



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIA DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TEMA:**

**Tiempo de duración de la situación de los últimos días de pacientes  
atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil.**

**Noviembre 2020-octubre 2021**

**AUTOR:**

**Gretel Nathalie Lerqué Portés**

**Trabajo de titulación que se presenta como requisito para el título de  
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TUTOR:**

**Patricia Bonilla Sierra**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**14 DE FEBRERO DEL 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Gretel Nathalie Lerqué Portés**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Patricia Bonilla Sierra**

**DIRECTOR DEL PROGRAMA**

f. \_\_\_\_\_

(Apellidos, Nombres completos)

**Guayaquil, a los 14 del mes de 02 del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Lerqué Portés Gretel Nathalie**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Tiempo de duración de la situación de los últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil. Noviembre 2020-Octubre 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 14 del mes de 02 del año 2022**

**EL AUTOR (A)**

f.

---

**Lerqué Portés Gretel Nathalie**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Lerqué Portés Gretel Nathalie**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Tiempo de duración de la situación de los últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil. Noviembre 2020-Octubre 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 14 del mes de 02 del año 2022**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_  
**Lerqué Portés Gretel Nathalie**

## REPORTE DE URKUND

Original

### Document Information

---

Analyzed document	TRABAJO DE TITULACIÓN.docx (D128497896)
Submitted	2022-02-02T12:52:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	gretel.lerque@ecu.ucsg.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	posgrados.medicina.ucsg@analysis.arkund.com

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi tutora, La Dra Patricia Bonilla por su paciencia y consejos para elaboración de mi tesis. A la Dra lino le agradezco por enseñarme los codigos no escritos del tratamiento en el paciente paliativo

## **DEDICATORIA**

A mis padres por su sacrificio, por siempre estar a mi lado y brindarme todo su apoyo, a mi esposo por su amor incondicional y su constante motivación para poder lograr mis anhelos, a mis hijos.

en memoria de mis abuelas

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	VI
<b>DEDICATORIA</b> .....	VII
<b>ÍNDICE</b> .....	VIII
<b>RESUMEN</b> .....	X
<b>CAPÍTULO I</b> .....	2
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>ANTECEDENTES</b> .....	2
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	2
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	4
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	4
<b>CAPÍTULO II</b> .....	5
<b>MARCO TEORICO</b> .....	5
<b>CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE LOS SINTOMAS AL FINAL DE LA VIDA</b> ..	5
<b>MANEJO DE LOS SINTOMAS</b> .....	7
<b>SITUACION AL FINAL DE LA VIDA</b> .....	14
<b>ÍNDICE DE PRONÓSTICO PALIATIVO</b> .....	15
<b>CAPITULO III</b> .....	18
<b>METODOLOGIA</b> .....	18
<b>MATERIALES</b> .....	18
<b>UNIVERSO Y MUESTRA</b> .....	18
<b>MÉTODO</b> .....	18
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b> .....	19
<b>PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	22
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	23
<b>RESULTADOS</b> .....	23
<b>DISCUSIÓN</b> .....	29
<b>CONCLUSIONES</b> .....	32
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	33
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	34



## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.-ÍNDICE DE PRONÓSTICO PALIATIVO (PPD) .....</b>	<b>16</b>
<b>TABLA 2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>TABLA 3.- TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS.....</b>	<b>25</b>
<b>TABLA 4 .- SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES PREVIO AL FALLECIMIENTO.....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 5.- INDICE PRONÓSTICO PALIATIVO.....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 6.- COMPARACION ÍNDICE PRONÓSTICO PALIATIVO CON DIAS DE HOSPITALIZADO HASTA LA MUERTE.....</b>	<b>27</b>

## RESUMEN

La situación de últimos días (SUD) que se define como el periodo que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y en el que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas. **OBJETIVO:** Determinar el tiempo de duración de la situación de últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. **RESULTADOS:** Se analizaron 146 pacientes predominó el sexo femenino con el 57,5%, en edades comprendidas entre 41 a 64 años en el 48,6%, el 22,6 % tuvo cáncer gástrico, el 74% de los casos son metastásico. La hospitalización paliativa fue el lugar de la muerte con mayor frecuencia, el 57,5% de los pacientes no recibieron antibiótico en SUD, el 69,2% no requirió sedación, ni nutrición el 83,6%. El tiempo de duración de la situación de últimos días fue de una media de 8,09 días. Los signos y síntomas previo al fallecimiento fueron de ingesta oral severamente reducida con menos bocados en el 59,5 %, edema en el 51,4%, disnea en reposo en el 54,1%, delirio en el 17,8 %, seguida de ausencia de delirio en el 82,2 %. El índice pronóstico paliativo > 6 se asoció con menos días de hospitalización debido los pacientes fallecieron. **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio el tiempo de duración de la situación de los últimos días fue de una semana.

**PALABRAS CLAVE:** índice de pronóstico paliativo, situación de los últimos días, cáncer

## ABSTRACT

End of life (EOL) is defined as the period that precedes death when it occurs gradually and in which there is intense physical deterioration, extreme weakness, high frequency of cognitive and consciousness disorders, difficulty relationship and intake and prognosis of life of days or hours. **OBJECTIVE:** To determine the duration of the End of life period of patients treated at the National Cancer Institute SOLCA-Guayaquil. **METHODOLOGY:** Observational, descriptive, prospective and cross-sectional study. **RESULTS:** 146 patients were analyzed, predominantly female with 57.5%, aged between 41 to 64 years in 48.6%, 22.6% had gastric cancer, 74% of cases are metastatic. Palliative hospitalization was the most frequent place of death, 57.5% of patients did not receive antibiotics in EOL 69.2% did not require sedation, and 83.6% did not require nutrition. The duration of the situation in the last few days was an average of 8.09 days. Signs and symptoms prior to death were severely reduced oral intake with fewer bites in 59.5%, edema in 51.4%, dyspnea at rest in 54.1%, delirium in 17.8%, followed by absence of delirium in 82.2%. The palliative prognostic index  $> 6$  was associated with fewer days of hospitalization due to patients dying. **CONCLUSIONS:** In our study, the duration of the situation in the last few days was one week.

**KEY WORDS:** palliative prognosis index, situation of the last days, cáncer.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **ANTECEDENTES**

El cáncer es la segunda causa de muerte más frecuente a nivel mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. Aproximadamente 9,5 millones de pacientes con cáncer mueren cada año. Para 2040, se prevé que este número aumente a más de 16 millones. Aliviar el sufrimiento al final de la vida es un componente central de los servicios oncológicos y de cuidados paliativos ( Dasch, Kalies, Feddersen, Ruderer, & Bausewein, 2017).

La Comisión Lancet sobre Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2014 también han enfatizado la urgencia de reducir el sufrimiento al final de la vida. Hacerlo requiere una comprensión integral del curso del sufrimiento de los pacientes con cáncer durante sus últimos días de vida (Knaul , Bhadelia, Rodriguez, Arreola-Ornelas, & Zimmermann, 2018).

Por lo tanto, para los pacientes que tienen una enfermedad que amenaza la vida y una expectativa de vida de 6 a 12 meses, el proceso de atención debe enfocarse en mejorar la calidad de vida durante su etapa final de vida para ayudar a los pacientes a morir en paz, comodidad y con dignidad (Lai , Wong , & Ching , The experience of caring for patients at end-of-life stage in non-palliative care setting: a qualitative study, 2018).

Durante la última década, ha aumentado la conciencia sobre el cuidado de los últimos días y los conceptos relacionados han cambiado con el tiempo. En todas las culturas y etnias, estar libre de dolor y dificultad para respirar, no ser una carga para la familia y sentir que la vida de uno está completa se han calificado como los componentes centrales de la atención. Sin embargo, las preferencias de atención son altamente individuales y heterogéneas y varían ampliamente según la cultura y las creencias (Krishnan , 2017).

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los pacientes con estadios avanzados de cáncer tienen una probabilidad muy alta de pasar la última fase de su vida en el hospital y morir allí. Aunque las encuestas de pacientes muestran que el entorno doméstico es el lugar preferido de muerte, en realidad el hospital es, con mucho, el lugar más frecuente (Bekelman & et al, 2016).

Los médicos que tratan a pacientes en la última fase de sus vidas tienen que lograr un equilibrio desafiante en relación con la adecuación de las decisiones que toman con respecto al tratamiento

médico, cuándo se justifica la terapia agresiva hacia el final de la vida y cuándo se debe dirigir la atención hacia los cuidados paliativos no es una decisión fácil, y también se hace más difícil cuando los pacientes a veces solicitan medidas de tratamiento intensivo incluso cuando el pronóstico es extremadamente limitado (Cohen & et al, 2015).

Para los pacientes con enfermedades terminales y sus familias, la predicción pronóstica de supervivencia es importante para establecer metas, determinar estrategias de tratamiento o atención al final de la vida e identificar programas de cuidados paliativos o servicios de apoyo médico en el momento adecuado. Por lo tanto, todos los médicos deben predecir con precisión el pronóstico del paciente, adaptabilidad a la enfermedad y proceso de fin de vida, disminución del sufrimiento, cuidado del cuidador y duelos normales. No se han realizado estudios en Ecuador a pesar de tener escalas predictoras (Urahama, Sono, & Yoshinaga, 2018).

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿El tiempo de duración de la situación de últimos días de los pacientes oncológicos antes de su fallecimiento es de quince días aproximadamente?

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Las unidades de cuidados paliativos agudos (APCU, por sus siglas en inglés) son entornos de atención hospitalaria especializada que brindan un control intensivo de los síntomas y una transición de la atención para pacientes con enfermedades avanzadas y angustia grave. Las APCU están cada vez más disponibles en los centros oncológicos. La atención es brindada por un equipo interprofesional para abordar las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias. Varios estudios que examinan trayectoria de la enfermedad han demostrado que los pacientes con cáncer desarrollan el aumento de la carga de síntomas y la función decreciente en los últimos meses a semanas de vida ( Hui, dos Santos , Chisholm, & Bruera, 2016).

Sin embargo, ha habido una escasez de estudios que examinen la carga de síntomas en pacientes con cáncer moribundos en los últimos días de vida, y ningún estudio en APCU donde los pacientes reciben un tratamiento intensivo centrado en la calidad de vida (Hui & et al , Concepts and definitions for "actively dying, " "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review, 2014).

Una mejor caracterización de la intensidad de los síntomas en los últimos días de vida podría ayudar a los médicos a comprender mejor las necesidades de los pacientes, mejorar su calidad

de vida y optimizar la calidad de la atención al final de la vida ( Hui, dos Santos , Chisholm, & Bruera, 2016).

En el Hospital Oncológico SOLCA-Guayaquil ingresan a diario pacientes en estado terminal por lo que con este estudio se busca informar a la comunidad médica el tiempo de duración de la situación de los últimos días de pacientes oncológicos.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar el tiempo de duración de la situación de últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil, durante Noviembre 2020- Octubre 2021

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar los pacientes oncológicos en Situación de últimos días
- Establecer el tiempo de duración de la situación de últimos días
- Identificar los signos y síntomas que más frecuentemente se presentan previo al evento fallecimiento

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

Durante las últimas cinco décadas, los cuidados paliativos han evolucionado desde una filosofía de atención que se enfoca en los últimos días de vida a una especialidad profesional que brinda atención de apoyo integral a pacientes con enfermedades avanzadas a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Conceptualizado por Dame Cicely Saunders en la década de 1960, el primer modelo de atención fue el cuidado de hospicio basado en la comunidad (Hui & Bruera, *Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer*, 2020).

En la década de 1970, Balfour Mount acuñó el término cuidados paliativos y puso en marcha la primera unidad de cuidados paliativos en un hospital académico de cuidados agudos en Montreal. Este modelo de atención hospitalaria fue ampliamente aceptado y contribuyó a un rápido crecimiento de los equipos de cuidados paliativos de pacientes hospitalizados en todo el mundo. En la década de 1990, varios equipos de cuidados paliativos comenzaron a ver pacientes en clínicas ambulatorias, lo que allanó el camino para que los pacientes tuvieran acceso a los cuidados paliativos antes en la trayectoria de la enfermedad (Hui & Bruera, *Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer*, 2020).

Durante la última década, varios ensayos clínicos importantes confirmaron los beneficios de los cuidados paliativos ambulatorios, lo que estimuló un mayor interés y crecimiento en este campo. El modelo de cuidados paliativos continúa evolucionando para servir mejor a un número creciente de pacientes a lo largo del proceso continuo de la enfermedad mientras se adapta a una población que envejece y al panorama en constante cambio de nuevas terapias contra el cáncer (Haun & et al, 2017).

### **CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE LOS SINTOMAS AL FINAL DE LA VIDA**

La mayoría de los pacientes con cáncer experimentan síntomas, cuya prevalencia y gravedad varían según el tipo de cáncer, el estadio, los tratamientos y las comorbilidades. En el cáncer avanzado, del 35 % al 96% de los pacientes experimentan dolor, del 32 % al 90 % experimentan fatiga y del 10 % al 70 % experimentan disnea (Chiu , Hu, & Chen, 2000).

Los pacientes suelen experimentar más de un síntoma a la vez. Aquellos con cáncer metastásico y disnea (como marcador de enfermedad avanzada) tienen, en promedio, 14 síntomas. Grond et al. encontraron que el 94 % de los remitidos a una clínica de dolor por cáncer experimentaron

síntomas adicionales, y el 15 % informó al menos cinco. Los síntomas pueden ser causados por el propio cáncer, por consecuencias directas o indirectas del cáncer, por efectos adversos tempranos o tardíos del tratamiento y/o por condiciones comórbidas. Las dos últimas causas son cada vez más comunes a medida que avanzan los tratamientos y la población envejece. La evaluación precisa de los síntomas y el diagnóstico son esenciales para un tratamiento eficaz. Un buen manejo de los síntomas se asocia con una mejor calidad de vida del paciente y su familia, mayor cumplimiento del tratamiento e incluso puede ofrecer ventajas en la supervivencia. Sin embargo, a pesar de estos beneficios, el dolor y otros síntomas siguen siendo mal manejado y/o subtratados en muchos casos, lo que destaca la necesidad de mejoras adicionales en la atención (Grond , Zech, Diefenbach, & Bischoff, 1994).

Muchas herramientas de evaluación de síntomas están disponibles para pacientes con cáncer avanzado, como lo demuestra una encuesta de profesionales de cuidados paliativos (n = 331), en la que se identificaron 99 herramientas para la práctica clínica y 94 para la investigación. Estas herramientas de evaluación difieren en varios aspectos, como la selección de síntomas, la inclusión de preguntas globales sobre la calidad de vida, la medición de la función, el tipo de escalas de evaluación (es decir, escala de calificación visual analógica versus numérica) y validación para investigación y/o o práctica clínica. Las herramientas comúnmente citadas tanto para la práctica clínica como para la investigación son el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton Revisado (ESAS-r), la Escala de Resultados en Cuidados Paliativos (POS), y índice de pronóstico paliativo(PPI) (Collins , Witt, Bausewein , Daveson, & Higginson, 2016) (Hui & Bruera, The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments, 2017 ) (Palomar-Muñoz & Martín-Zamorano , 2018).

La Escala de Resultados de Cuidados Paliativos (POS) se desarrolló inicialmente en 1999 como una herramienta para medir las necesidades de cuidados paliativos de los pacientes y sus familias. Tiene 10 ítems que cubren síntomas físicos (n = 2), síntomas psicológicos (n = 2), consideraciones espirituales (n = 1), necesidades sociales (n = 4) y preocupaciones del cuidador (n = 1), con cada ítem puntuado utilizando una escala de 0 a 4 (Likert), con etiquetas numéricas y descriptivas. El POS también incluye una sección de texto libre, donde se pregunta a los pacientes: "Si los hay, ¿cuáles han sido sus principales problemas en los últimos tres días?" Ahora existen varias versiones de POS adaptadas, incluidas aquellas específicas para ciertas poblaciones, por ejemplo, MyPOS para pacientes con mieloma. Las adaptaciones transculturales también están disponibles para más de 13 países (Pukrittayakamee , Sapinum, Suwan , & Hardin, 2018).



Para pacientes mayores con cáncer avanzado, Van Lancker et al desarrollaron y validaron la Evaluación de síntomas paliativos de ancianos, un instrumento de 36 ítems para evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas. Aunque es más larga que ESAS-r y POS, la herramienta pone un mayor énfasis en la evaluación de la función, los síntomas sociales y los problemas psicológicos, todos los cuales son áreas importantes de preocupación para los pacientes mayores con cáncer (Van Lancker , Beeckman, Verhaeghe , & Noortgate, 2016).

## **MANEJO DE LOS SINTOMAS**

La evaluación y el manejo de los síntomas de alta calidad son fundamentales para brindar una atención holística centrada en el paciente que genere resultados positivos para los pacientes y sus familias. A pesar de su ubicuidad, la mayoría de los síntomas que experimentan los pacientes con cáncer avanzado se pueden controlar de manera efectiva mediante enfoques farmacológicos y/o no farmacológicos; Por lo tanto, la evaluación y el manejo de los síntomas es una habilidad central esperada de todos los médicos involucrados en el cuidado de pacientes con cáncer (Henson, y otros, 2020) .

### **Dolor**

A pesar de su ubicuidad y de la disponibilidad de guías de manejo, más del 30% de los pacientes con cáncer reciben analgesia inadecuada para el dolor. Identificar la modalidad del dolor (nociceptivo, neuropático o combinado) ayuda a dirigir una terapia eficaz, con la escala analgésica de la OMS que proporciona un marco terapéutico (Henson, y otros, 2020).

Los tratamientos no farmacológicos en el tratamiento del dolor por cáncer incluyen modalidades físicas (masajes, aromaterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y acupuntura) y cognitivas (relajación, distracción y ejercicios de visualización). Faltan pruebas que respalden la eficacia de la aromaterapia, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, y la acupuntura para reducir la intensidad del dolor en pacientes con cáncer (Paley , Johnson, Tashani, & Bagnall, 2015).

Para el tratamiento farmacológico del dolor leve a moderado, los analgésicos no opioides, como el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos, siguen siendo ampliamente utilizados en la práctica clínica a pesar de que su efectividad es baja como fármacos únicos en dolor por cáncer. Los opioides para el dolor leve a moderado se agregan en el paso dos de la escalera analgésica de la OMS. El fosfato de codeína y/o el tramadol se usan comúnmente, aunque esto está respaldado por evidencia limitada. Dos revisiones Cochrane recientes encontraron solo evidencia débil para respaldar su uso, y algunos autores han sugerido pasar por alto el paso dos

de la escala analgésica de la OMS y proceder directamente del paso uno al tres. Los opioides, específicamente la morfina, siguen siendo el analgésico de primera elección para el dolor moderado a severo relacionado con el cáncer. Una revisión de 2017 de nueve revisiones sistemáticas (que incorporó 152 estudios individuales) que examinaron cualquier opioide para el dolor relacionado con el cáncer encontró que, en promedio, 19 de 20 pacientes con cáncer con dolor moderado o intenso que reciben opioides y pueden tolerarlos tendrán su dolor reducido a leve o sin dolor en 14 días. Los opioides deben administrarse por vía oral siempre que sea posible y titularse individualmente a la dosis tolerable más baja efectiva. Se pueden recetar regularmente preparaciones de liberación inmediata o modificada, con preparaciones de liberación inmediata también disponibles según sea necesario para el dolor irruptivo. No existe evidencia de superioridad entre los opioides para el dolor moderado a intenso: la morfina sigue siendo el opioide de elección de primera línea en la guía internacional debida a su familiaridad, disponibilidad y costo (Wiffen , Derry , & Moore , 2017).

El fentanilo y la buprenorfina se recomiendan en insuficiencia renal (tasa de filtración glomerular estimada < 30) cuando la morfina está contraindicada. A pesar de la evidencia limitada, el cambio entre las preparaciones de opioides es una práctica común cuando el opioide de primera línea elegido es ineficaz o se tolera mal. Los efectos adversos de la terapia con opioides son comunes y predecibles. Los informes más frecuentes son estreñimiento, náuseas y vómitos, y las guías recomiendan el uso de laxantes con todas las recetas de opioides (Bandieri & et al, 2016).

Más del 20% de los pacientes con cáncer experimentan dolor neuropático. Aunque los medicamentos anticonvulsivos o antidepresivos se consideran un tratamiento estándar del dolor neuropático no maligno, la evidencia de su eficacia en el cáncer es mixta. Un metanálisis de cuatro ensayos controlados aleatorios (ECA) no encontró ningún beneficio analgésico al agregar pregabalina o gabapentina a los opioides en pacientes con dolor relacionado con el cáncer. En comparación, Jongen et al. encontraron que los antidepresivos y los anticonvulsivantes son efectivos y bien tolerados en pacientes con dolor neuropático relacionado con el cáncer confirmado, y en un ECA doble ciego cruzado separado, se encontró un efecto ahorrador de opioides con la adición de pregabalina a los opioides (Fallon & et al, 2018).

Los pacientes mencionan constantemente el dolor no controlado como una fuente principal de miedo para la atención al final de la vida. Los cuidados paliativos tienen como objetivo

proporcionar alivio del dolor y otros síntomas físicos, además de atención de apoyo para los pacientes y sus familias al final de la vida. El dolor a menudo se considera uno de los síntomas más tratables en los cuidados paliativos y una solicitud de asistencia para el manejo del dolor es una razón común para la derivación a médicos especialistas en cuidados paliativos y equipos de cuidados paliativos. El dolor no controlado es una razón común para que los pacientes paliativos se presenten a cuidados agudos. Casi una de cada diez visitas al servicio de urgencias de pacientes oncológicos en los últimos meses de vida citó el dolor como motivo de visita. Además, casi el 20 % de los pacientes que mueren en el hospital experimentan algún grado de dolor (Meaghen Hagarty, Bush, & Talarico, 2020).

### **Disnea**

La disnea es un síntoma común que se vuelve cada vez más frecuente a medida que avanza la enfermedad. La disnea refractaria (la que persiste a pesar del tratamiento óptimo de la afección subyacente) se asocia con una expectativa de vida más corta, puede ser especialmente aterradora para los pacientes, las familias y a menudo, resulta en el uso de servicios hospitalarios para casos agudos. A pesar de una mayor comprensión de los mecanismos de la disnea, las opciones de tratamiento nuevas y efectivas siguen siendo difíciles de alcanzar. Por lo tanto, los médicos también experimentan angustia cuando se enfrentan a disnea refractaria debido a la limitada disponibilidad de intervenciones eficaces (Henson, y otros, 2020).

El manejo debe comenzar con la optimización del tratamiento de cualquier causa subyacente de disnea, especialmente la broncoconstricción. Entonces se deben considerar tratamientos no farmacológicos, en particular, técnicas de posicionamiento y respiración, ayudas para la movilidad y fortalecimiento muscular. Tampoco debe pasarse por alto la importancia y la eficacia potencial de ayudas sencillas, como un ventilador de mano. Para los tratamientos farmacológicos, la Sociedad Respiratoria Europea y la Sociedad Torácica Estadounidense han concluido que, más allá del oxígeno y los opioides, no existe evidencia sólida para otros agentes farmacológicos. El oxígeno tiene un papel claro y aceptado para los pacientes con hipoxia. Sin embargo, en pacientes con disnea leve o no hipoxémica, el beneficio derivado del oxígeno es similar al del aire medicinal y existen limitaciones para su uso (p. ej., seguridad, costo). Se encuentran disponibles revisiones sistemáticas relevantes de efectividad y ensayos clínicos para opioides, oxígeno y benzodiacepinas (Bausewein & et al, 2016).

La principal opción farmacológica para el manejo de la disnea en las últimas semanas/días de vida es el uso de opioides. Se puede considerar el oxígeno suplementario en pacientes

hipoxémicos. Sin embargo, muchos pacientes experimentan disnea severa a pesar de estas intervenciones. La terapia nasal de alto flujo se puede considerar como una alternativa, es un dispositivo que administra altos flujos de gas inspirado totalmente humidificado accionado por una turbina de hasta 60 L/min, mediante cánulas nasales dedicadas. En comparación con otros métodos de ventilación no invasiva, es menos traumática para la piel, ofrece menos carga para el cuidador y permite hablar, toser activamente y comer ( Mercadante & Giuliana, 2021) .

La sedación paliativa se ha definido como la reducción deliberada de la conciencia del paciente a un nivel que alivie adecuadamente el sufrimiento refractario e intolerable. Es diferente a la sedación breve e intermitente, las cuales se proporcionan para restaurar la tranquilidad y luego permitir que el paciente recupere la conciencia. La intención de la sedación paliativa es aliviar la angustia severa y persistente causada por síntomas refractarios e intolerables sin acortar la duración de la vida, lo que la distingue del suicidio asistido por un médico o la eutanasia. Es una intervención de último recurso que requiere una planificación multidisciplinaria y extensas discusiones que involucran al paciente, el equipo multidisciplinario, el cuidador y los miembros de la familia (Patel, Kleinig , & Bakker , 2019 ).

### **Náuseas y vómitos**

Las náuseas, definidas como la sensación subjetiva desagradable de querer vomitar o tener arcadas, y/o vómitos, las experimentan hasta el 68 % de los pacientes con cáncer en algún momento de su enfermedad; durante las últimas 6 semanas de vida, la prevalencia de náuseas y vómitos es del 40% o más. Las náuseas y los vómitos mal controlados se asocian con angustia física, cognitiva y psicosocial, y pueden contribuir al temor del paciente y la familia a la muerte por deshidratación y/o inanición (Hesketh & et al, 2017).

Las náuseas y los vómitos secundarios a agentes antineoplásicos o radioterapia deben anticiparse y manejarse de acuerdo con las guías de práctica clínica sobre antieméticos o equivalentes de la ASCO. La última actualización antiemética de ASCO incluye recomendaciones basadas en evidencia e información sobre el uso apropiado de olanzapina, antagonistas del receptor de neuroquinina 1 y el uso de antagonistas del receptor de 5-hidroxitriptamina-3 subcutáneos (Webb , 2017).

Hay mucha menos evidencia disponible sobre el uso de antieméticos en pacientes con cáncer avanzado y náuseas y vómitos no relacionados con agentes antineoplásicos o radioterapia. En cambio, comúnmente se recomienda un enfoque etiológico o basado en el mecanismo para elegir un antiemético. Este enfoque requiere que los médicos tomen un historial detallado y

realicen un examen enfocado para determinar la(s) causa(s) subyacente(s) más probable(s) de las náuseas y los vómitos del paciente (Wayne-Bossert , y otros, 2017).

En la población con cáncer avanzado, las causas subyacentes más comunes de náuseas y vómitos son anomalías químicas (p. ej., insuficiencia renal o hepática, hiponatremia, hipercalcemia); fármacos (p. ej., opioides, antidepresivos, antibióticos); infección; y alteración del vaciado gástrico, así como causas viscerales y serosas de retraso del tránsito gastrointestinal (obstrucción intestinal, hemorragia gástrica, enteritis, estreñimiento). Una vez que se determina la causa subyacente más probable de las náuseas y los vómitos del paciente, se puede seleccionar un antiemético apropiado según la fisiopatología y los receptores implicados (Collins , Witt, Bausewein , Daveson, & Higginson, 2016).

A menos que estén contraindicados, los antieméticos deben prescribirse regularmente y con un umbral bajo para su administración por vía parenteral. Si, a pesar de la titulación, el tratamiento con un solo agente sigue siendo ineficaz, debe iniciarse un antiemético de segunda línea. Se prefiere la adición de un antiemético de segunda línea al cambio, porque las náuseas y los vómitos relacionados con el cáncer a menudo son multifactoriales e involucran múltiples neurotransmisores y sitios receptores. Actualmente, solo existe evidencia limitada y de baja calidad para el uso de corticosteroides, olanzapina, y cannabinoides para náuseas y vómitos que no son secundarios a agentes antineoplásicos o radioterapia (Henson, y otros, 2020).

El haloperidol a menudo se usa para ayudar a controlar las náuseas o los vómitos, los cuales son problemas comunes para los pacientes con enfermedades graves que amenazan la vida. El haloperidol se puede administrar por vía oral o por inyección. Ha habido algunas investigaciones que analizan cómo funciona este fármaco en las náuseas y los vómitos causados por la cirugía y cuando se trata de prevenir las náuseas y los vómitos causados por los tratamientos contra el cáncer. Un pequeño estudio no controlado (42 participantes con cáncer y náuseas o vómitos no relacionados con el tratamiento del cáncer) sugiere cierta evidencia de efectividad en el entorno: el 61 % de los participantes evaluables tuvieron un control parcial o completo de las náuseas en el día dos (47 % de todos los participantes) y 74% en el día cinco (40% de todos los participantes) (Murray-Brown & Dorman, 2015).

## **Fatiga**

La fatiga es “un síntoma subjetivo y desagradable que incorpora sensaciones corporales totales que van desde el cansancio hasta el agotamiento, creando una condición general implacable que interfiere con la capacidad de las personas para funcionar a su capacidad normal”. La naturaleza

severa e implacable de la fatiga afecta negativamente a los pacientes y sus allegados. Tiene una alta prevalencia, afectando a las tres cuartas partes de los pacientes con cáncer avanzado, quizás en relación con el estado proinflamatorio que juega un papel en su patogenia. Otros factores contribuyentes incluyen la anemia, la desnutrición, el deterioro neuroendocrino y la disfunción muscular (Peters, Goedendorp, & Verhagen, 2015).

La evaluación de la fatiga puede ser a través de herramientas de un solo elemento (p. ej., escala de calificación numérica de 0 a 10), unidimensional (p. ej., Evaluación funcional de la terapia del cáncer: fatiga) o multidimensional (p. ej., Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer QLQ-FA13 and Chalder Fatigue Scale) (Baracos, Martin, Murray, Korc, Guttridge, & Fearon, 2018).

Hay disponibles tratamientos no farmacológicos y farmacológicos para la fatiga. Estos deben considerarse una vez que se haya optimizado el tratamiento de cualquier causa subyacente/reversible de la fatiga. El control proactivo y el manejo protocolizado de los síntomas físicos pueden mejorar la fatiga general, así como afectar los niveles de actividad y la motivación. 125 El uso de ejercicio para la fatiga está respaldado tanto durante como después del tratamiento contra el cáncer (diferencia de medias estandarizada [DME],  $-0,27$ ; IC del 95 %,  $-0,37$  a  $-0,17$ ), 126 con efectos secundarios consistentes sobre la depresión y la calidad del sueño, 127 aunque la mayoría de los estudios se limitan a pacientes con cáncer de mama primario que reciben quimioterapia adyuvante o pacientes con cáncer de próstata. La evidencia más sólida es para el ejercicio aeróbico (p. ej., caminar, andar en bicicleta). El entrenamiento de resistencia puede tener un papel adicional en los cánceres donde la caquexia es muy frecuente, por ejemplo, de pulmón y de páncreas, aunque los estudios para estos grupos son menos numerosos y más pequeños (Poort & et al, 2017).

En resumen, la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado experimentan síntomas a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, a menudo con mayor intensidad a medida que se acerca la muerte. Si se manejan de manera deficiente, estos síntomas pueden tener un impacto considerable en la capacidad funcional de los pacientes, la calidad de vida, la capacidad de cumplir con los tratamientos contra el cáncer y el uso de los recursos de atención médica. Todos los médicos involucrados en el cuidado de pacientes con cáncer deben ser competentes en la evaluación y el manejo de los síntomas. Para síntomas complejos, múltiples y/o refractarios, los pacientes pueden beneficiarse de servicios de apoyo adicionales, como los proporcionados por especialistas en cuidados paliativos (Henson, y otros, 2020).

Se ha demostrado que los equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos mejoran los resultados de los pacientes y, por lo tanto, las pautas actuales de la ASCO recomiendan que los pacientes con cáncer avanzado reciban servicios de cuidados paliativos dedicados, al principio del curso de la enfermedad y simultáneamente con el tratamiento activo. A nivel de servicio, los gerentes y los formuladores de políticas deben considerar incorporar la detección de síntomas de rutina en las estructuras de atención habituales, con evidencia de que las herramientas de evaluación de síntomas pueden mejorar los resultados de los pacientes y posiblemente incluso la supervivencia (Ferrell & et al, Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update, 2017).

### **Delirio.**

El delirio es una alteración fluctuante de la atención y la conciencia que representa una disminución del estado inicial, acompañado de disfunción cognitiva. Es la complicación neuropsiquiátrica grave más común en pacientes con cáncer. Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad, una mayor duración de las hospitalizaciones, un mayor costo de atención médica y una angustia significativa para los pacientes, familiares y profesionales de la salud. La prevalencia del delirio en el cáncer varía de 20 a 40% en el paciente hospitalizado y puede llegar hasta el 88% en el paciente terminal con cáncer. El desarrollo de delirio puede ser un indicador de muerte inminente en pacientes con enfermedades terminales (Alexander & Goldberg , 2016 ).

La etiología del delirio suele ser multifactorial e involucra múltiples afecciones médicas, como infecciones, insuficiencia orgánica o reacciones adversas a los medicamentos. En pacientes con cáncer, su complejidad se ve reforzada por los efectos directos del cáncer en el sistema nervioso central (SNC) (es decir, enfermedad metastásica cerebral) y los efectos indirectos de la enfermedad o su tratamiento en el SNC. El delirio puede interferir con el reconocimiento de otros síntomas como el dolor. A veces, la agitación puede malinterpretarse como dolor incontrolable y los pacientes pueden recibir dosis crecientes de opioides que, a su vez, pueden exacerbar el estado de delirio (Breitbart & Alici, 2012).

El diagnóstico de delirium se puede realizar mediante instrumentos específicos como el Confusion Assessment Method o el CAM-ICU para pacientes intubados. La incidencia del delirio puede reducirse minimizando la exposición a factores de riesgo conocidos. Las intervenciones son multifactoriales y deben incluir una búsqueda minuciosa de la causa

subyacente. Cuando las intervenciones no farmacológicas no son suficientes, es necesario el tratamiento con medicamentos psicotrópicos. Hasta la fecha, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) no ha aprobado ningún medicamento para el tratamiento del delirio. Las principales clases de medicamentos estudiados en el tratamiento y la prevención del delirio son: antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa y agonistas alfa-2 (Alexander & Goldberg , 2016 )

## **SITUACION AL FINAL DE LA VIDA**

A diferencia de otras condiciones y experiencias de vida, que solo afectan a un cierto porcentaje de la población mundial, el final de la vida es una etapa en el proceso de vida, que todas las personas eventualmente enfrentarán. Se estima que actualmente hay veinte millones de personas en todo el mundo que necesitan algún tipo de atención al final de la vida. En Estados Unidos, en promedio, siete mil personas mueren cada día por diversas enfermedades. En algún momento de sus carreras, es muy probable que todos los profesionales de la salud que brindan atención directa al paciente se encuentren con un paciente moribundo. Por lo tanto, deben comprender los temas de interés y la importancia clínica de este proceso (Huffman & Harmer, 2021).

La investigación sobre el final de la vida afirma que los avances en el cuidado de la salud han cambiado la trayectoria del final de la vida. [1] Con los avances en la medicina, la duración de una vida promedio se ha vuelto más larga. Por lo tanto, el final de la vida varía significativamente de persona a persona, lo que hace que sea difícil definir el período del final de la vida (Ferrell , Virani , & Paice , Evaluation of palliative care nursing education seminars, 2010).

Las definiciones del término final de la vida varían en la literatura médica. Una de las definiciones más comunes es la que da un marco de tiempo a la duración estimada de la vida, con el marco de tiempo más comúnmente citado como un período de menos de seis meses de vida estimada. Otra literatura sobre el final de la vida se centra en los últimos días, horas o minutos de vida. [2] Mientras tanto, otros definen el final de la vida como sinónimo del proceso de morir. La Organización Nacional de Cuidados Paliativos y de Hospicio (NHPCO) establece que la atención al final de la vida o el cuidado de hospicio comienza cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad terminal con menos de seis meses de vida y los tratamientos curativos ya no son opciones (Berlin , 2017).



Los pacientes en las últimas horas y días de vida pueden tener sufrimiento físico, así como una angustia emocional, espiritual y social significativa. Los pacientes en sus últimos días requieren un manejo cuidadoso de los síntomas, y las familias pueden necesitar apoyo y entrenamiento a medida que se acerca la muerte. La atención continúa a través del pronunciamiento de la muerte, la notificación de la muerte a la familia y el apoyo al duelo (Gramling & et al , 2019).

## **ÍNDICE DE PRONÓSTICO PALIATIVO**

La predicción de la esperanza de vida en pacientes con cáncer terminal es un tema importante de atención al final de la vida. El pronóstico preciso de los pacientes de cáncer con enfermedades terminales ayuda al personal médico a analizar los problemas del final de la vida con los pacientes y las familias y brindar la atención adecuada. El conocimiento de la esperanza de vida estimada ayuda a los pacientes a prepararse para la muerte y seleccionar la atención al final de la vida y el lugar de la muerte. El conocimiento de la esperanza de vida de un paciente también es importante para las familias y los cuidadores para cumplir los deseos del paciente, respetar la autonomía del paciente y acompañarlo en su lecho de muerte (Kao & et al, 2014).

Una predicción clínica de supervivencia (CPS), definida como un juicio de pronóstico clínico realizado de acuerdo con la evaluación subjetiva del médico de un paciente individual, es generalmente una herramienta útil para predecir la esperanza de vida en pacientes con enfermedades terminales; sin embargo, la precisión de CPS depende de la experiencia y capacitación del médico en la atención al final de la vida (Farinholt, Park, Guo, Bruera, & Hui, 2018).

Otros estudios informaron que CPS no era confiable e inexacto incluso en médicos bien capacitados. En contraste con CPS, el índice de pronóstico paliativo (PPI) califica las características clínicas que se presentan (escala de rendimiento paliativo [PPS], disnea, ingesta oral, edema y delirio). El PPI es un puntaje muy popular que se usa en todo el mundo para predecir la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades terminales, y el personal médico de cuidados paliativos puede usar el PPI como una herramienta de pronóstico en ausencia de predicciones clínicas subjetivas y exámenes de laboratorio ( Zhou & et al , 2020).

El PPI se usa comúnmente como una herramienta de pronóstico cuando un paciente ingresa a cuidados paliativos. Las estimaciones de pronóstico a partir de la puntuación PPI inicial pueden ser inapropiadas porque este punto de tiempo puede no representar la condición más estable del paciente e ignora la influencia de los cambios posteriores en la condición del paciente. El sistema oncológico de Ontario informó que el estado funcional de los fallecidos por cáncer

disminuyó lentamente durante los seis meses anteriores a la muerte. Los componentes centrales de la PPI, incluido el estado funcional, la disnea, la somnolencia y la falta de apetito, aumentaron particularmente en gravedad durante el último mes de vida. Debido a que la condición del paciente es dinámica y puede deteriorarse con el curso natural de la enfermedad o mejorar transitoriamente después de la atención médica adecuada, el PPI del paciente puede cambiar simultáneamente (Subramaniam & et al, 2020).

Tres estudios abordaron recientemente el valor pronóstico de los cambios en la puntuación de rendimiento en pacientes con enfermedades terminales bajo cuidados paliativos. Downing et al. informaron que un mayor cambio incremental en el PPI después de la admisión a la unidad de cuidados paliativos se asoció con una menor probabilidad de supervivencia. Chan et al. informaron que la magnitud del cambio de la PPS entre dos puntos temporales mejoró la utilidad pronóstica de la escala para los pacientes que fueron derivados a los servicios de cuidados paliativos. Arai et al. informaron que el cambio de PPI por día en una unidad de cuidados paliativos fue un factor independiente asociado con la muerte dentro de las tres semanas (Kao & et al, 2014).

**TABLA 1.-ÍNDICE DE PRONÓSTICO PALIATIVO (PPI)**

<b>NIVEL DE ACTIVIDAD</b>	<b>PUNTAJE</b>
10-20	4
30-50	2,5
>60	0
<b>INGESTA ORAL</b>	
Muy reducido (< bocados)	2,5
Moderadamente Reducido (> bocados)	1
Normales	0
<b>EDEMA</b>	
Presente	1
Ausente	0
<b>DISNEA EN REPOSO</b>	
Presente	3,5
Ausente	0
<b>DELIRIO</b>	
Presente	4
Ausente	0

El PPI puede predecir aceptablemente si un paciente sobrevivirá o no <3 o >6 semanas. Los resultados del PPI varían de 0 a 15 con la indicación de que las puntuaciones superiores a 6,0 la supervivencia es inferior a tres semanas (Sensibilidad - 80 %; Especificidad - 85 %). La existencia de enfermedades concomitantes no se ha tenido en cuenta en la construcción de la

mayoría de las puntuaciones de pronóstico de supervivencia, aunque las enfermedades concomitantes agudas pueden afectar a la puntuación y la supervivencia (Liu, Su, & Wang, 2018).

## CAPITULO III

### **METODOLOGIA**

#### **MATERIALES**

##### **Lugar de investigación.**

Hospital Oncológico de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) Dr. Juan Tanca Marengo de la ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas, País Ecuador.

##### **Periodo de investigación.**

Comprendió desde Noviembre 2020 a Octubre 2021.

##### **Recursos empleados.**

Hospital SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo  
Personal médico de Cuidados Paliativos.

#### **UNIVERSO Y MUESTRA.**

El universo de este estudio estará formado por pacientes que fueron atendidos por el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital SOLCA-Guayaquil, en el periodo de tiempo entre: el 01 de Noviembre del 2020 al 31 de Octubre del 2021. La población estará constituida por pacientes en situación de últimos días de vida, que cursaron estancia en la torre hospitalaria y el centro externo de paliativos ubicados en Albergue. No se tomará muestra ya que se incluyó al universo completo.

#### **MÉTODO.**

El siguiente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

##### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes que recibieron atención por el servicio de Cuidados Paliativos
- Pacientes mayores de 18 años
- Paciente con diagnóstico oncológico establecido
- Pacientes que cursaron ingreso hospitalario en las áreas de Emergencia, Hospitalización de Cuidados Paliativos, Clínica, Hematología, del área de triaje, y que fallecieron durante la misma

- Pacientes que fallecieron en domicilio posterior al alta a petición hasta 5 días después.

### **Criterios de exclusión.**

- Datos clínicos incompletos.
- Pacientes sin valoración previa por el servicio de cuidados Paliativos
- Pacientes pediátricos menores 18 años
- Pacientes que cursaron ingreso hospitalario en áreas de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), cirugía, COVID.

### **Recolección y tabulación de datos.**

Previa aprobación, se procedió a recoger los datos de los pacientes ingresados en el estudio desde la historia clínica, la información recogida formó una base de datos en una hoja de cálculo electrónica de la herramienta de Microsoft Excel, donde se introdujo toda la información de los pacientes que permitió desarrollar los resultados, luego se procedió a usar el software SPSS versión 22 para procesamientos de dicho registro.

### **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

<b>VARIABLE ESPECIFICA</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>		
		<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>ESCALA</b>
Sexo	Características fenotípicas otorgadas por cromosomas sexuales.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Edad	Años de vida cumplidos hasta el momento de la	Cuantitativa	Continua	15 - 39 años 40 - 59 años ≥ 60 años

	intervención quirúrgica			
Cáncer	Nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo	Cualitativa	Nominal Politómica	Gastrointestinal Genitourinario Neurológico Hematológico Mama Cabeza y cuello Tórax
Ingesta oral	Es la introducción de la comida en el aparato digestivo al servicio de la alimentación o de la hidratación	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Muy reducido Moderadamente reducido
Edema	Es la acumulación de líquido en el espacio extracelular o intersticial, además de las cavidades del organismo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Presente Ausente

Disnea	Es una dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Presente Ausente
Delirium	Trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores que de manera aguda producen alteración del nivel de conciencia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Presente Ausente
Indice pronóstico paliativo	Es una escala pronóstica de sobrevida, concebida y validada en pacientes hospitalizados con cáncer, que utiliza cinco variables	Cuantitativa	Continua	0-15
Lugar de fallecimiento	Lugar donde se llega a cabo el término de la vida	Cualitativa	Nominal Politómica	Hospitalización paliativa Domicilio Emergencia

--	--	--	--	--

## **PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Para ejecutar el trabajo de investigación, se solicitó autorización al Director de postgrado y jefe del servicio del área de Cuidados Paliativos, luego se presentó el anteproyecto al jefe del departamento de investigación y docente asignado, el cual fue aprobado posteriormente por el director de la comisión de investigación.

Los datos recolectados se tabularon, analizaron e interpretaron aplicando estadística descriptiva (Medidas de tendencia central: frecuencia y media) y estadística inferencial (pruebas de chi cuadrado, T de Student, odds ratio). La representación gráfica se realizará mediante diagramas de barras, diagrama de cajas para una mejor comprensión de los datos.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Para determinar el tiempo de duración de la situación de últimos días se analizaron 146 pacientes atendidos en el Instituto Nacional Oncológico SOLCA-Guayaquil durante el periodo Noviembre 2020-Octubre 2021.

**TABLA 2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	VALORES	
	F	%
<b>GÉNERO</b>		
Masculino	62	42,5
Femenino	84	57,5
<b>EDAD</b>		
20-40 años	20	13,7
41-64 años	71	48,6
> 65 años	55	37,7
<b>CÁNCER PRIMARIO</b>		
Gastrointestinal	33	22,6
Genitourinario	20	13,7
Neurológico	8	5,5
Ginecológico	25	17,1
Mama	15	10,3
Hematológico	10	6,8
Cabeza y cuello	13	8,9
Pulmón	8	5,5
Otros	14	9,6
<b>ESTADÍO</b>		
Metastásico	108	74,0
Localmente avanzado	38	26,0
<b>LUGAR DE FALLECIMIENTO</b>		
Hospitalización paliativa	106	72,6
Hospitalización clínica	14	9,6
Emergencia	7	4,8
Domicilio	19	13,0
<b>ANTIBIÓTICO RECIBIDO</b>		
Si	62	42,5
No	84	57,5
<b>ANALGESIA RECIBIDA</b>		
Si	131	89,7
No	15	10,3
<b>HIDRATACIÓN RECIBIDA</b>		
Si	101	69,2
No	45	30,8
<b>SEDACIÓN RECIBIDA</b>		

Si	45	30,8
No	101	69,2
<b>NUTRICIÓN RECIBIDA</b>		
Si	24	16,4
No	122	83,6
<b>TOMA DE SIGNOS VITALES</b>		
Si	99	67,8
No	47	32,2

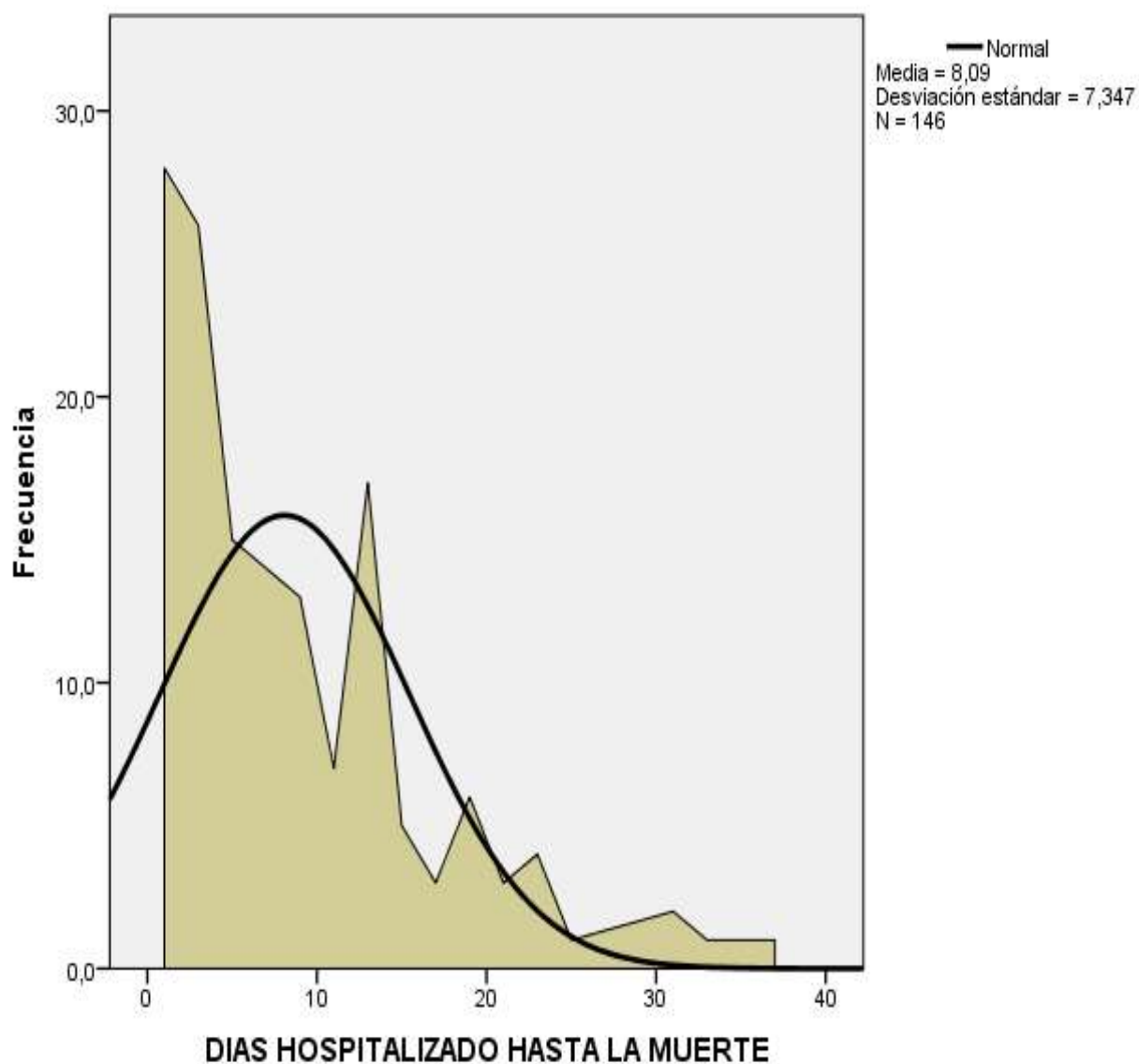
**FUENTE:** Historias clínicas

**ELABORACION:** Los investigadores

La tabla 2 demuestra las características de los pacientes analizados en la situación de últimos días. Predominó el sexo femenino (57,5%), en edades comprendidas entre 41 a 64 años (48,6%), el cáncer gástrico es el más frecuente en el 22,6%, el 74% de los casos son metastásico. La hospitalización paliativa fue el lugar de la muerte con mayor frecuencia, más de la mitad de los pacientes no recibieron antibiótico en SUD (57,5%), el 69,2% no requirió sedación, ni nutrición (83,6%)

**TABLA 3.- TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>DIAS HOSPITALIZADO HASTA LA MUERTE</b>	146	1	36	8,09	7,34



**FUENTE:** Historias clínicas

**ELABORACION:** Los investigadores

En la tabla 3 y grafica 1 se evidencia que el tiempo de duración de la situación de últimos días de los 146 pacientes oncológicos fue de una media de 8,09 días con un mínimo de uno y un máximo 36 días, con una desviación estándar de 7,34 días.

**TABLA 4 .- SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES PREVIO AL FALLECIMIENTO.**

<b>INGESTA ORAL</b>		
Moderadamente reducida > bocados	59	40,4
Severamente reducida < bocados	87	59,6
<b>EDEMA</b>		
Presente	75	51,4
Ausente	71	48,6
<b>DISNEA EN REPOSO</b>		
Presente	79	54,1
Ausente	67	45,9
<b>DELIRIO</b>		
Presente	26	17,8
Ausente	120	82,2

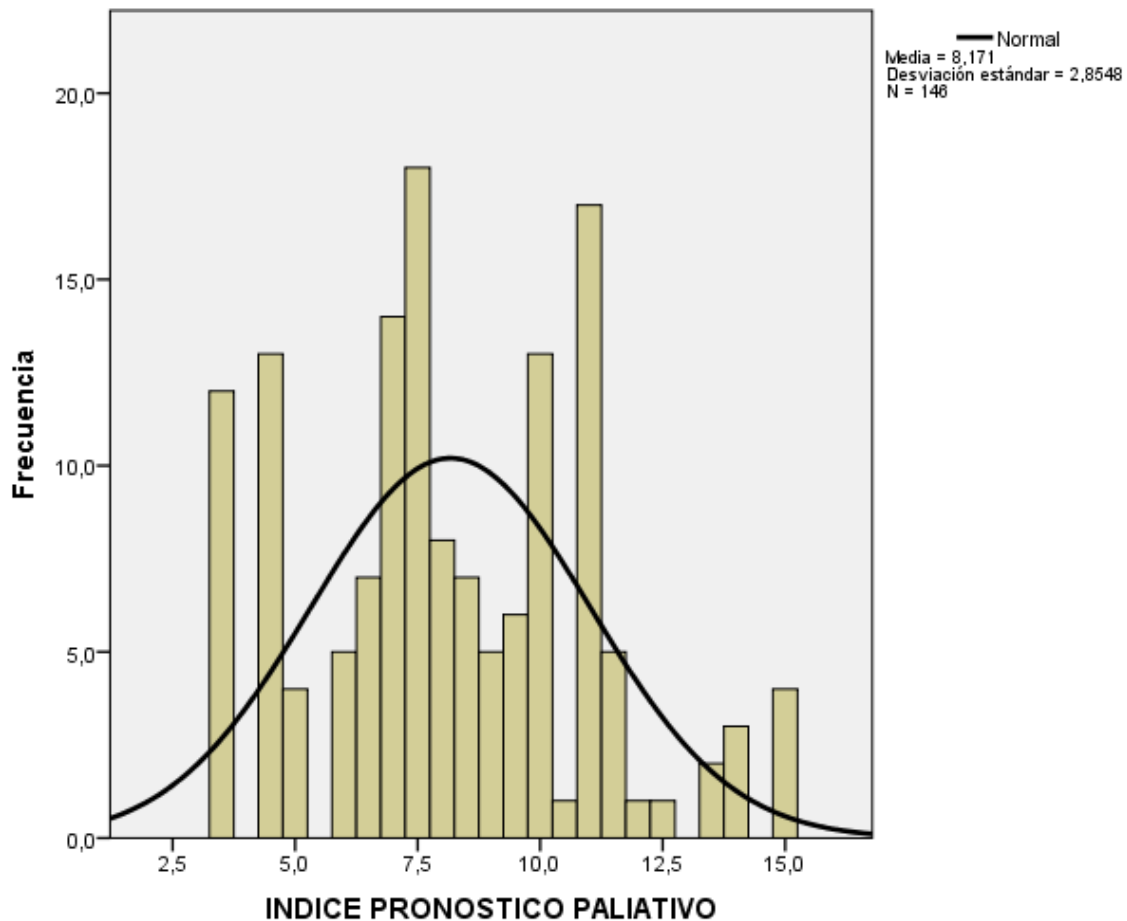
**FUENTE:** Historias clínicas

**ELABORACION:** Los investigadores

En la tabla 4 se evidencia los signos y síntomas previo al fallecimiento donde la ingesta oral de los pacientes oncológicos se encontró severamente reducida con menos bocados en el 59,5 %, edema en el 51,4%, disnea en reposo en el 54,1%, delirio en el 17,8 %, seguida de ausencia (0) de delirio en el 82,2 %.

**TABLA 5.- INDICE PRONÓSTICO PALIATIVO.**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>INDICE PRONÓSTICO PALIATIVO</b>	146	3,5	15,0	8,171	2,8548

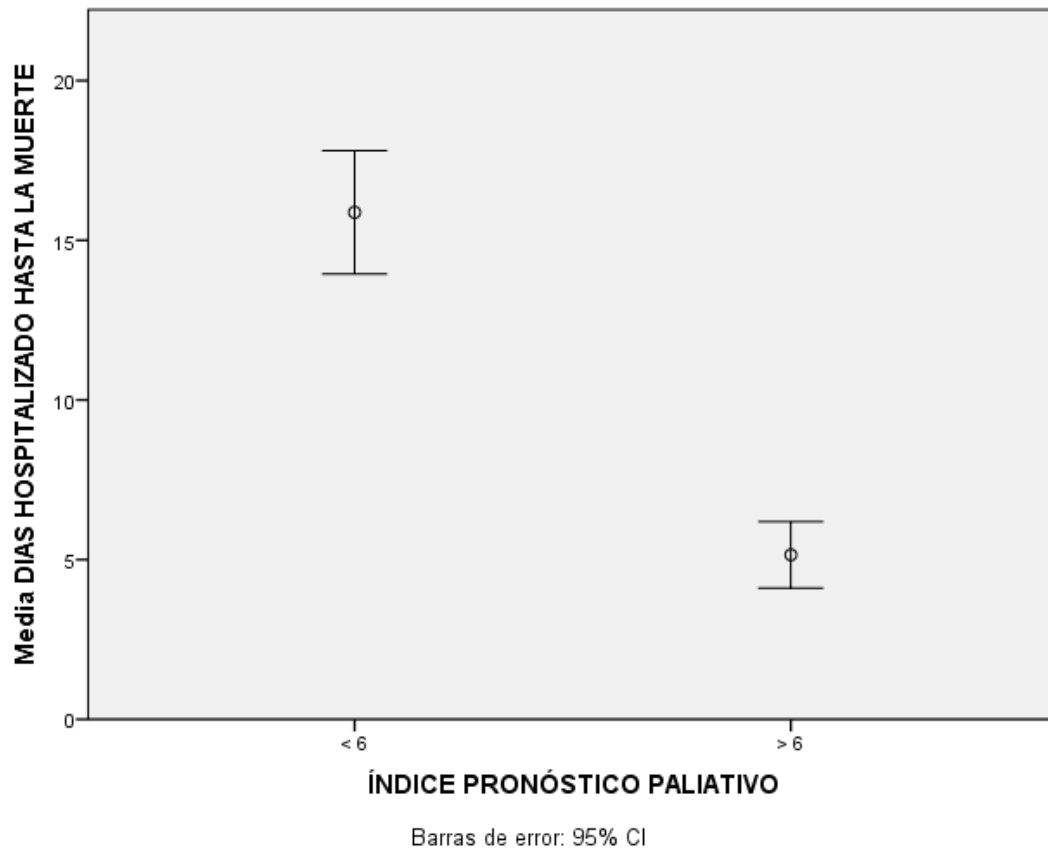


FUENTE: Historias clínicas  
ELABORACION: Los investigadores

En la presente tabla y grafica se evidencia que el índice pronóstico paliativo de los 146 pacientes oncológicos fue de una media de 8,17 con un mínimo de días de 3,5 y un máximo de días 15 con una desviación estándar de 2,85.

**TABLA 6.- COMPARACION ÍNDICE PRONÓSTICO PALIATIVO CON DIAS DE HOSPITALIZADO HASTA LA MUERTE.**

ÍNDICE PRONOSTICO PALIATIVO	DIAS HOSPITALIZADO HASTA LA MUERTE					p
	N	Media	Desviación estándar	95% del intervalo de confianza para la media		
				Límite inferior	Límite superior	
< 6	40	15,88	6,039	13,94	17,81	0,00
> 6	106	5,15	5,403	4,11	6,19	
<b>Total</b>	146	8,09	7,347	6,89	9,29	



En la tabla y gráfico se evidencia la comparación entre los días de hospitalizado antes de la muerte con el índice pronóstico paliativo (PPI), donde aquellos con un valor de PPI < 6 tuvieron una media de 15,88 días de hospitalizado antes de la muerte, mientras que aquellos con un valor de PPI > 6 los días de hospitalizado antes de la muerte fueron menores con una media de 5,15 días, el p valor de 0,00 indica que esta relación es estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN

Según la OMS, el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. En 2018, un estudio encontró que alrededor de 9,6 millones de personas mueren de cáncer cada año, y la cantidad de personas que mueren de cáncer va en aumento. Los pacientes con cáncer sufren tanto la enfermedad como los procesos terapéuticos relacionados, especialmente durante la etapa terminal. Por lo tanto, para los pacientes que tienen una enfermedad que amenaza la vida y una expectativa de vida de 6 a 12 meses, el proceso de atención debe enfocarse en mejorar la calidad de vida durante su etapa final de vida (Chindapasirt & et al, 2019).

En los Estados Unidos de América, un estudio encontró que las preferencias de cuidado de los últimos días de vida más importantes entre los pacientes terminales eran: estar mentalmente consciente hasta la última hora; tener arreglos funerarios planeados; no ser una carga para la familia o la sociedad; ser capaz de ayudar a otros; morir en el sueño; y experimentar una muerte rápida, indolora y pacífica, sin sufrimiento y en oración (Lai , Wong , & Ching , The experience of caring for patients at end-of-life stage in non-palliative care setting: a qualitative study, 2018).

Proporcionar una atención excelente hacia el final de la vida (EOL, por sus siglas en inglés) requiere la capacidad de anticipar cuándo enfocarse principalmente en la paliación de los síntomas y la calidad de vida en lugar del tratamiento de la enfermedad. En un estudio de cohorte multicéntrico de 230 pacientes hospitalizados con cáncer avanzado, los proveedores de cuidados paliativos predijeron correctamente el tiempo hasta la muerte solo para el 41 % de los pacientes. El tiempo de supervivencia se sobreestimó en el 85 % de los pacientes para quienes los proveedores médicos dieron predicciones inexactas, y era particularmente probable que los proveedores sobrestimaran la supervivencia de los pacientes negros y latinos (Gramling & et al , 2019).

En contraste con los datos que indican que los médicos son pronosticadores independientes relativamente deficientes, un estudio publicado en 2019 comparó las precisiones relativas del PPS, el índice de pronóstico paliativo y la puntuación de pronóstico paliativo con las predicciones de supervivencia de los médicos para pacientes con cáncer avanzado que estaban internados en una unidad de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. En el momento de la inscripción en el estudio, los investigadores calcularon las puntuaciones de las tres herramientas de pronóstico para 204 pacientes y le pidieron al médico tratante de cuidados paliativos de la unidad que estimara la esperanza de vida de cada paciente (0 a 14 días, 15 a 42

días o más de 42 días). Los motivos de ingreso incluyeron dolor (90,7 %), obstrucción intestinal (48,0 %), delirio (36,3 %), disnea (34,8 %), debilidad (27,9 %) y náuseas (23,5 %) (Hui & et al , Concepts and definitions for "actively dying, " "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review, 2014).

Fainsinger et al. realizaron un estudio retrospectivo de 100 pacientes consecutivos ingresados en una unidad de cuidados paliativos, y reportaron la intensidad de los síntomas de dolor, náuseas y somnolencia en los últimos 7 días de vida. Lichter et al. examinó la carga de síntomas entre 200 pacientes consecutivos que fallecieron en un programa de cuidados paliativos en Nueva Zelanda. En este estudio, los síntomas más comunes en las últimas 48 horas de vida fueron respiración ruidosa y húmeda (56%), dolor (51%), inquietud y agitación (42%), incontinencia de orina (32%), dificultad para tragar (29%). y disnea (22%). En un estudio prospectivo, Conill et al. informaron la prevalencia de síntomas en los últimos 7 días de vida en 176 pacientes consecutivos con cáncer avanzado que fallecieron en el hogar, en el hospital o en un hospicio en España. Los médicos evaluaron dieciocho síntomas como ausentes o presentes en la primera consulta y luego durante la última semana de vida (72% de las evaluaciones fueron dentro de los últimos 3 días de vida). El intervalo de tiempo medio entre las visitas del estudio fue de 6,5 semanas. La mayoría de los síntomas aumentaron en frecuencia en la segunda visita, con anorexia (80 %), boca seca (70 %), confusión (68 %), estreñimiento (55 %), disnea (47 %), disfagia (46 %) y ansiedad (46%) siendo particularmente común en los últimos 7 días (Kao & et al, 2014) (Hui, Dev, & Bruera, The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients, 2015 ).

El estudio Investigating the Process of Dying es un estudio observacional longitudinal prospectivo que examinó la expresión de los síntomas en la última semana de vida incluyó a 357 pacientes consecutivos con cáncer avanzado de dos unidades de cuidados paliativos agudos, en las que aquellos que pudieron para comunicar calificó la intensidad promedio de 10 síntomas durante las últimas 24 horas diarias desde la admisión hasta el alta o la muerte utilizando la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton. La intensidad de los síntomas se mostró desde la muerte hacia atrás, revelando que la anorexia, la somnolencia, el bienestar, la fatiga, la dificultad para respirar y el insomnio aumentó significativamente en los últimos días de vida ( Hui, dos Santos , Chisholm, & Bruera, 2016).

En nuestro estudio para determinar el tiempo de duración de la situación de últimos días se analizaron 146 pacientes donde el género afectado fue el femenino en edades comprendidas



entre 41 a 64 años, la neoplasia frecuente fue la gástrica, los síntomas que presentaron en los últimos días de vida fueron ingesta oral severamente reducida, edema, disnea de reposo , delirio, en cuanto al índice pronóstico paliativo aquellos con un valor  $> 6$  tuvieron menos días de hospitalización debido a que fallecieron.

## CONCLUSIONES

- En nuestro estudio el tiempo promedio de duración de la situación de los últimos días fue de 8,09 días. La hospitalización paliativa fue el lugar de fallecimiento de la mayoría de la población estudiada.
- Los signos y síntomas que presentaron los últimos días de vida fueron ingesta oral severamente reducida con menos bocados, la presencia de edema, disnea y delirio. El índice pronóstico paliativo se ubicó en una media de 8,17.
- Los pacientes con un PPI  $> 6$  tuvieron menos días hospitalizados debido a que fallecieron.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda reconocer cuando una persona está en el proceso de situación de los últimos días de vida, revisar sus medicamentos actuales y, después de discutir y acordar con la persona moribunda y aquellos que son importantes para ellos, la suspensión de cualquier medicamento recetado previamente que no esté proporcionando beneficio o que puede causar daño.
- Se recomienda realizar investigaciones futuras en pacientes oncológicos en la etapa final de la vida con la finalidad de crear un protocolo de manejo integral que mejore los síntomas de los últimos días de vida a fin de disminuir el sufrimiento en la etapa agonía.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, K., & Goldberg, J. (2016). Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. *Clin Geriatr Med*, 32(1).
- Bandieri, E., & et al. (2016). Randomized trial of low-dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. *J Clin Oncol*, 34(436-442).
- Baracos, V., Martin, L., Murray Korc, Guttridge, D., & Fearon, K. (2018). Cancer-associated cachexia. *Nat Rev Dis Primers*, 4(17105).
- Bausewein, C., & et al. (2016). Management of Chronic Breathlessness, in Palliative Care in Respiratory Disease. *ERS Monograph*, 1.
- Bekelman, J., & et al. (2016). Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. *JAMA*, 315(3).
- Berlin, A. (2017). Goals of Care and End of Life in the ICU. *Surg Clin North Am*, 97(6).
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol*, 30(1).
- Chindaprasirt, J., & et al. (2019). Perception of a “good death” in Thai patients with cancer and their relatives. *Heliyon*, 5(7).
- Chiu, T., Hu, W., & Chen, C. (2000). Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: A study in Taiwan. *Support Care Cancer*, 8(311-313).
- Cohen, J., & et al. (2015). International study of the place of death with cancer: a population-level comparison of 14 countries across 4 continents using death certificate data. *Br J Cancer*, 113(9).
- Collins, E., Witt, J., Bausewein, C., Daveson, B., & Higginson, I. (2016). A systematic review of the use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 50(842-53).
- Dasch, B., Kalies, H., Feddersen, B., Ruderer, C., & Bausewein, C. (2017). Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. *PLoS One*, 12(4).
- Fallon, M., & et al. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol*, 29.
- Farinholt, P., Park, M., Guo, Y., Bruera, E., & Hui, D. (2018). A Comparison of the Accuracy of Clinician Prediction of Survival Versus the Palliative Prognostic Index. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3).

- Ferrell , B., & et al. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*, 35(96-112).
- Ferrell , B., Virani , R., & Paice , J. (2010). Evaluation of palliative care nursing education seminars. *Eur J Oncol Nurs*, 14(1).
- Gramling , R., & et al . (2019). Palliative Care Clinician Overestimation of Survival in Advanced Cancer: Disparities and Association With End-of-Life Care. *J Pain Symptom Manage*, 57(2).
- Grond , S., Zech, D., Diefenbach, C., & Bischoff, A. (1994). Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. *J Pain Symptom Manage*, 9(372-382).
- Haun , M., & et al. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(011129).
- Henson, L., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9).
- Hesketh , P., & et al. (2017). Antiemetics American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*, 35(3240-3261).
- Huffman, J., & Harmer, B. (2021). End of Life Care. *StatPearls*.
- Hui , D., & et al . (2014). Concepts and definitions for "actively dying, " "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 47(77–89).
- Hui, D., & Bruera, E. (2017 ). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J Pain Symptom Manage*, 53(3).
- Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol*, 38(9).
- Hui, D., Dev, R., & Bruera, E. ( 2015 ). The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. *Curr Opin Support Palliat Care*, 9(4).
- Hui, D., dos Santos , R., Chisholm, G., & Bruera, E. (2016). Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*, 50(4).
- Kao, C., & et al. (2014). Combination of Initial Palliative Prognostic Index and Score Change Provides a Better Prognostic Value for Terminally Ill Cancer Patients: A Six-Year Observational Cohort Study. *J Pain Symptom Manage*, 48(5).

- Knaul , F., Bhadelia, A., Rodriguez, N., Arreola-Ornelas, H., & Zimmermann, C. (2018). The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions. *Lancet Glob Health*, 6(55-6).
- Krishnan , P. (2017). Concept analysis of good death in long term care residents. *Int J Palliat Nurs*, 23(1).
- Lai , X., Wong , F., & Ching , S. (2018). The experience of caring for patients at end-of-life stage in non-palliative care setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(116).
- Lai , X., Wong , F., & Ching , S. (2018). The experience of caring for patients at end-of-life stage in non-palliative care setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(116).
- Liu, Y., Su, L., & Wang, Y. (2018). The application of the palliative prognostic index in predicting the life expectancy of patients in palliative care: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(1).
- Meaghen Hagarty, A., Bush, S., & Talarico, R. (2020). Severe pain at the end of life: a population-level observational study. *BMC Palliative Care* , 19(60).
- Mercadante, S., & Giuliani, F. (2021). High flow nasal therapy in the management of hypoxemic dyspnea at the end of life. *Support Care Cancer*, 29(11).
- Murray-Brown, F., & Dorman, S. (2015). Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(CD006271).
- Paley , C., Johnson, M., Tashani, O., & Bagnall, A. (2015). Acupuncture for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 10.
- Palomar-Muñoz , C., & Martín-Zamorano , M. (2018). Assessment of the Palliative Prognostic Index in hospitalized oncologic patients treated by a palliative care team: impact of acute concomitant diseases. *Oncotarget*, 9(27).
- Patel, C., Kleinig , P., & Bakker , M. (2019 ). Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Aust J Gen Pract*, 48(12).
- Peters, M., Goedendorp, M., & Verhagen, S. (2015). A prospective analysis on fatigue and experienced burden in informal caregivers of cancer patients during cancer treatment in the palliative phase. *Acta Oncol*, 54(500-506).
- Poort , H., & et al. (2017). Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(12).
- Pukrittayakamee , P., Sapinum, L., Suwan , P., & Hardin, R. (2018). Validity, reliability and responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale staff and patient versions among cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 56(414-420).
- Subramaniam, S., & et al. (2020). Prognosis prediction with two calculations of Palliative Prognostic Index: further prospective validation in hospice cancer patients with multicentre study. *BMC Palliative Care*, 9(3).

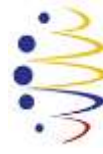
- Urahama, N., Sono, J., & Yoshinaga, K. (2018). Comparison of the accuracy and characteristics of the prognostic prediction of survival of identical terminally ill cancer patients by oncologists and palliative care physicians. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 48(7).
- Van Lancker , A., Beeckman, D., Verhaeghe , S., & Noortgate, N. (2016). An instrument to collect data on frequency and intensity of symptoms in older palliative cancer patients: A development and validation study. *Eur J Oncol Nurs*, 21(38-47).
- Vayne-Bossert , P., Haywood, A., Good, P., Khan, S., Rickett, K., & Hardy, J. (2017). Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(1).
- Webb , A. (2017). Management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer at the end of life. *Nurs Stand* , 32(53-63).
- Wiffen , P., Derry , S., & Moore , A. (2017). Tramadol with or without paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 5.
- Zhou, J., & et al . (2020). Validation of the Palliative Prognostic Index, Performance Status–Based Palliative Prognostic Index and Chinese Prognostic Scale in a home palliative care setting for patients with advanced cancer in China. *BMC Palliative Care*, 19(167).



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Lerqué Portés Gretel Nathalie** con C.C: # **0916400625** autor/a del trabajo de titulación: **Tiempo de duración de la situación de los últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil. Noviembre 2020-October 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil a los 14 del mes febrero del año 2022

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Lerqué Portés Gretel Nathalie**

**C.C: 0916400625**





**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	<b>Tiempo de duración de la situación de los últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil. Noviembre 2020-Octubre 2021</b>		
<b>AUTOR(ES)</b>	<b>Lerqué Portés Gretel Nathalie</b>		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	<b>Patricia Bonilla Sierra</b>		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	<b>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil</b>		
<b>FACULTAD:</b>	<b>Escuela de Graduados en Ciencia de la Salud/Sistema de Posgrado</b>		
<b>CARRERA:</b>	<b>Especialización en Cuidados Paliativos</b>		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	<b>Especialista en Cuidados Paliativos</b>		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>14 de febrero del 2022</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>38</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	<b>Cuidados Paliativos</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	<b>Índice De Pronóstico Paliativo, Situación De Los Últimos Días, Cáncer</b>		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>La situación de últimos días (SUD) que se define como el periodo que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y en el que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas. <b>OBJETIVO:</b> Determinar el tiempo de duración de la situación de últimos días de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA-Guayaquil. <b>METODOLOGÍA:</b> Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. <b>RESULTADOS:</b> Se analizaron 146 pacientes predominó el sexo femenino con el 57,5%, en edades comprendidas entre 41 a 64 años en el 48,6%, el 22,6 % tuvo cáncer gástrico, el 74% de los casos son metastásico. La hospitalización paliativa fue el lugar de la muerte con mayor frecuencia, el 57,5% de los pacientes no recibieron antibiótico en SUD, el 69,2% no requirió sedación, ni nutrición el 83,6%. El tiempo de duración de la situación de últimos días fue de una media de 8,09 días. Los signos y síntomas previo al fallecimiento fueron de ingesta oral severamente reducida con menos bocados en el 59,5 %, edema en el 51,4%, disnea en reposo en el 54,1%, delirio en el 17,8 %, seguida de ausencia de delirio en el 82,2 %. El índice pronóstico paliativo &gt; 6 se asoció con menos días de hospitalización debido los pacientes fallecieron. <b>CONCLUSIONES:</b> En nuestro estudio el tiempo de duración de la situación de los últimos días fue de una semana.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono: +593-987266188</b>	<b>E-mail: nlerque@gmail.com</b>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Antonio Aguilar</b>		
	<b>Teléfono: ++593998452054</b>		
	<b>E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			