



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LA  
DEMANDA DE PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER TERMINAL EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL SOLCA. GUAYAQUIL. 2018**

**TUTOR:**

**GUADALUPE SALDARRIAGA JIMENEZ**

**AUTOR:**

**EDWARS GEOVANNY SABANDO FAJARDO**

**MILAGRO, AGOSTO 2019**

**ECUADOR**

## ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por el señor licenciado Edwards Geovanny Sabando Fajardo, para optar por el grado de Magíster en Salud Pública y que acepto tutorizar al maestrante durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 17 días del mes de diciembre del 2018

A handwritten signature in blue ink, reading "Lic. G. Saldarriaga J.", with a horizontal line underneath.

Lic. Guadalupe Saldarriaga Jimenez Mgs.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el consejo directivo del Departamento de Posgrado e Investigación de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado, es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 08 días del mes de agosto 2019



---


Edwards Geovanny Sabando Fajardo

C.I. 1305610485

## CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

EL TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	( 59,00 )
DEFENSA ORAL	( 40,00 )
TOTAL	( 99,00 )
EQUIVALENTE	( E )



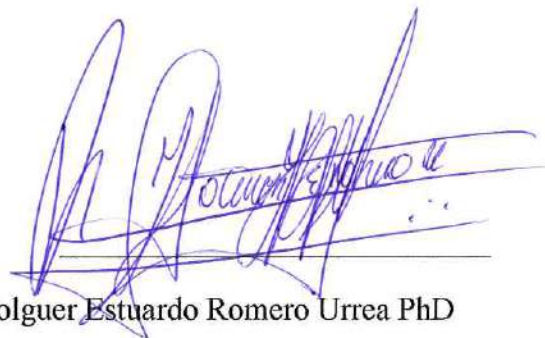
Carlos Terán Puento MSC

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**



Guadalupe Saldarriaga Jiménez MSC

**DIRECTORA DE TESIS**



Holguer Estuardo Romero Urrea PhD

**SECRETARIO**

## **DEDICATORIA.**

Dedico este esfuerzo a mi familia, a quienes les he sacrificado horas para el logro de este producto, a la motivación que me dieron en los momentos que las fuerzas se alejaban, también al incansable empuje de mi tutora, quien a través de su apoyo he cristalizado este trabajo como un peldaño más a escalar en la vida.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco por la inmensurable motivación a todos aquellos que de alguna manera han contribuido al desarrollo de este documento, a los que siempre estuvieron detrás empujándome y también a mi lado acompañándome y despertando fuerzas para continuar, no fue sencillo, porque a todo lo importante, se le tiene que dedicar tiempo, esfuerzo y sacrificio; este logro se lo debo en primer lugar a dios sobre todas las cosas, a mi esposa y mis hijos, a mis colegas y compañeros del hospital SOLCA, de la Universidad de Guayaquil, de la UNEMI, y de manera especial a la Master Dolores Saldarriaga Jimenez por su constante labor de apoyo a la formación académica y a su liderazgo en el presente trabajo.

## **CESIÓN DE DERECHOS DEL AUTOR A LA UNEMI.**

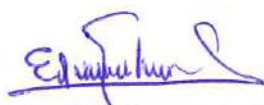
**Sr. Ingeniero Fabricio Guevara Viejó. PhD**

**Rector de la Universidad Estatal de Milagro**

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la cesión de Derecho del Autor del trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Magíster en Salud Pública, cuyo tema fue “Factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, “Solca” año 2018”. y que corresponde al Instituto de Posgrado y Educación Continua.

Milagro, 08 de agosto del 2019



Edwars Geovanny Sabando Fajardo

C.I. 1305610485

## ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
CESIÓN DE DERECHOS DEL AUTOR A LA UNEMI .....	vii
ÍNDICE DE CUADROS .....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
RESUMEN .....	xii
SUMMARY .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	4
EL PROBLEMA .....	4
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1.1.    Problematización .....	4
1.1.2.    Delimitación del problema .....	7
1.1.3.    Formulación del problema .....	7
1.1.4.    Sistematización del problema .....	7
1.1.5.    Determinación del tema .....	8
1.2.    OBJETIVOS .....	8
1.2.1.    Objetivo General .....	8
1.2.2.    Objetivos Específicos .....	8
1.3.    JUSTIFICACIÓN .....	9
CAPÍTULO II .....	11
MARCO REFERENCIAL .....	11
2.1.    MARCO TEÓRICO .....	11
2.1.1.    Antecedentes Históricos .....	11
2.1.2.    Antecedentes Referenciales .....	12
2.1.3.    Fundamentación .....	15
2.2.    MARCO LEGAL .....	36
2.3.    MARCO CONCEPTUAL .....	38
2.4.    HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	41
2.4.1.    Declaración de Variables .....	41
2.4.2.    Operacionalización de las Variables .....	42
CAPÍTULO III .....	43



MARCO METODOLÓGICO .....	43
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL.....	43
3.2. LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA .....	43
3.2.1 Características de la población .....	43
3.2.2 Delimitación de la población .....	44
3.2.3 Tipo de muestra .....	44
3.2.4 Tamaño de la muestra.....	44
3.2.4. Proceso de selección.....	44
3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	44
3.3.1 Métodos teóricos .....	44
3.3.2 Métodos empíricos .....	44
3.3.2 Técnicas e instrumentos.....	45
3.4. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN. ....	45
CAPÍTULO IV.....	46
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	46
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL. ....	46
4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS.....	72
4.3. RESULTADOS. ....	73
4.4. VERIFICACION DE HIPÓTESIS. ....	73
CAPÍTULO V .....	74
PROPUESTA.....	74
5.1. TEMA. ....	74
5.2. JUSTIFICACIÓN.....	74
5.3. FUNDAMENTACIÓN. ....	75
5.4. OBJETIVOS.....	75
5.5. UBICACIÓN.....	75
5.6. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD .....	75
5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA .....	76
CONCLUSIONES .....	79
RECOMENDACIONES .....	80
BIBLIOGRAFÍA .....	81
ANEXOS. ....	86
ANEXO 1. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	86
ANEXO 2. VALIDACION DEL INSTRUMENTO .....	87
ANEXO 3. OFICIO AL HOSPITAL. ....	91
ANEXO 4. INFORME ANTIPLAGIO .....	92
ANEXO 5. PROPUESTA. ....	93

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Escala de Karnofsky .....	29
<b>Cuadro 2.</b> Incidencia de cáncer terminal en el servicio de emergencia en el año 2018 .....	46
<b>Cuadro 3.</b> Distribución por edad de los pacientes con cáncer terminal .....	47
<b>Cuadro 4.</b> Distribución por edad y atenciones en emergencia .....	48
<b>Cuadro 5.</b> Distribución por sexo .....	49
<b>Cuadro 6.</b> Distribución por sexo y atenciones en emergencia .....	50
<b>Cuadro 7.</b> Estado civil .....	51
<b>Cuadro 8.</b> Estado civil y atenciones en emergencia .....	52
<b>Cuadro 9.</b> Ocupación.....	53
<b>Cuadro 10.</b> Ocupación y atenciones en emergencia.....	54
<b>Cuadro 11.</b> Lugar de residencia.....	55
<b>Cuadro 12.</b> Lugar de residencia y atenciones en emergencia .....	56
<b>Cuadro 13.</b> Nivel de escolaridad .....	57
<b>Cuadro 14.</b> Nivel de escolaridad y atenciones en emergencia .....	58
<b>Cuadro 15.</b> Diagnostico oncológico .....	59
<b>Cuadro 16.</b> Tipos de cáncer y atenciones en emergencia.....	60
<b>Cuadro 17.</b> Localización tumoral .....	61
<b>Cuadro 18.</b> Localización tumoral y atenciones en emergencia .....	62
<b>Cuadro 19.</b> Número de consultas de cuidados paliativos en cáncer terminal .....	63
<b>Cuadro 20.</b> Consultas de cuidados paliativos y atenciones de emergencia.....	64
<b>Cuadro 21.</b> Índice Karnofsky .....	65
<b>Cuadro 22.</b> Índice Karnofsky y atenciones en emergencia .....	66
<b>Cuadro 23.</b> Número de visitas domiciliarias .....	67
<b>Cuadro 24.</b> Número de visitas domiciliarias y atenciones en emergencia.....	68
<b>Cuadro 25.</b> Motivos de consulta en emergencia .....	69
<b>Cuadro 26.</b> Motivos de consulta y número de consultas en emergencia.....	70
<b>Cuadro 27.</b> Lugar de fallecimiento.....	71
<b>Cuadro 28.</b> Resumen de características demográficas y de salud .....	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Estrategia Terapéutica de los Cuidados Paliativos .....	30
<b>Figura 2.</b> Incidencia de cáncer terminal en el servicio de emergencia en el año 2018. ....	46
<b>Figura 3.</b> Distribución por edad de los pacientes con cáncer terminal.....	47
<b>Figura 4.</b> Distribución por edad y atenciones en emergencia.....	48
<b>Figura 5.</b> Distribución por sexo .....	49
<b>Figura 6.</b> Distribución por sexo y atenciones en emergencia .....	50
<b>Figura 7.</b> Estado civil.....	51
<b>Figura 8.</b> Estado civil y atenciones en emergencia.....	52
<b>Figura 9.</b> Ocupación .....	53
<b>Figura 10.</b> Ocupación y atenciones en emergencia .....	54
<b>Figura 11.</b> Lugar de residencia .....	55
<b>Figura 12.</b> Lugar de residencia y atenciones en emergencia .....	56
<b>Figura 13.</b> Nivel de escolaridad.....	57
<b>Figura 14.</b> Nivel de escolaridad y atenciones en emergencia.....	58
<b>Figura 15.</b> Diagnostico oncológico.....	59
<b>Figura 16.</b> Tipos de cáncer y atenciones en emergencia .....	60
<b>Figura 17.</b> Localización tumoral.....	61
<b>Figura 18.</b> Localización tumoral y atenciones en emergencia .....	62
<b>Figura 19.</b> Número de consultas de cuidados paliativos .....	63
<b>Figura 20.</b> Consultas de cuidados paliativos y atenciones de emergencia .....	64
<b>Figura 21.</b> Índice Karnofsky.....	65
<b>Figura 22.</b> Índice Karnofsky y atenciones en emergencia.....	66
<b>Figura 23.</b> Número de visitas domiciliarias.....	67
<b>Figura 24.</b> Número de visitas domiciliarias y atenciones en emergencia.....	68
<b>Figura 25.</b> Motivos de consulta en emergencia .....	69
<b>Figura 26.</b> Motivos de consulta y número de consultas en emergencia .....	70
<b>Figura 27.</b> Lugar de fallecimiento .....	71

## RESUMEN

### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LA DEMANDA DE PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL SOLCA. GUAYAQUIL. 2018

**Autor: Sabando Fajardo Edwards Geovanny**

El cáncer en fase terminal genera una demanda de atención en salud que es proporcionada por los servicios de cuidados paliativos, a través de los programas de visitas domiciliarias con el propósito mejorar la calidad de vida y reducir la necesidad de atención hospitalaria, a pesar de esto, un grupo importante de estos pacientes acuden por atención a los servicios de emergencia. Se ha reportado incidencias de visitas al servicio de emergencia desde el 11,7% (Amado, 2017), hasta el 48,4% (DeCaria, 2017). El objetivo de la presente investigación es determinar los factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del hospital SOLCA-Guayaquil. Es un estudio retrospectivo de tipo descriptivo y documental, la población estudiada son 133 pacientes con cáncer terminal ingresados al programa de visitas domiciliarias en el periodo de enero a diciembre del año 2018. Se encontró una incidencia de visitas al servicio de emergencia del 31%; entre las variables sociodemográficas de este grupo predominó el sexo masculino (56%) y el estado civil de viudez (73%). Con relación a las variables de salud, la localización tumoral de cerebro 75%, tórax-cuello 65%, Índice Karnofsky mayor de 60 (90%) y ausencia de visitas domiciliarias (72%) se asociaron con mayor demanda en el servicio de emergencia. Se concluye que existe una alta demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Hospital SOLCA-Guayaquil; el sexo masculino, la viudez, la deficiente escolaridad, los tumores de cerebro, cuello y tórax, un índice Karnofsky alto, y el déficit de visitas domiciliarias son factores asociados a alta demanda de atención en emergencia. Se plantea como propuesta un plan de fortalecimiento de los cuidados paliativos orientado a reducir esta problemática.

**Palabras clave:** indicadores de salud, indicadores demográficos, cáncer, enfermo terminal, cuidados paliativos, atención en emergencias

## **SUMMARY**

### **SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH FACTORS ASSOCIATED WITH THE DEMAND OF ADULT PATIENTS WITH TERMINAL CANCER IN THE EMERGENCY SERVICE. HOSPITAL SOLCA. GUAYAQUIL. 2018**

**Autor: Sabando Fajardo Edwards Geovanny**

Cancer in terminal phase generates a demand for health care that is provided by palliative care services, through home visiting programs with the purpose of improving the quality of life and reducing the need for hospital care, besides that, a large group of these patients come to hospital for emergency services. Incidents of visits to the emergency service have been reported from 11.7% (Amado, 2017) to 48.4% (DeCaria, 2017). The objective of the present investigation is to determine the sociodemographic and health factors associated with the demand of adult patients with terminal cancer in the emergency service of the SOLCA-Guayaquil hospital. This is a retrospective descriptive and documentary study. The study population consists of 133 patients with terminal cancer admitted to the home visiting program in the period from January to December 2018. An incidence of visits to the emergency service was 31%; among the sociodemographic variables of this group, the male sex predominated (56%) and the civil state of widowhood (73%). In relation to the health variables, the tumor location of the brain 75%, thorax-neck 65%, Karnofsky Index greater than 60 (90%) and absence of home visits (72%) were associated with greater demand in the emergency service. A comprehensive and multidisciplinary palliative care plan is proposed as a proposal to reduce this problem. It is concluded that there is a high demand for patients with terminal cancer in the emergency service of the SOLCA-Guayaquil Hospital. It was found that male sex, widowhood, poor schooling, brain, neck and chest tumors, a high Karnofsky index, and the deficit of home visits are factors associated with high demand for emergency care.

**Keywords:** health indicators, demographics indicators, cancer, terminally ill, palliative care, emergency care

## INTRODUCCIÓN

El cáncer en fase terminal genera una gran demanda de atención en salud que es proporcionada por los servicios de cuidados paliativos, los mismos que son brindados a través de los programas de visitas domiciliarias que tienen por objetivo reducir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida en los últimos días de vida y a la vez reducir la necesidad de atención hospitalaria (Alonso-Babarro et al, 2012), las intervenciones innecesarias y los costos por atención en salud. A pesar de la implementación de estos programas de visitas domiciliarias un grupo importante de pacientes acude por atención a la emergencia de los hospitales. Así lo demostró un estudio realizado en el año 2016 en Lima, Perú, que encontró un 11.7% de los pacientes con cáncer terminal que acudieron al servicio de emergencia, (Amado, 2017). Otro estudio en Canadá encontró cifras mucho más altas 48.4% al menos visitó una vez la emergencia en el último mes de vida; y 24,5% dos o más veces. (DeCaria, 2017).

El cáncer es considerado un problema de salud pública, dado que es la enfermedad catastrófica más prevalente y que genera mayores costos por asistencia sanitaria; es la segunda causa de muerte en el mundo; en el 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones, y se estima que un 20% de la población adulta desarrollara un tipo de cáncer para las próximas décadas. (OMS, 2019). Esta enfermedad se caracteriza por ser progresiva, y ciertos pacientes que no responden al tratamiento alcanzan una fase terminal caracterizada por no responder a ninguna medida terapéutica, tener pronóstico de vida inferior a los seis meses y ocasionar gran impacto físico, emocional y económico para el enfermo, círculo familiar y también para el sistema de salud, especialmente cuando estos pacientes acuden a los hospitales en busca de atención sanitaria. Por lo cual es importante evidenciar los factores que están asociados con esta problemática para la puesta en marcha de propuestas de solución que lleven reducir la ocurrencia del fenómeno y que permitan una respuesta sanitaria adecuada a las necesidades de los pacientes, la familia y el sistema de salud.

El Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer “SOLCA.”, es el centro de referencia para el tratamiento del cáncer en el Ecuador, y cuenta con el programa de visitas domiciliarias del servicio de Cuidados Paliativos para todos los pacientes con cáncer en fase terminal, con el objetivo de proveer cuidados encaminados a reducir el sufrimiento y la necesidad de internación hospitalaria en las últimas etapas de la vida, llevando a una muerte digna en el domicilio de los pacientes. A

pesar de estas intervenciones, un grupo importante de pacientes con estas características acude por atención al servicio de emergencia del hospital.

La presente investigación tiene por objetivo determinar los factores sociodemográficos y de salud asociados con la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca” Guayaquil, que permita establecer las intervenciones idóneas que limiten los efectos de la problemática en relación a las demandas pertinentes del paciente y la familia, que buscan mitigar el sufrimiento y también en relación a las demandas del sistema de salud que requiere de estrategias que orienten los cuidados sanitarios hacia una justicia social con cobertura, acceso y equidad en las prestaciones de salud.

Siendo esta investigación orientada al ámbito de los cuidados paliativos, tiene correspondencia con las políticas de salud pública y se enmarca en los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud, que establece que el accionar del Sistema nacional de Salud debe incorporar los, programas, planes y estrategias para el logro de los objetivos de dar cobertura y acceso de la población a estos servicios. Este trabajo difiere de otros publicados en la temática, porque considera el problema de la demanda de atención hospitalaria generada por este tipo de pacientes y las implicancias que genera al sistema de salud y al ámbito del paciente y familia.

Se trata de una investigación de enfoque cuantitativo, diseño retrospectivo y tipo descriptivo y documental cuya población la constituyen los pacientes adultos con cáncer terminal derivados al servicio de cuidados paliativos e incluidos en el programa de visitas domiciliarias durante el periodo comprendido entre los meses de enero y diciembre del año 2018.

El capítulo 1 trata sobre la, identificación, planteamiento y delimitación del problema, en esta sección se realiza un análisis exhaustivo de la problemática de estudio, se realiza la formulación de las preguntas de investigación y los objetivos del presente trabajo de investigación, al mismo tiempo se justifica la importancia de la realización del presente estudio.

El capítulo 2 abarca todo el marco referencial en los que se apoya la presente investigación, incluyendo antecedentes históricos, análisis bibliométrico de los antecedentes

de la problemática estudiada, el marco teórico, conceptual, contextual y legal que fundamentan el presente trabajo. Adicionalmente se realiza la operativización de las variables y se plantean las hipótesis.

El capítulo 3 incluye todo el marco metodológico que utiliza el presente estudio, abarcando diseño, tipo y enfoque de la investigación, población, técnicas e instrumentos utilizados, así como el proceso de validación, recolección y análisis de la información.

El capítulo 4 abarca los resultados de la investigación a través de la presentación de tablas y gráficos con el correspondiente análisis e interpretación de los resultados encontrados en la presente investigación. Además se realiza el cruce de información con los estudios referenciados en el marco teórico, adicionalmente se realiza la prueba de hipótesis y la respuesta a las preguntas de investigación.

En el capítulo 5 se plantea la propuesta viable de solución a los problemas encontrados en el análisis de resultados y declarados en el apartado de conclusiones y recomendaciones.



# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1.1. Problematización**

El cáncer es una enfermedad no trasmisible catastrófica progresiva e incurable en estadios avanzados. Según la Organización Mundial de la Salud es la segunda causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2018) . El cáncer se asocia con estilos de vida inadecuados e infecciones, el factor de riesgo más importante es el tabaquismo. Las problemáticas más importantes del cáncer son su escaso diagnóstico en etapas tempranas y su tratamiento inadecuado, ya que existe solo un 30% de cobertura en países de ingresos bajos, sumado al alto costo que genera en el sistema de salud, el manejo de esta enfermedad.

Los pacientes con cáncer en fase terminal son derivados a programas de visitas domiciliarias ofertados por los servicios de cuidados paliativos, como una medida para minimizar el sufrimiento, la demanda de salud en las unidades asistenciales y alcanzar una muerte digna. A pesar de esto, una parte importante de estos pacientes acude a la emergencia de los hospitales en busca de asistencia sanitaria. (Amado, 2017) en un estudio de demanda de pacientes readmitidos a la emergencia, encontró que un 11.7% de estos pacientes tenían como diagnóstico cáncer terminal. Otro estudio en Canadá encontró cifras mucho más altas 48.4% al menos visitó una vez la emergencia en el último mes de vida; y 24,5% dos o más veces. (DeCaria, 2017).

Los servicios de cuidados paliativos proveen atención a las personas con enfermedades crónicas, incurables, con pronóstico de vida limitado, dentro de este contexto la asistencia es multidisciplinaria e incluye a la familia. Se estima que solo un 14% de las personas que necesitan atención paliativa recibe este tipo de asistencia (OMS, 2018). Representa un componente importante de la salud pública, ya que se garantiza el derecho al alivio del sufrimiento, a la dignidad, a solventar las necesidades para el cuidado y garantizar la calidad de vida de las personas hasta el final de la vida. El omitir los cuidados paliativos

puede condicionar una provisión innecesaria de tratamientos, causando mayor estrés en el paciente y su familia, así como un aumento de los costos, y mal uso de recursos sanitarios. Los hospitales de agudos pueden terminar ocupados al menos un 25% por pacientes con cáncer avanzado que cursan su último año de vida. (Higginson IJ, 1999)

En el Ecuador, los cuidados paliativos han sido brindados históricamente de forma privada, lo cual representó un reto para el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), de incorporar este tipo de asistencia al Sistema Nacional de Salud. El MAIS establece la obligatoriedad de prestar la atención de cuidados paliativos en los tres niveles de atención y la realización de actividades de promoción de la salud, prevención, tratamiento activo, estas intervenciones deben proveerse en estrecha relación con la familia y la comunidad. (MSP, 2012). Según la categorización de la provisión de cuidados paliativos de la Worldwide Palliative Care Alliance, el Ecuador se sitúa en la categoría 3a, que indica que los cuidados paliativos tienen un alcance irregular, que existen escasos servicios de cuidados paliativos que dan cobertura a un tamaño relativamente limitado de la población. (WPCA, 2014)

En nuestro país la mortalidad por cáncer es elevada, posiblemente como consecuencia de la proporción de diagnósticos en etapas avanzadas de la enfermedad, según el Registro Nacional de Tumores - SOLCA Quito, de los pacientes que fueron diagnosticados de cáncer en el período 2005 – 2007, el 18% se encontraron en estadio III y el 27% en estadio IV. En el Hospital Eugenio Espejo de Quito en el año 2010 egresaron 627 pacientes con diagnóstico de cáncer, de este grupo fallecieron 126 pacientes (20%) en el hospital, de los cuales la mayoría permaneció ingresada más de 48 horas. Estas hospitalizaciones representan un mal uso de recursos y modelos de atención no adaptados a las necesidades

El Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil provincia del Guayas, pertenece a la Organización no gubernamental denominada Sociedad de Lucha Contra el cáncer del Ecuador “SOLCA.”, cuya matriz se encuentra en la ciudad de Guayaquil y además está conformado por los diferentes núcleos en las ciudades más importantes del país. Es el centro de referencia para el tratamiento del cáncer en el Ecuador, cuenta con una amplia cartera de servicios especializadas entre estas: diagnóstico preventivo, consulta externa, hospitalización, emergencia, cirugía, unidad de Cuidados intensivos, Pediatría, Oncología Clínica, Medicina nuclear y Cuidados Paliativos.

El servicio de Cuidados Paliativos cuenta con un staff de 4 médicos especialistas en anestesiología y manejo del dolor y tres enfermeras especializadas, ofrece sus servicios tanto para pacientes hospitalizados y el programa de visitas domiciliarias para los pacientes con cáncer en etapa terminal. Los servicios brindados incluyen fundamentalmente el control del dolor, educación del paciente y la familia.

Los pacientes con cáncer terminal atendidos en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, SOLCA, son evaluados por el servicio de cuidados paliativos y se ingresan en el programa de visitas domiciliarias, que tienen por intención satisfacer las necesidades de atención sanitaria y reducir la admisión hospitalaria de este grupo de pacientes, sin embargo, una cantidad importante de ellos acude al servicio de emergencia en demanda de atención sanitaria por lo general innecesarias.

Entre las causas asociadas a esta problemática de la demanda de asistencia sanitaria en el servicio de emergencia destacan factores de tipo biológicos, sociodemográficos, culturales y de salud. Entre las principales causas de consulta están el dolor (40%), síntomas constitucionales, (17%) y alteraciones gastrointestinales (11%) (Batalini, 2017) el deterioro funcional relacionado con avance de la enfermedad. (Amado, 2017) refiere que son la disnea, desorden de la conciencia y dolor. (Mariño, 2015) de igual manera encontró como motivos de consulta más frecuentes: dolor abdominal (26,3%) y disnea (19,3%). (Henson et al, 2015) en cambio analizó factores sociodemográficos asociados a la demanda en emergencia como el sexo masculino, la raza negra, el bajo estatus socioeconómico. Según el tipo de cáncer, el de pulmón fue asociado con mayor demanda y en base a la provisión de cuidados paliativos, aquellos que recibieron visitas domiciliarias, tuvieron menos tasa de visitas al departamento de emergencia.

Entre las consecuencias asociadas a esta problemática destacan, una mayor morbimortalidad hospitalaria atribuibles, mayor demanda de internación con la consiguiente demanda de las unidades asistenciales de salud, aumento de los costos por atención sanitaria, la afectación psicosocial de familiares y pacientes con cáncer en fase terminal. Por estas razones, el presente estudio, permitirá abordar la problemática analizando tanto determinantes externos e internos de la admisión hospitalaria de pacientes oncológicos en fase terminal y a través de los resultados, establecer propuestas de solución concretas y factibles.

### **1.1.2. Delimitación del problema**

**Línea de investigación:** Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población

**Sub Línea de investigación:** enfermedades catastróficas

**Objeto de estudio:** Factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de atención de emergencia

**Unidad de observación:** pacientes adultos con cáncer terminal incluidos en el programa de visitas domiciliarias

**Tiempo:** año 2018

**Espacio:** Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”. SOLCA. Guayaquil

### **1.1.3. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, “Solca”?

Este problema en su evaluación cumple con los siguientes criterios:

**Delimitado:** porque se trata solo de los factores sociodemográficos y de salud, se va a trabajar con pacientes adultos con cáncer terminal del hospital SOLCA y del año 2018.

**Claro:** porque está redactado en forma precisa, fácil de comprender e identificar

**Evidente:** Que tiene manifestaciones claras y observables.

**Concreto:** Redactado de manera que sea corto, preciso, directo y adecuado.

**Factible:** se plantea alternativas de solución posibles según tiempo y recursos

**Variables:** V.I. factores sociodemográficos V.D. demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en la emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

### **1.1.4. Sistematización del problema**

¿Cuál es la incidencia de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

¿Cuáles son los factores de la salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

#### **1.1.5. Determinación del tema**

Factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, “Solca” Guayaquil, año 2018

### **1.2. OBJETIVOS**

#### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar los factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca” Guayaquil, año 2018

#### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar la incidencia de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”.
- Describir los factores sociodemográficos asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia
- Detallar los factores de la salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia
- Estructurar un plan de fortalecimiento de cuidados paliativos domiciliarios orientados a la reducción de la demanda hospitalaria en pacientes con cáncer terminal.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El cáncer es un problema relevante de la salud pública debido a que es una enfermedad catastrófica, que afecta al ser humano, la familia, la comunidad e impone una alta carga al sistema de salud, tanto por el costoso tratamiento específico, como por la demanda de cuidados y hospitalización que genera, el sufrimiento adicional que ocasiona especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad, por tal razón, el enfoque de los cuidados paliativos para esta y otras patologías crónica-degenerativas está contemplado como eje prioritario de atención en el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha desarrollado e implementado un plan nacional en todas las instituciones de salud y por lo tanto constituye un problema de estudio pertinente para la maestría en Salud Pública.

Tradicionalmente, los pacientes con cáncer terminal son considerados no sujetos de tratamiento resolutivo sino más bien son enviados a domicilio con los cuidados y las medidas pertinentes ofrecidas por los servicios de cuidados paliativos domiciliarios con el objetivo de satisfacer las necesidades mínimas de cuidado que limiten la recurrencia de estos pacientes al entorno hospitalario, ya que estas conductas se asocian con mayores implicaciones de tipo económico, social y sanitario. Esta problemática constituye la motivación para el presente estudio.

Los beneficiarios del presente trabajo de investigación lo conforman los pacientes con cáncer, en los cuales se les planteará propuestas de solución en relación con la problemática estudiada. Otros beneficiarios son los profesionales de la salud y directores de áreas y servicios que proveen asistencia sanitaria de cuidados paliativos, a los cuales se les hará partícipes los resultados de la presente investigación. De la misma manera los servicios de salud y la comunidad en general, contarán con propuestas de solución a los problemas de la provisión de los cuidados paliativos, orientados a minimizar la admisión al servicio de emergencia en pacientes con cáncer terminal.

Además, este proyecto se enmarca en uno de los objetivos del Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017, en “fomentar la investigación en las diferentes áreas clínica, epidemiológica y social en cuidados paliativos a través de un sistema de gestión del conocimiento”.

En este proyecto se proponen alternativas viables de solución a los problemas encontrados del paciente con cáncer en fase terminal y en relación con las características de la asistencia sanitaria del servicio de cuidados paliativos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1. MARCO TEÓRICO**

##### **2.1.1. Antecedentes Históricos**

Hasta hace un siglo atrás, la muerte usualmente era ocasionada por eventos agudos y las causas principales incluían a las infecciones, la violencia y los problemas de los recién nacidos. En los últimos tiempos el mundo ha experimentado un cambio epidemiológico en las enfermedades, en los que la muerte por enfermedades infecciosas ha sido superadas por las enfermedades crónico-degenerativas en las que el ser humano sufre un deterioro progresivo llevando al individuo a un estado terminal en el que se espera una muerte digna y para esto el sistema de salud debe disponer de una estructura adecuada que permita la implementación de los servicios de cuidados paliativos

A pesar de los avances en la ciencia y la tecnología, que ha beneficiado a la sociedad en mejorar los determinantes sociales y alcanzar una mayor supervivencia de la población, existe una consecuencia paradójica, en el cual esta prolongación de la vida trae consigo enfermedades crónicas incurables, que conllevan a mayores desafíos del sistema de salud, los mismos que están obligados a responder a las necesidades emergentes. Estas enfermedades cursan con diversas afectaciones no solo físicas sino también psicoafectivas, de manera tal que el dolor, la soledad, la dependencia a veces son más temidos que la misma muerte (Higginson, Sarmiento, Calanzani, Benalia, & Gomes, 2013)

Hipócrates, médico griego fue el primero en utilizar los términos carcinos y carcinoma para describir tumores de formación. Poco tiempo después, el médico romano Celsus tradujo el término griego a cáncer, la palabra latina para el ángulo de deriva. Galeno fue quien posteriormente acuñó el término griego “oncos” (que significa hincharse) para describir a los tumores. A partir de esto, Oncos se convirtió en la palabra raíz para hablar de la ciencia que estudia los cánceres, la oncología. (Mandal, 2018)



### 2.1.2. Antecedentes Referenciales

Amado (2017), realizó un estudio transversal en tres hospitales nacionales de seguridad social de Lima y Callao, en pacientes de 18 años o más admitidos a emergencia, durante siete días consecutivos. Se revisaron las historias clínicas y se entrevistó a pacientes y/o cuidadores, identificando criterios de terminalidad, estado funcional (Índice de Katz) y estado mental (test de Pfeifer). Se aplicó encuesta estructurada sobre cuidados paliativos. La tasa de readmisión encontrada fue 29,1%, el 30,5% cumplía criterios de enfermedad terminal, siendo 11,7% oncológica (mama y próstata más frecuentes). Los síntomas más frecuentes fueron disnea, trastorno de conciencia y dolor.

Este estudio de Lima abordó todas las causales de reingresos de enfermedad terminal, tanto de pacientes oncológicos como de no oncológicos, los resultados de este estudio demuestran la alta demanda que genera la enfermedad terminal especialmente el cáncer, lo cual constituye información valiosa, por un lado, para contrastar los resultados de incidencia de cáncer terminal en el servicio de emergencia y por otro lado, determina los motivos de ingreso, datos necesarios para correlacionarlos con nuestro trabajo de investigación.

Alonso-Babarro (2012), realizó un estudio para evaluar la tasa de muertes en pacientes hospitalizados y el uso de recursos hospitalarios en pacientes con cáncer, así como evaluar las diferencias entre un área con y otra sin cuidados paliativos. El 74% fallecieron en el hospital, 17% en el hogar, 6% hospicio y 3% en un hogar de ancianos. La frecuencia de muertes hospitalarias fue significativamente menor entre los pacientes del área con programas de cuidados paliativos domiciliarios (61% versus 77%,  $p < 0,001$ ), así como el número de pacientes que utilizaron servicios de emergencia (68% versus 79%,  $p = 0,004$ ). El riesgo de muerte hospitalaria fue menor entre los pacientes mayores de 80 años (OR, IC del 95%, 0,3, 0,1-0,5), mayor entre los pacientes con neoplasias malignas hematológicas (OR 6.1, 2.0–18.9).

De acuerdo con este estudio español, existe una alta tasa de mortalidad hospitalaria en pacientes con cáncer terminal que está asociado más en pacientes menores de 80 años y en aquellos con neoplasias hematooncológicas. Estos hallazgos sugieren que un programa de cuidados paliativos domiciliarios se asocia con una reducción de las muertes en el hospital y de hospitalización en los últimos meses de vida. Esta información servirá de línea base comparativa de los factores relacionados con la demanda de pacientes con cáncer terminal en

el servicio de emergencia.

Batalini (2017), realizó un estudio sobre la utilización del departamento de emergencia (DE) entre los pacientes con cáncer. Aplicó una encuesta directa a pacientes con cáncer durante 277 visitas al DE en 2015. Se recopilaron variables, incluido síntoma principal de la visita actual y la última, la frecuencia de atenciones, el sitio del tumor primario y la demografía. Resultados: el dolor fue el síntoma más frecuente, responsable del 40% de las visitas, seguido por los síntomas constitucionales (17%) y las quejas gastrointestinales (11%). El dolor abdominal fue el tipo de dolor más notorio, con 18.4%, y tuvo la tasa más alta de recurrencia. Le siguieron dolor de espalda, disnea, astenia y fiebre, que representan el 8,5%, 8,5%, 8,1% y 7%, respectivamente. El cáncer cervical representó el 14,8% de los pacientes, seguido de los cánceres de mama (11,6%) y de pulmón (7,6%). La mayoría de los pacientes visitaron el servicio de urgencias menos de una vez al mes. Concluye que el dolor es el síntoma más común que conduce a las visitas de urgencias y generalmente requiere visitas múltiples.

Este último estudio arroja resultados interesantes sobre los motivos de consulta de pacientes adultos con cáncer en el departamento de emergencia reflejando al dolor como el protagonista de un mayor número de casos de demanda de atención en emergencia, seguido de fiebre, pérdida de peso, y las molestias gastrointestinales. Con relación a los tipos de cáncer, el de cérvix tiene el mayor número de casos. Lo cual sirve como punto de referencia para el análisis de los resultados del presente estudio.

DeCaria (2017), realizó una investigación sobre la demanda de atención en hospitales de agudos en personas afectadas por el cáncer terminal. Se utilizaron los registros de pacientes con cáncer que murieron en hospitales de cuidado agudo y se extrajeron los datos de las 9 provincias y se examinaron los indicadores que describen el panorama actual del uso hospitalario al final de la vida de los pacientes que murieron de cáncer en hospitales de Canadá. Se observó una variación interprovincial de mortalidad en hospitales de cuidados agudos, (70% Manitoba, 30% Ontario). En los últimos 6 meses de vida, el 50% de los pacientes de cáncer que murieron en el hospital tuvieron una estadía acumulada de 17 días en Ontario a 25 días en Manitoba. El 18.1% experimentó 2 o más admisiones al hospital. El 48,4% tuvo al menos una visita a emergencia en el último mes de vida. Las altas tasas de uso de hospitales de agudos al final de la vida podrían sugerir que la atención en la comunidad y en el hogar podría no estar satisfaciendo las necesidades de los pacientes al final de la vida.

Este autor examinó la mortalidad por cáncer en diferentes hospitales de Canadá arrojando datos alta de mortalidad hospitalaria y estancia hospitalaria acumulada al año cercanas al mes. Y cerca de la mitad tuvo una visita a la emergencia en el último mes de vida. Lo que servirá de línea base para la comparación con los resultados del presente estudio.

Henson et al (2014), realizó revisión sistemática y metaanálisis para explorar los factores asociados con la demanda en el departamento de emergencias (ED) de pacientes con cáncer en su último mes de vida. Se identificaron treinta estudios que informaron tres factores demográficos, cinco clínicos y 13 ambientales, combinando datos de cinco países y 1.181.842 pacientes. Se encontró una mayor probabilidad de demanda en hombres (OR, 1.24; 95% CI, 1.19 a 1.29; I2, 58.2%) la raza negra (OR, 1.45; IC del 95%, 1,40 a 1,50; I2, 0.0%; referencia, raza blanca), pacientes con cáncer de pulmón (OR, 1.17; 95% CI, 1,10 a 1,23; I2, 59.5%; referencia, otros cánceres), y bajo estado socioeconómico (SES; OR, 1.15; IC 95%, 1.10 a 1.19; I2, 0.0%; referencia, mayor SES). Los pacientes que recibieron cuidados paliativos tuvieron menos probabilidades de asistir al servicio de urgencias en su último mes de vida (OR, 0,43; IC del 95%, 0,36 a 0,51; I2, 59,4%). Conclusión: Se identificó los factores demográficos (hombres; raza negra), clínicos (cáncer de pulmón) y ambientales (bajo nivel socioeconómico; déficit de cuidados paliativos) asociados con mayor demanda de emergencia por parte de los pacientes con cáncer en su último mes de vida.

Hanson publicó este trabajo que es considerado a criterio del autor de la presente investigación como el de mayor peso para ser utilizado como referente para el análisis comparativo de los resultados de la investigación, ya que se trata de un metaanálisis que incluyó 30 diferentes estudios publicados alrededor del tema de la demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia.

Guillen-Cordero (2018), realizaron una investigación cuantitativa observacional y descriptivo con 50 pacientes oncológicos, para determinar las necesidades y preocupaciones de los pacientes con cáncer en etapa terminal en Cuenca. Los resultados edad media de 61 años, el 50% son de sexo femenino, estado civil casado con el 52%, y la instrucción primaria con un 64%; las necesidades más frecuentes fueron: “permanecer y vivir los momentos más críticos en casa” con el 92% en cuanto a las necesidades médicas, “no sentirse desamparado” con el 98% en las necesidades psicológicas, “saber que la familia está preparada para enfrentar su muerte” con un 96% de las necesidades sociales, “no dejar a la familia desprotegida económicamente a causa de la enfermedad.

En Ibarra una publicación llevada a cabo por (Echeverría-Moreta, 2014) sobre los cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal. Encontró que la escala de evaluación de calidad de vida más usada es el índice Karnofsky (71%), el principal problema de salud fue el dolor (43%). La edad fue prevalente 50 a 59 años. Estos datos orientan acerca de las características propias de los pacientes y de las actitudes de los profesionales en el proceso de atención a estos pacientes.

### **2.1.3. Fundamentación**

#### **Aspectos básicos del cáncer.**

La OMS (2019) afirma que

El Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis constituyen la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer es la enfermedad catastrófica más prevalente y que genera mayores costos por asistencia sanitaria, se estima según la OMS que un 20% de la población adulta desarrollará algún tipo de cáncer para las próximas décadas. Es la segunda causa de muerte a nivel mundial. Es considerada la enfermedad catastrófica con mayor demanda de cuidados paliativos, pero a la vez con mayores gastos en asistencia sanitaria, esta enfermedad está vinculada a una tasa elevada de ingresos hospitalarios muchos de ellos por su tratamiento y otros por el manejo de cuidados paliativos en la etapa avanzada.

La OMS revela que solo el 14% de los pacientes es sujeto de recibir cuidados paliativos apropiados y estos en su mayoría si se los brinda en el domicilio conducen a mejoría en la calidad de vida y en una reducción de costos por salud. De igual manera la OMS señala que sean cuales fueren las limitaciones de recursos que afronte un país, un programa nacional de lucha contra el cáncer bien concebido y bien gestionado permite reducir la incidencia de la enfermedad y mejorar la vida de los afectados. (OMS, 2017)

El cáncer abarca un complejo grupo de enfermedades con una variedad de causas posibles. En esta sección podrá aprender sobre las causas del cáncer, incluyendo factores

genéticos, estilos de vida inapropiados tal como el tabaquismo, la alimentación, ejercicio y factores relacionados con el entorno como la exposición a ciertas sustancias químicas y radiaciones. Se estima que, del total de los cánceres, el 5 al 10% tendría una base genética, que con el pasar de los años y con el desarrollo exponencial de la investigación, ha hecho posible la identificación de individuos con predisposición genética a esta enfermedad, propiciando un mejor enfrentamiento. (Vial, 2016)

Estas mutaciones genéticas hereditarias no siempre nos predisponen por si solas a padecer cáncer, sin embargo, el estilo de vida que lleve la persona puede ser un factor detonante para que produzca la enfermedad como tal, debido a que ya se posee antecedentes heredofamiliares. Es de conocimiento que el estilo de vida, los hábitos y la alimentación son factores que nos predisponen a padecer alguna enfermedad y el cáncer no es la excepción. El fumar, el beber, el tener una alimentación desordenada son factores que, si no se corrigen, pasado un tiempo pueden ser perjudiciales para la salud. Las sustancias químicas del trabajo, como asbesto también se asocian con un mayor riesgo de padecer cáncer. De igual manera, la radiación puede resultar peligrosa para las células del cuerpo incluso pudiendo modificar su estructura genética. El tipo de radiación que más se encuentra en nuestro medio son los denominados rayos X que usualmente se utilizan para el diagnóstico de alguna enfermedad.

Los tumores presentan mayores capacidades de sobrevida y crecimiento, ventajas proliferativas respecto de su contraparte normal que permite generar un clon neoplásico persistente. Normalmente, las células del sistema inmune son capaces de eliminar a estas células tumorales, en un proceso denominado inmuno-vigilancia tumoral. Sin embargo, algunos de estos clones pueden adquirir nuevas capacidades que les permiten evadir estos mecanismos de control y se desarrolla una neoplasia. (Sánchez, 2013 )

El cáncer puede tener una presentación muy variable desde ser asintomático en ciertos pacientes hasta generar una sintomatología muy grave e intolerante en otros, esto usualmente depende de la localización del cáncer y de la cantidad y tipo de tejido comprometido. Las probabilidades de signos y síntomas aumentan ante la presencia de una diseminación local o propagación a distancia (metástasis). ( American Cancer Society, 2014). Hay casos en los que la sintomatología no se presenta si no hasta cuando el cáncer está en una etapa avanzada, es decir, ya cuando el tumor tiene un tamaño considerable, por esta razón se recomienda siempre realizarse una serie exámenes una vez al año a fin de detectar de manera temprana la aparición de esta enfermedad.

Entre la sintomatología preponderante en la mayoría de las personas con cáncer está la pérdida de peso inexplicable acentuada sobre todo en el caso de tumores que afectan el tubo digestivo tales como el cáncer de páncreas, cáncer de estómago y colon. ( American Cancer Society, 2014). También es frecuente la aparición de síntomas constitucionales, entre estos la fiebre, el cansancio, dolor, cambios en la piel, sangrado, odinofagia, tos, disnea, , debilidad muscular, etc. Estas manifestaciones no son específicos del cáncer, también pueden presentarse en el caso de lesiones benignas o por alguna otra enfermedad.

La valoración del paciente oncológico debe ser sistémica y abarcar más allá del contexto de la salud, los contextos social y cognitivo de cada paciente. Se debe procurar una valoración no tan extensa, y más bien utilizar una secuencia valorativa, organizada y sistemática. (Gonzales, 2014). La realización de la historia clínica y el examen físico, deben buscar el aporte de información prioritaria para el diagnóstico. El proceso diagnóstico se inicia determinando la causalidad y asociación de la sintomatología, para lo cual se pueden utilizar varios procedimientos para cada caso en particular. Una vez establecida la presencia de un tumor, se deben realizar más estudios para determinar el estadio y la afectación global en el paciente. (Kohen, 2014)

Entre los exámenes para la detección del cáncer existen los de tipo invasivo y otros de tipo no invasivo, la utilización de uno u otro dependerá la necesidad del paciente y del avance de la enfermedad, entre estos podrían utilizarse estudios radiológicos, ecografía, endoscopia, marcadores tumorales, biopsia y citología.

En relación con el tratamiento del cáncer, existe el de tipo general que es dirigido a los síntomas y signos asociados al cáncer y el tratamiento específico, que consiste en quimioterapia, radioterapia y cirugía. Algunas pacientes solo recibirán un tipo de tratamiento, sin embargo, lo más común es una combinación de tratamientos como cirugía con quimioterapia o con radioterapia. El tipo y tiempo de tratamiento dependerán del estadiaje y de la localización del cáncer, para esto se deberá establecer el método más seguro a seguir, para iniciar el tratamiento más efectivo con la más mínima afectación para el paciente.

### **Evolución del cáncer.**

El cáncer evoluciona desde la presencia de células malignas que originan un tumor en un determinado sitio (tumor primario), hasta la diseminación de estas células desde su lugar de origen hasta otros tejidos del cuerpo generando tumores adicionales (tumores secundarios).

En base a esto progresión del cáncer se la ha determinado por fases o estadios, que van desde la fase 0, fases I, II, III o de metástasis, y fase IV o fase terminal.

*En la fase 0*, se caracteriza por los cambios celulares con las características de malignidad, con multiplicación descontrolada y variable invasividad. Es la etapa de mayor duración de la enfermedad también llamada fase de inducción. No es diagnosticable ni produce sintomatología. Puede tener una evolución de hasta 30 años. (Asociación Española Contra el Cáncer, 2018). Puede considerarse al tumor de tipo benigno, sin embargo debido a que no produce ningún síntoma, es muy difícil de detectar y este aspecto es el responsable de que la enfermedad progrese sin un tratamiento adecuado.

*En la fase I* tampoco aparecen síntomas o molestias en el paciente. En casos específicos como en los cánceres de mama, cervix o colon, la enfermedad puede diagnosticarse mediante técnicas de detección precoz. (Asociación Española Contra el Cáncer, 2018). Aunque, la probabilidad de detectarla es muy baja, existe mayor factibilidad con respecto a la etapa 0. La detección precoz es fundamental para iniciar un tratamiento adecuado y por lo tanto para tener más probabilidades de éxito.

*En la fase II*, el tumor comienza a extenderse más allá de su localización de origen e invade tejidos u órganos adyacentes, es la fase de invasión local. Se estima una duración entre 1 y 5 años. La aparición de síntomas depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización. (Asociación Española Contra el Cáncer, 2018). La mayoría de los casos de cáncer son detectados en esta etapa, que coinciden con síntomas constitucionales como anomalías en la piel, pérdida de peso, dolor, sangrado, cansancio y heridas que no cicatrizan.

*En la fase III* o de metástasis, el cáncer se propaga a otras partes del cuerpo, relacionado con el hecho de que las células cancerosas se desprenden del tumor y viajan a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo o el sistema linfático. (AHS, 2015). En esta fase de cáncer metastásico el tratamiento específico contra el cáncer es más difícil por presencia de células anormales en otros tejidos u órganos empeorando el estado clínico del paciente y la tasa de éxito de curación

*La Etapa IV* también denominada fase terminal, el tumor ya no tiene posibilidades de curación y el paciente además tiene mayor afectación sistémica no solo a nivel físico sino también emocionalmente es en donde toma mayor relevancia y se intensifican los cuidados

paliativos, en especial con el control del dolor y la disnea, síntomas comunes en esta instancia.

### **Pronóstico del cáncer.**

Una parte importante de los pacientes con cáncer avanzado, tienen una mala concepción de su pronóstico o esperanza de vida. Así lo demostró un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, que solo uno de cuatro pacientes reportó tener una conversación reciente con su oncólogo sobre el pronóstico, y tuvieron más probabilidad de entender la naturaleza grave de su enfermedad. (NIH, 2016). Por lo tanto se debe tener en cuenta la información que se le da al paciente de cómo evoluciona su enfermedad, la forma en la que actúa el tratamiento específico y que se seleccionó para tratar su padecimiento. Siempre será importante tener un seguimiento de cómo está respondiendo el organismo, al tratamiento y si en algún caso no se estén dando los resultados deseados se debe prioritariamente comunicarle al paciente lo sucedido para luego así cambiar a otro que sea más efectivo.

Entre todos los cánceres, los que causan un mayor número de muertes por año son el cáncer de pulmón, el de hígado, el de estómago, también están el este grupo los cánceres de colon y mama. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se asocian a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios (índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) y, por lo tanto, pueden prevenirse. (OMS, 2018).

Según lo indicado por la OMS se puede apreciar que el estilo de vida es el factor más influenciado con respecto al padecimiento de esta enfermedad y que, aunque el cáncer puede darse en cualquier parte del cuerpo, es más predominante en ciertos órganos, sin embargo, a pesar de la información dada con respecto a los factores predisponentes para padecer cáncer las personas continúan con un estilo de vida inadecuado.

### **Tipos de cáncer.**

*Cáncer de pulmón.* En un estudio reciente se pronostica que en los próximos años una de cada 14 personas presentaría riesgo de desarrollo de neoplasia pulmonar durante toda su vida. Asimismo, se estima que el tabaquismo es causante de aproximadamente 85-90 % de todos los afectados por este tipo de cáncer (90 % en los hombres y 80 % en mujeres), pues se



han identificado más de 4 mil partículas cancerosas relacionadas con el humo del cigarro. (Expósito, 2017). El principal factor causante de cáncer de pulmón es el hábito del tabaquismo con una predominación del 10% de hombres con respecto a mujeres, este porcentaje pone a manifiesto que la mujer se está poniendo a nivel del hombre con respecto a este hábito y que probablemente dentro de poco esta diferencia no exista.

*Cáncer Hepático.* La tasa de supervivencia general a 5 años para estos pacientes es más de 50%. Para las personas con cánceres de hígado en etapa inicial que se someten a un trasplante de hígado, la tasa de supervivencia a 5 años se encuentra entre 60% y 70%. (American Cancer Society, 2016). Entre las principales causas de este padecimiento tenemos el consumo de bebidas alcohólicas, mala alimentación, obesidad, cirrosis, es decir, de manera general en como llevan su estilo de vida. Su pronóstico una vez identificado la enfermedad en un periodo de 5 años es bastante optimista llevando el tratamiento adecuado y los cuidados necesarios según la etapa en la que se encuentre.

*Cáncer de colon.* Según cifras oficiales de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), aproximadamente 1.200 nuevos casos de cáncer de colon se presentan en el Ecuador cada año. De estos casos, si son tratados oportunamente, el 52% de personas sobreviven. (Mosquera, 2015). Este tipo de cáncer se atribuye de manera prioritaria al tipo de alimentación que lleva la persona, inactividad física, sobrepeso, consumo excesivo de carnes rojas a altas horas de la noche. Debido a los factores causantes y a la falta de interés de las personas por corregir sus hábitos alimenticios o estilo de vida este tipo de cáncer se presenta cada vez con más frecuencia.

*Cáncer de mama.* La mortalidad es del orden de 13 por 100.000 mujeres al año, y se ha mantenido así durante los últimos años. La incidencia se calcula en que 1 de cada 12 a 14 mujeres desarrollarán un cáncer de mama a lo largo de su vida. En cuanto a sexo, se diagnostica 1 cáncer de mama en hombre por cada 100 en mujeres. (Uribe, 2015). Este tipo de cáncer afecta de manera principal a mujeres con respecto a hombres y hace referencia a un tumor de tipo maligno que se ha desarrollado a nivel de las glándulas mamarias, a fin de detectar rápidamente la aparición de esta enfermedad es recomendable que las mujeres se realicen una mamografía una vez al año.

### **El cáncer desde la salud pública.**

A pesar de los diversos estudios realizados la palabra ``cáncer`` aún sigue causando gran impacto en la sociedad en general debido a lo que representa, es decir, a la gran magnitud de compromiso que se presenta tanto a nivel fisiológico como psicológico, no solo para la persona pereziente sino también para la familia, comunidad y para el sistema de salud convirtiéndose en un problema de salud pública a pesar de los grandes avances tecnológicos sigue requiriendo gran atención en diversos campos como lo son la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos.

La esperanza de vida a nivel mundial está aumentando debido a un mejor control de las enfermedades infecciosas y congénitas, conllevando a una gran población de adultos mayores con enfermedades crónicas no trasmisibles entre estas el cáncer. Cuando se asocian múltiples factores tales como el incremento poblacional, la urbanización con cambios en el estilo de vida, en la dieta; y el aumento de la expectativa de vida, se promoverá un marcado aumento en la incidencia de cáncer en los países en desarrollo y, por lo tanto, en el nuestro. (Zaharia, 2013)

De la mano de diversos estudios, de los modernos tratamientos y del desarrollo de cuidados innovadores se ha podido lograr una mayor sobrevivida a pesar de la dificultad que representa el cáncer como fenómeno caracterizado por rápido crecimiento y multiplicación de las células de tipo malignas en el organismo que causan deterioro en el estado del enfermo. Sin embargo, a pesar de todos los avances técnicos y científicos, la enfermedad aún tiene gran impacto tanto en la morbilidad como en la mortalidad.

### **Calidad de vida en el paciente con cáncer.**

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Las actividades de la vida cotidiana de una persona varían, al igual que sus expectativas. Cuanto mayor es la diferencia entre ellas, menor es la calidad de vida (CDV). Hay tres mecanismos para mejorar la CDV mediante la reducción de la diferencia entre expectativas y realidad: una aumentando el nivel de la realidad manteniendo iguales las

expectativas, dos disminuyendo el nivel de expectativas manteniendo igual la realidad o tres cambiando al mismo tiempo tanto las expectativas (reducción) como la realidad (aumento). (De la Lanza, 2015)

La calidad de vida hace referencia a una serie de eventos como lo son el factor social, económico y psicológico, que están dados por la percepción propia del individuo o la percepción de una persona externa. El agregado de calidad de vida en el ámbito de salud o relacionado con la salud (CVRS) ha sido muy importante ya que ha permitido tomar en cuenta como se encuentra en todos los factores antes mencionados en la persona pereziente de cáncer y en como todo esto influye en el progreso de la enfermedad.

El concepto de salud ocupa un lugar predominante en pacientes con cáncer. La tranquilidad emocional y económica y acompañamiento familiar son los aspectos más relevantes para los pacientes con cáncer de próstata (hombres). Para los pacientes de sexo femenino que cursan con cáncer de cuello uterino o mama, los conceptos centrales se relacionan con el ambiente familiar, la disponibilidad de tratamiento y aspectos espirituales. (Sánchez R. S., 2015).

Es frecuente en las personas con enfermedades crónicas, además del cáncer, se generen interrogantes y preocupaciones acerca del avance de la enfermedad en aspectos de tratamiento o pronóstico está alcanzando el efecto en el tiempo estimado, si se va a prolongar más allá de lo esperado o si aparecen efectos secundarios, como la sensación de decaimiento, la cual reduce las actividades cotidianas, las náuseas y vómitos, frecuentes luego de recibir quimioterapia, el estreñimiento o la diarrea, los cambios en el apetito y el sabor que pueden influenciar en la pérdida de peso; la caída del cabello es otro de los signos más temidos y que más influencia en el estado de ánimo del paciente con cáncer, usualmente presente posterior a la quimioterapia.

El apoyo social en los pacientes con cáncer constituye una necesidad para mitigar el efecto de los cambios asociados a la enfermedad. Se relaciona con la calidad de vida a través de dos formas, una reduciendo el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes en la vida de la persona y el estrés que pueda contribuir a la aparición o agravamiento de la enfermedad, y dos influyendo directamente en la enfermedad física, lo que contribuye a una menor morbilidad y, sobre todo, a una mejor rehabilitación. (Fontibón, 2015)

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la calidad de vida del

paciente puede ser mejorada mediante el control de los síntomas. Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los síntomas, en especial, aquellos que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. En algunos pacientes precisaran de forma prioritaria controlar el dolor o la disnea, en otros en cambio, será necesario promocionar la adaptación del enfermo a los mismos, (debilidad, anorexia, etc.). El apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico siempre serán importantes estableciendo una relación franca y honesta. Siempre será difícil plantear los Cuidados Paliativos sin el soporte de un equipo multidisciplinario que disponga de espacios y tiempos adaptables a la necesidad de los pacientes.

### **Factores sociodemográficos asociados al cáncer**

**Edad.** Mientras más edad se tenga mayor es el riesgo, por lo tanto este factor de riesgo es considerado el más importante a nivel del cáncer en general. De acuerdo con los datos estadísticos más recientes del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, la edad media de un diagnóstico de cáncer es de 66 años. Esto hace referencia a que de la totalidad de casos, un 30% ocurre en la gente debajo de esta edad y el otro 30% arriba de esta edad., por lo tanto una cuarta parte de los casos nuevos de cáncer es diagnosticada en personas de 65 a 74 años. (NIH, 2015)

Aunque el cáncer es una enfermedad que puede afectar a cualquier edad, es bien sabido que las personas mayores tienen un mayor riesgo de padecer un cáncer, la razón se explica porque con el paso de los años, las células van acumulando más y más mutaciones en su ADN que las hacen más proclives a convertirse en malignas. Adicionalmente, los mecanismos con los que cuentan las células para reparar estas alteraciones en su genoma se deterioran y pierden eficacia con la edad. (López, 2018) Hay que tomar en cuenta que el organismo sufre deterioro en sus funciones debido al paso del tiempo y al estilo de vida llevado en anteriores años, son factores que impulsan que llegada de una enfermedad alcanzada una determinada edad y como consecuencia se llegue a padecer de algún tipo de cáncer. Es importante recordar que en edades extremas el papel del sistema inmune también se ve afectado y no cumple en algunas ocasiones con la tarea de proteger el organismo de cualquier agente que pueda causar daño.

**Sexo.** Cada año se diagnostican 4.820 tumores en mujeres jóvenes, de entre 15-39 años una cifra que supera considerablemente la de los hombres de esa misma franja, 2.874.

(Campillo, 2018). Es importante tener en cuenta que cierta cantidad de personas que padecen de cáncer a temprana edad, muchos de los casos debido a los factores por los que están rodeados, además, de presentarse una prevalencia en mujeres sobre hombres. El cáncer es un evento crítico que, al mismo tiempo en que conlleva perplejidad y miedo de la finitud, propicia también preocupaciones sobre la recuperación y la calidad de vida. La literatura también evidencia afectaciones relacionadas con la imagen corporal y la vida sexual (Vieira, 2014). Para la mayoría de las personas la imagen personal es muy importante, tomando también en cuenta que es un punto de enorme interés en la sociedad actual, hay personas que a pesar del cáncer tienen una manera más positiva de sobrellevar la situación, sin embargo, hay otros a quienes les afecta más y suelen sumirse en una severa depresión.

Independientemente del tipo de cáncer que se padezca siempre va a existir una afectación no solo a nivel orgánico o funcional, además, también se ve involucrado el nivel emocional el cual influye mucho en la respuesta al tratamiento suministrado. Una de las principales preocupaciones que suelen darse en la persona es que sucederá durante este proceso con su pareja y como su vida marital se verá alterada. Si pueden verse alteradas las relaciones sexuales de pareja, en el hombre, por ejemplo, cánceres genitourinarios de próstata o vejiga, afectan al pene, principal órgano sexual en el hombre y que según concreta este puede verse alterado por sangre o dolor. (Infalous , 2018)

**Escolaridad.** La educación es un factor que se debe de tener en cuenta, el hecho de tener conocimiento general de algunas enfermedades y de cuáles son los signos o síntomas que se pueden presentar, además, de los chequeos de rutina a realizar para evitar complicaciones a largo plazo, se considerara que personas con un nivel de escolaridad bajo, tiene influencia sobre la prevalencia o avance de cáncer. El grado de escolaridad se relaciona con el nivel de incertidumbre, pues el tener un nivel de educación medio o superior contribuye a comprender las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona con cáncer. (Montalvo Prieto, 2015)

**Ocupación.** El cáncer está vinculado a determinadas ocupaciones o profesiones ya por la exposición a determinantes cancerígenos o por generar ciertas disfunciones orgánicas que condicionarían a susceptibilidad a una determinada neoplasia. Así, la presencia de cáncer debido a la exposición ante algún agente químico es una de las situaciones que con frecuencia se puede observar. Aunque todas las personas estamos de algún modo u otro expuestas a algún químico, esta suele causar alteraciones cuando ocurre exposición o agresión continua o

de manera perenne y en grandes proporciones en nuestro ambiente como en el caso de personas que trabajan en gasolineras, refinerías, etc. Existen varias causas de cáncer, hay algunos que se asocian de manera específica con la profesión y comúnmente se los denomina cancerígenos profesionales. Se han visto múltiples casos aumentan de manera notoria el riesgo relativo de determinados tipos de cáncer; siendo posible que existan otros cancerígenos profesionales que no se han detectado todavía debido a que sólo suponen un pequeño aumento del riesgo, o simplemente porque no han sido estudiados. (Rocha Eiroa, 2014)

**Lugar de residencia.** En muchos casos se debe de evitar el estar expuestos a sustancias que causan cáncer ya que son de conocimiento público, como el humo de tabaco y los rayos solares, pero otras son más difíciles de evitar, especialmente si se encuentran en el aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que comemos o los materiales que usamos para realizar nuestros trabajos. Es de importancia tener en cuenta que si la vivienda se encuentra cercana a fabricas o gasolineras, tomando a estos como ejemplos de factores perjudiciales para la salud debido a que de manera diaria y constante se está expuesto en el caso de las fabricas a el humo lleno de químicos que produce la maquinaria empleada en la fabricación de cualquier implemento. La quema carbón dentro de una vivienda para calefacción o preparación de alimentos produce emisiones de partículas y gases que pueden contener una cantidad de sustancias químicas dañinas, como benceno, monóxido de carbono, formaldehído e hidrocarburo aromático policíclico. (NIH, 2015)

Este es otro de los factores a tomar en cuenta en lo que respecta a vivienda no solo la localización y el estar en medio de alguna zona contaminada puede provocar alteraciones en el organismo si no también el hecho de la utilización de algunos implementos utilizados diariamente. Estas son sustancias que aunque no nos damos cuenta a simple vista pues también poseen un grado de afectación. Así, la American Heart Society (AHS) menciona que las fibras del asbesto también pueden ser tragadas, lo cual puede que ocurra cuando las personas consumen alimentos o líquidos contaminados tales como agua que fluye por tuberías de cemento de asbesto (AHS, 2015).

**Estado socioeconómico.** El nivel socioeconómico de una persona afecta su capacidad de recibir atención médica. Entre mayor es el nivel educativo de una persona mayor es la probabilidad de tener un trabajo que pague bien, ofrezca seguro médico y días de licencia por enfermedad pagados. El esperado que las personas con un mayor salario y seguro médico tienen una mayor probabilidad de hacerse las pruebas de detección que pueden encontrar el

cáncer en forma temprana y obtener el tratamiento apropiado cuando se detecta el cáncer. (CDC, 2018)

### **El paciente terminal.**

La OMS define que paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado. En la enfermedad terminal, se reconocen las siguientes características: diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, la falta de respuesta al tratamiento específico, el pronóstico de vida no mayor de seis meses, los síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes y el gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.

Para la definición de enfermo terminal, se deben poseer ciertas características diferenciales, entre las que destacan la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, la falta de respuesta al tratamiento específico, la presencia de numerosos problemas, síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, el gran impacto emocional en el paciente, familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte; y el pronóstico de vida inferior a 6 meses.

En situaciones de enfermedad terminal coexiste un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, numerosos síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia y cuidadores; y un pronóstico de vida limitado. Entre las enfermedades que cursan con etapas terminales se encuentran el cáncer, SIDA, enfermedades crónicas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones relacionadas con la edad avanzada. Es común que estos pacientes sean incorporados tardíamente a los servicios de los Cuidados Paliativos.

Existen cuatro etapas en la evolución del enfermo terminal. *La etapa inicial de estabilidad*, es aquella en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración de su estado funcional, *la etapa sintomática o de estado*, caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria; *la etapa de declive*, en la cual las complicaciones están presentes de una forma continua y se observa un deterioro

funcional importante y que conlleva, en mayor o menor grado, a la incapacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Y la *etapa final o de agonía*, en la que están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico que oscila entre 1 y 5 días.

La evolución de una etapa a otra puede ser de manera brusca o de forma más lenta, y no existen factores pronósticos de una supervivencia concreta, con un poder predictivo elevado, una vez que se ha establecido la fase terminal. Es bueno aclarar que la fase en que se encuentre el paciente es importante para la toma de decisiones teniendo en cuenta siempre los principios de la ética. Así, actividades que pueden resultar adecuadas en las dos primeras etapas (como las transfusiones, la radiación, o la Cirugía paliativa o los estudios de imagen, entre otros), pueden no ser adecuados en la etapa de declive intenso o en la fase agónica.

Últimamente, ha cambiado el concepto de enfermedad terminal, para lo cual, se ha introducido los términos de “enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado” o “situaciones de enfermedad avanzada – terminal”, (SEAT). Los pacientes en SEAT se caracterizan por presentar una o varias enfermedades progresivas, con evolución en crisis e impacto progresivo en su capacidad funcional, por generar una alta necesidad y demanda de recursos y por tener un pronóstico quizá de más larga duración.

La otra característica fundamental de las personas con enfermedad terminal es su presencia en todos los servicios del Sistema de Salud, con frecuentaciones a menudo muy elevadas y un elevado consumo de recursos. Esta constatación obliga a la adopción de medidas de atención paliativa en todos los recursos, especialmente en los que tienen una alta prevalencia de pacientes en SEAT (Atención Primaria, centros residenciales, centros socio-sanitarios y algunos servicios hospitalarios).

### **Valoración del paciente en fase terminal.**

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) la enfermedad terminal se caracteriza por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. La falta de respuesta a tratamientos específicos, la presencia de numerosos problemas, el impacto emocional del paciente a esta situación, el de su familia y de su equipo terapéutico, está muy relacionado con la presencia, de casos en los que ya no hay cura. La interrogante principal en este tipo de situación es ¿Cómo saber cuándo un paciente se encuentra en esta



etapa de la enfermedad?, para esto suele llevarse a cabo la observación del paciente analizando la sintomatología que presente, entre los factores a analizar tenemos; el análisis de la intensidad del dolor, de los síntomas respiratorios, la anorexia y caquexia, como ha sido su evolución en las últimas 48 horas, como se encuentra a nivel psicológico y cuál es su nivel de conciencia.

- *Valoración de la Intensidad del dolor.* El dolor es uno de los principales síntomas que se presentan en los pacientes con cáncer, para poder determinar de manera más precisa cuál es su intensidad pueden usarse varias escalas como lo es por ejemplo la Escala Visual Análoga (EVA). Según la OMS el tratamiento analgésico para el control del dolor tiene 3 escalones, el primero son los analgésicos no opioides como los salicilatos, metamizol, paracetamol y los AINES. En el segundo escalón están los analgésicos opioides débiles como la codeína, tramadol etc.. Y en el tercero están los analgésicos opioides potentes como la morfina, la metadona o el fentanilo, éste último por vía tópica.
- *Síntomas respiratorios.* El principal síntoma que se presentará a nivel respiratorio es la disnea, en el caso de esta se puede evaluar mediante diversas escalas además de que la presencia de esta suele evidenciarse con la presencia de hipoxia, lo que va a conllevar a la administración de oxígeno.
- *Anorexia y caquexia.* El análisis de la presencia de anorexia y de la caquexia son de mal pronóstico para la evolución del paciente. La caquexia es la pérdida de peso debido a una alimentación deficiente. La anorexia-caquexia es un síndrome frecuente en pacientes oncológicos, particularmente en etapas avanzadas, y la prevalencia global oscila entre el 20-40% en los enfermos en la fase diagnóstica, y entre el 70-80% en la fase avanzada de la enfermedad. (Pérez Camargo, 2014)
- *Las últimas 48 horas.* El análisis de cómo ha evolucionado el paciente en los últimos dos días antes de acudir al médico es importante ya que nos brindara información sobre de la presencia de diversos síntomas como pueden ser la disnea, la presencia de nauseas, vomito, hematemesis, hemoptisis, a nivel psicológico como ha estado, además, de cuáles son los medicamentos que se ha estado administrando y si alguno ha sido para la presencia del dolor.

- *Análisis psicológico.* La depresión y la ansiedad son estados de ánimo que se presentan con mucha frecuencia sobre todo en pacientes que presentan cáncer, la depresión tiene mucha influencia ya que gracias a la presencia de esta los pacientes suelen decaer y suelen bajar de peso. El proceso de adaptación se puede acompañar de reacciones emocionales diversas: impotencia, irritabilidad, desesperanza, pérdida de control, ansiedad, estrés, tristeza, depresión, miedo, entre otros. (Acosta, 2015)
- *Índice de Karnofsky (IK):* es una escala de valoración global del estado funcional en pacientes oncológicos, útil para predecir la evolución y supervivencia en dichos pacientes, valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos, y también como indicador de calidad de vida. Se asigna un valor a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Es una tabla descendiente que va de la normalidad (100) a la muerte (0). Así pues, los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados (Puiggrós, 2009).

**Cuadro 1.** Escala de Karnofsky

<b>100</b>	Normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad
<b>90</b>	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
<b>80</b>	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad.
<b>70</b>	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales.
<b>60</b>	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
<b>50</b>	Requiere gran atención, Encamado menos del 50% del día.
<b>40</b>	Inválido, incapacitado, necesita cuidados. Encamado más del 50% del día.
<b>30</b>	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte.
<b>20</b>	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
<b>10</b>	Moribundo
<b>0</b>	Fallecido

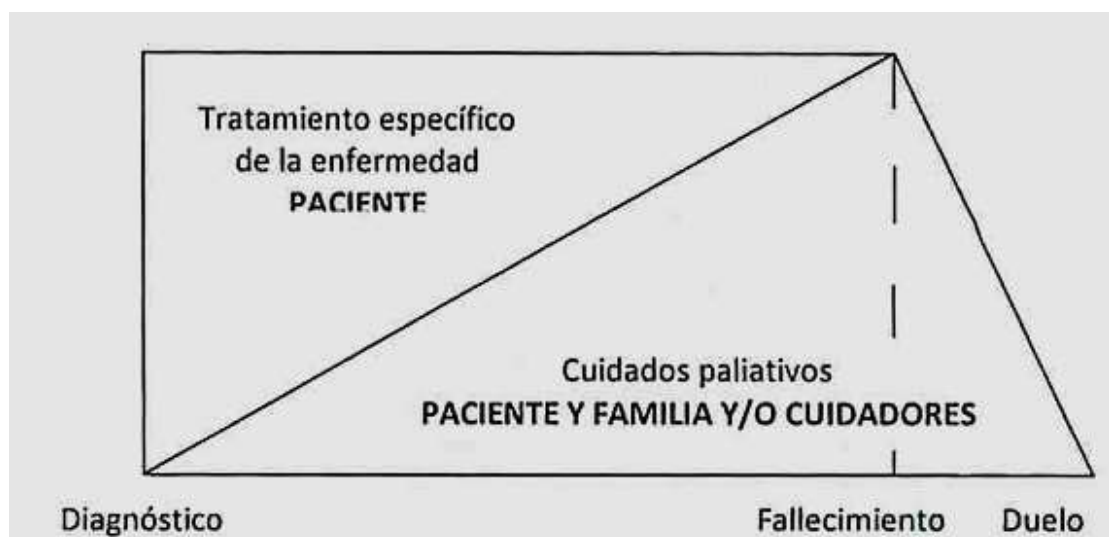
Fuente: Puiggrós 2009

### **Cuidados paliativos**

La (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007), define los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los

problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. En este contexto, el verbo paliar significa mitigar, aliviar, reducir la gravedad de dolor o de la enfermedad o proporcionar alivio pasajero. El cuidado paliativo es el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con graves problemas de salud debidos a enfermedades graves, y especialmente de aquellos que se encuentran cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), 2018)

Los Cuidados Paliativos han emergido como una modalidad asistencial en la que el ejercicio profesional se centra en la atención integral, activa y continuada del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar calidad de vida –prevención y alivio del “sufrimiento”- sin alargar la supervivencia. Estos cuidados pueden iniciarse desde el momento del diagnóstico y volverse más complejos según el avance de la enfermedad deben cubrir aspectos físicos, psicológicos y espirituales y se plantea que se extiendan hasta el período de duelo. (ver figura1).



**Figura 1.** Estrategia Terapéutica de los Cuidados Paliativos. Plan de Cuidados Paliativos 2015. MSP. Ecuador

Los cuidados paliativos incluyen aspectos de prevención, identificación temprana, evaluación integral y manejo de problemas físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia. Además brinda

apoyo para ayudar a los pacientes a vivir dignamente hasta la muerte, facilitando la comunicación efectiva, ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la atención.

Se puede en todo el curso de una enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente, en conjunto con otras terapias que modifican la enfermedad y puede influir positivamente en el curso de la enfermedad. No pretende acelerar ni posponer la muerte, afirma la vida y reconoce la muerte como un proceso natural. Brinda apoyo a la familia y a los cuidadores durante la enfermedad del paciente y en su propia pérdida. Se reconoce y respeta los valores y creencias culturales del paciente y de la familia. Es aplicable en todos los entornos de atención médica (lugar de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario). Puede ser proporcionado por profesionales con formación básica en cuidados paliativos. Pero en casos complejos se requiere cuidados paliativos especializados conformados por equipos multiprofesionales.

Para fortalecer los cuidados paliativos, los países deben adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los cuidados paliativos en las leyes de salud, los programas nacionales de salud y los presupuestos nacionales de salud; se debe promover que los planes de seguro integren los cuidados paliativos como un componente prioritario; se debe asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor y que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud (desde programas comunitarios basados en la salud hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal pueda proporcionar cuidados paliativos básicos con equipos especializados disponibles para referencias y consultas; comprometer a universidades y hospitales docentes en la investigación orientada a los cuidados paliativos y la formación en cuidados paliativos como un componente integral de la educación continua, incluida la educación básica, intermedia, especializada y continua.

Entre las patologías que requieren cuidados paliativos encontramos: Cáncer, enfermedades de dependencia funcional (comas vegetativos, demencias en estado avanzado) enfermedades degenerativas neurológicas en fase avanzada (enfermedad de Parkinson-esclerosis lateral amiotrófica), Enfermedad cardiorrespiratoria incapacitante e incurable, Hepatopatías crónicas avanzadas. Demencias, Ictus, Cirrosis hepáticas, Esclerosis. Estas enfermedades en sus estadios finales abarcan síntomas que pueden estar relacionados entre sí de acuerdo con la enfermedad que padecen. La valoración de los síntomas es crucial a la hora

de la identificación de estos.

Los cuidados paliativos deben de ser individualizados y van a depender del estadio de la enfermedad, es decir, de que tan avanzada se encuentre. Entre algunas de las intervenciones más frecuentes están la prevención de la infección, el soporte transfusional y tratamiento de la anemia, la nutrición, tratamiento de los efectos de la quimioterapia, tratamiento de las anomalías metabólicas, uso de antieméticos, el control del dolor, manejo de síndromes paraneoplásicos, cuidado de la calidad de vida, psicooncología, manejo del paciente terminal. (De la Lanza, 2015)

Todo paciente que este padeciendo cáncer tiene el derecho de tener cuidados paliativos sean estos dados por un familiar o alguien que pertenezca al campo médico, sean estos en su casa o en el hospital. Uno de los síntomas que más temen los pacientes por ser uno de los más comunes es el dolor por tal debe hacerse una adecuada valoración con respecto a cómo se puede ayudar al paciente con cáncer a manejar el síntoma con la debida ayuda farmacológica.

Los cuidados paliativos son “aplicables al principio de la enfermedad, junto con otras terapias, la integración temprana de los cuidados paliativos puede reducir en gran medida las visitas no planificadas al departamento de emergencias y las admisiones al hospital, puede acortar las estadías en el hospital y puede aumentar el número de muertes en el hogar para pacientes con cáncer avanzado. Además, se ha demostrado que los cuidados paliativos mejoran significativamente los resultados del paciente y la calidad de vida en los dominios del dolor, la ansiedad y el control de los síntomas Todos esos resultados sugieren que los cuidados paliativos pueden optimizar los resultados del paciente y afectar en gran medida el uso de los servicios de salud.

La mayoría de los pacientes con cáncer avanzado prefieren recibir atención y morir en el hogar, sin embargo, la mayoría de los pacientes mueren en el hospital. Durante los últimos meses de vida, los pacientes con cáncer se someten a admisiones frecuentes en el hospital. Algunos estudios han sugerido que los equipos de atención domiciliaria disminuyen el número y la duración de las admisiones e incrementan la tasa de muertes en el domicilio. Las regiones de salud en todo el mundo han intentado establecer programas de cuidados paliativos como una forma de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales y sus familias y también como una forma de reducir la utilización de los costosos recursos hospitalarios de cuidados agudos

## **Programas de Cuidados Paliativos.**

La OMS en el año 2007, publicó su primera guía sobre la planificación de servicios de cuidados paliativos destinados a quienes viven con cáncer en fases avanzadas. Este documento en la consulta de 70 oncólogos destacados del mundo, se indican modelos de salud pública muy eficaces y poco costosos para atender a pacientes de cáncer en fase terminal, especialmente en países en desarrollo.

En esta guía definió los seis componentes básicos para la construcción y fortalecimiento de los servicios de salud: gobernanza, financiación, trabajadores, información, productos y tecnologías y prestación de servicios. A través de una cobertura y acceso adecuados y con calidad y seguridad, estos componentes deben fortalecer los sistemas de salud consiguiendo aumentar la responsabilidad y la eficiencia del Sistema, la protección del riesgo financiero y social, y mejorar la salud de la población.

### **Demanda de atención en emergencias en pacientes con cáncer terminal**

El paciente con cáncer en fase terminal coincide con otros elementos adicionales a la progresión de la enfermedad que contribuyen en menor o mayor medida en el deterioro orgánico y en el desarrollo de amenazas de muerte. Entre estos factores se detallan las comorbilidades asociadas, la desnutrición, la inmunodepresión y los estilos de vida inadecuados, generan un estado de debilidad y fatiga muscular, que conllevan a sedentarismo y al riesgo aumentado de procesos infecciosos.

Por otra parte, también desencadena una debilidad y desacondicionamiento muscular que inciden en la postración prolongada, la aparición de infecciones respiratorias que coinciden con dificultad en la expulsión de sus secreciones que empeorará el estado de salud del paciente. El tipo de cáncer es otro de los factores causales, ya que repercuten por su localización, los que comprometen los sistemas cardiovascular, respiratorio y neurológico. (Canadian Cancer Society, 2016)

En la mayoría de las admisiones de emergencia, son necesarias intervenciones médicas relativamente simples. Los equipos de atención especializada con médicos de cuidados paliativos, un acceso más fácil al médico de familia y mejores líneas de cooperación entre los hospitales y el sector de atención primaria pueden hacer posible realizar más de estos procedimientos en el hogar, lo que reduce la necesidad de admisiones de emergencia.

(Hjermstad MJ, Kolflaath J, Løkken AO, et al. , 2013). La mayoría de las consultas al servicio de emergencia corresponden a condiciones no urgentes. Este grupo de pacientes se pueden beneficiar de la creación un programa de consultas prioritarias de cuidados paliativos en la consulta externa, lo que descongestionaría los servicios de emergencia y brindar al paciente una atención oportuna proporcionando calidad de vida, acompañamiento y soporte. (Mariño, R., Cervera, S., Moreno, L., & Sánchez, O. , 2015)

Las admisiones no planificadas al hospital son costosas para el individuo y para el sistema de salud. La prevención de admisiones no planificadas no es posible en muchos casos, sin embargo, se ha reconocido que una mejor atención podría reducir esta problemática. Existen factores que indican en el ingreso hospitalario; los relacionados con la enfermedad, tales como síntomas, etapas de la enfermedad avanzada, problemas en la etapa terminal; los relacionados con el tratamiento son las complicaciones y efectos secundarios y los relacionados con el paciente, como la demografía, estado psicosocial, comorbilidades.

El propósito principal de la Medicina de Emergencia (EM) es tratar a los pacientes indiferenciados a lo largo de la edad y los espectros de enfermedad o lesión, para crear una evaluación de tiempo limitado del paciente, resucitar y estabilizar con el fin de establecer un tratamiento inicial o definitivo, y, finalmente, llevar al paciente a un centro apropiado. En el caso de los pacientes con cáncer terminal, estos principios no pueden siempre ser implementados porque estos pacientes no pueden ser tratados de la misma manera. En segundo lugar, los pacientes terminales no pueden ser tratados de la misma manera restringida en el tiempo que otros pacientes porque a menudo presentan múltiples complicaciones y varias afecciones complejas. En tercer lugar, la reanimación y el tratamiento activo para estos pacientes pueden no ser la mejor ni la opción preferida, especialmente si esos resultados son contrarios a sus deseos, y no siempre pueden ser dados de alta del servicio de emergencia a una instalación o servicio apropiado

Las peculiares características del enfermo terminal precisan una planificación de objetivos terapéuticos de forma individualizada. Las diferencias encontradas entre los enfermos terminales, en sus estructuras personalógicas, en relación con la enfermedad, edad, patrones culturales, educación, condiciones de vida, confirman la necesidad de una atención personalizada a los pacientes que requieren cuidados paliativos, con un enfoque interdisciplinario, dinámico y sistémico.

### **Criterios de atención en el servicio emergencia en pacientes con cáncer terminal.**

Se define como emergencia oncológica cualquier evento agudo en un paciente oncológico que se desarrolla de manera directa o indirecta debido al tumor y que pone en riesgo la vida del paciente. Las emergencias oncológicas se pueden dividir en metabólicas, hematológicas y estructurales. (Gorospe-Sarasúa, 2018). Los pacientes con cáncer generalmente suelen presentarse al servicio de emergencia debido a complicaciones con respecto a su enfermedad, entre los principales síntomas para acudir a este servicio tenemos dolor, disnea y disminución del nivel de conciencia, sin embargo, para prestarle la atención correspondiente siempre se debe de tener en cuenta la historia clínica.

Las causas para el ingreso al servicio de emergencias son múltiples, sin embargo, se debe de tener claro cuál es la razón de que la salud del paciente tenga decaimiento. Entre las causas de que el paciente acuda a emergencias no solo están problemas relacionados con el avance del cáncer, en muchos casos es debido a efectos secundarios del tratamiento que están recibiendo. Según un estudio realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, España las tasas de ingreso al servicio de emergencia son tumorales, además se registraron: 25% de episodios por síntomas respiratorios, 15 % trastornos gastrointestinales, 14% síntomas neurológicos, 14% infección con fiebre, 10% trastornos hidroelectrolíticos, 6% problemas hepáticos, 6% otros.(Buendía Bravo, 2015 ).

Entre las visitas al departamento de emergencia existen aquellas que son evitables y aquellas que no entre estas últimas están el dolor incontrolado por cáncer, complicaciones relacionadas con el tratamiento, las complicaciones, la infección, los eventos neurológicos y la disnea relacionada con el cáncer, mientras que la constipación, la necesidad de reabastecimiento de medicamentos para el dolor y los eventos relacionados con el catéter son causas comunes de eventos evitables de visitas a emergencia. Estos datos son parte de un estudio más sin embargo no hay criterios estandarizados para clasificar las visitas al ED como evitables o no evitables. La hemorragia en este tipo de pacientes es un síntoma de manejo controvertido en el domicilio y también la sedación del paciente entendemos que es una situación muy difícil de manejar tanto por los familiares como por profesionales que no están acostumbrados a enfrentarse a esta situación, por lo que hemos considerado como adecuado el traslado del paciente a la urgencia hospitalaria.

Muchos pacientes son hospitalizados al final de su vida, en particular en los últimos



meses y semanas de vida. El entorno hospitalario agudo sigue siendo un lugar frecuente y persistente de muerte en muchos países desarrollados. Sin embargo, se considera que no es un entorno ideal como lugar de muerte, ya que la atención no se ajusta adecuadamente a las necesidades de los pacientes moribundos. Es un entorno que se centra principalmente en la cura y la prolongación de la vida, donde la muerte se considera un fracaso. La mayoría de las personas prefiere no morir en el hospital, sin embargo, en algunas situaciones, una hospitalización en un hospital podría considerarse apropiada o justificada, y podría ser la mejor opción para el paciente.

## **2.2. MARCO LEGAL**

El tema de investigación se apoya en base a los lineamientos establecidos en la *Constitución de la República del Ecuador en su artículo 32* establece que “la salud es un derecho que garantiza el Estado Ecuatoriano y su realización está vinculada a otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, el trabajo, la seguridad social, a los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. Además, el artículo 50 expresa que "El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente." (Asamblea Constituyente, 2008)

*Ley Orgánica de Salud en su artículo 10* establece que "aquellos que son integrantes del Sistema Nacional de Salud den aplicar las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, todo esto va ligado a acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva. (...)". De igual manera, el Artículo 69, prescribe que: “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de los que componen el Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación,

rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables”. (Congreso Nacional del Ecuador, 2006).

*La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, artículo 2. derecho a una atención digna.* los pacientes en excepción alguna tienen derecho a ser atendido oportunamente en un centro de salud de acuerdo con la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respetabilidad, cuidado y amabilidad.”. *El artículo 6. derecho a decidir.* – los pacientes sin excepción tienen todo el derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”. (Congreso Nacional del Ecuador, 2006).

El Ministerio de Salud Pública en el *Acuerdo Ministerial número 101*, publicado en el 2011, establece en el artículo 1: “Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar el derecho de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento; a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; a incluir a los familiares cuando sea necesario y, para ello, establezcan el lugar idóneo para cada una de dichas prestaciones.”. Además, en el artículo 2 dispone: “Convocar a todas las entidades sean éstas públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud del país, a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención y asegure un enfoque multidimensional e interdisciplinario, garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2011).

*El Modelo de Atención Integral de Salud* establece como uno de los retos incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo. Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida sin posibilidad de curación y por lo tanto requerir cuidados paliativos que se deben prestar en los tres niveles de atención, de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de

promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias, en estrecha relación con la familia y la comunidad. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2012)

Posteriormente en el año 2015 mediante *acuerdo N.º 00005223* aprueba y autoriza la publicación del documento “*Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015- 2017*”, exigiendo la aplicación de este en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Este documento tiene por objetivo general “Incorporar los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, que contribuyan al buen vivir de la población ecuatoriana, mediante la atención de las personas con necesidad de atención paliativa y su familia y/o cuidadores, considerando los enfoques de interculturalidad, intergeneracional y de género”. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2015).

Este Plan Nacional de Cuidados Paliativos se encuentra estructurado por 5 lineamientos estratégicos, el primero, un marco normativo, jurídico y administrativo, el segundo, las prestaciones de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional, el tercer lineamiento, la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y otros medicamentos esenciales para la atención en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, el cuarto, fomentar en la sociedad una cultura de conocimiento, actitud y práctica en cuidados paliativos, y el quinto lineamiento trata de promover y desarrollar la investigación, la generación del conocimiento, de información y la aplicación de principios bioéticos en cuidados paliativos, con enfoque de género e interculturalidad.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**Cáncer.** Se denomina así al crecimiento y propagación no controlada de células que pueden aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. Estas células anómalas suelen invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Este problema de salud es prevenible, evitando la exposición a factores de riesgo, algunos muy comunes como el humo de tabaco. Existe, un porcentaje importante de cánceres que pueden ser sujetos de curación mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (OMS, 2019)

**Estadio del cáncer:** se refiere a la extensión de su cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido. La mayoría de los sistemas de clasificación incluyen información acerca

de en qué parte del cuerpo se encuentra, el tipo de células, tamaño del tumor, diseminación y metástasis. (Instituto Nacional del Cancer, 2019)

**Sistema TMN:** es el sistema de estadificación que se usa en cáncer y es la que más se usa. No se utiliza en tumores de cerebro y de médula espinal así como los cánceres hematológicos o de la sangre. En este sistema TNM, la T se refiere a la proporción del tumor primario. La N hace referencia a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos. La M hace referencia a si el cáncer se ha metastatizado. (Instituto Nacional del Cancer, 2019)

**Metástasis:** esta es la propagación de células malignas desde la parte del cuerpo en donde se formó de manera inicial a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo. (Instituto Nacional del Cancer, 2019)

**Adenoma:** es un tumor que no es de tipo cancerígeno, este suele empezar en aquellas células que parecen glándulas en el tejido epitelial (capa delgada de tejido que cubre órganos, glándulas y otras estructuras del interior del cuerpo).

**Carcinoma en un solo lugar:** se denomina a las células que se encuentran agrupadas en un solo sitio y que no son normales, es decir, no se propagan. Estas células se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta los tejidos vecinos que se encuentran sanos. A esta denominación también se le da el nombre de enfermedad en estadio 0.

**Sufrimiento:** es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2015)

**Agonía:** estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del

paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2015)

**Enfermedad avanzada:** es la situación en la cual el paciente tiene una condición incurable, pero que si responde al tratamiento. Y esta terapia dirigida a la enfermedad es muy importante ya que prolonga la sobrevida. (Kim et al, 2015)

**Enfermo terminal:** Es la situación caracterizada por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable; una falta de respuesta al tratamiento, la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; y el gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y un pronóstico de vida limitado. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2019).

**Índice de Karnofsky (IK):** es una escala de valoración global del estado funcional en pacientes oncológicos, útil para predecir la evolución y supervivencia en dichos pacientes, valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos, y también como indicador de calidad de vida.

**Cuidados paliativos:** Es un planteamiento que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas entre estas, el cáncer. También involucra a la familia cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidados paliativos procuran aliviar el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2018)

**Calidad de vida:** es la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2015).

**Radioterapia.** La radioterapia es parte del tratamiento para el cáncer, en esta se usan dosis de radiación para reducir el tamaño de tumores hasta que llegado un momento estas células cancerosas queden destruidas y el cáncer desaparece. La radioterapia suele estar indicada como tratamiento de tipo neoadyuvante o adyuvante; como tratamiento primario en enfermedad no resecable o médicamente inoperable; y como terapia paliativa. (Amorín Kajatt, 2013)

**Quimioterapia.** La quimioterapia es una parte muy importante del tratamiento, en esta se analizará el estado del paciente y una vez determinado este se administrarán fármacos que ayudarán a combatir o a su vez a destruir las células de tipo cancerosas. Los pacientes reconocen como “verdaderas quimioterapias” a aquellas que se administran por vía intravenosa y con las cuales se establece una asociación con una experiencia violenta, difícil y traumatizante. (Rodríguez, 2013)

## **2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

La presente investigación, por tratarse de una investigación documental y descriptiva, no formula hipótesis, en su defecto plantea preguntas de investigación a partir de la formulación y sistematización del problema.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, “Solca” año 2018?

¿Cuál es la incidencia de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

¿Cuáles son los factores de la salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”?

### **2.4.1. Declaración de Variables**

#### **Variable independiente:**

Factores sociodemográficos y de salud

#### **Variable dependiente:**

Demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”

## 2.4.2. Operacionalización de las Variables

Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores	Items
<p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia ?</p> <p>¿Cuáles son los factores de la salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia ?</p>	<p><b>V.I. Factores sociodemográficos y de salud</b> Factores que condicionan el ingreso a las unidades asistenciales.</p>	<p><b>Factores sociodemográficos</b></p>	<p>Edad</p> <p>Sexo del paciente</p> <p>Estado civil</p> <p>Escolaridad</p> <p>Lugar de residencia</p> <p>Tipo de cáncer</p> <p>Localización del cáncer</p> <p>Índice Karnofsky</p> <p>Número de visitas domiciliarias</p>	<p><b>1. Edad de paciente:</b> Numérico</p> <p><b>2.Sexo del paciente</b> Masculino, femenino</p> <p><b>3.Estado civil del paciente</b> Soltera, casado, unión libre, divorciado, viudo</p> <p><b>4.Nivel de escolaridad</b> Ninguna, primaria, secundaria, superior</p> <p><b>5.Lugar de residencia</b> Dentro de ciudad, fuera de la ciudad</p> <p><b>6.Tipo de cáncer</b></p> <p><b>7.Localización del cáncer</b> Tórax y cuello, abdomen y pelvis, cerebro y SNC, piel y huesos,</p> <p><b>8.Índice Karnofsky en última consulta</b> numérico</p> <p><b>9.Número de visitas domiciliarias</b> numérico</p>
<p>¿Cuál es la incidencia de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia</p>	<p><b>V.D. Demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” “Solca”</b></p>	<p><b>Asistencia sanitaria</b></p>	<p>Tiempo de permanencia</p> <p>Motivos de consulta a emergencia</p> <p>Número de atenciones en emergencia</p>	<p><b>10.Tiempo de permanencia</b> días</p> <p><b>11. Motivos de consulta a emergencia</b> Dificultad respiratoria Dolor Hemorragia Obstrucción abdominal, urinaria Otras</p> <p><b>12.Número de atenciones en emergencia</b> numérico</p>

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL**

##### **3.1.1. Tipo**

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo y documental, ya que permite presentar hechos y fenómenos reales evidenciados en la atención de los pacientes con cáncer terminal al servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, SOLCA. Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores). (Hernandez-Sampieri, 2014)

##### **3.1.2. Diseño**

El presente estudio utilizó un diseño retrospectivo, ya que permitió la recolección de datos de los pacientes con cáncer terminal atendidos en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, SOLCA, durante el año 2018. Para lo cual se aplicaron instrumentos para la recolección de datos generados durante dicha temporalidad.

#### **3.2. LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA**

##### **3.2.1 Características de la población**

La población de estudio estuvo conformada por 133 pacientes con cáncer terminal atendidos por el servicio de Cuidados Paliativos del ION SOLCA, incluidos el programa de visitas domiciliarias, cuya condición de terminalidad se declaró bajo los siguientes términos “fuera de recursos terapéuticos” (FRT), “pase exclusivo a cuidados paliativos”, “pase a visitas



domiciliarias”. Aunque en 11 casos no se especificó ningún criterio de terminalidad, se incluyeron en el presente estudio por el criterio de visitas domiciliarias y por la mortalidad dentro del tiempo de estudio.

### **3.2.2 Delimitación de la población**

Se incluyeron todos los casos de pacientes mayores de 18 años con cáncer terminal, atendidos por el servicio de Cuidados Paliativos e incluidos en el programa de visitas domiciliarias, los mismos que contabilizaron un total de 133 pacientes.

### **3.2.3 Tipo de muestra**

La presente investigación no utilizó muestra, y estudió a la totalidad de la población.

### **3.2.4 Tamaño de la muestra**

Se estudió el 100% de la población.

### **3.2.4. Proceso de selección**

No se realizó proceso de selección de muestra

## **3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS**

### **3.3.1 Métodos teóricos**

**Analítico-Sintético:** permitió llegar a la realidad de la problemática, diferenciando los elementos relacionados de los determinantes de la admisión al servicio de emergencia en los pacientes con cáncer terminal, de forma lógica hasta alcanzar la identificación de la problemática de estudio.

**Inductivo-deductivo:** permitió el razonamiento de la temática de estudio partiendo el abordaje desde lo particular a lo general, en la que se aplicará los instrumentos de investigación a los informantes del estudio, buscando aspectos particulares para llegar a conclusiones generales.

### **3.3.2 Métodos empíricos**

Se utilizó el método empírico de la observación.

### **3.3.2 Técnicas e instrumentos**

Se utilizó la técnica de la observación, que consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías (Hernandez-Sampieri, 2014); como instrumento se elaboró una ficha de observación conformada por 10 ítems, estructurados de manera tal que los ítems 1 al 5 permitieron obtener los datos necesarios para alcanzar el objetivo de describir los factores sociodemográficos asociados a la demanda de pacientes con cáncer terminal en la emergencia de SOLCA, mientras que los ítems 6 al 12 permitieron cumplir el objetivo de detallar los factores de la salud asociados a la demanda de pacientes con cáncer terminal en la emergencia de SOLCA. Por último, el ítem número 12 permitió identificar la incidencia de pacientes con cáncer terminal en la emergencia del hospital SOLCA. Ver anexo 1

Este instrumento fue sometido a un pilotaje y también fue incluido en un proceso de validación por tres expertos metodólogos y tres profesionales en la especialidad. Posterior a esto se aplicó, la recolección de la información de los pacientes con cáncer terminal admitidos al servicio de emergencia del ION SOLCA. Ver anexo 2

### **3.4. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.**

Una vez aplicados los instrumentos de investigación y recolectados los datos, estos fueron ingresados al utilitario Excel del paquete de ofimática Microsoft Office 2016. También se utilizó el software estadístico SPSS versión 24, en el cual se analizó la estadística descriptiva, que permitieron obtener los resultados de la presente investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

**Cuadro 2.** Incidencia de cáncer terminal en el servicio de emergencia en el año 2018

INCIDENCIA DE CANCER TERMINAL EN LA EMERGENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes que registraron atenciones en emergencia	41	31%
Pacientes que no registraron atenciones emergencia	92	69%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

Fuente: datos estadísticos de SOLCA



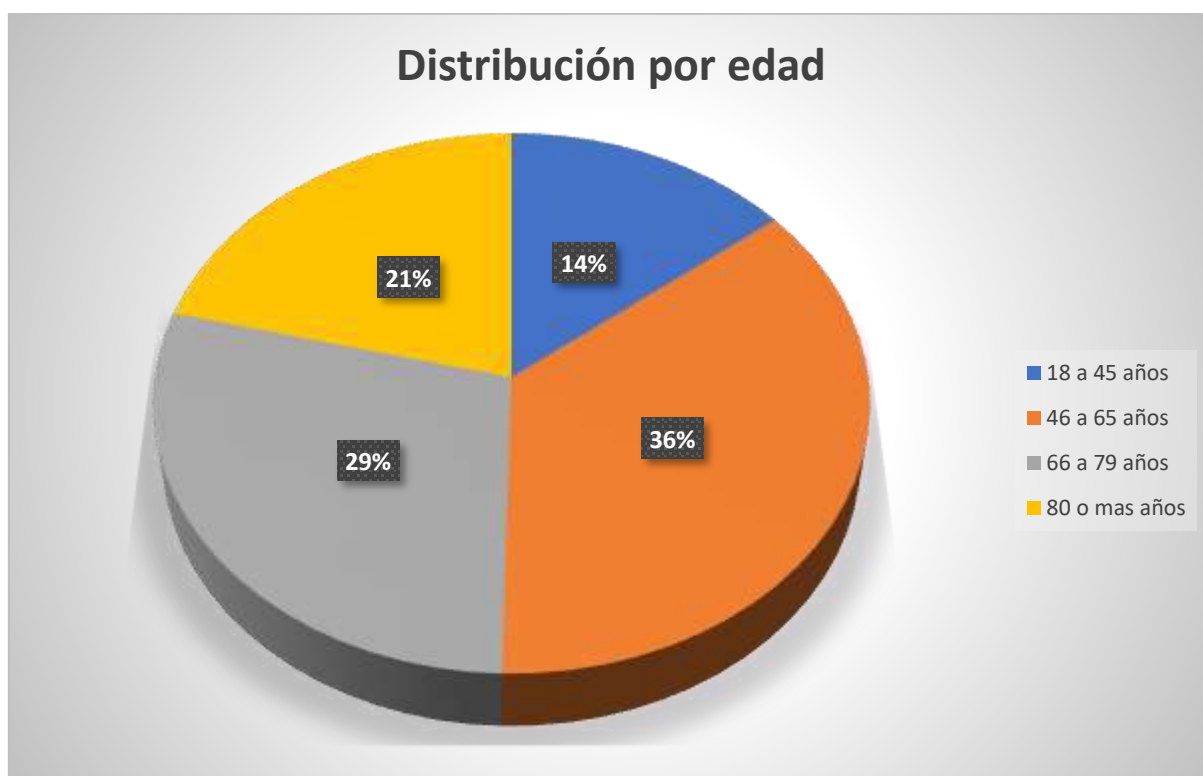
**Figura 2.** Incidencia de cáncer terminal en el servicio de emergencia en el año 2018.

**Análisis.** En el año 2018, según la fuente consultada, se registró que, de la totalidad de pacientes con cáncer terminal, que en esta institución son declarados bajo el término “fuera de recursos terapéuticos”, aproximadamente un tercio de ellos acudieron en busca de atención en el servicio de emergencia, a pesar de haber sido referidos al programa de visitas domiciliarias para satisfacer las necesidades de cuidado de estos pacientes. Mientras que (Amado, 2017) reportó una tasa más baja, específicamente 11,7%.

**Cuadro 3.** Distribución por edad de los pacientes con cáncer terminal

GRUPOS ETARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 a 45 años	19	14%
46 a 65 años	48	36%
66 a 79 años	38	29%
80 o más años	28	21%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

Fuente: datos estadísticos de SOLCA



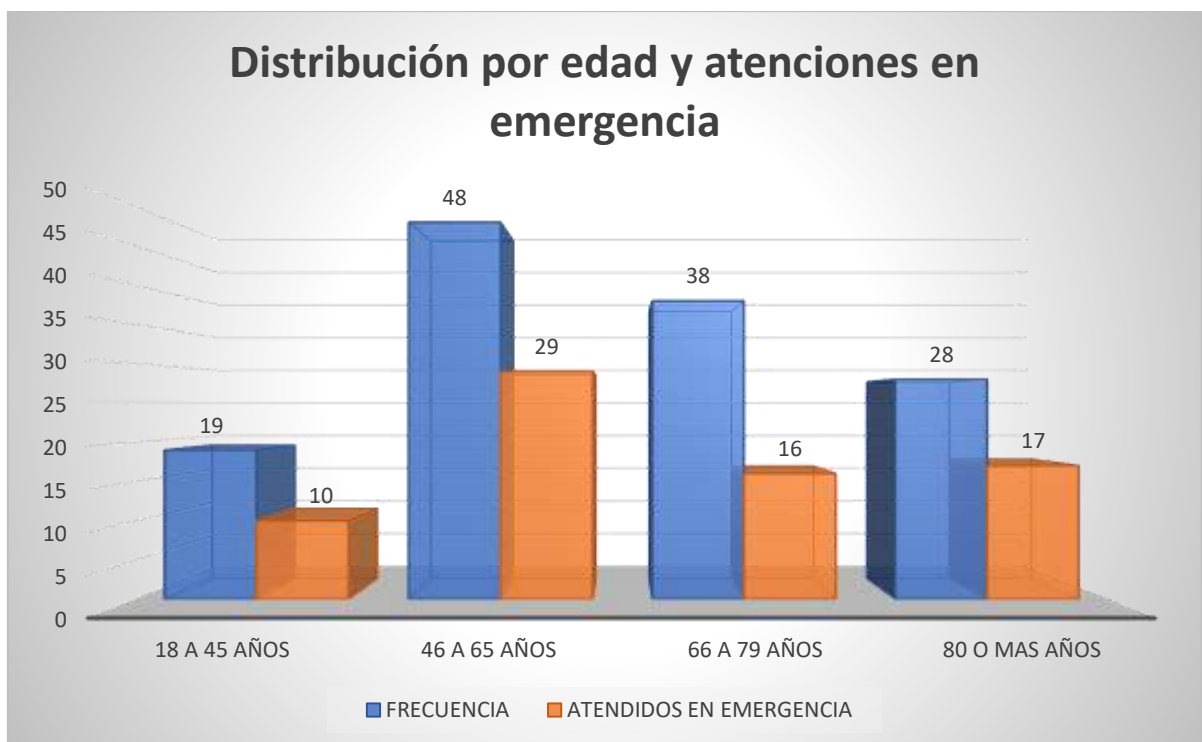
**Figura 3.** Distribución por edad de los pacientes con cáncer terminal

**Análisis.** Según los datos consultados de la población estudiada, la mitad de los pacientes corresponden a los adultos mayores, mientras que un grupo minoritario, es decir, solo el 14% correspondió a los menores de 45 años. Estos datos orientan, que la mayoría de los pacientes con cáncer terminal, específicamente, el 86% corresponden a los mayores de 45 años. Esto se correlaciona con lo mencionado por (Echeverría-Moreta, 2014) y (Guillen-Cordero, 2018).

**Cuadro 4.** Distribución por edad y atenciones en emergencia

GRUPOS ETARIOS	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
18 a 45 años	19	10	53%
46 a 65 años	48	29	60%
66 a 79 años	38	16	42%
80 o mas años	28	17	61%
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 4.** Distribución por edad y atenciones en emergencia

**Análisis.** En relación con los grupos etarios y la demanda de atención en emergencia se encontró que los grupos etarios con mayor requerimiento de atenciones en el servicio de emergencia correspondieron a los de 45 a 60 años y los mayores de 80 años. Lo que contrasta con el grupo etario de 66 a 79 años que tiene la tasa más baja de atenciones en emergencia. Datos similares reportó (Amado, 2017) y (Batalini, 2017).

**Cuadro 5.** Distribución por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTJE
Masculino	50	38%
Femenino	81	62%
TOTAL	131	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



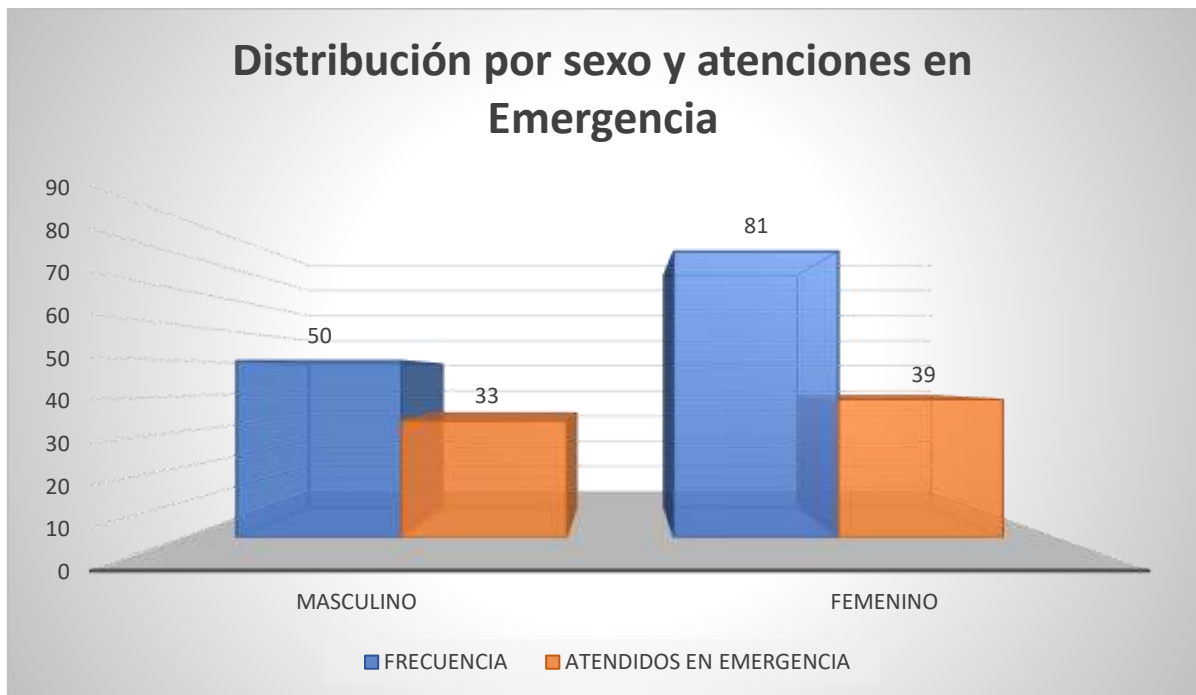
**Figura 5.** Distribución por sexo

**Análisis.** Según los datos consultados de la población estudiada de pacientes con cáncer terminal, existe un predominio del sexo femenino, con una relación de 6 a 4, lo cual podría estar relacionado con las tendencias demográficas generales y epidemiológicas. Otros estudios reportaron una distribución más homogénea entre hombre y mujeres. (Guillen-Cordero, 2018), (Henson et al, 2015).

**Cuadro 6.** Distribución por sexo y atenciones en emergencia

SEXO	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
MASCULINO	50	33	66%
FEMENINO	81	39	48%
TOTAL	133	72	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



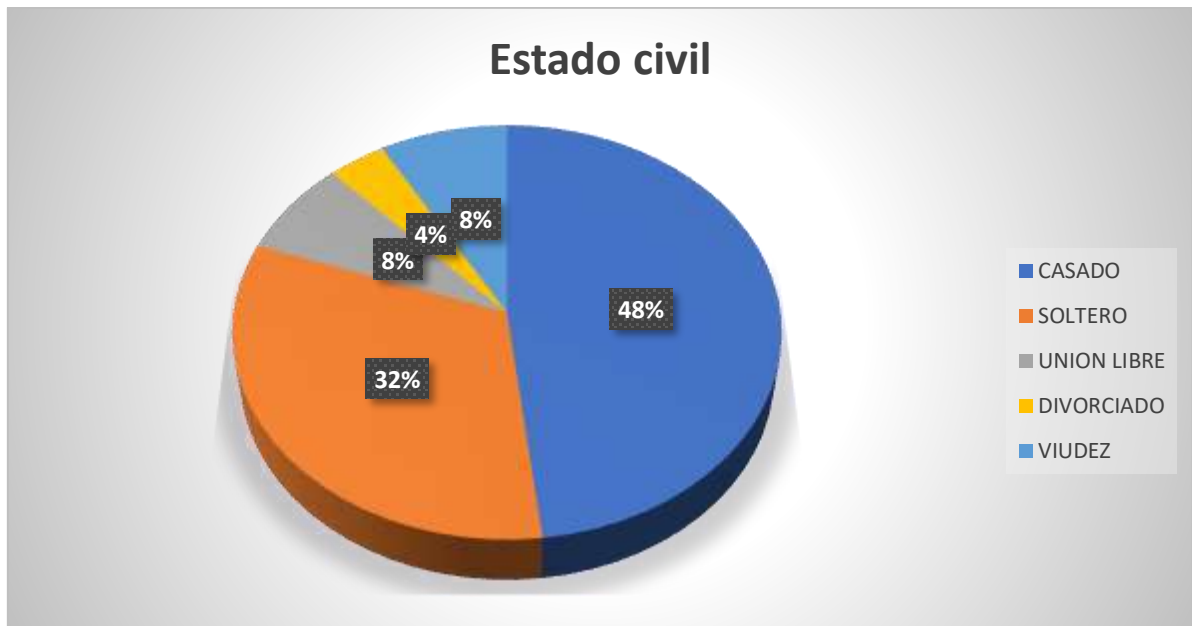
**Figura 6.** Distribución por sexo y atenciones en emergencia

**Análisis.** Relacionando la distribución de la población estudiada según el requerimiento de atenciones en emergencia, proporcionalmente el sexo masculino se asoció con un mayor requerimiento de atenciones comparado con el sexo femenino. 66% vs 48% respectivamente. Lo que orienta a una mayor predisposición en este grupo de pacientes. Datos similares reportó (Henson et al, 2015) en su metaanálisis de 30 estudios que demostró una tendencia mayor del sexo masculino.

**Cuadro 7.** Estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado	64	48%
Soltero	43	32%
Unión libre	10	8%
Divorciado	5	4%
Viudez	11	8%
TOTAL	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 7.** Estado civil

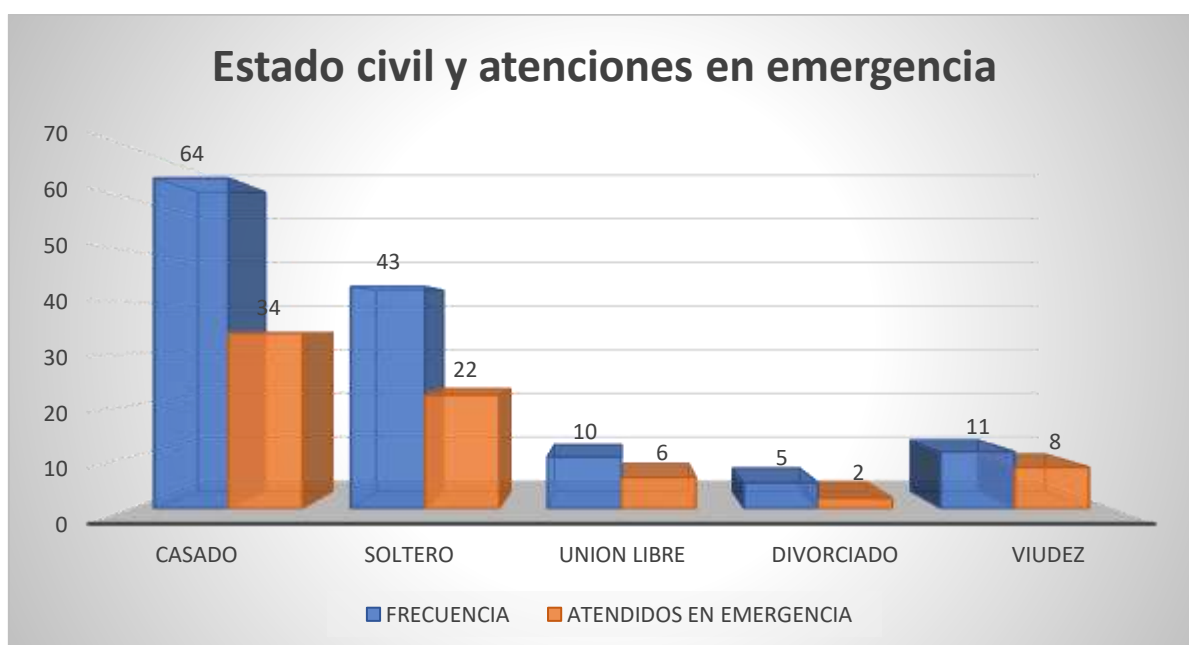
**Análisis.** Según los datos recabados, en relación con el estado civil de la población estudiada, se encontró que predominan los casados y constituyen un cerca de la mitad de los pacientes, siguiéndoles los de estado civil soltero con un tercio y en menor proporción la unión libre, divorcio y viudez. Similares hallazgos encontraron (Echeverría-Moreta, 2014) y (Guillen-Cordero, 2018).



**Cuadro 8.** Estado civil y atenciones en emergencia

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
CASADO	64	34	53%
SOLTERO	43	22	51%
UNION LIBRE	10	6	60%
DIVORCIADO	5	2	40%
VIUDEZ	11	8	73%
TOTAL	133	72	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



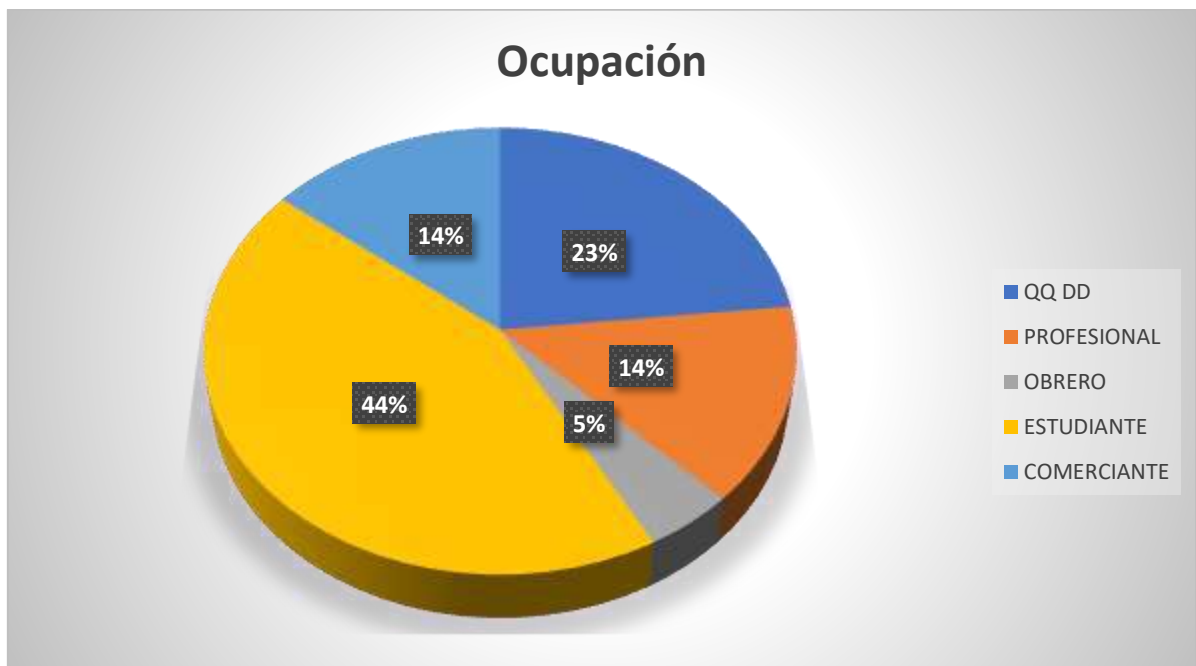
**Figura 8.** Estado civil y atenciones en emergencia

**Análisis.** Con relación al análisis de la distribución de la población estudiada según el estado civil y el requerimiento de atenciones en emergencia, proporcionalmente la viudez se asoció con un mayor requerimiento de atenciones comparado con los casados, solteros y divorciados. 73% vs 53%, 51% y 40% respectivamente. Lo que orienta a una mayor predisposición en este grupo de pacientes.

**Cuadro 9.** Ocupación

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QQ DD	31	23%
Profesional	19	14%
Obrero	6	5%
Estudiante	58	44%
Comerciante	19	14%
TOTAL	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



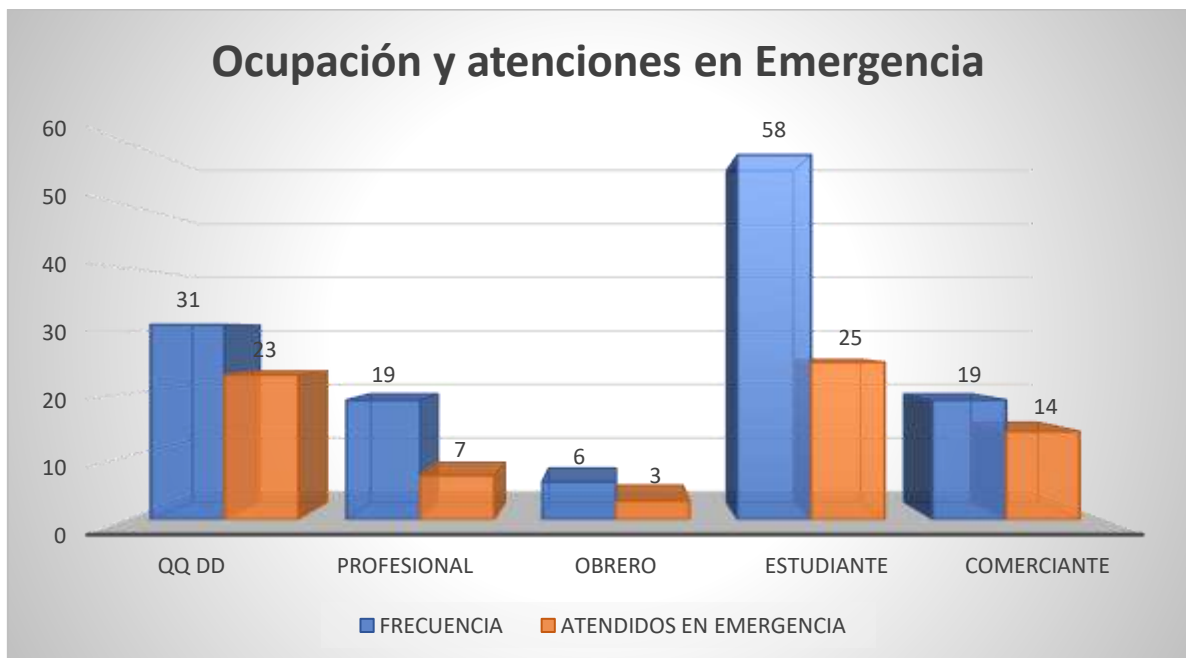
**Figura 9.** Ocupación

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca de la ocupación, existe predominancia en cuatro actividades ocupacionales, entre estas, estudiante, quehaceres domésticos, comerciantes y profesionales, mientras que un grupo minoritario, es decir, solo el 5%. correspondió a obreros. Estos datos orientan, que existen menos obreros con cáncer terminal. No se encontraron otros estudios que analicen este criterio.

**Cuadro 10.** Ocupación y atenciones en emergencia

OCUPACION	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
QQ DD	31	23	74%
Profesional	19	7	37%
Obrero	6	3	50%
Estudiante	58	25	43%
Comerciante	19	14	74%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 10.** Ocupación y atenciones en emergencia

**Análisis.** Con relación al análisis de la distribución de la población estudiada según la ocupación y el requerimiento de atenciones en emergencia, proporcionalmente las actividades de comerciante y quehaceres domésticos se asociaron con un mayor requerimiento de atenciones en emergencia (74%) comparado con los profesionales obreros y estudiantes. Lo que orienta a una mayor predisposición en este grupo de pacientes.

**Cuadro 11.** Lugar de residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dentro de la ciudad	106	80%
Fuera de la ciudad	27	20%
<b>TOTAL</b>	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



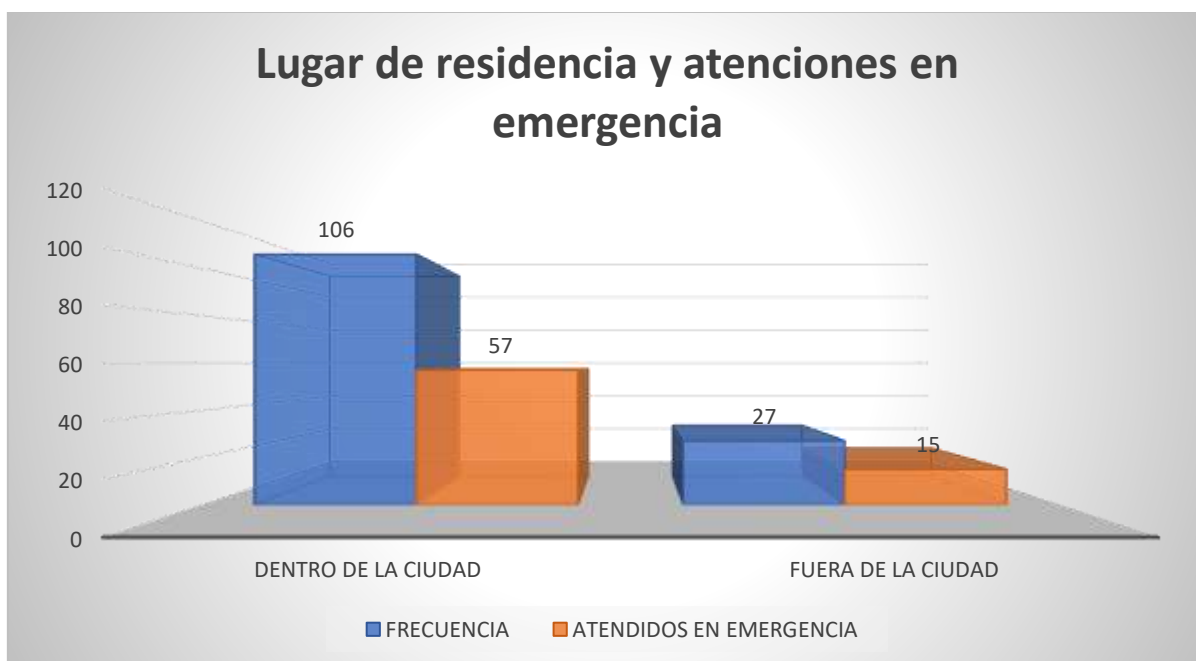
**Figura 11.** Lugar de residencia

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca del lugar de residencia, 8 de 10 de pacientes que viven dentro de la ciudad, mientras que un grupo minoritario, es decir, 2 de 10 viven en otras ciudades. correspondió a obreros. Estos datos orientan a que la mayoría de los pacientes que se atienden en este centro son de la ciudad. No se encontraron estudios que analicen estos criterios y los relacionen con la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia.

**Cuadro 12.** Lugar de residencia y atenciones en emergencia

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
Dentro de la ciudad	106	57	54%
Fuera de la ciudad	27	15	56%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



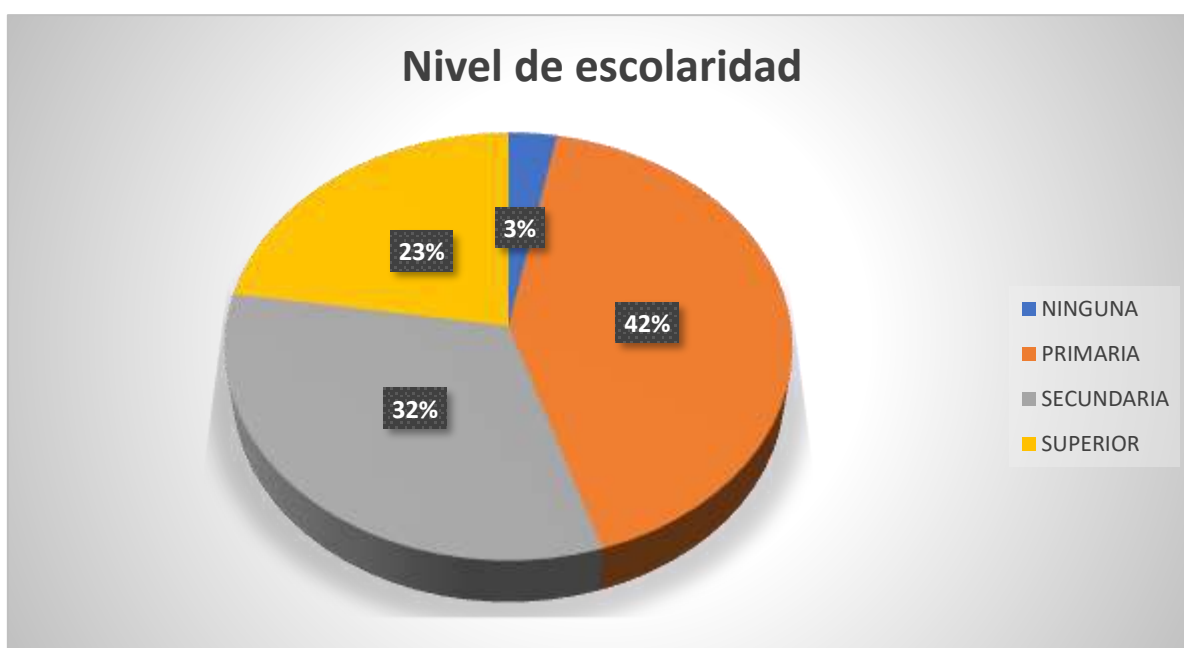
**Figura 12.** Lugar de residencia y atenciones en emergencia

**Análisis.** Con relación al análisis de la distribución de la población estudiada según el lugar de residencia y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontró similar proporcionalidad entre ambos grupos de pacientes que viven dentro y fuera de la ciudad y que requirieron atenciones en emergencia. Lo que expresa que este factor no tiene influencia en la demanda de pacientes en el servicio de emergencia.

**Cuadro 13.** Nivel de escolaridad

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ninguna</b>	4	3%
<b>primaria</b>	56	42%
<b>secundaria</b>	43	32%
<b>superior</b>	30	23%
<b>TOTAL</b>	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



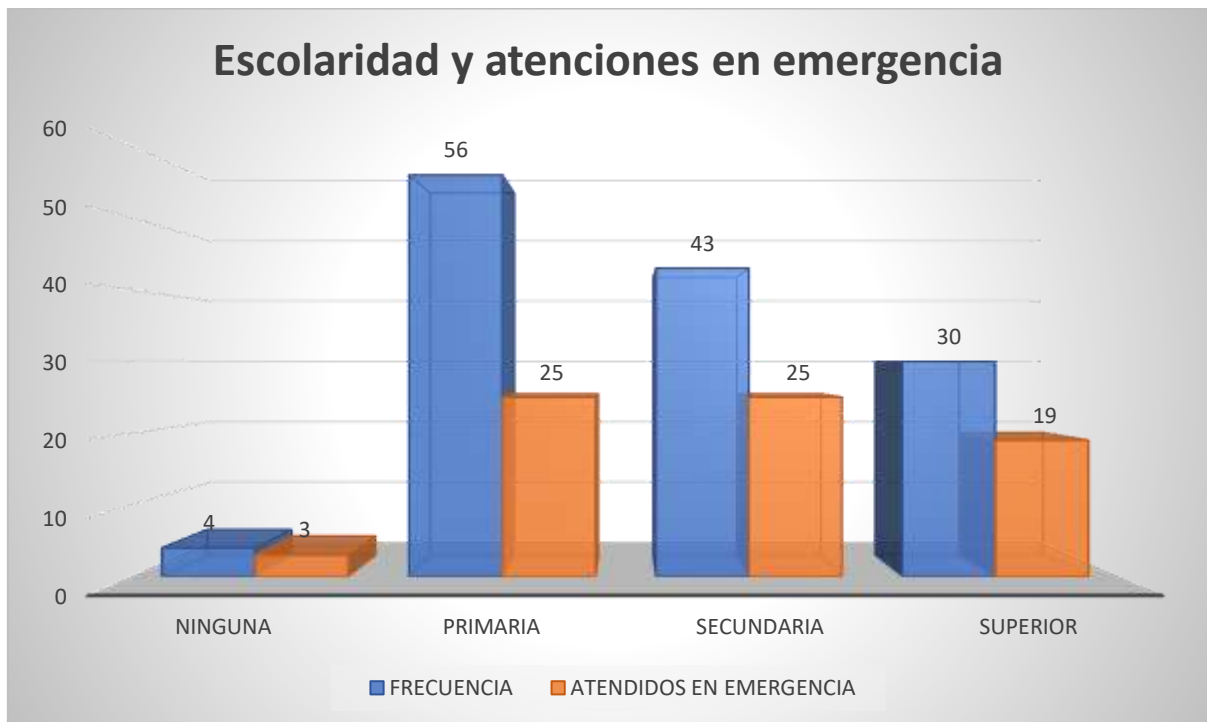
**Figura 13.** Nivel de escolaridad

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca del nivel de escolaridad, 4 de 10 de pacientes solo tienen primaria y un tercio secundaria, mientras que un grupo minoritario, correspondió a nivel superior y ninguno. Estos datos orientan a que la mayoría de los pacientes que se atienden en este centro tienen predominantemente el nivel de escolaridad primaria. Resultados similares encontró el estudio de (Guillen-Cordero, 2018).

**Cuadro 14.** Nivel de escolaridad y atenciones en emergencia

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
Ninguna	4	3	75%
Primaria	56	25	45%
Secundaria	43	25	58%
Superior	30	19	63%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



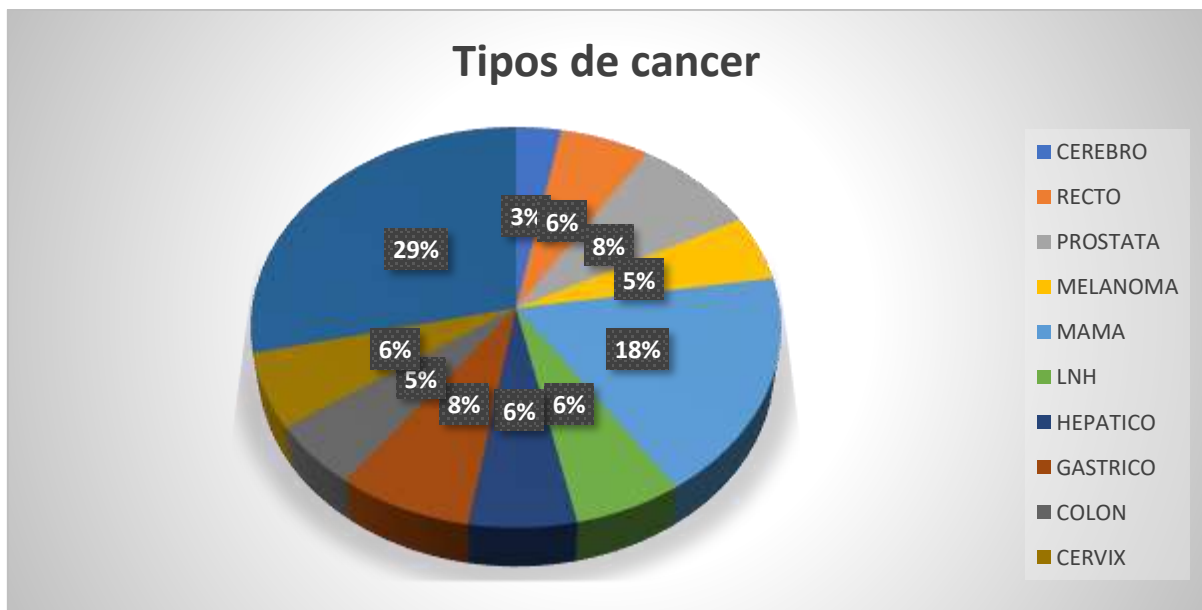
**Figura 14.** Nivel de escolaridad y atenciones en emergencia

**Análisis.** Con relación al análisis de la distribución de la población estudiada según el nivel de escolaridad y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontró proporcionalmente una mayor demanda de atención en emergencia en el grupo de pacientes no registraron escolaridad (75%). Lo que expresa que este factor podría estar asociado con la demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia.

**Cuadro 15.** Diagnostico oncológico

<b>DX ONCOLOGICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CEREBRO</b>	4	3%
<b>RECTO</b>	8	6%
<b>PROSTATA</b>	11	8%
<b>MELANOMA</b>	7	5%
<b>MAMA</b>	24	18%
<b>LNH</b>	8	6%
<b>HEPATICO</b>	8	6%
<b>GASTRICO</b>	10	8%
<b>COLON</b>	7	5%
<b>CERVIX</b>	8	6%
<b>OTROS</b>	38	29%
<b>TOTAL</b>	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 15.** Diagnostico oncológico

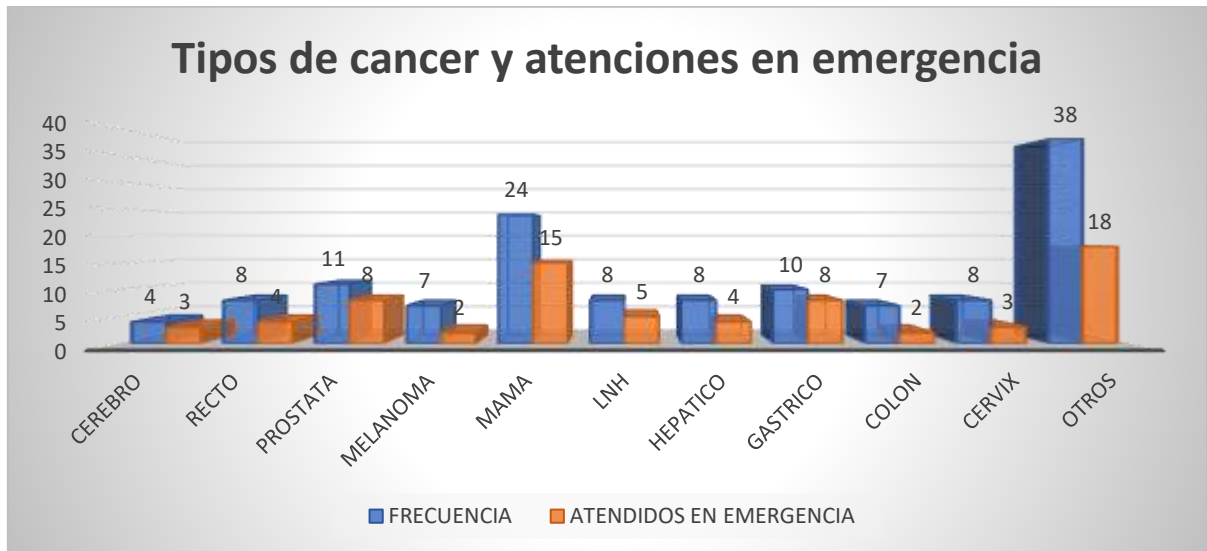
**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca del tipo de cáncer registrado en los pacientes con cáncer terminal e incluidos en el programa de visitas domiciliarias. Los tipos predominantes corresponden a cáncer de mama, próstata y gástrico, mientras que un grupo minoritario, incluidos en la denominación de otros incluyeron a leucemias y cánceres endocrinos. Estos datos orientan a que la mayoría de los pacientes incluidos en el programa de visitas domiciliarias tienen tumores sólidos. (Amado, 2017) reportó prevalentes a los tumores de mama y próstata.



**Cuadro 16.** Tipos de cáncer y atenciones en emergencia

DX ONCOLOGICO	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
CEREBRO	4	3	75%
RECTO	8	4	50%
PROSTATA	11	8	73%
MELANOMA	7	2	29%
MAMA	24	15	63%
LNH	8	5	63%
HEPatico	8	4	50%
GASTRICO	10	8	80%
COLON	7	2	29%
CERVIX	8	3	38%
OTROS	38	18	47%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



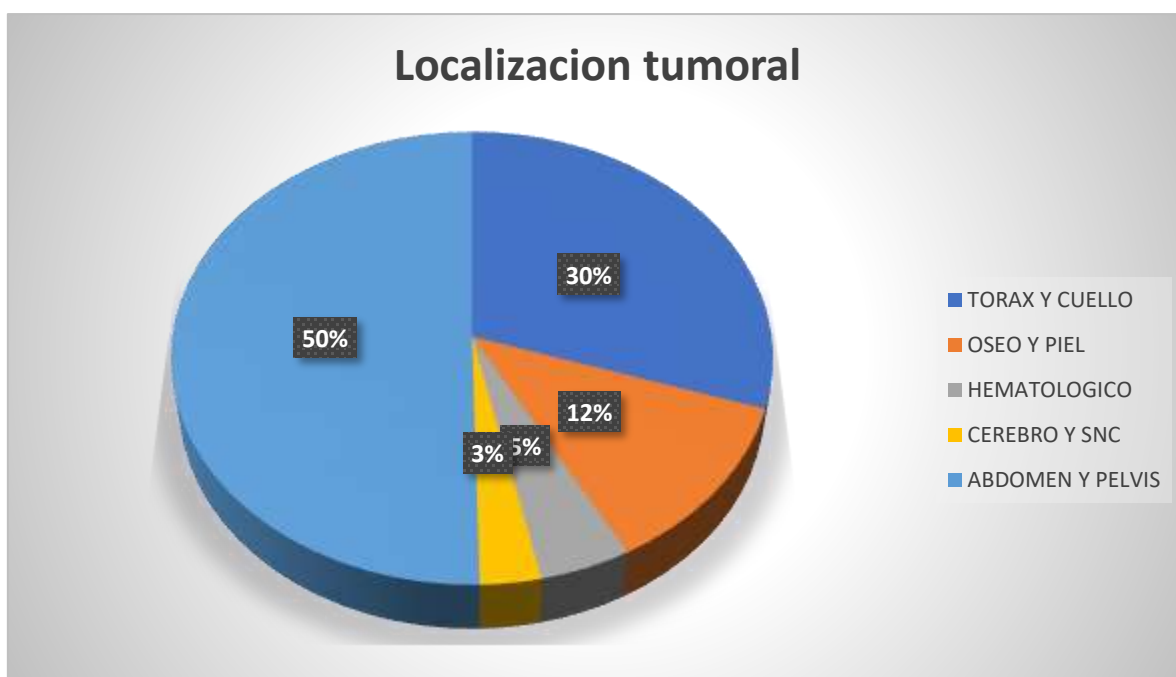
**Figura 16.** Tipos de cáncer y atenciones en emergencia

**Análisis.** Relacionando la distribución de la población estudiada según el tipo de cáncer y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontró proporcionalmente una mayor demanda de atención en emergencia en el grupo de pacientes con cáncer de estómago y cerebro. Mientras que los cánceres con menor demanda fueron colon y melanoma. Esto explicaría una mayor asociación entre el cáncer gástrico y de cerebro con la demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia. Mientras que (Henson et al, 2015) reportó una mayor asociación con el cáncer de pulmón y la demanda al servicio de emergencia.

**Cuadro 17. Localización tumoral**

<b>LOCALIZACION TUMORAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TORAX Y CUELLO</b>	40	30%
<b>OSEO Y PIEL</b>	16	12%
<b>HEMATOLOGICO</b>	6	5%
<b>CEREBRO Y SNC</b>	4	3%
<b>ABDOMEN Y PELVIS</b>	67	50%
<b>TOTAL</b>	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



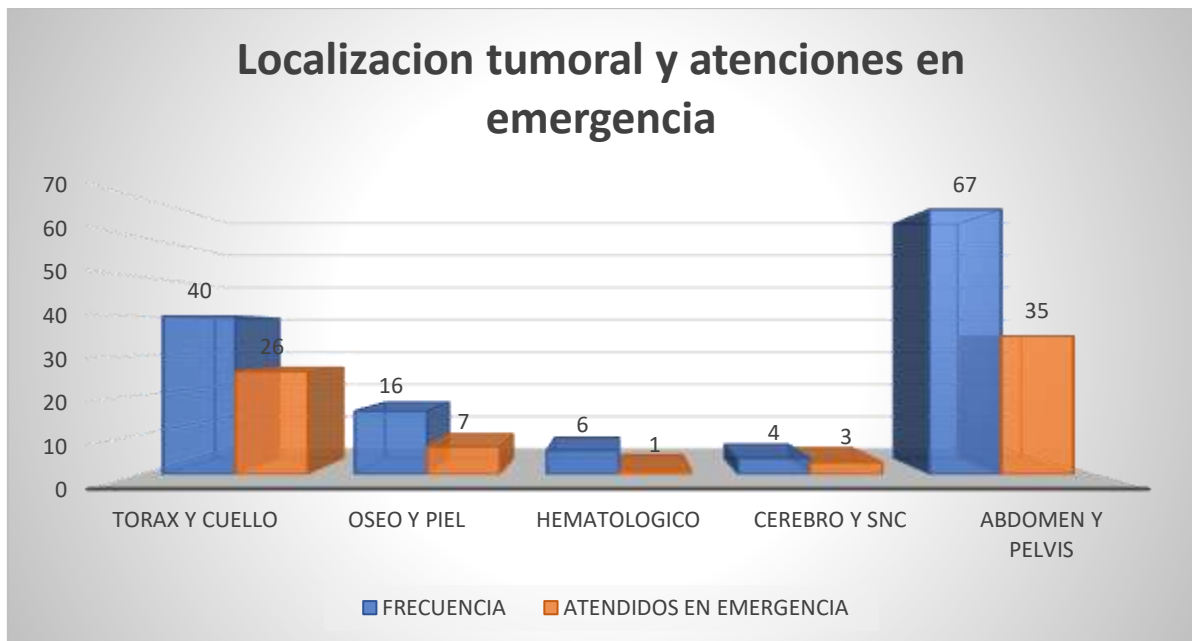
**Figura 17. Localización tumoral**

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca de la localización del cáncer registrado en los pacientes con cáncer terminal e incluidos en el programa de visitas domiciliarias. Las localizaciones predominantes corresponden a abdomen y pelvis con la mitad de los casos, tórax y cuello con un tercio, mientras que un grupo minoritario son los hematológicos. Estos datos orientan a que la mayoría de los pacientes incluidos en el programa de visitas domiciliarias tienen tumores localizados en tórax y abdomen.

**Cuadro 18.** Localización tumoral y atenciones en emergencia

LOCALIZACION TUMORAL	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
TORAX Y CUELLO	40	26	65%
OSEO Y PIEL	16	7	44%
HEMATOLOGICO	6	1	17%
CEREBRO Y SNC	4	3	75%
ABDOMEN Y PELVIS	67	35	52%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



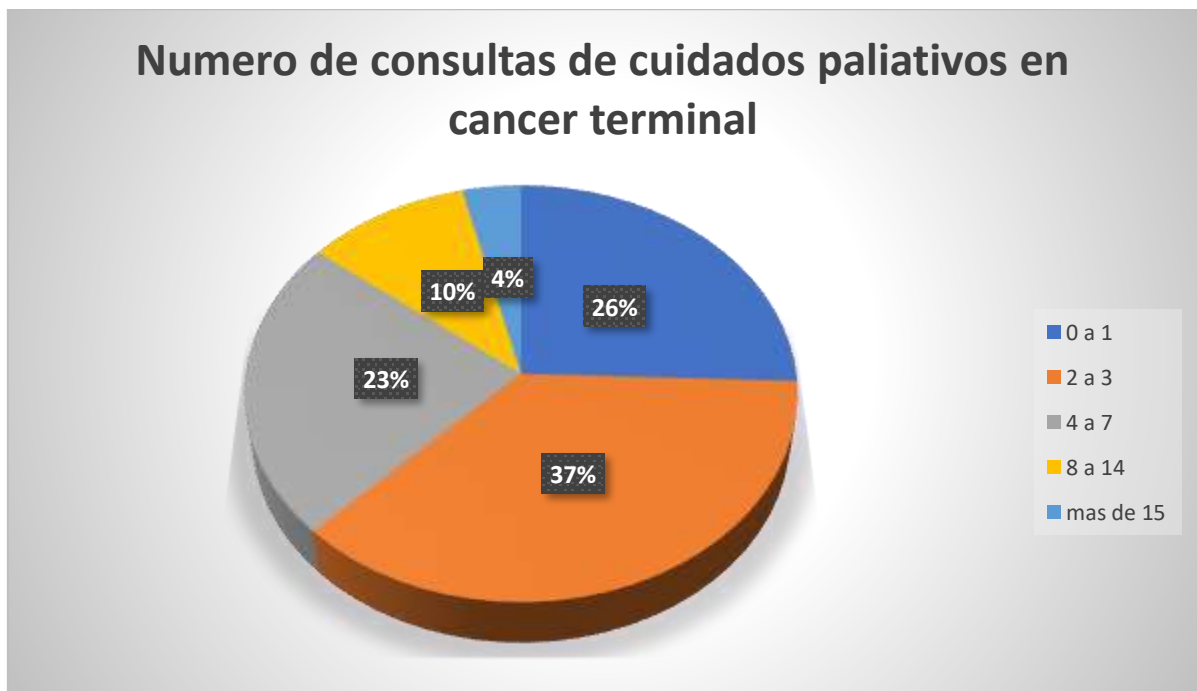
**Figura 18.** Localización tumoral y atenciones en emergencia

**Análisis.** En relación con la distribución de la población estudiada según la localización del cáncer y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontró proporcionalmente una mayor demanda de atención en emergencia en el grupo de pacientes con cáncer localizado en de cerebro-SNC con 75% y tórax-cuello 65%. Mientras que la localización con menor demanda fue el hematológico. Esto explicaría una asociación entre tumoraciones de cerebro y tórax con mayor demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia. (Batalini, 2017) reportó al cáncer cervical (14,8%), seguido de mama (11,6%) y de pulmón (7,6%).

**Cuadro 19.** Número de consultas de cuidados paliativos en cáncer terminal

CONSULTAS DE CUIDADOS PALIATIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 1	34	26%
2 a 3	49	37%
4 a 7	31	23%
8 a 14	14	11%
más de 15	5	4%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



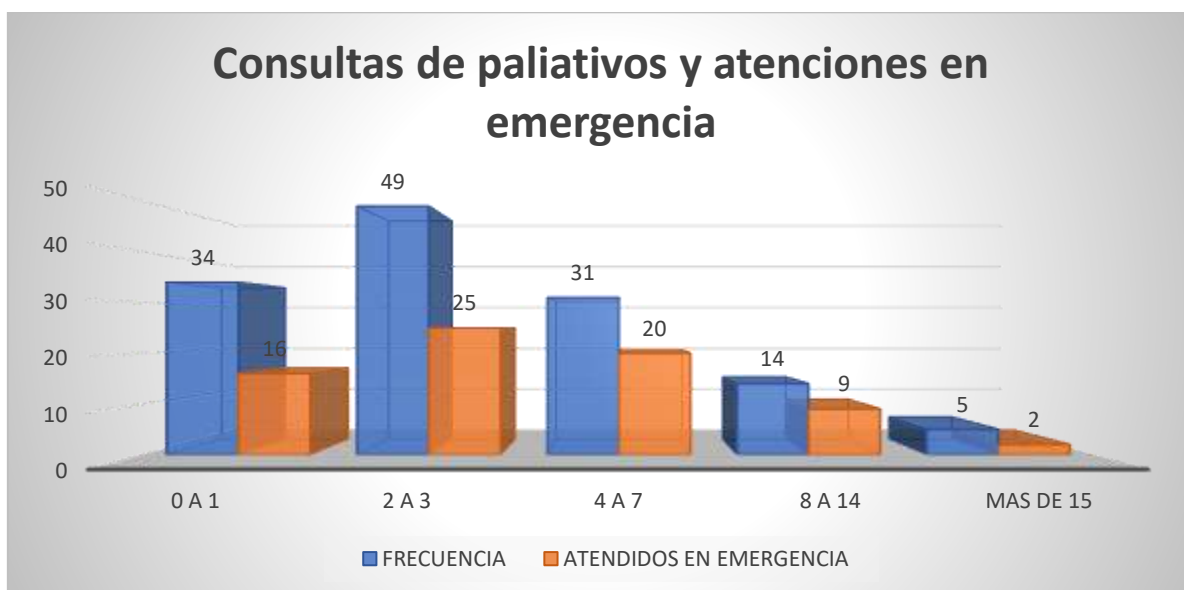
**Figura 19.** Número de consultas de cuidados paliativos

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca del número de consultas del servicio de cuidados paliativos en los pacientes con cáncer terminal. Cada dos de tres pacientes recibieron entre 2 y 7 consultas, una cuarta parte solo alcanzaron a recibir una consulta. Cabe resaltar que el 4% de estos pacientes no recibieron consulta de cuidados paliativos, a pesar de haber sido indicadas, esto puede estar relacionado a decisiones de la familia o por consecuencia de las limitaciones propias de la enfermedad.

**Cuadro 20.** Consultas de cuidados paliativos y atenciones de emergencia

CONSULTAS DE CUIDADOS PALIATIVOS	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
0 a 1	34	16	47%
2 a 3	49	25	51%
4 a 7	31	20	65%
8 a 14	14	9	64%
más de 15	5	2	40%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



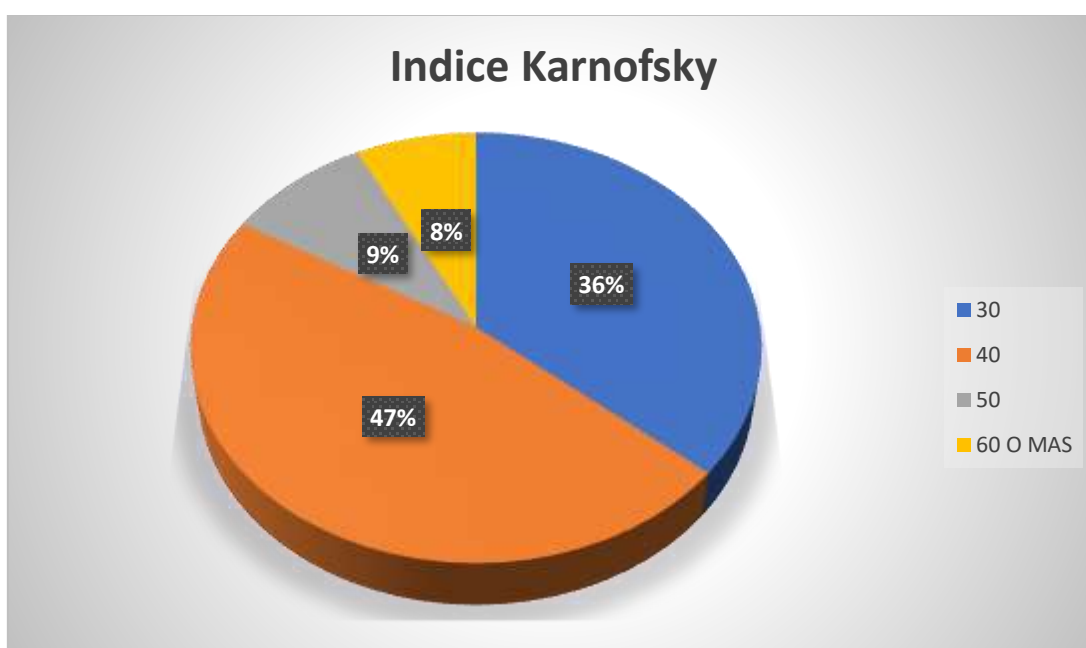
**Figura 20.** Consultas de cuidados paliativos y atenciones de emergencia

**Análisis.** En relación con la distribución de la población estudiada según el número de consultas de cuidados paliativos y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontraron diferenciales proporcionales de mayor demanda de atención en emergencia en el grupo de pacientes que tuvieron entre 3 a 15 consultas de cuidados paliativos. A diferencia de aquellos que no alcanzaron consultas o que tuvieron más de 15, que demostraron una demanda menor. Esto indica que no existe asociación entre consultas de cuidados paliativos y demanda de atención en emergencias. En contraste (Henson et al, 2015) reportó una asociación inversa entre las atenciones de cuidados paliativos y demanda de atención en emergencia. (OR, 0,43; IC del 95%, 0,36 a 0,51; I2, 59,4%).

**Cuadro 21.** Índice Karnofsky

INDICE KARNOSFKY INICIAL	FRECUENCIA	
30	48	36%
40	63	47%
50	12	9%
60 o mas	10	8%
<b>TOTAL</b>	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



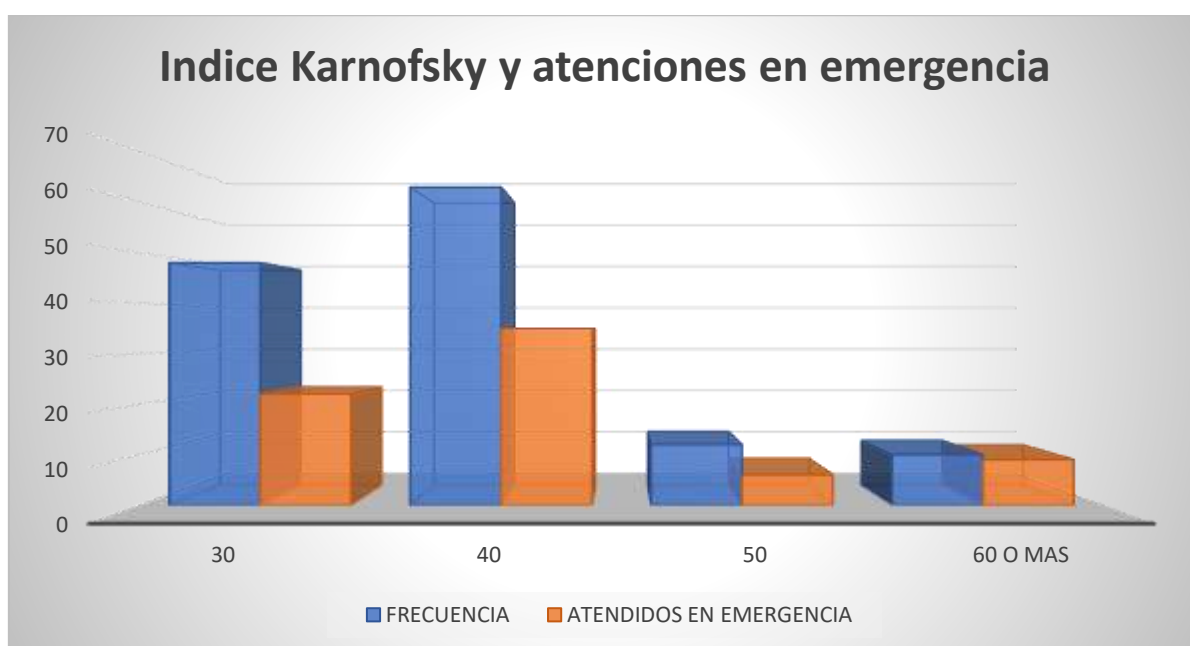
**Figura 21.** Índice Karnofsky

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca de la valoración funcional de Karnofsky (IK) realizada por el servicio de paliativos al momento de indicar las visitas domiciliarias en los pacientes con cáncer terminal. 8 de 10 pacientes tuvieron un IK entre 30 y 40%. Mientras que el restante registró puntuaciones de 50 o más. Esto está relacionado con las consecuencias y limitaciones propias del cáncer terminal y las afectaciones sistémicas variables que conlleva. (Echeverría-Moreta, 2014) encontró un promedio de 50% en su estudio.

**Cuadro 22.** Índice Karnofsky y atenciones en emergencia

INDICE KARNOSFKY INICIAL	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
30	48	22	46%
40	63	35	56%
50	12	6	50%
60 O MAS	10	9	90%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>72</b>	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 22.** Índice Karnofsky y atenciones en emergencia

**Análisis.** En relación con la distribución de la población estudiada según acerca de la valoración funcional de Karnofsky (IK) y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontraron diferenciales proporcionales de mayor demanda de atención en emergencia en el grupo de pacientes que tuvieron un IK de 60 o más, comparado con los que registraron puntuaciones IK inferiores de 50. Esto indica una asociación entre un alto IK y demanda mayor de atención en emergencias. No se encontraron estudios que analicen esta relación.

**Cuadro 23.** Número de visitas domiciliarias

NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	18	14%
1 a 2	60	45%
3 a 7	33	25%
8 o mas	22	17%
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 23.** Número de visitas domiciliarias

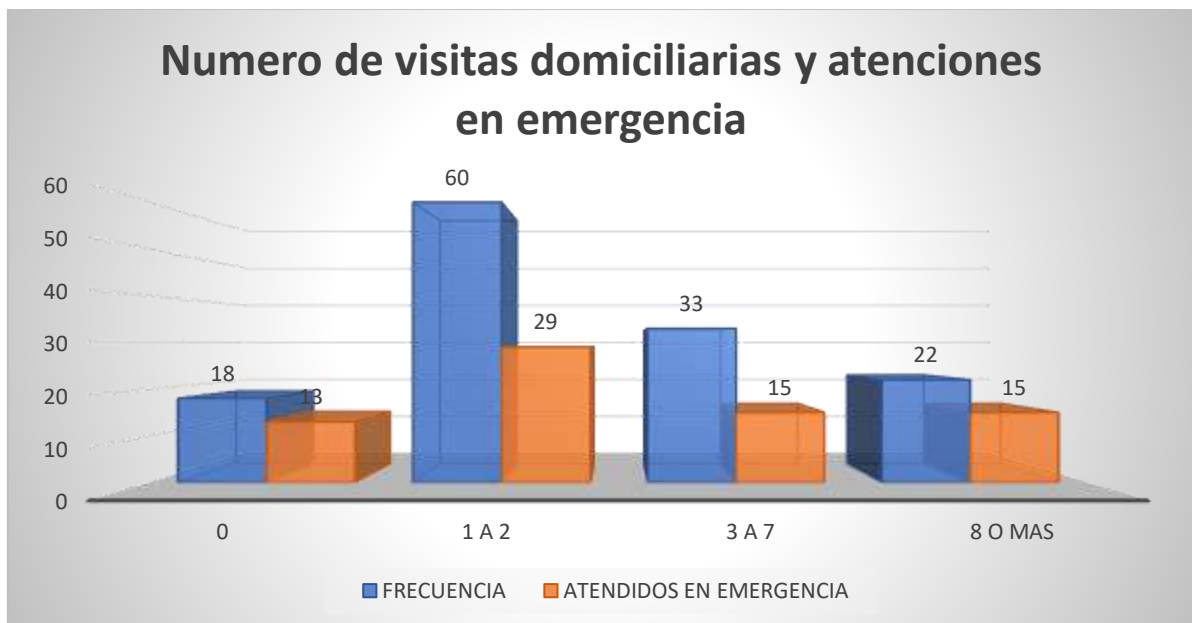
**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca del número de visitas domiciliarias en los pacientes con cáncer terminal. Cada dos de tres pacientes recibieron entre 1 y 7 visitas domiciliarias. Cabe resaltar que el 13% de estos pacientes no alcanzaron visitas domiciliarias, a pesar de haber sido indicadas, esto puede estar relacionado a decisiones de la familia o por consecuencia de las limitaciones propias de la enfermedad. No se encontraron reportes sobre este indicador en otros estudios.



**Cuadro 24.** Número de visitas domiciliarias y atenciones en emergencia

NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS	FRECUENCIA	ATENDIDOS EN EMERGENCIA	% EMERGENCIA
0	18	13	72%
1 a 2	60	29	48%
3 a 7	33	15	45%
8 o mas	22	15	68%
<b>TOTAL</b>	133	72	

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



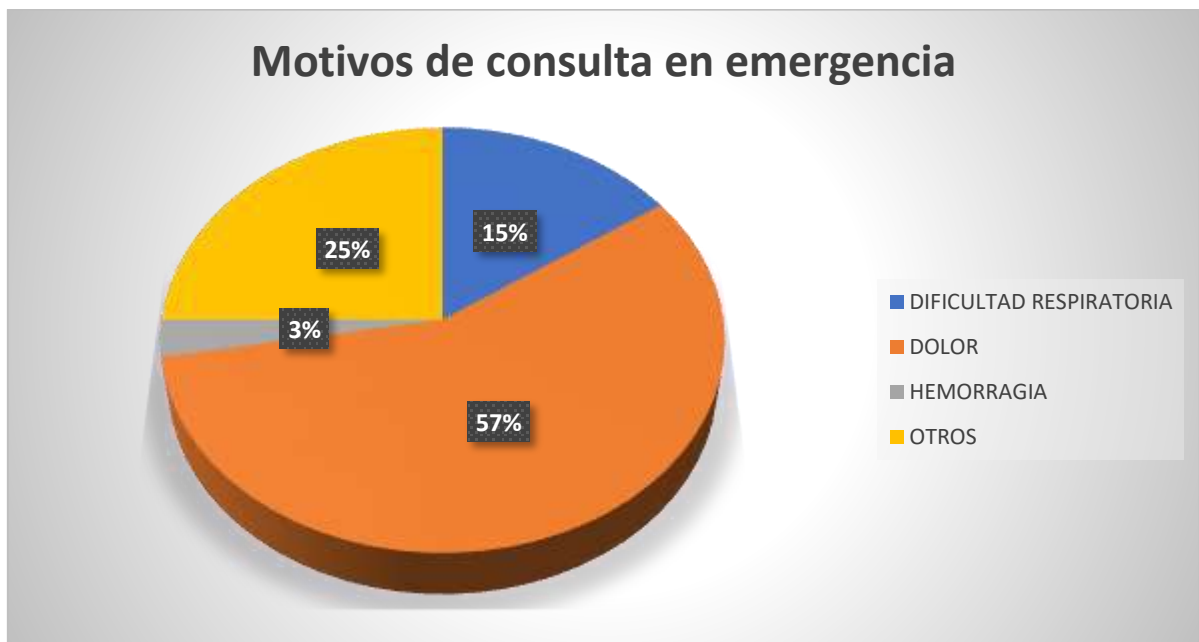
**Figura 24.** Número de visitas domiciliarias y atenciones en emergencia

**Análisis.** En relación con la distribución de la población estudiada según el número de visitas domiciliarias y el requerimiento de atenciones en emergencia, se encontraron diferenciales proporcionales de mayor demanda de atención en emergencia en el grupo de pacientes que no alcanzaron y en aquellas que tuvieron más de 7 visitas domiciliarias. Esto sugiere una asociación en dos situaciones. entre la ausencia de visitas domiciliarias y demanda de atención en emergencias por enfermedad avanzada. En forma similar (Henson et al, 2015) reportó que los pacientes que recibieron cuidados paliativos tuvieron menos probabilidades de asistir al servicio de urgencias en su último mes de vida (OR, 0,43; IC del 95%, 0,36 a 0,51; I2, 59,4%).

**Cuadro 25.** Motivos de consulta en emergencia

MOTIVOS DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTAD RESPIRATORIA	11	15%
DOLOR	41	57%
HEMORRAGIA	2	3%
OTROS	18	25%
TOTAL	72	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



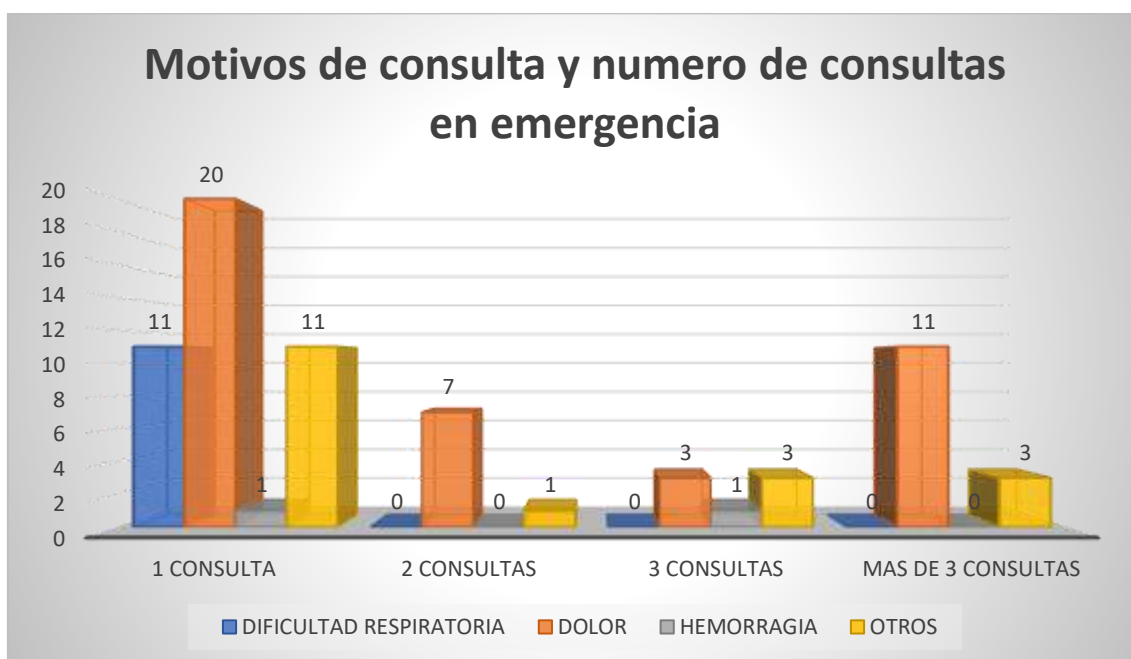
**Figura 25.** Motivos de consulta en emergencia

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca de los motivos de consulta en emergencia en los pacientes con cáncer terminal. Más de la mitad de las consultas fue por dolor, siguiéndole la dificultad respiratoria. Esto indicaría que se requiere un mayor control del dolor en los pacientes con cáncer terminal para reducir la demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia.

**Cuadro 26.** Motivos de consulta y número de consultas en emergencia

MOTIVOS DE CONSULTA	NUMERO DE CONSULTAS EN EMERGENCIA				
	1	2	3	MAS DE 3	TOTAL
<b>DIFICULTAD RESPIRATORIA</b>	11	0	0	0	11
<b>DOLOR</b>	20	7	3	11	41
<b>HEMORRAGIA</b>	1	0	1	0	2
<b>OTROS</b>	11	1	3	3	18
<b>TOTAL</b>	43	8	7	14	72

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 26.** Motivos de consulta y número de consultas en emergencia

**Análisis.** En relación con la distribución de la población estudiada según los motivos de consulta y el número de consultas en emergencia, se encontró que existe proporcionalmente un mayor número de consulta por dificultad respiratoria en las consultas por primera vez comparados con las consultas ulteriores, a diferencia del dolor que constituyó el motivo de consulta reiterativo más frecuente en este grupo de pacientes. Esto sugiere una asociación entre el mal manejo del dolor y la demanda reiterativa de atención en emergencias.

**Cuadro 27.** Lugar de fallecimiento

LUGAR DE FALLECIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITAL	122	92%
ALBERGUE	6	5%
DOMICILIO	5	4%
TOTAL	133	100%

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA



**Figura 27.** Lugar de fallecimiento

**Análisis.** Según los registros consultados de la población estudiada, acerca del lugar de fallecimiento de los pacientes con cáncer terminal. 9 de 10 fallecieron en el hospital. En contraste una minoría falleció en otros escenarios como clínicas de cáncer (albergue) y domicilio. Esto indicaría que a pesar de la alta demanda de atención en emergencia, estos alcanzan a ser derivados a sus casas hasta su fallecimiento

**Cuadro 28.** Resumen de características demográficas y de salud

<b>Características demográficas y de salud</b>	
Número de pacientes	133
Promedio de edad de los pacientes (años)	63.8
Relación hombres: mujeres	1:1.6
Tasa de demanda en emergencia	54%
Numero acumulado de consultas cuidados paliativos	570
Promedio consultas de cuidados paliativos	4.3
Numero acumulado de consultas psicología	49
Promedio consultas de psicología	0.37
Promedio consultas de visitas domiciliarias	566
Numero acumulado de visitas domiciliarias	4.3
Numero acumulado de consultas en emergencia	155
Días acumulados de estancia en emergencia	188
Promedio de días en emergencia	1.4

Fuente: datos estadísticos del ION SOLCA

#### **4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS.**

- **En relación con la incidencia de cáncer terminal en el servicio de emergencia.** Un estudio británico examinó las admisiones de emergencia de pacientes con cáncer en un hospital de agudos y concluyó que cerca del 50% ni era necesario ni debían ser admitidos como emergencia. Yates (2009). En Turquía otro estudio demostró una incidencia de 13%, Yucel (2012). En un estudio coreano con una población de 200 pacientes con cáncer avanzado encontró una demanda del 23% de pacientes en el servicio de emergencia, comparado con el 31% de nuestro estudio, lo cual puede tener relación con el hecho de que la población de este investigador incluyó a sujetos con cáncer en diferentes fases. Delgado-Guay (2015).
- **En relación con los factores sociodemográficos asociadas a la demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia.** Henson (2017) encontró el sexo masculino (55,2%), la raza negra (59,5%) y el estado socioeconómico bajo como causas predominantes de la demanda en emergencia. Mientras que en este estudio variables como el sexo masculino (56%), estado civil de viudez (73%) y la ocupación de comerciante y amas de casa (74%), fueron las que se encontraron asociadas a la demanda de atención de emergencia.
- **En relación con los factores de la salud asociadas a la demanda de pacientes con**

**cáncer terminal en el servicio de emergencia.** Henson (2015) en un estudio británico encontró que el tipo de cáncer asociado con mayor demanda en servicios de emergencia fue el cáncer de pulmón. En este estudio, en cambio se evidenció el gástrico (80%) y cerebro (75%). También demostró asociación entre la falta de cuidados paliativos domiciliarios y una mayor demanda en el servicio de emergencia en el último mes de vida 59.4%. En el presente estudio se encontraron resultados similares con una tasa de 72% en aquellos que no tuvieron visitas domiciliarias. Batalini (2017) encontró el dolor en un 40% como causa de atenciones en el servicio de emergencia seguido de síntomas constitucionales 17%, gastrointestinales 11%, disnea, astenia y fiebre 8%. Mientras que Delgado-Guay (2015) evidenció como causas predominantes el dolor con 36% seguido de disnea y estado mental alterado. En el presente estudio se encontraron cifras coincidentes. Dolor con 57% y disnea con 15%.

#### **4.3. RESULTADOS.**

- La demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia tuvo una demanda del 31% en relación con los pacientes que no requirieron ninguna consulta a este servicio.
- Los factores sociodemográficos en los que se evidenció asociación con la demanda en el servicio de emergencia fueron el sexo masculino (56%), estado civil de viudez (73%) y la ocupación de comerciante y amas de casa (74%).
- Los factores de la salud en los que se evidenció asociación con la demanda en el servicio de emergencia fueron: en el tipo de cáncer el gástrico (80%) y cerebro (75%); en la localización del cáncer (cerebro-SNC 75%, tórax-cuello 65%); un Índice Karnofsky mayor de 60 (90%); ausencia de visitas domiciliarias (72%).

#### **4.4. VERIFICACION DE HIPÓTESIS.**

No se trabajó con hipótesis

## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA**

#### **5.1. TEMA.**

#### **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON CÁNCER TERMINAL**

#### **5.2. JUSTIFICACIÓN.**

El cáncer es una enfermedad catastrófica, progresiva y letal que en etapas avanzadas, genera una alta demanda de recursos económicos y una enorme afectación al paciente, familia y al sistema de salud, es considerado un problema de salud pública y por lo tanto se deben realizar esfuerzos para fortalecer los aspectos de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento. Uno de los enfoques de tratamiento son los cuidados paliativos que tienen por objeto mitigar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Se debe procurar el inicio temprano de los cuidados paliativos para una mayor efectividad y debe considerarse de alta prioridad en la fase terminal de la enfermedad, por lo que se debe disponer de instrumentos que permitan un mejor abordaje de esta problemática.

El presente documento es consistente con una necesidad real y palpable que engloba la atención de este grupo de pacientes con cáncer terminal, que a pesar de contar con una estructura de cuidados paliativos, según los resultados de la presente investigación, muchos pacientes acuden a los hospitales en busca de atención en la fase final de la enfermedad, esto condiciona los problemas previamente mencionados.

Adicionalmente se hace énfasis en solucionar uno de los obstáculos referidos por la OMS para los cuidados paliativos a través de instrumentos que permitan mejorar el conocimiento y la participación de la familia o cuidadores en la provisión de los cuidados paliativos domiciliarios. Este trabajo pretende convertirse en un aporte a la solución de los problemas relacionados en el campo de estudio del cuidado del paciente con cáncer terminal. La implementación de esta propuesta es factible y costo-efectiva. Los miembros del equipo de

cuidados paliativos han demostrado gran interés, motivación y entusiasmo por introducir este tipo de herramientas dentro del programa de atención domiciliaria.

### **5.3. FUNDAMENTACIÓN.**

Las personas que precisan de cuidados paliativos constituyen un sector importante para el sistema de salud actual, debido al hecho de ser una población escasamente atendida, actualmente se orienta la prestación de salud hacia el confort y alivio que necesita el paciente ya que previamente se enfocaban los esfuerzos en otros ámbitos que, aunque son también son de vital importancia no son los únicos sobre los cuales se deben de tratar en este grupo de pacientes. Por esa razón se realiza esta propuesta factible de implementarse y sobre todo que ayuden al paciente y la familia, para llevar a cabo estos cuidados integrales de una manera en la que estos resulten eficaces.

### **5.4. OBJETIVOS**

- Mejorar los conocimientos sobre los cuidados paliativos en el cuidador del paciente con cáncer terminal, en la aplicación de medidas no farmacológicas que pueden implementarse para mejorar el bienestar del paciente y reducir las probabilidades de complicaciones que demanden ingreso hospitalario.
- Fortalecer la relación entre el cuidador, familia y paciente estableciendo alianzas que ayuden a mejorar los cuidados paliativos.
- Identificar problemas y prioridades del enfermo en la provisión de los cuidados paliativos

### **5.5. UBICACIÓN.**

La presente propuesta se puede aplicar a todo ámbito en el que se atiendan pacientes con cáncer terminal

### **5.6. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD**

El Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA, de la ciudad de Guayaquil, cuenta con un Servicio de Cuidados Paliativos y con el “Programa de Visitas



Domiciliarias” en el que participan médicos y enfermeras quienes manifestaron estar de acuerdo con la necesidad de contar con instrumentos que fortalezcan la aplicación sistematizada de los cuidados paliativos en este grupo de pacientes. Esta es una intervención costo-efectiva orientada a uno de los aspectos causales de visitas al servicio de emergencia. Otro aspecto importante esta evidenciado por una demanda creciente de este tipo de pacientes, relacionados con las características epidemiológicas de esta enfermedad.

## **5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

**Título:** Manual de cuidados paliativos domiciliarios para el cuidador del paciente con cáncer terminal

### **Contenido**

- La enfermedad terminal
- Los cuidados paliativos domiciliarios
- El cuidador principal
- El cuidado del enfermo terminal:
  - La comunicación con el enfermo
  - Valoración del enfermo
  - Valoración de la intensidad de los síntomas
  - Atención a los problemas comunes del enfermo terminal
    - Dolor
    - Disnea
    - Náuseas y vómitos
    - Estreñimiento
    - Caquexia
    - Alimentación
    - Deterioro de la mucosa oral
    - Deterioro del sueño
    - Ansiedad
    - Depresión
    - Deterioro de la integridad de la piel
- Últimos momentos

## Recursos, análisis financiero

Nº	Descripción	Valor unitario	Valor total
	PERSONAL		
1	Enfermera del hospital	00,00	0,00
1	Médico y otro profesional	0,00	0,00
	MATERIALES Y OTROS		
1	Resmas de papel	6	4,00
4	Refill de impresión	1	10,00
100	Fotocopias	3	3,00
10	Transporte del hospital	0	0
<b>Total</b>			17,00

### Impacto

#### *Ventajas de los cuidados paliativos en casa*

Aunque muchos casos los familiares piensan que los cuidados en el hospital o en una clínica puede ser la mejor opción para el cuidado del paciente, los cuidados en el hogar también tienen múltiples beneficios e incluso en muchos casos estos suelen ser mayores que los que se dan en un centro de salud. Todos estos beneficios no solo se dan para el paciente, también, para el familiar que en muchas ocasiones hace las veces de cuidador.

#### *Beneficios para el familiar*

Generalmente lo que más desea el familiar es ser el primero en estar informado de cómo se encuentra el paciente, como es el trato que se le da al mismo, en que puede ayudarlo para que se sienta mejor y el atenderlo lo mejor posible claro está dentro de sus capacidades, sin embargo, dentro de un hospital no siempre se puede conseguir todo esto debido a las propias reglas dentro de la institución, a los horarios de visita que impiden que comparta el tiempo que se desea tener con el paciente.

#### *Beneficios para el paciente*

La atención domiciliar es percibida como un cuidado propiciado en un ambiente favorable, próximo de la familia y del ambiente familiar. Sin duda alguna un paciente que requiera de cuidados siempre va a preferir que sea alguien de confianza quien se los proporcione o por lo menos que supervise la atención brindada por la parte contratada, además, los pacientes suelen sentirse incómodos en un hospital debido al propio ambiente, en

casa hay mayor privacidad, están sus familiares y es un lugar en cual pueden expresarse de manera más libre.

#### *Beneficios para el hospital o clínica*

Este es un punto muy importante ya que se reducen los costos de este paciente, el cual puede ser atendido de manera correcta en su hogar. Se puede llegar a evitar el uso innecesario de varios insumos, además, de que esta el hecho de que el lugar que está ocupando dentro de la institución este paciente que consigue recibir cuidados domiciliarios, puede ser ocupado por otra persona que necesite con mayor urgencia o necesidad los cuidados brindados dentro del centro de salud.

#### **Lineamientos para evaluar la propuesta**

Se recomienda realizar otro estudio de incidencia de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia para valorar la efectividad de la propuesta.

## CONCLUSIONES

- La demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia es un problema de la salud pública en crecimiento, en relación con la epidemiología del cáncer. Se han determinado factores específicos sociodemográficos y de salud.
- Se encontró una alta incidencia de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia que condiciona mayor demanda de recursos de la salud, problemas económicos y sociales, intervenibles a través de la implementación de estrategias que mejoren por un lado la funcionalidad de los servicios de cuidados paliativos y por otro la adherencia de los pacientes a los programas.
- Los factores sociodemográficos asociados a la demanda de atención en emergencia son el sexo masculino, el estado civil de viudez, la ocupación de comerciante, amas de casa y no tener escolaridad. Aunque estos factores desde el ámbito de intervenciones de salud pública no son evitables, sirven para la puesta en marcha de medidas que mejoren el seguimiento y la adherencia de estos pacientes y sus familias al tratamiento.
- Los factores de la salud asociados a la demanda de servicios de emergencia son la localización tumoral a nivel de cerebro, cuello y tórax, alto índice Karnofsky, y déficit de visitas domiciliarias. Este último factor de “deficientes visitas domiciliarias” se constituye, en el recurso más viable a intervenir con propuestas de salud pública.

## RECOMENDACIONES

- Proponer la problemática de demanda de atención de emergencia en pacientes con cáncer terminal como problema de salud pública a debatir con el propósito de identificar y fortalecer estrategias desde el primer nivel de atención.
- Abordar la problemática de los pacientes con cáncer terminal desde la educación en cuidados paliativos
- Procurar el establecimiento de estrategias para reducir la demanda de pacientes con cáncer terminal en el servicio de emergencia para reducir el consumo de recursos de la salud, minimizar los problemas económicos y sociales, a través de propuestas viables y sostenibles.
- Abordar los factores sociodemográficos prevenibles, como la vigilancia y salud ocupacional, la identificación de poblaciones de riesgo y el tratamiento adecuado y permanente con seguimiento por parte del sistema de salud
- Intervenir en los factores de la salud modificables tales como el factor educativo, afectivo y la provisión de cuidados integrales que permitan la adherencia del paciente y la resolución de los problemas. En tal virtud se propone en base a los resultados de esta investigación un plan integral e interdisciplinario de cuidados paliativos.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Cancer Society. (23 de Sep de 2014). Obtenido de <https://cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer.html>
- Acosta, A. I. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529.
- Alonso-Babarro. (2012). The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. *Palliative Medicine*, 68-75.
- Alonso-Babarro et al. (2012). The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients . *Palliative Medicine*.
- Álvarez-Hernández, G. &.d. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 26-34.
- Amado. (2017). *Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016*. Lima.
- American Cancer Society. (15 de Diciembre de 2015). *American Cancer Society*. Obtenido de <https://cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/cancer-avanzado/que-es.html>
- American Cancer Society. (31 de Marzo de 2016). *American Cancer Society*. Obtenido de <https://cancer.org/es/cancer/cancer-de-higado/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>
- American Society Of Clinical Oncology (ASCO). (Abril de 2018). *American Society Of Clinical Oncology (ASCO)*. Obtenido de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/cirug%C3%ADa/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-cirug%C3%ADa-oncol%C3%B3gica>
- Amorín Kajatt, E. (2013). Cáncer de pulmón, una revisión sobre el conocimiento actual, métodos diagnósticos y perspectivas terapéuticas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, , 30, 85-92.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Registro Oficial.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). Obtenido de Asociación Española Contra el Cáncer: <https://www.prevencion.adeslas.es/es/cuidadoscancer/masprevencion/Paginas/evolucion-cancer.aspx>
- Batalini. (2017). Cancer complaints: The profile of patients from the emergency department of a Brazilian oncology teaching hospital. *F1000 research*.
- Bedenne, L. L. ( 2017 ). Cáncer de esófago. *EMC-Tratado de Medicina*, 21(4), 1-7.

- Buendía Bravo, S. G. (2015 ). Análisis descriptivo de los motivos que originan visitas a urgencias en pacientes oncológicos: toxicidad postquimioterapia. *Farmacia Hospitalaria*, 39(6), 333-337.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley de Derechos y Amparo al Paciente*. Quito: Registro Oficial.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Registro Oficial.
- De la Lanza, C. C. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156.
- De Linares, S. (2014). Valoración de la influencia de variables psicológicas y estados emocionales en la implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula. *Efectos de un programa de intervención psicológica*(Doctoral dissertation, Universidad de Granada).
- DeCaria. (2017). Acute care hospitalization near the end of life for cancer patients who die in hospital in Canada. *Current Oncology*.
- Echeverría-Moreta. (2014). *CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA IBARRA*. Ibarra.
- El Periódico. (9 de Septiembre de 2018). *El Periódico*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20180912/muertes-por-cancer-mundo-2018-oms-7030945>
- Expósito, F. N. (2017). Cáncer de pulmón no microcítico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(31), 1811-1824.
- Fontibón, L. F. (2015). Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en psicología Latinoamericana*, 33(3), 387-395.
- Gonzales, C. (2014). Manual de Enfermería Oncológica . *Instituto Nacional de Cancer* , 16.
- Gorospe-Sarasúa, L. A.-M.-A. (2018). Emergencias oncológicas torácicas del paciente con cáncer de pulmón. *Revista Clínica Española*, 1.
- Guillen-Cordero. (2018). *NECESIDADES Y PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES EN ETAPA TERMINAL QUE ACUDEN A FASEC, CUENCA 2017*. Cuenca.
- Guillermo Quintero Villarreal, C. N. (2014). El paciente oncológico crítico:. *Medicina Intensiva* , 110.
- Henson et al. (2014). Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 30. 370-376.
- Henson et al. (2015). Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*.
- Hernandez-Sampieri. (2014). *Metodología de la Investigación 6ta edición*.
- Higginson IJ. (1999). Evidence Based palliative care. *BMJ* , 319:462-3.

- Instituto Nacional del Cancer. (14 de 1 de 2019). *Diccionario del Cancer*. Obtenido de Diccionario del Cancer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/metastasis>
- Instituto Nacional del Cancer. (14 de 1 de 2019). *Estadificación del cancer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). (14 de 1 de 2018). *Definición de Cuidados Paliativos*. Obtenido de <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Junta de Castilla y León. (2017-2020). Plan de cuidados paliativos . *Plan de cuidados paliativos* , 26.
- Kim et al. (2015). Terminal Versus Advanced Cancer: Do the General Population and Health Care Professionals Share a Common Language? *Cancer Research Treatment*, 759-767.
- Kohen, N. (2014). Manual de Enfermería Oncológica . *Instituto Nacional de Cáncer* , 13.
- Lemus. (2013).
- Mandal, A. (23 de Agosto de 2018). *News Medical*. Obtenido de [https://www.news-medical.net/health/Cancer-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Cancer-History-(Spanish).aspx)
- Mariño. (2015). Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un hospital de cuarto nivel de atención. *Revista Colombiana de Cancerología*.
- Medicine Plus. (13 de Marzo de 2018). *Medicine Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/cancer.html>
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2011). *Acuerdo Ministerial 101*. Quito: Registro oficial 415.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud FCI*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2015). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Quito: Dirección nacional de Normatización.
- Mosquera, D. (28 de Octubre de 2015). *Redacción Médica* . Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/1-200-casos-de-cancer-de-colon-al-a-o-en-el-ecuador-86602>
- NHI. (6 de Abril de 2017). *Instituto Nacional De Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- NIH. (14 de Julio de 2016). *Instituto Nacional De Cáncer* . Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico>
- Oliveira, S. G.-G. (2015). Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enfermería Global*, 14(39), 360-374.
- OMS. (12 de Sep de 2018). *Cáncer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- OMS. (10 de 01 de 2019). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Obtenido de OMS:



<https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (18 de febrero de 2018). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (14 de 1 de 2019). *OMS cancer*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Oscar Merlo, N. C. (2014). Manual de Admisión. *Guía de Gestión de los Servicios de Admisión Hospitalaria*, 5.
- Pérez Camargo, D. A. (2014). Frecuencia de anorexia-caquexia y su asociación con síntomas gastrointestinales, en pacientes paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. *Nutrición Hospitalaria* , 30(4), 891-895.
- Pointet, A. L. (2017). Cáncer de colon. *EMC-Tratado de Medicina*.
- Puiggros. (2009). El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutricion hospitalaria*.
- Rodríguez, A. M.-E. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79.
- Sánchez, N. C. (2013 ). Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 553-562.
- Sánchez, R. S. ( 2015). ¿ Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 371-385.
- Servicio Murciano de Salud . (2009). Plan integran de cuidados paliativos en el servicio Murciano de salud . 50 .
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (25 de 01 de 2019). *Guía de Cuidados Paliativos*. Obtenido de SECPAL: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
- Tabares, V. Z. (2014). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud* , 8(2), 41-48.
- Teresa González, M. M. (2018). VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO. *GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE*, 4.
- Uribe, A. (2015). Cáncer de mama. *Cáncer*, 10(2).
- Vial, I. F. (2016). Cirugía profiláctica en síndrome de cáncer hereditario de mama. *Revista chilena de cirugía*, 68(6), 462-466.
- Villegas Valverde, C. A. (2013). Participación de los linfocitos T reguladores en el cáncer de ovario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(1), 23-32.
- Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). (2014). *Global Atlas of Palliative Care*.

Zaharia, M. (2013). El cáncer como problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* , 7.

## ANEXOS.

### ANEXO 1. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



#### Ficha de observación

<p><b>Objetivos de Investigación</b>  <b>General:</b> Determinar los factores demográficos y de salud asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" "Solca" Guayaquil, año 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la incidencia de pacientes con cáncer terminal, en el servicio de emergencia</li> <li>• Describir los factores demográficos asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia</li> <li>• Detallar los factores de la asistencia sanitaria asociados a la demanda de pacientes adultos con cáncer terminal en el servicio de emergencia</li> </ul>											
Edad				Historia clínica N°							
Sexo	masculino			femenino							
Lugar de residencia	Guayaquil			Fuera de Guayaquil							
Tipo de cáncer	Tumor Sólido			Hematológico							
Estado civil	soltero	<input type="checkbox"/>	casado	<input type="checkbox"/>	Unión libre	<input type="checkbox"/>	divorciado	<input type="checkbox"/>	viudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitio de afectación del cáncer	Tórax cuello			Abdomen pelvis	<input type="checkbox"/>	Cerebro SNC	<input type="checkbox"/>	Óseo, piel	<input type="checkbox"/>	hematológico	<input type="checkbox"/>
Tiempo de seguimiento en Cuidados Paliativos				días							
Índice Karnofsky en última visita Cuidados Paliativos											
Lugar de muerte	Domicilio			hospital							
Nº visitas domiciliarias											
Intervenciones de salud en emergencia	analgesia	<input type="checkbox"/>	oxígeno	<input type="checkbox"/>	hidratación	<input type="checkbox"/>	hemostasia	<input type="checkbox"/>			
Motivo de ingreso al servicio de emergencia	dolor			Insuficiencia respir				Hemorragia			
	Obstrucción intestinal			Obstrucción urinaria				Otro			
Número de visitas a emergencia											
Tiempo de permanencia en última visita a emergencia				días							

**ANEXO 2. VALIDACION DEL INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Ficha de observación**



<b>Objetivos de Investigación</b> Conocer la incidencia de la admisión al servicio de emergencia en pacientes con cáncer terminal en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" "Solca" Guayaquil, año 2018				VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la proporción de pacientes con cáncer terminal, atendidos por el servicio de cuidados paliativos, que son admitidos y fallecen en el servicio de emergencia</li> <li>Determinar las características de los pacientes adultos con cáncer terminal admitidos y fallecen en el servicio de emergencia</li> <li>Detallar las características de la asistencia sanitaria del servicio de cuidados paliativos en los pacientes con cáncer terminal</li> </ul>						
Edad		Hist clínica Nº				
Sexo	masculino	femenino				
Tipo de cáncer						
Tiempo de seguimiento en CP	<1 mes	2 a 6 meses	7-12 m	>1año		
Lugar de muerte	Domicilio	hospital	Otro.....			
Nº visitas domiciliarias						
Intervenciones de salud	Tipo de analgesia		Otras intervenciones .....			
Motivo de ingreso al servicio de emergencia	dolor	Insuficiencia respiratoria	Otro detallar.....			
Índice karnofsky inicial						

**NOMBRE:**  
**TITULO ACADEMICO:**  
**TRABAJA:**  
**CI:**  
**R. PROF. COD:**

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
  
 Ph.D. Sofia Castillo Marocho  
 Nº de Reg. Sanitario 72414965  
 DOCENTE

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Ficha de observación**

<b>Objetivos de Investigación</b> Conocer la incidencia de la admisión al servicio de emergencia en pacientes con cáncer terminal en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" "Solca" Guayaquil, año 2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la proporción de pacientes con cáncer terminal, atendidos por el servicio de cuidados paliativos, que son admitidos y fallecen en el servicio de emergencia</li> <li>Determinar las características de los pacientes adultos con cáncer terminal admitidos y fallecen en el servicio de emergencia</li> <li>Detallar las características de la asistencia sanitaria del servicio de cuidados paliativos en los pacientes con cáncer terminal</li> </ul>					VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
Edad		Hist clínica N°					
Sexo	masculino		femenino				
Tipo de cáncer							
Tiempo de seguimiento en CP	<1 mes		2 a 6 meses	7-12 m			
				>1año			
Lugar de muerte	Domicilio		hospital	Otro.....			
Nº visitas domiciliarias							
Intervenciones de salud	Tipo de analgesia			Otras intervenciones.....			
Motivo de ingreso al servicio de emergencia	dolor		Insuficiencia respiratoria	Otro detallar.....			
Índice karnofsky inicial							

**NOMBRE:**  
**TITULO ACADEMICO:**  
**TRABAJA:**  
**CI:**  
**R. PROF. COD:**

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL


 Ph.D. César Figueron P.  
 Nº de R. Sanitario 72414967



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Ficha de observación**



<b>Objetivos de Investigación</b> Conocer la incidencia de la admisión al servicio de emergencia en pacientes con cáncer terminal en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" "Solca" Guayaquil, año 2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la proporción de pacientes con cáncer terminal, atendidos por el servicio de cuidados paliativos, que son admitidos y fallecen en el servicio de emergencia</li> <li>Determinar las características de los pacientes adultos con cáncer terminal admitidos y fallecen en el servicio de emergencia</li> <li>Detallar las características de la asistencia sanitaria del servicio de cuidados paliativos en los pacientes con cáncer terminal</li> </ul>					VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
Edad		Hist clínica Nº					
Sexo	masculino	femenino					
Tipo de cáncer							
Tiempo de seguimiento en CP	<1 mes	2 a 6 meses	7-12 m	>1año			
Lugar de muerte	Domicilio	hospital	Otro.....				
Nº visitas domiciliarias							
Intervenciones de salud	Tipo de analgesia		Otras intervenciones.....				X
Motivo de ingreso al servicio de emergencia	dolor	Insuficiencia respiratoria	Otro detallar.....				
Índice karnofsky inicial						X	

NOMBRE: *Dinora Rebolledo Al*  
 TITULO ACADEMICO: *PhD en Historia de los Cuidados*  
 TRABAJA: *Universidad de Guayaquil*  
 CI: *127567910*  
 R. PROF. COD:

*Dinora Rebolledo*

Guayaquil, 07 septiembre 2018

### CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo: DINORA REBOLLEDO MALPICA PAS: 127567916 con Titulado académico-PHD en Cultura de los Cuidados. Con registro de SENESCYT N° 7241100077. Por medio de la presente certifico que he leído y analizado el borrador del Instrumento elaborado por: Edwars Sabando Fajardo. Maestramente del Programa de Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, con la finalidad de que sea utilizado como instrumento de recolección de datos en el Trabajo de Investigación Titulado: INCIDENCIA DE PACIENTES ADULTOS CON CANCER TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL DR JUAN TANCA MARENGO. SOLCA. GUAYQUIL AÑO 2018

En ese sentido, se le sugiere hacer ajustes en relación a la pertinencia de las preguntas con los objetivos de la investigación, así como la claridad y coherencia de las mismas. Por otro lado, se sugiere ajustar la escala de las alternativas de respuesta a una misma escala. En este caso, respuestas dicotómicas.

En consecuencia, manifiesto que una vez ajustadas las observaciones realizadas por mí, el instrumento es considerado valido y puede ser aplicado como instrumento definitivo para la dicha investigación.

Sin otro particular.

  
Dra. Dinora Rebolledo Malpica. PhD.  
CI: 096244464

Docente- Investigador UG



### ANEXO 3. OFICIO A HOSPITAL



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA

Guayaquil, 11 de febrero de 2019

Dra. Tania Rivera  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO"

De mis consideraciones

Yo, EDWARS SABANDO FAJARDO con cedula de ciudadanía N° 1305610485, en virtud de estar cursando un programa de Maestría en Salud Pública, y considerando el apreciable aporte a la formación académica de la institución a la cual Ud. representa. Solicito a usted y por su digno intermedio a quien corresponda, se me permita llevar a cabo proceso de recolección de datos del historial clínico de pacientes desde el sistema intranet de Solca, los mismos que van a ser utilizados en el proyecto de investigación, con el tema "FACTORES DEMOGRAFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LA DEMANDA DE PACIENTES ADULTOS CON CANCER TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SOLCA.GUAYAQUIL, 2018"

Conocedor de su espíritu de colaboración quedo de usted muy agradecido

Cordialmente,

Lic. Edwars Sabando Fajardo Mgs.  
C.C. 1305610485  
MAESTRANTE EN SALUD PUBLICA

c.c. Dr. Carlos Calle. Jefe del Servicio de Emergencia  
Dra. Nancy Lino. Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos

**RECIBIDO**  
DPTO. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN  
FECHA: 12 FEB 2019  
FIRMA: SANDRA



## ANEXO 4. INFORME ANTIPLAGIO

### Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 23-jun.-2019 15:05 -05  
Identificador: 1146342133  
Número de palabras: 15992  
Entregado: 1

#### FACTORES

SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LA DEMANDA DE PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL SOLCA. GUAYAQUIL. 2018  
Por Edwards Geovanny Sabando Fajardo

1% match (Internet desde 05-jun.-2017)  
[https://edukayital.blogspot.com/2015-08-17\\_archive.html](https://edukayital.blogspot.com/2015-08-17_archive.html)

1% match (Internet desde 12-may.-2019)  
<http://scielo.iscili.es>

Índice de similitud  
3%

#### Similitud según fuente

Internet Sources:	3%
Publicaciones:	2%
Trabajos del estudiante:	1%

[/scielo.php?pid=S1130-63432015000600003&script=sci\\_arttext](http://scielo.php?pid=S1130-63432015000600003&script=sci_arttext)

1% match (Internet desde 29-jun.-2016)

<http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/205%20efectos.pdf>

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LA DEMANDA DE PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL SOLCA. GUAYAQUIL. 2018  
Autor: Sabando Fajardo Edwards Geovanny Milagro, febrero 2019  
Ecuador INTRODUCCIÓN El cáncer en fase terminal genera una gran demanda de atención en salud que es proporcionada por los servicios de cuidados paliativos, los mismos que son brindados a través de los programas de visitas domiciliarias que tienen por objetivo reducir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida en los últimos días de vida y a la vez reducir la necesidad de atención hospitalaria (Alonso-Babarro et al, 2012), las intervenciones innecesarias y los costos por atención en salud. A pesar de la implementación de estos programas de visitas domiciliarias un grupo importante de pacientes acude por atención a la emergencia de los hospitales. Así lo demostró un estudio realizado en el año 2016 en Lima, Perú, que encontró un 11.7% de los pacientes con cáncer terminal que acudieron al servicio de emergencia, (Amado, 2017). Otro estudio en Canadá encontró cifras mucho más altas 48.4% al menos visitó una vez la emergencia en el último mes de vida; y 24,5% dos o más veces. (DeCaria, 2017). El cáncer es considerado un problema de salud pública, dado que es la enfermedad catastrófica más prevalente y que genera mayores costos

## ANEXO 5. PROPUESTA.

# MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON CÁNCER TERMINAL

**Autor: Edwards Sabando Fajardo**

## CONTENIDO

LA ENFERMEDAD TERMINAL.....	93
LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO.....	94
EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE TERMINAL.....	94
LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO.....	94
ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS COMUNES DEL ENFERMO TERMINAL.....	95
VALORACIÓN DEL ENFERMO.....	95
DOLOR.....	96
DIFICULTAD RESPIRATORIA.....	97
PROBLEMAS DIGESTIVOS.....	98
PROBLEMAS NUTRICIONALES.....	99
ALTERACION DE LA PIEL Y MUCOSAS.....	100
DETERIORO DEL SUEÑO.....	103
ANSIEDAD.....	104
DEPRESIÓN.....	104
LOS ÚLTIMOS MOMENTOS.....	104

## LA ENFERMEDAD TERMINAL.

Para que el medico determine una fase terminal de una enfermedad, deben cumplirse varios criterios:

- La enfermedad está en una etapa avanzada, progresiva, incurable, es decir que no ha demostrado una respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos.

- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico
- Pronóstico de vida limitado, usualmente menor a seis meses

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención, a los que debemos responder adecuadamente. El Cáncer, SIDA, enfermedades neurológicas, insuficiencia específica de órganos (riñón, corazón, hígado, etc.) cumplen estas características, especialmente, en las etapas finales de la enfermedad. La atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

### Fases de la enfermedad terminal

En la enfermedad terminal se encuentran identifican cuatro fases:

#### a. Fase inicial o de estabilidad

- No presenta síntomas intensos, ni alteración de su estado funcional.
- La ingesta oral y el nivel de conciencia se mantienen intactos.

#### b. Fase sintomática o de estado

- caracterizada por la aparición de síntomas que generan sufrimiento y de alteraciones funcionales de diferente magnitud
- no afectan a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- La ingesta oral puede ser normal o reducida y el nivel de conciencia permanece normal.

**c. Fase de declive**

- aquí las complicaciones se presentan de forma continua
- se puede evidenciar un deterioro funcional que afecta la capacidad del paciente para la realización de actividades básicas de la vida diaria.
- La ingesta oral puede ser normal o reducida
- el nivel de conciencia normal o confusional.

**d. Fase final o de agonía**

- se evidencian signos de muerte inminente
- gran deterioro de la situación funcional
- complicaciones con sufrimiento intenso
- con pronóstico de vida inferior a siete días.
- La ingesta oral está muy afectada
- El nivel de conciencia variable, entre normal, somnolencia, confusión y coma.

La evolución de las fases puede aparecer de manera lenta o muy brusca, y la identificación de cada una de las mismas permitirá llevar a cabo los cuidados adecuados

## **LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO.**

En esta fase terminal, el enfermo es derivado al programa de visitas domiciliarias, en la cual se propende por un lado una participación mayor de la familia en los cuidados del paciente y por otro lado, que mejore el bienestar del paciente, al permitir un mayor contacto con la familia y en su habitación usual. Además el modelo de salud para el paciente terminal orienta los cuidados al ámbito domiciliario por diferentes razones debidamente fundamentadas entre estas

- reducción de costos por atención en salud
- reducción de morbilidad y mortalidad hospitalaria
- reducción del sufrimiento

- mejora en la calidad de vida

### **EL CUIDADOR PRINCIPAL.**

Es preciso identificar al cuidador principal, porque va a ser el proveedor de cuidados al final de la vida, la persona más cercana al enfermo, de la cual se debe afianzar una estrecha comunicación que permita una atención oportuna y eficaz.

Las condiciones que hacen más funcional la tarea del cuidador son: que identifique su rol; que tenga momentos para sí mismo y que la enfermedad del familiar no suponga una carga muy pesada de sobrellevar. El que tenga momentos de respiro le va a permitir recuperar fuerzas y esto va a repercutir en la mejora de los cuidados.

El cuidador necesita compañía y el apoyo de sus familiares y amigos tanto como el paciente. Se le debe brindar ayuda constante y estar atentos a sus sentimientos, así como reconocer que no es culpable de cualquier cosa que ocurra al enfermo.

## **EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE TERMINAL**

Dos aspectos del cuidado son esenciales para mejorar la calidad de vida a estas personas en su etapa final: una comunicación adecuada y la atención a los problemas más comunes del enfermo con cáncer terminal

### **LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO**

La comunicación se debe concebir con la acción de hacer partícipe o transmitir información y sentimientos a otra. La palabra y la escucha se

consideran una necesidad muy importante en la persona enferma. La enfermedad terminal altera a la unidad familiar, el entorno social y las relaciones con los amigos. Afloran conflictos preexistentes que unidos a una información inadecuada generan mucha angustia. Se hace énfasis en las siguientes recomendaciones

Acompañar, calmar, aconsejar, informar y enseñar un determinado cuidado.

- Hacer partícipe, escuchar, conocer, aprender y comprender cuales son las prioridades del enfermo, así como sus temores, preferencias y valores.
- La comunicación no es un acto único hay mucho mas tras ella, desahogo, distracción, relajación, alivio de síntomas, sentimiento de valía y mejoría de la calidad de vida
- Cualquier momento es bueno para comunicarnos con el paciente
- La comunicación debe ser gradual, paulatina y durar durante toda la relación.

***En caso de que se tenga que impartir información difícil acerca del pronóstico de la enfermedad, se recomienda:***

- Ser cauto y entregar la información poco a poco.
- A veces es mejor esperar a que pregunte y hable el paciente
- Conviene saber lo que conoce el paciente para no caer en errores o informaciones inadecuadas.
- Practicar la escucha activa. El paciente irá preguntando lo que quiere saber y lo que puede soportar saber.
- Usar correctamente el lenguaje no verbal
- La comunicación con el paciente debe ser franca, sincera y realista. Esto no evita dolor, ni tristeza; pero si consigue serenidad, respeto, dignidad y compañía para el paciente, además, disminuye el riesgo de que exista duelo patológico.
- Debe ser lo más concreta y cercana posible a las

preguntas del paciente, en un lenguaje que se pueda comprender.

## **ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS**

### **COMUNES DEL ENFERMO**

#### **TERMINAL.**

### **VALORACIÓN DEL ENFERMO**

Permite identificar problemas vitales de mayor trascendencia. En este aspecto se valora primariamente la funciones respiratoria, circulatoria y neurológica

En el aparato respiratorio se sugiere valorar:

- **La frecuencia respiratoria** a través del conteo de los movimientos de expansión torácicos o abdominales durante un minuto. Su valor normal es de 12 a 25 respiraciones por minuto. Valores por fuera de este rango deben ser comunicadas al médico.
- También se toma en cuenta la aparición o agravamiento de **síntomas** tales como dificultad respiratoria, la tos y expectoración.

En la función circulatoria se recomienda valorar:

- El **pulso** a través del latido pulsátil arterial en la zona de la muñeca y contando el número de pulsaciones en el minuto. Su valor normal va de 60 a 80 latidos por minuto
- la **presión arterial** es otro elemento importante de la valoración especialmente cuando se note en el enfermo piel pálida y fría o sensación de decaimiento. Para esto pueden utilizarse dispositivos electrónicos.. Los valores normales son de 100 a 120 el valor más alto o presión sistólica; y de 60 a 80 la presión baja, es decir el rango alto seria 120/80 y el valor bajo 100/60.

En la función neurológica se recomienda valorar:

- estado de alerta y vigilia, valorando la del

enfermo al llamado o a los estímulos mas intensos como la movilización.

- También se recomienda evaluar la orientación del enfermo en tiempo y espacio preguntándole donde se encuentra y que fecha se ubica.
- Otros aspectos que se deben valorar son:
- *estado muscular*: la fuerza muscular y capacidad de movilizarse.
- *gastrointestinal*: presencia de distensión abdominal y dolor
- *el estado nutricional, ya que la desnutrición es muy común*
- *la capacidad urinaria y la probabilidad de distensión de la vejiga*
- *y la calidad del sueño*

## DOLOR.

El dolor junto con la dificultad respiratoria son los problemas más importantes del enfermo terminal. El escaso control del dolor puede estar asociada a una dosis inadecuada, falta de seguimiento, tolerancia a las medicinas, o por escaso cumplimiento de las ordenes medicas por miedo a la adicción.

**Para valorar la intensidad del dolor se recomienda preguntar al enfermo, En una escala de 1 al 10, en qué nivel esta su dolor( escala visual analógica ), en la que 1 es mínimo dolor y 10 el máximo dolor. El paciente debe describir en qué punto se encuentra su dolor.**

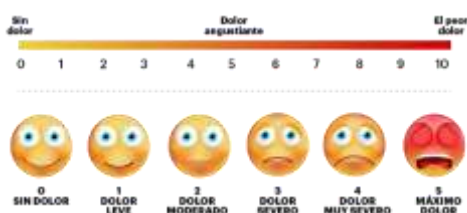


Figura 1. Escala del Dolor

### **Tratamiento farmacológico.**

#### **Principios generales sobre la medicación para el dolor**

- Creer siempre lo que el paciente dice sobre su dolor
- Nunca engañar al enfermo con falsa administración del medicamento o placebos.
- Controlar el dolor precozmente
- Dar siempre la medicación a horas fijas.
- Atender y valorar si está durmiendo bien el enfermo, ya que empeora por la noche.
- Verificar con frecuencia si está controlado el dolor
- La morfina es el fármaco más usado en el dolor severo

#### **Se deben tomar en cuenta ciertas consideraciones cuando se usa de Morfina como analgésico**

- Se utiliza también para calmar la dificultad respiratoria
- Se puede administrar por vía oral, subcutánea, intramuscular o intravenosa
- Deben ser administrada a intervalos regulares
- La dosis se puede aumentar progresivamente hasta calmar el dolor.
- Sus efectos secundarios son estreñimiento, náuseas, vómitos, confusión, boca seca.
- La dosis excesiva puede llevar a somnolencia y depresión respiratoria. Ante un sueño muy pesado o dificultad de despertar un paciente se debe sospechar que la causa puede ser la morfina. A veces esto puede ser necesario en caso de mucho sufrimiento.
- La dependencia psicológica o adicción es muy rara, el aumento de la dosis como consecuencia del agravamiento de la enfermedad debe ser aceptados por la familia y el paciente



Figura 2. Ampollas de morfina

### **Consideraciones sobre el uso de parches de Fentanilo.**

- Es un opiáceo que se presenta en parches transdérmicos y pueden actuar por 72 horas.
- Es indicado en dificultades con la morfina oral, o en casos de intolerancia
- Evitar zonas pilosas, variando la zona con el siguiente parche.
- El calor sobre la zona del parche puede aumentar la dosis liberada



Figura 3. Parches de fentanilo

### **Medidas no farmacológicas para el alivio del dolor**

- Usar **baños templados**, botellas de agua caliente, ropas templadas, manta eléctrica a temperatura mínima en las zonas donde se presenta el dolor
- Usar **compresas frías** o con hielo en el dolor producto de la inflamación de los tejidos.
- Usar **mentol** reduce la sensibilidad de la piel en la zona donde se aplica y produce la sensación de calor y frío por evaporación.
- Aplicar **masaje**: proporciona un efecto placentero, está contraindicado en metástasis ósea. Puede también aplicarse **vibraciones** que son más vigorosas que los masajes dependiendo de la tolerancia.
- Estimulación **eléctrica transcutánea**: se puede utilizar electrodos que suministran una corriente continua y leve en la piel; está contraindicado en pacientes con marcapasos.
- **Acupuntura**: tiene buenos resultados en el dolor crónico, tiene pocas contraindicaciones y carece de efectos secundarios.

- **Movilizaciones activas o pasivas**: En pacientes muy débiles es frecuente la aparición de dolor por la inmovilidad, para ello se aconseja practicar movimientos activos o pasivos de todas las articulaciones de manera suave entre 5 y 10 veces, una o dos veces al día.
- **Posición corporal**: buscar posiciones confortables ayudándose de almohadas o cojines blandos, evitar movimientos bruscos,
- **Realización de actividades agradables** (hace que deje de pensar en el dolor), estas actividades se deberán planificar cuando el paciente se sienta mejor y esté más despierto.
- En algunos casos para el control del dolor hay que recurrir a terapias antiálgicas más agresivas como **bloqueos** nerviosos, o procedimientos neuroquirúrgicos.

## **DIFICULTAD RESPIRATORIA.**

Está presente en la mitad de los pacientes con cáncer avanzado y en la todos los que sufren enfermedades pulmonares. Hay que tener en cuenta que la sensación de falta de aire es muy angustiada para el paciente, esto le hace respirar más deprisa y aumentar de esta forma la disnea.



Figura 4. Dificultad respiratoria

### **Tratamiento farmacológico**

El oxígeno es útil para la mayoría de los pacientes. Pero no siempre calma el ahogo, en estos casos puede ser necesario el uso de morfina. (El uso del oxígeno es discutido, se tiene que valorar los deseos del paciente, puede

usarse como placebo pero a veces es motivo de incomodidad o preocupación).

#### ***Medidas no farmacológicas:***

- No dejar solo al paciente, acompañarle y dar soporte afectivo.
- Levantar el espaldar de la cama.
- Humidificar el ambiente.
- Colocar ventiladores o abanicar al paciente.
- Usar terapia de relajación o yoga.
- Pueden ser de utilidad reeducar el patrón respiratorio a uno lento y diafragmático.
- Si las actividades causan disnea incluir periodos de descanso en las mismas.
- Disminuir la duración de las visitas y de la conversación.
- Aliviar la sequedad de garganta.

## **PROBLEMAS DIGESTIVOS.**

### ***Náuseas y vómitos.***

Las náuseas son una sensación desagradable, en la parte posterior de la garganta y abdomen que puede o no terminar en vómito". Se presentan hasta en un 60% de los pacientes con cáncer terminal. Tienen múltiples causas: el propio cáncer, y el tratamiento. Se deben revisar los hábitos dietéticos, si existe dolor puede tratarse de gastritis



Figura 5. Náuseas

#### ***Medidas no farmacológicas:***

- Enseñar a disminuir el reflejo del vómito respirando profundamente y tragando, inspirar

por la nariz y espirar lentamente por la boca.

- Procurar un entorno agradable y evitar los olores fuertes y la visión de objetos desagradables.
- Posición sentado o semisentado, sin nada que presione el abdomen,
- Realizar los cambios de postura de forma lenta.

### **Estreñimiento.**

Es la eliminación poco frecuente de heces difíciles de expulsar, de consistencia dura y seca que el paciente tiene. Aparece en la mayoría de los pacientes. Las causas son inactividad, debilidad, menor ingesta de líquidos y de fibra, alteraciones electrolíticas del sodio y potasio, obstrucción mecánica por tumor, y también por el tratamiento con morfina.



Figura 6. Estreñimiento

#### ***Medidas no farmacológicas:***

- Aumentar la ingesta de líquidos y vigilar que no exista obstrucción intestinal.
- Responder inmediatamente a los deseos de defecar.
- Permitir la intimidad.
- Procurar establecer horario regular.
- Aumentar la actividad física.
- Revisar y cambiar los fármacos que provocan estreñimiento.
- Prevenir la retención de gases: No tomar bebidas gaseosas
- Favorecer la expulsión de gases con movilizaciones frecuentes.
- colocación de enemas.
- Cuidar la zona perianal



- Si se usan opioides, deberían utilizarse laxantes profilácticos.

**Tratamiento farmacológico:** El medico puede recomendar:

- laxantes aumentan el volumen de la masa fecal
- reblandecedores de heces como la lactulosa
- supositorios de glicerina que ablandan las heces duras del recto.
- Lubricantes: aceite de oliva, se usa en forma de enemas para des impactar.

Si existe fecaloma (obstrucción por heces secas) el medico recomendará un enema de limpieza con 100 ml de aceite de oliva por la noche dos días seguidos o un enema fosfatado cada mañana o dos enemas de limpieza en días consecutivos de litro y medio de agua con aceite. Si, a pesar de todo ello, no es eficaz se debe realizar se debe pedir ayuda del equipo de asistencia sanitaria para una extracción manual.

**Procedimiento de extracción manual del fecaloma**

- Se coloca al enfermo en posición decúbito dorsal
- Respirar tranquilo y de forma profunda,
- Lubricar el dedo índice enguantado
- Introducir en el recto lo más profundo que sea posible, moviéndolo en círculo
- Si el fecaloma es demasiado grande se lo fragmenta y se lo extrae de poco a poco.
- Esta maniobra se repite hasta extraer la mayor cantidad posible de heces.
- La aparición de sangrado o dolor intenso desaconseja continuar.

- Al finalizar se pondrá un enema para limpiar bien la ampolla rectal

**PROBLEMAS NUTRICIONALES.**

**Pérdida en la alimentación.**

El tema de la alimentación preocupa mucho a la familia y lo relacionan directamente con mejoría o empeoramiento, por lo que hay que asesorarles adecuadamente y apoyarles; hay que insistirles en que el alimento no mejora la enfermedad porque ésta sigue avanzando y que la pérdida de interés por la comida es propia de la enfermedad terminal



Figura 7. Alimentación

**Tratamiento farmacológico: El medico recomendará:**

- Metoclopramida antes de las comidas y al acostarse. Alivia las náuseas y la saciedad precoz.
- Corticoides: Aumentan el apetito y la sensación de bienestar
- En pacientes incapaces de tragar (cáncer de cabeza, cuello, esófago) y con conservación del apetito y del estado general, estaría indicada una sonda nasogástrica o gastrostomía ya que mejora el estado nutricional pero también el grado de confort y la imagen corporal del paciente.

**Medidas no farmacológicas:**

- Tratar la comida como una ocasión social, no como una obligatoriedad a cumplir.
- Arreglar al paciente para contribuir a mejorar la autoestima.
- Evitar dar líquidos antes de las comidas.



- Evitar los olores fuertes.
- Presentar la comida de forma agradable.
- Las comidas en purés deben estar condimentadas adecuadamente.
- Pueden tener aversión a la carne roja en su lugar carne de pollo o similar o disimular el sabor añadiendo vino o cerveza.
- Mantener la comida caliente porque resulta más sabrosa que la tibia.
- Tener en cuenta que por la mañana se suele tener más apetito para aprovechar para dar un desayuno más completo.
- Tras las comidas debe permanecer sentado para evitar náuseas.
- No abusar del lavado.
- Evitar ambientes secos (aire acondicionado, calefacción)
- Favorecer la humedad ambiental (humidificadores).
- Añadir al agua del baño emolientes como la avena coloidal o aceite.
- Secar con toallas suaves.
- Tras el baño usar cremas o aceites: crema con urea al 5- 10 %, o con lanolina, aceite de almendras o de oliva, vaselina; cuanto más grasa sea, tendrá mayor poder humectante.
- Vigilar la aparición de erosiones.

## ALTERACION DE LA PIEL Y

### MUCOSAS.

#### DETERIORO DE LA PIEL.

El cuidado de la piel es básico en la atención a los pacientes terminales, mantener su integridad es necesario para proteger el organismo de agentes externos y evitar sufrimientos añadidos.

Una buena higiene es la base fundamental del cuidado: el lavado una vez al día, (salvo en caso de incontinencia, que será cuando sea necesario), porque si es más frecuente también se puede afectar la función protectora de los lípidos y el sebo. Se realizará un lavado suave evitando frotar para prevenir erosiones con jabones de pH neutro.

La **piel seca** es un problema muy frecuente debido al estado de desnutrición, caquexia y deshidratación. La piel aparece rugosa y descamada, al researse la dermis queda expuesta a agresiones y es menos resistente a las lesiones.

#### **Recomendaciones:**



Figura 8. Lesiones de la piel

Los problemas por **piel húmeda** son frecuentes en el área genital y en los pliegues cutáneos. Se caracteriza por edema, enrojecimiento, maceración, exudado. En este tipo de piel es más fácil la sobreinfección sobre todo por hongos y en mayor medida en pacientes incontinentes.

#### **Recomendaciones:**

- Baños de corta duración y secado adecuado
- Favorecer que dé el aire en los pliegues, mediante posturas que lo permitan.
- Inspeccionar con regularidad la piel para detectar precozmente la aparición de micosis e iniciar tratamiento tópico adecuado.
- En caso de exudados y en incontinencias se pueden usar cremas protectoras con productos repelentes del agua como la dimeticona o los preparados con zinc, y en casos más severos se

pueden usar corticoides tópicos. No usar cremas hidratantes ni aceites.

- Si no hay infección se puede usar compresas humedecidas en suero fisiológico
- Si hay infección: Tratar la infección y revisar si hay dermatitis de contacto secundaria a agentes tópicos.

**La picazón o prurito** produce mucho discomfort y puede ocasionar lesiones por rascado. Los factores que pueden acentuarlo son: deshidratación, calor, vasodilatación, ansiedad, aburrimiento, otras zonas pruriginosas cercanas.

Recomendaciones:

- Evitar baños con agua muy caliente y prolongados.
- Evitar calor y sequedad de la piel.
- Evitar rascado, puede frotarse con suavidad. Cortar bien las uñas.
- Limitar el uso de jabón en el lavado.
- Usar aceite tras el baño sin secado previo.
- La mayoría de las veces con un cuidado apropiado de la piel no se precisa
- Aplicar compresas con mentol o lociones de calamina.
- Usar fórmulas que contengan mentol, fenol o ácido salicílico
- Las cremas con antihistamínicos no están recomendadas.
- Pueden emplearse geles anestésicos locales como lidocaína en áreas pequeñas.
- Las cremas con corticoides son útiles en los eczemas, pero no en el prurito

**Úlceras de decúbito.** Son áreas de daño focalizado en la piel y tejidos subyacentes causado por la presión, fricción o combinación de todas. Empeoran la calidad de vida del paciente. A veces son inevitables sobre todo en pacientes debilitados y con deterioro severo,

malnutrición, etc.

Se valorará el riesgo de desarrollar úlceras en casos de escasa movilidad del enfermo



Figura 9. Úlceras de decúbito

Lo más importante es la prevención, para ello habrá que enseñar a la familia a dar los cuidados necesarios, que se centran en:

- Alivio de la presión por movilidad activa o pasiva; en pacientes encamados cambios posturales cada 2-3 horas.
- Protección de los puntos más vulnerables como talones, tobillos, codos, rodillas y sacro con almohadillas de gomaespuma, apósitos protectores
- Higiene y cuidado de la piel como se describió anteriormente.
- Colchones de aire, agua o camas especiales.
- Empleo de protectores en la cama de piel de cordero que absorben la humedad y varían la sobrecarga de presión.
- En pacientes incontinentes se valorará el uso de colectores o sondajes para evitar la contaminación.
- Inspección diaria de la piel sobre todo de las prominencias óseas y si hubo lesiones previas de esas zonas por el riesgo de recurrencia.

Si la zona aparece enrojecida o ya ha aparecido lesión, se valorará el estadio de la úlcera y se procederá a curas periódicas. Un plan básico de cuidado de las úlceras debe contemplar: desbridamiento de los tejidos necróticos, limpieza de la herida, prevención y abordaje de la infección bacteriana y elección de un producto

que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

Están desaconsejados los antibióticos tópicos; así mismo, la povidona yodada, agua oxigenada, ácido acético, y soluciones cloradas por sus efectos citotóxicos e inhibidores de la regeneración del tejido de granulación. Se recomienda la higiene de la úlcera con solución fisiológica.

En pacientes con deterioro diario al que resta poco tiempo de vida, las curas serán paliativas y el objetivo no será la curación sino mantener la mayor comodidad posible. En situación agónica los cambios posturales son una fuente de molestias importante para los pacientes y solo se realizarán los imprescindibles para cambiar los pañales o las sábanas.

Se debe atender los siguientes aspectos:

- Satisfacer sus necesidades de información.
- Mejorar su comunicación.
- Ofrecer seguridad.
- Facilitar su participación en el cuidado.
- Enseñarles a atender a su familiar.
- Darles apoyo emocional.
- Reducir sus temores.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Ayudarles a cuidar de si mismos.
- Acompañarlos en la agonía y el duelo.

#### **DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL.**

Valorar presencia de: sequedad, llagas, zonas dolorosas, sangrado, cambios en el gusto, disfagia, radio o quimioterapia reciente, medicamentos, prótesis dentales, enfermedades de los dientes.



• Figura 10. Lesiones en la boca

- Labios: Alteración del color, ampollas, grietas, si están secos, lesiones herpéticas, mirar contorno y movilidad.
- Dientes: estado de las piezas e higiene.
- Mucosa bucal: úlceras, alteraciones del color, manchas blancas, enrojecimientos excesivos.
- Lengua: hidratación, rugosidad, fisuras, ulceraciones, manchas blancas o rojas.
- Encías: Enrojecimiento, sangrado, inflamación.
- Olor del aliento: el olor fétido sugiere tumores de boca o tracto gastrointestinal; el olor empalagoso o dulce sugiere neumonía por pseudomonas, el olor a pescado fallo renal, el olor a amoníaco fracaso hepático.

#### ***Infecciones orales más frecuentes***

- Micosis: La candidiasis es la más común. Se puede presentar con lesiones blanquecinas sobre una mucosa inflamada y sangrante.
- Infecciones bacterianas: Pueden aparecer pequeñas hemorragias, dolor localizado periodontal y fiebre.
- Infecciones víricas: El herpes simple es el más común, aparece como lesiones amarillentas muy dolorosas, también pueden existir vesículas en los labios.

Otras causas de boca dolorosa son: las úlceras neutropénicas y las estomatitis producidas por fármacos quimioterápicos o por radioterapia.

***Tratamiento de la boca dolorosa:*** usar soluciones anestésicas varias veces al día como:

- Lidocaína viscosa al 2 %;
- Hidróxido de aluminio
- Lidocaína al 2 % a partes iguales;
- Difenhidramina (enjuagues con cápsulas disueltas en agua).
- Tratar las micosis con Nistatina o Fluconazol.

#### ***Cuidados de la boca:***

El objetivo principal es proporcionar sensación de bienestar y comodidad y mantener la boca limpia y con la humedad adecuada. Para ello se enseñará a la familia su cuidado que deberá realizar todos los días y en la fase terminal cada 4 horas. Se realizará un cepillado dental después de las comidas o al menos por la mañana y por la noche con un cepillo infantil de cerdas suaves para evitar causar lesiones. Las soluciones desbridantes se usan para quitar placas de detritus y ablandar la suciedad para esto se utiliza bicarbonato más agua oxigenada más suero fisiológico. En caso de pacientes inconscientes se eliminará la placa con una torunda o bastoncillo impregnado en un antiséptico; en fases avanzadas se debe estimular a la familia para que reiteradamente humedezcan los labios con gasas empapadas en agua.

#### ***Boca seca:***

Es muy frecuente y puede deberse a muchas causas, la más frecuente es la ingesta de fármacos. La sequedad severa provoca que la saliva parezca más espesa, escoriaciones en la boca, mal aliento, dificultad para hablar y tragar, alteraciones del sabor y enfermedades de los dientes y encías.

#### ***Medidas generales:***

- Beber agua de forma regular todo el día

- Chupar pastillas de vitamina C
- Evitar alimentos condimentados o salados.
- Masticar chicle sin azúcar.
- Chupar trozos de piña natural.
- Chupar cubitos de hielo.
- Realizar ejercicios masticatorios.
- Restringir consumo de cafeína y alcohol.
- Bebidas a pequeños sorbos como té.
- Enjuagues con manzanilla y limón, no usar enjuagues con alcohol.
- Estimulantes de la saliva como pilocarpina o clorato potásico.
- Hidratar los labios.
- Respirar a través de la nariz y no de la boca.
- Añadir humedad al aire de la habitación.
- Higiene bucal como se comentó anteriormente.

## **DETERIORO DEL SUEÑO.**

Las alteraciones del sueño están asociadas al miedo a morir por la noche, a estar solos, a las pesadillas, también incluyen el mal control de síntomas, la ansiedad o depresión. Los problemas del sueño deben ser tratados de forma enérgica. Lo primero es intentar conocer la causa y controlarla.



Figura 11. Trastornos del sueño

#### ***Medidas no farmacológicas:***

- Reducción de luz y sonidos nocturnos. Dejar una pequeña luz indirecta.
- Ambiente agradable, temperatura adecuada. Música suave.
- Relajación.
- Comunicación y diálogo sobre sus miedos con

profesionales y familia.

- Aumentar la actividad diurna.
- Evitar el exceso de ropa en la cama, debe estar limpia y seca.
- Bebidas calientes antes de acostarse.
- Ajustar los horarios de medicación para evitar las horas nocturnas.

## ANSIEDAD

Se denomina así a la aprensión, preocupación o miedo relacionados con la muerte o con la agonía. Puede ir o no acompañado de síntomas físicos como temblor, palpitaciones, hiperventilación. La persona refiere sentimientos de aprensión, nerviosismo, desamparo, pérdida de control y puede mostrar irritabilidad, explosiones de cólera, llanto, impaciencia.

Muchas veces es infradiagnosticada al asumir que es normal que un paciente con enfermedad terminal manifieste cierto grado de ansiedad.

### *Las principales causas son:*

- Mal control del dolor o de otros síntomas.
- Hipocalcemia.
- Efectos de los fármacos (altas dosis de corticoides, neurolépticos).
- Retirada de sedantes.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica.
- Proximidad de la muerte.
- Incertidumbre hacia el futuro personal y familiar.

### *Medidas generales:*

- Buen control de síntomas.
- Soporte afectivo familiar.
- Permanecer con la persona.
- Permitirle compartir sus preocupaciones.
- Explicación del significado de los síntomas.
- Apoyo emocional y espiritual.

- Relajación progresiva y otras técnicas de autocontrol emocional.
- Psicoterapia breve.

### *Tratamiento farmacológico:*

El médico prescribirá usualmente medicamentos tales como Midazolam o morfina

## DEPRESIÓN.

Un gran porcentaje de pacientes presenta trastornos depresivos. Suele estar relacionado por el descubrimiento de la propia enfermedad y muchas veces infravalorado por los profesionales y la familia que consideran lógico ese bajo estado de ánimo.

Los síntomas suelen ser: pérdida de interés, sentimientos de inutilidad y culpa, baja autoestima, disminución de la concentración, ideas de muerte y suicidio.



Figura 12. Depresión

### *Medidas generales:*

- Tratar de solucionar los factores físicos que estén influyendo, así como los síntomas.
- Apoyo emocional.
- Permitir hablar de sus preocupaciones.
- Aumentar los sistemas de apoyo.

## LOS ÚLTIMOS MOMENTOS

La agonía es el estado que precede a la muerte, es la fase más dura de todo el proceso de la enfermedad y cuando tanto el paciente como la familia requerirán mayor atención. Se debe procurar que suceda de la manera más tranquila posible y con el menor sufrimiento.

**Los objetivos en esta fase son:**

- Respetar la voluntad del enfermo y sus intereses.
- Mantener la calidad de vida, por medio del control de síntomas y del soporte afectivo.
- Utilizar la medicación necesaria para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, sin pretender la muerte.
- Asumir la muerte como una realidad inevitable.
- Propiciar la despedida.
- Implicar a la familia en el cuidado, compañía y expresión de sentimientos.
- Ofrecer soporte y disponibilidad.

**Recomendaciones:**

- Se deben evitar los cambios posturales y procurar la mayor comodidad proporcionando los cuidados de confort precisos como higiene, posición de la cama y almohadas, refrescarle, humedecer la boca.
- Se suspenderán los fármacos no imprescindibles, conviene no prescindir de los opioides si los estaba tomando, la vía SC será la de elección en la mayoría de los casos.
- El manejo de los síntomas se irá adaptando a la nueva situación, sean estos estertores o agitación.
- Se avisará a los familiares cuando la muerte esté cercana ya que crea mucha frustración no haber estado al lado en los últimos momentos.
- Estos momentos son preciosos para aprovecharlos al máximo, por lo que se debe facilitar que estén con su familiar y se despidan.
- Se les debe informar de lo que va ocurriendo y de la aparición de síntomas previsibles, así como responder a sus preguntas y explicarles que la muerte puede sobrevenir en cualquier momento y ésta será independiente de la medicación que se administre.
- Se explicará también que en los últimos

momentos el paciente puede no tener ninguna comunicación con los que le rodean y que no es debido a falta de cariño sino parte del proceso.

- Hay que recordarles que el tacto y el oído están presentes hasta el final y animarlos al contacto físico y la expresión de sentimientos.
- Posteriormente, tras la muerte, reunirse con la familia, explicarles la situación, reforzar lo bien que le han cuidado, indicarles los trámites burocráticos y manifestarles pesar y ofrecer ayuda posterior.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Benítez, M. A., Castañeda, P., Gimeno, V., Gómez, M., Duque, A., Pascual, L., ... Torrubia, P. (2001). Documento de consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 27(2), 123-126.  
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78785-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78785-9)
- Castañeda de la Lanza, C., O'Shea C., G. J., Narváez Tamayo, M. A., Lozano Herrera, J., Castañeda Peña, G., & Castañeda de la Lanza, J. J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156.  
<https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.007>
- Espinar Cid, V. (2012). Los Cuidados Paliativos : Acompañando a Las Personas En El Final De La Vida Palliative Care : Accompanying Persons. *Cuadernos de bioética*, XXIII(1), 169-176.
- Esther, A., Pérez, G., Francisco, T., & Moltó, E. (2016). Trabajo Fin De Grado Como Vivir El Final De La Vida : Hospital Vs Domicilio.
- Fornells, H. A. (2000). Cuidados Paliativos En El Domicilio. *Acta bioethica*, 6(1), 63-75.  
<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100005>

- García-Polo. (2007). Cuidados paliativos en el paciente respiratorio terminal. *Neumosur*, 19(2), 91-108.
- Guic, E., Salas, A. (2005). Cuidados paliativos en el enfermo terminal. *Ars Medica*, 195-202.  
Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars13.html>
- Lizarraga Mansoa, S., & García Pascual, N. (2018). Morir en domicilio: ¿podemos mejorarlo? *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 25(2), 99-103.  
<https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.05.010>
- Maritza, V. V. (2013). Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 668-676.  
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70206-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70206-2)
- Ministerio de Salud Pública. Ecuador. (2016). *Guía de cuidados paliativos para el ciudadano*.
- Narvaez-Pozo. (2017). *PROGRAMA DE CUIDADOS EN EL HOGAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas :*
- Paliativos, sociedad E. de cuidados. (2002). Guía de cuidados paliativos. *Secpal*, 1-52.  
<https://doi.org/http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>
- Redondo-Cuervo. (2006). Síntomas respiratorios en cuidados paliativos. *Respiratory symptoms in palliative care*, 38(Supl.2), 38-46.  
<https://doi.org/10.1157/13094774>
- Sarmiento Medina, M. I. (2011). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 2(1308), 23-37. Recuperado de [http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_salud\\_bosque/volumen1\\_numero2/cuidado\\_revista\\_salud\\_bosque\\_vol1\\_num2.pdf](http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero2/cuidado_revista_salud_bosque_vol1_num2.pdf)
- Tapiero, A. A. (2003). La sedación terminal . Aspectos éticos, 20, 645-649.
- Victoria Zunzunegui, M. (2018). Los cuidados al final de la vida End of life care. *Gac Sanit*, 32(4), 319-320.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.007>