



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

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL EN
CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1°
DE OCTUBRE EN 2017

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGIA

PRESENTA

VIRIDIANA AGUSTÍN FONSECA

DIRECTOR DE TESIS

CELINA TRUJILLO ESTEVES

ASESORES

BERNARDO SOTO RIVERA

BRIONY GRESS PINEDA

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO. JULIO 2018

RPI 295.2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL EN
CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1°
DE OCTUBRE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGIA

PRESENTA

VIRIDIANA AGUSTÍN FONSECA

DIRECTOR DE TESIS

CELINA TRUJILLO ESTEVES

ASESORES

BERNARDO SOTO RIVERA

BRIONY GRESS PINEDA

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO. JULIO 2018

RPI 295.2018

APROBACIÓN DE TESIS
ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE EN 2017

PRESENTA: Dra. Viridiana Agustín Fonseca

DIRECTOR: Dra. Celina Trujillo Esteves

ASESORES: Dr. Bernardo Soto Rivera, Dra. Briony Gress Pineda

Dr. Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Enseñanza e Investigación

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación

Dr. Antonio Torres Fonseca
Jefe de Enseñanza,

Dr. Bernardo Soto Rivera
Profesor Titular del curso de la especialidad

Dra. Celina Trujillo Esteves
Asesor de Tesis

Dra. Briony Gress Pineda
Profesor adjunto del curso de Anestesiología

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermana por su apoyo incondicional, por alentarme y creer en mí siempre. A mis maestros por compartir conmigo todas sus enseñanzas y asesores por guiar este trabajo. A los amigos que compartieron conmigo esta gran experiencia y siempre me apoyaron.

INDICE

TITULO	.....	1
RESUMEN	.....	1
ABSTRACT	.....	2
INTRODUCCION	.....	3
OBJETIVOS	.....	11
MATERIAL Y METODOS	.....	12
RESULTADOS	.....	12
DISCUSION	.....	18
BIBLIOGRAFIA	.....	21

LISTA DE FIGURAS Y CUADROS

Cuadro 1. Variables sociodemográficas	13
Cuadro 2. Tipo de Cáncer	13
Cuadro 3. Tipo de Cáncer específicos	14
Cuadro 4 Escalas Pronosticas	15
Cuadro 5. Medidas Ordinarias	16
Cuadro 6. Manejo de Síntomas	16
Cuadro 7. Medidas Extraordinarias	17
Cuadro 8. Medidas Extraordinarias por sexo	18

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FASE TERMINAL EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

RESUMEN

Antecedentes: Adecuación del Esfuerzo Terapéutico es el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente, que consiste en no aplicar medidas extraordinarias en un paciente con mal pronóstico vital.

Objetivo: Describir los tratamientos proporcionados a los pacientes como medidas ordinarias o extraordinarias y evaluar si existe Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo en el que se revisaron expedientes de pacientes oncológicos atendidos en cuidados paliativos, se aplicaron escalas de supervivencia como Karnofsky, ECOG, PPS y PPI.

Resultados: Se revisaron 60 expedientes y 40 cumplieron los criterios de inclusión, fueron 27 mujeres (67.5%) y 13 hombres (32,5%). La edad media de los pacientes fue 63,64 años. El tipo de cáncer más frecuente fue genitourinario 11 (27,5%) y Gastrointestinal 10 (25%), 14 pacientes (35%) estuvieron hospitalizados y 17 (42.5%) se manejaron en domicilio. De las medidas ordinarias el 100% contó con atención de cuidados paliativos y control de síntomas. En 28 (70%) se aplicaron una o más medidas extraordinarias, las más frecuentes transfusión 16 (40%) y Quimioterapia 16 (40%) Por lo que en 70% de los pacientes en etapa terminal no se aplicó adecuación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones: Los pacientes oncológicos terminales continúan recibiendo en alto porcentaje medidas extraordinarias que no mejoran su pronóstico vital y merman significativamente la calidad de vida. Aunque la mayoría de los pacientes cuenta con manejo paliativo y control de síntomas, aún se desconoce por el personal de salud este tipo de conceptos y la atención al final de la vida.

PALABRAS CLAVE: Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, Medidas extraordinarias, medidas ordinarias, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Background: The suitability of therapeutic effort refers to the treatment adjustment executed according to the patient's clinical condition, consisting on not applying extraordinary measures when there is a poor vital prognosis.

Objective: To describe the medical treatments given to people as ordinary or extraordinary measures and to evaluate if the suitability of therapeutic effort exists.

Material and Methods: It is a descriptive and retrospective study where oncologic patient records attending to palliative care were reviewed. Survival scales such as KARNOFSKY, ECOG, PPS and PPI were applied.

Results: Records of 60 patients were reviewed and 40 were finally integrated to the study. Mean age was 63,64 years (SD 15,084), women 27 (67.5%), men 13 (32.5%). Most frequent cancer was Genitourinary 11 (27,5%); Gastrointestinal 10 (25%), 14 (35%) were hospitalized, 17 (42.5%) were handled at home. On the ordinary measures, 100% attended palliative care and symptoms control. One or more extraordinary measures were applied on 28 cases (70%), more frequently transfusion 16 (40%) and chemotherapy 16 (40%). Thus, on 70% of the end-stage patients the suitability of therapeutic effort does not apply.

Conclusions: A high rate of end-stage oncologic patients is still receiving extraordinary medical measures that do not improve their vital prognosis and significantly reduce their quality of life. Although the majority of the people has receive palliative care and symptoms control, for health personnel these concepts as well as healthcare at the end of the life, remain unknown for most of them.

KEY WORDS: suitability of therapeutic effort, extraordinary measures, ordinary measures, and palliative care.

INTRODUCCION

En nuestro país el sistema de salud enfrenta un cambio epidemiológico y demográfico puesto que las enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas tienen grandes repercusiones en la calidad de vida de las personas, debido a esto, se ha incorporado a los cuidados paliativos a las medidas de protección social en materia de salud, con fundamento legal en la Ley General de Salud art. 33, párrafo IV, 166 bis a 166 bis 21 donde se definen los derechos del enfermo terminal así como la obligación del personal médico y el equipo de salud a proporcionar medidas de soporte ordinarias y la indicación de no utilizar medidas extraordinarias en pacientes terminales.¹

El estudio de la calidad de vida en pacientes oncológicos ha incrementado en los últimos 15 años. Las razones principales de este interés son, en primer lugar, el reconocimiento de que muchos tipos de cáncer avanzado no pueden curarse, lo cual ha llevado a potenciar los cuidados paliativos. En segundo lugar, el aumento de la independencia del paciente en la toma de decisiones y el creciente interés en no perder la autonomía física y en padecer el menor número de síntomas y finalmente la escasez de recursos económicos justifica la incorporación de medidas que, si no incrementan la supervivencia, al menos produzcan un beneficio sintomático apreciable.²

Uno de los problemas centrales de la bioética clínica relacionados con el final de la vida es la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. Su correcta práctica se traduce en limitar esfuerzos cuando las circunstancias del paciente dan la certeza de que no existen posibilidades de recuperación.³

La adecuación del Esfuerzo Terapéutico puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La denominación habitualmente utilizada “limitación del esfuerzo terapéutico”, no resulta tan apropiada por la connotación negativa que puede tener, por lo que muchos autores han propuesto el término “adecuación”.⁴

Adecuación del esfuerzo Terapéutico está estrictamente conectado con los avances extraordinarios en la tecnología moderna y la medicina, ocurridos en la segunda mitad del siglo XX; Una amplia gama de intervenciones y tratamientos que incluyen no solo prácticas de reanimación y ventilación cardiopulmonar

mecánica, sino también procedimientos útiles para apoyar o reemplazar funciones vitales comprometidas básicas. Sin embargo, no deberíamos perder de vista su objetivo, que consiste en recuperar funciones vitales comprometidas, o al menos en el control sufrimiento y en el mantenimiento de un nivel de calidad y dignidad de vida que el paciente considera aceptable.⁵

La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea, en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos de adecuación terapéutica, conocidas por sus siglas en inglés: No iniciar determinadas medidas (withholding), y retirar un tratamiento previamente instaurado (withdrawing). Los componentes fundamentales de la terapia son mantener medidas de tratamientos ordinarias, tales como hidratación, alimentación y analgesia.^{6,7}

Se entiende por medida ordinaria o proporcionada a las condiciones del enfermo al acompañamiento, la comunicación, la hidratación y alimentación, los cambios de posición, aseo y curación de heridas así como los procedimientos y medicamentos administrados para mitigar el dolor, o suprimir síntomas molestos como náuseas, vómitos, mareos e insomnio, todo ello para disminuir el sufrimiento y que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

Las medidas extraordinarias o desproporcionadas son aquellas con un balance inadecuado entre costes-cargas/beneficios y no están indicadas en enfermos en quienes por lo avanzado de la enfermedad, complicaciones graves y falta de respuesta al tratamiento el pronóstico es fatal a corto o mediano plazo, entre ellas se pueden mencionar e soporte respiratorio, estudios diagnósticos invasivos, cirugía, antibióticos, nutrición parenteral o drogas vasoactivas, quimioterapia y radioterapia.⁸ Su uso en quienes la condición clínica y los índices indican un mal pronóstico a corto plazo, constituye lo que se ha nombrado obstinación terapéutica o distanasia, como una distorsión de la muerte natural o esperada.⁹

En todo momento se visualiza como componente fundamental no abandonar al paciente y aliviar su sufrimiento, cuestión concordante con relación a los fines de la medicina. Este manejo integral, que pretende la comodidad del enfermo,

sin sufrimiento por dolor o síntomas molestos, en el sitio que elija y rodeado de personas conocidas, familiares y amigos, se conoce como Ortotanasia.¹⁰

Los cuidados paliativos, según la SECPAL, se definen como: atención total, activa y continuada de los pacientes y sus allegados, por un equipo multi profesional, cuando la expectativa de esos cuidados no incluye la curación.¹¹

La Organización Mundial de la Salud define 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, evitado el sufrimiento en el paciente y su familia”.¹² Es una estrategia que incluye terapia sintomática, psicológica y espiritual para pacientes y sus familiares y su meta es mantener la calidad de vida de los pacientes, sin prolongarla o acortarla.¹³

Los médicos y el personal de salud que brinda atención a pacientes al final de la vida, se enfrentan continuamente a dilemas éticos. La Ética Clínica es un campo de estudio que está enfocado en el proceso de decisiones en el ámbito hospitalario, en el que los pacientes y sus familias se enfrentan a decisiones difíciles en torno a su enfermedad y tratamiento por lo que es importante que el médico esté familiarizado con los principios éticos que rigen la ética biomédica: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía, Justicia.^{14.15}

La importancia de los cuidados paliativos radica en que son una forma particular de asistencia encaminada a preservar la dignidad del paciente terminal, evitar la utilización fútil de recursos extraordinarios y garantizar una asistencia no maleficente.

MARCO HISTORICO

Para la concepción clásica de la Medicina, el bien último que da sentido interno a su práctica y la justifica moralmente es preservar la vida de las personas aplicando todas las medidas necesarias para ello.

No puede haber salud sin vida, por lo tanto, para alcanzar aquella es imprescindible proteger la salud a toda costa. En la era antigua de la Medicina esto no tenía mucha importancia, pues la tecnología médica era insuficiente para separar radicalmente una de otra: la pérdida de la salud conllevaba con

facilidad la pérdida de la vida. Pero la Medicina tecnológica que emergió a partir de los años 50 hizo cada vez más posible separar ambos valores: ahora es posible mantener la vida biológica en ausencia completa de salud. Esto ha obligado a replantearse y actualizar los fines de la Medicina.

La capacidad para mantener las constantes vitales de los enfermos de forma artificial mediante tecnología, fue un producto de los 60. Por tanto, el escenario en que los pacientes morían antes de esa fecha era un escenario que había permanecido inalterado en lo sustancial durante siglos: alivio y acompañamiento del sufrimiento del moribundo por medios elementales de cuidado. Hasta los años 60 nadie se podía plantear “no iniciar” o “retirar” nada, porque realmente no había nada sustancial que iniciar o mantener. Pero el panorama cambió radicalmente en las décadas siguientes. En 1963 se creaba en España la primera Unidad de Cuidados Intensivos, en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En poco más de 10 años todos los hospitales importantes de España contaban con una, transformando así de manera radical, el panorama de la muerte en el medio sanitario.

El debate sobre este tipo de situaciones alcanzó incluso a la opinión pública y, el 16 de Octubre de 1968, el periódico ABC publicó un impresionante editorial titulado “El derecho a morir”, donde reflexionando sobre el prolongado proceso de muerte del dictador portugués Oliveira Salazar se reivindicaba el “derecho a morir serenamente, en el momento de nuestro destino, sin prolongaciones artificiales de la apariencia de la vida”. El debate de estas cuestiones no resultó fácil. El penalista Cuello Calón fue el primero en introducir, en su estudio de 1955, “El problema penal de la eutanasia”, los adjetivos “activa” y “pasiva”, la diferencia entre acción y omisión, para etiquetar dos formas diferentes de “eutanasia”. Cuello Calón afirmaba ya entonces que “la omisión de esfuerzos para reavivar la vida que se apaga en el caso de incurables atormentados por sufrimientos espantosos, no constituye acto delictivo” En este entorno de simultánea expansión tecnológica optimista y a la vez constricción ideológica y moral, la práctica real de la LET en las UCIs españolas era algo más bien poco habitual, poco probable.

En el ámbito de la incipiente Bioética de los años noventa, la práctica de la LET era considerada de forma casi unánime, como algo éticamente correcto, lo que

permitió que su práctica fuera avanzando poco a poco. Pero fueron sin duda los trabajos de los renombrados intensivistas Ricardo Abizanda y, sobre todo, Juan Gómez Rubí, de finales de los 90 y primeros años del nuevo siglo XXI, los que dieron inicio a una progresiva normalización de su práctica. A partir de entonces la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) adquirió un liderazgo incuestionable en la sensibilización ética del mundo de la Medicina Intensiva española y de la práctica de la LET, mediante la creación de un Grupo de Trabajo sobre Bioética que ha generado documentos orientativos cruciales en esta materia. Por su parte, en el ámbito de la Neonatología hay que destacar la importante actividad del Grupo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología, que también ha producido documentos de referencia sobre atención al final de la vida en el paciente neonatológico. Sin embargo, la aclaración total de la legitimidad jurídica de la práctica de la LET no llegará hasta la aprobación en 2010 de la Ley de “Muerte Digna” de Andalucía.

La definición de Limitación del Esfuerzo Terapéutico que se utilizará en el presente documento es la que se recoge en la letra “f” del artículo 5 de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía. Dice así: “retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría”.

La preferencia de algunos profesionales por estas otras expresiones suele basarse en la interpretación subjetiva de la intencionalidad que subyace en términos como “limitación” o “esfuerzo”. Se argumenta, por ejemplo, que la decisión de limitar algún tratamiento de soporte vital no implica que el “esfuerzo” finalice, sino que lo que se hace es transferirse a otras áreas que pueden tener incluso mucho más carga de trabajo, como la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico, la atención a la familia, las medidas de higiene, etc.

Por esta razón sería más apropiado hablar de “ajuste terapéutico” o “adecuación terapéutica” que de “limitación terapéutica”, puesto que en realidad lo que se produce es un cambio de orientación en los objetivos del tratamiento, volcándose más en los paliativos y de confort.¹⁶

La historia de los Cuidados Paliativos tiene sus inicios a finales del siglo XIX en Europa, cuando los hospicios romanos en una función caritativa, alojaban, cuidaban y daban ayuda espiritual a moribundos, viajeros y peregrinos.

Los CP en México son programas de asistencia que nacen a partir de la atención de los pacientes con cáncer en fase terminal. Así en nuestro país, en el año de 1972 se inaugura la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Y en 1989 el primer programa académico de CP en el INCan. Este primer programa es apoyado por la OMS y de igual forma, organiza el primer simposio de CP en el paciente con cáncer, con el objetivo primordial de introducir en la teoría y en la práctica, los conceptos de calidad de vida, evitando internamientos frecuentes por el manejo inadecuado de la enfermedad, atendiendo no sólo los aspectos biológicos, sino enfatizando los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del paciente moribundo

Debido a los importantes efectos secundarios de su tratamiento, el cáncer es una de las enfermedades en las que más relevancia adquiere conocer la calidad de vida de los pacientes, entendida como el conjunto compuesto por los síntomas físicos propios del cáncer, los debidos al tratamiento, los aspectos funcionales (capacidad para realizar actividades cotidianas como vestirse, comer, etc.), los aspectos psicológicos y los aspectos sociales y familiares.

La valoración de la capacidad funcional fue el primer parámetro objetivo en relacionarse con la supervivencia. La preocupación por valorar las repercusiones que la enfermedad y su terapéutica producían en la vida de los pacientes dio lugar en 1949 a la *Escala de Incapacidad de Karnofsky* que evaluaba el impacto de la quimioterapia sobre el desempeño de la actividad diaria de los pacientes con cáncer,

El cálculo del pronóstico de la supervivencia es una herramienta útil para los profesionales de la salud que atienden pacientes oncológicos en situación

terminal en la unidad de Cuidados Paliativos, llevando a la toma de decisiones más acertadas para el trato del enfermo y de su familia.¹⁷

La evaluación funcional es uno de los elementos fundamentales en la aproximación al paciente con cáncer avanzado, ya que su grado de autonomía o dependencia determinarán la planificación del tratamiento y los cuidados.¹⁸

Para la evaluación de la supervivencia del paciente oncológico, se han analizado variables que se encuentran en cuatro grupos: Capacidad funcional, síntomas y signos clínicos, datos analíticos y la impresión clínica del profesional. Estas variables, en forma combinada, integran distintas escalas e índices pronósticos que son utilizados en las unidades de Cuidados Paliativos y que han venido a dar certidumbre con un criterio amplio, universal y acertado, en el pronóstico de supervivencia.

Estimar correctamente la supervivencia ayuda a planificar adecuadamente los recursos de atención, permite organizarse a los familiares del enfermo para cuidarle y puede ayudar al propio paciente a cumplir sus objetivos al final de la vida.

ESCALA DE KARNOFSKY

Desarrollada por Karnofsky y Burchenal con el objetivo de evaluar los agentes quimioterápicos utilizados en el tratamiento del cáncer, fue descrita por primera vez en 1948

Se trata de una escala categórica numérica discontinua, con descriptores que clasifican el estado funcional de 100 (vida normal) a 0 (defunción).¹⁸ Para la clasificación de los pacientes se utiliza información sobre la capacidad para realizar la actividad normal en el trabajo y/o domicilio, la severidad de los síntomas y la necesidad de cuidados médicos y personales.

Es probablemente la medida de capacidad funcional más utilizada en oncología y Cuidados paliativos, también se ha utilizado para la predicción de la supervivencia por la correlación que existe entre el descenso del índice y la disminución del tiempo de supervivencia, la cual se pierde para valores mayores de 60%.¹⁹

ESCALA FUNCIONAL ECOG/OMS

En 1960 se publicó el primer trabajo con esta escala para decidir sobre la administración de tratamiento quimioterápico a pacientes con cáncer, desarrollada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).

La escala consta de cinco categorías que van desde 0, actividad normal sin limitaciones, a 5, exitus. La categorización de los pacientes se realiza de acuerdo a la limitación en la movilidad y actividades del paciente y la sintomatología del cáncer.^{1,19}

El punto de corte más importante está situado entre las categorías 2 y 3 de la escala.

Aunque la escala ha tenido tradicionalmente una gran difusión en oncología en relación sobre todo con las decisiones de tratamiento, numerosos trabajos han mostrado su buena correlación con la supervivencia.^{1,15}

ESCALA FUNCIONAL PALIATIVA (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE) (PPS)

Escala de medición de la capacidad funcional específicamente diseñada para pacientes en Cuidados Paliativos, descrita por primera vez en 1996.

La escala es una modificación del Índice de Karnofsky. La capacidad funcional es dividida en 11 categorías medidas en niveles decrementales del 10%, desde paciente completamente ambulatorio y con buena salud (100%) hasta exitus (0%). Puntuaciones más bajas se asocian a supervivencias más cortas.

Los factores que diferencian estos niveles se basan en 5 parámetros: grado de deambulación, capacidad para realizar actividades y extensión de la enfermedad, capacidad de realizar autocuidado, ingesta y nivel de conciencia. Estos últimos aspectos son básicamente las diferencias con el Índice de Karnofsky. El PPS ha mostrado una alta correlación con el KPS3 aunque con una ligera tendencia a puntuaciones más altas en caso del PPS.

ÍNDICE PRONÓSTICO PALIATIVO (PPI)

Es una escala realizada para pacientes oncológicos terminales, desarrollada y validada en Japón, utiliza la escala PPS para la valoración funcional, la ingesta

oral y la presencia o ausencia de edema o disnea y delirio. No requiere de exámenes de laboratorio para la predicción de la sobrevida.

La calificación total del PPI se calcula por la suma de cada uno de estas variables y el rango es de 0 a 15. Cuando el PPI es mayor de 6, la sobrevida es menor a 3 semanas y la sensibilidad es de 80%, con especificidad del 85%. Un PPI mayor a 4, la sobrevida es de 6 semanas, la sensibilidad es de 80%, y la especificidad del 77%.²⁰

En el instituto, se han realizado estudios basados en las escalas pronosticas para la estimación de la sobrevida en los pacientes en etapas terminales con resultados similares a los reportados en la literatura mundial y que demuestran la utilidad y reproducibilidad en el estudio de la población. Además, recomiendan su uso con el fin de proporcionar certeza a los pronósticos de supervivencia de los pacientes que permitan adecuar el tipo de tratamiento, rehabilitación o confort necesario en la etapa terminal de la enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en pacientes oncológicos en etapa terminal, determinada por la aplicación de escalas pronosticas atendidos en cuidados paliativos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico, clínico y tratamientos instaurados en pacientes con diagnóstico de cáncer en estadio avanzado evaluados por cuidados paliativos.
- Medir la supervivencia al momento de la atención por cuidados paliativos con la aplicación de la escala Karnofsky, ECOG, IPP en los pacientes con cáncer en estadio avanzado
- Describir las medidas ordinarias o de soporte que se aplican a cada paciente
- Describir si existen medidas extraordinarias dentro del tratamiento en cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previa aprobación por los Comités de Investigación y Ética, se realizó un estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó la revisión de los expedientes clínicos de pacientes oncológicos, adultos, atendidos en el servicio de Cuidados Paliativos en el Hospital 1º de Octubre durante el año 2017.

Se revisaron 60 expedientes de los cuales se incluyeron en el estudio 40. Se recabó información acerca del manejo terapéutico que recibían clasificando estas medidas terapéuticas en Medidas Ordinarias, que incluyen: Hidratación, Alimentación, Acompañamiento, Cambio de Posición, Higiene, Curación de Heridas, Cuidados Paliativos y Manejo/ control de síntomas; y Medidas Extraordinarias como Colocación de catéter venoso central, Transfusiones, Procedimientos quirúrgicos, Antibióticos, Nutrición Parenteral, Quimioterapia/Radioterapia, uso de drogas vasoactivas, Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, Ventilación Mecánica y Reanimación Cardiopulmonar Avanzada.

Los datos obtenidos se procesaron en SPSS y se realizó el análisis estadístico descriptivo de las distintas variables cualitativas como frecuencias, porcentajes, para las cuantitativas promedio y desviación estándar.

RESULTADOS

Durante Enero a Diciembre del año 2017 se registraron 96 pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica atendidos de primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos, se excluyeron 20 por altos puntajes en las escalas de supervivencia y 36 por no contar con expediente completos.

Se incluyó un total de 40 expedientes en el estudio, 27 (67.5%) mujeres y 13 (32.5%) hombres. La edad mínima se encontró en 26 y máxima 90, media de 64,63. De acuerdo a estado civil se encontraron casado 25 (62.5%), soltero 6 (15%), Viudo 5 (12.5%), unión libre 2 (5,0%), no especificado en el expediente 2 (5,0%).

El grado de escolaridad más frecuente se encontró en Licenciatura 14 (35%), de los cuales 10 eran mujeres y 4 hombres, y 11 (27.5%) no se especificaba en

el expediente. Primaria 5 casos (12.5%), Secundaria 7 (17.5%), en Preparatoria, Técnico y Posgrado se encontró 1 caso (2.5%) en cada una.

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Edad		N =40: 64,63±15.08	
Sexo	Femenino	27	67,5
	Masculino	13	32.5
Escolaridad	Licenciatura	14	35,0
Estado civil	Casado	25	62,5

En la revisión se encontró que el tipo de Cáncer más frecuente fue el Genitourinario 11 (27.5%) seguido a nivel Gastrointestinal 1

0 casos (25%). De éstos los más frecuentes se encuentran en Cuadro 2

En 5% de los expedientes se desconocía el tipo de cáncer primario, lo cual se encontraba especificado en las notas médicas.

Cuadro 2. Tipo de Cáncer

Tipo de Cáncer	n 40	Frecuencia	Porcentaje
Pulmón		5	12,5
Mama		5	12,5
Prostata		1	2,5
Gastrointestinal		10	25,0
Cabeza y cuello		2	5,0
Genotourinario		11	27,5
Sistema nervioso		3	7,5
Melanoma		1	2,5
Desconocido		2	5,0

Cuadro 3. Tipo de Cáncer específicos

Tipo de Cáncer		Frecuencia	Porcentaje
Genitourinario	Ovario	7	63.6
	CaCu*	2	18.1
	Vejiga	1	9.09
	Testículo	1	9.09
Gastrointestinal	Gástrico	3	30
	Colon	6	60
	Recto	1	10
Cabeza y Cuello	Laringe	1	50
	Mandíbula	1	50

*CaCu= Cáncer Cervicouterino

Respecto a las comorbilidades se encontraron 24 casos (60%) con más de una comorbilidad. Las más frecuentes fueron hipertensión arterial en 21 casos (52.5 %) y Diabetes Mellitus en 13 (32.5%).

Se encontraron casos de infecciones concomitantes de las cuales 5 habían sido diagnosticados con neumonía, 1 peritonitis, 1 úlcera sacra infectada, cardiopatías, las más frecuente cardiopatía isquémica y 1 caso de insuficiencia aortica.

Entre otras comorbilidades se encontraron 3 casos de insuficiencia y trombosis venosa periférica, 1 caso de artritis reumatoide, 2 con asma bronquial, 1 caso de Tuberculosis pulmonar, 1 mieloma múltiple, 3 EVC, 2 casos con derrame pleural, 2 que presentaron ascitis, 1 derrame pericárdico, 1 fractura vertebral por metástasis, insuficiencia hepática en 2 casos, 1 caso de herpes zoster y 2 pacientes post paro cardiorrespiratorio.

De los datos obtenidos del expediente se aplicaron escalas pronósticas como Karnofsky, ECOG, PPS e IPP.

Los puntajes que se obtuvieron en la escala de Karnofsky se encontraron entre 30 y 60, 55% con un puntaje de 50, que requerían de considerable asistencia y frecuentes cuidados médicos. Puntaje 40 en el 25%, es decir, Imposibilitado y que requiere cuidados especiales y asistencia. Puntaje de 60 en 12.5% que requería asistencia ocasional, se hace cargo de la mayoría de sus necesidades. El 7.5% con puntaje de 30, gravemente imposibilitado y la hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente.

Palliative Performance Scale (PPS) fueron desde 30 a 60 puntos con un media de 47.25, es decir, pacientes con vida principalmente en cama o sillón, incapaces de realizar cualquier tipo de trabajo, enfermedad extensa, precisan de considerable asistencia para cuidado, la ingesta se encontraba normal o reducida, nivel de conciencia normal o con síndrome confusional, con 6,4% de probabilidad de supervivencia a los 90 días.

El Índice Pronóstico Paliativo se encontró con puntaje mínimo de 4.5 y máximo de 16, la media se situó en 7.3 (DT 2.54). El 35% con sobrevida de 6 semanas determinado por puntaje mayor de 4 y 65% con puntaje > 6 con sobrevida menor a 3 semanas.

En la escala de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) la media se situó en 2.95 (DT .597), es decir, limitación de las actividades de autocuidado, sintomático, confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día.

Cuadro 4. Escalas Pronósticas

Variable	Media	Desv. típ.
Karnofsky	47,25	7,841
PPS ¹	47,75	8,317
ECOG ²	2,95	,597
IPP ³	7,300	2,5415

1 PPS= Palliative Performance Scale, 2 ECOG= Eastern Cooperative Oncology Group, 3 IPP= Índice Pronóstico Paliativo

En relación al sitio de atención, en 17 casos (42.5%) se encontraban en domicilio y recibían atención de cuidados paliativos y control de síntomas de forma ambulatoria, 14 (35%) fueron hospitalizados y en 9 casos (22.5%) el

manejo inició de forma hospitalaria, sin embargo se egresó al paciente por distintos motivos como alta voluntaria o máximo beneficio.

Respecto a la aplicación de Medidas Ordinarias se encontró que el 100% de los casos recibían atención en Cuidados Paliativos así como control de síntomas, el más frecuente Dolor.

La Hidratación se indicó solo en 50% de los casos, sobre todo en los hospitalizados, Alimentación 55% de los cuales 8 casos se atendían a domicilio mediante Nutrición parenteral con capacitación previa por servicio de Nutrición.

En 14 casos se encontró la indicación médica de acompañamiento por familiar, se indicó curación de heridas en 2 casos de pacientes hospitalizados con Ulcera Sacra infectada y uno postoperado de ventana pericárdica. Respecto al manejo de síntomas, el control para el dolor se encontró en el 100% de los casos, seguido de náusea y vómito. Se describen en el cuadro 6 las más frecuentes.

Cuadro 5. Medidas Ordinarias

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Hidratación	20	50,0
Alimentación	22	55,0
Acompañamiento	14	35,0
Cambio de posición	7	17,5
Higiene	6	15,0
Curación de heridas	2	5,0
Cuidados Paliativos	40	100,0
Manejo de Dolor síntomas	40	100,0

Cuadro 6. Manejo de Síntomas

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	11	27,5
Náusea, vómito, dolor	8	20,0
Náusea, vómito, dolor, estreñimiento	7	17,5
Náusea, vómito, dolor, disnea	4	10,0

Dolor, estreñimiento, delirium	3	7,5
Dolor, disnea	3	7,5
Dolor, estreñimiento	3	7,5
Dolor delirium	1	2,5
Total	40	100,0

En relación a las medidas extraordinarias, se encontró que en 28 casos (70%), se aplican una o más de ellas y en 12 (30%) no se indicaron.

Dentro de las más frecuentes se encuentra la Transfusión Sanguínea, y de hemocomponentes, Concentrado Eritrocitario se indica con mayor frecuencia, Quimioterapia en 40% de los casos con fines de tratamiento y en 4 casos (10%) se refería como Quimioterapia Paliativa. En este caso se encontró la leyenda en notas médicas donde especificaba que el paciente comprendía la finalidad no curativa y aceptaba efectos colaterales del manejo.

De acuerdo al uso de antibióticos se indicó en 15 casos (37.5%), entre ellos 5 casos con neumonía, 1 peritonitis y 1 caso de úlcera sacra infectada confirmados por cultivo.

Entre las cirugías que se realizaron en el 27.5% de los pacientes se encontró, ventana pericárdica para manejo de derrame pericárdico, 1 caso de Cirugía de columna por fractura vertebral secundaria a Metástasis, Pleurodesis en 2 casos de Cáncer de ovario y derrame pleural, Exanteración pélvica, Resección intestinal y múltiples lavados quirúrgicos en 2 pacientes con Cáncer de ovario y otro tipo de intervención frecuente fue la colocación de catéter puerto, catéter multipropósito y sondas endopleurales.

En 4 expedientes (10%) se encontró autorización familiar donde no aceptan maniobras de reanimación.

No se encontró significancia estadística en cuanto al puntaje obtenido en las escalas de supervivencia y el riesgo de recibir medidas extraordinarias.

Cuadro 7. Medidas Extraordinarias

Medida	Frecuencia	Porcentaje
Catéter Venoso Central	11	27.5%
Transfusión Sanguínea	16	40
Ventilación Mecánica	4	10
Cirugía	11	27.5
Antibiótico	15	37.5

Nutrición Parenteral	4	10
Fármacos vasoactivos	4	10
Quimioterapia/Radioterapia	16	40
UCI	-	-
Reanimación Cardiopulmonar avanzada	3	7.5

Cuadro 8. Medidas Extraordinarias por sexo

SEXO	Maniobras extraordinarias		Total
	Ninguna	Una o más	Ninguna
Femenino	4	23*	27
Masculino	8	5	13
Total	12	28	40

*Estadístico exacto de Fisher 0 ,008

Se encontró además 38 casos de defunción, 27.5% durante hospitalización y en 27 casos (67.5%) la muerte ocurrió en domicilio, lo cual se reportaba por los familiares al servicio de Cuidados Paliativos o se encontró certificado Médico en el expediente. El 5% de la muestra se encuentra en manejo actualmente.

DISCUSION

Para el manejo de los pacientes con cáncer avanzado, el médico debe basar sus decisiones terapéuticas, de acuerdo con las preferencias, la calidad y la expectativa de vida del paciente.

De los 40 casos analizados en este estudio se asoció un riesgo mayor de aplicar medidas extraordinarias a las mujeres, sin embargo se puede atribuir a que el número de mujeres en la muestra fue mayor. Otro aspecto a destacar fué que de acuerdo a la estimación de supervivencia menor de 6 semanas, todos los casos tuvieron atención en cuidados paliativos y tratamiento sintomático. Sin embargo encontramos que la aplicación de medidas extraordinarias se lleva a cabo en un alto porcentaje (70%) y de las más frecuentes son transfusión sanguínea, quimioterapia, antibióticos, cirugías y colocación de catéter venoso central.

Resultados similares se obtuvieron en el estudio SUPPORT; estudio observacional, prospectivo que analizó 9105 pacientes terminales, puso de manifiesto las deficiencias en la atención de los enfermos al final de la vida. En una primera fase se observó deficiencia en la comunicación, la indicación de tratamientos intensivos y un mal control sintomático ya que el 50% de los pacientes que fallecieron hospitalizados presentaron dolor moderado a severo durante su estancia. En una segunda fase, después de una intervención que pretendía lograr la aproximación paliativa a los pacientes, no se consiguieron mejoras en los resultados.²²

En un estudio en 2014 Ameneiros et al. describieron los últimos días de vida de 102 pacientes con muerte esperable, encontraron que aunque un alto porcentaje de pacientes recibía tratamiento sintomático paliativo (86.3%) existían otros aspectos claramente mejorables como la sedación paliativa. La diferencia con nuestro estudio es que en los pacientes con cáncer sólo el 11.1% recibían procedimientos desproporcionados y 55.6% recibían sedación paliativa.²³

García Caballero et al. Realizaron un estudio observacional durante 6 meses de 2011 y 2012 en el que describieron las medidas de limitación de esfuerzo terapéutico que se indicaban en los pacientes fallecidos en un servicio de Medicina Interna de un hospital de Madrid. Similar a nuestro estudio, encontraron que las más frecuentes son la «orden de no reanimación cardiopulmonar» y la no realización de «medidas agresivas», aunque estas últimas haciendo referencia solo al ingreso a UCI o realizar RCP. Las menos frecuentes en este estudio fueron “no administrar tratamiento oncológico activo y no transfundir. Respecto a esto último, es posible que se deba a que la transfusión de hemoderivados es vista por muchos profesionales como una medida relativamente inofensiva e inocua. Pero también puede reflejar la dificultad para especificar órdenes de LET concretas. Además se puso de manifiesto la discrepancia en función de quién tome la decisión en cada momento de atención, por lo que es preferible que sea el equipo responsable del enfermo el que describa con detalle qué medidas se ha acordado limitar en cada paciente, ya que el equipo de guardia o especialista en Cuidados Intensivos, quienes, en caso de requerir atención y cuidados urgentes, no

conocen al paciente, su entorno ni sus preferencias, disponen de menos tiempo para analizar el caso.²⁴

Posterior al estudio de García Caballero, Juan Pastor A. en una publicación comenta la necesidad de progresar en el trabajo colaborativo entre diferentes especialidades, además de medicina interna, que atienden pacientes potencialmente tributarios de limitar el esfuerzo terapéutico, como por ejemplo oncología, hematología, medicina intensiva, y profesionales adscritos a los servicios de urgencias, lo cual podría evitar el inicio de medidas que se demuestran ineficaces, que prolongan un sufrimiento innecesario y que acaban determinando un retraso en el inicio de las medidas paliativas.²⁵

CONCLUSIONES

- La adecuación del esfuerzo terapéutico es una estrategia muy poco frecuente en nuestra Institución, esto se puede atribuir a que el personal de salud no cuenta con suficiente información para la atención de pacientes terminales.
- Las medidas ordinarias se aplican correctamente.
- Las medidas extraordinarias que se aplican con más frecuencia en pacientes oncológicos terminales son transfusión sanguínea, quimioterapia, antibióticos y procedimientos quirúrgicos.
- En todos los pacientes con enfermedad terminal deben utilizarse las Escalas Pronósticas con la finalidad de ofrecer a estos pacientes la atención que realmente sea de utilidad para asegurar su bienestar.
- Es necesaria la capacitación del personal de salud, lo cual debe contemplarse a nivel multidisciplinario, con el fin de establecer protocolos de atención específicos para pacientes en etapas terminales y así disminuir la obstinación terapéutica.
- Como profesionales de la salud debemos reflexionar que ante la vulnerabilidad de estos pacientes es indispensable el reconocimiento de sus derechos y el respeto a los principios de la bioética.

BIBLIOGRAFIA

1. Castañeda de la Lanza Celina. Programa de medicina y cuidados paliativos. Gac. Mex. de Oncología.2015;14(3):171-175
2. Alonso B. Alberto, González B. Manuel. Medidas de capacidad funcional. En. (director)Manuel González Barón, Mariam Lacasta, Amali Ordoñez. Valoración del paciente con cáncer. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana 2006. Pp 1-16.
3. Paredes E. María C- Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Acta Bioethica, vol. 18, núm. 2, noviembre, 2012, pp. 163-171
4. Pérez P.F. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, una estrategia al final de la vida.Semergen.2016;42(8):566-574.
5. Borsellino Patrizia Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. Multidisciplinary Respiratory Medicine (2015) 10:5
6. Herreros B., Palacios G. Limitación del esfuerzo Terapéutico. Rev. Clin. Esp. 2012;212(3):134-140.
7. Partarrieu M. Felipe. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? Rev. Medicina y Humanidades. Vol. IV N° 1, y 3 2012
8. Gutiérrez S. César, Canizales R. Raúl. Medicina Paliativa en cirugía. Academia Mexicana de Cirugía A.C. Cirugía y cirujanos.2017; 85(2);186-191
9. Canteros J., Lefeubre O. . Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Revista Chilena de Med. Int. 2007.Vol 22(2):93-96
10. Alencar G. Hernrique, Adelaide A. Mónica. Limitation of therapeutic effort in person with severe brain injury Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (2): 279-87
11. López Castro José. Cuidados Paliativos Integrales y limitación del esfuerzo terapéutico. Galicia Clin. 2016;77(4);173-174

12. González Cristina, Méndez José. Cuidados paliativos en México. Rev Med Hosp Gen Méx, Vol. 75, Núm. 3, 2012
13. Finn, L, Roche A., et al. Oncology and Palliative Medicine: Providing Comprehensive Care for Patients With Cancer Ochsner Journal 17:393–397, 2017
14. Verástegui A. Emma, Allende P. Silvia. Aspectos éticos en pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. Gac. Mex. de Oncol. .2013; 12(4):250-255.
15. Garduño E. Armando, et al. Decisiones médicas al final de la vida. Recomendaciones para la atención a pacientes con enfermedades en estado terminal. Acta Pediatr Mex 2006;27(5):307-16
16. Lorda Simón, Esteban L. Pablo. LIMITACIÓN del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos : recomendaciones para la elaboración de protocolos. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014
17. López-Nogales BL, Jefatura de la Clínica de Cuidados Paliativos CEedOC, Hermosillo, Son., México. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015;13(03):162-6.
18. Naval M. , Pascual A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas Aten Primaria. 2006;38(Supl 2):21-8
19. Sosa S. Kenya. Evaluación y comparación de dos escalas pronosticas de supervivencia en enfermos oncológicos terminales del hospital regional 1º de Octubre. UNAM Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales. México D.F. Noviembre 2013.
20. Trujillo C. Ana L., Allende P. Silvia, et al. Utilidad del Índice Pronóstico Paliativo (PPI) en pacientes con cáncer. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013; 12(4):234-239.
21. LEY GENERAL DE SALUD Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 20-08-2009. Pp. 49-54
22. Alfred F. Connors Jr, MD; Neal V. Dawson, MD; Norman A. Desbiend, MD; et al. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized

- Patients. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)
JAMA.1995;274(20):1591-1598
23. Ameneiros L. Eugenia, Carballada R Carmen, Garrido S. Juan. Mortalidad esperable en Medicina Interna: ¿Cómo son los últimos días de vida en los pacientes en los que la muerte es previsible?. Med. Paliat. 2015
24. García C.G., Herreros B., Real de Asúa D. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. Rev Calid Asist. 2016;31(2):70-75.
25. Juan Pastor A. Limitación del esfuerzo terapéutico desde los servicios de urgencias: una decisión compartida. Rev Clin Esp. 2018.