



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Facultad de Ciencias Médicas

### Carrera de medicina

**“CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES  
EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 –  
2018”.**

**Proyecto de investigación previo a la obtención  
del título de Médico.**

**Autores:**

Daniela Alexandra Quinde Pulla

CI: 0106758899

Daniquinde23@gmail.com

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán

CI: 0302142708

fsarmiento72@gmail.com

**Director/a:**

Dra. Silvia Marcela Aguirre Ponce

CI: 0103745121

Cuenca – Ecuador

**01-Julio – 2021.**



## RESUMEN

**Antecedentes:** Los cuidados paliativos se presentan como una piedra angular en el tratamiento de pacientes con cáncer o enfermedades terminales, tratando de disminuir el sufrimiento al mínimo y pretendiendo mejorar la calidad de vida del paciente.

**Objetivo:** Identificar los cuidados paliativos que se realizan en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer (FASEC) en el periodo enero 2017 – diciembre 2018.

**Método:** El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Apoyado en la revisión de historias clínicas digitales de 256 pacientes oncológicos terminales hospitalizados en FASEC que reciben terapia paliativa. Las variables evaluadas fueron edad, género, estado civil, tiempo de estancia hospitalaria, terapias de soporte, fármacos trabajados y tipo de tratamiento. Para el análisis se emplearon técnicas estadísticas descriptivas.

**Resultados:** el 38,3% de pacientes estaban entre los 63 a 77 años; la distribución entre hombres y mujeres es similar (46,1 % y 53,9%); el 41,4% estuvieron hospitalizados entre 16 a 45 días; el 96,1% de pacientes recibieron fármacos gastrointestinales seguidos de los antiinflamatorios no esteroideos y los antibióticos; el 71,1% requería asistencia para sus actividades. El 64,5% usaron de farmacoterapia seguido de la cirugía con el 56,6%. El 78,5% necesitó de terapias de soporte psicológica.

**Conclusiones:** la farmacoterapia fue el tratamiento mas aplicado, seguido de la cirugía; las terapias de soporte psicológica fueron medidas brindadas con mayor frecuencia en los pacientes estudiados.

**Palabras clave.** Paciente terminal. Cuidados paliativos. Neoplasia.



## ABSTRACT

**Background:** Palliative care is presented as a cornerstone in the treatment of patients with terminal cancer, trying to reduce suffering to a minimum and trying to improve the quality of life of the patient.

**Objective:** The objective of the proposed research is to identify the palliative care that is carried out in the Foundation for the Service of the Patient with Cancer (FASEC) in the period January - December 2018.

**Method:** The study is quantitative, descriptive, retrospective. Supported by the review of digital medical records of 256 terminal cancer patients hospitalized at FASEC receiving palliative therapy. The variables evaluated were age, gender, civil status, length of hospital stay, supportive therapies, drugs used, and type of treatment. Descriptive statistical techniques were used for the analysis.

**Results:** 38.3% of patients were between 63 and 77 years old; the distribution between men and women is similar (46.1% and 53.9%); 41.4% were hospitalized between 16 to 45 days; 96.1% of patients received gastrointestinal drugs followed by non-steroidal anti-inflammatory drugs and antibiotics; 71.1% required assistance for their activities. 64.5% used drug therapy followed by surgery with 56.6%. 78.5% needed psychological support therapies.

**Conclusions:** pharmacotherapy was the most applied treatment, followed by surgery; psychological support therapies were support measures provided more frequently in the patients studied.

**Keywords.** Terminal patient. Palliative care. Neoplasia.



## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	4
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	9
<b>DEDICATORIA</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	14
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b> .....	17
<b>CAPÍTULO II</b> .....	19
<b>2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO</b> .....	19
2.1.1 NEOPLASIA .....	19
2.1.2 CUIDADOS PALIATIVOS.....	21
<b>CAPÍTULO III</b> .....	24
<b>3.1 OBJETIVOS</b> .....	24
3.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	25
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	25
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA .....	25
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	25
4.5 VARIABLES DE ESTUDIO .....	26
4.6 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	26
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....	27
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.9 AUTORIZACIÓN.....	27
4.10 SUPERVISIÓN .....	28
<b>CAPÍTULO V</b> .....	28
<b>5. RESULTADOS</b> .....	28
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	31



<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	31
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	34
<b>7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	34
7.1 CONCLUSIONES .....	34
7.2 RECOMENDACIONES .....	35
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	35
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	35
<b>CAPITULO IX</b> .....	39
<b>9. ANEXOS</b> .....	39
Anexo 1. Operacionalización De variables.....	39
Anexo 2: Oficio de aprobación Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer.....	41
Anexo 3. Formulario de recolección de Datos.....	42
Anexo 4. Oficio de declaración de no conflicto de intereses.....	43
ANEXO 5: Documento de Aprobación por el Comité de Bioética .....	44
Anexo 6: GRAMMARLY .....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de 256 pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018, según características sociodemográficas. ....	28
Tabla 2: Días de estancia hospitalaria de pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018. ....	29
Tabla 3: Fármacos utilizados en pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018.....	29
Tabla 4: Tipo de asistencia requerida por pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018 .....	30
Tabla 5: Tratamientos realizados en pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018.....	30
Tabla 6: Terapias de soporte recibidas por pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018 .....	31



Universidad de Cuenca

## **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

Daniela Alexandra Quinde Pulla, con C.I: 0106758899 en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 – 2018”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 01 de julio del 2021

---

Daniela Alexandra Quinde Pulla

CI: 0106758899



## **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán, con C.I: 0302142708 en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 – 2018”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 01 de julio del 2021

---

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán

CI: 0302142708



### **Cláusula de propiedad intelectual**

Yo, Daniela Alexandra Quinde Pulla , autor/a del proyecto investigativo; “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 – 2018”, certifico que todas la ideas, opiniones y contenidos expuestos son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 01 de julio del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniela Quinde Pulla'.

---

Daniela Alexandra Quinde Pulla

CI: 0106758899





### **Cláusula de propiedad intelectual**

Yo, Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán, autora del proyecto investigativo; “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 – 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 01 de julio del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán', written over a horizontal line.

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán

CI: 0302142708



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por fortalecerme cada día, a mi familia por el amor y apoyo brindados desde siempre. A nuestra directora de proyecto, la Dra. Silvia Aguirre por su guía y enseñanza. A mi amiga y compañera de tesis, por cada momento vivido desde el inicio. Y a los docentes, amigos y demás personas quienes formaron parte de este camino e hicieron esta carrera más bonita y emocionante de lo que ya es.

Daniela Alexandra Quinde Pulla.



## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a mi familia que han sido el pilar fundamental desde el día uno de mi carrera, en especial a mi madre Teresa Guamán por todo el apoyo brindado, por todas las malas noches que soportó a mi lado y por los sacrificios que ha hecho por mi durante toda mi vida, a mis docentes quienes con su aporte contribuyeron a mi crecimiento tanto personal como profesional, en especial a la Dra. Silvia Aguirre tutora de este proyecto quien siempre estuvo pendiente de nosotras, a los compañeros que se convirtieron en amigos y a los amigos que se convirtieron en familia durante los años de carrera, y a la Universidad de Cuenca por brindarme la oportunidad de cumplir esta meta.

Gracias a todos.

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán



## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a las personas más admirables que existen; mis padres, Milton y Cristina, quienes me han dado todo lo que se le podría dar a una hija e incluso más, esperando retribuirles un poco de ese increíble amor.

A mis hermanos; Viviana y Alejandro, por ser mi motivación y fortaleza

A mis amigas y amigos incondicionales.

Y a ti, J.

Daniela Alexandra Quinde Pulla



## DEDICATORIA

Dedicado a mi madre en el cielo Leonor Luna, mi Mamanozhita, la persona más creía en mí, la que más quería que cumpliera este sueño, espero que desde allá arriba me esté viendo y esté feliz y orgullosa, lo logré y es gracias a su bendición. A mi madre, Teresa Guamán por ser mi vida entera, a mis tíos Jaime, César y Marcelo por ser como mis padres, a mis tías Ana, Leonor y Eugenia que más que eso han sido amigas siempre que las necesité, a mis primas María, Cielo, Emilia, Valentina Sophia y Alejandra, y primo Marcelo quienes son como mis hermanitos. Mi familia es mi pilar, sin su apoyo nunca  
habría logrado nada.

Todo esto es por y para ustedes.

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El cáncer es una patología prevalente en la sociedad actual definiéndose como una alteración en la división normal de las células, caracterizada por la multiplicación descontrolada de las mismas causando alteración en la funcionalidad del área en donde se origina, además, estas células anormales se pueden diseminar a diferentes partes del cuerpo, lo que se conoce como metástasis, convirtiéndolo en un proceso sistémico (1).

En ocasiones esta patología puede ser tratada de manera satisfactoria logrando su curación o, en su defecto, disminuyendo la velocidad de propagación, pero también existen casos en los que ya sea por la complejidad de la neoplasia o por el estadio en el que es diagnosticado, ya no existe tratamiento efectivo por lo que el manejo es únicamente sintomático.

Es así que este tipo de pacientes tienen que optar por cuidados paliativos, que se conceptualizan como un componente crítico de la atención que aborda las necesidades de calidad de vida del paciente y su familia y ayuda al paciente a establecer sus objetivos y preferencias para la atención. Los cuidados paliativos son complementarios a los cuidados oncológicos tradicionales que se centran en la terapia dirigida a la enfermedad para reducir la carga de síntomas de la enfermedad y prolongar la vida (2).

También se debe considerar que los cuidados paliativos no se limitan únicamente a paciente con enfermedades en etapas terminales sino también en fases iniciales en conjunto con otras terapias que sirvan para alargar la vida del paciente (3). Se ha demostrado que los pacientes que reciben



integración temprana de cuidados paliativos tienen tasas más bajas de hospitalizaciones, ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) y visitas al departamento de emergencias en el último mes de vida, en comparación con aquellos que reciben estos cuidados solamente en etapas finales (4).

Según la Organización Mundial de la Salud solo un 14% de los pacientes que requieren asistencia paliativa tiene acceso a la misma, de estos un 34% corresponden a causas oncológicas, constituyendo así una problemática a nivel global (3). En Ecuador el servicio de cuidados paliativos se da de manera errática e irregular. El sistema sanitario del país no ofrece la cantidad de instituciones y profesionales necesarios para cubrir la demanda de todos aquellos pacientes con necesidad de terapia paliativa (5).

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo describir los cuidados paliativos empleados en pacientes oncológicos en etapa terminal de la Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer (FASEC) de la ciudad de Cuenca y de esta forma dar a conocer la manera en la que se lleva a cabo el cuidado de los pacientes, así como brindar recomendaciones para una mejor atención.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los cuidados paliativos constituyen un importante elemento en los distintos niveles de atención cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus allegados mediante la prevención y disminución del sufrimiento tanto de carácter físico, ocasionado por disfunciones orgánicas, debilitamiento o dolor propios de la enfermedad; así como de carácter psicosocial y espiritual derivados de tener un padecimiento potencialmente mortal (6).



Según datos de la OMS, la mayor parte de adultos que requieren cuidados paliativos a nivel mundial tienen enfermedades crónicas dentro de las que se encuentran: enfermedades cardiovasculares (38,5%), neoplasias (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%), diabetes (4,6%) (6).

La OMS también señala que anualmente aproximadamente son 40 millones de personas en el mundo las que requieren de asistencia paliativa, de los cuales el 78% habitan en países de medio a bajo ingreso. Se estima que de todos estos casos únicamente un 14% de ellos reciben estos cuidados. Se prevé que la necesidad de terapias paliativas incrementará con el tiempo debido a que la prevalencia de enfermedades crónicas continúa creciendo junto con la esperanza de vida (6).

En múltiples estudios estadísticos se evidencia la notable incidencia y prevalencia de la patología oncológica y su elevada necesidad de la aplicación de cuidados paliativos sobretodo en sus fases terminales (7).

Según el informe de IARC-OMS, en Latinoamérica el tipo de cáncer varía según el país; en países de bajos recursos se registra una prevalencia alta en tipos de cáncer asociados a infecciones, mientras que en países más prósperos la prevalencia destaca en aquellos relacionados a estilos de vida (8).

Para los pacientes recién diagnosticados con cáncer avanzado, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) sugiere la participación temprana de los cuidados paliativos dentro de las primeras 8 semanas posteriores al diagnóstico (9).

Lamentablemente el enfoque de la terapia curativa a la paliativa no siempre se desarrolla adecuadamente; el campo investigativo, así como práctico en esta área no se ha logrado en todos los países de manera satisfactoria (10).





A nivel latinoamericano el 84% de los países ofrecen servicios en cuidados paliativos y de este porcentaje, el 46% se encuentra en Argentina y Chile que cubriría sólo el 10% de la población en Latinoamérica (6). Otro aspecto en a recalcar es la enseñanza en este tema, debido a que no es impartida de manera óptima dentro de las universidades, así como tampoco existe la aplicación de herramientas de evaluación paliativa estandarizadas, lo que conlleva a la falta de conocimiento suficiente en esta área y por ende su aplicación limitada a los pacientes que lo requieran (11).

En Ecuador existe un Plan Nacional de Cuidados Paliativos pero no está integrado adecuadamente en el accionar del Ministerio de Salud Pública (6), por lo que la atención todavía no ha logrado desarrollarse al 100%. Como muestra de esto tenemos el hecho de que el servicio en esta área es brindado en su mayoría por instituciones privadas que trabajan individualmente según criterios propios y sin lineamientos estandarizados por falta de conocimiento estadístico del medio, encontrándose desarticulados del Sistema Nacional de Salud (7) . Según el MSP y el INEC (2014), en nuestro país el cáncer es la segunda causa de mortalidad, notándose así la necesidad del uso de un correcto protocolo de cuidados paliativos (12).

En hospitales de segundo nivel no existen unidades exclusivas dedicadas a esta rama, así como tampoco en centros de atención comunitaria. El mayor número de dependencias se encuentran en las ciudades de Quito y Guayaquil. Según el Ministerio de Salud Pública, más del 50% de pacientes que requieren estos cuidados no los reciben de manera específica (5). La falta de investigación en el área paliativa es evidente, en los hospitales e instituciones locales son pocos los estudios que recogen información sobre este tema, no se cuenta con datos suficientes en cuanto a aspectos estadísticos o lineamientos protocolarios que nos permitan conocer nuestra realidad para intervenir en ella.



## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los cuidados paliativos que se aplican en pacientes oncológicos terminales en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer 2017 -2018?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el sistema de salud de un país se puede considerar como universal sólo si en este se encuentra incorporado la práctica de cuidados paliativos (13). Estos representan una necesidad humanitaria y urgente en pacientes con patologías en estadios avanzados y con mínimas probabilidades de curación.

La terapéutica paliativa está encaminada a brindar al paciente una vida lo más normal y activa posible, no intenta acelerar el proceso de muerte o alargar la vida, solo trata de conseguir que los días restantes transcurran libres de dolor, con lucidez y dignidad gracias al aporte de conocimientos médicos y psicológicos especializados en el paciente y su entorno (11).

Para el personal de salud, el brindar servicios de carácter paliativo, puede ser considerado una de las partes más complicadas de su actuar, sobre todo considerando el hecho de que se nos ha inculcado el arte de curar y sanar a nuestros pacientes, por lo que enfrentarnos a la muerte, y, sobre todo, a ayudar a las personas en este proceso, resulta todo un reto (14).

La OMS señala que aproximadamente un 34% de quienes requieren cuidados paliativos son pacientes oncológicos (6), y para poder atender a sus necesidades correctamente estos deberían estar integrados eficazmente dentro del sistema de atención primaria de salud y las prestaciones que este comprende (15). La ASCO manifiesta que ningún centro de oncología, hospicio o centro de cuidados paliativos debería existir sin un equipo de cuidados paliativos bien desarrollado, con sus diferentes especialidades (16). Cabe recalcar que las fases avanzadas



de la patología oncológica causan en el paciente numerosos síntomas que podrían ser atenuados con intervenciones relativamente bajas en costo (15).

Si la medicina paliativa no se aplica correctamente existe el riesgo de continuar la práctica de tratamientos, en muchas ocasiones, inútiles que provocan perjuicios en el paciente y su familia, así como también el mal uso de recursos y gastos innecesarios (7), por lo que académicamente, el análisis de la práctica en esta área, constituye una fuente de información del estado actual de la medicina paliativa en el medio, que a su vez, ayuda en la decisión de accionares públicos brindados por el sistema de salud en sus distintos niveles, así como también , sirve de base para la realización de estudios futuros a mayor profundidad en el tema que lleven al conocimiento, práctica y desarrollo satisfactorio de los cuidados paliativos en el país.

Estableciendo estos puntos consideramos que este tema tiene gran importancia puesto que el estudio y desarrollo del mismo traería consigo avances que beneficiarían tanto al personal médico quienes al tener más conocimiento de este ámbito podrían emplearlo a un mejor manejo clínico con el consecuente beneficio del paciente quien recibiría una atención más precisa e individualizada.

Con lo antes mencionado enmarcamos el tema presentado dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública en el área 19: Sistema Nacional de Salud, línea de calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo.

Los resultados obtenidos en el estudio serán publicados en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca para su posterior difusión.



## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1.1 NEOPLASIA

##### **Definición**

Se trata de una división celular descontrolada e ininterrumpida con la consecuente formación de células anormales que no pueden ser eliminadas y sobreviven formando acumulaciones denominadas tumores. Estas formaciones pueden ser de tipo benigno o maligno, y son estos últimos los que poseen la capacidad de diseminarse a tejidos contiguos y a la distancia causando una patología a nivel de, no solo el órgano que lo origina, sino de los diferentes sistemas, y es este conjunto de enfermedades que se relacionan entre sí lo que se conoce como el cáncer (17).

Este proceso puede tener lugar en cualquier órgano del cuerpo en el cual se forma un cúmulo de células cuya capacidad de división se ha alterado sin poder evitar su continuo crecimiento y multiplicación. El punto más crítico en la aparición del cáncer se da el momento en el que las células de defensa pierden su capacidad para identificar y eliminar las células malignas cuando están recién formadas dando paso a su consiguiente reproducción y expansión (18).

##### **Causas**

El origen radica en la aparición de mutaciones a causa de factores hereditarios, agentes del ambiente externo o errores en la replicación del ADN. De estas causas, los errores de replicación han demostrado ser responsables de dos tercios de las mutaciones en el cáncer; sin embargo, los factores que presentan una mayor relevancia son los originados en el ambiente externo ya que pueden ser modificados (19) (20).



Dentro de los factores externos que se conocen tenemos:

- Tabaco
- Alcohol
- Carcinógenos químicos tales como amianto, níquel, plomo, arsénico, entre otros, provenientes de las industrias.
- Agentes físicos entre los que destacan las radiaciones ionizantes y las de los rayos ultravioleta o accidentes nucleares.
- Agentes biológicos como Virus como el de la Hepatitis B y del Papiloma Humano, y bacterias como el Helicobacter pylori (21).

Si bien ambos tipos de factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos tienen su impacto respectivo en la génesis del cáncer, muchos estudios han concluido que la mayor parte de estos se originan debido a una interacción entre ambos tipos de factores que generan una acumulación de errores y mutaciones dando origen a este fenómeno y de hecho muchas veces no es posible saber cuál de los factores fue el que más contribuyó a que se desarrolle un cáncer (20).

## **Epidemiología**

Según las estadísticas de GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) a nivel mundial las neoplasias más frecuentes en orden descendiente son: pulmonar, próstata, colorrectal, estomacal y hepático para ambos sexos, en mujeres el más prevalente es el de mama y en hombres sigue siendo el de pulmón (8).

En cuanto a los datos referentes al Ecuador tenemos que las neoplasias más comunes en orden descendiente son: próstata, estómago, colorrectal, linfoma no-Hodgkin y leucemia para ambos sexos, para hombre el más prevalente es el de mama y para hombre el de próstata (8).



La prevalencia según la edad aumenta en el cáncer de próstata seguido del de estómago en hombres y en el cáncer de mama seguido del de estómago en mujeres, la igual que su mortalidad (8).

## **Repercusiones**

El cáncer es una enfermedad con repercusiones que van más allá de la afectación en la salud física. El paciente se puede sentir agobiado pues hay una incertidumbre al no saber qué pasará con él o como su vida va a cambiar, hay miedo, negación, ira, preocupación, estrés, ansiedad, depresión y muchos más estados de ánimo que fluctúan con el transcurso de la enfermedad (21).

La alteración en la apariencia física es una situación que afecta emocionalmente a muchas personas pues se presentan efectos como caída del cabello, presencia de aparatos como ostomías, pérdida de extremidades, cicatrices, que marcan la forma en una persona se ve y se siente (21).

El cáncer puede llegar a ser una enfermedad físicamente muy debilitante, razón por la cual muchas veces el paciente se ve obligado a dejar su trabajo u otras actividades de su vida diaria, situación que puede acrecentar los sentimientos de tristeza, inferioridad y de inutilidad (21).

Es por esto que el enfoque de estos pacientes debe ser multidisciplinario sin dejar de lado estas repercusiones que pueden afectar al paciente incluso más que la propia enfermedad (22).

### **2.1.2 CUIDADOS PALIATIVOS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (23).



Además en lo que se refiere a los enfermos oncológicos señala que, independientemente de las posibilidades de curación que posean, los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor, deben ser elementos fundamentales en cualquier programa nacional de lucha contra el cáncer (24).

Muchas veces existe confusión al momento de definir a los cuidados paliativos, pues erróneamente se los cataloga como el cuidado que se le da un paciente únicamente terminal sin posibilidad de cura, concepto equivocado ya que esta terapéutica no se limita al final de la vida, sino que puede ser aplicado en cualquier momento de la enfermedad. También se tiene la idea de que están destinados únicamente para el cáncer, cosa que no es así, pues pueden aplicarse en cualquier patología que conlleve un deterioro de la calidad de vida que pueda ser tratado (25).

### **Utilidad**

La OMS estableció en 1990 los derechos para el paciente terminal, donde se está de acuerdo en el ejercicio de la Medicina Paliativa e incluyen también, el derecho a no morir con dolor o solo, a participar de las decisiones terapéuticas y a la asistencia y participación de y para la familia. Se ha demostrado que tanto el paciente como su familia se pueden beneficiar de estos cuidados a cualquier edad y en cualquier etapa de la enfermedad (26).

Los cuidados paliativos no buscan acabar a la brevedad posible el sufrimiento y no deben ser confundidos con la eutanasia o la muerte asistida. Estos se brindan para proporcionar confort, alivio sintomático y una calidad de vida aceptable considerando a la persona de manera íntegra teniendo en cuenta el manejar adecuadamente los síntomas, disminuir la carga que conlleva cuidarlo, evitar la muerte prolongada, mantener el control y fortalecer las relaciones personales dando el mayor respeto a la dignidad de la persona en todas las etapas de su enfermedad, desde el inicio de la misma hasta la muerte natural (23).



Los cuidados paliativos tratan de atenuar los síntomas causantes del sufrimiento del paciente, por lo que es necesario el control eficaz del dolor y otros como debilidad, disnea, constipación, ansiedad, anorexia y síntomas neuropsicológicos, que provocan en el paciente la sensación de discapacidad, minusvalía e invalidez. Por otra parte, también ayudan a tolerar efectos secundarios causados por los tratamientos médicos (27).

Otro de los grandes beneficios que brinda la aplicación de los cuidados paliativos es la disminución del número de ingresos a la unidad de cuidados intensivos (UCI), sobre todo si se implementan desde el inicio de la enfermedad para evitar descompensaciones y posibles complicaciones que terminen con el paciente ingresado a este servicio, situación que hace que el manejo y cuidado sean aún más difíciles (28).

### **Medidas aplicadas**

La atención en cuidados paliativos se puede proporcionar tanto a nivel hospitalario y/o en centros sanitarios como a nivel domiciliario, existiendo coordinación entre ellos. En la mayor parte de bibliografía consultada se hace referencia a dos niveles de atención; uno básico y otro especializado. El primero está orientado a los cuidados paliativos que se brindan en entornos no especializados como en centros de salud básicos o en Atención Primaria. El nivel especializado por su parte, se refiere al trato de pacientes terminales con necesidades más complejas y que precisan profesionales capacitados en las mismas (27).

Para poder mejorar la calidad de los pacientes, los cuidados paliativos se pueden centrar en cuatro dominios; bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar espiritual (29).

Los instrumentos, a modo general, hacen referencia al reconocimiento, control y tratamiento de los síntomas que aquejan al paciente, a proporcionar apoyo y





ayuda emocional al enfermo y a su familia, así como la comunicación adecuada de estos con el equipo terapéutico y la existencia de un trabajo interdisciplinar que se adapte a las situaciones cambiantes del enfermo en todas sus etapas (27).

Existe una herramienta (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos) publicada por el equipo regional de cuidados paliativos de Andalucía cuyo objetivo es la clasificación de la complejidad de cada paciente dividiéndolos en tres categorías: no compleja, compleja y altamente compleja, mismas que servirán para la toma de decisiones terapéuticas. Si bien la complejidad de cada paciente es un pilar de suma importancia todavía no ha sido definido con unanimidad, pero de llegar a estandarizarse significaría una optimización mayor de los cuidados paliativos brindando así una atención más especializada para cada paciente y sus necesidades particulares (30).

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 OBJETIVOS**

#### **3.1.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los cuidados paliativos que se realizan en pacientes hospitalizados en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer en el periodo enero-diciembre 2018.

#### **3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar socio demográficamente y clínicamente a los pacientes oncológicos hospitalizados en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer (FASEC)
- Determinar los tipos de tratamiento aplicados en los pacientes de la fundación.
- Reconocer las diferentes medidas de soporte brindadas en los pacientes.



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo:

- Cuantitativo, porque se trabajará con datos y cifras que serán tratados estadísticamente.
- Descriptivo, debido a que se analizará un hecho y sus características (cuidados paliativos en pacientes terminales oncológicos).
- Retrospectivo, debido a que los datos a estudiar ocurrieron en el pasado.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer ubicada en la avenida Diez de Agosto entre las calles Emiliano Crespo y Agustín Landívar de la ciudad de Cuenca en la provincia del Azuay

#### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra están conformados por 256 pacientes oncológicos terminales hospitalizados en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer (FASEC)

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

##### **Criterios de inclusión**

- Pacientes oncológicos terminales que estaban recibiendo tratamiento paliativo en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer (FASEC)
- Pacientes que estén ingresados en el sistema de FASEC en el período de enero 2017- diciembre 2018
- Pacientes que se encuentren entre las edades de 18 y 85 años.



### **Criterios de exclusión**

- Pacientes cuyas historias clínicas no tengan la información completa para la formulación de las variables a estudiarse.
- Pacientes que se encuentren recibiendo tratamiento paliativo extra además del brindado en FASEC

### **4.5 VARIABLES DE ESTUDIO**

- Edad
- Género
- Estado civil
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Terapias de soporte.
- Fármacos trabajados
- Tipo de tratamiento

### **4.6 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

**Método:** Para lograr los objetivos de la investigación se realizará un estudio observacional, por medio de la revisión de fichas clínicas.

**Técnica:** Para cumplir los objetivos propuestos se efectuó la revisión de fichas clínicas físicas y digitales en el área estadística de la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer y posteriormente se tabularon los datos en el programa Microsoft Excel 2016 y análisis en IMB SPSS Statistics versión 25 para el sistema operativo Windows con licencia número:

L4NPDW44MDCZASP5B4AGY7WC2FOHSUX5UHVTA4E9IZZMSONPMBSP  
BTDPKNVCNX226TYGAFOEWGPRTP9GASUXOXT6RTYBKN5ELK



**Instrumentos:** La información será recolectada a través de un formulario de recolección de datos, la misma que se obtendrá de la base de datos e historias clínicas de los pacientes de la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer.

#### **4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

La tabulación de los datos obtenidos se realizó en el programa Microsoft Excel 2016. El análisis se efectuó en el programa SPSS versión 25 para el cual se cuenta con una licencia portátil para su uso. Los resultados se exponen en tablas de frecuencia y porcentaje.

#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Se garantiza que los datos obtenidos se manejan con estricta confidencialidad a través de un código numérico. Los datos serán de uso único para la presente investigación. Una vez obtenido la calificación de titulación, los mismos serán eliminados y destruidos. Los riesgos para las personas serán nulos, ya que solo se procederá a la revisión de fichas clínicas. Los beneficios del presente estudio pueden que no sean directos para el participante, pero al final de la investigación la información generada pueda crear beneficios para los demás. No se dará a conocer los datos de identificación de los mismos. Las investigadoras no poseemos ningún conflicto de interés vinculado con el presente estudio.

#### **4.9 AUTORIZACIÓN**

Se realizó un oficio dirigido a la señora Lourdes Jerves, directora de la Fundación al Servicio del Paciente con Cáncer (FASEC), en donde solicitó el permiso para la revisión de historias clínicas desde el sistema informático del establecimiento. También se contó con la respectiva autorización por parte de la señora Decana.



#### 4.10 SUPERVISIÓN

El presente trabajo de investigación contó con la supervisión de la Dra. Silvia Aguirre Ponce, docente de la Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Medicina.

### CAPÍTULO V

#### 5. RESULTADOS

**Tabla 1: Distribución de 256 pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018, según características sociodemográficas.**

Características sociodemográficas		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Edad (años)</b>	18-32	9	3,5
	33 a 47	38	14,8
	48 a 62	62	24,2
	63 a 77	98	38,3
	78 a 85	49	19,1
	Total	256	100
<b>Sexo</b>	Hombre	118	46,1
	Mujer	138	53,9
	Total	256	100
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	57	22,3
	Casado/a	129	50,4
	Divorciado/a	20	7,8
	Viudo/a	28	10,9
	Unión Libre	22	8,6
	Total	256	100

Realizado por: Daniela Quinde – Fernanda Sarmiento

Fuente: Base de datos.

En la tabla 1 se puede apreciar que la mayor proporción de pacientes incluidos (38,3%), estaban entre los 63 a 77 años; la distribución entre hombres y mujeres es similar 46,1 % y 53,9% respectivamente.

En cuanto al estado civil la mitad de los participantes estaban casados seguidos



de los solteros con menor presentación; se puede evidenciar también que el 41,4% estuvieron hospitalizados entre 16 a 45 días.

**Tabla 2: Días de estancia hospitalaria de pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018.**

Tiempo de estancia hospitalaria	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1-15 días	84	32,8
16-30 días	106	41,4
31-45 días	56	21,9
45-60 días	10	3,9
Total	256	100

Realizado por: Daniela Quinde – Fernanda Sarmiento.

Fuente: Base de datos.

En esta tabla se evidencia que el 41,4 % de los pacientes permanecieron hospitalizados por un periodo comprendido entre 16 y 30 días, mientras que solo 3,9% lo hicieron entre 45 y 60 días.

**Tabla 3: Fármacos utilizados en pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018**

Fármacos trabajados *	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antibióticos	195	76,2
AINES	229	89,5
Opioides	94	36,7
Gastrointestinales	246	96,1
Psicofármacos	86	33,6

\*La sumatoria total no es de 256 puesto que se analiza, cada fármaco trabajado en los apacientes, que en la mayoría de casos son más de 1

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Daniela Quinde – Fernanda Sarmiento.

En esta tabla se observa que casi la totalidad de pacientes recibieron fármacos gastrointestinales (96,1%), seguidos de los antiinflamatorios no esteroideos y los antibióticos; en una menor cantidad, la tercera parte de pacientes recibieron medicamentos psicotrópicos y opioides.



**Tabla 4: Tipo de asistencia requerida por pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018**

Asistencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No requiere asistencia	74	28,9
Requiere Asistencia	182	71,1
Total	256	100

Fuente: Base de datos.  
Realizado por: Daniela Quinde – Fernanda Sarmiento.

En esta tabla se evidencia que 182 pacientes de los 256 requería asistencia para sus actividades, representando el 71,1%.

**Tabla 5: Tratamientos realizados en pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018**

Tipo de tratamiento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Farmacoterapia	165	64,5
Radioterapia	130	50,8
Cirugía	145	56,6
Quimioterapia	95	37,1

*\*Los valores no suman 256 puesto que se analiza el tipo de tratamiento en cada paciente, siendo estas más de uno en la mayoría de los casos.*

Fuente: Base de datos.  
Realizado por: Daniela Quinde – Fernanda Sarmiento.

La tabla 4 analiza los tipos de tratamientos aplicados en los pacientes de la fundación, observándose que más de la mitad requirieron de farmacoterapia con el 64,5%, seguido de la cirugía con el 56,6% y radioterapia en un 50,8%; la quimioterapia se utilizó en menor medida con el 37,1%.



**Tabla 6: Terapias de soporte recibidas por pacientes oncológicos terminales de la fundación al servicio del enfermo con cáncer 2017 – 2018**

Terapias de soporte *	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Psicológicas	201	78,5
Físicas	164	64,1

*\*Los valores no suman 256 puesto que se analizan las terapias usadas en cada paciente, siendo estas más de una en la mayoría de los casos.*

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Daniela Quinde – Fernanda Sarmiento.

Esta tabla permite reconocer las diferentes medidas de soporte brindadas en los pacientes, siendo las terapias de soporte psicológica la más prevalente con el 78,5% de efectuación, las terapias físicas también se presentan en más de la mitad de pacientes con el 64,1% de utilización.

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Hace varias décadas se ha comenzado a hacer visible el concepto de los cuidados paliativos o cuidados al final de la vida, sobre todo en las personas que se enfrentan a enfermedades incurables; a pesar de los avances en el conocimiento del cáncer y de la disponibilidad de nuevos tratamientos, aún hay una parte importante de pacientes con cáncer que no tendrán mejoría, estos pacientes necesitan de cuidados paliativos para prolongar la sobrevivencia y mejorar la calidad de vida. En esta etapa, en ocasiones se mezclan tratamientos curativos y paliativos, los cuales no son mutuamente excluyentes (31).

Esta investigación consistió en Identificar los cuidados paliativos que se realizan en pacientes hospitalizados en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer en el periodo enero-diciembre 2018, para ello se incluyeron a todos los pacientes





oncológicos terminales hospitalizados en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer (FASEC) con un total de 256 participantes.

En cuanto a las características sociodemográficas de pacientes analizados se pudo conocer que la mayoría de pacientes estaban en la edad de 63 a 77 años; son una distribución similar entre hombres entre hombres y mujeres; la mitad de los participantes estaban casados seguidos de los solteros con menor presentación.

La estancia hospitalaria fue más prevalente entre 16 a 45 días, las características clínicas dejaron ver que los fármacos gastrointestinales fueron los más usados seguidos de los aantinflamatorios no esteroideos y los antibióticos esto coincide pro lo publicado por el ministerio de salud pública colombiano donde deja ver que los medicamentos gastrointestinales son los más usados debido a que existen efectos, como el estreñimiento persistente durante el tratamiento, donde 25% de los pacientes presentaron boca seca; 21%, náuseas Al analizar los tipos de tratamientos aplicados en los pacientes de la fundación, se conoció que más de la mitad requirieron de farmacoterapia con el 64,5% esto se puede comparar con lo publicado por la asociación española de cuidados paliativos donde se pude ver que en este tipo de cuidados se utilizan varios fármacos por las complicaciones asociadas al cáncer como en cuadros de dolor complejos, el uso de fármacos es casi obligado en el dolor neuropático o en metástasis óseas dolorosas. También se emplean para tratar la comorbilidad del paciente en cuidados paliativos; por ejemplo, antidepresivos para la depresión o ansiedad asociada al dolor. Esta opción terapéutica la componen un grupo muy heterogéneo de fármacos que se eligen de acuerdo a cada caso (32).

También se puede citar el estudio de Gutiérrez Samperio donde concluye que la farmacoterapia es indispensable en cuidados paliativos para tratar los síntomas que interfieren con una buena calidad de vida, como son los analgésicos y procedimientos para mitigar el dolor, al igual que aquellos para tratar síntomas



como las náuseas, el vómito y el insomnio, en ocasiones será necesario utilizar procedimientos para eliminar condiciones muy molestas: una sonda vesical en la retención urinaria, sonda nasogástrica en la dilatación gástrica, enemas y remoción de impactos fecales, evacuación de un derrame pleural o ascitis cuando interfieren con una ventilación adecuada.

En este estudio con el 56,6% de pacientes recurrió a cirugía con tratamiento, esto se puede explicar con lo publicado por Gutiérrez Samperio et al, donde deja ver que en algunos pacientes la cirugía puede ser paliativa, al solucionar una oclusión intestinal, extirpar el órgano sangrante o desbridar un absceso (33).

Así mismo los pacientes recibieron de este estudio radioterapia en un 50,8%; la quimioterapia se utilizó en menor medida con el 37,1%, estas técnicas en pacientes terminales como los describen Pulgar et al han demostrado beneficios en la sobrevida de pacientes oncológicos, así como, en mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes con cánceres avanzados donde el objetivo es la paliación de síntomas (34).

En la investigación de Ridal y Rodin se determinó que el cáncer avanzado está asociado a numerosos desafíos incluyendo el deterioro físico progresivo que desemboca en miedos referentes a la dependencia y pérdida de autonomía, mortalidad y sentido de la vida, que se relaciona también el continuo aumento de la sobrevida en los pacientes oncológicos ha llevado a que estos vivan en un proceso de adaptación y cambios continuos, lo que conlleva una gran carga emocional tanto para el paciente como para su familia. En sus resultados dejan ver también que casi la totalidad pacientes oncológicos en fase terminal cumplen

criterios para un diagnóstico psiquiátrico y tratamiento psicológico por signos de estrés, siendo los síntomas depresivos muy frecuentes (35). Esto explica los resultados de esta investigación pues se determinó que 78,5% de los pacientes participantes necesitaron de medidas de soporte psicológico.



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 CONCLUSIONES

- En cuanto a las características sociodemográficas de los historiales analizados se pudo conocer que la mayoría de pacientes estaban en la edad de 63 a 77 años; son una distribución similar entre hombres entre hombres y mujeres; la mitad de los participantes estaban casados seguidos de los solteros con menor presentación.
- En cuanto a las medidas farmacológicas más empleadas tenemos que los medicamentos más aplicados son los gastrointestinales, seguidos de los aantinflamatorios no esteroideos y los antibióticos. La farmacoterapia fue el tratamiento más aplicado, seguido de la cirugía.
- Se observó también que la mayoría de paciente ingresados requiere de asistencia para realizar sus actividades.
- En cuanto a las medidas de soporte empleadas en los pacientes se observó que tanto las psicológicas como las físicas fueron empleadas en la mayoría de pacientes siendo las psicológicas las de mayor prevalencia.
- En la Fundación al Servicio de Enfermo de Cáncer, no se observa un manejo estandarizado o seguimiento de protocolos ya planteados al momento de manejar un paciente que requiera cuidados paliativos, más bien se trata de una atención individualizada de acuerdo al requerimiento de cada paciente.



## 7.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda ahondar en el estudio de los cuidados paliativos por parte de la Universidad de Cuenca considerando que es un tema de mucha relevancia y del que poco se habla, para que en futuras investigaciones de se brinde más énfasis a esta problemática
- Conseguir que se estandarice la aplicación de cuidados paliativos no solo en establecimientos como lo es FASEC, sino en cada casa de salud con la aplicación de protocolos.

## CAPÍTULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. American Cancer Society Sitio Web. [Online].; 2016 [cited 2019 Febrero 25. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>.
2. Ferrell B, Temel J, Temin S. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. Clinical Oncology. 2017 Enero 1; 35(1): p. 96 -114. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034065/>
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 05 22. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.
4. Moroney M, Lefkowitz C. Evidence for Integration of Palliative Care Into Surgical Oncology Practice and Education. Journal of surgical oncology. 2019 Julio; 120(1): p. 1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30892710/>
5. Dávalos V, López C, Vaca S, Mahtani V, Sanz E. Desarrollo y situación actual de los cuidados paliativos en Ecuador. Informe primer encuentro nacional de la red ecuatoriana de ciencia regional. [Online] 2018. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Ronny\\_Correa-Quezada/publication/323547155\\_MEMORIAS\\_RECIR\\_PERSPECTIVAS\\_DEL\\_DESARROLLO\\_REGIONAL\\_SUSTENTABLE\\_EN\\_ECUADOR\\_TOMO\\_II/links/5a9c1527a6fdcc3cbacd3f8e/MEMORIAS-RECIR-PERSPECTIVAS-DEL-DESARROLLO-REGIONAL-SUSTENTAB](https://www.researchgate.net/profile/Ronny_Correa-Quezada/publication/323547155_MEMORIAS_RECIR_PERSPECTIVAS_DEL_DESARROLLO_REGIONAL_SUSTENTABLE_EN_ECUADOR_TOMO_II/links/5a9c1527a6fdcc3cbacd3f8e/MEMORIAS-RECIR-PERSPECTIVAS-DEL-DESARROLLO-REGIONAL-SUSTENTAB)



6. OMS. Organización mundial de la salud. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 22. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/global-hepatitis-report/es/>.
7. MSP. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2015 [cited 2020 marzo 23. Available from: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_00005223\\_2015%2027%20ene.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00005223_2015%2027%20ene.pdf).
8. Internacional Agency of Research on Cancer. Global Cancer Observatory. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 10. Available from: <http://gco.iarc.fr/>.
9. Saga Y, Enokido M, Iwata Y, Ogawa A. Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. Chin Clin Oncol. 2018 Junio; 7(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30056734/>
10. Vallejo M, Lino N, Quinto R. Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en el Ecuador. Oncología (Ecuador). 2017 Diciembre; 27(3). Disponible en: <https://www.roe-solca.ec/index.php/johs/article/view/42/43>
11. Hernández O, Arbelo M, Reyes M, Medina I, Chacón E. Nivel de Información sobre Cuidados Paliativos en Médicos Residentes. Revista de Educación Médica Superior. 2015 Enero; 29(1): p. 14-27. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412015000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100004)
12. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Sexto Informe: Epidemiología del cáncer en el cantón Cuenca 2005-2009. Cuenca: SOLCA; 2015. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-CU-2005-2009.pdf>
13. Navarro HM. Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención. Revista de Atención Familiar. 2017 Abril; 24(3): p. 95-96. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2017/af173a.pdf>
14. Perera L, Aguilar I, Oliva M. Cuidados Paliativos de pacientes en estadio terminal. Rev Medi May. 2016 febrero; 23(2): p. 173-178. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1014>
15. Allende S, Arrieta Ó, Barrera , Verasteguí E, Castañeda C. Incorporación de los Cuidados Paliativos al Plan Nacional de Cáncer: Consenso. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015 Abril; 12(4): p. 213-222. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Oscar\\_Arrieta3/publication/263929621](https://www.researchgate.net/profile/Oscar_Arrieta3/publication/263929621)



[Incorporacion de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cancer  
consenso/links/0f31753c6078a07bbd000000.pdf](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es)

16. Osman H, Shrestha S, Temin S. Palliative Care in the Global Setting: ASCO Resource-Stratified Practice Guideline. *Journal of global oncology*. 2018 Julio; 1(4): p. 1-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085844/>
17. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2015 [cited 2019 Agosto 10. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.
18. Roy PS, Saikia BJ. Cancer and cure: A critical analysis. *Indian Journal of Cancer*. 2017 Febrero 24; 53(3): p. 441-442. Disponible en: <http://www.indianjancer.com/article.asp?issn=0019-509X;year=2016;volume=53;issue=3;page=441;epage=442;auiast=Roy>
19. Tomasetti C, Li L, Vogelstein B. Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. *Science Magazine*. 2017 Marzo; 355(6331): p. 1330-1334. Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/355/6331/1330>
20. Wu S, Powers S, Zhu W, Hannun Y. Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development. *Nature Research Journal*. 2015 Diciembre 16; 52(9): p. 43-47. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nature16166/>
21. Asociación Española Contra el Cáncer. Asociación Española Contra el Cáncer. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 10. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/factores-riesgo>.
22. Instituto Nacional del Cáncer. Cómo hacer frente al cáncer. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 21. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar>.
23. Silberberg A, Atenuo P. Eficacia de los Cuidados Paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona y bioética*. 2018 Febrero; 22(2): p. 367-380. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6843581>
24. Espina V. Los Cuidados Paliativos en el final de la vida. Aspectos clínicos y éticos. *ARBOR*. 2019 Junio; 195(792). Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2319/3351>
25. Wallerstedt B, Benzein E, Schildmeijer K, Sandgren A. What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scand J Caring Sci*. 2018



Agosto; 33(1): p. 77-84. Disponible en:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12603>

26. Maceda S, Pita N, Deus Fernández R. Evaluación del estrés laboral en los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados paliativos. Anuario Psicología e Saúde. 2018 Noviembre; 6(11): p. 168-173. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735195>
27. Erazo Alegría JD. Cuidados Paliativo: Aspectos generales. Tesis para optar al grado de magister en cuidados de la salud ; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14775/Erazo%20Alegr%c3%ada%2c%20Juan%20David.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Romano A, Gade K, Nielsen G, Harrison J, Barclay J. Early Palliative Care Reduces End-of-Life Intensive Care Unit (ICU) Use but Not ICU Course in Patients with Advanced Cancer. Oncologist. 2017 Marzo; 22(3): p. 318-323. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344633/>
29. Gasteiz V. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica. Bilbao: Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno de España; 2008. Disponible en: [http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GuiaPracticaclinica\\_cuidados\\_paliativos\\_resumida.pdf](http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/GuiaPracticaclinica_cuidados_paliativos_resumida.pdf)
30. Salvador R, Garrido , Perea I, Martín ML, Regife V, Fernández A. El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. Medicina Paliativa. 2017 Octubre; 24(4): p. 196-203. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X16000070>
31. Martinez H. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. Rev Nut Cli Met. 2021; 4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
32. Asociacion Española de cuidados paliativos. SECPAL. [Online].; 2018 [cited 2021 Mayo 20. Available from: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>.
33. Gutierrez Sampiero C, Ruiz Canizales R, Romero Zepeda H. Medicina paliativa en cirugía. Cir Cir. 2017 marzo; 85(2). Disponible en: <https://medes.com/publication/119471>
34. Pulgar D, Yañez N, Ortega F. Mortalidad a 30 días posterior a la administración de quimioterapia sistémica en una unidad oncológica regional. Rev Médica Chile. 2019; 147(7): p. 887-890. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n7/0717-6163-rmc-147-07-0887.pdf>



35. Troncoso P, Rydall A, Rodin G. Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 20019; 57(3). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272019000300238](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000300238)

## CAPITULO IX

### 9. ANEXOS

#### Anexo 1. Operacionalización De variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona (años cumplidos)	Social	1. 18 a 32 años 2. 33 a 47 años 3. 48 a 62 años 4. 63 a 77 años 5. 78 a 85 años	Cuantitativa ordinal
Género	Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres	Social	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativo Nominal
Estado civil	Situación de una persona según el registro civil de acuerdo a si tiene o no pareja.	Social	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Viudo/a 5. Unión libre	Cualitativa nominal
Tiempo de estancia hospitalaria	Número de días que el paciente se encuentra hospitalizado	Social	1. 1-15 2. 16-30 3. 31-45 4. 46-60 5. 61-75 6. 76-90	Cuantitativo ordinal





Fármacos trabajados	Medicamentos utilizados en la terapia paliativa	Social	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Antibióticos</li><li>2. AINES</li><li>3. Opioides (mayores o menores)</li><li>4. Psicofármacos</li><li>5. Gastrointestinales</li></ol>	Cualitativo nominal
Terapias de soporte	Práctica médica encaminada a tratar las limitaciones físicas y los efectos psicológicos derivados de la enfermedad	Social	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Psicológicas</li><li>2. Físicas</li></ol>	Cualitativo Nominal
Funcionalidad	Capacidad que posee un organismo para llevar a cabo una actividad de la vida diaria.	Social	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No requiere asistencia</li><li>2. Requiere asistencia<ul style="list-style-type: none"><li>● Parcial</li><li>● Total</li></ul></li></ol>	Cualitativo Nominal
Tipo de tratamiento	Terapia antineoplásica utilizada en el paciente.	Social	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Farmacológico</li><li>2. Radioterapia</li><li>3. Cirugía</li><li>4. Quimioterapia</li></ol>	Cualitativo nominal



## Anexo 2: Oficio de aprobación Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer

Cuenca, 20 de julio del 2020

Señora:  
Lourdes Jerves  
Directora de la Fundación al Servicio del enfermo de cáncer (FASEC)  
Su despacho. -

De nuestras consideraciones:

Por medio del presente reciba un atento y cordial saludo deseándole éxito en sus funciones y felicitándole por tan noble labor. Somos estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y nos encontramos en la realización de nuestro proyecto para la elaboración de tesis de fin de carrera, por lo que solicitamos de la manera más comedida su autorización para la revisión de las historias clínicas de los años 2017 y 2018 desde el sistema de registro, con el objetivo, de obtener información sobre los cuidados paliativos de pacientes tratados en la Institución que prestigiosamente Ud. Dirige. Acotando que todos los datos obtenidos serán manejados con completa confidencialidad y que esta revisión tiene fines absolutamente educativos

Cabe indicar que contamos con la tutoría de la Dra. Silvia Aguirre Ponce docente de la Facultad de Ciencias Médicas y la guía/ supervisión del Dr. Andrés Andrade médico tratante de ésta Institución.


Sin otro particular, y en espera de su pronta y favorable respuesta nos suscribimos de Ud.

Atentamente;

  
.....  
Srta. Daniela Quinde P.  
C.I: 0106758899

  
.....  
Srta. Fernanda Sarmiento  
Ci: 0302142708

  
.....  
Dra. Silvia Marcela Aguirre Ponce  
Ci: 0103745121  
TUTORA

  
Aprobado



### Anexo 3. Formulario de recolección de Datos

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**Cuidados paliativos en pacientes hospitalizados en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer (FASEC)**

**Formulario de recolección de datos**

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica (reservado para los investigadores): \_\_\_\_\_

**Edad**

18 a 32 años  33 a 47 años  48 a 62 años   
63 a 77 años  78 a 85 años

**Género**

Masculino  Femenino

**Estado Civil**

Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a   
Viudo/a  Unión libre

**Tiempo de estancia hospitalaria**

1-15 días  31- 45 días  61-75 días   
16-30 días  46-60 días  76-90 días

**Fármacos trabajados**

Antibióticos  AINES  Opioides   
Gastrointestinales  Psicofármacos

**Terapias de soporte**

Psicológicas  Físicas

**Funcionalidad**

No requiere asistencia  Requiere asistencia

**Tipo de tratamiento**

Farmacoterapia  Radioterapia  Cirugía  Quimioterapia



## Anexo 4. Oficio de declaración de no conflicto de intereses

### DECLARACION DE NO CONFLICTO DE INTERESES

De nuestra consideración:

Nosotros, Quinde Pulla Daniela Alexandra CI: 0106758899, Sarmiento Guamán Fernanda del Rocío CI: 0302142708, autores del proyecto de investigación "CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 – 2018" declaramos no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica personal, política, interés financiero, ni académico | que pueda influir en nuestro juicio. Declaramos, además no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

Daniela Alexandra Quinde Pulla  
CI: 0106758899

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán  
CI: 0302142708



## ANEXO 5: Documento de Aprobación por el Comité de Bioética



UNIVERSIDAD DE CUENCA

COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD / COBIAS-UCuenca

Oficio Nro. UC-COBIAS-2020-420

Cuenca, 23 de noviembre de 2020

Estimada  
Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán  
Investigadora Principal

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su protocolo de investigación 2020-289EO-M: “Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos terminales en la Fundación al Servicio del Enfermo con Cáncer 2017 – 2018” ha sido APROBADO, en la sesión ordinaria N° 127 con fecha 23 de noviembre de 2020.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Los datos serán manejados considerando los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación 2020-289EO-M. Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD / COBIAS-UCuenca

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y la solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, la solicitante es responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que se debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

**Dr. José Ortiz Segarra, Ph.D.**  
**Presidente del COBIAS-UCuenca**



## Anexo 6: GRAMMARLY

**Informe Final\_quindedaniela\_sarmientofernanda**

**3% Plagiarism** 12 sources on the web or in academic databases. matches this source:

**Cuidados paliativos en pacientes oncológicos te...**  
<https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/477>

Click to copy reference  
Cuidados paliativos en pacientes oncológicos terminales en ...

1 MATCH

**Overall score 99**  
See performance

**Goals**  
Adjust goals

**All suggestions**

**Correctness**  
19 alerts

**Clarity**  
Very clear

**Engagement**  
Very engaging

**Delivery**  
Just right

**Style guide**  
All good

**Plagiarism 3%**

3% of your text match 17 fragments from 12 sources on the web or in academic databases.

**"CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN LA FUNDACIÓN AL SERVICIO DEL ENFERMO CON CÁNCER 2017 – 2018".**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médicos.

**Autores:**

Daniela Alexandra Quinde Pulla  
CI: 0106758899  
Daniela.quinde@ucuenca.edu.ec

Fernanda del Rocío Sarmiento Guamán  
CI: 0302142708  
Fernanda.sarmientog@ucuenca.edu.ec

Formatting tools are disabled. Try [Grammarly for MS Office](#).

7,373 words