



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
“DR. EDUARDO LICEAGA”.**

**PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA DE ORIGEN  
ONCOLÓGICO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL:  
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**MEDICINA INTERNA**

**PRESENTA:  
HERNANDEZ PARTIDA JORGE EZEQUIEL**

**DR. EDUARDO DANIEL ANICA MALAGON**



**DR. EDUARDO LICEAGA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX 22 OCTUBRE 2021.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN ESTRUCTURADO .....	3
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACION .....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
OBJETIVOS .....	7
HIPOTESIS .....	8
METODOLOGIA .....	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	12
RESULTADOS .....	13
ANEXOS.....	35
REFERENCIAS .....	37

## PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA DE ORIGEN ONCOLÓGICO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.

### RESUMEN ESTRUCTURADO

**Antecedentes:** El cáncer es una enfermedad que ha aumentado su importancia en las últimas décadas, en México es la cuarta causa de mortalidad en adultos, tanto en hombres como mujeres, la investigación emergente describe las neoplasias más frecuentes por grupos en pacientes terminales, no terminales y agónicos, la edad, el género, el síntoma más frecuente reportado, de todos los pacientes que acudieron al servicio de Urgencias médicas, que pueden ser de utilidad para los médicos para elaborar algoritmos de consulta, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por los servicios de Urgencias, Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de neoplasias más asociadas a pacientes en la fase final de la vida de origen oncológico que acudieron a consulta al servicio de urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”; determinar la prevalencia de los estadios que conforman la fase paliativa (no terminal, terminal y agónico).

**Justificación:** Al contar con una estadística de cuantos pacientes oncológicos en la fase final de la vida acudieron al servicio de urgencias, así como el tipo de cáncer más frecuentemente asociado, se podrían plantear protocolos para su atención en relación con su conport, así como mejor y más rápida atención acorde a su patología, considerando que, si los pacientes inician cuidados paliativos en el área de urgencias, tienen un mejor pronóstico en cuanto a calidad en la fase final de la vida.

**Metodología:** El siguiente es un estudio observacional, retrospectivo y transversal cuya población fueron todos los pacientes que solicitaron atención medica en el servicio de Urgencias médicas Unidad 401 del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” durante el periodo de 01 de enero al 31 de julio del 2020.

**Resultados:** Con dicha investigación se espera demostrar cual es el tipo de neoplasia más frecuente en el paciente paliativo oncológico en sus distintas categorías que acude al servicio de urgencias médicas, se podrían plantear protocolos para su atención en relación con su conport, así como mejor y más rápida atención acorde a su patología.

**Palabras clave:** medicina paliativa, medicina de urgencias, fase paliativa, paciente terminal, paciente agónico, oncológico, neoplasia.

## **PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA DE ORIGEN ONCOLÓGICO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.**

### **1. ANTECEDENTES**

La incidencia de enfermedades crónicas ha aumentado en últimos años a nivel mundial y debido al avance en tratamientos médicos y quirúrgicos se ha logrado un mayor tiempo de sobre vida para estos pacientes, con repercusión anatómica y funcional, en ocasiones con deterioro importante en la calidad de vida; en el intento por mantener vivo al paciente se corre el riesgo de caer en obstinación terapéutica, al priorizar tiempo frente a calidad en el proceso de morir. <sup>1,2</sup>

Ante el gran reto que significa el manejo de un paciente con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable surge la necesidad de la creación de los cuidados paliativos; la pionera en esta área la Dra. Cecily Saunder, la cual en 1964 elabora la definición de dolor total en donde se destaca la importancia del manejo del dolor físico, psicológico y espiritual de la muerte siendo el preámbulo y los cimientos de los cuidados paliativos, posteriormente en 1967 logra materializar esta doctrina estableciendo el primer Hospice en St Christopher´s Londres, lugar en donde únicamente eran atendidos pacientes en fase terminal, concentrándose en conseguir el alivio del dolor total hasta la muerte del paciente.<sup>3</sup>

Actualmente existen varias definiciones de cuidados paliativos, la de mayor impacto en el área médica es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2014) <sup>4</sup> la cual los define como: “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.”

En el caso de nuestro país México, de acuerdo a la norma oficial vigente NOM-011-SSA3-2014, criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos (2014)<sup>5</sup>, la define como “cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.”

Resulta importante destacar que la población receptora de los cuidados al final de la vida no es una población homogénea, con características únicas, por el contrario es una clasificación progresiva en base a la evolución de la enfermedad, por lo que lo podemos dividir en las siguientes etapas: no terminal , terminal y agónica.

Se entiende por paciente en la fase final de la vida terminal a aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable, así como falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, aunado a numerosos problemas o síntomas múltiples, intensos, multifactoriales y progresivos con gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de un pronóstico de vida limitado y una muerte cercana, entendiéndose como una sobrevida igual o menor a 6 meses.<sup>3</sup> Cuando el paciente terminal presenta una disminución súbita de las funciones vitales con un tiempo estimado de sobrevida entre 24 a 48 horas, se convierte por definición en paciente agónico. Este grupo de pacientes debe tener un enfoque médico con el objetivo de dar confort hasta el final de su vida. <sup>3</sup>

El paciente en la fase final de la vida puede presentar agudizaciones de los síntomas de acuerdo a su patología, o a la presencia de patologías no paliativas concomitantes, por lo que no está exento de requerir atención en el servicio de urgencias.

El paciente en la fase final de la vida ha sido integrado en un modelo de atención, el cual nos permite comprender la complejidad de este y establecer los principales lineamientos en su manejo, abarcando desde el diagnóstico de la enfermedad avanzada, progresiva e incurable, pasando por la muerte y finalizando hasta el manejo del duelo en la familia. <sup>6,7,8</sup>

En la formación médica se inculca preservar la vida como principio básico, debido a que la muerte se conceptualiza como una derrota del médico en el manejo de su paciente y no como la última fase de la vida; por su parte la medicina de Urgencias es la especialidad que

impulsada por síntomas agudos proporciona intervenciones diagnósticas y terapéuticas simultáneas, de manera oportuna.

El médico urgenciólogo se encuentra en una lucha constante por preservar la vida frente a escenarios catastróficos, por lo que no le es difícil caer en la obstinación terapéutica, además de no contar con una adecuada formación para reconocer y manejar al paciente en estado paliativo, en cualquiera de sus etapas, lo que lo puede llevar a estigmatizar al paciente en la fase final de la vida como paciente que no requiere intervenciones por su parte aún con una patología tratable .<sup>11,12,13</sup>

Ante el requerimiento del paciente en la fase final de la vida de una atención en el servicio de urgencias, el médico urgenciólogo debería estar capacitado para decidir qué categoría de integración utilizará de acuerdo a las necesidades y características de cada paciente en particular, recordando que podría utilizar la consulta tradicional en donde este solicitaría apoyo al médico paliativista para que realice la evaluación y manejo inmediato, también podría unirse al equipo de cuidados paliativos y hacer un trabajo basado en metas en común establecidas previamente; o realizar una integración avanzada en donde compartieran el mismo espacio físico, metas y protocolos; otra opción a considerar es la integración avanzada donde el médico urgenciólogo contara con las habilidades necesarias, certificado por una junta de cuidados paliativos que garantice una formación apropiada del urgenciólogo en el área paliativa.<sup>14,15,16</sup>

Los pacientes con cáncer avanzado son visitantes comunes del servicio de urgencias de cualquier hospital, sobre todo en los últimos tres meses de sus vidas.<sup>17</sup> El identificar las necesidades de estos pacientes permite delimitar claramente la necesidad del inicio o de la continuación de los cuidados paliativos, ya que en estudios similares, se ha establecido que en el 34.0% de las instancias, son los familiares quienes deciden acudir a los Servicios de Urgencias.<sup>17</sup> Verhouef, M. et al. Describen que, para su población de pacientes oncológicos con requerimiento de cuidados paliativos, los síntomas más frecuentes fueron disnea (21.0%) o dolor (18.6%), además que el 76% de estos pacientes tuvieron que ser hospitalizados, y 71.2% murieron en hospital.<sup>18</sup> interesantemente, las primeras prevalencias de diagnósticos oncológicos fueron de tracto digestivo (27.6%), pulmonar (16.0%) y ginecológicos (11.2%) y la mayoría fueron atendidos en hospital (53.6%).<sup>19</sup> En cuestión de predicción, en el análisis multivariado, ellos identificaron que el cáncer pulmonar (HR 1.69, IC 1.29-2.21,  $p < 0.0001$ ); deterioro neurológico a la presentación en urgencias (HR 2.01, IC 1.38–2.92,  $p < 0.0001$ ) y la ictericia (HR 2.11, IC 1.37–3.26,

p=0.001) fueron factores que anticipan una muerte temprana al egreso de la hospitalización en Urgencias.<sup>20</sup> Algo notable que hay que analizar dentro de sus resultados es que el 62.6% de los pacientes continuaban recibiendo tratamientos con el objetivo de modificar la trayectoria de la enfermedad, mientras que sólo el 37.4% estaban recibiendo manejo de síntomas, lo que hace surgir como duda, si el reconocimiento del paciente en etapa del final de la vida es deficiente y si es que en el servicio de Urgencias cuando se obliga a una revaloración de los manejos y planes del final de la vida.<sup>21</sup>

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Este estudio nos permitirá demostrar que los pacientes en la fase final de la vida de origen oncológico que acuden a la consulta de urgencias es aproximadamente un tercio de la consulta total, reflejando varias circunstancias entre las más importantes está que el área de urgencias no cuenta con un manual de procedimiento ni un algoritmo de manejo para estos pacientes a pesar de que son una tercera parte de su consulta total; además el médico de urgencias no cuenta con el conocimiento necesario para tratar de manera integral a dicho paciente, y por último el servicio de urgencias destina una parte importante en atender a estos paciente, sin un beneficio significativo para el paciente. Por lo que al demostrar que es una población frecuente debe surgir la necesidad de crear protocolos para modificar en beneficio del paciente al final de la vida el procedimiento de su atención en urgencias.

## **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con el aumento de la sobrevida en los padecimientos que se incluyen dentro de cuidados paliativos oncológicos, el servicio de urgencias también presenta un aumento en la demanda de atención por este grupo poblacional, en esta área que es de vital importancia por ser la puerta de entrada para gran parte de los pacientes hospitalizados, lo que se pretende demostrar con el presente trabajo es que la población de pacientes en fase paliativa de origen oncológico representa un porcentaje significativo de las atenciones brindadas en el servicio de urgencias.

## **4. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la prevalencia de pacientes en la fase final de la vida de origen oncológico que acudió a consulta al servicio de urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**



- Determinar la prevalencia de los estadios que conforman la fase final de la vida (no terminales, terminales y agónicos) en pacientes con enfermedad oncológica.
- Determinar la prevalencia de pacientes en la fase final de la vida oncológica de acuerdo a órgano o sistema afectado.

## **5. HIPÓTESIS**

La prevalencia de los pacientes en la fase final de la vida de origen oncológico que solicitan atención médica en el área de urgencias representa una tercera parte del total de las consultas solicitadas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, retrospectivo y transversal de pacientes mayores de 18 años y menores de 100 años, se acudirán al servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga” unidad 401, durante el periodo del 01 al 30 de noviembre del 2020 durante cual se recolectará de la hoja de atención médica de urgencias la siguiente información (Hoja de recolección de datos Anexo No. 2): nombre, edad, sexo, diagnóstico principal, posteriormente se dará seguimiento al mismo paciente a la consulta de urgencias en donde se buscarán los criterios para determinar si el paciente se encuentra en la fase final de la vida de origen oncológico y en que estadio se encuentra (no terminal, terminal y agónico), se identificará el órgano o sistema afectado. Se analizarán las variables mediante estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión (de acuerdo a su distribución).

## **6. Población de estudio:**

Todos los expedientes de los pacientes mayores de 18 años y menores a 100 años que cumplan con criterios de patología en la fase final de la vida de origen oncológico, que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” a solicitar atención médica del 01 de noviembre del 2019 al 30 de abril del 2020.

## **7. Tamaño de la muestra**

De acuerdo a las características de la metodología empleada en nuestro estudio, nuestra población estará conformada por el total de expedientes de pacientes mayores de 18 años y menores a 100 años que cumplan con criterios de patología en la fase final de la vida de origen oncológico, que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de México

“Dr. Eduardo Liceaga” a solicitar atención médica del 01 de noviembre del 2019 al 30 de abril del 2020.

## 8. Criterios de inclusión

Para fines de este trabajo se incluyen a los expedientes de pacientes con las siguientes condiciones:

- Expedientes de pacientes >18 y <100 años que soliciten atención médica en el servicio de urgencias y que cumplan con criterios de patología en la fase final de la vida de origen oncológico.

## 9. Criterios de exclusión

Para fines de este trabajo se excluyen a los expedientes de pacientes con las siguientes condiciones:

1. Expedientes de pacientes que no cumplan criterios de fase final de la vida de origen oncológico.
2. Expedientes de pacientes menores de 18 años y mayores de 100 años

## 10. Definición de las variables

**TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable (Escala de medición)	Escala de medición	Valores
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Cuantitativa	Años cumplidos	No aplica
Género	Fenotipo masculino o femenino de la persona	Fenotipo masculino o femenino de la persona	Cualitativa	Masculino / femenino	0: masculino 1: femenino
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Es la patología que origina la búsqueda de la atención médica	Es la patología que origina la búsqueda de la atención médica	Cualitativa	Enfermedad presente	Se asignará clave del CIE 10

PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA	Pacientes los cuales presenten una enfermedad irreversible, progresivo e incurable	Pacientes los cuales presenten una enfermedad irreversible, progresivo e incurable	Cualitativa	Presente / Ausente	0: ausente 1: presente
ESTADIOS QUE CONFORMAN LA FASE FINAL DE LA VIDA	Se clasifica al paciente de acuerdo a características específicas ( tiempo esperado de supervivencia, características de las constantes vitales).	Se clasifica al paciente de acuerdo a características específicas ( tiempo esperado de supervivencia, características de las constantes vitales).	Cualitativa	No terminal / terminal/ agónico	1: No terminal 2: Terminal 3: agónico
FASE NO TERMINAL	Todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea mayor de 6 meses.	Todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea mayor de 6 meses.	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente
FASE TERMINAL	Todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor de 6 meses.	Todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor de 6 meses.	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente
FASE AGÓNICA	Paciente el cual presenta una	Paciente el cual presenta una	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente

	disminución súbita de las funciones vitales con un tiempo estimado de sobrevida entre 24 a 48 horas	disminución súbita de las funciones vitales con un tiempo estimado de sobrevida entre 24 a 48 horas.			
SISTEMAS AFECTADOS	Clasificación orgánica de aquellos sistemas orgánicos afectados en las etapas del final de la vida antes definidas	NA	Cualitativa nominal	1) Hígado; 2) Osteomuscular; 3) Cardiovascular; 4) Renal;5)Gastrointestinal; 6) Hematológico; 7) Endocrino; 8)Genitourinario; 9) SNC; 10) Respiratorio;11) Tegumentari; 12) Inmunológico	1) Hígado; 2) Osteomuscular; 3) Cardiovascular; 4) Renal;5)Gastrointestinal; 6) Hematológico; 7) Endocrino; 8)Genitourinario; 9) SNC; 10) Respiratorio;11) Tegumentari; 12) Inmunológico

### 11. Aspectos Estadísticos:

Para el análisis estadístico se utilizará estadística descriptiva, mediante la utilización de medidas de tendencia central y medidas de dispersión de acuerdo a su distribución y con el uso de hoja de cálculo de Excel ® de [Microsoft](#) en su versión Excel 2019 (v16.0) como parte de Office 2019, optimizado para Windows 10 y Windows 10 Mobile. Tablas de prevalencias y porcentajes.

### 12. Aspectos éticos:

Los expedientes de los pacientes serán tratados de acuerdo a los aspectos éticos de la presente investigación se llevarán a cabo conforme a los principios generales del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, establecidos en el **Título Segundo**; Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos.

También cumplirá con los principios básicos emitidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, clarificada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, protegiendo: la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los que participan en investigación. Por lo anterior y como parte del proceso de investigación no se identificará los números de expediente y la información obtenida se conservará en forma confidencial utilizándose únicamente para su análisis durante el proceso de la investigación.

### 13. Recursos

Se utilizarán los recursos humanos y materiales ya existentes en el Hospital; no se solicitarán recursos financieros extras.

Los investigadores recabarán la información de la hoja de atención en urgencias, vaciándola en la hoja de llenado correspondiente en la Unidad 401 del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Se utilizarán los recursos humanos y materiales ya existentes en el Hospital; no se solicitarán recursos financieros extras.

### 14. Cronograma de Actividades

Actividad	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre-Diciembre 2021	Enero 2022	Febrero 2022
<b>Elaboración del protocolo</b>						
Realizado						
<b>Revisión de Bibliografía</b>						
Realizado						
<b>Recopilación de bases de datos</b>						
Realizado						
<b>Análisis de la información</b>						
Realizado						
<b>Elaboración de la tesis</b>						
Realizado						

## 15. Resultados

Características	Valores
Edad, años, SD	54 ± 16.72
H:M sexo (%)	285:141 (59.9:40.1)
Sistema Afectado, No. (%)	
Renal	188 (39.6)
Hepático	107 (22.5)
Oncológicos, No. (%)	118 (24.8)
Histopatológico	82 (69.5)
No-Oncológicos, No. (%)	357 (75.0)
Destino, No. (%)	
Hospitalización Urgencias	462 (97.1)

**Características****Valores**

## Oncológicos con histopatología

Seguimiento por Cuidados paliativos, No. (%) 82(100)

Terminal 77(100) 5(6.5)

Agónico 5(100) 1(20)

## Interconsultas, No. (%)

Terminal

Ninguno 4(5.2)

Tanatología 1(1.3)

Cuidados paliativos y tanatología 71(92.2)

Agónico

Ninguno 1(20)

Tanatología 0(0)

Cuidados paliativos y tanatología 4(80)

## Oncológicos con histopatología y seguimiento por Cuidados paliativos

Destino, No. (%)

Hospitalización, No. (%)78(94)

Alta a domicilio4(4.8)

## Sistema más frecuentemente afectado

Terminal, No (%)

Hematológico20(26)

Agónico, No (%)

Genitourinario2(40)

## Síntoma más frecuentemente presentado

Terminal

Dolor Abdominal 14(18.2)

Agónico, No (%)

Disnea 13(16.9)

*Tabla 1: Características de los pacientes oncológicos, de sus síntomas y de su atención*

<b>Características</b>	<b>Valores</b>
Oncológicos con histopatología	
Diagnóstico, No (%)	
Linfoma	8(9.8)
Tumoración Hepática	7(8.5)
Cáncer Cervicouterino	6(7.3)
Final de la vida	
Terminal	
Linfoma	7(9.1)
Agónico	
Cáncer de mama	2(40)



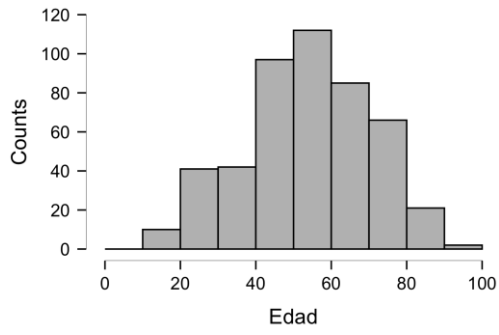


Figura 1:

Distribución total de edades

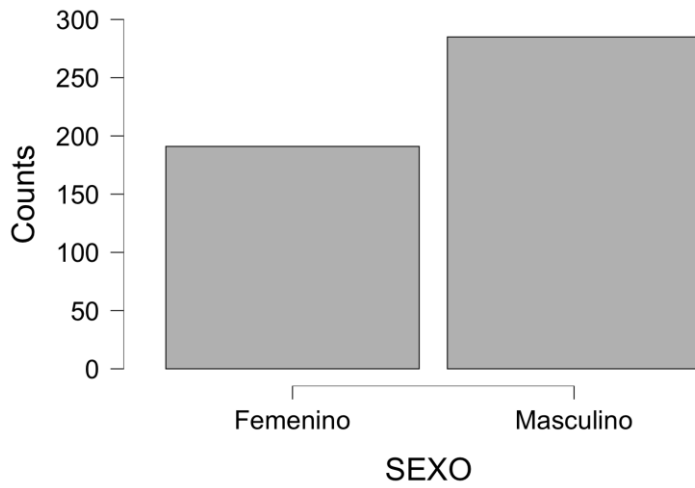


Figura 2: Distribución total por sexo

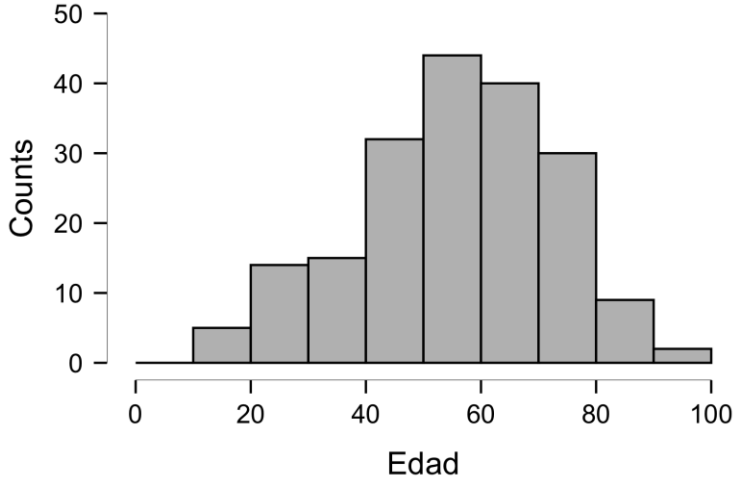


Figura 3: Distribución de edad por sexo para mujeres

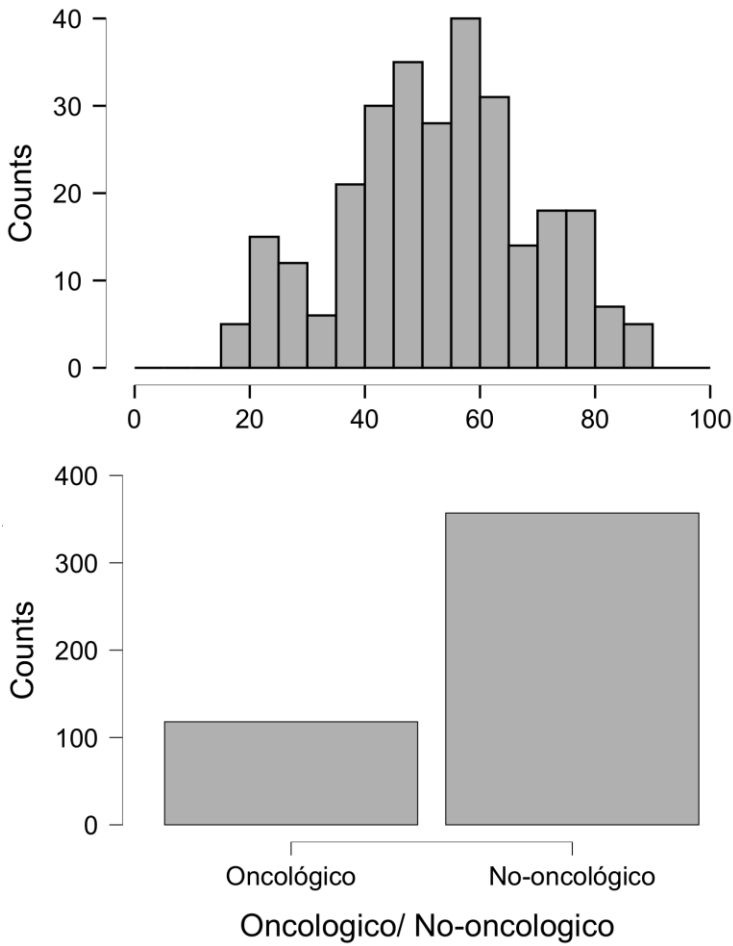


Figura 5: Número de pacientes totales, oncológicos y no-oncológicos

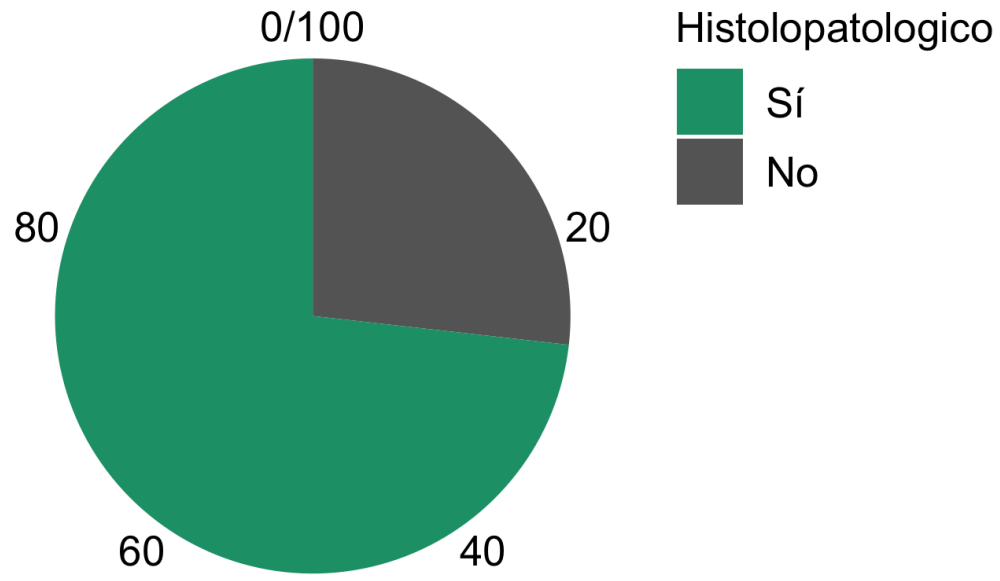


Figura 7: Porcentaje de pacientes oncológicos con confirmación histopatológica

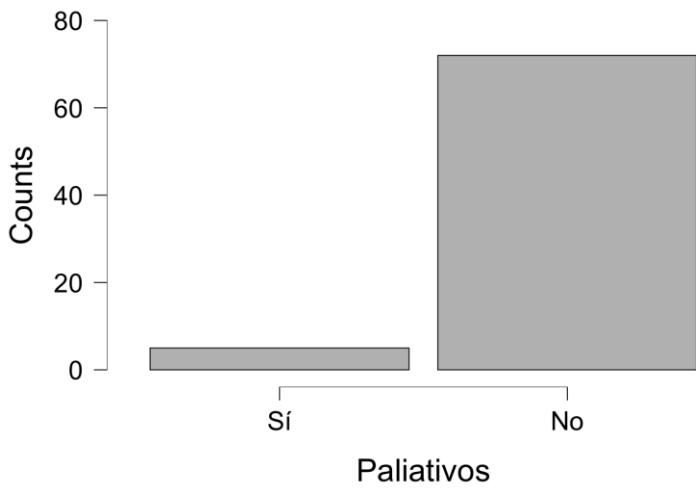


Figura 8: Pacientes oncológicos con confirmación histopatológica, es etapa Terminal y en seguimiento por Cuidados Paliativos

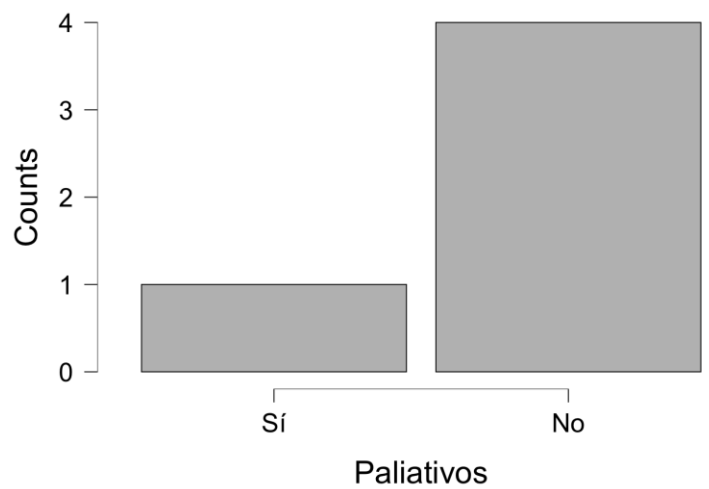
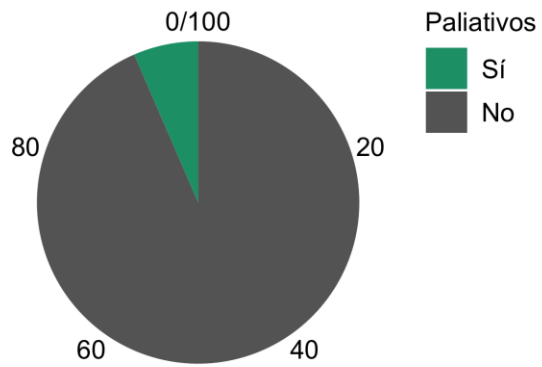
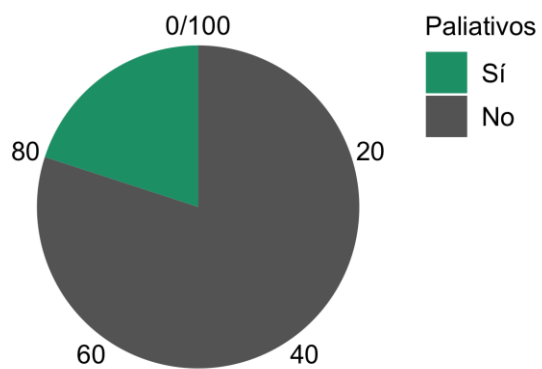


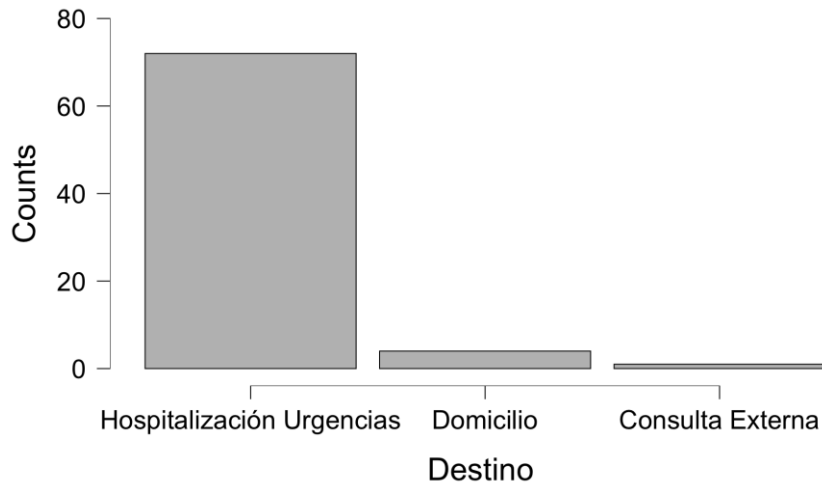
Figura 9: Pacientes oncológicos con confirmación histopatológica, es etapa Agónica y en seguimiento por Cuidados Paliativos



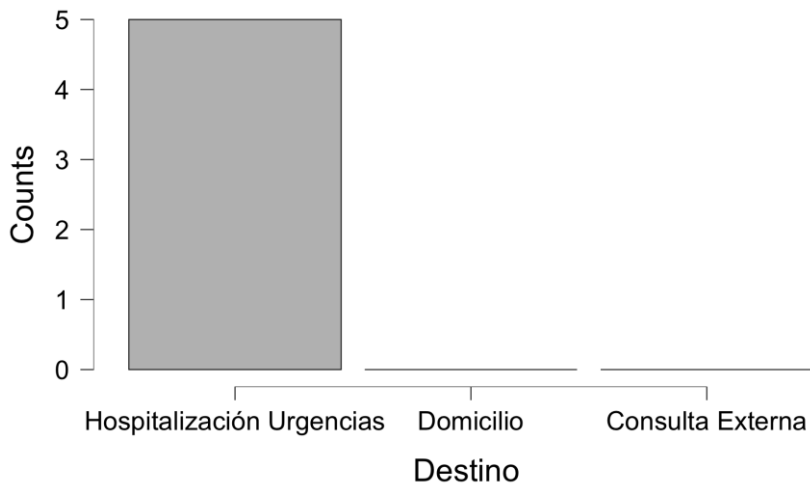
*Figura 10: Porcentaje de pacientes oncológicos con confirmación histopatológica en etapa Terminal con seguimiento por Cuidados Paliativos*



*Figura 11: Porcentaje de pacientes oncológicos con confirmación histopatológica en etapa Agónica con seguimiento por Cuidados Paliativos*



*Figura 12: Destino de atención de los pacientes oncológicos con confirmación histopatológica en etapa Terminal*



*Figura 13: Destino de atención de los pacientes oncológicos con confirmación histopatológica en etapa Agónica*

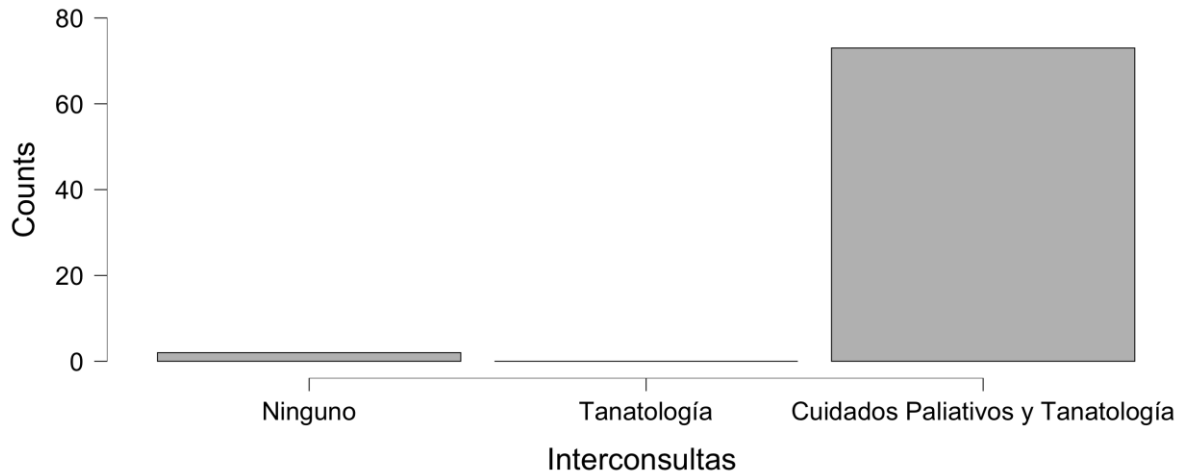


Figura 14: Interconsultas enviadas a Cuidados Paliativos y Tanatología para los pacientes al Final de la Vida que no fueron atendidas



Figura 15: Porcentaje de interconsultas no atendidas para el paciente al Final de la Vida

Las siguientes tablas sólo son los datos duros y sin interpretar. Pueden ser usados como respaldo para complementar el estudio.

Características Basales

## Tablas de frecuencia

### Frecuencias para SEXO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	191	40.1	40.1	40.1
Masculino	285	59.9	59.9	100.0
Faltantes	0	0.0		
Total	476	100.0		

### Estadística Descriptiva

	Edad	SEXO
Válidos	476	476
Faltantes	0	0
Promedio	54.40	0.5987
Desviación estándar	16.62	0.4907
Rango	73.00	1.000
Mínima	18.00	0.000
Máxima	91.00	1.000

### Descripción por sexo

	Edad	
	Femenino	Masculino
Valido	191	285

### Descripción por sexo

	Edad	
	Femenino	Masculino
Perdido	0	0
Mean	55.98	53.33
Std. Deviation	17.04	16.28
Rango	73.00	67.00
Mínima	18.00	19.00
Máxima	91.00	86.00

### Gráficos de Distribución

Edad

SEXO

Edad

Femenino

Masculino

### Frecuencias por Sistema afectado

Sistema afectado	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Hepático	107	22.5	22.5	22.5
Osteomuscular	7	1.5	1.5	24.0
Cardiovascular	16	3.4	3.4	27.4
Renal	188	39.5	39.6	66.9
Gastrointestinal	34	7.1	7.2	74.1
Hematológico	44	9.2	9.3	83.4



### Frecuencias por Sistema afectado

Sistema afectado	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Endocrinológico	11	2.3	2.3	85.7
Genitourinario	25	5.3	5.3	90.9
Nervioso Central	15	3.2	3.2	94.1
Respiratorio	13	2.7	2.7	96.8
Tegumentario	3	0.6	0.6	97.5
Inmunológico	12	2.5	2.5	100.0
Perdido	1	0.2		
Total	476	100.0		

Lo siguiente a partir de esta gráfica debe integrar la Tabla 2:

### Tablas de frecuencia

Pacientes del servicio de urgencias que cuentan con el diagnóstico de neoplasia, sin confirmación histológica.

### Frecuencias para Oncologico/ No-oncologico

Oncologico/ No-oncologico	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Oncológico	118	24.8	24.8	24.8
No-oncológico	357	75.0	75.2	100.0
Perdido	1	0.2		
Total	476	100.0		

### Oncologico/ No-oncologico

En la siguiente tabla y gráfica se describe aquellos pacientes oncológicos que cuentan con confirmación por histopatología

### Tablas de frecuencia

Pacientes del servicio de urgencias que cuentan con el diagnóstico de neoplasia, sin confirmación histológica.

#### Frecuencias por Histopatologico

Oncologico/ No-oncologico	Histopatologico	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Oncológico	Sí	82	69.5	73.2	73.2
	No	30	25.4	26.8	100.0
	Perdido	6	5.1		
	Total	118	100.0		
No-oncológico	Sí	1	0.3	25.0	25.0
	No	3	0.8	75.0	100.0
	Perdido	353	98.9		
	Total	357	100.0		

La gráfica representa aquellos pacientes oncológicos que cuentan con resultados de histopatología.

#### Frecuencias por Destino

Destino	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Hospitalización Urgencias	462	97.1	97.3	97.3
Domicilio	8	1.7	1.7	98.9
Consulta Externa	5	1.1	1.1	100.0
Perdido	1	0.2		
Total	476	100.0		

### Frecuencias por Destino

Destino	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Hospitalización Urgencias	78	94.0	94.0	94.0
Domicilio	4	4.8	4.8	98.8
Consulta Externa	1	1.2	1.2	100.0
Perdido	0	0.0		
Total	83	100.0		

De aquí en adelante, el contenido integra la Tabla 3

De los pacientes oncológicos con diagnóstico confirmado por histopatología, en distintas etapas del final de la vida:

Aquellos con cuidados paliativos:

### Frecuencias por Paliativos

Estadio	Paliativos	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Terminal	Sí	5	6.5	6.5	6.5
	No	72	93.5	93.5	100.0
	Perdido	0	0.0		
	Total	77	100.0		
Agónico	Sí	1	20.0	20.0	20.0
	No	4	80.0	80.0	100.0
	Perdido	0	0.0		
	Total	5	100.0		

## Paliativos

### Terminal

### Agónico

## Pie charts

### Paliativos

#### Terminal

#### Agónico

Sistema afectado por estadio de Final de la Vida

#### Frecuencias por Sistema afectado

Estadio	Sistema afectado	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Terminal	Hepático	6	7.8	7.8	7.8
	Osteomuscular	5	6.5	6.5	14.3
	Renal	1	1.3	1.3	15.6
	Gastrointestinal	19	24.7	24.7	40.3
	Hematológico	20	26.0	26.0	66.2
	Endocrinológico	2	2.6	2.6	68.8
	Genitourinario	16	20.8	20.8	89.6
	Respiratorio	5	6.5	6.5	96.1
	Tegumentario	3	3.9	3.9	100.0
	Perdido	0	0.0		
Total		77	100.0		
Agónico	Hepático	1	20.0	20.0	20.0
	Osteomuscular	0	0.0	0.0	20.0

### Frecuencias por Sistema afectado

Estadio	Sistema afectado	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
	Renal	0	0.0	0.0	20.0
	Gastrointestinal	0	0.0	0.0	20.0
	Hematológico	1	20.0	20.0	40.0
	Endocrinológico	0	0.0	0.0	40.0
	Genitourinario	2	40.0	40.0	80.0
	Respiratorio	1	20.0	20.0	100.0
	Tegumentario	0	0.0	0.0	100.0
	Perdido	0	0.0		
	Total	5	100.0		

### Estadísticas descriptivas:

	Síntoma principal	
	Terminal	Agónico
Valido	77	5
Perdido	0	0
Mean	8.429	6.600
Mode <sup>a</sup>	1.000	4.000
Std. Deviation	8.374	2.408
Range	38.00	5.000
Minimum	1.000	4.000
Maximum	39.00	9.000

<sup>a</sup> More than one mode exists, only the first is reported

Síntomas principales (lo representa la moda) en aquellos pacientes oncológicos con resultado de histopatología: 1 es 18.2% para terminal y 4 40% para agónico.

Lo siguientes debe ser tabla 4 y es lo más importante del estudio  
 Diagnóstico principal en pacientes oncológicos, con histopatología

### Estadísticas descriptivas

Diagnostico Principal	
Valido	82
Perdido	0
Mean	23.76
<b>Mode</b>	<b>8.000</b>
Std. Deviation	17.02
Range	61.00
Minimum	1.000
Maximum	62.00

### Tablas de frecuencia

#### Frecuencias por Diagnostico Principal

Diagnostico Principal	Frecuencia	Porcenta je	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
1	7	8.5	8.5	8.5
2	1	1.2	1.2	9.8
5	3	3.7	3.7	13.4
6	3	3.7	3.7	17.1
<b>Linfoma</b>	8	<b>9.8</b>	9.8	26.8
10	1	1.2	1.2	28.0
11	4	4.9	4.9	32.9
13	4	4.9	4.9	37.8
CA de Recto	2	2.4	2.4	40.2
17	1	1.2	1.2	41.5
20	1	1.2	1.2	42.7

### Frecuencias por Diagnostico Principal

Diagnostico Principal	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
21	5	6.1	6.1	48.8
CA de Tiroides	2	2.4	2.4	51.2
24	6	7.3	7.3	58.5
CA Pulmonar	5	6.1	6.1	64.6
27	1	1.2	1.2	65.9
Osteosarcoma	4	4.9	4.9	70.7
33	2	2.4	2.4	73.2
36	5	6.1	6.1	79.3
42	1	1.2	1.2	80.5
43	2	2.4	2.4	82.9
44	1	1.2	1.2	84.1
47	2	2.4	2.4	86.6
48	3	3.7	3.7	90.2
49	1	1.2	1.2	91.5
53	1	1.2	1.2	92.7
54	2	2.4	2.4	95.1
55	1	1.2	1.2	96.3
59	1	1.2	1.2	97.6
61	1	1.2	1.2	98.8
62	1	1.2	1.2	100.0
Perdido	0	0.0		
Total	82	100.0		

### Pie charts

#### Diagnostico Principal

Diagnóstico principal para pacientes oncológicos, con histopatología, en etapa del final de la vida

## Estadísticas descriptivas

	Diagnostico Principal	
	Terminal	Agónico
Valido	77	5
Perdido	0	0
Mean	23.91	21.40
Mode	8.000	36.00
Std. Deviation	17.16	16.15
Range	61.00	35.00
Minimum	1.000	1.000
Maximum	62.00	36.00

Para terminal es linfoma con 9.1% y Cáncer de Mama con 40.0% para agónico.

## Tablas de frecuencia

### Frecuencias por Destino

Estadio	Destino	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Terminal	Hospitalización Urgencias	72	93.5	93.5	93.5
	Domicilio	4	5.2	5.2	98.7
	Consulta Externa	1	1.3	1.3	100.0
	Perdido	0	0.0		
	Total		77	100.0	
Agónico	Hospitalización Urgencias	5	100.0	100.0	100.0
	Domicilio	0	0.0	0.0	100.0
	Consulta Externa	0	0.0	0.0	100.0
	Perdido	0	0.0		
	Total		5	100.0	



## Destino de los pacientes al final de la vida

### Frecuencias por Interconsultas

Paliativos	Interconsultas	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Sí	Ninguno	3	50.0	50.0	50.0
	Tanatología	1	16.7	16.7	66.7
	Cuidados Paliativos y Tanatología	2	33.3	33.3	100.0
	Perdido	0	0.0		
	Total	6	100.0		
No	Ninguno	2	2.6	2.7	2.7
	Tanatología	0	0.0	0.0	2.7
	Cuidados Paliativos y Tanatología	73	96.1	97.3	100.0
	Perdido	1	1.3		
	Total	76	100.0		

1er Tumor hepático (7pacientes)	2do no hay	Tumor hepático (1), cáncer de pulmón (1), linfoma (1)
2do CACU (6 pacientes)/leucemia linfoide aguda (6 pacientes)	3er no hay	
frecuencia	frecuencia	frecuencia

Total de pacientes con histología: 80 pacientes en total

Pacientes eliminados: 2

Total de pacientes no eliminados con histología: 78

Grupo sin histología

Terminal	No terminal	Agónico
1er tumor hepático (5 pacientes)	1er-Tumor hepático (2 pacientes)	1er-Tumor gástrico (1 paciente)/Tumor pancreático (1 paciente)/tumor de encrucijada (1 paciente)
2 do CACU (4 pacientes)	2do- Cáncer de ovario (1 paciente)	2do-
3er Tumor abdominal (3 pacientes)	3er-	3er-
frecuencia	frecuencia	frecuencia

Total de pacientes sin histología:38

Pacientes eliminados: 2

Total de pacientes no eliminados sin histología: 36

## 16. Discusión:

Se analizó una población de 476 expedientes de pacientes entre el periodo de 01 de noviembre del 2019 al 30 de abril del 2020, entre los cuales la edad promedio fue de 54 años (18-91), el número de mujeres y hombres fue de 191 (40.1%) y 295 (59.9%) respectivamente y de estos, el sistema afectado más frecuentemente fue le Renal con 188 pacientes (39.6%), seguido por el Hepático con 107 pacientes (22.5%) (Tabla 1, Figura 1.4). Los pacientes del servicio de Urgencias que contaron con el diagnóstico de neoplasia fueron un total de 118 (24.8%) y de los restantes 357 (75.0%), se clasificaron como No-Oncológicos (Figura 5). De los pacientes Oncológicos, 82 (69.5%) contaron con confirmación histopatológica (Figura 6). Del total de los pacientes, 462 (97.1%) fueron hospitalizados en el servicio de urgencias y de aquellos oncológicos con seguimiento por Cuidados Paliativos, 78 (94%) fueron igualmente hospitalizados en este servicio, con la minoría 4(4.8%) referidos a domicilio (Tabla 2). De los pacientes oncológicos con diagnóstico confirmado por histopatología y en distintas etapas del final de la vida (82

pacientes), aquellos con seguimiento por Cuidados Paliativos en estadio Terminal fueron 5 de 77 (6.5%) y en estadio Agónico sólo 1 de 5 (20%) (Tabla 2, Figura 8-9). Se analizó además el Sistema afectado con mayor frecuencia por estadio de la etapa del Final de la Vida y del total (82 pacientes) aquellos en etapa Terminal presentaron afectación del sistema Hematológico 20 de 77 (26%) y en etapa Agónica, Genitourinario 2 de 5 (40%) (Tabla 2). Los Síntomas Principales para estos pacientes fueron Dolor abdominal en el 18.2% para etapa Terminal y Disnea 40% para etapa Agónica (Tabla 2). Adicionalmente, los datos de la atención de los pacientes se describen mediante el número de interconsultas a los servicios de Cuidados Paliativos y de Tanatología, donde la respuesta a pesar que el 94% de los pacientes sólo un 5% de los pacientes en etapa Terminal y un 20% en etapa Agónica contaron con seguimiento de éstos (Tabla 2, Figura 8-11). El objetivo principal fue la descripción de la neoplasia más común en el paciente oncológico que acudió al servicio de urgencias, la cual fue Linfoma con 8 pacientes de los 82 (9.8%), la segunda fue Tumoración Hepática con 7 pacientes (8.5%) y la tercera Cáncer Cervicouterino con 6 (7.3%) (Tabla 3). En cuestión de estadios del Final de la Vida, para etapa Terminal la neoplasia más frecuente es linfoma con 9.1% y Cáncer de Mama con 40.0% para etapa Agónica (Tabla 3).

### 17. Conclusiones:

Como se puede observar en el trabajo presentado, estamos cada vez mas inmersos en la era de la oncología al tener estas enfermedades una evidente aumento en su prevalencia a nivel mundial y en nuestro país y por lo tanto la consulta, valoración y su derivación a los distintos servicios médicos con los que cuentan los hospitales, este trabajo demuestra cuales son las neoplasias mas frecuentes que solicitan una valoración en el servicio de urgencias médicas, así como los síntomas, entre otras características, esto a su vez ayudara a que estos pacientes tengan un acceso temprano y oportuno a cuidados hospitalarios y una valoración multidisciplinaria e integral., Estos datos proporcionan un marco teórico importante para construir estrategias de atención a estas patologías.

## 1. ANEXO 1

### PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA DE ORIGEN ONCOLÓGICO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.

13

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Folio para estudio: \_\_\_\_\_  
 Expediente/ número de folio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Diagnostico principal: \_\_\_\_\_ Síntoma principal: \_\_\_\_\_

No terminal	
Terminal	
Agónico	

Oncológico	Histopatológico: si: no:
------------	--------------------------

Destino	
Hospitalización urgencias	
Hospitalización servicio diferente a urgencias	
Manejo del síntoma y alta a domicilio	
Egreso a consulta externa	

ÓRGANO O SISTEMA AFECTADO	TIPO DE AFECCIÓN ONCOLÓGICA
1.	
2.	
3.	

Interconsultas realizadas:		
Cuidados paliativos	Si	No
Tanatología	Si	No
Otras		

os de Tesis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acepto ingresar al estudio firmando el consentimiento informado:	
Si	No
Motivo:	

Nombre de la persona que realizó el llenado de hoja:
_____

## 16. Referencias bibliográficas

2. Reuter Q, Marshall A, Zaidi H, Sista P, Powell ES, McCarthy DM. Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department. *J Palliat Med*; 2019. 22, pp. 649-55.
3. Kendall V. Caring for patients at the end of life in intensive care units. *End of Life Care*; 2008. 2, pp. 38-47.
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, guía de Cuidados Paliativos. [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_2-definicion-de-enfermedad-terminal](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal). 2019.
5. Portalecimiento de los Cuidados Paliativos Como Parte del Tratamiento Integral a lo Largo de la vida. Resolución WHA, 67a Asamblea Mundial de la Salud. 2019.
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios Para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a Través de Cuidados Paliativos; 2014.
7. Lamba S, DeSandre PL, Todd KH, Bryant EN. Integration of palliative care into emergency medicine: the improving palliative care in emergency medicine (ipalem) collaboration. *J Emerg Med*; 2014, 46(2), pp. 264-70.
8. Green E, Ward S, Brierley W, Riley B, Sattar H, Harris T. They shouldn't be coming to the ED, should they? a descriptive service evaluation of why patients with palliative care needs present to the emergency department. *Am J Hosp Palliat Med*. 2016, 1-7.
9. Henson L, Gao W, Higginson I, Smith M, Davies J, Ellis-Smith C, et al. Emergency department attendance by patients with cancer in the last month of life: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*; 2015, 33, 370-6.
10. Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, Dobb G, Jacobe S, Kleinpell R. End-of-life care in the intensive care unit: report from the task force of world federation of societies of intensive and critical care medicine. *J Crit Care*. 2016, 34, 125-30.
11. Davies J & Vora V. Challenges of providing palliative care in a critical care setting. *BMJ Support Palliat Care*, 2014, 4, pp. A1-A110.
12. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *J Palliat Med*.; 2014, 17, pp. 219-35.

13. Song MK & Happ MB. Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care. *Heart Lung*; 201, 46,pp.1-2.
14. Kraus CK, Greenberg MR, Ray DE, Morss S. Palliative care education in emergency medicine residency training: a survey of program directors, associate program directors, and assistant program directors. *J Pain Symptom Manage*; 2016,51,pp.898-906.
15. Iyer AS. Early palliative care in advanced illness do right by mama. *JAMA Intern Med.*; 2017, 177,pp.761-2.
16. Shoenberger J, Lamba S, Goett R, DeSandre P, Aberger K, Bigelow S, et al. Development of hospice and palliative medicine knowledge and skills for emergency medicine residents: using the accreditation council for graduate medical education milestone framework. *AEM Educ Train* ;2018, 2, pp.130-45.
17. Nelson JE, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Frontera JA, Gabriel M, et al. Implementing ICU Screening Criteria for Unmet Palliative Care Needs: a Guide for ICU and Palliative Care Staff A Technical Assistance Monograph from the IPAL-ICU Project. 2013 The IPAL-ICU Project, Center to Advance Palliative Care.