

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**IMPLEMENTACION DEL AREA FUNCIONAL DE CONSEJERIA Y  
CUIDADOS PALIATIVOS DEL CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL  
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY APURIMAC 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**MADELEYNE MEZARES HERRERA**

**CALLAO - 2018  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE     | SECRETARIO |
| ➤ MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ        | VOCAL      |

### ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 349

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	14
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	15
3.1 Recolección de Datos	15
3.2 Experiencia Profesional	15
3.3 Procesos Realizados del Informe	16
<b>IV. RESULTADOS</b>	18
<b>V. CONCLUSIONES</b>	22
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	23
<b>VII. REFERENCIALES</b>	24
<b>ANEXOS</b>	25

## INTRODUCCIÓN

El Cáncer según la OMS es una enfermedad que va en aumento, y que lamentablemente en los países en vías de desarrollo la captación se realiza en estadios avanzados. Situación que se ve reflejada en el Perú, con un incremento alarmante de cáncer principalmente en la población mayor de 30 años.

El Hospital Sub Regional de Andahuaylas no cuenta con el servicio de Oncología, sin embargo los casos que se vienen presentando en una población pequeña son considerables principalmente por el descuido y el estado de abandono que padecen muchos de los pacientes debido al bajo grado de instrucción y cultura de los pobladores de las Provincias de Andahuaylas y Chincheros, quienes en su mayoría provienen de las zonas rurales.

La Unidad de Consejería y Cuidados Paliativos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas brindará atención a pacientes con Diagnóstico de Cáncer, promoviendo actitudes que mejoren y/o den soporte a la calidad de vida, brindando también atención médica en situaciones de comorbilidad y terapia del dolor, del mismo modo realizará los seguimientos respectivos y la organización de grupos de apoyo con asistencia multidisciplinaria al paciente y familia en coordinación permanente con la Unidad de Referencia y Contra referencia.

El presente informe permite conocer los procesos realizados para la implementación del área de Consejería y Cuidados Paliativos de Cáncer en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales<sup>(1)</sup>

La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población. La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados. Una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres.<sup>(2)</sup>

Mientras los casos aumentan, los decesos también. Según información del INEN hace diez años se registraban 12,000 muertes por cáncer al año y actualmente la cifra bordea los 40,000 casos.

Pese a que cada vez hay más información sobre el cáncer, el 70% de los casos se sigue detectando en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad.<sup>(2)</sup>

Hoy en día se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.<sup>(3)</sup>

En el Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2017 se atendieron 43 pacientes con diagnóstico de Cáncer, con un total de 22 defunciones por la misma causa, es sabido que la población de Apurímac se encuentra ubicada en el segundo lugar de extrema pobreza a nivel nacional, trayendo consigo indicadores sociodemográficos poco alentadores como el grado de instrucción bajo y esto conlleva a que por la idiosincrasia de la población, éstos pacientes terminen en estado de abandono, llegando a fallecer con dolor incontrolable ante la escasa organización de los servicios que atienden pacientes con cáncer. También es de conocimiento común en zonas rurales que el cáncer es atribuido a “brujería” excluyendo al paciente de la vida cotidiana familiar, sometiéndolo a discriminación y rechazo.

Del mismo modo, los cuidados paliativos deben ir de la mano de la mano con la consejería como soporte respecto a los cuidados en casa (alimentación, descanso, recreación, tratamiento médico)

## **1.2. Objetivos**

Describir la implementación del área funcional de Consejería y cuidados Paliativos del Cáncer en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2018.

### **1.3. Justificación**

Los pacientes con cáncer terminal son un gran problema para la salud pública como para la familia por las complicaciones y el proceso propio de la enfermedad con graves repercusiones económicas y sociales ocasionado en el paciente la pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

El presente permitirá dar a conocer la experiencia en la implementación del área de Consejería y Cuidados Paliativos de Cáncer, el mismo que servirá como unidad fundamental para el alivio del dolor, educación y un lugar de soporte psicológico y espiritual de los pacientes en estadios avanzados de a Cáncer y su familia en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas. Se conformarán grupos de apoyo para pacientes y familiares, promoviendo reuniones permanentes.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

AMADO Tineo, José Percy. Estudio "Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social". Lima 2016. Cuyo objetivo es determinar la proporción de readmisión a emergencia en el último año, identifica condición de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos, así como necesidad y demanda de cuidados paliativos. Es una investigación transversal enfocada en tres hospitales nacionales de seguridad social de Lima y Callao. Los pacientes en estudio son de 18 años o más admitidos a emergencia, durante siete días consecutivos. Se revisa historia clínica y se entrevista a paciente y/o cuidador, identificando criterios de terminalidad, estado funcional (Índice de Katz) y estado mental (test de Pfeifer). Se aplica la encuesta estructurada sobre cuidados paliativos. Concluye que existe alta tasa de readmisión a emergencia de hospitales nacionales de seguridad social en Lima y Callao, más del 30% de los pacientes readmitidos tiene criterios de enfermedad en fase terminal, de los cuales más de 80% necesita cuidados paliativos.<sup>(5)</sup>

CAIRO De La Cruz, Karen Maribel, Creación y validación de un instrumento de valoración de enfermería en necesidades de cuidados paliativos al paciente pediátrico del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2017. Lima 2017. Cuyo objetivo es determinar la validez un instrumento de valoración de enfermería para paciente pediátrico con necesidades de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Salud del Niño (I.N.S.N.)



Desarrolla un estudio cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, y transversal en el cual se diseñó y validó un instrumento de valoración de enfermería en necesidades de cuidados paliativos al paciente pediátrico en el I.N.S.N de octubre a diciembre en el 2017. La validación se realizó por juicios de expertos, prueba piloto y aplicación de un cuestionario de factibilidad a la población completa, la confiabilidad interna por Coeficiente de Correlación de Kendall. El instrumento de valoración fue aplicado por 7 enfermeras a 38 pacientes, se obtiene con un 94.7% que el instrumento es válido, con una media (X) 8.65 y coeficiente de variación (CV) de 5.87%. Concluye en la validación del instrumento de valoración de enfermería en cuidados paliativos pediátricos, el cual permite detectar las necesidades alteradas oportunamente del paciente y proseguir con las demás etapas del proceso de atención de enfermería.<sup>(6)</sup>

HILARIO Quispe, Rosmery, Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2014. Tiene como objetivo determinar conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2014. Es un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. Utiliza una muestra de 90 estudiantes. La técnica es la encuesta y los instrumentos son el cuestionario para conocimientos y la escala de Likert para medir actitudes. Encuentra que del 100% (90) estudiantes, el 27.8% (25) tiene un nivel alto, el 54.4% (49) un nivel medio y el 17.8% (16) un nivel bajo de conocimientos. Respecto a las actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal, el 25.6% (23) tiene actitudes favorables, 53.3%

(48) medianamente favorables, y el 21.1% (19) desfavorable. Concluye que la mayoría de estudiantes tiene un nivel medio de conocimientos y una actitud medianamente favorable <sup>(7)</sup>

BUSSO C, León-Sanz P. Investigación con pacientes en cuidados paliativos: "Dilemas éticos y percepción pública sobre su vulnerabilidad". Colombia 2016. Los pacientes con enfermedades oncológicas en cuidados paliativos pertenecen a un grupo caracterizado como altamente vulnerable y su inclusión en estudios clínicos presenta diversos problemas éticos. Estudio de corte transversal, analítico; el 82% de las personas consideró ético realizar investigación con pacientes en cuidados paliativos, con el fin de ayudar a otros en el futuro (40%), con la esperanza de mejorar (32%) o por confianza en su médico-investigador (10%). La amplia aceptación para participar en estos estudios de investigación demostraría que los beneficios potenciales excederían a lo meramente terapéutico; el altruismo, la esperanza de mejorar o la percepción de seguir "luchando" son aspectos que se deben tener en cuenta al momento de evaluar el respeto por la autonomía de las personas involucradas.<sup>(8)</sup>

## **2.2. Marco Conceptual**

### **Cuidados paliativos:**

Los cuidados paliativos corresponden al cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. El cuidado paliativo es interdisciplinario en su enfoque y abarca al paciente, la familia y la comunidad en su ámbito de aplicación. En cierto sentido, los cuidados paliativos recuperan el concepto más básico de la atención

la de responder a las necesidades del paciente allí donde sea cuidado, ya sea en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso natural, no prolongan ni aceleran la muerte, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a sus familiares para afrontar la enfermedad, la pérdida y el duelo.

**Enfermedad Terminal:** En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica:

**Los elementos fundamentales son:**

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

**Bases de la terapéutica:**

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria.

- La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
- Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.
- La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

**Instrumentos básicos:** La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

- Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promover la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc. )
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.

- Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
- Equipo interdisciplinar, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.
- Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de estos apartados, que constituyen verdaderas disciplinas científicas. Es requisito indispensable el adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico

#### **Principios Generales de control de síntomas:**

- Evaluar antes de tratar, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parenquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
- Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.
- La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer

- Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas...). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.
- Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del paciente.

### **Educación e integración en la terapéutica:**

El enfermo y su familia conjuntamente son siempre la unidad a tratar.

La situación de la familia de un enfermo terminal viene caracterizada por la presencia de un gran impacto emocional condicionado a la presencia de múltiples "temores" o "miedos" que, como profesionales sanitarios, hemos de saber reconocer y abordar en la medida de lo posible. La muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si tendrán un fácil acceso al soporte sanitario, la duda de si serán capaces o tendrán fuerzas para cuidarle, los problemas que pueden aparecer en el momento justo de la muerte o si sabrán reconocer que ha muerto, etc. No olvidemos que a menudo es la primera experiencia de este tipo para el enfermo y su familia y que la tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo

### **Trabajo del equipo en la atención de la familia:**

La primera intervención del equipo será la de valorar si la familia puede emocionar y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Además, ya inicialmente debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo

El siguiente paso será planificar la integración plena de la familia, y lo haremos mediante:

- La educación de la familia.
- Soporte práctico y emocional de la familia.
- Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo).

**La educación de la familia:** Los aspectos en los que la familia debe tener información clara y precisa según lo expuesto en el apartado correspondiente, que le permita participar en la medida de sus posibilidades son:

- Alimentación.
- Higiene.
- Cuidados directos del enfermo: cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, etc.
- Administración de fármacos.
- Pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.
- Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal, respuestas, etc.<sup>8</sup>

### 2.3. Definición de Términos

- **Implementación:** Ejecución o puesta en marcha de una idea programada ya sea de una aplicación informática, un plan, un modelo científico, diseño específico, estándar. Algoritmo o política.
- **Área:** Es el espacio que ocupa un terreno delimitado. Zona que se distingue por características peculiares.
- **Consejería:** Ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral. Los profesionales de la consejería abordan a los consultantes teniendo en mente al organismo vivo o biosistema a los cuales pertenecen y al establecer la relación terapéutica de manera activa y conjunta se usan estrategias de ayuda integral que conduzcan al bienestar personal y familiar.
- **Cuidados:** Es la acción de cuidar (Preservar, guardar, conservar, asistir) El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufran algún perjuicio.
- **Paliativo:** Que sirve para atenuar o suavizar los efectos de una cosa negativa, como un dolor, un sufrimiento, un castigo.
- **Cáncer:** Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.



### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

Se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se obtuvieron datos estadísticos del HIS, SEM y Notificación Epidemiológica respecto al número de atenciones de pacientes con cáncer, así como las defunciones por la misma causa.
- Reuniones de problematización e identificación de posibles soluciones: Identificación del área física para la ubicación del servicio, Identificación del Recurso Humano Responsable, Identificación del Equipamiento biomédico.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Mi experiencia inicia con el SERUMS en el año 2007 desarrollado en la Posta médica de Salud de la Policía Nacional en la Provincia de Andahuaylas, posteriormente durante los años 2008 y 2009 me desempeñé como enfermera integrante del equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) en los distritos de Andarapa y Pacucha de la Provincia de Andahuaylas, en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas inicio mis labores en el año 2010, donde se me asigna la jefatura de consultorios externos (12 consultorios) de todas las especialidades, posteriormente en el año 2011 se me invita a ser parte de la implementación de los programas presupuestales PpR con el cargo de Coordinadora de los primeros cinco programas presupuestales que se implementaron como política de estado, incluyendo el Programa de Prevención y Control del Cáncer, posteriormente se incluyeron cinco programas presupuestales más de los cuales

continué como coordinadora hasta el año 2017. Durante el 2017 asumí la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Sub Regional de Andahuaylas. En el 2018 se me solicita regresar a la coordinación de los Programas Presupuestales donde permanezco hasta el día de hoy.

Mi para de trabajo pertenece a la Oficina de Planeamiento Estratégico, y ésta a su vez depende de la Dirección General, en el área trabajamos tres personas (02 Coordinadoras de programas presupuestales y 01 personal informático), la oficina es de 20m2 equipada con mobiliario y equipo de cómputo moderno, con acceso a sistemas administrativos de gestión oficiales (SIGA, SIAF), se brindan los servicios de:

- ✓ Programación de Metas físicas por programa presupuestal y estrategias sanitarias
- ✓ Monitoreo y evaluación de cumplimiento de metas
- ✓ Ejecución presupuestal conforme a normas y definiciones operacionales de los Programas
- ✓ Organización de talleres de capacitación
- ✓ Monitoreo permanente de indicadores hospitalarios

### **3.2 Procesos Realizados en el Tema del Informe**

Los procesos realizados para la implementación del área funcional de Consejería y Cuidados Paliativos fueron los siguientes:

- Identificación de la disponibilidad del área física para la ubicación del servicio.
- Identificación de la disponibilidad del Recurso Humano Responsable.
- Identificación de la disponibilidad del Equipamiento médico.
- Elaboración del informe de sustento para el reconocimiento del área: Se elaboró el informe N°112-2017-COORD.PPR-DPE-

HSR-AND (Anexo 1) con el cuál se sustentó la importancia del reconocimiento del área de cuidados paliativos de cáncer en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas.

- Se realizaron reuniones de Sensibilización al Equipo de Gestión para la Aprobación del plan de implementación
- Se logró el reconocimiento del área funcional de consejería y cuidados paliativos de Cáncer del Hospital Sub Regional de Andahuaylas con R.D. N° 610-2018-DE-HSR-AND.
- Asignación de funciones en el área de Consejería y Cuidados Paliativos de Cáncer al personal de Enfermería que será responsable (Memorandum N° 643-2018-U.RRHH-HSR-AND emitido por la Unidad de Recursos Humanos)
- Coordinación para la asignación del área física (Memorandum N° 453-2018-OA-HSR-AND, Emitido por la Oficina de Administración)
- Coordinación para el desplazamiento de Equipo biomédico y mobiliario (Memorandum N° 454-2018-OA-HSR-AND emitido por la Oficina de Administración).
- Elaboración del flujograma de atención del paciente con cáncer.
- Coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud y la Oficina de Planeamiento estratégico para el reconocimiento del área en la cartera de servicios del HSRA.
- Coordinación con la Unidad de Imagen Institucional para la difusión, promoción del área.

La gestión para obtener el ambiente físico fue quizás la experiencia más difícil del proceso, puesto que el Hospital se encuentra en una etapa de transición debido a la construcción de su nuevo local, esto ha conllevado al hacinamiento de varios servicios, dificultando el otorgamiento de un área física para la implementación del mencionado servicio.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

#### EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER EN ESTADÍO TERMINAL, HSRA 2017

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
35-44	1	2.3	1	2.3	2	4.7
45-54	4	9.3	2	4.7	6	14.0
55- 64	5	11.6	3	7.0	8	18.6
Mayor 65	15	34.9	12	27.9	27	62.8
					0	
Total	25	58.1	18	41.9	43	100.00

Fuente: Oficina de Estadística

En el cuadro 4.1 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de pacientes con diagnóstico de Cáncer en estadio terminal, siendo el grupo de más de 65 años el que aportó 62.8% del total vemos una ligera prevalencia del sexo femenino, con un 58.1% , donde el sexo femenino tuvo una mayor representación.

## CUADRO 4.2

### TIPO DE CANCER POR SEXO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TERMINAL, HSRA 2017

Tipo de Cáncer	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estómago	13	30%	11	26%	24	56%
Hígado	5	14%	6	12%	11	26%
Colon	3	7%	1	2%	4	9%
Otros	3	7%	1	2%	4	9%
Total	24	58%	19	41.9	43	100%

Fuente: Oficina de Estadística

El cuadro 4.2 muestra que el mayor número de personas padecieron de Cáncer de estómago haciendo un total de 24, de los cuales 13 fueron del sexo femenino, seguido del cáncer de hígado con 11 pacientes de los que hubo mayor incidencia en el sexo masculino.

### CUADRO 4.3

#### NUMERO DE DEFUNCIONES POR EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, HSRA 2017

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
35-44	0	0.0	1	4.5	1	4.5
45-54	0	0.0	1	4.5	1	4.5
55- 64	4	18.2	1	4.5	5	22.7
Mayor 65	8	36.4	7	31.8	15	68.2
Total	12	54.5	10	45.5	22	100.00

Fuente: Oficina de Estadística

En el cuadro 4.3. Vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de defunciones de pacientes con diagnóstico de Cáncer en estadio terminal, siendo el grupo de más de 65 años el que aportó 68.2% del total vemos una ligera prevalencia del sexo femenino, con un 36.4% , donde el sexo femenino tuvo una mayor representación.

#### CUADRO 4.4

#### INTENSIDAD DE USO EN CONSULTA EXTERNA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER, HSRA 2017

Grupo de edad	Total	consultas	Intensidad de uso
35-44	2	18	9
45-54	6	24	4
55- 64	8	31	4
Mayor 65	27	74	3
Total	43	147	3

Fuente: Oficina de Estadística

En el cuadro 4.4. se observa mayor intensidad de uso en pacientes del grupo de edad de 35 a 44 años, siendo los mayores de 65 años quienes acuden en menor intensidad.

## V. CONCLUSIONES .

- a) Se logró implementar el área Funcional de Consejería y Cuidados Paliativos de Cáncer en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas.
- b) Se logró asignar Personal Responsable.
- c) Se logró implementar el servicio con equipo y mobiliario.



## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas del personal en el cuidado de pacientes con Cáncer.
- b) Gestionar recursos para la mejora del servicio en lo que respecta a recurso humano y equipamiento.
- c) Brindar una atención digna, empática al paciente con cáncer y su familia
- d) Mantener registros actualizados de datos que promuevan la investigación en pacientes con cáncer en estadíos avanzados.






## VII. REFERENCIALES

1. OMS, Diez datos Sobre los cuidados Paliativos, disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>, Consultada el 20 de agosto del 2018.
2. INEN, Datos Epidemiológicos, disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>, consultada el 20 de Agosto del 2018.
3. OMS, Cuidados Paliativos, disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, consultada el 20 de agosto del 2018.
4. SUAREZ, Roberto<sup>1</sup>, Carolina Wiesner<sup>2</sup>, Catalina González<sup>3</sup>, Claudia Cortés<sup>4</sup>, Alberto Shinchi<sup>5</sup>, Revista de Estudios Sociales, ANTROPOLOGÍA DEL CÁNCER E INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD PÚBLICA Vol. 17: 42-55, febrero de 2004.
5. AMADO Tineo, José Percy. Estudio "Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social". Lima 2016
6. CAIRO De La Cruz, Karen Maribel, Creación y validación de un instrumento de valoración de enfermería en necesidades de cuidados paliativos al paciente pediátrico del Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2017. Lima 2017
7. HILARIO Quispe, Rosmery, Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2014.
8. BUSSO C, León-Sanz P. Investigación con pacientes en cuidados paliativos: dilemas éticos y percepción pública sobre su vulnerabilidad. Colombia 2016.
9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Guía de Cuidados Paliativos. España 2016.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### IMAGEN 1. INFORME DE SUSTENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL ÁREA.

		<b>Gobierno Regional de Apurímac</b> Hospital Sub Regional de Andahuaylas "Año del diálogo y la reconciliación nacional"			
<b>"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"</b>					
<b>INFORME N° 112 -2018- COORD.PpR- DPE-HSR-AND.</b>					
<b>A</b>	:	<b>SRA. YANETH CONDORI ANCCO</b> <b>PLANIFICADORA DEL HSRA</b>			
<b>ASUNTO</b>	:	<b>RECONOCIMIENTO DEL AREA FUNCIONAL DE</b> <b>CONSEJERIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DE CANCER</b>			
<b>REF</b>	:	<b>RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 878-2016/MINSA</b> <b>RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 907-2016/MINSA</b> <b>RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1013-2007/MINSA</b>			
<b>FECHA</b>	:	<b>Andahuaylas, 15 de Agosto del 2018</b>			
<p>Es grato dirigirme a Ud. para saludarla cordialmente y a su vez solicitar la formalización del área de Consejería y Cuidados Paliativos de Cáncer.</p>					
<b>I. OBJETIVOS:</b>					
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Brindar atención, humanizada multidisciplinaria a pacientes en estadios avanzados de Cáncer</li><li>2. Proporcionar tratamientos que alivien el dolor.</li><li>3. Brindar atención a complicaciones y/o comorbilidad de pacientes con Cáncer.</li><li>4. Brindar consejería a pacientes con diagnóstico de cáncer.</li><li>5. Fomentar actividades recreativas a grupos organizados de pacientes con Cáncer</li></ol>					
<b>II. BASE LEGAL:</b>					
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Resolución Ministerial N° 907-2016/ MINSA. Que aprueba las Definiciones Operacionales y criterios de programación y de medición de avance de Programas Presupuestales.</li><li>2. Resolución Ministerial N° 878-2016/MINSA. Que establece la comisión de naturaleza permanente encargada del proceso de diseño y gestión de los programas presupuestales del Ministerio de Salud.</li><li>3. D.S. N° 009-2012-SA. Que declara de interés Nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los servicios Oncológicos en el Perú.</li><li>4. Resolución Ministerial N° 1013-2007/ MINSA. Que aprueba la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Tratamiento del Dolor.</li></ol>					
					
Jr. Hugo Pesce N° 180, Av. Peru N° 440 - Andahuaylas - Apurímac <a href="http://www.hospitalandahuaylas.hsrp.gob.pe">www.hospitalandahuaylas.hsrp.gob.pe</a>				Teléfono (083) 42-1020	

## "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional".

### III. JUSTIFICACIÓN:

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres respectivamente.

Mientras los casos aumentan, los decesos también. Según información del INEN hace diez años se registraban 12,000 muertes por cáncer al año y actualmente la cifra bordea los 40,000 casos. Pese a que cada vez hay más información sobre el cáncer, el 70% de los casos se sigue detectando en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menor calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad.

En el Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2017 se han atendido a 48 pacientes con diagnóstico de Cáncer en estadio avanzado, y por la idiosincrasia de la población, en estado de abandono, llegando a fallecer con dolor incontrolable ante la escasa organización de los servicios que atienden pacientes con cáncer. Es importante mencionar la importancia de trabajar con ellos de manera multidisciplinaria, periódica a través del manejo de los mismos en padrón nominal y agenda telefónica para los seguimientos de referencia y contrareferencia.

El final de la vida es una etapa de difícil afrontamiento que requiere de unos cuidados y atención multidisciplinaria a todos los ciudadanos por ser un derecho.

El área funcional de Cuidados Paliativos brindará atenciones apropiadas para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera al morir "Morir con Dignidad". Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. El paciente se encuentra en una situación de enfermedad avanzada, incurable, polisintomática y con múltiples causas de sufrimiento en la esfera psicosocial. Es la situación de "dolor total" como lo define la OMS, situación que vive el enfermo y su familia como una verdadera catástrofe: todas las certezas y seguridades de ayer, hoy han desaparecido.

¿Cuál es entonces la propuesta de los cuidados paliativos? En esencia, consiste en promover el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr el mejor afrontamiento posible a la situación de enfermedad terminal. Los caminos a través de los cuales se hace efectivo este reajuste pasan por:

1, Buen control del dolor y otros síntomas



## "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional".

- 2) Buena comunicación
- 3) Apoyo psicosocial
- 4) Trabajo en equipo (Multidisciplinario)

Hasta 2011, la cobertura oncológica gratuita por el SIS solo consideraba alrededor de mil dólares por paciente y cubría básicamente prevención y estudios diagnósticos. Desde 2012, con la creación del Plan Esperanza, la cobertura oncológica alcanza el 100%, y comprende la prevención y el tratamiento integral para todas las neoplasias, es decir, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oncológico integral, cuidados paliativos y soporte complementario.

Por lo descrito, consideramos importante el reconocimiento del área funcional de Consejería y Cuidados paliativos de Cáncer del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, que brinde atención a los pacientes con Diagnóstico de Cáncer avanzado de las Provincias de Andahuaylas y Chincheros.

### IV. UBICACIÓN.

Módulo prefabricado N° 01 de Consultorios externos.

### V. EQUIPO BIOMÉDICO Y MOBILIARIO.

- 01 camilla
- 01 Escalinata de 02 peldaños
- 01 Coche de Curaciones
- 01 Taburete
- 01 escritorio de 3 cajones
- 02 sillas de metal
- 01 Tensiómetro
- 01 Pantoscopio
- 01 soporte de venoclisis
- 01 Bomba de infusión
- 01 balanza de pie con tallmetro
- 01 Silla de Ruedas

Equipo y mobiliario a implementar progresivamente conforme a la disponibilidad presupuestal.

### VI. PERSONAL:

PROFESIONAL	CANTIDAD	GRADO DE PERMANENCIA
Médico Anestesiólogo	02	Al llamado
Médico Geriatra	01	Al llamado
Médico Cirujano	02	Al llamado
Médico Internista	02	Al llamado
Médico Rehabilitador	01	Al llamado
Médico Pediatra	01	Al llamado

**"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"**

Enfermera	01	Permanente
Odontología	01	Al llamado
Psicólogo	01	Al llamado
Nutricionista	01	Al llamado
Asistente Social	01	Al llamado
Capellania	Elaborar Requerimiento	
Otros		Al llamado

Cabe mencionar que no se realizarán nuevas contrataciones de Recursos Humanos ya que se reorganizarán las funciones del personal existente.

**VII. RESPONSABILIDADES:**

1. Atención ambulatoria, en casos excepcionales hospitalización en el servicio de medicina.
2. Tratamiento Médico del dolor.
3. Tratamiento médico de otros síntomas y/o complicaciones (Infecciosas y no Infecciosas)
4. El médico según evaluación indicará interconsultas para enfermería, psicología, odontología, nutricionista, asistente social o capellania.
5. Atención integral y seguimiento multidisciplinario de los pacientes.
6. Proporcionar orientación e información para promover cambios en los conocimientos – actitudes y comportamientos hacia la prevención terciaria (promoviendo el autocuidado para favorecer el tratamiento y evitar complicaciones en pacientes con diagnóstico de cáncer)
7. Organizar grupos de apoyo, para atención multidisciplinaria (Incluye trabajo con el entorno familiar).
8. Desarrollar actividades educativas – recreativas en grupos organizados de pacientes con Cáncer.
9. Otros que beneficien al paciente.
10. Mantener actualizado el registro nominal de pacientes con cáncer y manejo de agenda para la programación de atenciones periódicas.
11. Coordinación permanente con referencia y contrareferencia.

**VIII. FINANCIAMIENTO:**

PP 024: Programa de Prevención y Control del Cáncer

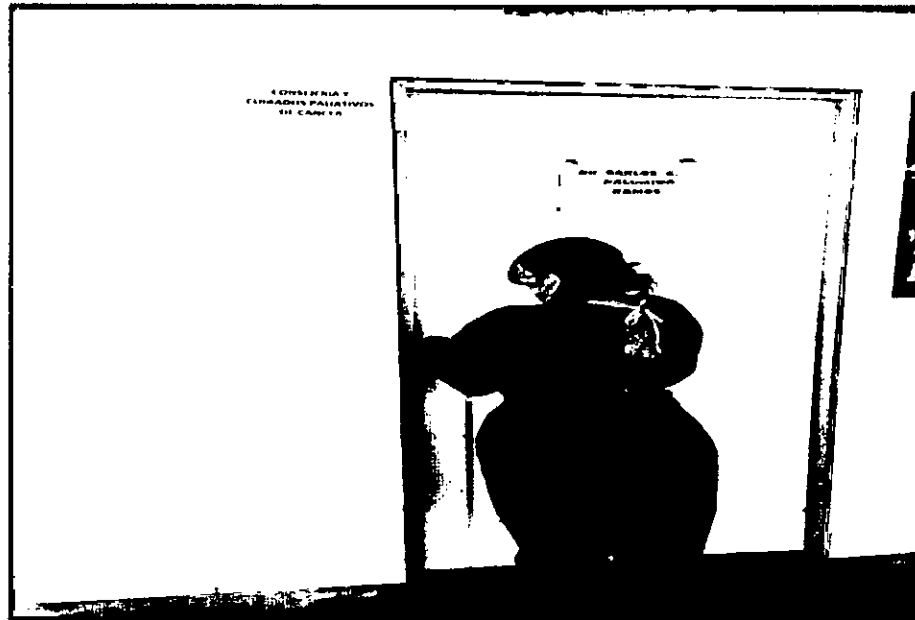
Es todo cuanto informo para los fines pertinentes.

Atentamente;

  
GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC  
GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC  
D<sup>CA</sup>. MÓDULO Méndez Herrera  
C/OCS. PROGRAMAS PRES. UN. E. T. A. E.  
D.R. 010, 024 004 129

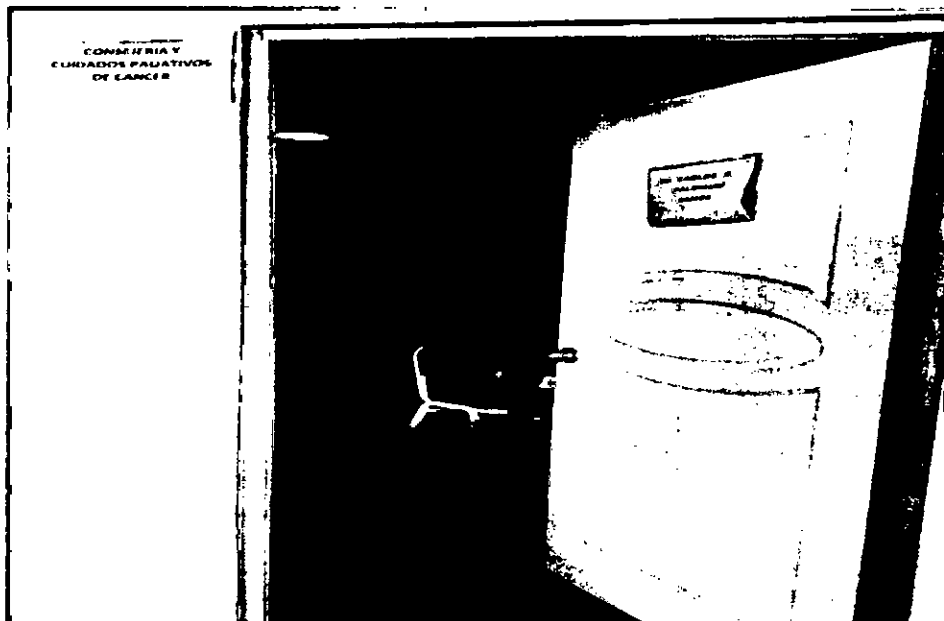
## ANEXO 2

### ENFERMERA DEL ASIGNADA AL SERVICIO ABRIENDO EL ÁREA



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

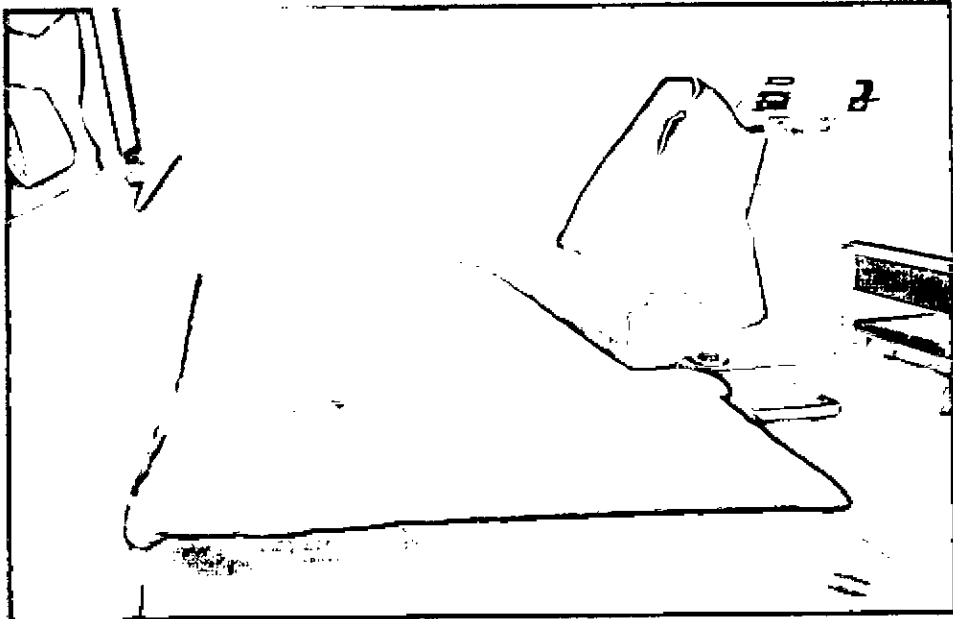
### VISTA DEL SERVICIO DESDE EL EXTERIOR



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

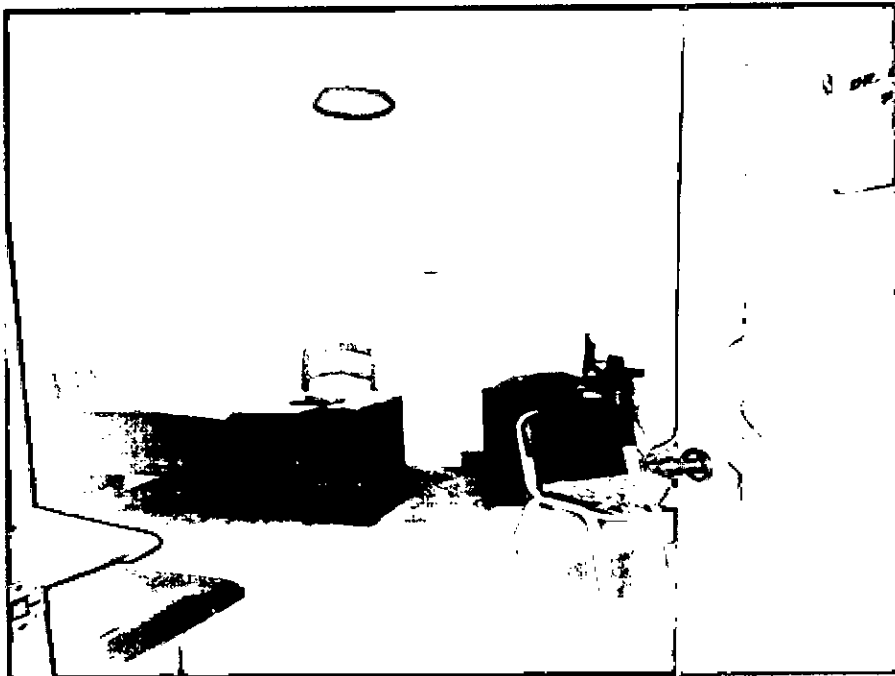


**VISTA DEL SERVICIO DESDE EL INTERIOR**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2018

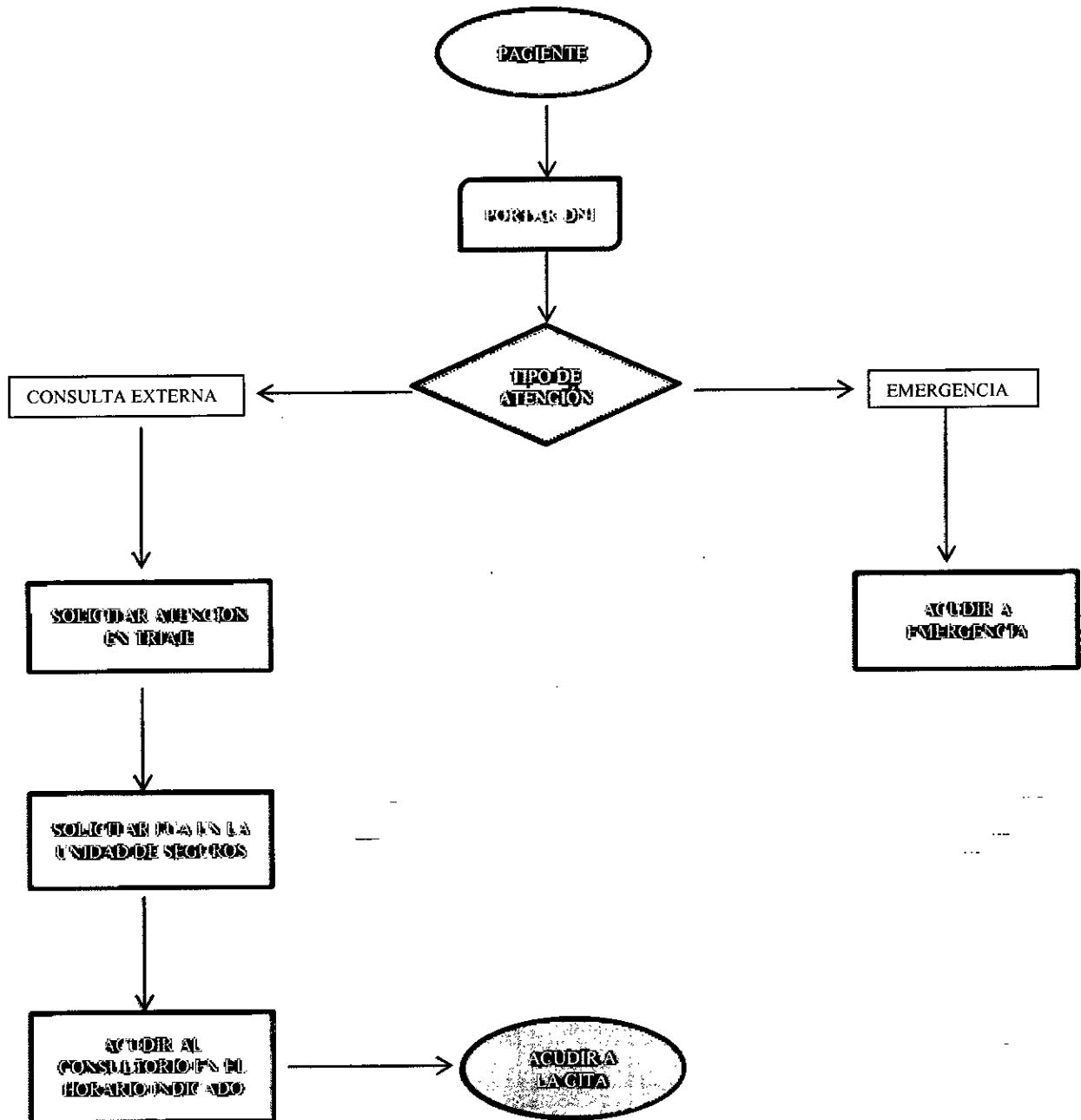
**VISTA DEL EQUIPO BIOMÉDICO Y MOBILIARIO DEL SERVICIO**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2018

### ANEXO 3

## FLUJOGRAMA DE ATENCION DE PACIENTE CON CÁNCER



ANEXO 3

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE PACIENTE CON CÁNCER

