

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**ESTIMACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN  
PACIENTES FALLECIDOS UTILIZANDO EL MÉTODO MURTAGH  
EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DURANTE EL AÑO  
2023**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**Presentado por:**

**WILBER LEONCIO ZAPANA ROCHA**

**Asesor:**

**Méd. MARCO C. A. RIVAROLA HIDALGO**

**ORCID: 0000-0001-7317-9177**

**TACNA – PERÚ  
2024**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres y hermanos que siempre me apoyaron incondicionalmente y creyeron en mí.*

*A mi hermana Juana que desde el cielo me cuida y que nunca dejara de hacerlo.*

*A mis maestros, amigos, compañeros y todas las personas que de una u otra forma me apoyaron para lograr mis objetivos.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi familia, que me brindaron su apoyo incondicional y palabras de aliento en todos los días de mi formación académica.*

*A mi asesor de tesis, Médico Marco Rivarola Hidalgo, quien se dio tiempo en su agenda laboral para poder brindarme su conocimiento y corregir mis errores a lo largo de la presente investigación.*

*A mis jurados de tesis, Médico Intensivista Regina Rivera de Vela,  
Médico Internista Orlando José Vargas Anahua y  
Médico Cirujano Brayan Miranda Chávez quienes revisaron mi presente trabajo de investigación y me hicieron las correcciones pertinentes para la mejora de este.*

*A mis compañeros de clase y amigos, quienes me brindan su apoyo incondicional a lo largo de este proceso. Su colaboración y su disposición para discutir ideas han sido de gran ayuda y han contribuido en gran medida a mi crecimiento académico y personal.*

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **Wilber Leoncio Zapana Rocha**, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI **40017108**, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

**“Estimación de la necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos utilizando el método de Murtagh en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2023”**

Asesorada por **Méd. Marco C.A. Rivarola Hidalgo** la, cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normativa vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 40017108

FECHA: 17/07/2024

## RESUMEN

**Objetivo:** Estimar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos del hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2023.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal utilizando registros médicos físicos y electrónicos de pacientes que hayan fallecido en el hospital Daniel Alcides Carrión en el año 2023. Se realizó un muestreo del tipo censal. Se utilizó el método de estimación Murtagh.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 76 años, así como el 54.81% representó al sexo masculino. La mediana de hospitalización en días fue de 9 (RIC 4 a 17). En el 27.20% de la población se realizó un plan de reanimación aguda. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y neoplasias representando el 34.11% y 31.80% de la población. La necesidad de cuidados paliativos se estimó en el 82.85%. Dentro del grupo de pacientes que necesitaron cuidados paliativos se reportó que la mediana de visitas a urgencias y consultas externas en los últimos 6 meses fue de 2 (RIC 1 a 4) y 8 (RIC 5 a 13) respectivamente. Así como el uso de pruebas de imagen y analítica de sangre en la última hospitalización la cual fue 2 (RIC 1 a 4) y 10 (RIC 4 a 20) respectivamente.

**Conclusiones:** Se pudo conocer que en los pacientes que fallecieron durante el año 2023, existió una alta demanda que necesitó del servicio de cuidados paliativos. Asimismo, también se reportó una alta demanda de otros servicios en pacientes al final de la vida.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, muerte, recursos hospitalarios, cuidado terminal

## ABSTRACT

**Objective:** Estimate the need for palliative care in deceased patients from the Daniel Alcides Carrion hospital during the year 2023.

**Materials and Methods:** Descriptive, retrospective, cross-sectional study using both physical and electronic medical records of patients who died at the Daniel Alcides Carrion hospital in 2023. A census-type sampling was conducted. The Murtagh estimation method was used.

**Results:** The median age was 76 years, and males represented 54.81% of the sample. The median hospitalization duration was 9 days (IQR 4 to 17). An acute resuscitation plan was executed in 27.20% of the cases. The most common comorbidities were hypertension and neoplasms, accounting for 34.11% and 31.80% of the population, respectively. The need for palliative care was estimated at 82.85%. Within the group requiring palliative care, it was reported that the median number of visits to emergency and outpatient services in the last 6 months was 2 (IQR 1 to 4) and 8 (IQR 5 to 13), respectively. Also, the use of imaging tests and blood analytics during the last hospitalization was 2 (IQR 1 to 4) and 10 (IQR 4 to 20), respectively.

**Conclusions:** It was observed that there was a high demand for palliative care services among patients who died during the year 2023. Additionally, a high demand for other services at the end of life was also reported.

**Keywords:** Palliative care, death, hospital resources, terminal care

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTOS .....	3
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INDICE .....	7
INTRODUCCIÓN .....	9
1. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	10
1.1 Formulación del problema .....	10
1.2 Objetivos de la investigación .....	10
1.2.1 Objetivo general.....	10
1.2.2 Objetivos específicos .....	10
1.3 Justificación .....	11
2. CAPÍTULO II: REVISION DE LITERATURA .....	12
2.1 Antecedentes de investigación .....	12
2.1.1 Internacionales.....	12
2.1.2 Nacionales.....	14
2.2 Marco teórico .....	15
2.2.1 Estimación de cuidados paliativos Metodología de Murtagh.....	15
2.2.2 Enfermedades Propuestas en la necesidad de cuidados paliativos.....	17
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	18
3.1 Hipótesis .....	18
3.2 Operacionalización de variables .....	18
4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION .....	21
4.1 Diseño de investigación.....	21
4.1.1 Tipo de investigación.....	21
4.2 Ámbito de estudio.....	21
4.3 Población y muestra.....	21
4.3.1 Población .....	21

4.3.2 Muestra .....	22
4.3.3 Criterios de inclusión.....	22
4.3.4 Criterios de exclusión.....	22
4.4 Técnica y ficha de recolección de datos.....	22
4.4.1 Técnica.....	22
4.4.2 Instrumentos.....	22
5. CAPITULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE DATOS.....	25
5.1 Procedimiento de recojo de datos.....	25
5.2 Análisis estadístico .....	25
5.3 consideraciones éticas.. ..	25
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	32
CONCLUSION.....	36
SUGERENCIAS.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	43
ANEXO N° 01: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	43



## INTRODUCCIÓN

La carga de enfermedades crónicas y oncológicas aumenta potencialmente el riesgo de mortalidad y disminuye la calidad de vida. (1) Por eso es imprescindible aliviar el dolor y sufrimiento de las personas que padecen estas enfermedades. La Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos define a los cuidados paliativos como “La asistencia activa y holística de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave y especialmente de quienes están cerca del final de la vida” (2).

En el mundo, esta necesidad se estima en el 75 % de las muertes por enfermedades crónicas. (3) Además, según el reporte elaborado por The Lancet “Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage” estimó la necesidad de cuidados paliativos en personas que fallecieron durante el año 2015 en el 45% (25.5 de 56.2 millones). (4) Algunos datos más recientes propuestos por el Atlas Global de Cuidados Paliativos durante el año 2017, estimó la necesidad en 82%. (5) En Latinoamérica la situación es bastante desilusionante, dado que hasta el año 2017, aproximadamente 2 millones de personas necesitaban cuidados paliativos, pero solo el 1% recibían estos servicios. (6). Es preciso recalcar que existen diversas estimaciones para la necesidad de cuidados paliativos (algunas más conservadoras que otras). (7) Para este trabajo se utilizará la propuesta por Murtagh et al. (8) el cual es un método para estimar la necesidad de cuidados Paliativos utilizando un refinamiento de estimaciones previas elaboradas por Higginson (9) y Rosenwax. (10)

Finalmente, el Perú, no es ajeno a la situación Latinoamérica; si bien contamos con un Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas propuesto en el año 2021, hasta la fecha no se ha materializado. Adicionalmente, no se ha encontrado un estudio similar que proporcione datos sobre la necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos. (11) Por esta razón el objetivo del siguiente estudio es estimar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos del hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2023.

# **1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

## **1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la estimación de la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes que fallecieron en el hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2023?

## **1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes que fallecieron en el hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2023.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la cantidad de consultas externas en los últimos 6 meses de los pacientes que fallecieron y que se consideraron candidatos para cuidados paliativos en el Hospital Daniel Alcides Carrión a lo largo del año 2023.
- Identificar la cantidad de visitas a urgencias en los últimos 6 meses de los pacientes que fallecieron y que se consideraron candidatos para cuidados paliativos en el Hospital Daniel Alcides Carrión a lo largo del año 2023.
- Reportar la cantidad de ingresos a la unidad de cuidados intensivos (UCI) en los últimos 6 meses de los pacientes que fallecieron y que se consideraron candidatos para cuidados paliativos en el Hospital Daniel Alcides Carrión a lo largo del año 2023.
- Conocer el número de hospitalizaciones en el último año de los pacientes que fallecieron y que se consideraron candidatos para cuidados paliativos en el Hospital Daniel Alcides Carrión a lo largo del año 2023.

- Identificar las variables sociodemográficas de los pacientes fallecidos durante el año 2023 en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) identificó a Perú como uno de los países con un incremento significativo de pobreza durante el año 2021. (12) Esta tendencia preocupante se complementa con datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que en 2023 informó que el 33% de la población peruana se encontraba en situación de pobreza general. Esto es el equivalente monetario al costo de una canasta básica de consumo de alimentos y no alimentos inferiores a 446 soles por persona. (13) Este contexto socioeconómico se agrava aún más por el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales elevan el riesgo de mortalidad. (1) De hecho, en Perú, estas enfermedades son responsables del 69% de las muertes, con las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias encabezando la lista. (14) Aunque hasta la fecha del estudio no se ha realizado una estratificación específica que determine cuántas personas dentro del 33% de la población en pobreza son afectadas por enfermedades crónicas, es posible deducir que una porción significativa de este grupo padece y fallece sin acceso a cuidados paliativos o alivio del dolor adecuados. Agravando aún más la desigualdad y el sufrimiento que caracteriza al sistema de salud peruano.

Es importante mencionar que Perú ha propuesto un Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en 2021, el cual, hasta el momento, no se ha implementado. Este plan busca ser un hito en la integración de los cuidados paliativos dentro del sistema de salud del país

Hasta ahora, son escasos los estudios centrados en la problemática de los cuidados paliativos en Perú y ninguno ha estimado la necesidad de estos servicios entre los pacientes fallecidos. Por lo tanto, este trabajo aspira a ser pionero en abordar una temática de crítica necesidad en el país.

## 2. CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

#### 2.1.1. INTERNACIONALES

**Yang et al.** En su trabajo titulado **“Adult palliative care 2004-2030 population study: estimates and projections in Malaysia”** realizado durante el año 2015, en Malasia, es un análisis secundario de una base de datos de mortalidad comprendida entre los años 2004 a 2014. El mismo utilizó las estimaciones propuestas por Murtagh y el método de Gómez-Batiste. Los resultados principales fueron que el método de estimación de Murtagh reportó que las necesidades de cuidados paliativos crecieron un 40 %, de 71 675 casos en 2004 a 100 034 casos en 2014. (15)

**Mortin et al.** En su trabajo titulado **“Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries”** realizado durante los años 2011 a 2013, es un estudio transversal que utiliza las actas de defunción del año 2008 de los siguientes países: Bélgica, Canadá, República Checa, Inglaterra, Francia, Hungría. , Italia, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, España (Andalucía), Corea del Sur, Estados Unidos y Gales. El presente trabajo realizó las estimaciones propuestas por Rosenwax y Murtagh. Los resultados fueron los siguientes: La tasa de fallecimientos atribuibles a enfermedades que sugieren la necesidad de cuidados paliativos al final de la vida fluctuó del 38% al 74%. Se mostró una notable variación internacional: el porcentaje de la población que podría requerir cuidados paliativos fue más bajo en México, con un rango del 24% al 58%, en comparación con Estados Unidos, donde se situó entre

el 41% y el 76%. Esta proporción varió desde el 31% al 83% en Hungría y del 42% al 79% en España. (7)

**Kane et al.** en su trabajo titulado **“The Need for Palliative Care in Ireland: A Population-Based Estimate of Palliative Care Using Routine Mortality Data, Inclusive of Nonmalignant Conditions”** realizado en Irlanda durante el período 2007 a 2011 es un análisis secundario de un registro de defunciones. El presente estudio utilizó la estimación propuesta por Murtagh. Los principales resultados fueron: Se reportaron 141.807 muertes. El ochenta por ciento era de condiciones reconocidas como que tenían necesidades de cuidados paliativos asociadas, con 41.253 (30%) muertes por cáncer y 71.226 (50 %) muertes por enfermedades no cancerosas. (16)

**Nadine Scholten, Anna Lena Günther, Holger Pfaff.** En su trabajo titulado **“The size of the population potentially in need of palliative care in Germany - an estimation based on death registration data”** realizado en Alemania durante el año 2014, es un análisis secundario de un registro de defunciones. Este estudio utilizó las estimaciones propuestas por Murtagh y Rosenwax. Los principales resultados fueron: La estimación, basada en el método refinado de Murtagh, da como resultado que el 78% de los casos de muerte sean potencialmente elegibles para cuidados paliativos. (1)

**Masami Ito, Maho Aoyama, Fliss Murtagh** en su trabajo titulado **“Primary palliative care in Japan: needs estimation and projections - national database study with international comparisons”** realizado en Japón durante el año 2021, es un análisis secundario de un registro de

defunciones. El presente estudio utilizó las estimaciones propuestas por Murtagh. Los resultados principales fueron: El número de personas que podrían necesitar cuidados paliativos de 2020 a 2040 también aumentará linealmente de 1 059 000 a 1 405 000. La proporción de Alzheimer, demencia y senilidad de la necesidad total de cuidados paliativos aumentará al 43,4 % en 2040. (17)

**Serratusell et al.** en su trabajo titulado “**Evaluación cuantitativa de la atención recibida por los pacientes crónicos avanzados en un hospital comarcal**” realizado en España durante el año 2015, es un estudio observacional retrospectivo de las defunciones entre los meses de Enero a Abril del año 2015. Este estudio utilizó la estimación de cuidados paliativos propuesta por Rosenwax. Los resultados principales: La prevalencia de pacientes fallecidos que cumplieron criterios de necesidad de atención paliativa fue del 88,81 %, con una identificación previa de pacientes paliativos del 6,7 %. El cáncer apareció como diagnóstico en 44 de 119 casos. (3)

### **2.1.2. NACIONAL**

**No se encontraron antecedentes**

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### 2.2.1. ESTIMACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS METODOLOGÍA DE MURTAGH

Los métodos vigentes difieren en términos de enfoque y fuentes de datos utilizadas. Por un lado, Higginson se basa en la causa de muerte y la prevalencia de síntomas, especificando a través de la prevalencia del dolor que un 60.28% de los decesos requieren de cuidados paliativos. Por otro lado, Rosenwax aplica la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), analizando causas de muerte y datos de utilización hospitalaria, y calcula que entre el 37.01% (con un intervalo de confianza del 95% de 36.94% a 37.07%) y el 96.61% (con un intervalo de confianza del 95% de 96.58% a 96.64%) de las muertes ameritan cuidados paliativos. (8)

La estimación Murtagh et al. refinó el método de Rosenwax en 2014 porque, según los autores, el método mínimo que Rosenwax et al. describió, subestima el número de personas que pueden necesitar cuidados paliativos. Se añadieron códigos de diagnóstico adicionales y se eliminaron otros para tener en cuenta los cambios en las prácticas de diagnóstico y tratamiento. Se excluyeron las neoplasias benignas, y se incluyeron las enfermedades cardíacas crónicas, las cardiopatías hipertensivas e isquémicas, y las enfermedades cerebrovasculares. Las categorías de insuficiencias renales y hepáticas se ampliaron para incluir también las insuficiencias renales y hepáticas crónicas. Se incluyeron otras enfermedades crónicas, respiratorias y neurodegenerativas, como la esclerosis múltiple y la parálisis supranuclear progresiva. Además, todos los tipos de demencia y enfermedades de Alzheimer se añadieron a la clasificación de Rosenwax.

Finalmente, el método de Murtagh se estratifica en 4 categorías: Mínima, medio, medio superior y máxima (similar a la propuesta).

- **Mínimo:** Se basa en el número de muertes por condiciones especificadas mediante los códigos CIE-10. Estos se dividen en muertes por causas oncológicas (C00-C97) y no oncológicas (I00-I52, I60-I69, N17, N18, N28, C64, I12, I13, K70-K77, J06-J18, J20-J22, J40-J47 and J96, G10, G20, G35, G122, G903, G231, F01, F03, G30, R54, B20-B24).
- **Medio bajo:** Amplía la estimación mínima (como la definida por Rosenwax) al incluir también casos de personas que fueron admitidas al hospital durante el año anterior a su muerte con la misma condición documentada como causa de la muerte subyacente. Además, incluye las muertes en las que el Alzheimer, la demencia, la senilidad o la insuficiencia renal crónica están registradas como causas contribuyentes. Esta estimación busca identificar enfermedades específicas que suelen estar subreportadas.
- **Medio alto:** Incluye todas las muertes que mencionan alguna de las 10 condiciones de interés descritas mediante los códigos CIE-10 en el certificado de defunción, ya sea como causa principal o contribuyente.
- **Alto:** Similar a la estimación máxima de Rosenwax, considera que se requirió cuidados paliativos en todas las muertes excepto las súbitas, envenenamientos, lesiones, o aquellas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y el período perinatal.



## 2.2.2 ENFERMEDADES PROPUESTAS EN LA NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Tabla 01: Diagnósticos propuestos por la estimación de Murtagh et al.**

Enfermedades propuestas	Enfermedades	CIE 10
ENFERMEDADES INCLUIDAS EN MURTAGH ET AL.	NEOPLASIAS	C00-C97
	ENFERMEDADES CARDIACAS (INCLUYE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR)	I00-I52, I60-I69
	ENFERMEDADES RENALES	N17, N18, N28, I12, I13
	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	K70-K77
	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	J06-J18, J20-J22, J40-J47 & J96
	ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS	G10, G20, G35, G122, G903, G231
	ALZHEIMER, DEMENCIA Y SENILIDAD	F01, F03, G30, R54
	VIH	B20-B24

### 3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.1 HIPÓTESIS

No se estableció hipótesis nula o alterna debido a que no se intentó establecer relaciones de causa y efecto entre variables.

#### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>ESTIMACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	Condiciones de salud que incluye la estimación de MURTAHG et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasia</li> <li>• Enfermedad cardíaca, incluida la enfermedad cerebrovascular</li> <li>• Enfermedad renal</li> <li>• Enfermedad hepática</li> <li>• Enfermedad respiratoria</li> <li>• Enfermedad neurodegenerativa</li> <li>• Alzheimer, demencia y senilidad</li> <li>• VIH/SIDA</li> </ul>	Nominal
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>	Nominal
	Edad	En años	Razón
	Duración de admisión	En días	Razón
	Plan de reanimación aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> </ul>	Nominal
	Número de Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Uno</li> </ul>	Nominal

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		- Dos o más	
	Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nefropatía</li> <li>- Cardiopatía</li> <li>- Enfermedad Cerebro vascular</li> <li>- Hepatopatía</li> <li>- Demencia</li> <li>- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</li> <li>- Diabetes Mellitus 2</li> <li>- Oncológicas</li> </ul>	Nominal
	Recibe cuidados paliativos previo al ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> </ul>	Nominal
	Hospitalizaciones en el último año	Número de veces que hayan ocupado una cama de hospitalización del hospital Daniel Alcides Carrión, Essalud, Tacna.	Numérica
	Visita a urgencias en los últimos 6 meses	Número de veces que hayan registrado una visita al servicio de emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión, Essalud, Tacna.	Numérica

	Visita a consulta externa en los últimos 6 meses	Número de veces que hayan acudido por consultorio externo de cualquier especialidad del hospital Daniel Alcides Carrión, Essalud, Tacna.	Numérica
VARIABLES CLINICAS	Ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos	Número de veces que hayan ocupado una cama en la unidad de Cuidados Intensivos del hospital Daniel Alcides Carrión, Essalud, Tacna.	Numérica
	Permanencia en Unidad de Cuidados Intensivos	En días	Numérica
	Pruebas de imagen realizadas durante la última hospitalización	Número de pruebas tales como: Radiografía o Tomografía durante la última hospitalización.	Numérica
	Analítica de sangre realizadas durante la última hospitalización	Número de muestras de sangre durante la última hospitalización	Numérica

## 4. CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal utilizando registros médicos físicos y electrónicos de pacientes que hayan fallecido durante el año 2023.

#### 4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio no experimental, ya que en esta investigación no hubo manipulación de las variables.

Transversal, ya que los datos se obtuvieron en una única medición para la investigación.

Retrospectivo, ya que el tiempo de los datos que se evaluaron ya están presentes antes de la ejecución de la investigación.

Nivel de investigación

Descriptivo, debido a que solo se reportarán las variables estudiadas.

### 4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital III Daniel Alcides Carrión, localizado en el distrito de Calana, en Tacna, una ciudad ubicada en el sur de Perú. Este hospital, que opera como un centro de referencia de tercer nivel, es integrante de la Red de Atención Médica de EsSalud en dicha ciudad.

### 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.3.1. POBLACIÓN

El grupo de estudio estuvo conformado por **pacientes que fallecieron en el área de hospitalización de Medicina Interna, la Unidad de Cuidados Intensivos, o en el Servicio de Emergencia** entre enero y diciembre de 2023, siempre y cuando cumplan con los criterios establecidos para ser incluidos.

### **4.3.2. MUESTRA**

La muestra incluyó a todos los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad durante el período de estudio. Por lo que se realizó un muestreo del tipo censal.

### **4.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Haber fallecido durante el año 2023
- Ser mayor de 18 años.
- Paciente cuya causa de muerte se encuentre dentro de las planteadas por el método Murtagh et al (8).

### **4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes cuya historia clínica presente datos incompletos para los fines del estudio.

## **4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.4.1 TÉCNICA**

- Revisión de historias clínicas por medios electrónicos. Luego de tener los permisos de la Unidad de investigación de la FACSA y del Comité de ética de la FACSA, se presentó el proyecto al Comité de Ética del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, y posteriormente, una vez aprobado el proyecto se comunicó el propósito y compromiso del estudio a los encargados de cada servicio.

### **4.4.2 INSTRUMENTOS**

El método de estimación para evaluar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos fue el propuesto por Murtagh et al. (8). Esta estimación, realizada en Inglaterra, analizó los datos de defunciones a lo largo de un período de tres años, desde 2006 hasta 2008. Durante este proceso, se refinó el rango de códigos CIE-10 que Rosenwax et al. (10), un estudio predecesor, habían seleccionado previamente para su estimación mínima. Posteriormente, un panel de clínicos revisó las

condiciones crónicas que señalan la necesidad de cuidados paliativos, realizando varios ajustes para incorporar condiciones emergentes. Para este estudio se utilizó la estimación media superior que incluye todas las muertes con cualquier mención en el certificado de defunción (subyacente o contributivo) de las categorías de enfermedades utilizadas para la estimación mínima. Los códigos a usar se presentan a continuación (Tabla 2).

También se incluyeron otras variables como edad, sexo, tiempo de hospitalización, plan de reanimación aguda (uso de maniobras de reanimación en un paciente que presenta deterioro clínico significativo), número de comorbilidades y variables relacionados con el uso de servicios y procedimientos en pacientes que pudieron haber necesitado CP. Asimismo, se registró si el paciente había recibido cuidados paliativos previamente. Se consideró que el paciente recibía estos servicios cuando en su historia clínica se especificaba de manera explícita la recepción de este servicio. Este dato se obtuvo de la historia clínica en el momento del ingreso del paciente y se revisó durante todas las consultas de su última hospitalización.

**TABLA 2: Condiciones de salud que incluyen la estimación de Murtagh et al.**

<b>Enfermedades propuestas</b>	<b>CIE 10</b>	<b>Estado de salud</b>
Enfermedades incluidas en Murtagh et al.	B20-B24, F01, F03, G10, G12.2, G20, G23.1, G30, G35, G90.3, I00-I52, I60-I69, J06-J18, J20-J22, J40-J47, J96, K70-K77, N17, N18, N28, R54.	Enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Trastornos mentales orgánicos, Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Degeneración multisistémica, Fiebre reumática aguda, Enfermedad cardíaca reumática crónica, Enfermedades hipertensivas, Enfermedad cardíaca isquémica, Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar, Enfermedades cerebrovasculares, Infecciones agudas del tracto respiratorio superior, Gripe y neumonía, Enfermedades hepáticas, Insuficiencia renal, Senilidad.



## **5. CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS**

### **5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS**

Tras recibir la aprobación de los comités de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna y del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, el investigador principal se encargó de la recolección de datos. Una vez recopilados, ingresó los datos de manera independiente en Microsoft Excel v 2016. En caso de detectarse algún error, un segundo investigador revisó el historial médico para realizar las correcciones pertinentes. Es importante mencionar que toda la información extraída de las historias clínicas fue codificada para asegurar su confidencialidad.

### **5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Todos los análisis se realizaron en el programa estadístico STATAV17. Para describir a las variables se empleó frecuencias y porcentajes para variables categóricas y para variables numéricas se empleó medidas de tendencia central y de dispersión.

### **5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

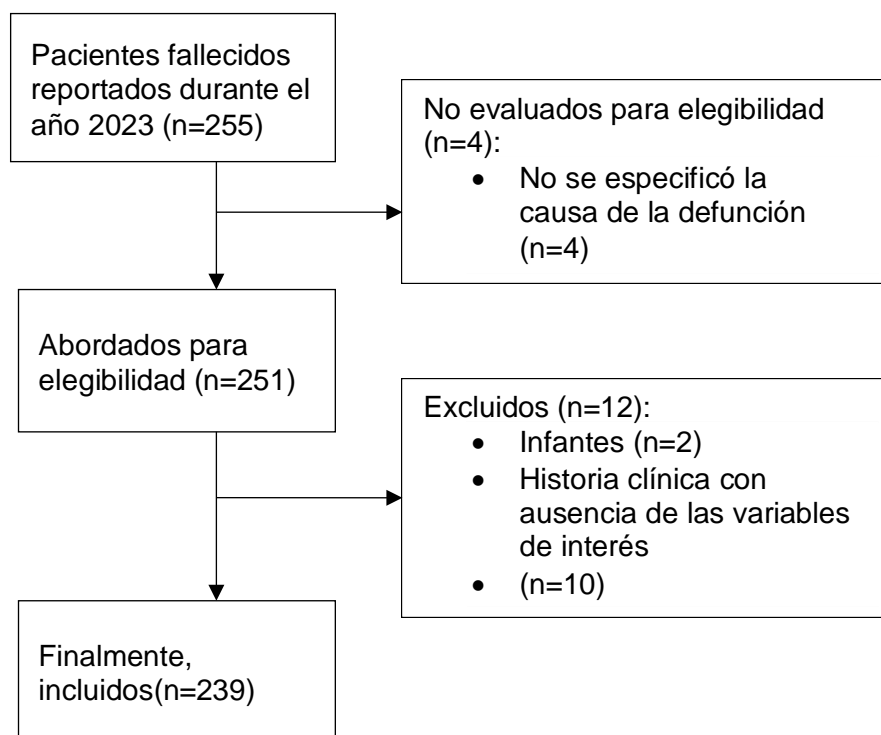
- Se respetó y siguieron las pautas de la declaración de Helsinki.
- Este estudio fue sometido a la consideración del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud, y no se procedió con ninguna acción hasta recibir la decisión final del comité.
- Posteriormente se presentó al Comité de ética del Hospital III Daniel Alcides Carrión.
- Los datos recopilados se utilizaron únicamente con fines de investigación.

- Dado que el estudio es de carácter observacional y retrospectivo, no se requirió consentimiento informado. Es importante resaltar que se codificó toda la información para preservar el anonimato de los participantes.

## RESULTADOS

En el estudio, se registraron 255 fallecimientos durante el año 2023. Cuatro individuos no fueron evaluados para determinar su elegibilidad debido a que no se especificó la causa de la defunción. Por consiguiente, el número de sujetos elegibles se redujo a 251. De estos, se excluyeron 12 participantes por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos. En consecuencia, el estudio se llevó a cabo con un total de 239 participantes. (FIGURA 01)

FIGURA 01: Población incluida en el estudio



Los participantes del estudio tenían una mediana de edad de 76 años (RIC 66 a 84). El 54.81% era de sexo masculino con una mediana de hospitalización de 9 días (RIC 4 a 17). En cuanto al plan de reanimación aguda, el 27.20 % de la población tuvo este procedimiento. En el 58.16 % se reportó que tenían dos o más comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y neoplasias con el 34.11% y 31.80%

respectivamente. Finalmente, solo el 3.77% reportó que recibía cuidados paliativos.

**(TABLA 01)**

**Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes fallecidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión (n = 239)**

<b>Variables</b>	<b>n (%)</b>
Edad*	76 (66 a 84)
Edad en terciles	
31 a 70	86 (35.98)
71 a 82	77 (35.22)
83 a 98	76(31.80)
Sexo	
Masculino	131 (54.81)
Tiempo de hospitalización en días*	9 (4 a 17)
Plan de reanimación aguda	
Sí	65 (27.20)
No	174 (72.80)
Número de Comorbilidades	
Ninguno	19 (7.95)
Uno	81 (33.89)
Dos o más	139 (58.16)
Comorbilidades^	
Hipertensión arterial	82 (34.11)
Neoplasia	76 (31.80)
Nefropatía	66 (27.62)
Diabetes Mellitus 2	55 (23.11)
Cardiopatía	32 (13.39)
EPID	32 (13.39)
Hepatopatía	29 (12.13)
EPOC	21 (8.79)
ECV	33 (3.81)
Recibe cuidados paliativos previamente	
Sí	9 (3.77)
No	230 (96.23)

\*Mediana (Rango Intercuartílico)

^Algunos pacientes presentaron más de una comorbilidad

En cuanto a la estimación de necesidad de cuidados paliativos, se reportó que según Murtagh et al. el 82.85% de los pacientes necesitó cuidados paliativos en la población estudiada. En torno a la estimación propuesta por Rosenwax et al., el 74.06% de la población necesitó cuidados paliativos. **(TABLA 02)**

**Tabla 02: Necesidad de cuidados paliativos en pacientes fallecidos (n=239)**

Estimación	n (%)
Estimación I (Murtagh et al.)	198 (82.85)
Estimación II (Rosenwax et al.)	177 (74.06)

En relación al uso de servicios y procedimientos usados en el medio hospitalario en los pacientes que necesitaron cuidados paliativos se reportó que la mediana de visitas a urgencia y consulta externa en los últimos 6 meses fue de 2 (RIC 1 a 4) y 8 (RIC 5 a 13) respectivamente. Asimismo, en cuánto a la última hospitalización, la mediana de tiempo de hospitalización fue de 9 días (RIC 4 a 17). Se usó el plan de reanimación aguda en el 27.28% de los participantes. El 29.29% requirió ingreso a UCI, siendo la mediana de tiempo en días de 10 (RIC 4 a 19). Finalmente, la mediana de pruebas de imagen y analítica de sangre realizada fue de 2 (RIC 1 a 4) y 10 (RIC 4 a 20) respectivamente. **(TABLA 03)**

**Tabla 03. Uso de servicios y procedimientos usados en el medio hospitalario de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos según Murtagh et al. (n = 198)**

<b>Variables</b>	<b>n (%)</b>
Visita al servicio de emergencia en los últimos 6 meses*	2 (1 a 4)
Visita a consulta externa en los últimos 6 meses*	8 (5 a 13)
<b>Última hospitalización</b>	
Tiempo de hospitalización en días*	9 (4 a 17)
Plan de reanimación aguda	
Si	55 (27.78)
No	143 (72.22)
Ingreso a la UCI	
Si	58 (29.29)
No	140 (70.71)
Permanencia en la UCI en días*	10 (4 a 19)
Pruebas de imagen realizadas*	2 (1 a 4)
Análítica de sangre realizadas*	10 (4 a 20)

\*Mediana (Rango Intercuartilico)

Al evaluar los factores asociados con la necesidad de cuidados paliativos según la estimación de Murtagh et al. se encontró que los pacientes que tenían dos o más comorbilidades tenían 35.6% más probabilidades de necesitar cuidados paliativos que quienes no presentaron ninguna comorbilidad (ajustado RP: 1.356, IC 95%: 1.149 a 1.600). Así como acudir a consulta externa dos o más veces representó un 19% de probabilidad de necesitar cuidados paliativos respecto a aquellos que acudieron una sola vez. (ajustado RP: 1.19, IC 95%: 1.029 a 1.376). **(TABLA 04)**

**Tabla 04: Factores asociados a la necesidad de cuidados paliativos en la población estudiada (n=239)**

<b>Variables</b>	<b>PR Crudo (95% CI)*</b>	<b>PR Ajustado (95% CI)**</b>
Edad*	1.001 (0.998 a 1.003)	
Edad en terciles		
31 a 70	REF	
71 a 81	1.018 (0.960 a 1.079)	
82 a 98	0.967 (0.903 a 1.035)	
Sexo		
Femenino	REF	
Masculino	1.014 (0.961 a 1.069)	
Tiempo de hospitalización en días	1.000 (0.998 a 1.001)	
Plan de reanimación aguda		
Sí	REF	
No	1.021 (0.933 a 1.117)	
Número de Comorbilidades		
Ninguno	REF	REF
Uno	1.398 (1.185 a 1.649)	1.329 (1.125 a 1.570)
Dos o más	1.438 (1.224 a 1.690)	1.356 (1.149 a 1.600)
Visita al servicio de emergencia en los últimos 6 meses*		
Ninguno	REF	REF
Uno	1.078(0.984 a 1.181)	1.029 (0.951 a 1.114)
Dos o más	1.092(1.007 a 1.185)	1.026 (0.955 a 1.102)
Visita a consulta externa en los últimos 6 meses*		
Ninguno	REF	REF
Uno	1.282 (1.105 a 1.488)	1.190 (1.029 a 1.376)
Dos o más	1.243 (1.090 a 1.417)	1.129 (0.998 a 1.278)
<b>Última hospitalización</b>		
Ingreso a la UCI		
Si	1.012 (0.925 a 1.108)	
No	REF	
Permanencia en la UCI en días*	1.001 (0.999 a 1.002)	

\*Regresión de Poisson simple con varianza robusta

\*\*Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta, se generó un modelo con las variables número de comorbilidades, visita a emergencia en los últimos 6 meses y visita a consulta externa en los últimos 6 meses.

## DISCUSIÓN

### ESTIMACIÓN DE NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

En cuanto a la necesidad de cuidados paliativos según Murtagh et al. (8) se reportó que **el 82.85% (198 pacientes) necesitó de este servicio antes de morir**. La estimación evaluada en nuestro hospital fue superior a la reportada en diversas regiones del mundo occidental y asiático, dado que estudios realizados en los países de Inglaterra, Alemania, Chipre e Irlanda entre los años 2006 a 2020, reportaron una estimación de necesidad de CP de 63%, 73%, 71.4% y 80% respectivamente. (1,8,16,18). Otro estudio, que realizó la estimación de Murtagh et al., y que abarcó 12 países (Bélgica, República Checa, Francia, Hungría, Italia, España (Andalucía), Canadá, Estados Unidos, Corea, México y Nueva Zelanda) entre los años 2007 y 2010, reportó que México presentaba la menor necesidad de cuidados paliativos, con un 58%, mientras que Hungría mostró la mayor necesidad de estos servicios, con un 83%. (7). Asimismo, se realizaron dos proyecciones siguiendo la estimación de Murtagh: La primera, en Japón hacia el año 2040 alcanzando una necesidad de 40.3% y la segunda, en Malasia, con una proyección hacia 2030, con una necesidad de 71%. (15,17). Asimismo, nuestro estudio también realizó la estimación de Rosenwax et al. en rango medio, reportando una necesidad de CP de 74.06%. En comparación con otros trabajos, siguiendo el mismo modelo de estimación, un estudio realizado en un hospital de España (Mallorca) en el año 2015 utilizando el rango máximo (3), estimó la necesidad en 88.8% y el plan nacional de CP en Perú, usando también el rango máximo reportó una necesidad de CP durante el año 2016 en 60%. Finalmente, otro estudio en Gales (2006 a 2014) siguiendo un método diferente, reportó una necesidad del 72.5%. (19) Es importante señalar que esta superioridad en torno a la estimación de la necesidad de CP observada entre nuestro estudio, así como en el caso de la ciudad de Mallorca (España), podría atribuirse a su realización en hospitales aislados a diferencia de estimaciones más generalizadas como las de un país. Estos centros pueden presentar características particulares, como una mayor concentración de pacientes en estados avanzados de enfermedad. Sin embargo, este factor no excluye la posibilidad de que dicha necesidad también se vea influida por la escasez de



servicios de cuidados paliativos disponibles. (20) Además, cabe destacar que en los últimos años se está observando un cambio demográfico significativo, especialmente el envejecimiento de la población, lo cual conlleva un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas (21,22) y, por ende, en la demanda de servicios de cuidados paliativos.

## **SITUACIÓN EN PERÚ**

La diferencia en las estimaciones de necesidad de CP entre nuestro estudio y lo reportado por el Plan Nacional de CP en Perú puede atribuirse principalmente a dos factores. Primero, la diferencia en las poblaciones estudiadas es significativa: nuestro estudio se centra en un ambiente hospitalario, donde existe una mayor concentración de pacientes con enfermedades avanzadas, mientras que el Plan Nacional considera el número total de defunciones a lo largo de un año. Esto puede resultar en una apreciación más elevada de la necesidad de CP en entornos hospitalarios en comparación con estimaciones más generalizadas. Segundo, la temporalidad de las estimaciones también juega un rol crucial. La estimación del Plan Nacional de CP en Perú data de 2016, un período anterior a la pandemia de COVID-19. Es ampliamente reconocido que la pandemia ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas, lo cual, a su vez, podría haber intensificado la necesidad de CP. (24–26)

## **FACTORES ASOCIADOS**

En relación a los factores asociados, se reportó que tener dos o más comorbilidades, así como tener una visita a consulta externa médica en cualquier especialidad en los últimos 6 meses se asoció con la necesidad de CP. Resultados diferentes se hallaron en dos estudio: El primero reportó que el sexo femenino y una edad más alta se asociaron a la necesidad de CP. (7) El segundo que tener educación secundaria y edad avanzada se asoció con un aumento en la utilización de CP. (27) Esta discrepancia entre nuestro estudio y otros investigaciones podría atribuirse al contexto específico en el que se llevó a cabo nuestra investigación, lo que incluye la diversidad de la población estudiada y las características particulares de quienes son más propensos a requerir CP. El hallazgo de tener dos o más

comorbilidades, así como haber tenido una consulta externa médica en cualquier especialidad en los últimos 6 meses, se asocia con una mayor necesidad de CP, sugiere que pacientes con condiciones de salud más complejas y que han tenido un seguimiento médico reciente son más propensos a requerir estos servicios. (28,29) Por otro lado, la asociación del sexo femenino, la edad avanzada y un nivel educativo más alto con una mayor necesidad de CP en otros estudios podría reflejar diferencias culturales en la percepción de la enfermedad y la muerte, el estigma asociado a los CP, o diferencias en el acceso y disponibilidad de estos servicios. (30) En determinados contextos, es posible que las personas de mayor edad, las mujeres o aquellas con un mayor nivel educativo posean más conocimientos o estén más inclinadas a solicitar cuidados paliativos. (31)

## **SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

La utilización de servicios como consulta externa y visita a emergencia en los últimos 6 meses fue de 8 (RIC 5 a 13) y 2 (RIC 1 a 4). Este resultado es similar al reportado en un estudio realizado en una ciudad española el cuál reportó la utilización de consulta externa y visita a emergencias en el último mes con una media de 0.61 (DS 1.08) y 1.39 (DS 0.70). (3) Coincidiendo con nuestros resultados, dos estudios indicaron que en el último mes de vida se reportó una tasa elevada de ingreso al servicio de urgencias. (32,33). Asimismo, una revisión sistemática que abarcó entre los años 1990 a 2014, reportó que las medidas más reportadas fueron las hospitalizaciones e ingreso a la UCI. (34) En cuanto a los análisis de sangre y las pruebas de imagen durante la última hospitalización, se reportaron medianas de 10 (RIC de 4 a 20) y 2 (RIC de 1 a 4), respectivamente. Siguiendo esta línea, un estudio mencionó el uso de pruebas en sangre y de imagen con medias de 7.46 (DS de 7.69) y 3.61 (DS de 2.70), respectivamente. (3) Aunque nuestro estudio no se enfocó en determinar si estos procedimientos fueron beneficiosos, es plausible cuestionar este exceso de intervenciones. Una revisión sistemática, que incluyó estudios de 1995 a 2015, concluyó que el **30% de los pacientes próximos a fallecer fueron sometidos a procedimientos innecesarios.** (35) Finalmente cabe mencionar que este fenómeno podría atribuirse a una mezcla de escasez de recursos o criterio médico,

insatisfacción personal y temor a la muerte por parte del personal de salud. Esta situación, que en principio debería disuadir el uso de intervenciones excesivas, parece, no obstante, perpetuar la sensación de falsa esperanza. (23)

## CONCLUSIONES

En relación a los objetivos específicos se concluyó que:

- 1) La mediana de consultas externas en los últimos 6 meses para los pacientes fallecidos que necesitaban cuidados paliativos fue de 8 consultas demostrando una intensa utilización de servicios ambulatorios.
- 2) La mediana de visitas a urgencias para este grupo de pacientes fue de 2, lo que refleja la frecuencia de crisis agudas que necesitaron atención inmediata.
- 3) El número de ingresos a la UCI destacó, con una mediana de tiempo de permanencia en UCI de 10 días, subrayando la gravedad de las condiciones médicas y la intensidad del cuidado requerido.
- 4) La mediana de hospitalizaciones en el último año fue significativa, lo que indica un uso continuo y recurrente de los recursos hospitalarios.
- 5) La mediana de edad fue de 76 años, el sexo predominante fue el masculino, el 58,16% presentó dos o más comorbilidades así como la comorbilidad más reportada fue la hipertensión arterial.

Finalmente se concluye de manera general que:

- 6) Se determinó que un porcentaje significativamente alto de pacientes fallecidos requería cuidados paliativos antes de su muerte, con el 82.85% (198 pacientes) identificados con esta necesidad a lo largo del año 2023 en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

## SUGERENCIAS

1. **Creación e Implementación de Unidades en Cuidados Paliativos:** La alta demanda de estos servicios, hace necesaria la creación e implementación de estas Unidades para brindar un mejor servicio y apoyo a los pacientes y familiares.
2. **Mejorar la Capacitación en Cuidados Paliativos:** Dada la alta demanda de servicios de cuidados paliativos observada, es necesario mejorar la capacitación y educación de los proveedores de atención médica en prácticas de cuidados paliativos. Esta formación debe enfocarse no solo en aspectos médicos, sino también en la comunicación y el apoyo emocional tanto para los pacientes como para sus familias.
3. **Expandir los Servicios de Cuidados Paliativos:** Considerando el alto porcentaje de pacientes que requieren cuidados paliativos, expandir estos servicios en los hospitales podría ayudar a satisfacer la demanda actual. Esta expansión podría incluir el aumento del número de unidades especializadas en cuidados paliativos o la integración más amplia de los servicios de cuidados paliativos en diferentes departamentos del hospital.
4. **Mejorar los Sistemas de Identificación Temprana:** Implementar sistemas que ayuden en la identificación temprana de pacientes que puedan beneficiarse de los cuidados paliativos. Dichos sistemas podrían basarse en indicadores como la presencia de múltiples comorbilidades y el uso frecuente reciente de servicios hospitalarios, como sugieren los hallazgos del estudio.
5. **Investigación y Recolección de Datos:** Realizar más investigaciones para actualizar y comprender continuamente las necesidades evolutivas de los cuidados paliativos. Esto incluye estudios comparativos para explorar las diferencias en las necesidades de cuidados paliativos entre los entornos hospitalarios y la comunidad general, y entre diferentes regiones y países.

6. **Participación de la Comunidad y la Familia:** Desarrollar programas para involucrar a la comunidad y a los miembros de la familia en la comprensión y el apoyo de los cuidados paliativos. Educar a la comunidad sobre los beneficios de los cuidados paliativos y su participación en los procesos de atención puede ayudar a reducir el estigma y mejorar la aceptación y eficacia de estos servicios.
  
7. **Revisar y Optimizar los Protocolos de Atención:** Revisar regularmente los protocolos de atención para asegurar que estén alineados con las mejores prácticas en cuidados paliativos. Esto incluye minimizar procedimientos e intervenciones innecesarias en las últimas etapas de la vida, promoviendo una mejor calidad de vida para los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, Karbach U. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany--an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care*. 8 de marzo de 2016;15:29.
2. Pettus KI, de Lima L. Palliative Care Advocacy: Why Does It Matter? *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(8):1009-12.
3. Serratusell E, Rodríguez-Calero MÁ, Juli Móra JM, Benito E, Vidal J, Vadell C, et al. Evaluación cuantitativa de la atención recibida por los pacientes crónicos avanzados en un hospital comarcal. *j.medipa* [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2024]; Disponible en: <http://gestormedpal.inspiranetwork.com/fichaArticulo.aspx?iarf=293288466-738791159343>
4. Aliviar el abismo de acceso en los cuidados paliativos y el alivio del dolor, un imperativo de la cobertura sanitaria universal: el informe de la Comisión Lancet - The Lancet [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32513-8/fulltext#seccesstitle80](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32513-8/fulltext#seccesstitle80)
5. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/12-2-2014-primer-atlas-mundial-necesidades-cuidados-paliativos-no-atendidas>
6. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020 - Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica/>
7. Orin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliat Med*. junio de 2017;31(6):526-36.
8. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. enero de 2014;28(1):49-58.
9. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs assessments in

- palliative care: an appraisal of definitions and approaches used. *J Pain Symptom Manage.* mayo de 2007;33(5):500-5.
10. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CDJ. Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliat Med.* octubre de 2005;19(7):556-62.
  11. Documento Técnico.pdf [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2049811/Documento%20T%C3%A9cnico.pdf>
  12. Instituto de Estudios Peruanos [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]. Índice de pobreza: ¿cómo se ubica el Perú en relación con los demás países de Sudamérica? Disponible en: <https://iep.org.pe/noticias/indice-de-pobreza-como-se-ubica-el-peru-en-relacion-con-los-demas-paises-de-sudamerica/>
  13. Medina PAR. infobae. 2023 [citado 4 de febrero de 2024]. Pobreza en el Perú aumentaría por segundo año consecutivo reforzada por una economía anémica y una inflación aún elevada. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2023/10/17/pobreza-en-el-peru-aumentaria-por-segundo-ano-consecutivo-reforzada-por-una-economia-anemica-y-una-inflacion-aun-elevada/>
  14. Del Castillo-Fernández D, Brañez-Condorena A, Villacorta-Landeo P, Saavedra-García L, Bernabé-Ortiz A, Miranda J, et al. Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina.* octubre de 2020;81(4):444-52.
  15. Yang SL, Woon YL, Teoh CCO, Leong CT, Lim RBL. Adult palliative care 2004–2030 population study: estimates and projections in Malaysia. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 1 de mayo de 2022;12(e1):e129-36.
  16. Kane PM, Daveson BA, Ryan K, McQuillan R, Higginson IJ, Murtagh FEM. The Need for Palliative Care in Ireland: A Population-Based Estimate of Palliative Care Using Routine Mortality Data, Inclusive of Nonmalignant Conditions. *Journal of Pain and Symptom Management.* 1 de abril de 2015;49(4):726-733.e1.
  17. Ito M, Aoyama M, Murtagh FEM, Miyashita M. Primary palliative care in Japan: needs estimation and projections – national database study with international comparisons. *BMJ Supportive & Palliative Care* [Internet]. 16 de noviembre de 2022 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://spcare.bmj.com/content/early/2022/11/15/spcare-2022-003743>
  18. Aristodemou PA, Speck PW. Palliative care service in Cyprus, a population



based needs assessment based on routine mortality data. *Progress in Palliative Care*. 3 de septiembre de 2017;25(5):215-23

19. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*. 18 de mayo de 2017;15(1):102.
20. Cox S, Murtagh FEM, Tookman A, Gage A, Sykes N, McGinn M, et al. A review of specialist palliative care provision and access across London – mapping the capital. *London Journal of Primary Care*. 4 de mayo de 2017;9(3):33-7.
21. Morin L, Aubry R. Where do older people die? A nationwide study in France (1990-2010). *Medecine palliative*. 2015;14(3):179-90.
22. Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*. 13 de abril de 2011;11:228.
23. Pinedo-Torres I, Intimayta-Escalante C, Jara-Cuadros D, Yañez-Camacho W, Zegarra-Lizana P, Saire-Huamán R. Association between the need for palliative care and chronic diseases in patients treated in a peruvian hospital. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 1 de abril de 2022;38:569-76.
24. Behnke J, Arndt PF, Cekay MJ, Berthold D, Herentin B, Dumitrascu R, et al. Outpatient palliative care during the COVID-19 pandemic: a retrospective single centre analysis in Germany. *BMC Palliative Care*. 12 de agosto de 2022;21(1):144.
25. Janssen DJA. Palliative care in COVID-19. *Curr Opin Support Palliat Care*. diciembre de 2021;15(4):199-204.
26. Tavares P, Rodrigues C, Neto IG. The Impact of COVID-19 on Palliative Care: Perspective of Healthcare Professionals. *Cureus*. 13(11):e19522.
27. Bhatraju P, FriedenberG AS, Uppal A, Evans L. Factors Associated With Utilization of an Inpatient Palliative Care Consultation Service in an Urban Public Hospital. *Am J Hosp Palliat Care*. 1 de septiembre de 2014;31(6):641-4.
28. Lawson B, Burge FI, Critchley P, McIntyre P. Factors associated with multiple transitions in care during the end of life following enrollment in a comprehensive palliative care program. *BMC Palliat Care*. 30 de mayo de 2006;5(1):4.
29. Goodridge D, Marr H. Factors associated with falls in an inpatient palliative care unit: an exploratory study. *Int J Palliat Nurs*. noviembre de 2002;8(11):548-56.

30. Meffert C, Rücker G, Hatami I, Becker G. Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. *BMC Palliat Care*. 22 de febrero de 2016;15(1):21.
31. Wadhwa D, Popovic G, Pope A, Swami N, Le LW, Zimmermann C. Factors Associated with Early Referral to Palliative Care in Outpatients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*. septiembre de 2018;21(9):1322-8.
32. Wennberg JE, Fisher ES, Baker L, Sharp SM, Bronner KK. Evaluating the efficiency of california providers in caring for patients with chronic illnesses. *Health Aff (Millwood)*. 2005;Suppl Web Exclusives:W5-526-43.
33. Wong SPY, Kreuter W, O'Hare AM. Treatment Intensity at the End of Life in Older Adults Receiving Long-term Dialysis. *Arch Intern Med*. 23 de abril de 2012;172(8):661-4.
34. Luta X, Maessen M, Egger M, Stuck AE, Goodman D, Clough-Gorr KM. Measuring Intensity of End of Life Care: A Systematic Review. *PLOS ONE*. 14 de abril de 2015;10(4):e0123764.
35. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner R, Anstey M, Mitchell I, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 de septiembre de 2016;28 (4):456-469.

## ANEXOS

### ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### CUESTIONARIO

**1. Sexo**

- Femenino (0)
- Masculino (1)

**2. Edad (Cuál es su edad en años cumplidos)**

- \_\_\_\_

**3. ¿Cuántos hermanos tiene?**

- \_\_\_\_

**4. ¿Cuántos hijos tiene?**

- \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es el ingreso de salario promedio para toda su familia?**

- < 990 soles (1)
- 991-2000 soles (2)
- 2000-5000 soles (3)
- > 5000 soles (4)

**6. ¿Cuál es el grado de instrucción más alto?**

- Sin estudios (1)
- Solo con estudios escolares (2)
- Solo con estudios técnicos (3)
- Solo con estudios universitarios (4)

**7. ¿Tiene alguna creencia religiosa?**

- Ateo (1)
- Cristiano (2)
- Adventista (3)
- Evangélico (4)
- Católico
- Otro (5)

**8. ¿Cuántas comorbilidades (detallar el término) posee?**

- Hasta uno (1)
- Más de uno (2)

**9. ¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido durante el último año?**

- Hasta uno (1)
- Más de uno (2)

**10. ¿Cuál ha sido la causa de hospitalización?**

- Infección (1)
- Descompensación de enfermedad previa (2)
- Evaluación o inicio de tratamiento (3)
- Enfermedad sobreagregada (4)

**11. ¿Cuál es el servicio de procedencia?**

- Medicina (1)
- Cirugía (2)
- Ginecología (3)
- Emergencia (4)

**12. ¿Síntoma más frecuente de presentación?**

- Dolor (1)
- Sangrado (2)
- Síntomas neurológicos (3)
- Disfagia
- Disnea
- Otros (Incluidos fatiga, náuseas, vómitos, cambios en los hábitos intestinales)

**13. ¿Cuál es el medicamento más usado para el dolor (Si tuviese el síntoma)?**

- Morfina (1)
- Petidina (2)
- Tramadol (3)
- Otro (4)

**14. ¿Padece alguna de estas enfermedades? (Marcar todas las que padezca)**

- Nefropatía (1)
- Cardiopatía (2)
- Enfermedad Cerebrovascular (3)
- Hepatopatía (4)
- Demencia (5)
- Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva (6)
- Diabetes Mellitus (7)
- Cáncer (8)