



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de Posgrado

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los  
Trabajadores del Estado

Hospital Regional 1° de Octubre

Facultad de Medicina



Caracterización de la atención del paciente con dolor oncológico durante la  
pandemia en el servicio de Cuidados Paliativos.

Que para obtener el título de  
Anestesiología

Presenta

Dra. Elideth Amairanee Pérez Hidalgo

Director

M. en C. Celina Trujillo Esteves

Asesores

Dra. Georgina López Aguilar

Dr. Bernardo Soto Rivera

México, Ciudad de México, Marzo 2023

RPI: 588.2022



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.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de Posgrado

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los  
Trabajadores del Estado

Hospital Regional 1° de Octubre

Facultad de Medicina



Caracterización de la atención del paciente con dolor oncológico durante la  
pandemia en el servicio de Cuidados Paliativos.

Que para obtener el título de  
Anestesiología

Presenta

Dra. Elideth Amairanee Pérez Hidalgo

Director

M. en C. Celina Trujillo Esteves

Asesores

Dra. Georgina López Aguilar

Dr. Bernardo Soto Rivera

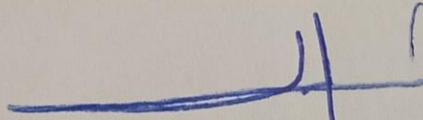
México, Ciudad de México, Marzo 2023

RPI: 588.2022

HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

“CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE  
CON DOLOR ONCOLÓGICO DURANTE LA PANDEMIA EN  
EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS”.

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO: 200.2021  
NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: 588.2022



---

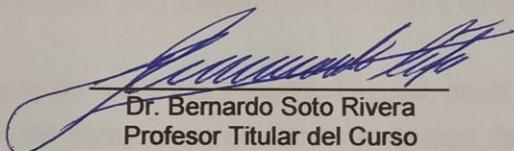
Dr. Israel David Pérez Moreno  
Encargado de Coordinación de Enseñanza e Investigación



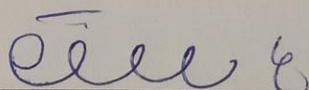
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

“CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE  
CON DOLOR ONCOLÓGICO DURANTE LA PANDEMIA EN  
EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS”.

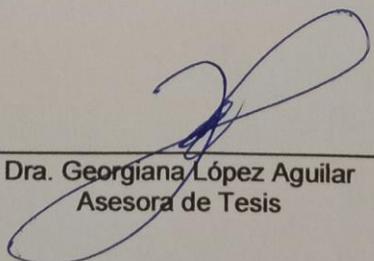
NÚMERO DE REGISTRO INTERNO: 200.2021  
NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: 588.2022



Dr. Bernardo Soto Rivera  
Profesor Titular del Curso



Dra. Celina Trujillo Esteves  
Profesor Adjunto de Anestesiología



Dra. Georgiana López Aguilar  
Asesora de Tesis

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero que nada, quisiera agradecer a Dios por permitirme realizar muchos de los proyectos personales a lado de mi familia, por prestarme salud y la oportunidad de cumplir mis metas.

A mis padres y familia, que me han apoyado en todo el camino y me han ayudado a sortear todas las dificultades que se presentan en mi vida, que me han apoyado desde el inicio de mi carrera y a cada paso están siempre a mi lado.

A mi esposo Marco que, gracias a sus palabras de aliento y apoyo incondicional, me ayuda siempre a superar todas las adversidades que se llegan a presentar; que siempre está presente para lo que he necesitado y aún más, porque nunca me dejó rendirme y me dio el ánimo para siempre mirar al frente y continuar.

A la doctora Celina Trujillo y la doctora Georgina Aguilar, por la orientación brindada para la realización del trabajo y las constantes revisiones de este. Así mismo al doctor Bernardo Soto y los médicos adscritos del servicio de Anestesiología por brindar los conocimientos, paciencia y técnica que necesitábamos en cada momento.

# ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
ANTECEDENTES.....	14
I.    Historia de los Cuidados Paliativos.....	14
II.   Cáncer y dolor oncológico.....	15
III.  Pandemia por neumonía atípica.....	17
IV.  Emergencia sanitaria en México.....	18
V.   Reconversión hospitalaria.....	19
VI.  Cuidados Paliativos durante pandemia.....	20
PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	22
JUSTIFICACIÓN.....	23
OBJETIVO GENERAL.....	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
ASPECTOS ÉTICOS.....	25
MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	46
PERSPECTIVAS.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	50

## LISTA DE FIGURAS Y CUADROS

- 1) Tabla 1. Distribución por sexo de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 2) Gráfico 1. Edad según sexo de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 3) Tabla 2. Distribución por grupo de edad de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 4) Gráfico 2. Grupos de edad según sexo de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 5) Tabla 3. Distribución de tipos de cáncer en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 6) Tabla 4. Distribución de comorbilidades en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 7) Cuadro 1. Comorbilidades combinadas en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 8) Tabla 5. Distribución de tratamiento oncológico de pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 9) Cuadro 2. Tratamientos oncológicos combinados utilizados en pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

- 10) Tabla 6. Distribución de tratamiento farmacológico de pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 11) Gráfico 3. Distribución de tratamiento farmacológico de pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2019-2020.
- 12) Figura 3. Tratamientos farmacológicos combinados utilizados en pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 13) Tabla 7. Distribución de motivos de ajuste de tratamiento realizados a pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 14) Gráfico 4. Distribución de motivos de ajuste de tratamiento realizados a pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 15) Tabla 8. Distribución de forma de atención según intensidad del dolor en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 16) Gráfico 5. Distribución según forma de atención de pacientes oncológicos en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 17) Gráfico 6. Distribución según manifestación de dolor en pacientes oncológicos en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.
- 18) Tabla 9. Consultas otorgadas según tipo de resguardo a pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

**“CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE  
CON DOLOR ONCOLÓGICO DURANTE LA PANDEMIA EN  
EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS”.**

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia que se inició en el 2019 ha revelado la creciente necesidad del servicio de cuidados paliativos, que mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando se tienen que afrontar problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Así mismo sin dejar a un lado la atención de los pacientes con dolor crónico principalmente oncológico, por lo que se han tenido que adoptar nuevas estrategias de atención médica, debido a las medidas sanitarias implementadas para la disminución de contagios por la pandemia, específicamente la reconversión hospitalaria y la sana distancia.

**Objetivos:** Caracterizar la atención de los pacientes oncológicos con dolor crónico en el Servicio de Cuidados Paliativos durante la pandemia, en el Hospital Regional 1º de Octubre.

**Material y métodos:** Se realizará un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, de cohorte histórica, donde se identificará una base de datos de los expedientes de pacientes que recibieron consulta de marzo de 2020 a febrero de 2021, en el servicio de cuidados paliativos por dolor de tipo oncológico, para buscar datos de cómo fue la atención médica brindada durante ese año, ya implementándose las nuevas estrategias de atención médica (presencial, videollamada, llamada telefónica, por medio de un familiar).

**Resultados:** Se encontró que de los 148 pacientes el 54% de los pacientes fueron atendidos de manera presencial, por medio de un familiar y llamada telefónica. Encontrándose que el 38% de los pacientes se les realizó un ajuste de tratamiento secundario a falta de insumos, y el 43% refirió tener un dolor moderado, además de ver un incremento del número de consultas del año 2021 con respecto al año anterior incrementando la media de 2.4 a 4.1 en pacientes con resguardo, y de 2.1 a 4.4 de los pacientes con resguardo.

**Conclusiones:** Las estrategias implementadas en el servicio de cuidados paliativos para la atención de los pacientes por medio de consulta no presencial, vieron un incremento en la atención de los pacientes, así como un adecuado control del dolor.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, pandemia, nuevas estrategias de atención médica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The pandemic that began in 2019 has revealed the growing need for palliative care services, which improve the quality of life of patients and their families when they have to face problems inherent to a potentially fatal disease. Likewise, without leaving aside the care of patients with chronic pain, mainly oncological, for which reason new medical care strategies have had to be adopted, due to the sanitary measures implemented to reduce infections due to the pandemic, specifically the reconversion hospitable and healthy distance.

**Objectives:** To characterize the care of cancer patients with chronic pain in the Palliative Care Service during the pandemic, at the 1° de Octubre Regional Hospital.

**Material and methods:** An observational, cross-sectional, retrospective, descriptive, historical cohort study will be carried out, where a database of the files of patients who received consultation from March 2020 to February 2021 will be identified, in the palliative care service. due to cancer-type pain, to search for data on how the medical care provided during that year was, already implementing the new medical care strategies (in-person, video call, phone call, through a relative).

**Results:** It was found that of the 148 patients, 54% of the patients were attended in person, by means of a relative and a telephone call. It was found that 38% of the patients underwent a secondary treatment adjustment due to the lack of supplies, and 43% reported having moderate pain, in addition to seeing an increase in the number of consultations in 2021 compared to the previous year, increasing the average of 2.4 to 4.1 in patients with shelter, and from 2.1 to 4.4 of patients with shelter.

**Conclusions:** The strategies implemented in the palliative care service for patient care through remote consultation, saw an increase in patient care, as well as adequate pain control.

**Keywords:** palliative care, pandemic, new health care strategies.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo: casi 10 millones de fallecimientos en 2020, razón por la cual se han realizado programas de atención para el diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que ha llevado a un aumento de la sobrevivencia de los pacientes oncológicos. Los pacientes con cáncer presentan hasta el 66.4% dolor intenso en alguna fase de la enfermedad, principalmente debido a la localización de la neoplasia, la actividad tumoral o como efecto colateral del tratamiento médico (1, 2).

En los últimos años se ha avanzado significativamente en las estrategias farmacológicas e intervencionistas para el manejo del dolor por cáncer, pacientes que mayoritariamente son atendidos por el servicio de cuidados paliativos. Estos pacientes se presentan con limitaciones para poder compartir las sensaciones generadas por el dolor, lo que resulta en un reto para el personal de cuidados paliativos para su atención integral (3,4).

A finales de 2019 la provincia de Wuhan en China dio a conocer la existencia de una neumonía producida por una variante nueva de coronavirus, con una alta tasa de mortalidad. El 30 de enero la Organización Mundial de Salud, declara la epidemia una emergencia de salud pública de preocupación internacional, implementando medidas como el “distanciamiento social” (5).

Esta nueva neumonía atípica fue evolucionando hasta convertirse progresivamente en una pandemia que ha obligado a las organizaciones de salud a nivel local, regional y mundial a adoptar una serie de medidas para hacer frente a esta patología e intentar disminuir su impacto y propagación, no sólo en el ámbito social, sino también en el ámbito sanitario, modificándose las pautas de actuación en los servicios de salud (5,6).

Por lo que, durante la pandemia, muchos enfermos oncológicos tuvieron que suspender su atención médica, ya fuese por miedo a contagio o por las restricciones sanitarias impuestas, donde la principal forma de atención para la atención y tratamiento de la pandemia era área de urgencias; lo que puede provocar un descontrol en sus patologías de base (6).

Debido a esto, se han presentado retos para la atención de salud, principalmente de los pacientes englobados en los programas prioritarios, implementándose nuevas formas de atención médica, siendo la principal forma mediante telemedicina (7,8).

## **ANTECEDENTES**

### **I. Historia de los Cuidados Paliativos**

Desde el inicio de la historia la medicina ha ido evolucionando, antes el papel fundamental del médico era prácticamente solo conocer la historia natural de la enfermedad; ya a mediados del siglo XX, cambió el enfoque de ver las enfermedades, ahora siendo prioridad conocer lo que la causaba y dar un tratamiento. En la actualidad, se ha centrado en prolongar las expectativas de vida, y mejorar la calidad de vida (4).

Pero al aumentar la calidad de vida y disminuir la natalidad, ha habido un incremento en la esperanza de vida; actualmente la esperanza de vida promedio mundial, es de 65 años, lo que ha conllevado a un incremento de las enfermedades crónico-degenerativas. De acuerdo con el consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el 2019, revela que las principales causas de mortalidad son consecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas y los tumores malignos (1,4).

En la edad media, los hospitales franceses acogieron peregrinos y proporcionaban cuidados a pacientes moribundos, para la década de los años sesenta nacieron en países europeos, movimientos que se encargaban de cuidar a pacientes con patologías incurables, que daban apoyo y asistencia a las familias (3).

Etimológicamente, la palabra “**paliativo**” proviene del latín pallium que significa manto o cubierta; que hace referencia al alivio de los síntomas y/o sufrimiento. En México, los cuidados paliativos surgieron en 1972 formalmente al inaugurarse en el Instituto “Salvador Zubirán” la primera unidad de Medicina del dolor (3). La OMS define a los cuidados paliativos como “Los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo, su objetivo es la de proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento en el paciente y su familia” (5).

## **II. Cáncer y dolor oncológico**

El cáncer es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo, contando con una incidencia de 14 millones de personas en 2012. Cifra que se espera que aumente alcanzando los 21 millones de nuevos casos en las proyecciones para 2030 (8). Definiéndose como «un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo», el cáncer tiene la característica definitoria de una multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (7).

De acuerdo con cifras publicadas por el INEGI se diagnosticaron en México 148,000 nuevos casos de cáncer; entre enero y agosto de 2020 se registraron 683,823 defunciones, de las cuales 9% se deben a tumores malignos. Los tipos de neoplasias más frecuentes son los de mama y próstata, seguidos por los cánceres cervicouterino, pulmonar, colónico y rectal (1,7).

El dolor en pacientes oncológicos es un síntoma con alta prevalencia, a menudo mal diagnosticado y tratado de forma inadecuada. Se considera el tercer síntoma más frecuente y se presenta en 65 a 85% de los pacientes. Sin embargo, Allende Pérez y colaboradores (2016), señalan que puede ser el principal síntoma para tratar (9). Hay que destacar que la prevalencia del dolor no se relaciona en todos los casos con enfermedad avanzada; en realidad, éste puede presentarse desde el diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento y en pacientes con enfermedad metastásica o terminal en 33 a 64% (9, 10).

La OMS considera el cáncer y sus complicaciones como un problema de salud mundial, siendo el síntoma más destacado el dolor y la postración, ya que no existen políticas claras de salud que aborden este tema y menos aún programas específicos de atención a los pacientes que lo padecen. De acuerdo con la OMS, del 30 al 50% de los pacientes con cáncer experimentan dolor debido principalmente a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o su mala administración o falta de programas para brindar atención a los pacientes oncológicos (3,4).

Diferentes estudios han mostrado que 56 a 82.3% de las personas con dolor por cáncer pueden estar con un tratamiento que no es el adecuado, por lo que es importante que los oncólogos, paliativistas y otros especialistas en contacto con pacientes oncológicos evalúen de manera regular y sistemática la presencia de dolor e instituyan un tratamiento temprano y adecuado para reducir el riesgo de sensibilización central y la cronificación del dolor (9,10).

El dolor por cáncer no representa una entidad clínica única y homogénea, su inadecuado manejo puede comportar graves consecuencias físicas, psicoafectivas y económicas tanto para el paciente como para su entorno familiar y profesional, así como de los servicios de salud. Por lo tanto, el establecimiento de un conjunto de directrices para el manejo del dolor por cáncer puede permitir que la mayoría de los pacientes accedan a un tratamiento efectivo y adecuado (3,9).

En datos derivados de investigaciones de GLOBOCAN 2018, en varios centros hospitalarios de países desarrollados, el dolor es la causa más importante de hospitalización, y la prevalencia de este síntoma en pacientes con oncológicos varía del 47 al 54% (8).

### **III. Pandemia por neumonía atípica**

La enfermedad promulgada emergencia sanitaria, es una neumonía relacionada con una variante de coronavirus, la cual tuvo su origen en el 2019 en China, específicamente la ciudad de Wuhan, siendo declarada una pandemia el 11 de marzo. Esto debido a la gran afluencia de vuelos internacionales, esta enfermedad se propago rápidamente. Para enero de 2020, ya se tenía registro de casos de neumonía atípica, en 21 países (11, 12).

Los síntomas más comunes de esta enfermedad se basan en tos, fiebre y dificultad para respirar, otros síntomas menos frecuentes son el cansancio, dolor de garganta, anosmia, cefalea, conjuntivitis, entre otros (11). El diagnóstico es clínico, pero el gold estándar en un punto se volvió la tomografía, donde se realizó incluso una clasificación para la estadificación de esta enfermedad conocida como CORADS, donde principalmente se pueden encontrar hallazgos tomográficos en vidrio despulido de manera bilateral. Sin embargo, no en todos los centros hospitalarios se cuenta con este recurso. Por lo que la radiografía inicial puede mostrar cambios significativos de una neumonía. Debido a la magnitud de esta enfermedad, se pusieron en marcha métodos para la detección rápida y eficaz de la misma, para la identificación del virus (11, 12).

El 10 de enero de 2020, este nuevo coronavirus ya tenía secuencia genómica y estaba a disposición de los científicos, para empezar a trabajar en una cura y vacuna. Al ser una enfermedad nueva, no se sabía el manejo específico de la misma, por lo que a base de la experiencia del tratamiento de las neumonías y de las infecciones causadas por las variantes del virus, siendo el oxígeno

suplementario, los esteroides e inicialmente los antibióticos, el manejo inicial para la misma (10, 12).

#### **IV. Emergencia sanitaria en México**

El 27 de febrero de 2020, se detectó el primer caso afectado por la pandemia en México. Después de 103 días de iniciada la infección, un hombre de 35 años que venía de un viaje proveniente de Italia. La primera muerte registrada por este virus fue el 3 de marzo del mismo año, probablemente infectado en un concierto (13).

De acuerdo con los datos proporcionados por el gobierno mexicano y registrados por la Dirección General de Enfermedades (DGE), hasta el 27 de agosto de 2021, se han registrado 3,543,113 casos positivos por neumonía atípica, de las cuales se estiman que hay 271,138 defunciones por la misma. De los casos positivos el 83% de los mismos ha recibido manejo ambulatorio, y el 16% han tenido que requerir hospitalización (13, 14).

México se encuentra entre los primeros 20 países con más número de contagios a nivel mundial, y entre los primeros 5 países con mayor número de defunciones por superficie poblacional, hasta finales del mes de agosto de 2021 (13).

La OMS, expertos y científicos mundiales, han trabajado para esparcir conocimientos sobre como disminuir la propagación y disminuir los contagios, asesorando a los países y sus gobiernos, sobre las medidas que se deben de llevar a cabo para proteger la salud y disminuir la morbimortalidad de esta pandemia (11, 15). Para la prevención de enfermedades infecciosas se establecieron normas sanitarias como lavado de manos, uso de cubrebocas, distanciamiento social, estornudo de etiqueta evitar aglomeraciones; estas medidas para la población general (14).

En el aspecto hospitalario el uso de equipo de protección personal, la capacitación y educación de los trabajadores de salud, el reconocimiento temprano de infección respiratoria de probable etiología por neumonía atípica, zonas específicas para el aislamiento y atención de pacientes sospechosos y confirmados de neumonía atípica, prevención de hacinamiento, ventilación adecuada y limpieza continua del área hospitalaria (13, 15).

## **V. Reconversión hospitalaria**

Secundario a la gran magnitud que ha representado esta enfermedad, el sector salud ha sido rebasado por la demanda de atención de los pacientes, por lo cual el 5 de Abril de 2020, se dieron a conocer los lineamientos de reconversión hospitalaria para la atención de pacientes con neumonía atípica, esto para asegurar la calidad y atención oportuna a estos pacientes (16).

Para la reconversión hospitalaria, las autoridades de los hospitales asignados para la atención de pacientes afectados en la emergencia sanitaria determinaran la capacidad que tendrá para la atención de estos pacientes, así mismo se encargara de la capacitación del personal y de realizar un plan operacional para la actuación del hospital (16,17).

“Esta reconversión consta de 3 fases para la atención de los pacientes críticos en las unidades médicas designadas:

Fase 1. Capacidad Instalada basal y ampliada: se debe utilizar la totalidad de las camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ventiladores y de medicamentos, se tendrán que suspender la consulta externa, y cirugías programadas para dar el máximo apoyo.

Fase 2. Reconversión hospitalaria: ya agotada la fase 1, se ubicarán a los pacientes críticos en otros servicios como recuperación quirúrgica, áreas de corta estancia y hospitalización.

Fase 3. Expansión: de continuar con la de manda de la atención, se ocupará la totalidad de las camas, respetando unidades de reanimación. Se pueden incluso habilitar espacios públicos no hospitalarios.

Dentro de los servicios que no se pueden suspender, se encuentran: hemodiálisis, quimioterapia, banco de sangre, urgencias, UCI para padecimientos diferentes a la atención de esta nueva neumonía, laboratorio, imagenología, tococirugía, cirugías y tratamientos sensibles a tiempo (oncología).

La consulta externa de especialidades para pacientes con enfermedades crónicas, la cirugía electiva ambulatoria y no ambulatoria y los estudios auxiliares de diagnóstico, son servicios englobados para posponerse y reprogramarse. Para llevar a cabo esta reconversión, se tendrán suspender ciertas actividades. En el caso de la consulta externa, los lineamientos establecen que, conforme a las necesidades de esta, esta se puede suspender y reagendar la consulta programada, o se optará por la consulta telefónica” (17, 18).

## **VI. Cuidados Paliativos durante pandemia**

La pandemia que se inició en el 2019 ha revelado la creciente necesidad del servicio de cuidados paliativos, que mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando se tienen que afrontar problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, pero solo un 14% recibe esta asistencia (18).

Secundario a esto la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con la OMS, intentan realizar una nueva red de aprendizaje virtual dirigida a profesionales de salud para desarrollar sus habilidades en cuidados paliativos. Esto

a través de una serie de reuniones virtuales mensuales con especialistas en la temática que permiten incorporar conocimientos y experiencias de distintos países (4, 18).

Los cuidados paliativos son un componente esencial de los servicios de salud integrales para las enfermedades no transmisibles. En 2014, la primera resolución mundial sobre cuidados paliativos, la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud instó a la OMS y a los Estados Miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como un componente central de los sistemas de salud, con énfasis en la atención primaria de salud y la comunidad y atención domiciliaria (19).

El acceso a los servicios de cuidados paliativos es un derecho humano, y durante la emergencia sanitaria se vieron englobados en 2 aspectos importantes, primordialmente en la cuestión de la atención del paciente terminal, al proporcionarle al enfermo el confort y disminución de los síntomas para que se tuviera una muerte sin dolor; así mismo el servicio de trabajo social y médicos tratantes fungían cierto papel paliativista, al informar a los familiares del estado de sus pacientes, ya que por las características de la pandemia, los enfermos fallecían sin poder ver a sus familiares ni velarlos (19, 20). De ahí la importancia que se debe de destacar para estas nuevas enfermedades que se seguirán siendo venideros en el sistema de salud (18).

Pero, se dio gran énfasis al servicio de cuidados paliativos para el manejo y confort de los pacientes, mejorando a disnea, disminuyendo el dolor, con sedaciones para la tranquilidad y acople con la ventilación mecánica. Así mismo con la cuestión de la atención e información a los familiares de los pacientes, pero el otro lado de la pandemia se tuvo que dejar un poco descuidada. Los pacientes crónicos que se ven en la consulta externa se dejaron a un lado por la reconversión hospitalaria, pudiendo agravar la sintomatología y descontrol de estos pacientes, y se debe recordar que los sistemas de salud de todo el mundo tienen la responsabilidad ética de proporcionar servicios de cuidados paliativos a lo largo de la vida (20).

El 10 de octubre último se conmemoró el Día Mundial de los Cuidados Paliativos, que tiene lugar el segundo sábado de octubre y es promovida por la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos para celebrar y apoyar este tema en todo el mundo. En definitiva, es una oportunidad más para concientizar sobre la importancia de los cuidados paliativos, especialmente entre los trabajadores de la salud, ya que la falta de formación y de concientización por parte de los profesionales es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados (19).

De hecho, la necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población. Se ha descrito que una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud (18, 20).

## **PLANTEAMIENTO PROBLEMA**

La atención del dolor en los pacientes oncológicos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE durante la Pandemia comenzada desde el 2019, ha tenido que implementar nuevas formas de atención médica, como la medicina a distancia, debido a la conversión de la Sede hospitalaria; esto con la finalidad de disminuir el riesgo de exposición en dicha población vulnerable.

El dolor crónico es un problema de salud pública, ya que afecta al 25 % de la población general. Los pacientes oncológicos con dolor crónico desde la aparición y durante el tiempo de la cuarentena secundaria a la pandemia, han tenido alteración en sus actividades de la vida diaria, las emociones, motivaciones, relaciones interpersonales y su calidad de vida; volviéndose, el dolor el centro de su vida, suponiendo un factor estresante, difícil de sobrellevar.

En el Hospital Regional 1º de Octubre, en promedio atiende 115 pacientes

oncológicos al mes, con dolor crónico de manera subsecuente y entre 8 a 10 pacientes de primera vez mensualmente; teniéndose que adoptar nuevas estrategias para la vigilancia estrecha y control del dolor de estos pacientes durante la pandemia, siendo la llamada telefónica la manera más empleada o la consulta a través de un familiar sin factores de riesgo; sin embargo, a pesar de la implementación de estas modalidades, existe un descontrol del dolor, requiriendo modificaciones en los tratamientos ya establecidos, que se habían presentado favorables antes de la pandemia.

Uno de los factores clave para la disminución de la transmisión de la neumonía por coronavirus, fue el distanciamiento social; la telemedicina y atención médica no presencial, ha ayudado a realizar la evaluación inicial y orientación de los pacientes, que por ser personas vulnerables podría ser un riesgo para su salud, la atención médica de manera presencial.

El siguiente trabajo pretende dar a conocer la relevancia de la actuación del servicio de cuidados paliativos durante la pandemia, siendo una herramienta de vital importancia la atención de los pacientes el tomar nuevas medidas de atención, para no descuidar a esta población de riesgo, tratando de mejorar la calidad de vida para ellos y sus familiares; además de proporcionar datos epidemiológicos y estadísticos, ya que no se cuenta con mucha información de este tema, al ser un aspecto de relevancia durante la pandemia.

## **JUSTIFICACIÓN**

Ante la problemática a la que se enfrenta actualmente el mundo por la emergencia sanitaria que se está viviendo se ha dado un gran impacto en la atención de los pacientes con medidas sanitarias de protección, dentro de las cuales se encuentran el uso de cubre bocas, lavado constante de manos y sobre todo medidas de sana distancia, por lo cual se han tenido que tomar medidas para dar la atención médica

a los pacientes de manera eficiente pero sin exponer al personal de salud y evitar así mismo mayor número de contagios.

Un gran reto fue la atención de los pacientes de consulta externa, ya que debido a la reconversión hospitalaria como medida sanitaria para una atención rápida y eficiente, el área de consulta externa de ciertos servicios se tuvo que cancelar, y se continuo dando la atención en áreas donde el tiempo para la atención es primordial, por ejemplo, la atención a los pacientes oncológicos durante la pandemia en nuestro hospital se ha tenido que adaptar a las estrategias propuestas por las instituciones de salud para disminuir los contagios provocados durante la emergencia sanitaria, por lo que se tomaron medidas como la telemedicina para no dejar de proporcionar la atención a estos pacientes.

Lo que este trabajo pretende, es dar a conocer la importancia de fomentar las nuevas estrategias para la forma de atención, ya que la emergencia sanitaria continuara por un largo tiempo y se tendrán que tomar nuevas estrategias para una atención integral a todos los pacientes, no solo a los involucrados en áreas críticas como urgencias, sino no desatender a la población del área de consulta, donde la mayoría de los pacientes son población de riesgo. Lo que pretende que se realice mayor hincapié en estas nuevas formas de atención para poder mejorar la calidad de atención.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Caracterizar la atención de los pacientes oncológicos con dolor crónico en el Servicio de Cuidados Paliativos durante la pandemia, en el Hospital Regional 1º de Octubre.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características de los pacientes atendidos en cuidados paliativos (edad, sexo, diagnóstico oncológico, enfermedades agregadas y su tratamiento, tanto oncológico como para el dolor).
- Reportar si se tuvo que realizar algún ajuste de su tratamiento durante la pandemia
- Conocer cuál fue la forma de atención de los pacientes con dolor oncológico en la consulta de cuidados paliativos (consulta presencial, videollamada, llamada telefónica, o mediante un familiar)
- Explicar si hubo algún otro síntoma que refiriera el paciente en el motivo de consulta, o el dolor fue el principal motivo de atención.
- Describir el número de consultas que recibieron los pacientes, antes y durante la pandemia, para conocer si hubo una disminución de la atención brindada.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Este trabajo cumple con los aspectos éticos, necesarios para su realización, los cuales se mencionan:

Este protocolo de investigación se realizará de acuerdo con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que refiere que la Nación mexicana tiene derecho a la protección de la salud. donde se establece lo siguiente:

La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVII del artículo 73, de la Constitución.

El derecho a la salud (o a su protección), es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega por una amplia gama de fundamentos jurídicos para los particulares y para el Estado. El derecho a

la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva a una serie de obligaciones positivas por parte de los poderes públicos.

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, se revisó el título segundo: de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, tiene las siguientes disposiciones acordes a nuestro tipo de estudio.

**ARTÍCULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

En este caso, el estudio se considera “**Investigación sin riesgo**”, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

El debate sobre los principios de la bioética se inicia en el año 1974, cuando el Congreso de los Estados Unidos crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica del Comportamiento, para identificar los principios éticos básicos que deben regir la investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta. En 1978 los comisionados publican el Informe Belmont, donde distinguen tres principios éticos básicos, por este orden: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Su objetivo es proveer

un marco analítico para resolver problemas éticos que se originen en la investigación con sujetos humanos. Definen estos principios como:

**Autonomía:** Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Al ser este un estudio donde la fuente de investigación es el expediente clínico, no se requiere el consentimiento informado.

**Beneficencia:** El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. El principio de beneficencia se cumple ya que el protocolo no interviene en la decisión del tratamiento por parte del médico tratante, ni del paciente, siendo que solo se recabarán datos de los expedientes de los pacientes sometidos previamente a tratamiento. Y se busca realizar un bien a los pacientes con los resultados de este.

**No Maleficencia:** No causar ningún daño. Al no someter a un riesgo adicional a los pacientes, se está aplicando este principio; así mismo no se dará una mala utilización de la información resultante del estudio, ni se expondrá información que ponga en riesgo el prestigio o imagen del personal y la institución. Además de que no se dañara el expediente ni se sustraerán documentos de este.

**Justicia:** Todos los pacientes serán tratados por igual, sin discriminación, de edad, sexo o condición social. En el ámbito de justicia, en el protocolo no se consideran criterios de eliminación ni exclusión el género, estado socioeconómico, ideología, creencias religiosas, nivel educativo.

Los derechos relacionados con el tratamiento de los datos personales contenidos en un expediente clínico, se encuentran contenidos en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y la Ley General de Salud, entre otras normas.

A sí mismo en este protocolo de investigación se toma en cuenta lo que el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos

Personales (INAI) decreta, siendo este el organismo constitucional autónomo que garantiza el cumplimiento de dos derechos fundamentales: el de acceso a la información pública y el de protección de datos personales.

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico, en la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas y para que se pueda confiar en los resultados de las investigaciones para llevar a cabo actividades y nuevo conocimiento.

Además de que nos apeguemos a lo establecido en las normas y reglamentos internacionales de las buenas prácticas de investigación, respetando lo estipulado en las leyes vigentes en nuestro país.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño y tipo de estudio:** se realizó un estudio descriptivo, observacional, de cohorte histórica, en el cual se revisaron 174 expedientes de pacientes atendidos en el servicio de cuidados paliativos por dolor de tipo oncológico. Los expedientes se eligieron de forma aleatoria, revisando tanto las hojas de seguimiento como el expediente de pacientes citados los días del mes múltiplos de 5, es decir 5, 10, 15, 20, 25 y 30.

Se llenó una hoja de recolección de datos (ver Anexo 1), la cual fue estructurada con 2 apartados. En el primero se obtenían las características del paciente, tales como edad, sexo, patologías de base y lo relacionado a la patología oncológica, es decir el diagnóstico y tratamiento. En el segundo apartado es lo relativo al servicio de cuidados paliativos, como el tratamiento para el dolor de tipo oncológico, su forma de atención en la consulta (presencial, mediante un familiar, llamada telefónica, videollamada), si hubo algún ajuste de tratamiento y la razón del porqué, y el número de consultas otorgadas en el año anterior a la pandemia y durante época de pandemia.

**Población de estudio:** Expedientes de pacientes atendidos en el Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

**Universo de estudio:** Expedientes y hoja de seguimiento de pacientes adscritos al servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre.

**Tiempo de ejecución:** el trabajo se llevó a cabo en un periodo de 4 meses, posterior a la aceptación del protocolo por parte de los comités de investigación y de ética en investigación.

### **Criterios de Inclusión**

Expedientes clínicos y hoja de seguimiento con las siguientes características:

- Pacientes hombres y mujeres adscritos al servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre.
- Pacientes que presenten dolor crónico secundario a un proceso oncológico.
- Pacientes con seguimiento o revisiones en un periodo comprendido entre marzo 2020 a febrero 2021.

### **Criterios de exclusión**

Expedientes Clínicos y hoja de seguimiento con las siguientes características

- Expedientes incompletos u hoja de seguimiento incompleta.

### **Criterios de eliminación**

Expedientes Clínicos y hoja de seguimiento con las siguientes características:

- Expedientes de pacientes que perdieran la vigencia para la atención médica.
- Expedientes de pacientes que fallecieran en el periodo de tiempo comprendido.

### **Cálculo de tamaño muestral**

Fórmula para estudio transversal descriptivo, para población finita. El número de pacientes vistos en el año 2019 en la consulta de cuidados paliativos, fueron 532, de los cuales 337 son pacientes oncológicos, por lo cual se tomó como valor para el tamaño de la muestra y poder realizar el tamaño muestral.

$$n = \frac{NZ^2pq}{D^2(N - 1) + Z^2pq}$$

N= Tamaño de la muestra ~337

Z= valor z crítico ~1.96

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio 40%

q= proporción de la población que no presenta el fenómeno 60%

d= nivel de precisión absoluta ~0.05

$$n = \frac{337 * (1.96)^2 * 0.4 * 0.6}{(0.05^2) * (337 - 1) + (1.96^2) * 0.4 * 0.6}$$

n= 176 expedientes

Posterior a conocer el tamaño de la muestra, se realizó la búsqueda de los expedientes clínicos, y se revisarán para realizar el llenado de la hoja de recolección de variables, y ver si cuentan con todos los criterios de inclusión.

De los expedientes seleccionados se revisaron las notas de oncología y hoja de seguimiento interno de cuidados paliativos, que es una hoja donde en cada consulta, se lleva el registro del diagnóstico del paciente, y tratamiento otorgado por el servicio de cuidados paliativos, así como si hubo mejoría de la sintomatología o no, escala de dolor, o si hay algún síntoma agregado que no fuera el dolor como el principal motivo de consulta. Haciendo énfasis en la forma en la cual se le proporcionó la consulta.

Finalmente se llenó la hoja de recolección de datos, obtenidos tanto del expediente como de la hoja de seguimiento de cuidados paliativos. Posterior a esto se elaboró una base de datos en Excel y se analizaron los datos obtenidos mediante el programa SPSS25.

## RESULTADOS

En el servicio de cuidados paliativos del Hospital Regional 1° de Octubre, se atienden a pacientes con dolor, en la cual se clasifican de acuerdo con la patología causante del dolor, siendo así de tipo oncológico y no oncológico. En el 2020 se otorgaron 1875 consultas, atendiendo a 556 pacientes, de los cuales 337 fueron pacientes oncológicos.

Se realizó un estudio observacional, de cohorte histórica, donde se revisaron 176 expedientes de pacientes atendidos en el servicio de cuidados paliativos por dolor de tipo oncológico, de marzo del 2020 a febrero de 2021, para describir las características de los pacientes oncológicos y consulta en el servicio de cuidados paliativos durante la pandemia; de los 176 expedientes y hojas de seguimiento de cuidados paliativos, se eliminaron 28 expedientes, debido a que 16 pacientes fallecieron y 12 perdieron la vigencia de derechos en algún momento comprendido en el período de marzo del 2020 a febrero del 2021.

Se integró una base de datos en Excel y se aplicó estadística descriptiva con pruebas paramétricas y no paramétricas, a 148 expedientes. En la tabla 1, se muestra que el 53% de los pacientes fueron mujeres, comparado con un 47% de hombres.

Tabla 1. Distribución por sexo de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Sexo	Hombre	Mujer	Total
------	--------	-------	-------

Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
69	47	79	53	148	100

En el gráfico 1 así como en la tabla 2, se muestran los rangos de edad de los pacientes atendidos, siendo la edad más frecuente en hombres de 80 y más con el 23%, y en el caso de mujeres 28% de ellas con una edad de los 70 a 79 años, con una media de edad comprendida de igual manera de los 70 a 79 años con el 24%.

Gráfico 1. Edad según sexo de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

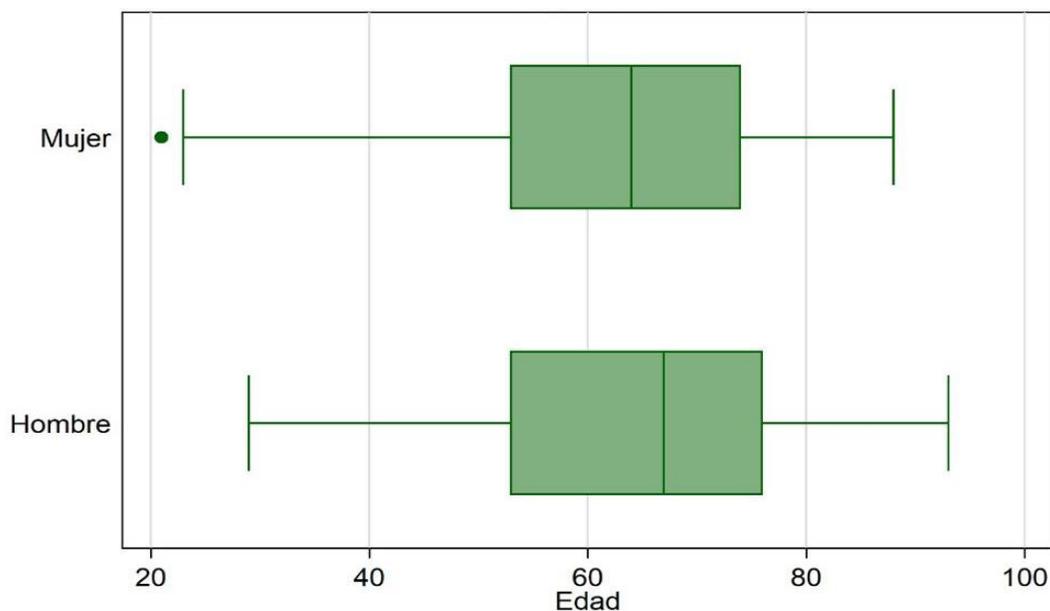


Tabla 2. Distribución por grupo de edad de pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
20 a 29 años	1	1	2	3	3	2
30 a 39 años	2	3	5	6	7	5

40 a 49 años	11	16	6	8	17	11
50 a 59 años	12	17	18	23	30	20
60 a 69 años	14	20	18	23	32	22
70 a 79 años	13	19	22	28	35	24
80 y más	16	23	8	10	24	16
Total	69	100	79	100	148	100

Los tipos de cáncer más frecuentes atendidos se muestran en la tabla 3, encontrándose 26 tipos diferentes de cáncer, siendo el cáncer de mama el más frecuente con un 19%, siendo totalmente mujeres con esta patología; seguido del cáncer de Colón con un 9%, de los cuales 85% fueron hombres y el 15% mujeres. En tercer lugar, el cáncer de próstata representa un 8%.

Tabla 3. Distribución de tipos de cáncer en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Diagnóstico oncológico	Hombre		Mujer		Total	
	Fr	(%)	Fr	(%)	Fr	(%)
Cáncer de Mama	0	0	27	100	27	19
Cáncer de colon	11	85	2	15	13	9
Cáncer Próstata	12	100	0	0	12	8
Mieloma múltiple	3	38	5	63	8	5
Cáncer Rectal	2	25	6	75	8	5
Cáncer de Tiroides	2	25	6	75	8	5
Cáncer cervicouterino	1	14	6	86	7	4.5
Cáncer de Endometrio	0	0	6	100	6	4
Sarcoma_VIH	3	50	3	50	6	4
Cáncer de Páncreas	2	33	4	67	6	4
Leucemia	3	60	2	40	5	3
Osteosarcoma	4	80	1	20	5	3
Cáncer Pulmonar	4	80	1	20	5	3
Cáncer Hepático	3	60	2	40	5	3
Cáncer ovario	0	0	3	75	4	2.5
Linfoma no Hodgkin	2	67	1	33	3	2
Cáncer Renal	3	100	0	0	3	2
Cáncer vejiga	3	100	0	0	3	2
Carcinoma basocelular	1	33	2	67	3	2
Meningioma	2	100	0	0	2	1.5
Cáncer Vejiga	2	100	0	0	2	1.5

Glioblastoma	2	100	0	0	2	1.5
Melanoma	1	50	1	50	2	1.5
Tumor de Klaskin	1	100	0	0	1	1
Adenocarcinoma vía biliar	1	100	0	0	1	1
Leiomiocarcinoma	0	0	1	100	1	100

Fr: Frecuencia %: Porcentaje

En la tabla 4, se engloban las comorbilidades de los pacientes, siendo más frecuente la hipertensión, con un 60% de presentación en los pacientes. Es bien conocido que un paciente puede padecer múltiples comorbilidades, y no solo una sino combinaciones de ellas, por lo cual en el cuadro 1, se evidencia que el 18% de los pacientes únicamente eran hipertensos, pero el 16% de ellos mostraban una combinación de diabetes e hipertensión, seguido de un 12% de patologías englobadas en otras como lo puede ser VIH o alguna patología muy específica que no se podía englobar en los rubros anteriores.

Tabla 4. Distribución de comorbilidades en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje (%)
HAS	88	60
DM	71	48
Cardiopulmonar	32	22
Reumatológica	17	12
Otra	43	29

Cuadro 1. Comorbilidades combinadas en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Comorbilidades					
HAS	DM	Cardiopulmonar	Reumatológica	Otra	Total (%)
					5 (3)
					18 (12)
					1 (1)

					2 (1)
					4 (3)
					2 (1)
					1 (1)
					10 (7)
					4 (3)
					6 (4)
					7 (5)
					26 (18)
					4 (3)
					3 (2)
					8 (5)
					3 (2)
					24 (16)
					9 (6)
					4 (3)
					6 (4)
					1 (1)

La tabla 5, muestra que 113 de los pacientes fueron sometidos a cirugía citorreductora, representando 76% de ellos, contra un 45% de los cuales requirieron quimioterapia, seguida de un 28% en radioterapia con 41 pacientes. El 9% se les ofreció quimioterapia paliativa siendo estos 13 pacientes, y al 23% de ellos se les dio algún otro manejo por parte del servicio de oncología, como el uso de esteroides, inmunomoduladores, antirretrovirales; englobando así a 34 pacientes.

Tabla 5. Distribución de tratamiento oncológico de pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

<b>Tratamiento oncológico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Cirugía citorreductiva	113	76
Quimioterapia	66	45
Radioterapia	41	28
Quimioterapia paliativa	13	9
Otro	34	23

Como en el apartado anterior, un paciente puede recibir múltiples tratamientos por parte del servicio de oncología, en el cuadro 2 se muestran las combinaciones de tratamientos que recibieron los pacientes, 38 recibieron manejo de cirugía citorrreductora acompañada de quimioterapia siendo el 26%, seguida de 19 pacientes a los cuales se les dio manejo con cirugía citorrreductora y radioterapia representando el 13%.

Cuadro 2. Tratamientos oncológicos combinados utilizados en pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Tratamiento oncológico					
Cirugía citorrreductiva	Quimioterapia	Radioterapia	Quimioterapia paliativa	Otros	Total (%)
					4 (3)
					3 (2)
					1 (1)
					4 (3)
					4 (3)
					2 (1)
					4 (3)
					7 (5)
					2 (1)
					4 (3)
					28 (19)
					9 (6)
					5 (3)
					19 (13)
					3 (2)
					38 (26)
					6 (4)
					5 (3)

Ya conociendo el manejo otorgado por el servicio de oncología, se estudió el manejo farmacológico otorgado en el servicio de cuidados paliativos, la tabla 6 y grafico 3 se muestra que el 98% de los pacientes recibieron tratamiento a base de opioides, siendo para 145 pacientes la base principal de su tratamiento. Seguido de otros

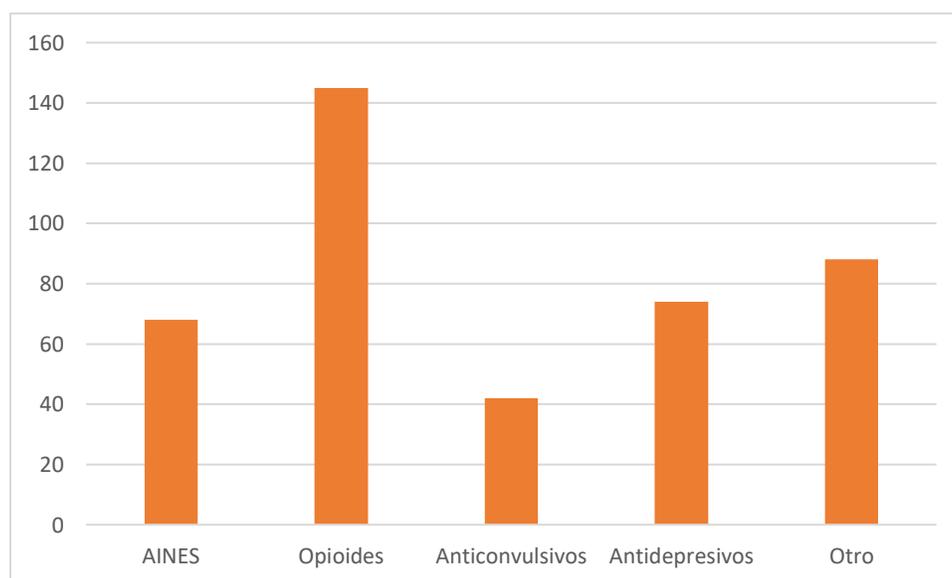
tratamientos con el 60%, en los cuales se engloban los manejos por probables efectos adversos ya sea del tratamiento farmacológico u oncológico, como los son antieméticos, procinéticos, antitusivos, entre otros; 74 pacientes recibieron manejo con antidepresivos figurando el 50%.

El 46% recibió manejo a base de AINES y en menor cantidad se otorgo a 42 pacientes anticonvulsivos para su tratamiento ejemplificando el 29%.

Tabla 6. Distribución de tratamiento farmacológico de pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2019-2020.

Tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje (%)
AINES	68	46
Opioides	145	98
Anticonvulsivos	42	29
Antidepresivos	74	50
Otro	88	60

Grafico 3. Distribución de tratamiento farmacológico de pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2019-2020.



En la figura 3, se observa la combinación de los tratamientos farmacológicos utilizados para el manejo del dolor en el servicio de cuidados paliativos, donde a un 25% de los pacientes se dio manejo a base de opioide, acompañada de antidepresivos y otros medicamentos para el manejo del dolor, siendo la combinación más frecuente.

Figura 3. Tratamientos farmacológicos combinados utilizados en pacientes con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2019-2020.

Tratamiento farmacológico					
AINES	Opioides	Anticonvulsivos	Antidepresivos	Otros	Total (%)
					4 (2.5)
					15 (10)
					8 (5)
					25 (17)
					16 (11)
					10 (6.5)
					2 (1.5)
					1 (1)
					2 (1.5)
					7 (4.5)
					20 (14)
					19 (13)
					8 (5)
					10 (6.5)
					1 (1)

Con los tratamientos farmacológicos establecidos de los pacientes, se decidió revisar cuáles fueron los motivos por los cuales hubo algún ajuste de tratamiento, el cual se muestra en la tabla 7 y grafico 4. Al 38% de los pacientes se le realizó algún ajuste debido a falta de insumo de medicamentos, teniendo que ajustar la medicación a 56 pacientes por este motivo. El 18% fue representado por 26 pacientes que no hubo mejoría sintomatología.

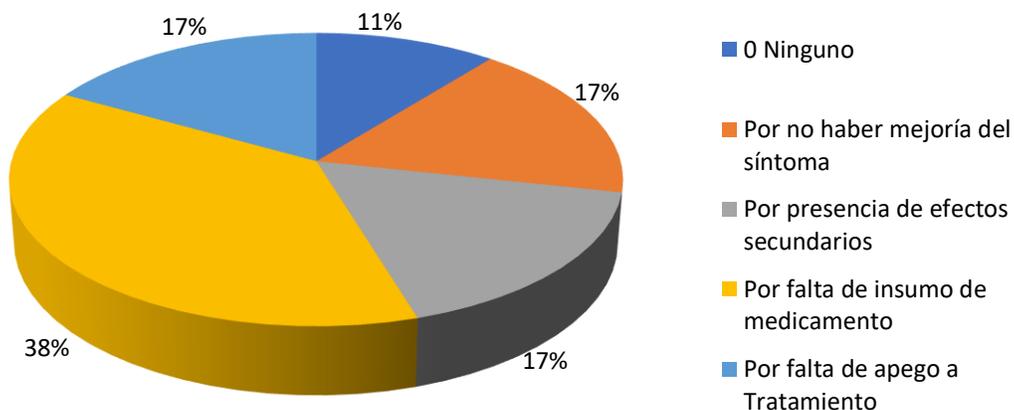
El 17% fue representando por 25 pacientes, en los cuales se suscitaron 2 situaciones para ajuste, siendo la presencia de efectos secundarios y falta de apego a medicamentos. Al 11% de los pacientes no se les realizó ningún ajuste.

Tabla 7. Distribución de motivos de ajuste de tratamiento realizados a pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

<b>Ajuste de tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ninguno	16	11
Por no haber mejoría del síntoma	26	18
Por presencia de efectos secundarios	25	17
Por falta de insumos de medicamentos	56	38
Por falta de apego al tratamiento	25	17
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Gráfico 4. Distribución de motivos de ajuste de tratamiento realizados a pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital

Regional 1° de Octubre, 2020-2021.



Uno de los principales objetivos a evaluar, es ver la forma en la cual se otorgó la consulta en el servicio de cuidados paliativos durante la emergencia sanitaria. Al ser un servicio prioritario la consulta no se puede suspender, ya que, al otorgar medicamentos controlados, se debe tener un seguimiento más cercano. Debido a esto el servicio de cuidados paliativos brindaba a los pacientes consulta de manera presencial, por medio de un familiar que era el que comentaba los síntomas del paciente y el EVA que presentaban, a través de videollamada o llamada telefónica, donde igualmente se aclaraban dudas o se hacían ajustes o modificaciones correspondientes a la medicación.

La tabla 8 y gráfico 5, ejemplifica cómo fue la atención médica otorgada durante la pandemia, y su asociación con la escala de dolor, siendo la forma más frecuente de atención la combinación de consulta presencial, mediante un familiar y por llamada telefónica, representando el 54%, otorgada a 83 pacientes.

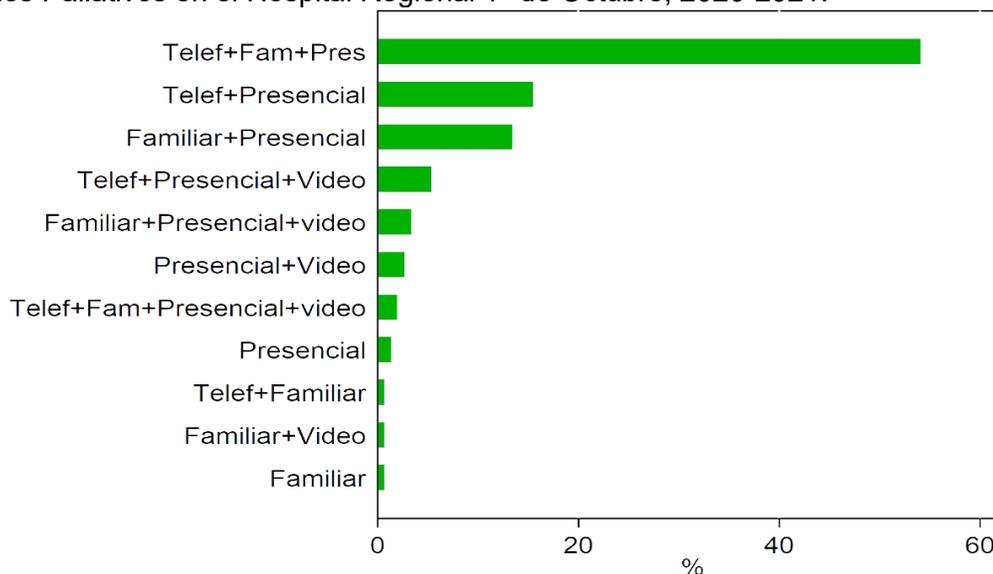
Tabla 8. Distribución de forma de atención según intensidad del dolor en pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Forma de atención	Dolor						Total	
	Ausencia	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	Incapacitante	Fr	(%)
Presencial	0	0	2	0	0	0	2	1
Presencial + Video	0	2	0	2	0	0	4	3
Familiar	0	0	0	1	0	0	1	1
Fam + Presencial	2	7	5	3	3	0	20	14
Fam+Video	0	0	1	0	0	0	1	1
Fam+Presencial+Video	0	1	1	3	0	0	5	3
Tel+Presencial	0	7	10	5	1	0	23	16
Tel+Presencial+Video	1	2	3	1	1	0	8	5
Tel+Fam	0	0	0	1	0	0	1	1
Tel+Fam+Presencial	7	15	41	11	4	2	83	54
Tel+Fam+Presencial+Video	0	1	1	0	1	0	3	2

Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Fam: Familiar Tel: Telefónica

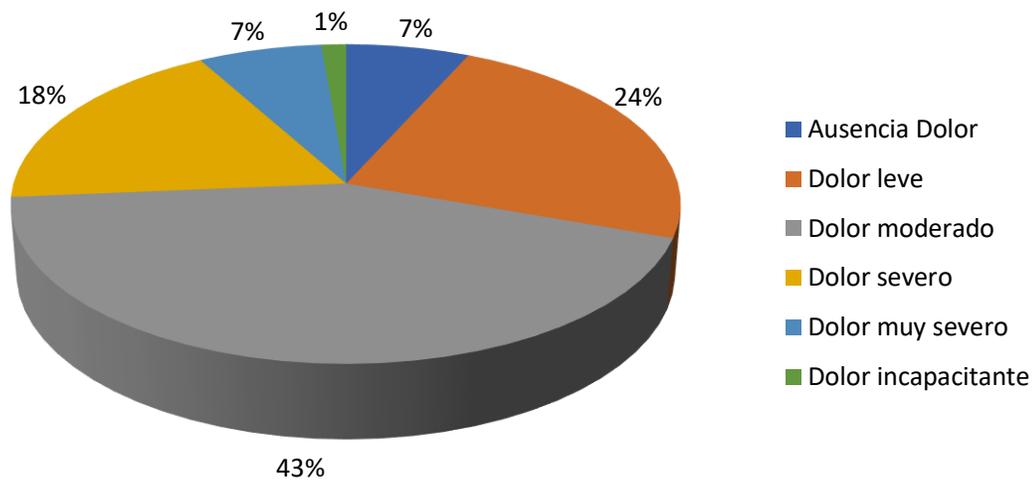
Gráfico 5. Distribución según forma de atención de pacientes oncológicos en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.



Fam: Familiar Telef: Telefónica Pres: Presencial %: Porcentaje

Se tiene que destacar la importancia del manejo de dolor en los pacientes oncológicos, por lo cual en cada consulta se les preguntaba de manera directa o indirecta mediante un familiar la escala de dolor presentado durante la consulta. Se visualiza en la gráfica 6, que la mayoría de los pacientes presentaba un dolor moderado, siendo el 43%, seguido de un 24% de dolor leve, el dolor severo tiene un porcentaje del 18%, quedando en cuarto lugar con el 7% la ausencia de dolor y dolor muy severo. Tan solo el 1% presento dolor incapacitante, lo que representa que en general los pacientes tenían un adecuado control del dolor.

Gráfico 6. Distribución según manifestación de dolor en pacientes oncológicos en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.



Un aspecto sumamente importante fue el número de consultas otorgadas a los pacientes, y si estos estuvieron resguardados o no, encontrándose un aumento de las consultas en el año 2021 con respecto al año anterior, lo cual se representa en la tabla 9, con un aumento en la media de 2.4 a 4.1 en los pacientes sin resguardo; en el caso de los pacientes con resguardo se encontró que la media aumento de 2.1 a 4.4.

Tabla 9. Consultas otorgadas según tipo de resguardo a pacientes oncológicos con dolor crónico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional 1° de Octubre, 2020-2021.

Consultas	2020		2021	
	Media	DE	Media	DE
Sin resguardo	2.4	1.6	4.1	2.1
Con resguardo	2.1	1.3	4.4	2

DE: Desviación estándar

## DISCUSIÓN

En estados de emergencia y situaciones donde se declara una pandemia, los sistemas de salud pueden verse rebasados frente a la demanda de atención de la población, siendo saturados los servicios de urgencias, enfocándose en el diagnóstico y manejo oportuno de los eventos catastróficos.

Poder prestar servicios de atención médica donde la distancia es un factor crítico, en un momento en el que se encuentran saturados los servicios de salud, y donde la atención presencial implica un riesgo, tanto para el proveedor de atención en salud como para los pacientes, ha sido indispensable durante la pandemia, razón por la cual la consulta a distancia a sido de gran utilidad durante la pandemia.

De acuerdo con los datos otorgados por la Organización Mundial de la Salud, menciona que el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial, en el 2020 se reportaron casi 10 millones de defunciones, siendo los tipos más comunes el cáncer de mama, pulmón, Colón, recto y próstata. Coincidiendo con los resultados obtenidos ya que el 19% de los pacientes cuentan con el diagnóstico de cáncer de mama, seguido de Colón y próstata con el 9 y 8% respectivamente.

En el Hospital clínico de la fuerza aérea de Chile, Miranda Olivares y colaboradores realizaron un estudio descriptivo muy similar a este trabajo, donde describieron las principales características de los pacientes oncológicos en su unidad y el manejo médico oncológico otorgado, siendo la cirugía cito reductora acompañada de la quimioterapia el principal manejo de los pacientes atendidos en esta unidad.

La revisión sistemática de Riera y colaboradores, de más de 60 estudios revela una disminución de la cirugía oncológica entre 63 y 83%, con un retraso significativo en el tiempo de espera para la misma. Lo relevante fue que a 113 de los pacientes de nuestra población de estudio que representan el 76% fueron sometidos a cirugía cito reductora.

Diana Pérez y colaboradores, realizaron un estudio en el Hospital Universitario de Bogotá, donde atendieron a 110 pacientes con síntomas respiratorios en el servicio de cuidados paliativos para manejo de la sintomatología. Los principales manejos dados fueron a base de opioides, el cual se les brindó al 100% de sus pacientes, agregándose también el uso de acetaminofén y hioscina. Comparado con el manejo otorgado en el servicio del hospital, se observó que de igual manera el 98% de los pacientes se administró para tratamiento el uso de opioides. A diferencia de este la combinación más frecuente de medicamentos con el 25%, fue el uso de opioides, antidepresivos y coadyuvantes.

Dentro de los 38 tipos de causas asociadas al retraso o interrupción de los tratamientos oncológicos identificadas en la revisión sistemática de Riera y colaboradores, la mayoría se relaciona con la cadena de suministro de medicamentos en un 79% y la disponibilidad del personal del 60%, cuestión muy característica, ya que, en nuestra sede hospitalaria igualmente, el principal ajuste de medicamento fue por la falta de insumos en un 38%, pero en el servicio de cuidados paliativos.

Ya conociendo los manejos y principales ajustes de tratamiento, la evaluación del dolor se consultó en el artículo de revisión de Silva Jiménez, quien reportó que el 40% presentaban dolor moderado a severo y el 30% dolor incapacitante, dando manejo de acuerdo con la escalera terapéutica de la OMS. Por lo cual se puede decir que hay un adecuado control del dolor en la consulta de cuidados paliativos, ya que el 43% refirieron un EVA moderado.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, reportó que su consulta en atención primaria incremento durante la pandemia, ellos ya tienen implementado el servicio de telemedicina, reportando el 79% de atención para diagnóstico de tomografías, donde su forma principal de atención es mediante la videollamada, a diferencia de nuestro hospital, donde la ayuda de un familiar como intermediario y la llamada telefónica, fueron las principales formas de atención durante la alerta

sanitaria, siendo utilizado este recurso con el 54% de la población. Otra comparación importante es que en el Instituto Ignacio Chávez la forma de atención fue mediante llamada telefónica y mensajería, por lo cual se pueden implementar estos tipos de protocolos.

Sergio Monraz- Pérez y colaboradores, en su estudio de telemedicina durante la pandemia por COVID, reportan un incremento de la atención por videollamada semanal de cuidados de especialistas de 2,533 a 5,833, muy similar al resultado obtenido en nuestro estudio, donde el incremento de la consulta se vio duplicado comparando el año 2020 con el 2021, donde ya se empezaron a implementar las estrategias de medicina a distancia, encontrándose un aumento de 1,165 consultas a 2,268, con un incremento al 194%, con la media de 2.1 a 4.4.

## **CONCLUSIONES**

En los últimos años y mas aun en los últimos meses, han aparecido enfermedades emergentes de manera constante, que han impactado de manera nacional e internacional. Por lo que se tendrán que seguir implementando acciones para la interrupción de transmisión de estas, como lo es el lavado constante de manos y distanciamiento social. Debido a esto, la atención medica se enfrenta a nuevos retos, no solo para la detección, diagnóstico, y tratamiento de estas enfermedades emergentes, sino para la atención de los pacientes.

El servicio de urgencias se vuelve un servicio indispensable para estas acciones; pero se ha dejado a un lado la atención de los pacientes crónicos durante la pandemia en la consulta externa, razón por la cual es importante exhortar a la formación de estrategias de atención medica continua en la consulta externa para dar seguimiento, aun en eventos catastróficos, por medio de telemedicina y consulta no presencial.

Dando especial énfasis en este caso al servicio de cuidados paliativos, esperando que este trabajo de pie a futuros programas o creaciones de protocolos que ayuden a implementar y mejorar la atención medica no presencial y a distancia no solo en el servicio de cuidados paliativos que ya lo empieza a implementar, sino también expandirlo a otras áreas de la consulta externa.

## PERSPECTIVAS

Dar pie a la creación de nuevas estrategias educativas o algún protocolo estructurado para la atención medica mediante telemedicina, implementándola no solamente en la consulta externa, sino en otras áreas, apoyando la infraestructura y capacitación del personal para poder lograr la atención medica a distancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. [internet] INEGI, comunicado de prensa núm. 105/21- 4 de febrero de 2021. [Cited 2021 Mayo 20]. Available from: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf)
2. Dolor relacionado con el cáncer [Internet]. Cancer.org. [Cited 2021 Mayo 20]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor/datos-sobre-el-dolor-causado-por-el-cancer.html>
3. Guía de Practica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaria de Salud, 2010. CENETEC, ISBN: 978-607-7790-27-3.
4. González C, Méndez J, Romero JI, Bustamante J. Cuidados Paliativos en México. Rev Med Hosp Gen Méx 2012; 75 (3) : 173-179
5. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Internet] OMS. [Cited 2021 Junio 15]. Available from: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus->

[2019?gclid=CjwKCAjw\\_o-  
HBhAsEiwANqYhp2WVNCI7qeF2vM9U\\_uf1aneRIDljGni-  
sjUWa0ejiMjFwIT4OKn0hoCv80QAvD\\_BwE](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.010)

6. Mojica Crespo R, Morales Crespo M. Pandemia COVID-19, la nueva urgencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. SEMERGEN., 46 (2020), pp. 56-77  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.010>
7. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory. [Internet] Cancer Today. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2020 [Cited 2021 junio 2]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
8. Frankish H. 15 million new cancer cases per year by 2030, says WHO. The Lancet 2013;361:1278
9. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2018 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2018. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
10. J.A. Micó Segura. Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres. Rev Soc Esp Dolor., 27 (2020), pp. 72-73
11. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance. (WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.1). Geneva, 2020. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoVIPC-v2020.1-eng.pdf>
12. WHO International travel and health. WHO advice for international travel and travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by new coronavirus in China. 10 January 2020. Available at: [https://www.who.int/ith/2020-0901\\_outbreak\\_of\\_Pneumonia\\_caused\\_by\\_a\\_new\\_coronavirus\\_in\\_C/en/](https://www.who.int/ith/2020-0901_outbreak_of_Pneumonia_caused_by_a_new_coronavirus_in_C/en/)  
/

13. Gobierno de México. (2021). *Informe técnico diario COVID-19*. Ciudad de México. Consultado en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/610968/Comunicado\\_Tecnico\\_Diario\\_COVID-19\\_2021.01.31.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/610968/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.01.31.pdf)
14. Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clin Esp*. 2020;220(8):463–71.
15. Gobierno de México (2020). Lineamiento de Recoversión hospitalaria. Ciudad de México. Avalaible at: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
16. Velasco DA, Morales S, Álvarez E, et al. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el período de la transición de la Pandemia COVID-19. [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2020. [citado: 2020 may 28]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200517-DOCUMENTO\\_CIRUGIA-FINAL\\_\(2\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_(2).pdf) Suárez
17. Pérez Moreno D, López Ramírez J. Cuidados paliativos para pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19; propuesta de un modelo de atención. *Rev Mex Aesthesiol*, 2020; 43 (4): 288-295.
18. WHO. La pandemia por COVID-19 revela la creciente necesidad de servicios de cuidados paliativos. Consultado en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-10-2020-pandemia-por-covid-19-revela-creciente-necesidad-servicios-cuidados-paliativos>
19. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos
20. UNAV. Clínica Universidad Navarra. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. 2020, 2, 32.

# ANEXOS

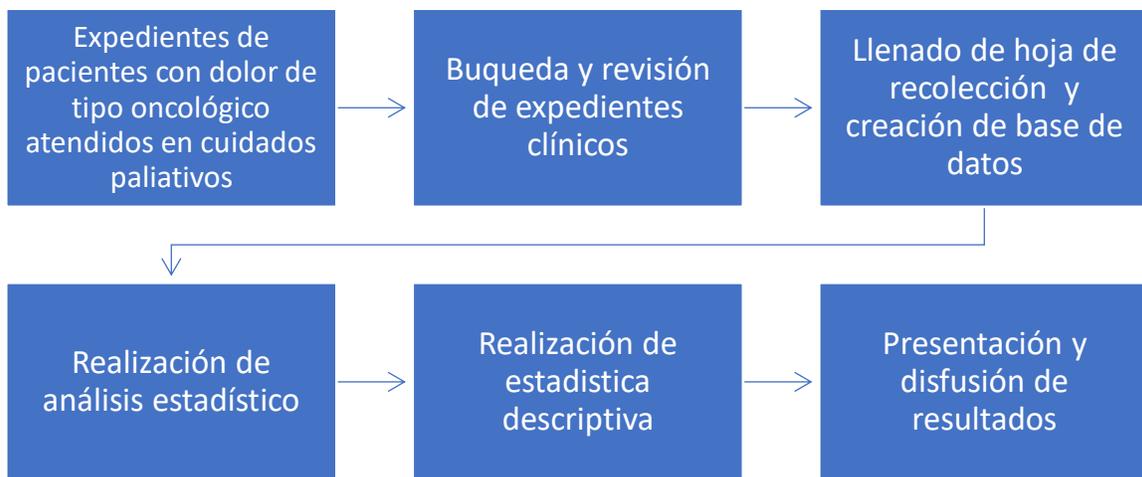


**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**NUEVO  
ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

## ANEXO 1. FLUJOGRAMA





**ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Caracterización de la atención del paciente con dolor oncológico durante la pandemia por COVID 19 en el servicio de Cuidados Paliativos.**

<b>Investigadores:</b>					<b>Fecha:</b>	
<b>Número de caso:</b>			<b>Diagnóstico:</b>			
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	F	M	<b>Resguardo:</b>	Si	No

<b>Comorbilidades:</b>	Hipertensión Arterial ( )	Diabetes ( )
Enfermedad cardiorrespiratoria ( )	Enfermedad Reumática ( )	Otros:

<b>Tratamiento Oncológico</b>		
Cirugía citorreductora ( )	Quimioterapia ( )	Radioterapia ( )
Quimioterapia paliativa ( )	Otros:	

**Cuidados Paliativos**

<b>Número de consultas:</b>	
-----------------------------	--

<b>Evaluación del dolor</b>		
0. Ausencia de dolor ( )	1-2. Dolor leve ( )	3-4. Dolor moderado ( )
5-6. Dolor severo ( )	7-8. Dolor muy severo ( )	9-10. El peor dolor ( )

<b>Atención de la consulta</b>		
Consulta presencial ( )	Videollamada ( ) Telefónica	Familiar ( )

<b>Síntomas asociados</b>		
Disnea ( )	Disnea ( )	Disnea ( )
Cansancio ( )	Cansancio ( )	Cansancio ( )

<b>Tratamiento Farmacológico</b>		
Ninguno ( )	AINES ( )	Opioides ( )
Anticonvulsivos ( )	Antidepresivos ( )	Otros:

<b>Ajuste del tratamiento</b>			
Por no haber mejoría del síntoma ( )	Por presencia de efectos secundarios ( )	Por falta de insumo de medicamento ( )	Por falta de apego al tratamiento ( )