



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Universidad De Medicina Y Ciencias De La Salud

Carrera De Medicina

Sede Regional Rosario

Localización Lagos

Trabajo Final

**“PREVALENCIA DE SINTOMAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL CENTENARIO, DE LA CUIDAD DE ROSARIO”**

Autora

Chiappero, Tamara.

Tutor

Parenti, Pablo.

Cotutor

Marconi, Francisco.

**INDICE**

Índice	02
Resumen	03
Introducción	05
Marco teórico	07
Objetivos	13
Material y métodos	14
Resultados	16
Discusión	36
Conclusión	43
Bibliografía	45
Anexo 1	
Encuesta	51

RESUMEN

Introducción: La hospitalización puede provocar una suma extraordinaria de síntomas, tales como cambios físicos y cambios conductuales. Es capaz de avivar emociones, y también de producir síntomas fuera del contexto de su enfermedad de base, que se extienden desde los físicos, hasta aquellos a los que abarca la psiquis.

Objetivos: Conocer la prevalencia de síntomas en los pacientes hospitalizados del Hospital Provincial Centenario, de la Ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Cuantificar los síntomas que presenta el paciente hospitalizado. Establecer la intensidad de los síntomas. Cuantificar otros signos y síntomas. Describir si ha sufrido constipación y cuantos días lleva sin defecar. Determinar qué causa motiva la internación y quien deriva. Describir si el paciente presenta dolor al ingreso de la hospitalización. Determinar que opioides se han administrado en las siguientes 48 hs de internación. Describir si el paciente presenta dolor luego de 48 hs. Describir si el paciente presenta síntomas psicológicos y establecer cuáles son. Detallar que enfermedades concomitantes presenta el paciente.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se efectuó una encuesta a los pacientes hospitalizados en el Hospital Centenario de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de Marzo, del año 2014. La modalidad de recolección de datos fue encuestar a los pacientes en un solo día, y retornar a las 48 hs para encuestar sobre un punto determinado (dolor a las 48hs de internación).

Resultados: La prevalencia de síntomas más frecuentes fueron debilidad (67,1%), angustia (56,7%) y tristeza (51,5%) El resto de los síntomas presentó porcentajes inferiores al 50%. Según la intensidad de los síntomas los puntajes más habituales fueron debilidad (5,8), angustia (5,7) y tristeza (5,6); el resto con un puntaje menor a 5. De los demás signos y síntomas que presentaron los más frecuentes son constipación (42,4%), boca seca/lastimada/dolorosa (35,5%) y tos (35,1%). El resto presentaron porcentajes menores al 30%. Del 42,4% de los pacientes que presentó constipación, el promedio de los días sin defecar fue de 2,8. El 87% de los pacientes presentaron una consulta no



oncológica y, el 23%, oncológica. El 80,5% de los pacientes fue derivado por médico de la institución, el 17,7% por médico de cabecera y el 1,7% por auto derivación. El 80,5 % de los pacientes fue derivado intrainstitucionalmente; de ellos, clínica fue quien más derivó (34,4 %), asistencia primaria derivó en segundo lugar (30,1%), cirugía lo hizo en el 6,5%, oncología en el 8,6% y neurología en el 5,9%. El 51,5% no presentó dolor al ingreso, el 48,1% si lo hizo. El 58% de los pacientes no recibió opioides y el 42% si los recibió. Los que más se administraron fueron tramadol y morfina, respectivamente. El 87,4% no presentó dolor a las 48hs del ingreso, el 7.8% si lo manifestó. Los síntomas psicológicos más prevalentes fueron tristeza y angustia, en un 94,9 % de los casos, seguidos de preocupación miedo (84, 7%). Las enfermedades concomitantes halladas más habituales fueron cardiovascular (66,7%) y endócrina (45,3%.)

Conclusión: Se halla que la mayor prevalencia de síntomas son debilidad, trastornos psicológicos, tales como angustia y tristeza, dificultades para dormir y dolor. Constipación, boca seca, tos y fiebre son otros signos y síntomas más frecuentes. Las especialidades que más derivaron son asistencia primaria y clínica. Los fármacos opioides más utilizados son tramadol y morfina. Se demuestra un cambio en el dolor, luego de 48 horas de evolución. Las comorbilidades que se descubren con mayor frecuencia son la cardiovascular y, en segundo lugar, la endócrina.

Palabras clave: pacientes hospitalizados – síntomas – signos – opioides – comorbilidades.



INTRODUCCION

Todo ser humano desde que nace, y a lo largo de la vida, puede tener diversas experiencias intensas, tanto como individuos sanos, enfermos curables o enfermos en internación.

Cualquier persona sabe que encontrarse en situación de hospitalización no es tarea fácil; el ingreso hospitalario se puede considerar como un poderoso impacto, pudiendo vivenciarlo como atemorizante o como una situación de adaptación por los cambios de hábitos a los que el paciente será sometido.⁽¹⁾

Según el Ministerio de Salud de la Nación, el “ingreso hospitalario” es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación. Todo ingreso al hospital involucra la ocupación de una cama hospitalaria y la mantención de una historia clínica para el registro de todas las atenciones otorgadas.⁽²⁾

La hospitalización prolongada puede provocar una suma extraordinaria de síntomas, tales como cambios físicos y cambios conductuales (trastornos del sueño, irritabilidad, temor, etc.). Es capaz de avivar emociones, y también de producir síntomas fuera del contexto de su enfermedad de base, que se extienden desde los físicos (dolor, inmovilización, falta de apetito, náuseas, vómitos, úlceras por presión, etc.) hasta aquellos a los que abarca la psiquis (ansiedad, depresión, intentos suicidas, entre otros.).

Son muy variados, pueden ser muy intensos, también cambiantes (el mismo síntoma puede ir cambiando con el tiempo) y multifactoriales (pueden estar ocasionados por distintos factores o causas, por lo que las soluciones pueden ser diferentes). Todas estas características hacen que el mismo síntoma, en



distinto momento, se pueda controlar de manera diferente y que, en ocasiones, a algunas personas les funcionen disímiles soluciones. También es importante saber que hay síntomas que se pueden tratar y controlar, y otros que no se pueden eliminar, aunque sí aliviar. ⁽³⁾

El dolor, por ejemplo, es uno de los principales síntomas y causa de discomfort en los pacientes hospitalizados. Es por ello que el manejo del dolor influye notablemente en la calidad de atención y la satisfacción del paciente. ⁽⁴⁾

Es por la aparición de dichos síntomas en pacientes en internación, que apporto al contenido de este trabajo el concepto de Calidad de Vida; el cual se define como un juicio subjetivo del grado en que se alcanza la satisfacción, la felicidad o un sentimiento de bienestar personal. ⁽⁵⁾

Es por esto que una de las primeras medidas para lograr una buena calidad de vida en los pacientes hospitalizados, y además conseguir mejoría asistencial, es conocer la prevalencia de síntomas en estos pacientes (pacientes hospitalizados). ⁽⁶⁾

Actualmente, existe escasa literatura acerca de este tipo de estudios epidemiológicos y cierta reserva en publicar los registros relacionados.

Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia de síntomas en los pacientes hospitalizados del Hospital Centenario en la ciudad de Rosario.



MARCO TEORICO

Conceptos generales sobre hospitalización.

La hospitalización es el ingreso de una persona a un hospital y comprende, también, el tiempo que pasa en él. ⁽⁷⁾

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas, las expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. A pesar que los hospitales modernos tienen lo último en tecnología, muchas prácticas del cuidado del paciente son arcaicas, basadas más en tradición y hábitos que en ciencia y que pueden traer consecuencias no deseadas para dichas personas. ⁽⁸⁾

Datos básicos de la actividad de hospitalización.

Cama De Hospital: Es aquella que se encuentra instalada y dispuesta las 24 horas del día para uso regular de pacientes hospitalizados.

Camas Disponibles: Son las camas habilitadas en las salas del establecimiento, en condiciones de uso inmediato, para la atención de los pacientes hospitalizados, independientemente de si están ocupadas.

No se cuentan las camas que están fuera de servicio por falta de algún implemento, por refacción de la sala, por insuficiencia de personal, por desinfección, etc. Tampoco se considera cama disponible la cuna del recién nacido normal.



Cama Ocupada: Es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital, durante el período comprendido entre las 0 horas y las 24 horas de un mismo día. ⁽²⁾

Concepto de signo y síntoma.

Síntoma es, en medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad. ⁽⁹⁾

El término síntoma no se debe confundir con el término signo, ya que este último es un dato objetivo y objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

Podemos describir al síntoma como una señal clara de la presencia de alguna enfermedad, fenómeno o complicación. El síntoma es el modo en el que esa enfermedad o complicación de la salud se manifiesta, por lo general de manera externa aunque también existen síntomas internos que no pueden ser observados a simple vista.

Este permite actuar en relación a lo previsto para aplacar la enfermedad y, en lo posible, curarla. Y también puede servir como prevención de su aparición en caso de reiteradas apariciones. ⁽¹⁰⁾



Hospitalización prolongada y síntomas.

El área de hospitalización se caracteriza por el alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos y, en muchas ocasiones, la permanencia de los pacientes en esta área es excesiva, sin que ello conlleve a una mayor calidad asistencial. Son múltiples las causas que pueden motivar estas estancias prolongadas. Unas de carácter médico, otras derivadas de la situación socioeconómica de los pacientes y otras provenientes de la propia infraestructura del hospital. ⁽¹¹⁾

Es decir que la estancia prolongada intrahospitalaria tiene como riesgo la aparición de infecciones nosocomiales, úlceras por presión (más conocidas comúnmente como escaras), alteración de la movilidad del paciente, cuadros de trombosis venosa profunda, incremento del riesgo cardiovascular, entre otros. Y, como se mencionó anteriormente, la calidad de vida del paciente se ve completamente afectada. ⁽¹²⁾

Muchos autores afirman que el reposo prolongado en cama, conlleva a procesos adversos como el Síndrome de Descondicionamiento Físico, que son propias y atribuibles a los procesos de hospitalización prolongada. ⁽¹³⁾

Síndrome de Descondicionamiento Físico

Es definido como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada; las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización. ⁽¹⁴⁾

Existen algunos factores que influyen sobre la magnitud del cambio dentro de los cuales los más sobresalientes son:



- Severidad de la enfermedad o lesión.
- Duración del periodo de reposo.
- Patología concomitante como diabetes, desnutrición, etc.
- Reserva cardiovascular.
- Edad y sexo.

Manifestaciones clínicas del síndrome de desacondicionamiento físico.

1. Sistema Nervioso

Neuropatías por atrapamiento.

Deprivación sensorial.

Incoordinación.

Alteración patrón del sueño.

Tendencia a la depresión.

Pérdida memoria inmediata.

2. Sistema Muscular

Atrofia muscular.

Debilidad muscular.

Disminución a la tolerancia al ejercicio.

Resistencia a la Insulina.

Disminución ATP.



3. Sistema Esquelético

Osteoporosis.

4. Sistema Cardiovascular

Aumento de la frecuencia cardíaca en reposo.

Disminución volumen de eyección.

Atrofia músculo cardíaco.

Hipotensión ortostática.

Flebotrombosis.

5. Sistema Respiratorio

Disminución de la capacidad vital.

Disminución de la ventilación voluntaria.

Alteración del mecanismo de la tos.

6. Sistema Gastrointestinal

Constipación / Diarrea.

Anorexia. Nauseas. Vómitos.



7. Sistema Genitourinario

Aumento de la diuresis.

Hiper calciuria.

Litiasis renal.

Incontinencia por rebosamiento.

Aumento infecciones urinarias.

Disminución filtración glomerular.

8. Sistema Endocrino

Intolerancia a la glucosa.

Alteración ritmo circadiano.

Disminución hormona paratiroidea.

Aumento de la actividad de renina pl.

9 Sistema Tegumentario

Úlceras por presión.

Edemas.



OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este trabajo es conocer la prevalencia de síntomas en los pacientes hospitalizados del Hospital Provincial Centenario, de la Ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Los **objetivos secundarios** son:

- ✓ Cuantificar los síntomas que presenta el paciente hospitalizado
- ✓ Establecer la intensidad de los síntomas.
- ✓ Cuantificar otros signos y síntomas.
- ✓ Describir si ha sufrido constipación y cuantos días lleva sin defecar.
- ✓ Determinar qué causa motiva la internación y quien deriva.
- ✓ Describir si el paciente presenta dolor al ingreso de la hospitalización (en el momento de recolección de los datos)
- ✓ Determinar que opioides se han administrado en las siguientes 48 hs de internación.
- ✓ Describir si el paciente presenta dolor luego de 48 hs.
- ✓ Describir si el paciente presenta síntomas psicológicos y establecer cuáles son.
- ✓ Detallar que enfermedades concomitantes presenta el paciente.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Se efectuó un cuestionario (encuesta) a los pacientes hospitalizados en el Hospital Provincial Centenario de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de Marzo, del año 2014. La modalidad de recolección de datos fue encuestar a los pacientes en un solo día, y retornar a las 48 hs para encuestar sobre un punto determinado (dolor a las 48hs de internación).

La población de estudio consistió en todos los pacientes hospitalizados en el momento de la recogida de datos que cumplieran las siguientes características: estancia en el hospital superior a las 24hs, edad superior a 18 años y estado de conciencia de vigilia.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresados en el momento de la recogida de datos con estancia en el hospital superior a las 24hs.
- Edad superior a 18 años.
- Estado de conciencia de vigilia.



Criterios de exclusión:

- Pacientes ingresados menores de 18 años (por considerar que escapaban de los objetivos del trabajo).
- Negativa del consentimiento informado.
- Pacientes con trastornos neurocognitivos.

Análisis de datos

Los datos recabados de las encuesta fueron codificados y cargados en una planilla de datos en Microsoft Excel, para su posterior procesamiento y análisis con el programa estadístico SPSS.

Para el análisis específico de los datos se trabajó con el análisis de las variables cuantitativas a través de promedios, desvíos, mínimos y máximos. Para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

Se realizaron gráficos de sectores, histogramas, barras, barras apiladas y barras comparativas.

Para la prevalencia de los diferentes síntomas que presentaron los pacientes hospitalizados se calculó su estimación puntual y por intervalo de confianza del 95%.

En lo que respecta a la Ley **26.529 Derechos del Paciente** en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, se respetarán de forma absoluta los derechos de intimidad y de confidencialidad del paciente.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las encuestas realizadas a 231 pacientes hospitalizados en el Hospital Provincial Centenario, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Tabla 1 – Edad de los pacientes hospitalizados.

<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Promedio</u>	<u>Desvío estándar</u>
19	77	46,3	15,1

Como lo demuestra la tabla anterior, el promedio de edades de los pacientes hospitalizados es de $46,3 \pm 15,1$ años, con una edad mínima de 19 años y una máxima de 77 años. (Ref.: Tabla 1)

Tabla 2 - Sexo de los pacientes hospitalizados.

<u>Sexo</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>
Masculino	132	57,1
Femenino	99	42,9
Total	231	100

Mediante la visualización de la tabla numero 2, podemos objetivar que el 57,1% (132) de los pacientes son de sexo masculino y el 42,9% (99) de sexo femenino. (Ref.: Tabla 2)

Tabla 3 - Prevalencia de síntomas en los pacientes hospitalizados

<u>Síntomas</u>	<u>Prevalencia</u>	<u>IC_{95%} (li, ls)</u>
Debilidad/Cansancio	0,67	(0,61; 0,73)
Angustia	0,57	(0,50; 0,63)
Tristeza	0,57	(0,50; 0,63)
Dificultad para dormir	0,52	(0,45; 0,58)
Dolor	0,45	(0,39; 0,51)
Apetito	0,38	(0,32; 0,44)
Somnolencia	0,31	(0,25; 0,37)
Náuseas	0,17	(0,12; 0,21)
Falta de aire	0,17	(0,12; 0,21)

En la tabla anterior se presentan las prevalencias con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, para cada uno de los síntomas que presentan los pacientes hospitalizados.

En el grupo estudiado la prevalencia de debilidad es de 0,67. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de debilidad está entre el 0,61 y el 0,73.

En la misma cantidad de pacientes la prevalencia de angustia es de 0,57. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de angustia está entre el 0,50 y el 0,63.



Por otra parte, la prevalencia de tristeza es de 0,57. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de tristeza está entre el 0,50 y el 0,63.

La prevalencia de dificultad para dormir es de 0,52. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de dificultad para dormir está entre el 0,45 y el 0,58.

La prevalencia de dolor es de 0,45. Con una confianza del 95% se puede concluir que la verdadera proporción de dolor está entre el 0,39 y el 0,51.

La prevalencia de apetito es de 0,38. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de apetito está entre el 0,32 y el 0,44.

La prevalencia de somnolencia es de 0,31. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de somnolencia está entre el 0,25 y el 0,37.

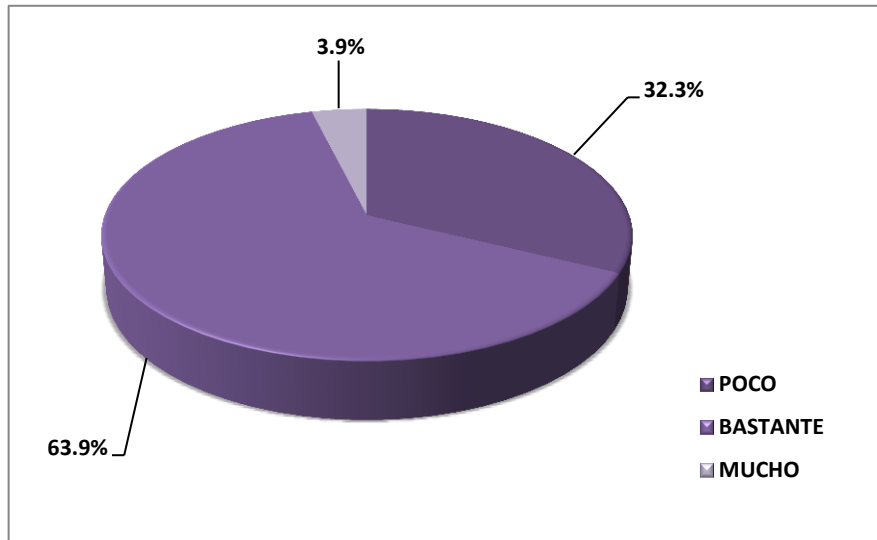
La prevalencia de somnolencia es de 0,17. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de náuseas está entre el 0,12 y el 0,21.

Por último, la prevalencia de falta de aire es de 0,17. Con una confianza del 95%, se puede concluir que la verdadera proporción de falta de aire está entre el 0,12 y el 0,21. (Ref.: Tabla 3)

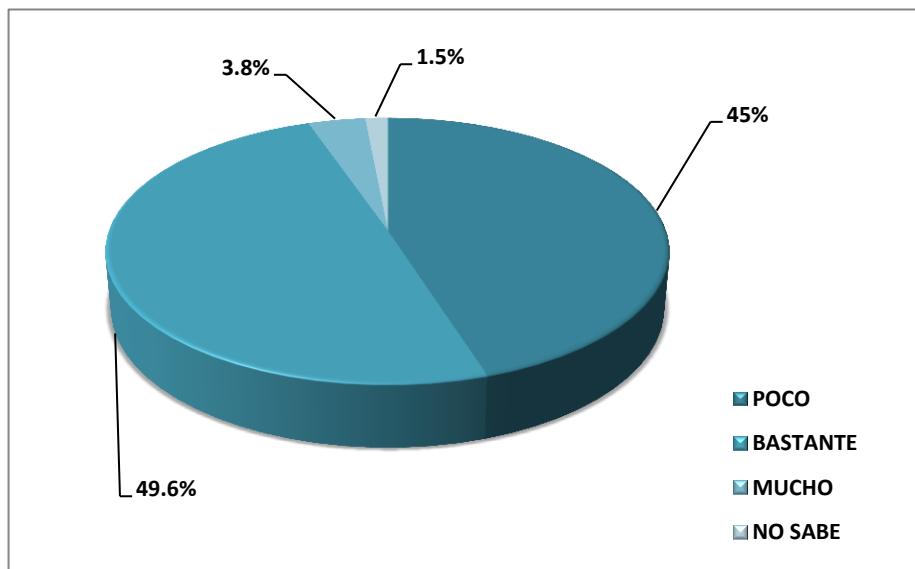
Tabla 4 – Síntomas durante las primeras 24 hs de internación.

<u>Síntomas</u>	<u>Si</u>		<u>No</u>	
	n	%	n	%
Debilidad	155	67,1	76	32,9
Angustia	131	56,7	100	43,3
Tristeza	131	56,7	100	43,3
Dificultad para dormir	119	51,5	112	48,5
Dolor	104	45	127	55
Apetito	88	38,1	143	61,9
Somnolencia	71	30,7	160	69,3
Náuseas	38	16,5	193	83,5
Falta de aire	38	16,5	193	83,5

En la tabla anterior se presentan los diferentes síntomas y la presencia o no de ellos en los pacientes internados. Los síntomas más frecuentes son debilidad 67,1% (155), angustia 56,7% (131) y tristeza 51,5% (119). El resto de los síntomas presentó porcentajes inferiores al 50%. (Ref.: Tabla 4)

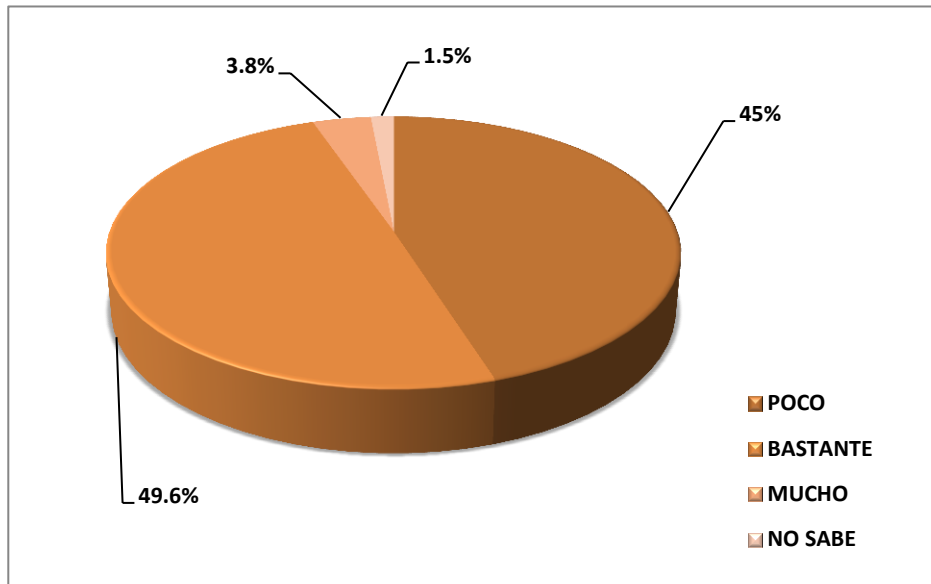
Síntomas durante las últimas 24 hs, medidos en intensidad.**Gráfico 1 – Intensidad de Debilidad**

Como lo demuestra el gráfico anterior, el síntoma debilidad se presenta en 155 pacientes. De ellos, el 32,3% (50) tuvo poca debilidad, el 63,9% (99) tuvo bastante y el 3,9% (6) refirió mucha. (Ref.: Gráfico 1)

Gráfico 2 – Intensidad de Angustia

El gráfico número dos, nos confirma que el síntoma angustia lo presentan 131 pacientes. De ellos, el 45% (59) tuvo poca angustia, el 49,6% (65) tuvo bastante, el 3,8% (5) mucho y el 1,5% (2) no sabe. (Ref.: Gráfico 2)

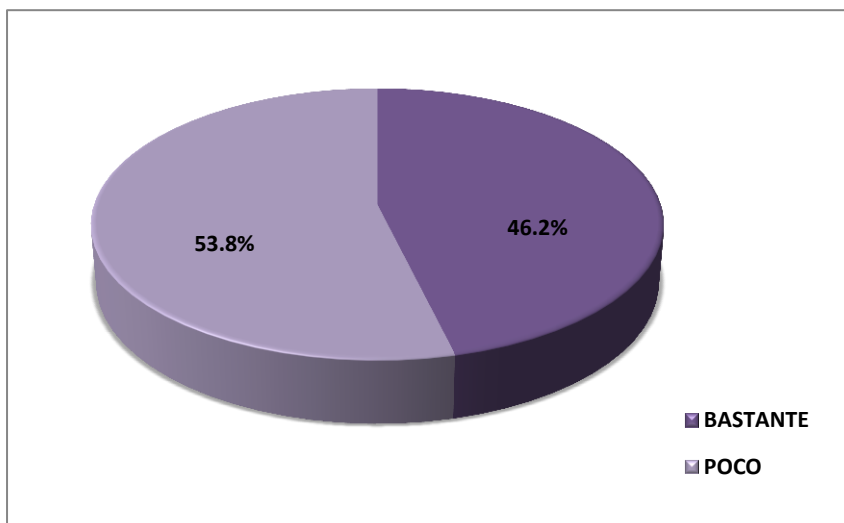
Gráfico 3 – Intensidad de Tristeza



El síntoma tristeza lo presentan 131 pacientes. De ellos, el 45% (59) tuvo poca tristeza, el 49,6% (65) tuvo bastante, el 3,8% (5) mucho y el 1,5% (2), no sabe.

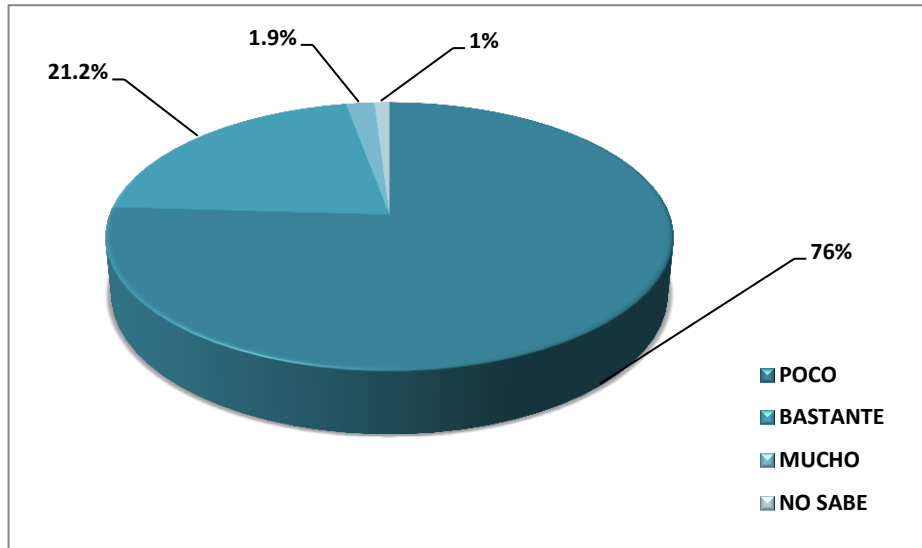
(Ref.: Gráfico 3)

Gráfico 4 – Intensidad de dificultad para dormir



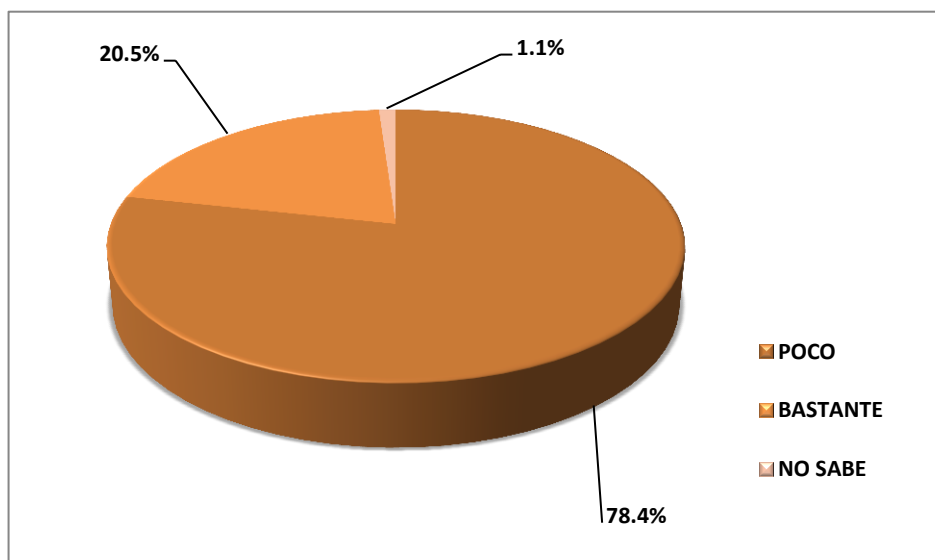
El síntoma dificultad para dormir lo presentan 119 pacientes. De ellos, el 53,8% (64) tuvo poca dificultad para dormir y el 46,2% (55) tuvo bastante. (Ref.: Gráfico 4).

Gráfico 5 - Intensidad de Dolor



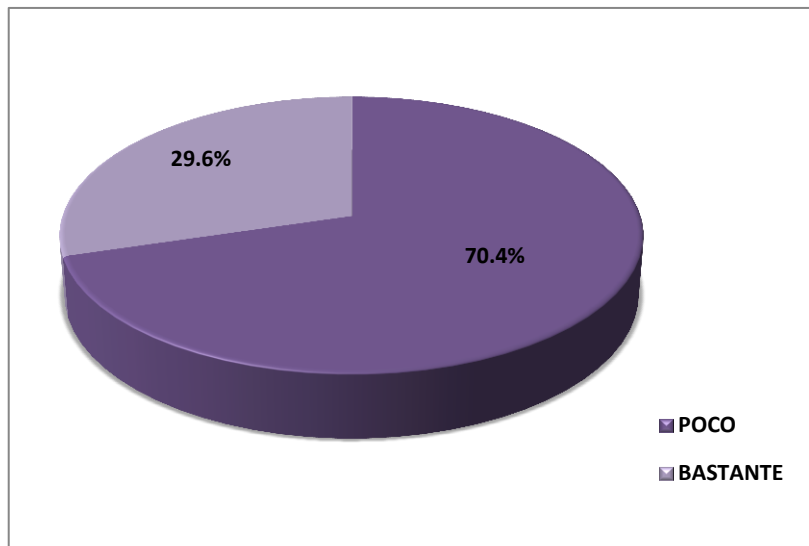
Como se puede observar en la imagen, el síntoma dolor lo presentan 104 pacientes. De ellos, el 76% (79) tuvo poco dolor, el 21,2% (22) tuvo bastante, el 1,9% (2) mucho y el 1% (1) no sabe. (Ref.: Gráfico 5)

Gráfico 6 – Intensidad de Apetito



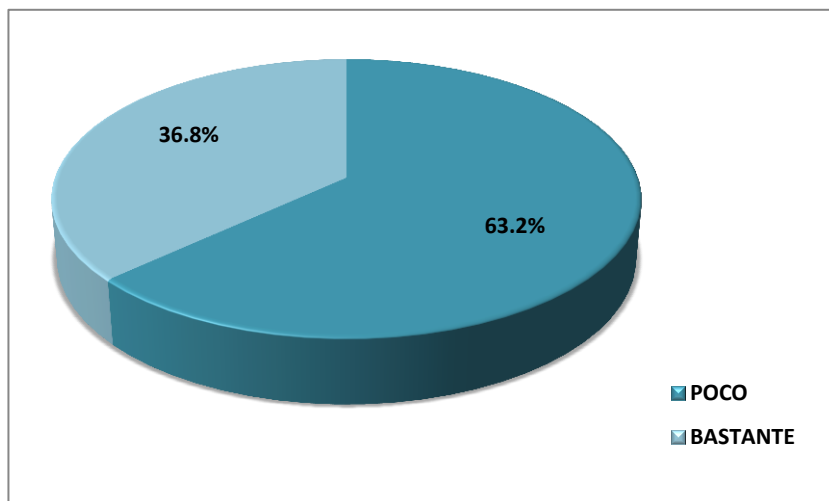
En referencia al gráfico número 6, el síntoma apetito lo muestran 88 pacientes. De ellos, el 78,4% (69) tuvo poco apetito, el 20,5% (18) tuvo bastante y el 1,1% (1) no sabe. (Ref.: Gráfico 6)

Gráfico 7 - Intensidad de Somnolencia

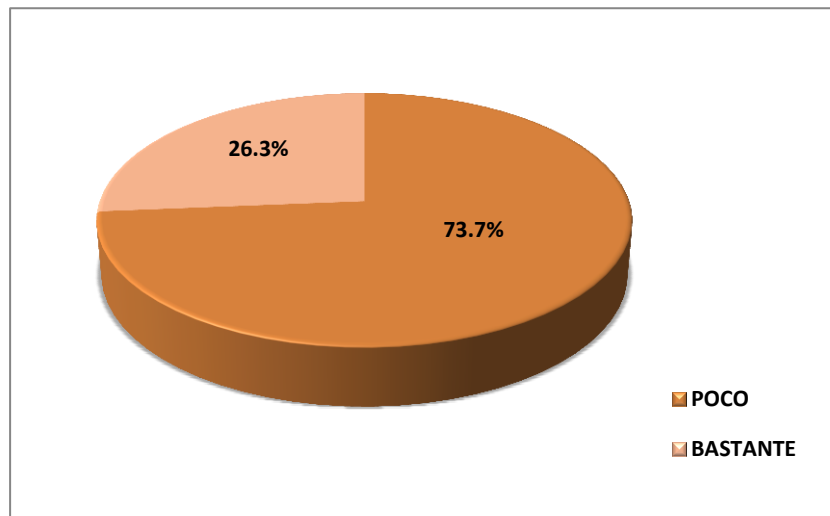


El síntoma somnolencia lo exhiben 71 pacientes. De ellos, el 70,4% (50) tuvo poca somnolencia y el 29,6% (21) tuvo bastante. (Ref.: Gráfico 7)

Gráfico 8 – Intensidad de Náuseas



El síntoma náuseas lo demuestran 38 pacientes. De ellos, el 63,2% (24) tuvo pocas náuseas y el 36,8% (14) tuvo bastante. (Ref.: Gráfico 8)

Grafico 9 – Intensidad de falta de aire

El gráfico anterior muestra que el síntoma falta de aire lo muestran 38 pacientes. De ellos, el 73,7% (28) tuvo poca falta de aire y el 26,3% (10) tuvo bastante. (Ref.: Gráfico 9)

Síntomas durante las últimas 24 hs, medidos en escala numérica.

Tabla 5

A los pacientes que presentaron los diferentes síntomas se les midió la intensidad de los mismos, interrogándolos con una escala de 0 a 10 puntos, y se encontraron los siguientes resultados:

<u>Síntomas</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Promedio</u>	<u>Desvío estándar</u>
Debilidad	3	9	5,8	1,6
Angustia	3	10	5,7	1,6
Tristeza	3	10	5,6	1,6
Dificultad para dormir	3	8	5,2	1,4
Dolor	2	9	4,6	1,3
Nauseas	2	7	4,6	1,5
Somnolencia	2	7	4,5	1,5
Falta de aire	2	6	4,3	1,3
Apetito	2	7	4,2	1,3

En la tabla anterior pueden observarse los valores promedios y desvíos de los diferentes síntomas. También se observan los valores mínimos y máximos. Los que mayores promedios presentan son debilidad (5,8 ±1,6 puntos), angustia (5,7 ±1,6 puntos) y tristeza (5,6 ±1,6 puntos). (Ref.: Tabla 5)

Tabla 6 – Otros signos y síntomas que presentan los pacientes internados.

<u>Signos/síntomas</u>	<u>Si</u>		<u>No</u>	
	n	%	n	%
Constipación	98	42,4	133	57,6
Boca seca/lastimada/dolorosa	82	35,5	149	64,5
Tos	81	35,1	150	64,9
Fiebre	63	27,3	168	72,7
Piernas o brazos hinchados	49	21,2	182	78,8
Diarrea	31	13,4	200	86,6
Lesiones en la piel/picazón	30	13	201	87
Dificultad para tragar	27	11,7	204	88,3
Problemas para orinar	22	9,5	209	90,5
Delirium	12	5,2	219	94,8
Hemorragia	8	3,5	223	96,5
Otros	0	0	231	100

En la tabla anterior puede observarse la presencia o no de los demás signos y síntomas que presentaron los pacientes. Los más frecuentes son constipación en un 42,4% (98), boca seca/lastimada/dolorosa en un 35,5% (82) y tos en un 35,1% (81). El resto de los signos presentaron porcentajes menores al 30%.

(Ref.: Tabla 6)

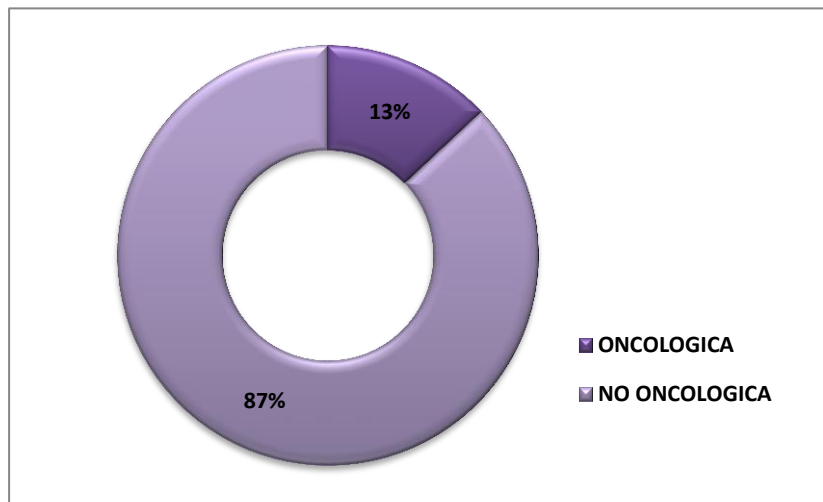
Tabla 7 – Constipación y tiempo de evolución.

El 42,4% (98) de los pacientes presentó constipación. A estos 98 pacientes que poseen constipación se les midió los días que transcurrieron sin defecar y se encontró lo siguiente:

<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Promedio</u>	<u>Desvío estándar</u>
1	9	2,8	1,6

El promedio de los días sin defecar fue de $2,8 \pm 1,6$ días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 9 días. (Ref.: Tabla 7)

Gráfico 10 – Causa que motiva la internación.



El 87% (201) de los pacientes ponen a la vista una consulta no oncológica y el 13% (30), oncológica. (Ref.: Gráfico 10)

Tabla 8 – Quien deriva a internación (referido a la institución y especialidad)

A los pacientes, según su derivación, ya sea extrainstitucional o intrainstitucional, se les registró la especialidad que los derivó encontrando lo siguiente:

<u>Especialidad</u>		<u>Quien deriva</u>		<u>Total</u>
		<u>Extra-institución</u>	<u>Intra-institución</u>	
Asistencia primaria	n	0	56	56
	%	0%	30,1%	24,7%
Cirugía	n	0	12	12
	%	0%	6,5%	5,3%
Clínica	n	17	64	81
	%	41,5%	34,4%	35,7%
Neurología	n	2	11	13
	%	4,9%	5,9%	5,7%
Oncología	n	6	16	22
	%	14,6%	8,6%	9,7%
Cardiología	n	4	0	4
	%	9,8%	0%	1,8%
Hematología	n	1	0	1
	%	2,4%	0%	,4%
Infectología	n	2	4	6

	%	4,9%	2,2%	2,6%
Nefrología	n	4	11	15
	%	9,8%	5,9%	6,6%
Neumonología	n	2	2	4
	%	4,9%	1,1%	1,8%
Oftalmología	n	3	0	3
	%	7,3%	0%	1,3%
Traumatología	n	0	10	10
	%	0%	5,4%	4,4%
Total	n	41	186	227
	%	100%	100%	100%

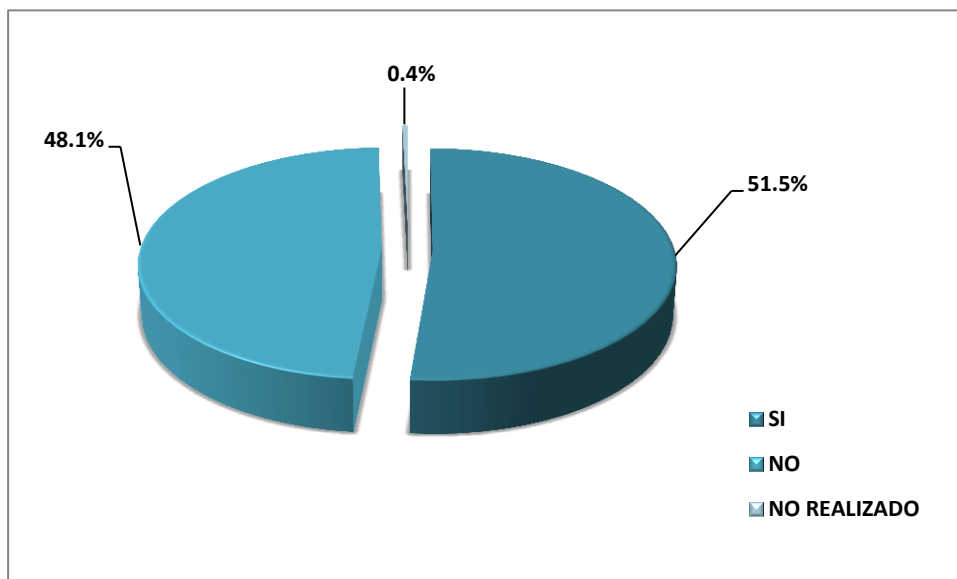
Tabla 9

<u>Quien lo deriva</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>
<u>(2º ítems de pregunta)</u>		
Médico institución	186	80,5
Médico de cabecera	41	17,7
Autoderivación	4	1,7
Total	231	100

El 80,5% (186) de los pacientes fue derivado por médico de la institución, el 17,7% (41) por médico de cabecera y el 1,7% (4) por auto derivación.

El mencionado 80,5 % (que fue derivado intrainstitucionalmente), corresponde a: Asistencia primaria 30,1% (56), Clínica 34,4 % (64), Cirugía 6,5% (12), Oncología 8,6% (16), Neurología 5,9% (11), Nefrología 5,9% (11), Traumatología 5,4% (10), Infectología 2,2% (4) y Neumonología 1,1%, (2). Siendo las más frecuentes en derivar, Clínica y Asistencia primaria. (Ref.: Tablas 8 - 9)

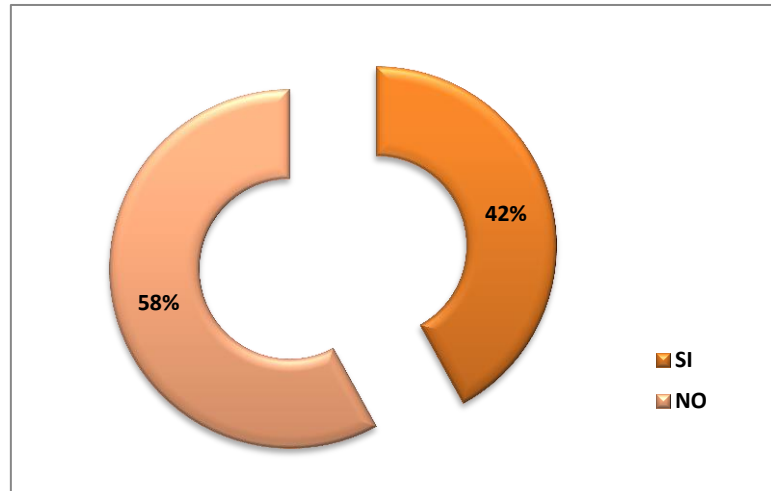
Gráfico 11 – Presencia de dolor al momento del interrogatorio



El 51,5% (119) no presenta dolor al ingreso, el 48,1% (111) si lo hace, y al 0,4% (1) no se le realizó la medición del dolor.

Al único paciente que no se lo realizó fue porque hubo imposibilidad de comunicación. (Ref.: Gráfico 11)

Gráfico 12 – Determinar si se han administrado opioides y cuales fueron.

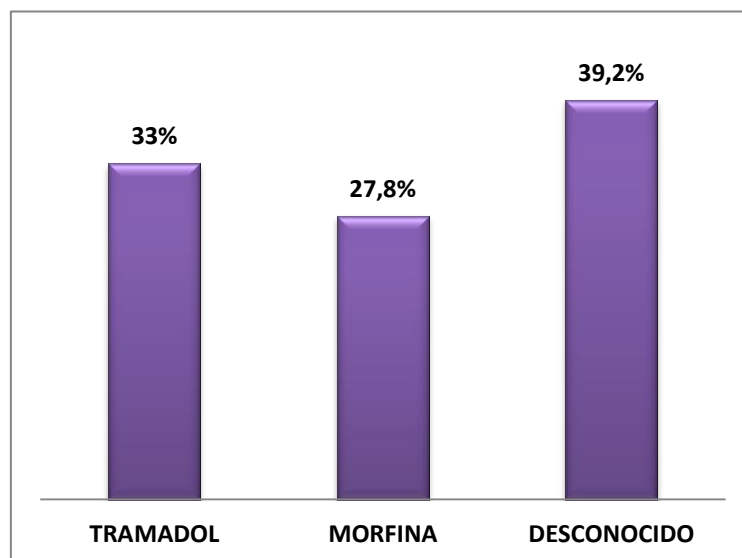


El 58% (134) de los pacientes no recibió Opioides y el 42% (97) si los recibió.

(Ref.: Gráfico 12)

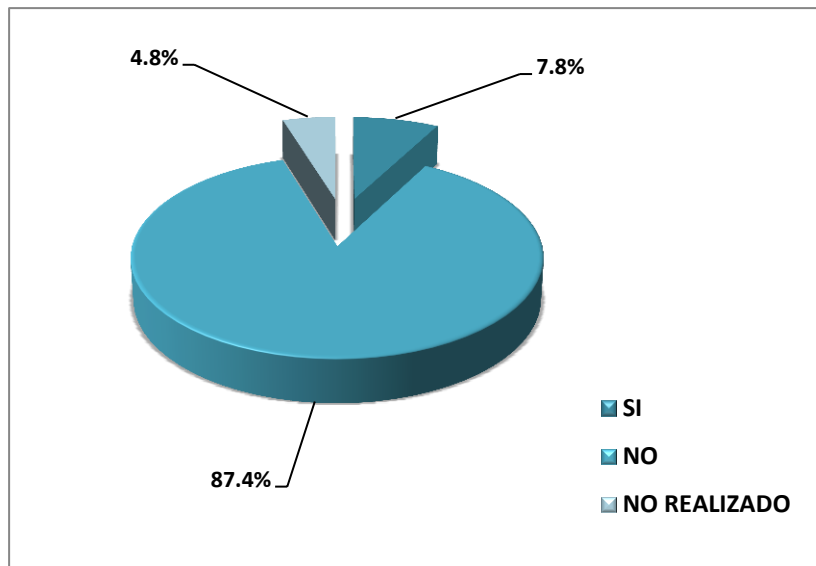
Del total de los 97 pacientes que si recibieron opioides, se vio que estos eran los siguientes:

Gráfico 13 – Opioides administrados.



En el 39,2% (38) se desconoce el tipo de opioides que recibe, el 33% (32) recibe tramadol y el 27,8% (27) recibe morfina. (Ref.: Gráfico 13)

Grafico 14 – Describir si presentan dolor luego de 48 hs.



El 87,4% (202) no presenta dolor a las 48hs del ingreso, el 7.8% (18) si lo manifiesta, y hubo un 4,8% (11) a los cuales no se les realizó este control.

A los 11 pacientes que no se lo realizó fue porque hubo imposibilidad de comunicación. (Ref.: Gráfico 14)

Tabla 10– Relación dolor al ingreso y dolor a las 48 hs.

<u>Dolor al ingreso</u>		<u>Dolor a las 48hs</u>			<u>Total</u>
		<u>no</u>	<u>si</u>	<u>no se realizó</u>	
No	n	115	2	2	119
	%	96,6%	1,7%	1,7%	100%
Si	n	87	16	8	111
	%	78,4%	14,4%	7,2%	100%
No se realizó	n	0	0	1	1
	%	0%	0%	100%	100%

De los pacientes que no tuvieron dolor al ingreso (119) se encontró que el 96,6% (115) tampoco tuvo dolor a las 48hs, el 1,7% (2) si presentó dolor a las 48hs y al 1,7% (2) no se les realizó el control.

Por otra parte, de los pacientes que si tuvieron dolor al ingreso (111) se encontró que el 78,4% (87) no tuvo dolor a las 48hs, el 14,4% (16) si presento dolor a las 48hs y al 7,2% (8) no se les realizó el control.

Hay un solo paciente al que no se le realizó el control ni al ingreso ni a las 48hs. (Ref.: Tabla 10)

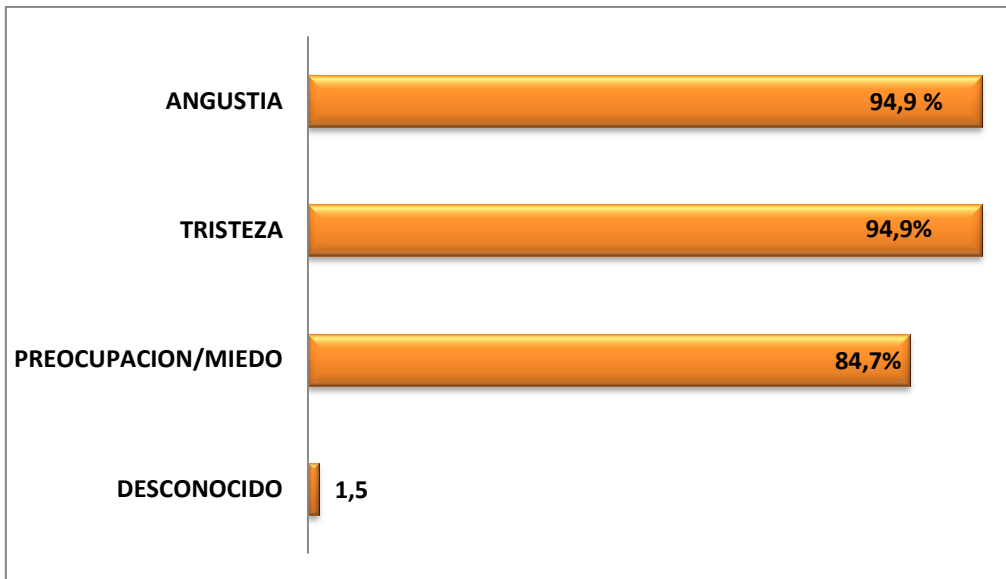
Tabla 11 – Síntomas psicológicos que muestran.

<u>Presencia de síntomas psicológicos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>
Si	137	59,3
No	94	40,7
Total	231	100

El 59,3% (137) de los pacientes refiere que presenta síntomas y el 40,7% (94) refiere que no presenta. (Ref.: Tabla 11)

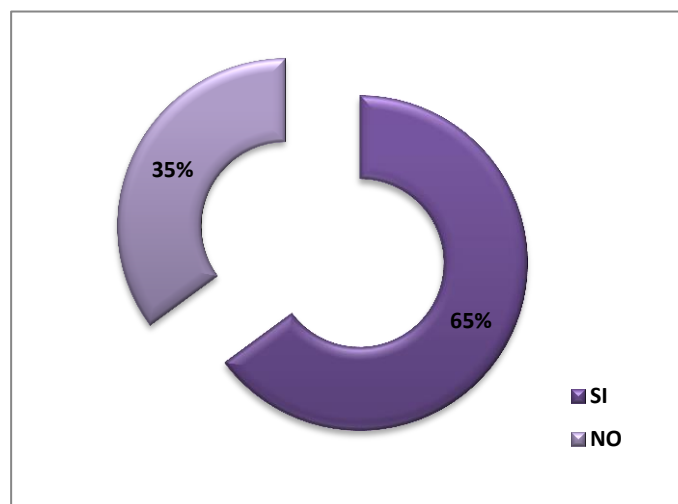
A los 137 que presentaron síntomas psicológicos se les pregunto cuales eran y nombraron los siguientes:

Gráfico 15- Síntomas psicológicos



Tal como lo demuestra la tabla anterior, los síntomas psicológicos más prevalentes son tristeza y angustia, en un 94,9 % de los casos, seguidos de preocupación miedo en el 84, 7%. (Ref.: Grafico 15)

Gráfico 16 – Presencia de enfermedades concomitantes.



A los 150 que presentaron enfermedades concomitantes se les pregunto cuales fueron y nombraron los siguientes:

Tabla 12

<u>Enfermedades Concomitantes</u>	<u>si</u>		<u>no</u>	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Cardiovascular	100	66,7	50	33,3
Endócrina	68	45,3	82	54,7
Reumatológica	28	18,7	122	81,3
Digestiva	14	9,3	136	90,7
Renal-urinaria	14	9,3	136	90,7
Infecciosa	13	8,7	137	91,3
Hematológica	9	6	141	94
Respiratoria	9	6	141	94
Psiquiátrica	5	3,3	145	96,7
Dermatológica	0	0	150	100
Neurológica	0	0	150	100

Nota: pregunta de respuesta múltiple sobre los 150 pacientes.

En la tabla anterior puede observarse la presencia o no de las diferentes enfermedades concomitantes que presentaron los pacientes. Las más frecuentes son cardiovascular en un 66,7% (100) y endócrina en un 45,3% (68). El resto de las enfermedades presentaron porcentajes menores al 15%.

(Ref.: Tabla 12)



DISCUSIÓN

La población de pacientes estudiados, tiene una ligera preponderancia de sexo masculino sobre el femenino, lo que también es señalado en otras bibliografías consultadas.⁽³⁾⁽¹⁵⁾ Por otra parte, en otro tratado consultado, se encontró la relación inversa entre hombres y mujeres.⁽¹⁶⁾

El mayor porcentaje de la población corresponde al intervalo entre los 19 y 77 años de edad, información que no varía demasiado con la de otros autores.⁽¹⁵⁾

En este estudio se halló que uno de los resultados más prevalentes, fue la presencia de debilidad en un 67% de los casos. En una publicación titulada “Acute outcomes and mortality of intensive care unit-acquired weakness”, los resultados para debilidad son del 55%, por lo que solo se registra una diferencia del 12% si se lo compara con nuestro trabajo⁽¹⁷⁾. Vale aclarar que nuestros pacientes, fueron hospitalizados en sala general, mientras que los del estudio mencionado con anterioridad, son pacientes internados en cuidados intensivos.

También obtuvimos, como segundo resultado más frecuente, una prevalencia de síntomas psicológicos, como angustia y tristeza, del 57%. Si lo comparamos con un estudio titulado “Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness”⁽¹⁸⁾, vemos que en este se manifiesta la depresión en un 48,1%, por lo que solo se diferencia en un 8,9% de nuestros resultados finales.

Otro resultado certero, fue que el 52% de la población tuvo problemas para dormir. En otra investigación realizada en el Hospital A. Loayza de medicina interna de Perú, se registra que el 48% de pacientes encuestados, padecen



insomnio.⁽¹⁹⁾ Podemos decir, entonces, que hay una gran semejanza entre los resultados de ambos trabajos.

Otros estudios han mostrado que las alteraciones del sueño pueden tener una incidencia de hasta un 47% en pacientes hospitalizados.⁽²⁰⁾

Un porcentaje importante de nuestra población estudiada, presentó dolor en el 45% de los casos, lo que correspondía a 104 pacientes, de ellos, el 76% refirió tener “poco” dolor, cuando se lo interrogó según intensidad. Hay numerosos trabajos que resaltan este aspecto (el dolor) en pacientes hospitalizados. En uno de ellos, se ve que la prevalencia de dolor en pacientes internados, es del 35,3%, es decir, casi un 10% menor que en nuestra investigación (diferencia que no sería tan significativa), y que la frecuencia de la intensidad del dolor fue: el moderado con 60.55%, el grave con 31.08% y por último el dolor leve con 8.35%.⁽¹⁴⁾ Si nosotros asemejamos “poco dolor” con “dolor leve”, podemos observar una clara diferencia en estos dos puntos.

Si deseamos obtener más información, la revista de la Sociedad Española de Dolor, demuestra en uno de sus artículos, que la prevalencia de dolor de los pacientes en internación es del 76,9%, (el 48,3% moderado o intenso).⁽¹⁶⁾

Otros autores, afirman que la prevalencia de dolor fue del 51,4%. En cuanto a la intensidad del síntoma, el 80,7% referían dolor leve, el 16,1% moderado, y el 3,2% intenso.⁽¹⁵⁾ Respecto a la intensidad de dolor que presentaron dichos pacientes, podemos hacer un paralelo con nuestros resultados, observando una diferencia del menos del 5%.

En cuanto al síntoma apetito, podemos decir que, nuestros pacientes lo manifestaron en un 38% de los casos. En un trabajo llamado “Hospital



inpatients experiences of access to food: a qualitative interview and observational study”, casi la mitad de los pacientes informaron sentir hambre durante su estancia. ⁽²¹⁾

Con respecto a la prevalencia de somnolencia, esta fue del 31% en nuestros pacientes. Un estudio publicado en México, muestra que los hospitalizados reconocieron presentar somnolencia el 30% de los hombres y 31% de las mujeres. ⁽²²⁾ Estas cifras son mucho más elevadas, que las encontradas en nuestro estudio, ya que no realizamos discriminación entre sexos y se consideró el total de los encuestados. La diferencia podría explicarse por los distintos puntos de corte empleados para calificar la presencia o ausencia del síntoma en estos comunicados y/o por estar relacionadas a poblaciones distintas. Como sugerencia para investigaciones futuras, sería interesante determinar la causa de somnolencia en estos pacientes, y qué relación presenta con el consumo de fármacos opioides.

Las náuseas/vómitos mostraron un resultado del 17% en la población estudiada. En un publicado de 2008, los pacientes hospitalizados presentan náuseas en un 20.6% (causa por la cual dichos pacientes disminuyen su consumo diario adecuado). ⁽²³⁾ Si bien conocer los diversos factores de riesgo adicionales para la producción de estos síntomas (tales como factores de la dieta, interacciones farmacológicas, etc.) escapa a los objetivos de nuestro trabajo, sería de interés incorporarlo en una investigación a futuro.

Por último, el síntoma con menor prevalencia fue falta de aire, donde obtuvimos como resultado un 17%. Podemos hacer mención a un estudio realizado sobre pacientes hospitalizados en fase terminal, donde la prevalencia de este



síntoma fue del 37,4 %.⁽²⁴⁾ Claramente la diferencia es notoria, debido a que la población de pacientes estudiados en uno y otro estudio son desiguales. En dicha investigación, el objeto de estudio eran solo pacientes en estado terminal.

Con respecto a otros signos y síntomas que presentaron los pacientes internados en el Hospital Provincial Centenario, estos fueron diversos.

Un 42,4% de nuestros pacientes sufrió constipación/estreñimiento. Mientras que en otras bibliografías consultadas, un porcentaje similar a los de nuestros pacientes presentó problemas de estreñimiento.⁽²⁵⁾ No pudimos hallar información acerca de la cantidad de días que el paciente estuvo sin defecar.

Como segundo signo más frecuente, encontramos boca seca en un 35,5%. Una reciente publicación del año 2012, muestra que un 48,9 % de los pacientes hospitalizados presentan xerostomía (boca seca); resultado no tan diferente al nuestro.⁽²⁶⁾

Del total de 231 pacientes que fueron encuestados para la realización del presente estudio, un 35,1% presentó tos. No encontramos publicaciones que nos mostraran la prevalencia de este síntoma en pacientes hospitalizados en general, sino que encontramos la prevalencia de tos en pacientes en fase terminal de su vida, en un porcentaje del 16,12%.⁽²⁴⁾ Una vez más obtenemos una gran diferencia en cuanto a resultados, ya que las poblaciones estudiadas son diferentes.

Una publicación lanzada en 2006, en Madrid, muestra que la fiebre se hace presente en el 34% de los pacientes internados.⁽²⁷⁾ Algo similar ocurre en nuestros pacientes, apareciendo este síntoma en el 27,3% de estos.



Si observamos la cantidad de pacientes que tienen edema, esta es del 21,2%. Un estudio denominado "Detection Of Malnutrition On Admission To Hospital" demuestra que sus pacientes presentan edema en el 19,5% de los casos.⁽²⁸⁾

Si hablamos ahora de la diarrea, esta se hizo presente en el 13,4 % de los pacientes. Este resultado que hemos obtenido, está dentro de un rango de valores, que aporta un artículo lanzado en 2006.⁽²⁹⁾

Los resultados que involucran la prevalencia de lesiones en piel en nuestros pacientes, son del 13%; algo muy similar ocurre con otra bibliografía consultada, en donde los pacientes hospitalizados presentaron lesiones en el 11% de los casos.⁽³⁰⁾

Si bien la disfagia (dificultad para tragar) se registró con un porcentaje del 11,7% en nuestra investigación, un estudio publicado en el Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, revela el doble.⁽³¹⁾

Los problemas para orinar se registraron en un 9,5% de los pacientes, mientras que en un estudio lanzado en 2005, el porcentaje fue del 12,6% (haciendo referencia a la infección urinaria); diferencia poco significativa si comparamos estos resultados entre sí.⁽³²⁾

Con solo una prevalencia del 5,2%, el delirium se hizo notar en nuestros pacientes. Otras bibliografías consultadas, demuestran la presencia de delirium, o síndrome confusional agudo, en casi el 30% de pacientes ancianos hospitalizados.⁽³³⁾ Además, otro estudio revela que se evaluaron 56 pacientes, 31 de los cuales no presentaban delirium y 25 sí; es decir, prácticamente el doble en relación a nuestros pacientes encuestados.⁽³⁴⁾



Y por último, las hemorragias (de cualquier etiología) mostraron un resultado del 3% en nuestra investigación. No hemos hallado bibliografía semejante para comparar con este resultado en particular.

Los resultados que responden a quien deriva fueron: 80,5% de los pacientes fue derivado por médico de la institución, el 17,7% por médico de cabecera y el 1,7% auto derivación.

El mencionado 80,5 % (que fue derivado intrainstitucionalmente), corresponde a: asistencia primaria 30,1%, clínica 34,4 %, cirugía 6,5%, neurología 5,9%, oncología 8,6%, infectología 2,2%, nefrología 5,9%, neumonología 1,1%, traumatología 5,4%.

Dos de las bibliografías que consultamos, muestran resultados similares a los nuestros. Solo se evidencia una diferencia bastante pronunciada en las derivaciones por parte del servicio de cirugía, en donde en uno de los centros esta especialidad derivó el 24%. ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾

Los fármacos opioides que se administraron en nuestros pacientes, fueron tramadol, en un 33%, morfina 27, 8% y en el resto de los pacientes se desconoce que opioide recibió. Esto es debido a que no se hallaron registros en la historia clínica, o que no se tuvo acceso a la misma en su momento de búsqueda. En una reciente publicación de 2006 llamada “Survey of therapeutic attitudes for the treatment of chronic pain in Spanish Pain Units”, el fármaco que más utilidad tuvo fue el tramadol, al igual que en nuestro publicado, y la morfina en el 19% de los casos. ⁽³⁷⁾ Por el contrario, otro trabajo realizado en México, demuestra la relación inversa entre la utilización de tramadol y morfina. ⁽³⁸⁾



Si tenemos que hablar del cambio de dolor luego de 48 horas de hospitalización, realizando una posterior entrevista, vemos que de los pacientes que sí tuvieron dolor al ingreso (el 78,4%), no tuvo dolor a las 48hs; y el 14,4% si presentó dolor a las 48hs. Podemos vincular este cambio con la administración de opioides, aunque en algunos casos no tuvimos registros de que fármaco se administró y solo se demostró si persistía el dolor o no. En un estudio realizado en 2014, se puede ver que la administración de opioides produce una mejora clínica y mostró un resultado positivo para el 77% de los pacientes.⁽³⁹⁾ Este resultado concuerda exactamente con el nuestro.

Por último, vamos a hablar sobre las comorbilidades que se registraron en nuestros pacientes. Las más habituales fueron la comorbilidad cardiovascular en un 66,7% y, en segundo lugar, la endócrina en un 45,3%. El resto de las enfermedades presentaron porcentajes menores al 15%. Estos hallazgos coinciden con otras bibliografías consultadas, donde la hipertensión arterial (patología cardiovascular) y la diabetes mellitus se llevan el primer y segundo lugar respectivamente.⁽⁴⁰⁾

Podríamos sugerir para investigaciones futuras, determinar qué relación existe entre los síntomas que manifiestan los pacientes hospitalizados, con los opioides administrados durante su estancia. Y, además, investigar acerca de la influencia de las comorbilidades sobre los signos y síntomas de los pacientes en cuestión.

CONCLUSION

El estudio realizado a pacientes hospitalizados de la ciudad de Rosario revela que, tanto la edad como el sexo de los pacientes, concuerda con otros resultados.

Se halla que la mayor prevalencia de síntomas fueron debilidad, trastornos psicológicos, tales como angustia y tristeza, dificultades para dormir y dolor, y, semejantemente con otros trabajos ya mencionados, no se presentan grandes diferencias; aunque, si tenemos en cuenta la intensidad de dolor, si se aciertan asimetrías.

Hubo otros síntomas que sí mostraron contraste, como lo son el apetito, la somnolencia y la falta de aire. Estos últimos dos, particularmente, mostraron oposiciones respecto de nuestra investigación, ya que la población en estudio era distinta (pacientes en fase terminal).

Constipación, boca seca, tos y fiebre son otros signos y síntomas frecuentes. La mayoría de los otros signos y síntomas, tales como boca seca, estreñimiento, fiebre, edema e miembros, diarrea, lesiones en piel y alteraciones miccionales, expresan similitudes con nuestra investigación. Por el contrario, tres de los demás síntomas como tos, delirium y disfagia, ofrecen resultados disímiles.

Las especialidades que más derivaron son asistencia primaria y clínica. No existieron diferencias significativas con otros trabajos.

Los fármacos opioides más utilizados son tramadol y morfina, al igual que otros estudios consultados. Se desconoce un porcentaje de los fármacos



administrados, ya que no se logró el acceso a la historia clínica, o bien, no se hallaron registros de los fármacos en estas.

Se demuestra un cambio en el dolor, luego de 48 horas de evolución, vinculado, en su mayoría, a utilización de opioides. Lo mismo ocurre en otra publicación.

Las comorbilidades que se hallaron con mayor frecuencia son la cardiovascular y, en segundo lugar, la endócrina, registrándose porcentajes menores en las demás.

Hemos planteado, con anterioridad, algunas sugerencias para futuras investigaciones, que pueden hacer que este estudio sea aún más interesante.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldstein, G; Kenet, G. The impact of chronic disease on the patient. Pain. s.n. s.l. 2011. p. 1-36.
2. Ministerio de Salud de la Nación. “Datos Básicos De La Actividad Hospitalización.” [En línea]. 2014. www.msal.gov.ar/notas.tecnicas/. [Consulta: Marzo 2014].
3. López-Guzmán, J [et al.]. Prevalencia e incidencia del dolor en los pacientes hospitalizados. Revista mexicana de Anestesiología. 36, 2. (2013): 93-97.
4. Moyao, GD. Fisiopatología del dolor. Guevara López UM. Dolor por especialidades. México. 2009. Corinter. p. 313-328.
5. Diener, E. Subjective well-being. Psychological Bulletin. Vol. 95, 3. (2004): 542-575.
6. Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M.; Cloninger, Ch. Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Siglo Cero. 2000. 25, 155. p. 5-18.
7. Real Academia Española. “Diccionario Manual de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Española.” Larousse Editorial, S.L. [En línea]. 2007. <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>. [Consulta: Marzo 2014].
8. Sager, M; Rudberg M. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin in Geriat Med. 1998. p. 69-78.



9. Portal Holístico Natural. Medicina. "Síntomas Signos y síndromes." [En línea]. 2012. <http://artigos.tol.pro.br/portal/linguagemes/s%C3%AD/sintoma>. [Consulta: Marzo 2014].
10. Instituto Mexicano de Seguridad Social. "Diferencia entre síntomas y signos." [En línea]. 2014. <http://guiamedicinal.com/signos-y-sintomas>. [Consulta: Marzo 2014].
11. Álvarez, JM; Guerrero-Fernández IM; Ferrándiz-Gomis R. El protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Revista Española de Inmunología Clínica*. 36, 3. (1998): 171-180.
12. Lim SC; [et al.]. Delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Department of Geriatric Medicine*. Singapore. 35, 1. (2006): 27-32.
13. Sánchez Rojas, A. "Efectos Fisiológicos del reposo prolongado en cama." Colombia. Fundación Santa Fe. [En línea]. 2011. <http://www.efisioterapia.net/articulos/el-reposo-prolongado-cama-como-agente-que-potencializa-el-incremento-del-riesgo-cardiovasc>. [Consulta: Mayo 2014].
14. León, M; Cervera, J; Béseler, M. Efectos del encamamiento prolongado en el sistema cardiovascular. *Rehabilitación*. 29, 6. (2005): 17-25.
15. Padrol, A; [et al.]. Study of pain prevalence in hospitalized patients. *Revista Sociedad Española de Dolor*. 8. (2001): 555-561.
16. Arbonés E; [et al.]. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Sociedad Española de Dolor*. 16, 6 (2009): 314-322.



17. Greet H, Mechele; [et al.]. Acute Outcomes and Mortality of Intensive Care Unit acquired Weakness. A Cohort Study and Propensity-matched Analysis, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 190, 4. (2014): 410-420.
18. Martín, A; [et al.]. Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. Med. Clin. Barc. 120, 10. (2003): 370-375.
19. Quesada, P; [et al.]. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista Medica Herediana 14, 2. (2003): 63-68.
20. Meissner, H; [et al.]. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. West J Med. 169. (2008): 146-149.
21. Naithani, S; [et al.]. Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. Health Expect. 11, 3. (2008): 294-303.
22. Rey De Castro, M; Álvarez, J; Mayorga, J. Symptoms related to sleep disorders in a healthy-supposed population that attend a primary Care Health Center. Rev. Med. Hered. Lima. 16, 1. (2005): 31-38.
23. Fuchs, V; [et al.]. Estado nutricional en pacientes internados en un hospital público de la ciudad de México. Nutr Hosp. 23, 3. (2008): 294-303.
24. Bertha F; [et al.]. Evaluación De La Sintomatología Más Frecuente En El Paciente Oncológico En Fase Terminal. Rev. Med Cubana Oncología. 14, 2. (2008): 83-86.



25. Pinedo, V; [et al.]. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico Perú*. 43, 2. (2004): 57-63.
26. Berti-Couto, S; [et al.]. Clinical diagnosis of hyposalivation in hospitalized patients. *Journal of Applied Oral Science*. 20, 2. (2014):157-161.
27. Eroles Vega; [et al.]. Fiebre en pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna: análisis prospectivo de 204 casos. *Rev. Med. Interna Madrid*. 23, 2. (2006): 56-61
28. Cereceda Fernández; [et al.]. Detection Of Malnutrition On Admission to Hospital. *Nutrición Hospitalaria*. 18, 2 (2003): 95-100.
29. Raúl, R. Closs; De Paula, JA. *Diarrea Aguda En Terapia Intensiva*. Libro Medicina Intensiva, Dr. Carlos Lovesio. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 2006. p 1-2.
30. Canaval, G; Tobo, N. Lesiones Cutáneas Por Presión En Adultos Hospitalizados En El Hospital Universitario Del Valle, Cali. *Colombia Médica*. 8, 4. (2009): 177-181.
31. Galán, MJ; [et al.]. "Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico quirúrgica." *Enfermería Clínica*. [En línea]. 2014. [http://www.elsevier.es/eop/S1130-8621\(14\)00009-6.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S1130-8621(14)00009-6.pdf). [Consulta: Mayo 2014].
32. Morales, PC; Fresneda, S; Guanche, G. Prevalencia puntual de infección nosocomial. *Rev. Cubana Enfermería*. 17, 2. (2005): 84-89.



33. Vilchez, MF; Álvarez, C. Delirium en pacientes internados. Experiencia Médica. 26, 3. (2006): 90-96.
34. Vásquez, J; González, A; Parra, D. Delirium Asociado a Hospitalización Prolongada en Pacientes de Medicina Interna en la Clínica Universitaria Bolivariana. Medicina U.P.B. Medellín Colombia. 20, 1. (2005): 29 - 36.
35. Badell Pomar, CC; [et al.]. Characterization of hospitalized aged patients in an Intensive Care Unit. Medisan. 18, 4. (2014): 550.
36. Nacach, A; [et al.]. Tiempo de estancia en medicina interna. Función del médico hospitalista. Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional 20. Instituto Mexicano del Seguro. Rev. Med Inst Mex. 49, 5. (2011): 527-531.
37. Rodríguez, MJ. Survey of therapeutic attitudes for the treatment of chronic pain in Spanish Pain Units. The STEP study. Rev. Soc. Esp. Dolor. 8. (2006): 525-532
38. Martínez Guadarrama, E; Guevara López, U. Reacciones adversas con la administración de opiáceos en pacientes hospitalizados. Investigación Original. 36, 2. (2013): 98-104.
39. López Pérez, JF; [et al.]. Experiencia clínica en cambio de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Farm Hosp. 38, 5. (2014): 411-417.
40. Almagro, P; [et al.]. Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por descompensación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en los servicios de medicina interna.



Revista clínica española. Sociedad Española de Medicina Interna. 3.
(2010): 101-108.



ANEXO 1

ENCUESTAS

Las encuestas que serán utilizadas para recoger los datos, están validadas por Programa Argentino de Medicina Paliativa, de la Fundación FEMEBA (Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires - ONG).



Fecha |__| |__| |__| Paciente # ID

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consulta del paciente. | <input type="checkbox"/> Paciente en consultorio. |
| <input type="checkbox"/> Consulta personal del cuidador responsable. | <input type="checkbox"/> Paciente en domicilio. |
| <input type="checkbox"/> Consulta X <input type="checkbox"/> del paciente. | <input type="checkbox"/> Paciente internado. |
| <input type="checkbox"/> Consulta X <input type="checkbox"/> del cuidador responsable. | |
| <input type="checkbox"/> Consulta X <input type="checkbox"/> del CCP. | |

Internación entre consultas
 NO SI | | veces, | | días

ECOG.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0: asintomático, actividad normal. | <input type="checkbox"/> 3: sintomático, en cama más del 50 % del día. |
| <input type="checkbox"/> 1: sintomático, ambulatorio, y realiza las actividades cotidianas. | <input type="checkbox"/> 4: no se levanta, y puede necesitar internación. |
| <input type="checkbox"/> 2: sintomático, en cama menos del 50 % del día. | |

Marque lo que corresponda.
(*? si no recuerda o esta inseguro)

SÍNTOMAS DURANTE LAS ÚLTIMAS 24 HORAS.

	N O S A B E	INTENSIDAD				Escala numérica 0 - 10
		N A D A	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O	
DOLOR						
APETITO						
NÁUSEA / VÓMITO						
FALTA DE AIRE						
DEBILIDAD / CANSANCIO						
SOMNOLENCIA.						
DIFICULTAD PARA DORMIR						
ANGUSTIA						
TRISTEZA						

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Delirium | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Lesiones en la piel / picazón |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Piernas o brazos hinchados | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Problemas para orinar |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Boca seca / lastimada / dolorosa | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Tos |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Fiebre |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Diarrea. | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ? Hemorragia |

OTROS

Días sin defecar ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Diagnóstico

Analgésicos

Adyuvantes

Psicofármacos

Indicaciones

Pendiente

ID _____ DNI _____ Tel _____

Nombre y apellido _____ Fecha inicio de seguimiento ___/___/___

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad _____ Sexo Masculino Femenino**Lugar de residencia de últimos 6 meses**

Ciudad o pueblo _____ Provincia _____ País _____

Enfermedad que motiva la consulta

Oncológica _____ No oncológica _____

Fecha de diagnóstico ___/___/___

Cobertura de salud Obra social Prepaga Servicio público**Cuidador responsable** Amigo/a Conyugue / pareja Hermano/a Hijo/a padre/madre Sobrino/a Tío/a Vecino/a Ninguno Otro _____**Quien deriva** Extra-institución Intra-institución Asistencia primaria Cirugía Clínica Neurología Oncología Otro _____Lugar primera consulta Domicilio Guardia Internación Consultorio UTI**Motivo de derivación** Tratamiento de dolor u otros síntomas Asistencia psicológica familia Asistencia psicológica paciente Planificación de asistencia Toma de decisiones Otro _____ECOG 0 1 2 3 4**Síntomas físicos** Cansancio / debilidad Constipación Disnea Delirium Diarrea Insomnio Náuseas / vómitos Trastorno de alimentación / Hidratación Otro _____ Ninguno No evaluado / Desconocido**Opioides previos** Buprenorfina Codeína Dextropropoxifeno Fentanilo Metadona Morfina Nalbufina Oxycodona Tramadol Ninguno Desconocido**Dolor al ingreso. Preguntar "¿Se siente usted incómodo, molesto o afectado a causa del dolor?"** Sí NO No realizado por Imposibilidad de comunicarse (paciente en coma o afásico) Olvido / falta de tiempo Trastorno cognitivo**Opioides indicados** Buprenorfina Codeína Dextropropoxifeno Fentanilo Metadona Morfina Nalbufina Oxycodona Tramadol Ninguno Desconocido**Dolor luego de 48 horas. Preguntar "Dentro de las 48 horas que comenzó con nuestro tratamiento, ¿se sintió todavía incómodo, molesto o afectado por el dolor?"** Sí NO No realizado por Imposibilidad de realizar contacto Muerte Progresión de enfermedad Olvido / falta de tiempo Trastorno cognitivo**Síntomas psicológicos del paciente** Angustia Preocupación / miedo Tristeza Ninguno Desconocido Otro _____Dificultad con información. Diagnóstica Pronostica Ambas NingunaFecha fin de seguimiento ___/___/___ Motivo de fin de seguimiento Alta Cambio equipo Pérdida de contacto Muerte**Lugar de fallecimiento** Domicilio Guardia Hospice Internación con CP Internación sin CP Residencia UCP UTI Desconocido



[Ⓜ R] = puede/debe completarse retrospectivamente. [Ⓜ +1] = todo lo que corresponde

Fecha de primera consulta |__|__|__| # HCCP

Apellido y nombre:

Domicilio: ☎

Ciudad: DNI:

Edad |__|
Fecha nacimiento |__|__|__|

Sexo femenino
 Sexo masculino

Mutual.
 Sin mutual
 Con mutual:
afiliado:

<p>[Ⓜ R] CAGE.</p> <p><input type="checkbox"/> Cero <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro</p> <p>[Ⓜ R] Habito de fumar.</p> <p><input type="checkbox"/> No fuma <input type="checkbox"/> Fuma</p>	<p>Cuidador responsable.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Cónyuge / pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a político/a. <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Tio/a. <input type="checkbox"/> Sobrino/a. <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Nombre</p> <p>TE</p>	<p>Quién lo deriva ?.</p> <p><input type="checkbox"/> Auto derivación <input type="checkbox"/> Familiar o amigo <input type="checkbox"/> Médico cabecera <input type="checkbox"/> Medico institución <input type="checkbox"/> Enfermera</p> <p>Nombre</p> <p>TE</p>
---	--	--

<p>Fecha. __ __ __ </p>	<p>[Ⓜ R] FIN DE TRATAMIENTO.</p> <p>Causa.</p> <p><input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Pérdida de contacto <input type="checkbox"/> Traslado a otro equipo</p>	<p>Lugar de muerte.</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Internado sin CP <input type="checkbox"/> Internado con CP <input type="checkbox"/> UCP</p>
------------------------------	--	---

Enfermedad oncológica.
TUMOR Fecha diagnóstico: |__|__|__|

Tratamiento.

<input type="checkbox"/> En evaluación	<input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Se realizó	<input type="checkbox"/> RT
<input type="checkbox"/> En curso	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Se iniciará	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia
<input type="checkbox"/> Suspendido	<input type="checkbox"/> No convencional
<input type="checkbox"/> No se inició ni iniciará	

Enfermedad NO oncológica.
ENFERMEDAD Fecha diagnóstico: |__|__|__|

Tratamientos:

[④ +1] [④ R] ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

- NINGUNA.
 - CARDIOVASCULAR
 - DERMATOLÓGICA
 - DIGESTIVA
 - ENDÓCRINA
 - HEMATOLÓGICA
 - INFECCIOSA
 - NEUROLÓGICA
 - PSIQUIÁTRICA
 - RENAL-URINARIA
 - RESPIRATORIA
 - REUMÁTICA
- Sin tratamiento previo de síntomas
- Con tratamiento previo de síntomas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

