



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**TRATAMIENTOS PALIATIVOS EN CÁNCER TERMINAL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2019**



PRESENTADA POR
JOSÉ LUIS SALINAS PAZ

ASESOR
DR. JOSÉ LUIS PACHECO DE LA CRUZ

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ONCOLOGÍA MÉDICA**

**LIMA – PERÚ
2019**



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**TRATAMIENTOS PALIATIVOS EN CÁNCER TERMINAL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2019**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA

PRESENTADO POR

JOSÉ LUIS SALINAS PAZ

ASESOR

DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

LIMA, PERÚ

2019

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definiciones de términos básicos	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	18
4.1 Tipos y diseño	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	20
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
PRESUPUESTO	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Las neoplasias malignas conforman una de las principales causas de morbilidad y mortalidad alrededor del mundo, la actualización de datos de GLOBOCAN (Cáncer today 2018) reporta alrededor de 18 millones de nuevos casos y 9.5 millones de defunciones asociados a esta patología ⁽¹⁾.

A nivel mundial en la última década se ha experimentado un alarmante incremento de pacientes con diagnóstico de cáncer de los cuales, un gran porcentaje se encuentran en estadios avanzados, de estos la tercera parte tendrán indicación de tratamiento estrictamente paliativo ⁽²⁾.

En Latinoamérica la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que al menos 4 millones de pacientes por año, se verían beneficiados de recibir atención paliativa, y se proyecta que la demanda seguirá en ascenso; sin embargo, solo el 1% de estos lo recibe. La atención paliativa es fundamental para lograr una cobertura universal en salud y los objetivos para el desarrollo sostenible ⁽⁴⁾.

La sociedad americana de oncología clínica, describe que la especialidad médica en cuidados paliativos, se centra en prevenir, controlar y aliviar tanto los síntomas del cáncer, así como cualquier efecto secundario provocado por el tratamiento oncológico, y propone comenzar con los cuidados paliativos lo más pronto posible, y así contar con un plan de atención del cáncer que brindara comodidad durante todos los estadios de la enfermedad. También brinda apoyo para las necesidades de sus familiares y cuidadores. El hecho de recibir cuidados paliativos no significa

que no continuará recibiendo tratamiento para la enfermedad, de hecho, las investigaciones demuestran que las personas que reciben ambos tipos de tratamiento, a menudo presentan síntomas menos graves, tienen una mejor calidad de vida e informan sentirse más satisfechos con el tratamiento ⁽³⁾.

El 2017, las sociedades y asociaciones científicas peruanas en salud e institutos a fines, presentaron un acta sobre atención interdisciplinaria e integración de los cuidados paliativos como parte de la atención en salud del país. Dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas en el mundo entero, la OMS facilita el acceso a los medicamentos necesarios para el alivio del dolor y otros síntomas en el contexto de los cuidados paliativos, asegurando una disponibilidad adecuada de sustancias sometidas a fiscalización internacional y establece la inclusión de medidas e indicadores relacionados con los cuidados paliativos, en el marco mundial de vigilancia integral para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y en el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020⁽⁵⁾.

El Hospital Arzobispo Loayza, ubicado en el Cercado de Lima, es uno de los puntos de referencia a nivel local y nacional de los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa). Por este motivo, existe gran demanda de pacientes, varios de ellos con diagnóstico de cáncer avanzado, los que ingresan al servicio de Oncología Médica, que luego del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y alta, muchos tienen indicación de manejo sintomático, los cuales deberían ser tratados en una Unidad Especializada en Cuidados Paliativos que brinde atención hospitalaria como domiciliaria; lamentablemente, este servicio no existe en esta

institución, dejando a los pacientes y familiares enfrentar prácticamente solos la evolución de la enfermedad, muchos acudiendo a emergencia por síntomas propios de la progresión del cáncer y otras no relacionadas con el proceso oncológico, viéndose sometidos a exámenes complementarios, medidas invasivas, tratamientos y eventualmente hospitalizaciones muchas veces innecesarias, que no cambiarán el pronóstico de la enfermedad, y que van en contra de la calidad de vida que se pretende ofrecer al paciente terminal.

Por consiguiente, para que estas estrategias propuestas puedan ser efectivas, tanto el gobierno como la sociedad civil tienen el deber de trabajar en coordinación para fortalecer el sistema sanitario. Es por ello que, varias organizaciones líderes en cuidados paliativos han elaborado una plataforma llamada CP-FeSS (Cuidados Paliativos: Fortaleciendo el Sistema Sanitario), cuyo principal objetivo es lograr la cobertura sanitaria universal para pacientes y cuidadores ⁽⁶⁾.

En el mes de agosto de 2018, el congreso de la república promulgo la Ley N° 30846, que crea “El Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas”, la cual convoca a las entidades públicas, sociedades científicas e instituciones privadas relacionadas a la especialidad, a formular aportes para la elaboración y ejecución de dicho plan, cuyo objetivo es conseguir que lleven una vida de calidad, tanto para el paciente como a su entorno familiar.

Por lo expuesto, se hace imperiosa la implementación de un área de cuidados paliativos y tratamiento del dolor en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y es por ello que el presente trabajo aportara datos sustanciales para poder gestar este servicio.

1.2 Formulación del problema

¿En qué medida el recibir tratamiento paliativo mejora la calidad de vida de pacientes con cáncer terminal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la medida en la que el recibir tratamiento paliativo mejora la calidad de vida de pacientes con cáncer terminal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2019.

Objetivos específicos

Evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer terminal que reciben tratamiento paliativo.

Establecer el estado funcional (ECOG) promedio de pacientes con cáncer terminal y tratamiento paliativo.

Estimar el tiempo promedio de sobrevida en enfermos con cáncer terminal desde la indicación de tratamiento paliativo.

1.4 Justificación

El estudio espera determinar cuales son los tratamientos paliativos que siguen en domicilio los pacientes con cáncer terminal del Hospital Arzobispo Loayza, después del diagnóstico, pronóstico y alta.

La investigación beneficiará a los pacientes con cáncer terminal y al entorno familiar que afronta esta enfermedad.

El trabajo también aportará datos para la implementación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo Del Dolor en el Hospital Arzobispo Loayza.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El estudio tiene el visto bueno de la Unidad de Investigación del Servicio de Oncohematología del Hospital Arzobispo Loayza, además de contar con la capacidad técnica, la tecnología y una población de estudio accesible necesarias para su ejecución.

La información se obtendrá a partir de datos estadísticos del Servicio de Oncología Médica, como también de los pacientes y familiares, por medio de entrevistas personales, visitas domiciliarias, correo electrónico y llamadas telefónicas.

Hay un clima propicio en Servicio de Oncología Médica del Hospital Arzobispo Loayza para la investigación.

En resumen, el presupuesto que se estima para investigación es accesible a los recursos del investigador.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En 2018, Lam F et al. realizaron una recopilación retrospectiva de la información estadística del cáncer a nivel mundial, cuyo objetivo fue el de actualizar la base de datos de GLOBOCAN (Cáncer today 2018), reportando alrededor de 18 millones de casos nuevos y 9.5 millones de muertes asociados a esta patología y concluyen que en las siguientes dos décadas la incidencia aumentara a 22 millones de casos nuevos de cáncer ⁽¹⁾.

En 2014, Chan M et al. desarrollaron un estudio descriptivo, que tuvo como objetivo brindar recomendaciones para el Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos como parte del tratamiento integral en el transcurso de la vida, los hallazgos encontrados hacen énfasis en la necesidad de crear y empoderar tanto leyes como políticas nacionales e internacionales las cuales garanticen un acceso adecuado y efectivo de medicinas y procedimientos básicos para el tratamiento del dolor y otros síntomas, llegando a la conclusión que es imperioso formar personal de salud entrenado para brindar atención especializada y de calidad a los pacientes que requieran atención paliativa en los diferentes sistemas de salud ⁽⁷⁾.

En 1966, Yepes L et al. realizaron un estudio con el objetivo de reconocer a los cuidados paliativos como una estrategia de salud, empleando una metodología retrospectiva. Entre sus hallazgos encontraron que la atención paliativa es reconocida como una estrategia primordial para lograr una cobertura sanitaria

universal, y el trabajo concluye que todos los pacientes y familiares deben acceder a medicinas y atenciones de calidad ⁽⁸⁾.

Temel JS et al. el 2018, realizaron un estudio de tipo descriptivo y diseño cualitativo, cuyo objetivo consistió en acentuar que brindar cuidados paliativos disminuye los gastos en salud, se incluyó como población de estudio pacientes con enfermedades crónicas terminales. La investigación determinó que la atención paliativa oportuna reducirá hospitalizaciones y procedimientos innecesarios, y el trabajo concluye que los cuidados paliativos evitan el uso excesivo de los servicios de salud ⁽⁹⁾.

En 2012, De Lima L et al. desarrolló un estudio con el objetivo de reconocer los derechos sociales, económicos y culturales, del ser humano, empleando una metodología descriptiva. Entre sus hallazgos describen los derechos primordiales que todo ser humano tiene derecho a gozar, llegando a la conclusión de que lograr un adecuado nivel de salud física, social y espiritual mejora la calidad de vida de los individuos ⁽¹⁰⁾.

En 2013, Chan M et al. realizaron un estudio prospectivo, con el objetivo de demostrar que iniciar tratamiento paliativo anticipado mejora la calidad de vida, incluyen varias publicaciones sobre los cuidados paliativos. Entre sus hallazgos encontraron evidencia sólida la cual demuestra que iniciar el tratamiento paliativo al momento del diagnóstico o cuanto antes sea posible mejora tanto en la calidad de vida como en la respuesta al tratamiento impartido ⁽¹¹⁾.

En 2012, Vuk J et al. realizaron un análisis retrospectivo cuyo objetivo era tener una aproximación global del número de pacientes con indicación de cuidados paliativos, la investigación determinó una aproximación que, por año, cerca de 40 millones de pacientes, tienen indicación de atención paliativa, y de todos ellos un 78% son países en vías de desarrollo con ingresos promedio entre bajos y medios, llegando a la conclusión de que la mayoría de pacientes con indicación de cuidados paliativos son de bajos recursos ⁽¹²⁾.

En 2014, Connor S et al. desarrollaron una investigación a nivel mundial de tipo descriptiva, cuyo objetivo consistió en conocer el porcentaje de pacientes que logran acceder a cuidados paliativos; entre sus hallazgos encontraron que, de todos los pacientes con indicación de cuidados paliativos, solo el 14% logran acceder a este servicio de forma óptima y oportuna, concluyendo que la atención paliativa aún no se encuentra dentro de las estrategias de atención primaria en salud ⁽¹³⁾.

En 2015, Bew et al. realizaron un estudio con el objetivo de conocer el número de pacientes con indicación de atención paliativa en América latina, para lo cual emplearon una metodología prospectiva. Entre los hallazgos encontraron que, en América Latina cerca de 3.5 millones de pacientes pueden ser tributarios de atención paliativa, sin embargo, solo el 1% logra acceder a esta atención; llegaron a la conclusión que en la actualidad existen menos de dos servicios de atención paliativa por millón de habitantes ⁽¹⁴⁾.

En 2007, Chan M et al. desarrollaron una investigación de tipo descriptiva y diseño cuantitativo, cuyo objetivo consistió en saber qué países cuentan con programas de cuidados paliativos. La investigación determinó que son pocos los países que tienen programas y unidades de atención paliativa, y menos aun los que cuentan con acreditación oficial para formar la especialidad o subespecialidad en cuidados paliativos; llegaron a la conclusión que los programas de cuidados paliativos son escasos a nivel mundial ⁽¹⁵⁾.

En 2012, Pastrana T et al. desarrollaron una investigación de tipo descriptiva, cuyo objetivo consistió en conocer el acceso a medicinas como opioides para el tratamiento del dolor. La investigación determinó que es muy complicado el acceso a fármacos opioides debido a la falta de políticas y estrategias adecuadas; llegaron a la conclusión que existen restricciones innecesarias que entorpecen y limitan el acceso a medicamentos indicados para el alivio de los síntomas ⁽¹⁶⁾.

En 2014, Wild P et al. realizaron un estudio de tipo prospectivo, cuyo objetivo fue tener una aproximación del aumento de la incidencia de cáncer a nivel mundial. Entre los hallazgos encontraron que en las siguientes dos décadas la incidencia aumentara a 22 millones de casos nuevos de cáncer; el trabajo concluyó que los diagnósticos de casos nuevos de cáncer seguirán en ascenso ⁽¹⁷⁾.

En 2014, Wild P et al. desarrollaron una investigación en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica, de tipo descriptivo, cuyo objetivo consistió en conocer la incidencia y mortalidad del cáncer. La investigación reportó una incidencia de más

del 60% y una mortalidad cerca del 70% por diagnóstico cáncer; llegaron a la conclusión que tanto la incidencia como la mortalidad son altas a nivel mundial⁽¹⁷⁾.

En 2012, García L et al. realizaron un estudio con el objetivo de conocer la estadística de cáncer en Lima Metropolitana, para lo cual emplearon la metodología retrospectiva. Entre sus hallazgos encontraron un alarmante incremento entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100 000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres; llegaron a la conclusión que las cifras estadísticas de cáncer en Lima se elevaron en los últimos 50 años⁽¹⁸⁾.

2.2 Bases teóricas

Cuidados paliativos como estrategia sanitaria

Está considerado que el tratamiento paliativo (OMS, 2002) es una estrategia dirigida a brindar una mejor la calidad de vida a los pacientes y familiares (quienes hacen frente de los conflictos asociados a una enfermedad con alta tasa de mortalidad), por medio de una evaluación integral que permita prevenir y el aliviar el sufrimiento, realizando una identificación temprana de los problemas físicos, psicosociales y espirituales, para dirigir las opciones de tratamiento⁽¹⁹⁾.

Desde 1996 los cuidados paliativos son uno de los tres programas prioritarios de la OMS. Basados en las recomendaciones de la OMS y en la experiencia adquirida en la Unidad de Cuidados Paliativos de los Servicios de Oncología Clínica, en momentos en los que se promueve el cambio de modelo de atención haciendo énfasis en la atención primaria de salud y la medicina familiar, como un sistema básico e integral de atención.

Guías y protocolos en cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboro una guía sobre Cuidados Paliativos. El objetivo de esta guía está dirigido a satisfacer las necesidades y brindar atención a los enfermos que necesiten alivio y control de los síntomas, además de cubrir aspectos del ámbito psicosocial del paciente y su entorno familiar, en especial cuando la enfermedad se encuentra en fases avanzadas, sin opciones de tratamiento con intención curativa o al enfrentar una enfermedad en fase avanzada, que concluirá con la muerte. A causa de las consecuencias emocionales, sociales, económicas y espirituales del cáncer y su tratamiento, las estrategias diseñadas en cuidados paliativos tienen la finalidad de cubrir las necesidades de los pacientes y sus familias, brindándoles la atención e información pertinente, desde el momento del diagnóstico, con la intención de mejorar su calidad de vida y su capacidad para enfrentar y sobrellevar la situación de forma eficaz ⁽²⁰⁾.

Valoración del paciente paliativo

La evaluación integral estará en relación a las necesidades del paciente y su familiar, una valoración bien realizada será fundamental para proporcionar cuidados paliativos; ya que, ayudará a indagar sobre problemas y síntomas subyacentes, e identificará factores que modulan su expresión, para evaluar su repercusión en el bienestar, y diseñar intervenciones individualizadas, para el control de los síntomas ⁽²¹⁾.

Origen de la palabra paliativo

La palabra “paliativo” proviene del latín *pallium*: que hace referencia a la capa o manto utilizada en la época romana. Los cuidados paliativos son aquellos que están encaminados al alivio de los síntomas, formulando tratamientos que tienen el objetivo primordial de brindar confort al paciente. No obstante, la atención paliativa, no solo se centra en el control de síntomas físicos, si no que busca integrar los diferentes aspectos que engloban la atención al enfermo terminal: física, psicológica, social y espiritual, para facilitar no solo una transición al deceso en paz, sino vivir los últimos días con dignidad y lo más activo posible hasta el momento de la muerte ⁽²²⁾.

Cuidados paliativos

Se definen como toda atención activa e integral, que se brinda a pacientes con enfermedades terminales, que afectan su calidad de vida, incluyendo su entorno familiar, por medio de un equipo multidisciplinario, cuando la enfermedad se hace refractaria a tratamientos curativos o que permitan aumentar la sobrevida ⁽²²⁾.

Cáncer terminal

Se refiere a una enfermedad en etapa avanzada, en la cual los tratamientos curativos no son la prioridad. El cáncer se cataloga como incurable y evolutivo, a su vez que el estado funcional del paciente se deteriora de manera progresiva. Un paciente en estado terminal es aquel que tiene una expectativa de vida menor a seis meses ⁽²³⁾.

Estado funcional

En medicina alude al estado de salud general y la capacidad del paciente con diagnóstico de cáncer de realizar actividades físicas cotidianas. El estado funcional o índice de desempeño proporciona información acerca del pronóstico y la capacidad de tolerancia al tratamiento citotóxico ⁽²⁴⁾.

Los grados de clasificación se utilizan para cuantificar de forma objetiva el estado funcional del paciente. Las escalas enumeradas a continuación están ampliamente difundidas.

- Escala de la OMS (Organización Mundial de la Salud).
- Escala del Eastern Cooperativa Oncology Group (ECOG)
- Escala de Karnofsky.

Supervivencia

Periodo que transcurre desde el diagnóstico o la administración del tratamiento hasta el último control realizado o el fallecimiento del paciente. Una variable utilizada es la tasa de supervivencia, que indica el porcentaje de enfermos vivos a un tiempo determinado, desde el momento del diagnóstico o inicio de tratamiento. Habitualmente, y por convención, el tiempo estimado es de cinco años. La tasa de supervivencia observada indica el porcentaje de enfermos que están vivos después de cinco años de seguimiento desde el diagnóstico. Por el contrario, la tasa de supervivencia relativa es la que compara la proporción de enfermos con cáncer vivos a los cinco años del diagnóstico con la proporción de personas vivas, pero sin cáncer.

Calidad de vida

La calidad de vida hace referencia a la sensación de bienestar general que pueden experimentar las personas y engloba la sensación subjetiva de sentirse bien. Los textos definen que la calidad de vida se encuentra conformada por dos partes; la primera que es la capacidad de realizar actividades diarias que indican un bienestar físico, psicológico y social, y la segunda es la satisfacción con el funcionamiento orgánico y los síntomas propios de la enfermedad o de los efectos secundarios al tratamiento ⁽²⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud, la define como, “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” ⁽²⁶⁾.

Para medir la calidad de vida la OMS creó el WHOQLQ-100 (1991) y WHOQLQ-BRIEF (1994), que es el único instrumento de medición a nivel internacional el cual se compone de una encuesta que consta de ítems con respecto al estado de salud física, social y espiritual, y acerca de cómo paciente vive su enfermedad así como su percepción subjetiva de bienestar, que se valora con una escala del 1 al 5, en la cual 1 expresa ninguno y 5 demasiado; las respuestas deben referirse a su experiencia en las últimas dos semanas. La EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*) creó el primer cuestionario estandarizado específico para el cáncer QLQ-C30, que es el más usado en los estudios clínicos al rededor del mundo.

2.3 Definición de términos básicos

Cáncer: Es el crecimiento descontrolado de células anormales, provocado por alteraciones genéticas, con potencial de invadir órganos vecinos y distantes ⁽²³⁾.

Metástasis: Diseminación del cáncer del órgano primario donde se originó a otra parte del cuerpo ⁽²³⁾.

Dolor: Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial ⁽²³⁾.

Oncología: Es una especialidad médica, en la que se analiza, diagnostica y trata tumores benignos como malignos ⁽²³⁾.

Calidad de vida: Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social ⁽²³⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Los pacientes con cáncer terminal que reciben tratamiento paliativo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mejoran su calidad de vida en mayor medida con respecto a los pacientes que no lo reciben.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Cuidados Paliativos al final de la vida	Toda atención que se brinda cuando el tratamiento curativo no es el objetivo si no la calidad de vida.	Cualitativa	ECOG	Ordinal	ECOG \geq 3 Califica	Historia clínica
					ECOG \leq 2 No califica	
Estado funcional	Estado de salud general y capacidad del paciente de realizar actividades físicas diarias.	Cuantitativa	ECOG (Escala del Eastern Cooperativa Oncology Group)	Ordinal	0=Asintomático	Examen clínico
					1=Síntomas leves	
					2=En cama menos del 50% del tiempo	
					3=En cama más del 50% del tiempo	
					4=En cama el 100% del tiempo	
					5=Muerto	

Variable	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus variables	Medio de verificación
Probabilidad de supervivencia a los 30 días	Periodo que transcurre desde que se cataloga a un paciente como terminal hasta el fallecimiento.	Cualitativa	PaP score <i>(Palliative Prognostic Score)</i>	Ordinal	0-5.5 > 70% 5.6-11 30-70% 11.1-17.5 < 30%	História clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El enfoque es mixto, el alcance analítico, de tipo transversal prospectivo, la naturaleza observacional y el estudio analítico.

El enfoque es mixto, ya que el resultado principal será expresado de forma nominal y los secundarios en forma numérica (p); el tipo es analítico porque pretenderá demostrar que la hipótesis de que recibir tratamiento paliativo en domicilio mejora la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; el corte es transversal, porque medirá la variable de calidad de vida y tratamientos paliativos en domicilio una sola vez lo mismo que las variables, del estado funcional y supervivencia; es prospectivo, porque los datos se obtendrán después de la aprobación del proyecto; observacional, puesto que no manipulará variables; analítico porque demostrara causa efecto en los grupos de control.

4.2 Diseño muestral

La población estará constituida por pacientes que cumplan con los criterios de cáncer terminal, atendidos en el área de Oncología Médica del Hospital Arzobispo Loayza, unos 60 individuos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con indicación de cuidados paliativos.
- Pacientes en estado terminal.

Criterios de exclusión

- Pacientes que reciban quimioterapia.
- Pacientes que estén en observación.

La muestra será no probabilística por conveniencia; quiere decir que incluirá a pacientes con indicación de cuidados paliativos en domicilio, durante el primer trimestre del 2018, presumiblemente el 90%.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La recopilación de la información se realizará mediante: a) revisión de historias clínicas de pacientes oncológicos, b) visitas domiciliarias a pacientes con cáncer terminal con indicación de tratamiento paliativo, c) encuestas dirigidas a pacientes y familiares mediante entrevista personal, por vía telefónica y correo electrónico. Los pacientes y familiares dispondrán de 10 minutos, aproximadamente, para responder esta encuesta. Los resultados serán tabulados con el programa Excel, como: reciben tratamiento paliativo, no reciben tratamiento paliativo, tipo de tratamiento paliativo, estado funcional ECOG 1-5, supervivencia PaP score. La copia de seguridad se realizará con el programa Access, como base de datos.

Instrumento

Para hallar a los enfermos terminales y determinar el correspondiente estado clínico, se usará encuestas que evaluarán el ECOG (*Escala del Eastern Cooperative Oncology Group*) y el PaP score (*Palliative Prognostic Score*). Son

instrumentos que permiten evaluar el estado funcional y la supervivencia a los 30 días respectivamente.

Para evaluar la calidad de vida se utilizará el cuestionario QLQ-C30 de la EORTC, que consta de 30 ítems, los cuales hacen referencia a lo ocurrido durante la última semana, los cuales serán valorados en una escala del 1 al 100, para determinar la mejor o peor calidad de vida.

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Se hará uso de tablas y gráficos estadísticos para las variables en estudio. De acuerdo al procesamiento de datos, se desarrollarán cuadros comparativos.

4.5 Aspectos éticos

Al recoger los datos de si reciben tratamiento paliativo o no, y si lo reciben cual es este, se brindará información tanto a pacientes como a familiares, que se trata de una investigación científica. Se les aclarará que esta encuesta no pretende estimar un pronóstico de supervivencia. No se realizarán promesas de recompensa de ninguna índole.

El estudio de investigación tendrá que enfrentar el problema ético de qué hacer con los pacientes que no reciben tratamiento paliativo.

CRONOGRAMA

Pasos	2019										
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X									
Recolección de datos			X	X							
Procesamiento y análisis de datos					X						
Elaboración del informe						X	X				
Correcciones del trabajo de investigación								X	X		
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Transcripción	500.00
Impresiones	400.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	2450.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC). GLOBOCAN [Internet] 2018. Extraído el 5 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>.
2. Sociedad española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la asociación española contra el cáncer. [Internet] 2014. Extraído el 5 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.secpal.com/>
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL. The Lancet commission report. The Lancet 2018; 391(10128): 1391-1454.
4. Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), Cuidados paliativos, p 5-6. [Internet] 2017. Extraído el 6 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.asco.org/www.cancer.net/es>.
5. Asamblea mundial de la salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. WHA67. Ginebra: OMS. [Internet] 2018. Extraído el 6 de abril de 2019. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21454es/>
6. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, TorresVigil I, Vargas Y, Herrera E. Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1ra ed. Houston: IAHPC Press. 2013.
7. World Health Assembly, Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67, 19. [Internet] 2014. Extraído el 25 de marzo de 2019, Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
8. United Nations Human Rights, International covenant on Economic, social and Cultural Rights. [Internet] 1966. Extraído el 30 de marzo de 2019, Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
9. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ, Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer, N Engl J Med. 2010; 363(8):733-42.
10. United Nation General Assembly, Resolution adopted by the General Assembly. [Internet] 2012. Extraído el 5 de abril de 2019. Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp.

11. World Health Organization, World Bank, Background document: towards Universal Health Coverage: Concepts, lessons and public policy challenges. Ministerial-level Meeting on universal Health Coverage, WHO headquarters, Geneva, Switzerland. [Internet] 2013. Extraído el 25 marzo de 2018. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_feb2013_background_document.pdf.
12. United Nations General Assembly, Resolution, Political Declaration of the high-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and control of Non-communicable diseases. [Internet] 2012. Extraído el 25 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_submission2011/political_declaration_en.pdf.
13. Connor SR, Sepulveda C, editors, Global Atlas of Palliative Care at the End of life. London: Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance. [Internet] 2014. Extraído el 25 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
14. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of death Index. Ranking palliative care across the world. [Internet] 2015. Extraído el 28 de marzo de 2018. Disponible en: <http://eiuperspectives.com/sites/default/files/2015.pdf>.
15. Chan M, Ten years in public health 2007-2017. Geneva: World Health Organization. [Internet] 2017. Extraído el 28 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/10-year-review/healthier-fairer-safer/en/>
16. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C, Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1ra ed. Houston: IAHPC Press; 2012.
17. Informe mundial sobre el cáncer, IARC. [Internet] 2014. Extraído el 10 de marzo de 2019. Disponible en: <http://www.who.int/>.
18. INEN Estadísticas, Datos Epidemiológicos. [internet] 2012. Extraído el 10 de marzo de 2019. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe>.
19. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of pain and Symptom Management 2013; 45(6):1094-106.
20. WHO model list of essential medicines, 15ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [internet] 2016. Extraído el 10 de marzo de 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308750892_Essential_medicines_for_cancer_WHO_recommendations_and_national_priorities.

21. Canadian Hospice Palliative Care Association. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association. [Internet] 2013. Extraído el 10 de marzo de 2019. Disponible en: http://www.chpca.net/media/7458/Applying_a-Model-to-Guide-Hospice-Palliative-Care.
22. Jemal A, Ward EM, Thun MJ. Cancer Statistics. En: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (editores). Cancer. Principles and Practice of Oncology. 7 th Ed. Lippincott Williams Wilkins. N York. 2005.
23. Real academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Ed Panamericana; 2012.
24. Oken, M.M., Creech, R.h, Tormey, DC., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity and Response Criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.
25. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. J Natl Cancer Inst. 1992; 84 (8): 575-579.
26. Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37 (S2): 74- 105.
27. Questionnaires EORTC. Groups.eortc.be. N.p. [Internt] 2016. Extraído el 10 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo de diseño y de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>TRATAMIENTOS PALIATIVOS EN CÁNCER TERMINAL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2019</p>	<p>¿En qué medida el recibir tratamiento paliativo mejora la calidad de vida de pacientes con cáncer terminal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2019?</p>	<p>Objetivo general -Determinar en qué medida el recibir tratamiento paliativo mejora la calidad de vida de pacientes con cáncer terminal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2019.</p> <p>Objetivos específicos -Evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer terminal que reciben tratamiento paliativo. -Establecer el estado funcional (ECOG) promedio de pacientes con cáncer terminal y tratamiento paliativo. -Estimar el tiempo promedio de sobrevivencia en enfermos con cáncer terminal desde la indicación de tratamiento paliativo.</p>	<p>El enfoque es mixto, el alcance analítico, de tipo transversal prospectivo, la naturaleza observacional y el estudio analítico.</p>	<p>La población estará constituida por pacientes que cumplan con los criterios de cáncer terminal, atendidos en el área de Oncología Médica del Hospital Arzobispo Loayza, unos 60 individuos. Criterios de inclusión: pacientes con indicación de cuidados paliativos. Criterios de exclusión: pacientes que reciban quimioterapia, o estén en observación.</p> <p>Se hará uso de tablas y gráficos estadísticos para las variables en estudio. De acuerdo al procesamiento de datos, se desarrollarán cuadros comparativos.</p>	<p>Para hallar a los enfermos terminales y determinar el correspondiente estado clínico, se usará encuestas que evaluarán el ECOG (Escala del Eastern Cooperative Oncology Group) y el PaP score (Palliative Prognostic Score). Son instrumentos que permiten evaluar el estado funcional y la supervivencia a los 30 días respectivamente.</p>

2. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario QLQ-C30 EORTC

Iniciales de su nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Sexo:	
Fecha:	

Durante la última semana

		Para nada	Un poco	Bastante	Extremadamente
1	¿Ha tenido alguna dificultad para realizar actividades que necesiten esfuerzo físico, como levantar una bolsa?	1	2	3	4
2	¿Ha tenido alguna dificultad para salir a caminar por largo tiempo?	1	2	3	4
3	¿Ha tenido alguna dificultad para caminar por corto tiempo?	1	2	3	4
4	¿Necesita estar en una silla o en su cama en el día?	1	2	3	4
5	¿Requiere que le ayuden para comer, vestirse o ir al baño?	1	2	3	4
6	¿Ha estado limitado/a de realizar su trabajo u otras actividades?	1	2	3	4
7	¿Ha estado limitado/a para realizar pasatiempos u otras actividades?	1	2	3	4
8	¿Ha sentido que le falta el aire?	1	2	3	4
9	¿Ha sentido algún tipo de dolor?	1	2	3	4
10	¿Siente que necesita descansar?	1	2	3	4
11	¿Tiene alguna dificultad para dormir?	1	2	3	4
12	¿Siente debilidad?	1	2	3	4
13	¿Tiene falta de apetito?	1	2	3	4
14	¿Se ha sentido nauseoso/a?	1	2	3	4
15	¿Ha presentado vómitos?	1	2	3	4
16	¿Ha sentido estreñimiento?	1	2	3	4
17	¿Ha presentado diarreas?	1	2	3	4
18	¿Se siente cansado/a?	1	2	3	4
19	¿El dolor interfiere en sus actividades?	1	2	3	4
20	¿Tiene dificultades para concentrarse o mirar televisión?	1	2	3	4
21	¿Se siente estresado/a?	1	2	3	4
22	¿Siente preocupación?	1	2	3	4

23	¿Se siente enojado/a?	1	2	3	4
24	¿Se ha sentido deprimido/a?	1	2	3	4
25	¿Le es difícil recordar cosas?	1	2	3	4
26	¿Siente que su enfermedad o el tratamiento interfiere con su relación familiar?	1	2	3	4
27	¿Siente que su enfermedad o el tratamiento interfiere con su vida social?	1	2	3	4
28	¿Siente que su enfermedad o tratamiento dificulta su situación económica?	1	2	3	4

En las siguientes preguntas marque con un aspa o círculo el número que mejor se relacione con su caso

29	¿Cómo calificaría su salud en general durante la última semana?							
	1	2	3	4	5	6	7	
	Muy mala						Excelente	
30	¿Cómo calificaría su calidad de vida en general durante la última semana?							
	1	2	3	4	5	6	7	
	Muy mala						Excelente	

PODER LEGISLATIVO**CONGRESO DE LA REPUBLICA****LEY N° 30846**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

LA COMISIÓN PERMANENTE DEL
CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES
ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS**

Artículo 1. Creación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas

Créase el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

Artículo 2. Responsable de elaboración del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud en su condición de ente rector del Sistema Nacional de Salud, elabora el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.

En la elaboración del Plan Nacional, el Ministerio de Salud convoca necesariamente a las entidades públicas del sector, así como a las sociedades y asociaciones científicas relacionadas a la especialidad y a las entidades privadas especializadas que formulen aportes para la elaboración del Plan.

Artículo 3. Objetivos del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas tiene como objetivo general asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores. El citado plan atiende las enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida y ha de contener apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales.

**DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS
TRANSITORIAS**

PRIMERA. Reglamento de la Ley

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en un plazo de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de su publicación.

SEGUNDA. Plazo para elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas a que se refiere el artículo 1 es elaborado por el Ministerio de Salud en un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha de publicación de la presente ley.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veinticuatro días del mes de agosto de dos mil dieciocho.

DANIEL SALAVERRY VILLA
Presidente del Congreso de la República

SEGUNDO TAPIA BERNAL
Segundo Vicepresidente del
Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dieciocho días del mes de setiembre del año dos mil dieciocho.

MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República

CÉSAR VILLANUEVA ARÉVALO
Presidente del Consejo de Ministros

1693156-1

LEY N° 30847

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY QUE APRUEBA DIVERSAS
DISPOSICIONES PRESUPUESTARIAS
PARA PROMOVER LA EJECUCIÓN
DEL GASTO PÚBLICO EN INVERSIONES
PÚBLICAS Y OTRAS MEDIDAS**

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto aprobar diversas disposiciones presupuestarias para promover la ejecución del gasto público en inversiones públicas y otras acciones por parte de las entidades del Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales.

Artículo 2. Transferencias de partidas de diversos pliegos del Poder Ejecutivo

2.1 Autorízase una transferencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2018, hasta por la suma de S/ 270 623 593,00 (DOSCIENTOS SETENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y TRES Y 00/100 SOLES), con cargo a los recursos del pliego Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, a favor de diversos gobiernos locales, para el financiamiento de inversiones, de acuerdo al detalle que se indica en el Anexo 1-A "Transferencia de Partidas del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento a favor de los Gobiernos Locales por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios" y en el Anexo 1-B "Transferencia de Partidas del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento a favor de un Gobierno Local por la fuente de financiamiento Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito", y de continuidad.

La desagregación de los ingresos que correspondan a la transferencia de partidas de los recursos distintos a la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, a que se refiere el presente numeral, se presentan en el Anexo 1-C "Detalle