



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS
EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICOS
ONCOLÓGICOS.”**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
GRADO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRIA**

PRESENTA:

DRA. MARIA CITLALLI RAMOS MORENO

DIRIGIDO POR:

DR. JOSE JUAN GARCIA GONZALEZ

QUERETARO, QRO. AGOSTO 2022



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Geriatría**

“Prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos”

Tesis

**Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Especialista en Geriatría**

Presenta:

Dra. María Citlalli Ramos Moreno

Dirigido por:

Dr. José Juan García González

Nombre

Presidente

Dr. José Juan García González

Nombre

Secretario

Dr. Guillermo Antonio Lazcano Botello.

Nombre

Vocal

Dr. Juan Carlos Márquez Solano

Nombre

Suplente

Dra. Rocío Berenice Rodríguez Montoya

Nombre

Suplente

Dra. Liliana Susana Gallardo Vidal

**Centro Universitario, Querétaro, Qro. México
Agosto 2022**

DEDICATORIA

Dedico este texto, el tiempo invertido, la vida invertida en este proyecto a toda la humanidad.

A todos los que sufren, a todos los valientes, a todos los héroes de la vida común, entre ellos; mis papas, mi hermano, a toda mi familia, mis amigos, en especial a Denia y Carlos.

Y a todas las personas que han formado parte de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la educación pública de México, que me formó, a los pacientes que participaron en esta investigación, a los que a través de su enfermedad fueron y son mis maestros.

Agradezco a todo el personal de salud, mis profesores, mis compañeros, que muchas veces sobreponen el bien común, sobre el propio.

Agradezco a Mi mamá Josefina Moreno Tapia y a mi papá J. Jesús Ramos Villalvazo, por todo su esfuerzo, su amor incondicional en cada etapa de mi vida. A mi hermano Daniel y a mi sobrina Dana por existir.

INDICE

Contenido	Página
Resumen	6
Summary	7
Dedicatorias	3
Agradecimientos	4
Índice	5
I. Introducción	8
II. Antecedentes/estado del arte	10
II. Marco conceptual	10
II.2 Antecedentes de los cuidados paliativos	10
II.3 Cuidados paliativos en el mundo	12
II.4 Cuidados paliativos en México	13
II.5 Marco legal de los cuidados paliativos	14
II.6 Marco epidemiológico	17
II.7 Los cuidados paliativos en adultos mayores	19
II.8 Instrumentos que permiten identificar pacientes con requerimiento de cuidados paliativos	21
III. Fundamentación teórica	23
III.1 Antecedentes de estudios reportados en la literatura que identifican la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos.	23
IV. Hipótesis o supuestos	27
V. Objetivos	27
V.1 General	27
V.2 Específicos	27
VI. Material y métodos	29
VI.1 Tipo de investigación	29
VI.2 Población o unidad de análisis	31
VI.3 Muestra y tipo de muestra	31
VI. Técnicas e instrumentos	31
VI. Procedimientos	38
VII. Resultados	40
VIII. Discusión	43
IX. Conclusiones	45
XI. Bibliografía	47
XII. Anexos	

RESUMEN

Título: Prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

Antecedentes: El origen de los cuidados paliativos en la era moderna se remonta al año 1967 en Londres, en el: *St Christopher's Hospice*. Fue hasta 1980 cuando la Organización Mundial de la Salud incorpora de manera oficial el concepto y programa de Cuidados paliativos como parte del programa de control de cáncer, una década y media después la organización Panamericana de la Salud también la incorpora de manera oficial.

En 1974 en Estados Unidos, se inauguró el primer hospital dedicado a los cuidados paliativos del país en Bradford, Connecticut.

En México en 1992 la Dra. Allende instaló la primera unidad de cuidados paliativos en el INCAN, siendo la primera en su tipo en la república Mexicana, fue hasta el año 2009 cuando se incluyen los cuidados paliativos dentro de la legislación Federal estableciéndose en la ley General de salud, y en diciembre del 2014 en el Diario Oficial de la Federación se publica la NOM-011 SSA3-2014 con los Criterios de atención de enfermos en situación terminal, declarando la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de Cuidados paliativos en todas las instituciones de salud del país.

Objetivo: Determinar la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

Material y métodos: Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en pacientes adultos mayores de 60 años derecho habientes y usuarios de los servicios de oncología médica del Hospital General Regional 1 Querétaro, con diagnóstico de tumor sólido maligno confirmado por biopsia. Variables: edad, sexo, diagnóstico oncológico, comorbilidades, ocupación, estado civil, funcionalidad, evaluación cognitiva, fragilidad, evaluación de la sintomatología, evaluación del malestar emocional, valoración familiar, presencia de síndromes geriátricos, multimorbilidad y todas las variables que comprende el instrumento NECPAL CCOMS-CO 3.1, Se obtuvo la muestra acudiendo a consulta externa seleccionando pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de tumor sólido maligno, de forma aleatoria simple usando el programa SPSSA, utilizando como

instrumento de medición el cuestionario para detectar pacientes candidatos a recibir cuidados paliativos NECPAL CCOMS-CO 3.1.

Resultados: Con un total de 202 pacientes entrevistados todos con diagnóstico oncológico, con edades de 60 a 98 años con una edad media de 72.3 años, de los cuales 89 pacientes fueron hombres que corresponde al 44%, mujeres fueron 113 que corresponde al 55.9%.

Se obtuvo un resultado positivo al cuestionario en 122 pacientes lo que corresponde al 60.4%, los cuales se consideran candidatos para recibir cuidados paliativos.

Conclusión: La prevalencia en la necesidad de atención paliativa en los pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico oncológico es del 60.4% en nuestra población.

Palabras clave: adultos mayores, diagnósticos oncológicos, cuidados paliativos.

SUMMARY

Title:Prevalence of palliative care requirements in older adult patients with oncologic disease. **Background:** The origin of palliative care in the modern era dates back to 1967 in London at: St Christopher's Hospice. It was until 1980 when The World Health Organization officially incorporated the concept and program of palliative care as part of the cancer control program, a decade and a half later the Panamerican Health Organization also officially incorporated it.

In 1974 the United States inaugurated the first exclusive palliative care hospital in the country at Bradford, Connecticut. Late in Mexico just in 1992 Dr. Allende Established the first palliative care unit at The INCAN, being the first of its kind in the Mexican Republic, it was until 2009 when palliative care was included in the Federal legislation in the General Health Law in December 2014 in the Official Journal of the Federation the NOM-011 SSA3-2014 was published with the Criteria for terminally care ill patients, declaring the mandatory nature of the schemes of comprehensive management of palliative care in all the country health institutions.

Objective: Determinate the prevalence of palliative care requirements in older adult patients with oncologic disease. **Material and methods:** This is an observational, descriptive, cross-sectional study, carried out in adult patients over 60 years entitled patients users of the medical oncology services of the “Hospital General Regional 1 Querétaro”, with malignant solid tumor diagnosis biopsy confirmed. Variables: age, sex, oncologic diagnosis, comorbidities, occupation, marital status, functionality, cognitive assessment, frailty, assessment of symptomatology, assessment of emotional distress, family assessment, presence of geriatric syndromes, multimorbidity and all the variables included in the NECPAL CCOMS-CO 3.1 instrument. The sample was obtained selecting over 60 years old patients with malignant solid tumor diagnosis, in a simple randomized manner using the SPSSA program, with a questionnaire as a measurement instrument to detect patients who were candidates for palliative care NECPAL CCOMS-CO 3.1.

Results: A total of 202 patients were interviewed, all with an oncologic diagnosis, aged 60 to 98 years with a mean age of 72.3 years, of whom 89 patients were men (44%) and 113 were women (55.9%).

A positive result was obtained from the questionnaire in 122 patients according to 60.4%, who are considered candidates for palliative care.

Conclusion: in our population the prevalence for palliative care need in patients over 60 years old with cancer diagnosis is 60.4%.

Keywords: older adults, cancer diagnoses, palliative care.

INTRODUCCION

Planteamiento del problema

Actualmente a nivel mundial de acuerdo con la Organización Mundial de la salud, se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan de cuidados paliativos, de los cuales solo el 14 % recibe atención, con una proyección para el año 2060 de que las necesidades de cuidados paliativos aumentarían un 85%, siendo los países en vías de desarrollo como el nuestro, los que presentan un mayor déficit en la atención Paliativa.

Estas proyecciones obligan al país y a los institutos de salud a prepararse con infraestructura y personal capacitado para hacer frente, de manera inicial se debe de conocer las necesidades en cada uno de los sistemas de salud, la prevalencia actual de las necesidades de cuidados paliativos, por lo que se ha diseñado este estudio con la intención de conocer en nuestra población la prevalencia en la necesidad de cuidados paliativos de pacientes oncológicos, con una escala validada a nivel internacional y abalada por la Organización Mundial de la Salud.

Si nosotros conocemos la necesidad de atención de estos pacientes, se puede abordar de una mejor manera la planeación, en la formación del personal de salud capacitado, el empleo de recursos económicos y sobre todo la atención oportuna que actualmente los pacientes no están recibiendo. Pues actualmente no se están identificando de manera adecuada, cada día que pasa, un paciente que requiere manejo paliativo se va a casa o fallece sin haber recibido una atención apropiada, lo que también repercute sobre la dinámica familiar y social, de las personas que acompañan al enfermo durante todo el proceso, desde su diagnóstico hasta el deceso, siendo testigos del sufrimiento físico, espiritual, emocional, económico, familiar del paciente.

Por eso es tan importante conocer la prevalencia en la atención de este tipo de pacientes, pues con esta información se puede comenzar con la implantación y estructuración de un equipo de cuidados paliativos, partiendo de la evidencia, pues habremos identificado, la necesidad que impera en nuestro hospital General Regional 1. Ofreciendo así al Instituto Mexicano del Seguro Social, la información estadística, necesaria, actualizada y en población mexicana sobre la necesidad de cuidados paliativos, ya si establecer juntos un plan integral sobre el manejo adecuado de estos pacientes. De esta forma establecemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos?

ANTECEDENTES

Marco conceptual

Los cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.”¹

De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, este puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. Se origina cuando las células crecen sin control y sobrepasan en número a las células normales, pudiendo invadir órganos vecinos u distales, esto hace que al cuerpo le resulte difícil funcionar de la manera que debería hacerlo. Se entiende como paciente oncológico a aquel que ha sufrido o sufre un tumor. A causa de su condición clínica particular, el paciente oncológico necesita un enfoque multidisciplinario. ²

El Proyecto de Consenso Nacional para los Cuidados Paliativos de Calidad (NCPQPC) de las guías de cuidados paliativos norteamericanas en su 4ta edición, define los cuidados paliativos como cuidados centrados en la persona y la familia que atienden las consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, prácticas y espirituales de una enfermedad grave y brinda a las personas que viven con enfermedades graves un alivio de los síntomas y estrés de su enfermedad.³

En México se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica.⁴

Antecedentes de los cuidados paliativos.

Origen de los cuidados paliativos.

La palabra latina *Hospitium* significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba.⁵

Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares de refugio para peregrinos, los que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos.⁵

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen *Our Lady's Hospice* en Dublin y en 1905 *St Joseph's Hospice* en Londres, ambos frutos del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas.

5

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se le atribuye a la fundación del *St Christopher's Hospice* en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos en fin de vida y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes con enfermedades avanzadas e incurables, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Su fundadora, Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área.⁵

El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento. En castellano, *paliar* significa aliviar, hacer dulce. Así mismo, Inglaterra optó por nombrar Medicina Paliativa a la E que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina. En ese momento "*The Royal College of Physicians*" define Medicina Paliativa de la siguiente manera:" es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, avanzadas y progresivas, con pronóstico limitado, enfocándose en el cuidado de la calidad de vida. "⁵

En 1980 la OMS (Organización mundial de la Salud) incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.⁵

La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS data del año 2002: en su definición del 2002 se establecen como “El cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas”. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad juntamente con tratamientos específicos. El Cuidado Paliativo es un concepto amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado por médicos y otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, representantes religiosos y voluntarios.⁵

Cuidados paliativos en el mundo

En las últimas décadas desde sus inicios en Reino Unido los Cuidados Paliativos han evolucionado enormemente a lo largo del mundo. Tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr una cada vez mayor cobertura económica, asistencial y educativa hacia otras naciones. En la década de los 70 dominaba la modalidad intrahospitalaria. En los 80's se expandió la atención domiciliaria, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. Históricamente, el financiamiento de los hospicios ingleses ha sido cubierto por donaciones, hasta que en los años 90 el gobierno finalmente decide financiar parte de la atención⁵

En Estados Unidos, en 1974 se inauguró el primer hospital dedicado a cuidados paliativos del país, en Bradford, Connecticut. A mediados de los ochenta Medicare reconoce a los Cuidados Paliativos dentro de las atenciones médicas

a cubrir. La evolución de los cuidados paliativos de los norteamericanos, a diferencia de los ingleses, ha estado predominantemente centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios, tanto que para acceder al beneficio Medicare, los hospitales con servicios de medicina paliativa deben ofrecer mayoritariamente programas de atención domiciliaria en sus servicios.⁶

En 1994 los servicios tipo Paliativos atendieron a más de 340.000 pacientes oncológicos y no oncológicos y en la actualidad hay aproximadamente 2.400 programas Paliativo en Estados Unidos. La incorporación de pacientes no oncológicos a la atención fue una innovación considerada pionera en los Cuidados Paliativos a nivel mundial.⁶

Actualmente las naciones se encuentran en constante cambio, permitiendo que una subespecialidad como la Medicina Paliativa cada vez tome más el lugar que le corresponde dentro de la Ciencia Médica. Hoy en día existen numerosas asociaciones internacionales de Cuidados Paliativos y alrededor de una decena de Revistas Científicas dedicadas al tema. La investigación de nivel académico enfocada a la Medicina Paliativa ha tenido un desarrollo creciente en los últimos años.

Cuidados paliativos en México

En México, en los 60 se inició la Fundación de Clínicas de Dolor, comandada por el Dr. Vicente García Olivera quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica, a su regreso aplicó su aprendizaje con la apertura de Clínicas de Dolor e inició el entrenamiento a nuevos médicos en el Hospital General de México.⁷ En 1972 el Dr. Ramón de Lille Fuentes en el Instituto Nacional de la Nutrición y en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) de México, por el Dr. Ricardo Plancarte capacitó al Dr. Jorge Jiménez Tornero quien inició esta práctica en el hospital de Guadalajara, Jalisco, en 1991; en el Hospital General de Occidente (Zoquiapan) junto con la Dra. Dolores Gallardo Rincón. En Jalisco esta modalidad continúa en el Hospital Civil de Guadalajara (Belem) con el Dr. Óscar Sierra Álvarez. En 1988 terminó su especialidad la siguiente generación en el INCAN, egresaron: los doctores Gustavo Montejo Rosas, Guillermo Arechiga Ornelas y Silvia Allende Pérez.⁷

En 1992 en el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Menchaca) se instaló la primera Unidad de Cuidados Paliativos por el Dr. Montejo Rosas. El Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas en el Hospital General de Occidente (Zoquiapan). En 1999 en Guadalajara inició el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos. Auspiciado por la Universidad de Guadalajara. En 2000 inició el proyecto del Instituto Pali con el Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas, que pertenece a la Secretaría de Salud Jalisco.⁶ En México en 1992 la Dra. Silvia Allende instaló la primera Unidad de Cuidados Paliativos en el INCAN, siendo la primera en su tipo en la República Mexicana; lo secundaron otros centros hospitalarios de la Secretaría de Salud: Hospital General de México, Hospital Manuel Gea González de reciente creación; en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE en 2015 se creó la Unidad de Cuidados Paliativos. Actualmente varios centros estatales de la República Mexicana ya cuentan con centros de atención en cuidados paliativos.⁷

En México, la inclusión de los cuidados paliativos dentro de la Legislación Federal se presenta hasta 2009, estableciéndose en la Ley General de Salud un capítulo específico para la regulación de este tipo de atención, pues la misma legislación ya la indica como una actividad de atención médica, generando ciertas obligaciones para los médicos, personal de salud e instituciones de salud, incluyendo derechos específicos para los pacientes que se encuentren en situación terminal. En diciembre de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, Nom-011 SSA3- 2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos, acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de Cuidados Paliativos⁷

Marco legal de los cuidados paliativos.

El acceso a los cuidados paliativos es un imperativo que forma parte fundamental del derecho a la salud tutelado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

-Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. -⁸

En este contexto, el desarrollo de los cuidados paliativos en nuestro país ha experimentado un proceso de evolución normativa con el objetivo de consolidar las políticas públicas de salud en esta materia. Por ejemplo, el 5 de enero de 2009, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, destacando el “artículo 27 fracción III, donde se establece que la atención médica integral, comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación; incluyendo la atención de urgencias.”⁹

Por otra parte, el artículo 33 fracción IV, agrega dentro de las actividades de atención médica las paliativas, las cuales incluyen el cuidado general para preservar la calidad de vida del paciente a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, además de otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo profesional multidisciplinario.¹⁰

Además de los anteriores, existe un artículo segundo que crea un título octavo bis denominado “De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal”, y en las Disposiciones Comunes, el artículo 166 bis 1, fracción III establece: “los cuidados paliativos se entienden como el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo.

El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.¹⁰

El 1° de noviembre de 2013, un nuevo decreto reformó la citada ley en el artículo 138 bis 2, especificando el plan de cuidados paliativos como:

El conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función del padecimiento específico del enfermo, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control

de los síntomas asociados a su padecimiento. Puede incluir la participación de familiares y personal voluntario.

Sin omitir que dicho decreto, en el artículo 47 especifica: Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes, rehabilitación y cuidados paliativos.¹⁰

En Diciembre del 2014 se publica la norma oficial Mexicana NOM-011, “Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos.” Siendo esta de observancia obligatoria para los establecimientos de salud públicos y privados.¹¹

Esta Norma tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.¹¹

Para poder iniciar con el plan de cuidados paliativos, se deberá recabar la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en la NOM- 004 Del expediente clínico. El médico tratante tiene la obligación de ofrecer a los pacientes con enfermedad terminal el inicio de manejo paliativo.¹¹

El enfermo en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a solicitar la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio del tratamiento paliativo, en los términos de lo dispuesto por el artículo 166 bis 5, de la Ley General de Salud, por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, por esta Norma y demás disposiciones aplicables.¹¹

Los establecimientos para la atención médica que proporcionen cuidados paliativos de carácter ambulatorio u hospitalario, deberán contar con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados para el control del dolor y los síntomas asociados que generen un deterioro en la calidad de vida del enfermo en situación terminal, así como con los requisitos mínimos, establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas.¹¹

En el caso de que un enfermo en situación terminal presente una urgencia médica y exista incapacidad para expresar su consentimiento, en ausencia de un familiar, representante legal, tutor o persona de confianza, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, la decisión de aplicar un tratamiento o un procedimiento quirúrgico, será tomada por el médico tratante, el especialista que corresponda o en su caso, por el Comité de Bioética del establecimiento hospitalario.¹¹

En el 2018 se publica la Guía de manejo integral de Cuidados Paliativos, por el Consejo de Salubridad General, donde se establecen, criterios de terminalidad por patología, en adultos y pacientes pediátricos. Se plantea un modelo de implementación de cuidados paliativos. manejo sintomático escalonado. Aspectos bioéticos, marco legal, también se habla de la formación de recursos humanos.

Marco epidemiológico

Epidemiología a nivel Global

A nivel mundial se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos de los cuales el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.¹

La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.

De acuerdo con los resultados de un estudio del 2011, que involucró 234 países, dividiéndolos en territorios y regiones realizado en 2011, los servicios de

asistencia paliativa solo estaban adecuadamente integrados en 20 países, en tanto que el 42% de los países carecía de ese tipo de servicios, y un 32% adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados.¹² Una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

Epidemiología en México.

En 2019 se registraron 747 784 defunciones en todo el país de las cuales, 88 683 defunciones fueron causadas por tumores malignos lo que representa el 12% de las defunciones totales.¹³

De manera general, la distribución porcentual por sexo indica que hay más fallecimientos en mujeres (51%) que en hombres (49%) por esta causa.¹³ A nivel nacional, la tasa de mortalidad por tumores malignos para el año 2019 es de 70 defunciones por cada 100 mil habitantes. Las entidades federativas donde se ubican las tasas de defunciones por tumores malignos más altas (73.48 a 97.10) son: la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Veracruz, Nuevo León, Sinaloa y Nayarit. En contraste, las entidades que registran las tasas más bajas (50.93 a 62.44) son: Quintana Roo, Guerrero, Tlaxcala, México, Guanajuato, Chiapas, Tabasco, Aguascalientes y Puebla.¹³

La tasa de defunción por sexo se modifica conforme a la edad, en hombres mayores a 80 años es de 1 140.1 defunciones por cada cien mil hombres, y las mujeres presentan un total de defunciones de 674.43 por cada 100 mil mujeres.

¹³ En lo que respecta a los adultos mayores (60 años y más), en las mujeres la principal causa de muerte es el tumor maligno de la mama (13%), seguida por el tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (10 %); mientras en los hombres las dos primeras causas son el tumor maligno de la próstata (22%) y el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (11 %).¹³

Morbilidad

La morbilidad implica estancia intrahospitalaria secundaria a padecimientos inherentes al padecimiento de fondo, al tratamiento, complicaciones infecciosas, manejo de síntomas. El cáncer de mama constituye la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos entre la población de 20 años y más, con 24 de cada 100 egresos hospitalarios para este grupo, estos tumores

malignos representan 37 de cada 100 egresos.¹³El cáncer de órganos genitales es la segunda causa de morbilidad hospitalaria (21%) en la población de 20 años y más. Por otra parte, el cáncer de órganos digestivos es la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos entre los varones (23%), mientras en las mujeres ocupa el tercer lugar (12 por ciento).¹³

A partir del 2017 se observa que las tasas de morbilidad para los principales tipos de cáncer, de manera general, tienen su valor más alto a partir de los 60 años de edad. La tasa de morbilidad más alta en los hombres se observa en el grupo de 75 a 79 años para los que padecen cáncer de órganos genitales (230.24 egresos hospitalarios por cada 100 mil hombres en ese grupo de edad); para las mujeres, la tasa más alta se ubica en el grupo de 60 a 64 años y es por cáncer de mama (290.34 egresos hospitalarios por cada 100 mil mujeres de dicho grupo de edad).¹³

Papel de la familia en el enfermo con necesidades paliativas.

Si se habla de atención en cuidados paliativos, se tiene que hablar sobre los cuidadores principales de los pacientes, pues ser cuidador de un paciente terminal es un reto, asumir este rol implica costo emocional, social, físico, económico, que puede impactar sobre la calidad de vida del paciente, así como un riesgo alto de duelo complicado y malestar emocional. Se realizó una cohorte en Alemania en el 2015 donde se buscaban las características; socioeconómicas, síntomas, y estatus general en los cuidadores principales de pacientes terminales adultos. Se encontró que un bajo nivel socioeconómico se asoció a un aumento en los niveles de angustia, así como ser pareja del enfermo, resultó en altos niveles de dolor emocional y depresión previos a la pérdida del paciente. Si se identifica de manera oportuna a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos, no solo ellos resultarían beneficiados si no también su entorno familiar.¹⁴

Los Cuidados Paliativos en Adultos Mayores

La clínica Mayo a través de un artículo de revisión del 2019 nos abre el panorama sobre los cuidados paliativos en la medicina Geriátrica, estableciendo

particularidades de otros grupos etarios como son: Los cuidados paliativos geriátricos requieren de la intervención multidisciplinaria, con el fin de brindar atención integral a los adultos mayores con enfermedades graves. Los adultos mayores tienen necesidades únicas en cuidados paliativos comparados con otros grupos etarios, difieren en prevalencia, intensidad de síntomas, presentan de manera más común problemas neuropsiquiátricos, mayor necesidad de apoyo social, espiritual, religioso, cultural, médico y ético complejo. Los equipos de cuidados paliativos pueden ser flexibles, adoptar formas de acuerdo con los objetivos del paciente y su familia.¹⁵

El Proyecto de Consenso Nacional para los Cuidados Paliativos de Calidad (NCPQPC) de las guías de cuidados paliativos Norteamericanas en su 4ta edición, define los cuidados paliativos como cuidados centrados en la persona y la familia que atienden las consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, prácticas y espirituales de una enfermedad grave y brinda a la personas que viven con enfermedades graves un alivio de los síntomas y estrés de su enfermedad, estableciendo 8 dominios principales en la atención paliativa, que se ajustan a nuestra población de manera especial: 1. estructura y procesos de atención, 2. Aspectos físicos, 3. Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la atención, 4. Aspectos sociales, 5. Aspectos espirituales, religiosos y existenciales, 6. Aspectos Culturales, 7. Aspectos éticos y legales.³

Las características propias de los pacientes de edad avanzada se reflejan en las diferentes necesidades que tienen en comparación con los pacientes jóvenes. Los pacientes geriátricos experimentan de manera distinta los síntomas físicos, tanto en términos de prevalencia como manifestaciones. Los aspectos espirituales son un punto clave, pues los pacientes geriátricos hospitalizados tienden a ser religiosos; Un estudio de 1998 de pacientes mayores de 60 años hospitalizados encontró que más de la mitad rezaba diariamente, el 85% tenía creencias religiosas intrínsecas y casi la mitad informo que la Fe, era el factor más importante para hacer frente a los problemas de salud, siendo este un factor fundamental para la atención de nuestros pacientes, la mayoría de los pacientes no recibieron atención espiritual. ¹⁶

Otro aspecto importante es la atención cultural, pues el paciente cuenta con creencias, valores, expectativas, practicas, un estilo de vida propio que se debe de respetar en lo posible hasta el final de sus días, estos y los demás puntos establecidos por el NCPQPC con un enfoque geriátrico, son muy importantes para los pacientes en el manejo multidisciplinario, pues no solo se trata de quitar el dolor, si no una atención integral en todas las esferas humanas.¹⁵

Instrumentos que permiten identificar pacientes con requerimiento de cuidados paliativos

Inicialmente los cuidados paliativos se centraron en la atención de enfermos con Cáncer en situación Terminal, sin embargo, con el transcurso del tiempo esto ha ido evolucionando, introduciéndose conceptos más flexibles e incluyentes como el de: "Enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado o de situaciones de enfermedad avanzada-terminal (SEAT).¹⁷

En el 2007 el Ministerio de Sanidad Español publicó una estrategia para el desarrollo de un sistema sanitario que incluyera los cuidados paliativos, con formación de programas específicos que proporcionen, la formación básica a todos los profesionales de la salud.¹⁸

En Reino Unido, lugar donde se originaron los cuidados paliativos es pionero en este tipo de programas y cuenta con un sistema de atención llamado Gold Standards Framework (GSF) que desarrolló un instrumento denominado Prognostic Indicator Guidance (PIG) que en conjunto con el Supportive and Palliative Care Indicators Tool Escocés (SPICT™), proponen parámetros fijos, útiles para la identificación de pacientes candidatos a recibir cuidados paliativos.¹⁷

De estos antecedentes y de estas guías es donde nace el proyecto NECPAL (NEcesidades PALiativas), el cual es una adaptación de EL PIG Y SPICIT, con traducción al castellano, adaptación cultural, reformulación, adaptación clínica, entre otras, teniendo como primer campo de estudio en Cataluña, el cual estableció la prevalencia en población general y algunas poblaciones especiales de necesidad de atención paliativa¹⁷.

El proyecto NECPAL CCOMS-ICO, ha sido elaborado por iniciativa del Observatorio "QUALY" que es el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Programas Públicos de Cuidados Paliativos y el Instituto Catalán de oncología. El instrumento NECPAL CCOMS-ICO consiste en una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, combina evaluaciones de percepción (pregunta sorpresa), demanda, necesidades percibidas, con parámetros medibles. Su utilidad más relevante del NECPAL o de los instrumentos similares es la de identificar de manera precoz a las personas con necesidad de atención paliativas, su objetivo no es establecer un pronóstico, ni limitar la terapéutica que se pueda ofrecer a los pacientes.¹⁹

Este instrumento se divide en 4 bloques principales: el primero es la percepción subjetiva; la pregunta sorpresa, donde se pregunta al Médico tratante si le sorprendería que el paciente falleciera en los próximos 12 meses, si la respuesta es SI, termina el cuestionario y ya no es candidato para seguir, sin embargo, si la pregunta es NO, se continua con la valoración. La segunda parte del cuestionario evalúa la demanda y necesidades percibidas del paciente, familiares u otro miembro del equipo médico. La tercera parte corresponde a criterios de severidad, evolutivos, de progresión de la enfermedad, síndromes geriátricos, aspectos emocionales, comorbilidades. La cuarta parte corresponde a indicadores específicos para cada enfermedad. Se considera un resultado positivo cuando cuenta con una respuesta positiva (que corresponde a responder "NO") a la pregunta sorpresa + al menos otro criterio positivo de los demás segmentos.²⁰Una vez identificados los pacientes con necesidades de atención en cuidados paliativos, uno de los objetivos es mejorar la atención de estas personas de manera integral, multidimensional y centrada en la persona. Se tienen que diseñar medidas y protocolos de mejora en la atención paliativa, determinar la prevalencia, la identificación temprana, atención a los cuidadores, trabajo en equipo, y formación de personal médico especializado en atención paliativa.²⁰

Fundamentación Teórica

Antecedentes de estudios reportados en la literatura que identifican la prevalencia de requerimiento de cuidados paliativos.

De los aspectos más importantes para los cuidados paliativos es saber identificar de una manera, oportuna y adecuada, cuáles son los pacientes que requieren de manejo paliativo. Pues muchas veces pasan desapercibidos en la población general, en centros de retiro y hasta en centros hospitalarios.

A lo largo de la historia desde el inicio en Inglaterra de los llamados Hospicios, se busca de manera oportuna y estandarizada, identificar a los pacientes que son candidatos a este tipo de cuidados, en los últimos años se ha volteado a ver además de los pacientes oncológicos a pacientes con enfermedades de tipo crónico degenerativas, infecciosas, autoinmunes, que requieran de cuidados paliativos, por lo que se han hecho múltiples estudios con el propósito de identificar la necesidad de Cuidados paliativos entre los pacientes hospitalarios sigue siendo un tema de investigación insuficientemente investigado

Se realizó un estudio epidemiológico en el Centro Médico Universitario de Freiburg, Alemania, sobre la identificación de pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas que necesitaban cuidados paliativos, se analizaron 39,849 pacientes, se identificó que el 6.9% de los pacientes tenían necesidades de cuidados paliativos, y que solo 56 de ellos (2%) los recibieron. El análisis de regresión demostró que los pacientes mayores, sin familia, con cáncer metastásico y cirrosis hepática son los que mayor riesgo tienen de requerir Cuidados paliativos. Dado el envejecimiento de la población y el aumento asociado en el número de pacientes que requieren cuidados paliativos, es crucial detectar las necesidades de cuidados paliativos en pacientes hospitalarios con enfermedades limitantes de la vida tanto cancerosas como no cancerosas²¹

En otro estudio se buscó encontrar la prevalencia y las características de los pacientes que necesitan cuidados paliativos en la población general, en Cataluña España en la comarca de Osona, la cual cuenta con 156,807 habitantes de los cuales el 21.4% son mayores a 65 años. Se seleccionaron pacientes al azar, hospitalizados y residentes de acilos, con una población de estudio de 51, 595 habitantes, a los cuales se les aplicó el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO too,

de manera general con los siguientes resultados de acuerdo con el lugar donde fueron entrevistados; en población general 1.5%, atención primaria 66.8%, asilos 19.7%, centro de asistencia social 7%. Con respecto a la población con cáncer entrevistada el 73.6% presentaba necesidades de atención paliativa. De las enfermedades más comúnmente encontradas fueron como afección principal: 31,3% de fragilidad avanzada, 23,4% de demencia, 12,9% de cáncer (proporción de cáncer / no cáncer = 1/7), por lo tanto, se cree que la identificación temprana de los pacientes y la determinación de su prevalencia es la piedra angular de las políticas de salud pública en cuidados paliativos.²²

Existe un estudio Argentino similar a lo que se planea hacer con nuestra investigación, el cual fue realizado por la Universidad de Buenos Aires, anteriormente este mismo grupo intentó realizar un estudio piloto similar en 2012 en el hospital Milstein, en el cual se encontró que el 73.4% de los pacientes hospitalizados tenían enfermedades crónicas avanzadas con NECPAL positivo, considerándose candidatos a recibir manejo paliativo, sin embargo no se contaba con dicho servicio, por lo que se dieron a la tarea de recabar más evidencia sobre el déficit. Realizando un estudio con una población de 704 pacientes utilizando como instrumento de medición para considerar candidatos a cuidados paliativos el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO, teniendo como hallazgo un 29.5% de NECPAL positivos sobre el total explorado, algo inferior a lo encontrado en España lo cual onda en frecuencias del 45%, otro hallazgo fue que de estos pacientes 3 de cada 4 (72.1%) con enfermedades crónicas avanzadas con NECPAL positivo, tenía necesidades no satisfechas de medicina paliativa, esto representa el 21.3% del total de su población estudiada. Con respecto a la población mayor a 65 años la proporción de necesidad de cuidados paliativos es del 8.0% comparada con población más joven en la cual esta proporción solo es del 1.5%²³

En España se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal realizado en pacientes institucionalizados con diagnóstico de enfermedades crónicas evolutivas avanzadas en la residencia de mayores llamadas: "Paseo de la cuba" de Albacete, de Mayo a Noviembre del 2013, en un total de 130 residentes con una edad media de 84 años, con enfermedades crónicas se les aplico el

cuestionario NECPAL CCOMS-ICO. De estos 130 sujetos de estudio, 129 respondieron de manera negativa a la pregunta sorpresa, continuando así con la evaluación, de estos pacientes que continuaron con la evaluación, un 16.2% (n=21) contaba con un diagnóstico oncológico y de estos un 95.2% (n=20) obtuvieron una prueba NECPAL positiva, los cuales los hacía candidatos a recibir cuidados paliativos, obteniendo así una prevalencia en necesidad de cuidados paliativos en pacientes con diagnóstico oncológico del 95.2%²⁴

Otro estudio Español de tipo observacional transversal realizado en pacientes hospitalizados en el hospital de Manacor, Mallorca España, con una media de edad de 74,03 +-10,25 años, donde se utilizó el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO con la intención de detectar la necesidad de atención paliativa, obteniendo una prevalencia de necesidad de Cuidados paliativos del 23.28%, de manera general.²⁵

Nuevamente en España se realizó el presente estudio relacionado con el tema, de tipo observacional, descriptivo y transversal realizado en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de la Ciudad de Zaragoza España, fue realizado en pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas avanzadas, en un periodo de tiempo del 1 de mayo del 2017 hasta el 1 de septiembre del 2017, con la intención de identificar si los pacientes crónicos avanzados que egresan del servicio de Medicina Interna cumplen con criterios de necesidad de atención paliativa al momento de su alta según el instrumento NECPAL-CCOMS.ICO. La muestra fue de 142 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: diagnósticos de enfermedades crónicas evolutivas avanzadas (no solo pacientes con diagnósticos oncológicos) con un índice de Carlson >3. Se obtuvieron datos bastante interesantes de estos 142 pacientes egresados del servicio de medicina interna, 132 (93.9%) obtuvieron un NECPAL +, siendo candidatos a recibir cuidados paliativos, la patología con más prevalencia fue la enfermedad cardíaca crónica con un total de 95 pacientes, de los cuales 89 pacientes que representan el 93.6% cumplieron con criterios de inclusión, En el caso de la Enfermedad pulmonar crónica el total de los pacientes egresados cumplieron con criterios de inclusión, en el caso de Enfermedad oncológica solamente se

estudiaron 24 pacientes de los cuales 21 (87.5%) cumplió criterios de inclusión, así mismo se encontró que en más del 90% de los pacientes hubo presencia de síndromes geriátricos. Con el análisis de estos resultados se puede comentar que muchos de los pacientes egresados cumplen con criterios de inclusión a cuidados paliativos, y que estos deben formar parte de la atención cotidiana en los centros de pacientes con enfermedades crónicas, identificando así de manera oportuna quienes requieren de manejo paliativo y así a su egreso en el caso de este estudio, referirlos a donde corresponda.²⁶

En los estudios y bibliografía previamente analizada, se han identificado prevalencias altas en la necesidad de cuidados paliativos, así como déficit en su identificación oportuna, y por lo tanto si un paciente no es identificado como candidato a recibir cuidados paliativos, lamentablemente termina sus días sin recibir una atención adecuada. Actualmente hay proyecciones que calculan que para el año 2060 las necesidades en el mundo de cuidados paliativos aumentaran un 85%, lo que nos abre el panorama sobre la urgencia de la cual habla la OMS sobre potenciar los cuidados paliativos a todos los niveles, así como la formación de personal sanitario y el desarrollo de investigación en esta área.²⁷

HIPOTESIS

Hipótesis general

La prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos en el Hospital General Regional 1 es mayor al reportado en la literatura.

Hipótesis estadísticas

Para hacer el planteamiento de las hipótesis estadísticas consideramos los datos provenientes de España, en donde la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes oncológicos es del 73% de acuerdo con el estudio: Gómez-Batiste X¹⁷

Hipótesis nula

El 73% o menos de los pacientes con cáncer tienen requerimientos de cuidados paliativos

Hipótesis Alterna

Más del 73% de los pacientes con cáncer tienen requerimientos de cuidados paliativos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

Objetivos específicos

No aplica

5.- Justificación

5.1. Originalidad

Primer estudio en México sobre la necesidad de atención por cuidados paliativos en adultos mayores en México utilizando la escala previamente validada en idioma español NECPAL

5.2. Magnitud

La alta prevalencia de cáncer en México, y que se desconoce la necesidad específica de atención a cuidados paliativos

5.3. Trascendencia

Los resultados permitirán justificar continuar con esta línea de investigación, así como el diseño e implementación de programas de cuidados paliativos.

5.4. Factibilidad

El presente estudio es factible ya que contamos con el servicio de hospitalización para pacientes oncológicos, servicio de psiquiatría, servicio de nutrición, clínica del dolor, psicología, rehabilitación y geriatría, al formar una clínica de cuidados paliativos todos estos servicios estarían coordinados encaminados a la atención integral de los pacientes que requieran cuidados paliativos.

6. Planteamiento del problema

En México en el 2019 las defunciones por tumores sólidos representaron el 14% del total de las defunciones, a nivel internacional se ha reportado que aproximadamente 40 millones de personas anualmente cuentan con requerimientos de cuidados paliativos y de estos solo el 14% lo recibe, en nuestro hospital no existe como tal un servicio de cuidados paliativos por lo que decidimos realizar un estudio de investigación que permita determinar la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos encaminado a proponer la creación de un servicio de cuidados paliativos para la atención integral de estos pacientes y no solo de manejo del dolor. En nuestro país no se encuentran reportados estudios de prevalencia de necesidad de cuidados paliativos, nuestros resultados podrían ser aplicados en el resto del país.

6.1. Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos?

Material y Métodos

Diseño de estudio

Transversal descriptivo

Características del diseño de estudio

Observacional retro lectivo

Lugar

Servicio de Geriátría del HGR 1 IMSS Querétaro

Tiempo.

Marzo a octubre de 2021

Universo de estudio

Adultos mayores de 60 años derecho habientes y usuarios del HGR1 Querétaro

Población Blanco

Adultos mayores de 60 años derecho habientes y usuarios de los servicios de oncología medica

Unidad de observación

Paciente

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

1-Adultos mayores de 60 años con diagnóstico de tumor solido maligno confirmado

por biopsia en seguimiento por la consulta externa de oncología

2-Pacientes que acepten participar en el estudio con previa firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Pacientes con diagnóstico de cáncer hematológico

2.Pacientes con diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas en etapa terminal

Criterios de eliminación

1. pacientes que a pesar de haber firmado el consentimiento informado desistan de participar en el estudio

Tamaño de muestra

Para hacer el cálculo del tamaño de muestra consideramos la prevalencia más alta de requerimientos de cuidados paliativos reportada en la literatura que es del 73% también consideramos una población de 613 pacientes activos mayores de 60 años y en seguimiento en el servicio de oncología cuyo dato fue proporcionado por la Coordinación de información y Análisis estratégico de la jefatura de servicios de prestaciones médicas del estado de Querétaro. Se utilizo la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra para determinar una prevalencia en población infinita y posteriormente ajustada a población finita.

Desarrollo del calculo del tamaño de muestra

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p) (q)}{d^2}$$

N= numero de sujetos estudiados

Za= 1.96

p= 0.73

q= 1-p = 0.27

d= 0.05

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.73) (0.27)}{0.05^2}$$

$$N = \frac{(3.8416) (0.1917)}{0.0025}$$

$$N = \frac{0.7571}{0.0025}$$

N=302

Son 302 individuos para estudiar asumiendo que la población es infinita sin embargo solo son 613 pacientes son los que se encuentran en seguimiento de oncología por lo que se aplica la formula para ajuste en una proporción finita.

$$N = \frac{n^1}{1+(n^1/\text{población})}$$

n¹= 302

población= 613

$$N = \frac{302^1}{1+(302^1/613)}$$

N= 302

1+(0.492)

N= 302

1.492

N= 202

El número total de sujetos a estudiar será de 202

Muestreo

Aleatorio simple, de los pacientes que acuden a consulta se seleccionaran por método aleatorio simple utilizando el programa SPSS a 5 pacientes mayores de 60 años por día hasta completar el tamaño de la muestra

Variables

Variable de estudio

-Prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos.

Variables que describen la población de estudio

- Edad
- Sexo
- Diagnostico oncológico
- Comorbilidades
- ocupación
- Estado civil
- Escolaridad
- Funcionalidad
- Cognición
- Sintomatología
- Dinámica familiar
- Síndromes Geriátricos

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Unidad de medición	Análisis estadístico
Requerimiento de cuidados paliativos	Necesidad de un individuo con diagnóstico oncológico de recibir cuidado integral que incluye no solamente el tratamiento oncológico sino también de otras dimensiones como , afectiva, funcional, manejo de dolor, síntomas asociados a los tratamientos ,	Pacientes que sean candidatos a cuidados paliativos de acuerdo con el cuestionario o NEC-PAL CCO Siendo positivo con respuesta positiva a la pregunta sorpresa	Cualitativa nominal dicotómica	Si requiere No requiere	Número absolutos Porcentajes y prevalencia
Edad	Tiempo transcurrido entre	Edad reportada por el	Cuantitativa discreta	Años	Media y desviación

	nacimiento de un sujeto y el momento actual	sujeto de investigación al momento de la entrevista			ón estándar
Sexo	Condición física que diferencia a hombres de mujeres	Sexo reportado por el sujeto de investigación al momento de la entrevista	Cualitativa dicotómica	Hombre/mujer	Números absolutos y porcentajes
Diagnostico oncológico	Diagnóstico clínico confirmado por biopsia de enfermedades oncológicas	Tipo de cáncer diagnóstica y confirmado por biopsia consignado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Órgano solido específico de la localización del tumor	Números absolutos y porcentajes
Comorbilidades	presencia de uno o más trastornos crónico-degenerativos además de la	Enfermedades crónico-degenerativas consideradas en el	Cualitativa nominal	Enfermedades crónico-degenerativas específicas	Números absolutos y porcentajes

	enfermedad o trastorno primario	expediente clínico que no sean parte de el tumor primario			
Ocupación	Actividad principal a la que dedica el individuo la mayor parte de su tiempo	Ocupación reportada por el sujeto de investigación al momento de la entrevista	Cualitativa nominal	Ocupación específica reportada	Número absoluto y porcentajes
Estado civil	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o	Estado civil reportado por el sujeto de investigación al momento de la entrevista	Cualitativa nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Concubinato	números absolutos y porcentajes
Escolaridad	Grado máximo de estudios académicos de un individuo.	Escolaridad reportada por un individuo al momento	Cualitativa nominal	Escolaridad específica reportada	Números absolutos y porcentajes

		de la entrevista			
Funcionalidad	Conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno	Grado de dependencia de acuerdo con puntuación obtenida en escalas Barthel y Karfonosky	Cuantitativa discreta	Puntos en la escala, de acuerdo a ellos se clasificará en: Dependencia leve >60 /100 Dependencia moderada 40-55/100 Dependencia severa 20-35/ 100 Dependencia total <20/100	Números absolutos y porcentajes
Evaluación cognitiva	La cognición es la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el	Puntaje y clasificación en deterioro cognitivo leve u severo de acuerdo con escala mini mental	Cuantitativa discreta	Puntos. Se dicotomizar a en ≥ 24 normal < 24 demencia.	Números absolutos y porcentajes

	<p>conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información.</p>				
<p>Evaluación de los síntomas</p>	<p>Un síntoma es un dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente, su evaluación consiste en otorgar un valor significativo de acuerdo con cada paciente.</p>	<p>Pacientes oncológicos con presencia de síntomas persistentes se evalúan su magnitud de acuerdo con el cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton ESAS</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>Evaluación de los síntomas en una escala numérica de 0-10, siendo 0 ausencia del síntoma y 10 la máxima expresión</p>	<p>Números absolutos y porcentajes</p>

Evaluación del malestar emocional	Las emociones son reacciones complejas que todos experimentamos hacia situaciones específicas, su evaluación consiste en intentar cuantificar estas reacciones.	Pacientes que se encuentren con alteraciones en sus emociones valorados de acuerdo con el cuestionario de: Detección de malestar emocional DME del grupo SECPAL	Cualitativa nominal	Evaluación numérica subjetiva del malestar emocional en un rango de puntuaciones del 0-20, siendo un resultado positivo con una puntuación >5.	Número absoluto y porcentajes
Valoración familiar	Se llama familia a la unidad funcional de la sociedad, grupo de personas que convive y tiene un proyecto de vida en común, su valoración	Pacientes que presenten alteración en su dinámica familiar, evaluados mediante la escala de valoración familiar APGAR.	Cualitativa nominal	Evaluación numérica con un puntaje máximo de 20, siendo positivo para disfunción familiar <16puntos.	Número absoluto y porcentajes

Presencias de síndromes Geriátricos	Presencia de uno o más síndromes geriátricos	Síndromes geriátricos previamente diagnosticados u diagnosticados de Novo durante la valoración actual.	Cualitativa nominal	Se considera positivo con la presencia de 2 o más síndromes geriátricos diagnosticados.	Números absolutos y porcentajes
--	--	---	---------------------	---	---------------------------------

Procedimiento

Se acudió a la consulta externa, donde de acuerdo con el listado diario se seleccionaron pacientes mayores de 65 años de forma aleatoria simple usando el programa SPSS, se les invito a participar en el estudio del Hospital General Regional no 1. en búsqueda de pacientes con diagnóstico oncológico de tumor sólido, mayores de 60 años que al contestar la encuesta NECPAL CCOMS-CO 3.1, cumplieron con los criterios de inclusión aceptaron participar en el estudio firmando la carta de consentimiento informado, y se determino la prevalencia de la necesidad de cuidados paliativos en este grupo de pacientes, utilizando de manera principal como instrumento de inclusión a cuidados paliativos llamado NECPAL CCOMS-CO 3.1, de la cual para completar se necesito calcular las siguientes escalas, Karnofsky, funcionalidad con índice de Barthel, evaluación cognitiva mediante minimental (MMSE), escala de fragilidad clínica de Rockwood, Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS), Detección de malestar emocional (DME), Valoración familiar mediante APGAR familiar, Evaluación de deterioro global GDS, Criterios de CAM para diagnóstico de delirium.

Ya que fueron identificados los pacientes que cumplieron con un NECPAL CCOMS-CO 3.1 positivo, los cuales fueron candidatos a recibir cuidados

paliativos, se enviaron al área correspondiente del hospital, como manejo del dolor, nutrición, psicología, psiquiatría, con el fin de ofrecer al paciente una atención adecuada.

Aspectos éticos

En relación a los aspectos éticos se respeta el principio de autonomía ya que se les dio a los pacientes una carta de consentimiento informado en donde se les explico en que consiste el estudio y ellos tuvieron la libertad de aceptar u no el estudio incluso aun firmada la carta de consentimiento tendrían la capacidad de decisión de renunciar a participar en el estudio en caso de que los pacientes no hubiesen deseado participar en el estudio no se verían afectadas las prestaciones a las que tienen derecho por ser derechohabientes, se tomó en cuenta el respeto de autonomía de beneficencia y no maleficencia al momento en el que se identificó una necesidad de cuidados paliativos en torno a dolor se envió a clínica del dolor, en otros aspectos se canalizaron a la clínica de geriatría para su atención de forma integral. Se respeto el principio de no maleficencia pues se trata de un estudio observacional donde los investigadores no realizamos ninguna intervención.

En relación con el principio de justicia al hacer una selección aleatoria de los pacientes todos los participantes tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio independientemente de su etnia, creencias religiosas, afinaciones políticas, sexo, preferencias sexuales.

Los resultados son tratados con confidencialidad al momento del llenado de la base de datos, donde se asignó un código aleatorio integrado por 4 dígitos en el cual no se permita la identificación de los sujetos de investigación, esta base de datos esta a cargo del Dr. José Juan García Gonzales y son guardados en la computadora institucional asignada la cual cuenta con una clave personal para su ingreso, que se cambia cada 2 semanas y se resguardara por 7 años, en caso de publicación de los resultados de ninguna manera se dará a conocer la identidad de los sujetos participantes.

Recursos económicos

Se usaron los recursos propios de los investigadores

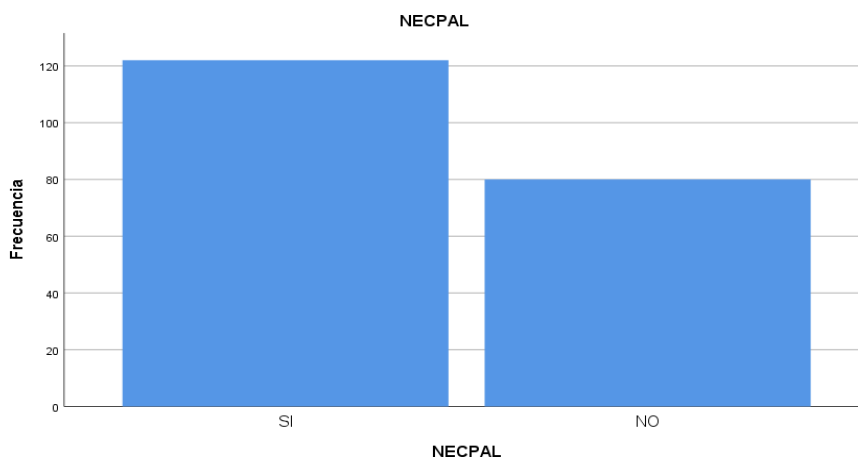
RESULTADOS

Se entrevistaron 202 pacientes, de los cuales 89 fueron hombres que corresponde al 44.1%, mujeres fueron 113 que corresponde al 55.9% de la muestra. Con edades entre los 60-98 años con una edad media de 72.3 años. Se aplicó a estos pacientes el cuestionario NECPAL CCOMS-CO3.1, el cual nos ayuda a discernir entre los pacientes que son candidatos a recibir cuidados paliativos y los que no, obteniendo los siguientes resultados: de los 202 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario, en 122 pacientes se obtuvo un resultado positivo, lo que traduce que un 60.4% de los pacientes son candidatos a recibir cuidados paliativos.

Tabla 1. Candidatos a cuidados paliativos de acuerdo con NECPAL CCOMS-CO 3.1

	Total (n=202)
NECPAL +	122(60.4%)
NECPAL-	80(39.6%)

Figura 2. Candidatos a cuidados paliativos de acuerdo con NECPAL CCOMS-CO3.1



Fuente: Base de datos del protocolo de investigación. Prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

DISCUSION DE RESULTADOS

A nivel mundial se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan de cuidados paliativos. Y de acuerdo a la OMS se calcula que para 2060 las necesidades en el mundo de cuidados paliativos aumentaran un 85%.

Debido a las altas necesidades de atención paliativa en la población, al aumento en la esperanza de vida, y al aumento en las enfermedades de tipo crónico degenerativas es indispensable contar con este tipo de manejo, en cada uno de los niveles de atención del país, para esto es necesario establecer en la prevalencia de la necesidad de atención paliativa en nuestra población, comenzando por los pacientes con enfermedades oncológicas, los cuales son los que de manera habitual demandan este tipo de atención.

En este estudio se demuestra la alta necesidad de atención paliativa en los pacientes de consulta externa con diagnósticos oncológicos, se detectaron 122 pacientes que cumplían criterios de ingreso a manejo paliativo, de los 202 entrevistados lo cual corresponde a un 60.4% de necesidad de atención paliativa, de los cuales ninguna de estas se encuentra satisfecha ya que no se cuenta con este servicio dentro de la Delegación Querétaro.

El resultado obtenido se mantiene congruente con respecto a otros estudios similares realizados, por ejemplo en el estudio realizado en Cataluña España en la comarca de Osona por Dr. X.Gomez, en pacientes hospitalizados y residentes de acilos, donde se encontró una necesidad de atención paliativa en el 73.6% de los pacientes con cáncer, una cifra cercana al 60.4% encontrada en nuestra población la diferencia puede radicar en el tipo de población estudiada, aunque los 2 estudios tomaron en cuenta a personas con diagnósticos oncológicos, uno

fue realizado en un ambiente más hostil como hospitalización y asilos, mientras que el otro fue en pacientes de consulta externa los cuales de manera habitual habitan en sus casas.²²

Otro estudio español realizado en Mallorca España, En pacientes hospitalizados de manera general, detecto una prevalencia de cuidados paliativos del 23.28%, cifra menor a lo encontrado por nosotros, sin embargo se tendrá que tener en cuenta que en este estudio no se realizó de manera exclusiva en pacientes oncológicos, lo cual pudiera explicar la menor incidencia encontrada. ²⁵

Nuevamente en España en el Hospital Clínico de la ciudad de Zaragoza, fue realizado un estudio, en pacientes egresados del servicio de medicina interna por diversas patologías a los cuales a su egreso se aplicó el cuestionario NECPAL-CCOMS, de los 142 pacientes egresados contemplados en este estudio, 132 pacientes lo que corresponde al 93.9% obtuvieron un NECPAL positivo, una cifra mayor a la encontrada por nosotros, la diferencia en frecuencia, pudiera estar determinada por la población estudiada, pues estos son pacientes recién egresados de hospitalización, y fue un estudio que no se realizó de manera exclusiva en pacientes oncológicos.²⁶

CONCLUSIONES

La prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en Adultos Mayores con diagnósticos oncológicos, que asisten a consulta externa es de 60.4% en nuestra población, siendo menor en 13.2% a la reportada en el estudio similar más grande reportada en la bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹Organizacion Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra Suiza: Cuidados Paliativos [Update 2021;cited 6 Mayo 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Organizacion Mundial de la Salud, 2021)
- ²American Cancer Society [Internet].USA: ¿Que es el Cancer?[Uptodate 26 Octubre 2020;cited 5 Mayo2021].Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html> (American Cancer Society, 2020)
- ³ Ferrell BR , Twaddle ML , Melnick A. Las directrices nacionales del proyecto de consenso de práctica clínica para guías de cuidados paliativos de calidad, 4ª edición . J Palliat Med. 4 2018 ; 21 (12): 1684-1689. doi.org/10.1080/21548331.2019.1703707
- ⁴ Pensionissste [Internet]. Mexico: Dia del Adulto Mayor[Update 25 de Agosto 2017;cited 6 Mayo2021].Available from:<https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20se%20considera%20Adulto,metas%20familiares%20profesionales%20y%20sociales.> (Pensionissste, 2017)
- ⁵ Del Rio MI. y Palma A. Cuidados paliativos historia y desarrollo.Boletin Escuela de Medicina UC, Pontificia Universidad Catolica de Chile, 2007; 32 (1):16-22. (A, 2007)
- ⁶ Morrison, R., Maroney-Galin, C.,Kralovec, P., y Meier, D. “TheGrowth of Palliative Care Programs in United States Hospitals”, Journal Of Palliative Medicine, 2005; 8(6):. 1127-1134 (Morrison, 2005)
- ⁷ Domínguez-Marín AD. Cuidados paliativos sus orígenes y su llegada a México. Rev Hosp Jua Mex. 2016;83(3):64–65. (AD., 2016)
- ⁸ Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Diario Oficial de la Federación 8 de Mayo 2020. (Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4 de la constitucion politica de los Estdos Unidos Mexicanos, 2020)
- ⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Inclusión de Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Ciudad de México, 2015. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/noticias/doc/20150413_04.pdf Consultado 28 de mayo del 2018
- ¹⁰Consejo de Salubridad General. Guia de Manejo Integral de Cuidados Paliativos;2018. [Consultado 6deMayo2021].Disponible:http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidado_paliativos_completo.pdf (General., Consejo de Salubridad, 2018)
- ¹¹ Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014 [en línea]. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a traves de cuidados paliativos. Diario Oficial de la federacion, 9 Diciembre 2019[consulta: 6 mayo 2021] Disponiblen:https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#:~:text=Esta%20Norma%20tiene%20por%20objeto,fin%20de%20contribuir%20a%20proporcionarles (Norma Oficial Mexicana NOM-011, 2014)
- ¹² Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management*, 2013 45(6), 1094–1106. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.0> (Lynch, 2013)
- ¹³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Internet].México. Estadística a propósito del día mundial contra el Cáncer Comunicado de prensa num.105/21 [update 4 feb 2021; cited 6 may 2021] Available from:<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6338> (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021)
- ¹⁴ Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Bro F, Guldin MB. Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer*. 2016 Jul;24(7):3057-67. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7 (Nielsen MK, 2016)
- ¹⁵ Santivasi WL, Partain DK, Whitford KJ. The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. *Hosp Pract*,2020 Mar;48(sup1):37-47. doi: 10.1080/21548331.2019.1703707. (Santivasi WL, 2020)
- ¹⁶ Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998 Apr;13(4):213-24. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199804)13:4<213::aid-gps755>3.0.co;2-5. (Koenig HG, 1998)

-
- ¹⁷ Gomez-Batiste X, Martínez-Muñoz M. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPALCCOMSICO. *Medicina Clínica*, 2013;140(6):241245. doi.org/10.1016/j.medcli.2021.06.027 (Gomez-Batiste X, 2013)
- ¹⁸ Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lepeña-Monux. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: validation of the Spanish version of palliative care Quiz for nurses. *PloS ONE*, 2017;12 (5):e0177000. doi.org/10.1371/journal.pone.0177000 (Chover-Sierra E, 2017)
- ¹⁹ Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, O'Espaulella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. [update nov 2011; cited 11 jun 2021] Available from: <http://www.iconcologia.net> (Gomez_Batise X, 2011)
- ²⁰ Gómez-Batiste X, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.1. Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. [update 2017; cited 11 jun 2021] Available from: http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programes/programes_necpal/
- ²¹ Meffert C, Rücker G, Hatami I, Becker G. Identification of hospital patients in need of palliative care--a predictive score. *BMC Palliat Care*. 2016 Feb 22;15:21. doi: 10.1186/s12904-016-0094-7. PMID:26906043; PMCID: PMC4763405 (Meffert C, 2016)
- ²² Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espaulella J, Espinosa J, Constante C, Mitchell GK. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014 Apr;28(4):302-11. doi: 10.1177/0269216313518266. Epub 2014 Jan 8. PMID: 24403380. (Gómez-Batiste X, 2014)
- ²³ Tripodoro V, Rynkiewicz M, Llanos V. Atención Paliativa en personas con Enfermedades Crónicas avanzadas. *Medicina (Buenos Aires)* 2016;76:139-146 (Tripodoro V, 2016)
- ²⁴ De la Rica, Escuin, M. Necesidad de atención paliativa a residentes institucionalizados con enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado. *Medicina Paliativa*, 2016; 23(4), 183–191. doi:10.1016/j.medipa.2014.04.004 (Rica, 2016)
- ²⁵ Rodríguez-Calero, M. Á., Julià-Mora, J. M., & Prieto-Alomar, A. *Detección de necesidad de atención paliativa en una unidad de hospitalización de agudos. Estudio piloto. Enfermería Clínica*, 2016 26(4), 238–242. doi:10.1016/j.enfcli.2015.11.004 (Rodríguez-Calero, 2016)
- ²⁶ De la Rica M, García-Barrecheguren A, Monche-Palacin A. Valoración de la necesidad de Atención paliativa de pacientes crónicos avanzados en el momento del alta hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 2019; 29(1), 18–26. doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.07.004 (De la Rica M, 2019)
- ²⁷ Arias-Casais N, Centeno C. La importancia de detectar la necesidad de cuidados paliativos para evitar el sufrimiento inútil al final de la vida. *An. Sist. Sanit Navar.* 2020;43(1):107-108. doi.org/10.23938/ASSN.0755 (Arias-Casais N, 2020)

ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN QUERÉTARO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1
QUERÉTARO**

GERIATRÍA

PREVALENCIA DE REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS

Folio _____

Ficha de identificación:

Nombre: _____

Edad:	Diagnostico oncológico:	Estado civil:
Sexo:	Comorbilidades:	Escolaridad:
	Ocupación:	

Numero de afiliación: _____ Fecha: _____

NECPAL CCOMS-CO 3.1

Pregunta sorpresa (a / entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	<input type="checkbox"/> Si (-) <input type="checkbox"/> No (+)
“Demanda” o “Necesidad”	Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indicadores clínicos generales de progresión: • Los últimos 6 meses • No relacionado con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional Peso Peso hace 6 meses _____ Peso actual _____	• Pérdida Peso > 10% <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Declive funcional Karnofsky: P _____ / A _____ Barthel: P _____ / A _____	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de > 2 ABVDs <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Minimental/ Pfeiffer: P _____ / _____ O Tamizado por edad y escolaridad: _____	• Pérdida ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20 Karnofsky actual _____	• Datos clínicos por anamnesis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

	Barthel actual _____		
Síndromes geriátricos	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas: Caídas en los últimos 6 meses _____ • Úlceras por presión: _____ • Disfagia: _____ • Delirium: CAM _____ • Infecciones a repetición: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos clínicos anamnesis ≥ 2 síndromes geriátricos (recurrentes o persistentes) 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Síntomas persistentes	Dolor, _____ debilidad, _____ anorexia, _____ disnea, digestivos _____.	<ul style="list-style-type: none"> • Checklist síntomas (ESAS) ≥ 2 síntomas persistentes o refractarios 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aspectos psicosociales	Distrés y /o Trastorno adaptativo severo DME: _____ GDS: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de Malestar Emocional (DME) > 9 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Vulnerabilidad social severa Apgar familiar: _____: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración social y familiar 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Multimorbilidad	<p>> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)</p> <p>Cáncer: _____ POC: _____ Enfermedad Cardíaca Crónica: _____ Demencia: _____ Fragilidad: _____/ _____ AVC: _____ Insuficiencia Hepática: _____ Insuficiencia Renal Crónica: _____</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • > 2 ingresos urgentes o no planificados en los últimos 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atd, intervenciones enfermería, etc) 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indicadores específicos de severidad / progresión de la enfermedad	Cáncer, MPOC, ICC, insuficiencia Hepática, Insuficiencia Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades agregadas	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ver anexo 1</u> 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Clasificación:			Codificación y registro
Pregunta	PS + (No me Sorprendería)		
Pregunta Sorpresa (PS)	PS - (Me Sorprendería)		
Parámetros NECPAL	NECPAL + (de 1+ a 13+)		

	NECPAL - (Ningún parámetro)			
--	-----------------------------------	--	--	--

NECPAL CCOMS-ICO: Instrumento para la identificación de personas con necesidad de atención paliativa, Centro colaborador de la OMS para programas públicos de cuidados paliativos.

Consentimiento informado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	HGR 1 IMSS Querétaro, Querétaro.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos llevando a cabo un estudio con los pacientes del IMSS que sufren cáncer por que queremos saber, que necesidades aparte de la atención médica de su médico oncólogo necesitan, por ejemplo; manejo de dolor, apoyo emocional, tratamiento de síntomas ocasionados por las quimioterapias, con el objetivo de hacer propuestas a los directivos del hospital para complementar su atención.
Procedimientos:	Le haré varias preguntas para saber que capacidades tiene usted para realizar sus actividades cotidianas, para saber su estado nutricional, como se encuentra su memoria, si se ha caído, si tiene problemas para deglutir, su estado de ánimo, que otras enfermedades tiene usted, así como si ha utilizado otros servicios médicos diferentes al de oncología.
Posibles riesgos y molestias:	La principal molestia es que me tiene que dedicar aproximadamente 30 minutos de su valioso tiempo, para poder contestar el cuestionario, esto lo haremos en un consultorio en forma privada en donde usted estará cómodamente sentado, es probable que cuando le realice las preguntas sobre su estado de ánimo pueda despertar algún sentimiento de tristeza.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar presencia de dolor que no se controla con medicamentos prescritos por su médico tratante lo derivaremos a la clínica del dolor de la UMAA, en caso de que encontremos datos de depresión, ansiedad u problemas de sueño lo derivaremos al servicio de Geriatría, Psiquiatría u Psicología según sea el caso.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al final de la entrevista le indicaremos si encontramos algún problema de memoria, depresión, labilidad emocional.
Participación o retiro:	Usted se encuentra en plena libertad de participar o no en este estudio, si usted decide no participar, no hay ningún problema nosotros respetaremos su decisión y esto no comprometerá la atención que recibe por parte del IMSS, como es la consulta médica, medicamentos, incapacidad, pensión, etc. Si usted acepta participar en el estudio y a pesar de ello decide posteriormente ya no continuar, esta en plena libertad de hacerlo sin que exista alguna represalia para usted.
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados de este estudio se utilizarán únicamente con fines de investigación, la información será resguardada por el investigador Dr. José Juan García González
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Con esto usted podrá acceder a los servicios de clínica del dolor, Geriatría, psiquiatría, en caso de necesitarse.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. José Juan García González

Cargo: Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud
Adscripción: Jefatura de Servicios de Prestaciones Medicas
Matricula: 11494646
Correo: jose.garciago@imss.gob.mx; josejuangarciagonzalez@gmail.com
Teléfono: Oficina 01 442 2162836 Ext 51110, Cel. 442 356 4994

Colaboradores.

Investigador Principal:

Dra. María Citalli Ramos Moreno
Cargo: Residente de 4 año de la especialidad de Geriátria
Adscripción: Hospital General Regional 1 Querétaro
Matricula: 99238196
Correo: city.22@hotmail.com
Teléfono: 4431100931

Investigador Asociado:

Dra. Roció Berenice Rodríguez Montoya.
Cargo: Médico no Familiar
Adscripción: Hospital General Regional Numero 1 IMSS Querétaro
Matricula: 99173862
Correo: drachiobrm@gmail.com
Teléfono 442 1581178

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional N 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 horas, al teléfono 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

ANEXO 1

CRITERIOS NECPAL SEVERIDAD / PROGRESIÓN / ENFERMEDAD AVANZADA (1)(2)(3)(4)

Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none">• Cáncer metastásico o locoregional avanzado• En progresión (en tumores sólidos)• Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.
Enfermedad pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none">• Díscnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones• Confinado a domicilio con limitación marcha• Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40% / DLCO <40%)• Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria.• Necesidad corticoterapia continuada• Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none">• Díscnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones• Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable• Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAPs > 60)• Insuficiencia renal asociada (FG <30 l / min)• Asociación con insuficiencia renal e hiponatremia persistente

Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • GDS \geq 6c • Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Índice Fragilidad \geq 0.5 (Rockwood K et al, 2005) • Evaluación geriátrica integral sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días • Durante la fase crónica (> 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de la función física y / o cognitivas • Síntomas complejos y difíciles de controlar • Disfagia / trastorno del habla persistente • Dificultades crecientes de comunicación • Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis avanzada estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na > 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento. • Carcinoma hepatocelular en estadio C o D
Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal severa(FG <15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y / o trasplante • Finalización diálisis o fallo trasplante