



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

**HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE  
ISSSTE**

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN EL ÚLTIMO MES DE VIDA  
EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES  
EN CONTROL DOMICILIARIO DEL SERVICIO DE CUIDADOS  
PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1o de OCTUBRE”  
NÚMERO DE REGISTRO 367.2013**

**TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA**

**DR. ANDRÉS ORTEGA NÁJERA**

**DIRECTOR**

**DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES**

**COASESORES**

**DR. BERNARDO SOTO RIVERA**

**MÉXICO, D. F., A JULIO DE 2014**





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.

TÍTULO: Frecuencia de síntomas en el último mes de vida en los pacientes oncológicos terminales en control domiciliario del servicio de cuidados paliativos del hospital regional 1o de octubre.

ALUMNO: Dr. Andrés Ortega Nájera

DIRECTOR: Dra. Celina Trujillo Esteves

COASESOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

---

Dr. José Ricardo Juárez Ocaña  
Coordinador de Enseñanza e Investigación  
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

---

Dr. José Vicente Rosas Barrientos  
Jefe de Investigación  
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

---

Dr. Bernardo Soto Rivera  
Profesor Titular del Curso de Especialidad en Anestesiología.  
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

---

Dra. Celina Trujillo Esteves  
Profesora Adjunta del Curso de Especialidad en Anestesiología.  
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

**Para Sully y Helena**

## **INDICE**

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACION.....	16
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y METODOS.....	18
PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	29
ANEXOS.....	31

## **RESUMEN**

En la práctica de los cuidados paliativos resulta esencial el tratamiento de síntomas, el conocimiento de estos es de vital para el equipo involucrado.

### **Objetivo:**

Reportar la frecuencia de síntomas en el último mes de vida, de pacientes oncológicos terminales atendidos en cuidados domiciliarios y que fallecieron en el periodo de enero 2011 a diciembre 2012. Identificar asociación entre síntomas, diagnósticos y rasgos socio demográficos. Así como identificar el síntoma de mayor intensidad en el último mes de vida

### **Material y Métodos:**

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo longitudinal, en el que se revisaron 126 expedientes de pacientes tratados en el servicio de cuidados paliativos del hospital regional 1o de Octubre. Se recolectaron los datos de las hojas de ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) anexas a los expedientes.

### **Resultados:**

De los 126 pacientes, se incluyeron 68 pacientes, de los cuales 33 fueron femeninos y 35 fueron masculinos, con un media de edad de 61 años, se agruparon en los siguientes grupos diagnósticos Cáncer del tracto digestivo y vía biliar 17 pacientes, cáncer de mama 10 pacientes Cáncer de próstata 10 pacientes, Cáncer renal 10 pacientes, otros tipos de cáncer 21 pacientes. Encontrando los siguientes datos de frecuencia, Los síntomas más frecuentes en el último mes de vida son dolor 81%, astenia 69%, anorexia 59%, constipación 48% y depresión 44%. Los síntomas más severos en el último mes de vida son dolor 26%, astenia 22%, constipación 16%. No fue posible determinar ninguna asociación entre síntomas y diagnostico específico de cáncer.

**Palabras clave:** oncológico, terminal, síntoma, frecuencia.

## **ANTECEDENTES**

La Medicina Paliativa comenzó a desarrollarse en Reino Unido en la década de los sesenta y en España en los ochenta, en Inglaterra Cicely Saunders es una de las principales impulsoras de la medicina paliativa. Ella impulsa la fundación St. Christopher's Hospice, pero es hasta el año de 1967, en el mes de julio, cuando se abre el primer hospice en Sydenham, al sur de Londres, con el nombre de St. Christopher. Posteriormente pone en marcha el "movimiento hospice" que daría lugar a lo que hoy se conoce como "cuidados paliativos" que proporciona: atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario; no con la finalidad de alargar a toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su "calidad de vida" y cubrir todas sus necesidades. <sup>1</sup>

En México en la década de los 60's surgió la Medicina del Dolor, a partir de entonces se han desarrollado centros especializados en el manejo del mismo así como en las instituciones de salud mexicanas aunadas al compromiso serio de insertar servicios de manejo del dolor en los hospitales del sector salud. El 3 de Julio de 1990 en el Diario Oficial de la Federación aparece la Norma Técnica No. 329 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. La reforma de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos publicada en el diario oficial de la federación el 5 de enero de 2009 adiciona un título VIII BIS brindándole carácter de obligatoriedad. <sup>2</sup>

En México no se tienen suficientes datos sobre qué porcentaje de pacientes requiere este tipo de cuidados, en Canadá menos del 10% de las familias tiene acceso a unidades de cuidados paliativos en tanto que en España se calcula, que sólo uno de cada tres pacientes que fallece por cáncer recibe asistencia paliativa adecuada durante los últimos meses de su vida. <sup>2</sup>

Por norma oficial en México la práctica de los cuidados paliativos recae en los médicos anestesiólogos y otros médicos, "La anestesiología es una rama de la medicina que a través de la aplicación de técnicas específicas y la administración de sustancias farmacológicas, se provoca: anestesia, analgesia, inmovilidad, amnesia e inconsciencia del paciente, durante el tiempo que se requiera para que se lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación. Su campo de aplicación se extiende al período perioperatorio, a los cuidados de reanimación, al control del dolor, a los cuidados paliativos, así como a la investigación."<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:<sup>4</sup>

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).

- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas. <sup>4</sup>

Se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, aspecto clave en Medicina Paliativa y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio del dolor al final de la vida. Sin embargo todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable. <sup>5</sup>

Durante los últimos días, muchos pacientes prefieren quedarse en casa, en lugar de asistir al hospital o al hospicio. Esta decisión depende de la existencia de un equipo preparado y dispuesto para ofrecer soporte al paciente y su familia, este equipo de atención domiciliaria, debe ser capaz de manejar las crisis de síntomas y los aspectos emocionales que aparecen frecuentemente. Es ampliamente reconocido que mucho se puede hacer por estos pacientes en los días finales, no con la meta de curar o aumentar la supervivencia, pero con la finalidad de alcanzar el confort y la funcionalidad más alta posible. <sup>5</sup>

El aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad se ha acompañado de una mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas en las últimas cuatro décadas. Actualmente la esperanza de vida promedio mundial es de 65 años, 7 años más de lo que se esperaba a finales de los años 60. Se prevé que para el año 2025, un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años. <sup>6</sup>

El cáncer es un problema de salud pública. Cada año aproximadamente 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo, 70% de ellos fallece por tal enfermedad. Según la Organización panamericana de la salud (OPS, 2006), para el 2020 se espera 840, 000 defunciones por cáncer y uno de los aspectos más olvidados es la atención de cuidados paliativos. <sup>6</sup>

El manejo paliativo de pacientes en fases avanzadas de diferentes enfermedades plantea un reto en la atención médica. En la actualidad se dispone de un cúmulo de conocimientos que permite no sólo el mejor entendimiento de la fisiopatología de los síntomas comunes en esta fase, sino un abordaje terapéutico mucho más exitoso. El objetivo último del manejo sintomático es mejorar las condiciones de vida y la calidad de muerte en este colectivo de enfermos.<sup>6</sup>

Los pacientes en la fase final de la vida pueden presentar múltiples síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de su enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer, la localización del tumor, su grado, extensión local y metástasis determinan la sintomatología.<sup>6</sup>

Los estudios sobre prevalencia de síntomas en el mundo se refieren sobre todo a los pacientes oncológicos. En estas series, el dolor, la astenia y la anorexia aparecen en más del 70% de los pacientes.<sup>7</sup>

Los estudios sobre prevalencia de síntomas en pacientes en fase final de la vida presentan una serie de problemas que dificultan su comparabilidad: variabilidad en la definición de síntomas, uso de diferentes definiciones y escalas (algunas no validadas), estadio de la enfermedad (situación de agonía, por ejemplo), presencia de enfermedad oncológica, tipo de profesional que recoge la información, ámbito de la atención (unidad especializada o atención primaria).<sup>7</sup>

Una reciente Revisión sistemática estudió la prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos, ordenando los 11 síntomas más frecuentes. El dolor aparece con una elevada frecuencia en todos los tipos de pacientes.<sup>7</sup>

La evaluación de los síntomas, tiene que realizarse de una forma global en el contexto donde se realiza la atención, y teniendo en cuenta sus repercusiones en la persona y en su entorno familiar. Es importante señalar que la valoración de la

importancia de los síntomas puede diferir entre la persona que los sufre y los profesionales que la atienden.<sup>7</sup>

Los síntomas son cambiantes en el tiempo, debido a la evolución de la enfermedad, a los efectos adversos de las terapias utilizadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia), a la respuesta al soporte paliativo del equipo y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores. Todo ello determina que la evaluación y reevaluación constante del paciente y de su entorno sea una necesidad y una característica esencial de los cuidados paliativos.<sup>7</sup>

El uso de escalas validadas puede ser una estrategia útil para estandarizar la evaluación de síntomas y monitorizar la respuesta de una forma objetiva. Esta práctica, exigible en los ensayos clínicos sobre tratamientos en Cuidados paliativos, no se realiza de forma generalizada en nuestro medio. La proliferación de instrumentos, la ausencia de validación de muchos de ellos y, sobre todo, la falta de estudios sobre su impacto real pueden explicar este hecho.<sup>7</sup>

La escala Rotterdam Symptom Checklist está validada al castellano y puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los cuidados paliativos. La escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) resulta más apropiada para uso clínico por su sencillez.<sup>6</sup>

Se ha comparado la eficacia de la escala ESAS, con otros instrumentos validados como: the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), y el Functional Assessment Cancer Therapy (FACT) survey, mostrando una correlación entre los resultados, siendo mas importante en aquellos síntomas físicos, el síntoma que presenta una correlación más importante entre estas escalas es el dolor. Se ha demostrado que las mediciones presentan una variabilidad muy importante cuando se aplican pruebas de ESAS después de una semana.<sup>8</sup>

Revisiones extensas sobre diferentes artículos utilizando escalas basadas principalmente en el ESAS han demostrado que a pesar de las variaciones que se le realicen, dicha prueba mantiene su validez para evaluar, las metas de tratamiento paliativo, la calidad de vida y el bienestar del paciente.<sup>9</sup>

En estudios que evalúan poblaciones mixtas de pacientes tanto paliativos como no paliativos, se encuentra una importante diferencia entre los reportes de severidad de los síntomas, así como una frecuencia más importante de disnea (70%) y pérdida del bienestar (70%) en el grupo de pacientes paliativos, otros síntomas frecuentes entre los pacientes paliativos fueron depresión (41%) y ansiedad (37%).<sup>10</sup>

La prueba de ESAS fue evaluada en diferentes escenarios de tratamiento, tanto en pacientes hospitalizados, ambulatorios, y en aquellos que recibieron atención domiciliaria, se encontró validez de dicha prueba para evaluar la sintomatología de dichos pacientes, y se demostró una diferencia significativa entre la frecuencia de síntomas en los diferentes escenarios de cuidado.<sup>11</sup>

Se han realizado estudios longitudinales para evaluar la frecuencia y la intensidad de los síntomas utilizando la prueba de ESAS, esto con la finalidad de evaluar la mejoría en la severidad de los síntomas. Demostrando la eficacia de los métodos de tratamiento empleados. Utilizando mediciones semanales en al menos 4 ocasiones, se demostró una mejoría significativa en la severidad de los siguientes síntomas, dolor, ansiedad, vómito, insomnio y constipación.<sup>12</sup>

En las revisiones se han encontrado al menos 25 guías prácticas de evaluación y manejo de síntomas en cuidados paliativos, las cuales han sido evaluadas sistemáticamente, en ellas se sugiere entre otros instrumentos de evaluación de síntomas al prueba de ESAS.<sup>13</sup>

Se han establecido puntos de corte significativos en las escalas análogas que se utiliza en la prueba de ESAS, dichos puntos de corte nos permiten clasificar la severidad de los síntomas en las siguientes categorías, 0 ausente, 1-4 leve, de 5-7 moderado y mayor de 7 severo. <sup>14</sup>

La prueba de ESAS inicialmente utilizada para evaluar a pacientes hospitalizados, se ha utilizado en estudios mas recientes de pacientes ambulatorios, donde se intenta evaluar la severidad de los síntomas ante la proximidad de la muerte, en estos estudios no se encuentra ninguna relación entre la edad, el genero o la escolaridad con el aumento en la severidad de los sintomas, pero si se puede ver que la población de pacientes ambulatorios presenta un aumento en la severidad del mareo, anorexia, disnea, y fatiga. <sup>15</sup>

Queda claro que la prueba de ESAS es una herramienta válida para la evaluación de síntomas tanto en el medio hospitalario como el domiciliario, que es una herramienta que permite evaluar la variabilidad de síntomas en tiempos distintos de la evolución del tratamiento. Permitiendo de esta manera evaluar la eficacia del tratamiento implementado. <sup>16</sup>

Enfoques muy amplios han tratado de abarcar grandes poblaciones de pacientes terminales y una gran multitud de síntomas, dejando de lado el enfoque objetivo de poblaciones selectas, y diagnósticos específicos, tratando de entender un panorama universal. Reportando: que los síntomas más intensos son, fatiga, disminución de la capacidad de realizar una rutina diaria, insomnio y dolor. <sup>17</sup>

Los estudios sintomáticos mas recientes en pacientes con diagnóstico de oncológicos terminales, han tratado de identificar asociaciones con la supervivencia y el número e intensidad de síntomas en un enfoque prospectivo. Reportando que los síntomas mas frecuentes son fatiga, anorexia, insomnio, y dolor. Estos estudios otorgan un valor predictivo de sobrevida corta al siguiente grupo de síntomas: fatiga, anorexia, tristeza, y disnea. Entre más severos son

dichos síntomas mucho mas corta la sobrevida, dichos estudios se han realizado siempre en el contexto hospitalario. <sup>18</sup>

Estudios más específicos han intentado entender la evolución sintomática, agrupando a los síntomas en racimos, que se pueden presentar en grupos de pacientes con diagnóstico reciente de oncológico terminales, en un enfoque prospectivo, reportando un gran número de racimos distintos, para distintos tiempos durante la evolución de la enfermedad. Haciendo notar la dificultad que representa poder explicar tan variada sintomatología, puesto que enfermos que empezaron su estudio con una puntuación de 0 para el ESAS, presentaron racimos de síntomas variados, durante la evolución de su enfermedad. <sup>19</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La práctica de los cuidados paliativos implica en uno de sus aspectos esenciales el tratamiento de síntomas que se presentan en los pacientes que se encuentran próximos a morir, el conocimiento de estos síntomas es de vital importancia para todo el equipo involucrado en esta tarea. Con este estudio pretendemos conocer la frecuencia de dichos síntomas en los pacientes que acuden a la consulta del servicio de cuidados paliativos del Hospital Regional 1o de Octubre, con la finalidad de poder establecer medidas de tratamiento.

## **JUSTIFICACION**

Los pacientes oncológicos terminales presentan una sintomatología muy variada en periodo final de la vida, lo cual dificulta su manejo y genera angustia tanto al paciente como a sus familiares. Identificar la frecuencia de la sintomatología en la etapa final de la vida de los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica terminal permitirá optimizar la atención en esta etapa, planteando estrategias de tratamiento orientadas a dicha sintomatología, así como educar a pacientes y cuidadores en el manejo de síntomas específicos con la finalidad de evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Reportar la frecuencia de síntomas en el último mes de vida, en los pacientes oncológicos terminales en control domiciliario del servicio de cuidados paliativos del Hospital Regional 1o de Octubre.

### **ESPECIFICOS**

- a. Identificar la asociación de la frecuencia de síntomas con algún diagnóstico específico de cáncer.
- b. identificar la asociación de la frecuencia de síntomas con los diferentes rasgos socio demográficos (edad, género, religión)
- c. Identificar el síntoma de mayor intensidad en el último mes de vida.

## **MATERIAL Y METODOS**

El estudio se llevó acabo aprobado previamente por los comités de investigación y ética en el Hospital Regional 1o de Octubre del ISSSTE el cual se describe como un estudio retrospectivo descriptivo longitudinal, en el que se revisaron 126 expedientes de pacientes tratados en la clínica de cuidados paliativos del hospital regional 1o de Octubre y que habían fallecido en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2012, se incluyeron en este estudio aquellos pacientes oncológicos terminales, que recibieron atención domiciliaria, que cuenten con el expediente clínico completo. Se excluyeron aquellos que no cuenten con la hoja de ESAS, o que se ha perdido su seguimiento.

Una vez seleccionados los pacientes se revisó su expediente clínico y se recolectaran los datos de las hojas de ESAS, se eliminaron aquellos expedientes cuyas hojas de ESAS se encontraron incompletas.

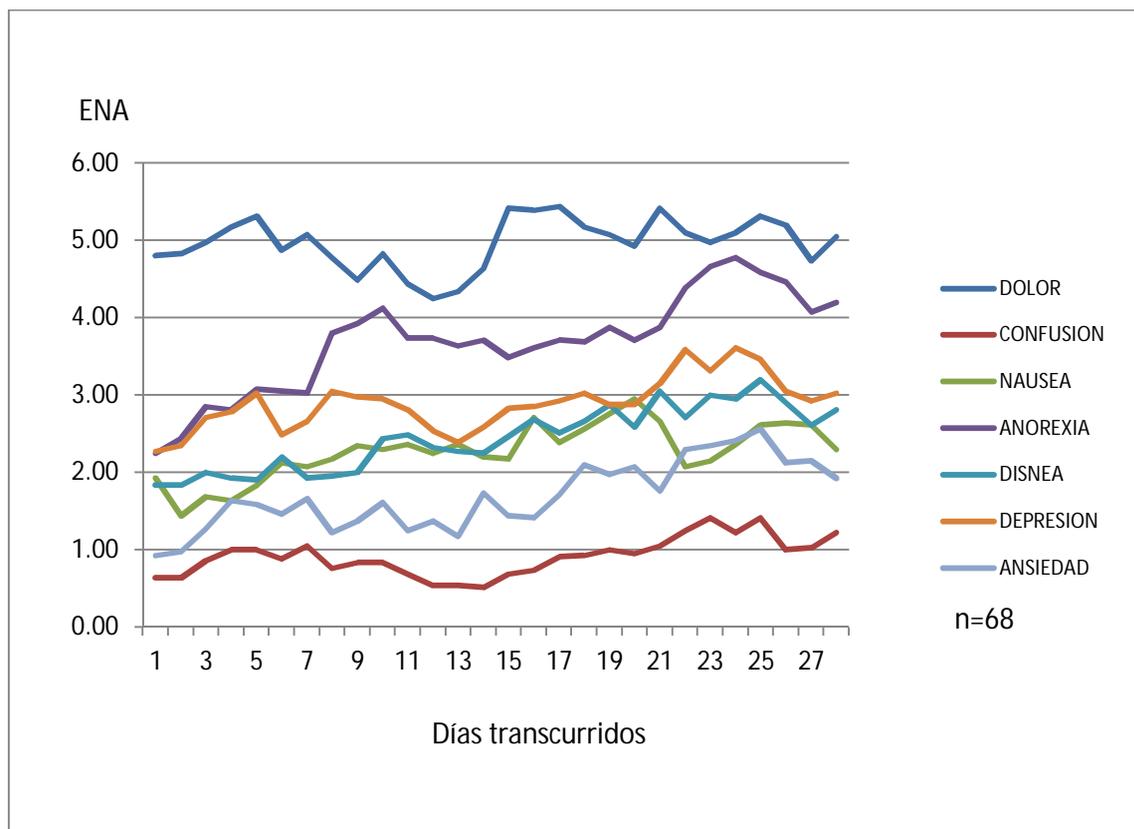
## **PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO**

Los resultados se presentan con cuadros y gráficas. Para las variables cualitativas, se utilizó medidas de resumen de tendencia central (media, y porcentaje); así como medidas de dispersión (desviación estándar). De acuerdo a un análisis de regresión logística se identificará las variables más asociadas a cada síntoma. Se consideró diferencia estadísticamente significativa cuando  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

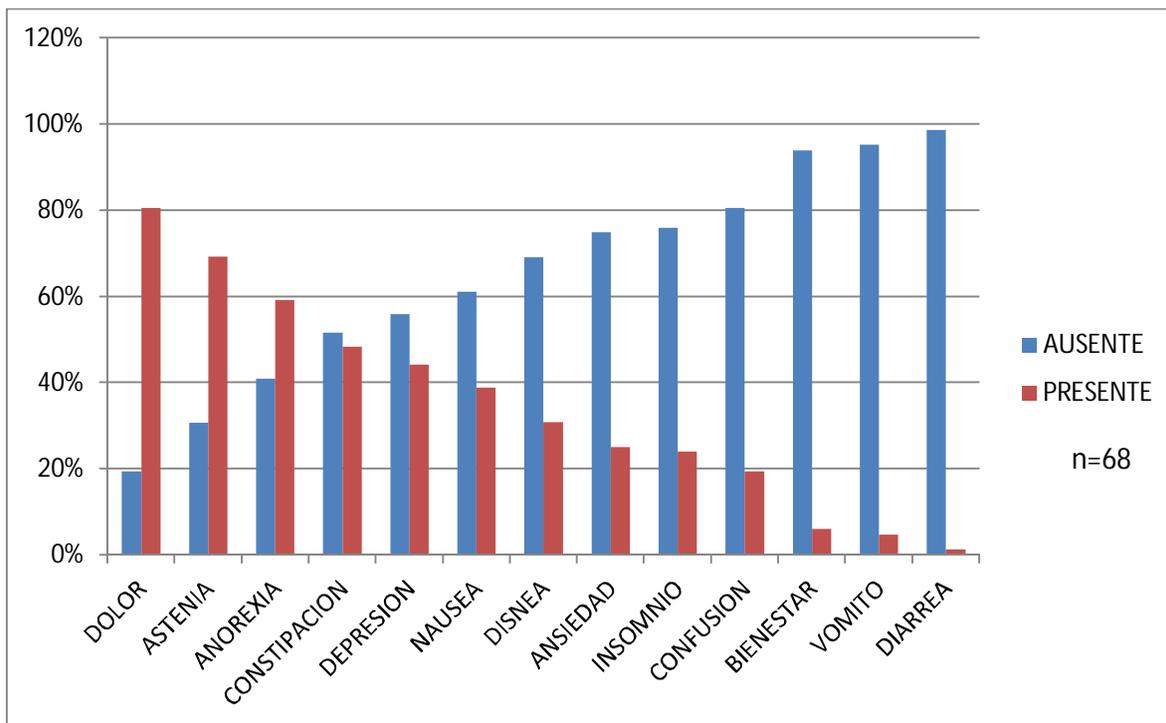
Se revisaron 126 expediente de pacientes tratados en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Regional 1o de Octubre, y que fallecieron en el periodo comprendido de Enero de 2011 a Diciembre de 2012, 78 expedientes fueron de pacientes tratados en su domicilio, de estos 8 no cumplieron con los criterios de inclusión y 2 de ellos fueron eliminados pues se perdió su seguimiento. Se incluyó un total de 68 pacientes, siendo 33 pacientes femeninos y 35 pacientes masculinos, con una media de edad de 61 años, se realizó el promedio de los síntomas por día para estudiar sus frecuencias; encontrando siete síntomas principales, dolor, confusión, náusea, anorexia, disnea, depresión y ansiedad. (grafica-1)

Grafica 1 PROMEDIO DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 28 DÍAS DE VIDA



Tomando en cuenta la frecuencia de los síntomas se encontró la presencia de siete principales dolor, astenia, anorexia, constipación, depresión, náusea y disnea. (Grafica-2)

Grafica 2 PORCENTAJE DE SINTOMAS

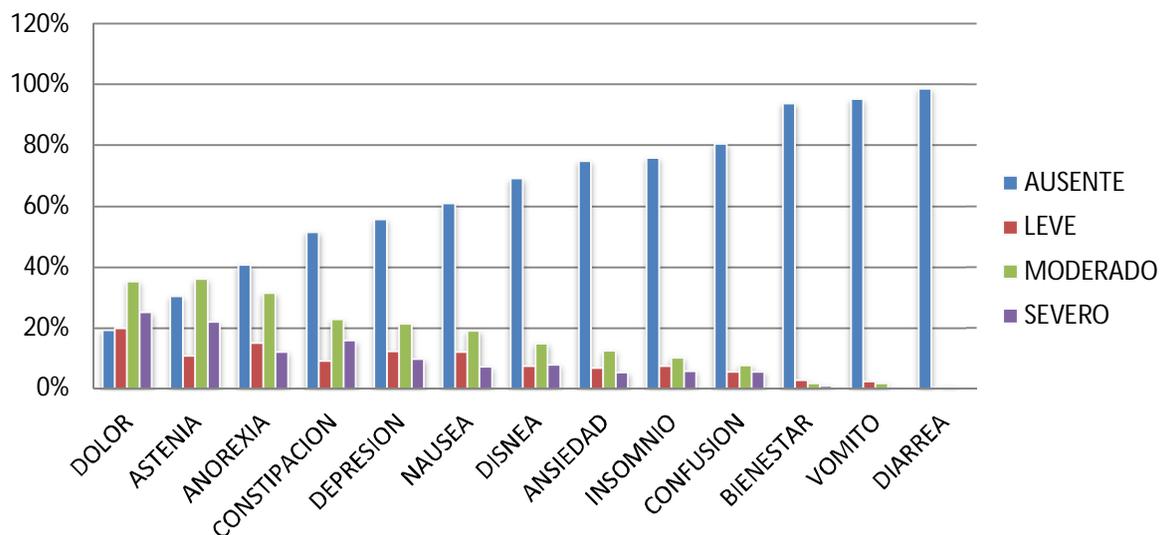


Con respecto a la intensidad los síntomas más severos fueron dolor, astenia, constipación, anorexia y depresión. (Tabla-1), pero se muestra una mayor frecuencia en los niveles moderados de todos los síntomas, como se demuestra en la (grafica-3).

TABLA 1 DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR NIVELES DE INTENSIDAD n=68

AUSENTES		LEVE		MODERADO		SEVERO	
DIARREA	99%	DOLOR	20%	ASTENIA	36%	DOLOR	25%
VOMITO	95%	ANOREXIA	15%	DOLOR	35%	ASTENIA	22%
BIENESTAR	94%	DEPRESION	13%	ANOREXIA	32%	CONSTIPACION	16%
CONFUSION	81%	NAUSEA	12%	CONSTIPACION	23%	ANOREXIA	12%
INSOMNIO	76%	ASTENIA	11%	DEPRESION	22%	DEPRESION	10%
ANSIEDAD	75%	CONSTIPACION	9%	NAUSEA	19%	DISNEA	8%
DISNEA	69%	INSOMNIO	8%	DISNEA	15%	NAUSEA	7%
NAUSEA	61%	DISNEA	8%	ANSIEDAD	13%	INSOMNIO	6%
DEPRESION	56%	ANSIEDAD	7%	INSOMNIO	10%	CONFUSION	6%
CONSTIPACION	52%	CONFUSION	6%	CONFUSION	8%	ANSIEDAD	6%
ANOREXIA	41%	BIENESTAR	3%	VOMITO	2%	BIENESTAR	1%
ASTENIA	31%	VOMITO	3%	BIENESTAR	2%	VOMITO	0%
DOLOR	19%	DIARREA	0%	DIARREA	1%	DIARREA	0%

Grafica 3 DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR NIVELES DE INTENSIDAD



Cuando se analizó la distribución de los síntomas con respecto a los distintos diagnósticos se agruparon en: cáncer del tracto digestivo y vías biliares 17 pacientes, cáncer de mama 10 pacientes, cáncer de próstata 10 pacientes cáncer renal 10 pacientes y otros tipos de cáncer 21 pacientes, encontrando los siguientes resultados. (tabla-2)

TABLA 2 DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR DIAGNOSTICO n=68

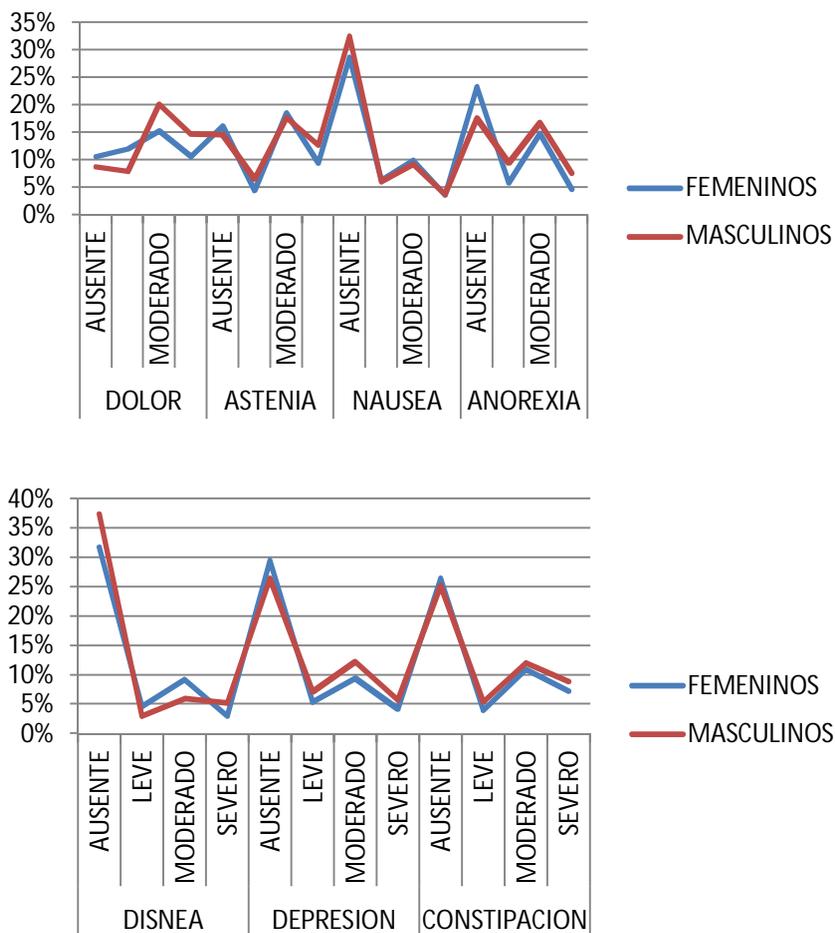
	DOLOR			ASTENIA			NAUSEA			ANOREXIA		
	LEVE	MODERADO	SEVERO	LEVE	MODERADO	SEVERO	LEVE	MODERADO	SEVERO	LEVE	MODERADO	SEVERO
CA DIGESTIVO	5%	11%	5%	2%	11%	7%	3%	4%	1%	5%	8%	3%
CA MAMA	2%	2%	4%	2%	3%	2%	2%	3%	0%	1%	4%	1%
PROSTATA	3%	6%	3%	3%	4%	2%	0%	3%	0%	3%	5%	1%
RENAL	1%	3%	4%	0%	3%	3%	1%	2%	2%	0%	2%	2%
OTROS	9%	14%	10%	4%	15%	9%	7%	7%	5%	6%	13%	6%

TABLA 2 DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR DIAGNOSTICO n=68 continuación

	DISNEA			DEPRESION			CONSTIPACION		
	LEVE	MODERADO	SEVERO	LEVE	MODERADO	SEVERO	LEVE	MODERADO	SEVERO
CA DIGESTIVO	2%	1%	2%	4%	3%	1%	2%	5%	1%
CA MAMA	1%	3%	0%	1%	1%	1%	2%	2%	1%
PROSTATA	0%	2%	1%	1%	5%	1%	2%	1%	3%
RENAL	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%
OTROS	4%	9%	3%	5%	11%	5%	2%	12%	9%

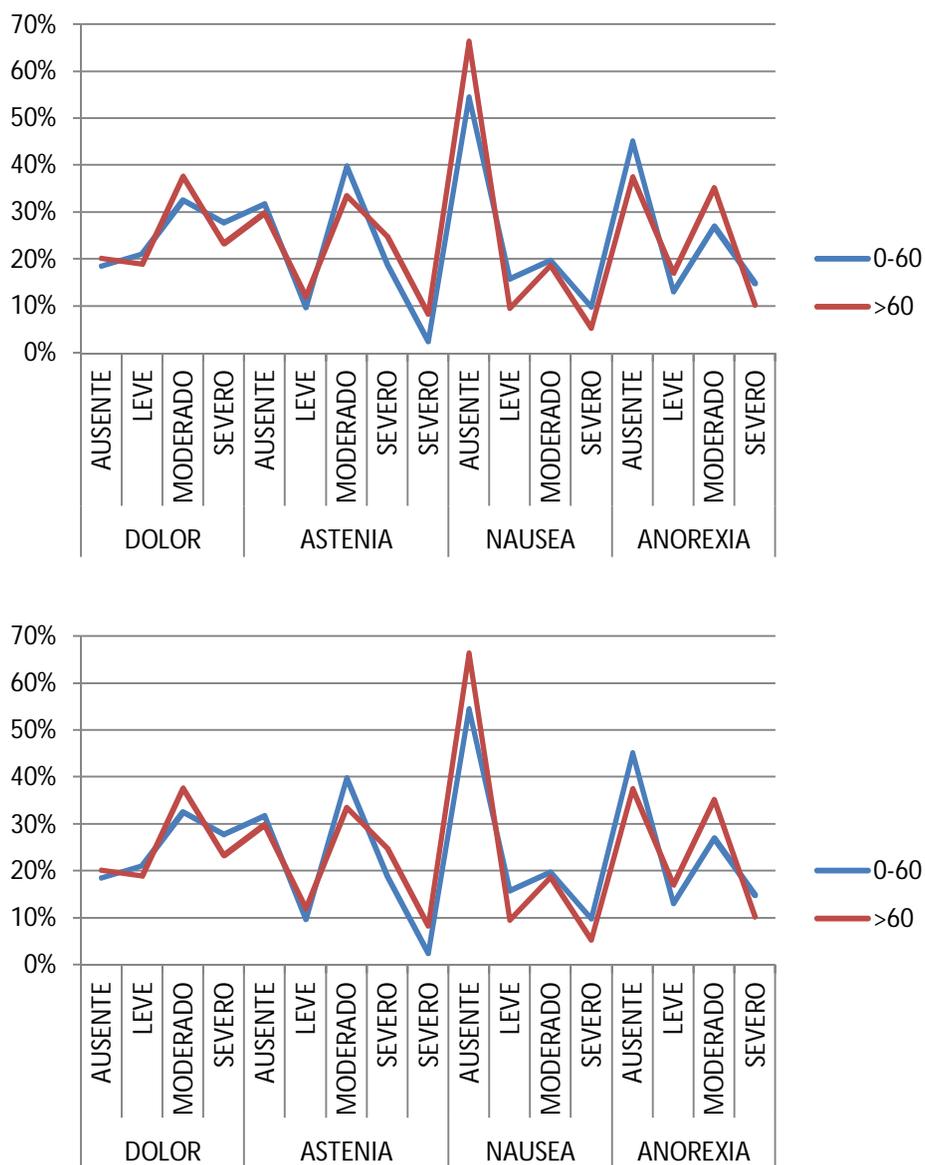
Cuando se agruparon los pacientes por género se encontraron los siguientes resultados. 33 pacientes femeninos y 35 pacientes masculinos, donde no se demuestra una diferencia entre las dos poblaciones. (grafica-4)

**Grafica 4 DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR GENERO n=68**



Agrupados por edad divididos en dos grupos pacientes de 0 a 60 años y mayores de 60 años, se encontraron los siguientes resultados, donde no se demuestra una diferencia entre las dos poblaciones. (grafica-5)

Grafica 5 DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR EDAD n=68



## DISCUSION

Encontramos que nuestros resultados coinciden con los de la literatura donde los síntomas reportados con mayor frecuencia son dolor, disnea, pérdida del bienestar, depresión, ansiedad, náusea, anorexia, astenia e insomnio. También coincidimos en la astenia y la anorexia como síntomas más severos.<sup>17</sup>

Sin embargo encontramos algunas diferencias importantes respecto a la constipación pues dichos autores no la reportan o la reportan en un grado menor de frecuencia, así como el nivel de severidad del dolor que en todos los estudios previos se reporta siempre en niveles muy inferiores. Esta discrepancia puede dar pie a realizar estudios futuros que relacionen los síntomas y el tratamiento.<sup>10</sup>

Es importante destacar que la bibliografía estudiada cuenta con poblaciones de pacientes en manejo hospitalario, y las mediciones fueron realizadas por médicos, en nuestra población se realizaron mediciones diarias, a pacientes que permanecieron en su domicilio y que las mediciones fueron reportadas por el cuidador o cuidadores principales del paciente.<sup>15</sup>

Los estudios sintomáticos en pacientes con diagnóstico de enfermos oncológico terminal, han tratado de identificar asociaciones con la supervivencia y el número e intensidad de síntomas en un enfoque prospectivo. Reportando que los síntomas más frecuentes son astenia, anorexia, insomnio, y dolor. Estos estudios otorgan un valor predictivo de sobrevida corta a: astenia, anorexia, depresión, y disnea. Entre más severos son dichos síntomas mucho más corta la sobrevida, dichos estudios se han realizado siempre en el contexto hospitalario.<sup>18</sup> En nuestra población dichos síntomas se intensifican conforme transcurre el tiempo siendo el más importante la anorexia.

Los estudios más recientes también han intentado demostrar la existencia de racimos de síntomas, y aunque esto no se encuentra entre nuestros objetivos se puede identificar la presencia de 3 síntomas principales dolor, astenia y anorexia.

Aunque el síntoma negativo de la pérdida del bienestar no se reporta en otros estudios es evidente su severidad en nuestra población, lo cual deja en claro que a pesar de dar un manejo intenso a la sintomatología física, se hace evidente la necesidad del manejo holístico, que incluiría los cuidados de su estado psicológico, social y espiritual.<sup>18</sup>

Por último al intentar buscar alguna asociación de la presencia de síntomas con la edad y el género de los pacientes coincidimos con resultados previos que no pudieron demostrar diferencias estadísticamente significativas.<sup>15</sup>

Para concluir consideramos que es necesario continuar desarrollando investigación, para mejorar de manera integral y esmerada la atención por parte de todos los profesionales de la salud a los pacientes que se encuentran en el final de la vida.

## **CONCLUSIONES**

Nuestra población presenta como síntomas más frecuentes: dolor, astenia, anorexia, constipación y depresión. Dichos síntomas se reportan más frecuentemente en un nivel de intensidad moderado. Con respecto a los síntomas de mayor intensidad se encuentran dolor, astenia y constipación.

El hecho que no se reporte un estado de bienestar en esta población en particular nos reitera la necesidad no solo de la visita por parte del médico, sino la participación de un equipo multidisciplinario que pueda manejar al paciente con el enfoque holístico que es esencia y clave de los cuidados paliativos, para poder cubrir los aspectos no solo físicos sino también psicológicos, sociales y espirituales de estos pacientes. Solamente así se puede asegurar que el paciente vivirá de manera adecuada hasta que muera.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Montes de Oca G A, HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Revista Universitaria en Linea también se puede encontrar como <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/art23.htm>
- 2.- Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaría de Salud, 2010.
- 3.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA3-2011, PARA LA PRACTICA DE LA ANESTESIOLOGIA
- 4.- Escuela de Medicina Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile Manual de Medicina Paliativa. 2008.
- 5.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08
- 6.- Lara-Solares A, Tamayo-Valenzuela A C. Gaspar-Carrillo S P. Manejo del Paciente Terminal Cancerología 1 (2006): 283-295.
- 7.- Conill C, Verger E, Henríquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F et al. Symptom Prevalence in the Last Week of Life, J Pain and Symp Man 14 (6) 1997 328-31
8. - Chang V T, Hwang S S, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale CANCER, 88 (9) 2000 2164-71
- 9.- Richardson L A, Jones G W, A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System Current Oncology Vol 16 (1) 2009 53-64
- 10.- Sigurdardottir K, Haugen D F. Prevalence of distressing symptoms in hospitalized patients on medical wards: A cross-sectional study, BMC Palliative Care 2008, 7:16
- 11.- Stromgren A S, Goldschmidt D, Groenvold M, Petersen M A, Jensen P T, Pedersen L, et al. Self-Assessment in Cancer Patients Referred to Palliative Care A Study of Feasibility and Symptom Epidemiology CANCER January 15, 2002 / Volume 94 / Number 2 512-20
- 12.- Stromgren A S, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen M A, Pedersen L, Hoermann L, Et al. A Longitudinal Study of Palliative Care Patient-Evaluated Outcome and Impact of Attrition CANCER April 15, 2005 / Volume 103 / Number 8 1747-55

13.- Green E, Zwaal C, Beals C, Fitzgerald B, Harle I, Jones J J, et al. Cancer-related Pain Management A Report of Evidence-based Recommendations to Guide Practice Clin J Pain 2010;26:449–462

14.- Selby D , Cascella A, Gardiner K, Do R, Moravan V, Myers J, Et al A Single Set of Numerical Cutpoints to Define Moderate and Severe Symptoms for the Edmonton Symptom Assessment System J Pain Symptom Manage 2010;39:241e249

15.- Cheung W Y, Barmala N, Zarinehbab S, Rodin G, Lee L W, Zimmermann C, The Association of Physical and Psychological Symptom Burden with Time to Death Among Palliative Cancer Outpatients J Pain Symptom Manage 2009;37:297e304

16.- Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, Et al. Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System J Pain Symptom Manage 2005;30:367--373.

17.- Johnsen A T, Petersen M A, Pedersen L, et al. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients Palliat Med 2009; 23: 491–501

18.- Liu Y, Xi QS, Xia S, et al. Association between symptoms and their severity with survival time in hospitalized patients with far advanced cancer. Palliat Med. 2011 Oct;25(7):682-90.

19.- Chen E, Nguyen J, Cramarossa G, et al. Symptom clusters in patients with advanced cancer: sub-analysis of patients reporting exclusively non-zero ESAS scores. Palliat Med. 2012 Sep;26(6):826-33.

## ANEXOS

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN EL ÚLTIMO MES DE VIDA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN CONTROL DOMICILIARIO DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1o DE OCTUBRE  
Hoja de recolección de datos

Edad \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
Genero \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_  
Religión \_\_\_\_\_ No hoja \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Dolor							
Astenia							
Confusión							
Nausea							
Anorexia							
Disnea							
Depresión							
Ansiedad							
Bienestar							
Otros							
Constipación							
Insomnio							
Diarrea							
Vomito							