



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

**“DR. EDUARDO LICEAGA”**

**TESIS**

**PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA QUE ACUDEN A  
CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN:**

**MEDICINA DE URGENCIA**

**PRESENTA:**

**DRA. YARENI NATIVIDAD SALGADO ABREGO**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. EDUARDO DANIEL ANICA MALAGÓN**

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

**CÓMITE DE INVESTIGACIÓN:**

**DR. JORGE ARIEL SOSA**

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

**CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2022.**



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.

---

DR. EDUARDO DANIEL ANICA MALAGÓN  
**TUTOR PRINCIPAL DE TESIS, ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS  
MEDICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA  
O.D”**

Este trabajo fue realizado en el servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, bajo la dirección del Dr. Eduardo Daniel Anica Malagón, adscrito del servicio de Urgencias del Hospital General de México.

## **DEDICATORIA**

Para mi hijo y mi madre, quienes dieron lo mejor de ellos y soportaron conmigo los tiempos difíciles.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los pacientes con los que tuve contacto por permitirme aprender de ellos y dejarme ayudarlos a cuidar de su salud, pero en especial a los pacientes al final de la vida por permitirme conocer la medicina desde un punto de vista diferente a solo preservar la vida.

Al personal de enfermería por enseñarme que siempre se puede hacer una compañía espiritual aun cuando el tiempo y sobre carga de trabajo sean obstáculos.

Al Dr. Daniel Anica Malagón por dirigirme en esta investigación y brindarme siempre su amistad y apoyo incondicional.

## ÍNDICE

1. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	7
2. ANTECEDENTES.....	9
3. HIPOTESIS DEL TRABAJO.....	13
4. OBJETIVOS DE ESTUDIO.....	13
5. METODOLOGIA .....	14
6. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	14
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	15
8. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	16
9. PROCEDIMIENTO.....	23
10. RESULTADOS.....	24
11. ANALISIS DE RESULTADOS.....	31
12. CONCLUSIONES.....	32
13. BIBLIOGRAFIA.....	33

## **PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE VIDA QUE ACUDEN A CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

### **RESUMEN ESTRUCTURADO**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.** El aumento de la sobrevida en los pacientes al final de la vida repercute en el servicio de urgencias al provocar también aumento en la atención médica 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 la fase final de la vida representa un porcentaje significativo de las atenciones brindadas en el servicio de urgencias.

**HIPOTESIS.** La prevalencia de los pacientes que solicitan atención médica en el área de urgencias en la fase final de la vida es aproximadamente la mitad del total de las consultas solicitadas.

**OBJETIVOS.** Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de pacientes en la fase final de la vida del total de los pacientes atendidos en el área de triage del área de urgencias del Hospital General de México.

**METODOLOGIA.** El siguiente es un estudio de tipo observacional, descriptivo y prospectivo en el Área de Triage del Servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en un periodo de evaluación del 01- Noviembre-2019 al 31-Marzo-2020; Cuya población serán todos los pacientes que soliciten atención médica en el servicio de Urgencias médicas Unidad 401 del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” durante 5 meses. Para el análisis estadístico se usó un instrumento en Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico en el



software libre JASP 0.9.2 diseñado por la Universidad de Amsterdam y el software libre JAMOVI 2.3.2. Se utilizaron medias, desviación estándar, prevalencias absolutas y relativas para el análisis descriptivo.

**Resultados:** Dicha investigación nos permitió confirmar que la solicitud de atención médica del paciente en la fase final de la vida representa un porcentaje significativo de atención en la consulta del servicio de urgencias.

**Palabras clave:** fase final de la vida, medicina de urgencias, medicina paliativa

# PREVALENCIA DE PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA QUE ACUDIERON A CONSULTA EN EL 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 o quirúrgicos se ha logrado un mayor tiempo de sobre vida para estos pacientes, con repercusión anatómica, fisiológica y funcional en ocasiones con deterioro a la calidad de vida; en el intento de prolongar la vida se corre el riesgo de la obstinación terapéutica sin tomar en cuenta calidad contra tiempo de vida, con esto las enfermedades crónicas incurables y degenerativas adquieren un carácter terminal en la fase final de la vida.

1, 2

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, en 1964 elabora la definición de dolor total en donde integra la importancia del manejo del dolor físico, psicológico y espiritual de la muerte siendo el preámbulo y los cimientos de los cuidados paliativos, y posteriormente en 1967 logra materializar esta doctrina estableciendo el primer Hospice en St Christopher's Londres, donde únicamente eran atendidos pacientes terminales, concentrándose en aliviar el dolor total del paciente hasta la muerte<sup>3</sup>.

Actualmente existen varias definiciones de cuidados paliativos, la Organización Mundial de la Salud por su parte lo 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.”<sup>4</sup>.

En el caso de México de acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-011-SSA3-2014, criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, lo 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.”<sup>5</sup>

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 con base en la evolución de la enfermedad, por lo que lo podemos dividir en las siguientes etapas: no terminal, terminal y agónica.

Se entiende por paciente 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 intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes con gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y pronóstico de vida limitado, entendiéndose como una sobrevida igual o menor a 6 meses, lo que lo diferencia del no terminal el cual presenta una sobrevida estimada mayor a dicho tiempo<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 curables 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, para limitar complicaciones, así como pérdida de la función y la vida.<sup>9,10</sup> 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 con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, 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 curable.<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 que 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 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>

Por lo anterior y considerando la complejidad de estos pacientes, que van desde un paciente con patología sin diagnóstico con características de incurable, progresiva y avanzada establecido, hasta el paciente agónico

Está claro que la principal razón para acudir a un servicio de urgencias es la presencia de un síntoma predominante y en algunos casos de tipo refractario (dolor, fatiga, disnea, entre los más frecuentes).

En el caso de los pacientes sin diagnóstico establecido con características de enfermedad progresiva e incurable, su primer derecho es tener certeza acerca de su patología por lo que consideramos apropiado enviar al área correspondiente para realizar protocolo diagnóstico y terapéutico médico y/o quirúrgico apropiado, así como a servicio de tanatología y cuidados paliativos para el manejo psicosocial de la patología y así lograr el confort de paciente y familiares, de este modo abordar al paciente de manera integral y apropiada a patología.<sup>22, 23, 24.</sup>

## **2. HIPÓTESIS**

La prevalencia de los pacientes que solicitan atención médica en el área de urgencias, en la fase final de la vida es aproximadamente la mitad del total de las consultas solicitadas.

## **3. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Conocer la prevalencia de pacientes en la fase final de la vida del total de los pacientes atendidos en el área de Triage del servicio de Urgencias del Hospital General de México.

### **Objetivos específicos**

Determinar la prevalencia de los pacientes en la fase final de la vida que solicitan atención médica en el área de urgencias.

Determinar la prevalencia que esta consulta representa en comparación con el total de atenciones brindadas.

## **4. METODOLOGÍA**

### **Tipo y diseño de estudio**

Estudio de tipo observacional, analítico, descriptivo y prospectivo.

### **Población**

Pacientes mayores de 18 años y menores a 100 años que cumplan con criterios de enfermedad avanzada, progresiva e incurable con base a los criterios establecidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), sin importar si se trata de patología oncológica o no oncológica que acudan al servicio de urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” a solicitar atención médica.

### **Tamaño de la muestra**

Se incluirán a todos los pacientes que cumplan con criterios de enfermedad avanzada, progresiva e incurable en base a los criterios establecidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que acudan a atención médica al área de Triage del Servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” durante el periodo especificado en un periodo de 5 meses, del 01 de noviembre 2019 al 31 de marzo de 2020.

## **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

### ***Criterios de Inclusión.***

Para fines de este trabajo de investigación se incluyen a pacientes con las siguientes condiciones: Pacientes con enfermedad avanzada, progresiva e incurable/familiar responsable que soliciten atención médica en el servicio de urgencias y acepten firmar carta de consentimiento informado. Pacientes mayores de 18 años y menores de 100 años que soliciten atención médica al área de Triage del Servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

### ***Criterios de Exclusión.***

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

1. Pacientes/familiar responsable que no acepten firmar carta de consentimiento informado
2. Pacientes que no cumplan criterios de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
3. Pacientes menores de 18 años y mayores de 100 años

### **Criterios de Eliminación**

1. Paciente los cuales ingresen sin signos vitales área de Triage del Servicio de Urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”
2. Pacientes los cuales los datos recolectados no sean todos los requeridos para esta investigación.



## Definición de las variables

**TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Cuantitativa	Años	No aplica
Género	Fenotipo masculino o femenino de la persona	Cualitativa	Masculino / femenino	0: masculino 1: femenino
Enfermo en estado 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.	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente
	a) La impresión clínica por sí sola	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente

<p>Enfermedad en estado terminal oncológica</p>	<p>no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (necesidad de modelos que contemplen variables como la situación funcional global, el estado nutricional, etc.)</p> <p>b) Un índice de Karnofsky &lt; 40, lo que determina una menor supervivencia</p> <p>c) ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) &lt; 2, lo que determina una menor supervivencia.</p> <p>d) Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.</p>			<p>1: presente</p>
---	--	--	--	------------------------

	<p>e) La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico &lt; 2 semanas.</p> <p>f) Parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.</p>			
Enfermedad en estado terminal cardiovascular	1. Disnea grado IV de la New York Heart Association y/o angina intratable con IC secundaria	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente

	<p>2. Fracción de eyección &lt;20%</p> <p>3. Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECA</p> <p>4. IC refractaria y arritmias supra</p> <p>ventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico</p>			
<p>Enfermedad en estado terminal pulmonar</p>	<p>1. Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo grado IV de la Medical Research Council con respuesta escasa</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Presente / ausente</p>	<p>0: ausente 1: presente</p>

	<p>o nula a  broncodilatadores</p> <p>2. Progresión de la  enfermedad  evidenciada por  incremento de las  hospitalizaciones  o visitas  domiciliarias por  infecciones  respiratorias y/o  insuficiencias  respiratorias</p> <p>3. Hipoxemia, pO<sub>2</sub>  55 mmHg en  reposo y  respirando aire  ambiente o StO<sub>2</sub>  88% con O<sub>2</sub>  suplementario, o  hipercapnia, pCO<sub>2</sub>  50 mmHg</p> <p>4. IC derecha  secundaria a  enfermedad  pulmonar</p> <p>5. Taquicardia de  4 100 ppm en  reposo</p>			
Enfermedad en estado		Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente

terminal hepática	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encefalopatía grado III-IV mantenida</li> <li>2. Ascitis masiva refractaria</li> <li>3. Bilirrubina 43 mg/dl</li> <li>4. Albumina 2,8 g/dl</li> <li>5. T. de protrombinao30%</li> <li>6. Síndrome hepatorenal no tributario de tratamiento médico intensivo</li> </ol>			1: presente
Enfermedad en estado terminal renal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síntomas urémicos (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.)</li> <li>2. Diuresis menor a 400 cc/día</li> <li>3. Hiperkalemia &gt;7 mEq/l que no responde al tratamiento</li> <li>4. Pericarditis urémica.</li> </ol>	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente

	Sobrecarga de fluidos intratable			
Enfermedad en estado terminal neurológica	Demencias y enfermedad cerebrovascular crónica que presenten deterioro cognitivo grave, dependencia absoluta (I. Barthel=0), úlceras por presión refractarias, disfagia absoluta o desnutrición grave.	Cualitativa	Presente / ausente	0: ausente 1: presente

## **Procedimiento**

Estudio clínico descriptivo, observacional y prospectivo, de pacientes mayores de 18 años y menores de 100 años, se acudirán al área de Triage del servicio de Urgencias del hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga" unidad 401, durante el periodo de 01 de noviembre del 2019 al 31 de marzo del 2020 en la cual se recolectaran los siguientes datos nombre, edad, sexo, diagnóstico principal, posteriormente se seguirá al mismo paciente a la consulta de urgencias en donde se buscaran los criterios para determinar si el paciente está en fase paliativa y en que estadio se encuentra (no terminal, terminal y agónico) lo anterior con base a los criterios actualmente validados por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), de ser afirmativos se continuara a determinar si la fase final de la vida es de origen oncológico o no oncológico de ser no oncológico se buscara el órgano o sistema afectado. Se analizarán las variables mediante estadística descriptiva (media, moda, mediana) y de dispersión (desviación estándar).



## RESULTADOS

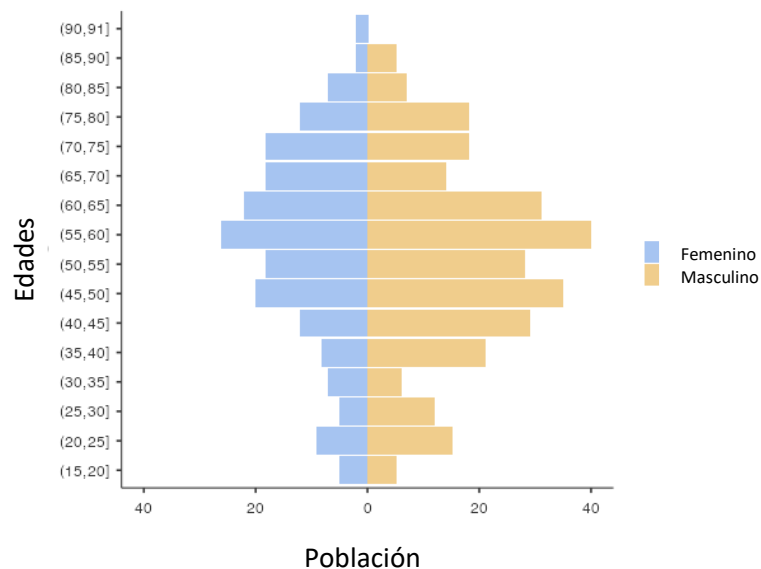
Se analizó la población que acudió al servicio de urgencias del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” entre el periodo de 01 de noviembre 2019 al 31 marzo 2020, siendo un total de 13116 de los cuales 475 (3.6%) pacientes cumplen criterios de inclusión para el estudio; si se considera el porcentaje tal vez parezca poco relevante sin embargo considerando el total de pacientes (475) resulta importante sobre todo desde el punto de vista económico, entre los cuales la edad promedio fue de 54.4 años (18-91), el número de mujeres y hombres fue de 191 (40.1%) y 284 (59.9%) respectivamente (grafica 1), con una desviación estándar de 16.6 (tabla 1).

<i>Mediana</i>	54.4
<i>Desviación estándar</i>	16.6
<i>Edad mínima</i>	18
<i>Edad máxima</i>	91
<i>Hombres</i>	284 (59.8%)
<i>Mujeres</i>	191 (40.2%)

Características demográficas de la población estudiada (tabla 1)



Población estudiada hombres, mujeres (gráfica 1)

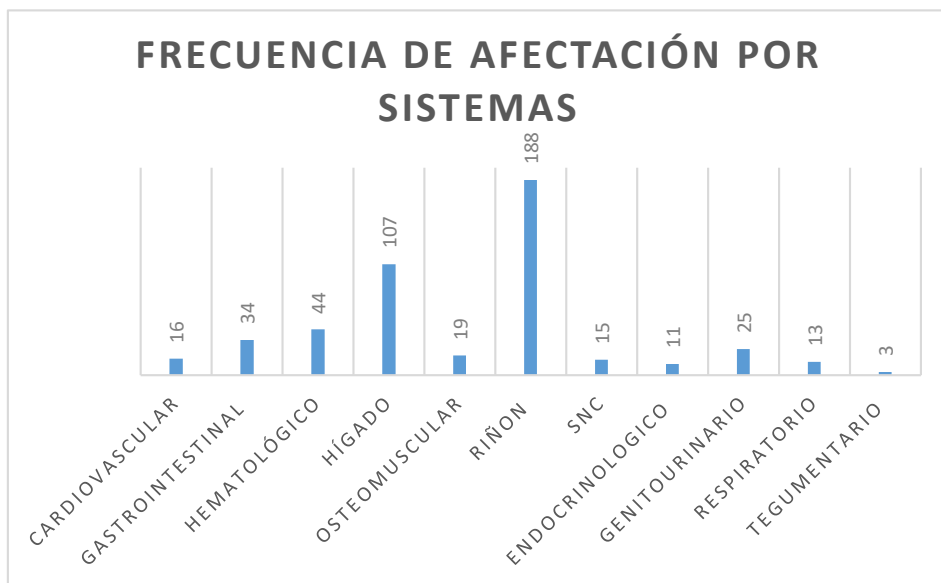


Pirámide poblacional (gráfica 2)

El sistema afectado más frecuentemente fue el renal con 188 pacientes (39.6%), seguido del hepático con 107 pacientes (22.5%) y el sistema hematológico con 44 pacientes (9.3%). (Tabla 2, grafica 3).

Sistema	Prevalencia
Cardiovascular	16 (3.4%)
Gastrointestinal	34 (7.2%)
Hematológico	44 (9.3%)
Hígado	107 (22.5%)
Osteomuscular	19 (4%)
Riñón	188 (39.6%)
SNC	15 (3.2%)
Endocrinológico	11 (2.3%)
Genitourinario	25 (5.3%)
Respiratorio	13 (2.7%)
Tegumentario	3 (0.6%)

Tabla 2: frecuencia de pacientes terminales por sistema



Grafica 3: frecuencia de pacientes terminales por sistema

Dentro de los sistemas afectados vale la pena mencionar que encontramos dentro de la afectación renal un predominio en el sexo femenino mientras que en la disfunción hepática el predominio se encuentra en el sexo masculino, en la afectación hematológica se encuentran porcentajes de afectación similares como se muestra en la tabla 3 y grafica 4.

Sistema	Hombres	Mujeres
Cardiovascular	10	6
Gastrointestinal	23	11
Hematológico	20	24
Hígado	76	31
Osteomuscular	11	8
Riñón	115	73
SNC	8	7
Endocrinológico	8	3
Genitourinario	2	23

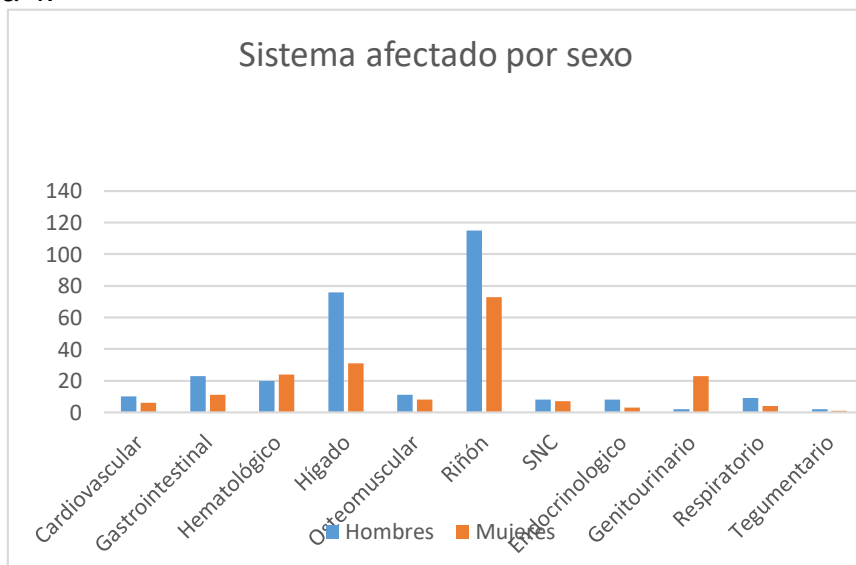
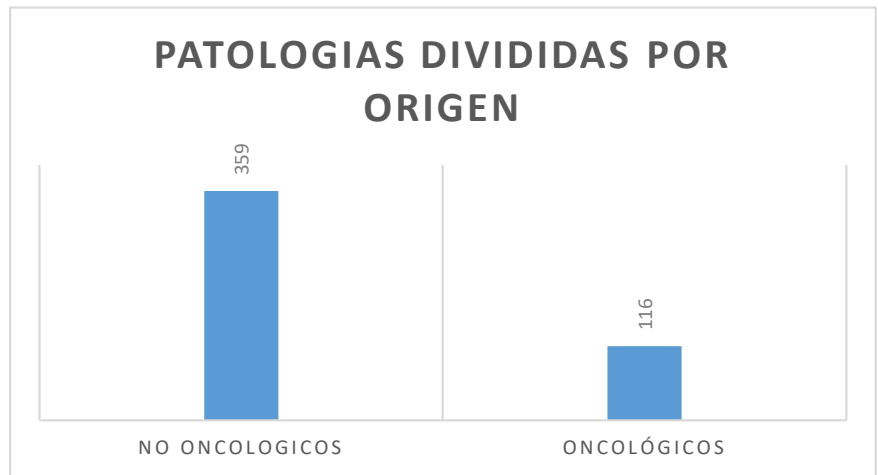


Tabla 3: Frecuencia de sistema afectado por sexo

Los pacientes del servicio de Urgencias en la fase final de la vida que contaron con diagnóstico de origen oncológico fueron un total de 116 (24.4%) y de los restantes 359 (75.6%), se clasificaron como No-Oncológicos (tabla 4, grafica 5). Dentro del origen no oncológico el predominio es para el sexo masculino mientras que en el origen oncológico no se observa diferencia significativa entre sexos como se muestra en la tabla 5 y grafica 6.

	Prevalencia
<b>No oncológicos</b>	359 (75.6%)
<b>Oncológicos</b>	116 (24.4%)

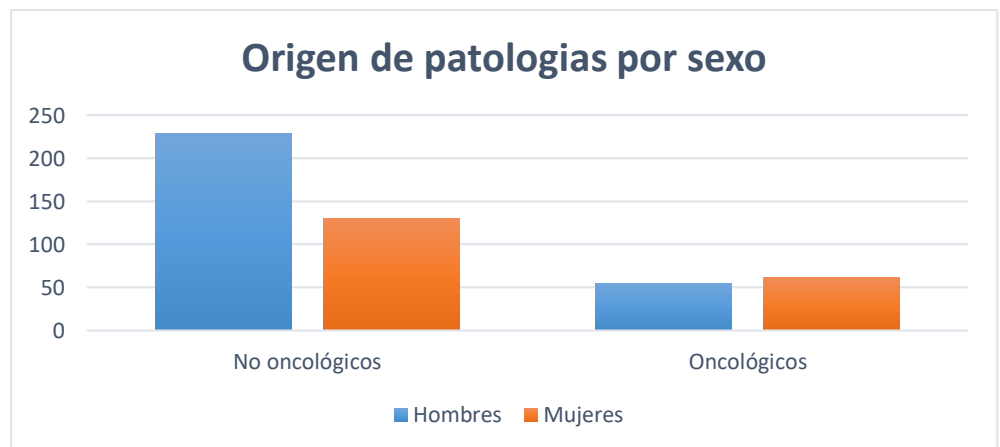
Tabla 4: frecuencia de origen del diagnostico



Gráfica 5: frecuencia de origen del diagnostico

	Hombres	Mujeres
<b>No oncológicos</b>	229	130
<b>Oncológicos</b>	55	61

Tabla 5: frecuencia de origen del diagnóstico con base en el sexo



Gráfica 6: frecuencia de origen del diagnóstico con base en el sexo

De los pacientes con diagnóstico Oncológico (116) vs no oncológico (359) el sistema más afectado para el primer grupo fue gastrointestinal mientras que para el segundo como en la población general fue una afectación renal. (Tabla 6, gráfica 7).

**Prevalencia de sistema afectado**

Sistema	Padecimientos oncológicos	No oncológicos
Cardiovascular	0	16
Gastrointestinal	30	4
Hematológico	24	20
Hígado	14	93
Osteomuscular	6	13
Riñón	2	186
SNC	4	11
Endocrinológico	2	9
Genitourinario	25	0
Respiratorio	6	7
Tegumentario	3	0

Tabla 6: frecuencia de sistema afectado según el origen



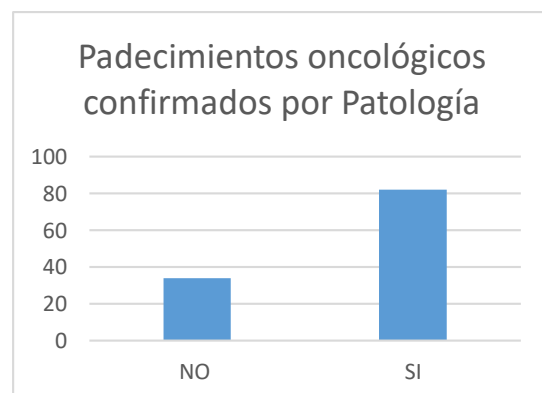
Gráfico 7: frecuencia de sistema afectado según el origen

En el estudio se consideró pacientes Oncológicos aun cuando no tuvieran diagnóstico confirmado por histopatología mientras que cumplieran criterios de encontrarse en última fase de la vida y en seguimiento por Oncología algunos de ellos no fueron candidatos a biopsia por localización de neoplasia o por malas condiciones generales, resulta importante mencionar que los protocolos no tienen la misma duración en todos los pacientes y al servicio de urgencias pueden llegar en cualquier fase de la enfermedad del total de los padecimientos oncológicos (116), de los cuales 82 contaban con estudio histopatológico (70.6%), mientras que en el 29.31 % de la población estudiada bajo este criterio aún no se contaba con el, como se muestra en la tabla 7, grafica 8.

**Estudio de Patología**

No	34
Si	82

Tabla 7, gráfica 8



Del total de los pacientes, 475 incluidos en el estudio se subdividieron en Agónico 36 (7.6%), terminal 6(1.3) y no terminal 433 (91.2%) con base en los criterios de la SECPAL, como se muestra en la tabla 8 gráfica 9.

Estadios	Prevalencia (%)
Agónico	36 (7.6)
No terminal	6 (1.3)
Terminal	433 (91.2)

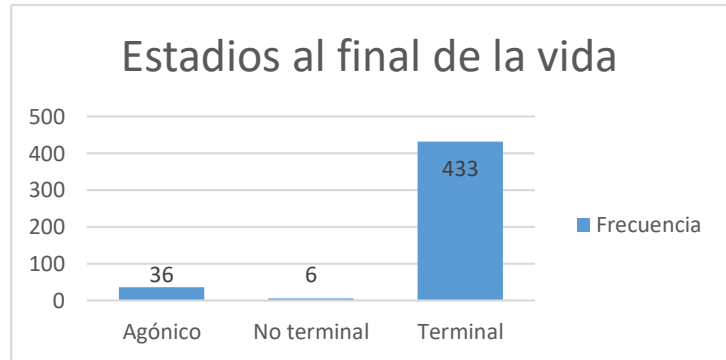


Tabla 8, grafica 9

Del total de los pacientes, 462 (97.3%) fueron hospitalizados en el servicio de urgencias y 13(2.73%) referidos a domicilio con tratamiento sintomático para continuar protocolo, 5 pacientes referidos a consulta externa con tratamiento sintomático para iniciar protocolo de estudio (Tabla 9, grafica 10).

Destino	Prevalencia (%)
Consulta externa	5 (1.1)
Domicilio	8 (1.7)
Urgencias	462 (97.3)

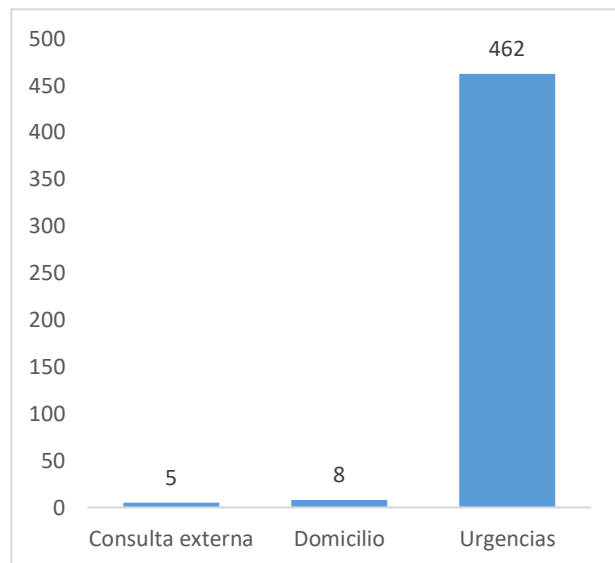


Tabla 9, grafica 10: Destino de los pacientes valorados en el servicio de urgencias

Del total de los pacientes estudiados solo 12 pacientes (2.5%) de la población contaba con seguimiento por cuidados paliativos, y solo 3 pacientes (0.7%) eran ya conocidos por el servicio de tanatología.

<b>Seguimiento por cuidados paliativos</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
<b>No</b>	463 (97.5)
<b>Si</b>	12 (2.5)

Tabla 10: seguimiento previo, cuidados paliativos

Los síntomas principales fueron dolor abdominal en el 18.2% para etapa Terminal y Disnea 40% para etapa Agónica (Tabla 11). La neoplasia más común en el paciente oncológico que acudió al servicio de urgencias fue el linfoma con 8 pacientes (9.8%), la segunda fue Tumoración Hepática con 7 pacientes (8.5%) y la tercera Cáncer Cervicouterino con 6 (7.3%) (Tabla 12). 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.

<b>Síntoma más frecuentemente presentado</b>	
<b>Terminal</b>	
<b>Dolor Abdominal</b>	78(18.2)
<b>Agónico, No (%)</b>	
<b>Disnea</b>	14(40%)

Tabla 11: síntoma principal por estadio

Características		Valores
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)

Tabla12: Prevalencias de neoplasias

## **Análisis de resultados**

De un total de 3600 pacientes estudiados 475 (13.2%) cuentan con criterios de inclusión para este estudio con una totalidad de hombres y mujeres 191 (40.1%) y 284 (59.9%), una edad promedio de 54.4 años (desviación estándar 16.62) con una edad mínima de 18 años y una máxima de 91, predominando los padecimientos no oncológicos 357 (75%), sobre los oncológicos 118 (25%), la patología más frecuente por la que acuden está en relación con deterioro en la función renal con predominio de sexo femenino lo cual se encuentra en relación a la esperanza de vida que es mayor en mujeres, seguido por una afección hepática donde se observa un predominio masculino asociado a la etiología alcohólica como causa de disfunción hepática y un padecimiento hematológico respectivamente, en cuanto a los síntomas más frecuentes que los llevan al servicio de urgencias encontramos una como síntoma principal al dolor abdominal para la etapa terminal, mientras que la disnea encabeza la lista para la fase agónica esto concordando con la literatura internacional. Del total de pacientes incluidos en el estudio 462(94%), fueron hospitalizados en el área de urgencias y 7 enviados a su domicilio, 5 a consulta externa, después del alivio o mejoría de su sintomatología.

Resulta importante mencionar que la mayor parte de los pacientes que se encuentra en la fase final de la vida no cuentan con seguimiento por cuidados paliativos ni tanatología lo que impacta directamente a su calidad de vida. Esto también está asociado a los pocos centros hospitalarios a nivel nacional que cuentan con área de cuidados paliativos, en nuestra unidad en particular a pesar de que se cuenta con el servicio este no está disponible las 24 horas, mientras que el servicio de Urgencias sí lo está.



## **Conclusión**

Con el aumento en la esperanza de vida aumenta la prevalencia de los pacientes al final de la vida que acuden al servicio de urgencias, en muchos casos con patologías que si bien ameritan hospitalización no ponen en peligro la vida de forma inmediata, por lo que ante esta situación y al no poder ser hospitalizados en un área distinta a urgencias se ve sobre saturado el servicio repercutiendo en disminuir la capacidad para atender urgencias reales y con un impacto económico importante para la unidad hospitalaria. En estos casos y ante la necesidad del Urgenciólogo se salvaguardar la vida es fácil caer en obstinación terapéutica.

Si bien no se cumple nuestra hipótesis planteada de una prevalencia del 50% de la consulta atendida en el servicio sería por pacientes al final de la vida, observamos un 13.2% que si cumple con dicho criterio y tratándose de un hospital con una afluencia importante de pacientes esto traduce en una sobre saturación del servicio, este estudio se planteó para realizarse en 6 meses, sin embargo por la pandemia que nos aqueja hoy en día a población se vio disminuida. Por lo que se redujo el tiempo estimado. Y nunca se tuvieron condiciones para retomar este estudio.

Se propone gestionar facilidades administrativas para que los pacientes al final de la vida que tengan un padecimiento que requiera hospitalización pero sin una urgencia se puedan derivar al área correspondiente de manera rápida y gentil para brindarles calidad de vida y una atención médica apropiada a su padecimiento.

## Bibliografía

1. Quentin Reuter, Alison Marshall, Hashim Zaidi, Priyanka Sista, Emilie S. Powell, Danielle M. McCarthy, and Scott M. Dresden. Emergency Department-Based Palliative Interventions: A Novel Approach to Palliative Care in the Emergency Department. *Journal of palliative medicine* Volume XX, Number XX, 2019.
2. Ms Linda Kerr, Ms Dorothy Kerr, Dr Kathleen Sherry, Dr Iain Taylor, Dr Ajit Panicker. *To Boldly Go: The Marriage Of Palliative Care And Critical Care*.
3. 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, [consultado el 15 de octubre de 2019]
4. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. Resolución WHA; 67a Asamblea Mundial de la Salud, 2014.
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
6. Sangeeta Lamba, Paul L. DeSandre, Knox H. Todd, Eric N. Bryant. Integration of palliative care into emergency medicine: the improving palliative care in emergency medicine (ipal-em) collaboration. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 46, No. 2, pp. 264–270, 2014.
7. Emilie Green, Sarah Ward, Will Brierley, Ben Riley, Henna Sattar, and Tim Harris. “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. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 1-7, 2016.

8. Lesley Henson, Wei Gao, Irene Higginson, Melinda Smith, Joanna Davies, Clare Ellis-Smith, Barbara Daveson. Emergency department attendance by patients with cancer in the last month of life: a systematic review and meta-analysis.
9. John Myburgh, Fayed Abillama, Davide Chiumello y cols. 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. *Journal of Critical Care* 34 (2016) 125–130.
10. James Davies, Vandana Vora. Challenges of providing palliative care in a Critical care setting. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2014;4(Suppl 1): A1–A110 A51.
11. Rebecca Aslakson, Jennifer Cheng, Daniela Vollenweider, Dragos Galusca, Thomas J. Smith, and Peter J. Pronovost. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of palliative medicine* Volume 17, Number 2, 2014.
12. Mi-Kyung Song, Mary Beth Happ. Palliative Care in Critical Care and Cardiac and Pulmonary Disorders Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care.
13. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 46 (2017) 1-2.
14. Chadd K. Kraus, DO, DrPH, MPH, Marna R. Greenberg, DO, MPH, Daniel E. Ray, MD, MS, and Sydney Morss Dy, MD, MSc. Palliative Care Education in Emergency Medicine Residency Training: A Survey of Program Directors, Associate Program Directors, and Assistant Program Directors. Vol. 51 No. 5 May 2016 Palliative Care Education in EM Residencies
15. Anand S. Iyer, MD. Early Palliative Care in Advanced Illness Do Right by Mama. *JAMA Internal Medicine* Published online April 17, 2017.

16. Jan Shoenberger, Sangeeta Lamba, MSHPEd, Rebecca Goett, 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 EDUCATION AND TRAINING, April 2018, Vol. 2, No. 2.
17. Judith E. Nelson, MD, JD, Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN, Therese B. Cortez, MSN, NP, ACHPN, y cols. 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. (ANCP76\_66).
18. Ira Byock. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. Crit Care Med 2006 Vol. 34, No. 11.
19. Deborah a. Boyle, Susan Barbour, Wendy Anderson, et. Al. Palliative Care Communication in the ICU: implications for an oncology-critical care nursing partnership. Seminars in oncology nursing, volume 33, issue 5, december 2017, pages 544-554.
20. C. Connolly, O. Miskolci<sup>1</sup>, D. Phelan and D. J. Buggy. End-of-life in the ICU: moving from 'withdrawal of care' to a palliative care, patient-centred approach. British Journal of Anaesthesia 117 (2): 143–5, Advance Access publication 4 May 2016.
21. Caroline Hurd, MD, J. Randall Curtis, MD, MPH. Education About Palliative Care in the Intensive Care Unit: Rediscovering Opportunity. Journal of Graduate Medical Education, March 2014.

22. Lyra Sihra, Mary Harris, and Caroline O'Reardon. Using the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project to Promote Palliative Care Consultation. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol 42 No 5, 2011.
23. Felicia Marie Knaul, Paul E Farmer, Eric L Krakauer. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief - an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391, 1391- 1454. 2018.
24. Emilie Green, Sarah Ward, Will Brierley, Ben Riley, Henna Sattar, and Tim Harris. "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. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 1-7, 2016.
25. Francis L. Counselman, Kavita Babu, Mary Ann Edens, et. al. The 2016 model of the clinical practice of emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine* 52(6), 846-849.