



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
TESIS DOCTORAL



**CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO TERAPÉUTICO INTEGRATIVO PARA
PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS EN NEUTROPENIA FEBRIL QUE
ACUDEN A LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA DE
VALENCIA ESTADO CARABOBO.**

AUTORA: MIGYERI M. CHIRINOS GONZALEZ

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Instructor Ordinario de Semiología Médica en DPTO Clínico Integral del Sur de la UC

TUTOR: MARCOS HERNANDEZ

Médico Cirujano, Especialista en Hematología Clínica.

Profesor Ordinario de Semiología Médica en DPTO Clínico Integral del Sur de la UC

Profesor de Postgrado de Hematología Clínica de la CHET y la ULA.

VALENCIA 2024



ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145, 147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO TERAPÉUTICO INTEGRATIVO PARA PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS EN NEUTROPENIA FEBRIL QUE ACUDEN A LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA DE VALENCIA ESTADO CARABOBO.

Presentada para optar al grado de **Doctor (a) en Ciencias Médicas** por el (la) aspirante:

CHIRINOS G., MIGYERI M.
C.I. - V.- 14.070.560

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Marcos Hernández. C.I.V.- 5.386.858, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **26/02/2025**

Dr. (a) Darío Saturno (Presidente)

Dr.(a) Marcos Hernández

C.I. 5386858

Fecha 26/02/2025

Dr. (a) Derika López

C.I. 11813922

Fecha 26/02/2025

Dr. (a) Glenda García

C.I. 5821243

Fecha 26/02/25

Dr. (a) Guillermina Salazar

C.I. 3765343

Fecha 26-02-2025



TD: 117-24

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I:.....	10
VISIÓN ACTUAL Y RECORRIDO METODOLÓGICO DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO APLICADO AL PACIENTE HEMATONCOLÓGICO EN MÁS DE UNA DIMENSIÓN.....	10
Momento 1. Develando realidades en el manejo terapéutico del paciente Hematoncológico	15
Visión Epistemológica, Ontológica y Heurística.....	17
Metodología aplicada al primer momento de estudio	19
Sujetos de Investigación.....	19
Técnicas e Instrumentos de recolección de información en el primer momento: ...	19
Técnicas de análisis, argumentación y procesamiento de información.	25
Criterios de Excelencia	25
Cronograma del primer momento de Investigación.....	28
Momento 2: Elaboración del Protocolo Integrativo y aplicación en pacientes con Neutropenia Febril.	28
Momento 3. Recolección de experiencias en pluralidad	30
Marco Administrativo.....	35
CAPÍTULO 2:	37
LA VERDAD HASTA HOY EN LOS ASPECTOS RELACIONADOS AL ENFOQUE TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HEMATONCOLÓGICO	37
CAPÍTULO 3:	51
LA IRRESOLUCIÓN CONSECUENTE DEL MODELO TERAPÉUTICO ACTUAL EN EL PACIENTE HEMATONCOLÓGICO	51
CAPÍTULO IV	53
HALLAZGOS	53
Hallazgos de los pacientes en el 1er Momento:.....	53
Hallazgos en el personal médico sanitario durante el 1er Momento	57
Hallazgos del 2do momento de la investigación:	60

Hallazgos del 3er Momento de la investigación	63
CAPÍTULO V	74
DISCUSIÓN	74
CAPÍTULO VI	82
CONCLUSIONES	82
Síntesis de Hallazgos	82
Limitaciones	84
Recomendaciones	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	89

DEDICATORIA

a Yaritza, quien en la tierra fue más que mi madre y desde el cielo mantiene su luz como estrella que guía mis pasos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios gracias por la fuerza e inmensidad que me sujeta en el creer.

A mi Padre y Madre, ejemplos de optimismo y compañía inagotables desde el día uno de mi camino en la búsqueda del saber.

A mi Esposo, por tantas noches de conocimiento compartido, quien me impulsa a seguir y no desistir aun en adversidad.

A mi Tutor y Padrino por la confianza y acompañamiento desde el origen de mi idea.

A todos los Maestros que la vida coloco en este largo camino de aprendizaje, en especial a mis compañeros doctorandos, mis colegas y amigos.

RESUMEN

Introducción: En el manejo de Neutropenia febril, las instituciones públicas se han visto en la necesidad de admitir en áreas de sala común sobrellevando todas las complicaciones derivadas. **Propósito y Metodica.** Reconstruir el Protocolo de atención médica aplicado a pacientes hematoncológicos en neutropenia febril que acuden a la emergencia, investigado desde la complejidad; estructurado en 3 momentos diferenciados entre sí, pero interconectados. **Hallazgos y Discusión.** Se observó el Compromiso como valor, presente en el paciente, familiar y sanitario; que a pesar de baja epimeleia, procuró atención con responsabilidad y resiliencia. Ansiedad y depresión están presentes en la mayoría de los pacientes e influyen directamente en su recuperación. Se corroboró la existencia de correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre los depresión y ansiedad ($\rho=0,692$; $P=0,00$), tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho=0,478$; $P=0,012$) y estancia hospitalaria ($\rho=0,433$; $P=0,024$); De igual manera, se correlacionaron positivamente el tiempo de resolución de la Neutropenia y la estancia hospitalaria ($\rho=0,750$; $P=0,00$). **Conclusiones.** Desde la mirada del pensamiento complejo, el personal médico sanitario, con el acompañamiento adecuado y continuo, operando como sistemas adaptativos según las circunstancias, manteniendo canales de comunicación multidisciplinaria e interinstitucional efectivos, tienen la capacidad de dar mejor asistencia sanitaria a los pacientes hematoncológicos sin olvidarse de sí mismos, y ofrecer altos estándares de actuación profesional que van más allá de la visión reduccionista del aislamiento, alcanzando calidad de atención de un ser para otro ser.

Palabras clave: hematoncológico, aislamiento, epimeleia, complejidad, resiliencia.

SUMMARY

Introduction In the management of febrile Neutropenia, public institutions have seen the need to admit patients to common room areas, overcoming all the resulting complications. **Purpose and Method.** Reconstruct the medical care protocol applied to hematoncological patients with febrile neutropenia who come to the emergency room, investigated from the complexity; structured in 3 moments differentiated from each other, but interconnected. **Findings and Discussion.** Commitment was observed as a value, present in the patient, family and healthcare provider; who despite low epimeleia, sought care with responsibility and resilience. Anxiety and depression are present in most patients and directly influence their recovery. The existence of positive and statistically significant correlations was confirmed between depression and anxiety ($\rho=0.692$; $P=0.00$), time to resolution of Neutropenia ($\rho=0.478$; $P=0.012$) and hospital stay ($\rho=0.433$; $P=0.024$); Similarly, the time to resolution of Neutropenia and hospital stay were positively correlated ($\rho=0.750$; $P=0.00$). **Conclusions.** From the perspective of complex thinking, medical health personnel, with adequate and continuous support, operating as adaptive systems according to the circumstances, maintaining effective multidisciplinary and interinstitutional communication channels, have the capacity to provide better health care to hematoncological patients without forgetting of themselves, and offer high standards of professional performance that go beyond the reductionist vision of isolation, achieving quality of care from one being to another being.

Keywords: hematoncological, isolation, epimeleia, complexity, resilience.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica convencional, ante el diagnóstico informado de una Enfermedad Hematológica a un paciente, se suscitan una serie de pasos, que constituyen la aplicación de algún protocolo de tratamiento quimioterápico establecido internacionalmente, incluyendo el manejo de la principal complicación en este grupo de pacientes, como lo es la Neutropenia Febril, definida como un conteo absoluto de neutrófilos $< 1000/\text{ml}$, siendo $< 500/\text{mL}$ de alto riesgo para el desarrollo de infecciones, que en contexto de fiebre, independientemente del patrón, constituye una justificación de ingreso a hospitalización con indicación de aislamiento inverso.

Ante el creciente número de pacientes afectados por este tipo de patologías hematológicas y considerando la escasez de recursos mínimos necesarios, para cumplir las normativas internacionales pre-establecidas que permitan el cumplimiento de tratamientos especiales como quimioterapia y en consecuencia el aislamiento preventivo con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad relacionada a los efectos secundarios de estos fármacos, las instituciones públicas se han visto en la necesidad de aceptar el ingreso de estos pacientes en áreas de sala común para al menos dar cumplimiento al tratamiento farmacológico sobrellevando todas las complicaciones derivadas de esta situación, y es a partir de este hecho que inicia mi aproximación a la realidad observada.

El manejo del paciente con fiebre y neutropenia se basa en proporcionar tratamiento de apoyo durante los períodos de neutropenia transitoria, la neutropenia no es un estado que se pueda sostener indefinidamente. En la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera actualmente se atiende el mayor número posible de estos pacientes, los cuales muchas veces deben

recibir el tratamiento en el servicio de emergencia; donde no solo carecen de condiciones de aislamiento, sino que además se exponen a una alta rotación de personal médico-asistencial y comparten áreas sanitarias con pacientes de múltiples etiopatogenias. Aunque el éxito no es siempre garantizado, podemos ver que estos pacientes superan las condiciones expuestas y egresan del centro para continuar su tratamiento hasta un próximo ingreso hospitalario programado, según sea el esquema de quimioterapia, tal y como lo hacen los que sí logran el beneficio de una sala de aislamiento; por esto es importante preguntarnos si, ¿las condiciones de aislamiento inverso determinan realmente el tiempo de estancia hospitalaria, la evolución y el motivo de egreso en estos pacientes?; ¿son estas condiciones comparables: las óptimas vs las subóptimas?, o es el trabajo de nuestro personal médico-asistencial el que determina estas variables en los pacientes?, así como la intervención oportuna y aplicación de protocolos de tratamiento antibiótico empírico para estas patologías, por lo que finalmente me cuestiono: ¿podríamos brindar mayor capacidad de atención a estos pacientes, aun en condiciones sub-óptimas?;

Mi supuesto ontológico radica en que es determinante la capacidad académico – asistencial y psicológica del personal de salud a cargo de estos pacientes para superar las complicaciones derivadas de la enfermedad o el tratamiento en sí; por lo que es el conjunto de condiciones, cualidades o aptitudes, especialmente intelectuales y de inteligencia emocional las que permiten el desarrollo, cumplimiento y desempeño funcional ideal para manejar a los pacientes en estudio.

El aislamiento es una condición ambiental que puede favorecer un tratamiento óptimo pero no es un factor determinante ni indispensable para lograrlo. Por lo tanto, no debe existir relación directa entre el éxito del tratamiento y la existencia o no de las condiciones

establecidas por protocolos previos que contemplen el aislamiento a modo de prelación de la conducta médica posterior.

Ante lo expuesto mi Propósito es Construir un modelo de Protocolo Terapeutico Integrativo de manejo médico multidisciplinario para los pacientes hematológicos con Neutropenia Febril; partiendo desde la modificación del enfoque terapéutico al momento de su diagnóstico con herramientas de abordaje que, según el criterio médico, sean consensuadas con el paciente y así aproximarme a demostrar las razones que intervienen en las diferentes posibles consecuencias clínicas del paciente, tanto como las gerenciales que se derivan de las decisiones tomadas en cada caso.

CAPÍTULO I:

**VISIÓN ACTUAL Y RECORRIDO METODOLÓGICO DEL ENFOQUE
TERAPÉUTICO APLICADO AL PACIENTE HEMATONCOLÓGICO EN MÁS
DE UNA DIMENSIÓN.**

Esta investigación propone la Construcción de un Modelo Terapéutico Integrativo para pacientes hemato-oncológicos en neutropenia febril y es guiada por el paradigma de la Complejidad, bajo una visión Complejo – Dialógica; la Heurística consistirá en ensayar las técnicas de acuerdo al criterio de la investigadora y elección consensuada con el sujeto durante el curso de la investigación; pudiendo variar entre las opciones terapéuticas expuestas como métodos de abordaje desde el inicio de su enfermedad. Al iniciar este trabajo, se hace necesario mencionar contextos de abordaje epistemológico que han ido marcando la ruta por donde debían intervenir los equipos de salud; contextos que con los avances de la investigación han ido cambiando drásticamente su manera de encarar la enfermedad y el estudio de sus distintas etiologías, así como las posibilidades de enfoques terapéuticos a partir de nuevos hallazgos encontrados.

La neutropenia febril suele ser una causa relevante de morbilidad y mortalidad en pacientes tanto con neoplasia de órganos sólidos como hematológicas, especialmente en aquellos pacientes en quimioterapia con ciertos agentes como antraciclinas, taxanes, inhibidores de topoisomerasa, gemcitabina y alquilantes (1). Se presenta en aproximadamente 7,83 casos por mil pacientes con cáncer y 43,3 casos por mil pacientes con malignidad hematológica, hasta 80% de este último grupo puede desarrollar esta complicación debido a la quimioterapia, y en algunas ocasiones se dificultará el abordaje clínico y atención de estos pacientes ya que la fiebre podría ser la única manifestación clínica de esta entidad. (2) - (3).

La neutropenia febril se considera una de las principales emergencias oncológicas, ya que su mortalidad varía desde 5% en personas con tumores sólidos o 1% si son pacientes de bajo riesgo, no obstante, puede ser hasta de 11% en enfermos con alguna neoplasia hematológica; en caso de presentar bacteriemia por microorganismos gram positivos o gram negativos, se eleva hasta 5 y 18%, respectivamente (4).

En la práctica clínica convencional, ante el diagnóstico informado de una Enfermedad Hematológica a un paciente, se suscitan una serie de pasos, que constituyen la aplicación de algún protocolo de tratamiento quimioterápico establecido internacionalmente, incluyendo el manejo de la principal complicación en este grupo de pacientes, como lo es la Neutropenia Febril. Ante las posibles complicaciones infecciosas asociadas al nadir de quimioterapia y en el contexto de la misma Neutropenia febril, se indica actualmente de forma irreversible mantener al paciente en Aislamiento, y es esta orden médica la que inicia el manejo de este paciente en una institución hospitalaria. Al reflexionar sobre nuestra conducta respecto a dicha indicación médica y observar la respuesta del paciente y sus familiares ante esta abrumadora situación: notificación de una enfermedad con grado de mortalidad relevante, modificación abrupta y definitiva de su estilo de vida, cuestionamiento sobre las causas de su actual situación clínica y no menos importante: EL AISLAMIENTO; dejamos a este paciente en una condición a la que claramente no estamos ofreciendo calidad de vida con nuestra práctica, aun cuando sea nuestro principal objetivo preservar la vida del paciente.

Esta condición difícilmente acerca al individuo a un estado de salud óptimo, por el contrario, lo expone a riesgos psíquicos y sociales que pudieran afectar el desenlace de la patología que justifica la medida.

Es por esto que quiero dirigir a la reflexión sobre los motivos y consecuencias del aislamiento en los pacientes con patologías hematológicas.

En la medicina griega de Hipócrates, el principio fundamental era el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, relacionando esta interacción con las posibles causas “*en estado de desequilibrio*” de sus enfermedades; dando sentido a la teoría de los humores. Por lo cual para esa época no existía el aislamiento como condición para lograr la curación o alivio de este tipo de afecciones; por el contrario, existía una inclinación mayor por controlar, mediante la higiene continua del cuerpo humano, las infecciones y sus complicaciones, a lo cual requería de atención directa de los cuidadores, no precisamente de aislamiento.

Es preocupante notar que aún hoy día, se practica el aislamiento como medida central de acción terapéutica en pacientes con enfermedades oncohematológicas e infectocontagiosas, pues la medida logra disminuir los riesgos de complicaciones e infecciones pero, la psique del hombre enfermo y aislado tiene influencia neuroinmunológica demostrada sobre los resultados de cualquier decisión terapéutica y se toma como acción inequívoca e irremplazable, olvidando las necesidades básicas del paciente; y es allí cuando se presenta la primera consecuencia: depresión, seguida del rechazo al tratamiento médico, evolución tórpida y muerte.

Entre los factores dignos de análisis esta la actitud del cuidador, sanador o el médico, de estos pacientes; pues ha variado en el grado de dedicación al enfermo, desde atención directa mas no cercana en la edad media, brindada por personas con profundas convicciones religiosas hasta la actual desatención inicial si no están dadas las condiciones para cumplir con la medida central de la terapéutica: “el aislamiento”; el cual a su vez tiene

implicaciones gerenciales y medico legales relacionadas al manejo institucional de estos pacientes, pues, si no existe disponibilidad estructural para garantizar una sala de aislamiento, dicho paciente no será admitido y deberá esperar a que exista la disponibilidad de la misma...si el tiempo se lo permite. Con una sola palabra escrita en nuestras órdenes médicas estamos generando: cambios drásticos en la calidad de vida del paciente (en los casos afortunados), limitación de oportunidades de admisión intrahospitalaria para tratamiento y aumento de mortalidad por estas causas, pues, la responsabilidad clínico – terapéutica en estos casos no traspasa las puertas de la institución.

Como expuse inicialmente, dado el creciente número de pacientes diagnosticados con patologías hematológicas y la escasez de recursos mínimos necesarios, para cumplir las normativas internacionales establecidas, que permitan el cumplimiento de tratamientos farmacológicos en aislamiento preventivo (con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad relacionada a los efectos secundarios de estos fármacos y la neutropenia febril); las instituciones públicas se han visto en la necesidad de aceptar el ingreso de estos pacientes en áreas de sala común; donde no pueden cumplirse normas de aislamiento inverso y se mantienen largos periodos de estancia hospitalaria, para al menos dar cumplimiento al tratamiento farmacológico sobrellevando todas las complicaciones derivadas de esta situación, pues no hay suficiente número de salas y camas acondicionadas disponibles y operativas para atender la población de pacientes que lo requieren. Sin embargo, en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera actualmente se atiende el mayor número posible de estos pacientes, los cuales muchas veces deben recibir el tratamiento en el servicio de emergencia; donde no solo carecen de condiciones de aislamiento, sino que además se exponen a una alta rotación de personal médico-asistencial y comparten áreas

sanitarias con pacientes de múltiples etiopatogenias. El éxito terapéutico no es siempre garantizado, sin embargo, podemos ver que estos pacientes superan las condiciones expuestas y egresan del centro para continuar su tratamiento en una siguiente fase, tanto como lo hacen los que sí logran el beneficio de una sala de aislamiento; la observación de esta realidad conduce a cuestionamientos relacionados a si, ¿las condiciones de aislamiento inverso determinan realmente el comportamiento de algunas variables como el tiempo de estancia hospitalaria, la evolución y el motivo de egreso en estos pacientes?, igualmente me surge la interrogante sobre si ¿son comparables las condiciones que hasta hoy conocemos como óptimas vs las subóptimas?; o si ¿es el trabajo de nuestro personal médico-asistencial el que determina realmente el resultado de estas variables en los pacientes?, incluyendo la intervención oportuna con aplicación de protocolos de tratamiento antibiótico empírico para estas patologías, por lo que podemos finalmente cuestionarnos: ¿podríamos brindar mayor capacidad de atención a estos pacientes, cambiando el paradigma bajo el cual se enfocan los actuales protocolos de asistencia?

Considerando que el proceso de adhesión y aplicación de un esquema terapéutico implica la presencia de más de un elemento o persona, existe entonces pluralidad, lo cual es un concepto cuantitativo que se aplica normalmente en aquellas circunstancias en las que coexisten varios elementos, ideas o personas tal como lo es un Protocolo de Asistencia a paciente Hematológico. Si un individuo debe elegir entre varias opciones, se encuentra ante una pluralidad y elegirá una u otra en función de sus intereses personales. En este sentido, la pluralidad es algo positivo, porque implica la posibilidad de tomar partido sopesando las ventajas e inconvenientes de cada elección. (5)

El conocimiento del paciente y su participación activa sobre su tratamiento, partiendo de la causa de su enfermedad y recordando en este punto que la mayoría de las enfermedades hematológicas no tienen causa atribuible, que solo son factores que se relacionan en algunos casos y teniendo en cuenta que un porcentaje de pacientes que acuden y son diagnosticados presentan antecedente de duelo emocional de no más de 6 meses a 1 año de evolución, decido dar estudio a la Pluralidad en el manejo terapéutico de los pacientes hematológicos desde el momento de su diagnóstico, con el Propósito de generar un cambio en el Enfoque terapéutico y optimizar las posibilidades de atención de estos pacientes al considerar y analizar la orden de Aislamiento intrahospitalario antes de indicarla y favoreciendo el manejo multidisciplinario personalizado y ambulatorio, reducir el periodo de estancia hospitalaria cuando sea requerida y sobre todo lograr la remisión definitiva sin repercusiones psiconeurológicas y gerenciales adversas; para ello me planteo reconstruir el Protocolo de atención médica aplicado a pacientes hematológicos en neutropenia febril siguiendo un plan de trabajo estructurado en 3 momentos diferenciados entre sí, pero interconectados.

Momento 1. Develando realidades en el manejo terapéutico del paciente Hematológico

En distintos momentos, en la vida de una persona, se hace indispensable la necesidad de aislarse con la finalidad de lograr un reencuentro consigo mismo y por medio de la reflexión llegar a resolver cualquier situación que motivó inicialmente la decisión de aislarse; lo cual convierte automáticamente este tipo de acción en una condición transitoria y voluntaria de cada individuo. Sin embargo, existen situaciones inesperadas que no motivan al individuo en sí mismo a tomar la decisión de aislarse, sino que... se hace imperativo por la necesidad del medio ambiente o debido a la presencia de una nueva

condición no voluntaria ni transitoria que lo obligan a mantenerse en aislamiento. La diferencia primordial que conlleva el aislamiento voluntario del involuntario es definitivamente el resultado: favorable o desfavorable para la salud del individuo.

Es por ello que se aplicarán grupos de discusión de estudio en relación a la óptica de aislamiento y autocuidado al paciente y al personal sanitario involucrado en el manejo y seguimiento de estos pacientes. Recordemos que aislamiento implica Soledad, desamparo, y melancolía, aunque el mismo practicado en esta época, aparentemente perfeccionado de forma técnica y científica desde su aplicación en la edad media hasta nuestros días, sigue presentando un flanco débil: la desatención del enfermo en sus necesidades de contacto humano y ambiental, alterando la visión holónica del ser y sometiéndolo a un riesgo psicológico que en muchas ocasiones adversa las metas clínicas de curación. Así mismo, implicaba un alto costo gerencial y estadístico al aumentar los días de estancia hospitalaria y la mortalidad asociada, en este contexto se inicia la desfragmentación del protocolo terapéutico convencional para estos pacientes, encontrando que las principales causas de hospitalización y aislamiento son el cumplimiento de terapias transfusionales y antibioticoterapia según la condición de neutropenia febril. En el año 2018 se inicia la instauración del plan de asistencia ambulatoria de política transfusional en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, denominada Sala de Hemoderivados Ambulatoria, admitiendo a todos los pacientes que tengan dichos requerimientos y para los cuales se dispone desde entonces de un área de administración y control; de modo que 6 años después se puede afirmar que cumplir política transfusional no es siempre un criterio de hospitalización. Igualmente, en el último trimestre 2018 se inicia el plan piloto de asistencia ambulatoria a pacientes que acudieron a la emergencia pediátrica y de adultos de la CHET,

con un diseño interdepartamental e interinstitucional que permitió su funcionamiento por 2 años y del cual se obtuvo un incremento en rendimiento de asistencia a más pacientes, disminución de estancia hospitalaria y reducción de tasa de mortalidad hasta el inicio de la pandemia por COVID19, lo que motivo su cese operacional.

En el proceso que comprende el primer momento de la investigación ocurre la deconstrucción analítica del protocolo terapéutico convencional y se profundiza sobre la base epistemológica del aislamiento y su influencia directa sobre los factores intervinientes, entiéndase: cuidador y equipo sanitario ya que el trabajo va dirigido a la construcción de un protocolo ampliado y pluralista para el manejo de pacientes hematológicos, que modifique el enfoque actual en la forma y medios de aplicación de los tratamientos.

Visión Epistemológica, Ontológica y Heurística.

En la presente investigación se parte de confrontar, un nuevo protocolo integrativo con la realidad actual convencional en el manejo de los pacientes en neutropenia febril; es necesario tener en cuenta que la pregunta de investigación no puede limitarse sólo a una perspectiva metodológica, sino que porta, sobre la combinación factores humanos, sociales, científicos y económicos que llevan a la investigación por el camino de deconstruir lo actual para construir un enfoque pluralista.

Este trabajo se enmarca en un paradigma complejo, pues en él se indaga un dominio susceptible de ser observado desde múltiples perspectivas. Dicho paradigma en ciencias médicas no se inscribe comúnmente en las tradiciones investigativas cualitativas y menos aún cuantitativas. Pues ésta no puede encasillarse de manera simplista en una corriente o estilo determinado, sino que se caracteriza por estar estrechamente vinculada al contexto, y

es el contexto mismo el que ha generado los cuestionamientos que conducen la investigación.

Sin embargo, dada la naturaleza de los objetos de estudio, resulta más coherente considerar el desarrollo de esta investigación con un enfoque inicialmente cualitativo, en el que se integren posteriormente datos cuantitativos derivados de los instrumentos de recolección de información, considerando el carácter interdisciplinario de la misma, y como señala (6):

“...el pensamiento complejo es ante todo un pensamiento que relaciona. Es el significado más cercano del término complexus (lo que está tejido en conjunto). Esto quiere decir que, en oposición al modo de pensar tradicional, que divide el campo de los conocimientos en disciplinas atrincheradas y clasificadas, el pensamiento complejo es un modo de religación. Está pues contra el aislamiento de los objetos de conocimiento; reponiéndoles en su contexto, y de ser posible en la globalidad a la que pertenecen.”

El supuesto ontológico de esta investigación es mostrar el valor determinante de la capacidad académico – asistencial y psicológica del personal de salud a cargo de estos pacientes para superar las complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento en sí. Comprender como el aislamiento es una condición ambiental que puede favorecer el tratamiento pero no es un factor determinante ni indispensable para lograrlo y dirigir el enfoque a la preparación intelectual y emocional de todos los factores humanos participantes en enfermería, psicología, asistentes sociales y médicos; por ende encontrar una relación significativa y directa entre la capacitación del equipo multidisciplinario y el éxito terapéutico, no condicionadas a la disponibilidad de las condiciones estructurales

establecidas por protocolos previos que contemplan el aislamiento a modo de prelación para brindar asistencia médica.

Metodología aplicada al primer momento de estudio

El presente momento del estudio se realiza bajo el enfoque Cualitativo Fenomenológico-Hermenéutico, en el cual en epojé me propongo comprender cada sujeto de estudio mediante técnicas de entrevista clínica guiada por la investigadora con acompañamiento del experto en psicología integrativa, aplicación de test psicológicos, cuestionarios validados y empleo de técnicas de comunicación asertivas; así como también observar y comprender los probables cambios que muestre el equipo multidisciplinario que manejará los casos, posterior a recibir el entrenamiento y preparación técnico – humanística proporcionada por la investigadora y el experto en psicología, todas desde el enfoque integrativo fenomenológico que me permitan describir el fenómeno en su contexto.

Sujetos de Investigación: Los sujetos de esta investigación están conformados por pacientes y el personal del equipo sanitario (médicos y enfermeras) que atiende a los pacientes con diagnóstico de patología hematológica en neutropenia febril asociada a tratamiento de quimioterapia que acuden al servicio de Emergencia de Medicina Interna y son controlados por el Servicio de Hematología de adultos de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, en el periodo comprendido entre abril y julio 2023.

Técnicas e Instrumentos de recolección de información en el primer momento: A través de entrevista clínica guiada por la investigadora, se aplicarán instrumentos previamente estandarizados y validados de evaluación psicológica como: Escala Hamilton-Depresión Rating, inventario de ansiedad de Beck, test de figura humana y test de Dibujo

libre; los cuales reflejarán resultados serán analizados y descritos por especialista en Psicología Fenomenológica Integrativa.

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre el terapeuta y el paciente, dentro del desarrollo de su profesión. El propósito: recolectar la mayor información de datos para la comprensión de los distintos problemas que hacen acudir al paciente. En la consulta psicológica se tuvieron en cuenta las tres etapas en la entrevista clínica:

Son tres etapas:

- ✓ Etapa de contacto o rapport. Es para que el paciente se sienta más a gusto y seguro. Corresponde al inicio de la entrevista, es la apertura de la relación profesional terapeuta-paciente, donde la principal herramienta es el entendimiento.
- ✓ Etapa de desarrollo o cima. Llegar a donde queremos llegar pero que el paciente esté totalmente relajado. Donde se trata la problemática.
- ✓ Etapa de despedida o cierre. Crear un espacio de tiempo para resumir todo lo que ha sucedido en la entrevista, aclarar dudas o planificar futuras entrevistas.

Donde vamos preparando al paciente para terminar sesión. (7)

En cuanto al método de recolección de datos se utiliza una ficha en la cual, se vacía la información obtenida para cada sujeto de investigación y las cuales serán filtradas por el esquema de análisis de unidades hermeneuticas en razones del conocimiento Ontológico, Gnoseológico, Epistemológico, Teleológico, Axiológico, Social y Didáctico.

Test de Dibujo libre: Técnica que tiene como objetivo revelar aspectos de la personalidad del sujeto. Es una excelente herramienta exploratoria proyectiva que ofrece una visión global de la situación vital del sujeto en relación con el ambiente. Muchas veces en el dibujo libre surge una dinámica interesante de contenidos psíquicos latentes. (8)

Test de la figura humana (DFH): Es una forma de comunicación no verbal entre el examinador y el paciente. Así el dibujo es un lenguaje y puede analizarse, al igual que el lenguaje hablado, en diversas formas: los DFH se pueden evaluar en términos de su estructura, es decir, los detalles esperados normalmente en los dibujos a diferentes niveles de edad; los DFH pueden analizarse por su calidad, es decir por detalles poco comunes, omisiones o agregados; y por último, se puede explorar el contenido de la producción gráfica de los pacientes proporcionando claves de un mensaje que el paciente está enviando. (9)

La aplicación del test se lleva a cabo solicitando al sujeto que dibuje “una persona entera” en una hoja de papel con un lápiz N° 2, se le permitirá al individuo hacer uso de sacapuntas y borrador e inclusive volver a comenzar el dibujo si se desea. (10) El test de dibujo de la figura humana ha cursado a través de varias etapas, en las cuales ha ido evolucionando y se ha adaptado a diferentes enfoques, entre los cuales constituye parte del Perfil psicológico realizado a personal médico – sanitario, tal como fue aplicado a los aspirante de curso de paramédicos de la Cruz Roja Delegación Morelia, Michoacán: en el 2018 (11) y cuyos resultados compartieron con el propósito de evaluar el perfil psicológico de los aspirantes, contemplando sus emociones y su equilibrio emocional, así como detectar si el individuo tiene problemas psicológicos, y cómo reaccionaría hacia cierto tipo de situaciones. El test se aplicó a los aspirantes y se encontró que los individuos tenían problemas

de agresividad, inseguridad, narcisismo y ansiedad. Por otra parte, arrojó que los aspirantes eran responsables, tienen credibilidad y son capaces de adaptación al ambiente.

La Escala de Depresión de Hamilton: es un instrumento de evaluación diseñada y, creada con el objetivo de servir como método de detectar la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados, así como la existencia de cambios en el estado del paciente a lo largo del tiempo. (12) De este modo, sus principales objetivos son la valoración de dicha gravedad, la valoración de los efectos de posibles tratamientos sobre cada uno de los componentes que evalúa y la detección de recaídas.

Esto quiere decir que la Escala de Depresión de Hamilton no está pensada para el diagnóstico, sino para la evaluación del estado de pacientes a los que previamente se les ha diagnosticado con depresión mayor. Sin embargo, a pesar de ser este su objetivo original, también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en otros problemas y condiciones.

Estructura y puntuación: Este instrumento consta de un total de 22 ítems (si bien la inicial constaba de 21 y posteriormente también se elaboró una versión reducida de 17), agrupados en seis factores principales. Dichos ítems constan de un elemento que el sujeto tiene que valorar en una escala que oscila entre los cero y los cuatro puntos. Entre dichos ítems encontramos principalmente diferentes síntomas de la depresión, como sentimientos de culpa, suicidio, agitación, síntomas genitales o hipocondría, que terminarán por valorarse en los seis factores antes citados.

Concretamente, los factores en cuestión que se plantean son la valoración de ansiedad somática, peso (no hay que olvidar que en la depresión es frecuente la presencia de

alteraciones en la alimentación), alteración cognitiva, variación diurna (si existe empeoramiento diurno, por ejemplo), ralentización, y alteraciones de sueño. Sin embargo, no todos estos factores tienen la misma importancia, teniendo los diferentes aspectos un peso distinto y ponderándose diferente en la puntuación (por ejemplo se valoran más la alteración cognitiva y la ralentización y menos la agitación e insomnio).

Se trata de una escala planteada inicialmente para ser aplicada de forma externa por un profesional, si bien también es posible de rellenar por el mismo sujeto evaluado. Además de la propia escala, que se rellena a lo largo de una entrevista clínica, también puede emplearse información externa como la proveniente de familiares o del entorno como complemento.

La interpretación de esta prueba es relativamente sencilla. La puntuación total oscila entre los 0 y los 52 puntos (siendo ésta la puntuación máxima), teniendo la mayoría de los ítems cinco posibles respuestas (del 0 al 4) con la excepción de algunos elementos con menor ponderación (los cuales van del 0 al 2).

Dicha puntuación total tiene diferentes puntos de corte, considerándose de 0-7 que el sujeto no presenta depresión, que una puntuación de 8-13 supone la existencia de una depresión ligera, de 14-18 una depresión moderada, de 19 a 22 una severa y de más de 23 muy severa y con riesgo de suicidio.

A la hora de valorar no la gravedad de la depresión sino la existencia de cambios debidos a diferentes aspectos, entre ellos un posible tratamiento, se ha de tener en cuenta que se considera que ha habido una respuesta a éste si se da una disminución de al menos el 50% de la puntuación inicial, y una remisión con puntuaciones menores a 7.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): es un breve cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual. Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. (13) Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación.

Administración e Interpretación del BAI: Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

El clínico debe examinar además cada elemento específico para determinar si los síntomas aparecen mayoritariamente en el ámbito subjetivo, neurofisiológico, autónomo o

relacionado con el pánico al objeto de determinar las causas subyacentes de la ansiedad y establecer así unas pautas de tratamiento adecuadas.

Técnicas de análisis, argumentación y procesamiento de información.

La información reflejada de la elaboración de preguntas abiertas en entrevista clínica, en las fichas de relatos fenomenológicos, tanto como la información obtenida en cada test aplicado a los sujetos de investigación será revisada y procesada para su codificación por el especialista en Psicoterapia Integrativa e interpretación por el investigador.

Estos test psicológicos serán aplicados a los pacientes debido a que muchos de estos pueden presentar ansiedad y depresión ante el proceso físico, y son herramientas que permiten obtener información rápida respecto a la sintomatología presentada por cada sujeto de estudio. Así mismo se usarán instrumentos clínicos que permitirán como investigadora evaluar en contexto psicológico, a través de estas pruebas proyectivas, el mundo interno del paciente para ejecutar acciones psicoterapéuticas eficaces que permitan lograr un abordaje efectivo en cada uno de ellos, guiando el proceso investigativo a la aproximación de la óptica sobre su expectativa de vida en los sujetos de estudio, así como también la apreciación de expectativa de logro profesional en el personal sanitario interviniente por medio de aplicación de dinámicas grupales de participación abierta y colaboracionista para la construcción del modelo terapéutico pluralista integrativo.

Criterios de Excelencia

1) La Comunicación Interdisciplinaria, interdepartamental e Interinstitucional: En el proceso hermenéutico lo que es dicho por alguien, en conversación, se asume que es su opinión y no la del investigador, la filosofía invita a tomar y respetar el dato donado, desde

el propio mundo de vida aun cuando no se comparta, así “...una presuposición no representa una condición que facilite la comprensión, sino más bien, una nueva dificultad, ya que las opiniones previas que determinan mi comprensión pueden continuar completamente inadvertidas”. (14) En este sentido es tarea hermenéutica que el investigador permanezca abierto a las opiniones del otro.

2) Comprensión de causas y Aceptación cambios: La analítica Gadameriana expone unas reglas hermenéuticas que proceden de la antigua retórica y que traslada del arte de hablar al arte de comprender:

a) Comprender el todo desde lo individual y lo individual desde el todo, en una relación circular.

b) La anticipación de sentido, que hace referencia al todo solo llega a una comprensión explícita si las partes que se determinan desde el todo determinan a su vez a este todo. Queda en el centro de la filosofía hermenéutica, el lenguaje como el elemento estructural de la comprensión, por lo que (15), señala: *“Partiremos de lema de que en principio comprender significa entenderse unos con otros. Comprensión es, para empezar, acuerdo”*.

3) Sistematización de hallazgos y vaciamiento de información en lenguaje clínico universal como lo es la Historia Clínica: El investigador sabe lo que busca, reconoce el mundo de vida del otro y está atento que la única forma de tener acceso es a través de un dialogo abierto. En este sentido el lenguaje es el camino a seguir para comprender el ente. El lenguaje es dar, participar, tomar, de modo que no estamos ante la situación de que un sujeto se encuentre frente a un mundo...allí donde hablamos los unos con los otros para los

otros y buscamos y aprobamos para nosotros mismos las palabras que llevan a un lenguaje común, de esta manera nos esforzamos por entender. (16)

4) Ejecución en tiempo real de técnicas, test y conductas terapéuticas:

En la hermenéutica el lenguaje forma parte del ser en el mundo, de ser con otros en el convivir día a día, representa la base del dialogo entre dos personas que preguntan y responden sobre un tema en común en el que ambos interlocutores desarrollan una verdadera dialéctica sobre una realidad, más allá de un procedimiento metódico.

En el proceso dialógico el ser contiene la verdad, está presente y consciente del dato que dona, de acuerdo a esto la objetividad de la naturaleza es la realización más pura, aunque también la más abstracta, de estas experiencias de ser, sin embargo, el ser de estar ahí, es más que eso. (16)

Desde el presente enfoque filosófico hermenéutico, se comprende que la forma de abordar el ser es a través del lenguaje, y es el proceso dialógico el que puede conducir a develar el ser. Bajo este enfoque hermenéutico se encuentran la conversación crítica en la que cada interlocutor acude a la experiencia por medio de la pregunta que pretenden comprobar, y repuestas comprobadas, con las que se busca llegar a un entendimiento.

Cronograma del primer momento de Investigación

Cronograma de actividades	Fecha	Nro de sesiones por sujeto
Desfragmentación analítica del Protocolo Convencional de aislamiento y hospitalización en pacientes Neutropénicos Febriles	Abril 2023	
Análisis de elaboración y resultados de planes ambulatorios colaborativos ejecutados en la CHET	Abril 2023	
Solicitud de permisología a Dirección General y Médico Quirúrgico CHET	Mayo 2023	
Reunión de pautas y directrices con Jefatura de Emergencia de Adultos/ Servicio de Medicina Interna – CHET	Mayo 2023	
Entrevista Clínica a pacientes hospitalizado en emergencia de adultos de la CHET	Mayo 2023 a Junio 2023	6
Diseño logístico asistencial en colaboración interservicios (Emergencia de Medicina Interna – Hematología)	Julio 2023	1
Entrevista abierta estructurada al personal médico sanitario de la emergencia de adultos de la CHET que asiste paciente hematoncológico.	Julio-Septiembre 2023	3
Aplicación de Inventario de ansiedad de Beck al paciente y personal médico sanitario	Mayo - Septiembre 2023	3
Aplicación test de Hamilton al paciente	Mayo - Septiembre 2023	3
Diagnóstico clínico.	Junio a Septiembre 2023	1
Técnicas de comunicación asertiva psicoeducación con relación al diagnóstico actual al paciente.	Octubre 2023 – 2024	1
Psicoeducación de Protocolo Integrativo al personal médico-asistencial	Octubre 2023 a Octubre 2024	
Juegos de roles, toma de consciencia en cuanto a hacerse responsable de su propio proceso.	Octubre 2023 – 2024	1
Técnicas psicoterapéuticas desde el enfoque transpersonal para manejo de duelos, buen vivir, buen morir.	Octubre 2023 – 2024	1
Psicoeducación con relación al manejo de las emociones.	Octubre 2023 – 2024	1
Evaluación de los logros obtenidos	Octubre 2024	1

Momento 2: Elaboración del Protocolo Integrativo y aplicación en pacientes con Neutropenia Febril.

Se realizó bajo el enfoque cualitativo Fenomenológico – Hermenéutico y Etnometodológico, la técnica de recolección de información fue mediante observación y entrevista con preguntas abiertas, durante el periodo de estudio comprendido entre julio a

septiembre 2023, a cada Jefe de Servicio interviniente (Hematología, Medicina Interna Emergencia, Salud Mental, Enfermería, Participación Popular), y a 4 jefes de equipo de guardia para lograr un consenso de protocolo integrativo.

En esta etapa del trabajo se propuso la inclusión de diversas opciones terapéuticas desde el momento de su diagnóstico, en función al consenso de expertos y siempre considerando la decisión del paciente de participar voluntariamente previo consentimiento informado, que le permitía elegir entre permanecer en el esquema de manejo pre-establecido intrahospitalario o con las diversas opciones terapéuticas como herramientas efectivas en el manejo ambulatorio de los pacientes y las cuales serán:

- Educación de las medidas preventivas al paciente y sus familiares; aportada directamente por el equipo médico, incluyendo plan de atención remota y presencial según evolución clínica.
- Comprender por medio de entrevista al paciente, sobre su apreciación y expectativa de vida ante la enfermedad y la salud, así como brindar apoyo con psicoterapia integrativa fenomenológica.

El Diseño y Construcción del protocolo implica la colaboración de factores intervinientes; Departamentos y Servicios adscritos a la CHET, que procuren mantener óptima la visión del manejo ambulatorio de los pacientes, en este sentido se adaptará un área en el Servicio de Emergencia de Adultos para valoración inicial de los pacientes, que contará con 2 camillas clínicas, lavamanos interno, climatización, parales de administración de fármacos parenterales y esfigmomanómetro, para recibir a los pacientes que acudan a reevaluación y seguimiento se rediseña funcionalmente la participación en experiencia hospitalaria

multidisciplinaria con los Servicios Médicos de Hematología, Infectología y Medicina Interna, Servicio de Participación Popular, Servicio de Salud Mental y a TRESI (quien será garante de los registros médicos en la historia clínica de cada paciente), Departamento de Emergencia y sus dependencias en Enfermería, Laboratorio y Banco de Sangre en especial con la Unidad de Hemoderivados Ambulatoria.

La participación y colaboración de todos los factores intervinientes en la realidad de los sujetos de estudios fue también parte del proceso de observación, con el propósito de comprender los cambios, dirección conductual y consecuencias de los mismos, siempre en epopeya, esperando que el camino de la investigación me guiara a la construcción de un modelo integrativo inclusivo, por ello contemplé el comprender la conducta del personal sanitario en el proceso, evaluando el nivel de conocimientos e inteligencia emocional en relación al manejo del protocolo convencional antes y después de recibir herramientas mediante talleres grupales de entrenamiento y capacitación técnica – emocional.

Momento 3. Recolección de experiencias en pluralidad

El presente momento del estudio fue observacional, descriptivo-correlacional y longitudinal. El universo estuvo conformado por la totalidad de pacientes adultos con diagnóstico hematooncológico que acudieron en neutropenia febril a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo octubre 2023 – octubre 2024. La población estuvo representada por la totalidad de pacientes hematooncológicos en neutropenia febril (nueve) que acudieron a la emergencia de medicina interna “Francisco Sosa”.

Dado al número finito de participantes, la población y la muestra fueron la misma, siendo muestreo intencional, no probabilístico y censal, estructurada por los veintisiete pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1.-El paciente voluntariamente estuvo de acuerdo en participar en la investigación.
- 2.- Paciente que poseía diagnóstico hematológico por inmunohistoquímica y fue incluido en esquema de tratamiento de quimioterapia, que acudió con fiebre y a quien se le determinó VAN en rangos de neutropenia por prueba de hematología.
- 3.- Paciente sin riesgos vitales o comorbilidades presentes que requieran de asistencia en unidad de cuidados intermedios o críticos.

Previo consentimiento informado (Anexo A), cumpliendo las normas de las buenas prácticas clínicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para los trabajos de investigación en los seres humanos y la declaración de Helsinki, ratificada en la 59ª Asamblea General de Corea 2008.

El grupo de pacientes que eligió el enfoque pluralista integrativo ambulatorio, entendiendo que puede encontrarse en su domicilio o en otro centro asistencial de un nivel de atención menor; acudió a los respectivos controles y tratamientos programados en el área destinada para ello en la emergencia de adultos de la CHET.

En cada uno de los pacientes, se evaluó el número de ingresos, tiempo de estancia hospitalaria, tiempo de resolución de la neutropenia febril y la macroevaluación gerencial de la institución respecto al porcentaje de pacientes hematológicos admitidos durante el periodo de estudio y su repercusión en la estadística de la institución; las variables calidad de atención sanitaria fueron categorizadas de acuerdo a la aplicación de la escala de

valoración PCAT-A10, Primary Care Assessment Tools, que permite valorar los atributos de la atención primaria de la salud: servicios accesibles y utilizados como primer contacto con el sistema de salud; atención continuada y global; coordinación con otros niveles del sistema sanitario; enfoque familiar y comunitario, competencia cultural. Dispone versiones dirigidas a personas usuarios, profesionales y gestoras, adaptadas a diferentes sistemas de salud y utilizadas en decenas de países, permitiendo comparaciones internacionales entre los sistemas de salud (17). La versión original de PCAT para adultos tiene 74 ítems la versión extensa y 43 la corta; con los aportes apreciativos de los pacientes, a modo de mantener el estudio en su enfoque complejo - dialógico. Los datos se cotejaron con los obtenidos de la revisión de estadísticas por el servicio de TRESI, previa autorización de las Jefaturas correspondiente; de acuerdo a la sucesión de hallazgos observados durante los momentos de estudio podría obtenerse más de un grupo de estudio, lo que a su vez conllevaría a un análisis comparativo de realidades observadas y así determinar la posible relación entre las variables estudiadas, expresando valores en frecuencias absolutas y relativas.

Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 20. Se presentan cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas y de asociación, así como en gráficos de dispersión y diagramas de cajas. Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para corroborar el ajuste de las variables cuantitativas a la distribución normal, por presentar distribución libre se describen con la mediana y los percentiles 25 y 75. Se realizaron comparaciones de proporciones con la prueba Z, comparaciones de medianas para muestras independientes con las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney (2 muestras) y Kruskal-Wallis (más de 2

muestras). Se buscó la correlación con el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (ρ). Se asumió para todas las pruebas un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Cuadro de operacionalización de las variables				
Variable	Tipo de Variable	Descripción	Escala	Indicadores
Edad (Años)	Cuantitativa, De razón	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación	14 - 25 26 - 37 38-49 50-61 62 o mas	Frecuencia y por ciento
Sexo	Cualitativa, Nominal	Condición biológica que distingue al macho y a la hembra	Femenino Masculino	Frecuencia y por ciento
Niveles de Depresión	Cualitativa, Ordinal	Sentimiento de tristeza emocional patológica	Leve Moderada Severa	Frecuencia y por ciento
Niveles de ansiedad	Cualitativa, Ordinal	Sentimiento de miedo patológico o permanente	Leve Moderada Severa	Frecuencia y por ciento
Número de ingresos a Hospitalización	Cuantitativa, De razón	Frecuencia con la cual el paciente acude a emergencias y es hospitalizado por > 24 horas en la institución	0 1 a 2 3 a 4 5 o más	Frecuencia y por ciento
Tiempo de resolución de neutropenia febril	Cuantitativa, De razón	Tiempo en días cumplidos desde el diagnóstico de neutropenia febril hasta la evaluación y cese de fiebre con normalización de VAN	<1 2 a 5 6 a 10 >10	Frecuencia y por ciento
Comorbilidades	Cualitativa, Nominal	Enfermedades y/o diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial	Trastornos Gastrointestinales Diabetes Mellitus Cardiopatías Enfermedad Renal Hipertensión Arterial	Frecuencia y por ciento

Valoración de Calidad de atención sanitaria. ESCALA PCAT-A10	Cualitativa, Nominal	Apreciación del sujeto de estudio sobre la atención recibida por parte del personal sanitario	PRIMER CONTACTO 1. Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va a su médico/a o centro antes de ir a otro sitio? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. 2. Cuando su centro está abierto y se pone usted enfermo/a ¿le visita alguien de allí el mismo día? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. 3. Cuando su centro está abierto, ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. 4. Cuando su centro está cerrado, ¿hay algún número de teléfono al que pueda llamar si se pone enfermo/a? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN 5. Cuando va a su centro, ¿le atiende siempre el mismo médico/a o enfermero/a? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. 6. Si tiene alguna pregunta, ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que le conoce mejor? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. 7. ¿Sabe su médico/a qué problemas son más importantes para usted? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN 8. Después de acudir al Frecuencia y porcentaje
---	-------------------------	---	---

			especialista, ¿su médico/a habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. GLOBALIDAD DE LA ATENCIÓN 9. En su centro de salud, ¿puede ser aconsejado sobre problemas de salud mental (por ejemplo ansiedad, depresión)? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ. COMPETENCIA CULTURAL 10. ¿Recomendaría su médico/a o centro a un amigo o familiar? NO SABE, NO EN ABSOLUTO, PROBABLEMENTE NO, PROBABLEMENTE SÍ, SÍ.	
Tiempo de espera para atención sanitaria	Cuantitativa, De razón	Tiempo transcurrido desde que el paciente acude al servicio y el inicio de tratamiento indicado por su médico tratante	0 -12 horas 13 - 24 horas 24 - 36 horas 36 - 48 horas >48 horas	Frecuencia y por ciento
Tiempo de estancia hospitalaria	Cuantitativa, De razón	Tiempo en días cumplidos desde el ingreso al servicio de emergencia hasta el alta médica o fallecimiento	<1 2 a 5 6 a 10 >10	Frecuencia y por ciento

Marco Administrativo

Recursos Humanos: para la realización de esta investigación se contará con la ayuda de:

Tutor Clínico: Marcos Hernández. Especialista en Hematología.

Psicólogo Clínico: Lic. Enderson Medina.

Médicos residentes y especialistas del Medicina Interna de la CHET en rotación por el Servicio de Emergencia de Adultos.

Personal de Enfermería adscrito al Servicio de Emergencia de Medicina Interna de la CHET

Pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematoncológico que acuden a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo abril 2023 a octubre 2024

Institucionales:

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera ubicado en el municipio Valencia- Estado Carabobo Venezuela

Dependencias:

Servicio de Emergencia de Adultos – medicina interna

Servicio de Hematología

Departamento de Enfermería

Banco de Sangre en Unidad ambulatoria de hemoderivados - CHET

Materiales:

Artículos de Papelería (hojas blancas, bolígrafos, lápices), Computadora, Impresora.

El Financiamiento de la investigación correrá por parte del Investigador.

CAPÍTULO 2:

LA VERDAD HASTA HOY EN LOS ASPECTOS RELACIONADOS AL ENFOQUE

TERAPÉUTICO DEL PACIENTE HEMATONCOLÓGICO

El ser enfermo, debe luchar no solo contra la enfermedad, sino también contra los efectos del aislamiento; y lo hace de muchas formas. Para la edad media debía refugiarse en la religión que imponía el cristianismo o debía someterse al oscurantismo, en la soledad de los bosques con curanderos igualmente solitarios; pero en definitiva siempre existiría una relación cercana con un ser superior que le ayudara a lograr la curación. Hoy día, no es muy diferente, si analizamos al ser como enfermo, necesitado de esperanza; con una diversidad de culto para escoger; ya que, si con su estilo de vida anterior está siendo castigado, entonces cambiara el estilo de vida, incluyendo sus inclinaciones religiosas en algunos casos. Lo que es invariable para el ser humano en esta condición es que se encuentra sometido a una situación dicotómica: o reflexiona y supera los obstáculos emocionales que implican el aislamiento, o se sumerge en la pena que implica el castigo asumido por la nueva condición, lo que conlleva en muchos casos al desenlace fatal: la muerte. En cualquier caso, es el médico quien debe entrenarse para manejar estos casos sin abandonar al paciente, evitando que en aislamiento se sienta solitario y se genere una cascada psiconeuroinmunológica adversa a las metas del tratamiento o como dice Octavio Paz: “el hombre solo está dejado de la mano de Dios”.

Entendiendo que aislamiento como vocablo procede del latín *solitatem*, el hispanista alemán Karl Vossler supone que se trata de un neologismo erudito cuyo origen se halla en la lírica galaico-portuguesa de finales de la Edad Media. En los cancioneros lusitanos de los

siglos xiii y xiv aparecen sucesivamente *soëdade*, *söidade* y *süidade*, en donde soledad, abandono y ausencia refieren tristeza, queja, afán, abandono, languidez y nostalgia (18).

Para el siglo xv Vossler, intenta vincular el significado de La Soledad como objetivo del **aislamiento**, no logra reconocerlo como igual y le es mucho más común el sentido nostálgico del vocablo. En español la palabra aparece hasta uno o dos siglos después, pero al margen también de su significado objetivo pensando que tal vez por influencia del vocablo árabe *saudá* (padecimiento hepático, dolor del corazón, depresión, melancolía), se formó el adjetivo *saudoso*, que no significa solitario, sino lleno de **afán, melancólico, impregnado de sentimiento**. En nuestra lengua el adjetivo correspondiente sería *solitario* (que significa también **desamparado**), o bien, *soledoso*. (19)

Es en la Edad Media que surgen graves condiciones de salud que motivan a la conducta humana básica ante lo desconocido, en donde lo que representa una amenaza para el común debe ser aislado. Aunque se está haciendo referencia al efecto de esta conducta sobre un tema de salud, es válido destacar, que la misma se extendió al aspecto religioso, cultural, social y económico de la región, especialmente Europa...y finalmente al individuo mismo, marcando así rasgos en el carácter de la personalidad en el nativo europeo.

En griego hay dos términos para indicar las acciones terapéuticas: *terapia* (θεραπεία) e *iatreia* (ἰατρεία). El primer término indica una acción de cuidado que tiene en cuenta a la persona en su complejidad y también se ocupa de las dimensiones espirituales de la experiencia, mientras que el segundo concierne precisamente a la actividad ejercida por los médicos para curar las afecciones del cuerpo. Se puede decir que a esta distinción corresponde en la lengua inglesa “care” y “cure”. Una distinción análoga se encuentra

especulativamente desde la perspectiva del paciente, para indicar la condición de enfermedad: “disease” e “illness”. El primer término indica la condición de rotura del equilibrio del organismo, el segundo, la experiencia que el sujeto tiene de la condición que está padeciendo, y por lo tanto, todo el proceso de elaboración del significado de la enfermedad. Una acción de cuidado que concibe la enfermedad sólo como “disease” es cualitativamente diferente de aquella que considera la enfermedad como “illness”: en el primer caso se hace “cure” en el segundo caso “care”. (20)

El cuidado en su esencia es ético porque está constituido por la búsqueda de aquello que es el bien, es decir, lo que hace posible dar forma a una vida buena. Si la ética es un producto del pensar que surge del cuestionarse sobre la cualidad de la vida buena, el cuidado es una práctica orientada por el deseo de promover una vida buena. Desde el punto de vista de quien-tiene-cuidado, actuar en el orden de lo que es bueno significa actuar para promover el bien-ser ahí del otro y del cuidado de sí mismo, del propio bien-ser ahí, por lo tanto, se puede decir que benevolencia es la dirección del ser ahí que califica el cuidado. El análisis fenomenológico de las experiencias de cuidado demuestra que responder prácticamente a esta pasión por el bien, orienta a la persona a desarrollar posturas precisas de ser ahí en las que condensa la esencia ética del cuidado: sentirse responsable, compartir con el otro lo esencial, tener una consideración reverencial por el otro, tener coraje. Describir estas posturas de ser ahí significa enfocar el núcleo ético de la práctica del cuidado. (20)

El núcleo ético del cuidado es la intención que orienta el actuar con cuidado es la búsqueda de lo que es bueno para la vida. Buscar lo que hace bien significa dar una orientación ética a la existencia. Puesto que una filosofía rigurosa del cuidado está buscando la esencia, se hace necesario aquí buscar la esencia del corazón ético de la práctica del cuidado. Una vez

definido el cuidado en términos de una práctica, es en estos términos que se investiga; y desde el momento que una práctica es un actuar, para definirlo en su concreta fenomenalidad, es necesario identificar los modos de ser en los que evoluciona.

La fenomenología enseña que para entender un fenómeno es necesario captar los modos de su aparecer y que para desarrollar un trabajo heurístico riguroso se debe aplicar el principio de la evidencia, que pide considerar como dato válido aquello que se manifiesta; una filosofía fenomenológica del cuidado, que busca evidencias experienciales, tiene como objetivo identificar los modos de ser ahí propios del tener cuidado. (20)

Un buen cuidado es una cura justa, que responde a la necesidad del otro según la medida necesaria. La primera virtud para Aristóteles es precisamente encontrar la medida correcta: una forma de armonía entre el exceso de los polos opuestos. Exigir demasiado de uno mismo es riesgoso, porque la fatiga excesiva puede endurecer el corazón y la dureza no permite la creación de una buena relación con el otro.

La responsabilidad es el conjunto de exigencias o retos que nos llaman a actuar, a dar una respuesta. Un médico, por el hecho de serlo, tiene exigencias y afrontará retos propios de su condición. Responder a ellos hace a un médico responsable. En este sentido están envueltos no sólo los deberes (como los profesionales en el caso del médico), sino también la condición (ser médico) y la situación que vivimos. Es decir, ser médico implica asumir conocimientos especializados y deberes profesionales. Y la experiencia (profesional) le exigirá dar respuestas a las situaciones específicas. (21)

Para el ser humano, todo lo que no tiene medida es riesgoso. Una demanda infinita de responsabilidad puede existir como hipótesis del pensamiento, pero no es realmente

sostenible. Cuando se asume la responsabilidad de tener cuidado del otro, está en el orden de las cosas sentir la necesidad de parar y tomarse un tiempo, de tener un ángulo de intimidad donde recoger los propios pensamientos y recuperar la fuerza vital del ser ahí, incluso para negar su presencia cuando se percibe que carece de la energía adecuada necesaria que le permita cuidar de sí mismo; pues, no hay cuidado para el otro si no hay cuidado para sí. La disponibilidad hacia el otro debe encontrar su equilibrio en resistir cualquier exceso de presencia, que es un síntoma del deseo de ejercer el poder sobre el otro, más bien que ponerse al servicio de su transformación.

La **epimeleia** y la **parrhesía** son dos conceptos que se originan en la filosofía griega antigua. La **epimeleia** se refiere al cuidado de sí mismo, mientras que la **parrhesía** se refiere a la libertad de expresión y al hablar con franqueza. (22) En el contexto del personal médico sanitario, estos conceptos pueden ser interpretados como un imperativo ético para los profesionales de la salud.

El cuidado de sí mismo es fundamental para el personal médico sanitario, ya que les permite mantener su bienestar físico y emocional, lo que a su vez les permite brindar una atención de calidad a sus pacientes. La parrhesía, por otro lado, es importante porque permite a los profesionales de la salud expresar sus opiniones y preocupaciones de manera abierta y honesta, lo que puede mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. (22) Un estudio sugiere que el personal médico sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida (22).

En resumen, la epimeleia y la parrhesía son conceptos importantes para el personal médico sanitario, ya que les permiten cuidar de sí mismos y expresarse con franqueza. Estos conceptos pueden ser interpretados como un imperativo ético para los profesionales de la salud, ya que les permiten brindar una atención de calidad y mejorar la seguridad del paciente. (22)

Dejando atrás el positivismo lógico racional y la dicotomía cartesiana que separa claramente la mente del cuerpo, la ciencia actual ha propiciado la consideración de alternativas biopsicosociales en el estudio de la etiología de enfermedades crónicas como el cáncer y muchas otras. Desde esta perspectiva, surgen en el escenario médico y psicológico, nuevas disciplinas como la Psiconeuroinmunología y/o Psiconeuroinmunoendocrinología de acuerdo a revisión de la literatura, que abordan de manera científica a través de investigaciones realizadas, la conexión entre todos los sistemas del ser humano y el impacto del estrés y lo psicológico, en la aparición del cáncer, en este sentido (23) mencionan un meta-análisis de artículos publicados entre los años 2001 y 2012 sobre psiconeuroinmunoendocrinología, donde se muestra la existencia de asociación entre los parámetros inmunitarios y la intervención terapéutica psicológica aplicada a los pacientes con cáncer. Uno de los principales aportes de este estudio es que se valida la utilidad de las intervenciones psicológicas en el cáncer, basadas en las evidencias aportadas en esos años. Desde la perspectiva de estos mismos autores, garantizar la estabilidad emocional, una personalidad bien estructurada y la utilización adecuada de los recursos de afrontamiento facilitan un buen sistema inmunológico y por ende una fuerte barrera de protección a las enfermedades. (19)

La neutropenia febril (NF) es una entidad común en el manejo de personas afectadas con enfermedades hematológicas (24), definida como un conteo absoluto de neutrófilos $< 1000/\mu\text{l}$, siendo $< 500/\mu\text{L}$ de alto riesgo para el desarrollo de infecciones.

La mayor posibilidad de infección se presenta en aquellos con neutropenia severa o profunda, definida como el conteo absoluto de neutrófilos $< 100/\mu\text{l}$. (25) Por otro lado, se define fiebre como la temperatura oral $> 38,3^{\circ}\text{C}$ (101°F) en ausencia de causas ambientales obvias; o de $38,0^{\circ}\text{C}$ ($100,4^{\circ}\text{F}$) por al menos una hora, y entre el 30-60% de pacientes neutropénicos que presentan fiebre, se les detecta una infección establecida u oculta y, algunas veces es la única manifestación de infecciones severas en estos pacientes, como señala. (26)

La intensidad y duración de la neutropenia es el principal factor de riesgo reconocible para infecciones bacterianas y fúngicas; los test diagnósticos actualmente disponibles no son lo suficientemente rápidos, sensibles ni específicos para identificar o excluir una causa infecciosa del episodio febril y la mayoría (50-70%) de los episodios de fiebre en pacientes neutropénicos quedan sin explicación etiológica a pesar de una investigación exhaustiva. Procurando brindar una opción más rápida en este sentido, en Estados Unidos se han desarrollado técnicas de última generación como lo es Karius Test TM: una biopsia líquida que puede detectar de forma rápida y no invasiva más de 1000 patógenos que causan infecciones profundas y del torrente sanguíneo a partir de una sola muestra de sangre. La prueba de cfDNA (ADN libre de células) microbiano con la prueba de Karius es una herramienta nueva y emocionante, en particular cuando el diagnóstico rápido puede ser beneficioso, como en casos de sepsis o fiebre neutropénica donde los diagnósticos tradicionales pueden tener un bajo rendimiento o requerir pruebas invasivas; o en huéspedes inmunodeprimidos, que pueden estar en riesgo de una amplia gama de patógenos

o presentar síntomas inespecíficos. Hasta la fecha, la prueba de Karius se ha utilizado para predecir una infección inminente y diagnosticar la infección en tiempo real y se ha utilizado en muchos casos.. (27)

La documentación microbiológica es una herramienta invaluable para el manejo; sin embargo, la cambiante tendencia en etiología de la bacteriemia y el patrón de susceptibilidad antimicrobiana comprometen la tasa de respuesta a los esquemas de tratamiento empírico (28). Sin embargo, entre el 48-60 % de los pacientes neutropénicos que presentan fiebre tienen una infección oculta o evidente, por tal motivo siempre hay que dar tratamiento antibiótico empírico a estos pacientes. (29)

Las recomendaciones de tratamiento de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas para pacientes neutropénicos con fiebre son las aplicadas actualmente; sin embargo, está descrito que ningún esquema específico, droga o combinación de drogas, ni ningún período de tratamiento, puede ser inequívocamente aplicado a todos los pacientes neutropénicos febriles; por lo que el manejo de estos pacientes debe ser altamente individualizado. (25)

Desde el año 2002 la evaluación del riesgo se está aceptando en la práctica clínica, lo cual la convierte en uno de los mayores cambios en el manejo de los pacientes neutropénicos febriles; como por ejemplo lo establece el protocolo del Hospital Universitario de Alabarracete, en el cual la neutropenia febril no requiere medidas de aislamiento. (30) Debe efectuarse un lavado de manos sistemático antes de cada maniobra de exploración del paciente. Se puede considerar una medida prudente su ingreso en habitación individual “sin medidas especiales” (29); recordando que el lavado de manos es una medida de prevención de enfermedades infecciosas y por ende forma parte de la práctica diaria del ejercicio

médico – sanitario, sin embargo, es necesario enfatizar nuevamente su fundamento y brindar al personal las condiciones estructurales para cumplirla.

La mortalidad por causa infecciosa precoz se debe principalmente a sepsis fulminante causada por bacterias gram negativas. Por ello, el inicio precoz de una terapia antibacteriana empírica con antibióticos de amplio espectro, incluyendo cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* al comienzo de la fiebre, ha reducido notablemente la morbi-mortalidad infecciosa y se considera la práctica estándar de la neutropenia febril. Una vez iniciada la terapia empírica, el paciente debe ser monitorizado para detectar de manera precoz la ausencia de respuesta, la aparición de sobreinfecciones y los efectos secundarios. El tratamiento empírico será ajustado en espectro y duración según los resultados microbiológicos, la evolución clínica y la recuperación de la neutropenia. (31)

El manejo del paciente con fiebre y neutropenia se basa en proporcionar tratamiento de apoyo durante los períodos de neutropenia transitoria. La neutropenia no es un estado que se pueda sostener indefinidamente. La forma de entregar las medidas de apoyo se basa fundamentalmente en la experiencia acumulada con la quimioterapia de inducción, y/o en la experiencia adquirida durante la primera etapa del tratamiento o trasplante de médula ósea según sea el caso. (32)

En Colombia, (33) la epidemiología de la neutropenia febril en pacientes adultos con neoplasia hematológica, en un período de 26 meses en el Hospital Pablo Tobón Uribe; de lo cual destacan Ciento un episodios de NF en 43 pacientes con una mediana de edad de 44 años. El 63,5% no tenían foco infeccioso clínico aparente al ingreso, 11,8% tenía compromiso de tejidos blandos y 8,9% foco urinario. Se documentó bacteriemia primaria en 42 (41,5%) y bacteriemia asociada al catéter en 4 (3,96%). Los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli* 43,4%, *Klebsiella pneumoniae* 17,3% y *Staphylococcus*

aureus 8,69%. De los aislados en sangre, 84,7% fueron bacilos gramnegativos y 15,2% cocáceas gram-positivas. Piperacilina/tazobactam fue la antibioticoterapia empírica inicial en 81,1% de los episodios. La mortalidad por episodios de NF fue de 7,92%, en 62,5% atribuible a la infección y en el resto a progresión de la neoplasia hematológica con resolución de la NF, concluyendo que la serie de casos de NF difieren significativamente en sus características microbiológicas en comparación a los países desarrollados, pero con una mortalidad por episodios similar. (33)

En Venezuela; (34) evaluó la mejoría clínica de los pacientes hematoncológicos con neutropenia febril en relación a la disminución de los valores de proteína C reactiva y procalcitonina; describiendo que en las primeras 6 horas todos los pacientes presentaron fiebre y fueron medicados con Cefepime. A las 24 horas a los pacientes a los que se les siguió suministrando el cefepime, el porcentaje de casos sin fiebre había aumentado y de los pacientes se les suministró cefepime + vancomicina, todos continuaban presentando fiebre. A las 72 horas, de los pacientes a los que se les suministró cefepime, ninguno presentaba fiebre y solo uno de los que recibía cefepime + vancomicina también mejoró de la fiebre.

En este sentido se evaluó los hemocultivos de pacientes hematoncológicos con neutropenia febril que ingresaron y permanecieron en la Emergencia de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia, y concluyó que del total de su muestra (24 pacientes), 95,8 % de los integrantes de su estudio tuvieron hemocultivo negativo, solo documentándose un episodio de neutropenia febril asociado a candidemia; señalando a su vez que el aislamiento de un microorganismo confiere muchas ventajas, incluyendo la elección y duración óptimas del tratamiento; y permite descartar una bacteriemia, suspender tratamiento antibiótico y reducir estancia hospitalaria. (35)

En el año 2000, se publicó un estudio multicéntrico, auspiciado por la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), en el que se incluyeron 1.139 pacientes¹²³. Participaron 20 hospitales de 15 países diferentes con el objetivo de diseñar un sistema de clasificación con validez internacional. Fruto de este esfuerzo colaborativo se desarrolló el índice MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) que se basa en una serie de ítems que suman 26 puntos. Una puntuación >21 predice un riesgo $<5\%$ para complicaciones infecciosas graves y una muy baja mortalidad ($<1\%$) en pacientes neutropénicos febriles en el que se contemplan varias variables con diferente peso específico (ausencia de síntomas o síntomas leves vs síntomas moderados, ausencia de hipotensión, ausencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diagnóstico de tumor sólido o ausencia de infección fúngica previa, ausencia de deshidratación, paciente ambulante y edad inferior a 60 años) para identificar a la población de pacientes con bajo riesgo de presentar complicaciones graves con una especificidad del 68% y una sensibilidad del 71%. El índice MASCC ha sido después validado de forma prospectiva en varios trabajos realizados en diferentes países y en 2002 fue aceptado como herramienta estándar para la asignación del riesgo por la European Society of Medical Oncology (ESMO) y la IDSA. (36)

La estratificación del riesgo para el manejo del paciente neutropénico febril es una recomendación en múltiples consensos y protocolos de manejo como IDSA, NCCN, ASCO (37). Existen índices de puntuación para valorar el riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes neutropénicos, que permiten clasificarlos en pacientes de **bajo riesgo** y de **alto riesgo**. En base a esta clasificación se decidirá el tipo de tratamiento antibiótico, su dosificación, frecuencia y vía de administración, así como el lugar de administración

(ambulatorio u hospitalario) y la duración del tratamiento según el criterio médico, los pacientes de alto riesgo deben ser hospitalizados y tratados con antibióticos intravenosos. Por otro lado, los pacientes de bajo riesgo pueden ser tratados ambulatoriamente con antibióticos orales. (38).

La misma autora menciona que la identificación correcta de los pacientes de bajo riesgo no implica necesariamente que todos ellos puedan ser tratados de forma ambulatoria, pero ha sido la llave que ha abierto la puerta a poder explorar esta posibilidad en un grupo concreto de enfermos. Se ha demostrado que la administración en el domicilio de antibióticos orales (quinolonas combinadas con beta-lactámicos o tetraciclinas) en grupos seleccionados de pacientes de bajo riesgo es tan eficaz como la conducta tradicional, con aparición de complicaciones graves en menos del 3-5% de los pacientes y los beneficios del tratamiento ambulatorio son evidentes: en primer lugar, aumenta el confort y calidad de vida percibida de los pacientes; además, disminuye los costes sanitarios y limita la exposición de pacientes con inmunodepresión grave a bacterias hospitalarias en las que las resistencias antimicrobianas son más frecuentes.

Reportes en Psiconeuroinmunología señalan que el deterioro de la salud es el resultado de un proceso permanente de interacción multidireccional a través del lóbulo frontal del cerebro (estrés percibido), del sistema nervioso autónomo, del sistema endócrino y del sistema inmune. (39)

Entre un 30 y 50% de las personas que padecen un cáncer presentan alguna alteración psicológica. Por ello se han desarrollado diferentes intervenciones para el paciente con diagnóstico de cáncer que le permitan mantener una buena calidad de vida y un relativo bienestar psicológico, con ausencia de problemas emocionales y con la menor alteración

posible de la vida social, laboral y familiar (40). Desde esta perspectiva, el objetivo de las intervenciones psicológicas sería ayudar a los pacientes con cáncer, a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión y abandono, reducir la ansiedad y clarificar percepciones e informaciones erróneas.

Finalmente, existen diversas herramientas, estrategias y conocimientos que nos permiten actualizar la visión del tratamiento para paciente en neutropenia febril; posterior a vivir una pandemia que mostró las susceptibilidades orgánicas, económicas, políticas y gerenciales en nuestra perspectiva occidental de aplicar asistencia sanitaria, encontramos en un buscador universal (al incluir las palabras aislamiento – neutropenia febril) el enunciado: *“La neutropenia febril no requiere medidas de aislamiento. Debe efectuarse un lavado de manos sistemático antes de cada maniobra de exploración del paciente. Se puede considerar una medida prudente su ingreso en habitación individual (sin medidas especiales)”*

El tratamiento de los pacientes con neoplasia y neutropenia febril plantea muchas dudas. Una de ellas, que genera ansiedad en el personal de la salud, el paciente y sus familiares, es la necesidad de hospitalización porque ésta implica exponer a gérmenes intrahospitalarios potencialmente resistentes a un paciente cuyo sistema inmune puede no estar en las mejores condiciones; incluso con un aislamiento óptimo existe el riesgo de adquirir una infección nosocomial. (41) Después de muchos estudios se ha abierto la posibilidad de utilizar medidas más conservadoras para el tratamiento de los episodios de bajo riesgo, entre ellas la administración de regímenes orales ambulatorios de antibióticos de amplio espectro; ello sin demeritar la necesidad de aplicar un juicio clínico adecuado, hacer un buen seguimiento

y tener acceso a la atención médica inmediata. La neutropenia es una de las consecuencias graves de la quimioterapia para el cáncer, y se ha demostrado que el tratamiento del paciente neutropénico febril con antibióticos intravenosos reduce la mortalidad. La terapia oral podría ser una alternativa aceptable para pacientes bien seleccionados. Ella puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, evitar las complicaciones asociadas con la terapia intravenosa y disminuir los costos del tratamiento.

El enfoque terapéutico actual requiere una comprensión y acción sobre los múltiples factores involucrados en cada una de las áreas que componen el sistema de salud, el mensaje para el cuidado de la salud es que es posible lograr un desempeño consistentemente seguro y efectivo a pesar de los altos niveles de complejidad e imprevisibilidad en el ambiente de trabajo. (42)

En términos de comprensión de los factores que intervienen en el sistema sanitario para dar atención a los pacientes hematoncológicos, el uso de Ciencias de Sistemas y Complejidad se ha identificado como una metodología viable para comprender y gestionar el desafiante sistema de atención médica desde una variedad de perspectivas, incluida la salud humana, los servicios de salud y la organización de atención médica (43).

CAPÍTULO 3:

LA IRRESOLUCIÓN CONSECUENTE DEL MODELO TERAPÉUTICO

ACTUAL EN EL PACIENTE HEMATONCOLÓGICO

Si el castigo en la modernidad, bajo una visión reduccionista, se caracteriza por el aislamiento temporal o definitivo de un individuo, entonces ¿Cómo puedo comprender que “el aislamiento” constituya la base o principio para lograr la sanación de un individuo enfermo?.

Para cambiar el manejo terapéutico actual en estos pacientes, caracterizado por frío, distante, y en los últimos años con alto costo gerencial, debido a la baja accesibilidad de los pacientes a recibir tratamiento en centros de salud, con bajas probabilidades de lograr remisión definitiva y evidenciándose largos periodos de estancia intrahospitalaria y alta mortalidad, es necesario cuestionar los protocolos establecidos y cumplidos a cabalidad de papel, que ya no se adaptan a las necesidades sociales, psicológicas y físicas reales de los pacientes, y a su vez constituyen una razón para limitar la continua admisión de estos pacientes en los centros asistenciales calificados para su atención.

Al enfocar la atención en el aislamiento, es necesario considerar una interrogante...¿es realmente significativo el aporte a los resultados del manejo de estos pacientes con la medida de aislarlos?, ¿realmente lo estamos protegiendo de complicaciones de su enfermedad?...y no menos importante: ¿no estaremos abandonando al paciente?, contribuyendo negativamente a los aspectos psiconeuroinmunológicos mediados en cada caso; así mismo, estamos manteniendo nuestras conductas en marcos médico-legales óptimos a la par de los ético-sanitarios?.

Ante lo expuesto mi Propósito es Construir un Protocolo Ampliado y Pluralista de manejo médico en los pacientes hematológicos con Neutropenia Febril; partiendo desde la modificación del enfoque terapéutico al momento de su diagnóstico con herramientas de abordaje según el criterio médico y consensuadas con el paciente, para así aproximarme a demostrar que las razones que intervienen en las diferentes posibles consecuencias clínicas del paciente están relacionadas al ser que lo atiende, al sistema que lo acompaña y a las gerenciales, cuyas decisiones tomadas en cada caso van más allá de una demostración estadística; se trata de sistemas coexistentes e interdependientes que deben ajustarse a la realidad del paciente y del sanitario.

CAPÍTULO IV

HALLAZGOS

Hallazgos de los pacientes en el 1er Momento:

De los 3 pacientes que se estudiaron, se pudo observar unidades categóricas comunes, relacionadas con el motivo de su permanencia en la Emergencia de Medicina Interna de la CHET; durante entrevista abierta, que les permitiera expresarse libremente sobre su opinión en relación a su mirada de la enfermedad y del servicio que estaban recibiendo, se encontró que aunque existieran diferencias de género y grupo etario entre ellos, uno masculino de 18 años y dos femeninas de 48 y 56 años respectivamente; sus relatos, expresaron *verbatim* que se exponen a continuación:

Relatos	Unidad Temática
V.p.LM: <i>“no entiendo porque me dio esta enfermedad a mí, si yo no le hago daño a nadie, no quiero que me traten así, ni que tengan que alejarse de mí”....</i> <i>“prefiero aguantar un poco más y no tener que ser hospitalizada, estar lejos de mi familia, estar solo y encerrado es aterrador”...</i> <i>“en el servicio de Hematología son buenos, pero prefiero no tener que necesitar llegar a la Emergencia, solo me hablan cuando entran a verme y siento que no se preocupan por mí, solo preguntan cosas, me siento como en un examen”...</i>	Frustración, Soledad, Indefención, Miedo, Impersonal, Fria, Distante.

V.p.MD: “nunca pensé que esto me podría pasar, no sé si pueda superar esto, no entiendo muy bien lo que va a pasar”... “sí, mi familia sabe que debo estar aquí, no sabemos cuánto tiempo, espero sea poco”... “la atención médica si la hemos recibido, entendemos, como esta todo de colapsado,... nos gustaría que fuera un poco más directa, más rápida, menos atropellada o interrumpida”...	Miedo, Vulnerabilidad, Incomprension, Impersonal, No Cuidado, Premura. Abandono
V.p.YG: “puedo estar cómoda con la tranquilidad, pero no con la soledad. Me angustia mucho dejar a mis hijos solos”...	Miedo, Soledad, Abandono. Angustia, Tristeza

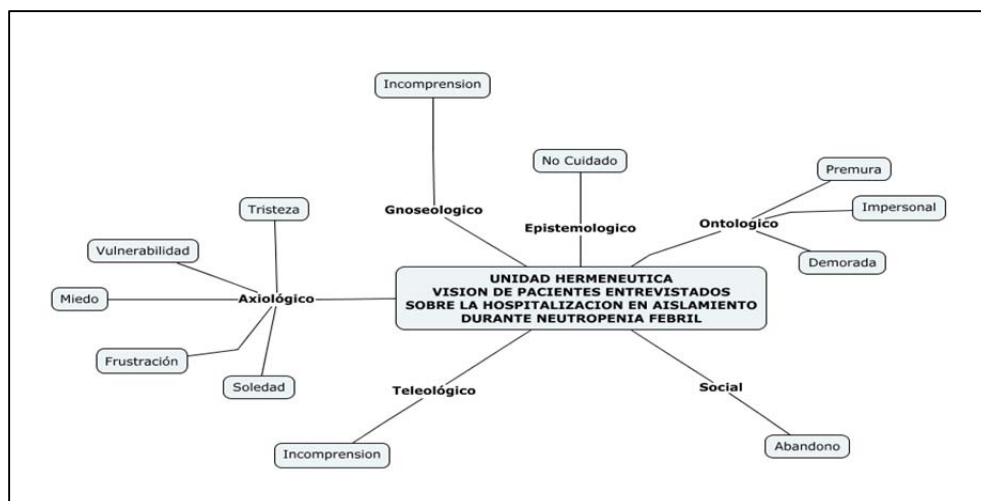
Fuente de la Investigación: Chirinos 2024.

Descripción de los casos:

- Los sujetos tienen tendencia vivenciar axiológicamente miedo, tristeza, vulnerabilidad y frustración durante el proceso de enfermedad en hospitalización, la cual visionan desde lo ontológico como impersonal, demorada y cargada de premura cuando es ejecutada, que desde su percepción epistemológica es un No Cuidado.
- En la apreciación de la calidad de atención sanitaria: los sujetos coinciden en términos expresados como fría, lenta y distante, que generan sensación de abandono y soledad, ambas categorías saturadas desde el componente axiológico, e incluso social, expresado por los sujetos.

- En uno de los casos muestra ansiedad anticipatoria y en casos puntuales su expresión va cargada de desánimo e incompreensión de su realidad tanto en lo gnoseológico como en lo teleológico.
- En aplicación de escala de Hamilton: 1 de 3 sujetos reflejaron Depresion Severa, y 2 de 3 reflejaron Depresion muy Severa con riesgo de suicidio, predominando en ambos grupos la expresión psíquica de la ansiedad.
- En aplicación de la escala de BAI: 1 de los 3 sujetos mostró Ansiedad moderada y 2 de los 3 mostró Ansiedad Severa.
- En la aplicación del Dibujo libre: los 3 sujetos mostraron desestructura, no acorde a su edad y depresión.
- En la aplicación del Test de figura Humana: los 3 sujetos mostraron inestabilidad emocional y falta de integración, poca fortaleza yoica, problemas de autoestima, falta de confianza y seguridad. En uno de los casos inmadurez cognitiva no acorde a su edad.
- Todos los casos observados coinciden en un fenómeno posterior al contacto psicoterapéutico: transformar el miedo por agradecimiento a lo esencial del ser: respirar, comer, hablar.
- En todos los sujetos entrevistados se muestra la preferencia a no volver a necesitar hospitalización en la emergencia.

Figura 1. Visión de los pacientes sobre la atención sanitaria en aislamiento.



Fuente de la investigación: Chirinos, 2024

Hallazgos en el personal médico sanitario durante el 1er Momento

De los 10 sujetos pertenecientes al personal médico sanitario estudiados, se pudo encontrar saturación de las unidades categóricas relacionadas entre sí, aunque los sujetos presentaran diferencias entre actividades horarias o específicas de su profesión, es decir, su relación laboral no coincidía necesariamente, pero sus relatos sí, por ejemplo:

Relatos	Unidad Temática
V.E.JH: <i>“Algunos médicos no logran aceptar la necesidad de trabajar en equipo con nosotras, que somos parte de su respaldo, en su sistema de apoyo, en pro de mejorar la atención del paciente y la calidad de vida del mismo”</i>	Frustración, Rabia
V.E.RS: <i>“Es importante que el médico aprenda desde sus inicios en su formación, desde mi experiencia en el hospital, a trabajar en equipo con nosotras; queremos ser su equipo...muchas veces queremos dar el 100% y no nos dejan”</i>	Tristeza, Decepción, Rechazo, Humillación, Indignación.
V.E.MP: <i>“Hay funciones que los médicos no pueden hacer y nosotras sí”</i>	Duelo.
V.M.SR: <i>“...muchas veces, nos piden de forma grosera, que hagamos las cosas, sin explicarnos nada; me siento como un peón inútil”</i>	Irrespeto, Indignación
V.M.NA: <i>“Es agotador, hacer todo solo, las enfermeras no quieren cumplir tratamiento, y todo se atrasa, el paciente se complica y es mi cara la que se muestra al paciente y al familiar”</i>	Rabia, Indignación, Cansancio.
V.M.AB: <i>“Por el beneficio del paciente, pienso que seria mejor que trabajáramos en equipo, es difícil lograrlo pero si se puede, en mis guardias nos llevamos bien y se beneficia el paciente. Sin embargo, en algunas oportunidades se hace difícil lograrlo por las dificultades económicas que hay y las carencias de insumos y recursos, limitan la mayoría de ellos.”</i>	Frustración.
V.M.KF: <i>“Para atenderlos se necesita mucha fortaleza, no es fácil verlos complicarse y no poder hacer más, no es fácil sentirse mal y no poder entender que no puedo hacer más...”</i>	Tristeza, Impotencia

Relato	Unidad Temática
V.E.MP: <i>“Algunos nos humillan, nos descalifican y se creen Dioses al creer que estamos por debajo de su nivel, aun cuando somos tan profesionales como ellos”.</i> <i>“....a pesar de esos maltratos, es donde me siento útil y capaz de ayudar a los demás.”</i>	Frustración, Rabia, Humillación, Indignación.
V.E.NP: <i>“Yo me siento triste debido a que la remuneración no me permite cubrir mi cesta básica, el amor a mi trabajo no corresponde la compensación monetaria que recibo y para no abandonar el espacio laboral y sobrevivir, he desarrollado vender algunos productos a mis contactos dentro y fuera del hospital sin descuidar las funciones establecidas a mi cargo”.</i>	Tristeza Integrada, Lealtad
V.E.EM: <i>“Salí jubilada del hospital y cuando vivencié esto me deprimí, entendí que mi pasión es mi hospital, mi vida es el hospital, allí tengo la alegría que no recibo en casa, el sentido de vida en mi trabajo. En el hospital tengo contactos que me permiten ayudar a otros”.</i>	Rabia, Reacción Desafiante, Nostalgia.
V.M.HR: <i>“Seguir estudiando, para no ver el progreso esperado me hizo preguntarme: ¿para qué seguir? y ¿yo, para cuando?”....</i>	Tristeza, Indignación, Frustración, Duelo profesional, Decepción.

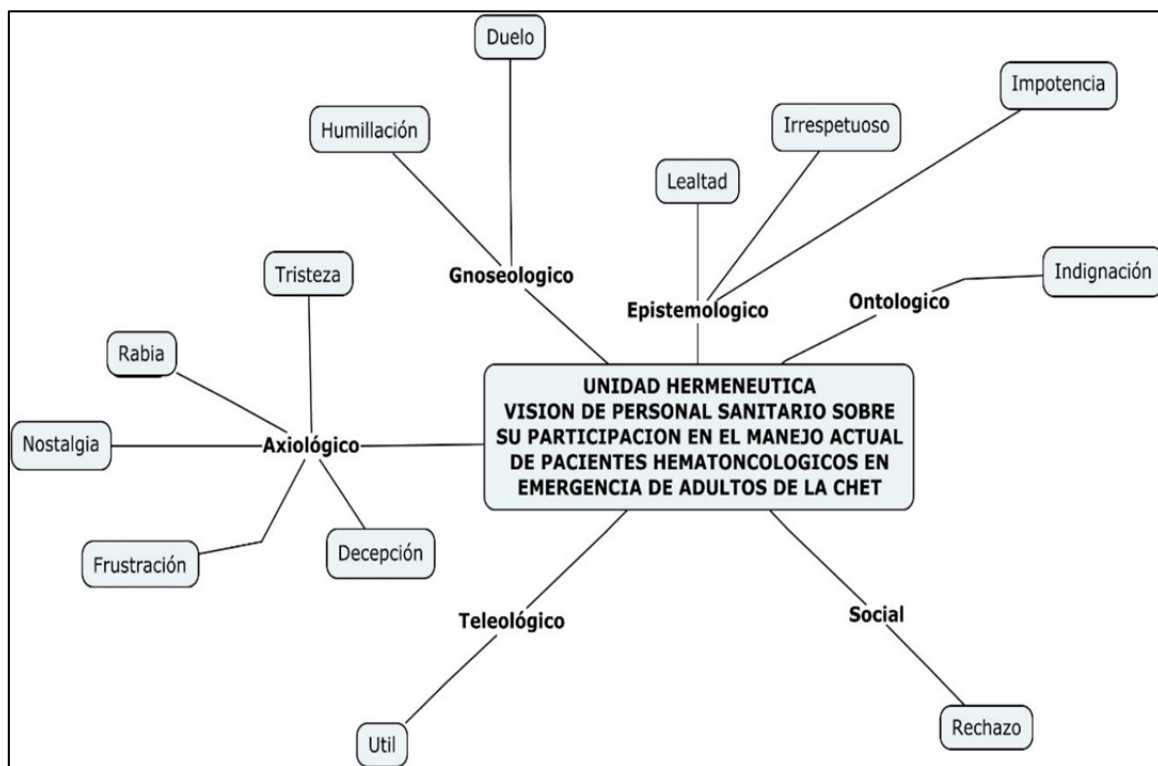
Fuente de la investigación: Chirinos 2024

Descripción de los casos:

- Los sujetos tienen tendencia a vivenciar tristeza, rabia, decepción y frustración durante el ejercicio profesional.
- En algunos casos muestran tristeza integrada y nostalgia.
- En casos puntuales su expresión va cargada de violencia en sentido de defensa, con actitud desafiante al equipo de trabajo, en el que se mantienen por lealtad a pesar de la impotencia ante el irrespeto y humillación, con el fin de ser útiles.

- En aplicación de escala de Hamilton: 7 de 10 sujetos reflejaron Ansiedad Severa, y 3 de 10 reflejaron Ansiedad Moderada, predominando en ambos grupos la expresión psíquica de la ansiedad.
- Aunque todos los casos observados muestran parresia, una minoría de ellos procura actividades en epimeleia, actuando desde la indignación, descuidando su ser por el hacer.
- Todos los casos observados coinciden en un fenómeno: La impermanencia.

Figura 2. Visión del personal sanitario sobre su participación en el manejo actual del paciente hematoncológico en la emergencia de adultos de la CHET



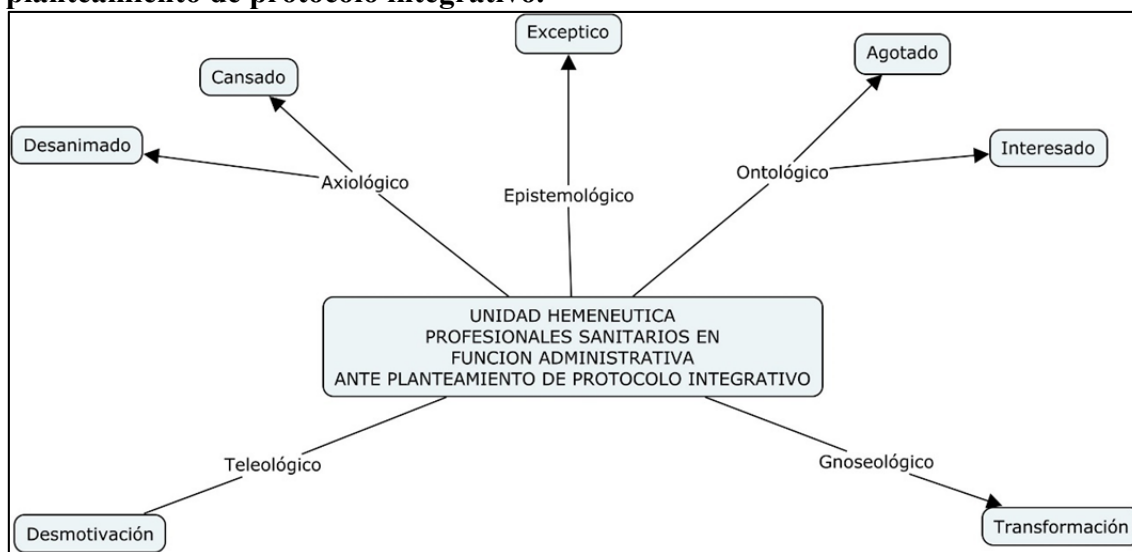
Fuente de la investigación: Chirinos, 2024.

Hallazgos del 2do momento de la investigación:

La respuesta y disposición de cada factor interviniente en la elaboración del protocolo integrativo se puede puntualizar en 2 resultados de acuerdo al nivel de participación:

Los profesionales sanitario en funciones administrativas: Se observó desmotivación en 2 de los 3 entrevistados para dar cambios al esquema de atención a los pacientes y poco interés a la propuesta por el exceso de trabajo ya presente en el sistema hospitalario; en el caso de intención de cambio observada en 1 de los 3 entrevistados, propone la modificación del proyecto a programa de atención sanitaria ambulatoria; para lo cual se modifica el formato de presentación del mismo. Todos los sujetos expresan inconformidad e impotencia relativa a las condiciones actuales de trabajo y a la conducta de cada miembro del equipo de trabajo.

Figura 3. Vision del personal sanitario en función administrativa ante el planteamiento de protocolo integrativo.



Fuente de la investigación: Chirinos, 2024

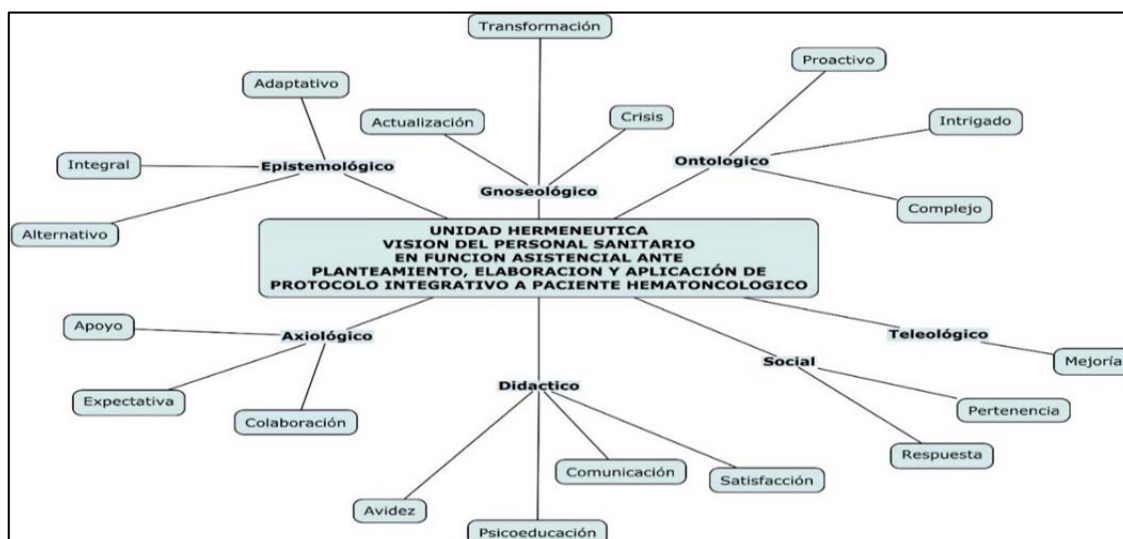
Los profesionales con función asistencial: 3 de 9 se mantuvieron alineadas a desmotivación sobre la propuesta de cambio de protocolo; en los 5 restantes se mostró interés por conocer

del tema, que aunado a la necesidad de dar respuesta a la creciente demanda de atención de los pacientes hematoncológicos y la crisis estructural de la emergencia de adultos, impulsa al equipo de turno a considerar opciones alternativas de atención sanitaria. De las discusiones de grupo aplicadas, en las que se muestra la importancia de actualizar el protocolo actual y adaptarlo a la realidad socio sanitaria, promoviendo el trabajo en equipo multidisciplinario con énfasis en la psicoeducación del paciente y del profesional sanitario, se obtiene la comprensión de la propuesta que conlleva a la acción de cada Servicio con la transformación de pensamiento y actitud del personal, cambia de la negación a la participación – acción y de este modo se elabora la construcción del Protocolo Integrativo que adapta el manejo del paciente hematoncológico a la atención con participación propia de un sistema adaptativo complejo, en el que todos los factores intervinientes aportaron valor que les permitió aumentar el sentido de pertenencia en el cambio.

Se planifica el sistema de apoyo ambulatorio CHET, el cual cuenta con la inclusión del Centro Quirúrgico Carabobo 200, el cual aporta al proyecto la disposición de 1 sala acondicionada de sus instalaciones y personal médico de guardia en continua comunicación con el personal de la emergencia de adultos de la CHET, mediante uso de conexión de internet las 24 horas del día, garantizando la comunicación eficaz entre ambos centros y las unidades de traslado para revaluación.

En este momento de la investigación, el Entorno Sanitario mostró iniciativa y proactividad a mantener el manejo integrativo del paciente, procuró una comunicación continua y efectiva; el hallazgo más relevante es la avidez de aprendizaje y la satisfacción por el resultado. En virtud de ofrecer comprensión integrativa del proceso, se muestra figura relacionada al estudio de esta unidad hermenéutica.

Figura 4. Visión del personal sanitario en función asistencial ante planteamiento, elaboración y aplicación del protocolo integrativo.



Fuente de la investigación: Chirinos, 2024

Una vez construido el protocolo integrativo, se aplica a 27 pacientes que previo consentimiento informado, eligieron participar.

De los cuales, se obtuvo en entrevista abierta, buena disposición a recibir psicoeducación; obteniendo comprensión sobre la diferenciación de emociones y sentimientos, notando en la mayoría de ellos la transformación de sus hábitos a prácticas más saludables, desde la preparación y conservación de alimentos hasta el reconocimiento de sus necesidades y cambios emocionales; la alimentación y las emociones son los factores transcendentales que generan cambios clínicamente importantes en cada paciente.

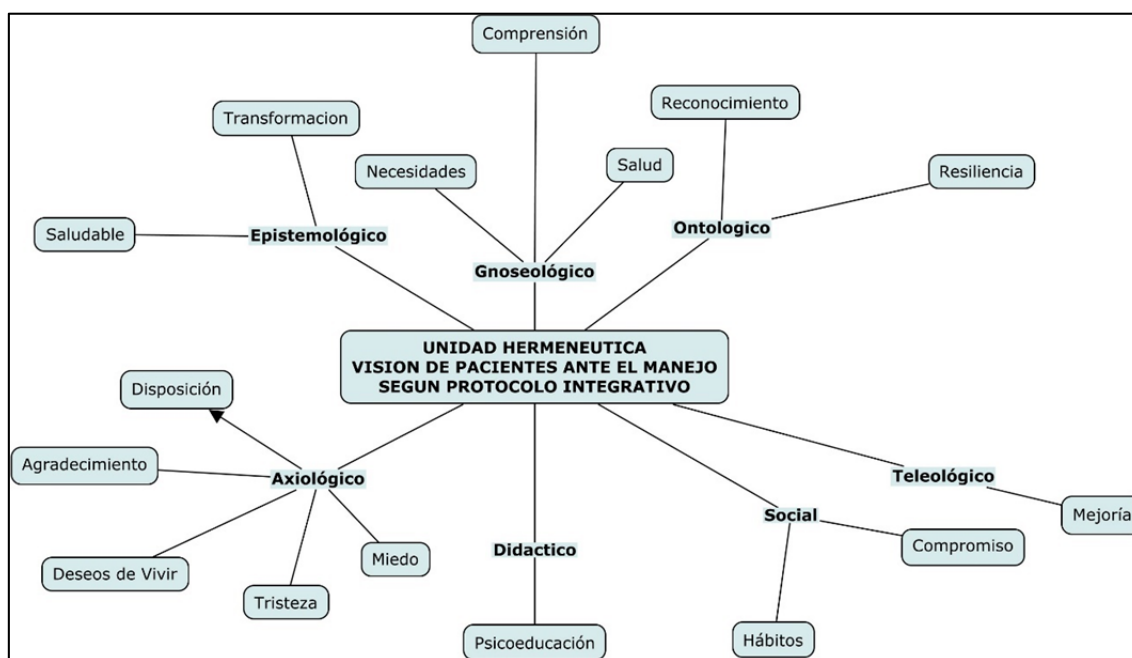
Entre los hallazgos del componente axiológico en los pacientes, se observa:

Al inicio de los encuentros: Tristeza, Miedo a dejar asuntos inconclusos y Miedo al fin,
Posterior a los encuentros: Deseos de vivir y Agradecimiento a cada día con cada mejoría.

El componente social que rodea a cada paciente aportó un hallazgo de gran importancia, fue el Compromiso como Valor, presente tanto en el paciente, para con sí mismo, como en su grupo familiar y/o de apoyo sanitario. Y en este último hallazgo se debe puntualizar la relevancia en el proceso- resultado encontrados según los miembros de cada entorno.

Entorno Familiar: Los miembros relacionados a cada paciente, mostraron alta disposición de aprendizaje sobre los nuevos hábitos saludables, enfoque a organizarse y resiliencia respecto a la situación actual vivida.

Figura 5. Visión de los pacientes que reciben atención según protocolo integrativo



Fuente de la investigación: Chirinos, 2024

Hallazgos del 3er Momento de la investigación.

Se analizó un total de 27 pacientes, de los cuales se caracterizó un promedio de edad en 51,3 años, valor mínimo 18 años, máximo 76 años y desviación estándar de 16,02 años, el grupo etario que contó con mayor cantidad de pacientes fue el de 50-76 años con 62,9%,

seguido de (18 a 39) y (40 a 49) con 18,5% respectivamente; en distribución por género se encontró que el 40,7% fueron femeninas y 59,3% masculinos ($Z= 1,09$; $P= 0,14$).

Según la distribución por patología hematológica se encontró que la Leucemia Mieloide Aguda fue el grupo de mayor representación con 33% (9), seguida de Linfoma No Hodgkin con 22% (6), comparten el tercer grupo de frecuencia Leucemia Linfocítica Aguda, Linfoma Hodgkin y Síndrome Mielodisplásico con 11% (3) cada una y finalmente Leucemia Mieloide Crónica 7% (2) y Aplasia Eritroide 4% (1).

Los niveles de Depresión encontrados en los pacientes incluidos en el protocolo integrativo fueron: Leve en 40,7% (11), seguida de Moderada con 25,9% (7), No Depresión 18,5% (5), Severa con 14,8% (4) y, no se reportaron pacientes con Depresión Muy Severa según la escala de Hamilton.

Los niveles de Ansiedad se reportaron como Leve en 48,1% (13), Moderada con 37,0% (10), Ansiedad Mínima 14,8% (4), sin reportes de pacientes con Ansiedad Severa, sin predominio estadísticamente significativo de ningún nivel de ansiedad ($P>0,05$).

En relación al número de ingresos que necesitó el paciente para recibir atención sanitaria fue en promedio 1,93 ingresos, desviación estándar 1,21 veces, valor mínimo 1 ingreso y máximo de 4 ingresos; y el tiempo promedio de espera para recibir la atención sanitaria fue de 3,85 horas, desviación estándar 1,51 horas, con valor mínimo de 1 hora y máximo de 7 horas. El tiempo de resolución de la neutropenia febril fue en promedio de 3,44 días, desviación estándar 2,19 días, con valor mínimo de 1 día y máximo de 9 días, con mayor proporción de resolución entre 2 a 5 días (66,7%) seguido del grupo con menos de 1 día (22,2%) y el de 6 a 10 días con 11,1% ($Z= 2,18$; $P= 0,01$). El tiempo de estancia

hospitalaria fue en promedio 4,37 días, desviación estándar 2,77 días, valor mínimo 1 día y máximo 12 días, distribuido en su mayoría entre 2 a 5 días con 74,1% ($Z= 3,27$; $P=0,0005$), seguido de 6 a 10 días con 22,2% y >10 días con 3,7%.

En la escala de valoración de atención sanitaria PCAT-A10 se encontró en relación al Primer contacto que 23 (85,2%) de los encuestados Sí, Sin duda asistirían al centro de salud en caso de necesitarlo, en tanto que 4 (14,8%) consideraron esta alternativa probable. El 55,6% (15) opinó que cuando su centro está abierto y se pone enfermo/a No, en absoluto nadie le visita alguien de allí el mismo día, frente al 33,3% que opina que Sí es probable y 11,1% que No es probable; cuando de necesitarlo ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso? y la existencia de algún número para asistencia remota, el 55,6% (15) opinó que Sí es probable, 37,0% (10) opinó que Sí, Sin duda, y 2 (7,4%) opinaron que era probable que no.

En cuanto a la Continuidad de Asistencia, el 29,6% opina que No es probable que le atienda siempre el mismo médico/a o enfermero/a y el mismo porcentaje consideró que esto no era probable en absoluto, frente al 25,9% que indica que Sí, es probable. Ante la pregunta ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que le conoce mejor?: el 33,3% (9) consideró que es probable, 29,6% (8) dijo que es probable que no y 22,2% (6) dijo que no en absoluto. El 55,6% (15) considera que Sí, sin duda, su médico/a sabe qué problemas son más importantes para él, frente al 33,3% (9) quienes aseguran que Sí, es probable.

En cuanto a la coordinación de atención ambulatoria, el 40,7% (11) opina Sí, es probable que después de acudir al especialista, su médico/a habla habitualmente sobre ¿cómo ha ido la visita? Y el 33,3% (9) opina que es probable que No.

En la globalidad de la atención, y competencia cultural, el 62,9% (17) opina que Sí, sin duda que, en su centro de salud, puede ser aconsejado sobre problemas de salud mental (por ejemplo ansiedad, depresión) y recomendaría a su médico o centro a algún familiar, sin relevancia estadísticamente significativa ($Z= 1,63$; $P= 0,05$).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas estudiadas en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024

		Puntaje Ansiedad	Puntaje Depresión	No. Ingresos	Tiempo resolución Neutropenia (días)	Horas espera atención sanitaria	Estancia hospitalaria (días)
N		27	27	27	27	27	27
Mínimo		4	3	1	1	1	1
Máximo		24	22	4	9	7	12
Percentiles	25	8,00	8,00	1,00	2,00	3,00	2,00
	50	11,00	11,00	1,00	3,00	4,00	4,00
	75	17,00	16,00	3,00	5,00	5,00	6,00

Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

En la Tabla 1 se resumen los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas estudiadas en pacientes adultos en Neutropenia Febril, en vista de no adaptarse a la distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk las variables se describen con la mediana como medida de tendencia central, los percentiles 25 y 75 como medidas de posición y el rango intercuartil como medida de dispersión. **Tabla 1.**

Tabla 2. Correlaciones entre las variables estudiadas, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematoncológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024

Variables	ρ	P
Puntaje Ansiedad – Puntaje Depresión	0,692	0,000*
Puntaje Depresión – Tiempo resolución de la Neutropenia	0,478	0,012*
Puntaje Depresión – Estancia hospitalaria	0,433	0,024*
Nº ingresos – Tiempo resolución de la Neutropenia	0,572	0,002*
Nº ingresos – Estancia hospitalaria	0,698	0,000*
Tiempo resolución Neutropenia – Estancia hospitalaria	0,750	0,000*

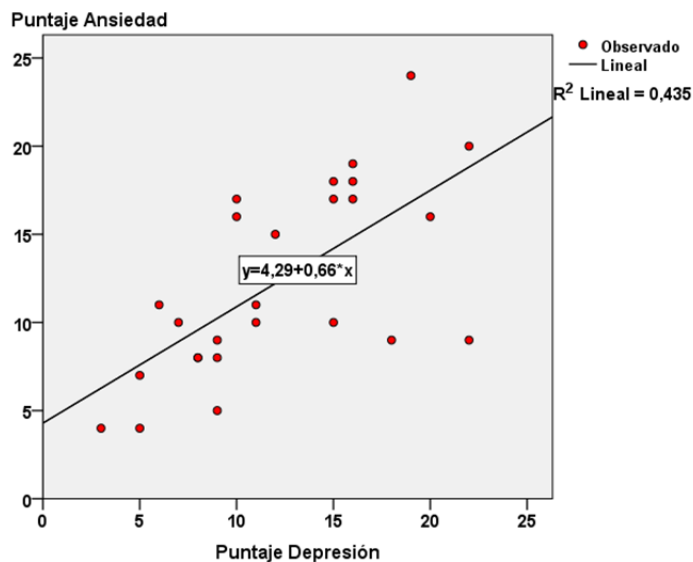
Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

*Estadísticamente significativo

Se corroboró la existencia de correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre los puntajes de depresión con puntaje de ansiedad ($\rho = 0,692$; $P = 0,00$), tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho = 0,478$; $P = 0,012$) y estancia hospitalaria ($\rho = 0,433$; $P = 0,024$). A su vez, el número de ingresos tuvo correlación positiva y estadísticamente relevante con el tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho = 0,572$; $P = 0,002$) y estancia hospitalaria ($\rho = 0,698$; $P = 0,00$). De igual manera, se correlacionaron positivamente el tiempo de resolución de la Neutropenia y la estancia hospitalaria ($\rho = 0,750$; $P = 0,00$).

Tabla 2 y Gráficos 1-3.

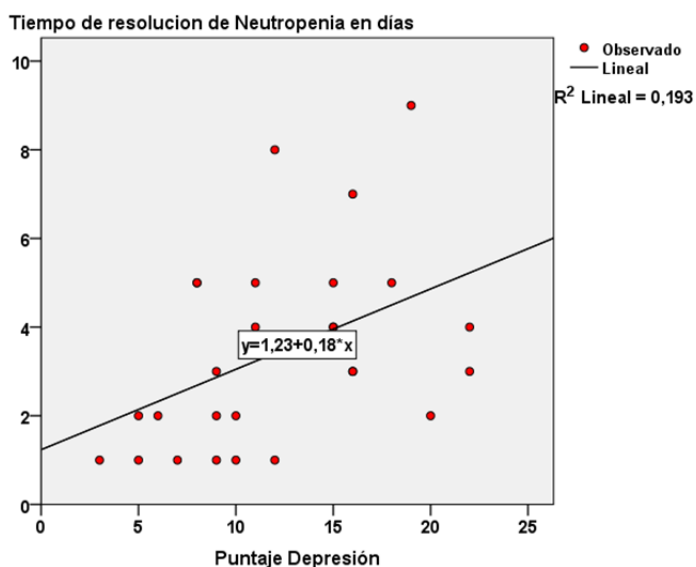
Gráfico 1. Correlación entre puntaje de ansiedad y de depresión, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

$\rho = 0,692$; $R^2 = 0,435$; $P = 0,00$

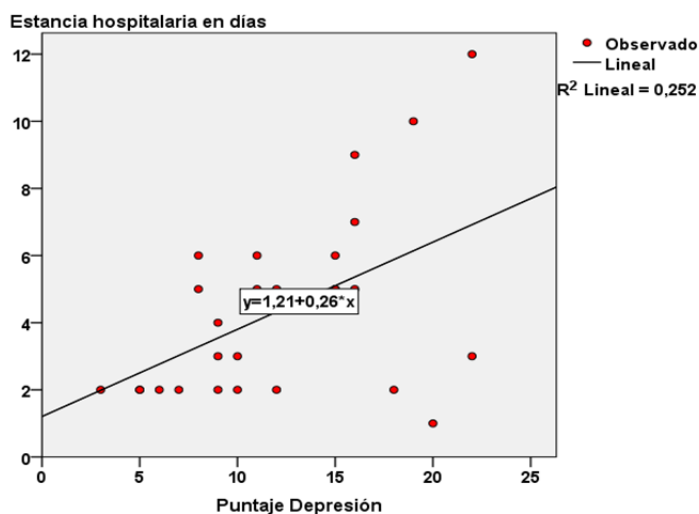
Gráfico 2. Correlación entre puntaje de depresión y tiempo de resolución de la Neutropenia, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



$\rho = 0.478$; $R^2 = 0.193$; $P = 0.012$

Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

Gráfico 3. Correlación entre puntaje de depresión y estancia hospitalaria, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



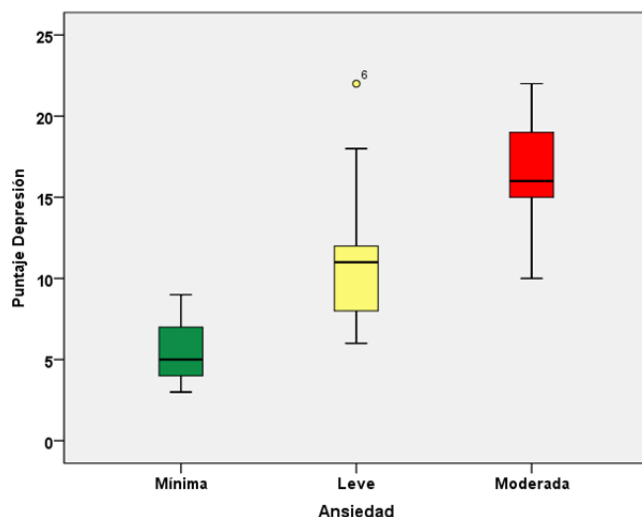
$\rho = 0.433$; $R^2 = 0.252$; $P = 0.024$

Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo al comparar edad, puntajes en las escalas de ansiedad y depresión, el número de ingresos, tiempo de resolución de la Neutropenia, horas de espera para la atención sanitaria y estancia hospitalaria, al aplicar la prueba de Mann-Whitney (MW) ($P > 0,05$).

Al comparar los puntajes de depresión, tiempo de estancia hospitalaria y tiempo de resolución de la neutropenia según el nivel de ansiedad de los pacientes, se corroboraron diferencias estadísticamente significativas a favor de los pacientes con mayores niveles de ansiedad, al aplicar la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (KW), a los efectos de comparar medianas en más de 2 muestras independientes. Los pacientes con mayores niveles de ansiedad presentaron niveles significativamente mayores de puntajes en la escala de depresión, como se muestra en el **Gráfico 4**: KW $P = 0,02$. Lo mismo ocurrió respecto al tiempo de resolución de la Neutropenia (KW $P = 0,03$), en los pacientes con mayor nivel de ansiedad fueron mayores las medianas de estancia hospitalaria. (**Gráfico 5**: KW $P = 0,04$). Los pacientes con mayor nivel de depresión tuvieron medianas significativamente mayores de tiempo de estancia hospitalaria ($P = 0,04$) y de tiempo de resolución de la Neutropenia ($P = 0,03$). **Gráficos 6 y 7**.

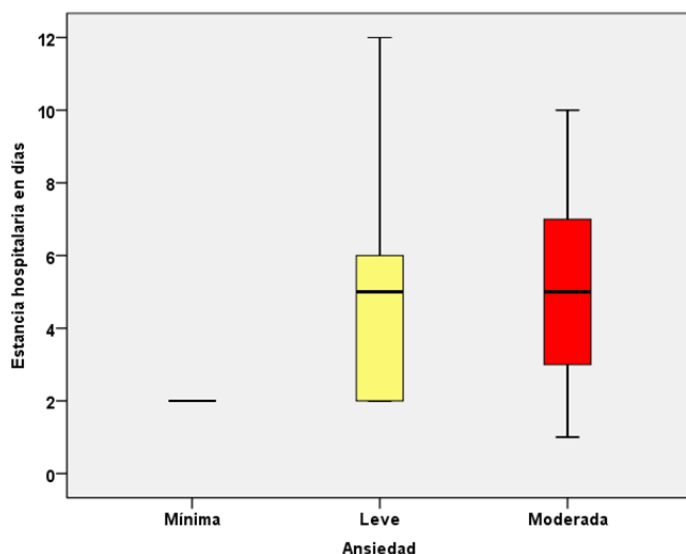
Gráfico 4. Comparación de medianas de puntaje de depresión según el nivel de ansiedad, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



KW: P= 0,02

Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

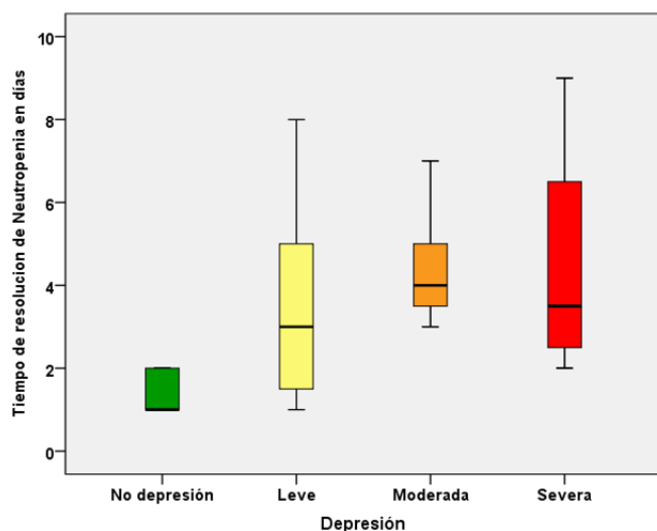
Gráfico 5. Comparación de medianas de estancia hospitalaria según el nivel de ansiedad, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

KW: P= 0,04

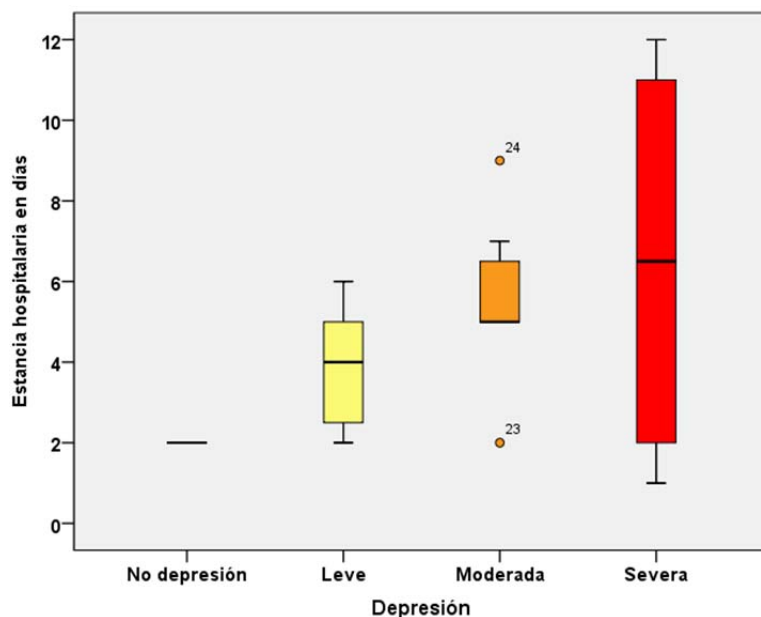
Gráfico 6. Comparación de medianas del tiempo de resolución de la Neutropenia según el nivel de depresión, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematoncológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

KW: P= 0,04

Gráfico 7. Comparación de medianas del tiempo de estancia hospitalaria según el nivel de depresión, en pacientes adultos en Neutropenia Febril asociada a tratamiento de quimioterapia por diagnóstico hematológico, que acudieron a la emergencia de medicina interna en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo octubre 2023 a octubre 2024



Fuente: Datos de la investigación (Chirinos, 2024)

KW: P= 0,03

Se corroboró la existencia de correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre los puntajes de depresión con puntaje de ansiedad ($\rho = 0,692$; $P = 0,00$), tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho = 0,478$; $P = 0,012$) y estancia hospitalaria ($\rho = 0,433$; $P = 0,024$). A su vez, el número de ingresos tuvo correlación positiva y estadísticamente relevante con el tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho = 0,572$; $P = 0,002$) y estancia hospitalaria ($\rho = 0,698$; $P = 0,00$). De igual manera, se correlacionaron positivamente el tiempo de resolución de la Neutropenia y la estancia hospitalaria ($\rho = 0,750$; $P = 0,00$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Interpretación de resultados:

Los pacientes que se encuentran hospitalizados en la emergencia de adultos, bajo el esquema convencional muestran niveles elevados de Ansiedad y Depresión, su valoración respecto al servicio sanitario es desfavorable en la mayoría de los aspectos que se relacionan a la empatía y la celeridad; sin embargo, muestran reconocimiento al nivel de efectividad y destreza técnica-académica. Con atención psicoterapéutica, se observa la transformación del miedo, principal unidad temática encontrada, por el agradecimiento a vivir día a día lo esencial (respirar, comer, hablar) que se puede traducir a la recuperación parcial o gradual de la base de la pirámide jerárquica de necesidades de Maslow.

El personal médico sanitario, no cuenta con herramientas que le permitan mantener salud emocional, tampoco destrezas ante los retos que implica la resolución de problemas; más bien ignora, durante gran parte de su ejercicio profesional, que el derecho a ser, está por encima del deber estar. Es importante la parresia con la que puede manejar su realidad, mas no logra fusionar el aspecto laboral con el personal, es decir, de cierto modo deja de ser íntegro (en la mayoría de los casos) y se enfoca en el que pueda dar mejores resultados, o simplemente reaccionar en función de lo que se espera de él, basándose en la responsabilidad como pilar de acción tal como señala Polo en su investigación (21).

Es un personal que acciona por conocimiento académico, destreza práctica inequívoca de alto rendimiento pero que se agota y en consecuencia decae operacionalmente en plazos intermitentes, es decir, no es sostenible en el tiempo este rendimiento a la alta demanda teórica de valores aplicados al ejercicio. Parte de ello quizás está relacionado al bajo nivel de cuidado de sí, es decir, *epimeleia*; están formados desde tempranas etapas a la máxima entrega psíquica, física, temporal en su labor, pero no han recibido entrenamiento para mantener ese óptimo desempeño a lo largo del tiempo, lo que trae en consecuencia una difícil optimización del servicio en forma continua, que finalmente afecta al paciente.

A pesar de su alto conocimiento del aspecto orgánico funcional sobre cada individuo que advierte en su diario hacer, el personal médico sanitario presenta dificultades para comprender la impermanencia, aun cuando puede ver que todo cambia, no asume el hilo de sucesos relacionados a este concepto, quedando anclado a ideas, protocolos, gestiones y modos de hacer su labor, insiste en la permanencia, lo cual es improbable por naturaleza misma y solo contribuye al daño emocional de cada personal sanitario. Esto no se trata de olvidar, de no recordar o de no tener esperanza sobre las buenas conductas que puedan mantenerse en el tiempo, se trata más bien de permitirse mirar los cambios, asumirlos y adaptarlos para mejorar las conductas beneficiosas, disminuyendo o corrigiendo la fuerza de impacto de aquello que no ha sido favorable. Hacerlo consciente de su *merimna*, de su *parresia* y estimular a su *epimeleia* debería ser el norte de todos, en especial a los que comparten función docente.

Así, durante la aplicación del protocolo integrativo, se generaron espacios de encuentro académicos que priorizaron la formación humanista de alto nivel académico que aproximó a cada personal médico – sanitario a la comprensión de su valía en el proceso; al cuidar las

formas de comunicación entre el personal especialista – residente – enfermera – psicólogo, se logra mejorar el efecto de cada uno de estos en el paciente.

Ante el reto de construir un protocolo integrativo, deconstruyendo para comprender cada elemento y factor interviniente, se observa etnometodológicamente que el Servicio de Emergencia de Adultos opera como un sistema complejo adaptativo, en el cual queda evidenciado el alto compromiso de mejorar la atención sanitaria, pero que se ve opacado por el alto volumen de pacientes que deben ser atendidos; de modo que, tal como señala Camorlinga (43); la necesidad de aplicar enfoques alternativos a la administración y liderazgo de la institución sanitaria, los condujo a lograr identificar como factor clave, para abordar algunos de los retos de la gestión, el manejo ambulatorio con continuidad y seguimiento remoto; lo que a su vez coincide con el enfoque presentado por la Organización Mundial de la Salud (42) al señalar que ante las fallas de atención en salud, es necesario hacer cambios del sistema, lo que a su vez requiere de comprensión y acción sobre los múltiples factores involucrados en cada una de las áreas de salud. En este sentido, se pueden precisar 6 factores indispensables en el manejo integrativo: iniciar farmacoterapia empírica, limitar el aislamiento al tiempo necesario (durante el periodo febril de la Neutropenia), mantener comunicación efectiva vía telefónica con el sistema de apoyo asistencial/familiar del paciente, apegarse a los protocolos estandarizados de manejo ambulatorio sin dudar de las competencias logradas, destacar el manejo de la Ansiedad y/o Depresión en el paciente y mantener Psicoeducación continua en el personal médico, para así extender el conocimiento básico sobre hábitos y medidas de prevención de infecciones, tanto como de signos de alarma y asistencia inmediata para generar confianza en el proceso de asistencia al paciente.

Con la aplicación del protocolo integrativo se analizan algunos factores y hallazgos, como Depresión en 81,4% y Ansiedad en el 100% de los pacientes, en coincidencia con lo reportado por Taub (39) sobre la presencia de trastorno de salud mental relacionado al deterioro de salud del paciente hematoncológico; que a su vez superan lo reportado por Pérez(40) en su estudio, el cual señala la presencia de alteraciones psicológicas en 30-50% de estos pacientes.

En relación al tiempo de resolución de la neutropenia febril, que fue en promedio de 3,44 días, desviación estándar 2,19 días, con valor mínimo de 1 día y máximo de 9 días, con mayor proporción de resolución entre 2 a 5 días (66,7%), se encuentra coincidencia con lo reportado por Méndez (34) con ausencia de fiebre en la totalidad de su muestra a las 72 horas de cumplir antibioticoterapia empírica, lo que independientemente del agente causal logra la adaptación de farmacoterapia y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, que fue en promedio 4,37 días, distribuido en su mayoría entre 2 a 5 días con 74,1% ($Z= 3,27$; $P=0,0005$), seguido de 6 a 10 días con 22,2% y >10 días con 3,7%; lo que coincide con lo reportado Vega (38) en cuanto a que solo del 3 – 5 % de los pacientes en manejo ambulatorio de Neutropenia febril según protocolo de valoración de riesgos, puede presentar complicaciones, y que es mayor el porcentaje de pacientes que se benefician del confort y mejora de la calidad de vida en el proceso de resolución de su enfermedad, lo que es demostrado con la reducción de costos sanitarios y exposición a infecciones nosocomiales. En este sentido, destaca el cambio de apreciación y decisión del paciente hematoncológico ante la necesidad de acudir al centro médico para recibir asistencia sanitaria, el primer enfoque de búsqueda fenomenológico, mostró que el paciente prefería no acudir a la emergencia para ser hospitalizado en el sistema convencional, y en los datos

obtenidos en la escala de valoración de atención sanitaria PCAT-A10 se encontró que el 85,2% de los pacientes asistirían sin dudar al centro asistencial, en tanto que 4 (14,8%) consideraron esta alternativa probable, luego del cambio en el sistema de atención convencional, lo que apoya la teoría que plantea los cambios favorables de la ejecución del servicio sanitario desde la perspectiva y adaptación de los sistemas complejos tal como señala la Organización Mundial de la Salud. (42) Sin embargo, en la valoración de apreciación de atención según el modelo integrativo propuesto se encuentran hallazgos que no pueden relacionarse a estudios previos, pero confirman la necesidad de continuar los esfuerzos de mejorar el alcance de la atención medico sanitaria desde la mirada compleja y adaptándose a la tecnología disponible, así, el 55,6% opinó que cuando su centro está abierto y se pone enfermo/a No, en absoluto nadie le visita alguien de allí el mismo día, frente al 33,3% que opina que Sí es probable y 11,1% que No es probable; cuando de necesitarlo ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso? y la existencia de algún número para asistencia remota, el 55,6% opinó que Sí es probable, 37,0% opinó que Sí, Sin duda, y 7,4% opinaron que era probable que no. Lo que demuestra que el modelo integrativo puede ofrecer mayor asistencia remota que presencial ambulatoria, esto probablemente relacionado a los aspectos legales que enmarcan la atención médico – sanitaria del personal dentro de la institución y por tanto limitan la disponibilidad de atención fuera de las instalaciones, pero a su vez denota una debilidad en el alcance de la red ambulatoria para complementarla.

También es notoria la necesidad de continuar mejorando los aspectos de comunicación entre el paciente y el sistema de atención, aunque se encuentran cambios favorables, de una atención distante, fría, interrumpida según el *verbatim* de los pacientes a una calificación

objetiva más probable de recibir atención, tanto de forma presencial como por vía telefónica. Es importante notar, como el paciente, a pesar de que el sistema de atención sanitaria en el sector público enmarcado por guardias rotativas, encuentra que es positivamente probable e incluso afirma que puede ser atendido por su médico y este a su vez conoce de los problemas sanitarios que tenga.

En cuanto a la Continuidad de Asistencia, el 29,6% opina que No es probable que le atienda siempre el mismo médico/a o enfermero/a y el mismo porcentaje consideró que esto no era probable en absoluto, frente al 25,9% que indica que Sí, es probable. Ante la pregunta ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que le conoce mejor?: el 33,3% consideró que es probable, 29,6% dijo que es probable que no y 22,2% dijo que no en absoluto. El 55,6% considera que Sí, sin duda, su médico/a sabe qué problemas son más importantes para él, frente al 33,3% quienes aseguran que Sí, es probable. Los datos obtenidos muestran la necesidad de mejorar la proporción de apoyo y asistencia al paciente en periodo de neutropenia transitoria tal como señala Hellinger (32) en su estudio; pues de ello dependerá el acumulo de experiencias iniciales o posteriores que modifiquen su proceso de resolución en tiempo y grado de probables complicaciones.

En cuanto a la coordinación de atención ambulatoria, el 40,7% opina Sí, es probable que después de acudir al especialista, su médico/a habla habitualmente sobre ¿cómo ha ido la visita? Y el 33,3% opina que es probable que No. Lo que demuestra coincidencia con lo expuesto por Londoño (41) sobre la necesidad de aplicar un juicio clínico adecuado y hacer un buen seguimiento a cada paciente en el manejo ambulatorio de la Neutropenia Febril, así como brindar acceso a la atención médica de forma inmediata; de allí se toma la importancia de valorar el tiempo de espera para recibirla, del cual, en el estudio fue de 3,85

horas, en promedio (desviación estándar 1,51 horas), con valor mínimo de 1 hora y máximo de 7 horas. Sin contar con estudios previos que valoren el tiempo de espera para la atención médica de pacientes hematoncológicos en neutropenia febril, es necesario establecer que estos datos obtenidos constituyen un llamado de atención que debe generar cambios, como plantea Camorlinga (43) para buscar herramientas que adapten las actuales y conocidas dinámicas de trabajo interdisciplinario en la emergencia de adultos, para unificar la calidad, tiempo y resultados de la atención en los pacientes.

En la globalidad de la atención, y competencia cultural, el 62,9% opina que Sí, sin duda en su centro de salud, puede ser aconsejado sobre problemas de salud mental (por ejemplo ansiedad, depresión) y recomendaría a su médico o centro a algún familiar; lo que demuestra la inclusión del servicio de salud mental al esquema de atención del paciente hematoncológico; es valioso mirar cómo se transforma el bajo grado de *epimeleia* en el personal sanitario, para en *parresia* llegar a procurar factores de cuidado en el paciente y que a su vez muestre más probablemente empatía durante su estancia bajo el protocolo integrativo, por lo que coincido con Dionicio (22) en que la *epimeleia* y *parresia* son un imperativo ético en el personal médico sanitario; lo que pudo ayudar a disminuir el sentimiento de alienación, aislamiento o abandono experimentado por los pacientes del estudio, y tal como señala Pérez (40), se observa disminución de frecuencias del rango de ansiedad (Mínima, Leve y Moderada) y depresión (No depresión, Leve, Moderada y Severa) presentes en los pacientes, en comparación a los hallazgos del primer momento de estudio (Moderados, Severos y Muy Severos con riesgo de suicidio); lo que sugiere que el manejo integrativo, la reducción del tiempo de aislamiento y la asistencia psicoterapéutica

oportuna influyo favorablemente en la evolución de los pacientes, reduciendo su estancia hospitalaria y numero de reingresos.

En relación a la existencia de correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre los puntajes de depresión con puntaje de ansiedad ($\rho = 0,692$; $P = 0,00$), tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho = 0,478$; $P = 0,012$) y estancia hospitalaria ($\rho = 0,433$; $P = 0,024$); así como del número de ingresos que mostro correlación positiva y estadísticamente relevante con el tiempo de resolución de la Neutropenia ($\rho = 0,572$; $P = 0,002$) y estancia hospitalaria ($\rho = 0,698$; $P = 0,00$) y de igual manera, se correlacionaron positivamente el tiempo de resolución de la Neutropenia y la estancia hospitalaria ($\rho = 0,750$; $P = 0,00$); es relevante mencionar que todos los factores analizados mostraron mejoría en la valoración de los mismos; incluso aquellos en los que se aprecian resultados mínimos, son clínicamente relevantes, tal como señalan la Organización Mundial de la Salud (42) y Camorlinga (43) es necesario adaptar la atención del paciente hematológico en la emergencia de adultos bajo el enfoque de sistemas complejos; entender con la aplicación del modelo integrativo, que los pacientes con mayores niveles de ansiedad presentan niveles significativamente mayores de puntajes en la escala de depresión y lo mismo ocurrió respecto al tiempo de resolución de la Neutropenia; es un hallazgo que apoya plantear el aislamiento como una medida prudente de ingreso a sala sin condiciones especiales, mas no obligatoria, tal como reporta Blanch (29) en su protocolo de neutropenia febril, pues en los pacientes con mayor nivel de ansiedad y depresión tuvieron medianas significativamente mayores de tiempo de estancia hospitalaria, así como tiempo de resolución de la Neutropenia.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Síntesis de Hallazgos

La *epimeleia* y *parresia*, son actitudes necesarias en cada sujeto que pertenece al equipo médico sanitario, no puede dar cuidado si no cuida de sí mismo, no puede ofrecer verdad o coherencia en su actuar profesional si no está abierto a reflexionar sobre sí mismo desde la verdad. El paciente recibe más que fármacos e indicaciones, recibe energía y trato personal, absorbe todo lo que es llevado por el personal de salud, de forma voluntaria o no, y es un imperativo ético considerarnos para considerar a otros desde el bien ser, para el bien estar y hacer.

Los pacientes observados mostraron la capacidad de adaptación y disposición necesaria para mirar su enfermedad y abrazar sus miedos, enfrentar la ansiedad y tomar valor en los aspectos fisiológicos y básicos de la vida: seguridad y filiación.

El estudio mostró en los pacientes incluidos del protocolo integrativo, que la depresión y ansiedad presente desde el inicio de la enfermedad, puede disminuir su nivel, al reducir el tiempo de aislamiento con el manejo ambulatorio y aunado al acompañamiento psicoterapéutico oportuno, dejan de ser un factor predisponente para aumentar el tiempo de resolución de la neutropenia y la estancia hospitalaria.

La comunicación efectiva entre el paciente y el personal médico – sanitario es un factor que marca un antes y después, con la aplicación del protocolo integrativo, pues, a pesar de que no hay apreciaciones absolutamente positivas en la mayoría de los pacientes, sí se observa

mejoría de tal apreciación; así mismo, el personal médico – sanitario se encontró más dispuesto a mantener la acción al logro, con la evolución favorable de los pacientes.

La Responsabilidad y Resiliencia son las características principales de cada factor humano que integra el equipo de asistencia al paciente hematoncológico, pues ante la adversidad, eligieron construir alternativas de atención y su adaptabilidad a comprender la impermanencia los llevó a operar como sistemas complejos para encontrar soluciones.

Se corroboró la existencia de correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre los puntajes de depresión con puntaje de ansiedad, tiempo de resolución de la Neutropenia y estancia hospitalaria. A su vez, el número de ingresos tuvo correlación positiva y estadísticamente relevante con el tiempo de resolución de la Neutropenia y estancia hospitalaria. De igual manera, se correlacionaron positivamente el tiempo de resolución de la Neutropenia y la estancia hospitalaria.

Por lo que cada paciente hematoncológico como unidad hermeneútica pudo demostrar estadísticamente que la atención médico – sanitaria bajo un modelo integrativo, permitió la resolución del estado neutropénico febril en poco tiempo, con estadía hospitalaria baja y menor número de reingresos, aun cuando presenten trastornos psicológicos como ansiedad y depresión; la cohesión del sistema médico-sanitario interinstitucional con el paciente-familiar, en manejo ambulatorio, logra disminuir los niveles de Depresión y Ansiedad al no encontrarse en aislamiento prolongado.

En relación al efecto sobre los parámetros estadísticos de Morbilidad y Mortalidad en la Emergencia de Adultos, las patologías hematoncológicas pasaron del 6to al 8vo lugar en causas descritas durante los últimos 2 meses de estudio.

Desde la mirada del pensamiento complejo, puedo aproximarme a concluir que el personal médico sanitario, con el acompañamiento adecuado y continuo, operando como sistemas adaptativos según las circunstancias, que mantengan canales de comunicación multidisciplinaria e interinstitucional efectivos, tienen la capacidad de dar mejor asistencia sanitaria a los pacientes hematoncológicos sin olvidarse de sí mismos, ofrecen altos estándares de actuación profesional que van más allá de la visión reduccionista del aislamiento, y se aproximan a la calidad de atención de un ser a otro ser.

Limitaciones

El continuo y frecuente cambio en las autoridades sanitarias durante el periodo de estudio, conllevó a retrasos de perisología para la ejecución de la investigación.

La disminución progresiva del personal sanitario conllevó a sobrecarga laboral en los factores humanos relacionados al estudio.

Recomendaciones

La disponibilidad y acceso de recursos tecnológicos como señal abierta de wifi e internet activo son necesidades que pueden extenderse a todos los servicios del hospital, ya que permitió la comunicación efectiva entre ambos centros asistenciales, de manos del personal médico – sanitario.

Es necesario aumentar la cantidad de recursos humanos que integren al equipo de atención multidisciplinaria, cada día crece el volumen de pacientes y el talento humano es menor.

La aplicación de talleres y continuos grupos de discusión, es la herramienta que ayudaría a mantener la actualización de los temas relacionados a la atención del paciente hematoncológico y de este modo mantener en el tiempo el acceso a la capacitación técnico – académica del personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lewis MA, Hendrickson AW, Moynihan TJ. Oncologic emergencies: pathophysiology, presentation. *Cancer J Clin* 2011; 61:287-314. doi: 10.3322/caac.20124.
2. Al-Tawfiq J, Hinedi K, Khairallah H, Saadeh B, Abbasi S, Noureen M, et al. Epidemiology and source of infection in patients with febrile neutropenia: a ten-year ongitudinal study. *J Infect Public Health* 2019; 12(3):364-366. doi: 10.1016/j.jiph.2018.12.006.
3. Rodríguez M, Paneque M, González J. Importancia del mapa microbiológico en el tratamiento antibiótico empírico de pacientes hematológicos con neutropenia febril". *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 2021; 37(2).
4. Higdon ML, Atkinson CJ, Lawrence KV. Oncologic emergencies: recognition and initial management. *Am Fam Physician* 2018; 97(11):741-748.
5. Real Academia Española. Diccionario de Lengua Española. [En línea] 2021. <https://dle.rae.es/pluralismo>.
6. Morin E. Edgar Morin El Padre del pensamiento complejo. Pensamiento complejo y educación. [En línea] 2019. <https://www.edgarmorinmultiversidad.org/>.
7. Díaz Portillo I. Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Editorial Pax, 1986.
8. Martínez Angulo, Marta Rosa y otros. Manual de técnicas de exploración psicológica. La Habana, Cuba: s.n., 2013.
9. León L, Vásquez R. Indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana de Koppitz en niños maltratados y no maltratados. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012.
10. Pozo R. Aplicación e interpretación del test dibujo de la figura humana (según el sistema de E., Koppitz). 2005, ACADEMIA, pág. <1>.
11. Diaz D, Garcia G, Bautista L. Perfil psicológico del aspirante al curso de paramédicos de la cruz roja delegación Morelia, Michoacán. *Rev Elec Psic Izt.* 2018;21(3):1233-1252.
12. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
13. Beck A, Steer R. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). 1980.
14. Gadamer G. Verdad o Método. Fundamentos de una Hermenéutica. España: Editorial Sígueme; 1988.
15. Heidegger M. Ser y tiempo. España: Editorial Fondo de Cultura Económica. Undécima Reimpresión, 1967.
16. Gadamer G. El Giro Hermenéutico. España: Editorial Cátedra, 1995.

17. Rochaa KB, Rodríguez-Sanzb M, Berraf S, Borrellb C, Pasarín I. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10, Córdoba Argentina Rev Elec Elsevier , enero 2020, Vols. 53. Núm. 1. pag 3-11.
18. Alonso M. Diccionario histórico y moderno de la lengua española (siglos XII al XX) etimológico, tecnológico, regional e hispanoamericano. Enciclopedia del idioma, págs. t iii, p. 2989. 3 .
19. Pérez G. Del dualismo cartesiano a la psiconeuroinmunología Nuevos horizontes de ayuda a pacientes oncológicos a partir de la intervención del psicólogo de la salud. Revista de Investigacion Psicológica versión On-line 2018; pág. 20. La Paz .
20. Mortari L. Filosofía del Cuidado. Editorial Universidad del Desarrollo. 2019. Chile. ISBN: 978-956-374-035-6
21. Polo M. La Responsabilidad Ética. Veritas. 2019.
22. Dionicio M, Delgado E. La epimeleia y la parrhesía: un estilo de existencia, un decir verdadero. Resistencia y ejercicio de la libertad en nuestra actualidad. Epub 20-Nov-2020. ISSN 0188-6649. [En línea] diciembre de 2020. <https://doi.org/10.21555/top.v0i59.1107..>
23. Cabrera Y, Alaín R, López E, López Cabrera E. ¿Nos enferman las preocupaciones? Una respuesta desde la Psiconeuroinmunoendocrinología. Medisur 2017; 15(6).
24. Torres HA, Bodey GP, Rolston KVI, Kantarjian HM, Raad II, Kontoyiannis DP. Infections in Patients with Aplastic Anemia: Experience at a Tertiary Care Cancer Center. Cancer 2003; 98(1):86-93.
25. Hughes WT, Armstrong D, Bodey GP, Bow EJ, Brown AE, Calandra T, Feld R, Pizzo PA. Guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer. 2002.
26. Reagan JL. Neutropenic Fever Empiric therapy. Medscape 2022; págs. 1-4.
27. Morales M. ¿El próximo gran avance? La secuenciación de nueva generación de ADN de células microbianas libres mediante la prueba Karius. ELSEIVER Boletín de Microbiología Clínica. 1 de mayo de 2021, 43(9): 69-79
28. Ceken S, Gedik H, Iskender G, Demirelli M, Mert D, Yapar, et al. Evaluation of Risk Factors for Mortality in Febrile Neutropenia. J Infect Dev Ctries 2020; 14(8):886-892.
29. Blanch JJ, Alonso C, Tirado C, Jara C. Protocolo de Neutropenia febril del Complejo Universitario de Albacete. Servicio de medicina Interna. [En línea] http://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/neutropenia.htm.
30. Biomedica, Academia. Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela. Neutropenia Febril: una revisión del tema. [En línea] Julio-Septiembre de 2003. <https://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=80&n=3187&m=3&e=3190>.
31. Olazabal I, Bereciartua E. Tratamiento Antimicrobiano Empírico y Manejo inicial de la Neutropenia Febril en el adulto-Hospital Universitario de Cruces. [En línea] Mayo 2014.
32. Hellinger W. Neutropenia febril: profilaxis y tratamiento Febrile neutropenia: prophylaxis and treatment. Medwave 2001; 1(05):e3102 doi: 10.5867/medwave.2001.05.3102.

33. Madrid C, Díaz L, Combariza J, Gálvez K, Olaya V, Ramírez I, et al. Epidemiología de la neutropenia febril en pacientes adultos con neoplasia hematológica, en un período de 26 meses en el Hospital Pablo Tobón Uribe, Colombia. *Rev. chil. infectol.* 2013; 30(2):195-201
34. Méndez R. Proteína C Reactiva y Procalcitonina en Pacientes Hematooncológicos con Neutropenia Febril Ciudad Hospitalaria “Doctor Enrique Tejera”Periodo Agosto 2014 Abril 2015. Valencia - Vzla : S.N., 2015.
35. Ojeda O. Hemocultivos en pacientes hematoncologicos con neutropenia febril que ingresan a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en periodo 2015. Valencia - Vzla. : s.n., 2015.
36. Fernández MB. Predicción del riesgo de infección grave en niños con neutropenia febril secundaria a quimioterapia. Tesis Doctoral.Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2017.
37. Ortega J, Noboa A. Etiología bacteriana y susceptibilidad antibiótica en adultos con leucemias agudas y neutropenia febril con factores de alto. *Rev. Oncol. Ecu* 2021;31(1):74-85.
38. Vega A, Jiménez R, Muñoz A, Meraz Y. Neutropenia grave y fiebre. *Medscape* 2023.
39. Taub D. Novel Connections between the Neuroendocrine e Immune Systems: the Ghrelin Immunoregulatory Network. *Vitam.Hor.* 2008; 77:325-346.
40. Pérez GC. Del dualismo cartesiano a la psiconeuroinmunología. [En línea] 2018. <http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000200011&lng=es&nrm=iso>.
41. Londoño Gallo A. Tratamiento ambulatorio del paciente con neutropenia febril. *Iatreia* 2008; 21(1):63–74.
42. World Health Organization. Sistemas y el efecto de complejidad en el cuidado del paciente. Errar es de humanos. World Health Organization. 2012.
- 43.CamorlingaP,CamorlingaS.Liderando el Departamento de Emergencias como un Sistema Adaptativo Complejo. *The Value of Systems and Complexity Sciences for* . Suiza : Stumberg, 2016, págs. 205-216.

ANEXOS

Anexo A

Ficha de Recolección de Observación Fenomenológica Momentos 1 y 2

Relatos	Unidad Categórica
Vbp: "....."	
Vbpe: "....."	
Vbpm: "....."	

Nomenclatura:
Vbp: Verbatum del paciente
Vbpe: Verbatum de personal de enfermería
Vbpm: Verbatum de personal medico

Índice PCAT-A10 para valoración de la atención sanitaria.

	NO LO SABE	NO, EN ABSOLUTO	ES PROBABLE QUE NO	ES PROBABLE QUE SI	SI, SIN DUDA
PRIMER CONTACTO					
1. Cuando tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va a su médico/a o centro antes de ir a otro sitio?					
2. Cuando su centro está abierto y se pone usted enfermo/a ¿le visita alguien de allí el mismo día?					
3. Cuando su centro está abierto, ¿pueden aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso?					
4. Cuando su centro está cerrado, ¿hay algún número de teléfono al que pueda llamar si se pone enfermo/a?					
CONTINUIDAD DE LA ATENCION					
5. Cuando va a su centro, ¿le atiende siempre el mismo médico/a o enfermero/a?					
6. Si tiene alguna pregunta, ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que le conoce mejor?					
7. ¿Sabe su médico/a qué problemas son más importantes para usted?					
COORDINACION DE LA ATENCION					
8. Después de acudir al especialista, ¿su médico/a habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita?					
GLOBALIDAD DE LA ATENCION					
9. En su centro de salud, ¿puede ser aconsejado sobre problemas de salud mental (por ejemplo ansiedad, depresión)?					
COMPETENCIA CULTURAL					
10. ¿Recomendaría su médico/a o centro a un amigo o familiar?					

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE 3ER MOMENTO DE INVESTIGACION				
PACIENTE			GENERO	
IDENTIFICACION			EDAD	
DIAGNOSTICO				
ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA:				
VAN		TEMPERATURA		
REALIDADES OBTENIDAS POR MEDIO DE ENTREVISTAS A PACIENTE DE PROTOCOLO PLURALISTA	PREVIO INCLUSION AL PROTOCOLO	EN CONTEXTO DE NEUTROPENIA	POSTERIOR A SUPERAR NEUTROPENIA	N/A
CANTIDAD DE INGRESOS A HOSPITALIZACION				
TIEMPO DE RESOLUCION DE NEUTROPENIA FEBRIL				
VALORACION DE CALIDAD DE ATENCION SANITARIA				
TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCION SANITARIA EN NEUTROPENIA FEBRIL				

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐	☐

CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA
DIRECCION DE HOSPITAL MEDICO - QUIRURGICO
SERVICIO DE EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA
PROTOCOLO INTEGRATIVO DE MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTE
HEMATONCOLOGICO EN NEUTROPENIA FEBRIL

Las siguientes indicaciones, están dirigidas al personal médico que tiene participación laboral en el servicio, tienen como principal finalidad la unificación de los criterios de trabajo y la optimización del servicio en salud a los pacientes incluidos en el protocolo.

Criterio de Aplicación: Paciente Adulto que acude con diagnóstico de patología hematológica (previamente determinado por estudio de inmunohistoquímica, aspirado y biopsia de medula ósea, validado por Servicio de Hematología) y en contexto de temperatura > 38°C.

Criterio de Exclusión: paciente con fiebre sin neutropenia.

Paciente neutropénico sin fiebre

Paciente Neutropénico con fiebre, pero sin diagnóstico hematológico

1.- Explicar el procedimiento y características del protocolo, a fin de que el paciente conozca oportunamente y de forma clara los propósitos y objetivos del mismo, para que pueda voluntariamente aceptar su participación en el mismo.

“En caso de que el paciente, una vez conocido el planteamiento del protocolo, decida no optar por este, deberá ser manejado según el esquema convencional de hospitalización bajo aislamiento inverso”

2.- Se realiza ficha e historia clínica, en la cual se mantendrán los datos e información de seguimiento del caso, en cada una de sus asistencias, permaneciendo la historia abierta en el servicio de emergencia, bajo custodia médica.

3.- Se realizará la indicación de hematología completa y una vez obtenido el resultado, se calculará en Valor Absoluto de Neutrófilos (VAN), para clasificar el caso según la escala de riesgo.

$$\text{VAN} = 10 \times (\% \text{ neutrófilos} + \% \text{ bandas}) / \text{WBC}$$

4.- Es importante señalar el día que corresponde al protocolo de quimioterapia actual, así como el tipo y número de ciclos cumplidos.

5.- Definir los días de Neutropenia

6.- Definir cuantitativamente el tiempo en condición febril.

7.- Indicación y toma de muestras para análisis de laboratorios, cultivos, multiplex, pruebas rápidas que ayuden a determinar el agente causal, antes de iniciar el tratamiento antibiótico empírico.

8.- Inicio de tratamiento antibiótico empírico según escala de riesgo



MASCC Scoring System to Identify Patients With Cancer and Febrile Neutropenia at Low Risk of Medical Complications*	
Characteristic	Weight
Burden of febrile neutropenia with no or mild symptomst	5
No hypotension (systolic blood pressure > 90 mmHg)	5
No chronic obstructive pulmonary disease‡	4
Solid tumor or hematologic malignancy with no previous fungal infection§	4
No dehydration requiring parenteral fluids	3
Burden of febrile neutropenia with moderate symptomst	3
Outpatient status	3
Age < 60 years	2

Abbreviation: MASCC, Multinational Association for Supportive Care in Cancer.
 *Maximum score is 26; scores ≥ 21 indicate a low risk for medical complications. Data adapted.^{12,217}
 †Burden of febrile neutropenia refers to the general clinical status of the patient as influenced by the febrile neutropenic episode. It should be evaluated on the following scale: no or mild symptoms (score of 5), moderate symptoms (score of 3), and severe symptoms or moribund (score of 0). Scores of 3 and 5 are not cumulative.
 ‡Chronic obstructive pulmonary disease means active chronic bronchitis, emphysema, decrease in forced expiratory volumes, or need for oxygen therapy and/or steroids and/or bronchodilators requiring treatment at the presentation of the febrile neutropenic episode.
 §Previous fungal infection means demonstrated fungal infection or empirically treated suspected fungal infection.

Otros FR

ECOG

Estado Nutricional

Tipo Ca

Tipo Quimioterapia

>21: <3% riesgo

<15: 36% riesgo

Grupos de riesgo en los pacientes con neutropenia febril

Bajo Riesgo	Alto Riesgo
Duración anticipada de neutropenia < 7 días	Duración anticipada de neutropenia > 7 días
Tumor solido o leucemia en tratamiento de mantenimiento	Leucemia con Quimioterapia de inducción o TMO
Ausencia de enfermedades asociadas	Condiciones médicas comorbidas: hipotensión, situación mental alterada, cambios neurológicos, insuficiencia respiratoria, deshidratación, dolor abdominal, hemorragia, compromiso cardiaco o arritmias, infección del túnel de catéter u otra celulitis extensa, insuficiencia renal o hepática.
Fiebre de origen no determinado	Bacteriemia neumonía y otras infecciones graves documentadas.
	Edad > 65 años
	Paciente ingresado en el momento de la neutropenia febril.

La posibilidad de cualquier criterio: considerar como alto riesgo

Tratamiento ambulatorio:

El tratamiento antibiótico oral es igual de eficaz que el tratamiento endovenoso

Para que sea posible plantear un tratamiento ambulatorio oral es importante que el paciente tenga:

- posibilidad de compañía 24 horas
- distancia desde el centro médico al domicilio de menos de 1 hora
- medio de transporte y teléfono accesible

El paciente debe ser nuevamente valorado a las 48 horas de iniciado el tratamiento oral.

El esquema estándar de elección es la combinación AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO + CIPROFLOXACINA, y en alérgicos a penicilina CLINDAMICINA +CIPROFLOXACINA

Antimicrobianos parenterales usados frecuentemente en neutropenia febril

Clase de antibiótico	Agente habitual	Espectro	Dosis	Comentario
Cefalosporinas de 3era generación	Ceftazidime	Bacterias entéricas algunos Gram negativos y <i>p. aeruginosa</i> . No cubre anaerobios	1-2 gramos cada 12 horas EV (6gramos día)	Solo Ceftazidima y Cefoperazona ante <i>p. aeruginosa</i> en LCR. Bueno penetración en LCR.
Cefalosporina de 4ta generación	Cefepime	Cocos Gram +. Gran variedad de bacterias	1 gramo cada 12 horas IV (4 gramos día)	Buena penetración en LCR.
Aminoglucosidos	Amikacina	Bacilos Gram negativos, especialmente bacilos entéricos. No cubre anaerobios	7,5mg/Kg/ c/8horas IV	Excelente penetración pleuropulmonar, pobre penetración en LCR.
Carbapenemicos	Imipenem	La mayor parte de Gram+ y Gram – aerobios, incluyendo <i>p. aeruginosa</i> y enterococcus. Excelente cobertura anaerobica	500mg c/6 horas IV (4 gramos día)	Solo <i>s. maltophilia</i> y 8 cepas no cubiertas; añadir Aminoglucosidos para tratamiento de <i>p. aeruginosa</i> . Bajos niveles en LCR
Penicilinas de amplio espectro	Piperacilina Tazobactam	Aerobios entéricos, incluyendo <i>p. aeruginosa</i> , enterobacter y serratia.	4-5 g c8-12 horas IV (21 gramos día)	añadir Aminoglucosidos para tratamiento de <i>p. aeruginosa</i> . Bajos niveles en LCR
Monobactamicos	Aztreonam	Gram - aerobios exclusivamente, incluyendo <i>p. aeruginosa</i> . No actividad frente a Gram +	1-2 g c/12h IV (8 gramos día)	Requiere añadir agente activo frente a Gram +. Puede usarse en alérgicos a penicilina o cefalosporinas. Buena penetración a líquidos biológicos.
Glucopeptidos	Vancomicina	Exclusivamente bacterias Gram +	1 gramo c/12 h IV (3 gramos día)	Penetra LCR cuando meninges inflamadas. No se usa en primera elección ni siquiera en los pacientes con vía central.

Anfotericina B	Anfotericina B	Amplia actividad antifúngica incluyendo <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Ascomycetes</i> , <i>Cryptococcus</i> , <i>Histoplasma</i> spp.		Las preparaciones liposomales tienen menor nefrotoxicidad con probada eficacia similar.
----------------	----------------	--	--	---

Antivirales No se recomienda el uso empírico de antivirales si no hay evidencia de infección vírica (B,II). No obstante, si aparecen lesiones cutáneas o en mucosas sugestivas de VHS o VVZ (frecuentes cuando hay mucositis subyacente) está indicado el tratamiento con Aciclovir para evitar una puerta de entrada a bacterias u hongos.

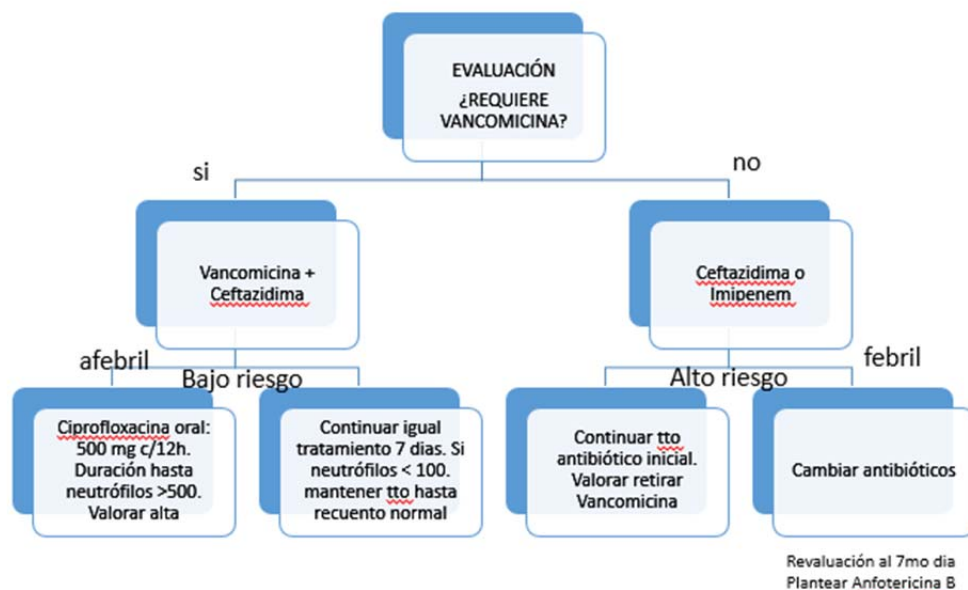
Manejo del paciente durante la primera semana. Se pueden establecer dos grandes grupos en función de la persistencia o no de la fiebre a las 72 horas. Si ha quedado afebril en los de bajo riesgo se puede pasar a antibióticos por vía oral (cefixima o quinolonas) con vistas a alta precoz. En los de riesgo elevado afebriles se mantendrán los mismos antibióticos.

En todos los casos con desaparición de la fiebre al 3^{er} día se recomienda mantener el tratamiento una semana o hasta que el recuento de neutrófilos esté de nuevo por encima de 500 / μ L, salvo cuando haya datos de inestabilidad o el recuento sea inferior a 100 / μ L que se mantendrán hasta la recuperación. Todas las recomendaciones anteriores son A, II, salvo la duración del tratamiento que es B,II.

En el caso de que persista la fiebre a las 72 horas sin un foco evidente hay que reevaluar clínicamente al paciente, con nuevas muestras de hemocultivos y determinación de niveles de antibióticos. Si no hay cambios clínicos en el paciente o es de bajo riesgo se continuará con la misma pauta antibiótica (B, III). Si hay deterioro se cambiarán los antibióticos (añadiendo Vancomicina, cambiando Ceftriaxona por Imipenem, etc). Si hay datos clínicos evidentes de mucositis, añadir antimicrobiano con cobertura anaerobia (si no recibe ya Imipenem).

La duración de los antibióticos en este grupo de pacientes con fiebre a las 72 horas sería de 2 semanas y posterior reevaluación (B, II). Puede ser algo menor si el paciente ha

Algoritmo Neutropenia Febril



recuperado las cifras de neutrófilos. Se recomienda añadir Anfotericina B (dosis de 0,5- 1 mgr/Kg/ peso/día hasta una dosis acumulada de 1-1,5 gr al tratamiento) cuando persiste la fiebre tras una semana de tratamiento y no hay resolución de la neutropenia. La recidiva o persistencia de la infección es improbable con recuentos superiores a 500 / μ L tras 5-7 días de tratamiento antibiótico. Entonces se pueden suspender a los 4-5 días de la recuperación del recuento, aunque persistan con fiebre. En la **Figura 1** se propone un algoritmo de manejo de la neutropenia febril.

9.- Respecto a la Monitorización de pacientes:

- Solo se indicará manejo ambulatorio, con autorización de un especialista adjunto al servicio, posterior a la discusión y conocimiento del caso, en conjunto con el directivo y médico de guardia del Centro Hospitalario receptor se mantendrá comunicación abierta para seguimiento vía remota del caso.

- Todos los pacientes que se incluyan y se encuentren en atención activa deberán ser entregados por el **residente a cargo Y el R3 de su área de rotación**, para ser recibido por el **Especialista de Guardia** de medicina Interna, quien lo evaluará cada 48 horas y entregara a la guardia siguiente sucesivamente.

- Los pacientes en estado crítico que requieran traslado de Emergencia o a otros servicios (UCI, URPA, MATERNIDAD, Cirugía-Quirófano, Nefrología) deberán ser presentados por el residente a cargo Y el R3 de Guardia, dicha eventualidad será descrita en la nota evolutiva del caso, con justificación clínica y hallazgos paraclínicos pertinentes, y serán separados del presente protocolo.

- El médico realizara anotación pertinente de los avances o asociaciones clínicas en el paciente, obtenidas por anamnesis (incluso aportados por el cuidador principal) y por examen físico:

- Se revisará, como lista de cotejo, el

- Bacteriemia
- Infecciones relacionadas con catéteres intravasculares
- Cavidad oral (*C. albicans*, HVS)
- Faringe y esófago (HVS, CMV, bacterias, *C. albicans*)
- Infecciones intraabdominales (tiflitis, colitis pseudomembranosa)
- Pleuropulmonar
- Piel (sitios de punción, vías, periungueal) y partes blandas
- Raros: SNC, urinario, CV

seguimiento de normas y hábitos profilácticos, buscando el surgimiento de dudas que puedan

resolverse (esquema nutricional, aseo e higiene, condiciones de vivienda, exposición biológica o ambiental)

Recuerde: El conteo de VAN deberá realizarse cada 48 horas.

- La revaluación medica del paciente en manejo ambulatorio se hará cada 48 horas o antes si presenta cambios clínicos o signos de alarma.

10- Los cambios o eventualidades deben ser notificados inmediatamente:

Cambios en la escala de riesgo:

Requerimientos transfusionales:

Deseo de retiro voluntario del protocolo en curso

Criterios de Hospitalización: _____

11.- Para el cumplimiento de tratamiento antibiótico empírico:

- Actualizar diariamente el listado de antibióticos disponibles.

- Revisar análisis paraclínicos previos (resultados o tiempo de espera).

- Revisar tiempo de administración de tratamiento empírico y efectividad clínica, registrando duración, cambios y justificando ambos.

12.- Se iniciará el Registro de procedimientos médicos y se contabilizará el tiempo de permanencia del mismo, así como los recambios de catéteres que sean necesarios.

13.- Las Interconsultas (Salud Mental, Infectología, Cirugía) que se soliciten deberán cumplir con los requerimientos de datos e información clínica pertinente, así como justificación de la misma, DEBE ESTAR SELLADA POR UN ESPECIALISTA ADJUNTO AL SERVICIO Y LLEVAR COPIA.

Table 2. Microbiological Findings.

Microorganisms isolated from blood cultures	n (%)
<i>E.coli</i> (ESBL+)	18 (10)
Coagulase-negative staphylococci (methicillin-resistant)	6 (5)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL+)	6 (2)
<i>Candida</i> spp.	2
<i>Aeromonas</i> spp.	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1
<i>Streptococcus</i> spp.	1
<i>Phaeoacremonium parasiticum</i>	1
Microorganisms isolated in other cultures (urine, sputum, abscess, tissue)	n
<i>E.coli</i> (ESBL +)	6 (1)
<i>Enterococcus</i> spp.	3
Coagulase-negative staphylococci (methicillin-resistant)	1 (1)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL +)	2 (2)
<i>Aspergillus</i> spp.	1
<i>Acremonium</i> spp.	1

Tomado de: J Infect Dev Ctries 2020; 14(8):886-892

En caso de no ser recibida: solicitar la exposición escrita del motivo en la copia, de obtener negativa, hacer comentario explicativo detallado en la evolución del día en la historia clínica.

13.- El acompañamiento al sistema de apoyo incluye la verificación de comprensión de la condición clínica del paciente, la fase actual, el propósito del tratamiento, la dieta y los cuidados a recibir, tanto como el apoyo psicoterapéutico del paciente y cuidadores principales.

14. Aplicar el test de valoración de atención sanitaria al finalizar el periodo de hospitalización según la escala PCAT-A10.