



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

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

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE
QUITO, ABRIL 2010**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTOR

LCDA. CECILIA DOMÍNGUEZ OSTAÍZA

DIRECTORA

DRA. MARGARITA CHÁVEZ

QUITO – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Dra.

Margarita Chávez.

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA;

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, 2010” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, Octubre 2010

.....

Dra. Margarita Chávez

AUTORÍA

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

Quito, Octubre 2010

f.....

CESIÓN DE DERECHO

“Yo, CECILIA DOMÍNGUEZ OSTAÍZA declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forman parte del Patrimonio de la Universidad la Propiedad Intelectual de Investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Quito, Octubre 2010

f.....

Lcda. Cecilia Domínguez Ostaiza

DEDICATORIA

A DIOS por ser mi mejor amigo y confidente, luz que guía mi camino, abrigo y compañía en cada instante de mi vida sobre todo en los momentos difíciles.

Para mi Madre que hay una sola e inspira dulzura, paz y amor el mismo que es incondicional, sincero y puro. Creemos que nos durará siempre y así dejamos pasar los mejores momentos junto a ella, pero Dios nos prueba y nos envía señales de aviso para no desviarnos del camino trazado, por todo esto y al realizar la tesis debo sufrir en carne propia y aplicar todos los conocimientos, la tolerancia y el amor hacia mi Madre porque tiene Cáncer, en ella los Cuidados Paliativos que se aplican y se exponen lo realizo con impotencia, con lagrimas y con el corazón desgarrado.

Para ti madrecita, mi tesoro más grande, más valioso y más tierno TU HIJA

Lcda. Cecilia Domínguez Ostaiza

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar profundo agradecimiento al Hospital Solón Espinoza Ayala Solca Núcleo de Quito, por el apoyo y colaboración prestados a través del Servicio de Cuidados Paliativos.

Mi gratitud también a quienes ayudaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer este proyecto, me complace agradecer infinitamente a la Dra. Margarita Chávez Directora de tesis y amiga, que fue mi soporte en el transcurso de este trabajo, a la Dra. María Cristina Cervantes Coordinadora de tesis la cual me brindo su apoyo y sustento.

Deseo dar un especial reconocimiento a mi Esposo e Hijos por el estímulo que siempre me han brindado y por el tiempo que nos les di por estar en la preparación de este proyecto.

Finalmente a todos los profesionales y pacientes de esta institución por la colaboración y esfuerzo que le dedicaron a este proyecto.

INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRELIMINARES	PÁGINAS
Caratula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificación Institucional	vii
Índice de contenido	viii
 APARTADOS	
1. RESUMEN	2
2 .ABSTRAC	4
3. INTRODUCCIÓN	6
4. PROBLEMATIZACIÓN	8
5. JUSTIFICACIÓN	11
6. OBJETIVOS	14
7. MARCO TEÓRICO	16
7.1 MARCO INSTITUCIONAL	16
7.2 MARCO CONCEPTUAL	35
8. DISEÑO METODOLÓGICO	54
9. RESULTADOS	62
10. CONCLUSIONES	188
11. RECOMENDACIONES	190
12. BIBLIOGRAFÍA	192
13. ANEXOS	195

1. RESUMEN

1. RESUMEN

En la Medicina Paliativa ha surgido la necesidad de proporcionar y aumentar los conocimientos a los profesionales de la salud que atienden a enfermos con cáncer a través de la capacitación programada, no programadas, incidental, por medio de talleres, entrega de folletos y elaboración de un manual.

El paciente oncológico en fase terminal, debe reintegrarse cuanto antes, y permanecer el mayor periodo de tiempo en su entorno familiar, que ha sido debidamente capacitado y entrenado; sin descartar que el paciente puede volver a la institución cuantas veces lo requiera.

El Hospital Solca Núcleo de Quito, mejoró la Unidad de Cuidados Paliativos al conocer, analizar, retroalimentar, reorientar la prestación y calidad del servicio

Evaluación que se encaminó y realizó mediante encuestas a usuarios internos y externos dando como resultado una buena atención personalizada, entregando a cada paciente el tiempo suficiente para involucrarse un poco más en sus necesidades reales que incluyen: el trato del personal, disponibilidad de área física de Cuidados Paliativos, conocimiento de normas del servicio, opinión propia del usuario acerca de su privacidad y la explicación u orientación sobre su diagnóstico y tratamiento, etc. Siendo los usuarios externos los beneficiarios directos de los servicios brindados, esto nos permitió realizar un análisis basado en los resultados, buscando una prioridad y la sistematización de experiencia para una mejor calidad de atención de los profesionales de la Institución y desarrollar nuestra propuesta de intervención: **“Programa de Mejoramiento del Servicio de Cuidados Paliativos”**.

Por último, quien lucha por el bienestar integral de un paciente, debe aunar esfuerzos por conseguir el objetivo final ante este hecho, evitando sufrimiento innecesario que conlleva a más de su enfermedad de fondo a trastornos psicológicos y emotivos.

2. ABSTRACT

2. ABSTRACT

In the Palliative Medicine there has arisen the need to provide and increase the knowledge to the professionals of the health who attend to patients with cancer across the programmed training, not programmed, incidental, by means of workshops, delivery of leaflets and guides' production.

The patient oncologic in terminal phase, must return as soon as possible, and remain the major period of time in his familiar environment, which has been due qualified and trained; without rejecting that the patient can return to the institution all the times need it.

The Hospital Solca Nucleus of Quito, improved the Unit of Taken care Palliative on having known, having analyzed, retroalimentar, having the presentation and quality of the service

Evaluation that was directed and fulfilled by means of surveys internal and external users giving like proved a good personalized attention, delivering every patient the sufficient time to interfere a bit more in his royal needs that they include: the treatment of the personnel, availability of physical area of Taken care Palliative, knowledge of procedure of the service, own opinion of the user brings over of his privacy and the explanation or orientation on his diagnosis and treatment, etc. Being the external users the direct beneficiaries of the offered services, this allowed us to realize an analysis based on the results, looking for a priority and the systematizing experience for a better quality of attention of the professionals of the Institution and to develop our offer of intervention: " Program of Improvement of the Service of Taken care Palliative ".

Finally, the one who fights for the integral well-being of a patient must unite efforts for obtaining the final aim before this fact, avoiding unnecessary suffering that he carries to more of his disease of bottom to psychological and emotive disorders.

3. INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos son programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades, no responden por más tiempo al tratamiento curativo. Intentar controlar no Sólo el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento para conseguir que estos enfermos vivan a plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena suerte.

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad.

Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo mas alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos.

Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos.

Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan.

4. PROBLEMATIZACIÓN

4. PROBLEMATIZACIÓN

El cáncer un mal que no respeta edad, sexo, raza; ocupa un gran porcentaje como causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Y más aún si mencionamos que existen miles de personas que tienen cáncer y no presentan sintomatología alguna o no se ha detectado. Cáncer considerado como la novena causa de muerte en el Ecuador, con una tasa de 1312 personas que fallecen anualmente por cada 100.000 habitantes.

Algo que preocupa permanentemente y que siempre nos tiene impotentes es la depresión que experimentan los pacientes luego de que conocen o se les comunica que tienen cáncer. Afectando directamente en su comportamiento y la decisión de cómo enfrentar o actuar ante esta realidad. De ahí la necesidad y prioridad del Mejoramiento de servicios de Cuidados paliativos

Al conocer al paciente con cáncer y en fase terminal es necesario que exista un servicio o una entidad que se dedique por entero a los cuidados paliativos de los mismos. Solca Núcleo de Quito desde hace muchos años se ha encargado de brindar atención de calidad, pero por la demanda es menester un Mejoramiento del servicio.

El objetivo de mejorar el servicio de Cuidados Paliativos a pacientes con cáncer en fase terminal en el Hospital Solca Núcleo de Quito, permitirá visualizar la calidad de atención que recibe el mismo. Logrando abordar un conocimiento integral tanto en lo físico, psicológico, social y humano; que todo paciente merece. Por lo que se desea aplicar este proyecto de “Programa de mejoramiento del Servicio de Cuidados paliativos”.

Una buena atención producirá satisfacción y orgullo en los profesionales relacionados con la organización y ejecución de las acciones de salud, eliminando las frustraciones y conflictos tanto en los usuarios internos como externos.

El sistema es responsabilidad de todos, incluyendo las autoridades de los hospitales. Si utilizan el equipo, el personal y las instalaciones actuales con mayor eficacia, pueden incrementar la cantidad de personas atendidas sin requerir fondos adicionales

El final de la vida de los pacientes en una unidad específica pretende revertir o paliar su situación crítica, con una atención Sanitaria de calidad que procure el restablecimiento de la Salud, el alivio del dolor y del sufrimiento.

La sobrecarga asistencial que los pacientes oncológicos terminales originan en los profesionales de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y demás servicios, cada día se incrementa (actualmente 40%). Debido a esto, el congestionamiento de dichos servicios y la demanda de gastos ponen en evidencia que el tratamiento al final de la

vida de los pacientes terminales y la atención a las necesidades de sus familiares, están lejos de ser adecuados.

No siempre se proporcionan los cuidados y procedimientos para conseguir una muerte sin sufrimiento, de acuerdo a las preferencias del paciente y coherente con la práctica clínica y valores culturales, siendo las causas principales áreas no adecuadas para dicho tratamiento y formación en medicina paliativa de los profesionales sanitarios, incluyendo las habilidades de comunicación.

Uno de los problemas más importantes de los cuidados paliativos ha sido y sigue siendo, el delimitar con claridad en qué consiste el bien específico que prestan a la sociedad, ya que al introducir conceptos valorativos como el confort o dignidad, en muchas ocasiones contienen una gran carga de subjetividad.

Cualquier decisión ética implica responsabilidad sobre el proceso y hay que establecer un plan de cuidados de compromiso con una atención adecuada y de acuerdo a las decisiones tomadas y así garantizar su lealtad con la institución y por ende la supervivencia de la misma, pues el mayor activo de cualquier empresa y su sustento son los clientes, quienes cada vez se tornan más concedores de sus derechos y las obligaciones de las instituciones.

La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y científica pero no una empresa comercial en sentido estricto. No estamos vendiendo un producto. No tenemos un cliente que entiende todo y hace elecciones razonables.

Por este motivo en este proyecto se propone mejorar el servicio cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, promoción de la autonomía del paciente, mejorar la adaptación emocional tanto del paciente como de la familia y la capacitación permanente del personal de la Salud.

La atención que se observa en el servicio de cuidados paliativos del Hospital Solca Núcleo de Quito está limitada a la competencia técnica y, más recientemente, a la atención superficial, que el proceso interpersonal. Ante lo cual nos formulamos la siguiente pregunta ¿Existe insatisfacción de la atención que brinda el personal que recibe al paciente de cuidados paliativos? Para dar respuesta a esta interrogante se realizaron encuestas a 100 usuarios internos y 200 a usuarios externos (ver anexo 3 y 4) y contar así con una línea de base para desarrollar nuestro proyecto de acción.

5. JUSTIFICACIÓN

5. JUSTIFICACIÓN

El Cáncer se identifica como uno de los problemas sanitarios más relevantes en todos los niveles por su elevada morbilidad y creciente incidencia; ya que a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se le ha dado una connotación social negativa un alto impacto emocional, asociándose a dolor, descomposición corporal y muerte cercana generando en la vida de quien lo padece y sus familiares. De ahí su importancia humana.

El progreso científico hace que enfermedades incurables o letales varíen su evolución, prolongando la supervivencia y aumentando la etapa de cronificación. Se incrementa así el número de pacientes y familias afectadas por el sufrimiento que produce una situación terminal.

Los cambios sociales y económicos han variado la estructura familiar, su dinámica, disponibilidad y recursos. Esto hace que el cuidado de las personas con enfermedades avanzadas y progresivas deba variar. Todos estos cambios, junto a un aumento en la cultura sanitaria de la población, han hecho que los cuidados paliativos sean considerados como un derecho legal del individuo independientemente del lugar, circunstancia o situación en la que se encuentre

El tema escogido para el estudio es la realización de un programa de mejoramiento del servicio de cuidados paliativos dirigidos al paciente con cáncer en fase terminal en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Todas las personas diagnosticadas con cáncer reaccionan ante estos aspectos en forma diferente y pueden o no padecer de depresión o ansiedad, razón por la cual se hace necesario generar este programa, siendo un componente de vital importancia para la continuación de su vida, mejorando su motivación, evitando el abandono y rechazo de los servicios.

Por lo tanto es importante además del estudio de lo fisiológico enfocarnos en el estudio de la parte afectiva, social, psicológica, entre otras con el fin de establecer, como los afecta esta patología y diseñar estrategias que les permita disminuir el impacto.

Los beneficiarios son los pacientes de cuidados paliativos del Hospital Solca Núcleo de Quito, ya que es desde el primer momento que debe prestarse apoyo y guía sobre su enfermedad, lo cual se puede conseguir a través de un programa de mejoramiento del servicio de paliativos, el mismo que permite mejorar la calidad de atención en las diferentes fases del proceso asistencial.

Es relevante incluir la perspectiva de los usuarios en el presente estudio el cual pretende analizar la problemática desde varios puntos de vista con el propósito de generar actividades de apoyo en los pacientes con cáncer en su etapa terminal.

Con el fin de mejorar la calidad de atención se ha visto la necesidad de observar al paciente como un ser holístico más allá de enfocarnos en la enfermedad, es de suma importancia tratarlo como un ser humano con sentimiento no como una estadística mas. Es relevante incluir la perspectiva de los usuarios en el presente estudio el cual pretende analizar la problemática desde varios puntos de vista con el propósito de generar actividades de apoyo en los pacientes con cáncer en su etapa terminal.

6. OBJETIVOS

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar el servicio de cuidados paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito mediante el diseño de programa de mejoramiento y aplicación, de soporte vital, terapia del dolor y capacitación y motivación para proporcionar un servicio de calidad.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer línea de base sobre la unidad de cuidados paliativos en Solca Núcleo de Quito.
- Dar a conocer al personal de la institución el proyecto, Socializando e institucionalizando el mismo.
- Diseñar y ejecutar programa de Capacitación y motivación al cliente interno.
- Capacitar al usuario externo, para mejorar la calidad de atención en las diferentes fases del proceso asistencial del cáncer en su etapa terminal.
- Implementar, y evaluar las visitas domiciliarias de atención integral al paciente en fase terminal.
- Desarrollar un taller de motivación al cliente externo como clave del éxito para mejorar su satisfacción y motivación
- Elaborar, implementar y monitorear guías de atención de cuidados paliativos.
- Evaluar el desarrollo del proyecto mediante un monitoreo continuo para realizar los correctivos necesarios

7. MARCO TEÓRICO

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

DINÁMICA POBLACIONAL

Para el estudio se utiliza a 200 pacientes independientes de sexo, raza o clase social, de toda edad, dando atención de cualquier patología oncológica que pasa a fase terminal o paliativo, los cuales acuden a la consulta externa del Hospital Solca núcleo de Quito, emergencia, o a otros servicios.

MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

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.

VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Mantenerse como una institución moderna, 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 y 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 preservación de la salud pública.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS:

El Hospital Solca Núcleo de Quito es una entidad de salud dedicado a la lucha contra el cáncer en el Ecuador ubicada en la región sierra, provincia de pichincha al

nororiente de la ciudad de Quito, en el barrio el Edén, entre las calles: Los Pinos (norte), Ayala (sur), Eloy Alfaro (este) y de las guacamayas (oeste). (Anexo 4) ²⁶

Cuenta con tres pisos dotados de 160 camas para hospitalización (pediatría, cirugía, oncología clínica), en la planta baja se ubica el área administrativa, estadística, laboratorios, imagenología, banco de sangre, medicina física, quimioterapia ambulatoria, servicio de consulta externa, uci, quirófanos, emergencia y en el subsuelo se da atención de radioterapia, recursos humanos, central de esterilización, vestidores, registro de tumores, auditorio y dietética

ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

“El 7 de diciembre de 1951, con domicilio principal en la ciudad de Guayaquil, fue constituida la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA.

De acuerdo con lo establecido por el Decreto Legislativo del 15 de octubre de 1953, publicado en el Registro Oficial No. 362 del 12 de noviembre de ese año, SOLCA tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país.

El Dr. Julio Enrique Paredes en comunicación suscrita el 30 de agosto de 1954 informa al Dr. Juan Tanca Marengo que el 23 de julio de ese año en el Salón de la Ciudad, tuvo lugar la sesión de instalación de SOLCA Núcleo de Quito, asignando como área de responsabilidad el centro norte del país que comprendía las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Napo, Pastaza, Sucumbíos.

SOLCA, Núcleo de Quito, luego de conseguir los fondos necesarios, inicia sus actividades en el antiguo local del anfiteatro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en pleno centro de la ciudad, junto al antiguo Hospital San Juan

²⁶ [Http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq)

de Dios. En 1963, se consigue que el viejo Hospital San Juan de Dios cediera una de sus salas para atender a los enfermos con cáncer y un quirófano para operar a los pacientes.

En 1972, la situación se agrava con el derrumbe del pabellón que ocupaba SOLCA en el Hospital San Juan de Dios, lo cual obligó a suspender durante varios meses la hospitalización y los tratamientos quirúrgicos hasta que los Directivos resolvieron arrendar un local en una clínica privada en donde se continuó trabajando y posteriormente se consigue un local en el Hospital Eugenio Espejo.

En esta situación, asume la Presidencia el Sr. Gral. Solón Espinosa Ayala y se inicia la búsqueda de un local propio. Así, se consigue en la Av. de los Shyris una casa iniciando sus actividades con cuatro consultas, laboratorios, rayos X, nueve camas, quirófano, entre otros; logrando con esto cierta estabilidad en el trabajo de la Institución.

En 1990, comienza a gestarse la idea de construir un hospital acorde a las necesidades de pacientes con neoplasias malignas. En 1995, se convocó por la prensa la construcción de la obra civil, instalaciones y equipamiento fijo. El 16 de agosto de 1996, se inició la construcción del nuevo hospital.

A partir del 3 de enero del 2000, el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala abre sus puertas con una atención integral. En el año 2004, la Institución cumplió 50 años de existencia, en los cuales se ha ido construyendo la actual organización con el esfuerzo y mucha dedicación de autoridades, directivos, profesionales médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicios, que permite brindar a la sociedad ecuatoriana programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de una de las patologías más graves que padece el ser humano”³¹

31. [Http://www.Solca.com](http://www.Solca.com)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN:

Partiendo del último censo poblacional de 1990 y sobre la base de las proyecciones del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) y del Banco Mundial, la población ecuatoriana estimada a los años 1996, 2020 y 2030 es de 11.697.3000, 16.6000.000 y 18.500.000 respectivamente.

Los procesos migratorios han conllevado a una concentración de la población en determinadas provincias, pues 3 de ellas (Guayas, Pichincha y Manabí) concentran el 56% de la población ecuatoriana.

Los usuarios de Solca quito provienen de las distintos sectores de la ciudad de quito de los distintos lugares de la región sierra y del país en general. El Hospital Solca Núcleo de Quito atiende a la zona centro norte del territorio ecuatoriano brinda atención a todo tipo de personas independiente de edad, sexo, raza o religión en la prevención, control, tratamiento y recuperación; en pacientes con cáncer de todo tipo. Se puede decir que acuden pacientes de todo el país incluyendo extranjeros, de allí la alta demanda.

En el servicio de consulta externa de Solca se atendieron en el 2008 a 88.473 personas, se realizaron 122.788 exámenes citológicos, 60.685 estudios de imagenología, 11.696 exámenes patológicos, 340.688 exámenes de laboratorio, 4.054 procedimientos endoscópicos, 4.882 procedimientos ginecológicos, 2.045 cirugías realizadas, 8.353 quimioterapias ambulatorias y 2.485 quimioterapias hospitalarias (Fuente: Informes de presidencia al consejo directivo, años 2000 a 2008).

Tratamientos de radioterapia se hizo a 1.884 personas, 210 yodo terapias, 4.007 exámenes realizados en medicina nuclear, 1.289 exámenes de laboratorio de genética, 6.105 pacientes atendidos en emergencia, 804 procedimientos urológicos, 348 procedimientos neumológicos, 5.850 pacientes hospitalizados (Fuente: Informe corporativo por año servicio de admisión y estadística).

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN:

En general el país vive una grave crisis socioeconómica ya que el 44% de la población económicamente activa está sin empleo o en situación de subempleo (Según: Informe de desarrollo Humano, Ecuador 1999, PNUD, P.208); la inflación aumenta cada día más lo cual genera un aumento de la pobreza y con ello los problemas como la delincuencia.

Siendo un grave problema las enfermedades crónicas y entre ellas el cáncer, ya que los costos del tratamiento y la duración del mismo genera un golpe a la economía de los afectados.

Solca es una entidad sin fines de lucro cuyo objetivo es de carácter social es decir de ayuda a la población, la institución a través de trabajo social exonera exámenes e incluso tratamientos de los pacientes de escasos recursos.

La política es cobros de acuerdo a la situación económica de nuestros pacientes es decir el que tiene más paga más. ³⁰

INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS:

DAMAS VOLUNTARIAS:

El Comité de Damas fue estructurado como organismo de apoyo a la atención oncológica desplegada por la institución a beneficio de los pacientes con Cáncer. La principal función de las voluntarias es trabajar y apoyar en las diferentes áreas del hospital en donde la ayuda sea requerida. Actualmente desarrollan las siguientes actividades:

³⁰ [Http://www.salud.com/secciones/cancer.asp?contenido=252767](http://www.salud.com/secciones/cancer.asp?contenido=252767)

- Información a pacientes
- Reparto de avenas y aguas aromáticas en las salas de espera
- Visita a los enfermos
- Seguimiento de pacientes
- Ayuda en la preparación de insumos hospitalarios
- Apoyo económico y moral a los enfermos y sus familiares
- Colaboración con servicio social
- Realización de diferentes actividades para recaudar fondos
- El Voluntariado mantiene un bazar para recaudar fondos donde se provee a pacientes y familiares insumos necesarios a bajos costos, además de objetos donados por personas comprometidas con esta labor social.

TRABAJADORES SOCIALES:

Las trabajadoras sociales brindan apoyo y orientación al paciente su familia y a la comunidad en general tanto en los servicios que brinda SOLCA, así como se realizan gestiones externas al Banco de Sangre, Cruz Roja, INNFA y otros. Además identifican problemas socioeconómicos de los pacientes con el fin de proponer soluciones lógicas y factibles a los problemas encontrados.²⁴

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

INFRAESTRUCTURA SANITARIA

Solca es una entidad moderna que tiene una infraestructura sanitaria completa a la par con las necesidades de funcionamiento se encuentra dotado de agua potable, alcantarillado, luz eléctrica (cuenta con una planta propia que abastece las zonas

²⁴ Solca. Revista Oncológica. Vol. 17. No 3-4 Julio-Diciembre. Impresiones Senefelder. Ecuador-Guayaquil. 2007. Pág. 109, 121.

criticas del hospital cuando sea necesario), ventilación, teléfono, fax, internet entre otros. Además cuenta con el personal encargado del mantenimiento de los sistemas lo cual permite un funcionamiento permanente.

Todos los servicios del hospital cuentan con suficientes lavabos, baños, sitios destinados para lavado de material contaminados, etc. también cuenta con el personal de limpieza necesario el cual se encarga de mantener la institución en óptimas condiciones.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

En el hospital se realiza una adecuada gestión de los desechos hospitalarios lo cual le ha permitido estar en los primeros lugares de correcto manejo según el comité de desechos; minimizando los impactos negativos sobre el ambiente, desde su clasificación hasta su almacenamiento es un proceso que se lleva a cabo de la mejor manera.

Existen recipientes por separado para papel, plástico, frascos, desechos contaminados, equipos de infusión y corto punzantes (estos dos últimos son sellados herméticamente para su posterior eliminación) esto permite un adecuada clasificación, el personal que transporta desechos cuenta con la vestimenta de protección y con coches disponibles para los mismos; para finalmente depositarlos en un lugar sellado fuera del área hospitalaria para ser transportado para su disposición final según disposición municipal.

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA:

Solca se encuentra ubicada en una zona urbana en la avenida Eloy Alfaro la cual es una vía de acceso principal en la que circulan vehículos de norte a sur y viceversa. Existen líneas de buses que facilitan el acceso como Reino de Quito, Catar,

Guadalajara, Alimentadores del Trole bus y Ecovía; también hay una cooperativa de taxis en el acceso norte.

El Hospital cuenta con un amplio parqueadero para autos particulares al cual se accede a través de un tiquete cuyo costo es acorde al tiempo de estancia en el lugar. Debido a su ubicación resulta un tanto lejana para las personas que viven al sur de la capital.

ECONÓMICA

Como ya se menciona anteriormente los costos por la atención son de acuerdo a la situación económica de los usuarios, se realiza un estudio a través de trabajo social para definir la capacidad de pago. Paga más el que más tiene y viceversa; además se confiere formas de pago a través de cuotas lo cual de una forma u otra ayuda a los pacientes.

FUNCIONAL

El hospital cuenta con:

- Subsuelo en el que se encuentra Dietética, Registro de tumores, Biblioteca, Salón Principal, Auditorio, Vestidores, Recursos Humanos, Radioterapia.
- Planta Baja donde se ubica Consulta Externa, Estadística, Farmacia, laboratorios, RX, Tomografía, Quimioterapia Ambulatoria, Endoscopia, Quirófano, UCI, Emergencia, Banco de Sangre, Área Administrativa, Capilla y Bazar.
- Primer Piso para hospitalización de niños (Pediatría)
- Segundo Piso para hospitalización de pacientes Quirúrgicos (Cirugía)
- Tercer Piso para hospitalización de pacientes clínicos (Oncología Clínica)

CULTURAL

El Hospital ha ido creciendo con el pasar del tiempo gracias a la aceptación de la población ecuatoriana, día a día existe mayor demanda de pacientes lo cual refleja

una gran capacidad de convocatoria tanto así que hoy los servicios no abastecen la alta demanda de atención lo cual genera malestar en los pacientes.²⁴

CONVENIOS EXISTENTES:

Solca trabaja para prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes con equidad, eficiencia y calidad por lo que apoya su gestión en la generación de convenios y acuerdos.

Existen convenios con:

- El MSP para que sea Solca la entidad encargada de lucha contra el cáncer en el Ecuador para lo cual tiene autonomía en sus decisiones.
- Convenio de cooperación interinstitucional entre el programa de protección social y la sociedad de lucha contra el cáncer - Solca núcleo Quito con el fin de establecer mecanismos operativos entre los dos, para la prestación de los servicios de salud por parte de la entidad, a pacientes que sean remitidos por la Red de Protección Social para apoyo emergente en situaciones catastróficas individuales a personas y hogares ecuatorianos.
- A través de convenios adquiridos directamente con el MSP/OPS/OMS hay un intercambio tecnológico con institutos de cáncer de otros países.
- Existe convenios con universidades lo cual permite el libre acceso a las unidades de salud de Solca para el personal médico y enfermeras que desee efectuar prácticas o consultas.

²⁴ Solca. Revista Oncológica. Vol. 17. No 3-4 Julio-Diciembre. Impresiones Senefelder. Ecuador-Guayaquil. 2007. Pág. 109, 121.

- El convenio con el Ministerio de Educación permite llevar a cabo desde el 2006 el Programa “Aulas Hospitalarias”; en la actualidad cuenta con 11 maestras que laboran en los hospitales de Solca de Quito, Guayaquil y Cuenca. Ellas se encargan de que los menores y las menores puedan recibir su educación mientras permanecen hospitalizados.
- Solca cumple con el programa "Plan Vida", que consiste en desplazarse a distintos lugares de la provincia: cantones y parroquias, en un carro clínica a fin de brindar atención en los lugares que lo soliciten y con costos reducidos, esta cuenta con especialistas calificados que recorren la provincia de acuerdo a las necesidades que tenga las comunidades. Se ha suscrito convenios con algunas instituciones y consejos cantonales, para satisfacer las necesidades de atención médica y coordinar la visita del carro clínica.²⁸
- A través de un acuerdo con el gobierno se da atención médica a los beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano de forma gratuita completamente y que en caso de presentar enfermedades oncológicas éstas personas son atendidas allí con todos los gastos exonerados.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

El cáncer es una de las enfermedades más comunes en el país y la mayor causa de mortalidad. Por cada millón de habitantes, 1500 padecen anualmente alguna de las diversas modalidades de cáncer y de cada 1.500 personas, 600 mueren (Registro Nacional de Tumores de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA).

Los tipos de cáncer más comunes son del estómago, cuello del útero y de la piel, aunque existen más de 160 formas de presentación del cáncer en diferentes partes del cuerpo, especialmente en las mujeres que representan el 62% del total de casos de cáncer, correspondiendo el 38% restante a los hombres.

²⁸ [Http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/cuidadodetransicion/Patient/page2/print](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/cuidadodetransicion/Patient/page2/print)

ORGANIZACIÓN FINANCIERA:

FINANCIAMIENTO:

El Hospital Solca Núcleo de Quito es una entidad privada sin fines de lucro que obtiene sus recursos económicos a través del aporte del gobierno quien a través de la ley de transformación económica del Ecuador publicada en el registro oficial 102 del 12 de junio del 2003 asigna el 0.5% del presupuesto.

El entorno económico se ha visto amenazado por las nuevas propuestas del gobierno que quiere derogar la asignación de este porcentaje generando preocupación en los miembros de la organización.

Si se diera esta situación la entidad se vería obligada a buscar nuevas fuentes de financiamiento a través del alza de los costos por sus servicios, lo que traería como consecuencia un cambio en la misión que persigue ser una institución sin fines de lucro con finalidad del servicio público creada con el propósito de conducir la campaña nacional contra el cáncer en la República del Ecuador.

Además se cuenta con las donaciones de la comunidad recibidas a través del Comité de Damas Voluntarias. ²⁰

FLUJO DE CAJA

Se consideran los ingresos percibidos por el servicio y otros ingresos que pueden ser por concepto de donaciones, inversiones, etc. los ingresos están dados por:

- Impuesto a las Operaciones de Crédito.- constituye el impuesto del 0,50% a las Operaciones de Crédito, del cual SOLCA Núcleo de Quito, le corresponde el 27,5%, recaudado a través del Banco Central.

²⁰ Artículo: Solca estadística.Pdf (secures)

- Venta de Servicios.- Son ingresos que recibe SOLCA por la prestación de servicios a los pacientes de la institución.
- Venta de Medicinas.- Corresponden a los ingresos que por concepto de venta de medicamentos e insumos médicos, SOLCA recibe de los pacientes.
- Otros Ingresos.- Valores que corresponden a recursos provenientes de donaciones, multas a contratistas, venta de copias Xerox, tarjetas de citas, y rendimientos financieros de saldos sobrantes de la ejecución presupuestaria, etc. Se han considerado los rubros de los gastos como inversión por la adquisición de los equipos, gastos administrativos y de operación, exoneraciones a pacientes.

Libro de contabilidad del Hospital Solca Quito

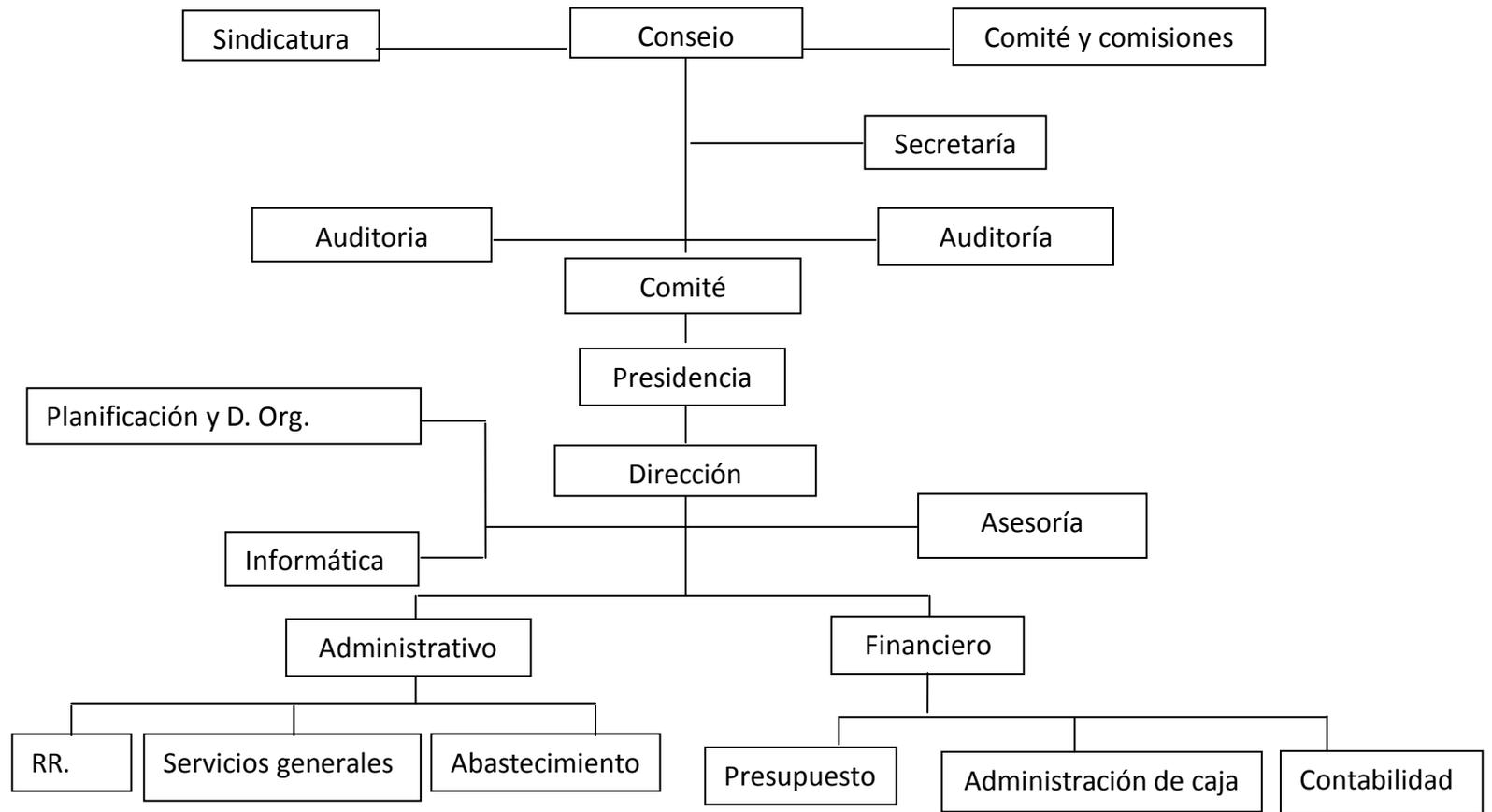
ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

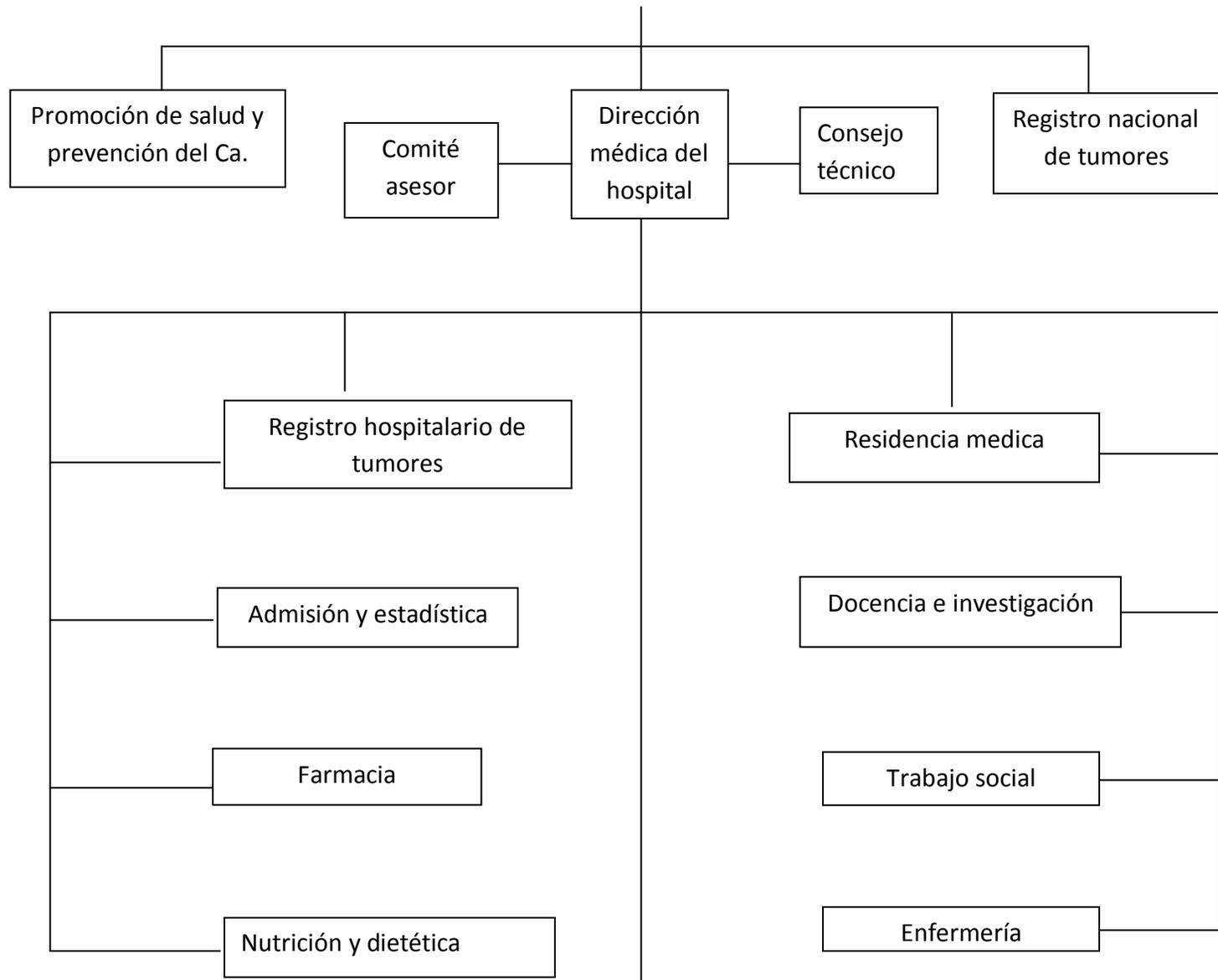
Solca además de poseer una infraestructura especializada en tratamiento de cáncer también cuenta con servicios que prestan apoyo en problema de salud colaterales derivados de esta enfermedad.

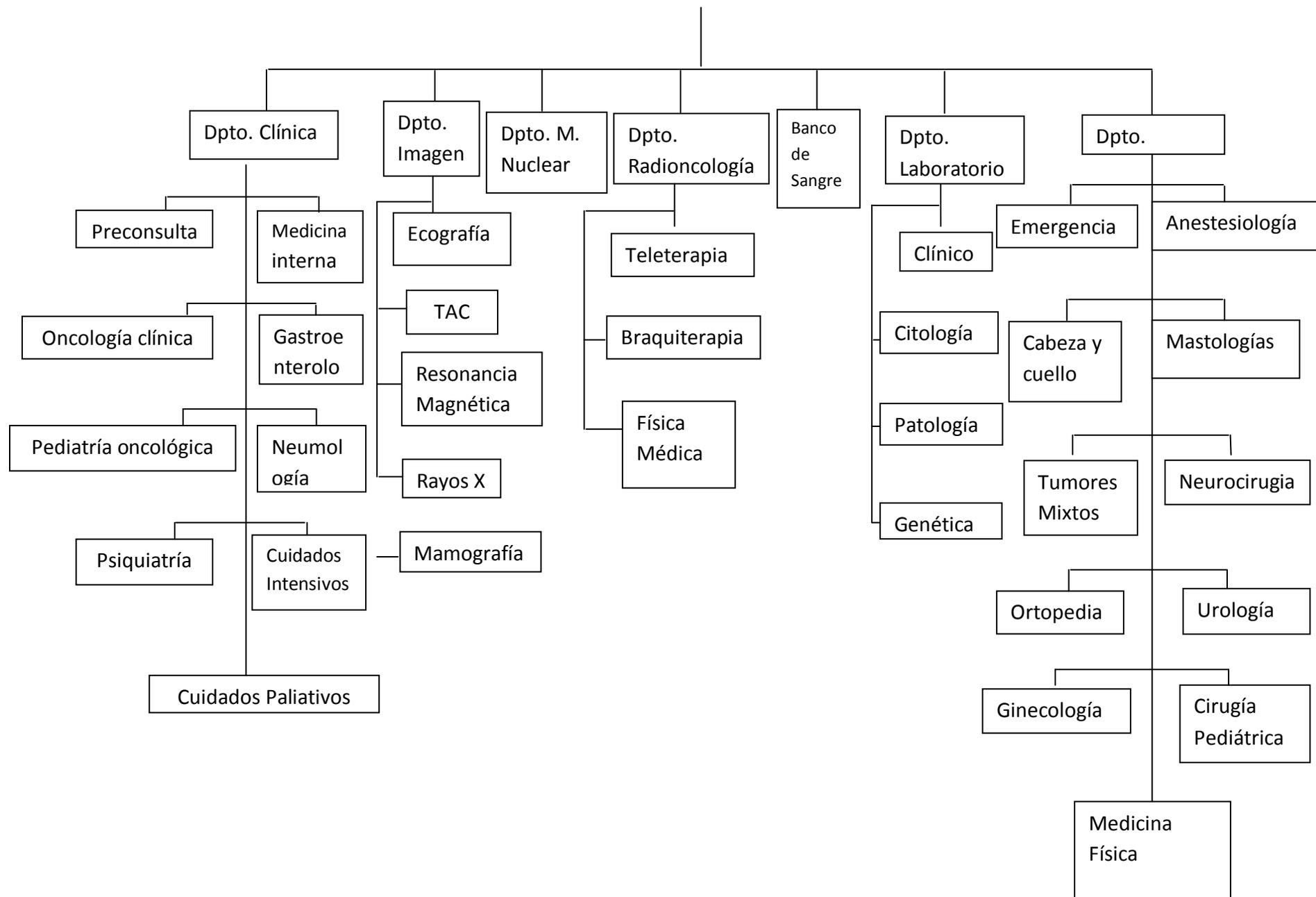
Cuenta con 160 camas hospitalarias y con los servicios a pacientes ya nombrados anteriormente. Cuenta con 3 pisos para hospitalización (Pediatría, Cirugía, Oncología clínica), en la planta baja se ubica el área administrativa, estadística, laboratorios, imagenología, banco de sangre, medicina física, quimioterapia ambulatoria, servicio de consulta externa, uci, quirófanos, emergencia y en el subsuelo se da atención de radioterapia, recursos humanos, central de esterilización, vestidores de hombres y mujeres, además de auditorio, dietética. ²¹

²¹[Http://www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)

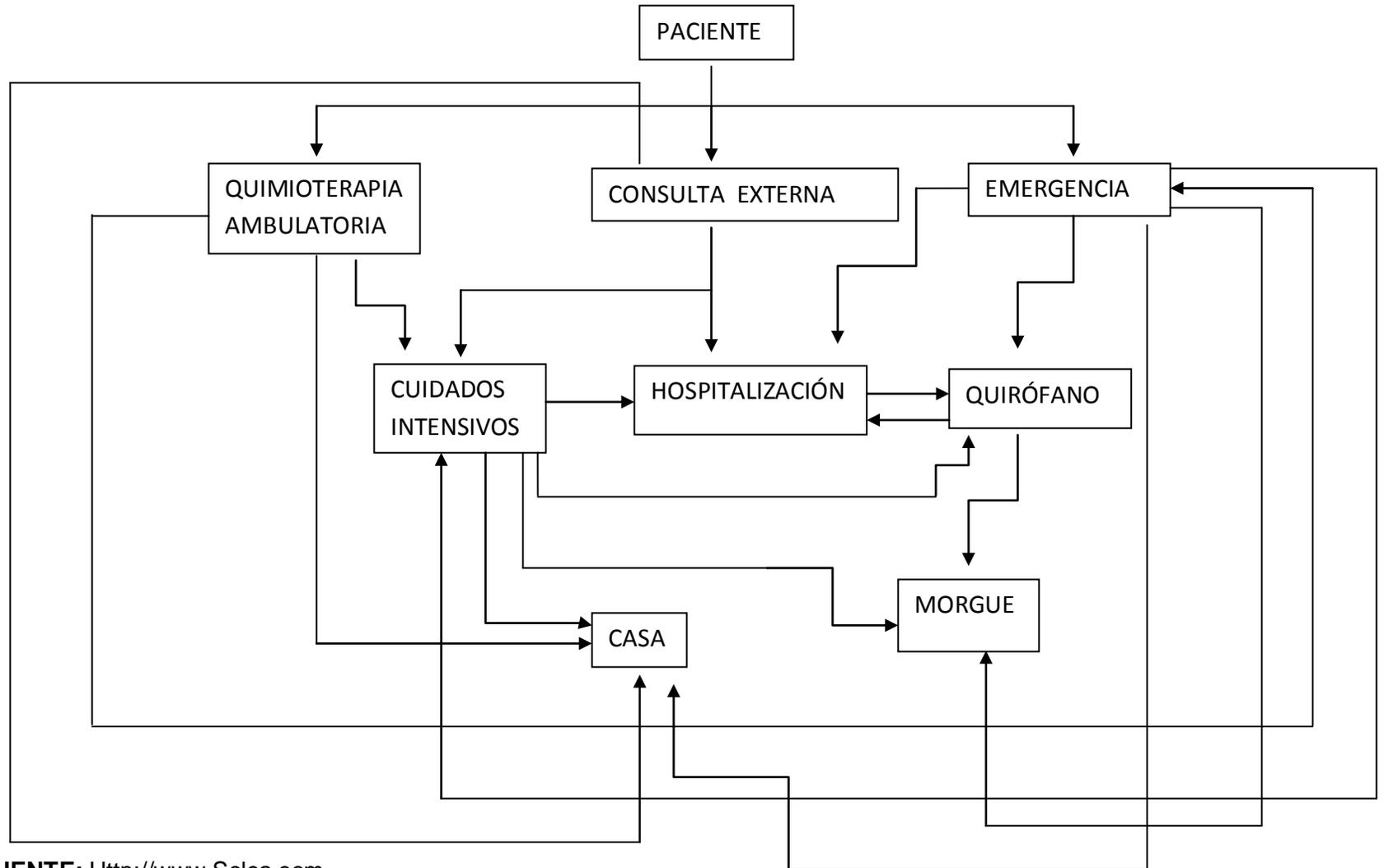
ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
SOLCA, NÚCLEO DE QUITO







FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

FUENTE: [Http://www.Solca.com](http://www.Solca.com)

RECURSOS:

TALENTO HUMANO

El personal que labora en Solca cumple un papel determinante en el desarrollo de la Institución no solamente porque ayuda a su crecimiento económico sino también porque le da la imagen de prestigio que ha logrado hasta ahora. Según el distributivo de sueldos del 2009 Solca Quito cuenta con 802 talentos humanos entre ellos están:

1 Analista de Contabilidad	5 Choferes
2 Analistas de Presupuesto	4 Cocineros
1 Asistente Administrativo	21 Conserjes
20 Asistentes de Contabilidad	6 Contadores Generales
2 Asistentes de Dirección	1 Coordinadora Registro Hospitalario
1 Asistente de Mantenimiento	2 Directores Ejecutivos
2 Analistas de RR. HH.	1 Director Médico
1 Asistente de RR. HH.	1 Director de Registro de Tumores
1 Asistente de Tecnólogo Médico	81 Enfermeras de Cuidado Directo
1 Asistente Jurídico	15 Enfermeras Supervisoras
1 Auditores Internos	1 Enfermera Jefe
17 Auxiliares de Dietas y Alimentos	2 Farmacéuticos
1 Auxiliar de Laboratorio	4 Físicos Médicos
51 Auxiliares de Servicios	13 Guardalmacén
122 Auxiliares de Servicios Médicos	3 Ingenieros en Sistemas
6 Auxiliares de Servicio de Alimentos	1 Jefe de Personal
1 Bibliotecaria	1 Jefe de Seguridad
1 Biólogo	3 Jefes de Financiero
2 Bioquímicos Clínicos Jefes	70 Médicos Residentes
1 Bodeguero de Alimentos	121 Médicos Tratantes
3 Nutricionistas	2 Mensajeros

3 Oficinistas	20 Técnicos en Radiología
3 Operadores Central Telefónica	8 Técnicos Instrumentistas
5 Planificadores	26 Tecnólogos Clínicos
6 Registradores	2 Tecnólogos Fisioterapeutas
51 Secretarías Clínicas	23 Tecnólogos Histocitológicos
8 Secretarías Ejecutivas	11 Tecnólogos Estadísticos
1 Supervisor de Alimentos	3 Tesoreros Generales
2 Técnico de Mantenimiento	1 Jefe Trabajador Social
	11 Trabajadores Sociales

(Datos obtenidos en la oficina de Recursos Humanos de Solca Quito) ⁹²⁰

RECURSOS MATERIALES

Solca cuenta con tecnología de punta y constantemente se está innovando maquinarias, que en muchos casos al nivel de Latinoamérica es una excepción, lo cual permite mantener el interés de los profesionales que trabaja en nuestra organización.

UNIDADES ONCOLOGICAS

*Unidad Oncológica SOLCA Chimborazo

* Unidad Oncológica SOLCA Imbabura

* Unidad Oncológica SOLCA Sucumbíos

* Unidad Oncológica SOLCA Santo Domingo de los Tsachilas

* Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua

POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

*Planes de enseñanza e investigación a fin de alcanzar la prevención diagnóstico, curación y paliación de las enfermedades neoplásicas.

*Mejoramiento constante de su estructura administrativa a través de la búsqueda y consolidación de un sistema administrativo coherente que permita ágil y oportuna realización de los requerimientos de los servicios hospitalarios.

*Control administrativo financiero de sus recursos observando disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias correspondientes.

*Capacitación de su personal para que cumpla eficientemente las tareas encomendadas.

*La utilización de la informática para optimizar su funcionamiento.

*Mediante intercambio tecnológico con institutos de cáncer de otros países por medios de convenios adquiridos directamente con el MSP/OPS/OMS.

*Cursos de actualización de corta duración para médicos cancerólogos de Solca.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

CUIDADOS PALIATIVOS

La asistencia paliativa es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y al alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecable del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.²⁶

Los cuidados paliativos:

- ❖ Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas angustiantes;
- ❖ Reafirma la vida y consideran la muerte con un proceso mortal;
- ❖ No pretenden acelerar o aplazar la muerte;
- ❖ Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al enfermo;
- ❖ Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte;
- ❖ Brindan un sistema de apoyo para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad del paciente y a su propia aflicción ante la muerte de este;
- ❖ Emplean un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente;
- ❖ Mejorar la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad;

²⁶ [Http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq)

- ❖ Son aplicables en los inicios de la enfermedad conjuntamente con otras terapias que procuran prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor complicaciones clínicas dolorosas.

ANALGÉSICOS Y PRINCIPIOS GENERALES

Cuando el enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele es decir, que lo primero que tenemos que hacer es creer en el enfermo.

Con demasiada frecuencia infravaloramos el dolor que el enfermo refiere. Recuerde que nosotros no estamos para juzgar el enfermo sino para aliviar su dolor.

El uso de los analgésicos son el eje del tratamiento del dolor en los enfermos de cáncer siempre deben ser administrados dentro del contexto “cuidados globales”, de “atención integral” al enfermo, prestando mucha atención a las necesidades psicológicas del paciente, escucharle y hablarle (la morfina enviada por correo no es tan efectiva). Su uso debe ser simple.

Los tres analgésicos de su base, son la aspirina, la codeína, y la morfina. Los otros son alternativas con los que, sin embargo, se debe tener familiaridad. Es bien conocer pocos fármacos, que tener un conocimiento superficial de todos los disponibles. Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos (aspirina) con analgésicos centrales (opioides).

Actúan por mecanismos de acción diferentes y potencia sus efectos analgésicos. No se debe, sin embargo, mezclar nunca dos analgésicos opioides. Algunos son compatibles entre si (por ejemplo la codeína y la morfina). Sin embargo, es farmacológicamente absurdo utilizarlo juntos. No tiene ningún sentido y hace difícil la dosificación. Pero es que en muchas ocasiones son incompatibles entre si (por ejemplo, morfina y pentazocina, morfina y bupremorfina), anulando el efecto del uno y del otro. Las dosis serán reguladas individualmente.

Son tantos los factores de modificar el umbral de dolor en ese tipo de pacientes. En otros tipos de dolor (por ejemplo, en el dolor postoperatorio), la dosis necesaria son muy similares y se puede hacer un promedio. Sin embargo, en el enfermo de cáncer hay que regularlas de forma individualizada.³

Generalmente son necesarios fármacos coadyuvantes. Cuando se utilizan opioides, casi siempre hay que asociar laxantes, y los primeros días, con mucha frecuencia, antieméticos. A veces hay que valorar el alivio que se obtiene y los efectos colaterales que puedan aparecer.

Podemos, por ejemplo, tener a un enfermo sin dolor en reposo. Si le aumentamos la dosis de morfina para intentar que pueda levantarse de la cama, quizá aparezca una somnolencia excesiva. Piénsese que en el alivio del dolor del cáncer no rige la ley “del todo o nada” y que a veces hay que llegar a un compromiso y conformarnos controlar el 80 o 90 % del dolor.

No todos los dolores son aliviados por los opioides u otros analgésicos.

El dolor más característico en que los analgésicos propiamente dichos son inefectivos, es el dolor neuropático o por diferenciación en el que hay un daño o lesión que hay en el nervio. Los fármacos psicótopos no deben usarse por rutina.

El mejor psicofármaco es un buen equipo de CUIDADOS PALIATIVOS.

Es comprensible que una persona mortalmente enferma presenta un desajuste emocional. Muchas veces, esta situación mejorara cuando el paciente vea que un equipo de profesionales se empiezan preocupar por él. Solamente si persiste el cuadro y se diagnostica una autentica depresión, se instaurara el tratamiento farmacológico adecuado. Lo mismo hay que decir de un cuadro de ansiedad

³ Brunner y Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. 9 ed. McGraw-Hill, Interamericana. Tomo 3. México. 2001. Pág. 1297, 1327.

cuando persiste después de varios días con el dolor controlado. El insomnio debe ser tratado enérgicamente. El primer objetivo debe ser de una noche sin dolor los síntomas empeoraran durante la noche en que el enfermo esta solo con su dolor y su ansiedad. El cansancio que provoca no haber dormido disminuye considerablemente el umbral del dolor haciendo a su vez mas difícil conciliar el sueño debe ser un objetivo inmediato romper ese círculo vicioso. La potencia del analgésico la determinara la intensidad del dolor, y nunca la supervivencia prevista. Los médicos nos equivocamos muchas veces a este respecto. Pero es que, además, aunque supiésemos a ciencia cierta la veda que le queda al paciente, es inhumano esperar al final para aliviarle el dolor. No hay ningún motivo para retrasar el comienzo con los analgésicos potentes. Cuando los analgésicos periféricos (aspirina) o los opioides débiles (codeína) no consiguen aliviar al enfermo, se debe comenzar inmediatamente a utilizar la morfina. Mucha gente, sanitarios incluidos, tienen la falsa creencia de que el final la morfina ya no será efectiva y por eso retrasan su utilización. Este analgésico no tiene "efecto techo", por lo cual se puede aumentar la dosis casi indefinidamente y seguirá siendo efectiva. No utilizar habitualmente preparados compuestos. Existen en el mercado preparaciones con varios analgésicos juntos. Esto puede servir para otros tipos de dolor mas pasajero o cuando el dolor no sabe la etiología del dolor en cuestión del paciente de cáncer, se debe identificar muy bien el tipo de dolor y suministrar el analgésico preciso siempre que sea posible usar la vía oral. En un dolor agudo, no importa utilizar la vía parenteral.

En el caso del enfermo de cáncer puede necesitar analgésico durante meses. Las pastillas duelen menos que las inyecciones. Además, no es necesaria una tercera persona para suministrar la medicación, con lo que aumenta la autonomía del enfermo y su calidad de vida.

Resientes estadísticas de muestran que el 90% de los casos se pueden controlar con analgésicos por vía oral. El paciente oncológico terminal no tiene masa muscular, debido a la caquexia y tampoco tiene venas ya que casi siempre se han esclerosado por la quimioterapia por eso, cundo se requiere la

administración deben suministrarse a horas fijas. Prescribir los analgésicos “a demanda” o “si hay dolor” a un enfermo de cáncer, es sencillamente inapropiado. Una vez pasado el efecto de un analgésico, el dolor reaparecerá con toda seguridad obligando al enfermo a solicitar nueva dosis. de esta manera, al reaparecer el dolor, paciente se desmoraliza y pierde fe en el Medico además se necesitara una dosis mayor del medicamento para controlar el dolor una vez que ha reaparecido. El intervalo entre las dosis dependerá la vida media del analgésico en cuestión. ²⁹

Hay que explicárselo muy bien al enfermo y familiares ya que al principio les cuesta trabajo aceptar que haya que tomar calmantes sin tener dolor, a veces es necesario ingresar al enfermo para controlar el dolor.

Las indicaciones son las siguientes:

En cuadros de “dolor extenuante” (dolor que se acompaña de represión o ansiedad grave con indiferencia Cuando el régimen terapéutico se ha hecho muy complejo y la familia no es capaz de suministrar hacia todo lo que le rodea y la pérdida de fe en sus cuidadores). Jamás usar placebo.

Tanto clínica como éticamente es inaceptable.

Es sabido que el efecto placebo puede funcionar durante un periodo corto de tiempo, pero no hay ningún motivo que justifique su aplicación en el enfermo del cáncer avanzado para sustituir analgésicos.

Algún profesional podría interpretar mal esta reacción al placebo pensando que el enfermo mentía al quejarse del dolor.

²⁹ [Http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad/Patient/page3](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad/Patient/page3)

EL PROBLEMA DE LOS ENFERMOS TERMINALES

Los últimos meses de los pacientes con cáncer incurable constituye un periodo de estar “muriendo” que se lo conoce con el nombre de fase terminal. La muerte del enfermo es asumida como un fracaso por el equipo sanitario y la sociedad. Las dificultades de los profesionales sanitarios al enfrentarse con la perspectiva de la muerte hacen que la conciban inconscientemente como contagiosa por lo que el enfermo muriente es aislado, separado y abandonado.¹⁴

La demanda social en los aspectos paliativos de la medicina se ha incrementado notablemente en el siglo XX. Varios han sido los factores desencadenantes, el aumento del número de enfermos con cáncer y sida, el incremento del fracaso de órganos y de las enfermedades crónicas y degenerativas etc.

Tradicionalmente, el modelo de organización del sistema sanitario ha tenido tendencia a la compartamentalización, basada generalmente en criterios de comodidad del propio sistema y muy pocas veces teniendo en cuenta los objetivos de los propios usuarios. Así, hemos organizado los hospitales por servicios de patologías y sistema, que dificultan la atención de quien tenga pluripatología y además, en divisiones (médica, enfermería, administrativa, etc.), frecuentemente incomunicadas, competitivas y verticales, olvidando que, en el más sencillo de los casos, el proceso de atención debe ser integral e interdisciplinar, aunque sólo fuera para ordenarlo. Sabemos que en los hospitales de agudos, si no se han implementado otros recursos, un 15% aproximados de enfermos ingresados son convalecientes, alrededor de un 10% terminales y un 5% enfermos crónicos de larga estancia, que requieren un planteamiento terapéutico distinto y una organización distinta. Son, por tanto,

¹⁴ Manual de Oncología Clínica. Hossfeld y Sherman. Ediciones Doyma. 2003. Barcelona España. Pág. 98-175

enfermos que no solamente están mal atendidos, si no que, además, inducen un mal uso de los recursos, al aplicar métodos curativos a situaciones de otra índole.

El hospital, hoy, está diseñado para dar respuesta a enfermos curables por lo que dispone de recursos tecnológicos sofisticados y profesionales altamente calificados para ello. Pero el enfermo terminal es un enfermo distinto, que tiene necesidades distintas y que por lo tanto, requiere que realicemos actividades distintas, capaz de dar respuestas a las necesidades del enfermo allí donde se encuentra (hospital agudos, centro socio sanitario, su domicilio, etc.), ya que el enfermo es ubicuo. Estos cambios de organización, han de proporcionar un sistema flexible y permeable, que se pueda adaptar a las necesidades del enfermo que son cambiantes.

Estamos asistiendo a una especie de “mareas crecientes” (cáncer, sida, enfermedades de moto neurona, enfermos pulmonares obstructivos crónicos, insuficiencia orgánica, geriátricos avanzados, etc.) que exigen una planificación adecuada para garantizar a estos enfermos una asistencia de calidad.

Los servicios deben cumplir los requisitos de eficacia, eficiencia, equidad. El asunto de la eficacia y la eficiencia, es hoy un imperativo en todos los servicios de todos los hospitales y la gerencia de los mismos, implican cada vez más a los responsables de los servicios médicos para conseguirlo. Lo que no esta tan claro es lo de la equidad. Por una parte, la mayoría de los servicios de cuidados paliativos han surgido en el entorno de la oncología y se ocupa de los enfermos de cáncer. Hoy en algunos ámbitos, los enfermos de cáncer están impecablemente cuidados mientras los de las restantes patologías no tienen acceso a un servicio de cuidados paliativos. Por este motivo, por necesidades de equidad de justicia, estos servicios deben ir ampliándose al resto de los enfermos subsidiarios de este tipo de atención. De hecho, el programa de cuidados paliativos que forma parte del plan de salud de canarias, ya contempla las necesidades de incorporar las enfermedades no oncológicas a dicho

programa. Aunque pocas, existen en nuestro país unidades monográficas para enfermos de sida, de patología respiratoria, etc.

Otro aspecto importante de falta de equidad y de justicia, hace referencia a la distribución de los recursos. Ante un enfermo potencialmente curable, puede decir que no existe tope de recursos técnicos, humanos y económicos, mientras que si es incurable, muchas veces casi se le niega todo. Se emplea muchos recursos para un grupo pequeño de enfermos. Decía W. Shakespeare que “los miserables no tienen otra medicina que la esperanza” y es probable que esta dramática frase del escritor Inglés se pueda aplicar a los enfermos terminales.

La aplicación de los recursos en sentido inverso a las necesidades, es mucho más patente a los países en vías de desarrollo. En estos, el 80% de las necesidades son en cuidados primarios (ambulatorios, dispensarios, etc.) el 15% de cuidados secundarios (lugares de curas generales) y el 5% de cuidados terciarios (lugares de alta especialización).

Aunque no se ha evaluado a cuántos de estos enfermos se les podría haber evitado este tipo de tratamiento, muy probablemente muchos de ellos habrían tenido un final menos traumático y más digno en otro ámbito y con un ahorro de dinero importante. Esto explica que durante los últimos 12 meses de vida de 1.054 enfermos de cáncer los gastos ascendieran a 21.219 dólares y esta cifra creció exponencialmente a medida que la muerte del enfermo se acercaba, con un 29 %, 6.161 dólares, gastados en el último mes.

El 5.9% de los beneficiarios que murieron en 1978 contabilizaron el 28% de los gastos de medicare (agencia de salud americana). Como hemos visto que solamente el 17% de los enfermos de este país que necesitarían cuidados paliativos lo han recibido, es fácil colegir que esta cantidad tan enorme de dinero

se ha empleado en alta tecnología y/o intentos curativos persistentes, que no modifican el curso de la enfermedad y empeoran la calidad de vida.¹⁴²²

Los profesionales dedicados a la oncología deben realizar una evaluación objetiva de los resultados reales que se obtienen en el tratamiento de la mayoría de enfermos avanzados de cáncer. Es indudable que se logran avances, pero que afecta a tumores de muy baja prevalencia. Lo cierto es que más del 60% de enfermos mueren a causa de la enfermedad y que los resultados de la investigación clínica no aportan respuesta realmente relevantes desde hace años, solo diferencias inestimables en la supervivencia, analizadas con métodos cuestionables y que tienen un impacto muy pequeño en la calidad de la vida de los enfermos. Además, el coste personal, social, económico y de esfuerzo personal sanitario en realizar tratamientos agresivos con tan escasos beneficios debe ser tenido más en cuenta. En el mes de abril de 1991 Braverman publicó un interesante estudio en la revista Lancet, en donde claramente se refleja esta situación: "ninguna neoplasia diseminada incurable en el año 1975, es curable hoy.... la tasa y duración de respuestas obtenidas en los tumores sólidos más quimiosensibles han mejorado, pero sin que se refleje en el aumento de la supervivencia. Sin embargo en la práctica médica, muchos oncólogos clínicos recomiendan tratamiento con quimioterapia para cualquier tipo de tumor, incluso en aquellos con tasas de respuestas muy bajas, con la falsa esperanza de aumentar la cantidad de vida a expensas de la calidad de la misma".

El peso de la asignación de recursos debe desplazarse del tratamiento específico al desarrollo de los cuidados paliativos, que han demostrado eficacia, eficiencia y coste-efectividad.

La cadena de actividades que habría que desarrollar con el cáncer y también con otras enfermedades, sería:

²² Nursing. 2008. Agosto-Septiembre. Ed. Española.vol 22, número 7. Artículo Trastornos de Ansiedad. Pág. 13-15.

Prevención

Diagnóstico precoz

Tratamiento curativo

Cuidados paliativos

Las tres primeras actividades son objeto de grandes programas y desembolsos en la mayoría de los países, pero sin embargo, la cuarta posibilidad-los cuidados paliativos- apenas merece la atención de nadie.

Un servicio de oncología que se considere prestigioso no puede prescindir por más tiempo de una unidad que preste unos buenos cuidados paliativos a los enfermos de un servicio que lo persisten (las dos terceras partes de ellos según la OMS). Hay que recordar que en 1930, el primer instituto oncológico de Europa, el de Moscú fundamentalmente estaba destinado para “asilar a los enfermos de cáncer” . Solo el asilo y la caridad podían entonces aliviar el destino de hasta el 90% de pacientes. Era la versión de la época de los cuidados paliativos. Hoy este porcentaje, gracias a dios, ha cambiado bastante pero, aun así, muchos de los enfermos que necesitan esta atención, no la reciben. ¹⁵⁸

ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

El objetivo primordial de los cuidados paliativos es la mejora de la calidad de vida del enfermo y de su familia y este propósito sólo puede alcanzarse mediante la atención integral del paciente neoplásico. Es necesario considerar al enfermo desde una perspectiva global y tratar de aliviar todas aquellas facetas de la persona y de su entorno que puedan contribuir a su sufrimiento. Esto requiere la labor de un equipo multidisciplinario integrado por profesionales con funciones

⁸Gómez Sancho M. Avances de cuidados paliativos, tomo I gabinete de asesoramiento y formación socio sanitaria SL, pag. 96-97-98-99.

aparentemente diferentes pero con un objetivo básico común: el bienestar del enfermo.

UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA ASISTENCIA ONCOLÓGICA

Desde el punto de vista de la oncología médica, la importancia de los cuidados sintomáticos es la que ha llevado a la Sociedad Española de Oncología Médica a crear la sección de cuidados continuos, en consecuencia con las directrices de las sociedades europeas y americana de Oncología y de la Organización Mundial de la Salud.

El modelo ideal de los cuidados paliativos es aquel en que todos los componentes del equipo multidisciplinario están presentes durante todo el proceso neoplásico para atender a las necesidades del paciente.

Se tiende a desterrar el concepto de “enfermo terminal”, tan nebuloso en sus límites, y ofrecer a los pacientes neoplásicos los denominados “cuidados continuos”, que abarcan:

*La paliación específica (cirugía, radioterapia y quimioterapia dirigidas contra la enfermedad y sus complicaciones para resolver síndromes o aliviar síntomas).

*El tratamiento de soporte (concomitante con el tratamiento específico y con los objetivos de eliminar o reducir sus efectos secundarios y aumentar la tolerancia a su administración, así como el tratamiento de la patología asociada).

*La paliación inespecífica (actuaciones dirigidas a mejorar el estado general y el alivio de los síntomas cuando no se administra el tratamiento oncológico, con inclusión de medidas físicas, psicológicas, sociales y espirituales).

*Los cuidados paliativos de la etapa final (cuando la muerte es inminente)

Los dos apartados primeros están a cargo, casi en exclusividad, del oncólogo médico. Para los otros dos se necesita un equipo multidisciplinario.¹⁶¹⁰

También puede hablarse de una fase curativa y de otra paliativa, que son excluyentes. Para la primera fase puede hablarse de un equipo interdisciplinario especial que comprende oncólogo médico, ATS, cirujano, radioterapeuta, radiólogo, anatomopatólogo, y otros especialistas. En este capítulo, sin embargo, nos referimos al “equipo de segunda fase” en la que sigue estando el oncólogo médico, pero interviene además el experto en Medicina paliativa, ATS, psicólogo, trabajadora social, etc.

En definitiva, los cuidados continuos hacen referencia a una atención integral de las personas enfermas en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral, social e incluso espiritual. Estos cuidados continuos deben ser aplicados a lo largo de todo el proceso evolutivo desde el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica.

CUIDADOS CONTINUOS

Curación

Diagnóstico

Prolongación

Supervivencia

Etapa terminal (C. paliativos)

Muerte

Duelo

FASE PALIATIVA

(Oncología y equipo multidisciplinario)

¹⁰ Gómez-Sancho, M., et al. **Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal**. Ed. ASTA Médica. 2002.

FASE CURATIVA

(Cirugía, Radioterapia y Oncología)

COMPONENTES DEL EQUIPO

Cada miembro de un equipo ocupa cierta posición en relación con los otros y ejercen funciones diferentes. Las tareas ejecutadas por cada cual contribuyen al mismo objetivo: el bienestar del enfermo y de sus familiares. Una de las condiciones para entender una actividad como “trabajo en equipo” es la de sentirse, todos y cada uno de los profesionales, responsables de los éxitos y fracasos del grupo.

Trabajar en equipo tiene algunos inconvenientes (problemas de comunicación, confusión de funciones, competitividad, postergación de ideas y proyectos individuales, etc.), pero también muchas ventajas (apoyo mutuo, corresponsabilidad, formación, compartir experiencias, etc.). Es muy importante para la integración de un equipo eficaz la figura de su jefe o coordinador. Un líder de tipo democrático ayudara a conseguir los objetivos propuestos.

La composición de un equipo interdisciplinario puede variar dependiendo del grado de desarrollo de un programa, de los objetivos del programa y de los recursos disponibles.

Este equipo está habitualmente formado por médicos, diplomados en enfermería, trabajadoras sociales, psicólogos, y voluntarios. Debe contar además con el apoyo de alguien capaz de abordar los problemas espirituales y religiosos que plantea el enfermo. También es fundamental que este equipo esté coordinado con otros niveles asistenciales, como los equipos de soporte de atención domiciliaria.⁹

⁹ Gómez-Batiste Alentorn, X., Roca Casas, J., Pladevall Casellas, C., Gorchs Font, N., Guinovart Garriga, C. **Atención Domiciliaria, Monografías Clínicas en ATENCIÓN primaria.** Ed. DOYMA, Barcelona, R M López y N Maymo (Editores), 2001: 131-149.

Médico

El médico encargado de una Unidad de cuidados paliativos pueden tener un origen muy diverso: médico de Atención Primaria con cierto grado de capacitación, oncólogo médico, internista, anestesista, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, geriatra, etc. Lo importante es que se haya formado suficientemente para la paliación de enfermos en la etapa terminal.

Enfermería

Su labor es muy variada: administración de fármacos, cuidados generales (higiene, nutrición, y movilización) y específicos (piel, boca además y úlceras por presión), control de la vía intravenosa o subcutánea, educación sanitaria a la familia, colaboración con el resto del equipo en el apoyo emocional, etc. Necesita haber realizado cursos de formación en la materia.

Psicólogo

Es una figura muy importante en un equipo de cuidados paliativos. Tiene varias funciones: proporcionar información psicológica a los miembros del equipo, fomentar actitudes de acercamiento, dar apoyo psicológico al equipo, proporcionar intervención psicológica directa cuando se requiera, sobre todo en trastornos psicoafectivos como la ansiedad y depresión, colaborar en el diseño ambiental y elaborar instrumentos de evaluación.

Trabajador social

Es el miembro del equipo que valora y hace un seguimiento estrecho de las necesidades sociales del paciente. Procura ayuda a domicilio, como un auxiliar de hogar, resuelve los problemas burocráticos y facilita el ingreso en un centro hospitalario cuando se requiere.

Voluntario

Es la persona que de manera desinteresada y generosa dedica su tiempo libre al servicio de los demás. Su ayuda se centra en asumir el papel de familiar, apoyar la atención social, contribuir a la atención espiritual y preparar el duelo y, sobre todo, en procurar compañía al ser humano enfermo. Para que un programa de voluntariado funcione adecuadamente, sus miembros deben estar bien entrenados y actuar de manera coordinada con el resto del equipo.

Existen normas básicas que el voluntario debe seguir escrupulosamente: no molestar al enfermo con problemas personales, no entorpecer el trabajo de médicos y enfermeros ni querer sustituirlos y sentir profundamente que forma parte de un equipo.

Los servicios religiosos pueden estar integrados de alguna manera en el equipo multidisciplinario para implicarse en la atención espiritual del paciente según sus creencias, así como auxiliares, fisioterapeutas, etc.

ACTIVIDADES DEL EQUIPO

La actuación de un equipo de cuidados paliativos puede desarrollarse en diversos escenarios (Unidades de paliativos, Servicio de Oncología médica, domicilio del paciente, etc.).

Estas actividades pueden dividirse en dos grandes apartados: actividades asistenciales y de trabajo interdisciplinario. Las primeras se dirigen al enfermo y a la familia. El equipo debe asistir al paciente desde el punto de vista médico, psicológico, social y espiritual y proporcionar consuelo y soporte a la familia durante en la enfermedad y en el duelo. Todo lo anterior puede realizarse en el hospital o en el domicilio.

Cabe insistir en la importancia de la familia y del “cuidador principal” en las actividades asistenciales. Los familiares tienen que estar en consonancia con el equipo sanitario para que la labor de éste sea lo más fructífera posible. Por otra

parte, son numerosas las demandas físicas psicológicas y sociales a las que se ve enfrentada la familia del paciente oncológico durante el curso de la enfermedad. En resumen la familia tiene una serie de tareas que debe cumplir y unas necesidades que hay que atender.

El segundo grupo de actividades comprende reuniones interdisciplinarias y labores de evaluación, docencia e investigación. Son fundamentales los contactos con otros equipos de cuidados paliativos, con el médico de Atención Primaria y con los otros especialistas.⁹

FASES DE DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Describiremos las cuatros fases:

* **Fase I.** Proyecto inicial: su duración puede estar entre uno y dos años y debe incluir los siguientes puntos:

- ❖ Definición de los pacientes a los que va dirigido el proyecto y evaluación de sus necesidades.
- ❖ Valoración de los recursos humanos y materiales que se necesitan (esto significa la selección de los profesionales implicados y un diálogo con la Administración para concretar objetivos, plazos y financiación).
- ❖ Enumeración de las actividades que se van a realizar

***Fase II.** Puesta en marcha: también la duración de esta fase puede estar entre uno y dos años y sus objetivos más importantes son:

⁹ Gómez-Batiste Alentorn, X., Roca Casas, J., Pladevall Casellas, C., Gorchs Font, N., Guinovart Garriga, C. **Atención Domiciliaria, Monografías Clínicas en ATENCIÓN primaria.** Ed. DOYMA, Barcelona, R M López y N Maymo (Editores), 2001: 131-149.

- ❖ Creación del núcleo estable de profesionales del equipo.
- ❖ Definición clara de objetivos, métodos terapéuticos, organización interna y actividades de los distintos componentes del equipo.
- ❖ Incorporación gradual de los distintos profesionales del equipo.
- ❖ Relación con los demás equipos.
- ❖ Inicio de la evaluación de resultados.

* **Fase III.** Consolidación: asimismo dura entre uno y dos años:

- ❖ Consolidación de las aportaciones de los distintos profesionales.
- ❖ Plantilla completa.
- ❖ Consecución de consensos interno y externo.
- ❖ Puede plantearse la incorporación del voluntariado.

* **Fase IV.** Avanzada:

- ❖ Presencia de todos los profesionales con programas específicos de intervención y cobertura estable. Uno de los indicadores de la madurez del equipo es la no existencia de crisis ante los cambios de personas.¹

MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP)

El médico generalista siempre ha sido añorado y por este motivo se nos viene a la mente una frase de un médico sueco, Axel Munthe en su maravillosa novela la historia de San Michele “era el tipo clásico de médico de familia de los tiempos pasados, hoy casi extinguido, con grave daño de la humanidad doliente”.

El MAP se integra en el Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de la atención sanitaria y a él tiene acceso directo de toda la población. Sus

¹ A.Ordoñez. J. Feliuy P. Zamora . E. Espinoza. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte del Paciente con Cáncer. Ed. Médica Panamericana. Según da Edición 2007.

principales ejes de actuación se basan en una asistencia integral y continua y en promover la salud del individuo y de la comunidad.

La función del MAP excede ampliamente la del filtro de la atención especializada al tener la responsabilidad de decidir en que lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención de un problema de salud. Puede mejorar la eficiencia del sistema al evitar valoraciones innecesarias por Atención Especializada y protege al paciente de desplazamientos, exploraciones y tratamientos no indicados.²

En su cartera de servicios incluye la atención domiciliaria a pacientes encamados y terminales.

² Astudillo Alarcón W. Mendinueta Aguirre C. Astudillo Alarcón E. **Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia**. Universidad Central del Ecuador. Primera Edición. 2001.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

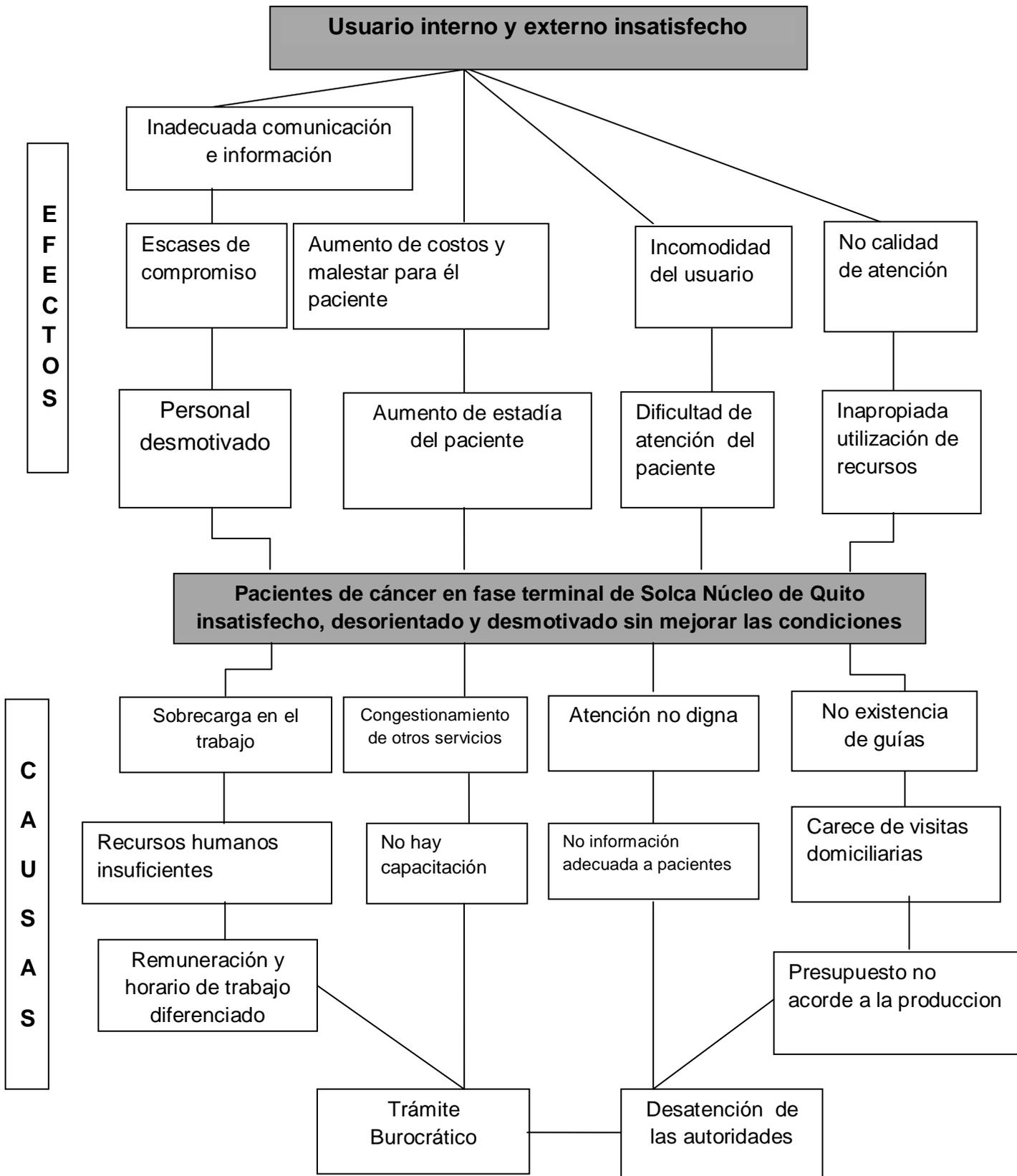
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPO O INSTITUCIÓN	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO	Organizar, ejecutar programas para mejorar la salud del usuario	*Talento humano preparado *Equipamiento *Atención de calidad a la población que acude a la institución	*Inadecuada coordinación del trabajo con los usuarios *No se da importancia al paciente en fase terminal
SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS	Atención de calidad en base a las necesidades del usuario ,que el usuario sea un referente positivo	*Talento humano capacitado *Recursos técnicos y materiales y financiero *Satisfacer las necesidades del usuario	*Manual *Procedimientos *Normas *Guías *Procesos *Funciones *Actividades *Talleres
GESTIÓN DE ENFERMERÍA	Coordinar programas de mejoramiento del servicio de cuidados paliativos	*Talento humano preparado, capacitado y motivado. *Ofertar atención de calidad.	*Estructura administrativa. *Condiciones de salud del personal
USUARIO EXTERNO	Preservar la máxima calidad de vida	Aportar con recursos materiales y financieros, demanda de atención de calidad con eficiencia y eficacia.	*Inadecuada información y comunicación al usuario *Insatisfacción del usuario *Ingresos económicos bajos.
USUARIO INTERNO	*Brindar un servicio de calidad, con eficacia y eficiencia *Capacitación continua acorde con los avances científicos y tecnológicos *Mejorar la comunicación y motivación.	*Talento humano y preparado *Brindar atención permanente y de calidad	*Inadecuada capacitación y motivación al personal *Distribución no adecuada y rotación frecuente del personal médico *Condiciones de salud del personal.
MAESTRANTE DE LA U.T.P.L	Contribuir con el proceso de mejoramiento de la calidad de atención, mediante la creación de programa de mejoramiento del servicio de cuidados paliativos	*Talento humano *Desarrollar el proyecto de mejoramiento de del servicio de cuidados paliativos	*Limitados recursos económicos *Dificultad para la obtención de datos

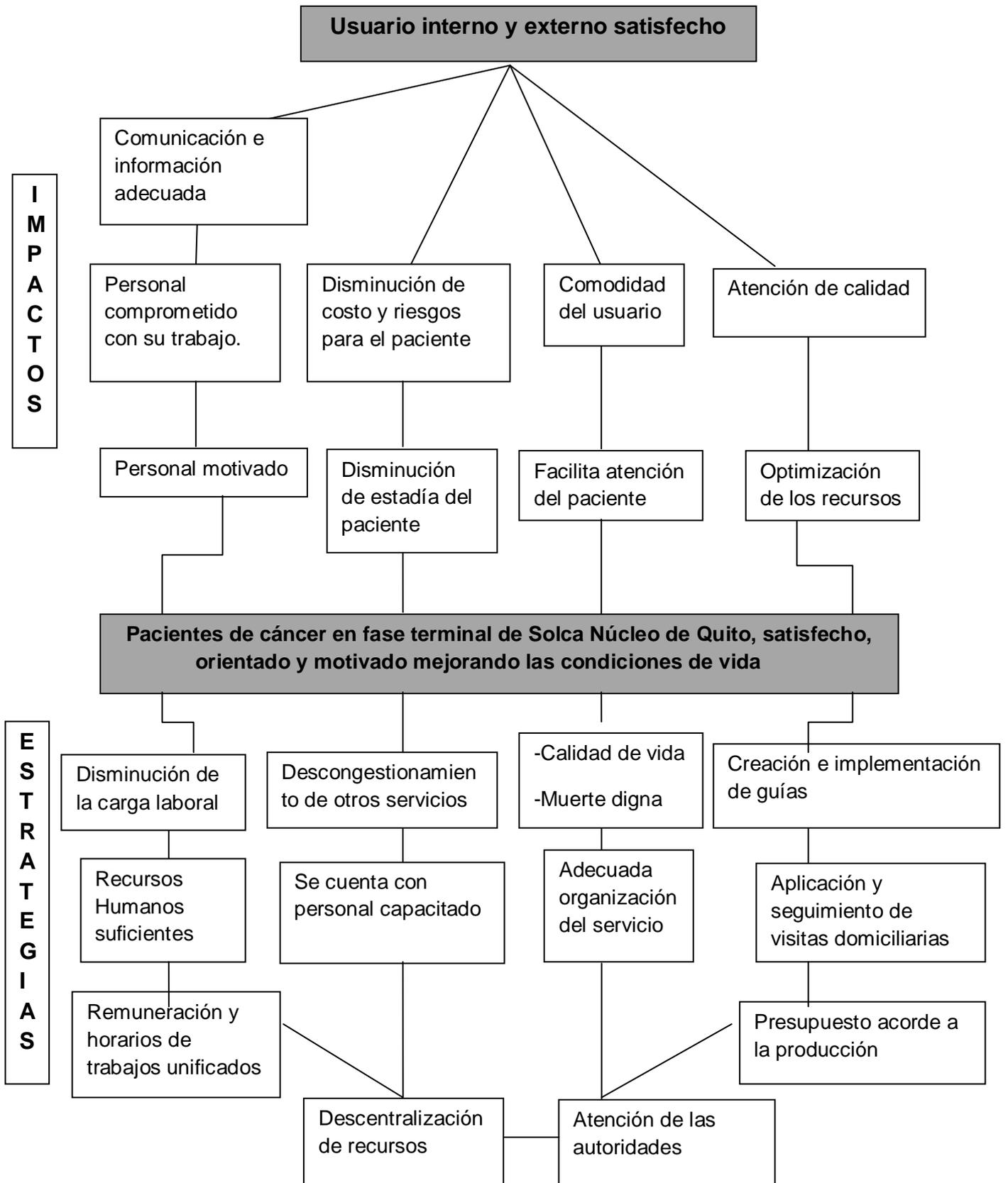
8.2

ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3

ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

PROBLEMÁTICA: Pacientes de cáncer en fase terminal de Solca Núcleo de Quito insatisfecho, desorientado y desmotivado sin mejorar las condiciones de vida

Resumen narrativo	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
FIN			
Contribuir a elevar el grado de satisfacción de los usuarios externos e internos del servicio de cuidados paliativos.	El 90% de los usuarios internos y externos del área de cuidados paliativos del Hospital Solca núcleo de Quito satisfecho hasta el 2010.	*Encuestas a los usuarios *Sondeo de opinión *Historias clínicas	*Cooperación activa de los usuarios *Población beneficiada satisfecha *Usuario continúa demandando atención *El usuario es un referente positivo de la comunidad.
PROPÓSITO			
Crear, programa de mejoramiento de Cuidados Paliativos del Hospital Solca Núcleo de Quito.	El 100% del personal de salud brindará atención de calidad al paciente en fase terminal en el 2010.	*Observación directa o indirecta a usuarios para evaluar la calidad de atención *Entrevista individual al usuario.	*Usuarios internos y externos satisfechos *El personal de salud se integre a brindar atención de calidad *Elevada demanda de atención.
RESULTADOS			
1. Socialización e institucionalización del proyecto	El 100% de las autoridades aceptan e institucionalizan el proyecto El 95% del personal de enfermería conocen sobre el proyecto.	*Reuniones de trabajo *Acta e informes de reuniones *Documento legal	Participación activa y positiva de las autoridades y de los usuarios internos.
2. Guías de atención de enfermería elaborado, implementado y evaluado	100% de las guías de atención de enfermería de la Unidad de Cuidados paliativos implementado hasta el 2010	*Reuniones de trabajo *Disponibilidad de las guías *Procedimientos estandarizados	*Deseo del personal del servicio de Cuidados paliativos de utilizar las guías como herramienta de trabajo *Aplicación correcta de las guías para la atención. *No disponibilidad permanente de las guías

3.Talento humano interno capacitado sobre calidad de atención al usuario	Capacitación del 90% del talento humano, hasta 2010	*Nomina de personas que acuden a la capacitación *Evaluación pre y pos capacitación	*Interés del talento humano en capacitarse *Grupo de trabajo capacitado y actuando en equipo *No todo el personal acude a los talleres de capacitación
4.Programa de capacitación al usuario externo	90% del cliente externo capacitado, hasta 2010	*Nomina de personas que acuden a la capacitación *Evaluación pos capacitación	*Interés del usuario externo en recibir programa de capacitación *Grupo de trabajo capacitado *No todos los usuarios externos acuden a programa de capacitación
5.Creación e implementación de visitas domiciliarias a los pacientes del servicio de cuidados paliativos	Implementación del 100% de recursos materiales y humanos hasta 2010	*Creación de plantilla de visitas domiciliarias para el paciente de Cuidados Paliativos *Memorando de adquisición de recursos materiales y humanos *Observación directa	*Mejora la imagen del servicio de cuidados paliativos *Ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes *Muerte digna
6.Taller de motivación al usuario externo	El 100 % de los pacientes de cuidados paliativos motivado	*Control permanente de funciones y actividades *Reuniones con el servicio de cuidados Paliativos	*Interés del talento humano motivarse Grupo de trabajo motivado y actuando en equipo *Talento humano motivado
7.Evaluación del proyecto	Cumplimiento de resultados de acuerdo a indicadores propuestos	*Observación directa *Actas *Reuniones *Registros *Informes	Talento humano dispuesto al cambio

ACTIVIDADES

Resultados esperados	Actividades	Responsable	Cronograma	Recursos
1.Socialización e institucionalización del proyecto	1.1 Memorando para acordar fecha de reunión	Autor del proyecto y autoridades	Marzo 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	1.2 Reunión con autoridades			
	1.3 Reunión con equipo de trabajo			
	1.4 Proyecto socializado e institucionalizado			
2.Guías de atención de enfermería elaborado, implementado y evaluado	2.1 Revisión bibliográfica	Autor del proyecto, coordinadora del servicio y colaboradores	Mayo Agosto 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	2. 2 Revisión de guías con grupo de trabajo			
	2.3 Corrección e impresión de las guías			
	2. 4 Disponibilidad de las guías y aplicación			
	2. 5 Monitoreo, retroalimentación y evaluación			
3.Talento humano interno capacitado sobre calidad de atención al usuario	3. 1 Diagnóstico de las necesidades sobre educación	Autora del proyecto, líderes del servicio y expositores	Mayo - Junio 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	3. 2 Planificación del programa de capacitación			
	3.3 Desarrollo del programa de capacitación			
	3.4 Evaluación y retroalimentación sobre el programa de capacitación			
4.Programa de capacitación al usuario externo	4.1 Diagnóstico de las necesidades sobre educación	Autora del proyecto y coordinadora del servicio	Junio - Julio 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	4.2 Planificación del programa de capacitación			
	4.3 Desarrollo del programa de capacitación			
	4.4 Evaluación y retroalimentación sobre el programa de capacitación			

5. Creación e implementación de visitas domiciliarias en el servicio de cuidados paliativos	5.1 Reunión y asesoramiento con servicio de cuidados Paliativos	Autora del proyecto, coordinadora del servicio y colaboradores	Julio- Agosto 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	5.2 Creación de plantilla de visitas domiciliarias			
	5.3 Ejecución de visitas			
	5.4 Tabulación de visitas domiciliarias			
6. Taller de motivación al usuario externo	6.1 Observación y priorización de necesidades	Autora del proyecto, coordinadora del servicio y colaboradores	Junio – julio - Agosto 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	6.2 Planificación de taller de motivación			
	6.3 Informar al usuario sobre día de ejecución			
	6.4 Ejecución de taller			
7. Evaluación del proyecto	7.1 Verificación del cumplimiento del cronograma de actividades.	Autora del proyecto, coordinadora del servicio	Septiembre 2010	* Talento humano * Material de escritorio * Computadora
	7.2 Encuesta de satisfacción al usuario interno y externo.			
	7.2 Observación directa del mejoramiento del servicio de cuidados paliativos			

9. RESULTADOS

9. RESULTADOS

RESULTADO N°1

SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROYECTO

PRODUCTO 1

PLAN DE SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

La socialización es la apertura de escenarios y participación permanente de los actores involucrados. Estos diálogos tienen como finalidad el intercambio de percepciones, propuestas y proyectos que contribuyan a enriquecer el acumulado de experiencias que se construyen en las instituciones.

Las propuestas planteadas ante las autoridades (Anexo 4 – 5 – 6), están dirigidas a generar ambientes favorables encaminadas al mejoramiento de la calidad de atención en los pacientes paliativos, basados en sus necesidades

OBJETIVOS

- Participar a las autoridades y al equipo multidisciplinario el plan de programa mejoramiento del servicio de cuidados paliativos mediante una reunión, con el fin de institucionalizar el mismo.
- Involucrar al equipo de salud en el plan de mejoramiento del servicio de cuidados paliativos, lo que ayudara a la realización del proyecto.

AGENDA DE SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			MARZO			
			1	2	3	4
1.Memorando para acordar fecha de reunión	Lic. Cecilia Domínguez	Autoridades invitadas y responsable	x			
2.Reunión con autoridades	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y autoridades de la Institución		x		
3.Reunión con equipo de trabajo	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y equipo multidisciplinario			x	
4.Proyecto Socializado	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y autoridades de la Institución			x	

**PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE
QUITO 2010**



**Presentación del Proyecto al Departamento de Enfermería
Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto a la Dirección
Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto a Docencia
Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto a la Dirección
Ejecutiva Marzo 2010**



**Presentación del proyecto a la Coordinación
de Cuidados Paliativos Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto a la Unidad de
Cuidados Intensivos Marzo 2010**



SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO AL PERSONAL DEL SERVICIO Marzo 2010



CONCLUSIONES

En la Institución existe una actitud positiva de parte de las autoridades y líderes del servicio para apoyar el Proyecto encaminado al mejoramiento de la atención al usuario, ya que el proyecto en mención está basado en las necesidades reales de los usuarios.

Desde el punto de vista de las autoridades los problemas no solo se basan en la cuestión financiera, se deben tomar en cuenta los aspectos técnicos y científicos.

El equipo de salud y líderes de Cuidados Paliativos del Hospital Solca Núcleo de Quito, está dispuesto a contribuir en todas las actividades que ayuden a satisfacer las necesidades del usuario con eficiencia, eficacia que mejoren su calidad de vida, por lo tanto con la firma de aprobación de la Autoridades , Departamento de Docencia queda y coordinación del servicio de paliativos queda socializado e institucionalizado este proyecto.

(Ver anexo # 11)

RESULTADO Nº 2

ELABORACIÓN DE GUÍAS DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

PRODUCTO 2

GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUCCIÓN

La secuencia de una serie de acciones encaminadas al desarrollo de una actividad básica o una técnica, responde a una serie de procedimientos que persiguen un mismo objetivo asistencial, representan una guía.

Una Guía de Enfermería, es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente, la misma que representa la aportación bibliográfica en la que se fundamenta la propia guía y deberá ser suficientemente explícita y pertinente para asegurar la calidad científico-técnica de los cuidados proporcionados. Deberá ser lo suficientemente exhaustiva como para asegurar que lo que hemos planificado es lo mejor que se puede hacer para esta situación.

Además aporta criterios de cumplimiento propios, así como posible toma de decisiones. Para que las guías puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos:

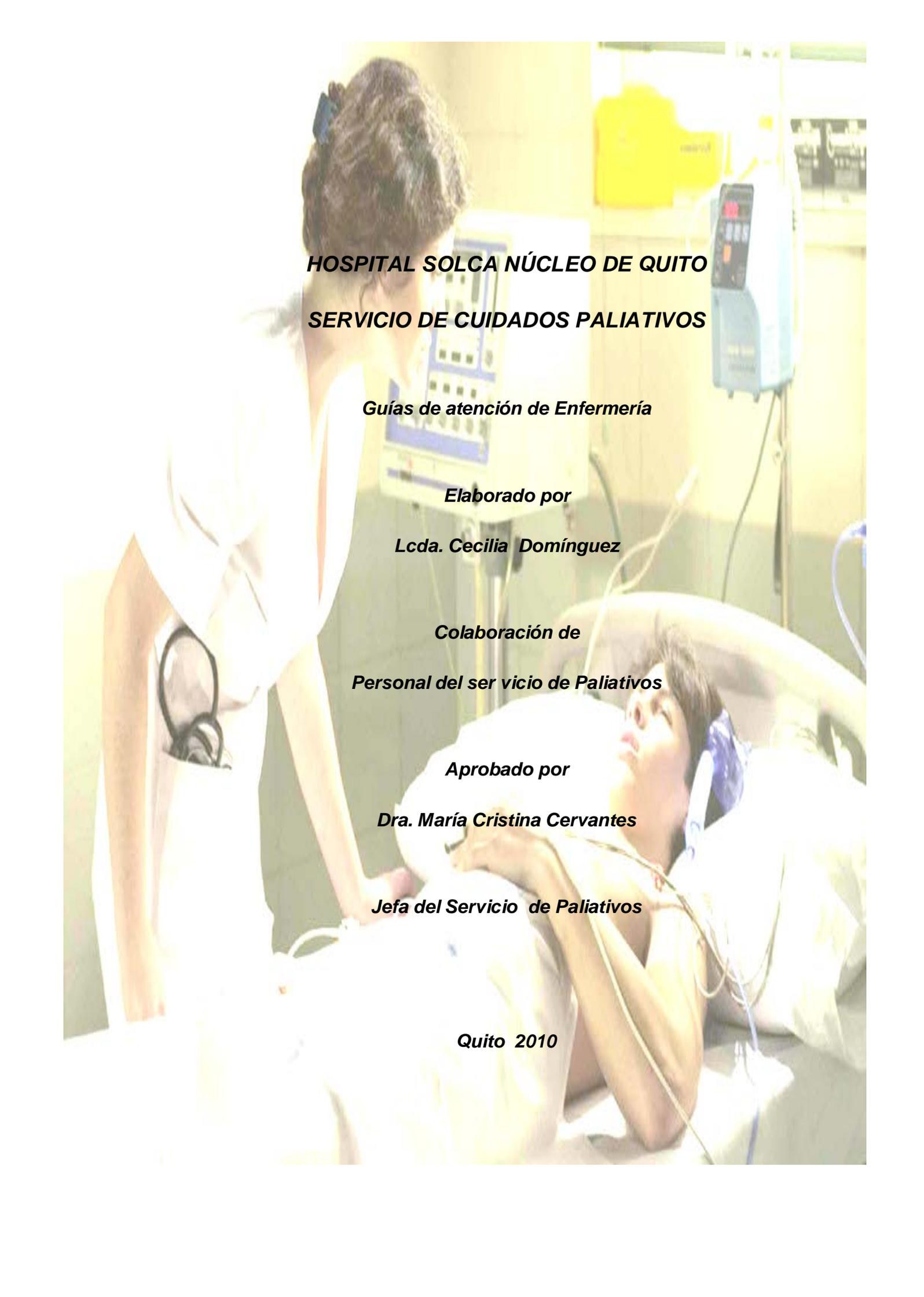
- Ser Escritos
- Ordenados.
- Precisos.
- Detallados.
- Simples.

OBJETIVOS

- Contar con Guías I útil y práctico para atender en forma adecuada al paciente de Cuidados Paliativos.
- Dar atención de Calidad y Calidez.

AGENDA DE GUÍAS DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVO

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O
1.Revisión bibliográfica	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y equipo del servicio de paliativos	x			
2. Revisión de guías con grupo de trabajo	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y equipos del servicio de paliativos	x			
3. Corrección e impresión de las guías	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y líderes del servicio		x		
4. Disponibilidad de las guías y aplicación	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y autoridades de la Institución			x	
5. Monitoreo, retroalimentación y evaluación	Lic. Cecilia Domínguez	Autora del proyecto y líderes del servicio				x



HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO
SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Guías de atención de Enfermería

Elaborado por

Lcda. Cecilia Domínguez

Colaboración de

Personal del ser vicio de Paliativos

Aprobado por

Dra. María Cristina Cervantes

Jefa del Servicio de Paliativos

Quito 2010

SISTEMA: MÉDICO

PROCEDIMIENTO: GUÍA DEL DOLOR

INSTRUCTIVO No 1

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DOLOR

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

Reducir el dolor causado por su patología, siendo el objetivo posibilitar al paciente con enfermedad incurable avanzada la mejor calidad de vida por el mayor tiempo posible.

B. ANTECEDENTES.

En nuestro hospital muchas personas sufren innecesariamente al final de la vida, por errores de omisión (cuando no se les provee la atención reconocida como efectiva) y por errores de selección (cuando se les provee la atención que se sabe es inefectiva). Numerosos estudios repetidamente indican que una significativa proporción de pacientes con enfermedad incurable avanzada experimenta dolor severo, a pesar de la disponibilidad de opciones farmacológicas y no farmacológicas para controlar el dolor.

C. POLÍTICA GENERAL

1. Para tratamiento del dolor por cualquier tipo de Cáncer, el agente o medicación debe ser efectivo, cuya finalidad es evitar el sufrimiento al paciente.
2. La medicación debe ser administrada con horario definido.
3. Si por la patología no cede el dolor se administrara de acuerdo a la necesidad.
4. Conocer sobre terapia del dolor.

D. CAUSAS DE DOLOR POR CÁNCER.

Provocado por el Cáncer.

- Invasión de huesos.
- Obstrucción de vísceras huecas.
- Infiltración de vísceras sólidas.
- Obstrucción venosa o arterial.

Provocado por los tratamientos.

- Secundario a cirugía.
- Secundario a QMT: neuropatía periférica, mucositis.
- Secundario a RT: mielopatía o fibrosis de un plexo post radiación.

Sin relación al cáncer o sus tratamientos.

- Artrosis, migraña, hernia de disco, etc.

E. EVALUACIÓN

Se debe investigar las características del dolor y los factores que lo modifican para establecer su origen y mecanismo de producción.

El dolor de intensidad, reduce sustancialmente la calidad de vida: produce cambios en el humor, trastornos del sueño y genera incapacidad para disfrutar, trabajar y relacionarse.

F. TRATAMIENTO

El tratamiento integral del dolor por cáncer consiste en:

- Tratamiento farmacológico.
- Quimioterapia paliativa.
- Radioterapia paliativa.
- Cirugía.
- Procedimientos anestésicos.
- Procedimientos físicos: estimulación cutánea: calor, frío, masajes.
- Intervenciones psicológicas.

Los objetivos son:

- . Controlar el dolor.
- . Mantener el paciente lucido.
- . Evitar o controlar los defectos indeseables del tratamiento.

Tratamiento farmacológico.

La escalera analgésica describe el uso secuencial de los analgésicos, de acuerdo a la intensidad del dolor.

<p>Escalón 1. Dolor leve (0 – 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar analgésicos no- opiodes (no hay contraindicación) ❖ Utilizar drogas adyuvantes.
<p>Escalón 2. Dolor moderado (4 – 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar analgésicos opiodes débiles. ❖ Utilizar drogas adyuvantes. <p style="text-align: right;">Continuar o no con el analgésico no opiode.</p>
<p>Escalón 3. Dolor severo (7 – 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar analgésicos opiodes potentes. ❖ Utilizar drogas adyuvantes. <p style="text-align: right;">Continuar o no con el analgésico no opiode.</p>

Analgésicos no-opiodes.

Los aines se utilizan en el dolor óseo y en el asociado con el proceso inflamatorio, pero tienen valor limitado por su relativa eficacia máxima.

- ❖ Diclofenaco.
- ❖ Ibuprofeno.
- ❖ Naproxeno.
- ❖ Paracetamol.

Drogas adyuvantes.- Tienen 3 objetivos importantes.

1- Disminuir la toxicidad inducida por los opiodes.

- ❖ Antieméticos.
- ❖ Laxantes

2.- Potenciar la analgesia inducida por opiodes.

- ❖ Corticoides.
- ❖ Anticonvulsivos.
- ❖ Antidepresivos triciclicos.
- ❖ Bifosfonatos.

3.- Tratar otros síntomas concurrentes.

- ❖ Ansiolíticos
- ❖ Neurolépticos.

Analgésicos opiodes.- Son las drogas más importantes en el tratamiento del dolor por cáncer. Ejercen su acción a través de los receptores opiodes.

Clínicamente se dividen en dos grupos:

Opiodes débiles

- Codeína
- Tramadol
- Hidrocodona

Opiodes potentes

Oxicodona
Bupremorfina
Fentanilo
Hidromorfona
Metadona
Morfina
Nalbufina
Petidina

Vías de Administración:

- ❖ Vía oral.
- ❖ Vía parenteral.
- ❖ Vía Subcutánea.

Recomendaciones para enfermería.

- ❖ Tener presente el concepto de sufrimiento o dolor total.
- ❖ Si es posible evaluar, el dolor antes de iniciar el tratamiento: intensidad, localización, característica, duración, posible causa.
- ❖ Si es posible, disminuir el estímulo doloroso.
- ❖ No utilizar placebos.

- ❖ Asegurar la compatibilidad de los fármacos administrados y de sus posibles reacciones alérgicas.
- ❖ Utilizar dosis correcta según vía de administración del fármaco.
- ❖ Evaluar y registrar la eficacia analgésica y administrar dosis de rescate si fuera necesario.
- ❖ Observar si la medicación analgésica administrada produce algún efecto adverso.
- ❖ Administrar con precaución los fármacos analgésicos por vía EV; es recomendable hacerlo lentamente para evitar posibles reacciones adversas.⁷

⁷ Fernández A, Santos M, Silva R. Cáncer de mama: como detectar e cuidar. Fortaleza: editora UFC, 2005.

SISTEMA: MÉDICO

PROCEDIMIENTO: GUÍA DEL DUELO

INSTRUCTIVO No 2

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL DUELO EN LA FAMILIA

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

Tranquilizar a la familia y dar paz por el dolor que está pasando debido a la pérdida de su ser querido, sea padre, madre, hijo o pariente cercano. Cuyo objetivo es apoyar y brindar todo lo que este a nuestro alcance para que ellos logren sobrellevar y aceptar su ausencia.

B. ANTECEDENTES.

Todas las personas están consientes de que algún momento abandonaremos este mundo, en unos casos por enfermedad, en otros por accidente, etc. Sin respetar edad, sexo, credo.

Pese a saber y aparentemente estar preparados, cuando ocurre, nos sentimos impotentes, aislados, quebrantados y ahí aparece ese grupo que llamamos familia, que hace menos penoso y guía en los momentos más difíciles.

C. POLÍTICA GENERAL

1. La familia es el primer apoyo, el cual es incondicional, mientras dure el sufrimiento, por duelo.
2. Los profesionales deben ser francos en las posibilidades de buena respuesta al tratamiento.
3. La enfermedad que presento deben conocer sus familiares más cercanos.
4. Comunicar de la evolución y respuesta al tratamiento según la enfermedad que padece.

D. CAUSAS DE DUELO EN LA FAMILIA.

Provocado por pérdida de su familiar con Cáncer.

- Depresión.
- Impotencia.
- Deterioro físico.

- Falta de recursos económicos.

Provocado por los tratamientos.

- Deterioro de su salud.
- Secundario a QMT.
- Secundario a RT.
- Secundario a reacciones medicamentosas.
- Sin relación al cáncer o sus tratamientos.
- Deformidades.

E. EVALUACIÓN

Se debe insistir en el apoyo familiar, profesional, en el compañerismo; y resaltar lo importante que hizo en su vida y cuanto influyo para que su familia, pueda soportar esta perdida, esperada o no. Evaluar la fuerza interior y el amor sincero que proyectaron para que su padre, madre, hijo o pariente; logren seguir con su vida cotidiana, pese a esta gran pena.

La calidad de vida, a la cual debió adaptarse y realizar un giro de 180 grados, es digna de respetar e imitar porque siguió trabajando y en el peor de los casos siempre fue el de mayor positivismo al relacionarse ante tanta adversidad.

ATENCIÓN AL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS.

El objetivo principal es facilitar el proceso de adaptación y prevenir un duelo complicado La atención al duelo en Cuidados Paliativos incluye tres periodos: antes del fallecimiento, durante el proceso de agonía y debe prolongarse, si es necesario, después del fallecimiento.

F. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El duelo, en principio, no requiere de tratamiento con fármacos. En general estos tratamientos se utilizaran como adyuvantes del proceso de adaptación a la

pérdida y siempre que sean estrictamente necesarios. Con frecuencia se abusa de psicofármacos para controlar la ansiedad del doliente. La familia y vecinos, presionan a los profesionales sanitarios, o incluso toman ellos la iniciativa, de administrar un tranquilizante al familiar que está expresando su dolor por la pérdida. La sedación excesiva por el uso de tranquilizantes puede complicar la evolución adecuada del duelo.

Los tratamientos más utilizados en situaciones adaptativas son las benzodiacepinas ya que producen una reducción de la hiperactivación y ayudan a conciliar el sueño. Se sugiere utilizar benzodiacepinas de vida media corta (como el lorazepam o temacepam). Evitar las de vida media larga o que provoquen confusión como el nitrazepam. También es recomendable evitar las presentaciones retardadas. Hay que intentar usar siempre las dosis más baja posible, reevaluando con frecuencia la situación, y empezando la reducción progresiva de la dosis, hasta su retirada, lo antes posible para evitar el riesgo de dependencia.

Es importante hacer una evaluación del insomnio antes de prescribir un hipnótico. Debemos tener en cuenta que durante las primeras semanas de la pérdida es normal tener dificultades de conciliación y despertares frecuentes durante la noche. Hay que valorar la recomendación de pautas de higiene del sueño, de técnicas de relajación y de otras medidas, como infusiones relajantes, etc., que puedan ayudar antes de recurrir a los fármacos. También es importante recomendar la realización de alguna actividad física moderada (paseos, natación,...) durante la tarde que provoque un ligero cansancio físico, sin llegar al agotamiento que puede ser contraproducente.

También se utilizan antidepresivos como estabilizadores del ánimo o en casos de tristeza mantenida. Algunos autores recomiendan no utilizar antidepresivos hasta pasados por lo menos seis meses del fallecimiento de su familiar. Si se emplea algún antidepresivo con acción sedante, se indicará tomarlo por la noche, disminuyendo o evitando el uso de otras benzodiacepinas.

Un fármaco que podría ser útil, de forma puntual en periodos de gran apatía y decaimiento, es el metilfenidato (psicoestimulante), que a dosis bajas mejora el estado de ánimo, disminuye la fatiga y mejora el apetito.

Un aspecto importante del tratamiento farmacológico del duelo es el control adecuado de las pautas terapéuticas de los familiares en duelo: tratamiento para la HTA, cardiopatías y, sobre todo, para la diabetes. En momentos cercanos a la muerte de su familiar es frecuente disminuir la ingesta de alimentos provocada por la ansiedad, manteniéndose la pauta de antidiabéticos con el importante riesgo de hipoglucemia.⁶

⁶ Derek Doyle, Geoffrey Hanks, Nathan Cherny and Kenneth Calman. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third Edition. New York 2005.

SISTEMA: MEDICO

PROCEDIMIENTO: ESTREÑIMIENTO

INSTRUCTIVO No 3

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

Corregir el estreñimiento causado por su patología, con el objetivo de que el paciente con enfermedad incurable avanzada logre una mejor calidad de vida por el mayor tiempo posible, y que este percance propio de la enfermedad, medicación, tratamiento, etc.; no afecte significativamente en su diario vivir.

B. ANTECEDENTES.

El estreñimiento es común incluso en personas sanas, de ahí su importancia. La incidencia en el paciente oncológico es del 70-80% en fase terminal, del 40-50% en enfermedad avanzada y del 90% en enfermos con cáncer agresivo. No sólo supone una incomodidad para el paciente, sino también complicaciones en su evolución. Un estreñimiento prolongado puede causar dolor abdominal e incluso aumento del dolor provocado por el propio tumor, aumentándose la analgesia cuando lo que presenta es un estreñimiento no resuelto. Puede ocasionar obstrucción intestinal, diarrea por rebosamiento, disfunción urinaria, anorexia, halitosis, náuseas y vómitos, inquietud, malestar y confusión.

C. POLÍTICA GENERAL

Para tratamiento del estreñimiento por cualquier tipo de Cáncer, el agente o medicación debe ser efectivo, y así evitar que el paciente se descompense.

Horario definido cuando se administre la medicación.

Administrar medicación de acuerdo a la necesidad.

Conocer sobre consecuencias que produce el estreñimiento.

D. CAUSAS DE ESTREÑIMIENTO POR CÁNCER.

Provocado por el Cáncer.

Provocado por los tratamientos.

Sin relación al cáncer o sus tratamientos.

E. EVALUACIÓN

Al analizar este problema pretendemos unificar criterios y actuaciones de enfermeras, y destacar la importancia de la prevención, intentando resolver el mismo.

La educación sanitaria, tanto del paciente como del cuidador principal, favorecerá su control al alta hospitalaria. Será capaz de identificar su aparición, sus causas y síntomas, conocer el tratamiento, además de cuándo y dónde acudir para revisarlo.

Para evaluar el estreñimiento, y la presencia e intensidad de otros síntomas asociados, se debe investigar las características del mismo y los factores que lo modifican para establecer su origen y mecanismo de producción.

El estreñimiento, reduce sustancialmente la calidad de vida: produce cambios en el humor, trastornos del sueño y genera incapacidad para disfrutar, trabajar y relacionarse. Afectando y marcando de por vida al paciente que está en fase de recuperación.

F. TRATAMIENTO

Razones del mal control del estreñimiento.

- Inexperiencia y falta de conocimiento en el uso medicamentos.
- Síndromes difíciles de tratar.
- Evaluación deficiente.
- No considerar el estado de animo.
- Recursos terapéuticos limitados.
- Prejuicios y miedos.
- No pedir ayuda.

El tratamiento integral del estreñimiento por cáncer consiste en:

- Tratamiento farmacológico.
- Procedimientos caseros.

- Procedimientos físicos: estimulación cutánea: calor, frío, masajes.
- Ayuda psicológica.

Los objetivos son:

- Controlar el estreñimiento.
- Mantener el paciente tranquilo.
- Evitar o controlar los defectos indeseables del tratamiento.

Tratamiento farmacológico.

Uso secuencial de los medicamentos, de acuerdo a la intensidad del estreñimiento.⁵

SISTEMA: MÉDICO

PROCEDIMIENTO: DISNEA

INSTRUCTIVO No 4

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTE CON DISNEA

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

La disnea es una sensación subjetiva que se define como la conciencia desagradable de dificultad o necesidad de incrementar la ventilación, por lo que sólo el enfermo puede cuantificar su intensidad y características. Conviene tener presente que taquipnea no implica disnea necesariamente y que, en caso de dificultades de comunicación, el uso de la musculatura respiratoria accesoria es el signo más evidente de disnea.

En esta fase el objetivo es disminuir la percepción subjetiva de disnea expresada por el paciente que habitualmente se acompaña de taquipnea y ansiedad. Se debe disminuir el ritmo de la frecuencia respiratoria para mejorar la ventilación y producir la sensación de que respira mejor.

B. ANTECEDENTES.

La disnea se presenta en el 30-40% de todos los cánceres avanzados y terminales y en el 65-70% de los broncogénicos, en los que es el síntoma principal en la fase de enfermedad avanzada. La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multiórgánico, comportándose entonces como factor de mal pronóstico a muy corto plazo. La sensación de disnea es pluridimensional, pues, además de la percepción de esfuerzo ventilatorio, comprende una dimensión emocional y cognitiva en función de experiencias previas, significado, nivel de impacto, etc. Es frecuente conocer pacientes bronquíticos crónicos adaptados a grados de disnea incluso incapacitantes para muchas actividades de la vida diaria.

C.- POLÍTICA GENERAL

Prevalencia: 30-40% de todos los cánceres avanzados y en situación terminal, y en el 65-70% de los broncogénicos, en los que es el síntoma principal.

Etiología:

- Debidas al cáncer (proliferación tumoral, obstrucción, síndrome Vena Cava Superior, ascitis, distensión abdominal).

- Debidas al tratamiento (Radioterapia o Quimioterapia).
- Debidas a la debilidad (Atelectasias, embolia pulmonar, aspiración, anoxia).

D. CAUSAS DE DISNEA PRODUCIDAS POR CÁNCER.

- En la valoración de estos pacientes es básico descartar aquellas etiologías de la disnea que, en función del pronóstico inmediato, sean susceptibles de tratamiento causal como en el caso de anemia, infección, insuficiencia cardiaca u obstrucción bronquial reversible.
- En este sentido se hace imprescindible una exploración clínica exhaustiva en busca de signos clínicos de hipoxemia, anemia, debilidad, ansiedad, insuficiencia cardiaca, etc.
- Asimismo es necesario tener acceso a una serie de exploraciones complementarias básicas como son radiología de tórax, determinación de hemoglobina, electrocardiograma y, a ser posible, oximetría transcutánea.

E. EVALUACIÓN

Destacar que la disnea será de difícil control en casos de infiltración masiva del parénquima pulmonar, linfagitis pulmonar y derrames pleurales que no respondan a toracocentesis o pleurodesis.

Estrategia

terapéutica

1. Modificación de proceso patológico de base

- Quimioterapia
- Hormonoterapia
- Radioterapia
- Toracocentesis
- Pleurodesis
- Antibióticos
- Transfusión, etc.

2. Tratamiento sintomático

- a) Medidas no farmacológicas o generales
 - Compañía tranquilizadora
 - Aire fresco sobre la cara
 - Ejercicios respiratorios (respiración diafragmática y espiración con labios semiocuidos)
 - Técnicas de relajación
 - Posición confortable
 - Adaptación del estilo de vida (actividades vida diaria, barreras arquitectónicas, etc.)

- b) Medidas farmacológicas
 - Sulfato o clorhidrato de morfina oral: 5 a 15 mg cada 4 horas. Es el tratamiento farmacológico básico de la disnea en el paciente terminal. No altera los parámetros gasométricos ni de función pulmonar. En ausencia de dolor, dosis superiores a 15 mg, cada 4 horas no aportan beneficios. En pacientes que ya tomaban previamente morfina para tratamiento de dolor, se aconseja aumentar la dosis hasta un 50% para el control de la disnea.

 - Fenotiacinas: Clorpromazina 25 mg, noche. A menudo se asocia a la morfina como tratamiento adyuvante. Tiene efecto ansiolítico y sedante y algunos autores sugieren que puede actuar directamente sobre el nivel de percepción de la disnea.

 - Corticoides: Dexametasona 2 mg. /día - 4 mg, / 6 - 8 horas o Prednisona 10 mg - 40 mg, / día. Mejoran la sensación de disnea que se asocia a obstrucción de vía aérea, linfangitis carcinomatosa, SCVCS (Síndrome de compresión de vena cava superior) y bronquitis crónica.

-Oxigenoterapia: Precisa de la objetivación previa de hipoxemia severa y de la demostración de la eficacia en la mejora del síntoma. No es imprescindible en estas situaciones.

-Benzodiacepinas: Diazepam 2 - 10 mg, / día. Puede usarse por su efecto ansiolítico. No actúan sobre el mecanismo de la disnea.

Crisis de disnea:

Compañía tranquilizadora.

Técnicas de relajación y ejercicio sobre el control de respiraciones.

Diazepam oral o sublingual (absorción más rápida): 2 a 10 mg. ⁴

⁴ Brunner y Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. 9 ed. McGraw-Hill, Interamericana. Tomo 2. México. 2001. Pág. 365 a 411.

SISTEMA: MÉDICO
PROCEDIMIENTO: DIARREA

INSTRUCTIVO No 5

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DIARREA

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD

DIARREA:

Evacuación frecuente de heces acuosas, lo cual provoca una baja absorción de líquidos y nutrientes, pudiendo estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito.

Es un trastorno digestivo que se manifiesta por la eliminación de deposiciones con más frecuencia que lo habitual, de mayor volumen y contenido líquido.

B. ANTECEDENTES

En los pacientes con cáncer, la causa más común de la diarrea es el tratamiento de cáncer (quimioterapia, radioterapia, trasplante de medula ósea o cirugía). Entre otras causas de la diarrea esta la terapia con antibióticos, la tensión y la ansiedad relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento en marcha del cáncer y con la infección. La infección puede ser causada por microorganismos virus, bacterias, hongos u otros microorganismos dañinos.

C. CAUSAS DE DIARREA

Las causas principales son un desajuste en el uso de laxantes, la impactación fecal con sobre flujo y la obstrucción intestinal incompleta, así como determinados fármacos (antiácidos, antibióticos).

D. Diagnóstico y Evaluación:

- Historia Clínica:
 - Instrumentos de evaluación.
 - Interrogatorio dirigido.
 - Escalas visuales específicas (Escala de Bristol)
(Bristol Stool Scale - Bristol Stool Chart)
- Examen Físico:
 - Exploración abdominal.
 - Exploración rectal.
 - Exploración de heces.

- Síntomas.
- Exámenes complementarios.

E. TRATAMIENTO

- Loperamida: 4 miligramos, 3-4 veces al día. Es el tratamiento de elección.
- Codeína: 30-60 miligramos cada 6-8 horas.
- Morfina: 10-30 miligramos cada 12 horas.
- Si existe esteatorrea se utilizan las enzimas pancreáticas (3-5 cápsulas en cada comida).
- Para la diarrea de origen biliar: Colestiramina (3-6 sobres diarios).
- Diarrea secundaria a Radioterapia: Naproxeno (250-500 miligramos cada 12 horas). ¹³

¹³ Jaramillo Juan. El cáncer, Fundamentos de Oncología. Tomo 1. Editorial Universidad Costa Rica. Vol. 1 2000. Costa Rica.

SISTEMA: MÉDICO

PROCEDIMIENTO: NAUSEA

INSTRUCTIVO No 6

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON NAUSEA

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

Nausea

Es necesario tratar las causas reversibles y es de elección la vía oral. Puede ser necesario usar la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o mal absorción gastrointestinal. En su tratamiento farmacológico es necesario investigar la etiología y según esta se puede solucionar las molestias que ocasiona la nausea en esta enfermedad.

B. ANTECEDENTES.

La nausea es una de las manifestaciones principales que se presentan en este tipo de pacientes, y que influye en su estado de salud.

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado.

C. POLÍTICA GENERAL

Para tratamiento de la nausea ocasionado por cualquier tipo de Cáncer, el agente o medicación debe ser efectivo, y así evitar el malestar que producen.

La medicación debe ser administrada con horario definido.

Si por la patología no cede la nausea, se administrara de acuerdo a la necesidad.

D. CAUSAS DE NAUSEA PRODUCIDAS POR CÁNCER

Pueden deberse a múltiples causas:

Secundarios al cáncer	Edema cerebral Obstrucción intestinal Hipercalcemia Hepatomegalia	Toxicidad tumoral Lesión gástrica Dolor Estreñimiento
Secundarios al tratamiento	Quimioterapia Radioterapia	Fármacos
Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento	Uremia Úlcera péptica	Infección

E. EVALUACIÓN

Encuestas también han revelado que el 50-60% de los pacientes con cáncer avanzado sufren de uno o varios síntomas. Estos son más comunes en pacientes menores de 65 años de edad, en mujeres, y en aquellos con cáncer de estómago o el pecho.

VALORACIÓN

Antiheméticos son predominantemente neurotransmisor. Los agentes bloqueante, son eficaces en los receptores diferentes y por lo tanto el tratamiento de las diferentes causas de vómitos.

En la mayoría de los casos la causa de los vómitos es multifactorial, pero es útil para la planificación del tratamiento a la lista de todos los factores que contribuyen.

Las causas de los vómitos por lo general se pueden determinar a partir de una cuidadosa historia y examen clínico. Se debe tomar nota del volumen, contenido y el tiempo de vómitos. Un perfil bioquímico puede ser necesario, pero otras investigaciones son con frecuencia inadecuadas.

Las náuseas se pueden tratar con medicamentos orales, pero las rutas alternativas Son necesarios para los pacientes con vómitos severos. Hay que recordar, sin embargo, que las náuseas persistentes puede disminuir el vaciado gástrico, con una consiguiente disminución de la absorción del fármaco. Un antiemético de inyección es adecuado para controlar un solo episodio, pero con un problema persistente es preferible administrar medicamentos por infusión subcutánea con un dispositivo de infusión como un bolsillo porta jeringa de tamaño. Antieméticos, en el supositorio o tableta, también se puede administrar por vía rectal, pero la administración bucal de antieméticos es mal tolerada.

Causa específica de los vómitos

En algunos pacientes, una causa específica de los vómitos pueden ser

identificados y tratar con éxito. Sin embargo, la mayoría de los pacientes tienen vómitos irreversibles y las múltiples causas, requerirán

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico concreto dependerá del origen. Pueden ser debidos a diferentes causas, siendo esencial el análisis de las mismas. También tendremos en cuenta las medidas no farmacológicas. Si los vómitos persisten e invalidan la vía oral, se inicia el tratamiento por vía subcutánea o rectal.¹⁴

Causas, Tratamientos y Alternativas		
CAUSA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVAS
Opioides	Haloperidol	Metoclopramida
Uremia	Haloperidol	Dimenhidrinato
Compresión gástrica	Dexametasona	Procinéticos
Obstrucción intestinal	Hioscina	Neurolépticos
Estreñimiento	Laxantes	Dexametasona
HT endocraneal	Dexametasona	Haloperidol
Vestibular	Dimenhidrinato	Neurolépticos
Tos	Opioides	Haloperidol
Ansiedad	Lorazepam	Clorpromazina

- Ondansetron 8-16 mg/ 24 horas.
- Dexametasona 4-20 mg./ 24 horas. Oral, Sc. IM

¹⁴ Manual de Oncología Clínica. Hossfeld y Sherman. Ediciones Doyma. 2003. Barcelona España. Pág. 98-175

- Lorazepan en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.
En ocasiones en pacientes con vómitos post-quimioterapia es necesario combinar los tres fármacos

Estasis gástrico: Metoclopramida y/o procinéticos

Vómitos por hipertensión intracraneal: Dexametasona y/o Radioterapia paliativa.

En caso de obstrucción intestinal usar: Antieméticos: Haloperidol Sc 2'5-5 mg/8-12 horas (si la obstrucción intestinal es completa no usar Metoclopramida)

SISTEMA: MEDICO

PROCEDIMIENTO: ANOREXIA

INSTRUCTIVO No 7

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ANOREXIA

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

Buscar alternativas de acuerdo a las preferencias del paciente, cambiar consistencias, recurrir a preparados complementarios.

Aumentar la frecuencia de las ingestas pero en menores cantidades. Es importante el aumento de la ingesta calórica para incrementar la energía y reducir la pérdida de peso y el aumento de la ingesta proteica para facilitar la reparación y regeneración celular. Recomendar al paciente que coma varias comidas ligeras a intervalos frecuentes a lo largo del día.

Es un síntoma que junto con la caquexia genera un importante impacto emocional tanto en el paciente como en la familia, es necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones en su tratamiento.

B. ANTECEDENTES.

Está causado por alteraciones metabólicas secundarias a mediadores liberados por la enfermedad de base. Además de empeorar la calidad de vida, ensombrecen el pronóstico por las dificultades en la implementación de otras medidas paliativas.

Prevalencia: El síndrome anorexia-caquexia-astenia, es muy frecuente en los pacientes con enfermedad avanzada incurable (50-90%).

Previo al inicio de tratamientos debemos descartar causas reversibles: fármacos, depresión, estreñimiento, dolor, mucositis, náuseas y vómitos, saciedad precoz

C. POLÍTICA GENERAL

Para tratamiento de la anorexia ocasionado por cualquier tipo de Cáncer, el agente o medicación debe ser efectivo, y así evitar el malestar que producen.

La medicación debe ser administrada con horario definido

Si por la patología no cede la nausea, se administrara de acuerdo a la necesidad.

D. CAUSAS DE ANOREXIA PRODUCIDAS POR CÁNCER.

Etiología de la Anorexia:

- De la enfermedad: Retardo del vaciamiento gástrico, insuficiencia renal-hepática, alteraciones electrolíticas (sodio, calcio), dolor-disfagia, náuseas-vómitos, fatiga, alteraciones en la boca, sepsis, deshidratación, constipación.
- Del tratamiento: Farmacológicas (Alteraciones del sabor o del vaciamiento gástrico).
- Ambientales: Malos olores - Sabores desagradables.
- Otros: Ansiedad, Depresión, Miedo al vómito.

E. EVALUACIÓN

El síndrome anorexia-caquexia-astenia contribuye de manera significativa a una peor calidad de vida, mayor morbilidad, y mortalidad. Se caracteriza por pérdida de peso, lipólisis, atrofia muscular, anorexia, náusea y astenia; con consiguientes importantes cambios en la imagen corporal, y generalmente va acompañado de angustia y depresión variable, tanto en el paciente como en su familia.

F. TRATAMIENTO

En el tratamiento de la anorexia-caquexia de los pacientes neoplásicos se han utilizado múltiples fármacos. Los más avalados en ensayos clínicos son los corticosteroides y el acetato de megestrol.

Corticosteroides (prednisona, dexametasona). Producen aumento del apetito y de la sensación de bienestar que desaparece al cabo de 2-4 semanas, sin efecto sobre el peso corporal y con importantes efectos secundarios.

Se utilizan a dosis bajas (4-8 mg de Dexametasona ó 10–15 mg de prednisona) y durante cortos períodos de tiempo por lo que se recomiendan en pacientes con poca expectativa de vida (semanas).

Acetato de Megestrol. Derivado sintético de los progestágenos que produce aumento del apetito y ganancia de peso. Se utiliza a dosis de 160-800 mg/día.

Ciproheptadina. Algún estudio clínico demuestra que produce aumento del apetito. Su principal indicación son los pacientes con síndrome carcinoide.

Cannabinoides. Se utilizan como antiemético en pacientes a tratamiento con quimioterapia. Producen aumento del apetito con frecuentes efectos adversos centrales (somnolencia, confusión y alteraciones de la percepción). ¹¹

¹¹ Gómez-Sancho, M., Ojeda Martín, M., Darío García-Rodríguez, E., Navarro Marrero, M A. **Organización de los Cuidados del enfermo de cáncer terminal en Las Palmas – Norte.** Farmacoterapia, Vol. IX, Nº 4: 203-210, 2003

SISTEMA: MEDICO

PROCEDIMIENTO: CATÉTER SUBCUTÁNEO

INSTRUCTIVO No 8

**GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON CATÉTER
SUBCUTÁNEO**

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

La administración de medicación e hidratación es la vía oral pero hay diversas situaciones que requieren una vía alternativa. La vía subcutánea es una vía parenteral efectiva, segura, económica, y controlable para la administración de drogas y/o grandes volúmenes de líquidos (hipodermocclisis).

B. ANTECEDENTES.

El tratamiento de los pacientes con neoplasias malignas se han visto favorecido por los nuevos fármacos; sin embargo, las frecuentes venopunciones deterioran de forma muy importante el acceso vascular periférico, y la extravasación accidental del agente quimioterápico causa con frecuencia celulitis, inflamación de los tejidos blandos e incluso necrosis de estos. A esto se suma el continuo sufrimiento del paciente en cuidados paliativos y la dependencia casi absoluta, lo que conlleva un serio discomfort y un desarraigo familiar importante.

Los catéteres subcutáneos son de gran ayuda en pacientes oncológicos al disminuir la agresividad de las técnicas y las complicaciones, propiciar la comodidad del mismo y mejorar su calidad de vida, y reducir costos.

C. POLÍTICA GENERAL

- Poco agresiva
- Evitar las inyecciones frecuentes
- No requiere internación hospitalaria
- Brinda autonomía al paciente
- Es económica
- Requiere poca intervención del personal sanitario
- Menos complicaciones que la vía EV
- Más cómoda, no inmoviliza un miembro
- No requiere heparinización

D. CAUSA DE INDICACIÓN DEL CATÉTER SUBCUTÁNEO

- Incapacidad para tragar: disfagia, **afagia**, situación de agonía, fistula traqueo esofágica.
- Náuseas y vómitos severos
- Obstrucción intestinal.
- Debilidad extrema
- Confusión
- Grandes dosis de opioides orales, incómodos o difíciles de tragar.

E. EVALUACIÓN

Se debe informar al paciente los motivos y ventajas de VSC y con que signos debe avisar (complicaciones).

- Dolor.
- Enrojecimiento.
- Edema.
- Perdida de líquido en la zona de punción.
- Sangrado en la zona de punción.
- Tumefacción.
- Infección.

F. TÉCNICA DE COLOCACIÓN

- Lavarse las manos
- Elegir el sitio de punción: Las zonas recomendadas son la parte anterior del tórax (zona infra clavicular), zona anterior y externa de los brazos(deltoides)y zona abdominal baja (flancos abdominales). Las zonas no recomendadas son zonas cercanas a las mamas, cuadrantes abdominales superiores y muslos o toda zona próxima a masas tumorales. La piel de la zona donde se coloca la aguja mariposa no debe tener inflamación, heridas, edemas o signos de infección.
- Limpiar el sitio seleccionado con povidona al 10% o alcohol al 70%,

comenzando del centro y moviéndose en círculo hacia fuera en el sentido de las agujas del reloj.

- Pellizcar la piel ya limpia entre el pulgar y el dedo índice para hacer un pliegue.
- Insertar la aguja mariposa en el pliegue creado al pellizcar la piel en un ángulo 45° y hasta el pabellón.
- Pegar las alas de la aguja mariposa con la tela adhesiva y no cubrir el sitio de punción para poder valorarlo; si es posible utilizar los parches adhesivos transparentes.

Colocar en el parche o la cinta adhesiva que sostiene la aguja mariposa fecha, hora y responsable de la colocación de la vía.

CONTRAINDICACIONES

Plaquetopenia y trastorno de la coagulación.¹⁷

17 Sanz Ortiz, J. **La comunicación en Medicina Paliativa** (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona), 1992; 98; 416 - 418

SISTEMA: MEDICO

PROCEDIMIENTO: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

INSTRUCTIVO No 9

**GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA
NO INVASIVA**

Quito – Ecuador

2010

A. FINALIDAD.

Las ventajas de VMNI en pacientes oncológicos inmunocomprometidos, están ligadas sobre todo a evitar la intubación endotraqueal, sedo relajación y mantener intactos los mecanismos de defensa de la vía aérea, el habla, y la deglución al contrario de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

B. ANTECEDENTES.

La principal causa de ingreso a las unidades de terapia intensiva (UTI) de los pacientes con cáncer, es la insuficiencia respiratoria aguda, la mortalidad asociada a esta condición puede llegar hasta el 70% por lo tanto el soporte ventilatorio mecánico es vital, y se puede administrar la asistencia ya sea de manera invasiva o no invasiva, con el uso de las diferentes interfaces paciente y ventilador.

C. OBJETIVO.

Mejor asistencia a pacientes con VMNI.

Describir las complicaciones ocasionadas por la aplicación de la VMNI a los pacientes en la Unidad de cuidados intensivos

D. CAUSAS DE VMNI

- Exacerbación aguda del EPOC.
- Síndrome de Insuficiencia Respiratoria progresiva del adulto.
- Asma.
- Edema pulmonar Carcinogénico.
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Fibrosis quística
- Síndrome de hipo ventilación.
- Cáncer pulmonar.
- Ahogamiento inminente.
- Enfermedades neuromusculares.
- Embolia pulmonar.

- Trauma.
- Obstrucciones de las venas.

E. POLÍTICA GENERAL

La VMNI es un procedimiento de ventilación artificial en la cual se utiliza una interface que puede ser nasal o facial (naso bucal) y total fase y el ventilado.

Para su éxito es necesario:

1. Selección del paciente.
2. Aceptación y grado de comodidad de los terapeutas de RCP.
3. Ansiedad del enfermo, capacidad de cooperación.
4. Sincronía entre paciente y ventilador.
5. Aspectos técnicos.

F. EVALUACIÓN

El mecanismo del beneficio probablemente es multifactorial y varía un poco de un sujeto a otro. El alivio del tratamiento además del diagnóstico bajo excesivo de la respiración debido al broncoespasmo agudo tal vez constituye el beneficio más general.

G. EFICACIA DE LA VMNI

Depende mucho más del operador que la ventilación mecánica tradicional, y la mayoría de autores sugieren que en el resultado son importantes otros factores además del diagnóstico.

El grado de comodidad del terapeuta de cuidados respiratorios al proporcionar la VMNI es decisivo para el éxito.

El paso inicial es convencer a los terapeutas respiratorios de que la VMNI puede funcionar.

Otro factor importante en el éxito es la sincronía entre el paciente y el ventilador¹⁶

¹⁶ Protocolos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos.

SISTEMA: MÉDICO

PROCEDIMIENTO: GUÍA DE SEDACIÓN

INSTRUCTIVO No 10

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON SEDACIÓN

Quito – Ecuador

2010

1. INTRODUCCIÓN

El factor más importante de controversia suscitado a la hora de revisar el tema de "Sedación en Cuidados Paliativos", ha surgido de la amplia gama de conceptos que encontramos entre los diferentes autores que publican sus experiencias en relación a la Sedación en el contexto de Cuidados Paliativos.

Dada la polémica actual planteada en relación con la Eutanasia, queremos hacer mención, en esta guía, al Principio del Doble Efecto, y remarcar las diferencias claras entre Sedación y la mal llamada "Eutanasia lenta"

2. CLASIFICACIONES Y DEFINICIONES

- Clasificación de la Sedación: Según Objetivo, Temporalidad e Intensidad
 - a. **Según el objetivo:**
 - **Primaria:** es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
 - **Secundaria** (mejor denominarla, somnolencia): la disminución de la conciencia es efecto secundario de la medicación.
 - b. **Según la temporalidad:**
 - **Intermitente:** Es aquella que permite períodos de alerta del paciente
 - **Continua:** La disminución del nivel de conciencia es de forma permanente
 - c. **Según la intensidad:**
 - **Superficial:** Es aquella que permite la comunicación del paciente (verbal o no verbal).
 - **Profunda:** Aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.
- **CONCEPTO DE SEDACIÓN PALIATIVA:**

Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente

uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

CONCEPTO DE SEDACIÓN TERMINAL Ó SEDACIÓN EN LA AGONÍA:

Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda. En un sentido amplio debe entenderse por Sedación Paliativa la sedación utilizada por razones paliativas y la Sedación en la Agonía, a la Sedación Paliativa que se lleva a cabo en el paciente agonizante.

Principio del doble efecto aplicado a la sedación paliativa

Es habitual encontrarnos con referencias continuas a este principio cuando se trata de argumentar la corrección o incorrección de la sedación. La doctrina del doble efecto o "voluntario indirecto" establece que una acción con dos o más posibles efectos, incluyendo al menos uno bueno posible y otros que son malos, es moralmente permisible si se dan cuatro requisitos:

1. La acción debe ser buena o neutra.
2. La intención del actor debe ser correcta.
3. Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
4. El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo.

Sedación y eutanasia.

Éste es probablemente uno de los puntos más polémicos que ha planteado un debate no sólo en los foros sanitarios, sino sociales, medios de comunicación y ámbito político.

	Sedación	Eutanasia
Intencionalidad	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

En una revisión de la literatura de la sedación terminal en medicina paliativa se encontraron, entre los diferentes estudios incluidos, 11 drogas diferentes usadas para este fin. Las dosis empleadas fueron muy dispares hallándose, pues, amplios rangos de dosis para cada fármaco. Estos fármacos y sus rangos de dosis fueron:

- Midazolam 0.42-20 mg/h
- Levomepromazina 2-25 mg/h
- Clorpromazina 0.54-21.9 mg/h
- Haloperidol 0.21 mg/h (dosis media)
- Amobarbital 20-750 mg/h
- Tiopental 20-120 mg/h
- Propofol 10-400 mg/h
- Methohexital 2-5 mg/kg
- Pentobarbital 1-2 mg/kg
- Fenobarbital hasta 33 mg/h
- Tiamilal 20.8-88.3 mg/h

El fármaco más empleado fue el midazolam, y la mayoría recibió opioides de forma concomitante. Ninguna droga fue superior a otra para sedación o toxicidad. El fallo primario a una droga no impidió la respuesta a otra. ¹⁸

¹⁸ Sanz Ortiz, J. **La Enfermedad terminal en el cáncer**. En: Medicina General y Cáncer. Manual Clínico. DOYMA (ed). Barcelona. J. Estape e I. Burgos (Directores), 1991: 173 – 190.

CONCLUSIONES

- Una vez realizada la revisión y las debidas correcciones a las Guías de atención de enfermería de los Cuidados paliativos se difundieron las mismas
- El manual está siendo utilizado como instrumento de orientación por todo el personal del Hospital Solca núcleo de Quito.
- Las guías deben ser revisados y actualizados periódicamente de acuerdo con los avances tecnológicos y científicos.

RESULTADO Nº 3

TALENTO HUMANO DE ENFERMERÍA CAPACITADO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO

PRODUCTO 3

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUCCIÓN

Cada vez más empresarios, directivos y en general líderes de instituciones, sean abierto a la necesidad de contar al desarrollo de sus organizaciones con programas de capacitación y desarrollo que promueven el crecimiento personal e incrementan los índices de productividad, calidad y excelencia en el desempeño de las tareas laborales.

La capacitación es una herramienta fundamental para la administración de recursos humanos, es un proceso planificado, sistemático y organizado que busca modificar, mejorar y ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal nuevo o actual, como consecuencia de su natural proceso de cambio, crecimiento y adaptación a nuevas circunstancias internas y externas.

La capacitación mejora los niveles de desempeño y es considerada como un factor de competitividad en el mercado actual.

OBJETIVOS

- Contribuir al desarrollo de los conocimientos, habilidades y actitudes del capital humano, a través de la implementación de programas de actualización con la finalidad de elevar su desempeño profesional.
- Estimular al usuario interno mediante el desarrollo de un programa de capacitación como clave del éxito para mejorar la atención laboral

AGENDA PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O
1. Diagnóstico de las necesidades sobre educación	Lic. Cecilia Domínguez	Personal de enfermería del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
2. Planificación del programa de capacitación	Lic. Cecilia Domínguez	Personal de enfermería del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
3. Desarrollo del programa de capacitación	Lic. Cecilia Domínguez	Personal de enfermería del Hospital Solca Núcleo de Quito		x	x	
4. Evaluación y retroalimentación sobre el programa de capacitación	Lic. Cecilia Domínguez	Personal de enfermería del Hospital Solca Núcleo de Quito				x

PLAN ANALÍTICO

UNIDAD: Hospital Solca Núcleo de Quito

FECHA: 04 y 11 de Mayo del 2010

TIEMPO DE DURACIÓN: 60 Minutos

HORARIO: 2 martes

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: Enfermeras y Auxiliares de Enfermería

LUGAR: Auditorio del Hospital Solca Núcleo de Quito

TEMÁTICA: Charlas educativas

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS: Exposición

MEDIOS UTILIZADOS: Audiovisuales (Proyección con Diapositivas de Power Point)

RESPONSABLE: Cecilia Domínguez

EVALUACIÓN:

La charla dirigida al personal de salud se impartió en la fecha planificada con la presencia de gran parte de los involucrados lo cual se verifica con fotos y con las hojas de asistencia

BIBLIOGRAFÍA:

Manual de Especialización para gerocultores y auxiliares geriátricos, Segunda edición, Madrid 2008, Religiosos Camilos, pág 153, 209, 263.

Manual Básico Gerocultores y Auxiliares Geriátricos, Quinta edición, Religiosos Camilos, 66,164, 618, 725.

Management.of. Advanced Disease, Four Edition. Edited by,Nigel Sykes 5 a 20 et-al

Ver://www.cancer.gov/cancertopics/pdq

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Concientizar al personal de enfermería, mediante este programa de capacitación como clave del éxito para mejorar la atención al paciente de cuidados Paliativos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer conocimientos sobre la calidad en la atención al usuario interno.
- Promover las acciones adecuadas para alcanzar progresivamente al máximo la Satisfacción del usuario.
- Sensibilizar al equipo de salud sobre la atención basada en las dimensiones de la calidad de vida en el paciente paliativo.
- Evaluar la capacitación

PLAN SINTÉTICO

TEMA 1 y 2: Definición de pacientes de cuidados paliativos y evaluación de síntomas.

FECHA: 04 y 11 de Mayo del 2010

HORA: 30 Minutos

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: Enfermeras y Auxiliares de Enfermería

LUGAR: Auditorio del Hospital Solca Núcleo de Quito

RESPONSABLE: Cecilia Domínguez

TÉCNICAS UTILIZADAS: Audiovisuales (Proyección con Diapositivas de Power Point)

EVALUACIÓN: La charla dirigida al personal de salud se impartió en la fecha planificada con la presencia de gran parte de los involucrados lo cual se verifica con fotos y con las hojas de asistencia

OBJETIVO GENERAL:

A través de un enfoque académico capacitar al personal de salud que labora en el Hospital Solca Quito sobre definición de pacientes de cuidados paliativos y evaluación de síntoma

Objetivos Específicos	Contenido	Duración	Responsable
Dar a conocer al usuario interno sobre definición de pacientes de cuidados paliativos	<p>DEFINICIÓN DE PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS</p> <p>El cuidado paliativo es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo, y tratamiento de los síntomas.¹</p> <p>"Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan."</p>	30 minutos	Cecilia Domínguez.

	<p>"Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionan alivio al dolor y a otros síntomas;• Defienden la vida (son "vitalistas") pero contemplan la muerte como un proceso natural;• No intentan acelerar ni posponer el fallecimiento;• Incorporan los aspectos psicológico y espiritual en la atención al paciente;• Proporcionan un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad;• Ofrecen su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo;• Trabajan en equipo para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de sus familiares incluido, cuando es preciso, el apoyo en el duelo;• No sólo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad;• Se pueden aplicar de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia.		
--	--	--	--

<p>Orientar y explicar sobre los síntomas de los pacientes</p>	<p>CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS</p> <p>Es el sustrato fundamental de los cuidados paliativos, y se aplica a enfermos que en su evolución presentan múltiples síntomas, de origen multifactorial. Si bien en esencia, no difiere del tratamiento sintomático que ya se realizaba en los pacientes terminales de las salas de clínica, hay que reconocer su especialización, y su particular interés en ayudar a pacientes en una etapa difícil, a sus familias, e incluso al equipo sanitario, quienes pueden dedicarse nuevamente a tratar enfermos agudos.</p> <p>Para realizar un abordaje adecuado, será necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluaciones que determinen si el síntoma es atribuible a la neoplasia, a la terapéutica efectuada, o no tiene relación. • Evaluar la fase evolutiva de la enfermedad, situación clínica general, y la ecuación daño/ beneficio (no siempre tratar sintomáticamente es mejor). Por ejemplo administrar inotrópicos en un neoplásico, en fase agónica. • Medicar precozmente el síntoma, y monitorear (con algún método de medición) la respuesta. • Preferir una posología fácil, utilizando una vía adecuada a la situación clínica; siempre escoger la vía oral como primer elección. • Evitar la polifarmacia y retirar medicamentos innecesarios (replantear su necesidad todos los días). <p>☐ ANOREXIA</p> <p>En neoplásicos genera ansiedad y culpa en el entorno familiar</p> <p>Se puede intentar en neoplásicos estimular el apetito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 2-4 mg/ día, • Acetato de Megestrol 160-1600 mg cada 24 horas. • Metoclopramida o pro – cinéticos, si se acompaña de náusea y saciedad precoz. 	<p>30 minutos</p>	<p>Cecilia Domínguez.</p>
--	---	-------------------	---------------------------

	<p>□ BOCA SECA Y/O DOLOROSA</p> <p>Muy frecuente en pacientes neoplásicos por interurrencias y/o tratamientos inmunodepresores; por la escasa higiene bucal proporcionada por sus cuidadores. La presentación habitual es con dolor bucal, dificultad para deglutir y ausencia de saliva. Entre las causas más frecuentes se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucositis por Quimioterapia o Radioterapia • Mucositis por granulocitopenia • Fármacos (opioides, anticolinérgicos) • Infecciones bucales (candidiasis, herpes) • Deshidratación <p>Se deberá mantener la boca limpia y adecuadamente húmeda</p> <p>□ DIARREA</p> <p>Su causa más común es el abuso de laxantes, aunque conviene siempre descartar la secundaria a bolo fecal</p> <p>Tratamiento:</p> <p>Dieta astringente.</p> <p>Loperamida 4mg / 3-4 veces al día</p> <p>Codeína 30-60mg / 6-8horas</p> <p>□ DISFAGIA</p> <p>Es frecuente en neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (Herpes virus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia, y en compresión esofágica por masa extrínseca.</p> <p>El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición enteral o parenteral. • Dexametasona oral o parenteral 8- 40mg cada 24 horas para intentar 		
--	--	--	--

	<p>disminuir la masa tumoral.</p> <p>Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina), monitoreando la intoxicación atropínica.</p> <p><input type="checkbox"/> DISNEA</p> <p>Está presente en algún momento, en el 40-55% de los pacientes con cáncer. Puede tener relación con la neoplásia, o ser secundaria al tratamiento (Quimioterapia, Radioterapia).</p> <p>Como medidas paliativas, se sugieren:</p> <p>Medidas generales: Humedificar ambiente, administrar oxígeno y elevar cabecera.</p> <p>Ansiolíticos (disminuyen ansiedad y taquipnea)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral. Diazepan 5-10 mg cada 8-12 horas • Sublingual. Lorazepan 0.5-2 mg cada 4 a 12 horas • Subcutánea. Midazolán 2.5-5 mg cada 4 horas • En infusión. Midazolán 0.5-0.8 mg por hora • Intramuscular. Clorpromacina 25-100 mg/24horas <p>Morfina: hay mucha literatura - <i>incluso encíclicas papales</i> -, avalando su uso en el paciente terminal.</p> <p>Corticoides: si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias.</p> <p>Dexametasona 20-40 mg cada 24hs, oral o parenteral</p> <p><input type="checkbox"/> ESPASMOS/ CALAMBRES MUSCULARES</p> <p>Son poco frecuentes pero producen gran disconfort en los pacientes.</p> <p>Si existe espasticidad, administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clonazepan 0,25-2mg/ 6-8horas <input type="checkbox"/> Diazepan 5-10 mg/ 8horas 		
--	---	--	--

	<p>☐ Baclofeno 5-30 mg/tres veces al día</p> <p>En calambres secundarios a radioterapia o quimioterapia</p> <p>☐ Carbamazepina 200mg / 12 horas</p> <p>☐ Fenitoína 200-300mg / día</p> <p>☐ Quinina 200 mg, como relajante muscular</p> <p>En calambres por Uremia.</p> <p>☐ Clonazepan (5mg./ dosis nocturna)</p> <p>☐ ESPASMO VESICAL</p> <p>Se define así al dolor intenso suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a: infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento.</p> <p>Amitriptilina 25-50 mg/día</p> <p>Hioscina 10-20mg/ 8 horas oral o subcutáneo</p> <p>Oxibutinina 5-5mg/ 6h</p> <p>Naproxeno 250-500mg./ 12h</p> <p>☐ FIEBRE TUMORAL</p> <p>Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroides (Naproxeno 250mg./ hs) que suprimen la fiebre tumoral, pero no la secundaria a infecciones.</p> <p>☐ HEMOPTISIS</p> <p>Si es una masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral con Morfina y Benzodiazepinas (Midazolam o Diazepam).</p> <p>Si es leve, pueden utilizarse agentes hemostáticos orales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ácido Tranexámico • Etamsilato 150 –200 mg cada 6 horas 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Antitusivos (codeína) • Radioterapia Paliativa . <p>☐ HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL</p> <p>Suele producirse por tumores primarios o metástasis cerebrales. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos en la marcha, disartria. Puede tratarse con dexametasona, dosis de ataque de 16 - 40 mg/día, oral o parenteral, y posteriormente dosis de 2-8 mg/ 4-6 horas, o en dosis única.</p> <p>☐ HIPO</p> <p>Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas).</p> <p>Se intentará suprimirlo con fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clorpromazina 10-25mg/ 8 hs (de 1era elección en cuidados paliativos) • Baclofeno 5-10 mg/ 8hs • Nifedipino 10-20 mg/ 8hs • Valproato sódico 500-1000mg/ día. <p>☐ NÁUSEAS Y VÓMITOS</p> <p>Presentes en 60% de las neoplasias avanzadas, y se deben a múltiples causas:</p> <p>Secundarios al cáncer</p> <p>Edema cerebral - Obstrucción intestinal – Hipercalcémia – Hepatomegalia -Toxicidad tumoral</p> <p>- Lesión gástrica – Dolor - Estreñimiento</p> <p>Secundarios al tratamiento</p> <p>Quimioterapia - Radioterapia - Fármacos</p> <p>Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento.</p> <p>Uremia - Ulcera péptica - Infección</p> <p>Tratamiento</p>		
--	---	--	--

	<p>Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o Sc.</p> <p>Haloperidol 5 a 10mg/12-24 hs. Vía oral o Sc.</p> <p><input type="checkbox"/> PRURITO</p> <p>Puede deberse a sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción de vía biliar, tumores hematológicos, de estómago, pulmón o síndrome carcinoide. Se trata con:</p> <p>Medidas generales:</p> <p>Hidratación de la piel</p> <p>Disminuir ansiedad</p> <p>Cambio frecuente de ropas</p> <p>Prurito generalizado:</p> <p>Hidroxicina 25mg./ 8hs vía oral</p> <p>Clorpromazina 25-50 mg/12 hs vía oral.</p> <p><input type="checkbox"/> SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (delirio y agitación)</p> <p>El delirio se produce hasta en 80% de las neoplasias avanzadas. Se caracteriza por alterar la conciencia, con pérdida de memoria y desorientación temporo - espacial, que se produce en un corto período de tiempo (horas / días), y que suele ser fluctuante a lo largo del día.</p> <p>El tratamiento debe ser etiológico si se identifica la causa y la situación global lo justifica. En caso contrario puede iniciarse tratamiento sintomático:</p> <p>Neurolépticos.</p> <p>Haloperidol (de elección) 2-5 mg / 24hs, oral o subcutáneo.</p> <p>En crisis aguda, dar 5-20 mg, y si a los 20-30 minutos no es eficaz, dar una segunda dosis, o añadir Midazolam 5-15 mg. subcutáneo.</p> <p>En caso de confusión y agitación en un paciente moribundo</p> <p>Levomepromazina 12,5-25 mg/ 4-6 hs, subcutáneo.</p>		
--	---	--	--

	Midazolam 15 mg- ampolla, dosis de ataque de 0.15-0.3 mg/Kg.; la dosis de mantenimiento es 0.05-0.13 mg/ Kg. /h, mediante una preparación de 150 mg/250 mL de dextrosa 5% (0.6 mg/mL)		
--	---	--	--

(ver anexo # 5)

TEMAS SIN DESARROLLAR

(Junio)

- Fistulas y ostomías.
- Manejo de catéteres

DURACIÓN

RESPONSABLE

30 minutos Carmen Verdesoto

30 minutos Janeth Quelal

RESULTADO N° 4

USUARIO EXTERNO CAPACITADO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO

PRODUCTO 4

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUCCIÓN

Desde la concepción holística de la salud hasta llegar a la nueva visión del auto cuidado de la salud, podemos plantear de forma clara que la enfermedad es la consecuencia de los desequilibrios en salud en las personas, y que se plantean formas de atención para su tratamiento que abarcan un proceso de curación en el que la persona enferma no es ajena: el "*paciente*" empieza a jugar un papel fundamental en dicho proceso, ya que se informa y toma conciencia de lo que le ocurre como consecuencia de su enfermedad.

Para poder potenciar el desarrollo de hábitos saludables en las personas hay que dejar de pensar sólo en términos de enfermedad, entendiendo que hay un crecimiento integral en las personas y que este incluye todos los aspectos de nuestra vida. Por ese motivo, se entiende la educación para la salud en todos los contextos: educativo (desde la infancia a la vida adulta), familiar, laboral, organizacional, medioambiental etc. Entendiendo la educación para la salud como integradora podremos desarrollar buenas prácticas de auto cuidados y capacitarnos para adaptarnos a los cambios que se produzcan en nuestra salud.

Los profesionales sanitarios deben entender que su ejercicio profesional está abierto a un campo de nuevas posibilidades, de nuevos contextos y de cambios permanentes en los sistemas sanitarios, y que ahora el paciente también interactúa y participa de sus cuidados, siendo el principal responsable de su salud. Deben propiciar y procurar

un ambiente en el que las personas que están enfermas puedan expresarse y compartir de forma libre sus inquietudes, dudas, miedos etc. para poder experimentar y tomar decisiones de forma conjunta y guiadas por el propio profesional: es promover y apoyar el auto cuidado de la salud mediante los cambios personales y sociales.

OBJETIVOS

- Aprender conductas que evitan empeoramiento en la enfermedad.
- Ayudar a enfrentarse de forma positiva y exitosa a situaciones adversas ante complicaciones de la enfermedad.
- Permitir tomar decisiones acertadas en cuanto a la salud en general.
- Aportar tranquilidad al paciente y a la familia.
- Mejorar la comunicación médico-paciente.

AGENDA PROGRAMA DE CAPACITACIÓN USUARIO EXTERNO

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O
1. Diagnóstico de las necesidades sobre educación	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
2. Planificación del programa de capacitación	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
3. Desarrollo del programa de capacitación	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito		x	x	
4. Evaluación y retroalimentación sobre el programa de capacitación	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito				x

PLAN ANALÍTICO

UNIDAD: Hospital Solca Núcleo de Quito

FECHA: 11 y 18 de JUNIO del 2010

HORAS QUE VA A DURAR: 30 Minutos en total

HORARIO: 2 viernes

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito

LUGAR: Sala de espera del Hospital Solca Núcleo de Quito

TEMÁTICA: Charlas educativas

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS: Exposición y participativa

MEDIOS UTILIZADOS: Tríptico y comunicación directa

RESPONSABLE: Cecilia Domínguez

EVALUACIÓN:

La charla dirigida al usuario externo se impartió en la fecha planificada con la presencia de gran parte de los involucrados lo cual se verifica con fotos

BIBLIOGRAFÍA:

Manual de Especialización para gerocultores y auxiliares geriátricos, Segunda edición, Madrid 2008, Religiosos Camilos, pág 153, 209, 263.

Manual Básico Gerocultores y Auxiliares Geriátricos, Quinta edición, Religiosos Camilos, 66,164,618,725.

Management of Advanced Disease, Four Edition. Edited by, Nigel Sykes 5 a 20 et-al
Ver://www.cancer.gov/cancertopics/pdq

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL:**

- Concientizar al usuario externo, mediante este programa de capacitación como clave del éxito para mejorar el autocuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer conocimientos sobre la calidad en la atención al usuario externo.
- Promover las acciones adecuadas para alcanzar progresivamente al máximo la Satisfacción del usuario.
- Sensibilizar al equipo de salud sobre la atención basada en las dimensiones de la Calidad de vida en el paciente paliativo.
- Evaluar la capacitación.

PLAN SINTÉTICO

TEMA 1y 2: EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEL CÁNCER

FECHA: 11 y 18 de JUNIO del 2010

HORA: 30 Minutos

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito

LUGAR: Sala de espera del Hospital Solca Núcleo de Quito

RESPONSABLE: Cecilia Domínguez

TÉCNICAS UTILIZADAS: Tríptico y comunicación directa

EVALUACIÓN:

La charla dirigida al usuario externo se impartió en la fecha planificada con la presencia de gran parte de los involucrados lo cual se verifica con fotos

OBJETIVO GENERAL:

Concientizar al usuario externo, mediante este programa de capacitación como clave del éxito para mejorar el auto cuidado

Objetivos Específicos	Contenido	Duración	Responsable
<p>Dar a conocer al usuario externo sobre evaluación de síntomas del cáncer</p>	<p>EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEL CÁNCER</p> <p>DOLOR POR CÁNCER</p> <p>Dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada, o no a un daño real o potencial de los tejidos. El tratamiento integral del dolor por cáncer consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico • Quimioterapia paliativa • Radioterapia paliativa • Cirugía • Procedimientos anestésicos • Procedimientos físicos: estimulación cutánea: calor, frío, masajes. • Intervenciones psicológicas <p>Los objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el dolor • Mantener al paciente lucido • Evitar o controlar los efectos indeseables del tratamiento. <p>NAUSEA Y VOMITO</p> <p>Sensación desagradable en la garganta y el estomago, que puede o no terminar en vomito; expulsión del contenido gástrico a través de la boca.</p> <p>Si son leves o moderados, se pueden controlar o ayudar a disminuir con algunas dietéticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar bebidas gaseosas ligeramente agrias y de vez en cuando algunas 	<p>30 Minutos</p>	<p>Cecilia Domínguez.</p>

	<p>gotas de limón, que tiene un efecto depresor de las náuseas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer en pequeñas cantidades y con frecuencia para evitar el estómago vacío. Los helados, flanes, crema, pueden darle suficientes calorías sin estimular náuseas. • Si el olor a comida intensifica su náusea, tome comidas frías como queso, carnes frías, verduras, etc. <p>Si la náusea es intensa o hay vómito solicite al médico la medicación respectiva. Recuerde que esta medicación debe tomarlo en forma regular, incluso en la noche para que se obtenga el efecto deseado.</p> <p>DISNEA</p> <p>Es la sensación subjetiva y desagradable de dificultad para respirar, es un síntoma de los más temidos por el paciente, la familia y el equipo de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No dejar al paciente solo: acompañarlo para disminuir el miedo y la ansiedad • Colocar al paciente en la posición más cómoda para él; generalmente suele ser sentado o semisentado porque aprovechan su volumen pulmonar y la utilización de los músculos accesorios • Pedirle que respire lenta y profundamente por la nariz • Eliminar el aire de la boca con los labios fruncidos • Realizar el ejercicio durante un minuto y descansar dos minutos • Administrar oxígeno humidificado • Disminuir la ansiedad transmitiendo tranquilidad, confianza, seguridad y control de la situación, mantener un ambiente tranquilo, silencioso y sereno alrededor del paciente evitando ruido molesto. • Ventilar la habitación, procurar que la cama se encuentre cerca de una ventana. Dirigir una corriente a la cara del paciente con un abanico o un ventilador (reduce la sensación de ahogo). 	30 minutos	Lic. Cecilia Domínguez
--	--	------------	------------------------

<p>explicar sobre úlceras por decúbito y anorexia</p>	<p>CONSTIPACIÓN</p> <p>Es la disminución de la frecuencia de la defecación, con materia fecal dura y difícil de eliminar, asociada algunas veces disconfort abdominal, anorexia, náusea y dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente no debe estar de sin evacuar más de tres días • Aumentar la ingesta de líquidos (favorecen la motilidad del intestino por reducción de la consistencia de la materia fecal) • Aumentar la ingesta de fibra (aumente la motilidad del intestino por aumento del volumen de materia fecal porque atraen agua) • Aumentar la actividad física, indicando la realización de ejercicios según las posibilidades de cada paciente • Laxantes se debe indicar de rutina cuando se comienza el tratamiento con analgésico u opioides; la dosis se deben individualizar gradualmente para obtener el objetivo indicado sin provocar vómito o diarreas. <p>ULCERAS POR DECÚBITO</p> <p>También llamada úlceras por presión o escaras, son lesiones provocadas por una presión externa continua, mayor presión tisular, que disminuye la circulación y el aporte de oxígeno, y desencadena hipoxia tisular y necrosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La asistencia de pacientes de riesgo son: prevenir, evitar la progresión, y evitar las complicaciones. • Lavar la zona afectada con agua templada y jabón neutro, secar sin frotar • Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves para favorecer la circulación • Eliminar la presión y los roces en la zona afectada evitando cualquier postura que aumente la presión sobre ella. • Utilizar apósitos reductores de presión, retirando los aros internos para que la zona afectada quede dentro de ellos y libre de presión. • Aumentar la frecuencia de los cambios de posición 		
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Extremar los cuidados generales de la piel • Extremar la vigilancia de la zona afectada y otras áreas de riesgo <p>ANOREXIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito. Incapacidad del paciente para comer normalmente. • Informar al paciente, familia y cuidadores principales. • Evaluar la intensidad de los síntomas por separado. • Evaluar los hábitos y preferencias nutricionales. Averiguar las comidas que agradan o disgustan al paciente, así como las preferencias culturales y religiosas relativas a las opciones alimentarias. • Aumentar la frecuencia de las ingestas pero en menores cantidades. Es importante el aumento de la ingesta calórica para incrementar la energía y reducir la pérdida de peso y el aumento de la ingesta proteica para facilitar la reparación y regeneración celular. • Recomendar al paciente que coma varias comidas ligeras a intervalos frecuentes a lo largo del día. • Estimular la higiene bucal y prevenir lesiones o sequedad. <p>Ver anexo.</p>		
--	--	--	--

(ver anexo # 13)

RESULTADO Nº 5

VISITAS DOMICILIARIAS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

PRODUCTO 5

CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria se encuentra entre las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria

El modo en el que se organiza la visita domiciliaria está recogido en los programas y protocolos de cada área de salud, y el instrumento para la realización por parte de los de una atención domiciliaria correcta y organizada es el Programa de Atención Domiciliaria. La actuación de estos equipos y sus respectivos profesionales, entre ellos la enfermería en un papel destacado, se muestra indispensable para una correcta valoración de la eficacia de dichas intervenciones.

OBJETIVOS

- Mejorar el estado de salud de la persona mayor: intentar trasladar el mayor número de niveles de cuidados posibles al domicilio.
- Mantenerla en su propio medio: proporcionar independencia, integración con el entorno, evitar el aislamiento y el desarraigo.
- Servir de apoyo a la persona de cuidado paliativo y a su familia o del cuidador

AGENDA DE VISITAS DOMICILIARIAS

(Ver anexo # 7 – 14)

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O
1.Reunion y asesoramiento con servicio de cuidados paliativos	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
2.Creacion de plantilla de visitas domiciliarias	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito		x		
3.Ejecucion de visitas	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito			x	
4.Tabulacion de visitas domiciliarias	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes y familiares del Hospital Solca Núcleo de Quito				x

TABLA # 1

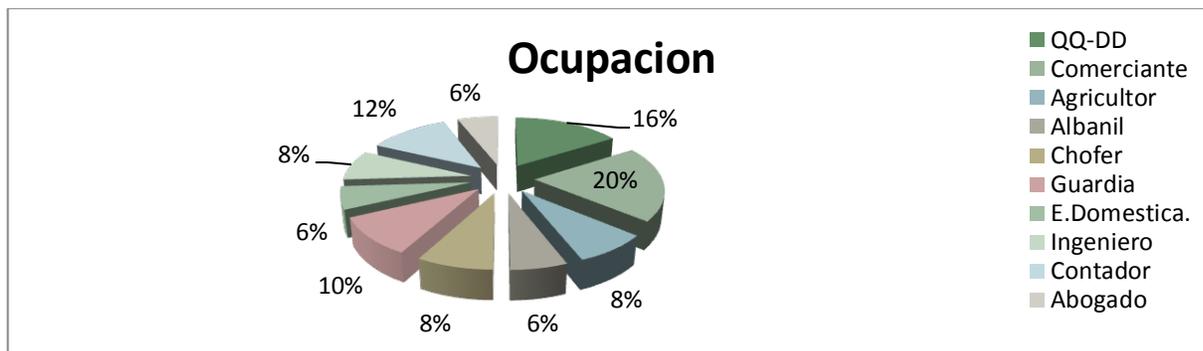
1. Ocupación en el Paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

OCUPACIÓN	No	%
QQ-DD	16	16%
COMERCIANTE	20	20%
AGRICULTOR	8	8%
ALBANIL	6	6%
CHOFER	8	8%
GUARDIA	10	10%
EMPLEADA DOMESTICA	6	6%
INGENIERO	8	8%
CONTADOR	12	12%
ABOGADO	6	6%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 1



Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 20% que es la mayoría corresponde a los comerciantes y en un 6%, la minoría, a los que trabajan como albañiles, abogados y empleadas domesticas

TABLA # 2**2. Instrucción en el Paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.**

INSTRUCCIÓN	No	%
PRIMARIA	35	35%
SECUNDARIA	50	50%
SUPERIOR	15	15%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 2

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Según los resultados obtenidos podemos ver que la Instrucción de los pacientes Paliativos, la que predomina es la Secundaria con el 50% y en menor porcentaje la Superior con un 15%.

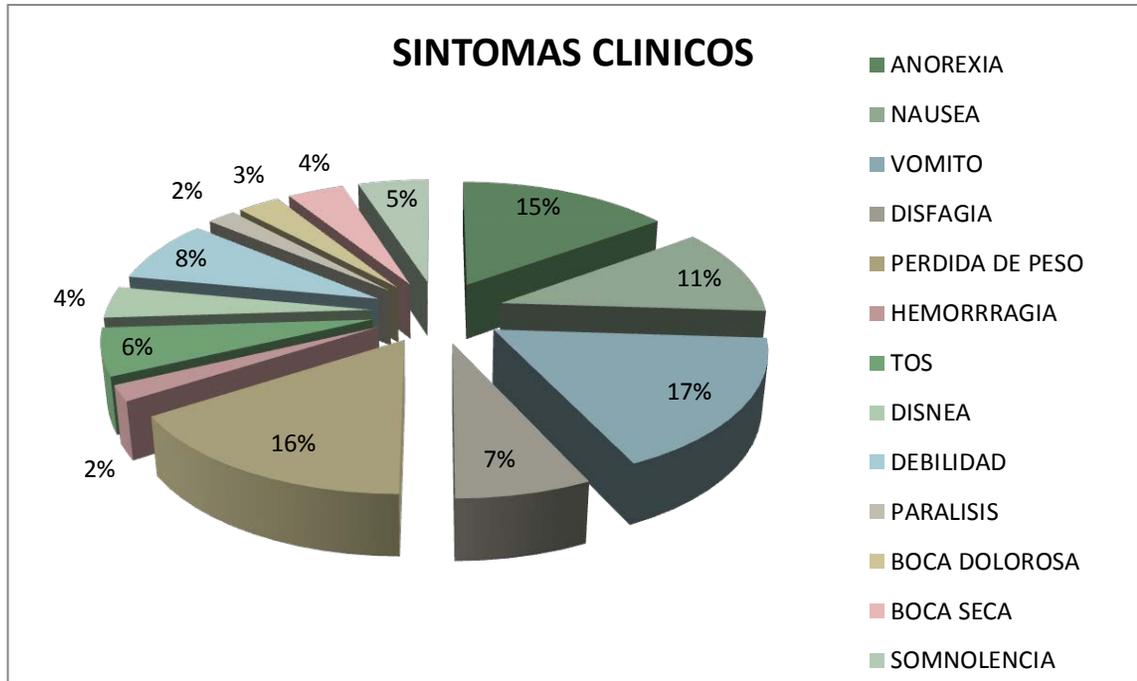
TABLA # 3**3. Síntomas Clínicos en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010**

SÍNTOMAS CLÍNICOS	No	%
ANOREXIA	15	15%
NAUSEA	11	11%
VOMITO	17	17%
DISFAGIA	7	7%
PERDIDA DE PESO	16	16%
HEMORRAGIA	2	2%
TOS	6	6%
DISNEA	4	4%
DEBILIDAD	8	8%
PARÁLISIS	2	2%
BOCA DOLOROSA	3	3%
BOCA SECA	4	4%
SOMNOLENCIA	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Los síntomas clínicos en el paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 3



Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital

Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Predomina el vómito con el 17% y en menor porcentaje la hemorragia y parálisis con un 2%.

TABLA # 4

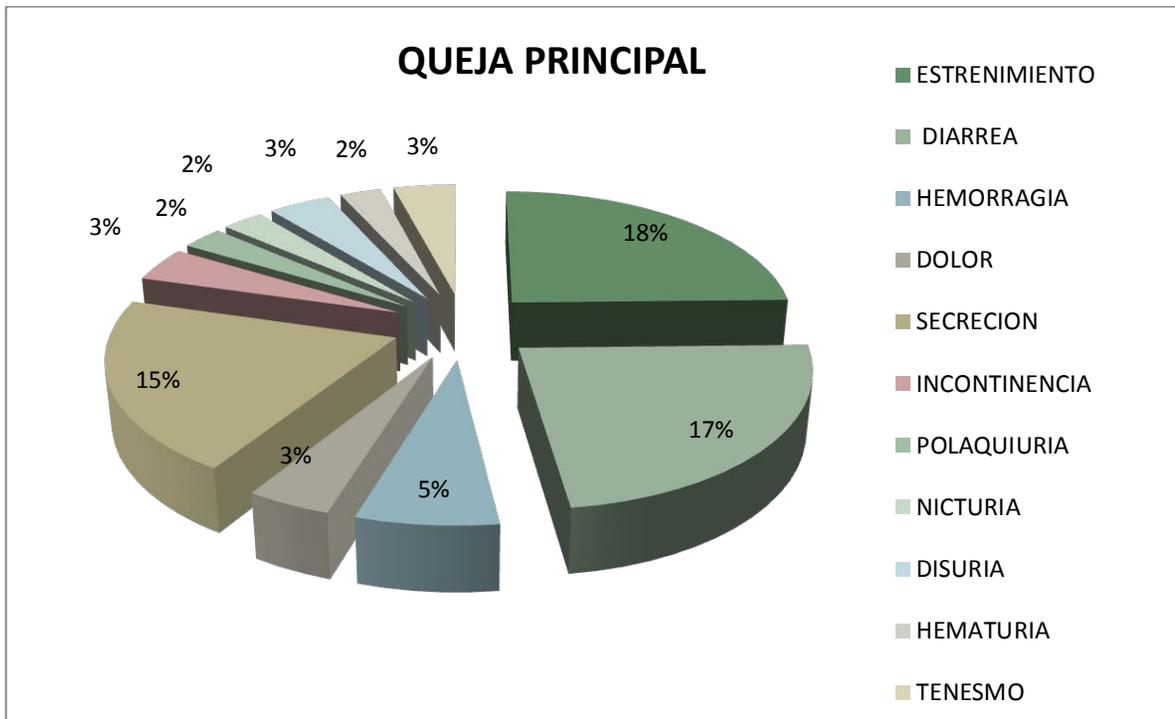
4. Queja Principal en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

QUEJA PRINCIPAL	No	%
ESTREÑIMIENTO	18	18%
DIARREA	17	17%
HEMORRAGIA	5	5%
DOLOR	30	3%
SECRECIÓN	15	15%
INCONTINENCIA	3	3%
POLAQUIURIA	2	2%
NICTURIA	2	2%
DISURIA	3	3%
HEMATURIA	2	2%
TENESMO	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada en el paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 4



Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El estreñimiento ocupa el 18% corresponde al mal mayor y en menor porcentaje la hematuria, polaquiuria y tenesmo con un 2%.

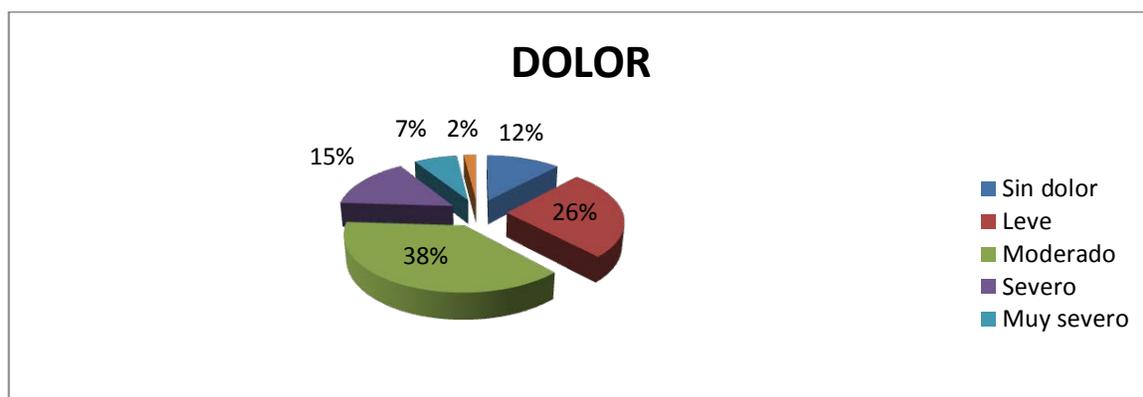
Tabla # 5

**5. Dolor en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca
Núcleo de Quito 2010**

DOLOR	N*	%
Sin dolor	12	12%
Leve	26	26%
Moderado	38	38%
Severo	15	15%
Muy severo	7	7%
Intolerable	2	2%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 5

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El dolor moderado alcanza el 38% y solamente el 2% es intolerable.

Tabla # 6

6. Signos y Síntomas en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

SIGNOS Y SINTOMAS	No	%
ICTERICIA	10	10%
GLÁNDULAS LINFÁTICAS	5	5%
PALIDEZ	30	30%
CIANOSIS	23	23%
EDEMA	17	17%
CAQUEXIA	15	15%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada en el paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 6

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 30% que es la mayoría, corresponde a palidez y el 5% a Glándulas linfáticas.

Tabla # 7

7. Manejo de los procedimientos realizados en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

MANEJO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	No	%
SONDA VESICAL	57	57%
CISTOTOMÍA	10	10%
SNG	13	13%
GASTROSTOMÍA	20	20%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada en el paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 7

Fuente: Visita domiciliaria aplicada en el paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El mayor procedimiento utilizado es el manejo de sonda vesical que comprende el 57% a diferencia de solo el 10 % de Cistotomía.

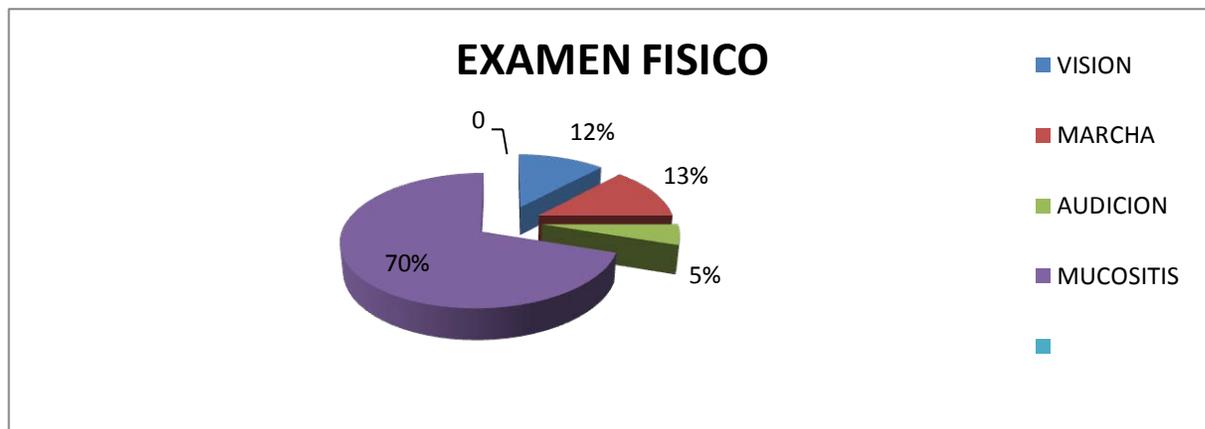
Tabla # 8

8. Examen Físico realizados en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

EXAMEN FÍSICO	No	%
VISIÓN	12	12%
MARCHA	13	13%
AUDICIÓN	5	5%
MUCOSITIS	70	70%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada en el paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 8

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Existe un gran porcentaje, (70%) que corresponde a mucositis y el 5 % con problemas auditivos.

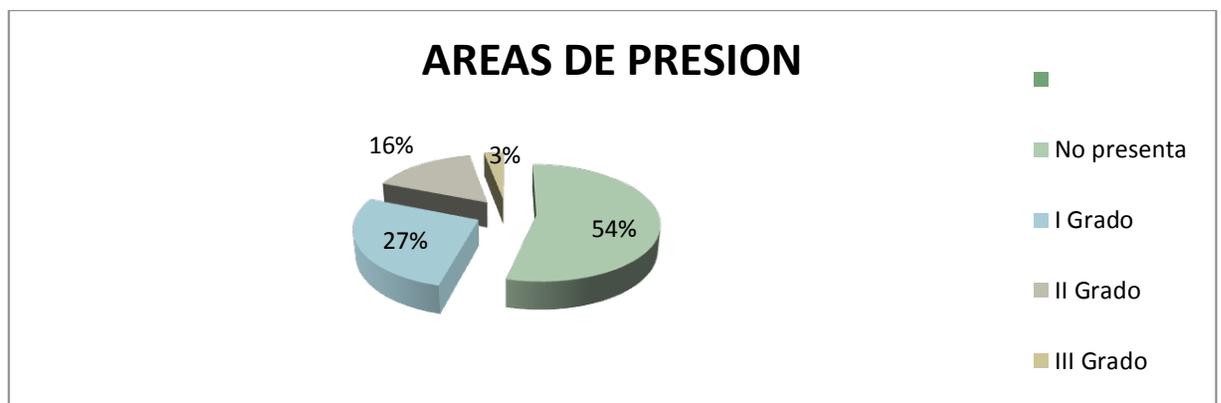
Tabla # 9

9. Áreas de presión en los pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

ÁREAS DE PRESIÓN	No	%
No presenta	54	54%
Primer grado	27	27%
Segundo grado	16	16%
Tercer grado	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 9

Fuente: Visita domiciliaria aplicada al paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 54% no presentan zonas de presión, debido al buen manejo y cuidados de personal de salud y de familiares; el 3% corresponde a áreas de presión de III grado.

Tabla #10

PROBLEMAS	ACCIONES
VOMITO	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar bebidas ligeramente agrias y de vez en cuando algunas gotas de limón, que tienen un efecto depresor de la nausea. - Comer pequeñas cantidades y con frecuencia para evitar el estomago vacio. Los helados, flanes, cremas pueden darle suficientes calorías sin estimular la nausea. - Si el olor a comida intensifica su nausea, tome comidas frías como queso, carnes frías, verduras, etc. - Si la nausea es intensa se administrar algún antiemético de acción central se tomara de forma regular.
DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> -Titular la dosis, según el balance analgesia, efectos secundarios, hasta encontrar la que controla el dolor con menores efectos indeseables. - Indicar dosis fijas según duración de acción - Indicar dosis de rescate - Ajustar las dosis aumentando o reduciendo en 30 – 50% las dosis previas; la mayoría de los pacientes necesitan ajuste frecuente de la dosis
ZONAS DE PRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la piel limpia con baños diarios - Mantener la piel seca en pliegues y espacios interdigitales - Mantener la ropa de cama limpia, seca y bien estirada, utilizar camisones abiertos. - Establecer un esquema escrito de rotación de posiciones, realizar cambios de posición cada 2 horas en el paciente acostado y cada 1 hora en el paciente sentado.

	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar masajes para mejorar la circulación - Evitar presiones prolongadas en las zonas de riesgo con dispositivo como coderas y taloneras. - Utilizar almohadas para aumentar el máximo confort y mantener el cuerpo alineado. - Estimular al paciente que puede movilizarse a que lo haga, enseñar rutinas de ejercicio de acuerdo a sus posibilidades. - Realizar movilización pasiva en pacientes con alteración de la movilidad, utilizando movimientos de flexión-extensión-abducción - aducción.
MUCOSITIS	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado de la boca diariamente. - Implementar un plan terapéutico, según las afecciones detectadas. - Elegir un tratamiento a la vez para cada afección, y no mezclar las diferentes soluciones. - La presencia de candidas en la cavidad oral ocasionan alteraciones del gusto, lengua áspera e incluso dificultad en la deglución. - No mezclar bicarbonato con nistatina porque la inactiva. - Humedecer con cubitos de hielo. - Hacer que la familia participe en el cuidado de la boca
DISNEA	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar técnicas de reducción de actividad muscular que generan disnea. - No dejar al paciente solo, acompañarlo para disminuir el miedo y la ansiedad. - Administrar oxígeno no invasivo más cómodo, máscara naso bucal, cánula nasal, cánula bucal. - Colocar al paciente en la posición más cómoda, generalmente suele ser sentado o semi sentado, porque aprovecha mejor su

	<p>volumen pulmonar y la utilización de los músculos accesorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la ansiedad transmitiendo tranquilidad, confianza, seguridad y control de a situación manteniendo un ambiente tranquilo, silencioso y sereno alrededor del paciente evitando ruidos molestos. - Ventilar la habitación, procurar que la cama se encuentra cerca de una ventana. Dirigir una corriente de aire fresco a la cara del paciente, con un abanico o un ventilador (reduce la sensación de ahogo)
ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la ingesta de líquidos favorecen la motilidad del intestino por reducción de la consistencia de la materia fecal. - Aumentar la ingesta de fibra - Administración de laxantes cuando se comienza tratamiento con opiodes. - Aumentar la actividad física según las posibilidades de cada Paciente. - Si ocurre diarreas suspender laxantes.
MANEJO DE CATÉTERES	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos. - Medidas generales de asepsia y antisepsia. - Limpiar el sitio seleccionado, comenzando del centro y moviéndose en circulo hacia fuera en el sentido de las agujas del reloj. - Informar al paciente los motivos y las ventajas del uso de catéteres. - La frecuencia de las curaciones depende de cómo se encuentra cada uno de ellos - Colocar la cinta adhesiva para sostener los catéteres para evitar accidentes de salidas

RESULTADO Nº 6

USUARIO EXTERNO MOTIVADO

PRODUCTO 6

TALLER DE MOTIVACIÓN AL USUARIO EXTERNO

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos que cada día incrementa su relación con el desarrollo de la vida de los seres humanos es la motivación, esto ocurre tanto en lo personal, como en lo laboral. Motivar a alguien, en sentido general, no es más que crear un entorno en el que éste pueda satisfacer sus objetivos aportando energía y esfuerzo.

Si meditamos sobre el comportamiento en la vida íntima, nos daremos cuenta de nuestra preferencia y accionamiento por lo que estamos motivados, ese algo que nos impulsa, que nos compromete, pues eso mismo ocurre en nuestra vida laboral.

Algo muy importante que debemos plantear, es que la motivación no se caracteriza como un rasgo personal, sino por la interacción de las personas y la situación, de ahí la importancia que los directivos dominen esto para que valoren y actúen, procurando que los objetivos individuales coincidan lo más posible con los de la organización.

OBJETIVOS

- Desarrollar su auto concepto positivo y que lo haga verbalizándolo y expresándolo públicamente.
- Cultivar la autoestima al recibir la imagen positiva que los compañeros proyectan sobre cada uno.
- Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas debido a que no les permiten tener un buen concepto propio.
- Mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales

(Ver anexo # 15)

TALLER DE MOTIVACIÓN AL USUARIO EXTERNO

Área de acción: Servicio de cuidados paliativos

Número de beneficiarios: 50

Lugar de ejecución: Solca

Responsable: Dra. María Cristina Cervantes y Voluntarias (docente)

Coordinadora: Lcda. Cecilia Domínguez (Maestrante)

Apoyo Dra. Mercedes Díaz

Dra. Edith Dueñas (Psicóloga)

FECHA	LUGAR	INSTRUCTORA	COORDINADORA	ASISTENTES	ACTIVIDADES
15 JUNIO 2010	SOLCA	Jefe del servicio	Lcda. Cecilia Domínguez	25	Recoger a los pacientes en taxi
		Voluntarias		18	Desayuno
		Colaboradores		20	Reflexión de la biblia
				32	Juego de domino
29 JUNIO 2010	SOLCA	Jefe del servicio	Lcda. Cecilia Domínguez	20	Almuerzo
		Voluntarias		25	Recoger a los pacientes en taxi
		Colaboradores		18	Desayuno
				20	Reflexión de la biblia
				25	Juego de damas
				20	Almuerzo
13 JULIO 2010	SOLCA	Jefe del servicio	Lcda. Cecilia Domínguez		Recoger a los pacientes en taxi
		Voluntarias		20	Desayuno
		Colaboradores		20	Reflexión de la biblia
				40	Juego de ajedrez
				20	Almuerzo
27 JULIO 2010	SOLCA	Jefe del servicio	Lcda. Cecilia Domínguez	18	Recoger a los pacientes en taxi
		Voluntarias		20	Desayuno
		Colaboradores		30	Reflexión de la biblia
				30	Juego de dados
				20	Almuerzo
10 AGOSTO 2010	SOLCA	Jefe del servicio	Lcda. Cecilia Domínguez	18	Recoger a los pacientes en taxi
		Voluntarias		20	Desayuno
		Colaboradores		30	Reflexión de la biblia
				30	Juego de domino
				20	Almuerzo
24 AGOSTO 2010	SOLCA	Jefe del servicio	Lcda. Cecilia Domínguez	18	Recoger a los pacientes en taxi
		Voluntarias		20	Desayuno
		Colaboradores		30	Reflexión de la biblia
				30	Juego de cartas
				20	Almuerzo

AGENDA DE TALLER DE MOTIVACIÓN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O
1.Observacion y priorización de necesidades	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
2.Planificacion de taller de motivación	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes del Hospital Solca Núcleo de Quito	x			
3.Informar al usuario sobre día de ejecución (ver anexo # 8)	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes del Hospital Solca Núcleo de Quito		X		
4.Ejecucion de taller	Lic. Cecilia Domínguez	Pacientes del Hospital Solca Núcleo de Quito		X	X	X

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO 2010

Desarrollo del taller de motivación Agosto del 2010

REFLEXIÓN



MOTIVACION



RECREACIÓN



CONCLUSIONES

Las actividades desarrolladas en los talleres fueron de gran interés llamando la atención de los participantes, mostrando desde otro punto de vista lo que es la motivación, lo que garantiza un trato digno, información completa y atención oportuna y de calidad a los usuarios.

En este taller aprendimos que para motivarse no necesitamos de grandes presupuestos, sino más bien una sonrisa amable, una atención oportuna, una información correcta, un trato con calidez nos hace ser más eficaces dependientemente del presupuesto asignado.

La gerencia debe mirar a la motivación como una herramienta indispensable para poner a la institución dentro del mundo de la competitividad.

Los talleres de motivación, deberían ser planificados y desarrollados de forma periódica, lo que garantizaría la continuidad del proceso

RESULTADO 7

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

PRODUCTO7

7.1 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN

Evaluar es comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante la acción lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a la programación previa.

La evaluación no es un evento aislado, sino más bien un proceso continuo a lo largo de un proyecto. La evaluación se convierte así, en una herramienta para mejorar, ver las necesidades de efectuar ajustes.

OBJETIVO

- Valorar la consecución de los objetivos propuestos en la planificación del proyecto, basándonos en los indicadores planteados para cada componente para mejorar la satisfacción del usuario.

METODOLOGÍA

La evaluación del Proyecto del programa de mejoramiento del servicio de paliativos del Hospital Solca Núcleo de Quito está basado en el cumplimiento de los indicadores para los siete resultados propuesto en la Matriz del Marco Lógico, y se lo hizo de forma continua a lo largo de su ejecución, y realizando los ajustes pertinentes. Una vez ejecutado el proyecto, se realizaron las encuestas de satisfacción tanto del usuario interno como externo (ver anexo # 9 – 10))

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO

COMPONENTES DEL PROYECTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1. Socialización e institucionalización del Proyecto	El 100% a las autoridades. El 95% al personal de enfermería del servicio de cuidados paliativos
2. Guía de atención de enfermería elaborado, implementado y evaluado	100% del manual de atención implementado
3. Talento humano interno capacitado sobre calidad de atención al usuario	90% del personal de enfermería capacitado
4. Programa de capacitación al usuario Externo	90% del usuario externo capacitado
5. Creación e implementación de visitas domiciliarias en el servicio de cuidados paliativos	El 100% de visitas domiciliarias implementadas en el servicio de paliativos
6. Taller de motivación al usuario externo	El 90% del usuario externo motivado
7. Evaluación del proyecto	100% de cumplimiento de resultados

7.2. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. Teniendo como marco general estas referencias, se ha elaborado la presente

“Encuesta de Satisfacción a los usuarios” que pretende recoger la percepción sobre el mejoramiento de atención del servicio de cuidados paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

AGENDA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	CRONOGRAMA			
			Septiembre			
			1	2	3	4
1.Verificación del cumplimiento del cronograma de actividades	Lic. Cecilia Domínguez	Coordinadora del servicio de paliativos y colaboradores	x			
2.Encuesta de satisfacción al usuario interno y externo	Lic. Cecilia Domínguez	Coordinadora del servicio de paliativos y colaboradores		x	x	
3.Observación directa del mejoramiento del servicio de cuidados paliativos	Lic. Cecilia Domínguez	Coordinadora del servicio de paliativos y colaboradores				x

ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO

TABLA # 1

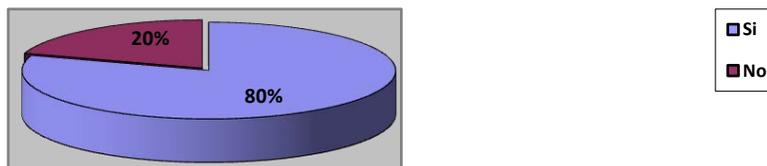
1. Su problema de salud se resolvió con prontitud.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentajes
Si	40	80%
No	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO Nº 1



Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

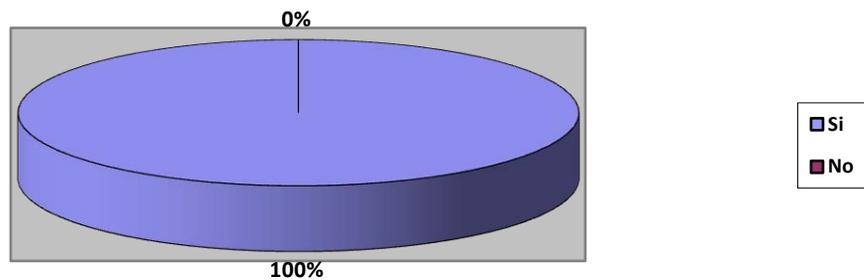
El 80% indicaron que su problema de salud se la resolvió en forma oportuna y el 20% que no, ya que continúan realizándose ciertos exámenes para confirmar su diagnóstico.

TABLA #2**2. El personal del servicio de cuidados paliativos lo identifica por su nombre**

Respuesta	Número de encuestados	Porcentajes
Si	50	100%
No	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO# 2

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

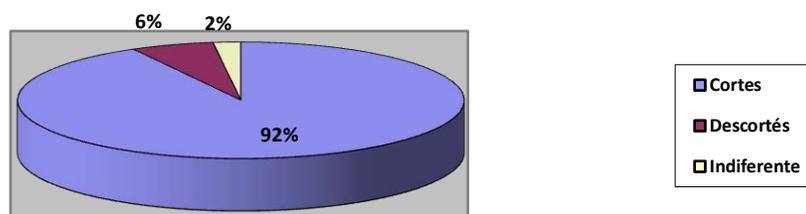
El paciente es tratado como persona y no como un número de cama o diagnóstico, se está respetando uno de los derechos del paciente.

TABLA # 3**3. Cómo percibe usted el trato en la atención de Enfermería**

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Cortes	46	92%
Descortés	3	6%
Indiferente	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca
Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 3

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca
Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

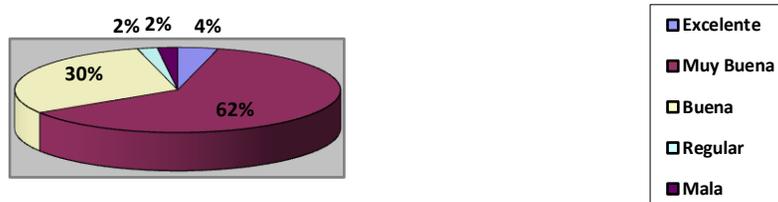
Los talleres de capacitación y motivación influyen positivamente en los usuarios internos y esto refleja en la atención brindada.

TABLA # 4**4. Cómo valora usted la atención de Enfermería recibida en el servicio de cuidados paliativos**

Respuesta	Número de encuestados	Porcentajes
Excelente	2	4%
Muy Buena	31	62%
Buena	15	30%
Regular	1	2%
Mala	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 4

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

Nuestra próxima meta sería alcanzar un porcentaje de atención excelente, descartando completamente la atención regular y mala.

TABLA # 5

5. Ha recibido información sobre normas del servicio de cuidados paliativos

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	45	90%
No	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 5



Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

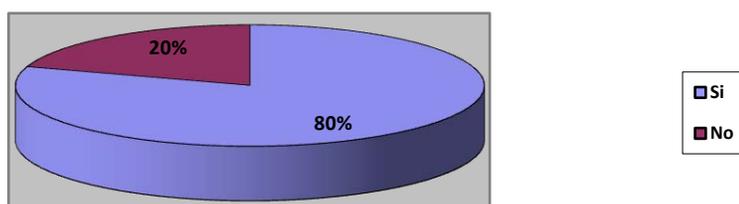
Gran porcentaje de los encuestados indican que conocen sobre normas del servicio y el 10% que no, por lo que necesitamos mayor difusión.

TABLA # 6**6. Conoce usted sobre su tratamiento**

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	40	80%
No	10	20%
Total	50	100

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 6

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

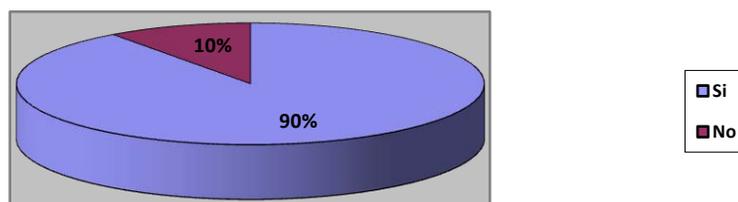
El 80% de los resultados da a conocer que saben de su tratamiento, y las reacciones que pueden presentarse, a diferencia del 20% que desconoce sobre el mismo.

TABLA # 7**7. Sabe usted sobre su alimentación y cuidado**

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	45	90%
No	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 7

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

La gran mayoría se preocupa por su alimentación y cuidado (90%), pero al 10% le es indiferente, esperando que con los próximos talleres se logre el 100%.

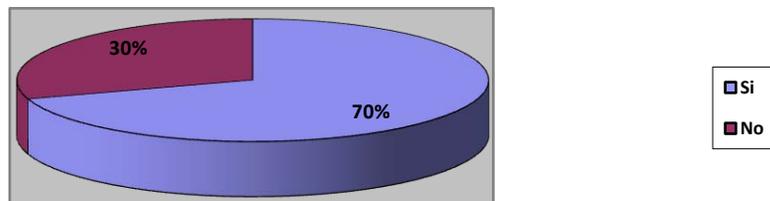
TABLA # 8

8. Cree usted que el número de personal que laboran en los servicios es el adecuado de acuerdo al número de pacientes.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	35	70%
No	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 8

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito. 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

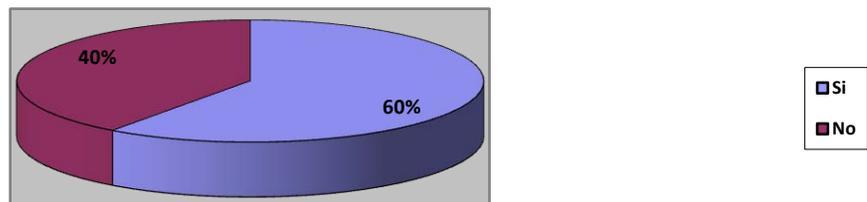
Un buen porcentaje (70%) indica que la atención es adecuada con el personal actual y el 30% restante manifiesta que deberían implementar trabajadores.

TABLA #9**9. Sabe usted que es una unidad de Cuidados Paliativos**

Respuesta	Numero de encuestado	Porcentaje
Si	30	60%
No	20	40%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito. 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 9

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

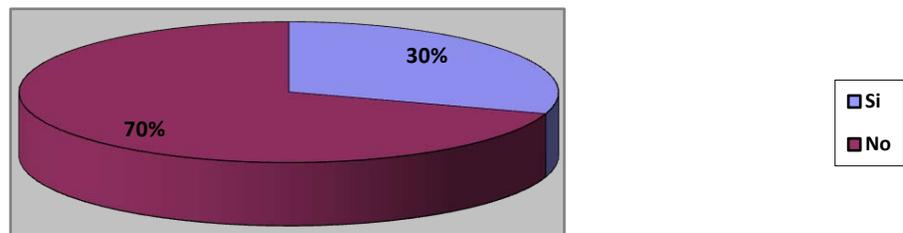
La Unidad de cuidados paliativos, no es ajena para el 60% de los pacientes, y el 40% desconoce de sus beneficios y entrega.

TABLA #10**10. Conoce grupos de apoyo o talleres existentes para el paciente**

Respuesta	Numero de encuestador	Porcentaje
Si	15	30%
No	35	70%
total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 10

Fuente: Encuestas aplicadas paciente de Cuidados Paliativos en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

Grupos de apoyo y talleres, son desconocidos para el 70% de encuestados. Un 30% si conoce, pero deseamos que en el futuro conozcan un 100%.

ENCUESTAS A USUARIO INTERNO

TABLA # 11

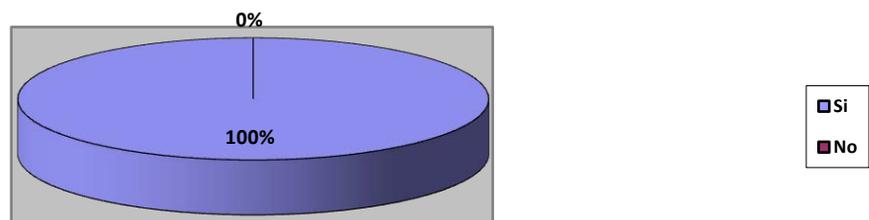
11. Sabe usted que pacientes son considerados en tratamientos paliativos.

Respuesta	Numero de encuestador	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

GRAFICO # 11



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El 100% de los profesionales de enfermería conocen que pacientes son considerados en tratamientos paliativos

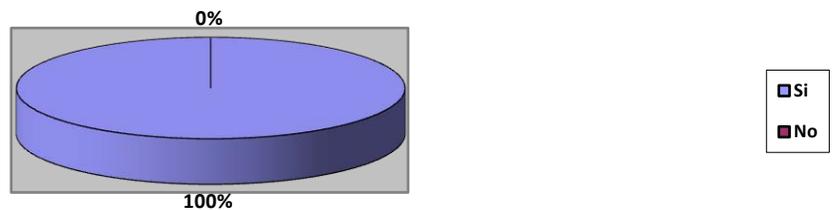
TABLA # 12

12. Cree usted que Solca necesita un servicio específico para atender a pacientes paliativos.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 12

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 100% de los profesionales de enfermería indican que Solca necesita un servicio específico de cuidados paliativos.

TABLA# 13

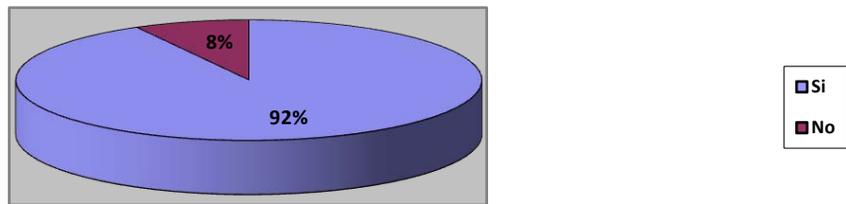
13. Conoce protocolos de atención integral del paciente paliativo

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	46	92%
No	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 13



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Los Protocolos de atención de cuidados paliativos, si despiertan interés en los usuarios y el 8% indican no saber de su existencia.

TABLA #14

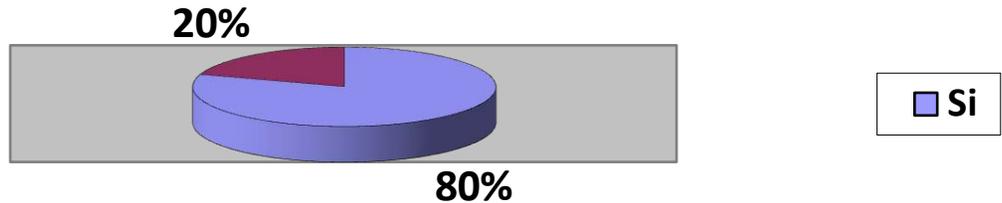
14. Cree usted que el personal está debidamente capacitado para atender pacientes en fase terminal

Respuesta	Numero de encuestado	Porcentaje
Si	40	80%
No	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 14



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 80% está debidamente capacitado para atender al paciente en cuidados paliativos, y el 20% indican no saberlo

TABLA # 15

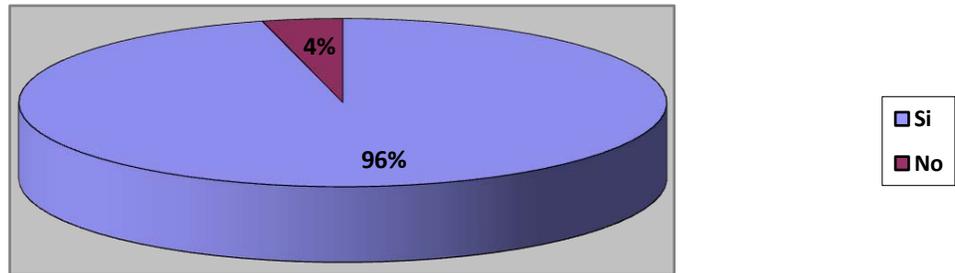
15. Sabe usted sobre tratamiento o terapia del dolor

Respuesta	Número de encuestado	Porcentaje
Si	48	96%
No	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #15



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De los encuestados el 96% indican tener conocimiento sobre terapia del dolor, y con un menor porcentaje 4% que desconoce.

TABLA#16

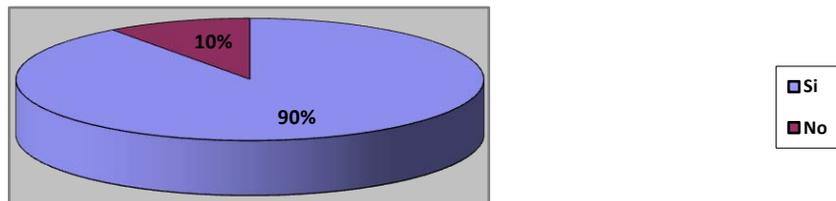
16. Cree usted que se da atención de calidad al paciente en fase terminal

Respuesta	Número de encuestado	Porcentaje
Si	45	90%
No	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 16



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 90% de los resultados nos confirman que se da atención de calidad a los pacientes de cuidados paliativos, con una minoría del 10% que no lo realiza.

TABLA #17

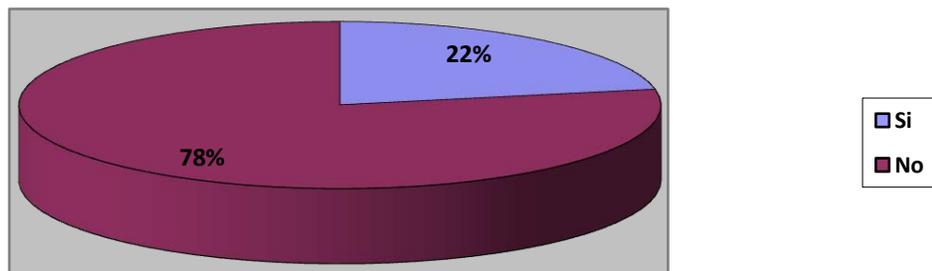
17. Conoce usted sobre visitas domiciliarias a pacientes paliativos

Respuesta	Numero de encuestados	Porcentaje
Si	11	22%
No	39	78%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 17



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 78% de los encuestados desconocen de la existencia de visitas domiciliarias, con la creación de las mismas se espera en el futuro alcanzar un mayor porcentaje para su aplicación.

TABLA # 18

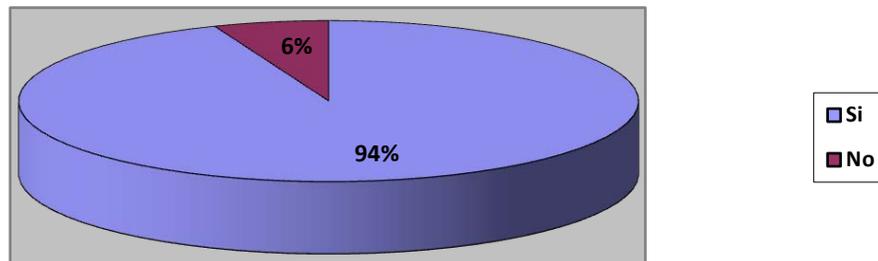
18. Cree usted que con el mejoramiento de una unidad de cuidados paliativos se descongestionaran otros servicios.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	47	94%
No	3	6%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 18



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De los resultados obtenidos el 94% confirman que un programa de mejoramiento de cuidados paliativos si descongestionan otros servicios.

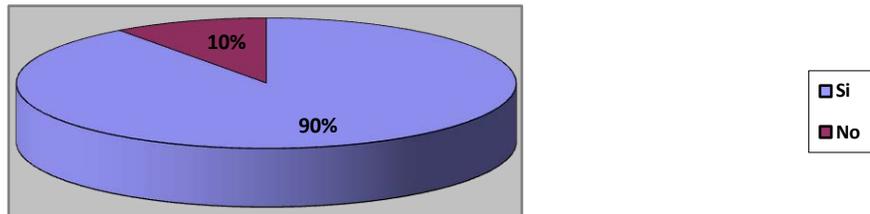
TABLA # 19

19. Cree usted que el programa de mejoramiento de servicios de cuidados paliativos puede ayudar a la calidad de vida de los pacientes

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	45	90%
No	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 19

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 90% indican que el programa de mejoramiento de la unidad de cuidados paliativos ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes, con un menor porcentaje el 10% manifiestan que no.

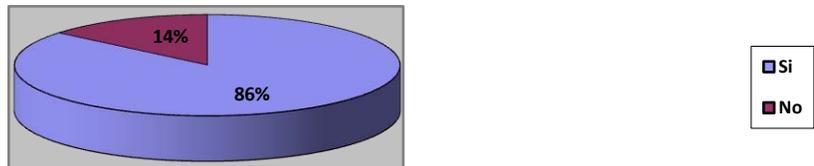
TABLA # 20

20. La creación del programa de mejoramiento del servicio de cuidados paliativos permitirá que la familia se encuentre directamente involucrada con la atención del mismo.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	43	86%
No	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 20

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De los encuestados el 86% responde que el programa de mejoramiento de cuidados paliativos permitirá que la familia se involucre en el auto cuidado del paciente, y el 14% indican que no.

10. CONCLUSIONES

10. CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo, me queda la satisfacción del deber cumplido y de haber aportado con un granito de arena para el mejoramiento de la calidad de atención en los pacientes de cuidados paliativos, ya que hay condiciones que afectan a la misma, que están presentes y no se les da la debida importancia.

Se ha visto la buena predisposición de las autoridades para poner en marcha el proyecto del programa de mejoramiento del servicio de Cuidados Paliativos.

Los programas e intervenciones en cuidados paliativos deben diseñarse de acuerdo a las necesidades y preferencias de los pacientes, alrededor de los cuales debe organizarse la provisión de los mismos, contemplando para ello las diferentes ubicaciones, niveles de atención y grados de especialización o complejidad posibles.

Debe garantizarse el acceso a programas de cuidados paliativos de calidad a todos los pacientes durante las fases avanzadas y terminales de su enfermedad independientemente de sus características socios demográficos y lugar de residencia, en cualquier nivel asistencial incluyendo la intervención de equipos específicos ante situaciones de mayor complejidad. Los programas deben ser integrales e integrados.

La cooperación, los cuidados compartidos y los mecanismos de coordinación y de intercambio de información deben ser partes sustanciales en el diseño de los programas, de forma que se establezca con la mayor precisión posible los criterios de atención, derivación y complejidad y los recursos idóneos para cada caso.

La capacitación se refiere a buscar la mejora de la eficiencia y eficacia en las labores propias de la institución, y la motivación personal va desde el manejo de los conocimientos y su forma de trabajo, hasta técnicas para disminuir el estrés.

Las Guías de atención se han constituido en un instrumento útil para la orientación del trabajo diario y especialmente para el personal de nuevo ingreso.

Los Talleres de Capacitación y motivación se realizaron, en base a las necesidades del usuario interno, lo que sirvió para conocer y reforzar los nuevos conceptos de atención al cliente

La atención en el domicilio, siempre que las preferencias, existencia de apoyo familiar, condiciones del paciente y complejidad de los cuidados lo permitan, debe ser considerada como el nivel ideal de atención de forma que el paciente permanezca el mayor tiempo posible integrado en su entorno. Se requiere por lo tanto una coordinación ágil y fluida entre los equipos de atención y los equipos de soporte de atención domiciliaria y los recursos especializados en cuidados paliativos.

11. RECOMENDACIONES

11. RECOMENDACIONES

Para conocer la calidad del programa de mejoramiento de cuidados paliativos debería implementarse un sondeo de opinión de satisfacción mensualmente en el servicio, haciendo los correctivos a su debido tiempo.

En la institución debería crearse e implementarse el área física de cuidados paliativos, estándares para medir la calidad de atención sanitaria.

Al desarrollar programas de capacitación, se debe incluir talleres de motivación. Si bien es cierto que usted como gerente lo que desea es que su institución crezca a través del mejoramiento de su equipo, que por eso lo está capacitando. Esta capacitación en muchos de los casos debe ir acompañada de una motivación personal, es decir, el mejoramiento de su equipo como seres humanos y la búsqueda de un mejor ambiente de trabajo.

La capacitación debe repetirse periódicamente. A los efectos de avanzar en estos aspectos, la formación deberá implantarse, siempre que sea posible, dentro de la jornada de trabajo y según las necesidades determinadas en el servicio.

La Guía de atención de los pacientes de cuidados paliativos se debería revisar y actualizar periódicamente, de acuerdo con los avances científicos y técnicos.

Existe al mismo tiempo evidencia y experiencia suficiente de modelo y programas de cuidados paliativos eficientes y de calidad en nuestro país. Estas experiencias deben intercambiarse y constituir la base de programas e intervenciones en aquellas Comunidades Autónomas con menor desarrollo de los cuidados paliativos.

La formación de los profesionales a todos los niveles de atención y de todas las categorías profesionales, tanto en pregrado como postgrado, debe constituir una prioridad para las instituciones académicas y sanitarias, debiéndose priorizar el manejo y control de los síntomas y situaciones más frecuentes con especial referencia al control del dolor.

Los profesionales deben contar, además, con normas y protocolos de actuación adecuados a la actividad asistencial en cuidados paliativos y que les faciliten la toma de decisiones en situaciones complejas, tanto de carácter clínico como ético.

12. BIBLIOGRAFÍA

12. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. A.Ordoñez. J. Feliuy P. Zamora. E. Espinoza. 2007 Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte del Paciente con Cáncer. Ed. Médica Panamericana. Según da Edición.
2. Astudillo Alarcón W. Mendinueta Aguirre C. Astudillo Alarcón E. 2001 **Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia.** Universidad Central del Ecuador. Primera Edición..
3. Brunner y Suddarth. 2001 Enfermería Médico-Quirúrgica. 9 ed. McGraw-Hill, Interamericana. Tomo 3. México.. Pág. 1297, 1327.
4. Brunner y Suddarth. 2001 Enfermería Médico-Quirúrgica. 9 ed. McGraw-Hill, Interamericana. Tomo 2. México.. Pág. 365 a 411.
5. Caballero, Fernando y otros. 2004 Guía Médica. Cultural S.A. España.. Pág. 261, 677, 784, 784.
6. Derek Doyle, Geoffrey Hanks, Nathan Cherny and Kenneth Calman. 2005 Oxford Texbook of Palliative Medicine. Third Edition. New York.
7. Fernández A, Santos M, Silva R. , 2005 Cáncer de mama: como detectar e cuidar. Fortaleza: editora UFC.
8. Gómez Sancho M. 2004 Avances de cuidados paliativos, tomo I gabinete de asesoramiento y formación socio sanitaria SL, pag. 96-97-98-99.
9. Gómez-Batiste Alentorn, X., Roca Casas, J., Pladevall Casellas, C., Gorchs Font, N., Guinovart Garriga, C 2001. **Atención Domiciliaria, Monografías Clínicas en ATENCION primaria.** Ed. DOYMA, Barcelona, R M López y N Maymo (Editores),: 131-149.
10. Gómez-Sancho, M., et al. 2002 **Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal.** Ed. ASTA Médica..

11. Gómez-Sancho, M., Ojeda Martin, M., Darío Garcia-Rodriguez, E., Navarro Marrero, M A. 2003 **Organización de los Cuidados del enfermo de cáncer terminal en Las Palmas – Norte**. Farmacoterapia, Vol. IX, № 4: 203-210,
12. Grupo Editorial Océano. Océano 1. 2006 Ediciones Océano. Colombia.
13. Jaramillo Juan. 2000 El cáncer, Fundamentos de Oncología. Tomo 1. Editorial Universidad Costa Rica. Vol. 1. Costa Rica.
14. Manual de Oncología Clínica. Hossfeld y Sherman. 2009 Ediciones Doyma. 2003. Barcelona España. Pág. 98-175
15. Piedra, María. 2003 Guía Didáctica. Módulo IV. Ciclo 3. Editorial UTPL. Ecuador.. Pág. 49
16. **Protocolos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. 2004**
17. Sanz Ortiz, J. 2006 **La comunicación en Medicina Paliativa** (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona),; 98; 416 - 418
18. Sanz Ortiz, J. 2007 **La Enfermedad terminal en el cáncer**. En: Medicina General y Cáncer. Manual Clínico. DOYMA (ed). Barcelona. J. Estape e I. Burgos (Directores),; 173 – 190.
19. Sanz Ortiz, J. 2004 **Principios y Practica de los Cuidados Paliativos** (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona),; 92:143 - 145

REVISTAS

20. Artículo: Solca estadística.Pdf (secures)
21. Libro de contabilidad de Solca Quito.
22. Nursing. 2008. Agosto-Septiembre. Ed. Española.vol 22, número 7. Artículo Trastornos de Ansiedad. Pág. 13-15.
23. Nursing. 2007. Noviembre. Ed. Española.vol 23, número 9. Artículo ¿Está deprimido su paciente?. Pág. 23.
24. Solca. 2007 Revista Oncológica. Vol. 17. No 3-4 Julio-Diciembre. Impresiones Senefelder. Ecuador-Guayaquil.. Pág. 109, 121.

PAGINAS WEB

25. [Http://ecl.uicc.org](http://ecl.uicc.org)
26. [Http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq)
27. [Http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados.medicosapoyo/depresion/Patient/page2/print](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados.medicosapoyo/depresion/Patient/page2/print)
28. [Http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/cuidadodetransicion/Patient/page2/print](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/cuidadodetransicion/Patient/page2/print)
29. [Http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad/Patient/page3](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad/Patient/page3)
30. [Http://www.salud.com/secciones/cancer.asp?contenido=252767](http://www.salud.com/secciones/cancer.asp?contenido=252767)
31. [Http://www.Solca.com](http://www.Solca.com)
32. [Http://www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)

13. ANEXOS

ANEXO # 1

**SOLICITUD AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA PARA
AUTORIZACION DE REALIZACION DEL PROYECTO.**

(VER ORIGINAL)

ANEXO # 2

ENCUESTA AL USUARIO INTERNO

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ENCUESTA DE INFORMACIÓN

**ATENCIÓN AL CLIENTE: MEJORAMIENTO DEL SERVICIO
BRINDADO**

OBJETIVO: Analizar el grado de conocimiento que tienen los usuarios internos que laboran en el Hospital Solca Núcleo de Quito, sobre la calidad de atención al paciente de cuidado paliativos, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de crear o implementar dicho servicio.

CUIDADO PALIATIVO :Es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

A. IDENTIFICACIÓN

1. Edad
2. Sexo
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Instrucción
6. Ingresos económicos
7. Números de hijos

8. Sabe usted que pacientes son considerados en tratamiento paliativos.

SI

NO

Cuales.....

9. Cree usted que Solca necesita un servicio específico para atender a pacientes paliativos.

SI

NO

Porque.....

10. Conoce protocolos de atención integral del paciente paliativo.

SI

NO

11. Cree usted que el personal está debidamente capacitado para atender a pacientes en fase terminal.

SI

NO

Porque.....

12. Sabe usted sobre tratamiento o terapia del dolor.

SI

NO

Cuales.....

13. Cree usted que se da atención de calidad al paciente en fase terminal.

SI

NO

Porque.....

14. Conoce usted sobre los problemas bioéticos más habituales.

SI

NO

Cuales.....

15. Cree usted con la creación de una unidad de cuidados paliativos se descongestionaran otros servicios.

SI

NO

Porque.....

16. Cree usted que el servicio a implementarse puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

SI

NO

Porque.....

17. La creación del servicio de paliativos permitirá que la familia se encuentre directamente involucrada con la atención del mismo.

SI

NO

Porque.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ENCUESTAS PARA ESTABLECER LA LÍNEA DE BASE ENCUESTA AL USUARIO INTERNO

TABLA Nº 1

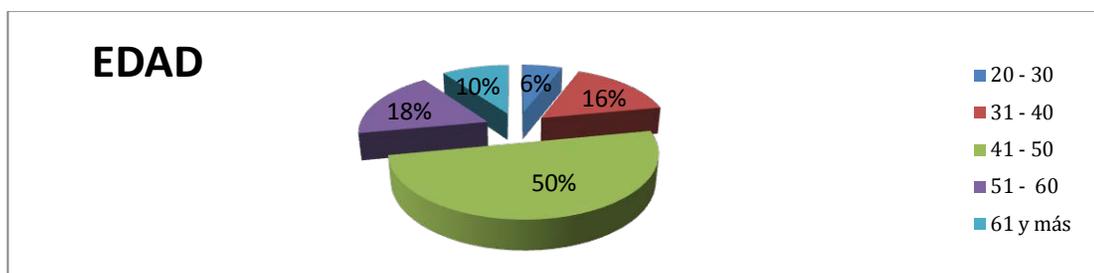
Edad en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

EDAD	Nº	%
20 – 30	6	6%
31 – 40	16	16%
41 – 50	50	50%
51 – 60	18	18%
61 y más	10	10%
Total	100	100%%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO Nº 1



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 50 % de los usuarios encuestados predominan en una edad de 41 a 50 años y siendo el menor porcentaje, el 6% entre 20 – 30 años.

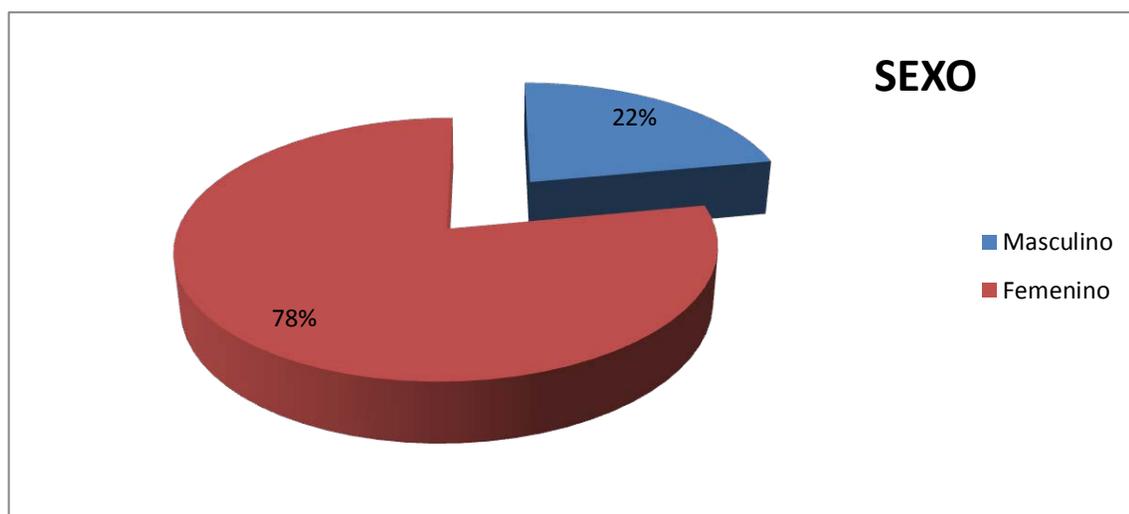
TABLA N° 2

Sexo en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

SEXO	Nº	%
Masculino	22	22 %
Femenino	78	78 %
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO N° 2

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

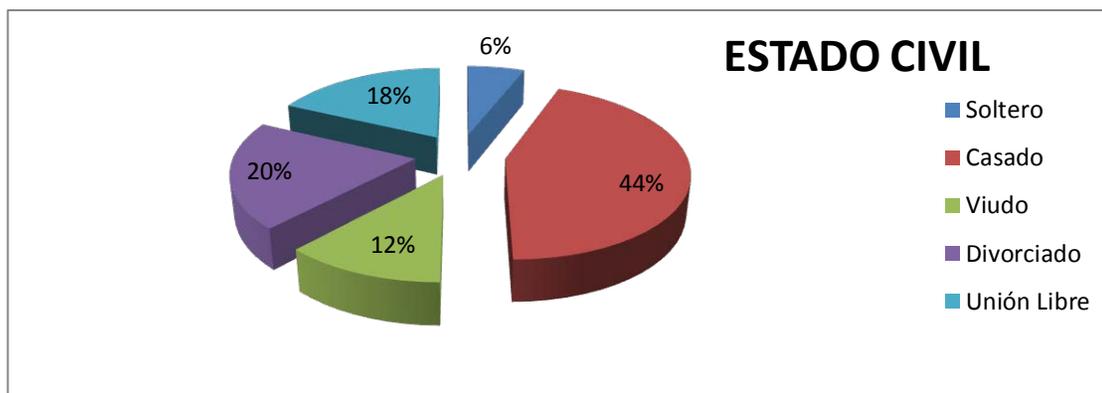
Elaborado por: Cecilia Domínguez

Predomina el sexo femenino 78% en comparación con el 22% que corresponde al sexo masculino.

TABLA N° 3

Estado civil en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero	6	6%
Casado	44	44%
Viudo	12	12%
Divorciado	20	20%
Unión libre	18	18%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.**Elaborado por:** Cecilia Domínguez**GRAFICO N° 3****Fuente:** Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.**Elaborado por:** Cecilia Domínguez.

El estado civil predominante es el de los casados con un 44%, a diferencia del personal soltero en un menor porcentaje correspondiente al 6%.

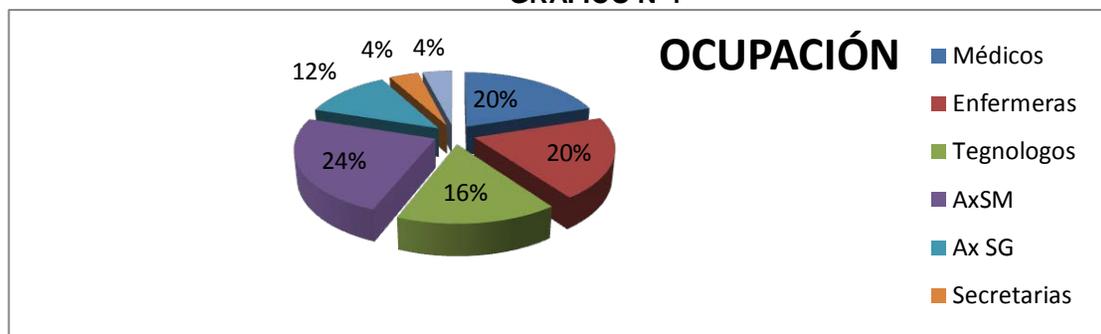
TABLA N° 4

Ocupación en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

OCUPACION	Nº	%
Médicos	20	20%
Enfermeras	20	20%
Tecnólogos	16	16%
Auxiliares Servicios Médicos	24	24%
Auxiliares Servicios Generales	12	12%
Secretarias	4	4%
Estudiantes	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO N°4

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Del personal encuestado se observa que la mayoría corresponde a Auxiliares de Servicios Médicos 24%, encontrando igualdad entre Médicos y Enfermeras 20% y una minoría entre secretarias y estudiantes correspondiente al 4 %.

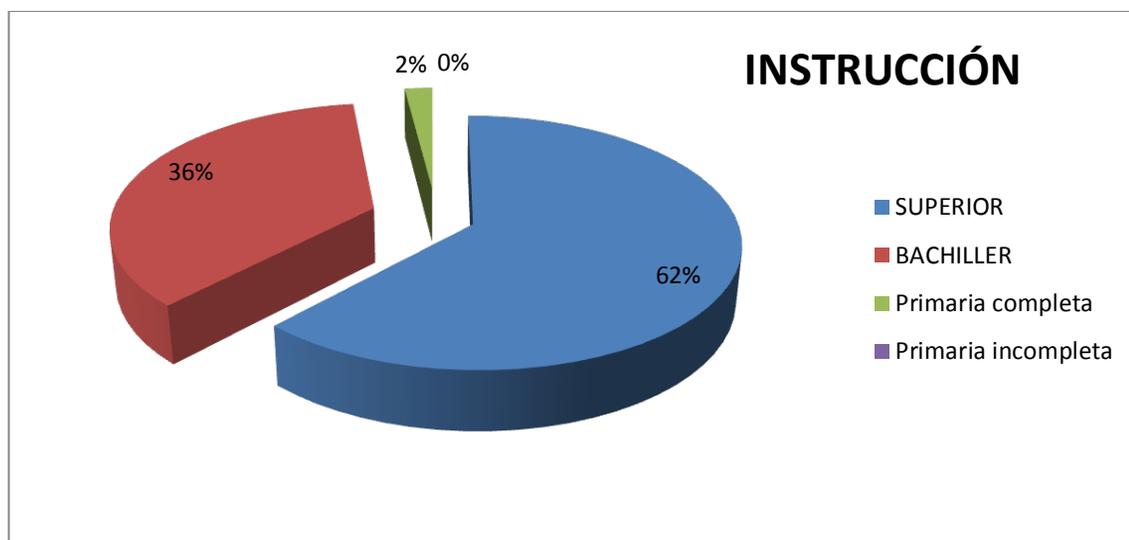
TABLA N° 5

Instrucción en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

INSTRUCCIÓN	Nº	%
Superior	62	62%
Bachiller	36	36%
Primaria completa	2	2%
Primaria incompleta	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO N°5

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

Del total de encuestados, la mayoría corresponde a Profesional con Educación de Nivel Superior 62 %, siendo la minoría un 2% de la primaria completa.

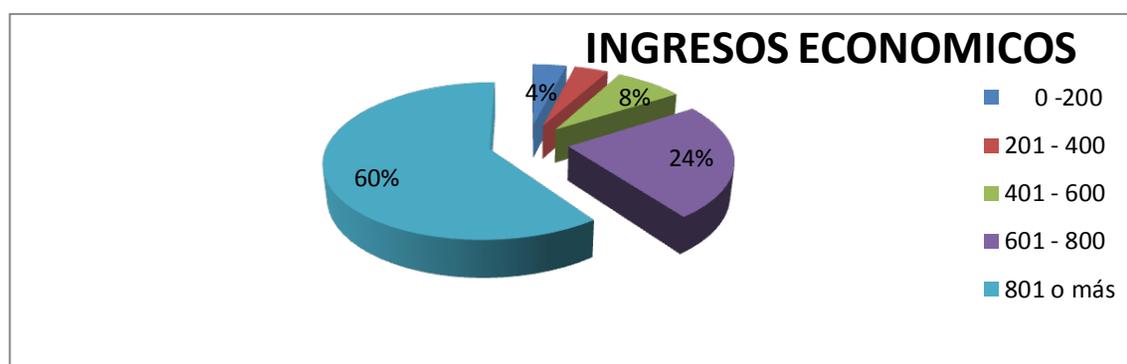
TABLA N° 6

Ingresos económicos en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

INGRESOS DOLARES	Nº	%
0 - 200	4	4%
201 - 400	4	4%
401 - 600	8	8%
601 - 800	24	24%
801 o más	60	60%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO N° 6

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

En esta tabla, se observa que el ingreso corresponde de acuerdo al cargo profesional que desempeña, siendo el más alto el 60% con un sueldo mayor a 800 dólares y existiendo un 4% correspondiente al sueldo básico.

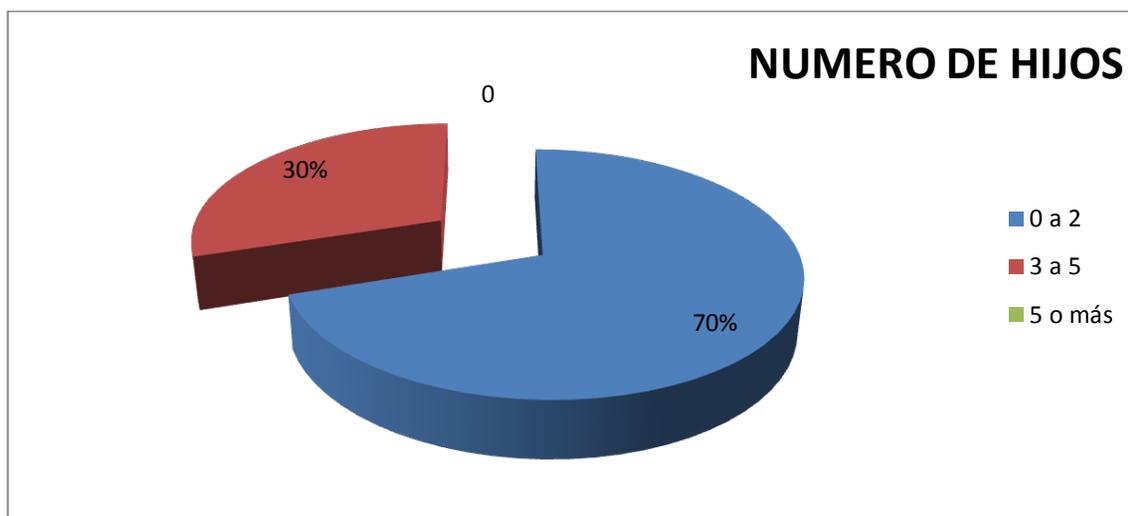
TABLA N° 7

Números de hijos en el usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

NUMERO DE HIJOS	Nº	%
0 – 2	70	70%
3 – 5	30	30%
5 o más	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

GRAFICO N°7

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

De los 100 encuestados se aprecia que un 70%, tienen una carga familiar de 0 a 2 hijos y el 30 % mayor de 3 a 5 hijos.

TABLA # 8

Sabe usted que pacientes son considerados en tratamiento paliativos.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	100	100%
No	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #8

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Todos los encuestado conocen el tipo de paciente que está en tratamiento paliativo, 100%

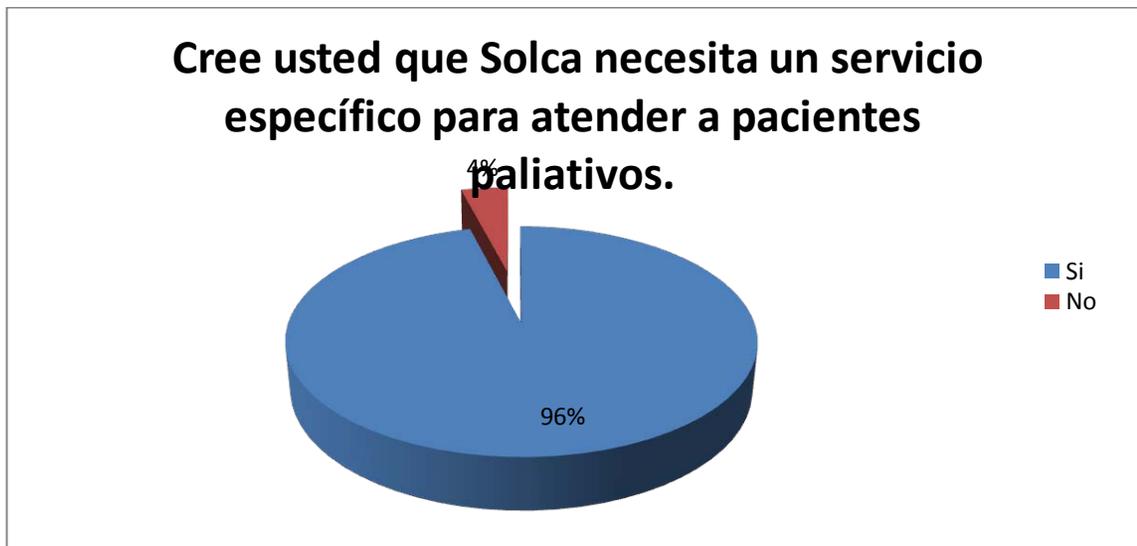
TABLA # 9

Cree usted que Solca necesita un servicio específico para atender a pacientes paliativos.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	96	96%
No	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #9

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

La mayoría, 96% considera la necesidad de crear un Servicio específico para pacientes paliativos y el 4 % indica que no.

TABLA # 10

Conoce protocolos de atención integral del paciente paliativo.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	8	8%
No	92	92%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

GRAFICO #10

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El 92%, contestaron que desconocen de la existencia de protocolos de atención integral y solo el 8% indican que si conocen.

TABLA # 11

Cree usted que el personal está debidamente capacitado para atender a pacientes en fase terminal.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	24	24%
No	76	76%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #11

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El 76% manifiesta que no existe personal capacitado, y que el 24% si está debidamente preparado, para atender a este tipo de paciente.

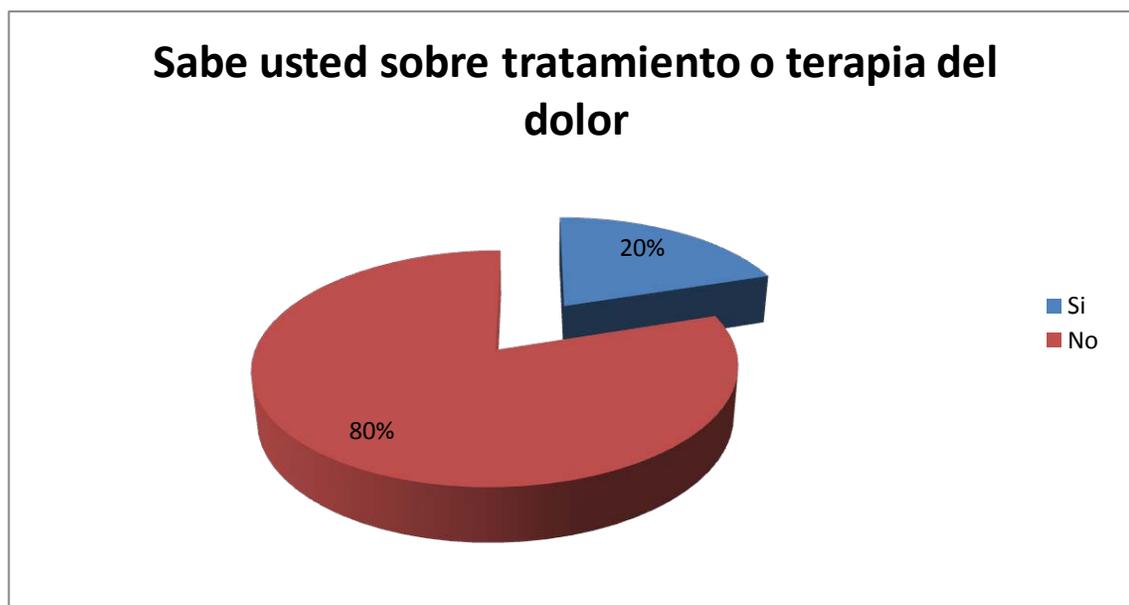
TABLA #12

Sabe usted sobre tratamiento o terapia del dolor.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	20	20%
No	80	80%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #12

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

De los encuestados el 80% respondió que si, y el 20% que no conoce sobre tratamiento o terapia del dolor.

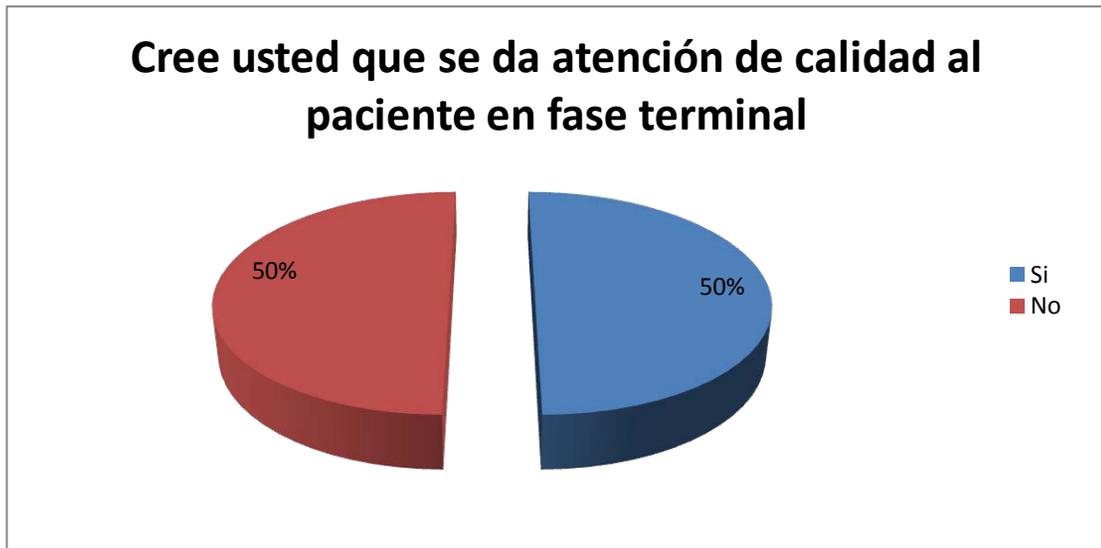
TABLA # 13

Cree usted que se da atención de calidad al paciente en fase terminal.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	50	50%
No	50	50%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #13

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El 50% respondió que si y el otro 50% dice que no se da atención de calidad al paciente en fase terminal.

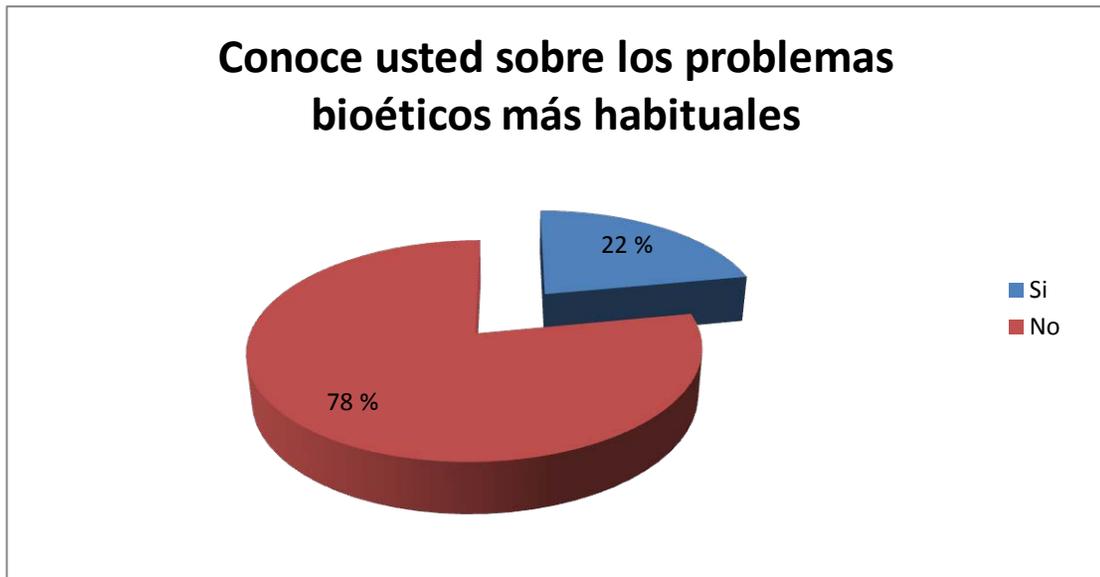
TABLA # 14

Conoce usted sobre los problemas bioéticos más habituales.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	22	22%
No	78	78%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #14

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El 78% desconoce sobre los problemas bioéticos más habituales, y el 22% indicó que sí conoce.

TABLA #15

Cree usted con la creación de una unidad de cuidados paliativos se descongestionaran otros servicios.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	94	94%
No	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #15

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El mayor porcentaje 94% confía que con la creación de una unidad de cuidados paliativos, se descongestionara otros servicios, solo el 6 % dice que no.

TABLA #16

Cree usted que el servicio a implementarse puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	90	90%
No	10	10%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #16

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

La mayoría, el 90%, manifestó que al crearse esta unidad, mejorara la calidad de vida en este paciente, el 10%, indica que no.

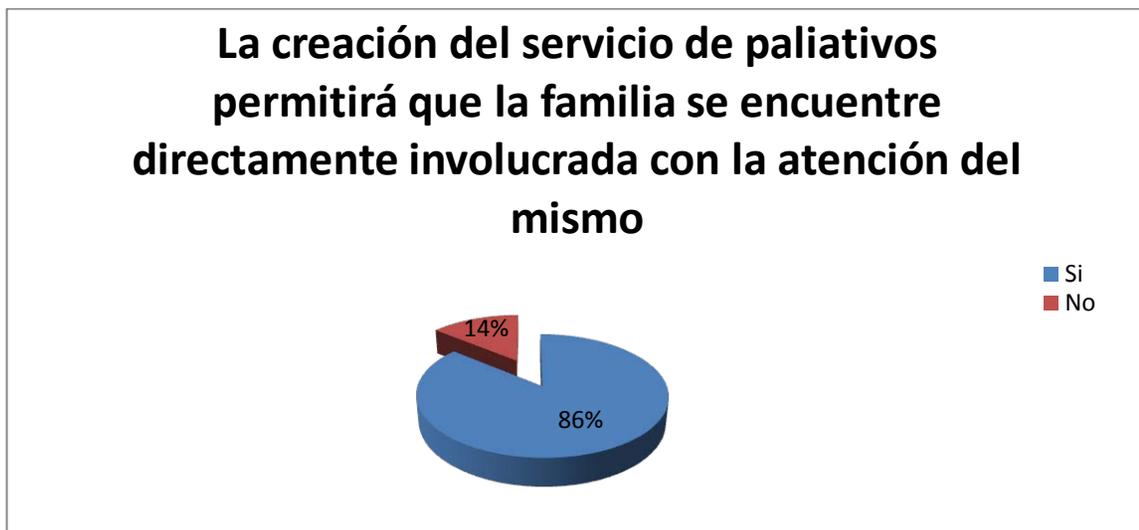
TABLA # 17

La creación del servicio de paliativos permitirá que la familia se encuentre directamente involucrada con la atención del mismo.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	86	86%
No	14	14%
Total	100	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 17

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario interno en el Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

De los encuestados el 86% aseveraron que este servicio permitirá que la familia se encuentre directamente involucrada con la atención del mismo y el 14 % manifiesta que no.

CONCLUSIONES DE LAS ENCUESTAS DEL USUARIO INTERNO

- La edad de mayor frecuencia en el usuario interno oscila entre 40 y 50 años, siendo más frecuente su incidencia en el sexo femenino.
- El estado civil predominante es el de los casados con un 44%, a diferencia del personal soltero en un menor porcentaje correspondiente al 6%.
- Del personal encuestado se observa que la mayoría corresponde a Auxiliares de Servicios Médicos 24%, encontrando igualdad entre Médicos y Enfermeras 20% y una minoría entre secretarías y estudiantes correspondiente al 4 %.
- Del total de encuestados, la mayoría corresponde a Profesional con Educación de Nivel Superior 62 %, siendo la minoría un 2% de la primaria completa.
- En esta tabla, se observa que el ingreso corresponde de acuerdo al cargo profesional que desempeña, siendo el más alto el 60% con un sueldo mayor a 800 dólares y existiendo un 4% correspondiente al sueldo básico.
- Todos los encuestado conocen el tipo de paciente que esta en tratamiento paliativo, 100%
- La mayoría, 96% considera la necesidad de crear un Servicio específico para pacientes paliativos y el 4 % indica que no.
- El 92%, contestaron que desconocen de la existencia de protocolos de atención integral y solo el 8% indican que si conocen.
- De los encuestados el 80% respondió que si, y el 20% que no conoce sobre tratamiento o terapia del dolor.

- El 50% respondió que si y el otro 50% dice que no se da atención de calidad al paciente en fase terminal.
- El 78% desconoce sobre los problemas bioéticos más habituales, y el 22% indico que si conoce.
- El mayor porcentaje 94% confía que con la creación de una unidad de cuidados paliativos, se descongestionara otros servicios, solo el 6 % dice que no.
- La mayoría, el 90%, manifestó que al crearse esta unidad, mejorara la calidad de vida en este paciente, el 10%, indica que no.
- De los encuestados el 86% aseveraron que este servicio permitirá que la familia se encuentre directamente involucrada con la atención del mismo y el 14 % manifiesta que no.
- En esta tabla, se observa que el ingreso corresponde de acuerdo al cargo profesional que desempeña, siendo el más alto el 60% con un sueldo mayor a 800 dólares y existiendo un 4% correspondiente al sueldo básico. (ver anexo # 2)

ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO

TABLA # 1

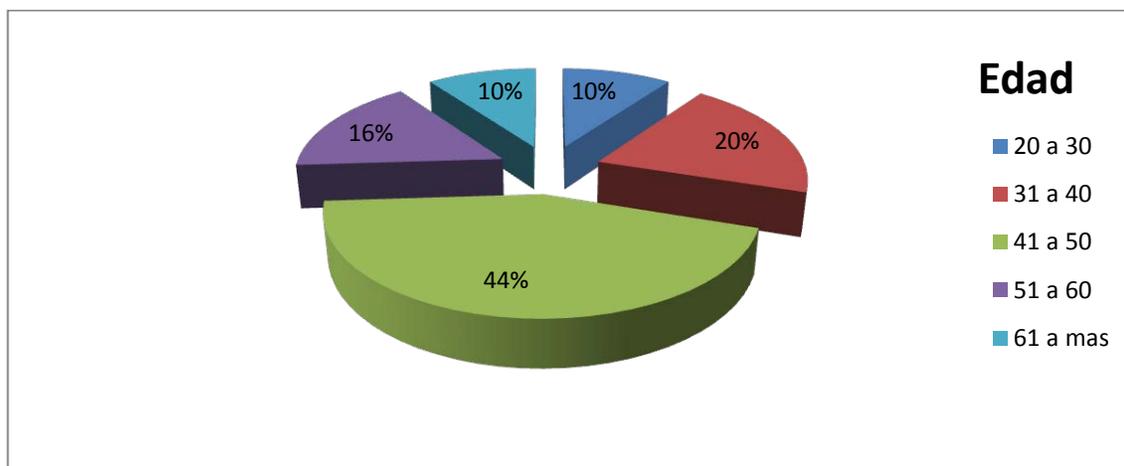
1. Edad en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

GRUPO POR EDAD	Nº	%
20 a 30	20	10%
31 a 40	40	20%
41 a 50	88	44%
51 a 60	32	16%
61 a mas	20	10%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 1



Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

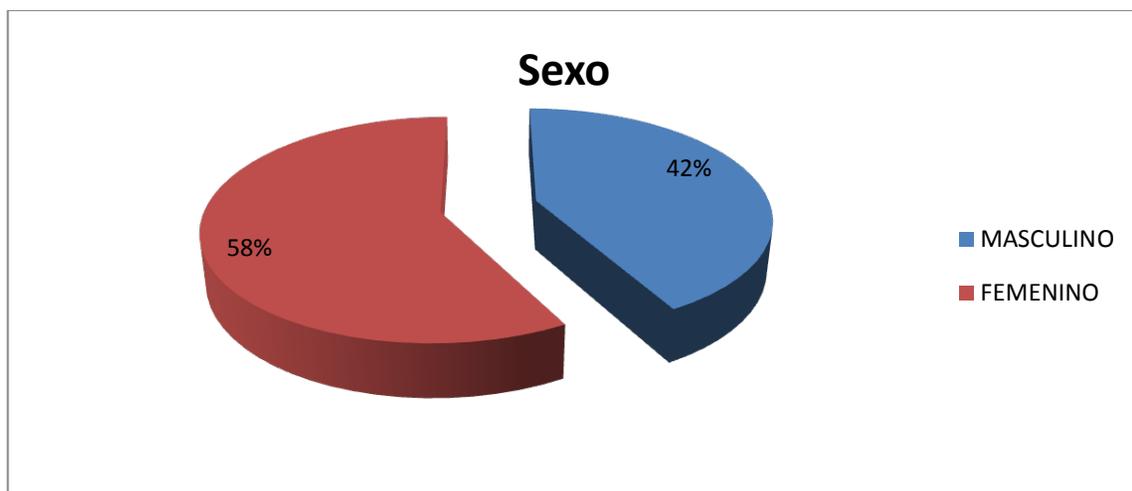
Elaborado por: Cecilia Domínguez.

La edad de los pacientes del grupo de estudio oscilo entre 41 a 50 años, con un 44%, existiendo una igualdad de minoría del 10% de 20 a 30 y de 61 o más.

TABLA # 2

2. Sexo en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

SEXO	No	%
MASCULINO	84	42%
FEMENINO	116	58%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.**Elaborado por:** Cecilia Domínguez**GRAFICO # 2****Fuente:** Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.**Elaborado por:** Cecilia Domínguez.

Los 200 pacientes se distribuyen en mayor porcentaje para las mujeres en un 58% y para los hombres en un 42%.

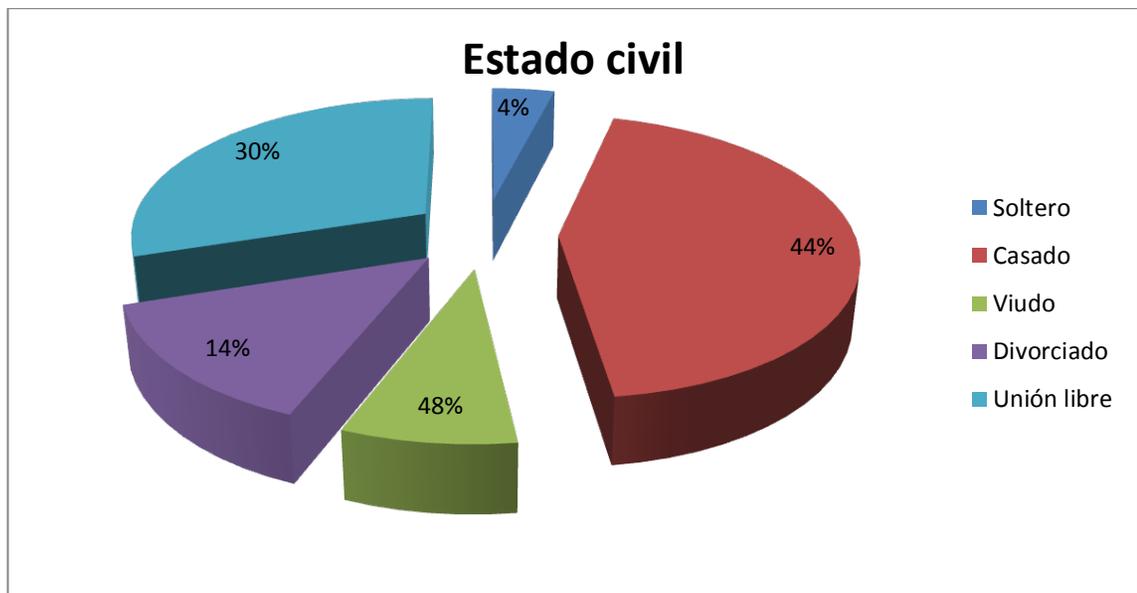
TABLA # 3

3. Estado civil en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero	8	4
Casado	88	44
Viudo	16	8
Divorciado	28	14
Unión libre	60	30
Total	200	100

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 3

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

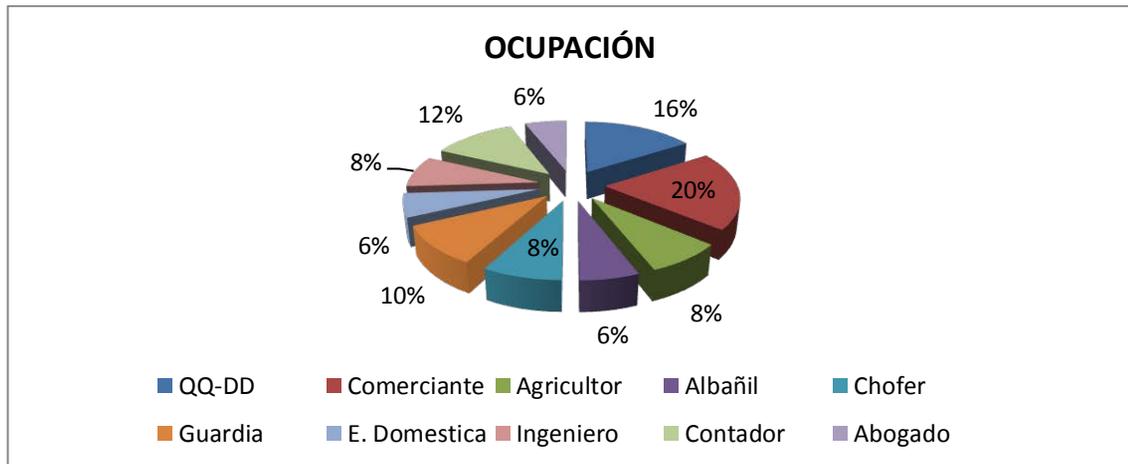
Del grupo de encuestados, el 44% corresponde a los casados y el 4% a los solteros.

TABLA # 4**4. Ocupación en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010**

OCUPACIÓN	Nº	%
QQ-DD	32	16%
Comerciante	40	20%
Agricultor	16	8%
Albañil	12	6%
Chofer	16	8%
Guardia	20	10%
Empleada Domestica	12	6%
Ingeniero	16	8%
Contador	24	12%
Abogado	12	6%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 4

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

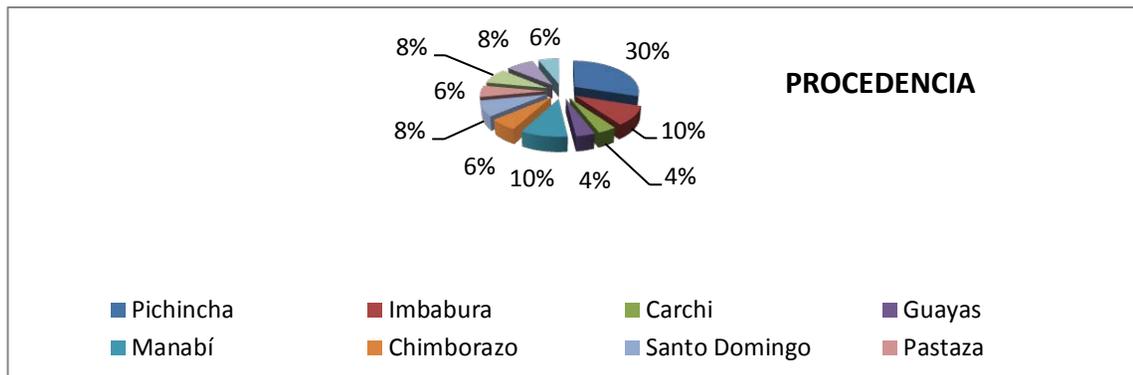
Elaborado por: Cecilia Domínguez.

De acuerdo a la ocupación, el 20% corresponde a los comerciantes y un 6%, a los que trabajan como, albañiles, abogados, y empleadas domesticas.

TABLA # 5**5. Procedencia en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010**

PROCEDENCIA	Nº	%
Pichincha	60	30%
Imbabura	20	10%
Carchi	8	4%
Guayas	8	4%
Manabí	20	10%
Chimborazo	12	6%
Santo Domingo	16	8%
Pastaza	12	6%
Esmeraldas	16	8%
Cotopaxi	16	8%
Los Ríos	12	6%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.
Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 5

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.
Elaborado por: Cecilia Domínguez.

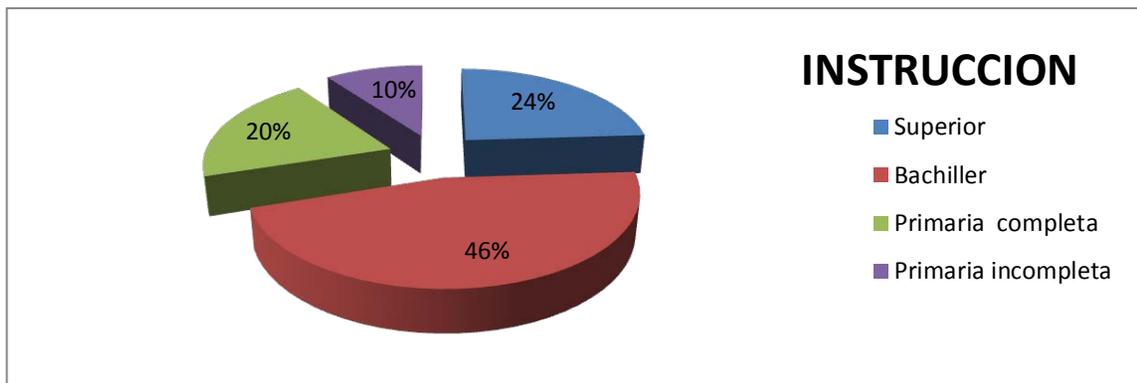
Según los resultados obtenidos podemos ver que la residencia de los usuarios externos encuestados que predomina es Pichincha con un 30%, y el menor porcentaje esta en la provincia del Carchi con un 4%

TABLA # 6**6. Instrucción en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010**

INSTRUCCIÓN	No	%
Superior	48	24%
Bachiller	92	46%
Primaria completa	40	20%
Primaria incompleta	20	10%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 6

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Según los resultados obtenidos podemos ver que la instrucción de los usuarios encuestados la que predomina es de Bachiller con 46% y un mínimo porcentaje de 10%, con primaria incompleta.

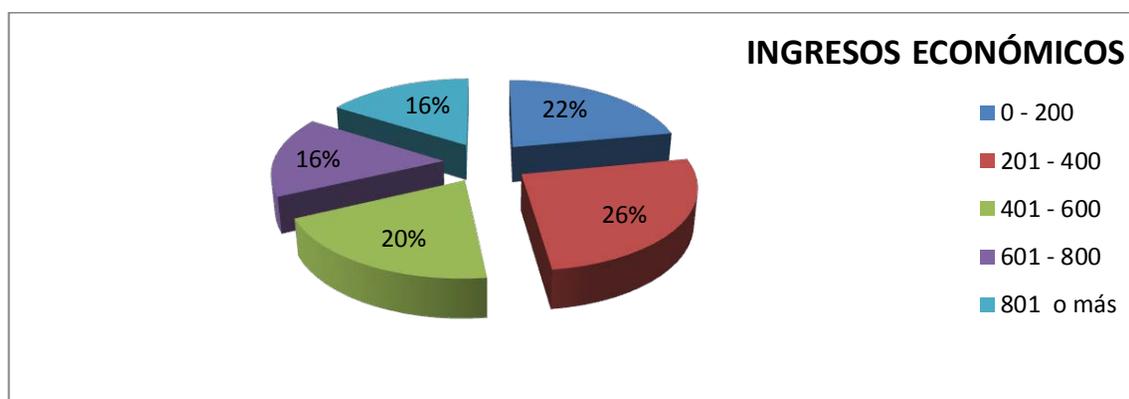
TABLA # 7

7. Ingresos económicos en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

INGRESOS DÓLARES	Nº	%
0 – 200	44	22%
201 – 400	52	26%
401 – 600	40	20%
601 – 800	32	De los encuestados, la carga familiar es de 3 a 5 hijos, que corresponde al 46% y un 24% mayor a 5 hijos. 16%
801 o más	32	16%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 7

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

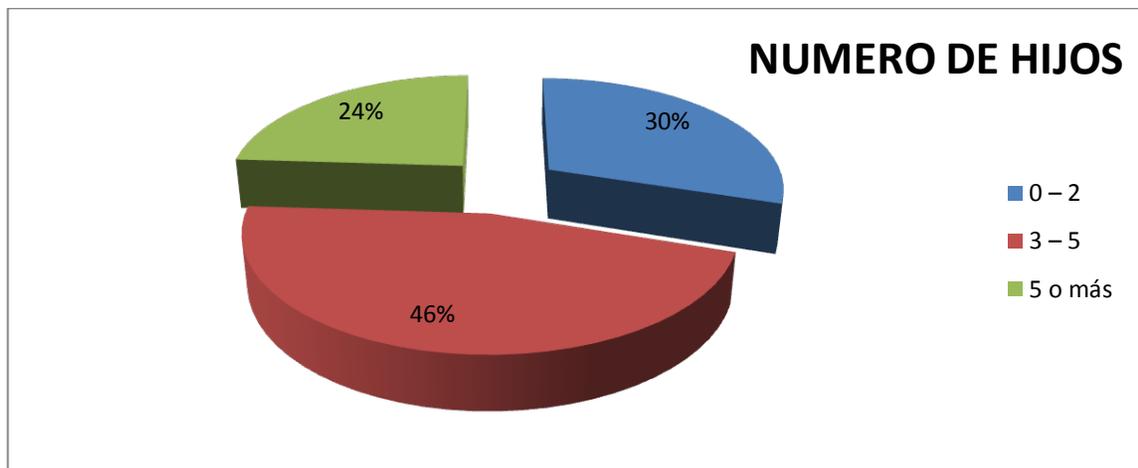
Elaborado por: Cecilia Domínguez.

El 26% de los usuarios externos, perciben un salario comprendido entre 200 – 400 dólares, un 16% su remuneración es de 600 a 800 o más dólares.

TABLA # 8

8. Números de hijos en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito 2010

NUMERO HIJOS	No	%
0 – 2	60	30%
3 – 5	92	46%
5 o más	48	24%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.**Elaborado por:** Cecilia Domínguez**GRAFICO # 8****Fuente:** Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.**Elaborado por:** Cecilia Domínguez.

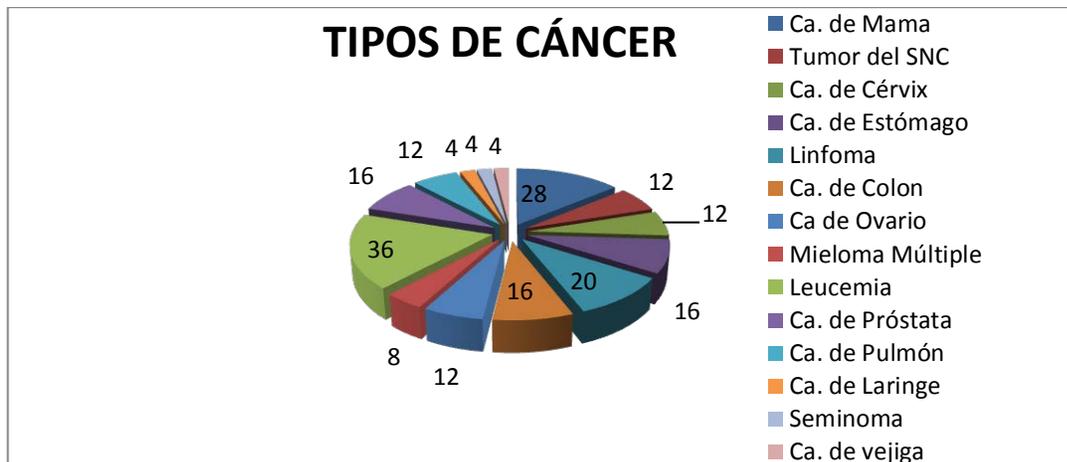
De los encuestados, la carga familiar es de 3 a 5 hijos, que corresponde al 46 % y un 24% mayor a 5 hijos.

TABLA # 9**9. Tipo de cáncer en el usuario externo del Hospital Solca Núcleo de Quito**

GRUPO POR CÁNCER	No	%
Ca. de Mama	28	14%
Tumor del SNC	12	6%
Ca. de Cérvix	12	6%
Ca. de Estómago	16	8%
Linfoma	20	10%
Ca. de Colon	16	8%
Ca de Ovario	12	6%
Mieloma Múltiple	8	4%
Leucemia	36	18%
Ca. de Próstata	16	8%
Ca. de Pulmón	12	6%
Ca. de Laringe	4	2%
Seminoma	4	2%
Ca. de vejiga	4	2%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 9

Fuente: Encuestas aplicadas al usuario externo en el Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

Tipos de Cáncer predominantes, La leucemia con 18%, Ca de Mama con 14% y el menor porcentaje 2%: Ca de laringe, Ca de vejiga y Seminoma.

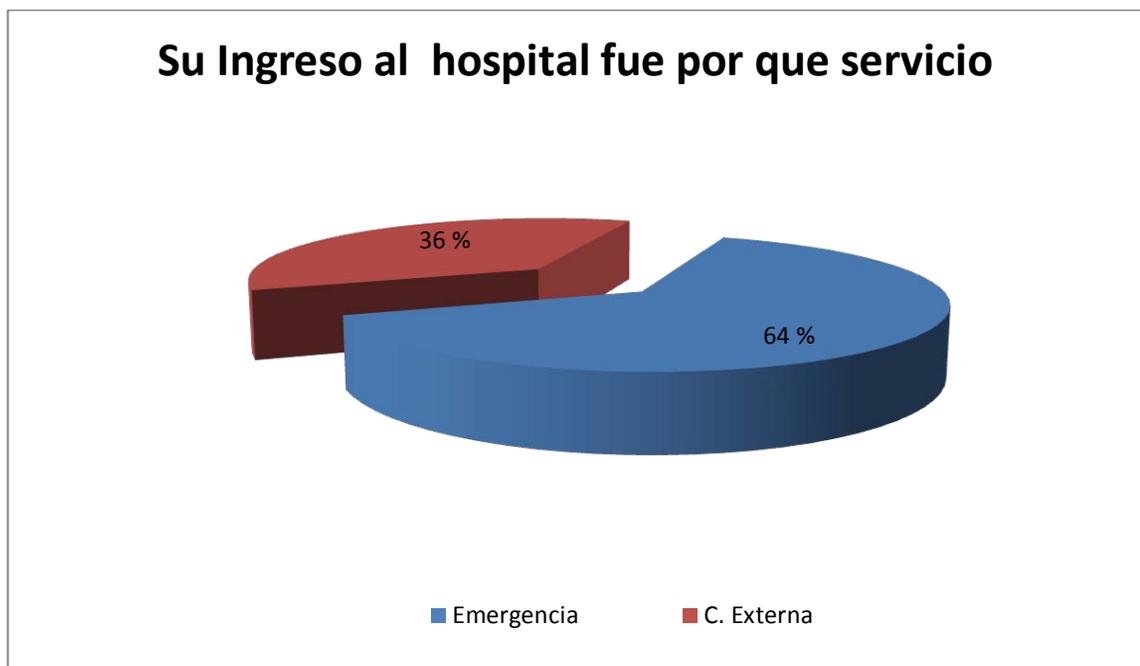
TABLA #10

10. Su ingreso al hospital fue porque servicio:

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Emergencia	128	64%
Consulta Externa	72	36%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #10

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De todos los encuestados el 64% son ingresados por emergencia y el 36% son ingresados por consulta externa.

TABLA # 11

11. Su problema de salud se resolvió con prontitud.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	152	76%
No	48	24%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 11

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De los 200 pacientes encuestados el 76% manifiestan que fueron atendido con prontitud, y el 24% indican que no.

TABLA # 12

12. Cómo percibe usted el trato de atención en esta casa de Salud.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Cortes	140	50%
Descortés	40	32%
Indiferente	20	18%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 12

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De todos los encuestados el 50% percibe una atención cortés, el 32% descortés y un 18% indiferentes.

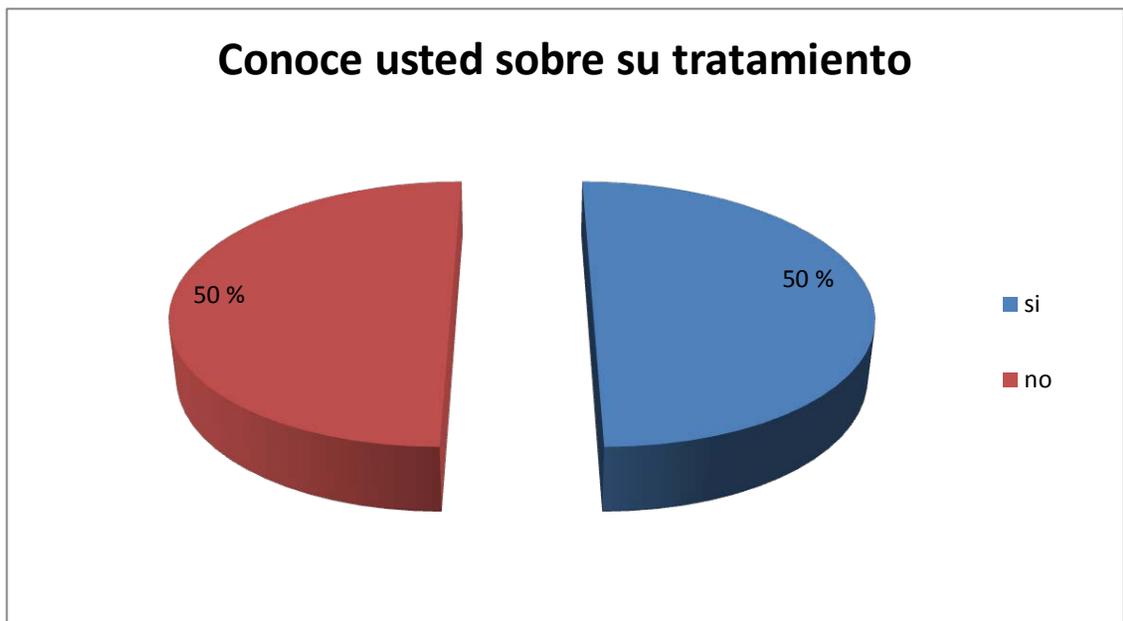
TABLA # 13

13. Conoce usted sobre su tratamiento.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	100	50%
No	100	50%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 13

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

En esta tabla podemos observar que un 50% desconoce de su tratamiento y el otro 50% si sabe lo que le están realizando

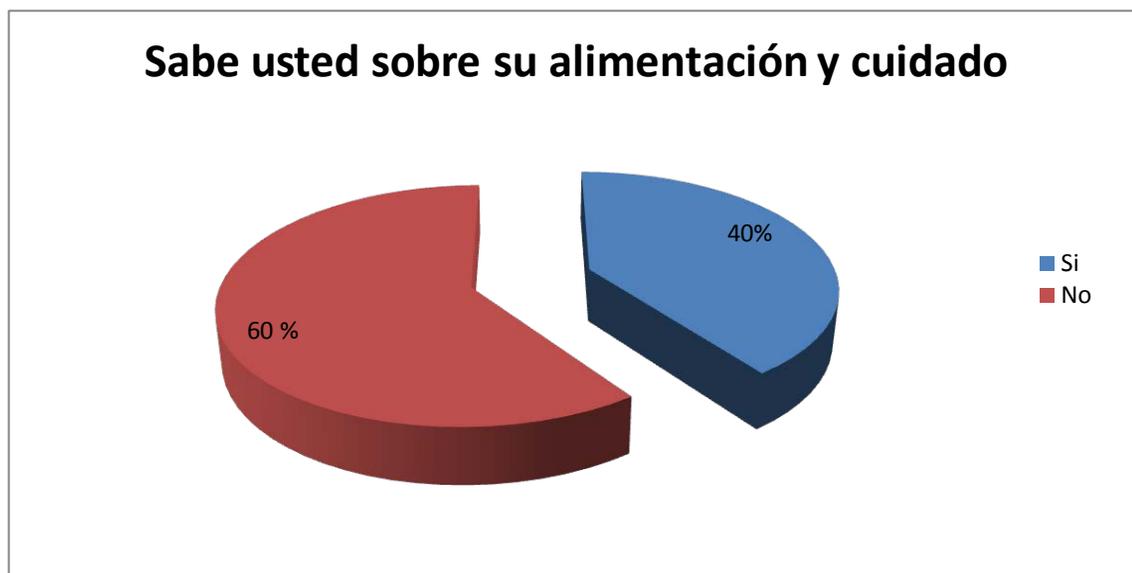
TABLA # 14

14. Sabe usted sobre su alimentación y cuidado.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	80	40%
No	120	60%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 14

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

De las encuestas realizadas el 60% indican saber sobre su alimentación y cuidado, habiendo un 40% que desconocen.

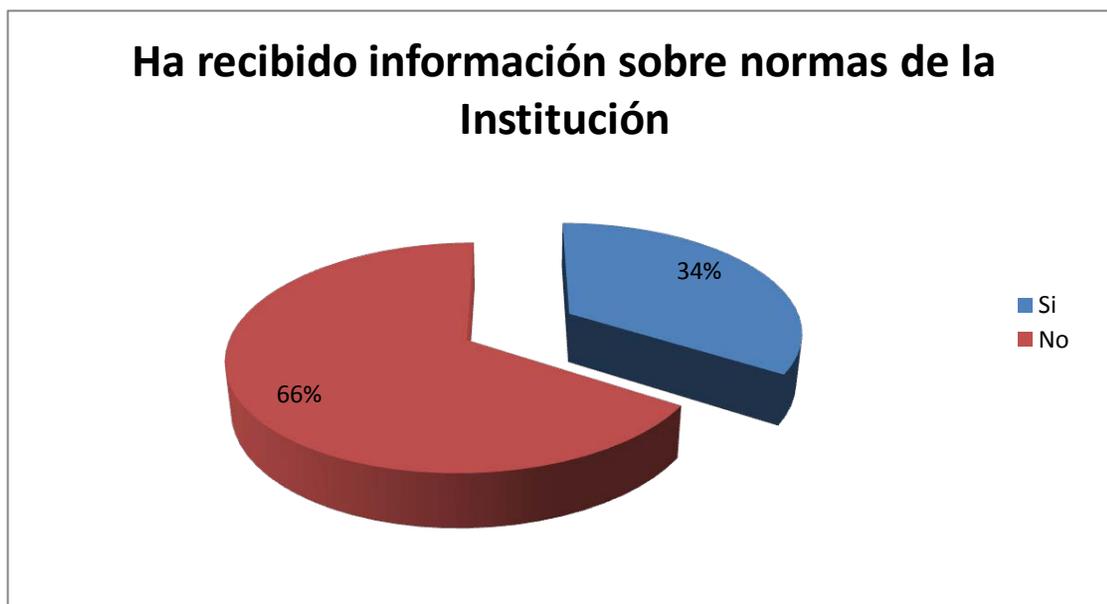
TABLA # 15

15. Ha recibido información sobre normas de la institución.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	68	34%
No	132	66%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 15

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 66% de los encuestados indican que no han recibido información sobre normas de la institución, y un 34% que si ha sido informado.

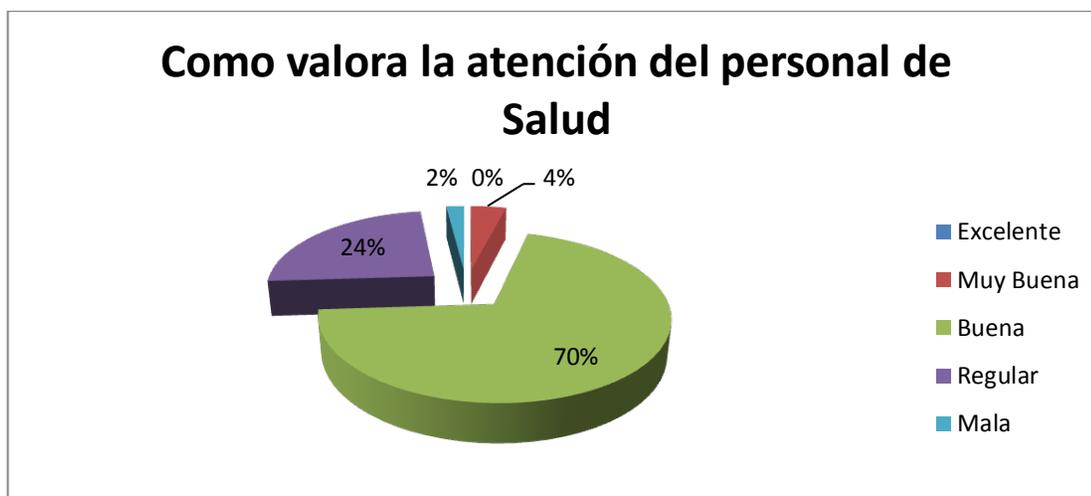
TABLA # 16

16. Cómo valora la atención del personal de salud.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Excelente	0	0%
Muy Buena	8	4%
Buena	140	70%
Regular	48	24%
Mala	4	2%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 16

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

El 70% de los encuestados valora la atención del personal de salud como buena, el 24% como regular, 4% como muy buena, un 2% como mala y 0% de excelencia.

TABLA# 17

17. Durante su hospitalización estuvo informado sobre su diagnóstico y tratamiento

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	80	40%
No	120	60%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito **Elaborado por:** Cecilia Domínguez

GRAFICO # 17

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito **Elaborado por:** Cecilia Domínguez

De los encuestados el 60% indican que durante su hospitalización estuvo informado sobre su diagnóstico y tratamiento y un 40% que no.

TABLA # 18

18. Cree usted que el número de personal que laboran en los servicios es el adecuado de acuerdo a la demanda de pacientes.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	40	20%
No	160	80%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO # 18

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

Se puede apreciar en este gráfico que un 80% cree que el número de personal que labora en los servicios no es el adecuado a la demanda de los pacientes y 20% que sí.

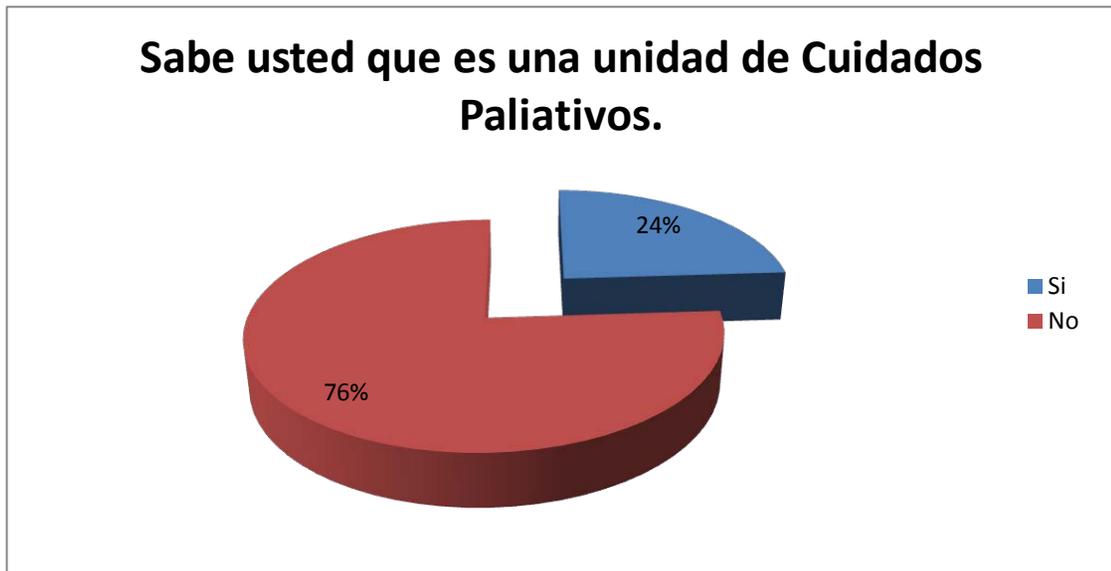
TABLA # 19

19. Sabe usted que es una unidad de Cuidados Paliativos.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Si	48	24%
No	152	76%
Total	200	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito.

Elaborado por: Cecilia Domínguez

GRAFICO #19

Fuente: Encuestas aplicadas en la consulta externa del Hospital Solca Núcleo de Quito

Elaborado por: Cecilia Domínguez.

De los encuestados el 76% indican no saber que es una unidad de cuidados paliativos y el 24% responde que sí.

CONCLUSIONES DE LOS USUARIOS EXTERNOS ENCUESTADOS

- La edad de los pacientes del grupo de estudio oscilo entre 41 a 50 años, con un 44%, existiendo una igualdad de minoría del 10% de 20 a 30 y de 61 o más.
- Los 200 pacientes se distribuyen en mayor porcentaje para las mujeres en un 58% y para los hombres en un 42%.
- Del grupo de encuestados, el 44% corresponde a los casados y el 4% a los solteros.
- De acuerdo a la ocupación, el 20% corresponde a los comerciantes y un 6%, a los que trabajan como, albañiles, abogados, y empleadas domesticas.
- Según los resultados obtenidos podemos ver que la residencia de los usuarios externos encuestados que predomina es Pichincha con un 30%, y el menor porcentaje está en la provincia del Carchi con un 4%.
- El 26% de los usuarios externos, perciben un salario comprendido entre 200 – 400 dólares, un 16% su remuneración es de 600 a 800 o más dólares.
- De los encuestados, la carga familiar es de 3 a 5 hijos, que corresponde al 46% y un 24% mayor a 5 hijos.
- De los encuestados, la carga familiar es de 3 a 5 hijos, que corresponde al 46% y un 24% mayor a 5 hijos.
- De todos los encuestados el 64% son ingresados por emergencia y el 36% son ingresados por consulta externa.

- De los 200 pacientes encuestados el 76% manifiestan que fueron atendido con prontitud, y el 24% indican que no.
- De todos los encuestados el 50% percibe una atención cortes, el 32% descortés y un 18% indiferentes.
- En esta tabla podemos observar que un 50% desconoce de su tratamiento y el otro 50% si sabe lo que le están realizando.
- De las encuestas realizadas el 60% indican saber sobre su alimentación y cuidado, habiendo un 40% que desconocen.
- El 66% de los encuestados indican que no han recibido información sobre normas de la institución, y un 34% que si a sido informado.
- El 70% de los encuestados valora la atención del personal de salud como buena, el 24%., como regular, 4% como muy buena, un 2% como mala y 0% de excelencia.
- De los encuestados el 60% indican que durante su hospitalización estuvo informado sobre su diagnóstico y tratamiento y un 40% que no.
- Se puede apreciar en este gráfico que un 80% cree que el número de personal que labora en los servicios no es el adecuado a la demanda de los pacientes y 20% que sí.
- De los encuestados el 76% desconoce lo que es un Servicio de Cuidados Paliativos, y el 24% conoce sobre el mismo. (ver anexo # 3)

ANEXO # 3

ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ENCUESTA DE INFORMACIÓN

ATENCIÓN AL CLIENTE: MEJORAMIENTO DEL SERVICIO RECIBIDO

OBJETIVO: Analizar el grado de conocimiento que tienen los usuarios externos que acuden al Hospital Solca Núcleo de Quito, sobre la calidad de atención en los pacientes en fase terminal, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de implementar dicho servicio.

CUIDADO PALIATIVO :Es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

A. IDENTIFICACIÓN

1. Edad
2. Sexo
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Procedencia
6. Instrucción
7. Ingresos económicos

8. Números de hijos

9. Tipo de cáncer

10. Su ingreso al hospital fue:

Por Consulta Externa.

Por Emergencia

11. Su problema de salud se resolvió con prontitud.

Si

No

12. Cómo percibe usted el trato de atención en esta casa de Salud.

Cortes

Descortés

Indiferente

13. Conoce usted sobre su tratamiento.

Si

No

14. Sabe usted sobre su alimentación y cuidado.

Si

No

15. Ha recibido información sobre normas de la institución.

Si

No

16. Cómo valora la atención del personal de salud.

Excelente... Muy Buena... Buena.. Regular... Mala....

17. Durante su hospitalización estuvo informado sobre su diagnóstico y tratamiento.

Si

No

18. Cree usted que el número de personal que laboran en los servicios es el adecuado de acuerdo a la demanda de pacientes.

Si

No

19. Sabe usted que es una unidad de Cuidados Paliativos.

Si

No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO # 1

Quito a, 12 de marzo del 2010

Sra. Lcda.
Sandra Balseca
Jefe de Enfermería
SOLCA, Núcleo de Quito

Presente

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle se me autorice continuar el trámite correspondiente para la realización de la tesis de grado con el siguiente tema: "Creación e Implementación de la Unidad de Cuidados Paliativos, en el Hospital Solca Núcleo de Quito", el cual es requisito indispensable para la culminación de la Maestría en curso y así proceder con la ejecución de la misma.

Por la atención que se digne dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

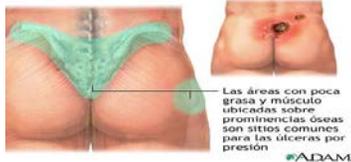
Atentamente

Lcda. Cecilia Domínguez
Enfermera de UCI

ANEXO #5

**REGISTRO DE
ASISTENCIA**

Cuidado de la Piel



Los pacientes necesitan cuidado de la piel con cambios de posición cada 2 o 3 horas, usar crema humectante por todo el cuerpo una o dos veces por día y mientras la aplica es bueno dar un suave masaje.

Estreñimiento



La enfermedad, los medicamentos y la falta de movimiento, todos causan estreñimiento. Es mejor si el paciente puede defecar cada día y si esta más de 3 días sin evacuar avisar al equipo.

Puede ayudar al paciente con una dieta rica en frutas y vegetales, especialmente papaya y pitajaya. También es bueno tomar suficiente líquido, al menos un litro por día, si el paciente puede.

La mayoría de pacientes van a necesitar tomar laxantes en horario y también a veces supositorios

Falta de aire



Este síntoma puede asustar al paciente y la familia, pero es importante mantener la calma porque la angustia empeora la sensación. Entonces, con calma:

- Ventilar el cuarto
- Levantar al paciente apoyado con almohadas hasta que esté en una posición sentada
- Aconsejar al paciente a inspirar por la nariz y expirar por la boca
- Si está indicada, una dosis rescate para falta de aire, administrarla.
- Si no hay mejoría llamar al equipo

ANEXO #6

Control de Síntomas

En este tríptico vamos a explicar un poquito sobre el control de los síntomas, los más comunes.

Nuestra filosofía es que la calidad de vida es lo más importante y solo el paciente sabe lo que más le importa; por lo tanto deberíamos respetar sus anhelos, sus antojos y sus deseos a no comer.

Hay algunos remedios de casa que pueden ayudar pero normalmente también necesitamos usar medicamentos. Es importante que el paciente y cuidadores entiendan para que es cada medicamento, como funciona y los efectos secundarios.

Siempre deberían tener una hoja de indicaciones en casa, y si hay una inquietud no tengan vergüenza de llamar al equipo.

Guarde los medicamentos lejos de los niños, algunos podrían dañarles.

Dolor



El Dolor es el síntoma más común en nuestros pacientes y puede causar mucho sufrimiento si no está controlado. El equipo va a recetar medicamentos en horario y también algo para cuando hay un dolor extra a lo que llamamos como “dosis rescate”.

No espere hasta que el dolor sea severo antes de dar la dosis rescate, es importante que el dolor no aumente hasta un nivel alto que va a ser más difícil de controlar. Dar la dosis rescate cuando el dolor empiece. Si necesita usarlo más de dos veces por día llame al equipo. Algunas pastillas pueden molerse, otras no, es importante preguntar al equipo. Las capsulas pueden abrirse pero no rompa los micro gránulos que están dentro. Si el paciente no puede tragar es importante seguir con los medicamentos pero en forma de inyección subcutánea o parche.

Muchos de los medicamentos para dolor causan estreñimiento y normalmente el paciente va a necesitar tomar un laxante en horario.

Nausea y Vomito



Es un síntoma muy desagradable para el paciente. El equipo va a recomendar medicamentos e indicarle cómo administrarlos, pero hay otras medidas que pueden ayudar:

- Evitar el estreñimiento.
- Mantener la boca limpia.
- Mantener la habitación libre de olores especialmente de comidas.
- Comer y beber despacio y si es posible sentado.
- Algunos pacientes les gusta tomar agua helada con rodajas de limón.
- Tener siempre a mano un recipiente limpio para recibir el vomito, después de vomitar limpiar la boca, sonar la nariz y enjuagar la cara.

Cuidado de la boca

- La enfermedad y algunos medicamentos pueden secar la boca. También hay infecciones en la misma, por eso es bueno examinarla cada día y reportar al equipo si hay manchas blancas, enrojecimiento o úlceras.
- La higiene de la boca es muy importante y es recomendable limpiarla después de cada comida con un cepillo suave. En pacientes más débiles recomendamos limpieza cada 4 horas con agüita de manzanilla. Se debe sacar y limpiar la dentadura dos veces por día y no usarla durante la noche.
- Proteger los labios de sequedad con protector labial y para la boca seca dar sorbitos de agua o chupar trocitos de hielo

CUIDADOS PALIATIVOS

Son los cuidados apropiados para el paciente con enfermedad avanzada y progresiva. Se da especial atención al control de síntomas y a los aspectos espirituales, sociales y emocionales. También se da apoyo y orientación a la familia. A través de estos cuidados, se busca una mejor calidad de vida para el paciente en el final de su vida.

Por ello, para dar una atención integral, los **CP** se trabajan en equipo, conformado de médico, enfermera, psicóloga, pastores y voluntarios.

COMUNICACIÓN

Mantener una comunicación abierta, clara y continua entre el enfermo y su familia, transmite comprensión, disminuye el sentimiento de soledad, favorece la expresión de manifestaciones afectivas y facilita la reorganización de roles.

Si la información médica se está manteniendo en secreto, el paciente se puede sentir más aislado, más preocupado y triste; agravándose la situación familiar y complicando el cuidado apropiado.

Es importante conversar con el paciente sobre cómo se siente, qué le preocupa, qué desea saber, cuáles son sus temores y cuáles sus deseos. El familiar a su vez también debe expresar sus propias emociones e inquietudes.

Decirle al paciente la verdad con sutileza, sin dar falsas expectativas, respetando su proceso personal sin presionarlo ni tampoco evadiéndolo.

De igual manera, es imprescindible acompañar al paciente, tanto en los silencios como en el llanto, dándole cariño con una caricia, un gesto... estando. Hay que recordar que cada persona tiene una manera distinta de manifestar las emociones.

Tener presentes que nuestro cuerpo también comunica, estar atentos a los gestos, posturas, expresiones faciales, tanto las del paciente como las nuestras.

Con los niños involucrados, debemos compartir lo que está pasando en la familia de manera, clara y sencilla, de acuerdo a su edad. Ellos suelen saber más de lo que uno imagina, y se sentirán más tranquilos y valorados al tener la oportunidad de expresar sus emociones y pensamientos.

Sugerencia: anotar las preocupaciones o dudas para no olvidarlas y luego comentarlas con el equipo.

SUGERENCIAS PARA LA HORA DE DORMIR

Frecuentemente una persona enferma presenta dificultades para dormir, ya sea por los dolores, las preocupaciones o los miedos, por eso es aconsejable antes de ir a dormir seguir (si es posible) algunas de las siguientes pautas:

- Tomar un baño de agua tibia.
- Evacuar vejiga e intestinos.
- No ingerir alimentos pesados ni bebidas excitantes o estimulantes (café, coca cola, te <los de bolsita son la excepción>, chocolate, picantes) en las horas próximas a dormir.
- Evitar la televisión, especialmente películas de acción o aquellas que produzcan tensión emocional.
- Hacer una breve relajación y respiraciones profundas.
- Mantener el ambiente donde está el paciente sin ruido, en calma.
- Despejar la mente expresando las preocupaciones, o escribiendo los pendientes para el siguiente día.
- Realizar rituales de fe, como orar, etc.

ANEXO #7

**HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO
DESARROLLO COMUNITARIO CUIDADOS PALIATIVOS SOLCA
HISTORIA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES-----APELLIDOS-----

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO-----

ESTADO CIVIL S C V D UL

CEDULA DE IDENTIDAD No-----

OCUPACION-----

INSTRUCCIÓN P S U

RELIGION-----

DIRECCION-----

TELEFONO-----

RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE-----APELLIDOS-----

PARENTESCO-----

DIRECCIÓN-----

TELÉFONO-----

FIRMA-----

ANTECEDENTES PERSONALES**SÍNTOMAS CLÍNICOS**

	0 AUSENTES	+LEVE	++MODERADO	+++GRAVE
	0	+	++	+++
ANOREXIA				
NAUSEA				
VOMITO				
DISFAGIA				
PERDIDA DE PESO				
HEMORRAGIA				
TOS				
DISNEA				
DEBILIDAD				
PARÁLISIS				
BOCA DOLOROSA				
BOCA SECA				
SOMNOLENCIA				

OTROS SÍNTOMAS**QUEJA PRINCIPAL**

	0	+
--	---	---

ESTREÑIMIENTO				0	+
DIARREA			POLAQUIURIA		
HEMORRAGIA			NICTURIA		
DOLOR			DISURIA		
SECRECIÓN			HEMATURIA		
INCONTINENCIA			TENESMO		

MOVILIDAD

SUENO

DOLOR

INTENSIDAD

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



SIN DOLOR DOLOR DOLOR DOLOR DOLOR DOLOR

DOLOR LEVE MODERADO SEVERO MUY SEVERO INTOLERABLE

INTENSIDAD (0-10)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

	SI	NO
ICTERICIA		
GLÁNDULAS LINFÁTICAS		
PALIDEZ		
CIANOSIS		
EDEMA		
CAQUEXIA		

MANEJO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

	SI	NO
SONDA VESICAL		
CISTOTOMÍA		
SNG		
GASTROSTOMÍA		

EXAMEN FÍSICO

VISIÓN MARCHA AUDICIÓN Mucositis SI NO

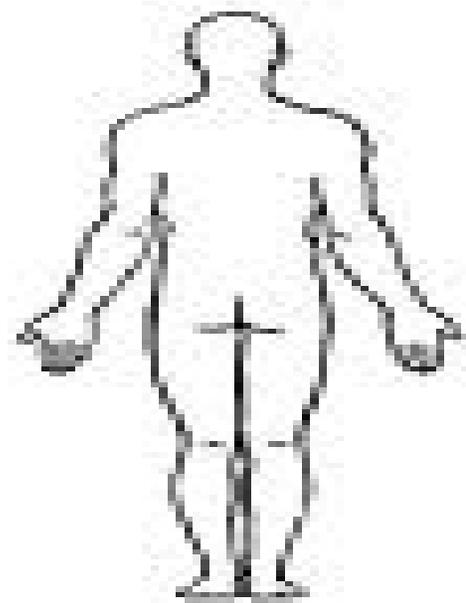
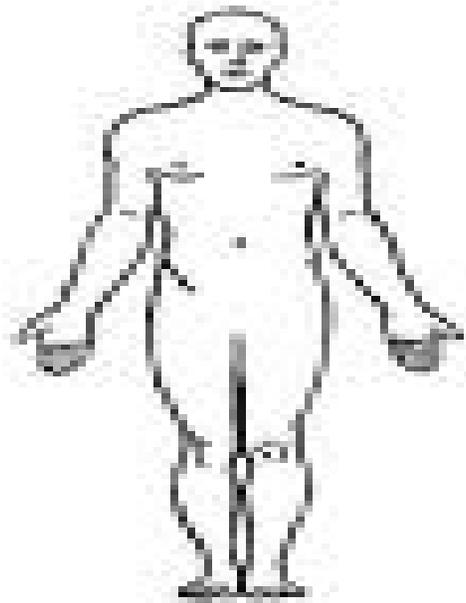
SIGNOS VITALES

FC

TA

T

AÉREAS DE PRESIÓN



I GRADO

II GRADO

III GRADO

PLAN INICIAL

PROBLEMAS	ACCIONES
-----------	----------

--	--

ANEXO # 8

Memorando

A: PACIENTES DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

DE: DRA. MARÍA CRISTINA CERVANTES

LIC. CECILIA DOMÍNGUEZ

ASUNTO: TALLER DE MOTIVACIÓN

A través de la presente se convoca a todos los pacientes y familiares de consulta externa al taller de motivación que se realizará el Martes 15 de Junio de 8 a 2pm , posteriormente se realizara cada quince días hasta Agosto “ORIENTADO AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN”.

Por lo que se les solicita asistir a este evento de motivación que va en beneficio de todos los pacientes atendidos en esta institución.

Dra. María Cristina Cervantes

Lic. Cecilia Domínguez

ANEXO # 9

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

USUARIO EXTERNO

OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios externos del servicio de Cuidados Paliativos sobre el mejoramiento de calidad de atención recibida, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de valorar las acciones implementadas.

CUIDADO PALIATIVO :Es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

1. Su problema de salud se resolvió con prontitud.

SI.... NO.....

2. El personal del servicio de cuidados paliativos lo identifica por su nombre.

SI.... NO.....

3. Como percibe usted el trato en la atención de enfermería.

CORTES DESCORTÉS INDIFERENTE

4. Como valora usted la atención de enfermería recibida en el servicio de cuidados paliativos.

EXCELENTE... MUY BUENA... BUENA.... REGULAR.... MALA....

5. Ha recibido información sobre normas del servicio de cuidados paliativos.

SI

NO

6. Conoce usted sobre su tratamiento

SI

NO

7. Sabe usted sobre su alimentación y cuidado.

SI

NO

8. Cree usted que el número de personal que laboran en los servicios es el adecuado de acuerdo al número de pacientes.

SI

NO

9. Sabe usted que es una unidad de Cuidados Paliativo.

SI

NO

10. Conoce grupos de apoyo o talleres existentes para el paciente.

SI

NO

ANEXO#10**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA****ENCUESTA DE SATISFACCIÓN****USUARIO INTERNO**

OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios internos del servicio de Cuidados Paliativos sobre el mejoramiento de calidad de atención brindada, mediante la aplicación de una encuesta, con el fin de valorar las acciones implementadas.

CUIDADO PALIATIVO :Es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

1. Sabe usted que pacientes son considerados en tratamientos paliativos.

SI....

NO.....

2. Cree usted que Solca necesita un servicio específico para atender apacientes paliativos.

SI....

NO.....

3. Conoce protocolos de atención integral del paciente paliativo.

SI....

NO.....

4. Cree usted que el personal está debidamente capacitado para atender a pacientes de Cuidados Paliativos.

SI....

NO.....

5. Sabe usted sobre tratamiento o terapia del dolor.

SI....

NO.....

6. Cree usted que se da atención de calidad al paciente de cuidados paliativos.

SI....

NO.....

7. Conoce usted sobre visitas domiciliarias a pacientes paliativos.

SI....

NO.....

8. Cree usted que con el mejoramiento de la unidad de cuidados, se descongestionaran otros servicios

SI....

NO.....

9. Cree usted que el programa de mejoramiento de servicios de cuidados paliativos puede ayudar a la calidad de vida de los pacientes.

SI....

NO.....

10. La creación del programa de mejoramiento del servicio de cuidados paliativos

permitirá que la familia se encuentre directamente involucrada con la atención del mismo

ANEXO #11

FOTORELATORIA DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, LUGAR DONDE SE EJECUTO EL PROYECTO PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS



**Presentación del Proyecto al
Departamento de Enfermería
Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto
a la Dirección Ejecutiva
Marzo 2010**



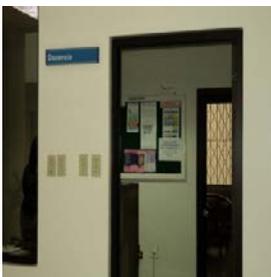
**Presentación del Proyecto
a la Dirección
Marzo 2010**



**Presentación del proyecto a
Coordinación de Cuidados Paliativos
Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto
a Docencia
Marzo 2010**



**Presentación del Proyecto a la
Unidad de Cuidados Intensivos
Marzo 2010**



**SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROYECTO
AL PERSONAL DEL SERVICIO**

Marzo 2010



ANEXO # 12
AUDITORIO DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, LUGAR
DONDE SE DICTO CAPACITACIÓN





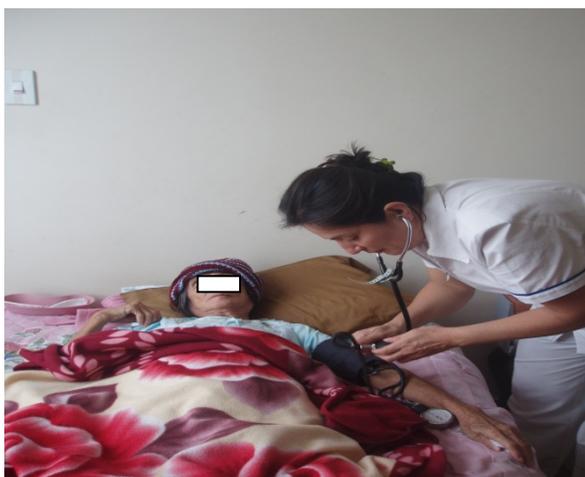
ANEXO # 13
HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE QUITO, CONSULTA EXTERNA.
CAPACITACIÓN USUARIO EXTERNO





ANEXO # 14

VISITAS DOMICILIARIAS



ANEXO # 15

TALLER DE MOTIVACIÓN

Desarrollo del taller de motivación

Agosto del 2010

REFLEXIÓN



MOTIVACION



RECREACIÓN

