



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina

Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina de Urgencias.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina de Urgencias.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 50

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE
URGENCIAS

**MOTIVO DE CONSULTA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO
ONCOLÓGICOS FUERA DE EXPECTATIVA CURATIVA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS**

ASESOR

DR. JORGE ALFREDO GARCÍA HERNÁNDEZ

CO – ASESORES

DR. ROGELIO IPIÑA LIÑAN



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina de Urgencias.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS.
TÍTULO DE TESIS

Motivo de consulta de pacientes Oncológicos y no Oncológicos fuera de
expectativa curativa en el servicio de urgencias.

PRESENTA

Dr. Luis Arturo López Reveles.

Firmas

| | |
|---|--|
| <p>Asesor Dr. Jorge Alfredo García Hernández.</p> | |
| <p>Co – asesores Dr. Rogelio Ipiña Liñan.</p> | |



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS.

TÍTULO DE TESIS

Motivo de consulta de pacientes Oncológicos y no Oncológicos fuera de
expectativa curativa en el servicio de urgencias.

PRESENTA

Dr. Luis Arturo López Reveles.

| | |
|--|--|
| Sinodales | |
| Dr. Alberto Ruiz Mondragón. | |
| Dr. José Daniel Robles. | |
| Dra. Fátima Alondra Sánchez Martínez. | |
| Dr. Carlos Canales García. | |



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina de Urgencias.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS.

TÍTULO DE TESIS

Motivo de consulta de pacientes Oncológicos y no Oncológicos fuera de
expectativa curativa en el servicio de urgencias.

PRESENTA

Dr. Luis Arturo López Reveles.

| Autoridades | |
|--|--|
| Dra. Gabriela Virginia Escudero Lourdes Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud | |
| Dr. Jorge A. García Hernández Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ 50 | |
| M.C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefe del Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina UASLP | |
| Dr. Alberto Ruiz Mondragón Coordinador de la Especialidad en Medicina de Urgencias | |



RESUMEN:

Motivos de Consulta de Pacientes fuera de Expectativa Curativa Oncológicos y no Oncológicos en el servicio de Urgencias.

Dr. Luis Arturo López Reveles¹, Dr. Jorge Alfredo García Hernández ², Dr. Rogelio Ipiña Liñan ³, Dr. Jesús López Hernández⁴, Dr. Josué Israel Camacho ochoa⁵, Dr. Alberto Ruiz Mondragon⁶, Dra. Metzli Renata Martínez Vázquez⁷.

Médico Residente de 3 año UMQ HGZ #50¹, Coordinación Clínica De Educación e Investigación HGZ#², 50 CVEyMP del HR 15 IMSS BIENESTAR³, Jefe de Oncología y Hematología HGSRYC Durango ISSSTE⁴. Médico de Base UMQ HGZ #50⁵, Médico de Base UMQ HGZ #50⁶, Médico Pasante Servicio Social⁷.

Introducción

Los cuidados paliativos es una parte de la medicina que procura aliviar y mejorar el sufrimiento que padecen los pacientes con enfermedad terminal. En nuestro país no se cuentan con datos sobre cuidados paliativos (CP) en el servicio de urgencias, y tampoco existen datos de las enfermedades no oncológicas que requieren CP, esto aunado que dentro de la especialidad de urgencias médico quirúrgicas no se integra a los CP como parte en la formación en los médicos residentes. Se ha demostrado que el dolor, la dificultad respiratoria y los problemas gastrointestinales son las principales causas de consulta en urgencias; el 75% de ellos visitan este servicio de manera continua en los últimos 6 meses de vida. El manejo de pacientes en etapa terminal con un equipo interdisciplinario mejora su calidad y disminuye los ingresos a dicho servicio.

Objetivo

Determinar los motivos de consulta de pacientes fuera de expectativa curativa, oncológicos y no oncológicos en el servicio de Urgencias.

Métodos

Estudio transversal, exploratorio, descriptivo y analítico. Incluyó pacientes de 18 o más años de edad que acudieron al servicio de urgencias del periodo de enero a diciembre del 2017. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de poblaciones finitas, y se efectuó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad con criterios de terminalidad de la función renal, cardíaca y hepática, así como los pacientes con neoplasia maligna en estadio avanzado. Se solicitó autorización de los pacientes mediante consentimiento informado.



Resultados

Se incluyeron un total de 216 pacientes, siendo los más frecuente del sexo femenino (50.9); el 45.4% fueron del grupo no oncológico, siendo la patología más frecuente la renal, seguida de la hepática y la cardiaca. Los motivos de consulta en el grupo oncológico fueron dolor, disnea, náuseas y vómito, mientras que en el grupo no oncológico fue disnea, dolor e intolerancia a la vía oral. La frecuencia de comorbilidades asociadas fue mayor en el grupo de no oncológico, con diferencia significativa.

Conclusiones

En nuestra población encontramos que los pacientes no Oncológicos se presentaron con mayor frecuencia; así mismo, el sexo femenino predominó con un 51% en nuestra población total.

Los motivos de consulta en pacientes no Oncológicos fueron disnea, dolor, náusea y vómito; mientras que en los pacientes Oncológicos los motivos de consulta son dolor, disnea e intolerancia a la vía oral. Las comorbilidades se presentaron con mayor frecuencia en pacientes Oncológicos, principalmente hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus Tipo 2.



DEDICATORIAS:

A mis padres, por siempre enseñarme que con entereza puedo lograr cualquier reto...

A mi hermano Mario, por ser pieza fundamental en mis logros de cada día...

A mi Hijo Asís, por ser mi motivación día a día...

A Renata, por ser mi inspiración y mi compañera por siempre...



AGRADECIMIENTOS:

Dr. Jorge Alfredo García Hernández por su asesoría y su disciplina que ayudaron a formar este trabajo.

Dr. Rogelio Ipiña Liñan por su apoyo incondicional para finiquitar este protocolo.

Al Dr. Juan Diego Macías y la Dra. Verónica Escobedo por sus consejos y saber sobre llevar esta amistad...

Dr. Ruiz Mondragón... por saber dirigirme y orientarme a ser mejor persona.

Dr. Josué Israel Camacho Ochoa por saber ser amigo y maestro desde mis inicios.



ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN: | 1 |
| DEDICATORIAS: | 3 |
| AGRADECIMIENTOS: | 4 |
| ANTECEDENTES: | 9 |
| JUSTIFICACIÓN: | 18 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: | 19 |
| HIPÓTESIS: | 20 |
| OBJETIVOS: | 21 |
| SUJETOS Y MÉTODOS: | 22 |
| ÉTICA:..... | 30 |
| RESULTADOS: | 31 |
| DISCUSIÓN: | 39 |
| LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN..... | 41 |
| CONCLUSIONES:..... | 42 |
| BIBLIOGRAFÍA: | 43 |
| ANEXO 1 Consentimiento Informado..... | 45 |
| ANEXO 2 Hoja de Recolección de Datos..... | 46 |
| ANEXO 3 Cronograma de Actividades..... | 47 |



ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Criterios de Paciente Terminal | 11 |
| Tabla 2 Criterios de Terminalidad para pacientes con Insuficiencia Cardíaca | 13 |
| Tabla 3 Criterios de Terminalidad para pacientes con Cirrosis | 13 |
| Tabla 4 Criterios de Terminalidad para pacientes con Enfermedad Renal | 14 |
| Tabla 5 CHILD PUG C | 24 |
| Tabla 6 Variables | 28 |



ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|--|----|
| Gráfica 1 Pacientes fuera de expectativa curativa representados por género | 32 |
| Gráfica 2 Pacientes fuera de expectativa curativa distribuidos por patología | 31 |
| Gráfica 3 Pacientes fuera de expectativa curativa distribuidos por edad | 32 |
| Gráfica 4 Pacientes fuera de expectativa curativa oncológicos distribuidos por edad | 33 |
| Gráfica 5 Pacientes fuera de expectativa curativa no oncológicos distribuidos por edad | 34 |
| Gráfica 6 Motivos de consulta de pacientes Oncológicos y No Oncológicos | 34 |
| Gráfica 7 Pacientes No Oncológicos clasificados por patología..... | 37 |
| Gráfica 8 Tipos de cáncer en Pacientes Oncológicos | 37 |



LISTA DE ABREVIATURAS

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

NYHA: New York Heart Association.

ACC: Colegio Americano de Cardiología

MELD: Model for End Stage Liver Disease.

NFK: National Kidney Foundation.

PPS: Palliative Performance Scale.

ANTECEDENTES:

El aumento en la esperanza de vida de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico degenerativas, tanto nacional como a nivel mundial, hace que esto sea un problema de salud pública para el prestador de servicios de la salud.

Dentro de la evolución natural de la enfermedad, las enfermedades crónico degenerativas presentarán un estadio final, en cual las medidas terapéuticas pasarán de ser curativas a paliativas. Dentro de su atención médica, las enfermedades crónico degenerativas son enfermedades que tendrán la característica de ser propiamente incurables, progresivas y debilitantes ⁽¹⁾.

Cerca de 600 mil personas mueren cada año en México a causa de enfermedades Crónicas Degenerativas, tales como: enfermedades cardiovasculares, pulmonares, diabetes, VIH y cáncer. Durante la evolución de su enfermedad, estos pacientes presentarán síntomas que los aquejarán como el dolor, la disnea, ansiedad, depresión, entre otras. Por tal motivo, es importante garantizar que cada uno de estos pacientes tengan acceso a una terapia paliativa y medicamentos que hagan más fácil el llevar su enfermedad, debido a que, sin estos servicios médicos, sufrirán junto con sus familias afectando la calidad de su salud en las últimas etapas de su vida ⁽²⁾.

A causa de que la mayoría de los servicios médicos en cuidados paliativos sólo se encuentran en las grandes ciudades, los pacientes en etapa terminal se ven con la necesidad de trasladarse para tener acceso a una atención médica paliativa, inclusive cuando estos pacientes se encuentran gravemente enfermos ⁽²⁾.

En México, el acceso a los servicios de cuidados paliativos y a las medidas terapéuticas para poder tratar las diferentes sintomatologías con los que se presentan los pacientes en etapa terminal es muy limitado. En su artículo “Cuidar cuando no es posible Curar”, Human Rights Watch observó que en la actualidad

sólo unas cuantas instituciones de salud pública ofrecían cuidados paliativos, y de manera más alarmante, sólo unos cuantos lo ofrecían de manera domiciliaria ⁽²⁾.

Siete de los 32 estados de la República Mexicana (Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Quintana Roo, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas) no cuentan con los servicios de cuidados paliativos para pacientes en etapa terminal, mientras que otros 17 estados proveen servicio de cuidados paliativos, pero sólo en la capital de dicho estado. Como resultado, los pacientes en etapa terminal no acceden al servicio médico de cuidados paliativos, incluso cuando su institución de salud se los otorga como prestación médica ⁽²⁾.

Los cuidados paliativos son una parte de la medicina que procura aliviar y mejorar el sufrimiento que padecen los pacientes con enfermedad terminal. Los principales puntos que buscan los cuidados paliativos son: el manejo de los síntomas que producen algún sufrimiento en el paciente y en el núcleo familiar del mismo; establecer de manera conjunta con el paciente las metas a largo plazo; dar apoyos psicosociales con una adecuada comunicación médico paciente-núcleo familiar ⁽³⁾. Es importante denotar que las intervenciones paliativistas que se hacen en los pacientes deben ser personalizadas en cada uno de ellos, y acorde a la guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, denomina también el concepto, no sólo como paciente terminal, sino un paciente fuera de expectativa curativa aquel que padece una enfermedad crónica e incurable que abarca trastornos metabólicos, infecciosos, y neurodegenerativos, independientemente del tiempo de sobrevivencia que estos pacientes puedan tener. ⁽⁴⁾.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define como paciente terminal aquel que cumple con los siguientes criterios que se muestran en el contenido de la Tabla número 1 ⁽⁵⁾:

| Criterios de Paciente Terminal | |
|---------------------------------------|---|
| 1 | Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. |
| 2 | Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico |
| 3 | Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes |
| 4 | Pronóstico de vida inferior a 6 meses |

Tabla 1 Criterios de Paciente Terminal

Acorde a cifras de la Organización Mundial de la Salud, se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, en donde el 78% de estos pacientes viven en países de ingreso mediano a bajo. Se habla también que el 14% de las personas que requieren cuidados paliativos la reciben. La amplia gama de enfermedades crónico degenerativas como lo son cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%) enfermedades respiratorias (10.3%), sida (5.7%) y diabetes (4.6%), requerirán cuidados paliativos en algún momento de su vida en este tipo de pacientes ⁽⁶⁾. Acorde a un estudio realizado en 234 países en 2011, los servicios de cuidados paliativos sólo se encuentran de manera integral en 20 países, y un 42% de los países carecía de este tipo de servicio médico; además 32% sólo contaba con asistencia paliativa aislada ⁽⁷⁾.

Los cuidados paliativos nacieron en México en el año de 1989 a partir del impulso que realizó la Dra. Silvia Allende Pérez en el Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México. En 1990 se inició el programa de atención domiciliaria y consulta externa en el Instituto Nacional de Cancerología ⁽⁸⁾.

En el hospital civil de Guadalajara, el Dr. Juan I. Menchaca dio inicio al abordaje de los cuidados paliativos; mientras tanto el Dr. Gustavo Montejo Rosas abrió la primera unidad de Cuidados Paliativos al público en 1992. Ese mismo año, en conjunto con la Dra. Silvia Allende elaboraron el plan de trabajo sobre cuidados paliativos, el cual fue presentado y aprobado por el Dr. Eduardo Bruena, Coordinador de Cuidados Paliativos de la OMS ⁽⁸⁾.

En México es importante mostrar que, acorde a cifras del INEGI, las enfermedades crónico degenerativas son un problema de salud pública creciente;

esto aunado al aumento en la expectativa de vida de la población mexicana, tan solo en el 2015 más de 120 mil pacientes murieron a causas de enfermedades isquémicas del corazón; 77 mil lo hicieron a causa de tumores malignos; más de 34 mil pacientes murieron debido a enfermedades hepáticas; aproximadamente 11 mil por problemas de hepatitis alcohólica, y 12 788 defunciones por enfermedades renales ⁽⁹⁾.

Hablando más concretamente en nuestro estado, estadísticas del INEGI muestran que en San Luis Potosí las enfermedades isquémicas cardiacas ocupan el primer lugar con 2,836 defunciones; en tercer lugar, los tumores malignos con más de 1700 muertes; las enfermedades hepáticas con 639 defunciones, y finalmente la enfermedad renal en onceavo lugar con 220 defunciones ⁽¹⁰⁾.

Con los antecedentes antes descritos podemos concluir que varios de estos pacientes con enfermedades crónico degenerativas y terminales en México, y de manera concreta en nuestro estado, sufren de manera innecesaria dolores severos y otros síntomas debido al poco acceso a una atención médica paliativa apropiada en el final de sus vidas.

Los cuidados paliativos no solamente van enfocados a pacientes con cáncer terminal, si no también se enfoca en aquellos pacientes que padecen una enfermedad crónica degenerativa que tenga un desenlace de alta mortalidad. Es por esta razón que es necesario unificar criterios pronósticos en pacientes con enfermedades terminales no oncológicas ⁽¹¹⁾.

Es importante mencionar que mientras los pacientes con enfermedades oncológicas permanecen con un estado clínico más estable hasta etapas finales, en los pacientes no oncológicos el deterioro médico puede inclusive aparecer en estadios tempranos de su enfermedad. Así mismo, en los primeros su enfermedad oncológica será la causa de muerte; sin embargo, en los pacientes no oncológicos es variable el tipo de desenlace que tendrán, ya sea al inicio o al final de su enfermedad ⁽¹¹⁾.

La sobrevida de los pacientes no oncológicos en la mayoría de las ocasiones es mayor a 6 meses en comparación de los oncológicos, provocando el incumplimiento de uno de los criterios que definen a un paciente terminal; por lo cual se han hecho múltiples esfuerzos para establecer o adaptar criterios de terminalidad en este tipo de pacientes, llegando a la conclusión de que prácticamente todos los pacientes con una enfermedad terminal no oncológica contarán con un estadio propio de su enfermedad, donde existirá una falla orgánica propia de cada padecimiento. Los cuidados paliativos se enfocarán en aquellos pacientes, tanto oncológicos como no oncológicos, que cumplan con estos criterios ⁽¹¹⁾. Un ejemplo de enfermedades crónico degenerativas en estadios terminales es la insuficiencia cardíaca, cuyos pacientes en etapas finales acuden por síntomas de disnea, edema, y dificultad respiratoria, entre otras sintomatologías. Acorde a las clasificaciones realizadas por la New York Heart Association (NYHA) y por el colegio Americano de Cardiología (ACC), establecen como terminalidad a pacientes que cumplan los criterios que se observa en la Tabla 2 ⁽¹¹⁾:

| Criterios Terminalidad | para pacientes con Insuficiencia Cardíaca |
|-------------------------------|--|
| NYHA | Asociación Americana de Cardiología |
| Clase Funcional IV | Estadio D |

Tabla 2 Criterios de Terminalidad para pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Aquellos pacientes con insuficiencia hepática que acuden por presentar datos de encefalopatía, infecciones, sangrados, y retención hídrica, se les clasificará conforme a escalas predictoras de la supervivencia, como Child-Pugh y el modelo reciente MELD (Model for End Stage Liver Disease), definiéndose como terminalidad las características que se muestran en la Tabla 3 ⁽¹¹⁾:

| Criterios Terminalidad para | Pacientes con Cirrosis |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Child-Pugh | MELD |
| Estadio C | Puntaje > 30 puntos |

Tabla 3 Criterios de Terminalidad para pacientes con Cirrosis

Para pacientes con enfermedad renal crónica, cuya presentación clínica en los servicios médicos es intolerancia a la vía oral, datos de sobrecarga hídrica, y alteraciones hidroelectrolíticas o acido- base, la NKF (National Kidney Foundation) estadifica la enfermedad renal en 5 estadios, definiendo como paciente terminal aquellos que presentan las características que se muestra en laTabla 4 ⁽¹¹⁾ .

| Criterio Terminalidad para paciente con Enfermedad Renal |
|---|
| NKF |
| Etapas Terminal |
| Tasa de Filtrado Glomerular <15 ml/min |

Tabla 4 Criterios de Terminalidad para pacientes con Enfermedad Renal

En pacientes oncológicos, cuya sintomatología es variable acorde a su patología principal, el estado funcional es el mejor parámetro para medir su supervivencia. En las personas mayores, la afección funcional es un predictor del deterioro en su evolución y mortalidad, La escala Funcional Paliativa (Palliative Performance Scale, PPS) es un medidor de la capacidad funcional de los pacientes en cuidados paliativos. En ella se evalúa deambulación, actividad, estado de alerta, autocuidado e ingesta, permitiendo ser un predictor de supervivencia, tanto en pacientes en domicilio, como intrahospitalarios. Mientras más bajo sea el puntaje, más alta es la mortalidad a los 45 días en aquellos pacientes con un PPS < 20 ⁽¹¹⁾ .

Actualmente el gran avance en los conocimientos médicos nos permite manejar y entender de mejor manera la patología de los pacientes que se encuentran fuera de expectativa curativa, lo que nos dará como resultado un abordaje interdisciplinario más efectivo. El dolor es el síntoma más común en el paciente terminal; sin embargo, no es el único síntoma que puede presentarse. La disnea, el delirium y el síndrome anorexia-caquexia-astenia son otros de los síntomas que padece el paciente fuera de expectativa curativa; por lo cual, es importante que las

Urgencias paliativas deban ser consideradas como parte integral en la terapéutica médica en los pacientes terminales. El objetivo final es el alivio en la sintomatología y mejorar la calidad de vida del paciente que se encuentra cercano a su muerte ⁽¹²⁾.

Como parte del manejo integral del paciente fuera de expectativa curativa se encuentra el manejo del dolor. Se ha comprobado que, en el paciente terminal, el dolor es una sintomatología que más temor produce, tanto en el paciente, así como en su entorno familiar. Se habla que más del 80% de los pacientes terminales presentaran dolor previo a su muerte ⁽¹²⁾. El dolor del paciente en etapa terminal puede presentarse por causas mecánicas o secundario a tratamiento médico, como es el caso de las quimioterapias, cuyo manejo es tan complejo utilizando terapias médicas tan variables, desde los anti inflamatorios no esteroideos, hasta el uso de opioides ⁽¹²⁾. Dentro de la sintomatología de los pacientes en etapa terminal se encuentra la disnea, que es la percepción del paciente como falta de aire; su incidencia en fases avanzadas es alrededor del 19-90% ⁽¹²⁾. El paciente es el único que refiere si ésta se encuentra presente o no; es común que este síntoma se confunda con alteraciones del aparato respiratorio, como lo es la taquipnea, la cual corresponde a una de las manifestaciones clínicas de la insuficiencia respiratoria ⁽¹²⁾. La anorexia, la caquexia y la astenia, pueden presentarse de manera frecuente y de manera simultánea, pero no necesariamente de manera conjunta. La anorexia es definida como la pérdida del apetito involuntariamente; mientras la caquexia es la pérdida rápida de peso relacionada a un proceso inflamatorio o situaciones tumorales que llevan a un metabolismo acelerado, secundaria a la liberación de interleucinas como lo es el factor de necrosis tumoral ⁽¹²⁾. La astenia es un signo que puede integrarse como cansancio ante la realización de algún esfuerzo atenuando la calidad de vida y funcionalidad del paciente, dando una sensación y predisposición de incapacidad, pudiendo presentarse hasta en un 90% de los pacientes en etapa terminal ⁽¹²⁾.

Es bien sabido que los pacientes con enfermedades terminales que requieren cuidados paliativos acudan de primera instancia al servicio de urgencias. Un

estudio reciente realizado en departamentos de urgencias en Carolina del Norte en Estados Unidos, concluyó que el dolor, la dificultad respiratoria, y los problemas gastrointestinales son las principales causas de consulta en el servicio de urgencias, y que estas visitas al departamento de urgencias demuestran la mala calidad de vida que llevan los pacientes terminales en las últimas etapas de su enfermedad. Se demostró que el 75% de los pacientes visitaron el servicio de urgencias de manera continua en los últimos 6 meses de vida, y 51% de estos pacientes realizaron visitas al servicio de urgencias en el último mes de vida ⁽¹³⁾.

Mcnamara y col, evaluaron las admisiones en el servicio de urgencias, en los últimos 90 días de vida de los pacientes fuera de expectativa curativa, y reportaron que el 65.8% de los pacientes fueron admitidos en el servicio de urgencias, de los cuales el 45% de éstos tenían internamientos previos en dicho servicio. Se encontró nuevamente que el dolor, la disnea, las náuseas, el vómito, la desnutrición y el sangrado fueron las principales causas de ingreso ⁽¹⁴⁾. Además, Shin y col, demostraron que los pacientes que acuden al servicio de urgencias son los que presentan sintomatología más grave secundaria a su enfermedad de base ⁽¹⁴⁾. De manera alarmante, a pesar de que el departamento de urgencias es el primer contacto para pacientes con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas, el médico urgenciólogo está poco entrenado y capacitado para llevar a cabo dicho manejo. El estudio "Resident Perceptions of Palliative Care Training in the Emergency Department", buscó encontrar el nivel de entrenamiento y conocimientos sobre cuidados paliativos de los médicos residentes en urgencias; se demostró que de 228 residentes urgenciólogos, sólo un 50% tenían algún conocimiento de cuidados paliativos, 71.1% concordaban en la importancia en tener una capacitación dentro de su formación médica, y finalmente el 24.3% tenían una idea clara de lo que son los cuidados paliativos ⁽¹⁵⁾.

En el año de 2002-2005, una cohorte realizada en departamentos de urgencias en Canadá con una población de 76,759 pacientes durante los últimos 6 meses de vida demostró que el número de visitas ascendía a 194 017 veces, encontrando que el dolor abdominal, el cáncer de pulmón, la disnea, el malestar y la fatiga

fueron las principales causas de ingresos a los departamentos de urgencias. Así mismo, se observó que el simple hecho de acudir al hospital y esperar en la sala de urgencias provocaba un malestar y una angustia en estos pacientes, y que estas visitas son un marcador de mala calidad al final de su vida ⁽¹⁶⁾.

Pero podríamos preguntarnos, ¿Qué impacto tiene el proporcionar cuidados paliativos en el servicio de urgencias? Un estudio de casos y controles con una población de 136 pacientes demostró que la calidad de vida mejoraba de manera considerable en 69 pacientes que recibieron cuidados paliativos en el servicio de urgencias, en comparación de aquellos que no recibieron cuidados paliativos de manera temprana ⁽¹⁷⁾. Lo primero que debe de hacer el especialista de urgencias en un paciente que se sospecha se encuentra fuera de expectativa curativa, es la identificación de aquellos que realmente requerirán cuidados paliativos más que un manejo curativo ⁽¹⁵⁾. Una vez que el paciente con enfermedad terminal se encuentra en el servicio de urgencias, es importante valorar y realizar su abordaje con un equipo interdisciplinario que incluya enfermeras, urgenciólogo, y especialista en cuidados paliativos, ya que esta integración mejorará su desenlace, y con esto se podrá brindar el tratamiento más apropiado para su padecimiento actual ⁽¹⁸⁾.

Como lo fue demostrado en un estudio realizado en 169 pacientes en el cual el manejo realizado en los pacientes con cáncer en etapa terminal en los servicios de urgencias por un equipo interdisciplinario adecuado mejoraba la calidad de vida, disminuía los ingresos a los servicios de urgencias, y de manera no tan significativa mejoraba su sobrevivencia ⁽¹⁸⁾.

JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad, la calidad de atención de los servicios de salud se ha convertido en un eje central que determina la vinculación de todos los procesos de atención. Satisfacer las necesidades de los usuarios se ha convertido en un reto, especialmente cuando dichas necesidades cambian acorde a las expectativas y pronósticos de las enfermedades de base de los pacientes. Tal es el caso de los pacientes que se encuentran en etapa terminal, en donde la expectativa curativa ya no es lo prioritario, sino más bien el manejo de los síntomas que agudizan una enfermedad avanzada.

El presente estudio pretende observar los principales motivos de consulta de los pacientes en etapa terminal, tanto oncológicos como no oncológicos, que acuden al servicio de urgencias, ya que actualmente esta información se desconoce muy posiblemente debido a que dichos motivos de consulta son clasificados de manera general y no secundariamente a la patología que probablemente las produce. Lo anterior impacta negativamente debido a que, al no contar con estadísticas de estos pacientes, se imposibilita conocer cuál es el mejor abordaje para cada uno de ellos, y de esta manera poder mejorar la calidad de vida en las etapas finales de su enfermedad. En nuestro hospital se cuenta con una gran población de pacientes cardiopatas, renales, hepatopatas y oncológicos, muchos de ellos en etapa avanzada de su patología, que acuden simultáneamente y/o repetidamente al servicio de urgencias para poder encontrar un alivio a su sintomatología. En la mayoría de las ocasiones se busca una terapia curativa, en lugar de brindar un manejo paliativo. El conocer cuáles son las causas más frecuentes por las que acuden a un servicio de urgencias permitirá a futuro optimizar mejor los recursos médicos, económicos y humanos, para poder implementar estrategias a mejorar su atención paliativa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En México no hay datos sobre cuidados paliativos en el servicio de urgencias y tampoco datos de enfermedades no oncológicas que requieren cuidados paliativos, ya que la misma Guía de Práctica Clínica del IMSS, menciona que ni siquiera se tienen datos exactos de pacientes terminales, esto aunado que dentro de la especialidad de urgencias médico quirúrgicas, no está integrada como parte en la formación en los médicos residentes. Tan solo en nuestra entidad acorde a cifras del INEGI, las enfermedades isquémicas cardíacas ocupan el primer lugar con 2,836 defunciones, En tercer lugar los tumores malignos con más de 1700 muertes, las enfermedades hepáticas con 639 defunciones y finalmente la enfermedad renal, en onceavo lugar con 220 defunciones, Lo que nos lleva a pensar que varios de estos pacientes con enfermedades crónico degenerativas y terminales en México y de manera concreta en nuestro estado sufren de manera innecesaria dolores severos y otros síntomas, debido al poco acceso a una atención médica paliativa apropiada en el final de sus vidas. Por lo que es de importancia conocer primero cuáles son los motivos más frecuentes por los que los pacientes en etapa terminal, oncológicos y no oncológicos acuden a nuestro servicio, ya que en nuestro Hospital General de Zona #50, contamos con una población amplia de pacientes, nefrópatas, cardiopatas, hepatopatas y oncológicos. Lo que hace que este estudio sea factible ya que contamos con la población necesaria para poder llevarlo a cabo, y de esta manera, ayudara a implementar de una mejor manera los recursos humanos y materiales para el mejor manejo, atención y optimización de recursos tanto médicos como hospitalarios. Por estos motivos establecemos la siguiente pregunta de investigación: **¿CUALES SON LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES ADULTOS ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS FUERA DE EXPECTATIVA CURATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?**



HIPÓTESIS:

Los motivos de consulta más frecuente, acorde a literatura revisada de pacientes no oncológicos y oncológicos, son: en primer lugar, dolor; segundo lugar, disnea; en tercer lugar, intolerancia a la vía oral.



OBJETIVOS:

Objetivo General

- Determinar Los motivos de consulta de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias.

Objetivos secundarios

- Determinar cuáles son los síntomas más frecuentes de los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias.
- Determinar cuál es la patología no oncológica más frecuente de los pacientes adultos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias.
- Determinar edad y género de presentación más frecuente de los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias.
- Observar las principales comorbilidades asociadas (Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Hiperuricemia, secuelas de Ictus e Hipertensión Arterial Sistémica) de los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias.

SUJETOS Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: se trata de un estudio exploratorio y descriptivo donde se evaluó los motivos de consulta de pacientes fuera de expectativa curativa, oncológicos y no oncológicos en el servicio de urgencias.

Universo de trabajo: estuvo formada de pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad terminal, oncológica y no oncológica, que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50 IMSS, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

Población de estudio: estuvo formado de pacientes adultos que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50 IMSS, San Luis Potosí, San Luis Potosí, dentro de un periodo de 12 meses comprendido de enero del 2017 a diciembre del 2017.

TIPO DE MUESTRA:

TIPO DE MUESTREO:

Se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos, ya que fueron seleccionados todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HGZ#50 IMSS.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Debido a que no existen registros ni estudios que evalúen la frecuencia de pacientes terminales oncológicos y no oncológicos, se realizó un estudio explorativo, donde se calculó una muestra representativa con base en el total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2015, el cual es de 22 244. Se calculó utilizando la fórmula para muestras finitas, con un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5%, con una proporción esperada del 50% (se toman en cuenta 50%, ya que se desconoce); dicho análisis otorga que la muestra representativa es de 270 pacientes. Se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (casos consecutivos).

La fórmula utilizada para calcular la muestra es:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-P)}$$

En donde:

n : es el tamaño de la muestra que se calculará

N : es el tamaño de la población (22,244)

Z : es el nivel de confianza deseado (95% =1.96)

e : es el margen de error máximo permitido (5%)

p : es la proporción de que se espera encontrar (50%)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-P)} = \frac{(22,244)(1.96)^2 (50)(1-50)}{(22,244 -1) (5)^2 + 1.96^2 (50)(1-50)}$$

Aspecto estadístico

Herramienta estadística: con estadística descriptiva (medidas de tendencia, central, rangos, frecuencias, proporciones, chi cuadrada) se utilizará el software SPSS.

Criterios de inclusión y no inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años hombres y mujeres, afiliados al Hospital General número 50 IMSS.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y capaces de otorgar un consentimiento informado. En caso de no poder otorgar el consentimiento, se solicitará a su representante legal poder realizarlo.
- Pacientes con enfermedad terminal fuera de expectativa curativa **asentado en el expediente clínico por el médico tratante**, y con diagnósticos previamente de:

1. Insuficiencia Cardíaca en estadio IV de la NYHA y D de la AHA.
2. Enfermedad Renal Crónica en estadio V con TFG <15ml/min.
3. Insuficiencia Hepática estadio Child-Pug C o MELD >30 puntos

| CHILD- PUG C | |
|-------------------|----------------|
| Ascitis | Moderada |
| Bilirrubina mg/dl | ➤ 3 |
| Albúmina g/dl | < 2.8 |
| TP | ➤ 6 |
| INR | ➤ 2.3 |
| Encefalopatía | West haven 3-4 |

Tabla 5 CHILD PUG C

4. Pacientes oncológicos con sobrevida menor a 6 meses ya diagnosticados por su médico tratante.

Criterios de No Inclusión:

- Pacientes sin diagnóstico definido previamente.
- Pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.
- Pacientes con lesión renal aguda.
- Pacientes con insuficiencia hepática aguda.
- Pacientes oncológicos en protocolos de estudio.
- Pacientes post trasplantados de riñón, corazón e hígado.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que posterior a su inclusión decidan no participar.
- Expedientes clínicos incompletos



Procedimiento:

Durante la realización de dicho protocolo se utilizó una búsqueda sistemática donde se utilizaron las siguientes palabras: “paliative Care”, “Paliative care in the emergency Room” “and” y “or”. Se encontraron guías de práctica clínica de la sociedad de cuidados paliativos, estudios sobre la incidencia de pacientes oncológicos en el departamento de urgencias, medidas de cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad terminal en el servicio de urgencias, y criterios de terminalidad, tanto para pacientes oncológicos como no oncológicos.

Una vez seleccionada nuestra población muestra mediante los criterios de inclusión y no inclusión previamente mencionados, se otorgó a cada paciente una carta de consentimiento informado, la cual se muestra en este protocolo en el anexo 1. Una vez otorgado el permiso para ser incluido en nuestro estudio, se procedió a la recolección de datos donde se incluyó, sexo, edad, antecedentes personales patológicos, y su motivo de consulta a nuestro servicio.

Posteriormente se procedió a revisar el expediente de los pacientes incluidos en el estudio, donde el médico tratante ratifica que el paciente se encuentra en manejo terminal, y consecutivamente se revisó cuál fue el manejo que dio el médico urgenciólogo que se le otorgo al paciente en el servicio de Primer contacto del departamento Urgencias.

Dicha información se almaceno en una base de datos, la cual posteriormente se analizó y se mostró mediante gráficas acorde a las variables obtenidas.

VARIABLES:

| Variables | Definición | Definición operacional | Valores posibles | Escala |
|--|---|---|---|-----------------------------|
| <p>Motivo de consulta</p> <p>Independiente (Cualitativa nominal)</p> | <p>Causa que lleva al paciente a solicitar atención médica en el servicio de Urgencias</p> | <p>Los motivos de consulta que se evaluarán serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disnea: dificultad respiratoria que se traduce con sensación de falta de aire - Dolor: - Intolerancia a la vía oral: - Hemorragia o sangrado: - Retención hídrica: | <p>0= dolor. 1= Disnea 2=Intolerancia a la vía oral. 3=Hemorragia. 4=constipación 5= Retención hídrica 6= astenia y adinamia 7= hiporeactividad al medio. 8=astenia y/adinamia.</p> | <p>Sí No</p> |
| <p>PACIENTE TERMINAL</p> <p>Dependiente (Cualitativa. Nominal)</p> | <p>Paciente con presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; en quien no se cuenta con posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.</p> | <p>El paciente terminal puede ser categorizado en las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad renal crónica terminal: TFG menor a 15 ml/min, medida o calculada con formula de | <p>0= Patología no terminal 1= ERC terminal 2=Insuficiencia hepática terminal 3.- Patología oncológica terminal 4= Insuficiencia cardíaca</p> | <p>Sí No</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|----------|
| | | CKD-EPI. - Que no haya sido trasplantado. - Insuficiencia hepática terminal Child-Pug C - Insuficiencia cardíaca congestiva: - Patología oncológica terminal: | | |
| Edad Control Cuantitativa (Rangos) | Tiempo cronológico en años de vida. | Años cumplidos desde su nacimiento. | 0=18 – 20 años 1=21 a 44 años 2= 45 a 64 años 3= 65 o más años | |
| Patologías asociadas Control (Cualitativa nominal) | Enfermedades crónico degenerativas que forma parte de los antecedentes del paciente y contribuyen a su estado de salud | Se tomarán en cuenta las siguientes enfermedades crónico degenerativas : - Diabetes mellitus: - Hipertensión arterial sistémica - Dislipidemia - Cardiopatía isquémica | 0= Diabetes 1=HAS 2=Dislipidemia. 3=cardiopatía isquémica 4= hiperuricemia 5= secuelas de EVC | Sí No |

| | | | | |
|---|---|---|------------------------|--|
| | | - Hiperuricemia : - Secuelas de EVC | | |
| Sexo Control (Cualitativa Dicotómica) | Conjunto de características anatómicas, fisiológicas, genéticas y sociales que diferencian al ser humano en masculino y femenino. | Género al que pertenece el paciente, expresado en el expediente por el médico tratante. | 0= Hombre 1 = Mujer | |

Tabla 6 Variables

Procedimiento enumerado:

1. Búsqueda de Información Sistemática para la realización de introducción y marco teórico relacionada a los cuidados paliativos.
2. Revisión y esquematización del protocolo “Motivos de consulta de pacientes oncológicos y no oncológicos en el servicio de Urgencias”.
3. Revisión y posible aprobación del protocolo de investigación por el comité de ética local e investigación, Posterior aprobación se solicitará autorización a Directivos del HGZ #50 para su realización en el servicio de urgencias.
4. Pacientes que acudan al servicio de urgencias se les solicitará participar en el protocolo de investigación entregándose previamente consentimiento informado.
5. Se verificará que el paciente cumpla con los criterios de inclusión y no inclusión ya mencionados.
6. Se solicitará revisar el expediente de urgencias de los pacientes participantes, y se recabará edad, sexo, antecedentes personales patológicos, motivo de consulta.
7. Se almacenará la información en una base de datos.



- 8.** Se realizará el análisis estadístico con el apoyo de los asesores, y se realizarán escalas y graficas acorde a los datos obtenidos.
- 9.** Se presentarán resultados obtenidos del estudio.
- 10.** Validación de los resultados finales por las autoridades pertinentes.
- 11.** Publicación de los resultados en los diferentes foros o revistas fuera o dentro de la institución.

ÉTICA:

El presente protocolo se planea realizar con el objetivo de conocer los motivos de consulta de pacientes oncológicos y no oncológicos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias, para implementar de mejor manera los recursos tanto económicos, médicos y humanos, y con esto mejorar la atención de dichos pacientes en nuestra unidad, debido a que contamos con una gran población de pacientes, oncológicos, nefrópatas y hepatópatas en nuestro servicio.

Se solicita la autorización de los directivos del HGZ 50 IMSS para la realización de este protocolo en estas instalaciones, con el compromiso de dar a conocer los resultados, y basarlo en las diferentes normas y legislaciones éticas que existen.

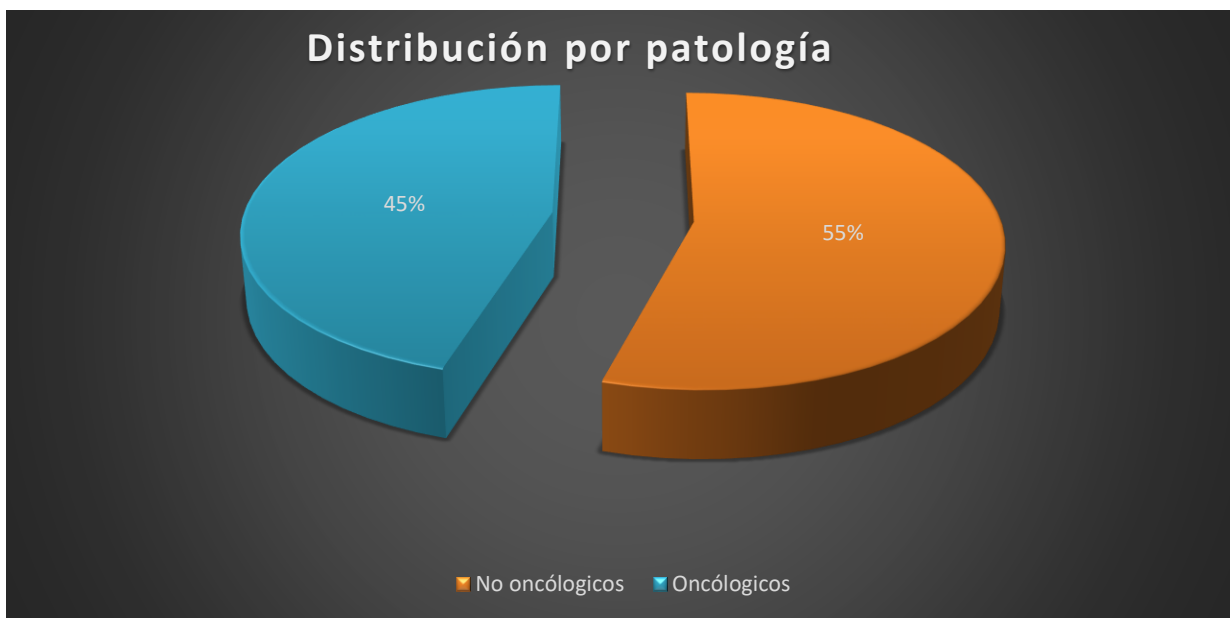
El presente trabajo cumple con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-12-2009), en el Título Segundo “Sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en su capítulo I, artículos 13 a 18 y artículos 20 a 23; Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100; Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos.

Este estudio se considera sin riesgo para los pacientes, ya que la información se obtendrá de los expedientes médicos, y no se hará intervención extra a la decisión de médico. Los resultados de este estudio se darán a conocer a la coordinación clínica de Urgencias, así como se darán a conocer sugerencias para el diagnóstico y manejo con base en los mismos.

La información resultante, así como los datos personales de los pacientes, se manejarán de forma cuidadosa y cautelosa. Los resultados que puedan ser difundidos guardarán la identificación del paciente a través de un código de cifrado que sólo el investigador principal conocerá.

RESULTADOS:

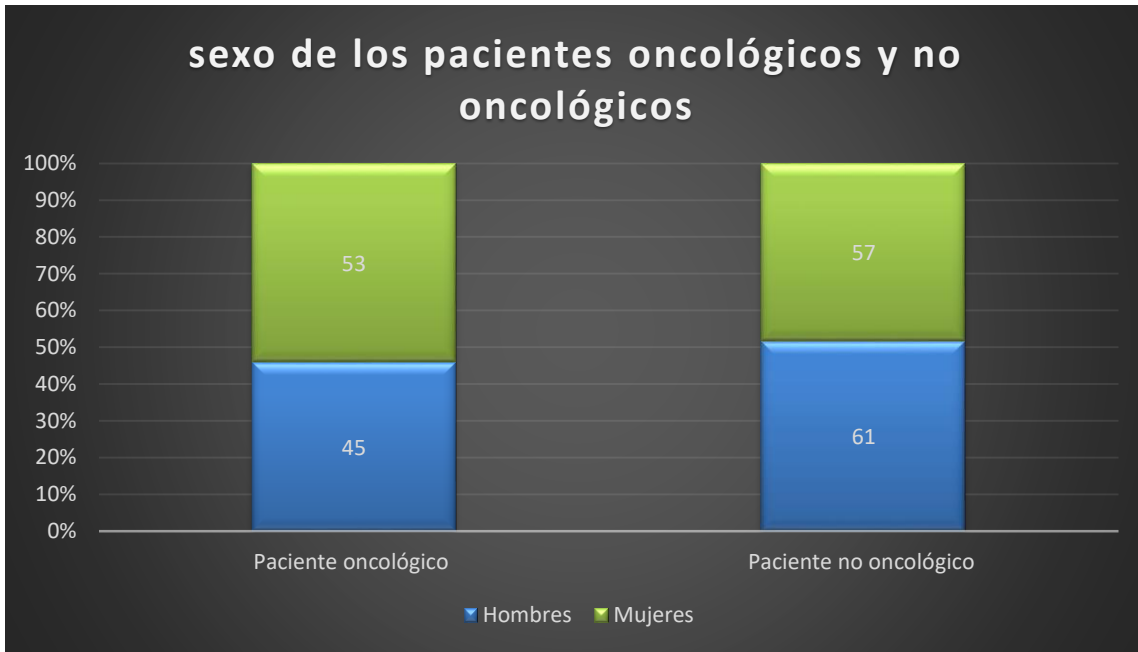
Se incluyeron en el estudio 216 pacientes, de los cuales todos cumplieron los criterios de inclusión. No se eliminó a ningunos de los pacientes. De los 216 pacientes que acudieron atención médica al servicio de urgencias, el 45.4% de los pacientes fueron oncológicos (98), mientras que el 55% restante fue de pacientes no oncológicos (118), mostrando una mayor demanda de este tipo de pacientes en nuestra población hospitalaria, y contrario a lo que se pensaba, los pacientes que requieren cuidados paliativos en nuestra muestra son los no oncológicos. Lo anterior se representa en la gráfica 1.



Gráfica 1 Pacientes fuera de expectativa curativa distribuidos por patología

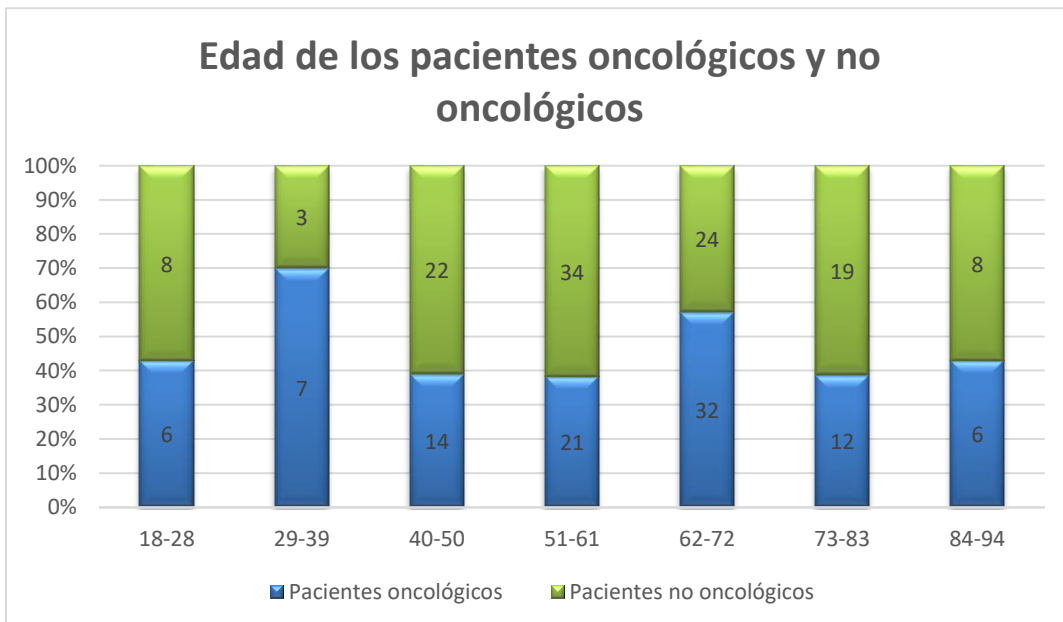
De los 216 pacientes fuera de expectativa curativa, el sexo femenino fue el predominante (51%) con 110 pacientes; los restantes (106) fueron del sexo masculino, como se representa en la gráfica número 1.

Al clasificarlos como paciente terminal oncológico o no oncológico, el sexo masculino predominó en los no oncológicos con 61 pacientes (51.7%), mientras que 57 pacientes fueron de sexo femenino (48.3%); en el grupo de pacientes terminales con patología oncológica el sexo femenino predominó con 53 pacientes (54.1%), mientras que de sexo masculino fueron 45 (45.9%). Como se muestra en la tabla número 2.



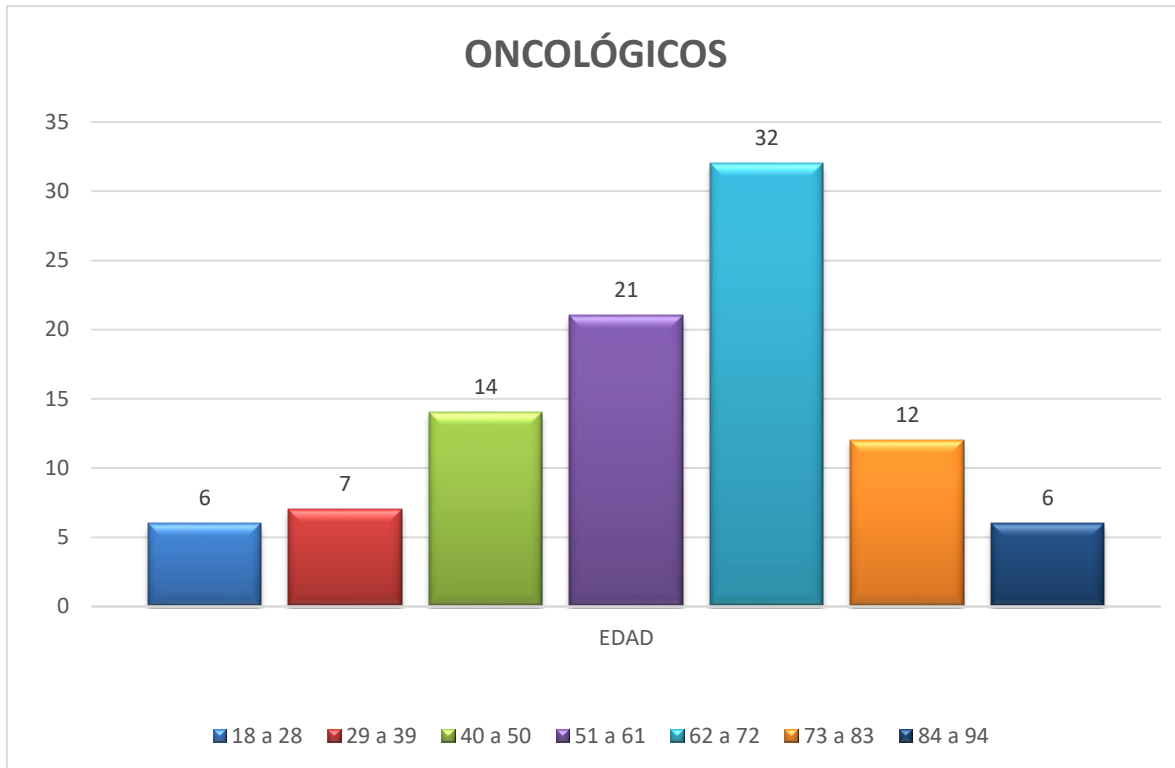
Gráfica 2 Pacientes fuera de expectativa curativa representados por género

La mediana en la edad del total de pacientes y por grupos separados fue de 58 años; el grupo de edad predominante fue el de 62 a 72 años con 56 (25.9%), seguido del grupo de 51 a 61 años con 55 pacientes (25.5%), como se muestra en la gráfica número 3.



Gráfica 1 Pacientes Oncologicos y no Oncologicos Distribuidos por edad.

En el grupo de pacientes oncológicos el grupo de edad de 62 a 72 años fue nuevamente el que predominó con 32 pacientes (32.7%), seguido por el grupo de edad de 51 a 61 años con 21 pacientes (21.4%).

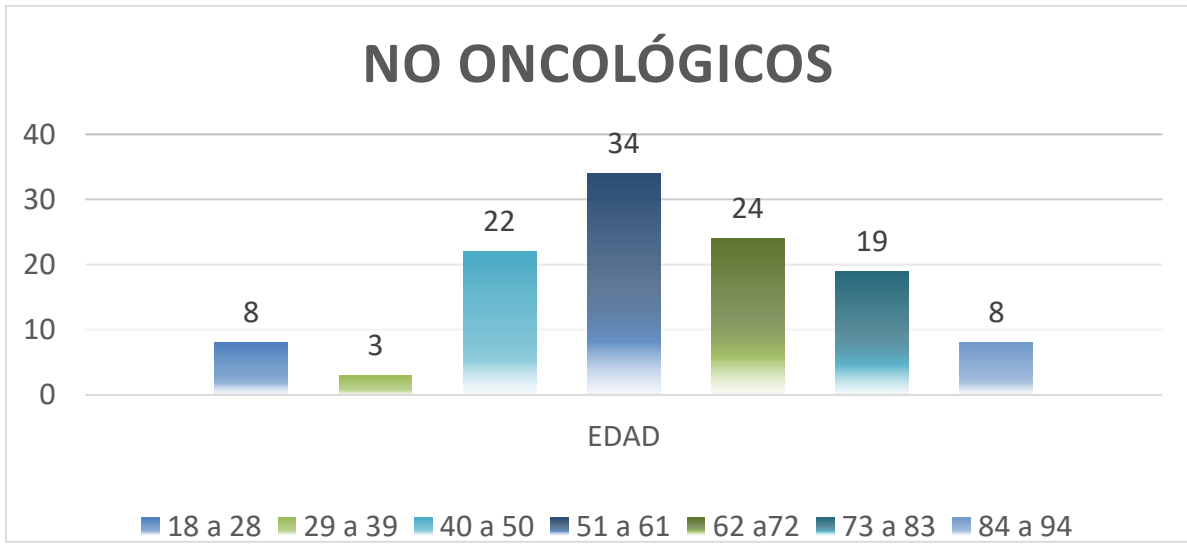


Gráfica 2 Pacientes fuera de expectativa curativa oncológicos distribuidos por edad

En el grupo de pacientes no oncológicos el grupo de edad que predominó fue el de 51 a 61 años con 34 pacientes (28.8%), seguido por el grupo de 62 a 72 años con 24 pacientes (20.3%).

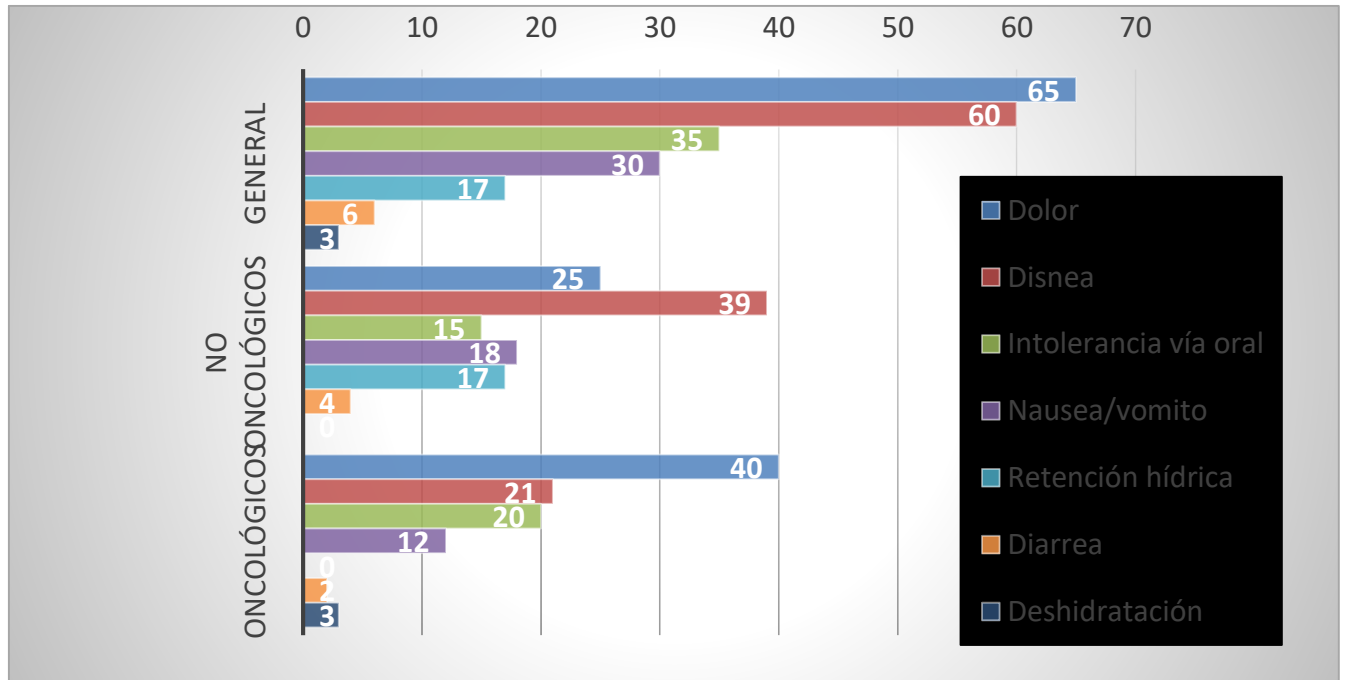
Estos resultados demuestran que la población que acude por atención médica al servicio de urgencias en la edad de 51 a 61 años ya tiene criterios de terminalidad, sin padecer alguna enfermedad oncológica. Una población que se considera aún económicamente activa, ya está generando consumo de recursos médicos al sector salud.

Estos datos quedan representados en la gráfica número 5.



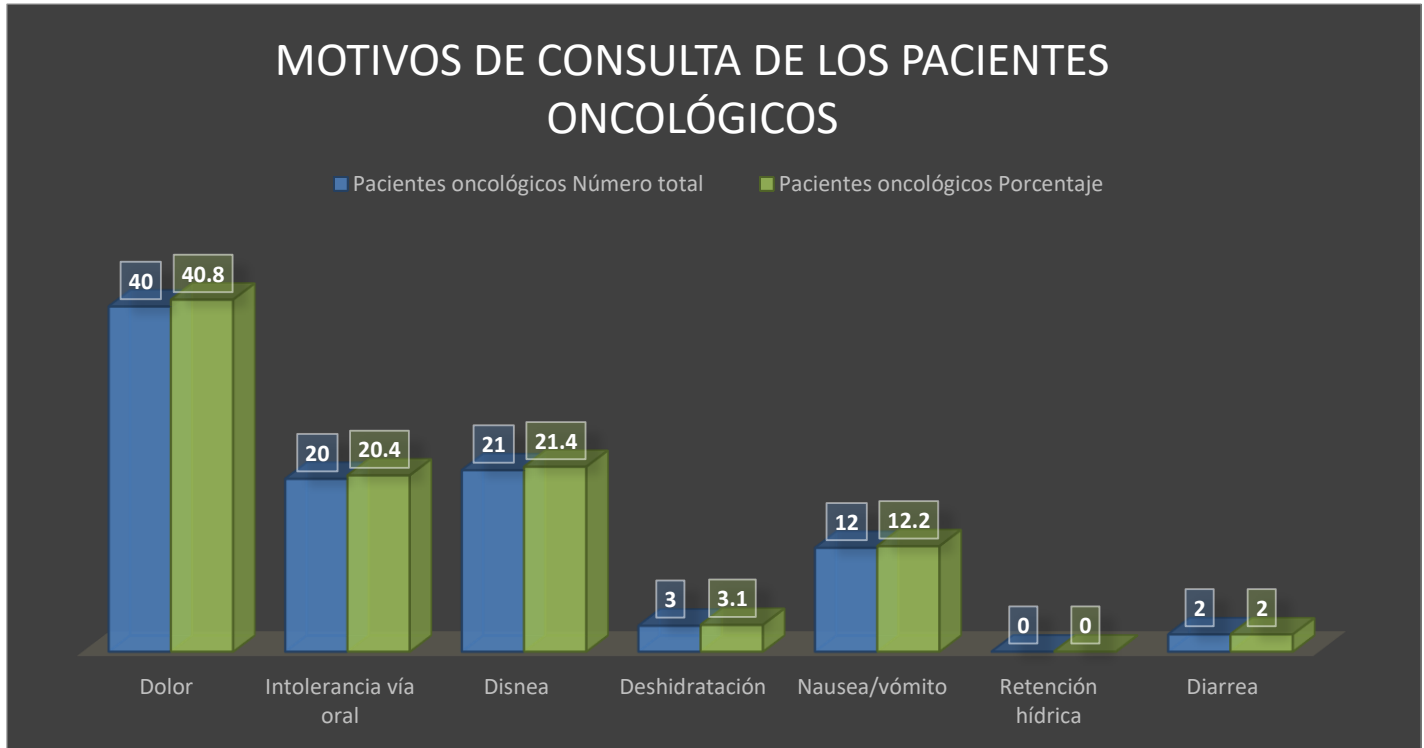
Gráfica 3 Pacientes fuera de expectativa curativa no oncológicos distribuidos por edad

Del total de la población estudiada, el motivo de consulta principal fue el dolor en el 30.1 % (65 pacientes), seguido de la disnea en el 27.8% (60 pacientes) y en el 16.2 % (35 pacientes) la intolerancia a la vía oral, como se muestra en la gráfica número 6.



Gráfica 4 Motivos de consulta de pacientes Oncológicos y No Oncológicos.

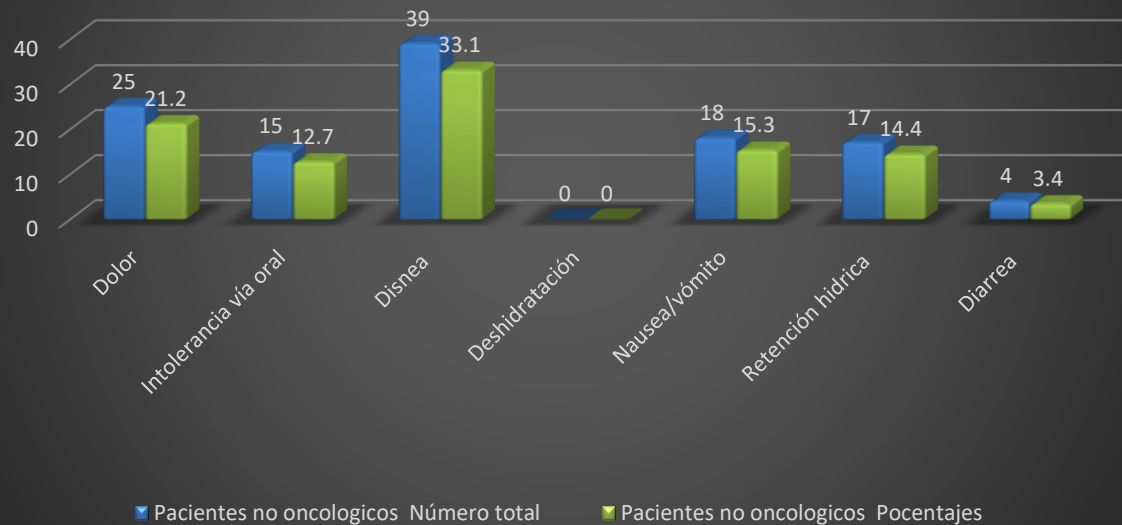
En pacientes oncológicos los motivos de consulta más frecuentes fueron: dolor, presentándose en 40 pacientes correspondiendo a un 40.8%; en segundo lugar disnea en 21 pacientes que representó al 21.4% y en tercer lugar, la intolerancia a la vía oral en 20 pacientes (20.4%). Finalmente en un 12.2 %, 3.1% y 2% se presentó náusea/vómito, deshidratación y diarrea respectivamente, como se muestra en la gráfica número 7.



Gráfica 7 Motivos de consulta de pacientes Oncológicos.

En los pacientes no oncológicos el principal motivo de consulta fue la disnea presentándose en 39 pacientes lo que representa un 33.1%, el dolor en segundo lugar en 25 pacientes lo que corresponde a un 21.2%; náusea-vomito ocurrió en 18 pacientes (15.3%). Como cuarto y quinto síntomas en orden de frecuencia se presentó retención hídrica en 17 pacientes (14.4%) y la intolerancia a la vía oral en 15 pacientes (12.7%). Como se muestra número 8.

Motivos de consulta de pacientes no oncológicos

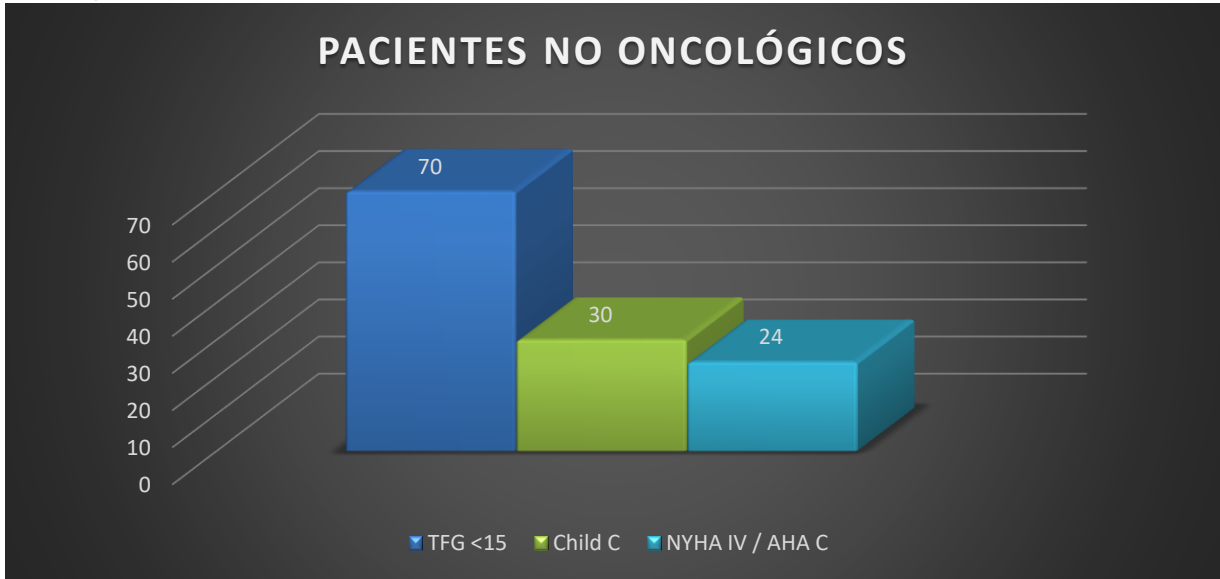


Gráfica 8 Motivos de consulta de pacientes No Oncológicos.

En el grupo de pacientes no oncológicos que acudieron al servicio de urgencias, encontramos que de los 118, la principal población correspondió a pacientes con enfermedad renal con tasa de filtrado glomerular menor a 15 ml/min pues 70 pacientes contaban con esta característica representando un 59.3%, y en relación al total de la población un 32.4%.

En segundo lugar se presentó población con Enfermedad Hepática clasificada en Child-Pug C, en este estudio fueron 30 pacientes correspondiendo a un 25.4%, y en relación al total de la población un 13.9%.

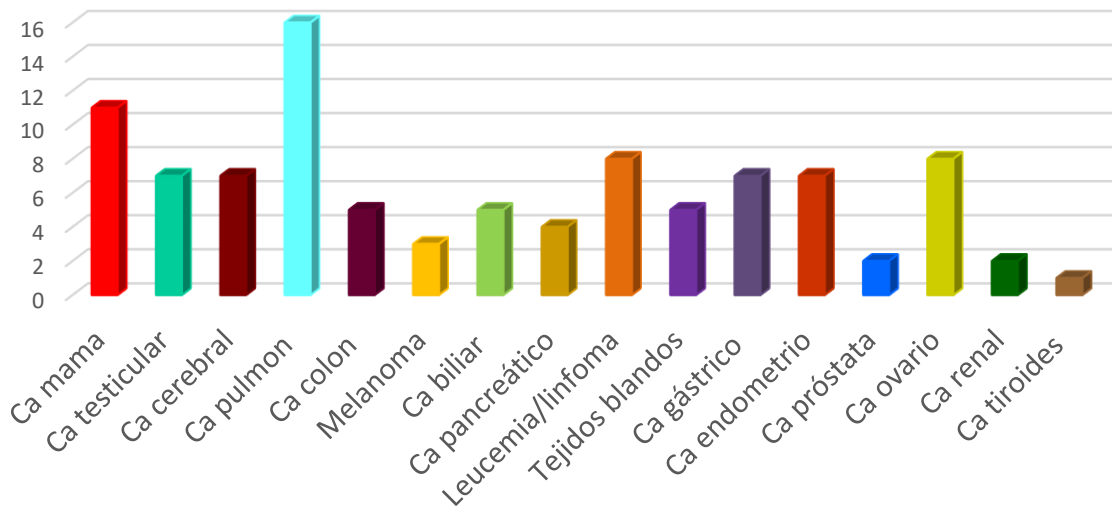
Así mismo se encontró que la población con Insuficiencia Cardíaca estatificada en NYHA D y/o AHA C ocupó el tercer lugar de frecuencia con 24 pacientes equivalente al 20.3% en el grupo de pacientes no oncológicos y al 11.1% y en relación al total de la población . Todo esto representado en la tabla número 9.



Gráfica 9 Pacientes No Oncológicos clasificados por patología

Los tipos de cáncer que con más frecuencia que se encontraron en la población de estudio fueron los de pulmón (16.3%); en segundo lugar mama (11.2%); leucemia-linfoma y ovario en tercer lugar con (8.2% cada uno). En menor porcentaje se presentaron otro tipo de tumores como lo fue Melanoma, Ca cerebral, Ca gastrobiliar del tracto genitourinario y ginecológicos.

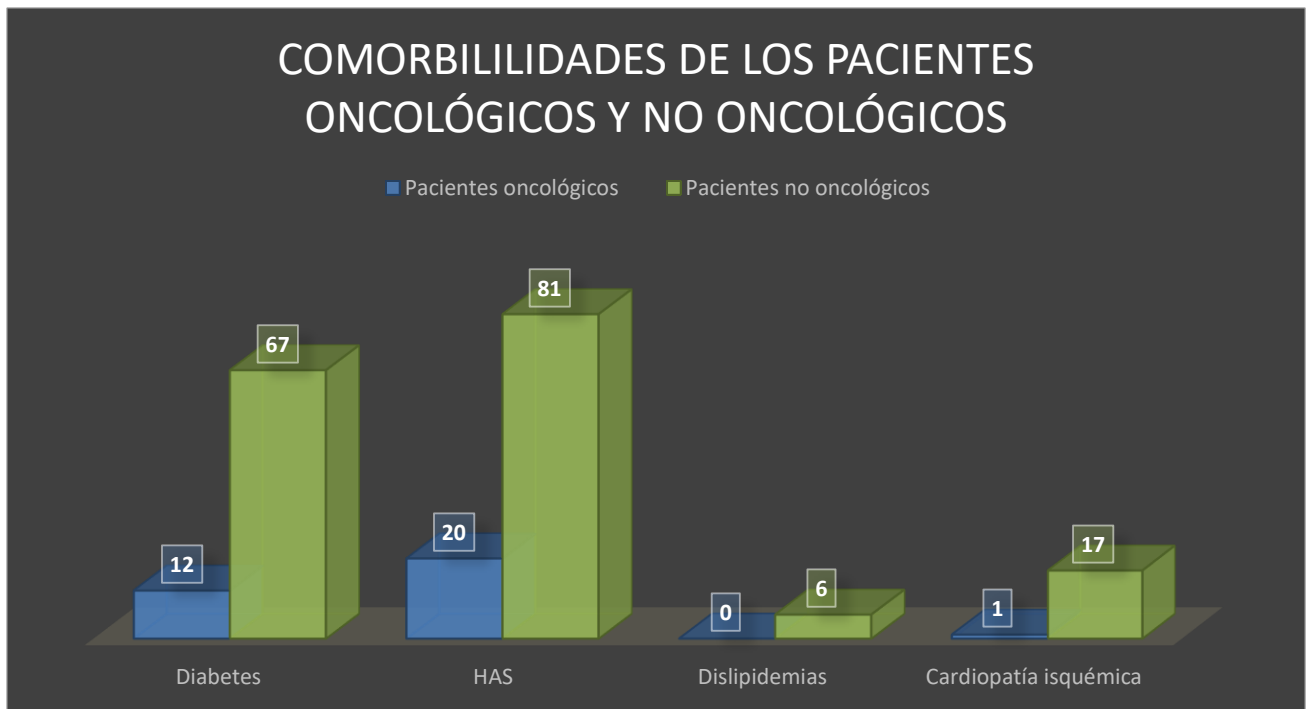
TIPOS DE CÁNCER



Gráfica 5 Tipos de cáncer en Pacientes Oncológicos.

De las comorbilidades encontradas en nuestra población, la Hipertensión Arterial Sistémica ocupó el primer lugar en ambas muestras, en los no oncológicos con 81 pacientes (80.2%) y en los oncológicos con 20 pacientes y un (19.8%). La diabetes Mellitus en segundo lugar en no oncológicos con 67 pacientes (84,8%) mientras que en los oncológicos 12 pacientes y un (15.2%).

En tercer lugar la cardiopatía isquémica, con 17 pacientes no oncológicos y un (94.4%) y oncológicos con 1 solo paciente. Y finalmente la dislipidemia con 6 pacientes no oncológicos y ningún paciente oncológico. Como se muestra en la tabla número 9.



Gráfica 9 Comorbilidades de los pacientes oncológicos y no oncológicos.

Encontramos que en los pacientes no oncológicos se presentó mayor porcentaje estadísticamente significativo que en los oncológicos ($p < 0.001$). Por lo cual podríamos suponer que la causa de la enfermedad terminal en la población no oncológica es secundaria a su comorbilidad en este caso Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus.

DISCUSIÓN:

En México no se cuenta con información acerca de pacientes que requieran cuidados paliativos, al no contar con ellos buscan atención en el servicio de urgencias. Se ha demostrado que el dolor, la dificultad respiratoria y los problemas gastrointestinales son las principales causas de consulta en el servicio de urgencias; el 75% de ellos visitan este servicio de manera continua en los últimos 6 meses de vida.

El manejo de pacientes en etapa terminal con un equipo interdisciplinario mejora su calidad y disminuye los ingresos a dicho servicio. En nuestra muestra se incluyeron 216 pacientes encontrando que el sexo femenino fue el predominante (51%) con 110 pacientes; del resto de la población 106 fueron del género masculino (49%) datos que concuerdan con lo mostrado en la literatura previa, como lo fue publicado por Corita R. Grudzen y colaboradores en su población de 136 pacientes donde el sexo femenino predominó con un 55%⁽¹⁸⁾. Así mismo nuestro estudio concuerda con lo mostrado por Rivera D, Gallicchiov y Colaboradores, donde nuevamente el sexo femenino predominó en su estudio Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer⁽¹⁹⁾.

De la muestra de 216 pacientes que acudieron atención médica al servicio de urgencias, el 45.4% de los pacientes fueron oncológicos, mientras que un 55% de la población restante fue de pacientes no oncológicos; estos resultados contrastan con lo reportado en la literatura actual donde los pacientes oncológicos representan lo más frecuente en solicitar los cuidados paliativos. Esto lo podríamos explicar dado que nuestra unidad tiene adscrita la población que le corresponde la atención de los servicios médicos de nefrología, hematología, cardiología, oncología médica y quirúrgica, por lo cual al ser un “centro de referencia” en la Ciudad, esperamos tener mayor ingreso de este tipo de pacientes. Por otra parte no se habían realizado estudios con búsqueda específica de pacientes con criterios de terminalidad de grupos no oncológicos

Corita R. Grudzen y colaboradores publicaron acorde a su población que los principales tipos de cáncer de los pacientes que se presentan en el servicio de urgencias son mama, colorectal y de pulmón ⁽¹⁸⁾. Sin embargo Rivera D, Gallicchiov y Colaboradores muestran que en su población los tipos de cáncer más frecuentes fueron Mama, Próstata y Pulmón⁽¹⁹⁾.

En nuestro estudio encontramos que los tipos de cáncer más frecuentes fueron pulmón (16.3%), mama (11.2%), leucemia-linfoma (8.2%) y ovario (8.2%).

Corita R. Grudzen y Colaboradores evaluaron las admisiones de pacientes terminales oncológicos durante un periodo de 6 años en el servicio de urgencias y

encontraron que los pacientes fuera de expectativa curativa sus principales motivos de consulta fueron: la disnea, el dolor e infecciones del tracto urinario. Contrastando con lo publicado por Lawson BJ, Burge FI y colaboradores en su estudio Palliative care patients in the emergency department mostraron que la disnea, el dolor así como la astenia y adinamica eran los principales motivos de consulta ⁽²⁰⁾.

En nuestro estudio los motivos de consulta más frecuentes fueron: Dolor (40.8%), disnea (21.4%) e intolerancia a la vía oral (20.4%); en los no oncológicos fue disnea (33.1%), dolor (21.2%) náusea-vómito (15.3%). Concordando más con lo publicado por Lawson BJ, Burge FI y colaboradores. Con lo que demostramos que los resultados obtenidos en relación a los motivos de consulta concuerdan con lo obtenidos en estudios realizados en otros países.

Asi mismo la Incidencia de comorbilidades en nuestra población fue de la siguiente manera con la Hipertension arterial Sistemica en primer lugar seguida de la Diabetes Mellitus. Encontrando que en los pacientes no oncológicos se presentó mayor porcentaje estadísticamente significativo que en los oncológicos ($p < 0.001$). Es posible pensar que la explicación de estas patologías en etapa avanzada es causada por las enfermedades crónico degenerativas, principalmente la Hipertensión arterial sistémica y/o la diabetes mellitus 2, sin embargo el diseño de este estudio nos impide realizar dicha aseveración dado que no es un estudio de causa efecto, por lo que deberá de investigarse más a fondo esta relación.



LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.

Hay que tomar en cuenta que este estudio se realizó en una unidad de urgencias en nuestro estado (San Luis Potosí, México), y esperamos que esto puede ser replicado en otras entidades, lo cual puede sesgar el tipo de población y los motivos de consulta que pueden presentarse en otras entidades.

Se podría incluir además pacientes con otras enfermedades crónico degenerativas como lo son metabólicas, infecciosas como SIDA, neurológicas como demencia.

Se podría investigar cual es la percepción en médicos de urgencias sobre los cuidados paliativos y ver la manera en cómo están siendo tratados.

Sería interesante poder ampliar este tipo de estudio en pacientes de otras poblaciones, así como también hacer una comparación con la población de otros estados para determinar si varía o no los motivos de consulta y el tipo de paciente (oncológicos y no oncológicos), recordando que esta última población no se encuentra tan estudiada acorde a sus necesidades médicas.

Una limitante final es que no se logró cumplir con el total de muestra calculada para este protocolo.



CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en relación a los motivos de consulta concuerdan con lo obtenidos en estudios realizados en otros países.

En nuestra población encontramos que los pacientes no Oncológicos se presentaron con mayor frecuencia, así mismo el sexo femenino predominó con un 51% en nuestra población total.

Los motivos de consulta en pacientes no Oncológicos fueron disnea, dolor, náusea y vómito. Mientras que en los pacientes Oncológicos los motivos de consulta son dolor, disnea e intolerancia a la vía oral. Las comorbilidades se presentaron con mayor frecuencia en pacientes Oncológicos principalmente hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus.

Bibliografía:

- 1.- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos 09 de diciembre 2014.
- 2.- Human Rights Watch. 2014; [27 paginas]. Disponible en: URL: <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>. Consultado octubre 27, 2016.
- 3.- Innszmx. 2013; [2 paginas]. Disponible en: URL: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html> Consultado 28 octubre 2016.
- 4.- Guía Práctica Clínica IMSS, Cuidados Paliativos, enero 2010
- 5.- Secpalcom. 2013; [2 paginas]. Disponible en: URL: <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>. Consultado octubre 20, 2016.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. 2015; [1 pagina]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>. Consultado octubre 20, 2016
- 7.- Lynch, T. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. Journal of Pain and Symptom Management. 2013;45(6).
- 8.- Silvia, A. Atlas Cuidados Paliativos. Servicios de cuidados paliativos Mexico. 2014;1(1): 1-25
9. INEGI estadísticas mortalidad. 2016; [1 pagina]. Disponible en: URL: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107>. Consulta do octubre 20, 2016.
- 10.- INEGI estadísticas mortalidad por estado. 2016; [1 pagina]. Disponible en: URL: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>. Consultado octubre 21 2016.
- 11.- Alonso Babarro, A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. Medicina Paliativa. 2010;17(35): 161-171.



- 12.-Lara Solares A., Tamayo Valenzuela A., Manejo del paciente Terminal. 2006; 63, (1), 283-295.
- 13.- Beynon T, Gomes B, Murtagh FE, et al. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emerg Med Journal* 2011; 28:491-495
- 14.- Nursah Basol.. The Integration of Palliative Care into the Emergency Department 2015;15, (2), 100-107.
- 15.- Nicholas Meo, B.S., Ula Hwang, M.D., M.P.H., Resident Perceptions of Palliative Care Training in the Emergency Department. *Journal of Palliative Medicine*, 2010;14, (5).
- 16.- Lisa Barbera MD, Carole T. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMJA*, 2010; 2(6), 182.
- 17.- Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison RS. Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2016;2(5):591-598.
- 18.- Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison RS. Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2016;2(5):591-598.
- 19.- Rivera D, Gallicchio L, Brown J, Liu B, Kyriacou D, Shelburne N. Trends in Adult Cancer–Related Emergency Department Utilization. *JAMA Oncology.* 2017;3(10):e172450.
- 20.- Lawson BJ, Burge FI, McIntyre P, Field S, Maxwell D. Palliative care patients in the emergency department. *J Palliat Care.* 2008;24(4):247-55.



ANEXO 1 Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: MOTIVO DE CONSULTA DE PACIENTES ADULTOS ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Patrocinador externo (si aplica): NINGUNO

Lugar y fecha: HGZ -50, S.L.P., S.L.P. MEXICO

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: -DETERMINAR LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES EN ETAPA TERMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
 -CONOCER LOS MOTIVOS DE CONSULTA PARA PODER DETERMINAR MEJOR LOS RECURSOS TANTO MEDICOS COMO FINANCIEROS EN MEJORAR SU ATENCION HOSPITALARIA

Procedimientos: NINGUNO

Posibles riesgos y molestias: NINGUNO

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: FORMARA PARTE DEL ESTUDIO DE MANERA ANONIMA PARA DETERMINAR LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN NUESTRA UNIDAD Y MEJORAR SU ATENCION MEDICA

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: SE PROPORCIONARA AL FINAL DEL ESTUDIO LOS RESULTADOS GENERALES DE SU PARTICIPACION

Participación o retiro: SE PRODRA RETIRAR EN EL MOMENTO QUE USTEDES LO DECIDA

Privacidad y confidencialidad: SOLO INVESTIGADOR Y PERSONAL MEDICO PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO CONOCERA SUS DATOS.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: CONOCER LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES FUERA DE EXPECTATIVA CURATIVA

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR LUIS ARTURO LOPEZ REVELES RESIDENTE DE URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS

Colaboradores: DR JORGE ALFREDO GARCIA HERNADEZ, DR JESUS LOPEZ HERNANDEZ

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

Nombre, dirección, relación y firma _____ Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2 Hoja de Recolección de Datos

CAUSAS DE CONSULTA DE PACIENTES ADULTOS ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS FUERA DE ESPECTATIVA CURTATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS: señalar acorde al expediente médico del paciente.

Nombre del Paciente:

Numero de Seguridad Social:

Edad:

Sexo:

Paciente No oncológico ()

Paciente oncológico ()

Especificar:

| | |
|----------------------|--|
| Motivo de consulta | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor.....() <input type="checkbox"/> Disnea.....() <input type="checkbox"/> Intolerancia a la vía oral.....() <input type="checkbox"/> Hemorragia.....() <input type="checkbox"/> Constipación.....() <input type="checkbox"/> Retención hídrica astenia y adinamia.....() <input type="checkbox"/> hiporeactividad al medio.....() <input type="checkbox"/> astenia y/adinamia.....() <input type="checkbox"/> Otra (especificar).....() |
| PACIENTE TERMINAL | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estadio NYHA 4 o AHA D() <input type="checkbox"/> TFG < 15 ml/minute.....() <input type="checkbox"/> Child-Pug C.....() <input type="checkbox"/> Meld> 30 puntos.....() <input type="checkbox"/> PPS < 20 o Pronostico de vida inferior a 6 meses.....() |
| Patologías asociadas | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes.....() <input type="checkbox"/> HAS.....() <input type="checkbox"/> Dislipidemia.....() <input type="checkbox"/> cardiopatía isquémica.....() <input type="checkbox"/> Secuelas de Ictus.....() <input type="checkbox"/> Hiperuricemia.....() |

ANEXO 3 Cronograma de Actividades

CAUSAS DE CONSULTA DE PACIENTES ADULTOS ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS FUERA DE ESPECTATIVA CURTATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Cronograma de Actividades:

| | Agosto 2016- Octubre 2016 | Noviembre- enero 2016-2017 | Febrero- Diciembre 2017 | Diciembre 2017 | enero – Agosto 2018 |
|--|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------|
| Elaboración de documento y recolección de Bibliografía | | | | | |
| Sometimiento y Probable Aprobación | | | | | |
| Recolección de Datos | | | | | |
| Análisis de Datos | | | | | |
| Presentación de Resultados | | | | | |
| Publicación de Documento y divulgación en foros locales y nacionales | | | | | |



MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2402** con número de registro **13 CI 24 028 235** ante
COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 02/03/2017

DR. JORGE ALFREDO GARCIA HERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CAUSAS DE CONSULTA DE PACIENTES ADULTOS ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS FUERA DE EXPECTATIVA CURATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2017-2402-15 |

ATENTAMENTE

DR. (A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INFORME TECNICO:

Sitio de realización del estudio:

Hospital General de Zona Número 50 IMSS, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

Título del protocolo de investigación:

Motivo de consulta de pacientes Oncológicos y no Oncológicos fuera de expectativa curativa en el servicio de urgencias.

Número de autorización del protocolo:

R 2017 -2402-15

Estado actual del estudio:

Finalizado.

Numero de sujetos enrolados:

216.

Fecha de inicio de trabajo de campo:

Enero del 2017.

Fecha de corte del estudio:

Diciembre del 2017.

Centro de investigación participante

| Unidad medica | Fecha y No. de autorización | Razón Social | Investigador principal | Total de enrolados | Total concluyeron |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Hospital General de Zona No. 50 | | Instituto Mexicano del Seguro social | Dr. Jorge Alfredo García Hernández | Dr. Rogelio Ipiña Liñan , Dr. Jesús López Hernández, Dr. Josué Israel Camacho ochoa, Dr. Alberto Ruiz Mondragon,Dra . Metztli Renata Martínez Vázquez. | Dr. Jorge Alfredo García Hernández Dr. Rogelio Ipiña Liñan , Dr. Jesús López Hernández, Dr. Josué Israel Camacho ochoa, Dr. Alberto Ruiz Mondragon,Dra . Metztli Renata Martínez Vázquez. |

Material y métodos

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo.

Diseño de estudio:

Diseño transversal, exploratorio, descriptivo

Universo de estudio:

Estuvo formada de pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad terminal, oncológica y no oncológica, que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50 IMSS, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

Población de estudio:

Pacientes mayores de 18 años con criterios de Enfermedad Terminal.

1. Insuficiencia Cardíaca en estadio IV de la NYHA y D de la AHA.
2. Enfermedad Renal Crónica en estadio V con TFG <15ml/min.
3. Insuficiencia Hepática estadio Child-Pug C o MELD >30 puntos.
4. Pacientes oncológicos con sobrevida menor a 6 meses ya diagnosticados por su médico tratante.

Tamaño de muestra :

Debido a que no existen registros ni estudios que evalúen la frecuencia de pacientes terminales oncológicos y no oncológicos, se realizó un estudio explorativo, donde se calculó una muestra representativa con base en el total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2015, el cual es de 22 244. Se calculó utilizando la fórmula para muestras finitas, con un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5%, con una proporción esperada del 50% (se toman en cuenta 50%, ya que se desconoce); dicho análisis otorga que la muestra representativa es de 270 pacientes. Se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (casos consecutivos).

Fórmula de tamaño de muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-P)}$$

En donde:

n : es el tamaño de la muestra que se calculará

N : es el tamaño de la población (22,244)

Z : es el nivel de confianza deseado (95% =1.96)

e : es el margen de error máximo permitido (5%)

p : es la proporción de que se espera encontrar (50%)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-P)} = \frac{(22,244)(1.96)^2 (50)(1-50)}{(22,244 -1) (5)^2 + 1.96^2 (50)(1-50)}$$

Límite de tiempo:

Un periodo de 12 meses comprendido de enero del 2017 a diciembre del 2017.

Análisis estadístico:

Herramienta estadística: con estadística descriptiva (medidas de tendencia, central, rangos, frecuencias, proporciones, chi cuadrada) se utilizará el software SPSS.

Cronograma de actividades:

Durante la realización de dicho protocolo se utilizó una búsqueda sistemática donde se utilizaron las siguientes palabras: “paliative Care”, “Paliative care in the emergency Room” “and” y “or”. Se encontraron guías de práctica clínica de la sociedad de cuidados paliativos, estudios sobre la incidencia de pacientes oncológicos en el departamento de urgencias, medidas de cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad terminal en el servicio de urgencias, y criterios de terminalidad, tanto para pacientes oncológicos como no oncológicos.

Una vez seleccionada nuestra población muestra mediante los criterios de inclusión y no inclusión previamente mencionados, se otorgó a cada paciente una carta de consentimiento informado, la cual se muestra en este protocolo en el anexo 1. Una vez otorgado el permiso para ser incluido en nuestro estudio, se

procedió a la recolección de datos donde se incluyó, sexo, edad, antecedentes personales patológicos, y su motivo de consulta a nuestro servicio.

Posteriormente se procedió a revisar el expediente de los pacientes incluidos en el estudio, donde el médico tratante ratifica que el paciente se encuentra en manejo terminal. Dicha información se almacena en una base de datos, la cual posteriormente se analizó y se mostró mediante gráficas acorde a las variables obtenidas

Resultados:

Se incluyeron un total de 216 pacientes, siendo los más frecuentes del sexo femenino (50.9); el 45.4% fueron del grupo no oncológico, siendo la patología más frecuente la renal, seguida de la hepática y la cardíaca. Los motivos de consulta en el grupo oncológico fueron dolor, disnea, náuseas y vómito, mientras que en el grupo no oncológico fue disnea, dolor e intolerancia a la vía oral. La frecuencia de comorbilidades asociadas fue mayor en el grupo de no oncológico, con diferencia significativa.

Conclusiones:

En nuestra población encontramos que los pacientes no Oncológicos se presentaron con mayor frecuencia; así mismo, el sexo femenino predominó con un 51% en nuestra población total.

Los motivos de consulta en pacientes no Oncológicos fueron disnea, dolor, náusea y vómito; mientras que en los pacientes Oncológicos los motivos de consulta son dolor, disnea e intolerancia a la vía oral. Las comorbilidades se presentaron con mayor frecuencia en pacientes Oncológicos, principalmente hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus Tipo 2.

Referencias bibliográficas:

1.- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos 09 de diciembre 2014.

2.- Human Rights Watch. 2014; [27 páginas]. Disponible en: URL: <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>. consultado octubre 27, 2016.

- 3.- Innszmx. 2013; [2 paginas]. Disponible en: URL:<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html> consultado 28 octubre2016.
- 4.- Guía Práctica Clínica IMSS, Cuidados Paliativos, enero 2010
- 5.- Secpalcom. 2013; [2 paginas]. Disponible en: URL:<http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>. Consultado octubre 20, 2016.
- 6.- Organización Mundial de la Salud.2015; [1 pagina]. Disponible en: URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>. Consultado octubre 20, 2016
- 7.- Lynch, T. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. Journal of Pain and Symptom Management. 2013;45(6).
- 8.- Silvia,A. Atlas Cuidados Paliativos. Servicios de cuidados paliativos mexico. 2014;1(1): 1-25
9. INEGI estadísticas mortalidad. 2016; [1 pagina]. Disponible en: URL:<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107>. Consulta do octubre 20, 2016.
- 10.- INEGI estadísticas mortalidad por estado.2016;[1 pagina]. Disponible en: URL:<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>. Consultado octubre 21 2016.
- 11.- Alonso Babarro, A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. Medicina Paliativa. 2010;17(35): 161-171.
- 12.-Lara Solares A., Tamayo Valenzuela A., Manejo del paciente Terminal. 2006; 63, (1), 283-295.
- 13.- Beynon T, Gomes B, Murtagh FE, et al. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? Emerg Med Journal 2011; 28:491-495
- 14.- Nursah Basol.. The Integration of Palliative Care into the Emergency Department 2015;15, (2), 100-107.



- 15.- Nicholas Meo, B.S., Ula Hwang, M.D., M.P.H., Resident Perceptions of Palliative Care Training in the Emergency Department. *Journal of Palliative Medicine*, 2010;14, (5).
- 16.- Lisa Barbera MD, Carole T. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMJA*, 2010; 2(6), 182.
- 17.- Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison RS. Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2016;2(5):591-598.
- 18.- Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison RS. Emergency Department–Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2016;2(5):591-598.
- 19.- Rivera D, Gallicchio L, Brown J, Liu B, Kyriacou D, Shelburne N. Trends in Adult Cancer–Related Emergency Department Utilization. *JAMA Oncology.* 2017;3(10):e172450.
- 20.- Lawson BJ, Burge FI, McIntyre P, Field S, Maxwell D. Palliative care patients in the emergency department. *J Palliat Care.* 2008;24(4):247-55.