la familia. Utilizar las medidas más adecuadas compatibles con las elecciones realizadas por el paciente.

Cubrir el alivio del dolor y de otros síntomas físicos.

Valorar y tratar los problemas psicológicos, sociales y espirituales/religiosos

Ofrecer continuidad (el paciente debe poder ser atendido, si así lo desea, por su médico y el especialista de atención primaria)

Proporcionar acceso a cualquier tratamiento que de forma realista se espere que mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los tratamientos alternativos o no tradicionales.

Proporcionar acceso a Cuidados Paliativos y a cuidados en unidades de enfermos terminales

3. Bayas Ramón Afrontando la vida esperando la muerte Quinta Edición marzo 2008 Pag.67

Respetar la responsabilidad profesional del médico para interrumpir algunos tratamientos cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia. Promover la investigación clínica sobre la provisión de cuidados al final de la vida. 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

Derechos del paciente terminal

1. El paciente tiene derecho a mantener hasta el final de sus días la misma dignidad y autonomía a las que ha tenido derecho en la vida.
2. El paciente tiene derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico.
3. El paciente tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
4. El paciente tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
5. El paciente tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
6. El paciente tiene derecho a obtener alivio efectivo de su dolor y de sus síntomas, aun si los medicamentos o medidas requeridas para ello le redujeran el tiempo de vida restante.
7. El paciente tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
8. El paciente tiene derecho a recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a que le sean respetadas sus creencias religiosas, cualesquiera que sean.
9. El paciente tiene derecho a conocer y recibir explicaciones sobre los costos de los servicios recibidos. En situación de urgencia, se le debe atender sin exigir pago previo.
10. El paciente tiene derecho a morir con dignidad, tan comfortable y apaciblemente como sea posible⁴.

1.2.- Marco Institucional

Aspecto geográfico del lugar

La provincia de Tungurahua se encuentra ubicada en el centro del Ecuador, pertenece a la región interandina o sierra. Tiene una superficie de 3331.3 Km². Limita al Norte con las Provincias de Cotopaxi y Napo, al sur con Chimborazo y Morona Santiago, al este con Pastaza y al oeste con Bolívar.

La capital provincial es Ambato situada a 2557 mts sobre el nivel del mar, por su ubicación es un importante centro comercial del país.

El Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, SOLCA Ambato se encuentra ubicado en la ciudad de Ambato, Parroquia Izamba, Barrio Señor de los Milagros, sector Aeropuerto, en las calles Alfredo Coloma y Enrique Sánchez.

Reseña histórica de SOLCA

El 24 de enero de 1990 bajo la iniciativa del Colegio de Médicos de Tungurahua, por invitación de su presidente Dr. Ignacio Bonilla, las instituciones de la provincia se reúnen en el salón Auditorium del Honorable Consejo Provincial de Tungurahua para conformar la primera directiva. El Consejo Directivo de SOLCA Núcleo de Quito presidido por el señor Ing. GRAB Solón Espinosa Ayala, en resolución No 690 del 31 de octubre del mismo año crea el "COMITÉ AMIGOS DE SOLCA AMBATO".

El 16 de octubre de 1992 SOLCA Ambato da comienzo a la atención a pacientes oncológicos con un Dispensario que funciona en el edificio Sindicato de Choferes de Tungurahua. En julio de 1997 el Dispensario se traslada a la Cda. Ingahurco: Salvador 04-35 y México, edificio donado por el Sr. César Augusto Salazar Chávez.

El 24 de agosto de 2001 SOLCA Núcleo de Quito adquiere el terreno al Banco Central del Ecuador, en el cual se construiría el Hospital de SOLCA Ambato. El 15 de julio de 2004 el Ministerio de Salud Pública, mediante acuerdo Ministerial No0000 833, aprueba las reformas a los Estatutos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, para el cambio de nombre de Comité de Amigos de SOLCA por unidades oncológicas provinciales. El 21 de diciembre de 2005, luego de los trámites de ley, se firma el contrato y se coloca la primera piedra, dando

inicio a la construcción del Hospital SOLCA Ambato. Con fecha 06 de febrero de 2008 se trasladan muebles, equipos y otros del Dispensario de SOLCA Tungurahua al nuevo hospital, para dar inicio a las actividades el 11 de febrero de 2008, y el 23 de noviembre de 2008 el servicio de hospitalización y el 24 de noviembre de 2008 se realiza la primera cirugía. El 06 de marzo de 2009 es inaugurado el Hospital Oncológico “Dr. Julio Enrique Paredes C.”, con la presencia de la señora Ministra de Salud y autoridades provinciales.⁵

Misión

Conducir en su jurisdicción la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente.⁶

Visión

Mantenerse como una institución, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad por su alta especialización, su elevado nivel científico y tecnológico, por su excelencia en el servicio de atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente, y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la prevención de la salud pública.⁷

Objetivos:

Incrementar la cobertura de las acciones de promoción, educación, diagnóstico y tratamiento del cáncer⁸.

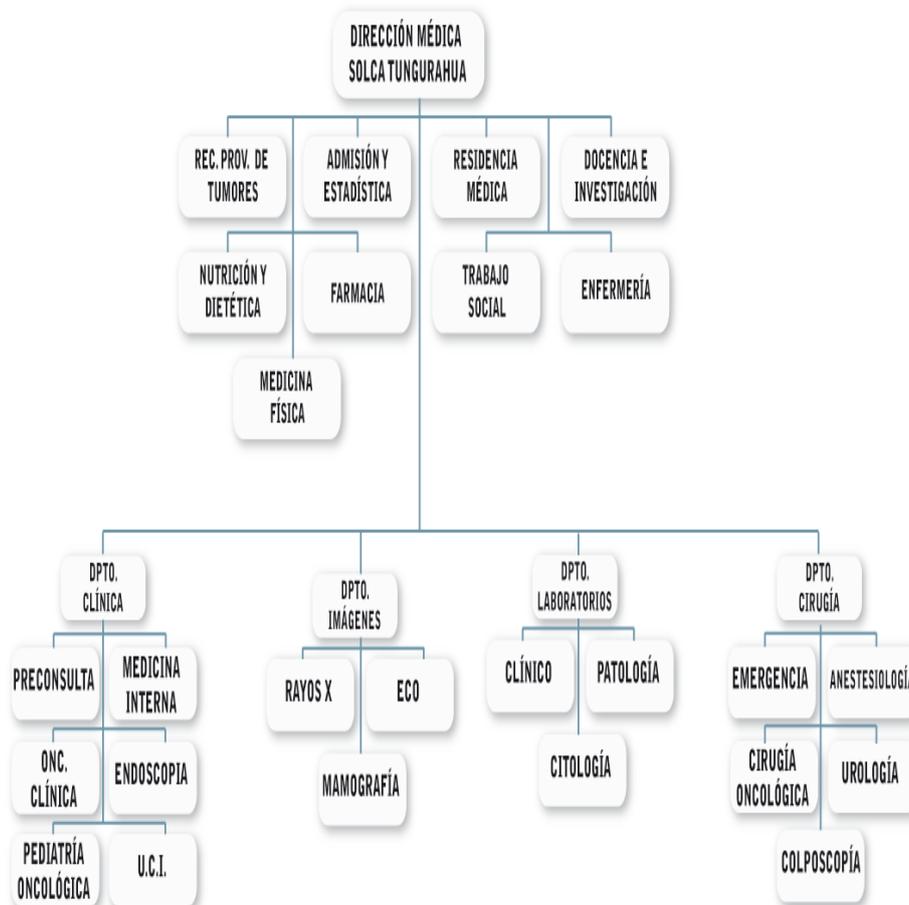
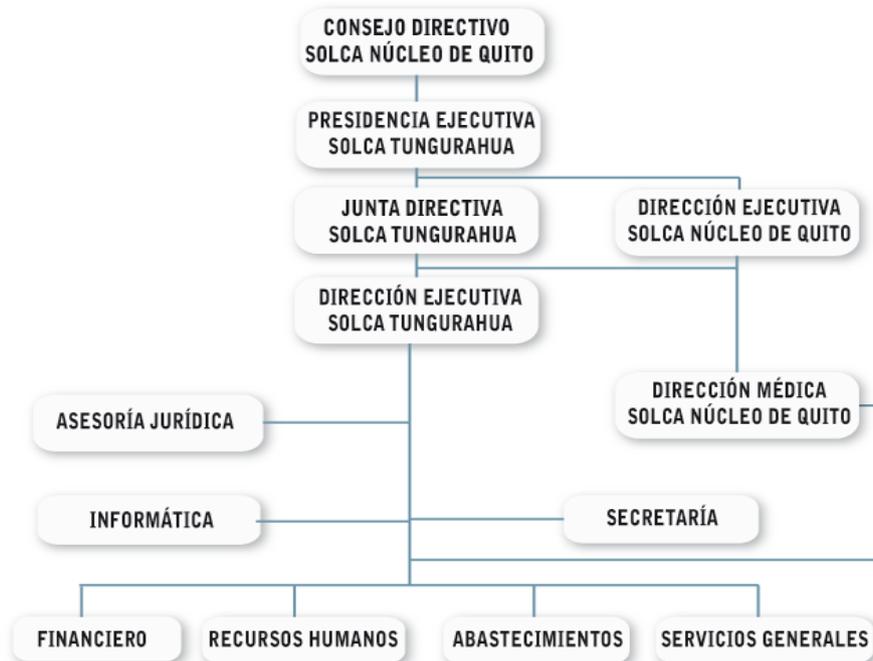
Establecer y mantener procedimientos eficientes y efectivos para apoyar las actividades de la institución.⁹

Incrementar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la calidad de servicio.¹⁰

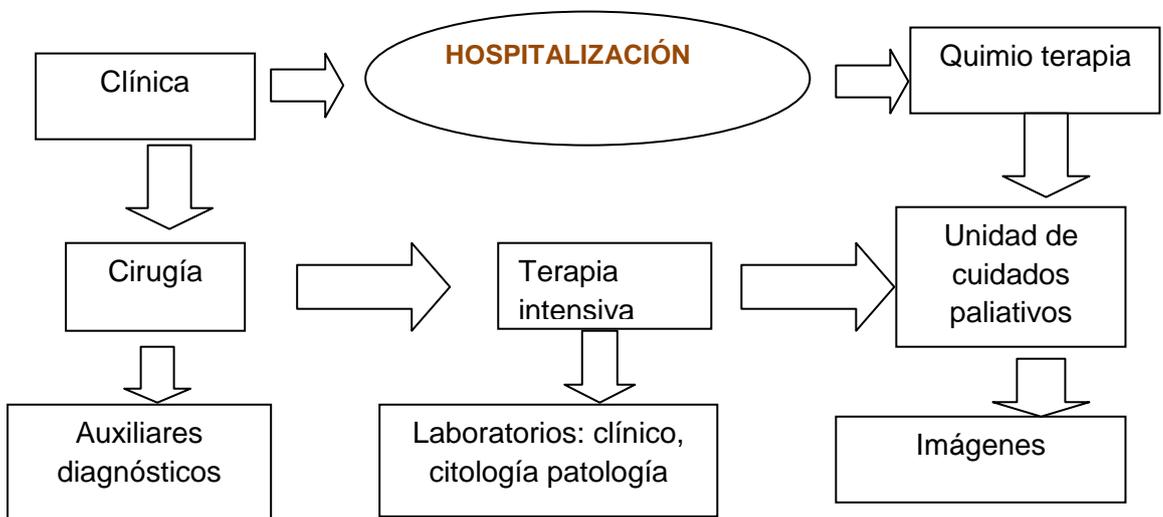
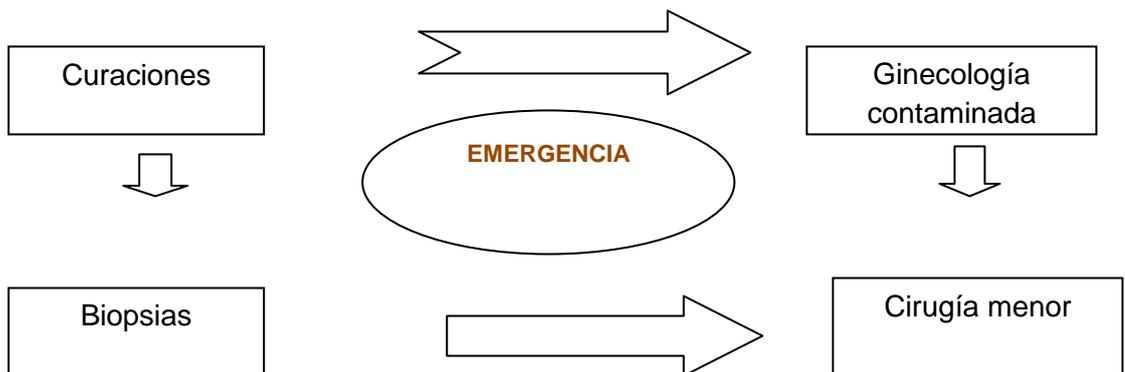
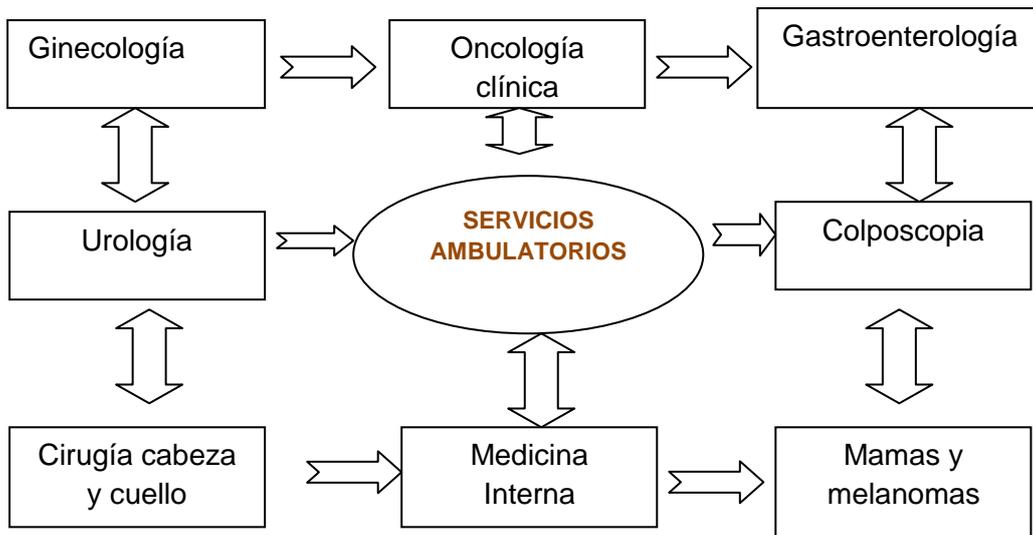
Adecuar y optimizar la estructura orgánica funcional, así como programar capacitaciones frecuentes para todos sus empleados en las diferentes ramas que ellos se desempeñan por el bienestar de los usuarios que acuden a la institución.

5, 6, 7, 8, 9,10 Plan Estratégico SOLCA AMBATO, aprobado por la Junta Directiva 2010

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE SOLCA AMBATO



CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA AMBATO



SOLCA Ambato, cuenta con una importante cartera de servicios, misma que se encuentra dividida en servicios ambulatorios, hospitalarios, y auxiliares de servicio, encargados de brindar atención integral al usuario, los servicios ambulatorios laboran de lunes a viernes en un horario de 8 horas, mientras que los servicios hospitalarios de emergencia, y auxiliares hospitalarios laboran las 24 horas del día los 365 días del año, cada una de estas áreas cuenta con su respectivo coordinador, encargada de las labores administrativas de cada uno de los departamentos de atención. Par una mejor comprensión e interpretación de cada uno de los departamentos en el apéndice 1 tablas 1 se presenta detallado cada uno de los servicios que oferta la institución con su respectivo rol y productividad en el año 2011.

En cada una de estas áreas existen protocolos de atención que son cumplidos reglamentariamente, por parte del personal que labora en cada una de las áreas. En el área de hospitalización y unidad de cuidados intensivos los pacientes permanecen hospitalizados un promedio medio de 3 a 4 días, todo esto dependerá de la complejidad de la patología del paciente.

En el área de aislamiento protector es una área restringida se encuentran los pacientes que momentáneamente presentan defensas bajas, como neutropenia, trombocitopenia, pacientes de extremo cuidado, esta área cuenta con normas de protección personal, así como también protección para el paciente, son áreas en las cuáles se dispone de flujo laminar.

Las áreas de servicio diagnóstico se encuentran laborando desde las 6am de la mañana pues son áreas que requieren de muestras en donde el paciente se encuentre en NPO(nada por vía oral), al igual que en el servicio de imágenes, los pacientes acuden temprano para la realización especialmente de ecosonografía, cuyos procedimientos también se los realiza en ayunas.

El único propósito de cada uno de los integrantes de la cartera de servicios de la institución es proporcionar al paciente una atención que demanda de mucha ética profesional para que cada uno de los exámenes complementarios sean realizados de forma adecuada y se pueda llegar fácilmente a conclusiones diagnósticas, que tiene como finalidad llegar a una determinación diagnóstica y para que en lo posterior se pueda brindar un tratamiento de calidad al paciente que acude a la institución.

PLAN ESTRATÉGICO DE SOLCA AMBATO

El plan estratégico de SOLCA Ambato comprende una descripción de aspectos generales de la empresa como son: Una breve reseña histórica de su constitución, su misión, visión, objetivos, el personal que posee y los servicios que ofrecen, un análisis de los factores críticos del éxito que influirán notablemente para el desarrollo de la estratégica. Se realiza también una descripción del medio hospitalario que es el sector industrial en el cuál se desenvuelve el instituto, identificándose sus principales características en recursos humanos y tecnológicos.

La máxima optimización y desarrollo de los recursos tecnológicos constituye hoy en día no tan solo una necesidad de índole operativa sino que es además un arma estratégica que permite a las empresas ganar una ventaja competitiva



EL FODA DE EL HOSPITAL ONCOLOGICO SOLCA AMBATO

<p>FORTALEZAS:</p> <p>Contar con un equipo médico acorde con los avances tecnológicos.</p> <p>Alta capacitación de los médicos especializados en el extranjero.</p> <p>Garantizar una alta protección al personal, pacientes y medio ambiente.</p> <p>Alta capacitación de los médicos especializados en el extranjero.</p> <p>Ofrecer un servicio excelente a bajo costo, producto de subvenciones provenientes del estado, donaciones y entes privados.</p> <p>Ser reconocido en el extranjero por el nivel médico y tecnológico.</p>	<p>OPORTUNIDADES:</p> <p>Reconocimiento como uno de los mejores Institutos de prevención de cáncer en Latinoamérica tanto en el ámbito tecnológico como médico.</p> <p>Lograr convenios estratégicos con otros Institutos en el exterior para la preparación especializada de su personal y así ofrecer un mejor servicio.</p> <p>Aumentar los ingresos a través de la captación de nuevos clientes externos que prefieran nuestros servicios ya sea que padezcan o no la enfermedad.</p>
<p>DEBILIDADES</p> <p>Crecimiento no programado tanto del espacio físico como del personal.</p> <p>No existe una correcta estructura funcional.</p> <p>Los empleados están cargados innecesariamente de trabajo en tarea manuales repetitivas. La información es redundante y muchas veces poco confiable.</p> <p>Lenta toma de decisiones (Alta Burocracia).</p> <p>No existe una escala de salarios basándose en la preparación y desempeño de personal.</p> <p>Falta de investigación y desarrollo.</p> <p>Poseer una estructura organizacional alta, con muchos niveles de jerarquía</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Disminución o eliminación de las asignaciones por concepto del impuesto el 0.6% del 1% anual sobre toda operación de préstamos y descuentos que efectúen los Bancos y otras compañías financieras.</p> <p>Si el ciclo económico productivo del país se ve frenado por la altas tasas de intereses de los préstamos bancarios tanto en moneda nacional como en moneda extranjera, S.O.L.C.A. se vería abocado en un des financiamiento de sus ingresos originado por esta recesión.</p> <p>La falta de una buena imagen producida por falta de apoyo y de un plan de difusión que concientice a la población de que S.O.L.C.A. tiene un alto grado de respetabilidad científica y humana.</p> <p>Pérdida del carácter benéfico del servicio, que es pilar de la institución.</p> <p>Colapsa miento del área administrativa, quien ve el crecimiento no programado de nuevas unidades médicas sin su debida planificación.</p>

Referencia: Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Estatutos y Reglamentos Internos. (4ta.Edición; Ambato 2008), pp.1

Riesgos:

Falta de apoyo de la Alta Gerencia.

Fuga de personal capacitado a otras Instituciones extranjeras.

Carencia de los recursos económicos para la contratación del Recurso Humano necesario así como para su capacitación en sus funciones.

No contar con el espacio físico disponible.

Si se diera el caso de que el Gobierno deje de asignarle a S.O.L.C.A. los valores (porcentajes) con los cuales se financia la Institución, la Misión, Metas y Objetivos de la misma deberían ser replanteados puesto que se vería en la necesidad de buscar otras formas de financiamiento que involucraría dejar a un lado el subsidio de ciertos servicios para obtener mayores ingresos económicos y seguir dando un servicio de calidad para poder cumplir con la Visión planteada por los Directivos.

Carencia de las debidas medidas de seguridad que protejan al trabajador en la recepción de radiaciones¹¹.

Valores

Integridad

Honestidad y transparencia.

Compromiso con el paciente.

Respeto a los derechos del paciente ante el dolor, enfermedad y sufrimiento.

Atención humana y personalizada al paciente.

Lealtad y compromiso con la institución.

Vocación de servicio frente a la comunidad.

Perseverancia en la lucha contra el cáncer

Los valores mencionados anteriormente son aplicados por el personal que labora dentro de la institución debido a que nuestros pacientes son considerados como especiales por el hecho de padecer una patología crónica, el personal que labora dentro de la casa de salud cuenta con vocación y amor, cumple con la misión de atender al paciente sin mirar condición económica, raza, sexo, religión. Cada miembro de la institución brinda atención personalizada pensando siempre que el paciente al cuál atendemos podría ser nuestro al que más queremos

11. Plan Estratégico SOLCA AMBATO, aprobado por la Junta Directiva 2010

OBJETIVOS Y ESTRATÉGIAS

AREA MÉDICA	ESTRATÉGIAS
<p>Objetivo:1</p> <p>Incrementar la cobertura de las acciones de promoción, educación prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Realizar campañas de promoción, educación y prevención de cáncer orientadas hacia la población e instituciones públicas y privadas.</p> <p>Mantener y optimizar los recursos humanos y técnicos que aseguren diagnósticos y tratamientos eficaces y oportunos.</p> <p>Establecer y mantener indicadores para controlar y evaluar la gestión institucional.</p> <p>Fortalecer los servicios de las unidades oncológicas de SOLCA Ambato.</p>
<p>Objetivo: 2</p> <p>Fortalecer el cuadro básico de medicamentos.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Evaluar y seleccionar proveedores que cumplan con todas las normas legales vigentes.</p> <p>Estudiar, aprobar y recomendar los pedidos de medicamentos con el Comité de Farmacia.</p> <p>Mantener actualizados con el cuerpo médico, la lista de medicamentos que se requieren y formular los pedidos.</p> <p>Recomendar en forma oportuna la adjudicación de medicamentos que cumplan las normas legales vigentes y aseguren los intereses conveniencia de la Institución y de los pacientes.</p> <p>Efectuar las adquisiciones de medicinas e insumos.</p>
<p>Objetivo:3</p> <p>Incrementar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la calidad del servicio.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Seleccionar rigurosamente al personal.</p> <p>Establecer, mantener, y optimizar los procedimientos administrativos, técnicos y humanitarios que aseguren la satisfacción de los usuarios.</p> <p>Establecer indicadores de gestión.</p>

<p>Objetivo :3</p>	<p>Optimizar el uso de recursos y racionalización de los procesos.</p> <p>Desarrollar y mantener programas de capacitación técnica, administrativa y humanitaria.</p> <p>Mantener programas de investigación científica.</p> <p>Supervisar la supervisión de servicios que aseguren la calidad.</p> <p>Medir el nivel de satisfacción actual del usuario mediante la aplicación de encuestas.</p>
---------------------------	---

<p>ÁREA ADMINISTRATIVA</p>	<p>ESTRATEGIAS</p>
<p>Objetivo :1</p> <p>Lograr que la institución disponga de un marco legal adecuado que facilite su gestión.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Recopilar y mantener la legislación vigente referente a la institución.</p> <p>Promover la aprobación de las propuestas.</p> <p>Generar propuestas.</p> <p>Dar a conocer la nueva legislación.</p>
<p>Objetivo: 2</p> <p>Plantear y mantener actualizadas las políticas, reglamentos, normas y procedimientos debidamente aprobados.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Generar propuestas.</p> <p>Diagnosticar la situación actual.</p> <p>Formar equipos de trabajo multidisciplinarios.</p> <p>Promover la aprobación de propuestas.</p> <p>Emitir el contenido de los documentos para su implementación.</p>
<p>Objetivo: 3</p> <p>Adecuar y optimizar la estructura orgánica funcional.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Determinar las necesidades de ajustes a la estructura orgánica.</p> <p>Generar propuestas alternativas para la nueva estructura orgánica-funcional.</p> <p>Promover la aprobación e implantación y socialización para la nueva estructura orgánico-funcional.</p>
<p>Objetivo : 4</p> <p>Mantener procedimientos efectivos y eficientes para apoyar las actividades de la institución.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Aprobar y difundir el plan estratégico.</p> <p>Desarrollar e implementar un plan de manejo Ambiental.</p>

<p>Objetivo : 4</p>	<p>Elaborar sistemas de seguimiento y evaluación.</p> <p>Evaluar periódicamente el cumplimiento de los planes mediante la aplicación de la matriz de evaluación.</p> <p>Establecer indicadores de gestión.</p>
<p>Objetivo: 5</p> <p>Incorporar un sistema integral de información institucional.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Formular un sistema institucional de información técnica, administrativa y financiera.</p> <p>Incorporar alta tecnología tomando en cuenta su costo- beneficio.</p> <p>Elaborar y mantener un plan de desarrollo informático institucional.</p> <p>Definir sistemas integrados.</p>
<p>Objetivo: 6</p> <p>Lograr autosuficiencia en la gestión institucional.</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Evaluar el plan de desarrollo institucional, trimestralmente.</p> <p>Generar proyectos para la consecución de recursos.</p> <p>Realizar periódicamente investigaciones de mercados 2 veces por semestre.</p> <p>Establecer los costos de los servicios hospitalarios.</p> <p>Aplicar tarifas diferenciadas.</p>
<p>Objetivo : 7</p> <p>Implementar centros de atención oncológica en el área de responsabilidad</p>	<p>Estrategias:</p> <p>Construir, ampliar y remodelar los centros de atención.</p> <p>Contratar y capacitar el personal necesario para satisfacer la demanda</p> <p>Adquirir los equipos necesarios para la operación.</p> <p>Desarrollar planes operativos y de inversión.</p>

Fuente: Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Estatutos y Reglamentos Internos. (4ta.Edición; Ambato 2008), pp.1

Elaborado por: Lic. Norma Tonato

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico es un instrumento metodológico que nos permite planificar y comunicar en un solo cuadro la información más importante del proyecto, así como también para concretar con precisión la propuesta de solución misma que se inserta en el grupo de actividades del proyecto.

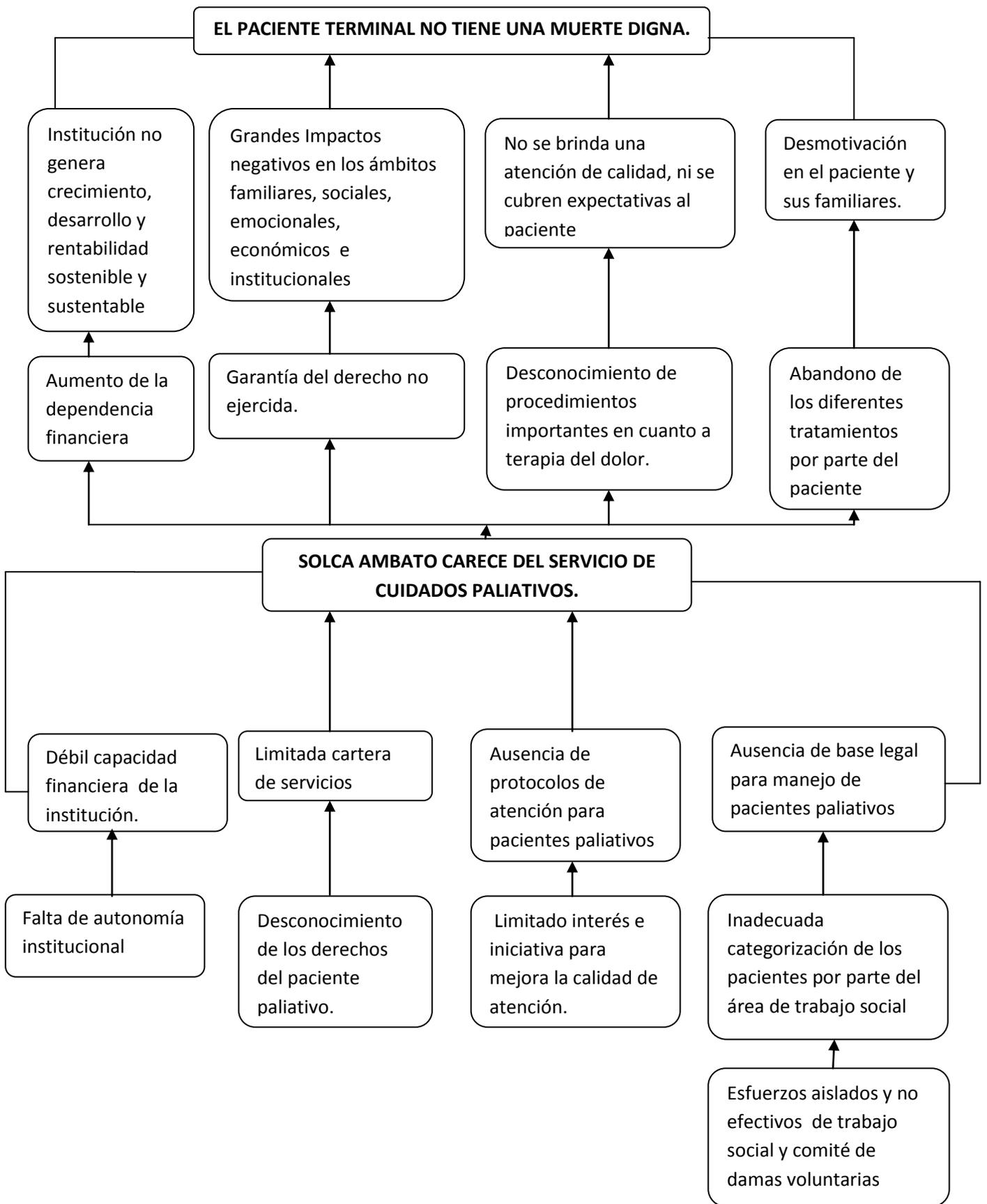
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Pacientes oncológicos en etapa terminal de la institución.	Tener un final digno que disminuya el impacto psicológico en el paciente y su entorno familiar.	Recursos humanos: número de pacientes. Recursos materiales Recursos financieros. Demandar atención de calidad por parte de la institución.	Desconocimiento por parte del paciente de la existencia de un servicio de cuidados paliativos. Pacientes de recursos económicos bajos. Deficiente educación en cuanto a la medicina paliativa en el paciente y su familia.
Personal de salud de oncología clínica: . Médicos oncólogos clínicos. . Personal capacitado en terapia del dolor.	Aplicar de forma adecuada los protocolos establecidos por la institución. Lograr destreza en cuanto aplicación de técnicas analgésicas a utilizarse,	Recursos Humanos. Recursos tecnológicos Recursos materiales. Recursos Financieros.	Ausencia del servicio de cuidados paliativos instalado. Ausencia de personal capacitado en medicina paliativa. Poco interés por parte de los

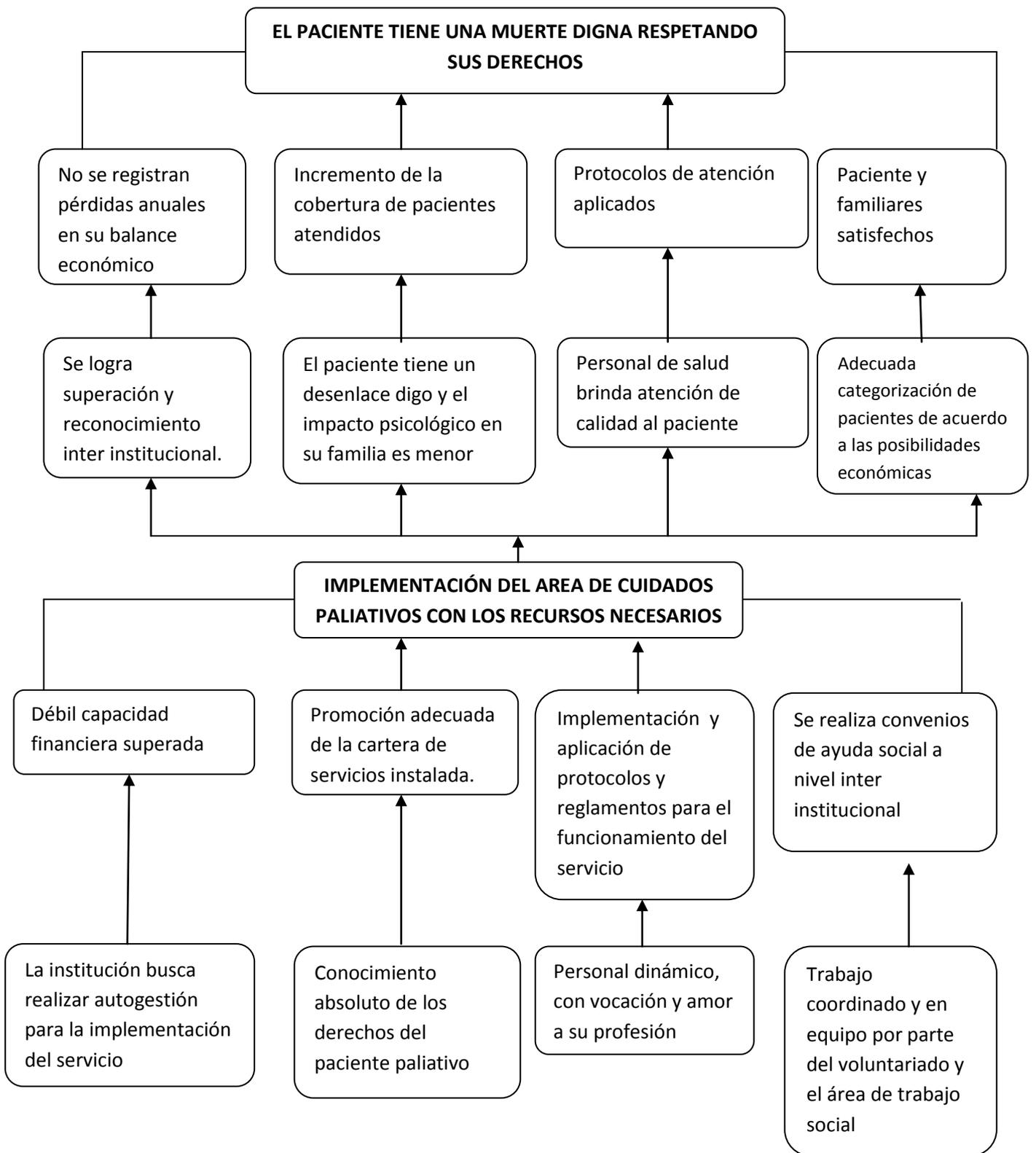
<p>Personal de Enfermería.</p>	<p>bajo consentimiento del paciente o familiares. Cumplir con el reglamento establecido por la institución. Aplicar los cinco correctos de de forma adecuada.</p>	<p>Mantener al paciente terminal con una escala del dolor inferior a 3/10, Aplicando técnicas adecuadas evitando de tal forma infecciones sobreañadidas.</p>	<p>profesionales, por brindar atención a pacientes terminales Ausencia de disponibilidad de tiempo. Déficit de personal capacitador para el equipo médico y paramédico</p>
<p>Junta Directiva:</p> <p>Dirección Ejecutiva de SOLCA:</p> <p>Dirección Técnica: Dirección Médica de SOLCA:</p> <p>Jefatura de Enfermería</p>	<p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes en etapa paliativa.</p> <p>Reconocimiento a nivel nacional, como una institución en donde se brinda cuidados paliativos.</p> <p>Realizar convenios con instituciones importantes como: laboratorios médicos, para la adquisición de analgésicos de acción central y periférica como la morfina.</p> <p>Atención de calidad con ética profesional.</p>	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presidente de la junta directiva - Director Ejecutivo. - Director médico - Jefe de enfermería. - Jefe Financiero <p>Recursos materiales.</p> <p>Recursos financieros.</p> <p>Manejo integral y ético para el paciente terminal, sin olvidarnos de su entorno familiar.</p>	<p>Falta de autonomía institucional Débil capacidad financiera por parte de la institución. Falta de conocimiento por parte de las autoridades ejecutivas de SOLCA de lo que es la medicina paliativa. Ausencia de convenios con laboratorios importantes.</p>

Departamento Financiero	Incrementar sus ingresos económicos, y demanda de pacientes en la institución.	Recursos Financieros	Cobertura baja por deficiente promoción de los servicios que brinda la institución.
Voluntariado de SOLCA y Trabajo social.	Realizar un aporte económico, para la atención paliativa en todos aquellos pacientes de bajos recursos económicos. Realizar convenios con instituciones de ayuda social, como patronato provincial.	Recursos Humanos Recursos Materiales. Recursos financieros. Ejecutar y aplicar programas de ayuda social en beneficio del paciente paliativo.	Falta de coordinación y comunicación con todas las integrantes del comité de damas voluntarias. Desinterés por parte del comité de damas voluntarias. Errores en la categorización de los pacientes para los cobros de los diferentes rubros.
Universidad Técnica Particular de Loja Facultad de Medicina	Realizar propuestas de acción e impacto hacia las instituciones en donde se realizan los proyectos.	Recursos humanos. Recursos materiales. Recursos educativos. Formación académica de los estudiantes post gradistas.	Falta de coordinación por parte de la institución para la realización del proyecto con la Universidad.

ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Propiciar una atención de calidad al paciente terminal, respetando, sus derechos, a través de una ética profesional adecuada.</p>	<p>Disminución del 50% de pacientes que fallecen en sus domicilios con cuidados mínimos que hacen que su final no sea digno.</p>	<p>Reporte de programas realizados dentro de la institución, dentro de lo cual constaran los protocolos de atención, técnicas de manejo con asepsia y antisepsia para evitar infecciones sobreañadidas a su patología a los pacientes paliativos.</p>	<p>Participación de los pacientes paliativos activa y propositiva.</p> <p>Participación del entorno familiar de los pacientes de forma activa.</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>Implementar el área de cuidados paliativos dentro de la institución para garantizar una atención integral a pacientes terminales y su entorno familiar, mediante lo cual se ampliara la cartera de servicios de la institucional.</p>	<p>El 90% de los pacientes paliativos son atendidos de forma adecuada y oportuna dentro de la institución durante el período 2012, así como también la débil capacidad financiera de la institución mejora.</p>	<p>Oficios de respaldo emitido por las autoridades que certifiquen la implementación del área por niveles y el compromiso de las autoridades para su implementación total en un corto plazo</p>	<p>Personal capacitado en atención paliativa actuando.</p> <p>Protocolos de atención paliativa funcionando.</p>

COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
1.- Estudio de mercado realizado, mediante el respectivo análisis de la oferta y demanda.	100% de pacientes ingresados a SOLCA en el 2011 (demanda), analizados.	Tabla de estudio de demanda de casos nuevos durante el período 2011, así como también porcentaje de pacientes paliativos analizado por las autoridades de la institución.	Pacientes y familiares consientes de qué deben recibir una atención digna en una etapa terminal.
2.- Estudio de factibilidad económica realizado, socializado y apoyado por autoridades institucionales.	El 100% de los miembros de la junta directiva muestran interés para una implementación del servicio en un plazo corto	Estudio financiero revisado por los miembros de la junta directiva.	Autoridades completamente motivadas por implementar el servicio.
3.- Elaboración e implementación de protocolos de atención médica y de enfermería en pacientes paliativos	El 100% del personal médico y paramédico es pleno conocedor de los cuidados directos que los pacientes paliativos deben recibir.	Lista de personas capacitadas, dentro de la institución Memorias de talleres	Personal capacitado actuando de forma dinámica, y con ética profesional
4.- Elaboración e implementación de reglamento de atención.	El 100% de normas de atención son implementadas	Normas escritas y oficio que respalde su revisión	Participación de las autoridades activa y propositiva.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES:	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p>1.1.- Solicitud al director médico para la revisión de documentos estadísticos de la institución.</p> <p>1.2.- Revisión del porcentaje de pacientes paliativos en el departamento estadístico.</p> <p>1.3.- Dar a conocer a las autoridades el porcentaje de pacientes paliativos.</p> <p>1.4.- Publicar el porcentaje estadístico en el trabajo de investigación.</p>	<p>Área estadística de la institución</p> <p>Director médico.</p> <p>Lcda. Norma Tonato.</p>	<p>La presente información se la obtuvo en el mes de febrero del año 2012.</p>	<p>Papel.</p> <p>Impresora</p> <p>Flash memori</p> <p>Cámara fotográfica.</p>
<p>2.1.- Solicitar al departamento de contabilidad de la institución análisis de documentación como estado anual de cuenta de la institución</p> <p>2.2.- Análisis de la capacidad financiera de la institución.</p>	<p>Jefe del departamento de contabilidad</p> <p>Lcda. Norma Tonato</p> <p>Departamento de proveeduría.</p> <p>Área de bodega de la institución.</p>	<p>Enero, Febrero, Marzo y Abril del 2012</p> <p>La capacitación se la realizará en el mes de febrero del año 2012.</p>	<p>Computador</p> <p>Papel</p> <p>Esferos</p> <p>Calculadora</p> <p>Internet</p>

<p>2.3.- Solicitar listado de costos de servicios que oferta la institución.</p> <p>2.4.- Mediante los conocimientos adquiridos en Economía para la salud conocer el costo de mano de obra, lencería, y recursos tecnológicos para la implementación del proyecto.</p> <p>2.5.- Buscar asesoría constante con la economista Mary Pesantez, para la elaboración completa de la estructura financiera.</p>	<p>Lcda. Norma Tonato.</p> <p>Economista Mary Pesantez</p> <p>Lcda. Norma Tonato</p>	<p>Enero, febrero, marzo y abril del 2012.</p> <p>Enero, febrero, marzo, del 2012.</p>	<p>Computador.</p> <p>Libros de economía proporcionados durante la maestría.</p> <p>Papel</p> <p>Calculadora</p> <p>Internet</p> <p>Computadora</p> <p>Internet</p> <p>Copias</p>
<p>3.1.- Consultar diferentes bibliografías para la elaboración de los protocolos de atención.</p> <p>3.2.- Solicitar colaboración de un profesional en el área de terapia del dolor.</p>	<p>Lcda. Norma Tonato</p> <p>Personal capacitado</p>	<p>Marzo 2012.</p>	<p>Hojas.</p> <p>Computadora</p> <p>Flash memori.</p>

<p>3.3.- Socializar los diferentes protocolos de atención en pacientes paliativos.</p> <p>3.4.- Evaluación al personal capacitado.</p> <p>3.5.- Imprimir un tríptico acerca de lo que significa un paciente paliativo.</p> <p>3.6.- Solicitar un informe que certifique la socialización de los protocolos a la Coordinadora del área de enfermería.</p>	<p>Lcda. Norma Tonato</p> <p>Personal Capacitado</p>	<p>Marzo 2012</p>	<p>Hojas.</p> <p>Computadora</p> <p>Flash memori</p> <p>Infocus</p>
<p>4.1.- Consultar varias bibliografías para la elaboración del reglamento de atención en un área de cuidados paliativos.</p> <p>4.2.- Realizar una clasificación por niveles de gravedad para los pacientes.</p>	<p>Lcda. Norma Tonato</p>	<p>Enero, febrero y marzo del 2012</p>	<p>Libros actualizados.</p> <p>Internet.</p> <p>Papel</p> <p>Impresora</p> <p>Computadora</p> <p>Anillados.</p>

<p>4.3.- Dar a conocer a las autoridades de las condiciones de instalación del servicio de cuidados paliativos.</p> <p>4.4.- Entregar al director médico el reglamento para su aprobación.</p> <p>4.5.- Solicitar autorización para la difusión.</p>	<p>Lcda. Norma Tonato</p>	<p>Enero, febrero y marzo del 2012</p>	<p>Libros actualizados. Internet. Papel Impresora Computadora Anillados.</p>
--	---------------------------	--	--

CAPÍTULO III

RESULTADO 1

Análisis de oferta y demanda de pacientes oncológicos y pacientes paliativos durante el período 2 011

El presente análisis se lo realizó gracias al importante aporte del departamento de estadística de la institución, que se respalda con oficio de justificación por parte del coordinador de dicha área. (Ver oficio en apéndice)

DIAGNOSTICOS POR HISTOPATOLOGÍA DE CANCER AÑO 2011

TIPO	NUMERO	NUMERO DE PACIENTES PALIATIVOS	PORCENTAJE
Ca de cérvix invasor	59	22	37.2%
Ca de mama	43	18	41.8
Ca cérvix insitu	34	16	47%
Ca baso celular piel	32	5	15.6%
Ca de próstata	24	17	70.8%
Ca de estómago	20	15	75%
Otros Ca	19	8	42.1%
Ca escamo celular piel	15	4	26.6%
Linfoma no hodgkin	13	3	23%
Ca de endometrio	9	5	55.5%
Melanoma maligno	8	2	25%
Ca de colon	8	7	87.5%
Ca de pulmón	7	5	71.4%
Ca de esófago	7	1	14.2%
Ca metastásico	6	2	33.3%
Ca de tiroides	3	1	33.3%
Linfoma hodgkin	4	1	25%
Liposarcoma	2	-	-
Ca de recto-ano	4	1	25%
Ca de vesícula	4	4	100%
Leimiosarcoma	1	-	-
Ca de ovario	1	1	100%
Sarcoma	1	-	-
Ca de vulva	1	1	100%
TOTAL	325	139	42.7%

Fuente: Departamento de Estadística de SOLCA Ambato
Elaborado por Lic. Norma Tonato
Año 2012

Análisis del resultado esperado 1

Tras realizar un análisis de partes diarios del departamento de estadística de la institución, se obtuvo la demanda de casos nuevos de cáncer durante el período 2011, en donde se verifica que en dicho período existió un incremento de de 325 casos, de los cuáles 139 pacientes fueron detectados en etapa terminal esta cifra corresponde al 42.7% del 100% de pacientes analizados.

Las patologías que mayor número de pacientes en etapa paliativa abarcan son los cánceres de cérvix, y el más agresivo por su rápida evolución el cáncer de estómago, durante el período 2011 dichos pacientes fueron remitidos a sus domicilios para que reciban cuidados mínimos, con analgésicos por vía oral por parte de sus familiares, sin considerar que en la mayoría de los casos existía falta de educación y temor para un adecuado manejo.

La mayoría de estos pacientes fallecían en condiciones muy tristes, o con infecciones sobreañadidas a su patología.

Gracias a esta herramienta de trabajo (cuadro de demanda de casos nuevos de cáncer durante período 2011), las autoridades se motivaron a implementar el servicio por niveles para de esta forma cubrir las necesidades del paciente paliativo y su familia.

RESULTADO 2

Estudio de factibilidad económica, realizado, socializado y apoyado por las autoridades.

Se realizó un estudio completo de factibilidad económica que contempla mano de obra, compra de insumos, medicamentos y recursos tecnológicos así como venta de estos servicios ya en pacientes de III nivel.

El presente estudio fue presentado a las autoridades de la institución quienes se motivaron al ver que la implementación del servicio es rentable, sostenible, y que permitirá mejorar el déficit económico de la institución. El mismo se lo presenta a continuación:

Infraestructura física ya instalada

La institución cuenta ya con un espacio físico apropiado para su futura instalación como servicio independiente, para pacientes del nivel III. El espacio físico cuenta con 20 camas, oxígeno empotrado, con calefacción permanente. (Ver foto de espacio físico en apéndice)

Recursos humanos para el funcionamiento como área independiente

Para el funcionamiento con 20 camas es necesario contar con un personal especializado, conformado por: un médico tratante, 3 médicos residentes, 5 enfermeras profesionales, 5 auxiliares de enfermería, una secretaria clínica y un personal de limpieza, este personal mínimo garantiza el funcionamiento del servicio durante las 24 horas y genera un gasto anual de 259.413,48 correspondiente a remuneraciones unificadas más beneficios de ley. (Tabla 2)

Los equipos médicos se deprecian en 10 años, utilizando estándares del sector público, ello representa un gasto anual de 5389,38, mediante la utilización de depreciación de línea recta. (Tabla# 3)

Recursos materiales

La implementación del presente proyecto requiere de materiales como enseres, insumos, medicación y equipos de tecnología de acuerdo a la reglamentación.

TABLA N° 1

RECURSOS HUMANOS REQUERIDOS EN EL NIVEL III

RECURSOS HUMANOS:									
RECURSOS HUMANOS	Cantidad	Sueldos	Décimo tercero	Décimo cuarto	Fondo reserva	Aporte patronal	Total	Total mensual	Total anual
Médico tratante	1	2.170,35	180,8625	24,33	180,86	241,99	2.798,40	2.798,40	33.580,83
Médicos residentes	3	1.081,50	90,125	24,33	90,13	120,59	1.406,67	4.220,01	50.640,14
Lcdas. Enfermeras	5	1.207,50	100,625	24,33	100,63	134,64	1.567,72	7.838,60	94.063,18
Auxiliares de enfermería	5	753,91	62,8258333	24,33	62,83	84,06	987,96	4.939,78	59.277,36
Secretaria clínica	1	714,81	59,5675	24,33	59,57	79,70	937,98	937,98	11.255,76
Personal de limpieza	1	671,81	55,9841667	24,33	55,98	74,91	883,02	883,02	10.596,22
Total								21.617,79	259.413,48

Fuente: Registros del departamento financiero SOLCA Ambato – Economía para la Salud.
 Elaborado por Lic. Norma Tonato
 Año 2012

Tabla Nº 2

DEPRECIACIÓN DE EQUIPOS				
Bien	Costo	Valor residual	Valor a depreciar	Depreciación anual
Camas automáticas	\$ 36.000	3600	\$ 32.400	3240
Porta sueros de acero inoxidable	\$ 386	38,6	\$ 347	34,74
	\$ 11.665	1166,5	\$ 10.499	1049,85
Monitor cardiaco		0	\$ 0	0
Monitor portátil de signos vitales	\$ 3.156	315,6	\$ 2.840	284,04
Bombas de infusión XL Plum	\$ 6.500	650	\$ 5.850	585
Bombas de infusión braw	\$ 2.175	217,5	\$ 1.958	195,75
Total				5389,38

Fuente: Registro departamento de proveeduría SOLCA Ambato
Elaborado por Lic. Norma Tonato
Año 2012

El área física del servicio dispone de 392m², para su respectivo funcionamiento, valorados a precios de mercado a 1000 m² con una vida útil de 20 años lo cual genera un gasto anual de 17640. (Tabla#3)

Tabla Nº 3

Bien	Metros cuadrados	Valor m2	Total	Valor residual	Valor a depreciar	Depreciación anual
Área del servicio	392,00	1.000,00	\$ 392.000	\$ 39.200	\$ 352.800	17.640,00
Total						17.640,00

Fuente: Departamento Financiero SOLCA Ambato
Elaborado por Lic. Norma Tonato
Año 2012.

Considerando estándares básicos de acuerdo a normas establecidas se estima que la lencería tiene una vida útil de 6 meses, tomando en cuenta que cada cama tiene 4 mudadas, que se encuentran distribuidas de la siguiente manera: una se encuentra en uso, la segunda se encuentra en la lavandería, una tercera en utilería, y finalmente la última en la bodega, para su respectivo funcionamiento y por consiguiente su costo anual es de \$4.024

Tabla N° 4**Lencería Hospitalaria**

LENCERIA HOSPITALARIA	Costo unitario	Requerimiento por cama	Requerimiento del servicio (20 camas)	Requerimiento anual (Vida útil 6 meses)	Costo anual
Juego de sábana para hospitalización	6,5	4	80	160,00	1040
Cobijilla para cama hospitalaria	7,2	4	80	160,00	1152
Cubre cama hospitalaria	5,75	4	80	160,00	920
Limpiones para desinfección (pequeños)	0,65	4	80	160,00	104
Toallas medianas	1,99	4	80	160,00	318,4
Batas descartables estériles, re esterilizables	2,15	4	80	160,00	344
Gorro de enfermera	0,56	4	80	160,00	89,6
Zapatos descartables	0,35	4	80	160,00	56
				TOTAL:	4024

Fuente Ministerio de Salud Pública, pág. costos oficiales en el Ecuador
 Elaborado por Lic. Norma Tonato
 Año 2012

La experiencia en manejo con pacientes en SOLCA nos permite estimar costos de insumos y materiales en cantidades detalladas en la (tabla # 8), mismas que valoradas a precio institucional genera un costo anual de 27.974,35 por insumos, y por medicación una cantidad de 38.704,8 por medicación, y en equipamiento la cantidad de \$59882

Para el servicio de aseo se estima un costo de anual de 195,50 aclarando que este gasto es solamente para el personal que realiza limpieza de pisos.

Tabla Nº 5

Equipamiento, insumos y medicación para la implementación

TABLA 5				
EQUIPAMIENTO BASICO PARA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO				
Costo				
Camas automáticas	\$ 18.000	2 camas para área especial	2 camas	\$ 36.000
Porta sueros de acero inoxidable	\$ 19.30	20 porta sueros	20 porta sueros	\$ 386
Monitor cardiaco	\$11.665			
Monitor portátil de signos vitales	\$ 789	4 monitores portátiles	4 monitores	\$ 3.156
Bombas de infusión XL Plum	\$ 650	10 bombas de infusión	10 bombas	\$ 6.500
Bombas de infusión braw	435	5 bombas	5 bombas	\$ 2.175
TOTAL				\$ 59.882

Fuente: Departamento de proveeduría y contabilidad de SOLCA Ambato
Elaborado por Lic. Norma Tonato
Año 2012.

TABLA Nº 6

INSUMOS MEDICOS PARA EL SERVICIO				
Insumos	Precio unitario	Cantidad mensual	Requerimiento anual	Precio total
Jeringuilla 3cc	0,15	300	3600	540
Jeringuilla 5cc	0,18	300	3600	648
Jeringuilla 10cc	0,2	500	6000	1200
Jeringuilla 20 cc	0,35	200	2400	840
Jeringuilla 60cc	0,6	100	1200	720
Jeringuilla 1cc aguja fija	0,2	300	3600	720
Jeringuilla 1cc aguja móvil.	0,25	300	3600	900
Sondas de succión 16	8,33	10	120	1000
Sondas Foley 16, 18, 20 de 2 vías	2,5	10	120	300
Cánula para oxígeno	0,18	10	120	21,6
Mascarilla para oxígeno	2,8	15	180	504
Catéter venoso periférico 16	1,95	15	180	351
Catéter venoso periférico 14	2,05	15	180	369
Catéter venoso periférico 18 con alas	1,5	20	240	360
Catéter venoso periférico 20 con alas	0,97	50	600	582
Catéter venoso periférico 22 con alas	1,1	80	960	1056
Catéter venoso 24	0,85	10	120	102
Llave de tres vías	1,5	50	600	900
Extensión de tres vías	1,1	20	240	264
Bionector	1,45	100	1200	1740
Equipo de venoclisis	1,6	80	960	1536
Micro gotero	2,8	100	1200	3360
Apósito adhesivo 10x7	0,65	100	1200	780

Esparadrapo de piel	2,3625	1	12	28,35
Nebulizador adulto	2,45	20	240	588
Incentivó metro	4,5	20	240	1080
Catéter epidural 22	2,05	10	120	246
Solución salina 1000 cc	1,45	100	1200	1740
Solución salina de 500cc	0,8	50	600	480
Solución salina de 100 cc	0,5	200	2400	1200
Lactato ringer 1000cc	1,5	20	240	360
Dextrosa al 5% 1000cc	1,55	80	960	1488
Dextrosa en solución salina 1000cc	1,7	50	600	1020
Dextrosa al 50%	2,3	5	60	138
Alcohol 72% 3000cc	2,9	2	24	69,6
Alcohol al 90% 3000cc	3,1	3	36	111,6
Desinfectante saidex 4000cc	4,2	5	60	252
Alcohol yodado 3000cc	3,8	3	36	136,8
Gasa rollo	5,8	2	24	139,2
Algodón rollo	4,3	2	24	103,2
Total				27.974,35

Fuente: Ministerio de Salud Pública costos oficiales insumos- Economía para la salud.

Elaborado por Lic. Norma Tonato

Año 2012

Tabla Nº 7

Medicación para la implementación del servicio en Nivel III

USO DE MEDICAMENTOS				
Medicamentos	Precio unitario	Cantidad mensual	Anual	Precio anual
ANALGÉSICOS				
Sulfato de morfina 10mg ampollas	0,93	100	1200	1116
Morfina 20mg ampollas	1,2	100	1200	1440
Tramal de 100mg amp.	0,83	100	1200	996
Tramal de 50mg ampollas	0,59	50	600	354
Fentanyl 500ug	3	100	1200	3600
Midazolam 15mg ampollas	2,6	50	600	1560
Metamizol 1gr	0,52	50	600	312
Butiliosina	0,48	50	600	288
Parche bupre morfina	6,87	50	600	4122
Ketorolaco 30mg	0,55	100	1200	660
Ketorolaco 60mg	1,08	50	600	648
ANTIHEMÉTICOS				
Metoclopramida amp	0,42	100	1200	504
Metoclopramida tabletas	0,06	100	1200	72
Kitryl ampollas	3,57	100	1200	4284
Kitryl tabletas	0,9	100	1200	1080
Haldol gotas	1,3	2	24	31,2
Haldol ampollas	3,3	10	120	396
SEDANTES				
Midazolam 15mg ampollas	2,6	50	600	1560
PROTECTORES GÁSTRICOS				
Omeprazol frasco 40mg	5,7	80	960	5472
Ranitidina 50mg	0,35	20	240	84
Ranitidina tabletas 300mg	0,2	10	120	24
ANTIBIÓTICOS				
Cefepime 2gr frasco	14	15	180	2520
Vancomicina 500mg frasco	14	10	120	1680
Unasyn 1.5gr	8,9	20	240	2136
Ceftriaxona 1gr	4,25	10	120	510
Cefazolina 1gr	3,12	10	120	374,4
Metronidazol 500mg	4,2	15	180	756
Amikacina 500mg	3,15	10	120	378
CORTICOIDES				
Hidrocortisona 100mg	3,3	10	120	396
Hirudoid crema	11,26	10	120	1351,2
Tota anual				38704,8

Fuente: Farmacología básica y clínica Bertram G - Departamento de farmacia.
 Elaborado por Lic. Norma Tonato
 Año 2012

Tabla N° 8

Material de aseo

Material de aseo	Precio	Cantidad	Anual	Costo anual
Escobas	1.10	2	10	11
Trapeadores	1.50	3	20	30
Detergente 700gr	1.45	5	50	72,5
Cloro industrial 3000cc	4.10	2	20	82
Total anual				195,5

Fuente: Manual de limpieza y desinfección SOLCA Ambato
Elaborado por Lic. Norma Tonato
Año 2012

De los gastos enunciados podemos concluir que el costo total de gastos de operación es de 424009,81 de los cuáles 338.931,43 corresponden a costos fijos cifra que representa el 79.93% del total del gasto y el 85,07% son costos variables cuya participación es del 20,07%.

En la estimación de costo se ha considerado un costo indirecto del 20% en base al comportamiento histórico en la institución.

Resumen de costos por paciente

Considerando la capacidad instalada en condiciones de eficiencia es decir utilizando el 80% el costo por pacientes es de \$ 72,60 por día.

Tabla N # 9**COSTOS DIRECTOS**

	Costo anual	% de participación
Mano de obra	259.413,48	61,18
Depreciaciones	5389,38	1,27
Uso inmueble	17.640,00	4,16
Medicamentos	38704,8	9,13
Insumos	27.974,35	6,60
Lencería hospitalaria	4024	0,95
Material de aseo	195,5	0,05
Total costo directo	353.341,51	83,33
Costo indirecto	70668,30195	16,67
Costo total	424.009,81	100,00
Capacidad instalada en condiciones de eficiencia (80%)	5840	
Costo por día paciente	72,60	72,60

Fuente: Economía de la Salud – Departamento de contabilidad SOLCA Ambato
 Elaborado por Lic. Norma Tonato
 Año 2012

Tabla Nº 10**Costos fijos y variables**

Mano de obra	259.413,48
Depreciaciones	5.389,38
Uso inmueble	17.640,00
Total	282.442,86
% Gasto administrativo (20%)	56.488,57
Total costo fijo	338.931,43
% Participación	79,93
Costo variable	85.078,38
% Participación	20,07

Fuente: Economía de la salud – Departamento de contabilidad SOLCA Ambato
 Elaborado por Lic. Norma Tonato
 Año 2012

Tabla N° 11

La demanda estimada del proyecto se la presenta en la siguiente tabla

Demanda estimada del proyecto				
	Promedio estándar	Número pacientes	Días estada óptimos mensual	Días estada óptimos anual
Días estada óptimos	30	16	480	5760
Días estada moderado	15	16	240	2880
Capacidad óptima		16	365	5840

Fuente: Departamento de estadística SOLCA Ambato
Elaborado por Lic. Norma Tonato
Año 2012

Mediante la utilización de herramientas como el TIR (Tasa interna de retorno) y el VAN (Balance actual neto) podemos afirmar que es un proyecto rentable sostenible, mismo que permite recuperar la inversión a partir del primer año.

Para la construcción del flujo de fondos se parte del supuesto que los ingresos y gastos crecerán en un 10% anual. (Tabla # 12).

Este proyecto no demanda de una inversión alta pues tenemos la gran ventaja que se cuenta con la infraestructura instalada siendo necesaria la inversión en: recursos humanos, materiales, y equipos sofisticados.

Posterior a realizar un estudio económico del proyecto estableciendo la demanda esperada, cartera de servicios a ofrecer, inversión inicial, ingresos, egreso de operación y posterior a utilizar herramientas de evaluación financiera como el TIR y el VAN, se concluye que el proyecto es rentable y sostenible aspecto que motiva a las autoridades y compromete su implementación.

MATRIZ DE FLUJO DE FONDOS											
	PERIODOS										
RUBROS	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
Ingresos Operacionales		760.921,90	837.014,09	920.715,50	1.012.787,05	1.114.065,75	1.225.472,33	1.348.019,56	1.482.821,52	1.631.103,67	1.794.214,04
Costos de operación y mant.		424.009,81	466.410,79	513.051,87	564.357,06	620.792,76	682.872,04	751.159,24	826.275,17	908.902,68	999.792,95
Utilidad antes de partición e impuestos		336.912,09	370.603,30	407.663,63	448.429,99	493.272,99	542.600,29	596.860,32	656.546,35	722.200,99	794.421,08
Participación de trabajadores											
Utilidad antes de impuesto											
Pago impuestos		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inversión	(59.882,00)										
Utilidad neta		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Flujo de fondos netos	(59.882,00)	336.912,09	370.603,30	407.663,63	448.429,99	493.272,99	542.600,29	596.860,32	656.546,35	722.200,99	794.421,08
	(59.882,00)	277.030,09	647.633,39	1.055.297,02	1.503.727,01	1.997.000,00	2.539.600,29	3.136.460,61	3.793.006,96	4.515.207,95	5.309.629,03
VAN	13.372.834,32										
TIR	5,73										

Fuente: Supervivencia, rentabilidad y crecimiento – Economía para la salud

Análisis del resultado esperado 2

El estudio de factibilidad económica se lo realizó tomando referencias de ingresos y egresos económicos que genera la institución, gracias a la colaboración activa del departamento de contabilidad, proveeduría, y bodega, tal estudio fue presentado y aprobado por el 100% de las autoridades de la institución mismas que en su totalidad se motivaron y se comprometieron a brindar apoyo para la ejecución del presente proyecto, tras analizar que el mismo es un proyecto de inversión rentable.

En el apéndice se adjunta un oficio en donde las autoridades se comprometen a implementar en un corto plazo el servicio de cuidados paliativos como un área independiente y tomando como referencia el estudio financiero entregado a la institución.

RESULTADO 3

Elaboración, socialización y aplicación de los protocolos de atención de enfermería en pacientes paliativos.

Lista de personas capacitadas

Nombre	Residencia	Función
Dra. Valeria Loja	Ambato	Médico residente
Dra. Mariuxi Quinde	Ambato	Médico residente
Dra. Jennifer Durán	Ambato	Médico residente
Dra. Gisela Silva	Ambato	Médico residente
Dr. Paúl Reyes	Ambato	Médico residente
Dr. Andrés Amoroso	Ambato	Médico residente
Lcda. María Caisaguano	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. . Verónica Gavilanes	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Luz Velasteguí	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Irina Vaca	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Paola Sánchez	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Norma Espinosa	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Verónica Burbano	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Sandra Ortiz	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Mariela Murga	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Narcisa Paredes	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Salomé Salvador	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Aux Paulina Proaño	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux. Lucía Bustos	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Diana Yungan	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Mabel Abril	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Edith Alarcón	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Alexandra Coello	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Melba Romero	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Catalina Robles	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Nora Rogel	Ambato	Auxiliar de enfermería

Análisis del resultado esperado 3

Posterior a socializar el protocolo de atención a pacientes paliativos el 100% del personal médico y paramédico de la institución es conocedor y aplica de forma adecuada dicho protocolo, el respectivo monitoreo y evaluación del personal capacitado lo realizó la Lcda. Norma Espinosa Jefe del área de Hospitalización, quien lo justifica con oficio que se adjunta en apéndice.

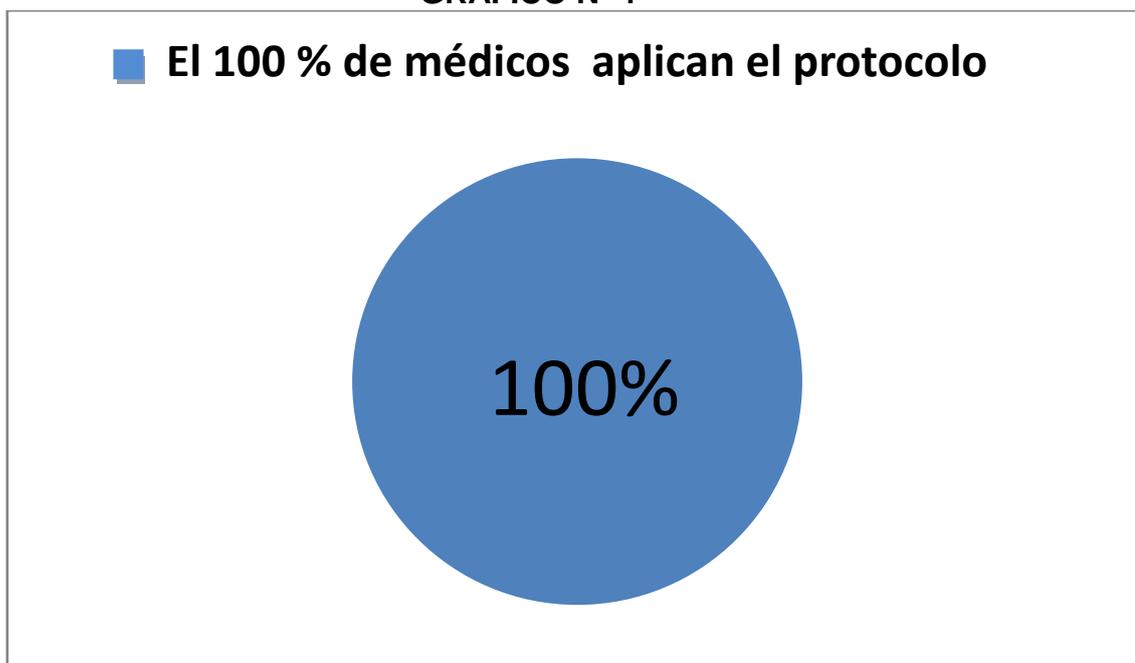
El protocolo de atención es aplicado actualmente en pacientes paliativos del nivel I y II brindando específicamente cuidados directos al paciente para el control del dolor, así como también se admiten a pacientes que requieren de terapia endovenosa intra hospitalaria de corta duración, en el área actual del servicio de oncología clínica de la institución, en lo posterior los pacientes son remitidos a su domicilio previa educación para un manejo adecuado por parte de sus familiares, dejando cita abierta las 24 horas del día.

La educación que se brinda al paciente es a través de la explicación directa del manejo de portales y administración de medicación en sus domicilios, así como también cuidados directos a nivel de piel, mucosa oral, dieta, y técnicas en sí de confort en su domicilio

Gracias a la correcta aplicación del protocolo los pacientes tienen un desenlace digno, se ha evitado patologías sobre añadidas a su enfermedad y se disminuyó el impacto psicológico en el paciente y su entorno familiar, logrando que el paciente y su familia acepten la muerte como un proceso normal.

Evaluación del personal médico y paramédico capacitado

GRÁFICO N° 1



Fuente: Observación directa al personal médico y paramédico de la institución
Elaborado por: Lcda. Norma Tonato
Año: 2012.

GRAFICO N° 2



Fuente: Observación directa al personal médico y paramédico de la institución
Elaborado por: Lcda. Norma Tonato
Año: 2012.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos, son considerados como conjunto de medidas médico sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase terminal y apoyar a su familia, han experimentado un desarrollo muy significativo en los últimos 10 años. Su fortalecimiento ha ejercido una influencia positiva notable en las instituciones sanitarias y servicios sociales no sólo por haber generalizado que cuando no se puede curar, es posible aliviar con frecuencia y consolar siempre, sino por haber dado origen y fuerza a un movimiento solidario en pro de una mejor terminalidad, lo primordial en cuidados paliativos es brindar confort al paciente en etapa terminal¹².

Objetivos Generales de Los Cuidados Paliativos

El objetivo principal de la atención a pacientes en etapa paliativa es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, evitando el sufrimiento y así, lograr finalmente una muerte digna. Dentro de la atención al paciente en fase terminal, no debemos olvidarnos nunca de la familia, que va a ser dadora y receptora de cuidados y una gran fuente de ayuda para nosotros y para el enfermo.

Para poder mejorar la calidad de vida, además de realizar un control exhaustivo de los síntomas que van apareciendo, hay que realizar unos cuidados intensivos del confort, puesto que el paciente tiene unas necesidades básicas que si no están cubiertas, no lograremos nada respecto a su calidad de vida y es aquí donde la enfermería tiene un gran campo de acción.

La enfermería debe plantearse ante cualquier síntoma, un plan de cuidados, que siempre será individualizado para cada paciente y familia. Ante cualquier situación tendrá que valorar el estado general del paciente, el pronóstico y su calidad de vida porque ahora nuestra meta cuando no se puede ser curar, será la de cuidar.¹³

Debemos tener presente que el papel de la enfermería implica algo más que el simple cumplimiento de las órdenes médicas, de la realización de técnicas propias (curas, administración de medicamentos) Comprende también una parte muy importante que debe desarrollar y aprender para poder cuidar a un paciente terminal y su familia: la comprensión, la capacidad de escucha y el apoyo emocionalmente.

El primer objetivo debe ser el de una noche sin dolor. Los síntomas empeoran durante la noche en que el enfermo está solo con su dolor y su ansiedad. El cansancio que provoca no haber dormido disminuye considerablemente el umbral del dolor, haciendo a su vez más difícil conciliar el sueño.

Debe ser un objetivo inmediato romper ese círculo vicioso.

La potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor, y nunca la supervivencia prevista.

Tratamiento del dolor

La mayor frecuencia la presentan los cánceres óseos y la menor las leucemias. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente.

Actuación con el paciente.- Se define una escalera de analgésicos según su potencia progresivamente mayor. En primer lugar se le prescriben al paciente los analgésicos del primer escalón (aspirina). Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón (CODEINA o DIHIDROCODEINA), combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes (MORFINA), combinados con los del primer escalón (ASPIRINA), más algún coadyuvante si es necesario¹⁴.

No mezclar nunca los opioides débiles (codeína), con los opioides potentes (morfina), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

Escalera analgésica

Primer escalón

Analgésicos periféricos

Aspirina

Paracetamol

AINES

Segundo escalón

Analgésicos centrales opioides débiles:

Codeína

Dihidrocodeína

Tercer escalón

Analgésicos centrales opioides centrales:

Morfina

Medicamentos del primer escalón

14. Marreno M Anna Organización De Enfermos Terminales Quinta edición 2009 pág. 49 Chile

Aspirina: Actúa mediante la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Su vida media es de 3 a 6 horas. Es muy efectiva en los dolores óseos.

Efectos secundarios:

Irritación gástrica.

Dolor epigástrico.

Hipoacusia.

Prurito.

Dosis máxima:

500 - 1000 mg cada 4 horas.

Paracetamol:

No tiene actividad antiinflamatoria. Es la alternativa cuando no se puede usar por alguna causa la aspirina. Su vida media es de 3 a 4 horas.

Dosis máxima:

1000 mg cada 4 horas

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

Constituido por un grupo numeroso de fármacos, con diferencias en farmacocinética y uso clínico, pero perfiles analgésicos similares.

Medicamentos del segundo escalón

Codeína:

Efectos secundarios

Estreñimiento.

Náuseas.

Vómitos.

Mareos.

Dosis máxima:

60 mg cada 4 horas.

Dihidrocodeína:

Efectos secundarios:

Dosis habitual: comprimido cada 12 horas. Los comprimidos deben tragarse completos y sin masticar.

Dosis máxima: 3 comprimidos cada 12 horas.

Medicamentos del tercer escalón

Morfina: Es el fármaco de elección.

Efectos secundarios:

Estreñimiento.

Boca seca.

Náuseas y vómitos.

Astenia.

Sudoración.

Confusión con obnubilación; puede producirse sobre todo al comenzar el tratamiento.

Usos:

Dolor.

Disnea.

Tos.

Diarrea.

Vida media: 4 HORAS

Es importante recalcar que a los pacientes del nivel I y II que actualmente acuden a la institución se les coloca portales subcutáneos que son colocados y manejados por personal capacitado, se utilizan los siguientes materiales para su colocación:

Catéter periférico # 22

Bionector.

Torniquete

Torundas con alcohol

Apósito

Esparadrapos.

TÉCNICA:

Primeramente el personal capacitado se realiza un riguroso lavado de manos.

Posteriormente procede a desinfectar el sitio para la punción de preferencia en los miembros superiores a la altura la parte media del brazo.

Seguido de la punción que se la realizará subcutánea, luego procedemos a fijar y a colocar el bionector.

Por último fijamos el catéter, lo rotulamos colocando nombre de la persona que colocó, fecha y calibre del catéter.

Educamos al paciente y familiar para una mejor conservación del mismo.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Hay que realizar una valoración exhaustiva del paciente, familia y entorno.

La valoración del estado del paciente se realizará por patrones funcionales (patrones funcionales de Gordon) prestando especial atención al estado psicológico del paciente y el grado de información que tiene acerca de la enfermedad.

Es preciso identificar el cuidador primario, la persona que se encarga del cuidado del enfermo, al cual van a ir dirigidas nuestras enseñanzas y al que habrá que cuidar especialmente para prevenir la claudicación. La valoración del entorno familiar debe incluir, entre otras cosas, el nivel cultural, la edad y el estado psicológico del cuidador principal.

Si el paciente se encuentra en su domicilio, hay que realizar una valoración del entorno, ya que esto va a condicionar en muchas ocasiones nuestro plan de cuidados (vivienda, higiene del entorno, ascensor, teléfono, calefacción)

Hay que crear un ambiente de confianza desde el primer contacto, tanto con el enfermo como con la familia, para poder obtener una información clara, realista de la situación y poder aclarar dudas, temores, etc.

Es importante realizar la presentación del equipo, explicar los objetivos de los cuidados y tratamientos que vamos a realizar con un lenguaje coloquial para que puedan entendernos y darles tiempo para que expresen sus sentimientos y temores¹⁵.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los más habituales a destacar dentro de cada patrón son:

- Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico personal.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Alteración de la nutrición: por defecto.
- Alteraciones de la mucosa oral.
- Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Incontinencia urinaria.
- Estreñimiento.
- Deterioro de la movilidad física.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Déficit de actividades recreativas.
- Alteración del patrón del sueño.
- Dolor.
- Confusión aguda.

15 Tratado de Enfermería Mosby Rida Tercera Edición Tomo 1 pág. 1056 2008

- Desesperanza.
- Temor.
- Riesgo de alteración de los procesos familiares.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Afrontamiento familiar inefectivo.

- Sufrimiento espiritual.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Como ya hemos dicho anteriormente, el plan de cuidados siempre debe ser individualizado para cada paciente, ya que nuestras acciones y cuidados vendrán determinados por el estado general del paciente, su pronóstico y calidad de vida.

A la hora de realizar un plan de cuidados en un paciente terminal hay que tener en cuenta varios puntos fundamentales:

Hay que priorizar los problemas, ya que son pacientes plurisintomáticos y no podemos abordarlos todos a la vez. Muchas veces, va a ser el propio paciente el que nos va a dar la pauta a seguir.

Los objetivos del plan de cuidados deben ser realistas y a corto plazo, ya que son enfermos que cambian su situación de una forma rápida y continua y habrá que irlos modificando en cada momento.¹⁶

Hay que tener en cuenta los recursos de los que disponemos: entorno, material, cuidadores... Los recursos difieren mucho si el paciente se encuentra en su domicilio o en el hospital y ello va a condicionar nuestro plan de cuidados. Es básico contar con la opinión del paciente y de la familia en la planificación y en la toma de decisiones respecto a los cuidados a seguir.¹⁷

En este apartado, hay que destacar la educación sanitaria a la familia. Si queremos llevar a cabo un buen plan de cuidados habrá que enseñar a la familia cómo cuidar al paciente, especialmente si éste se encuentra en su domicilio.

Para ello, hay que tener en cuenta varios aspectos:

^{16,17} Mosby Tratado de Enfermería tercera edición tomo 1 pág. 1345-1348

- Crear un ambiente de confianza para que la familia sea capaz de preguntarnos dudas, temores, etc.
- Realizar un adiestramiento progresivo. En una primera visita se asimila el 10-20 % de la Información que se da, por lo que habrá que priorizar y enseñar de forma paulatina y gradual los cuidados a realizar.
- Utilizar un lenguaje coloquial, sin tecnicismos, para que puedan entendernos.
- Dejar todas las instrucciones por escrito para que puedan consultaren caso de duda. Si trabajamos en el domicilio del paciente, dentro del plan de cuidados es importante informar y enseñar a la familia qué síntomas pueden aparecer, cuál va a ser la evolución y qué deben hacer encaso que aparezcan ya que son ellos los que están con el enfermo todo el día y disponer de esta información suele tranquilizarles¹⁸.

EVALUACIÓN

Ha de ser continua, ya que se trata de un paciente plurisintomático y cambiante. Se realizará una evaluación del estado general del paciente (síntomas controlados, aparición de nuevos síntomas), familia y entorno, vigilando, especialmente si el paciente se encuentra en su domicilio, el cumplimiento del tratamiento y si se están realizando correctamente los cuidados, reforzando toda la información dada anteriormente.

ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD

La inactividad y la inmovilidad son problemas comunes en pacientes paliativos. El deterioro conlleva ciertos cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que pueden inducir a una cierta limitación de la movilidad. Si a esto le sumamos que, aunque no debemos de identificar “paciente terminal” con “paciente encamado”, la debilidad es uno de los síntomas que aumenta a medida que evoluciona la enfermedad oncológica y es frecuente que el paciente paliativo presente deterioro de la movilidad y que en consecuencia necesite ayuda para la movilización. Los cuidados de enfermería dependerán del grado de inmovilidad que presente el paciente y su objetivo fundamental será la adaptación del enfermo a la situación para prevenir las complicaciones de la inmovilidad como son las úlceras por presión.

Cuidados de enfermería

Si puede moverse por sí solo, habrá que animarle a salir, a que pasee por la casa, o pasillo del hospital.

18. Tratado de Enfermería MosbyRlda Tercera Edición Tomo 1 pág. 1079 2008

Si debido a la debilidad no puede moverse por sí solo, le proporcionaremos medidas de apoyo para poder movilizarse (silla de ruedas, andador, etc.) y si necesita ayuda de una segunda persona se le proporcionará con suavidad, despacio, transmitiendo firmeza y seguridad.

Si el paciente está inmovilizado: 100%

- Buscaremos la posición más adecuada para el enfermo.
- Realizaremos los cambios posturales pertinentes, respetando la postura antiálgica hasta el completo control del dolor. Si lo tolera, realizaremos movilizaciones pasivas.
- Dejaremos sus objetos personales a mano.
- No nos implicaremos más allá de donde el paciente no llegue, intentando potenciar aquellas actividades que todavía sea capaz de realizar para disminuir el sentimiento de inutilidad.
- Valoraremos continuamente el estado de la piel y pondremos en marcha todas las medidas de prevención necesarias para evitar la aparición de úlceras por presión.

ALTERACIONES DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

El paciente paliativo, debido a diversas causas como: alteraciones nutricionales, deshidratación, alteración de la movilidad, incontinencia, presenta un riesgo muy alto de sufrir lesiones en la piel como por ejemplo las úlceras por presión. Son muy importantes las medidas de prevención que impidan la aparición de lesiones como: higiene diaria de la piel con jabones pH neutro, hidratación de la piel, protección de zonas de riesgo... Pero, a pesar de las medidas preventivas, a veces, debido al gran deterioro que sufren los pacientes con cáncer avanzado, es inevitable la formación de UPD y es aquí donde el estado general, el pronóstico y la calidad de vida del enfermo nos han de marcar los cuidados a realizar.

Cuidados de enfermería

Los pacientes que están en las últimas semanas de vida y que se deterioran rápidamente (de día en día) son poco proclives a curar nada por lo que nuestro objetivo será promover la mayor comodidad posible.

Un paciente que se deteriora de forma más lenta (de semana en semana) puede dar lugar a la curación de úlceras de menos de 0,5 cm si la nutrición es adecuada.

La progresión más lenta (de mes a mes) puede permitir curar úlceras más profundas, siempre que se alivie la presión, se mejore el estado nutricional y se haga un buen manejo local.

Una gran úlcera, que llega a hueso, es imposible curar en un paciente severamente debilitado, por lo que nuestro objetivo será aliviar el dolor y proporcionar el máximo confort posible.

ESTREÑIMIENTO

El 60% de los pacientes con debilidad extrema padecen estreñimiento.

El 80% de los enfermos que siguen tratamiento con opioides, padecen estreñimiento y siempre precisarán laxantes de forma regular. El estreñimiento es un síntoma multifactorial y no siempre podremos actuar sobre las causas por lo que nuestro objetivo será aumentar el confort del paciente y prevenir la formación de fecalomas.

Cuidados de enfermería

Revisar diariamente la frecuencia y aspecto de las heces.

Recordar seguir el tratamiento de laxantes prescrito.

Estimular la ingesta de líquidos, dentro de lo posible.

Desaconsejar el uso de dietas con alto contenido en fibra ya que esta aumenta el tamaño del bolo fecal haciéndose más difícil su expulsión en estos enfermos que presentan gran deterioro físico y debilidad.

Responder al deseo de evacuación.

Favorecer la intimidad, fomentando si se puede el uso del retrete.

Si el paciente no hace deposición en dos o tres días, puede ser útil el uso de supositorios de glicerina o cánulas de citrato

Si la medida anterior no es eficaz, procederemos a la administración de un enema de limpieza, enseñando a la familia cómo hacerlo si el paciente está en su domicilio.

ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN: INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria es el síntoma más frecuente del aparato genitourinario

Los cuidados de enfermería de la incontinencia urinaria irán dirigidos a prevenir alteraciones en la piel, manteniendo al enfermo limpio y seco el máximo tiempo posible y reforzar al enfermo psicológicamente para evitar la pérdida de autoestima.

Cuidados de enfermería

Realizar adecuada higiene perineal dejando la zona bien seca y prestando especial atención a los pliegues cutáneos.

No usar productos irritantes en el aseo del paciente.

Utilizar cremas hidratantes.

Utilizar pomada protectora en el sacro y glúteos si existe riesgo de maceración.

Ofrecer la cuña o ir al servicio periódicamente.

Colocar absorbentes y/o pañales y cambiarlos siempre que sea necesario para mantener al enfermo seco.

Se recomienda reducir el consumo de líquidos a partir de la merienda si el enfermo presenta nicturia.

Evitar la sedación excesiva y la toma de diuréticos en la cena.

No realizar sondaje vesical, salvo si existe retención urinaria.

Promover sentimientos de autoestima y proporcionar apoyo emocional para facilitar la adaptación a su nueva situación.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los hábitos del sueño cambian cuando la persona está en etapa paliativa. El dolor, la depresión, asociados a una enfermedad terminal pueden empeorar cualquier trastorno preexistente del sueño, siendo el insomnio uno de los más frecuentes que habrá que tratar enérgicamente ya que conlleva un empeoramiento funcional, alteración del estado de ánimo, deterioro cognitivo y mayor incidencia de caídas.

El insomnio puede ser debido a causas fisiológicas como dolor, disnea, etc., o a causas emocionales. La noche siempre resulta atemorizante cuando se sufre una enfermedad grave porque es cuando afloran muchos temores, por miedo a la oscuridad, a la reagudización de síntomas y sobre todo, porque casi siempre se asocia con la idea de la muerte. Es muy importante identificar la causa ya que, muchas veces, es simplemente por este miedo a la noche y realizando un adecuado apoyo emocional desaparecerá el insomnio sin necesidad de ningún otro tratamiento.

Cuidados de enfermería

Control adecuado de los síntomas.

Evitar la ingesta de sustancias estimulantes como café, coca cola, etc.

Crear un ambiente de silencio, semioscuro, con temperatura adecuada que favorezca el sueño.

Aconsejar tomar infusiones relajantes o leche templada.

Estimular las actividades diarias y evitar estar en la cama todo el día.

Exposición a la luz brillante durante el día.

Realizar masajes suaves con cremas hidratantes o sustancias aromáticas.

Facilitar la expresión de sus miedos y ansiedades ayudando a mejorar la comunicación con la familia.

Dejar una pequeña luz encendida por la noche.

CUADRO CONFUSIONAL AGUDO

En el paciente en fase terminal, el síndrome confusional agudo es uno de los síntomas más frecuentes, siendo la propia enfermedad un factor pre disponente. Los cuidados de enfermería en un cuadro confusional son complementarios al tratamiento farmacológico, nunca sustitutivos, e irán encaminados a reducir la ansiedad provocada por la desorientación y evitar las autolesiones del paciente.¹⁹

Cuidados de enfermería

En fases iniciales utilizar medidas de orientación (reloj, calendarios.)

Mantener un ambiente agradable, evitando los ruidos y proporcionando una luz tenue por las noches.

No utilizar medidas de sujeción a no ser que el enfermo esté muy agresivo.

Colocar barandillas en la cama y retirar objetos peligrosos.

Evitar la presencia de muchos familiares pero sí de al menos uno para que lo tenga como referencia de la realidad. Descartar la presencia de dolor, retención urinaria o impactación fecal que podrían producir la agitación.

Comunicarse con él sin llorar, vocalizando al máximo, llamándole por su nombre y utilizando frases cortas sin intentar hacerle razonar ya que esto aumentaría la agitación.

Apoyo emocional a la familia, explicándoles la situación ya que muchas veces el paciente muestra su agresividad con los familiares más cercanos y es importante que sepan que el comportamiento del enfermo es una consecuencia de la enfermedad y no es consciente de ello²⁰.

19 20. Tratado de Enfermería Mosby Beare Myers Tercera Edición Tomo 1 pág. 1114 2008

RESULTADO 4

Reglas de funcionamiento implementadas y funcionando en el nivel I y II en pacientes paliativos.

PERSONAL QUE CONOCE Y APLICA LA REGLAMENTACIÓN EN EL NIVEL I Y II

Nombre	Residencia	Función
Dra. Valeria Loja	Ambato	Médico residente
Dra. Mariuxi Quinde	Ambato	Médico residente
Dra. Jennifer Durán	Ambato	Médico residente
Dra. Gisela Silva	Ambato	Médico residente
Dr. Paúl Reyes	Ambato	Médico residente
Dr. Andrés Amoroso	Ambato	Médico residente
Lcda. María Caisaguano	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. . Verónica Gavilanes	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Luz Velasteguí	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Irina Vaca	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Paola Sánchez	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Norma Espinosa	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Verónica Burbano	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Sandra Ortiz	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Mariela Murga	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Narcisa Paredes	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Lcda. Salomé Salvador	Ambato	Enfermera de cuidado directo
Aux Paulina Proaño	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux. Lucía Bustos	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Diana Yungan	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Mabel Abril	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Edith Alarcón	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Alexandra Coello	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Melba Romero	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Catalina Robles	Ambato	Auxiliar de enfermería
Aux Nora Rogel	Ambato	Auxiliar de enfermería

Análisis del resultado esperado 4

El 100% de normas para el funcionamiento del área de cuidados paliativos se las implementó en sus niveles I y II así como también el personal interviene de acuerdo a las mismas, cabe recalcar que el personal de trabajo social y voluntariado de SOLCA también participó en esta capacitación, las cuáles se comprometieron a realizar un estudio adecuado de las condiciones económicas de los pacientes y de esta forma permitir que todos los pacientes paliativos tengan acceso al servicio.

El nivel I y II cuentan con los requisitos necesarios tales como medicación, insumos y personal capacitado para su funcionamiento.

La aplicación del reglamento fue supervisada por el Director médico y la Lcda. Norma Espinosa Jefe del área de hospitalización lo cuál se respalda con oficio de certificación en apendice.

Análisis general

Gráfico N° 3



Fuente: Observación directa al personal médico , paramédico, trabajo social, y voluntariado de la institución
Elaborado por: Lcda. Norma Tonato
Año: 2012.

Gráfico N° 4



Fuente: Observación directa al personal médico, paramédico de la institución
Elaborado por: Lcda. Norma Tonato
Año: 2012.

REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO PARA EL AREA DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGUÍN SUS NIVELES

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990 define:

“El Cuidado Paliativo es la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo.” Sus conceptos son aplicables desde etapas precoces de la evolución de la enfermedad. El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, etc., potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa. Comprende los conjuntos de acciones médicas, de enfermería, farmacéuticos, psicológicos, sociales, espirituales, entre otros, que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, y entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes, sus familias y su entorno afectivo, a los que llamaremos de aquí en adelante.

Unidad de Tratamiento.- Un adecuado abordaje de estas situaciones implica un enfoque interdisciplinario, en el cual además de las disciplinas mencionadas anteriormente, son importantes también terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y otros agentes de salud. Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos.

2. Marco Referencial: Las presentes normas considerarán las disposiciones vigentes que orientan y regulan la administración y funcionamiento de los establecimientos de atención de la salud, a saber: Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución de la Secretaría de Salud 432/1992. Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 149/1993. Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con internación. Anexo de

la resolución N° 282/1994. Ley del Ejercicio de la Enfermería N° 24004/1991. Decreto reglamentario 2497/93. Ley del ejercicio profesional de la psicología N° 23277/1985. Reglamentada por el decreto N° 905/1995. Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23277/1985. Reglamentada por el decreto N° 905/1995. Ley del Ejercicio Profesional N° 17132/1968. Ley del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social N° 23377. Reglamentado por el decreto N° 1568/1988. Ley del Ejercicio Profesional farmacéutico: " Normas legales y listado de psicotrópicos y estupefacientes" - ANMAT - Edición 1999.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Desde 1982 la OMS organizó e implementó un proyecto de alivio de dolor por cáncer y Cuidados Paliativos que demostró su eficacia para la mayoría de los pacientes con cáncer en muchos países con diferentes sistemas de asistencia sanitaria. En 1990 en su informe 804, destaca como objetivos de los Cuidados Paliativos: Reafirmar la importancia de la vida, aún en la etapa terminal. Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la ponga artificialmente. Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.

Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Las medidas para llevarlo a cabo deben incluir: La implementación de recursos específicos La mejora de la atención en los recursos ya existentes (atención primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia) La formación de profesionales La educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado²¹.

Categorización por niveles según riesgo del paciente

En Cuidados Paliativos el ingreso de los pacientes los distintos niveles de atención se realizarán en función de las necesidades de la Unidad de Tratamiento. Esta no requiere pasar obligatoriamente por los niveles de menor desarrollo para ser asistido en los niveles superiores.²²

En Cuidados Paliativos el nivel de riesgo está basado en el grado de sufrimiento o de deterioro de la calidad de vida en relación a la patología

padecida y no a la probabilidad de morir. Se considera la muerte como un evento natural de la vida y esperable dada la evolución de la enfermedad.

La complejidad clínica o el nivel de riesgo de un paciente y su familia o entorno afectivo pueden cambiar notablemente en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad, determinando la necesidad de atenderse en distintos niveles de riesgo. La flexibilidad del sistema debe favorecer la resolución de los problemas, necesidades y la provisión de cuidados adaptados a esos distintos niveles de riesgo.

El mayor riesgo de un paciente o de su familia, en cualquiera de las áreas (física, psicológica, social o espiritual) hace que esté recomendado un determinado nivel aunque en las otras el nivel sea menor. Ej. un paciente con síntomas físicos controlables en el nivel 1 pero con signos de claudicación familiar o depresión con ideas de suicidio deberá ser atendido en un nivel 2 ó 3. Cada nivel tiene límites máximos de atención. Los niveles superiores incluyen siempre lo que se puede resolver en el nivel inmediato inferior.

La continuidad de cuidados se debe promover con una fácil transferencia de un nivel a otro, disponiendo de mecanismos de referencia y contra-referencia explícitos. El objetivo es que los distintos niveles de atención funcionen en red, con una buena comunicación entre los mismos.

Nivel I

Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y /o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, pero controlables ya sean dentro de la institución o en sus domicilios.

En el nivel I se atenderá a los pacientes que su escala del EVA se encuentre 3, 4/ 10, mismos que pueden ser manejados mediante la administración de medicación analgésica como la morfina a través de vía: oral, endovenosa, y subcutánea, por un lapso de 24 horas dentro de la institución y en lo posterior serán remitidos a sus domicilios para ser manejados por sus familiares previa educación por parte del personal.

Objetivos Específicos: Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, su familia o entorno significativo dentro de las condiciones que la evolución de la enfermedad le permita.

Detección de necesidades actuales y potenciales de la Unidad de Tratamiento. Control de síntomas físicos que alteren la calidad de vida y prevención de la aparición de complicaciones y/o efectos secundarios de los tratamientos instituidos.

Implementación de intervenciones educativas y terapéuticas en las áreas farmacéutica, psicológica y social. Disponibilidad de ámbitos y sistemas de acompañamiento y apoyo espiritual, prevención de duelo patológico²³.

Funciones del área médica

Establecer estrategias de intercambio de información con el paciente y la familia que favorezcan la comunicación fluida, abierta, veraz y dosificada, en temas relacionados al diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas. Aliviar el dolor de acuerdo con el método de la escalera analgésica de la OMS. Proveer control de otros síntomas: ejemplo: emesis, síntomas digestivos, respiratorios, etc. Indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas. Evaluar, en forma permanente, la eficacia de los tratamientos indicados.²⁴

Actividades del área médica

Entrevista diagnóstica con el paciente, su familia y/o entorno significativo. Realización de examen físico del paciente. Registro de los datos en la historia clínica. Evaluación de causas, mecanismos, intensidad de síntomas.

Indicación de tratamientos de acuerdo a lo anterior. Control de los resultados de los tratamientos indicados. Implementación de medidas de prevención de efectos adversos o indeseados de los tratamientos. Información y capacitación del paciente para preservar y estimular su auto cuidado. (Higiene, cuidados de la piel y la boca, manejo de sondas, ostomías, medicación, etc.)

23- 24 Registro Oficial 366 España Art. 1 p.p. 1-36

Funciones del área de enfermería

Realizar un diagnóstico de enfermería de las necesidades planificar acciones de enfermería según prioridades del paciente.

Ejecutar técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, alimentación, eliminación, locomoción y rehabilitación. Administrar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico. Alentar la participación del enfermo en el proceso de atención estimulando el auto cuidado y favoreciendo su autoestima. Educar y supervisar a la familia y su entorno afectivo sobre aspectos del cuidado general del paciente y administración de tratamiento farmacológico. Prevenir complicaciones y situaciones de riesgo. Evaluar el resultado de los tratamientos implementados.

Funciones del área de psicología

Detectar necesidades, conductas y recursos emocionales adaptativos o no adaptativos del paciente/familia/entorno significativo considerando las distintas etapas evolutivas. Preservar y estimular las funciones de autonomía y auto cuidado del paciente y familia, manteniendo la autoestima. Detectar de dificultades en los roles, factores de riesgo y vulnerabilidad psicológicas de la unidad de tratamiento. Favorecer el esclarecimiento de procesos emocionales normales y esperados en estas circunstancias, deseos y temores ante la muerte, duelos normales en cada etapa de la enfermedad.²⁵

Funciones del área de trabajo social

Evaluar el grado de impacto que produce la enfermedad en el paciente, familia y entorno significativo, con el fin de arribar al diagnóstico social. Propiciar una adecuada comunicación con el paciente y su familia para unificar criterios y optimizar objetivos. Incrementar la comunicación entre el paciente y la familia y éstos con el equipo tratante. Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el auto cuidado de la familia²⁶.

Realizar un estudio adecuado de la situación socio económica del paciente, realizando visitas domiciliarias para garantizar una adecuada categorización y cobro de rubros adecuados al paciente.

Funciones del área farmacéutica

Asegurar la farmacoterapia prescrita por el profesional actuante en tiempo y forma; Proveer educación sanitaria; Realizar seguimiento farmacoterapéutico por paciente; Identificar reacciones adversas, interacciones, asociaciones no recomendables de fármacos.

Recursos humanos

El nivel I incluye a los profesionales de diferentes disciplinas de atención primaria o de especialidades, certificados por sus entidades respectivas, y con formación básica en Cuidados Paliativos. La formación de post-gradado teórico-práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente. Los profesionales deberán ser capaces de atender a pacientes crónicos evolutivos y a su entorno; establecer las primeras medidas normativas del área donde trabajan.

Dichos profesionales pueden ser

Médico/a generalista o especialista y/o enfermero/a y/o licenciado/a en psicología y/o licenciado en trabajo social y/o farmacéutico/a. Los voluntarios, previa selección y entrenamiento adecuados, son un recurso opcional recomendado. La dinámica de trabajo considera la conformación de un equipo funcional.

Marco normativo de funcionamiento

Brindar asistencia a los pacientes con criterio de Cuidados Paliativos. Favorecer reuniones regulares interdisciplinarias. Asistir a ateneos interhospitalarios: opcional recomendado. Realizar interconsultas y/o derivaciones con notas de referencia y solicitando notas de contra-referencia. Registrar datos de documentación específica y de consentimiento informado.

Documentación específica

Historia Clínica:

Nombre y apellido

Datos demográficos y psico-sociales

Nacionalidad

Edad

Sexo

Estado civil

Domicilio

Religión

Cobertura social

Genograma

Planta física.-Los pacientes podrán ser atendidos por el equipo funcional en diferentes marcos asistenciales:

Institucional con internación, misma que contara con 20 camas con una utilidad inicial del 80%

Equipamiento.-Se requieren de los siguientes recursos materiales: Cama, camilla, silla o sillón adaptados a las necesidades físicas de los enfermos, monitores, y medicación específica para este tipo de pacientes, tomando en cuenta que estos pacientes tiene un promedio de vida de entre 15 a 30 días.

Nivel II

Se trata de pacientes en etapa paliativa con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel I. Pacientes que tengan un EVA 10/10.

Objetivos Específicos: A los de nivel 1 se agregan: Resolución de las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de interconsulta y/o derivación a este nivel desde el nivel 1. Implementación de estrategias de intervención en las diferentes áreas para situaciones no resueltas en el nivel 1. Creación de espacios de comunicación para el paciente, la familia y el equipo de aspectos relacionados con la etapa final de la vida (últimos días o últimas horas)²⁷.

Facilitación de recursos para favorecer la adaptación a situaciones de conflicto psico-sociales de mayor complejidad. Prevención del síndrome de desgaste profesional. Seguimiento de duelo y asistencia de duelo patológico. Promoción

de cuidados en domicilio. Promoción de condiciones adecuadas destinadas a posibilitar el fallecimiento en domicilio cuando la Unidad de Tratamiento así lo requiera.

En este nivel los pacientes serán hospitalizados para manejo mediante la utilización de vías periféricas, portales subcutáneos, y vías centrales.

Marco normativo de funcionamiento

Los equipos en este nivel asisten a pacientes de un mayor nivel de riesgo y brindan una asistencia integral permanente. Los miembros del equipo tienen consenso interno, es decir cuentan con un proyecto de servicio consensuado y comparten una misma filosofía asistencial. Ellos realizan las siguientes actividades:

Reuniones interdisciplinarias regulares y obligatorias con distintos objetivos:
Organización Planificación de toma de decisiones Ateneos clínicos
Docencia interna (ej. destinada a la difusión de los Cuidados Paliativos y al uso adecuado de los opioides, etc.). Utilización de notas de contra-referencia.

Planta Física: A la de nivel 1 se agrega: En internación un área específica identificable para cuidados paliativos y con un espacio privado para reuniones de equipo y con familias. Camas disponibles en su institución o en una institución, como en el nivel anterior se cuenta con el funcionamiento de 20 camas.

Equipamiento

En este nivel se cuenta con la presencia de monitores, bombas de infusión.

NIVEL III

Se trata de pacientes en etapa paliativa con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1 ni 2.

Objetivos Específicos

A los del nivel 1 y 2 se agregan: Disponibilidad de un equipo interdisciplinario que garantice la atención de pacientes, familia y/o entorno significativo con sufrimiento máximo. Implementación de programas asistenciales de máxima complejidad en cuidados paliativos adaptados a las necesidades (mayor disponibilidad de recursos humanos, procedimientos invasivos, colocación de stents o endoprótesis, utilización de dispositivos de infusión).²⁸

En este nivel se pretende brindar atención a pacientes complejos que necesitan de sedo analgesia y monitorización continua, así como también asistencia profesional las 24 horas

Equipamiento:

El mismo del nivel 2.

Los elementos incluyen todos con los que cuenta el establecimiento de apoyo. Por las necesidades de este tipo de pacientes, para su atención en institución y domiciliaria se necesitarán: cama ortopédica, silla de ruedas, aspirador, colchones anti escaras (de agua o de aire), silla sanitaria, oxígeno, dispositivos de infusión continua e intermitente (inyectores de Edmonton, jeringas a pila, bombas de infusión), monitores complejos²⁹

Examen sobre: tratamiento de dolor, tratamiento de otros síntomas, conceptos de cuidados paliativos, aspectos psico sociales, toma de decisiones éticas y legales.³⁰

Análisis general

SOLCA Ambato ha registrado cifras importantes de pacientes que acuden a la institución en etapa terminal debido a factores como la falta de educación, un bajo nivel económico, y en mucho de los casos por temor a lo desconocido.

La realización del presente proyecto fue encaminado a mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales, permitiendo así que el mismo tenga un desenlace digno y se disminuya el impacto psicológico en su entorno familiar

Gracias a la colaboración activa de las autoridades de la institución se planteó la implementación del servicio de cuidados paliativos por niveles como lo indica el reglamento aprobado, mismos que lo autorizaron. La implementación del área de cuidados paliativos por niveles, ha permitido que las autoridades y personal que labora dentro de la institución valore los derechos que tiene un paciente en etapa terminal, así como también la importancia de implementar el nivel III, que considera el funcionamiento del servicio como un área independiente, que permita alojar pacientes hasta su proceso de muerte.

Actualmente dentro de la institución se encuentra funcionando el nivel I y II, mismos que se encargan de brindar una atención óptima de calidad que satisfaga las necesidades del paciente y de su entorno familiar, basados en la aplicación del protocolo y reglamento implementado.

A nivel institucional se ha logrado ampliar la cartera de servicios que ofrece la institución, así como también las autoridades se han visto muy motivadas a implementar en un corto plazo al servicio como un área independiente, recurso que permitirá a futuro mejorar la capacidad financiera de la institución, y evitar pérdidas económicas como las registradas durante el período 2010.

Mediante la utilización de herramientas como el TIR (tasa interna de retorno), y el VAN (Balance actual neto) se logró demostrar a las autoridades que la implementación del presente proyecto es rentable, que se obtendrán ganancias a partir del primer año, logrando así reavivar a una institución que se está quebrando económicamente, y que no posee fines de lucro, y lo más esencial permitir que el paciente oncológico en etapa terminal reciba una atención de calidad que llene las expectativas del paciente, su familia y de la institución .

3.2.- Conclusiones:

- La realización del presente proyecto ha sido de grata experiencia, pues se me ha permitido conocer la necesidad de creación del área de cuidados paliativos, basada en cifras estadísticas reales mediante la cual se brinda una atención de calidad al paciente y su entorno familiar.
- Se realizó un estudio adecuado de la demanda de pacientes con patología oncológica durante el período 2011, tomando como referencia datos 100% reales del departamento de estadística, así como también se dio a conocer a las autoridades el porcentaje de pacientes que fueron diagnosticados en etapa terminal, los cuáles concientizaron la necesidad de crear el servicio y permitir un desenlace digno al paciente terminal.
- El estudio de factibilidad económica fue realizado, entregado y aprobado por el 100% de las autoridades mismas que posterior a revisar el análisis económico se motivaron, pues el proyecto es rentable y sostenible lo cual permitirá que SOLCA tenga un crecimiento económico, y así evitar pérdidas como las registradas durante el período 2010.
- El protocolo de atención en pacientes paliativos fue realizado, socializado y aprobado por las autoridades, actualmente es aplicado por el 100% del personal médico y paramédico de forma correcta en pacientes que acuden a la institución en los niveles I y II, lo cual ha permitido brindar una atención de calidad al paciente paliativo, así como también disminuir el impacto psicológico e su entorno familiar.
- Se realizó un reglamento de funcionamiento para el área de cuidados paliativos, mismo que sugiere que la creación del servicio se la debe realizar por niveles, las autoridades de la institución tras analizar la necesidad de creación del servicio autorizó que se inicie implementando el área de cuidados paliativos en el nivel I y II como indica el reglamento, el nivel III se lo implementará en un corto plazo, ese es el compromiso de las autoridades.

3.3.- Recomendaciones:

- Se propuso a las autoridades continuar ampliando la cartera de servicios de la institución con áreas como radioterapia, especialidad que la institución requiere por encontrarse en la zona central y por la gran demanda de pacientes.
- Potencializar conocimientos al personal mediante educación, así como también brindar la oportunidad a dicho personal a realizar estudios superiores (post grados) en bien del paciente oncológico.
- Mejorar la promoción de la cartera de servicios que actualmente brinda la institución.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón A; Prada M E 2008 / Manual de Oncología Clínico Módulo III, Colombia- Bogotá.

Alvarado I ; Vega 2011/ Economía de la Salud Módulo III; Madrid.

Flores C; Ficella 2009/ Actas Médicas sobre Manejo del Dolor Primera edición; Buenos Aires.

Gauntlett B; Beare 2008/ Tratato de Enfermería de Mosby Cuidados para pacientes Paliativos Cuarta edición; Madrid – Barcelona.

Gómez M; Sancho, M., 2007 / Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. Sociedad Chilena

Marrero, M. Arteaga 2009/ Organización de los Cuidados del enfermo de cáncer terminal en Las Palmas -Norte. Farmacoterapia, VolIX, ;Sociedad de médicos Chilenos.

Mendoza, V. Merchán, R. Vélez, G. Pastor; “La Sociedad de Lucha contra el Cáncer y el desarrollo de su Infraestructura Tecnológica”. Quito Ecuador.

Myers N; Salas E 2007/ Diagnóstico de Enfermería Paliativa Módulo IV; Santa Fe Bogotá.

Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006

Sánchez V; / 2011 Supervivencia Rentabilidad y Crecimiento; Módulo II ; Loja Ecuador.

Sanz O; Juan 2010/ Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos (Editorial) Medicina Clínica; Barcelona

Sanz O, J.uan 2010/ La comunicación en Medicina Paliativa (Editorial) Medicina Clínica. Barcelona

Registro Oficial No. 366. Enero 30 de 1.990. Artículo 1. pp.1.

Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Estatutos y Reglamentos Internos. (4ta. Edición; Guayaquil, 1998)

([www.Todosobre cuidados paliativos reglamentación para 6ta pdf](#))

APPENDICES

Fotografía # 1

Fotografía de la institución donde se realizó el proyecto



Fuente: Departamento de estadística

Autor: Norma Tonato

FOTOGRAFÍA # 2



Personal profesional de Enfermería que labora en la institución, mismas que recibieron y aplican la capacitación.

Fotografía # 3



Grupo de damas voluntarias que en la actualidad cooperan económicamente con el paciente paliativo.

Fotografía # 4



Personal de enfermería aplica protocolos de atención en colocación de portales subcutáneos.

FOTOGRAFÍA # 5



Área de trabajo social realizando encuestas para categorización de pacientes

CERTIFICACIONES DE
REALIZACIÓN Y
APLICACIÓN DEL
PROYECTO EN EL
HOSPITAL SOLCA
AMBATO

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995



Of. No. 047 12 – DMST
Ambato, marzo 27 de 2012

Señora Dra.
Tatiana Aguirre
Coordinadora Maestría de Gerencia en Salud
Universidad Técnica Particular de Loja
Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente me permito comunicar a usted, que se autoriza a la Lic. Norma Tonato desarrollar el tema de tesis "Elaboración de un Proyecto para la Implementación del Servicio de Cuidados Paliativos en el Departamento de Oncología Clínica del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes Solca Ambato, previa obtención del grado de Magíster en Gerencia de Salud.

Sin otro particular, tengo a bien suscribir.

Atentamente,

Dra. Aída Aguilar
Directora Médica (e)
U.O.S.T.



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

CERTIFICADO

Ambato, 30 de marzo del 2012

A quien interese

Por la presente certifico que los datos estadísticos institucionales del periodo 2008 – 2011, entregados a la Lic. Norma Tonato, fueron obtenidos de los registros de producción de los servicios de este hospital.

Atte.

Ing. Eduardo Echeverría M.
COORDINADOR ESTADISTICA

Ing. Eduardo Echeverría
UOP. SOLCA - AMBATO

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

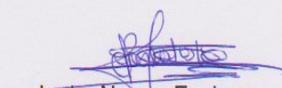
Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

Ambato, 29 de marzo del 2012.

CERTIFICADO

A petición verbal de la parte interesada **CERTIFICO** que la Lic. Norma Elizabeth Tonato Guamán, socializó su proyecto en cuanto a **CUIDADOS PALIATIVOS**, al personal de enfermería, de la institución, así como también la socialización de Protocolos de Atención en pacientes Paliativos, y su respectivo reglamento.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad.



Lcda. Norma Espinoza

COORDINADORA DE HOSPITALIZACIÓN

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

Ambato, 11 de junio del 2012

Sres. UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Presente.-

CERTIFICADO

Por medio del presente documento **CERTIFICO** que la Lcda Norma Elizabeth Tonato Guamán con cédula de identidad 1600378424, presentó, su propuesta de creación del área de cuidados paliativos dentro de la institución, misma que en la actualidad se encuentran funcionando en el nivel I y II, bajo aplicación de reglamento y protocolos socializados por parte de la Lcda Tonato.

Es todo cuanto puedo **CERTIFICAR** en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente documento como creyera conveniente.

Atentamente

Dr Nalo Martínez

DIRECTOR MÉDICO DE SOLCA AMBATO



U.O. SOLCA TUNGURAHUA
Dr. Nalo Martínez Rosero
ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA
IDN 1800027/RMSF 1 11 002 R-4

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

Ambato 11 de junio del 2012

Sres: UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Presente.-

Por medio del presente documento certifico que la Lcda Norma Elizabeth Tonato Guamán con cédula de identidad 1600378424, realizó su proyecto dentro de la institución previa autorización y aprobación por parte de las autoridades de la Institución.

Así como también hacerles conocer de que el proyecto será Analizado por la Junta directiva para una futura implementación del área de cuidados paliativos en el nivel III.

Es todo cuanto puedo CERTIFICAR en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente documento como creyera conveniente

Atentamente

Dr Nalo Martínez

DIRECTOR MEDICO SOLCA AMBATO

U.O. SOLCA TUNGURAHUA
Dr. Nalo Martínez Rosero
ESPECIALIDAD GINECOLOGIA
IDN 180807 / R.M.S.P. 111027 R.



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

Ambato, 11 de junio del 2012

Sres. UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CERTIFICACIÓN

Yo Lcda Norma Espinosa **COORDINADORA** del área de Hospitalización **CERTIFICO** que la Lcda Norma Elizabeth Tonato Guamán con N° de cédula 1600378424, realizó, y socializó los Protocolos de Atención en pacientes Paliativos así como también su respectivo reglamento al personal médico y paramédico del área de Hospitalización el 29 de marzo del 2012.

Es todo cuanto puedo **CERTIFICAR**, en honor a la verdad, la Lcda Norma Tonato puede hacer uso del presente documento como creyere conveniente.

Atentamente,

Lcda Norma Espinoza
COORDINADORA DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



**UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA**

Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

Ambato, 11 de marzo del 2012

**Sres. UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Presente.-**

Yo Lcda Norma Espinoza en calidad de coordinadora del área de hospitalización me permito CERTIFICAR que posterior a la propuesta de implementación del área de Cuidados paliativos por parte de la Lcda Norma Tonato, actualmente nos encontramos brindando ya atención a pacientes paliativos en el nivel I y II mismos que en el nivel I son manejados mediante analgésia con portal subcutáneo, y luego remitidos a su domicilio, como lo especifica el reglamento implementado por la Lcda Tonato, en el nivel II se brinda atención en la actual área de hospitalización con días ya de internación, obiamente aplicando el protocolo de atención y reglamento implementado desde el 29 de marzo del año en curso, por la Lcda anteriormente mencionada.

Así como tambien manifestar que el personal médico y paramédico hace uso ya del protocolo y reglamento implementado, mismos que han sido evaluados y monitorizados mediante observación.

Es todo cuanto puedo CERTIFICAR en honor a la verdad, la Lcda Norma puede hacer uso del presente documento como ella lo creyere necesario.

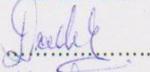
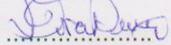
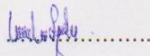
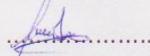
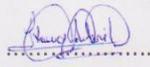
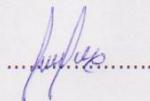
Atentamente,



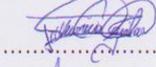
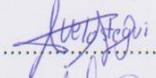
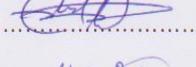
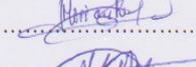
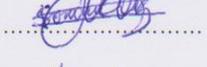
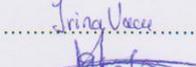
Lcda Norma Espinoza
COORDINADORA DEL AREA DE HOSPITALIZACIÓN

LISTA DE ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

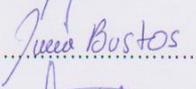
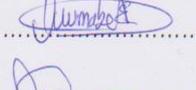
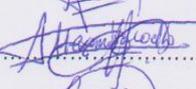
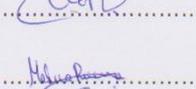
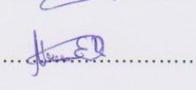
PERSONAL MÉDICO

Médico	# de cédula	Firma
Dra. Valeria Loja		021601845-3
Dra. Mariuxi Quinde		180257323-2
Dra. Jennifer Durán		184028142-1
Dra. Gisela Silva		160141521-9
Dr. Paúl Reyes		170212112-0
Dr. Andrés Amoroso		180342131-2
Personal de trabajo Social		
Dra. Nancy Abril		180037842-3
Voluntariado de SOLCA		
Sra. María Sánchez		190325231-4

**LISTADO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

Enfermeras:	Firma	# de cédula
Lcda. María Caisaguano		180302734-9
Lcda. Verónica Gavilanez		180313162-0
Lcda. Luz Velasteguí		180322281-7
Lcda. Paola Sánchez		053162372-7
Lcda. Narcisa Paredes		0201394335
Lcda Myriam Reyes		180037842-4
Lcda. Sandra Ortíz		1800339246-1
Lcda. Irina Vaca		180023742-3
Lcda. Norma Espinoza		180219880-0

Auxiliares de enfermería

Sra Aux Diana Yungan		180321231-3
Sra Aux. Lucía Bustos		1804044608
Sra Aux. Mabel Abril		1803262706
Sra Aux. Paulina Proaño		184132224-1
Sra Aux. Edith Alarcón		18036991-0
Sra Aux Alexandra Coello		180372810-2
Sr. Aux Pablo Coello		180266621-2
Sra Aux Catalina Robles		184243512-3
Sra Aux Melva Romero		180025762-1
Sra Aux. Nora Rogel		180322273-2

UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA

ESTADO DE RESULTADOS

DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010

(EN MILES DE DÓLARES)

CÓDIGO CUENTA	NOMBRE CUENTA	PARCIAL	SUBTOTAL	TOTAL
6.2.	INGRESOS DE GESTIÓN			
6.2.3	TASAS Y CONTRIBUCIONES			
6.2.3.01.	TASAS GENERALES		875,987.67	
6.2.3.01.02	Acceso a Lugares de la Institución	3,121.25		
6.2.3.01.08	Prestación de Servicios	988,205.14		
6.2.3.01.99	Descuentos en Servicios e Insumos	115,338.72		
6.2.4.	VENTA DE BIENES Y SERVICIOS			
6.2.4.02.	VENTA DE PRODUCTOS Y MATERIALES		420,110.37	
6.2.4.02.05	Venta de Insumos Médicos	420,110.37		
6.2.5.02.	RENTA DE ARRENDAMIENTOS DE BIENES		120.00	
6.2.5.02.02	Renta de Edificios, Locales y Residencias	120.00		
6.2.5.04.	MULTAS		75.00	
6.2.5.04.04	Incumplimiento de Contratos	75.00		
6.2.5.24.	OTROS INGRESOS NO CLASIFICADOS		7,970.69	
6.2.5.24.99	Otros no Especificados	7,970.69		
6.2.6.	TRANSFERENCIAS RECIBIDAS			
6.2.6.22.	DONACIONES DE CAPITAL DEL SECTOR PRIVADO		509.63	
6.2.6.22.04	Donaciones del Sector Privado no Financiero	509.63		
6.2.6.23.	OTORGADAS POR ENTIDADES QUE TIENEN PRES.ESPECIAL		1,750,046.19	
6.2.6.23.01	Ortorgadas por Solca Núcleo de Quito	1,750,046.19		
	TOTAL INGRESOS			3,054,819.55
6.3	GASTOS DE GESTIÓN			
6.3.3.	REMUNERACIONES			
6.3.3.01.	REMUNERACIONES BÁSICAS		1,483,874.81	
6.3.3.01.02	Remuneraciones Unificadas	1,483,874.81		
6.3.3.02.	REMUNERACIONES COMPLEMENTARIAS		153,507.50	
6.3.3.02.03	Décimo Tercer Sueldo	125,354.76		
6.3.3.02.04	Décimo Cuarto Sueldo	28,152.74		
6.3.3.04.	SUBSIDIOS		250.00	
6.3.3.04.07	Estimulo Económico por Años de Servicio	250.00		
6.3.3.05.	REMUNERACIONES TEMPORALES		82,466.92	
6.3.3.05.05	Sustituciones de Personal	48,134.24		
6.3.3.05.06	Licencia Remunerada	398.13		
6.3.3.05.07	Honorarios	23,021.69		
6.3.3.05.09	Horas Extraordinarias y Suplementarias	10,912.86		
6.3.3.06.	APORTES PATRONALES A LA SEGURIDAD SOCIAL		293,582.72	
6.3.3.06.01	Aporte Patronal	166,937.99		
6.3.3.06.02	Fondos de Reserva	111,673.49		
6.3.3.06.05	Iece 0.50%	7,485.62		
6.3.3.06.06	Secap 0.50%	7,485.62		
6.3.3.07.	INDEMNIZACIONES		1,758.37	
6.3.3.07.04	Compensación por Desahucio	1,758.37		
6.3.4.	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO			
6.3.4.01.	SERVICIOS BÁSICOS		30,319.08	
6.3.4.01.01	Agua Potable	2,820.48		
6.3.4.01.04	Energía Eléctrica	17,522.05		
6.3.4.01.05	Telecomunicaciones	8,560.55		
6.3.4.01.06	Servicio de Correo	1,416.00		
6.3.4.02.	SERVICIOS GENERALES		123,818.77	

UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA

ESTADO DE RESULTADOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010 (EN MILES DE DÓLARES)

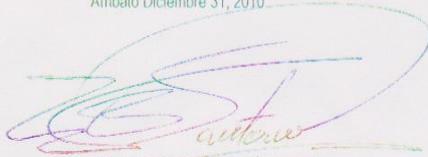
6.3.4.02.01	Transporte de Personal	14,797.50	
6.3.4.02.02	Fletes y Maniobras	88.00	
6.3.4.02.04	Impresión, Reproducción y Publicación	364.83	
6.3.4.02.07	Difusión, Información y Publicidad	344.50	
6.3.4.02.08	Servicio de Vigilancia	52,622.16	
6.3.4.02.09	Servicio de Aseo	25,495.00	
6.3.4.02.11	Atención Médica Contratada	15,496.51	
6.3.4.02.12	Refrigerio	1,440.53	
6.3.4.02.14	Alimentación a Pacientes	676.20	
6.3.4.02.99	Otros Servicios Generales	<u>12,493.54</u>	
6.3.4.03.	TRASLADOS, INSTALACIONES, VIATICOS		5,282.31
6.3.4.03.01	Pasajes al Interior	546.99	
6.3.4.03.03	Viáticos y Subsistencias en el Interior	<u>4,735.32</u>	
6.3.4.04.	INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN		117,265.85
6.3.4.04.02	Gastos en Edificios, Locales y Residencias	25,613.81	
6.3.4.04.03	Gastos en Mobiliarios	3,800.55	
6.3.4.04.04	Gastos en Maquinarias y Equipos	81,583.28	
6.3.4.04.05	Gastos en Vehiculos	<u>6,268.21</u>	
6.3.4.06.	CONTRATACIONES DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN		899.29
6.3.4.06.03	Servicio de Capacitación	<u>899.29</u>	
6.3.4.07.	GASTOS EN INFORMÁTICA		580.00
6.3.4.07.04	Mantenimiento de Sistemas Informáticos	<u>580.00</u>	
6.3.4.08.	BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE		647,034.87
6.3.4.08.01	Alimentos y Bebidas	43,882.77	
6.3.4.08.02	Vestuario, Lencería y Prendas de Protección	20,375.39	
6.3.4.08.03	Combustibles y Lubricantes	17,179.04	
6.3.4.08.04	Materiales de Oficina	22,643.79	
6.3.4.08.05	Materiales de Aseo	23,919.95	
6.3.4.08.07	Materiales de Impresión, Fotografía Rep. Y Public.	135.12	
6.3.4.08.08	Instrumental Médico Menor	126,110.51	
6.3.4.08.09	Medicinas y Productos Farmacéuticos	285,380.28	
6.3.4.08.10	Materiales para Laboratorio y Uso Menor	88,999.25	
6.3.4.08.11	Materiales de Construcción, Eléctricos	3,200.21	
6.3.4.08.13	Repuestos y Accesorios	6,728.40	
6.3.4.08.15	Utensillos de Cocina y Comedor Menor	317.77	
6.3.4.08.99	Otros Bienes de Uso y Consumo Corriente	<u>8,162.39</u>	
6.3.5.	GASTOS FINANCIEROS Y OTROS		
6.3.5.04.	SEGUROS, COMISIONES FINANCIERAS Y OTROS		21,393.17
6.3.5.04.01	Seguros	17,860.35	
6.3.5.04.03	Comisiones Bancarias	636.10	
6.3.5.04.99	Otros Gastos Administrativos	<u>2,896.72</u>	
6.3.6.	TRANSFERENCIAS ENTREGADAS		
6.3.6.01.	TRANSFERENCIAS CORRIENTES AL SECTOR		5,649.92
6.3.6.01.03	Subvenciones Económicas	686.00	
6.3.6.01.12	Subvenciones Económicas (Gastos de Representación)	2,764.80	
6.3.6.01.14	Comisariato	<u>2,199.12</u>	
6.3.8.	COSTO DE VENTAS Y DIFERIDOS		352,854.40
6.3.8.51.	DEPRECIACIÓN BIENES		
6.3.8.51.01	Depreciación Mobiliarios	37,793.85	
6.3.8.51.02	Depreciación Maquinarias y Equipos	173,315.51	
6.3.8.51.03	Depreciación Vehiculos	7,846.00	
6.3.8.51.04	Depreciación Herramientas	270.15	
6.3.8.51.05	Depreciación Equipos, Sistemas y Paq. Informáticos	9,968.47	

UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA

**ESTADO DE RESULTADOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010
(EN MILES DE DÓLARES)**

6.3.8.51.07	Depreciación Edificios, Locales y Residencias	122,998.00	
6.3.8.51.08	Depreciación Vajilla y Menaje	<u>662.42</u>	
	TOTAL EGRESOS		3,320,537.98
	DÉFICIT FINANCIERO		<u>- 265,718.43</u>

Ambato Diciembre 31, 2010.



ING. WILSON SANTANA ÁLVAREZ
PRESIDENTE UNIDAD ONCOLÓGICA
SOLCA TUNGURAHUA


LCDA. SYLVIA MARGOTH ORTIZ G.
CONTADORA



fax 02402-241140