

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN
POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR
ENRIQUE TEJERA”

MAYO 2019 – JUNIO 2020



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA

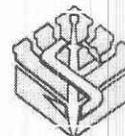


**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE
INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA”
MAYO 2019 – JUNIO 2020**

AUTOR: ROSSANA RODRIGUEZ MENDOZA

TUTOR: DR FRANCISCO SOSA CABEZA

ABRIL 2019



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2019 – JUNIO 2020

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

RODRIGUEZ M., ROSSANA A.
C.I. V – 19976057

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Sosa Cabeza C.I. 8839486, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **11/05/2021**

Prof. Alexis Riera (Pdte)

C.I. 7495421

Fecha 11-05-2021

Dr. Alexis Riera Lugo

Cirugía General

C.I. 7.495.425

Prof. Sosa Cabeza

C.I.

Fecha

TG: 26-21

Dr. Francisco Sosa Cabeza

CIRUGÍA GENERAL - ONCOLOGICA

C.I. 8.839.486 - M.S.O.S. 50.030 - C.M.C.: 4.258

UCV - MASVC - MASVO

Prof. José Dieguez

C.I.

Fecha

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	9
ANEXOS.....	11



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



CARTA DE ACEPTACIÓN

Dando cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en el artículo 133, quien suscribe: Dr. Francisco Sosa Cabeza, portador de la cédula N° 8.839.486, en mi carácter de Tutor del proyecto de investigación titulado: **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, por la ciudadana: Dra. Rossana A. Rodríguez M., titular de la cédula de identidad N° 19976057, para optar por el título de Especialista Cirujano General de la ilustre Universidad de Carabobo, hago constar que he leído el proyecto antes mencionado y acepto la Tutoría del mismo durante su etapa de desarrollo hasta su elaboración y evaluación.

Dr. Francisco Sosa Cabeza

C.I N° 8.839.486

Valencia, Abril 2019



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Aquiles Reyes

Jefe del Servicio de Cirugía Menor de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”

Yo, Aquiles Reyes, en mi carácter de Jefe de la Emergencia de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, autorizo a la ciudadana Rossana Rodríguez a realizar el trabajo de investigación en el área bajo mi jefatura, cuyo título es **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, el cual de ser aprobado, constituirá finalmente el trabajo especial de grado que será presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar por el título de Especialista Cirujano General.

Atentamente

Dr. Aquiles Reyes



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Claudio Romano

Jefe de Departamento de Cirugía

Yo, Claudio Romano, en mi carácter de Jefe de la Departamento de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, autorizo a la ciudadana Rossana Rodríguez a realizar el trabajo de investigación en el área bajo mi jefatura, cuyo título es: **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, el cual de ser aprobado, constituirá finalmente el trabajo especial de grado que será presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar por el título de Especialista Cirujano General.

Atentamente

Dr. Claudio Romano



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Claudio Romano

Coordinador Docente de Cirugía General UC

Yo, Claudio Romano, en mi carácter de Coordinador Docente de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, autorizo a la ciudadana Rossana Rodríguez a realizar el trabajo de investigación en el área bajo mi coordinación, cuyo título es: **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, el cual de ser aprobado, constituirá finalmente el trabajo especial de grado que será presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar por el título de Especialista Cirujano General.

Atentamente

Dr. Claudio Romano



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Benjamín Sánchez

Comité de investigación

Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la evaluación del proyecto de investigación titulado: **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, el cual de ser aprobado, constituirá finalmente el trabajo especial de grado que será presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar por el título de Especialista Cirujano General.

Atentamente

Dra. Rossana A. Rodríguez M

C.I N° 19976057



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Raiza Román

Comité de Ética

Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la evaluación del proyecto de investigación titulado: **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, el cual de ser aprobado, constituirá finalmente el trabajo especial de grado que será presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar por el título de Especialista Cirujano General.

Atentamente

Dra. Rossana A. Rodríguez M

C.I N° 19976057



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Luis Aranguren

Director de Educación e Investigación CHET

Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la evaluación del proyecto de investigación titulado: **CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**, el cual de ser aprobado, constituirá finalmente el trabajo especial de grado que será presentado ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar por el título de Especialista Cirujano General.

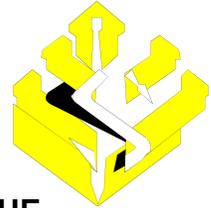
Atentamente

Dra. Rossana A. Rodríguez M

C.I N° 19976057



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA**



**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES TERMINALES QUE
INGRESAN POR LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” MAYO 2019 – JUNIO 2020**

Autor: **Dra. Rossana Rodríguez Mendoza**
Tutora: **Dr. Francisco Sosa Cabeza**

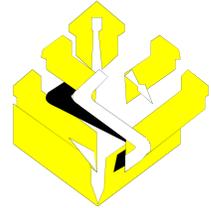
RESUMEN

En esta investigación se realizó un estudio prospectivo, comparativo, descriptivo de corte transversal, simple. En pacientes que ingresan a la emergencia de cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo mayo 2019 a junio 2020. Se analizaron prospectivamente 106 pacientes terminales de los cuales 64 pacientes fueron de sexo femenino para un 61,32% de la muestra, mientras que 42 pacientes de sexo masculino para un 38,68% de la muestra. El 49,06 % de los casos fueron adultos mayores. Fue atendido el 15,68% de los pacientes que presentaron diagnóstico de cáncer de diversas etiologías en etapa terminal, mientras que en la sala de emergencia de Cirugía menor se atendieron 84,32% con otras patologías de enfermedades terminales, no siendo significativa la prevalencia de estos casos en la emergencia de cirugía durante el periodo estudiado. el tipo de enfermedad terminal que predominó, debemos decir que fue el cáncer de cuello uterino con 17,92 %, seguido del cáncer de estómago irreseccable, con un 9,43 %; Cáncer de mama MT pulmonar, con 8,49 %,Cáncer de hígado con 7,55%, el LOE pulmonar, HTA, Cáncer de próstata MT ganglionar, Cáncer de cabeza de páncreas y el Cáncer de recto bajo Carcinomatosis peritoneal, siguieron en orden de frecuencia con el 6,60 % cada uno, el ACV secuelar, enfermedad multiescara con 5,66%, En referencia a los síntomas, el 89,62% presento dolor crónico, mientras 79,25 dificultad respiratoria, el 70,75% náuseas y vómitos, el 30,19% Constipación. En este estudio se pudo observar que la mayoría de los pacientes o sus familiares no tenían conocimiento sobre la enfermedad terminal en un 75,47%; mientras que 24,53% conocía que tenía su familiar

Descriptores: Pacientes Terminales, Cáncer, Emergencia de Cirugía



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA**



**CHARACTERIZATION OF TERMINAL PATIENTS ADMITTED DUE TO
SURGERY EMERGENCY IN THE HOSPITAL CITY "DR ENRIQUE
TEJERA" MAY 2019 - JUNE 2020**

**Autor: Dra. Rossana Rodríguez Mendoza
Tutora: Dr. Francisco Sosa Cabeza**

ABSTRACT

In this investigation, a prospective, comparative, descriptive, cross-sectional, simple study was carried out. In patients admitted to the emergency surgery of the Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera in the period May 2019 to June 2020. 106 terminal patients were prospectively analyzed, of which 64 patients were female for 61.32% of the sample , while 42 male patients for 38.68% of the sample. 49.06% of the cases were older adults. 15.68% of the patients who presented a diagnosis of cancer of various etiologies in the terminal stage were treated, while in the emergency room of Minor Surgery, 84.32% were treated with other pathologies of terminal illnesses, the prevalence not being significant of these cases in the emergency of surgery during the period studied. the type of terminal disease that predominated, we must say that it was cervical cancer with 17.92%, followed by unresectable stomach cancer, with 9.43%; Pulmonary MT breast cancer, with 8.49%, Liver cancer with 7.55%, pulmonary LOE, HT, lymph node MT prostate cancer, Pancreatic head cancer and Low rectal cancer Peritoneal carcinomatosis, followed in order frequency with 6.60% each, the sequelae stroke, multiscara disease with 5.66%, In reference to symptoms, 89.62% presented chronic pain, while 79.25 respiratory distress, 70.75% nausea and vomiting, 30.19% Constipation. In this study it was observed that the majority of the patients or their relatives had no knowledge about the terminal disease in 75.47%; while 24.53% knew that their relative had

Descriptors: Terminal Patients, Cancer, Surgery Emerge

INTRODUCCIÓN

La etapa terminal de un paciente comprende el estado en el cual, se tiene la certeza médica de que se agotaron las opciones terapéuticas con intención curativa y a partir de ese momento se consideran incurables. Esta etapa terminal a su vez, se puede dividir en 2 sub-etapas, una inicial o temprana y otra tardía.

La sub-etapa inicial se trata del paciente terminal terapéutico, siendo aquel que ya no tiene opción terapéutica científicamente demostrada, para curar o luchar contra su enfermedad, pero la muerte aún no está cercana (1).

La sub-etapa tardía, a su vez, es la del paciente terminal biológico; refiriéndonos a aquel que finalmente agota sus reservas fisiológicas, entrando en agonía y cuyas expectativas de vida son de horas o días, sin embargo el reconocimiento de este proceso final, constituye uno de los eventos más difíciles de realizar por parte del equipo médico tratante, siendo esta parte de la evolución de la enfermedad, la más conocida y temida por todos (1).

Este desconocimiento sobre la etapa terminal de un paciente, tanto por el público general como por el personal de salud, es lo que conlleva a que se realice frecuentemente un manejo inadecuado de estos pacientes.

El poco conocimiento de los pacientes y sus familiares con expectativas irreales, sumado al desconocimiento de los médicos, sobre las etapas

terminales e impulsados por sus propios tabúes sobre la muerte, caen muchas veces en el error de intentar o prolongar procedimientos terapéuticos fútiles, afectando gravemente la calidad de vida final de estos pacientes, lo cual es éticamente inaceptable.

Es lamentable ver frecuentemente a pacientes y familiares, acudiendo por la emergencia de los centros hospitalarios, presentando enfermedades en fases terminales, con estados de gran ansiedad y de desconocimiento, tratando de buscar soluciones imposibles a sus problema de salud, asi como también es de lamentar que los médicos que atienden en las emergencias caigan en el error de no reconocer a un paciente que se encuentre en fase terminal de su enfermedad, y peor aún es que inicie tratamientos inútiles, terminando muchas veces en encarnizamientos terapéuticos, que deterioran gravemente la calidad de vida final (2).

En general las enfermedades oncológicas constituyen la segunda causa de morbimortalidad en el mundo; siguiendo muy de cerca las enfermedades cardiovasculares que constituyen la 1°causa global de morbimortalidad. Un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1997, indicaba que las enfermedades neoplásicas eran, en ese momento, la segunda causa de muerte en la mayoría de los países de la región y se estimaba que el número total de casos incrementaría 30% cada década. Si esta tendencia se mantiene, para el año 2020, cerca de un millón de personas en Latinoamérica necesitarán atención por parte de equipos de Cuidados Paliativos y alivio del dolor por cáncer (2).

Las neoplasias más frecuentemente encontradas son: mama, estómago, cuello uterino, próstata y pulmón. Cerca del 70% de las muertes de estos pacientes suceden en países en vías de desarrollo. Si bien no disponemos de estadísticas exactas, se calcula que en Venezuela suceden anualmente más de 50.000 fallecimientos como consecuencia del cáncer. En el año 2016 se registraron 51.945 casos de cáncer, de los cuales 25.674 fallecieron. Este número significó un incremento de 3,25% con respecto a la cifra de mortalidad en 2015 (24.864), y de 11% en relación con las defunciones del 2013, fecha en la que murieron 23.121 personas en el país. Esta es la segunda causa de muerte a escala nacional (2).

En el 2012, en la Universidad Autónoma de Barcelona se exploró la experiencia de sufrimiento y su relación con una serie de aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales en un grupo de enfermos con cáncer en estado avanzado/terminal, obteniendo como resultado que aproximadamente el 50% de estos pacientes manifestaron un nivel de sufrimiento moderado, los síntomas o problemas más resaltantes fueron, malestar general, astenia, pérdida de la autonomía, tristeza y preocupación por la familia. Los temas de espiritualidad tuvieron puntuaciones más bajas(4).

En esta misma universidad en el año 2014, Jorge Maté Mendez, estudia sobre el conocimiento de la experiencia de sufrimiento en el ambiente del paciente con cáncer avanzado, pretendiendo concientizar a todos los profesionales sanitarios, recalando la fragilidad que presentan estas personas y su situación de vulnerabilidad y sufrimientos únicos. En conclusión, los familiares y personal sanitario consideraron que el paciente “murió en paz”, siendo muy distintas ambas perspectivas. El personal

sanitario valora más el aspecto somático mientras los familiares destacan el aspecto de carácter psicosocial como el estar rodeado de su familia. (5).

Aunque el adjetivo de paciente terminal fue originalmente utilizado para referirse a los pacientes oncológicos, también hoy en día se utiliza para las demás enfermedades (7). Lo cierto es que todo paciente en la antesala de su fallecimiento será un paciente terminal. Eso quiere decir que en algún momento de la vida, todos seremos pacientes terminales. De ahí la enorme importancia del adecuado entendimiento y manejo de esta situación (9).

El paciente terminal tiene derecho a la libertad, la dignidad, la integridad personal, la información, la asistencia y sobre todo, tiene el derecho a no sufrir innecesariamente por lo tanto, así como los médicos por principio se ocupan de que los pacientes “curables” tengan una buena calidad, también deberían ocuparse de que aquellos “incurables”, tengan una buena calidad de muerte.

Un paciente adecuadamente manejado, bien informado y tratado no tendrá necesidad de acudir por la emergencia de un centro hospitalario como la CHET, a diferencia de aquellos pacientes mal manejados desde el punto de vista médico, quienes debido a un momento de ansiedad generado por el sufrimiento de su enfermedad, se verán en la desesperación de acudir por desconocimiento.

Por esta razón el objetivo general de la investigación es caracterizar a los pacientes terminales que llegan a la emergencia de cirugía menor durante el periodo mayo 2019 hasta junio 2020 en la ciudad hospitalaria Dr. Enrique

Tejera, determinando la cantidad de pacientes terminales que llegan a la emergencia y las patologías responsables de su estado terminal, comparándola con la cantidad de pacientes que llegan por otras patologías, evaluando el conocimiento del paciente y sus familiares sobre su estado terminal e identificando los signos y síntomas que ocasionaron su visita por la emergencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Previa aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique tejera” se realizó un estudio prospectivo, comparativo, descriptivo de corte transversal, simple.

Universo: Todos los pacientes que son ingresados a la emergencia de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2019 – Junio 2020

Población: Aquellos pacientes del universo que cumplan los criterios de inclusión y exclusión mencionados a continuación:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes > 20 años de edad
- Pacientes con antecedente oncológico y tratamiento cumplido
- Paciente con enfermedad oncológica activa y estado avanzado conocido
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades degenerativas
- Pacientes con Índice de Karnofsky < 80%
- Pacientes Escala de salud del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) > 3
- Paciente con Clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) de III o más.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes < 19 años de edad
- Pacientes con diagnóstico de pie diabético Wagner IV y V

- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado
- Pacientes que se negaron a participar en el estudio

1.- OTORGAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

antes de iniciar el proceso de investigación en un paciente se entregara primero el consentimiento informado (Anexo 1), en caso de ser aprobado, se procederá a llenar el formato de recolección de datos clínicos y paraclínicos (Anexo 2).

2.- Una vez se llene la recolección de datos se procederá aplicar las diferentes escalas (Anexo 3). Para determinar en cual sub-etapa se encuentra el paciente terminal. Se aplicará índice de Karnofsky, la Escala de salud del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y la Clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) (Anexo 3)

3.- Luego se hará un registro para conocer el manejo del paciente terminal (Anexo 2)

4.- Posteriormente se realizará encuesta-cuestionario a los pacientes o a familiar para saber el conocimiento del mismo ante su enfermedad terminal (Anexo 4)

5.- El proceso y tiempo de la investigación se detallan en el (Anexo 5)

ANALISIS ESTADÍSTICO: cada uno de los datos se registrara en un formato de recolección de datos diseñado especialmente para ello donde se encontraran cada una de las variables (Anexo 2). Para la estadística descriptiva se realizará N° Porcentual con cálculo de prevalencia.

RESULTADOS

En el presente apartado se mostró la presentación e interpretación de los resultados obtenidos por los pacientes que ingresaron a la emergencia de la ciudad hospitalaria Enrique Tejera, de Valencia Estado Carabobo, en el periodo mayo 2019 a Junio 2020, el cual, sirvió para adquirir la información referente a los objetivos de la investigación.

Tabla N° 1 Resultados caracterización de Edad, Sexo, frecuencia Estadística

Edad	f	M	F
18-26	2	1	1
27-35	8	3	5
36-44	10	2	8
45-53	16	4	12
54-62	18	7	11
63-71	16	7	8
72-80	15	8	7
81-89	11	6	5
90-99	10	4	6
Total	106	42	64
Edad Promedio= 62 años			

Fuente: Rodríguez, R. 2020

El grupo de estudio lo conformaron 106 pacientes, que en el 49,06 % de los casos fueron adultos mayores. Es de señalar que el 61,32 % era del sexo femenino y el 38,68 % restante lo era del sexo masculino. En los hombres predominó el grupo de edad entre 72 y 80 años, y en el caso de las mujeres el grupo de 45 a 53 años, la edad promedio de los pacientes es de 62 años, como se puede apreciar en la tabla N° 1 (ver Anexo 6)

Tabla N° 2 Comparación de Enfermedades Terminales atendidos por salas de emergencias

Atención por Salas de emergencias	f	%
Cirugías	106	15,68
Cirugía menor (otras Patologías)	570	84,32
Total	676	100

Fuente: Rodríguez, R. 2020

Se pudo evidenciar que los pacientes en etapa terminal atendidos en la sala de emergencia de cirugía, representaron el 15,68% de la población, mientras el resto acudieron por otras patologías, no siendo significativa la prevalencia de estos casos en la emergencia de cirugía durante el periodo estudiado.

Tabla N° 3 Diagnóstico de Enfermedades Terminales

Diagnósticos	F	%
ADC próstata 03/09/2018	2	1,88
Ca de cuello uterino, epidermoide moderadamente diferenciado	19	17,92
Adenoma quístico mandibular	2	1,88
ACV secuelar, enfermedad multiescara	6	5,66
Loe renal, IRC	1	1,01
LOE pulmonar, HTA,	7	6,60
Carcinomatosis peritoneal	4	3,77
ADC gástrico Mt hepática	2	1,88
CA de próstata MT ganglionar	7	6,60
Ca de mama MT pulmonar	9	8,49
Ca de vejiga, IRC	2	1,88
CA de estómago irresecable	10	9,43
CA de cabeza de páncreas	7	6,60
CA epidermoide de garganta con MT cerebral	4	3,77
Tumor de ovario izquierdo + Carcinomatosis peritoneal	3	2,83
CA de hígado	8	7,55
Loe cerebral parietal	4	3,77
ADC colon	2	1,88
CA de recto bajo + Carcinomatosis peritoneal	7	6,60
Total	106	100

Fuente: Rodríguez, R. 2020

Cuando valoramos el tipo de enfermedad terminal que predominó, debemos decir que fue el cáncer de cuello uterino con un 17,92 %, seguido del cáncer de estómago irresecable con un 9,43 %; y en 3er lugar el cáncer de mama con MT pulmonar representado por el 8,49 % de la muestra. (ver Anexo 6)

Tabla N° 4 Síntomas más comunes en pacientes con ET

Síntomas más comunes que presentaron los pacientes con ET	F	%
Dolor crónico	95	89,62
Hiporexia-Anorexia	18	16,98
Astenia	20	18,87
Caquexia	53	50,00
Constipación	32	30,19
Náuseas y vómitos	75	70,75
dificultad respiratoria (disnea)	84	79,25
Delirio	15	14,15

Fuente: Rodríguez, R. 2020

De los 106 pacientes con enfermedad terminal que acudieron a la emergencia de cirugía el 89,62% presento dolor crónico, el 79,25% dificultad respiratoria, el 70,75% náuseas y vómitos y el 30,19% Constipación. El síntoma menos frecuente fue el delirio con un 14,15%.

Tabla N° 5 Conocimiento de la Enfermedad Terminal

Conocimiento de la enfermedad terminal	Si	%	No	%
Sabe usted que patología padece usted o su familiar	26	24,53	80	75,47
Alguien le ha hablado del riesgo de morir	28	26,42	78	73,58
Ha realizados visitas a la emergencia regularmente los últimos 6 meses	97	91,51	9	8,49

Fuente: Rodríguez, R. 2020

En este estudio se pudo observar que el 75,47% de los pacientes o sus familiares no tenían conocimiento sobre la enfermedad terminal.

DISCUSIÓN

La mayoría pacientes, al saber su condición, suelen estar más interesados en no perder su autonomía física y padecer el menor número de síntomas, más allá que en la prolongación de la vida misma (11).

Se ha informado que el cansancio crónico relacionado con el tratamiento del cáncer durante y después del mismo¹², tiene un origen multifactorial, así como las náuseas y los vómitos, los cuales ocuparon el segundo lugar entre los síntomas estudiados, a diferencia del estudio realizado por Simone y colaboradores en los cuales fue muy baja su incidencia. El primer lugar estuvo representado por el dolor crónico lo cual concuerda con lo evidenciado en el reporte de la OPS en el 2012

De los pacientes terminales que acudieron a la emergencia de cirugía de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, predominó las del sexo femenino, en comparación con un estudio realizado por la Universidad de Barcelona donde prevaleció el sexo masculino.(4)

Un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que las enfermedades oncológicas constituyen la segunda causa de morbilidad en el mundo, ocupando el primer lugar el cáncer de mama, a diferencia de este estudio donde el cáncer de cuello uterino fue el predominante.(2)

Se pudo observar que la mayoría de los pacientes o sus familiares no tenían conocimiento sobre la enfermedad terminal, coincidiendo con un estudio realizado en Colombia, donde muchos equipos de salud inclusive caen en

conspiraciones de silencio, con el paciente y sus familiares, lo que trae desgaste y depresión.

En el aspecto psicosocial aunque la depresión no fue el síntoma predominante en este estudio, no deja de ser importante y debe ser tratada a tiempo para mejorar el nivel de ansiedad tanto en al paciente como en la familia. Un estudio realizado en Perú, creó un plan llamado “Plan Esperanza” que incluyó conversaciones entre el equipo de emergencia y los usuarios mostrando indicadores de una mejor calidad de vida, menor frecuencia de depresión y menor uso innecesario de unidades de terapia intensiva.(13)

CONCLUSIÓN

Este estudio debe ser para los médicos de distintas especialidades una alternativa de guía para resolver problemas relacionado con el cuidado paliativo del paciente terminal, evitando el encarnizamiento terapéutico, siendo el objetivo aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, en el contexto familiar y social del individuo.

Los hallazgos de este estudio permiten asegurar que son las mujeres con cáncer de cuello uterino las principales asistentes a la emergencia de cirugía.

El dolor crónico fue el síntoma predominante en los pacientes terminales, generando a su vez un nivel de ansiedad elevado que los impulsa a acudir en más de una oportunidad, a un centro de atención de salud.

A su vez se puede concluir que aunque la depresión no fue el síntoma con mayor relevancia, no puede dejarse a un lado debido a su impacto psicosocial tanto para el paciente como los familiares, existiendo múltiples estudios donde tratando este síntoma evidencian mejoría en la calidad de vida, incluyendo la percepción del dolor y disminuyendo el nivel de ansiedad con respecto al futuro.

En el mismo orden de ideas, se puede afirmar que el desconocimiento por parte de los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad terminal, era

representado por la mayoría de la muestra, detonante a su vez de la incertidumbre en estos pacientes.

Es por ello la importancia de reconocer al paciente terminal, sin caer en medidas, ni tratamientos extremos, así mismo explicándole tanto a pacientes como a sus familiares la evolución, disminuyendo gastos tanto para la institución hospitalaria como para ellos mismos, evitándole al paciente ansiedad y a todos los que le rodean, sin crear falsas expectativas, y permitiéndole estar rodeado de sus seres queridos hasta el momento final.

Debemos transmitir a la sociedad que la Medicina seguirá fracasando en el objetivo de impedir la muerte, y que se debe poner todos los esfuerzos en mantener la calidad de vida de los pacientes terminales, evitando el encarnizamiento terapéutico, incorporando la muerte a la vida y teniendo claro que a pesar de los avances tecnológicos y científicos no puede retrasarse indefinidamente. La muerte debería formar parte de la educación sanitaria. Deberíamos aceptar la juventud como un estado transitorio, el envejecimiento como un hecho natural y no patológico y la muerte como un acontecimiento seguro de nuestra existencia, ya que todos seremos en cualquier momento pacientes terminales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa F. Tiempo de vivir, tiempo de morir. Reflexiones de un cirujano oncólogo sobre la vejez, la enfermedad y la muerte en su oficio profesional. Primera edición: Valencia, Venezuela, Octubre 2012
2. Geoffrey P. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cuidado paliativo quirúrgico. FACS. 2005. Volumen 85. Número 2.
3. Cadavid A. Fundamentos de Medicina. Dolor y Cuidados Paliativos. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia 2005
4. Krikorian A. Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer en situación avanzada/terminal que reciben cuidados paliativos. Facultad de Psicología. 2012. Universidad Autónoma de Barcelona.
5. Maté M. Sufrimiento en el paciente oncológico al final de la vida. Junio 2014. Universidad Autónoma de Barcelona.
6. Labori P. La familia en los cuidados paliativos del enfermo con cáncer avanzado. Family role in palliative care of patients suffering from advanced stage cancer. Revisión bibliográfica. Infomed., Revista Electrónica. Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Volumen 40. 2015
7. Campos C. Establecimiento de la situación de enfermedad terminal en enfermedades oncológicas y no oncológicas: estudio retrospectivo con historias clínicas. Identifying terminal illness situation in cancer and non cancer diseases: A retrospective study using clinical records. ScienceDirect, Medicina Paliativa. Volume 24, Issue 3 July – September 2017, Pages 136 – 145.
8. Greer J. Simposio de Cuidados Paliativos en Oncología de la Sociedad Americana de Oncología Clínica en San Francisco. NIH Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU. Octubre 2016

9. Navarro R. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Pare Jofré de Valencia. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. 2002
10. Paz Z. Investigación sobre Cuidados Paliativos en México. Revisión Sistemática Exploratoria. Trujillo. Revista Mexicana de Neurociencia. Vol. 19 núm. 2 Abril 2018
11. Higginson IJ. Research challenges in palliative and end of life care. BMJ Support Palliat Care. 2016 Mar;6(1):2-4.
12. Fortín-Magana MA, Portillo-Santamaría K, Gómez-Casanovas J, López-Saca M. Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. Educación Médica. 2019;Supl 1:143-7.
13. Ministerio de Salud de Perú. Plan Esperanza: Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer. Lima: MINSA; 2015
14. Sosa, F. Hibrys Medica. Primera edición: Valencia, Venezuela, Agosto 2020



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondida de forma satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

_____ Fecha: _____

Firma del paciente

Testigo 1: _____ Fecha: _____

Testigo 2: _____ Fecha: _____

He explicado al Sr (a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha: _____



CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título del protocolo: **Caracterización de los pacientes terminales que ingresan por la emergencia de cirugía de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2019 – Junio 2020**

Nombre del paciente:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo por las siguientes razones:

_____ Fecha: _____

Firma del paciente

Testigo 1: _____ Fecha: _____

Testigo 2: _____ Fecha: _____

Anexo 2

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD	SEXO	OCUPACIÓN
COMORBILIDAD	DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	
ESCALA KARNOFSKY	ESCALA ECOG	CLASIFICACIÓN ASA
IDX (de ingreso x emergencia, el escrito en la historia).		
Datos de la enfermedad Métodos Diagnósticos Fecha de Diagnóstico Tratamientos realizados y fechas de los mismos. Lugar de tratamiento.		

Anexo 3

Índice de Karnofsky

- 100% Normal, sin evidencias de enfermedad, sin complicaciones.
- 90% Actividad normal, pocos síntomas menores de enfermedad
- 80% Actividad normal con esfuerzos, signos y síntomas de enfermedad
- 70% Incapacidad para laborar, paciente cuida de sí mismo.
- 60% Requiere ayuda ocasional para moverse, cuida de sí mismo
- 50% Ayuda para el baño y alimentación, mayor parte del tiempo en cama, requiere asistencia médica periódica
- 40% Paciente postrado en cama, requiere cuidados especiales, asistencia para aseo y alimentación
- 30% Incapacidad grave, requiere de hospitalización si se piensa que la muerte no es inminente
- 20% Gravemente enfermo, requiere tratamiento de soporte hospitalario, pero se cumple en casa de ser posible
- 10% Paciente moribundo, proceso fatal que progresa rápidamente
- 0% muerte

Escala de salud de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

- (0)** Completamente activo, capaz de realizar todas sus actividades previas a la enfermedad, sin restricciones
- (1)** Tiene restringida la actividad física extenuante, pero deambula y es capaz de realizar trabajos sedentarios en casa u oficina
- (2)** Deambula y es capaz de atenderse a sí mismo, pero incapaz de trabajar, se pasa levantado más de la mitad de las horas de vigilia
- (3)** Capacidad limitada para atenderse a sí mismo, más de la mitad de las horas de vigilia esta acostado o sentado
- (4)** Completamente incapacitado, no puede atenderse a sí mismo, permanece acostado.

Clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

Clase I Paciente sano

Clase II Paciente sistémica leve, ningún límite funcional

Clase III Paciente con enfermedad sistémica grave, limitación funcional, pero no incapacitante

Clase IV Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, con amenaza constante para la vida.

Clase V Paciente enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica

Anexo 4

CUESTIONARIO Tema: PACIENTE TERMINAL

Fecha:

Paciente / Familiar

1.- Persona que responde cuestionario PACIENTE _____ FAMILIAR _____

2.- Sabe usted que patología padece SI ___ NO ___

3.- Si su respuesta es SI, indique el tipo de patología que padece (o que padece su familiar)

4.- Alguien le ha hablado del riesgo de morir SI ___ NO ___

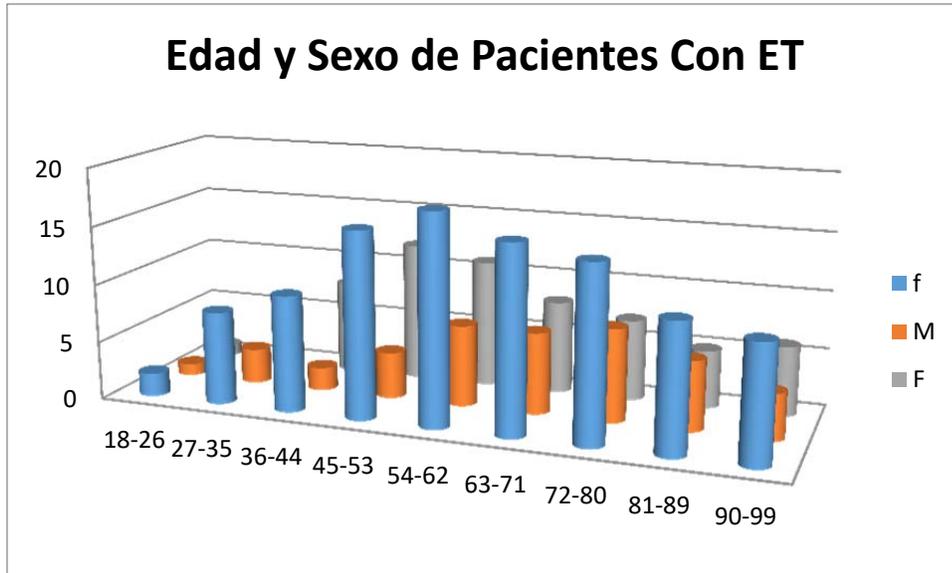
5.- Si su respuesta es SI, refiera quien le dio la información

6.- ¿Cuántas visitas ha realizado a la emergencia en los últimos 6 meses?

7.- Nombre estudios y conclusiones que tenga de la enfermedad que padece (o que padece su familiar)

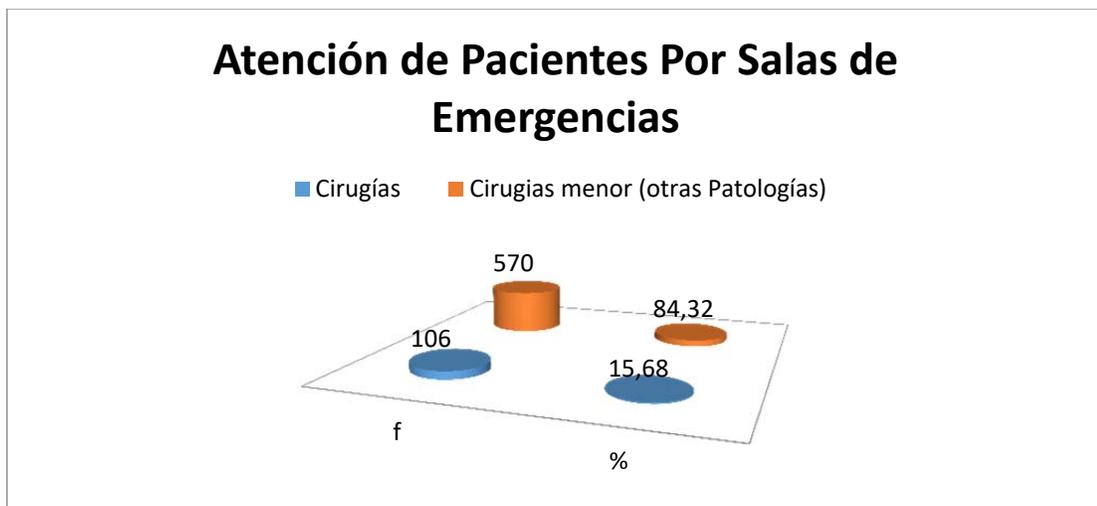
Gracias

Gráfico N° 1 Resultados caracterización de Edad, Sexo, frecuencia Estadística



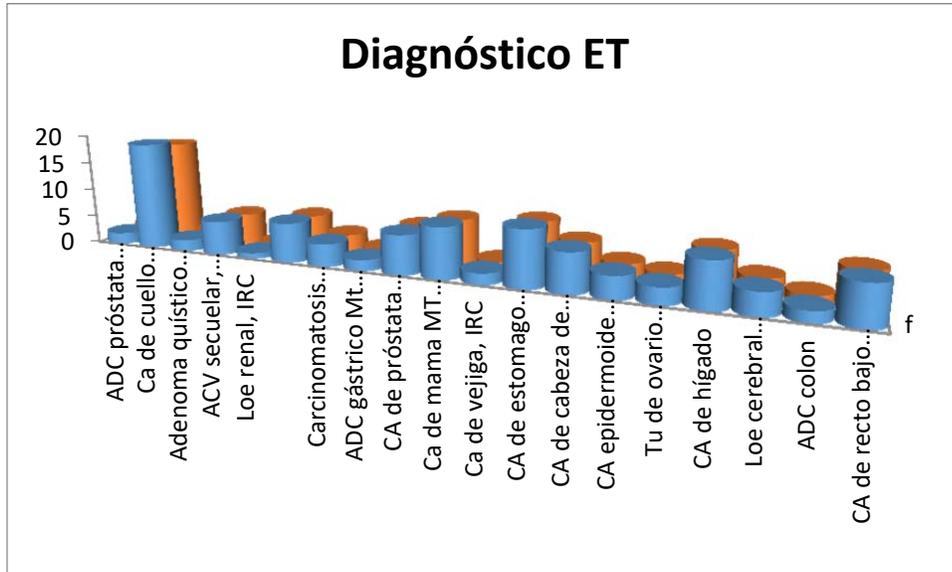
Fuente: Rodríguez, R. 2020

Gráfico N° 2 Comparación de Enfermedades Terminales atendidos por salas de emergencias



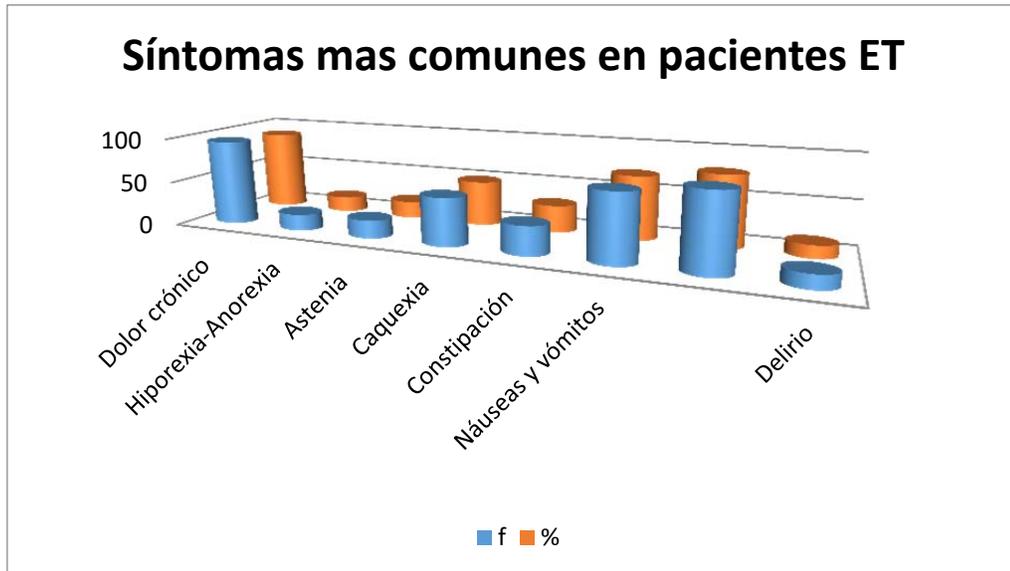
Fuente: Rodríguez, R. 2020

Gráfico N° 3 Diagnóstico de Enfermedades Terminales



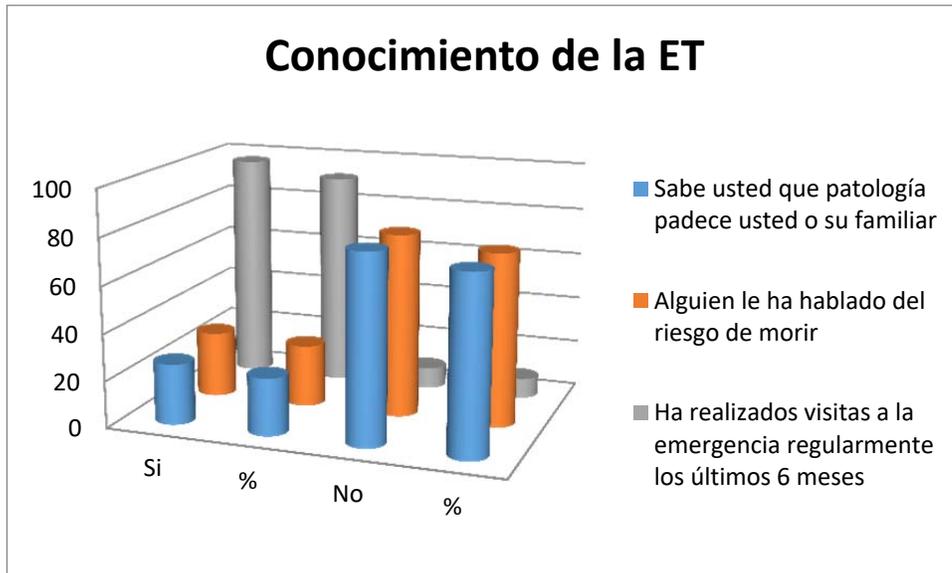
Fuente: Rodríguez, R. 2020

Gráfico N° 4 Síntomas más comunes en pacientes con ET



Fuente: Rodríguez, R. 2020

Gráfico N° 5 Conocimiento de la Enfermedad Terminal



Fuente: Rodríguez, R. 2020