



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Medicina

Hospital General ISSSTE Tlaxcala

“DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO
CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”

FEBRERO 2025

Tesis para obtener el Diploma de la especialidad en:
MEDICINA INTERNA

Presenta:

Dra. Diaz Piña Brenda Cinthya

Director de Tesis: Dra. Cruz Netzahualcoyotl Cardoso

No. CVU: 2201031



Dictámenes de aprobación.

Comité de ética en investigación:
Registro: ENS_INV_C.INFV1.2_001
(Anexo 5)

Comité de investigación:
Registro: [HGIT/ENS/INV_PR00012/23]
(Anexo 4)



Agradecimientos:

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis padres y hermanas, por ser mi mayor fuente de inspiración y apoyo incondicional. Su amor, esfuerzo y sacrificio han sido el motor que me impulsó a seguir adelante en cada momento de dificultad. Gracias por creer en mí y por brindarme la oportunidad de alcanzar este logro.

A mis amigos, quienes con su compañía, palabras de aliento y momentos de distracción hicieron este proceso más llevadero. Su apoyo incondicional y su confianza en mis capacidades fueron fundamentales para mantenerme motivado en los momentos más difíciles.

Asimismo, extendo mi gratitud a los profesores y profesionales que me guiaron en este camino académico, por su orientación, paciencia y valiosos consejos, que contribuyeron significativamente al desarrollo de esta investigación.



Abreviaturas, Acrónimos y Siglas.

- **CP** Cuidados Paliativos.
- **AP** Atención Paliativa
- **SED** Sedación Paliativa.
- **DNR** Do Not Resuscitate
- **LST** Life-Sustaining Treatment
- **AD** Advance Directives
- **TAP** Tratamiento de Apoyo Paliativo
- **FAL** Falta de Autonomía Legal
- **QOL** Quality of Life
- **ACP** Advance Care Planning
- **UCP** Unidad de Cuidados Paliativos





Índice de contenido

Título:Error! Bookmark not defined.

Dictámenes de aprobación. 2

Comité de ética en investigación: 2

Comité de investigación: 2

Oficio de autorización del director de la unidad médica. **Error! Bookmark not defined.**

Listado de Anexos: (Formatos institucionales)**Error! Bookmark not defined.**

Agradecimientos: 3

Abreviaturas, Acrónimos y Siglas. 4

Resumen: 9-10

Abstract: 11-12

Introducción. 13-14

Antecedentes..... 15

Epidemiología. 15-18

Factores de riesgo. 19-20

Manifestaciones clínicas. 21-23

Diagnostico 23

Marco jurídico. 23-25

Antecedentes Específicos. 26-28



Justificación	229
Justificación Científica.....	229
Evidencia Científica:.....	2Error! Bookmark not defined.
Importancia del Estudio	30
Planteamiento del problema	331
Pregunta de investigación:.....	32
Objetivos:.....	33
Objetivo General	33
Objetivos Específicos. (Ordenados por proceso cognitivo según taxonomía de Bloom).....	33
Material y métodos.....	33
Tipo de estudio.....	34
Características del estudio.	34
Ubicación espacio temporal	34
Estrategia de trabajo.	35
Marco Muestral.	36
Definición de la Población Objetivo	36
Población fuente:.....	36
Criterios de selección:	37



Criterios de inclusión.....	37
Criterios de exclusión.....	37
Criterios de eliminación.....	38
Variables:	39
DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.	39
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	39
Consideraciones éticas.....	40-42
Análisis estadístico.	43
Resultados.....	43-48
Discusión.....	49
Conclusiones.....	50
Recomendaciones y perspectivas	50
Recomendaciones clínicas	50
Recomendaciones para futuras investigaciones.....	51
Referencias (Convertir posterior a modelo APA)	51-55



Resumen:

Introducción:

La fase terminal es una etapa irreversible de una enfermedad incurable en la que el enfoque principal es mejorar la calidad de vida del paciente a través de cuidados paliativos. La identificación temprana de esta fase permite planificar un manejo adecuado que respete las decisiones del paciente y su familia. Las enfermedades más asociadas con la fase terminal incluyen cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica. La prevalencia de estas afecciones Durante la fase agónica que abarca de días a horas, el enfoque se centra en el alivio del sufrimiento y la dignidad del paciente en sus últimos momentos. Los cuidados paliativos multidisciplinarios juegan un papel esencial en esta etapa, brindando apoyo físico, emocional y espiritual tanto al paciente como a su entorno familiar.

Objetivo:

Conocer si existe umbral de terminalidad en el enfermo crónico y oncológico del hospital general ISSSTE Tlaxcala en el periodo comprendido de enero 2020- diciembre 2024.

Material y métodos:

El estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico, basado en la revisión de expedientes físicos de pacientes egresados por "máximo beneficio" en el Hospital General ISSSTE Tlaxcala durante el periodo 2020-2024. Se trata de un estudio unicentrico que se llevará a cabo en dicho hospital, analizando datos de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas u oncológicas.

Resultados

Se analizó una muestra de 35 expedientes clínicos de pacientes egresados por "máximo beneficio" entre 2020 y 2024. Edad y género: La edad más frecuente al momento del alta fue de 87 años (n=4), seguida de 74 y 55 años (n=3 cada uno). La mayoría de los pacientes fueron mujeres (62.9%, n=22), mientras que los hombres representaron el 37.1% (n=13). Lugar de fallecimiento: Todos los pacientes fallecieron en su domicilio tras el egreso hospitalario (100%). Causas de defunción: Cáncer: 37.1% (n=13), evento vascular isquémico: 20% (n=7), choque séptico: 17.1% (n=6); Distribución del cáncer: Entre los pacientes con neoplasias malignas, el cáncer del tracto digestivo fue el más frecuente. Destacan: Cáncer de colon (53.8%, n=7), cáncer gástrico (15.3%, n=2), Cáncer de mama y de próstata (15.3% cada uno) respecto al tiempo entre egreso y fallecimiento: Pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas: 28.6% fallecieron al día siguiente del alta. 14.3% fallecieron dos días después. Pacientes con enfermedades oncológicas: 23% fallecieron 18 días después del alta, 15.3% fallecieron a los 6 días. Estos hallazgos reflejan la evolución de los pacientes en fase terminal y el impacto del egreso por "máximo beneficio" en su tiempo de supervivencia.



Conclusión:

No se encontró umbral de terminalidad en el enfermo crónico y oncológica del hospital general ISSSTE Tlaxcala en el periodo comprendido de enero 2020- diciembre 2024, al registrar el tiempo de descenso dentro de la etapa agónica y fase terminal

Palabras clave:

Cuidados paliativos, cáncer, enfermedad crónicas, paciente en fase terminal



Abstract:

Introduction:

The terminal phase is an irreversible stage of an incurable disease in which the main focus is to improve the patient's quality of life through palliative care. Early identification of this phase allows planning appropriate management that respects the decisions of the patient and family. The diseases most associated with the terminal phase include cancer, cardiovascular disease, diabetes, hypertension and chronic kidney disease. The prevalence of these conditions During the agonal phase, which ranges from days to hours, the focus is on the relief of suffering and the dignity of the patient in his or her last moments. Multidisciplinary palliative care plays an essential role in this stage, providing physical, emotional and spiritual support to both the patient and his or her family environment.

Objective:

To know if there is threshold of terminality in the chronically ill and oncological patient of the ISSSTE Tlaxcala general hospital in the period from January 2020- December 2024.

Material and methods:

The study is retrospective, descriptive, observational and analytical, based on the review of physical records of patients discharged for "maximum benefit" in the General Hospital ISSSTE Tlaxcala during the period 2020-2024. This is a unicentric study to be carried out in that hospital, analyzing data from patients with chronic degenerative or oncological diseases.

Results

A sample of 35 clinical records of patients discharged for "maximum benefit" between 2020 and 2024 were analyzed. Age and gender: The most frequent age at discharge was 87 years (n=4), followed by 74 and 55 years (n=3 each). The majority of patients were female (62.9%, n=22), while males accounted for 37.1% (n=13). Place of death: All patients died at home after hospital discharge (100%). Causes of death: cancer: 37.1% (n=13), ischemic vascular event: 20% (n=7), septic shock: 17.1% (n=6); Distribution of cancer: among patients with malignant neoplasms, cancer of the digestive tract was the most frequent. Of note: Colon cancer (53.8%, n=7), gastric cancer (15.3%, n=2), Breast and prostate cancer (15.3% each) regarding time between discharge and death: Patients with chronic non-oncologic diseases: 28.6% died the day after discharge. 14.3% died two days later. Patients with oncologic diseases: 23% died 18 days after discharge, 15.3% died 6 days later. These findings reflect the evolution of patients in the terminal phase and the impact of discharge for "maximum benefit" on their survival time.



Conclusion:

No threshold of terminality was found in the chronically ill and oncology of the general hospital ISSSTE Tlaxcala in the period from January 2020- December 2024, by recording the time of decline within the agonistic stage and terminal stage

Key words:

Palliative care, cancer, chronic disease, terminally ill patient.



Introducción.

La fase terminal es una etapa crítica en la vida de un paciente, caracterizada por la progresión irreversible de una enfermedad incurable. Esta fase es crucial dentro del ámbito de los cuidados paliativos, ya que involucra el manejo del sufrimiento físico, emocional, social y espiritual de la persona, con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida hasta el momento de su muerte. La medicina moderna ha permitido que se reconozca la importancia de esta fase y se desarrolle un enfoque integral que prioriza el bienestar del paciente, con un tratamiento que no tiene la intención de curar, sino de aliviar los síntomas, como el dolor, la disnea y la fatiga, que son frecuentes en este periodo (Morrison & Meier, 2004).

La fase terminal se define como la última etapa de la vida de un paciente que tiene una enfermedad irreversible, ya sea cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurodegenerativas, entre otras. En esta etapa, el pronóstico de vida es limitado, generalmente inferior a seis meses, y las intervenciones médicas se orientan a la mejora de los síntomas y la provisión de una muerte digna (World Health Organization, 2018). La identificación temprana de esta fase es crucial, pues permite planificar y ofrecer cuidados adecuados que respeten las decisiones del paciente y su familia.

El concepto de cuidados paliativos, desarrollado a lo largo del siglo XX, se ha convertido en la base de la atención médica durante la fase terminal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos deben abordarse desde un enfoque multidisciplinario, que incluye médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud. Este enfoque integral asegura que se atiendan las



diversas necesidades del paciente, tanto físicas como emocionales, y se le brinde apoyo a los familiares (WHO, 2002).

En cuanto a las características de la fase terminal, es esencial entender que se puede dividir en varias subfases, como la fase pre-terminal y la agonía. Durante la fase pre-terminal, el paciente experimenta un empeoramiento progresivo de su condición, pero todavía conserva cierta funcionalidad, lo que permite a los médicos y a los cuidadores preparar a la familia para lo que está por venir. En cambio, la agonía es la fase más cercana al momento de la muerte, donde el sufrimiento físico y emocional alcanza su máximo nivel. Aquí, la sedación paliativa y el control de los síntomas juegan un papel crucial, asegurando que el paciente no sufra innecesariamente en sus últimos momentos de vida (Elmore et al., 2004).

A lo largo de esta fase, el cuidado se debe centrar en el control del dolor, pero también en aspectos psicosociales y espirituales. Muchos pacientes en fase terminal experimentan angustia existencial y miedo a la muerte, lo cual puede ser atendido por equipos de cuidados paliativos a través del acompañamiento emocional y la orientación espiritual, si el paciente lo desea (Zimmermann et al., 2016). Es fundamental que los profesionales de la salud sean sensibles a estos aspectos y que brinden un apoyo integral, respetando las creencias y valores del paciente.

Además, la toma de decisiones en la fase terminal es un aspecto esencial de los cuidados paliativos. Se deben discutir y documentar las preferencias del paciente respecto a los tratamientos médicos, el lugar de atención (hospital, casa, unidad de cuidados paliativos), la intervención en situaciones de emergencia, y la voluntad de recibir o no maniobras de reanimación. La planificación anticipada de la atención, a



través de directivas anticipadas y la designación de un apoderado de salud, son herramientas que ayudan a guiar las decisiones durante esta fase (Davis et al., 2015).

En resumen, la fase terminal de la vida es un momento que requiere un enfoque de cuidados paliativos altamente especializado, con un enfoque en el alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida. La fase terminal y la agonía deben ser entendidas como etapas dentro de un proceso natural de la vida humana, y no como un fracaso de la medicina. El cuidado durante estos momentos debe centrarse en la dignidad del paciente, en la escucha activa y en el acompañamiento emocional y espiritual para que, incluso en la cercanía de la muerte, el paciente sienta que su vida tiene valor y propósito.

Antecedentes.

Epidemiología.

La epidemiología de la fase terminal está estrechamente relacionada con diversas enfermedades crónicas, que son las principales causas de muerte a nivel global. Estas incluyen cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica. A continuación se describe la epidemiología de cada una de estas condiciones en relación con la fase terminal.

Cáncer: Es una de las principales causas de la fase terminal en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es responsable de aproximadamente 9,6 millones de muertes anuales, representando cerca del 16% de todas las muertes



(World Health Organization, 2020). En las etapas avanzadas de muchos tipos de cáncer, los tratamientos curativos pierden efectividad, y los pacientes entran en la fase terminal. Entre los cánceres más comunes que conducen a la fase terminal se incluyen el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal, el cáncer de mama y el cáncer de hígado (American Cancer Society, 2020).

La fase terminal en pacientes con cáncer está marcada por la progresión de la enfermedad, la aparición de síntomas graves como el dolor intenso, dificultad respiratoria y agotamiento físico extremo. En esta etapa, el enfoque del tratamiento se centra en los cuidados paliativos, con el objetivo de aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente (Jiang et al., 2015).

Enfermedades Crónicas: Diabetes e Hipertensión

Diabetes

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo, y su prevalencia está en aumento debido a factores como el envejecimiento de la población, el aumento de la obesidad y los cambios en los estilos de vida. Según la International Diabetes Federation (IDF), se estima que 463 millones de adultos en todo el mundo vivían con diabetes en 2019, y se espera que este número aumente a 700 millones para 2045 (International Diabetes Federation, 2019). Aunque la diabetes puede manejarse con medicamentos y cambios en el estilo de vida, la diabetes tipo 2 mal controlada puede llevar a complicaciones graves que ponen al paciente en una situación terminal, como insuficiencia renal, ceguera, amputaciones y enfermedades cardiovasculares (Diabetes Care, 2017).



En la fase terminal de la diabetes, la persona puede experimentar fallos orgánicos múltiples, debido a complicaciones de la enfermedad. Las personas con diabetes pueden también enfrentar enfermedades terminales asociadas, como la insuficiencia renal, que requiere diálisis, o la neuropatía severa que afecta la calidad de vida (Garg & Dunning, 2007).

Hipertensión

La hipertensión es una de las enfermedades crónicas más comunes, que afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo (World Health Organization, 2013). La hipertensión no controlada puede desencadenar enfermedades cardiovasculares graves, como insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, que son causas frecuentes de la fase terminal. Según la OMS, la hipertensión es responsable de aproximadamente 9.4 millones de muertes anuales debido a las complicaciones asociadas (World Health Organization, 2013).

En la fase terminal, los pacientes con hipertensión severa o mal controlada pueden presentar insuficiencia orgánica múltiple, principalmente del corazón y los riñones. El manejo de la hipertensión en la fase terminal suele incluir cuidados paliativos, donde el objetivo es aliviar el dolor y la angustia asociada con las complicaciones (Mancia et al., 2013).

Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición que afecta a un porcentaje significativo de la población mundial. Según la Global Burden of Disease Study, la ERC es responsable de más de 1.2 millones de muertes anuales (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). En las etapas avanzadas de la



enfermedad renal crónica, los pacientes pueden necesitar diálisis o un trasplante de riñón, pero cuando la función renal empeora irreversiblemente, los pacientes llegan a la fase terminal. En esta fase, la calidad de vida del paciente se ve gravemente afectada debido a la acumulación de productos de desecho en el cuerpo y la incapacidad de los riñones para filtrar adecuadamente la sangre (Schneider et al., 2015).

En los pacientes con ERC en fase terminal, las complicaciones incluyen la acumulación de líquidos, hipertensión, desequilibrio de electrolitos y riesgo de infecciones. Los cuidados paliativos son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes en esta etapa, al aliviar los síntomas y proporcionar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias (Khalil et al., 2017).

La prevalencia de las enfermedades crónicas está en aumento en todo el mundo debido a factores como el envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida, la urbanización y el acceso limitado a atención médica en algunas regiones. La fase terminal será más prevalente en los próximos años, lo que hará que la demanda de cuidados paliativos y la necesidad de planificación anticipada de la atención aumenten significativamente (Sullivan et al., 2010).

Se proyecta que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la enfermedad renal crónica continuarán siendo las principales causas de la fase terminal a nivel global. Con el aumento de la esperanza de vida, es probable que los sistemas de salud tengan que adaptarse a la creciente demanda de cuidados paliativos para pacientes en fase terminal.



Factores de riesgo.

Los factores de riesgo para desarrollar una enfermedad terminal están estrechamente vinculados a condiciones preexistentes de salud, hábitos de vida, factores socioeconómicos y ambientales, entre otros.

- **Edad Avanzada:** El envejecimiento es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades terminales. A medida que las personas envejecen, los órganos y sistemas corporales pierden funcionalidad, aumentando la susceptibilidad a enfermedades crónicas y terminales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes. (*Chauhan, A., et al. (2014).*)
- **Predisposición Genética:** juega un papel crucial en la predisposición a enfermedades terminales, como ciertos tipos de cáncer, enfermedades cardíacas y enfermedades neurodegenerativas. Los antecedentes familiares de ciertas enfermedades aumentan significativamente el riesgo. *Berwick, M., & Jaffe, D. (2006).*
- **Tabaquismo:** El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo más importantes para varias enfermedades terminales, como cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas. El tabaquismo aumenta significativamente la mortalidad por estas enfermedades.



- Obesidad y sedentarismo: son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas y terminales como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer.
- Hipertensión aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares graves, como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular. Estas enfermedades son factores clave que pueden llevar a la fase terminal.
- Diabetes Mellitus Tipo 2: es una de las principales enfermedades crónicas que puede progresar a la fase terminal si no se controla adecuadamente. Las complicaciones asociadas a la diabetes, como insuficiencia renal, ceguera y amputaciones, pueden llevar al paciente a una situación terminal.
- Enfermedad Renal Crónica: es otra causa importante de enfermedad terminal. La insuficiencia renal en etapa terminal requiere diálisis o un trasplante de riñón, pero cuando la función renal se deteriora irreversiblemente, la fase terminal es inevitable.
- Infecciones Crónicas: como la infección por VIH, hepatitis B y C, y tuberculosis, pueden causar daño irreversible a órganos clave y llevar al paciente a la fase terminal, especialmente cuando las infecciones avanzan y no se gestionan adecuadamente.



Los factores de riesgo para las enfermedades terminales son variados y están asociados con la genética, el estilo de vida, las condiciones preexistentes de salud, el entorno social y ambiental, así como el acceso a atención médica. La identificación temprana de estos factores y la adopción de estrategias de prevención pueden mejorar significativamente la calidad de vida y reducir la progresión hacia enfermedades terminales.

Manifestaciones clínicas.

- Dolor: es uno de los síntomas más frecuentes y debilitantes en la fase terminal, especialmente en enfermedades como el cáncer, insuficiencia renal crónica y enfermedades neurológicas degenerativas. El dolor puede ser de origen somático, visceral o neuropático.
- Fatiga y Debilidad Extrema: común en la fase terminal, y se caracteriza por un agotamiento intenso que no mejora con el descanso. La debilidad también es prominente, con el paciente siendo incapaz de realizar actividades cotidianas debido a la falta de energía.
- Disnea: Es común en pacientes terminales, especialmente aquellos con enfermedades respiratorias como el cáncer de pulmón, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). Es una sensación de falta de aire que puede ser aguda o crónica.



- Incontinencia y Disfunción Gastrointestinal: pueden presentar incontinencia urinaria y fecal debido a la pérdida de control sobre los esfínteres y la disfunción de los órganos. Además, pueden experimentar náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea como parte de las complicaciones de la enfermedad o los tratamientos previos.
- Alteraciones del Estado Mental: muchos pacientes experimentan cambios en el estado mental, como confusión, delirium o coma. Estos síntomas pueden ser causados por la enfermedad subyacente, efectos secundarios de los medicamentos, o como resultado de la progresión de la insuficiencia orgánica.
- Cambios en la Piel: los pacientes terminales puede volverse pálida, fría y húmeda, especialmente en las extremidades, debido a la disminución de la perfusión sanguínea. En algunos casos, pueden presentar cianosis
- Edema pueden desarrollar edema debido a la retención de líquidos, especialmente en las piernas, los tobillos y el abdomen. Esto es común en enfermedades terminales que afectan al corazón, riñones, hígado o el sistema circulatorio.

Las manifestaciones clínicas en la fase terminal son diversas y complejas, y requieren un enfoque integral que considere tanto los aspectos físicos como emocionales del



paciente. Los cuidados paliativos son esenciales para aliviar el sufrimiento y ofrecer calidad de vida durante esta etapa final.

Diagnostico

El diagnóstico de la fase terminal y agónica se basa en la observación clínica y el conocimiento de la progresión de la enfermedad. En la fase terminal, la atención se enfoca en aliviar los síntomas y proporcionar un pronóstico cercano a la muerte, mientras que la fase agónica implica el proceso inmediato de morir, caracterizado por la pérdida de conciencia y la disfunción orgánica progresiva. Los médicos y el equipo de cuidados paliativos deben monitorear cuidadosamente estos cambios para brindar atención adecuada al paciente y a sus familiares.

Marco jurídico.

LEY GENERAL DE SALUD: De acuerdo con el Título Quinto de la Investigación para la salud; Capítulo Único. Artículo 100.- Establece que la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación, se deberá contar con el conocimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud,



sólo se podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

En su Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, esta investigación se clasifica en la siguiente categoría;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Por lo que para este proyecto de investigación no confiere ningún riesgo.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos:

5.5 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental.



11.3 La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento.

LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el artículo 15 de la presente Ley.

Artículo 6.- Los responsables en el tratamiento de datos personales, deberán observar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley.

Artículo 7.- Los datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable.



Antecedentes Específicos.

Se ha producido un incremento significativo de enfermedades crónicas degenerativas y neoplásicas, muchas personas viven más, pero con mayores cantidad de comorbilidades, esto debido al avance científico que existe en la actualidad.

La tendencia mundial en salud es la atención centrada en la persona, de calidad y a costes razonables, que permita una vida digna hasta el momento de la muerte; con la posibilidad de escoger donde pasar este último momento, rodeado de la familia, lo que significa el retorno al domicilio como lugar de fallecimiento, en lugar del hospital. Lo que no hace pensar en la necesidad de replantearnos los objetivos de la medicina actual que, hasta ahora, se ha centrado de manera excesiva en un enfoque curativo.

Fase terminal

La enfermedad terminal según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) se define como aquella enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin aparentes y razonables posibilidades de respuesta al tratamiento específico y donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en el enfermo, familia y equipo sanitario, muy relacionados con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.



Estas etapas las podemos encontrar en pacientes oncológicos así como no oncológicos tal es el caso de insuficiencias orgánicas específicas (renal, cardíaca, hepática, pulmonar, etc.) cabe destacar que en la enfermedad oncológica, los criterios señalados para calificarla como terminal parecen claros, pero no ocurre lo mismo con los demás escenarios clínicos en donde encontramos a las enfermedades crónico-degenerativas.

-Enfermedad oncológica en fase terminal

Cáncer con diagnóstico histológico demostrado en estadio clínico IV, metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple; que ha recibido terapéutica estándar eficaz y / o se encuentra en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico

-Enfermedad no oncológica en fase terminal

Enfermedad o insuficiencia crónica de órgano no reversibles, independientemente de la causa primigenia que las originó, en el estadio más avanzado y sin respuesta al mejor tratamiento disponible

Agonía

La palabra "agonía" del griego *agon*.: lucha, se refiere a la angustia que sufre una persona cuando está al borde de la muerte, es decir, cuando está luchando por su vida.

agonice en donde el (pronóstico es hasta días u horas)



Constituye fase de su enfermedad que abarca desde las últimas horas hasta los 3 últimos días según los diversos autores (aunque a veces este periodo puede ser más largo) y que se define como el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente.

Es la fase que precede a la muerte y está caracterizado por la presencia de deterioro físico severo con la presencia de debilidad extrema, trastornos del estado de conciencia (pérdida del estado de alerta con periodos de pérdida de la lucidez, la coherencia y falta de reconocimiento de los familiares), dificultad para relacionarse o comunicarse (hablar, escribir) y de ingesta (comer o beber), pronóstico vital de días (alteración de las constantes vitales como presión, pulso, respiración, coloración de la piel y temperatura, en los últimos días u horas de vida, los enfermos requieren atención especializada en forma continua. Esta atención puede darse en cualquier lugar, ya sea hospital o casa, siempre y cuando los familiares, los cuidadores y el equipo médico estén bien preparados y apoyados durante todo el proceso.



Justificación

- **Justificación Científica**

La identificación de un umbral de terminalidad, definido como el período de tiempo entre el alta por máximo beneficio y la defunción del paciente, representa un desafío clínico relevante en el ámbito de los cuidados paliativos y la medicina en general. Actualmente, la falta de criterios precisos para determinar este intervalo limita la capacidad de los equipos de salud para ofrecer una atención adecuada en la fase final de la vida.

Establecer este umbral permitiría optimizar la planificación de los cuidados, garantizando una transición más ordenada desde la atención hospitalaria hacia un enfoque centrado en la calidad de vida del paciente. Además, facilitaría la toma de decisiones tanto para los profesionales de la salud como para las familias, asegurando un acompañamiento adecuado y evitando intervenciones médicas innecesarias que puedan generar sufrimiento.

Desde una perspectiva científica, la determinación de este período podría contribuir al desarrollo de herramientas predictivas basadas en parámetros clínicos, biomarcadores y escalas pronósticas. Esto permitiría generar modelos de pronóstico más precisos y adaptados a diferentes patologías y condiciones individuales.



Importancia del Estudio

La importancia de conocer con mayor detalle la etapa, que es el objetivo de estudio “umbral de terminalidad” (comprendido a partir de alta por máximo beneficio hasta la defunción) permitirá desarrollar propuestas para un mejor abordaje, así como un mayor conocimiento de todas las etapas que el enfermo crónico presenta, el actual desconocimiento en términos de tiempo, características y espacio que ocupa dicho umbral genera conflictos, incertidumbre y sufrimiento en ocasiones innecesarios por el desconocimiento que se tiene de dicho umbral. La falta de investigación en esta etapa contribuye a lo anterior, por lo que es de nuestro interés contribuir con el actual trabajo de investigación así como la obtención de la acreditación correspondiente a mi especialidad como médico Internista.



Planteamiento del problema

¿Existe un umbral de terminalidad, definido como el período de tiempo comprendido entre el egreso hospitalario por máximo beneficio terapéutico y la defunción del paciente?

En el ámbito de los cuidados paliativos y el manejo de pacientes en fase terminal, uno de los desafíos más relevantes es la identificación del momento en que se debe cambiar el enfoque terapéutico, pasando de tratamientos curativos a cuidados paliativos, con el fin de asegurar que el paciente reciba el mejor manejo en sus últimos días. Este proceso implica un cambio en la atención médica que depende de la evaluación de diferentes variables clínicas, emocionales y sociales.

Sin embargo, la pregunta sobre si existe un "umbral de terminalidad" —un período de tiempo preciso entre el momento en que el paciente es dado de alta por máximo beneficio terapéutico y la muerte sigue siendo incierta, ya que los plazos varían de un paciente a otro, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, las comorbilidades, el tipo de tratamiento y la intervención paliativa aplicada.

Este umbral de terminalidad se caracteriza por un deterioro progresivo en la calidad de vida, lo que puede incluir la pérdida de capacidades funcionales, la aparición de síntomas incapacitantes y el crecimiento de las necesidades de apoyo médico y emocional. Aunque existen herramientas de pronóstico que intentan estimar el tiempo de vida restante, la predicción exacta de la duración de este período sigue siendo un reto.



En este sentido, ¿es posible identificar un intervalo predecible entre el egreso hospitalario y la defunción de un paciente en fase terminal, y qué factores determinan la duración y las características de este umbral? Este es el problema que plantea la pregunta sobre el umbral de terminalidad, y su resolución podría mejorar significativamente los cuidados y la calidad de vida de los pacientes en sus últimos días de vida.

Hipótesis de investigación

"El umbral de terminalidad en pacientes en fase terminal, comprendido entre el egreso hospitalario por máximo beneficio y la defunción, está determinado por una serie de factores clínicos, psicosociales y médicos que permiten predecir con cierta probabilidad el tiempo de supervivencia del paciente, optimizando la gestión del dolor y los cuidados paliativos. Este umbral, sin embargo, varía considerablemente de un paciente a otro y puede ser influenciado por condiciones comórbidas, las decisiones terapéuticas adoptadas, el soporte familiar y el manejo adecuado del sufrimiento."

Pregunta de investigación:

¿Existe umbral de terminalidad, (periodo de tiempo comprendido a partir del egreso hospitalario por máximo beneficio y defunción del paciente?

¿Cuáles son las características de este umbral de terminalidad?



Objetivos:

Conocer si existe umbral de terminalidad en el enfermo crónico y oncológico del hospital general ISSSTE Tlaxcala en el periodo comprendido de enero 2020- diciembre 2024.

Objetivos Específicos.

1. Identificar la edad y sexo más frecuente de los pacientes que se encuentran en el umbral de terminalidad .
2. Identificar el tiempo de deceso al egreso hospitalario por máximo beneficio.
3. Identificar el lugar de fallecimiento intra o extrahospitalario .
4. Identificar cual es la causa predominante de muerte por enfermedad crónica.
5. Identificar cual es la causa predominante de muerte por enfermedad oncológica.

Material y métodos.

Tipo de estudio.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico obteniendo la fuente primaria de información a través de los expedientes físico de los pacientes que egresaron por máximo beneficio en el Hospital General ISSSTE Tlaxcala en el periodo del 2020-2024.

}



Características del estudio.

- Retrospectivo: Los datos se recopilarán de registros médicos existentes, lo que implica una mirada hacia atrás en el tiempo.
- Descriptivo: Se describirán las características clínicas de los pacientes, la prevalencia de las enfermedades y la distribución de los factores de riesgo.
- Observacional: Los investigadores observarán y analizarán los datos existentes sin intervenir en el curso de la enfermedad de los pacientes.
- Unicéntrico: El estudio se llevará a cabo en un solo centro, el Hospital General ISSSTE Tlaxcala.

Ubicación espacio temporal

Hospital General ISSSTE Tlaxcala del 2020 al 2024

35



Marco Muestral.

Definición de la Población Objetivo

Paciente con enfermedades crónico-degenerativas u oncológicas, en el Hospital General ISSSTE Tlaxcala, y hayan sido egresados por máximo beneficio.

Población fuente:

Pacientes del servicio de medicina interna que hayan sido egresados por máximo beneficio en el período comprendido entre 2020 y 2024. Esta población incluye a aquellos pacientes cuya condición clínica ha llegado a un punto en el que el tratamiento curativo y fueron egresados por máximo beneficio.



Criterios de selección:

Pacientes que fueron atendidos en el servicio de medicina interna en el área de hospitalización portadores de enfermedad crónico degenerativas u oncológica, egresados por máximo beneficio.

Criterios de inclusión

1. Pacientes del servicio de medicina interna que hayan recibido alta en el hospital debido a la decisión de máximo beneficio.
2. Salida en el período comprendido entre 2020 y 2024, lo que asegura que los pacientes han sido parte del proceso de atención en este tiempo específico.

Criterios de exclusión

1. Alta por otro motivo no relacionado a máximo beneficio, es decir, aquellas pacientes que fueron dados de alta por razones distintas a la terminalidad o agotamiento de las opciones terapéuticas.
2. Fallecidos por COVID-19, ya que la causa de defunción en estos casos es una enfermedad infecciosa viral y no una enfermedad crónico-degenerativa.
3. Fallecidos por otras causas no relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas y oncológica.



Criterios de eliminación

1. Inconsistencias o errores en los expedientes clínicos: Pacientes que no cuenten con registros completos o que presenten datos contradictorios en sus historias clínicas, lo que dificulte la evaluación precisa de su condición y su elegibilidad para el estudio.
2. Falta de información sobre la causa de muerte: Pacientes cuya causa de muerte no esté claramente registrada o no sea identificable, impidiendo determinar si la muerte fue consecuencia de una enfermedad crónico-degenerativa.
3. Cambio de diagnóstico posterior al egreso: Pacientes en los que se haya realizado un cambio significativo en el diagnóstico inicial tras el egreso, lo que indique que la decisión de "máximo beneficio" fue inapropiada o mal documentada.
4. Pérdida de seguimiento: Pacientes que no hayan sido seguidos adecuadamente después del egreso, es decir, aquellos para los que no se tiene información clara sobre su evolución posterior al alta.



DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

Es un estudio observacional retrospectivo basado en los expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital General ISSSTE Tlaxcala limita la muestra a los pacientes disponibles en ese periodo. Se utilizó un muestreo por conveniencia, seleccionando a los pacientes disponibles en la base de datos que cumplieron con los criterios de inclusión.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Valor	Instrumento de medición
Sexo	Características que diferencian a hombres de mujeres.	Sexo establecido en el expediente y obtenido de hoja de recolección de datos	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer	Expediente y de hoja de recolección de datos
Edad	Tiempo desde el nacimiento de una persona	Edad en la última consulta registrada en el expediente	Cuantitativa discreta	años	Expediente y de hoja de recolección de datos
Hospitalización	Ingreso de un paciente a una sección de hospitalización para su tratamiento	Antecedentes de hospitalización en el expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Expediente y de hoja de recolección de datos
tiempo de deceso	El tiempo de fallecimiento de una persona.	El tiempo desde egreso hospitalario hasta la fecha de defunción registrada en certificado de defunción	Cuantitativa discreta	Días	Expediente y de hoja de recolección de datos



Lugar de deceso	es el sitio donde fallece una persona	sitio de deceso de una persona registrada en certificado de defunción	Cualitativa nominal dicotómica	Intrahospitalaria Extrahospitalaria	Expediente y de hoja de recolección de datos
Enfermedad crónica	afección que dura al menos tres meses y que puede empeorar con el tiempo	Enfermedad mayor a 3 meses, no reversible que se registra en el expediente medico	Cualitativa nominal	1. Cáncer 2. EVC hemorrágico 3. ECV isquémico 4. Choque séptico 5. Insuficiencia cardíaca 6. Síndrome hepatorrenal 7. Deterioro neurológico	Expediente y de hoja de recolección de datos
Enfermedades oncológicas	Grupo de enfermedades que afectan el ciclo vital de las células del cuerpo	Entidad tumoral de origen maligno que se registra en el expediente medico independiente del tiempo de evolución	Cualitativa nominal	1. cáncer de mama 2. cancer de próstata 3. cáncer gástrico 4. cáncer de colon	Expediente y de hoja de recolección de datos

Consideraciones éticas.

Conforme a la Declaración de Helsinki de la 64^o Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013 en su apartado de Principios Generales en el punto: de acuerdo a los principios generales, el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica, el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, las intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, accesibles y de calidad, en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la



confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Con base en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, en su cuarta versión del 2016, hace referencia a las siguientes pautas y de las cuales son de importancia para el siguiente protocolo: Pauta 1: La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Pauta 4: Los posibles beneficios individuales y riesgos de la investigación deben evaluarse mediante un proceso de dos pasos. Primero, deben evaluarse los posibles beneficios individuales y riesgos de cada intervención de investigación o procedimiento del estudio. En el segundo paso, todos los riesgos y posibles beneficios individuales de la totalidad del estudio deben evaluarse y considerarse apropiados. Pauta 6: La información sobre la atención de las necesidades de salud de los participantes durante y después de la investigación debe incluirse en el proceso de consentimiento informado.

El Código de Nuremberg que aborda el tema sobre experimentos médicos permitidos, nos menciona que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial, por lo que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento. El médico tiene la obligación de explicarle la naturaleza, duración y propósito del estudio, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse y los efectos que le puede



causar a su salud. Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

El Informe Belmont explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son: RESPETO a las personas protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. Parte de este principio conlleva la obtención en toda investigación de un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de esta y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee. BENEFICENCIA, este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos. JUSTICIA, los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio.

Análisis estadístico.



Resultados

Con una muestra representativa de 35 expedientes clínicos de pacientes egresados por "máximo beneficio" del periodo 2020 al 2024, se observó que la edad más frecuente al momento del alta fue de 87 años ($n=4$), seguida de los pacientes de 74 ($n=3$) y 55 ($n=3$) años. (tabla 1)

TABLA 1. EDAD DE PACIENTE EGRESADOS POR MAXIMO BENEFICIO.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
37.00	1	2.9
48.00	1	2.9
53.00	2	5.7
54.00	1	2.9
55.00	3	8.6
58.00	1	2.9
61.00	1	2.9
63.00	2	5.7
66.00	1	2.9
67.00	2	5.7
70.00	1	2.9
71.00	1	2.9
73.00	2	5.7
74.00	3	8.6
76.00	1	2.9
77.00	1	2.9
78.00	1	2.9
79.00	1	2.9
82.00	1	2.9
85.00	1	2.9
86.00	1	2.9
87.00	4	11.4



88.00	1	2.9
89.00	1	2.9
TOTAL	35	100.0

Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos “DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”.

Con n=35 pacientes egresados en su mayoría del sexo femenino con una n=22 (62.9%), en comparación con el sexo masculino n=13 (37.1%). (tabla 2)

TABLA 2. SEXO DE PACIENTES EGRESADOS POR MAXIMO BENEFICIO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	22	62.9
Masculino	13	37.1
TOTAL	35	100.0

Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos “DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”.

Se observó que la totalidad de los pacientes finados, el sitio de predominio fue en domicilio (100%) tras haber sido dados de alta por “máximo beneficio” (tabla 3)

TABLA 3. SITIO DE DEFUNCION

LUGAR DE DEFUNCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Intrahospitalario	0	0
Extrahospitalario	35	100
TOTAL	35	100



Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos “DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”.

- En el análisis de 35 expedientes clínicos dentro de las enfermedades crónicas se identificaron las 3 principales causas de defunción de manera descendente (tabla 4); Cáncer: n=13, representando el 37.1% de las defunciones. Evento vascular isquémico: n=7 , constituyendo el 20%. Choque séptico: n=6, equivalente al 17.1%.

TABLA 4. CAUSAS DE DEFUNCION DE ENFERMEDADES CRONICAS

ENFERMEDADES CRONICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Choque septico	6	17.1
Deterioro neurologico	1	2.9
EVC Hemorragico	2	5.7
EVC Isquemico	7	20
Insuficiencia cardiaca	2	5.7
Sindrome uremico	3	8.6
Sindrome hepatorenal	1	2.9
Cáncer	13	37.1
TOTAL	35	100

Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos “DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”.



Con una n= 35 expedientes clínicos, se identificó que el cáncer fue la causa más prevalente de defunción. Dentro de este grupo, el cáncer del tracto digestivo predominó, con el cáncer de colon presente en 7 pacientes (53.8%) y el cáncer gástrico en 2 pacientes (15.3%). Además, se registraron casos de cáncer de mama y de próstata, cada uno representando el 15.3% de las neoplasias malignas identificadas. (tabla 5).

TABLA 5. CAUSAS DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cáncer de colon	7	53.8
Cáncer de mama	2	15.3
Cáncer de próstata	2	15.3
Cáncer gástrico	2	15.3
TOTAL	13	100

Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos "DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024".



el intervalo de tiempo entre el egreso hospitalario y el fallecimiento de paciente con enfermedades crónicas no oncológicas, el 28.6% fallecieron al día siguiente del alta, mientras que el 14.3% fallecieron dos días después.(tabla 6)

TABLA 6. UMBRAL DE TERMINALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS.

UMBRAL DE TERMINALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 DIA	10	28.6
10 DIAS	1	2.9
11 DIAS	1	2.9
13 DIAS	1	2.9
14 DIAS	1	2.9
16 DIAS	1	2.9
18 DIAS	3	8.6
2 DIAS	5	14.3
3 DIAS	3	8.6
4 DIAS	3	8.6
45 DIAS	1	2.9



5 DIAS	2	5.7
6 DIAS	2	5.7
7 DIAS	1	2.9
TOTAL	35	100.0

Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos “DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”.

Se observó que, en el rubro de enfermedades oncológicas, el intervalo de tiempo entre el egreso hospitalario y el fallecimiento presentó variaciones notables respecto a las no oncológicas . Con el 23% fallecieron 18 días después del alta, seguido con 15.3% lo hicieron a los 6 días. (Tabla7).

TABLA 7. UMBRAL DE TERMINALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES ONCOLOGICAS

UMBRAL DE TERMINALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.00	1	7.6
3.00	1	7.6
4.00	1	7.6
5.00	1	7.6
6.00	2	15.3
7.00	1	7.6
10.00	1	7.6
11.00	1	7.6
18.00	3	23.0
45.00	1	7.6
TOTAL	13	100.0

Fuente: obtenida de la hoja de recolección de datos “DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE TERMINALIDAD EN EL ENFERMO CRÓNICO EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TLAXCALA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2024”.



Discusión

En el trabajo de Sepúlveda et al., 2018, se documenta que la edad más frecuente para alta por "máximo beneficio" está dentro de la categoría de adulto mayor, en el presente trabajo se expone un predominio de la edad de 87 años, que se asemeje a lo establecido en bibliografías. Respecto al sexo predominante Teno et al. (2013) señalan al sexo femenino, tienden a vivir más tiempo y a presentar enfermedades crónicas con una evolución prolongada, lo que las hace más propensas a requerir cuidados paliativos, el cual contrasta con el presente trabajo.

La literatura confirma que las enfermedades no transmisibles lideran las causas de muerte en cuidados paliativos (World Health Organization, 2020). Además, el predominio del cáncer de colon en este estudio es consistente con datos epidemiológicos que sugieren un aumento en su incidencia global, lo que refuerza la necesidad de estrategias de detección temprana y prevención (Ferlay et al., 2019).



Este estudio reafirma tendencias identificadas en la literatura sobre cuidados paliativos, destacando la necesidad de enfoques individualizados, atención domiciliaria fortalecida y políticas de salud orientadas a mejorar la calidad de vida en la fase final de la enfermedad. Se recomienda continuar con investigaciones que profundicen en las barreras de acceso y en la calidad de los cuidados recibidos por estos pacientes.

Conclusiones

No se encontró umbral de terminalidad en el enfermo crónico y oncológica del hospital general ISSSTE Tlaxcala en el periodo comprendido de enero 2020- diciembre 2024, al registrar el tiempo de descenso dentro de la etapa agónica y fase terminal

Recomendaciones y perspectivas

Dado que la evolución clínica en este periodo es variable y puede influir en la calidad de vida del paciente y en la toma de decisiones médicas y familiares, es fundamental continuar con investigaciones que permitan definir mejores parámetros de seguimiento y atención. El desarrollo de herramientas predictivas y protocolos de manejo adecuados contribuirá a garantizar un acompañamiento más efectivo y humanizado en el final de la vida.



Recomendaciones para futuras investigaciones

- Incluir un mayor número de pacientes para mejorar la representatividad
- Considerar la diversidad de diagnósticos y comorbilidades para identificar patrones específicos.
- Diseñar estudios prospectivos para registrar la evolución de los pacientes tras el alta por máximo beneficio.
- Evaluar el impacto del apoyo familiar y el acceso a cuidados paliativos en la sobrevida.

Referencias

- American Cancer Society. (2020). *Cancer facts & figures 2020*. American Cancer Society.
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes—2017. *Diabetes Care*, 40(Supplement 1).
- Berwick, M., & Jaffe, D. (2006). Genetic predisposition to cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24(17), 2749-2757.
- Chauhan, A., et al. (2014). Aging and age-related diseases. *Journal of Clinical Medicine*, 3(2), 478-494.



- Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2015). European Society of Medical Oncology (ESMO) guidelines for palliative care. *Annals of Oncology*, 26(3), 320-337.
- Connor, S. R., & Bermedo, M. C. S. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. WHO Press.
- Davis, M. P., & LeGrand, S. B. (2015). Palliative care: A comprehensive approach to the management of pain and other symptoms in terminal illness. *Journal of Clinical Oncology*.
- Diabetes Care. (2017). Standards of medical care in diabetes—2017. *Diabetes Care*, 40(Supplement 1).
- Elmore, J. G., & Somers, R. (2004). Palliative care: Definitions and principles. *Annals of Internal Medicine*
- Ferlay, J., et al. (2019). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.
- Garg, J., & Dunning, P. (2007). End-stage diabetes mellitus: Management of terminal illness. *Journal of Palliative Medicine*, 10(2).
- Global Burden of Disease Study 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*.



- Gomes, B., et al. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Higginson, I. J., et al. (2020). Gender differences in access to palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). International Diabetes Federation.
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*.
- Khalil, A., et al. (2017). Palliative care in advanced kidney disease: A comprehensive review. *Kidney International Reports*, 2(5).
- Kwon, J. W., et al. (2017). Palliative care in advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(21), 2474-2481.
- Lauby-Secretan, B., et al. (2016). Body fatness and cancer—viewpoint of the IARC Working Group. *The Lancet Oncology*, 17(8), 1008-1009.
- Mancia, G., et al. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*.
- Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2004). Palliative care. *New England Journal of Medicine*.
- Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2011). Palliative care: A quality of life approach. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 28(5), 292-300.



- Radbruch, L., et al. (2008). Fatigue in cancer patients and the role of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 420-426.
- Schneider, M., et al. (2015). Palliative care in advanced chronic kidney disease: A systematic review. *Palliative Medicine*.
- Seow, H., et al. (2014). Palliative care for patients with end-stage cancer: Symptom management and care planning. *The Lancet Oncology*, 15(5), 592-598.
- Sepúlveda, C., et al. (2018). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*
- Sullivan, R., et al. (2010). Global cancer statistics. *Cancer Journal*, 16(1).
- Teno, J. M., et al. (2013). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the Surgeon General*.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programme: Policies and managerial guidelines*. WHO Press.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Cancer*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Noncommunicable diseases fact sheet*. WHO Press.



- Zimmermann, C., et al. (2016). The quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*.