

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN:  
**SITUACIÓN ACTUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA  
GINECOLÓGICA, DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE LA MUJER. ENERO 2020 – DICIEMBRE 2021**

Presentado por:

Dr. Nelson Stanley Cea Aquino

Para optar al Título de:

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Asesor de Tesis:

Dr. Juan Carlos Aparicio.

San Salvador, 24 de noviembre 2022.

## CONTENIDO

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. JUSTIFICACIÓN	7
5. ANTECEDENTES	8
6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
7. DISEÑO Y MÉTODOS	12
8. LIMITANTES	14
9. RESULTADOS	15
10. DISCUSIÓN	30
11. CONCLUSIONES	33
12. BIBLIOGRAFÍA	34
13. ANEXOS	37

## RESUMEN

La participación temprana en cuidados paliativos puede proporcionar un enfoque holístico de la atención con el beneficio de mejorar el control de los síntomas y calidad de vida de las mujeres con una neoplasia ginecológica, quienes suelen sufrir una importante carga de síntomas, tanto física como psicológicamente, a lo largo del curso de su enfermedad.

A pesar de los avances en el tratamiento, hasta el 25% de las mujeres diagnosticadas con una neoplasia ginecológica morirá de enfermedad recurrente (1). Implementar cuidados paliativos tempranamente representa un beneficio tanto para la paciente como para el cuidador, además de reducir la utilización de recursos cerca del deceso.

En el presente estudio, mediante una descripción retrospectiva y transversal se exponen los resultados de la caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes oncológicas que recibieron cuidados paliativos en el período establecido para la investigación.

Entre los principales hallazgos se concluyó que la mayoría de las pacientes se encontraron entre los 50 y 60 años de edad, amas de casa, solteras, provenientes indistintamente del área urbana y rural, no tabaquistas, la mayoría con hipertensión arterial crónica o diabetes tipo 2, a la cabeza el cáncer de mama fue el que más pacientes condicionó a una situación de cuidados paliativos, seguido del cáncer de cuello uterino; al inicio de los cuidados paliativos, la mayoría de las pacientes se encontraba en etapa III de la enfermedad con índice de Karnofsky entre 70-80%.

Principalmente recibieron manejo del dolor, terapias transfusionales, paracentesis descompresivas y colocación de catéter doble J. Se evidenció la participación de distintas especialidades durante su atención, entre los que destacan ginecólogos oncólogos, oncólogo clínico, agregados y residentes de ginecología y obstetricia, médico paliativista, profesionales en psicología, trabajo social y enfermería, en menor medida especialistas en psiquiatría y anestesiología.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio es de suma relevancia ya que expone la situación actual de los cuidados paliativos en los principales cánceres ginecológicos y de mama que afectan a las pacientes del Hospital Nacional de la Mujer, permite darse cuenta de la necesidad de fortalecer esta área y garantizar un mejor afrontamiento de la enfermedad, tanto a la paciente como a su grupo de apoyo, de forma oportuna mediante una instauración temprana de los cuidados paliativos y con participación de un equipo multidisciplinario en salud.

Se realizó un estudio retrospectivo en los últimos dos años, de forma observacional y descriptiva para exponer la realidad de los cuidados paliativos a nivel institucional del Hospital Nacional de la Mujer. Mediante la revisión de expedientes clínicos e implementando un instrumento dirigido a la recolección de datos que permiten conocer la implementación de los cuidados paliativos a las pacientes que lo ameritan según los criterios de los especialistas en oncología, así como los tipos de cuidados recibidos y el personal encargado de brindarlos.

Además, se realizó una caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes que fueron sometidas al estudio para poder conocer el perfil de las pacientes y a partir de ello, orientar mejor el abordaje futuro para la implementación de cuidados paliativos en dicha población. En términos generales, los resultados obtenidos se asemejan a la situación de la región latinoamericana, sin embargo, con respecto a la literatura norteamericana y europea consultada, la brecha de los cuidados paliativos brindados es abismal, lo que supone un reto para mejorar la situación actual de los cuidados paliativos en el Hospital de la Mujer.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Ha pasado más de una década desde que múltiples organizaciones tanto a nivel nacional e internacional han promovido la integración de servicios de atención en cuidados paliativos como componente fundamental del abordaje integral del cáncer (1).

La prestación de una atención óptima al final de la vida requiere acceso y disponibilidad de última generación en cuidados paliativos, brindada por médicos capacitados, reforzada cuando sea necesario por expertos en cuidados paliativos. Además, ha recomendado que los cuidados paliativos se integren como una parte rutinaria del manejo integral del cáncer para el año 2020 (2).

En 2005, en la 58a Asamblea Mundial de la Salud, se reconoció que los cuidados paliativos son un componente esencial de atención integral del cáncer de igual importancia que sus otros componentes como oncología médica, quirúrgica y radiológica y la integración de cuidados paliativos en los programas nacionales de cáncer fue fuertemente recomendado. En 2006, la medicina de hospicio y paliativa fue oficialmente reconocida por la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas y copatrocinado por las Juntas Estadounidenses de Medicina Interna, Anestesiología, Medicina familiar, Medicina física y rehabilitación, Psiquiatría y Neurología, Cirugía, Pediatría, Medicina de Urgencias, Radiología, Obstetricia y Ginecología (3).

La aceptabilidad y accesibilidad de los cuidados paliativos para las mujeres con cáncer ginecológico han aumentado a un ritmo sustancial. Metas de cuidados paliativos incluyen el alivio del sufrimiento y la provisión de la mejor posible calidad de vida tanto para la paciente como para su familia, sin importar dónde se encuentra en su curso de tratamiento. A pesar de la creciente disponibilidad de los cuidados paliativos, los proveedores de oncología a menudo malinterpretan y subutilizan estos recursos. Falta de comprensión y conciencia de los servicios prestados por los médicos de cuidados paliativos subyacen a las barreras. Muchos médicos ven los cuidados paliativos como sinónimos con cuidados de hospicio; las charlas sobre el final de la vida y la ayuda a los pacientes en transición a cuidados paliativos cuando sea apropiado son sólo un aspecto de lo que ofrecen los médicos de cuidados paliativos; su conjunto de habilidades también se extiende al manejo de los síntomas a lo largo de la historia natural de la atención del cáncer (2).

En el Salvador, el Hospital Nacional de la Mujer cubre la totalidad de la demanda de pacientes con cáncer ginecológicos atendidas en el Sistema Nacional de Salud. Aun siendo un referente tan importante, y contando con la unidad de cuidados paliativos, el impacto de estos aún no es tangible para su población.

No hay registros que evidencien atenciones concretas encaminadas al abordaje colectivo o individual de cuidados paliativos. Por lo que la presente investigación sobre esta problemática ha sido relevante y se motivó a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la situación actual de cuidados paliativos en oncología ginecológica en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2020- diciembre 2021?

## JUSTIFICACIÓN

Por medio del presente estudio que se realizó en el Hospital Nacional de la Mujer, se pretende describir los cuidados paliativos que reciben las pacientes oncológicas que han sido derivadas a la unidad de cuidados paliativos, mediante su caracterización epidemiológica y clínica, describiendo cada uno de los cuidados paliativos, los indicadores utilizados para iniciar cuidados paliativos, así como el personal en salud que se encuentra involucrado en brindarlos durante el proceso de atención a la paciente.

Es importante mencionar que no existen estudios previos que aborden la implementación de los cuidados paliativos en las pacientes oncológicas del Hospital Nacional de la Mujer, por lo que, la presente investigación permite exponer la realidad de esta problemática actual, a partir de la cual, se podrán motivar nuevas investigaciones para generar evidencia sólida a nivel institucional y de esta forma ser de utilidad para próximas intervenciones que busquen beneficiar a las pacientes que lo ameriten.

## ANTECEDENTES

Se calcula que en el mundo se requieren cuidados paliativos en el 40% al 60% de las defunciones. Los cuidados paliativos son necesarios para una amplia gama de enfermedades que limitan la vida. La mayoría de los adultos que los precisan tienen enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), infección por VIH (5,7%) y diabetes (4,6%) (6). Muchas otras afecciones pueden requerir cuidados paliativos, incluidas la insuficiencia renal, la hepatopatía crónica, la artritis reumatoide, las enfermedades neurológicas, la demencia, las anomalías congénitas y la tuberculosis farmacorresistente.

Cada año unos 20 millones de personas necesitan cuidados paliativos, en el último año de vida y muchas más los necesitan antes del último año de vida. De estas personas, el 78% vive en países de ingresos bajos y medianos. En el 2014, se calculó que solo el 14% de las personas que necesitaban cuidados paliativos terminales en realidad los recibían (7).

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves que sufren los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Los analgésicos opioides son esenciales para tratar el dolor y otros síntomas físicos penosos comunes que se asocian con numerosas enfermedades progresivas en estado avanzado. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con VIH o cáncer y el 67% de los que padecen enfermedades cardiovasculares o enfermedad pulmonar obstructiva crónica experimentara dolor de moderado a intenso al final de la vida (5). En el 2011, el 83% de la población mundial vivía en países en los que el acceso a los analgésicos opioides era escaso o nulo.

El apoyo psicosocial es otra necesidad común en los cuidados paliativos. Los pacientes con enfermedades potencialmente mortales o terminales y sus cuidadores pasan por situaciones de gran estrés y los profesionales de la salud que los tratan deben tener la capacitación o preparación adecuada para ayudarles a manejar este estrés. Los sistemas de salud y establecimientos de salud deberían poseer determinadas características sencillas para satisfacer otras necesidades al final de la vida, como necesidades espirituales, apoyo familiar, apoyo legal cuando se requiera y un entorno físico motivador.



En Centro América, la formación en ginecología oncológica varía desde la ausencia de una formación en Nicaragua, pasantías en oncología ginecológica mediante programas de becas en El Salvador, Costa Rica y Panamá. También se incluyen los programas de formación en oncología ginecológica como parte de los programas de oncología quirúrgica. Los cánceres de ovario, cérvix y de endometrio representan los cánceres más comunes en mujeres de Honduras. Para suplir la falta de recursos educativos incluidos libros de texto y revistas en español, los residentes aprenden a leer libros de texto médicos en inglés.

Dentro del programa de estudio para algunos países centroamericanos el componente de cuidados paliativos se reduce a una sola unidad con escasos contenidos. Los residentes reciben pruebas mensualmente basadas en sus materiales de lectura asignados. Se llevan a cabo conferencias diarias por la mañana para revisar casos o temas pertinentes. Los residentes aprenden a manejar pacientes basados en las guías locales y no en libros de texto de oncología y medicina paliativa más actualizados.

La necesidad actual de cuidados paliativos en El Salvador para 2020 es de 36,972 personas, entre ellas un 2% enfermedades pulmonares, 6% enfermedades cerebrovasculares, 14% Demencias, 22% VIH avanzado, 22% Cáncer y 34 % otras enfermedades. En 2021, el Ministerio de Salud emitió los “Lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado de salud” (15).

A nivel institucional, en diciembre de 2020 entró en vigencia la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de la Mujer; la cual se encuentra adscrita al servicio de Anestesiología y Ginecología oncológica, bajo la dependencia estructural de la división médica y Dirección del Hospital.

La Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos posee entre sus propósitos principales, la provisión de rehabilitación y cuidados paliativos por medio de la actualización de protocolos sobre el manejo clínico del dolor, de síntomas gastrointestinales, síntomas urológicos, síntomas respiratorios y apoyo psicológico, incluyendo la aplicación de criterios de admisión y alta de usuarias, lineamientos de referencia, manejo ambulatorio, permisos especiales y soporte emocional para el cuidado de paciente por parte de la familia.

A pesar de contar con informes mensuales de las actividades realizadas en el período 2020 y parcialmente 2021, no se evidenció ningún documento de investigación científica o estudio previo que abordara la problemática de cuidados paliativos en pacientes oncológicas a nivel de Hospital Nacional de la Mujer.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar el perfil epidemiológico-clínico y Cuidados Paliativos en las pacientes oncológicas del Hospital Nacional de la Mujer desde enero 2020 a diciembre 2021.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1- Identificar el perfil epidemiológico y clínico de las pacientes incluidas en el estudio.
- 2- Establecer los parámetros iniciales para la aplicación de Cuidados paliativos en las pacientes en estudio.
- 3- Describir el tipo de cuidados paliativos que reciben las pacientes participantes.
- 4- Describir el personal multidisciplinario que participa en los cuidados paliativos de las pacientes en estudio.

## **DISEÑO Y MÉTODOS**

Tipo de estudio: Observacional descriptivo, de carácter retrospectivo.

Fundamento Teórico: Se realizó una revisión sistemática de documentos de distintas sociedades científicas dedicadas a la Oncología Ginecológica, Artículos de revisión, y Artículos de prensa, consultados en la base de datos de HINARI mediante el motor de búsqueda PubMed, utilizando como palabras clave: “Palliative care” AND “Gynecologic oncology.”

Ubicación: Hospital Nacional de la Mujer

Período: enero de 2020 a diciembre de 2021.

Universo: Todas las pacientes paliativas con algún cáncer ginecológico y cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer que hayan recibido Cuidados Paliativos desde enero 2020 hasta diciembre de 2021 según la agenda de consultas de médicos paliativistas (ESDOMED 2020-2021) que suman un aproximado de 336 pacientes en el rango de tiempo planteado.

Muestra: Se aplica la fórmula de ecuación estadística para proporciones poblacionales con lo que se obtuvo un muestreo de 75 participantes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico o cáncer de mama.
- Pacientes atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer.
- Pacientes que cumplan criterios de derivación a Cuidados Paliativos.
- Pacientes que hayan recibido cuidados paliativos en el período de enero 2020 hasta diciembre de 2021.

Criterios de exclusión:

- Pacientes oncológicas en etapas tempranas que no cumplan criterio de derivación a Cuidados Paliativos.
- Pacientes que hayan abandonado tratamiento o dejaron de asistir a controles en Hospital Nacional de la Mujer.

- Pacientes que hayan recibido atenciones de cuidados paliativos en otra institución.

Método de recolección de datos:

Se realizó revisión de expedientes clínicos para la recolección de datos mediante un instrumento de investigación: lista de cotejo que se anexa a este protocolo. Toda la información recolectada se transcribió en formato digital en una hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2010 <sup>TM</sup>; se tomaron en cuenta todas las variables e indicadores para el análisis de la información obtenida y la presentación de los resultados, utilizando una base de datos en hoja de cálculo y luego se procedió a realizar el análisis de la información con software estadístico. Se elaboraron tablas de doble entrada para mostrar la frecuencia de las diferentes variables de estudio y se presentan por medio gráficas y porcentajes para su respectivo análisis.

Mecanismo de resguardo y confidencialidad:

Por ser un estudio retrospectivo, no se tuvo contacto con las pacientes, sin embargo, toda información que se obtuvo a través del expediente clínico ha sido usada exclusivamente con fines científicos, para lograr los resultados de la investigación, se mantendrán todos los datos en confidencialidad. Sólo el investigador ha manejado expedientes clínicos y base de datos. No se utilizaron nombres de las pacientes, en su lugar, se utilizó un número correlativo. Se eliminará la base de datos en 5 años.

## LIMITANTES

Entre las principales limitantes del presente estudio destaca el impacto de la pandemia COVID-19 sobre las atenciones brindadas en el período de la investigación lo cual redujo significativamente la agenda de las consultas e ingresos de pacientes con cáncer ginecológico que ameritaban cuidados paliativos.

Otra limitante que se identificó en el período de recolección de datos fue que las agendas de médicos Oncólogos clínicos y ginecólogos oncólogos destinadas a las consultas de Cuidados paliativos fueron ocupadas, además, para pacientes que no cumplían criterios de inclusión del presente estudio por lo que fue necesario aumentar el número de expedientes revisados para obtener la muestra propuesta. Tampoco se contaba con médico paliativista durante el 2020 y la primera mitad del 2021.

En las variables de estadificación por TNM no se evidenció registro de las dimensiones tumorales en cáncer de cérvix, endometrio ni ovario, así como tampoco la afectación ganglionar por lo que se limita este apartado. Para los cánceres primarios de mama, fue más factible obtener esta información a partir de los expedientes revisados.

## RESULTADOS

**OBJETIVO 1:** Identificar el perfil epidemiológico y clínico de las pacientes incluidas en el estudio.

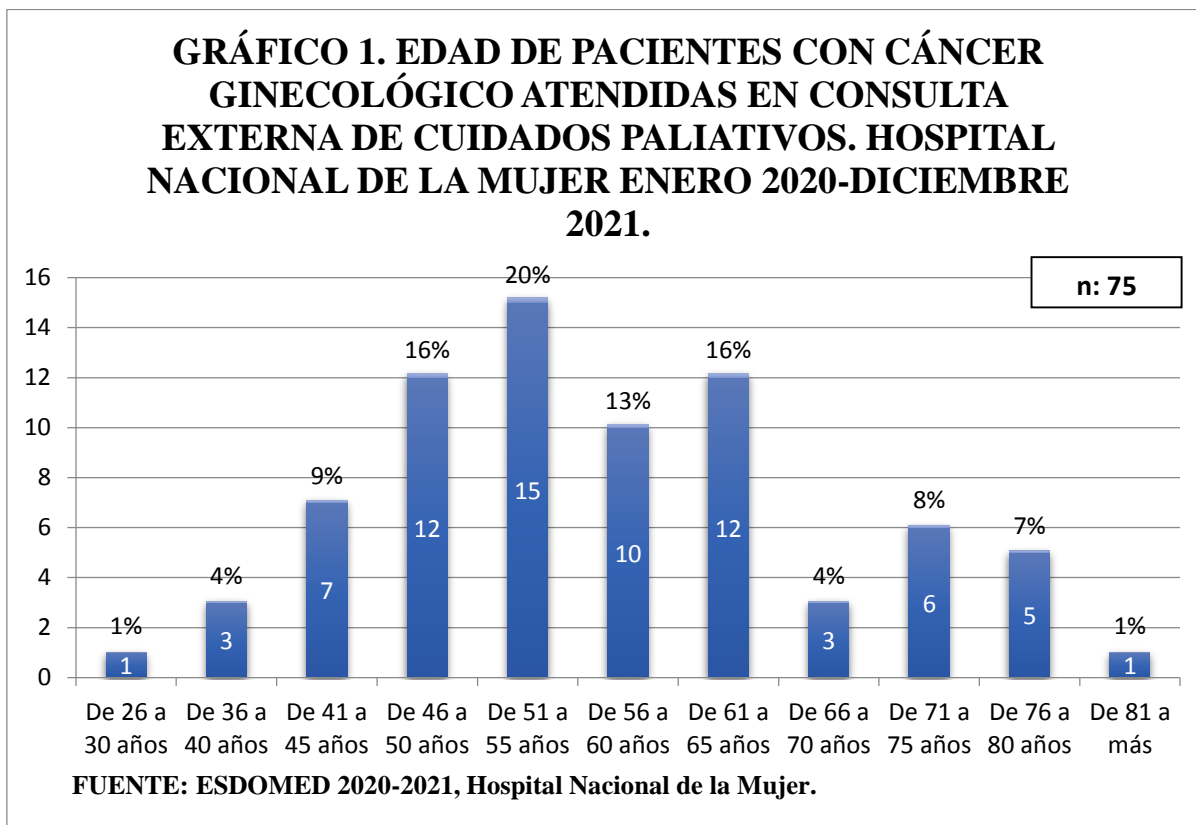
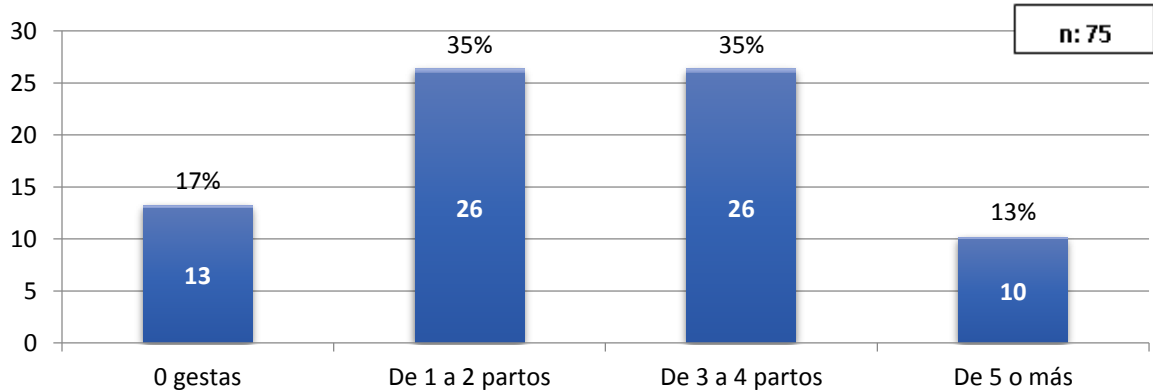


Gráfico 1: La mayoría de las pacientes en estudio se agrupan entre las edades de 46 a 65 años, con un pico entre los 51 a 55 años del 20%. Se observa un caso en ambos límites de edades, el cual corresponde con un Leiomiomasarcoma en etapa avanzada de una paciente de 26 años; y el extremo opuesto una paciente de 82 años con cáncer de cérvix estadio IIIB fuera de protocolo curativo.

**GRÁFICO 2. GESTACIONES DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**

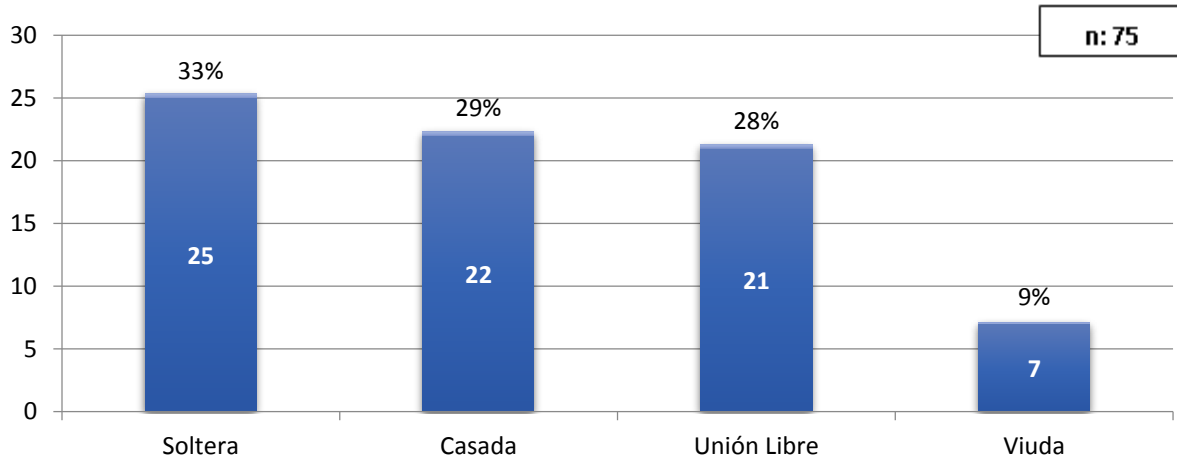


**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 2: Se observa un marcado predominio de pacientes con 1 a 4 gestaciones ocupando un 70% del total, por lo menos el 13% de las pacientes ha tenido 5 gestaciones o más y se identificaron 13 pacientes nuligestas que equivale al 17%.



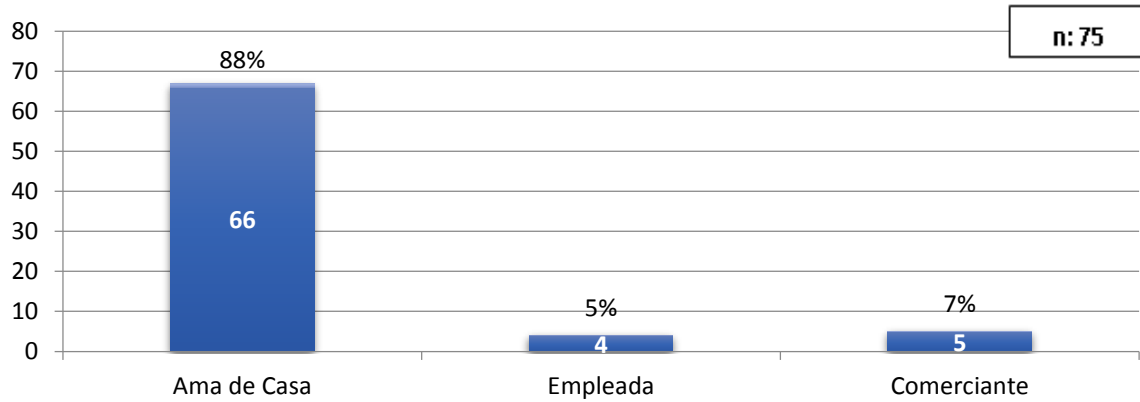
**GRÁFICO 3. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 3: Las pacientes en estudio mostraron similares proporciones entre los estados civiles, a la cabeza las solteras que representan un 33%, seguidas de las casadas con un 29% y en unión libre se identificó el 28% de la población. Se reportaron 7 pacientes del estudio viudas, lo que equivale al 9% del total.

**GRÁFICO 4. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 4: Casi 9 de cada 10 pacientes en estudio son amas de casa, con un 7 % de pacientes comerciantes y 5% empleadas formales.

**TABLA 1. PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER  
GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE  
CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER  
ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**

<i>PROCEDENCIA</i>	<i>PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Urbana</i>	39	52%
<i>Rural</i>	36	48%
<b><i>n</i></b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.*

Tabla 1: Las pacientes en estudio se encuentran distribuidas casi en proporciones similares, con una leve mayoría procedentes del área urbana del 52% y 48% del área rural.

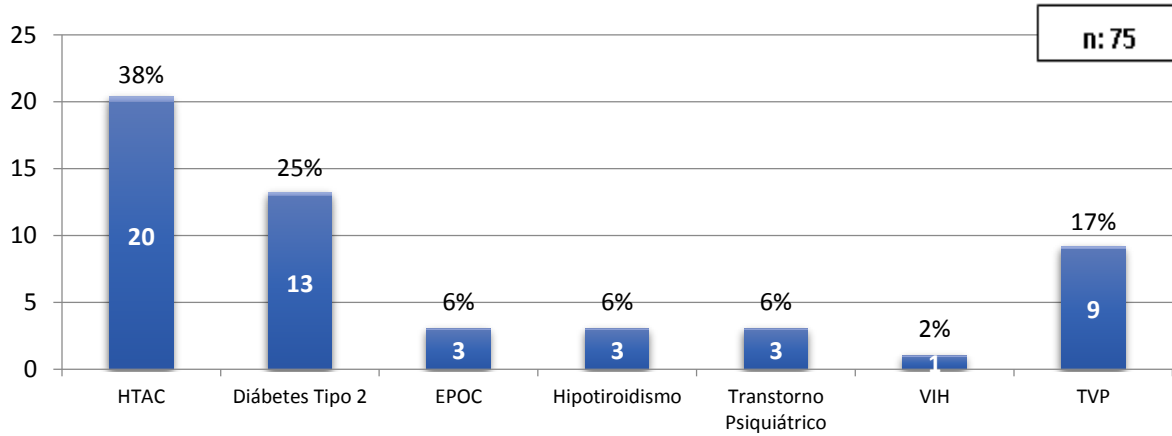
**TABLA 2. TABAQUISMO EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**

<i>TABAQUISMO</i>	<i>PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Sí</i>	7	9%
<i>No</i>	68	91%
<b><i>n</i></b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.*

Tabla 2: Más del 90% de las pacientes en estudio son no tabaquistas, en contraste con una minoría de 7 pacientes, equivalente al 9% que sí lo son.

**GRÁFICO 5. COMORBILIDADES DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 5: El 57% de las pacientes en estudio no padecen ningún comórbido sobreagregado, sin embargo, del 43% restante se distribuyen sin ser mutuamente excluyentes de la siguiente manera: a la cabeza hipertensión arterial crónica con 38%, seguido de diabetes tipo 2 con un 25% y trombosis venosa profunda en un 17%. Ocupando el 6% cada una les siguen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo y los trastornos mentales. Además, se registró un caso de infección por VIH concomitante en una paciente con cáncer de cérvix.

**OBJETIVO 2:** Establecer los parámetros iniciales para la aplicación de Cuidados paliativos en las pacientes en estudio.

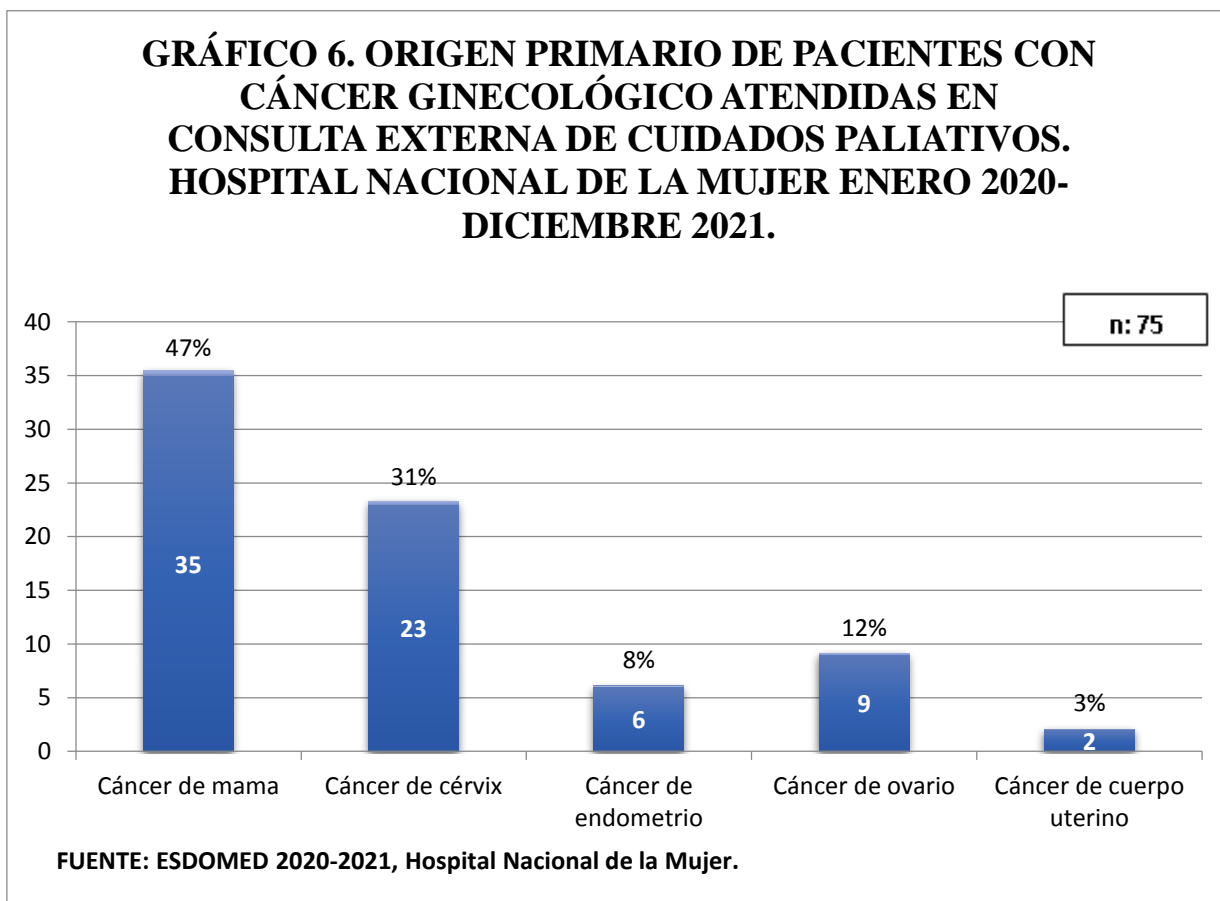
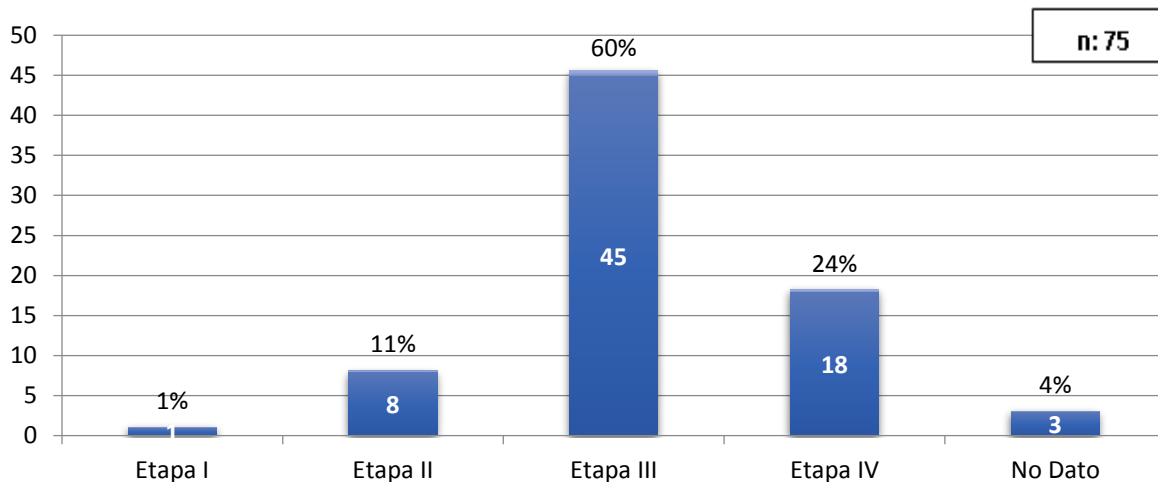


Gráfico 6: Se observa que casi la mitad de las pacientes incluidas en el estudio corresponden a cáncer de mama con un 47%, entre los cánceres ginecológicos a la cabeza se sitúa el cáncer de cérvix con un 31%, seguido de cáncer de ovario con 12% y cáncer de endometrio con 8%. Se reportaron además dos casos de sarcomas uterinos, correspondientes al 3% del total.

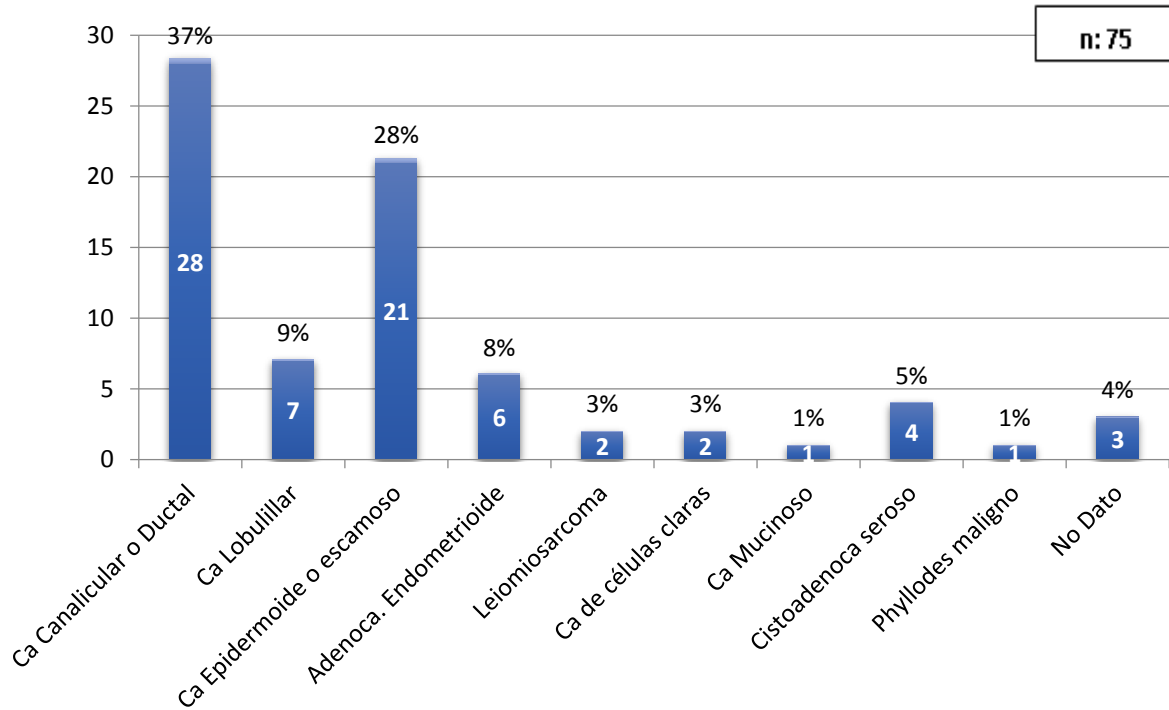
**GRÁFICO 7. ETAPA FIGO DE PACIENTES CON  
CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN  
CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS.  
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-  
DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 7: Se observa que la mayoría de las pacientes fueron identificadas en etapa III de la FIGO, sin detallar en su subclasificación ya que es distinta para cada tipo de cáncer, ocupando un 60% del total. Le siguen las pacientes en etapa IV con un 24%; en menores proporciones Etapa II con un 11% y Etapa I que reporta un sólo caso. En por lo menos del 4% de las pacientes en estudio no fue posible identificar la etapa a la que fue derivada a cuidados paliativos.

**GRÁFICO 8. HISTOLOGÍA DE PACIENTES CON  
CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN  
CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS.  
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-  
DICIEMBRE 2021.**

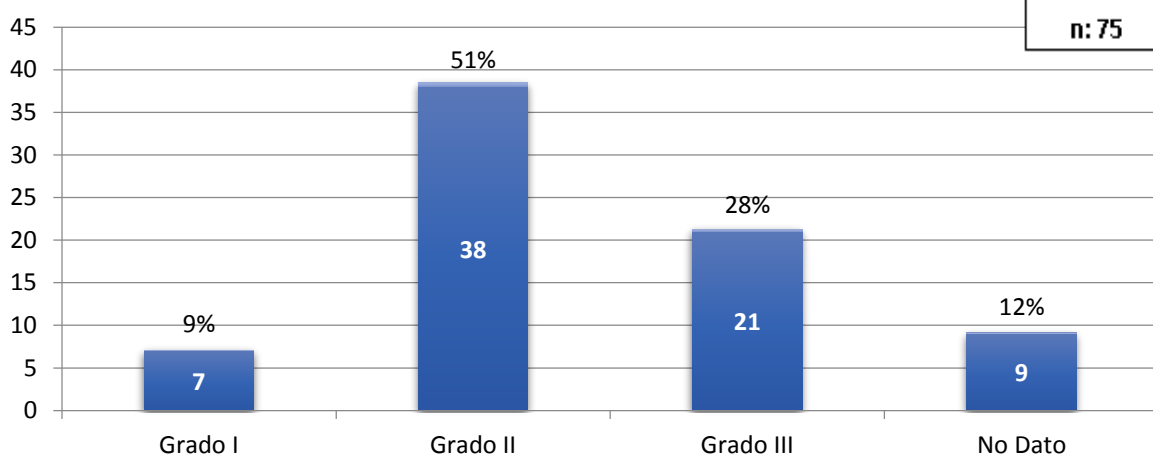


**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 8: De las pacientes en estudio con cáncer de mama, se observa que predomina la histología del carcinoma ductal infiltrante con un 37% por encima del carcinoma lobulillar que ocupa un 9% del total y se reportó un caso de Phylodes maligno metastásico. Le sigue la histología de carcinoma epidermoide en cérvix uterino con un 28%, y el tercer puesto lo ocupa el adenocarcinoma de tipo endometriode equivalente a un 8%. Respecto a las pacientes con cáncer de ovario se identificaron los tipos histológicos: Cistoadenocarcinoma seroso en un 5%, seguido de carcinoma de células claras con un 3% y carcinoma mucinoso 1%.



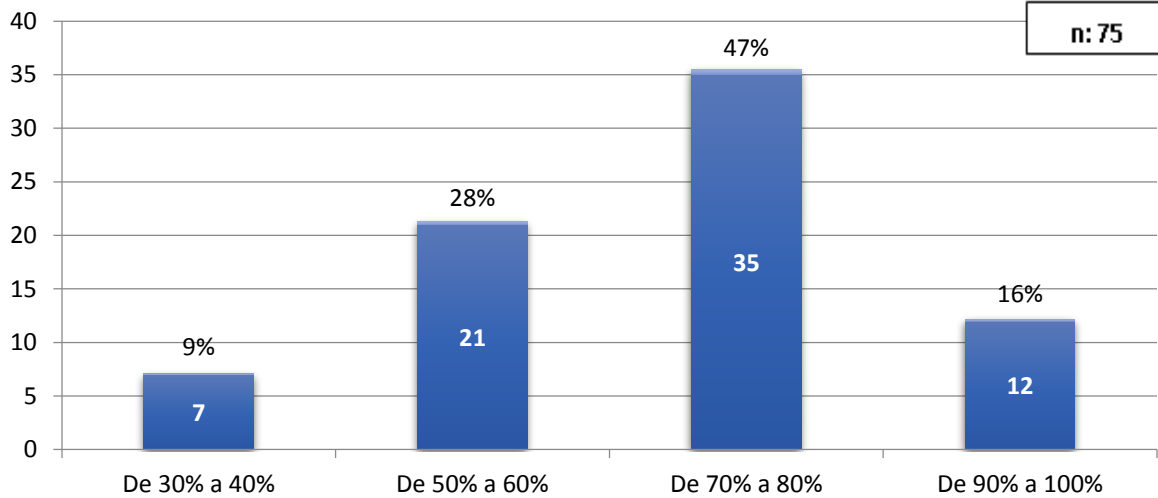
**GRÁFICO 9. DIFERENCIACIÓN TUMORAL DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 9: Las pacientes en estudio presentaron mayor porcentaje en el grado de diferenciación tumoral II con un 51%, seguido del Grado III con un 28% y, por último, el Grado I con tan sólo 9%. Hubo 9 casos en los que la biopsia no determinaba el grado de diferenciación tumoral, lo que equivale al 12% del total de pacientes en estudio.

**GRÁFICO 10. ÍNDICE DE KARNOFSKY DE  
PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO  
ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE  
CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE  
LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 10: Casi la mitad de las pacientes en estudio se identificaron con un índice de Karnofsky entre el 70-80% al momento de iniciar cuidados paliativos, lo que corresponde al 47%, seguido de un 28% de pacientes con índice de 50-60% y en tercer lugar el 16% de las pacientes inició con un índice de Karnofsky entre 90-100%. Hubo 7 pacientes con índice de Karnofsky entre 30-40% que representaron 9% de las pacientes en estudio.

**OBJETIVO 3:** Describir el tipo de cuidados paliativos que reciben las pacientes participantes.

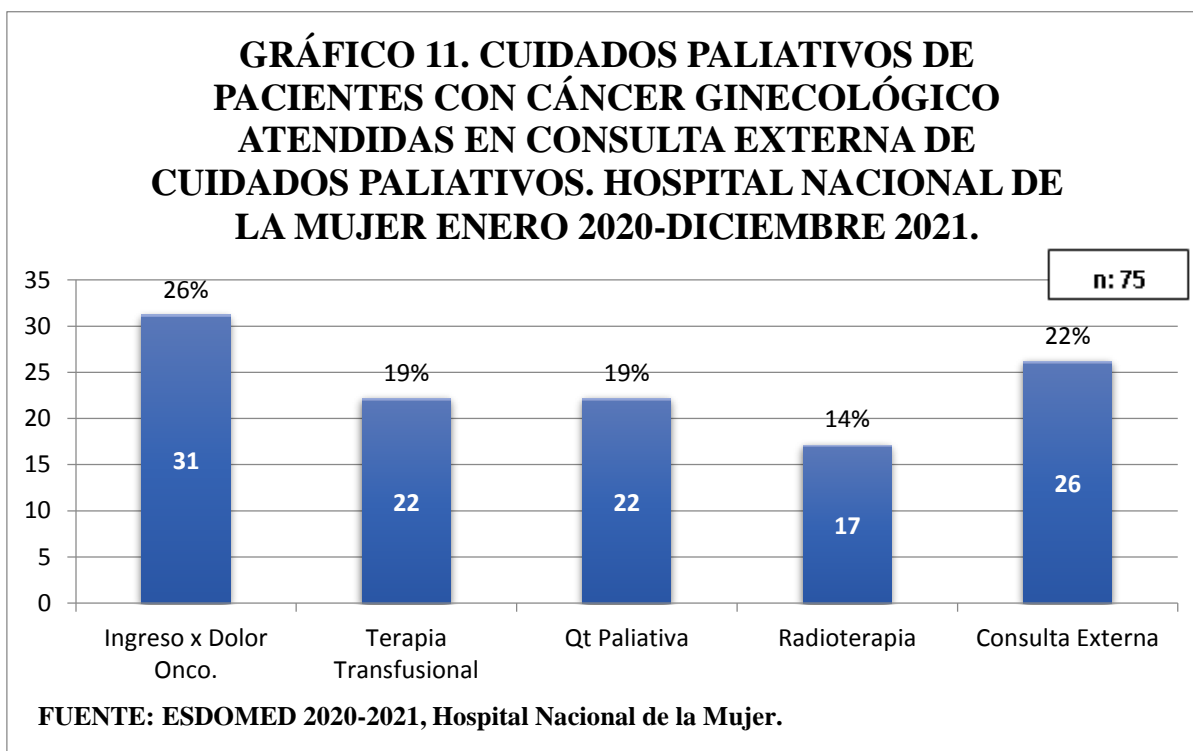
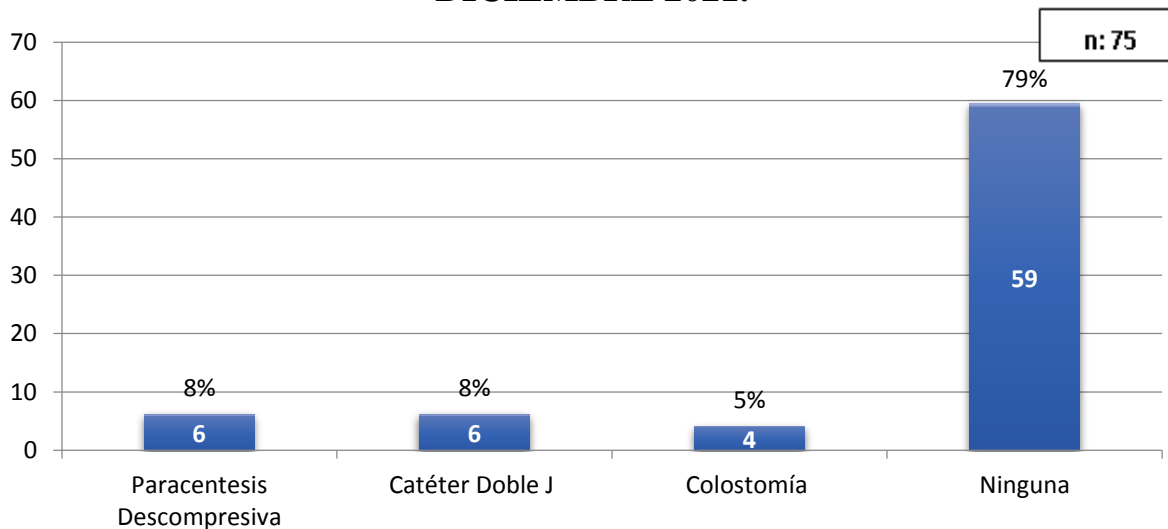


Gráfico 11: Los cuidados paliativos que recibieron las pacientes en estudio no fueron mutuamente excluyentes, sin embargo, en su mayoría fueron ingresos para manejo de dolor oncológico con un 26%, seguido de atenciones en la consulta externa de médico paliativista correspondiente a 22%, el tercer puesto en frecuencia lo comparten las terapias transfusionales y las quimioterapias paliativas con un 19%. Algunas pacientes también recibieron radioterapia paliativa, correspondiente al 14% del total en estudio. Además, un 21% de pacientes fue sometida a algún tipo de cirugía paliativa que se detallan en el gráfico 12.

**GRÁFICO 12. CIRUGÍA PALIATIVA DE PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO 2020-DICIEMBRE 2021.**



**FUENTE: ESDOMED 2020-2021, Hospital Nacional de la Mujer.**

Gráfico 12: Las pacientes en estudio que se sometieron a cirugía paliativa corresponden en un 8 % a paracentesis descompresiva, seguido de colocación de catéter doble J en un 5% y confección de colostomía paliativa en un 3% del total de pacientes.

**OBJETIVO 4:** Describir el personal multidisciplinario que participa en los cuidados paliativos de las pacientes en estudio.

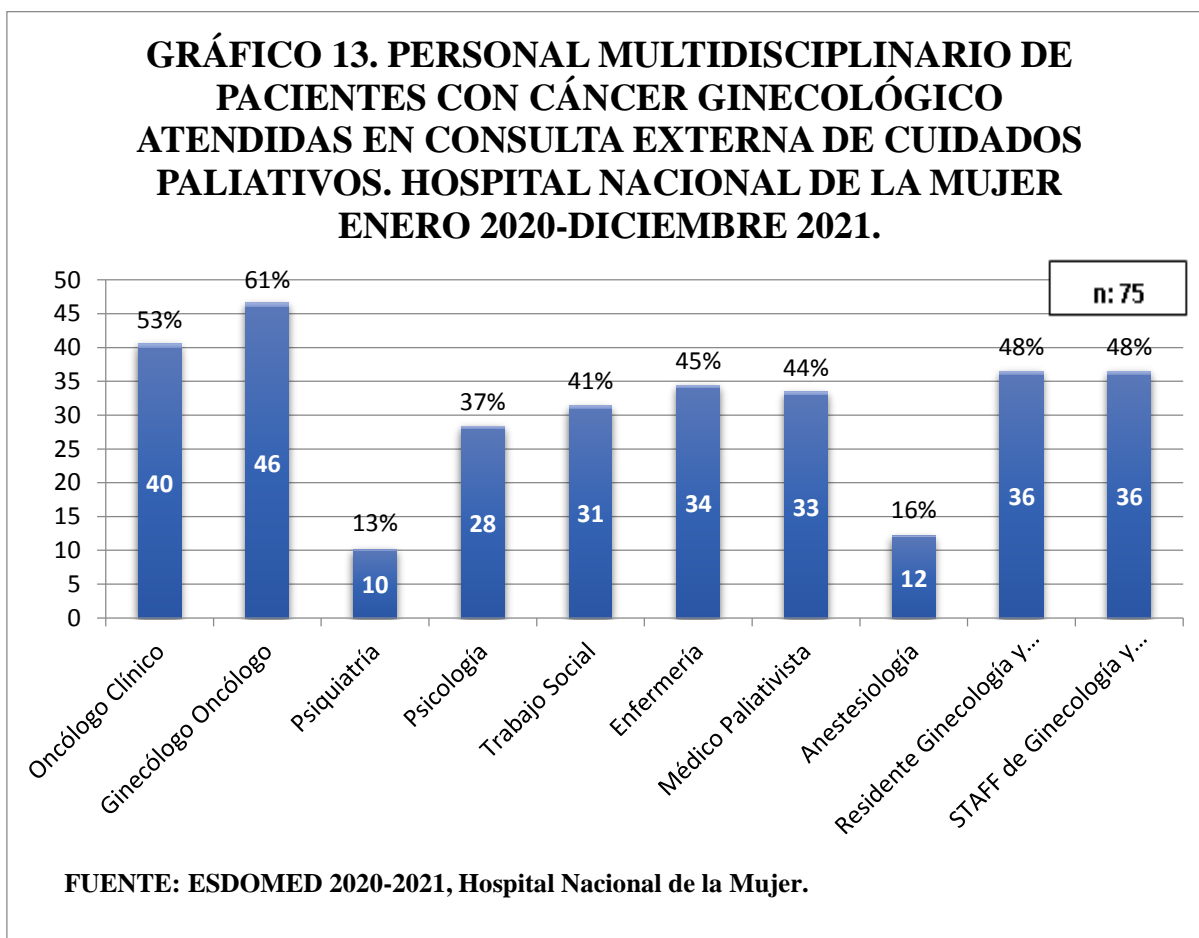


Gráfico 13: De todas las pacientes que recibieron cuidados paliativos en el período de investigación se reporta que el 61% de ellas fueron por parte de un ginecólogo oncólogo, seguido en frecuencia por el oncólogo clínico con un 53% y compartiendo el tercer puesto los agregados y residentes de ginecología y obstetricia con un 48%. Los que participaron de menor forma en el presente estudio corresponden a especialistas en psiquiatría y anestesiología con un 13% y 16% respectivamente.

## DISCUSIÓN

El perfil epidemiológico de las pacientes con cáncer ginecológico en cuidados paliativos corresponde a pacientes entre la quinta y sexta década de la vida, concentrándose el 50% de las pacientes en estudio entre las edades de 45 a 65 años. Este dato se corresponde con lo que reporta la literatura mundial con respecto a la incidencia de cáncer ginecológico. La mitad de las pacientes han tenido entre 1 a 4 gestaciones, un 17% de las pacientes fueron nuligestas y se relaciona con una mayor incidencia de cáncer de mama y ovario por mayor exposición hormonal e injuria epitelial respectivamente, lo cual coincide con la literatura internacional.

Respecto al estado civil, se refleja un leve predominio por las pacientes solteras, seguidas por las casadas y en unión libre; con diferencias porcentuales mínimas, no significativas en comparación con estudios extranjeros. Nueve de cada diez pacientes del estudio son amas de casa, 7% son comerciantes y tan sólo un 5% tienen un empleo formal. Existe notoria disparidad entre las ocupaciones descritas en la literatura mundial con respecto a la población del presente estudio.

Sobre la procedencia de las pacientes en el actual estudio, se encuentran distribuidas homogéneamente: un 52% proviene del área urbana y un 48%, del área rural. Estos datos también contrastan con la literatura internacional debido a las diferencias socioeconómicas entre ambas poblaciones estudiadas. Sin embargo, coinciden en cuanto al hábito tabáquico en el que más del 90% de las pacientes incluidas en el estudio lo niegan, al igual que en los estudios realizados en otras latitudes.

El perfil clínico de la mayoría de pacientes en este estudio presentó sobrepeso y alguna enfermedad crónica degenerativa concomitante a predominio de hipertensión arterial crónica, diabetes tipo 2 y trombosis venosa profunda en los tres primeros puestos; pero también se reportaron pacientes con patología psiquiátrica entre los que destacan trastornos depresivos y trastornos afectivos bipolares, además, pacientes con hipotiroidismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron identificados entre las pacientes del estudio. Por último, se registró un caso de infección por VIH en una paciente con cáncer ginecológico en situación de cuidados paliativos. Lo anterior coincide con el perfil clínico de otros estudios publicados en la literatura mundial.

La mayoría de las pacientes del estudio al iniciar cuidados paliativos se encontraban en una etapa III de la enfermedad, con su respectiva sub-clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), dependiendo del tipo primario de cáncer; siendo el más frecuente el cáncer de mama, seguido del cáncer de cuello uterino; el predominio histológico fue carcinoma ductal y carcinoma epidermoide, respectivamente. Estos resultados se corresponden con la literatura mundial respecto a la incidencia de cánceres en mujeres. El tercer puesto en frecuencia lo ocupa el cáncer de ovario, seguido del de endometrio y por último sarcoma uterino; aunque hay leve diferencia en el orden que ocupan estos cánceres a nivel mundial, se infiere que la morbilidad y peor pronóstico que confiere el cáncer de ovario lo sitúa como tercer puesto en el presente estudio cuyo interés se centra en los cuidados paliativos que recibieron. En el presente estudio no se encontraron casos de pacientes en cuidados paliativos por cáncer de vulva, vagina ni trompas de Falopio en la muestra seleccionada.

Se obtuvo predominio en el grado de diferenciación tumoral II para la mayoría de todos los cánceres en estudio, lo cual resta relevancia en el caso de cáncer de mama, que fue casi la mitad de la muestra estudiada ya que, en estos casos, la biología molecular es la que determina el comportamiento más agresivo de la enfermedad, condicionándolo así a una mayor necesidad de cuidados paliativos tempranos.

Otro parámetro que fue estudiado es el índice del estado funcional de Karnofsky al momento de inicio de los cuidados paliativos, obteniéndose que casi la mitad de la población estudiada se encontraba en el rango entre 70-80%, que corresponde a pacientes capaces de realizar una actividad por sí mismas, pero con esfuerzo, aunque podría ameritar ayuda para realizar un trabajo activo y por lo general tienen presencia de signos y síntomas de la enfermedad. Con respecto a la literatura internacional, hay disparidad en cuanto al momento de inicio de los cuidados paliativos, ya que, en otras latitudes son de instauración más temprana, en etapas iniciales de la enfermedad incluso con índice de Karnofsky de 100%, en contraste a lo que refleja el presente estudio que lo posterga hasta una situación de mayor dependencia de la paciente.

Los principales cuidados paliativos recibidos por las pacientes oncológicas del estudio incluyen, a la cabeza, ingresos hospitalarios para manejo del dolor con opioides parenterales,

terapias transfusionales para continuar tratamientos paliativos, principalmente quimioterapia o radiación paliativa, en algunos casos de enfermedad metastásica. Además, entre los procedimientos quirúrgicos paliativos más comunes en el presente estudio destacan la paracentesis descompresiva, sobre todo en cáncer de ovario etapa avanzada y colocación de catéter doble J para el manejo de complicaciones como falla postrenal en los casos de uropatía obstructiva secundaria a compresión tumoral extrínseca en cáncer de cérvix. Hay algunas similitudes con respecto a la literatura mundial, sin embargo, difiere en la implementación de otros cuidados paliativos de carácter psicosocial y espiritual, así como el componente de involucramiento familiar que no se refleja en el presente estudio ni tampoco el abordaje por un equipo oncológico interdisciplinario para la planeación de intervenciones más complejas que confieran mejor calidad de vida a la paciente.

Por último, se describe el personal en salud que brinda las atenciones directas en cuidados paliativos a la población en estudio, de forma que se incluyeron a los especialistas que registraron indicaciones, cumplimiento de indicaciones, planes de manejo, notas de evolución y demás datos por escrito en los expedientes clínicos revisados lo que refleja que en su mayoría los ginecólogos oncólogos y oncólogo clínico son los que más registran cuidados paliativos con un 61 y 53%, respectivamente. Seguido por los ginecólogos agregados y residentes de ginecología y obstetricia. En casi la mitad de las pacientes del estudio se evidencia registro de cuidados paliativos por parte de médico paliativista, pero como se indicaba en las limitantes, no se contaba con dicho recurso durante el tiempo designado para el presente estudio. Para los demás actores en salud como psicología, enfermería y trabajo social se evidenció registro de atenciones en cuidados paliativos en menos de la mitad de las pacientes del estudio, y en menor proporción para la especialidad de Psiquiatría y Anestesiología con un 13% y 16 % respectivamente. Dichos resultados presentan disparidad con los estudios de otros países donde es notoria la interdisciplinariedad y el abordaje holístico de la paciente por parte de un equipo oncológico que cubre las necesidades físicas, emocionales, mentales, espirituales y favorece el acompañamiento familiar de las pacientes en cuidados paliativos.



## CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de las pacientes con cáncer ginecológico en cuidados paliativos corresponde a pacientes en la sexta década de la vida, en su mayoría solteras, procedentes del área urbana, predominantemente entre una a cuatro gestaciones y amas de casa. Existe notoria semejanza entre el perfil epidemiológico descrito en la literatura internacional con respecto a la población del presente estudio.

El perfil clínico de la mayoría de pacientes en este estudio presentó sobrepeso y alguna enfermedad crónica degenerativa concomitante a predominio de hipertensión arterial crónica, diabetes tipo 2 y trombosis venosa profunda; no tabaquistas en su gran mayoría. Coincide con el perfil clínico de otros estudios publicados en la literatura mundial.

La mayoría de las pacientes del estudio al iniciar cuidados paliativos se encontraban en una etapa III de la enfermedad, cuyo origen primario más frecuente fue cáncer de mama, seguido del cáncer de cuello uterino; el predominio histológico fue carcinoma ductal y de células escamosas respectivamente. Un grado de diferenciación tumoral II para la mayoría de todos los cánceres en estudio y un índice del estado funcional Karnofsky entre 70-80%. Difiere con respecto a la literatura internacional donde los cuidados paliativos son de instauración más temprana en el curso natural de la enfermedad.

Los principales cuidados paliativos recibidos por las pacientes oncológicas del estudio incluyen, a la cabeza, ingresos hospitalarios para manejo del dolor y terapias transfusionales. Además, entre los procedimientos quirúrgicos paliativos más comunes en el presente estudio destacan la paracentesis descompresiva y colocación de catéter doble J. Hay algunas similitudes con respecto a la literatura mundial, sin embargo, difiere en la implementación de otros cuidados paliativos de carácter psicosocial y espiritual.

Los principales actores en salud involucrados en brindar cuidados paliativos a las pacientes del presente estudio incluyen a los ginecólogos oncólogos y oncólogo clínico a la cabeza, seguido de los médicos residentes de ginecología y obstetricia y ginecólogos agregados. En menos la mitad de las pacientes se registraron cuidados paliativos de médico paliativista. En menor frecuencia, pero de notoria participación los especialistas en psiquiatría y anestesiología; lo cual no coincide con los estudios publicados en la literatura internacional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, Cassel CK, Cassem EH, Cranford RE, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. *N England Journal of Medicine* [http://dx.doi.org/1989;320\(13\):844-9](http://dx.doi.org/1989;320(13):844-9).
2. Anon, 2013. Fact sheets by cancer.  
[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
3. Holmes C, Mitchell A, Palliative care in gynaecological oncology, *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive. Medicine* (2017).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.07.001>
4. The importance of palliative care, *Gynecologic Oncology*. (2015),  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.02.026>.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Opioids in palliative care (CG140): safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. 2017, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>
6. Cancer Research UK. Cancer incidence in the UK. Report. 2017,  
<http://www.cancerresearchuk.org/healthprofessional/cancerstatistics/incidence>
7. Scottish Palliative Care Guidelines. Nausea and vomiting. Nov 2013. Health Improvement Scotland (Last accessed 25 April 2017),  
<http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptomcontrol/Nausea-and-Vomiting.aspx>
8. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* Mar 10 2012;30(8):880-7. 51.
9. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, Cassel CK, Cassem EH, Cranford RE, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. *N. Engl. J. Med* 1989;320(13):844-9.
10. Cancer care during the last phase of life. *J Clin Oncol* 2013;16(5):1986-96.
11. World Health Assembly: WHA58.22 Cancer Prevention and Control. [Internet].  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf).

12. American Board of Medical Specialties. [Internet]. [cited 2013 Mar 10]. [http://www.abms.org/Who\\_We\\_Help/Physicians/specialties.aspx](http://www.abms.org/Who_We_Help/Physicians/specialties.aspx).
13. Growth of Palliative Care in the U.S. Hospitals 2012 Snapshot. [www.capc.org/capc-growth-analysis-snapshot/2011.pdf](http://www.capc.org/capc-growth-analysis-snapshot/2011.pdf).
14. Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, Berger A, Zhukovsky DS, Palla S, et al. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA* 2010;303(11):1054–61.
15. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America 2011 Editio.   
[http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2011](http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2011)
16. The debate in hospice care. *J Oncol Pract* 2008;4(3):153–7.
17. Christakis NA, Iwashyna TJ. Impact of individual and market factors on the timing of initiation of hospice terminal care. *Med Care* 2000;38(5):528–41.
18. Rickerson E, Harrold J, Kapo J, Carroll JT, Casarett D. Timing of hospice referral and families' perceptions of services: are earlier hospice referrals better. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(5):819–23.
19. Anon, 2013. Fact sheets by cancer.   
[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
20. Are, C., Caniglia, A., Malik, M., Cummings, C., Lecoq, C., Berman, R., et al., 2016. Variations in training of surgical oncologists: proposal for a global curriculum. *Eur. J. Surg. Oncol.* 42, 767–778. 51
21. Bing-You, R.G., Trowbridge, R.L., 2009. Why medical educators may be failing at feedback. *JAMA* 302, 1330–1331.
22. Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., Forman, D., 2012. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. *Lancet Oncol.* 13, 790–801.
23. Chuang, L., Kanis, M.J., Miller, B., Wright, J., Small Jr., W., Creasman, W., 2016. Treating locally advanced cervical cancer with concurrent chemoradiation without brachytherapy in low-resource countries. *Am. J. Clin. Oncol.* 39, 92–97.
24. Dahm-Kähler, P., Palmqvist, C., Staf, C., Holmberg, E., Johannesson, L., 2016. Centralized primary care of advanced ovarian cancer improves complete

- cytoreduction and survival- a population-based cohort study. *Gynecol. Oncol.* 142, 211–216.
25. Dodge, J.E., Chiu, H.H., Fung, S., Rosen, B.P., 2010. Multicentre study on factors affecting the gynaecologic oncology career choice of Canadian residents in obstetrics and gynaecology.
  26. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 32, 780–793.
  27. Elit, L., 2005. Steppe by steppe: gynecological oncology on the Mongolian plains. *Int. J. Gynecol. Cancer* 15, 359–360.
  28. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project for Quality. 33. Palliative Care 2009:  
<http://nationalconsensusproject.org/guideline.pdf> (Último acceso: January 6,2011).
  29. Sepúlveda C., Martín A, et al. Palliative Care: The World Health Organization Global perspectives. *J. Pain and Symptom Manage* 2002, 24;91.
  30. Astudillo W., Mendinueta C. Evaluación del enfermo en Cuidados Paliativos. En: *Medicina Paliativa. Cuidados del enfermo en el final de su vida y atención a su familia.* EUNSA, Barañain, 5º Ed. 2008,61-74. 51
  31. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting. *J Palliat Med* 2011; 14:17. Copyright © 2011 Mary Ann Liebert, Inc
  32. Benitez Del Rosario, M.-A. Salinas, M.P. Asensio, A. Valoración Multidimensional en Cuidados Paliativos, en: *Cuidados Paliativos y Atención Primaria.* Springer, 2000, 207-238.
  33. González, G.R. Elliott, K.J. Portenoy, R.K., Foley, K.M. The impact of a comprehensive evaluation in the management of cancer pain. *Pain*, 1991;47:141.
  34. Homsí J, Walsh D, Rivera N. et al. Symptom evaluation in palliative Medicine: Patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer* 2006;14:444
  35. Chang V T. End of life care: Approach to assessment of specific symptoms. Visualizado última vez: enero 28,2011.
  36. Chang V.T. Symptom assessment at the end of life. [www.UpToDate.com](http://www.UpToDate.com) Visualizado última vez feb, 2012