



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MEDICINA FAMILIAR**

**NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CRÓNICOS MAYORES DE 60
AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7**

PRESENTA

**CAMPOS LOPEZ JANET DENISSE
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7 IMSS.**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE
VILLARREAL AVALOS MARIANA GABRIELA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7 IMSS**

**ALMARAZ NAVARRO SARA GABRIELA
ASESOR CLÍNICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7 IMSS**

**DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD HOSPITAL
DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 10 IMSS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.**

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2021
Número de folio: **F-2021-3703-010**
Número de registro: **R- R-2021-3703-048**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

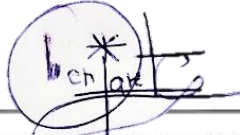
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

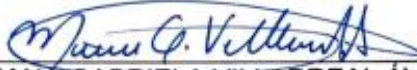
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años
de la Unidad de Medicina Familiar 7**

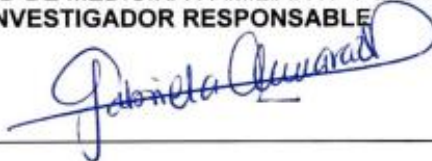
AUTORIZACIONES



CAMPOS LOPEZ JANET DENISSE
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7. IMSS



DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS
INVESTIGADOR RESPONSABLE



DRA. ALMARAZ NAVARRO SARA GABRIELA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS
ASESOR CLÍNICO



DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 10 IMSS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
ASESOR METODOLÓGICO

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2021

**Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años
de la Unidad de Medicina Familiar 7**


AUTORIZACIONES



DR. IVÁN SANTOS JIMÉNEZ
DIRECTOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DRA. SANDRA VEGA GARCÍA
ENC. COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS
PROFESOR TITULAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



CIUDAD DE MÉXICO

**Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años
de la Unidad de Medicina Familiar 7**

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEM

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3703**.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA **Miércoles, 16 de junio de 2021**

M.E. MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-048

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA RVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

A Dios, gracias por la vida, por darme la oportunidad de culminar mi especialidad médica y por colocarme siempre en el lugar indicado en el momento justo.

A mis padres: Delia y Daniel, por todo su amor, apoyo incondicional, porque gracias a ellos he logrado cumplir mis metas, mis sueños, por ser siempre mi sostén y fortaleza, acompañándome en cada paso de mi vida y creer en mí.

A mi abuelita por impulsarme a ser mejor cada día, por sus oraciones y siempre dar alegría a mi vida.

A todos los que formaron parte de este viaje de tres años: amigos, médicos, compañeros, por cada una de sus aportaciones a mi vida profesional y personal.

Gracias a las personas que se cruzaron en camino como pacientes para enseñarme que:

“El paciente no es sólo un paciente...

Es el amor de alguien.

El padre de alguien.

La madre de alguien.

El hijo de alguien.

El abuelo de alguien.

Nuestra misión es siempre cuidar y hacer todo lo que podamos, por el amor de la vida de alguien “

ÍNDICE

Resumen.....	8
Marco Teórico.....	9
Justificación.....	25
Planteamiento del problema.....	26
Pregunta de investigación.....	26
Objetivos.....	27
Hipótesis.....	28
Material y Métodos.....	29
Población, Lugar y Tiempo.....	30
Diseño de Investigación.....	32
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	33
Muestra.....	34
Variables.....	35
Diseño estadístico.....	37
Instrumento de Recolección.....	37
Método de Recolección.....	37
Consideraciones éticas.....	38
Maniobras para controlar y evitar sesgos.....	42
Factibilidad, Difusión y Trascendencia.....	43
Cronograma.....	44
Resultados.....	45
Discusión.....	46
Conclusión.....	47
Referencias Bibliográficas.....	48
Anexos.....	51
Anexo 1: Consentimiento informado.....	51
Anexo 2: Hoja de recolección de datos.....	52
Anexo 3: Cronograma de actividades.....	53
Anexo 4: Tablas y Gráficas.....	54

RESUMEN

Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Campos López Janet Denisse ¹ Villareal Avalos Mariana Gabriela² Almaraz Navarro Sara Gabriela ³ Millán Hernández Manuel ⁴

¹ Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ³ Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ⁴ Especialista en Medicina Familiar en Salud Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS.

Antecedentes: En México mueren al año 377 mil personas por enfermedades crónico degenerativas, de los cuales 226 mil son susceptibles a atención paliativa. La tendencia marca una disminución en la mortalidad, mayor número de supervivientes con enfermedades crónico-degenerativas y aumento en la esperanza de vida, en consecuencia es urgente crear infraestructura y formar recursos humanos para atender a esta población y fortalecer el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud considera a un país con un sistema de salud como universal sólo cuando incluye cuidados paliativos. Y su cobertura se puede lograr desde el primer nivel de atención.

Objetivo: - Evaluar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.

Material y Métodos: Se incluirá a pacientes de la UMF 7 que acepten participar, mayores de 60 años y que padezcan alguna enfermedad crónica.

Se aplicará el cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) en español para identificar los principales síntomas.

Recursos: Asesores metodológicos y clínicos, financiamiento a cargo del médico residente, no implica gastos para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Infraestructura: Unidad de Medicina Familiar Número 7, Ciudad de México

Experiencia del grupo: Los investigadores han realizado en conjunto investigaciones relacionadas al tema clínico, se cuenta con experiencia en asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigaciones realizadas por residentes

Tiempo a desarrollarse: Septiembre 2020 - Septiembre 2021

MARCO TEORICO

Las enfermedades crónicas son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la inadecuada alimentación, entre otros factores. Son responsables del 60% de las muertes en el mundo cada año. El 80% de estas ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Las principales son las enfermedades vasculares (cardio, reno y cerebrovasculares), la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la obesidad. ¹

La vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, se prevé que para el año 2050, la esperanza de vida será de 80 años. Al aumentar la esperanza de vida se incrementa de forma paralela la presencia de enfermedades crónicas en la población. Dentro de las diez principales causas de defunción en los últimos registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en la población mayor de 65 años, se encuentran ocho padecimientos crónicos degenerativos. ²

Las enfermedades crónico degenerativas se caracterizan por ser incurables, progresivas y algunas ocasiones invalidantes. Es en este panorama cuando surgen los cuidados paliativos, que se pueden proporcionar a cualquier enfermo con un padecimiento crónico e incurable. El tiempo de sobrevida estimado, no es una excluyente para recibir la atención. Uno de los objetivos del primer nivel de atención, es lograr identificar a los pacientes no oncológicos que sean meritorios de estos servicios, con la finalidad de aumentar la atención al final de la vida en el hogar, lo que implica una menor saturación de los servicios de salud y una disminución en el costo de atención. ²

Frente a este aumento progresivo de las necesidades de cuidados paliativos, la capacidad de respuesta en América Latina es escasa: muchos países no satisfacen las demandas y se considera que sólo reciben cuidados paliativos entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan; más del 90% de servicios paliativos está

en las grandes ciudades, y más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados.³

¿Qué son los cuidados paliativos?

La palabra paliativos proviene de la palabra en latín palliare, que significa cubrir o cobijar. El término cuidado paliativo se utilizó por primera vez por un médico canadiense llamado Balfour Mound para describir los tratamientos dados para el alivio de síntomas. El movimiento de cuidados paliativos se inició hace 50 años en Inglaterra por la Dra. Cicely Saunders, quien fundó el primer hospicio en Londres, el St. Christopher's Hospice. La Dra. Saunders promovió un abordaje radicalmente diferente para la atención de pacientes, considerando los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales que ocasionan el "dolor total". Esta visión ha revolucionado la atención de enfermos con padecimientos crónicos e incurables.

La OMS los define como el "cuidado total activo e integral, cuyo enfoque es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrentan los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales."^{4,14}

Esta misma institución hace un llamado para que cada país incluya los cuidados paliativos en sus sistemas de salud, asumiendo el reto de encontrar la mejor manera de implementar y financiar los servicios asistenciales para cubrir la demanda existente y futura. Actualmente existen diferentes modelos de atención en cuidados paliativos que pueden cubrir satisfactoriamente las necesidades del paciente, elegir el indicado dependerá del tipo de paciente, la enfermedad que se padezca, la etapa por la que cursa, así como del personal disponible y de la infraestructura con la que se cuente. Para asegurar continuidad en la atención, es esencial contar con cuidados paliativos en todos los niveles, los pacientes con un adecuado control de síntomas y sin complicaciones, podrán ser atendidos en el primer nivel; aquellos en situaciones que requieren intervención instrumentada o de especialistas y los que

no cuenten con infraestructura o una red de apoyo adecuada, deberán ser atendidos en el segundo y tercer nivel de atención. En la atención primaria los tratamientos curativos y paliativos pueden y deben ocurrir simultáneamente durante el transcurso de la enfermedad. Sus beneficios son mayores si los ofrecemos desde etapas tempranas, incluso desde el diagnóstico, en el que pueden concurrir con tratamientos con fines curativos, a modo de cuidados de soporte, con lo que pueden atenuarse síntomas que aparecen como consecuencia de la misma enfermedad o su tratamiento, así como de comorbilidades. Debemos hacer esfuerzos por intervenir a los pacientes de forma oportuna, conocerlo desde el comienzo de su enfermedad y los síntomas que lo aquejan, mejora la atención y disminuye la complejidad en las etapas más avanzadas.⁴

Los pacientes atendidos desde el primer nivel pasan menos tiempo en unidades de cuidados intensivos, tienen menos ingresos hospitalarios, un mejor control de síntomas, sufren menos dolor, presentan menos problemas respiratorios, muestran disminución en niveles de depresión y reportan mejor calidad de vida.⁴

Cuidados paliativos en México

Cuando iniciaron los servicios de cuidados paliativos estaban orientados principalmente a la atención de la fase terminal de las y los enfermos de cáncer, sin embargo, en la actualidad la situación ha cambiado debido a que se reconoce la necesidad de incluir a pacientes con enfermedades como VIH/SIDA, enfermedades crónico-degenerativas, insuficiencia cardíaca congestiva, artritis, esclerosis múltiple, EPOC, diabetes e insuficiencia renal y/o hepática, entre otras. Los antecedentes de los cuidados paliativos en México se encuentran asociados con las clínicas de dolor que se establecieron en la ciudad de México durante los años setenta y ochenta del siglo xx para atender a pacientes oncológicos, principalmente de instituciones de salud públicas. La primera Unidad de Medicina del Dolor se inauguró en 1972 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y cuatro años después se abre la Clínica del Dolor en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. En 1979 se crea la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en la ciudad de Guadalajara, Jalisco y en 1981 se

abre la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) donde en 1989 se impartiría también el primer programa académico de cuidados paliativos con el apoyo de la OMS. Todos los avances logrados en las clínicas de dolor serán el sustento para el desarrollo de los cuidados paliativos a partir de 1991 cuando se crean las dos primeras Unidades de Cuidados Paliativos en México, la primera en el Hospital Civil de Guadalajara, en tanto que la segunda fue en el Centro Médico 20 de noviembre del ISSSTE. En los primeros años de este siglo, en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo xxi se conforma el programa de cuidados paliativos que incluye también el apoyo domiciliario. ⁵

Situación actual de cuidados paliativos en México

Durante 2017, se registraron poco más de 700000 defunciones en México, de estas 622 647 (87 %) se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud y 80400 (11.4 %) a causas externas. De las 623 000 defunciones por causas naturales, más de la mitad fue a consecuencia de enfermedades no transmisibles y/o crónicas. Estas afecciones son de larga duración con una progresión generalmente lenta, como las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos, enfermedades del hígado, las cerebrovasculares; las pulmonares (obstructivas crónicas), neumonía e insuficiencia renal. Muchas de estas personas es posible que requieran de cuidados paliativos que les permitan mejorar su calidad de vida y muerte mediante el alivio de síntomas y sufrimiento asociado a las enfermedades. ⁵

El acceso a los servicios de cuidados paliativos y medicamentos para el tratamiento del dolor sigue estando muy limitado en México. De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Recursos y Funcionamiento de Servicios de Cuidados Paliativos realizado por la Secretaría de Salud en 2016, cerca de 373000 personas en 2016 requerían de cuidados paliativos en México. Sin embargo, esta capacidad sólo permite atender a 63 000 personas por año, lo que deriva en una brecha relativa de atención de 79 %. En el censo antes mencionado, se identificó que a nivel nacional funcionaban únicamente 119 servicios de atención paliativa localizados en 28 de las

32 entidades del país, en particular en las capitales estatales. Alrededor de 61 de los establecimientos de salud (51 %) con cuidados paliativos se concentran en la Ciudad de México y, en menor medida en el Estado de México, mientras que 49 % de dichos establecimientos (suman solamente 58), se distribuyen en los 26 estados restantes. Más de la mitad de los 119 establecimientos (59 %) con cuidados paliativos son de segundo nivel de atención médica, es decir, son hospitales donde los servicios que se proporcionan se relacionan, sobre todo, con medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Un 34 % de los establecimientos con atención paliativa corresponde a hospitales de alta especialidad que se ubican en el tercer nivel de atención y 21.9 % a las clínicas a los de primer nivel de atención. ⁵

De las 89 863 personas atendidas en cuidados paliativos 49 % corresponde a personas mayores de 65 años, 38 % son adultos menores de 64 años y 13 % corresponde a población infantil. En los próximos años la necesidad de cuidados paliativos seguirá aumentando en México como consecuencia de la transición epidemiológica y demográfica. La pirámide de población que durante décadas se caracterizó por contar con una base amplia de niños y jóvenes, en la actualidad presenta un notable aumento de la población de 65 y más de edad. ⁵

En consecuencia, será necesario instrumentar acciones que permitan ampliar la cobertura de los servicios paliativos y el apoyo a familias con enfermedades crónicas: SIDA, cáncer, enfermedades degenerativas neurológicas, osteomusculares, enfermedades crónicas pulmonares, hepáticas. ⁵

Marco Normativo de cuidados paliativos en México

El derecho a la salud en México está reconocido en el cuarto párrafo del artículo 4º de la Constitución que establece que todas las personas que habiten en el territorio nacional tienen derecho a la protección de la salud. Dentro de este derecho se encuentran los cuidados paliativos que hace poco más de 10 años se incorporaron a la Legislación Federal. La reforma de abril de 2009 a la Ley General de Salud (LGS) adicionó el Título Octavo Bis de los Cuidados Paliativos en Enfermos en Situación Terminal, integrado por el Artículo 166 Bis sobre Cuidados Paliativos para

los enfermos en situación terminal, el que a su vez se divide en cuatro capítulos que contienen un conjunto de disposiciones tanto para los pacientes, como para los diversos profesionistas de la salud que intervienen en los cuidados paliativos y los establecimientos médicos. ⁵

En el primer año de trabajo de la LXIV Legislatura del Senado de la República, el senador Miguel Ángel Mancera Espinosa, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD), presentó una iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el párrafo cuarto del artículo 4.º de la CPEUM “para incorporar los cuidados paliativos multidisciplinarios ante enfermedades, en situación terminal, limitantes o amenazantes a la vida, así como la utilización de los medicamentos controlados, como parte del derecho a la salud” (Senado de la República, 2019:20).

Texto vigente, Artículo 4º, párrafo 4: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”. ⁵

Propuesta de reforma al Artículo 4º, párrafo 4: Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en condiciones de dignidad. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud incluyendo los cuidados paliativos multidisciplinarios ante enfermedades en situación terminal, limitantes o amenazantes a la vida, así como la utilización de los medicamentos controlados; y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. ⁵

Esta reforma se encuentra en discusión en la Cámara de Diputados para seguir su cauce legislativo. Esta reforma constituye un gran avance pues reconoce el derecho a los cuidados paliativos de las personas con enfermedades terminales, limitantes o amenazantes para la vida con el propósito de que puedan enfrentar la enfermedad en condiciones de dignidad y con medicamentos que les permitan controlar el dolor y mejorar así calidad de vida de los pacientes y sus familiares. ⁵

Cuidados paliativos en primer nivel de atención

En los últimos años el concepto de cuidados paliativos ha evolucionado, de forma que actualmente se habla de enfermedad crónica avanzada evolutiva con pronóstico de vida limitado. Se debe encontrar la clave para determinar cuándo un enfermo crónico necesita otro tipo de cuidados aparte de sus tratamientos habituales, siendo recomendable que estos cuidados comiencen en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, y se apliquen progresivamente a medida que la enfermedad avanza, siendo compatibles con la aplicación de tratamientos curativos.⁶

Las enfermedades agudas y crónicas comparten etiologías comunes; las enfermedades crónicas tienen exacerbaciones agudas y hacen a las personas vulnerables a estas, así como la repetición de enfermedades agudas puede tener la apariencia de un trastorno crónico. Los pacientes que se conceptualizan como crónicos o recidivante al cáncer que padecen reportan más ansiedad, depresión o preocupación que aquellos que la conciben como una enfermedad aguda (que surge, se trata y desaparece).⁷

La identificación precoz de los pacientes con necesidad de atención paliativa tiene como objetivo mejorar activamente la calidad de atención introduciendo un enfoque paliativo integral y una atención integrada, respetando los valores y las preferencias de pacientes y familias, ya que esto ha demostrado promover buena praxis y beneficios para los pacientes.⁸

Se ha observado un aumento en la demanda de los cuidados paliativos, ante lo cual organizaciones internacionales como la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han manifestado que existe una cobertura deficiente, al mismo tiempo que han recalcado la importancia de desarrollar e integrar esta especialidad en los sistemas de salud. En varios estudios que se han realizado, se ha demostrado que la población susceptible de recibir cuidados paliativos no está adecuadamente atendida, ya que sus múltiples necesidades no son reconocidas y se atienden de forma dispersa. Los principales obstáculos para la implementación de esta atención están determinados por la

presencia de barreras económicas, y la ausencia de preparación del equipo médico de atención primaria, además de la infrautilización de opiáceos y un uso mayoritario de la muerte en el hospital de hasta un 70%.^{9,10}

En la mayoría de situaciones clínicas, el objetivo principal es curar la enfermedad y aliviar los síntomas, pero en cuidados paliativos, el objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a problemas complejos asociados con la enfermedad, no son un evento terminal, idealmente comienza en el momento de diagnóstico de una enfermedad debilitante o potencialmente mortal y continúa durante todo el proceso de la enfermedad hasta la muerte y el período de duelo de la familia.¹⁰

Los médicos familiares juegan un papel clave en proporcionar cuidados paliativos ya que son los más cercanos a la comunidad y más fácil acceso. Se caracterizan por poseer aptitudes relacionadas con el interés, la empatía, el liderazgo y el profesionalismo, lo mismo que habilidades y conocimientos para proporcionar y asegurar una atención médica continua e integral a cada miembro de la familia. Se ha demostrado que la cobertura de asistencia de estos profesionales dentro del grupo de atención primaria ha permitido mejorar el estado de salud y la percepción de la atención, mediante un servicio costo-efectivo.^{10,11}

Estudios recientes han demostrado que en las regiones con mayor número de médicos de atención primaria se encuentran menos tasas de hospitalizaciones, menos mortalidad, menos ingresos en unidades de cuidados intensivos y menos gastos de atención médica para la población general. En este panorama surge la necesidad de identificar cuál es el rol que el médico familiar puede cumplir, tanto como líder del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos o como acompañante de los médicos paliativistas, basándonos en el argumento de que una combinación entre el paliativista y el médico de atención primaria constituye un enfoque más sostenible, rentable y de mayor cobertura para la prestación de servicios de salud de los pacientes crónicos y al final de la vida.¹¹

Los médicos familiares deben identificar a los pacientes que pueden beneficiarse del cuidado paliativo temprano, logrando así fortalecer, desde el inicio, adecuados

vínculos de confianza en el ejercicio de sus habilidades profesionales, interpersonales y de comunicación, ya que son los primeros en interactuar con el paciente y las familias, por lo tanto están en la capacidad de suministrar cuidados paliativos, lo cual implica habilidades para el manejo básico de síntomas, determinación de los objetivos terapéuticos con base en la sobrevida, así como brindar apoyo psicosocial, entendiendo e identificando las fuentes de sufrimiento físico y espiritual del paciente y su familia. Puede detectar tempranamente síntomas físicos, así como las alteraciones del estado de ánimo, tales como la depresión y la ansiedad.¹¹

Otro de los roles del médico familiar consiste en informar de manera oportuna, realista y culturalmente apropiada al paciente y la familia sobre la condición clínica, el proceso de muerte y los tratamientos para el manejo de síntomas. Esta comunicación, además de ayudar a la toma de decisiones, puede evitar momentos de ansiedad, angustia o duelos mal elaborados, y también que se opte por tratamientos desproporcionados. Esta es la razón por la cual la comunicación se describe como una competencia básica y fundamental del médico familiar. La presencia del médico de primer contacto puede favorecer una muerte en casa, junto a una atención domiciliaria integral y, en caso necesario, una derivación oportuna a un hospital, medida con la cual se permite que la muerte no sea una sorpresa, sino parte de una evolución natural o la resolución de una enfermedad, con lo cual además se favorece la elaboración del duelo en la familia, incluso en los profesionales implicados en la atención.¹¹

Algunos autores señalan que existe una dificultad al integrar el cuidado paliativo a la práctica de la atención primaria, ya que muchos médicos familiares lo perciben como una supraespecialidad, lo cual conduce a que la práctica de los cuidados paliativos no sea reconocida como propia de su ejercicio profesional. Esta barrera se puede superar si durante el entrenamiento de los residentes se cuenta con docentes en medicina familiar que eduquen en habilidades sobre cómo incorporar los cuidados paliativos en la práctica diaria. A esta dificultad se suman el agotamiento y el estrés de la atención de este tipo de pacientes, y la ausencia de

investigaciones relacionadas con las experiencias propias de los profesionales de esta especialidad. Otro elemento de dificultad consiste en que existe un predominio en identificar al paciente como un paciente exclusivamente oncológico, lo cual desconoce la necesidad de atención paliativa en otras enfermedades, y dificulta que el médico familiar identifique e incluya tempranamente a los pacientes que requieren cuidados paliativos, sin embargo la mayoría de investigaciones coinciden en que debe existir una detección temprana de los pacientes con enfermedades crónicas e incurables, en los que el cuidado paliativo debe ser incluido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la muerte, de forma que se tenga la posibilidad oportuna de planear la transición de lo curativo a lo paliativo con la participación de la familia. ¹¹

Atención paliativa en pacientes con enfermedades crónicas

Según la OMS, las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de muerte y discapacidad en el mundo. Este panorama corresponde a la transición epidemiológica del aumento de la esperanza de vida, un fenómeno propio de los países donde mejora el nivel de vida y las enfermedades crónicas empiezan a tener mayor peso que las transmisibles. ¹²

Los cuidados paliativos no deben reservarse únicamente para las últimas etapas de la vida, sino deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento curativo, el cual intenta modificar la enfermedad, disminuye mientras la enfermedad progresa en tanto que el cuidado paliativo se incrementa cuando el paciente se acerca al final de la vida. ¹³

La mayor parte de nuestra población pasará por una fase de enfermedad terminal, más o menos prolongada, con una gran demanda en recursos humanos y económicos lo cual representa un reto a nuestros sistemas de salud, además de que la presencia de múltiples síntomas, cambiantes y progresivos tendrán gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial. ¹³

El inicio de los cuidados paliativos modernos se centró en la atención de enfermos con cáncer en situación de enfermedad terminal. Recientemente se ha introducido

el concepto más flexible de enfermedades crónicas evolutivas, con pronóstico de vida limitado o de situaciones de enfermedad avanzada-terminal para personas con todo tipo de enfermedades crónicas y pronóstico de más larga duración. La atención a la cronicidad avanzada es uno de los principales retos de los sistemas sanitarios públicos y el ámbito que concentra mayores esfuerzos de revisión e innovación. ¹⁴

Las enfermedades crónicas se caracterizan por fluctuaciones en la trayectoria, incertidumbre en los pronósticos, enfermedad extendida, cronogramas y estrés. Varios estudios han demostrado que los pacientes que padecen alguna de estas enfermedades han presentado mayor deterioro de calidad de vida y bienestar emocional que los pacientes que padecen cáncer, debido a que no reciben una atención integral adecuada a sus necesidades. ¹⁵

Es por esto que a pesar de que el mayor enfoque de cuidados paliativos es al final de vida se sugiere que el modelo de estos se utilice para pacientes con enfermedades crónicas, no sólo al final de vida, sino en las primeras fases de la enfermedad. Atenderlas de una mejor manera, implica identificarlas precozmente durante la primera transición paliativa, y aplicar un modelo integral, integrado y centrado en la persona bajo una mirada paliativa creciente, proporcional a su progresión evolutiva. ^{15,16}

Los cuidados curativos y paliativos no se excluyen mutuamente y se puede trabajar con ambos tipos de atención de forma integrada, aumentando la intensidad de las medidas paliativas conforme avanza la enfermedad. Es necesario conocer la mejor evidencia disponible de las necesidades de atención paliativa en la esfera física, psicosocial y espiritual de los enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada incurable o terminal desde la perspectiva de los pacientes. Esto ayudaría a los profesionales a tomar decisiones al final de la vida y facilitaría el desarrollo de protocolos de coordinación y continuidad de cuidados entre la enfermera de atención primaria de referencia del paciente y la enfermera de cuidados paliativos. Asimismo, permitiría aumentar el número de pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en los programas de paliativos. ¹⁷

Necesidad de control de síntomas físicos

La insuficiencia respiratoria es el punto final en el que confluyen muchas enfermedades respiratorias crónicas, pero por su frecuencia destacan especialmente dos: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la fibrosis pulmonar. En pacientes con EPOC la disnea es el síntoma más característico y el que más afecta a su vida diaria, ya que terminan siendo totalmente dependientes de los equipos de oxígeno. Otros síntomas son la dificultad para dormir, frecuentes infecciones respiratorias, cansancio, dolor en el pecho, pérdida de peso y apetito, boca seca, tos, cambios en la piel y estreñimiento. ^{17,18}

Los enfermos con insuficiencia cardíaca tienen que adaptarse a una sintomatología variable, como insomnio, dolor, edema, pérdida de peso y apetito, náuseas y estreñimiento. En estos pacientes, la disnea es la causa más común de los ingresos hospitalarios, con frecuentes cambios de medicación y efectos secundarios que limitan las salidas de casa, como ocurre con los diuréticos. Sin embargo, es el cansancio lo que más limita la vida de estos enfermos. ¹⁷

Los avances en nefrología han permitido mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), los distintos tipos de tratamientos renal sustitutivos utilizados no están exentos de complicaciones que, en determinados momentos puede incluso provocar un deterioro de esa calidad de vida que haga replantear su retirada, decisión altamente difícil. Los pacientes con ERCA son una población apropiada para recibir cuidados paliativos, dado que se caracterizan por tener una edad avanzada, una alta comorbilidad, una elevada carga de síntomas y una mortalidad más alta que la población general. A pesar de ello, muy pocos tienen definidas directrices de cuidados avanzados. Los cuidados de soporte y paliativos renales se definen como un modelo de transición entre la diálisis, orientada a la enfermedad con objetivo rehabilitador, y el paso a una medicina centrada en el paciente basada en el tratamiento de los síntomas, respeto a sus preferencias y mejora de la calidad de vida. Los síntomas más prevalentes en enfermos con insuficiencia renal son el cansancio y el prurito, seguidos de somnolencia, disnea, edemas, dolor, boca seca y calambres musculares. ^{17,19}

Otros pacientes tributarios a recibir cuidados paliativos son enfermos con hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical; coma de diversas etiologías; accidentes vasculares cerebrales con gran incapacidad; enfermedades degenerativas del SNC: demencias, párkinson, esclerosis lateral amiotrofia, pacientes con SIDA, pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos, ancianos frágiles. ²⁰

La mortalidad en las personas mayores de 60 años predomina en el grupo de las enfermedades crónicas avanzadas. Los individuos ancianos con frecuencia tienen síntomas físicos, emocionales y sociales que no están necesariamente asociados a una enfermedad incurable pero que son el resultado del deterioro progresivo físico y de algunos factores en su entorno. Desde el punto de vista físico, frecuentemente hay dolor, falta de aire, menor apetito, falta de movilidad, estreñimiento, disminución del estado cognitivo (olvidos, confusión) y mayor dependencia. Psicológicamente, la depresión, el miedo y la ansiedad son frecuentes. El incremento en el número de enfermedades y síndromes geriátricos en los adultos mayores se asocia con el uso concomitante de varios fármacos (polifarmacia), lo que conlleva mayor riesgo de efectos adversos e interacciones de los medicamentos, así como también se incrementa el riesgo de presentar caídas, fracturas y delirium o síndrome confusional agudo. ^{20, 21}

La diabetes es la enfermedad crónica más prevalente y afecta a 422 millones de personas en todo el mundo, los pacientes con diabetes a menudo también tienen otras enfermedades crónicas, como hipertensión, enfermedad cardiovascular y enfermedad renal, complicaciones neurológicas y se encuentran en mayor riesgo de algunas formas de cáncer que también afectan la esperanza de vida, por lo tanto, representa una carga de enfermedad significativa que conduce a un aumento del tratamiento y el autocuidado a lo largo del tiempo. La polifarmacia es una consecuencia del manejo de la diabetes y sus complicaciones y comorbilidades. Las complicaciones de la diabetes causan un sufrimiento potencialmente remediable, como dolor y angustia que es más probable que se maneje de manera eficaz si los

cuidados paliativos se inician temprano, además de que conduce a un ahorro en los costos.²²

Aproximadamente una cuarta parte de las personas mayores de 65 años tiene diabetes y la mitad de los adultos mayores tienen prediabetes, el manejo en esta población requiere una evaluación regular de los dominios médicos.²³

Evaluación de síntomas

La diferencia en la trayectoria de la enfermedad, siendo más fluctuante en el caso de las enfermedades por fallo de órgano y SIDA, es una de las principales razones por la que existe un escaso desarrollo de programas asistenciales para pacientes paliativos no oncológicos. Estas diferencias de pronóstico sugieren que los cuidados paliativos deben de estar disponibles desde fases tempranas de la enfermedad y el inicio de la atención por equipos multidisciplinares pertenecientes al ámbito de los cuidados paliativos, debe basarse en otros aspectos como el control de síntomas más que en el pronóstico.²⁴

Como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014: “Una de las finalidades que persigue el derecho a la protección de la salud es la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. En correspondencia con lo anterior, resulta pertinente mencionar que el dolor es una de las principales y más frecuentes manifestaciones de las enfermedades, su presencia puede llevar a cualquier persona a un estado tal de sufrimiento y desesperación, que su entorno social y afectivo es confinado a un último plano, provocando con ello el deterioro de la calidad de su vida personal y, por lo tanto, de su condición como ser humano”.²⁵

El control de los síntomas se realizará mediante tratamientos consensuados en función de las repercusiones que provoquen en el paciente y no del tiempo que le quede de vida. Hay que tener en cuenta la relación beneficio-costo-iatrogenia y la opinión del paciente y su familia al respecto.²⁶

Se han identificado varios síntomas que suelen aparecer de manera frecuente en los pacientes candidatos a manejo paliativo, por lo que es importante su valoración para enviar oportunamente de acuerdo a su severidad. Estos síntomas, van no sólo

ligados a las repercusiones biológicas y funcionales, como el dolor y la fatiga por la enfermedad de base, sino también a las situaciones de distrés que desencadenan su diagnóstico y tratamiento. Se ha demostrado que al recibir cuidado paliativo existe una mayor tolerabilidad de los síntomas y la satisfacción de los pacientes respecto al tratamiento convencional dirigido a alterar el curso de la enfermedad es mejor. ²⁷

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS)

Durante las últimas décadas, la especialidad de cuidados paliativos ha adquirido una experiencia sustancial en el manejo de los síntomas. Uno de los aspectos más críticos del manejo de los síntomas es su evaluación y reevaluación de rutina, lo que permite reconocer los síntomas, diagnosticados, tratados y controlados a lo largo del tiempo. Una de las principales herramientas que se ha evaluado para la prevalencia y seguimiento de síntomas en el paciente de cuidados paliativos es el “Sistema de evaluación de síntomas Edmonton, ESAS por sus siglas en inglés”. Se utiliza en pacientes que reciben cuidados paliativos y con cáncer avanzado desde su desarrollo inicial por Bruera en 1991. ^{28,29}

Durante años, el sistema de evaluación de síntomas Edmonton ha sido validado por múltiples grupos de investigación, presentando modificaciones, siendo traducida en más de 20 idiomas (incluido español) y evolucionando durante los últimos 25 años. La escala de ESAS se utiliza actualmente para la detección y el seguimiento de síntomas en diferentes entornos de cuidados paliativos. Se ha aplicado en la práctica clínica e investigación en el ámbito hospitalario, pacientes ambulatorios, atención a domicilio e incluso para el seguimiento de síntomas telefónicamente. ²⁹

Debido a que se han tenido varias limitaciones para la evaluación de los síntomas, se propuso una escala de clasificación numérica ESAS revisada (ESAS-r) donde se reemplazó por una escala numérica del 0 al 10, se tomaron en cuenta 9 síntomas principales; dolor, cansancio, náusea, somnolencia (síntomas físicos), depresión, ansiedad (síntomas emocionales), sensación de bienestar (global) y dificultad para respirar, se dieron breves explicaciones de los síntomas para un mejor entendimiento, se cambió apetito por falta de apetito, se propuso constipación como

el décimo síntoma y se ajustó el orden de los síntomas, además de ser adoptada tanto para padecimientos oncológicos y no oncológicos (enfermedades renales, pulmonares, cardíacas, hepáticas y anemia de células falciforme).²⁹

De acuerdo a los valores indicados por la escala numérica se han realizado varios estudios en donde autores proponen puntos de cohorte para la severidad de los síntomas, concluyendo cifras de ESAS de 0 corresponde a nada/nulo, intervalos de 1-3 igual a leve, 4-6 igual a moderado y 7-10 corresponde a severo, al tener grupos de intervalos establecidos nos da una clara idea del comportamiento (fluctuaciones) de los síntomas en los pacientes desde su primera visita y subsecuentes visitas, la eficacia de estrategias en el manejo de síntomas y variación de la expresión de síntomas, aunque puede haber variaciones significativas en cómo el paciente individual interpreta las puntuaciones.²⁹

JUSTIFICACIÓN

En 2019 se llevó a cabo un protocolo donde se analizó 212 individuos pertenecientes al personal de primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar número 7, con el objetivo de identificar el conocimiento sobre cuidados paliativos, encontrándose que sólo un 5.6% consideran tener un conocimiento amplio, conocimiento regular un 53.3% y un conocimiento deficiente 41.1%. Además un 70% del personal refirió no haber recibido algún tipo de formación en cuidados paliativos, así como un 68.9% no cuentan con experiencia en pacientes que requieran estos cuidados. Concluyendo que existen insuficientes conocimientos sobre cuidados paliativos en la atención primaria.

En el primer nivel de atención los tratamientos curativos y paliativos pueden y deben ocurrir simultáneamente durante el transcurso de la enfermedad. Sus beneficios son mayores si los ofrecemos desde etapas tempranas, incluso desde el diagnóstico, en el que pueden concurrir con tratamientos con fines curativos, a modo de cuidados de soporte, con lo que pueden atenuarse síntomas que aparecen como consecuencia de la misma enfermedad o su tratamiento, así como de condiciones comórbidas. Debemos hacer esfuerzos por intervenir a los pacientes de forma oportuna, conocerlo desde el comienzo de su enfermedad y los síntomas que lo aquejan, mejora la atención y disminuye la complejidad en las etapas más avanzadas. Gracias a sus características (asistencia integral, integrada, continua, accesible), la atención primaria garantiza el marco idóneo de la asistencia a los pacientes que requieren cuidados paliativos.

La evidencia muestra que la severidad de los síntomas en los pacientes con enfermedades no oncológicas, es comparable a la de los enfermos oncológicos; a pesar de esto, la atención paliativa que reciben muestra que padecen importantes deficiencias en la atención de los síntomas físicos. Una de las principales limitaciones de la investigación cualitativa en cuidados paliativos es la dificultad para el reclutamiento de pacientes, debido a la escasez de estudios en el ámbito nacional y a que no existe el instrumento ideal, sin embargo existen herramientas como la escala de Sistema de evaluación de síntomas Edmonton, ESAS, que permiten identificar pacientes que presenten síntomas moderados o severos, y que por lo tanto requieren atención paliativa que permitirá atender mejor sus necesidades.

Existe la necesidad de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, garantizando la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico y síntomas asociados a una enfermedad incurable, progresiva y avanzada o terminal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención primaria de salud es el primer eslabón de contacto con el individuo enfermo, presentando los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas múltiples síntomas asociados a la enfermedad o a complicaciones de la misma, requiriendo adecuados cuidados paliativos, sin embargo no se brindan en primer nivel, por la falta de conocimientos, identificación y ventajas de dicho cuidados; cabe preguntarse:

¿Cuál es la necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los principales síntomas en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
- Conocer la severidad de los síntomas en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
- Relacionar la severidad de los síntomas que presenten los pacientes, con la necesidad de recibir cuidados paliativos

HIPÓTESIS.

H0: No existe necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

H1: Existe necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

MATERIAL Y MÉTODOS.

Método de recolección:

- I. Pacientes mayores de 60 años que padezcan alguna enfermedad crónica y acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 7.
- II. Se explicará de manera breve la información sobre la intención, utilidad y beneficios de la investigación que se realizará.
- III. En caso de aceptar participar en la investigación, se les entregará una carta de consentimiento informado, el cual firmarán, posteriormente se entregará el instrumento de recolección de datos.
- IV. Se procederá a realizar las preguntas del Instrumento de recolección de datos, el cual lo realizará el investigador para en caso de que haya alguna duda se pueda aclarar al momento de estar contestando el cuestionario, este llevará un tiempo aproximado de 10 minutos, empleando el material necesario para su realización (pluma, lápiz), el material por parte del investigador sin ningún costo para el instituto.
- V. Se recolectarán los instrumentos aplicados a la población de estudio para su respectivo análisis, durante el periodo de Enero a Febrero de 2021.
- VI. El investigador corre con todos los gastos que se requieran para la investigación (impresiones, copias, uso de software y hardware, transporte, etc.) sin requerir gastos por parte del instituto.

Período y sitio de estudio.

Se realizará en el periodo de Junio - Julio del 2021, en pacientes con enfermedades crónicas mayores de 60 años de la UMF 7 Tlalpan en la Ciudad de México.

Universo de trabajo.

Pacientes con enfermedades crónicas mayores de 60 años en la UMF 7 en el periodo comprendido de Junio - Julio del 2021.

Población de estudio

La Unidad de Medicina Familiar N°7 Tlalpan, ubicada en Calzada de Tlalpan N°4220 Acoxta y Ajusco Col Huipulco CP 01400 Tlalpan Ciudad de México.

Unidad de observación.

Las fuentes de información serán en base a los datos recabados a través de hoja de recolección de datos y la escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) en español para identificar los principales síntomas, aplicado a pacientes con enfermedades crónicas mayores de 60 años adscritos a la UMF 7.

Unidad de análisis.

Se revisará hoja de recolección de datos que contiene la escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) en español, esta herramienta está diseñada para ayudar en la evaluación de nueve síntomas comunes, cada síntoma se califica de 0 a 10 en una escala numérica, 0 significa que el síntoma está ausente y 10 que es de la peor gravedad posible

Población, lugar y tiempo

Pacientes con enfermedades crónicas mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 Tlalpan, Ciudad de México en el periodo de Junio a Julio de 2021.

RECURSOS

Recursos humanos: Un investigador médico residente de medicina familiar (Janet Denisse Campos López), un investigador responsable médico especialista en medicina familiar para revisión de protocolo (Mariana Gabriela Villarreal Avalos), un asesor clínico médico especialista en medicina familiar para revisión de protocolo (Almaraz Navarro Sara Gabriela), un asesor metodológico médico especialista en medicina familiar para revisión del protocolo, diseño estadístico, interpretación de datos y clínicos (Manuel Millán Hernández).

Recursos materiales: Hojas de recolección de datos impresas (en hojas blancas tamaño carta), plumas, correctores, hardware y software con programa operativo actualizado, impresora, USB para almacén de datos como respaldo.

Recursos físicos: Se contará con el apoyo de pacientes mayores de 60 años que padezcan alguna enfermedad crónica y acudan a consulta externa adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 7

Financiamiento: Los gastos de esta investigación correrán por cuenta de la investigadora médico residente de Medicina Familiar Janet Denisse Campos López.

Experiencia en investigación: Los investigadores realizaron en conjunto más de 10 investigaciones relacionadas a temas clínicos en el último año; cuenta con experiencia de la asesoría metodológica en más de 5 años respecto en investigaciones realizadas por médicos residentes, para obtención de grado.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Tipo de diseño epidemiológico.

Será un diseño descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

- a) **DESCRIPTIVO:** Consiste en describir una enfermedad o características en una/s poblaciones/es determinada/s.

- b) **TRANSVERSAL:** Es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento concreto de tiempo. Donde se examina la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento dado del tiempo.

- c) **OBSERVACIONAL:** El investigador no interviene. Se limita a observar, medir, y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de intervención.

- d) **PROSPECTIVO:** Es un estudio longitudinal, en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo en el futuro.

Diseño de investigación

Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7



- Demostrar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
- Identificar los principales síntomas en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
- Conocer la severidad de los síntomas en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
- Relacionar la severidad de los síntomas que presenten los pacientes, con la necesidad de recibir cuidados paliativos



H0: Existe la necesidad de atención paliativa de pacientes crónicos en mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7.

H1: No existe la necesidad de atención paliativa de pacientes crónicos en mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7



MUESTRA

382



CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
2. Pacientes mayores de 60 años de ambos géneros.
3. Aceptación voluntaria para participar en el llenado de la escala y recolección de datos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que no acepten la participación mediante la firma del consentimiento informado.
2. Pacientes mayores de 60 años que no padezcan alguna enfermedad crónica.
3. Pacientes que no sepan leer ni escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Responder cualquiera de los instrumentos de recolección de datos de manera errónea o incompleta.
2. Selección de más de una respuesta en cualquiera de los instrumentos.



1. Aplicación de cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) y recolección de datos
2. Captura de datos matriz
3. Análisis de resultados

Elaboró:
Janet Denisse Campos López
Médico residente de Medicina Familiar

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas.
2. Pacientes de ambos géneros.
3. Aceptación voluntaria para participar en el llenado de la escala y recolección de datos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que no acepten la participación mediante la firma del consentimiento informado.
2. Pacientes que no sepan leer ni escribir.
3. Pacientes mayores de 60 años que no padezcan enfermedades crónicas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Responder cualquiera de los instrumentos de recolección de datos de manera errónea o incompleta.
2. Selección de más de una respuesta en cualquiera de los ítems.

MUESTRA

Para el tamaño de la muestra se empleará la fórmula de prevalencia para poblaciones finitas. De acuerdo a los datos otorgados por el servicio de ARIMAC, el número total de adultos mayores (hombres y mujeres de 60 y más años) adscritos a la UMF 7 es de 61,234. Se realiza el cálculo de tamaño de muestra que, es de 382 pacientes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n: Tamaño de muestra buscado

N: Tamaño de población o universo.

Z: Parámetro estadístico que depende del N

e: Error de estimación máximo aceptado

p: Probabilidad que ocurra el evento estudiado (éxito)

q: (1-p): Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

Donde N: 61 234 pacientes

Z: 95% de confianza

e: error 5%

Con 50% de que ocurra y 50% que no ocurra el evento estudiado.

$$n = \frac{(61\ 234) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (61\ 233) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 382$$

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Necesidad de cuidados paliativos: presencia de una enfermedad activa, progresiva junto con un nivel importante de necesidades físicas derivadas de la misma.

Enfermedad crónica: Afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Necesidad de Cuidados paliativos	Pacientes con enfermedades crónicas, con síntomas físicos y psicológicos de severidad moderada a grave.	Se determinará de acuerdo a la severidad de los síntomas que refieran los pacientes al momento de realizar el cuestionario	Cualitativa	Nominal	1. SI (con sintomatología moderada o severa) 0. NO (Con sintomatología nula o leve)
Enfermedad crónica	Afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.	Enfermedad crónica que padezca el paciente al momento de realizar la recolección de datos	Cualitativa	Nominal	1. Diabetes 2. EPOC 3. ERC 4. Secuelas EVC 5. Insuficiencia cardíaca 6. Otras.
Síntomas	La referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.	Síntomas que refiera el paciente al realizar la recolección de datos, cada síntoma se califica de 0 a 10 en una escala numérica, 0 significa que el síntoma está ausente y 10 que es de la peor gravedad posible	Cuantitativa	Discreta	Se evaluara con una escala numérica de 10 síntomas donde 0 corresponde a nada/nulo, intervalos de 1-3 igual a leve, 4-6 igual a moderado y 7-10 corresponde a severo.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la recolección de datos en cuestionario	Número de años vividos que el paciente refiere tener al momento del estudio	Cualitativa	Discreta	1. 60-65 años 2. 66-69 años 3. 70 y mas

Sexo	Condición orgánica por la que se diferencian los machos de las hembras	Fenotipo que presenta el individuo al momento del estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómico	1.Femenino 2.Masculino
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.	Período de tiempo que el paciente asistió a la escuela, referido en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal	1.Sin escolaridad 2.Primaria incompleta 3.Primaria completa 4.Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria/ Bachillerato Completo 7. Preparatoria / Bachillerato incompleto 8. Carrera Técnica 9. Licenciatura 10. Posgrado

DISEÑO ESTADISTICO

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Se aplicará el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), a pacientes con enfermedades crónicas mayores de 60 años de la UMF 7, que consiste en escalas visuales numéricas presentadas para anotar en una hoja impresa que exploran síntomas frecuentes de los enfermos de Cuidados Paliativos (dolor, astenia, anorexia, náuseas, somnolencia, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, bienestar global y dificultad respiratoria y otros síntomas) previa lectura del asentimiento y consentimiento informado s, los datos obtenidos se vaciarán en una matriz de base de datos la SPSS para posteriormente realizar su análisis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se elaborarán las tablas y graficas necesarias que permitan la inspección de los datos. Se realizará la siguiente síntesis de datos, para las variables cualitativas se calculará frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central y medidas de dispersión; según corresponda cada caso. Finalmente, el análisis de la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas se realizará con las medidas de resumen obtenidas, así como las fórmulas estadísticas y tablas específicas correspondientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

Se realizara el cuestionario Sistema de evaluación de síntomas Edmonton, ESAS por sus siglas en inglés”, que consta de una escala numérica del 0 al 10 , con 10 síntomas principales; dolor, cansancio, náusea, somnolencia (síntomas físicos), depresión, ansiedad (síntomas emocionales), sensación de bienestar (global) y dificultad para respirar, para la severidad de los síntomas, se evaluara con una escala numérica donde 0 corresponde a nada/nulo, intervalos de 1-3 igual a leve, 4-6 igual a moderado y 7-10 corresponde a severo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se considera que este estudio con el título de **Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la unidad de medicina familiar 7** cumple con los aspectos éticos de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizará una encuesta y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes, se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación y capítulo 1.

De acuerdo con el título segundo de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo I artículos 13, 14, 16 y 17, artículo 20 con la realización del consentimiento informado, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. De acuerdo con la Ley General de Salud, título primero, capítulo uno, de acuerdo con el artículo 1,2.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegará a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 de la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para las poblaciones CIOMS.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.

La presente investigación va de acuerdo a lo establecido el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la **Ley General de Salud**, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año; se definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General, por lo que resulta pertinente disponer de los instrumentos reglamentarios necesarios para el ejercicio eficaz de sus atribuciones; que dentro de los programas que incluyen el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se encuentra el de Salud, el cual, como lineamientos de estratégicas,

completa cinco grandes áreas de política siendo la última la "Formación, Capacitación e Investigación" dirigida fundamentalmente al impulso de las áreas biomédicas, médico-social y de servicios de salud de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-1988 desarrolla el Programa de Investigación para la salud, entre otros, como de apoyo a la consolidación del Sistema Nacional de Salud en aspectos sustanciales, teniendo como objetivo específico el coadyuvar al desarrollo científico y tecnológico nacional tendiente a la búsqueda de soluciones prácticas para prevenir, atender y controlar los problemas prioritarios de salud, incrementar la productividad y eficiencia tecnológica del extranjero. La Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo; que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley; que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella; que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas.

Declaración de Helsinki

El estudio se ajusta a las normas éticas en la DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18 Asamblea Medica mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Medica Mundial Tokio, Japón, octubre 1975, la 35 Asamblea Medica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, la 59 Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 y la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la formula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención medica". El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las

enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Según el **Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS)** el año 2016, a las directrices éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos; el proyecto de investigación realizado tiene valor científico-social a la población crónica mayor a 60 años, con respeto por los derechos de los pacientes, además de que se hace énfasis en preocupación por las necesidades de salud de los participantes, la capacitación para realizar investigaciones, como colección , almacenamiento y uso de datos en investigaciones relacionadas en la salud, y no representa un conflicto de interés dentro la unidad por lo que es viable la realización de este.

CÓDIGO DE NÜREMBERG.

Confidencialidad

El presente estudio cumple con lo establecido en 1997 en el Código de Nüremberg el cual fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes: **I.** Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. **II.** El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar. **III.** Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo. **IV.** El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario. **V.** Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación. **VI.** El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento. **VII.** Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al

sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte. **VIII.** El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento. **IX.** Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo. Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

Riesgo de la Investigación

El estudio se llevará a cabo por medio de una hoja de recolección de datos, para obtener datos sociodemográficos y se aplicará el cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) en español para identificar los principales síntomas en pacientes mayores de 60 años con alguna enfermedad crónica, por lo cual no se expone a los pacientes a ningún riesgo de acuerdo a los Artículos 13,14 16 y 17; artículo 20 con la realización del **consentimiento informado**, Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que se relaciona con estudio en personas y con el consentimiento informado que se aplica en mi estudio.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Con este estudio se pretende demostrar la necesidad de cuidados paliativos en pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas en primer nivel de atención. Se identificará los principales síntomas por medio de una escala numérica identificando las variables mayormente asociadas y así conocer la importancia de cuidados paliativos en primer nivel de atención además de los beneficios y mejora en la calidad de vida de los pacientes y su familia, al identificarse y aplicarse de manera oportuna.

En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

En este protocolo no es necesario

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses potencial con respecto a la investigación, autoría y/ o publicación de la misma así como tampoco recibe financiamiento externo.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Para mejorar la obtención de los datos y prevenir los errores, se seguirán las estrategias que a continuación se señalan, lo cual logrará reducir el error aleatorio y aumentar la precisión de las mediciones:

La búsqueda de definiciones operacionales de las variables en los pacientes que acepten participar en dicho estudio; capacitación del personal evaluador; cuestionarios e instrumentos de medición validados en publicaciones previas además de que se realizó la búsqueda de evidencia científica disponible ya que los pacientes nunca conocerán la hipótesis del estudio.

Los resultados se expondrán a la UMF 7 salvaguardando la confidencialidad de los pacientes y así poder anticipar posibles complicaciones.

I. Control de sesgos de información.

- Se realizó búsqueda intencionada de artículos científicos en plataformas electrónicas mediante la ficha técnica de medicina basada en evidencias.
- Los participantes desconocían las hipótesis específicas bajo investigación.
- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por parte del comité de investigación, verificando su estructura y precisión de los datos requeridos.
- Se explicará de manera verbal a los participantes la forma correcta de llenado del instrumento de recolección para evitar confusiones, aclarando dudas que surjan, evitando que las respuestas influyan en los resultados de la encuesta.

II. Control de sesgos de selección.

- Se evaluarán los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de participantes para el estudio.
- Se eligió una muestra representativa de la población en estudio realizando un muestreo aleatorio simple.

III. Control de sesgos de análisis.

- Se creará una base de datos en Excel, con el fin de registrar y analizar los datos de forma correcta. Para minimizar los errores durante el proceso de captura de información, se verificarán los datos recabados
- Los resultados serán analizados por el programa S.P.S.S 20. Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medidas y proporciones. Además de

distribución de frecuencia y porcentajes. No se manipularán los resultados con la intención de lograr los objetivos de conclusiones.

IV. Control de sesgos de medición.

- Se utilizarán escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.

FACTIBILIDAD

Este estudio es factible de realizar ya que los recursos materiales y humanos se encuentran disponibles. La población mayor a 60 años y con enfermedades crónicas es de los principales motivos de consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 para la aplicación de hoja de recolección de datos a la población seleccionada. El presente estudio tampoco implicará procedimientos invasivos para el paciente.

Esta investigación en su versión impresa como tesis será presentada para la obtención del grado de especialidad en medicina familiar, también será entregado un ejemplar en diferentes bibliotecas, así como en la UNAM.

Experiencia en investigación: Los investigadores realizaron en conjunto más de 10 investigaciones relacionadas a temas clínicos en el último año; cuenta con experiencia de la asesoría metodológica en más de 5 años respecto en investigaciones realizadas por médicos residentes, para obtención de grado.

CRONOGRAMA

Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Campos López Janet Denisse ¹ Villareal Avalos Mariana Gabriela ² Almaraz Navarro Sara Gabriela ³ Millán Hernández Manuel ⁴

¹ Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar. ³ Especialista en Medicina Familiar. ⁴ Especialista en Medicina Familiar y Maestro en Gestión Directiva en Salud.

Actividades	SEP 2020	SEP 2020	SEP 2020	OCT 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE-FEB 2021	MARZ-ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021
Planteamiento del problema y marco teórico														
Hipótesis y Variable														
Objetivos														
Cálculo de la muestra														
Hoja de registro														
Presentación ante Comité														
Aplicación de cuestionarios														
Análisis de los Resultados														
Elaboración de Conclusiones														
Presentación de Tesis														

REALIZADO



PROGRAMADO



RESULTADOS

Análisis Univariado

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado a 342 personas, ya que por motivos de contingencia Covid 19 se decidió parar el estudio hasta este número de pacientes.

Se realizó el análisis de 342 sujetos de estudio con los siguientes resultados. En lo que respecta a la variable **Edad**, se obtuvo lo siguiente:

En el grupo de 60 a 65 años: 80 participantes que representan el 23.4%, en el grupo de 60-69 años: 62 participantes que representan el 18.1%, y en el grupo de 70 años a más, 200 participantes con 58.5%. **Ver Tabla 1 y Gráfica 1.**

En lo que respecta a la variable **Sexo**, se obtuvo que en el primer grupo sexo femenino la frecuencia es de 216 que corresponde a un porcentaje de 63.2% y en el segundo grupo masculino la frecuencia es de 126 que corresponde a un porcentaje de 36.8%. **Ver Tabla 2 y gráfica 2.**

De acuerdo con la variable **Escolaridad**, se observó lo siguiente: En el grupo de sin escolaridad fueron 2 participantes representando el 0.6%, en el grupo de primaria incompleta: fueron 101 participantes representando el 29.5%, en el grupo de primaria completa: fueron 116 participantes representando el 33.9%, en el grupo de secundaria incompleta: fueron 13 participantes representando el 3.8%, en el grupo de secundaria completa: fueron 34 participantes representando el 9.9% ,en el grupo de preparatoria incompleta: fueron 12 participantes representando el 3.5%, el grupo de preparatoria completa: fueron 3 representando el 0.9%, carreta técnica fueron: 21 participantes representando el 6.1%, la licenciatura: fueron 34 participantes representando el 9.9% y posgrado fueron 6 participantes representado el 1.8% .**Ver Tabla 3 y Gráfica 3.**

De acuerdo a los resultados de la intensidad de síntomas se observó que 244 pacientes si tiene necesidad de cuidados paliativos con un porcentaje de 71.3% y 98 participantes no tiene la necesidad de cuidados paliativos con un porcentaje de 28.7%. **Ver Tabla 4 y grafica 4.**

Análisis bivariado

Al realizar la asociación de **Edad y necesidad de cuidados paliativos** se obtuvo lo siguiente: el grupo que más requirió cuidados paliativos fue la población de 70 y más años: 144 pacientes, seguido de 60 a 65 años: 57 pacientes y finalmente de 66 a 69 años: 43 pacientes. **Ver Tabla 5 y grafica 5.**

DISCUSION

En este estudio, el grupo de Edad que tuvo mayor frecuencia correspondió al de 70 años a más que representa el 58.5%, esto se correlaciona con que la mayoría de población que se atiende en la UMF 7 es adulto mayor.

La mayoría de los participantes fueron pacientes del sexo femenino: 216 con un porcentaje de 63.2% y el grupo masculino la frecuencia: 126 con un porcentaje de 36.8%, en el diagnóstico de salud 2019 de la UMF No 7 se reporto mayor población de sexo femenino atendida en esta unidad, además que durante el estudio se observó mayor accesibilidad y disponibilidad para participar a las mujeres que a los hombres.

Respecto a la necesidad de cuidados paliativos de acuerdo a la intensidad de síntomas se encontró que de los 342 pacientes, 244 si requieren atención paliativa mientras que 98 pacientes no tienen necesidad de cuidados paliativos.

Esto corrobora lo que menciona la bibliografía, que mientras mayor severidad de síntomas más atención integral requieren los pacientes para un adecuado control de su enfermedad y mejora en la calidad de vida.

Al realizar una comparación entre la edad y la necesidad de cuidados paliativos se encontró que la población de 70 y más años fueron el grupo poblacional que más requiere cuidados paliativos con: 144 pacientes, seguido del grupo de edad de 60 a 65 años los cuales 57 si requirieron cuidados paliativos y 23 no lo requirieron y finalmente el grupo de 66 a 69 años de los cuales 43 si tuvieron la necesidad de cuidados paliativos y 19 no tuvo necesidad de recibir atención paliativa.

Lo que nos hace corroborar que a mayor edad más se necesita de un cuidado paliativo.

CONCLUSION

En este estudio, se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado a 342 personas, la edad más frecuente fue el grupo de 70 años a más (58.5%), el sexo más frecuente: femenino 216 (63.2%).

La mayoría de la población obtuvo la necesidad de cuidados paliativos, 244 pacientes (71.3%).

Al realizar la asociación edad con la necesidad de cuidados paliativos se encontró que la población con mayor porcentaje de requerir cuidado paliativo fueron pacientes de 70 y más años, 144 pacientes, por lo que se concluye que a mayor edad mayores comorbilidad y por lo tanto existen más síntomas en descontrol que requiere un manejo integral por cuidados paliativos.

Bibliografía

1. Beratarrechea A, Boissonet C, Valenti L, Ferrante D, Moral M. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención. Dirección de promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. 2017. 8-152.
2. Carrasco A, Olivares AM, Pedraza AG. Level of knowledge of the Law of Living Will in geriatric population in Mexico. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2019;35(1):1–14.
3. Parodi JF, Morante R, Hidalgo L, Carreño R. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horiz Médico.* 2016;16(1):69–74.
4. Navarro M. Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención. *Aten. Fam.* 2017;24(3):95-96.
5. Kánter I. Los cuidados paliativos en México: un derecho humano que requiere garantizarse, Instituto Belisario Domínguez, 2018(1): 132-145.
6. Agirrezabala JR, Aizpurua I, Miren A, Iciar A, Armendáriz M, Ainhoa A, Et al. Cuidados paliativos: un nuevo enfoque. *Infac.* 2016;24(9):1–7.
7. Minué S, Fernández C. Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care. *Aten Primaria* [Internet]. 2018;50(2):114–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
8. De la Rica M, García A, Monche AM. Assessment of the needs for palliative care in advanced chronic patients on discharge. *Enferm Clin* [Internet].2019;29(1):18–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.07.004>
9. Larrañaga I, Millas J, Soto M, Arrospide A, San Vicente R, Irizar M, et al. The impact of patient identification on an integrated program of palliative care in Basque Country. *Aten Primaria.* 2019;51(2):80–90.
10. Ramanayake R, Dilanka G, Premasiri L. Palliative care; role of family physicians. *J Fam Med Prim Care.* 2016;5(2):234-237.
11. Sarmiento PJ, Díaz VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Med Fam Semer.* 2019;45(5):349–55.

12. Tripodoro VA, Rynkiewicz MC, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Palliative care needs in advanced chronic illness. *Medicina (B Aires)*. 2016;76(3):139–47.
13. Secretaría de Salud de Mexico. Guia de Practica Clinica de Cuidados Paliativos [Internet]. Cenetec. 2010. 104 p. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx
14. Gómez X, Martínez M, Blay C, et al. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(6):241–5.
15. Effiong A, Effiong AI. Palliative care for the management of chronic illness: A systematic review study protocol. *BMJ Open*. 2012;2(3).
16. Blay C, Martori JC, Limon E, et al. Find your 1%: prevalence and mortality of a community cohort of people with advanced chronic disease and palliative needs. *Aten Primaria* [Internet]. 2019; 51(2):71–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.004>
17. Campello C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Med Paliativa* [Internet]. 2018; 25(2):66–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2016.07.002>
18. Pérez LA. Palliative care for patients with chronic respiratory failure. *Gac Sanit* [Internet]. 2018;32(4):383–5. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.006>
19. Alonso A, García H, Leiva JP, et al, Cuidados Paliativos en enfermedad crónica avanzada, Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Primera edición, noviembre 2018.
20. Rodríguez J R., Zas V, González D, Caridad M, Corp Y. Cuidados paliativos y envejecimiento, 2015;10(3):1–21.
21. Allende S, Verástegui E. Servicio de Cuidados Paliativos Instituto Nacional de Cancerología, Guía medica del cáncer. Los cuidados paliativos en cáncer. Primera edición, 2019.
22. Dunning T, Martin P. Palliative and end of life care of people with diabetes: Issues, challenges and strategies. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2018;143:454–63. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.09.018>.
23. Older Adults: Standars of Medical Care in Diabetes- 2020. American Diabetes Association *Diabetes Care* 2020 Jan; 43(1): 152-162. <https://doi.org/10.2337/dc20-S012>

24. Gutiérrez D, Leiva JP, Sánchez R, Gómez R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol.* 2015;18(3):228–36.
25. Morales H, Irigoyen A. La atención médica en unidades de cuidados paliativos. *Arch en Med Fam.* 2017;19(1):1-4.
26. Buigues F, Torres J, Masé G, Femenía M, Baydal R. Paciente terminal. Guía de Actuación Clínica en A. P. 2016;604–10.
27. Rios AF, B. aena C. Cuidado paliativo, una mirada integral. *Med fam Andal.* 2019; Vol. 20 N° 2: 162-174
28. Carvajal A, Martínez M, Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Med Paliat.* 2013;20(4):143-149.
29. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments. *J Pain Symptom Manage.* 2017 March; 53(3): 630–643. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370.

ANEXOS

ANEXO 1. Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN ENSALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Junio- Julio del 2021 Unidad de Medicina Familiar 7
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La investigadora me ha informado que el presente estudio es necesario, porque conocer los principales síntomas que tengo debido a/ las enfermedades que padezco me ayudará para ofrecerme mejores tratamientos que disminuyan mis molestias y me permitan tener una mayor comodidad para mi vida diaria.
Procedimientos:	La investigadora me ha informado que contestaré un cuestionario de 10 preguntas acerca de las principales molestias que tengo por mi enfermedad, calificando del 0 al 10 dependiendo que tan intenso es cada uno, el cuál responderá aproximadamente en 10 a 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	La investigadora me ha informado y explicado que al responder el cuestionario podría presentar mínimas molestias durante la realización. Sin embargo, estará en todo momento la investigadora para resolver dudas en caso necesario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La investigadora me ha explicado que por medio del cuestionario, permitirá detectar las principales molestias que tengo por mi enfermedad para poder dar un mejor tratamiento que los disminuya, y en caso que continúen o se hagan más intensos enviarme con un especialista en cuidados paliativos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La investigadora conservará la información que obtenga del cuestionario, respetando la confidencialidad de sus datos. Dará a conocer los resultados con fines solo de investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que la participación es voluntaria y con previa autorización, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que lo desee, sin que esto afecte de alguna manera los servicios que le brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	Se respetará la información que proporcione en el cuestionario.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Al realizarse dicha investigación se obtendrán beneficios que ayudaran a identificar los principales síntomas en pacientes crónicos mayores de 60 años, se conocerá la importancia de cuidados paliativos en primer nivel de atención y se demostrará la necesidad de cuidados paliativos en enfermedades crónica.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	ALMARAZ NAVARRO SARA GABRIELA Especialista en Medicina Familiar. Matrícula. 99377489 Lugar de trabajo: Consulta externa Adscripción: Unidad de medicina familiar 7. Teléfono oficina: 55732211 Ext: 21418 Correo electrónico: dragabialmaraz@gmail.com
Colaboradores:	Campos López Janet Denisse Matrícula: 97383807. Adscripción: Delegación 4 Sur, Ciudad de México IMSS. Teléfono: 55732221 ext.: 21478. Correo electrónico: denisse10cl@hotmail.com . Villareal Avalos Mariana Gabriela 97380843. Lugar de trabajo: Consulta externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 7 Delegación 4 Sur, Ciudad de México. IMSS Correo electrónico: marianaviav@gmail.com Millán Hernández Manuel Matrícula: 98574576 Lugar de trabajo: Atención médica continua Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 10 Delegación Sur, Ciudad de México. IMSS Tel. Oficina: 56232300 Ext: 45172. Correo electrónico: dmanuelmillan@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección y firma

Campos López Janet Denisse

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



ANEXO 2.

Hoja de recolección de datos



Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Campos López Janet Denisse ¹ Villareal Avalos Mariana Gabriela² Almaraz Navarro Sara Gabriela ³ Millán Hernández Manuel ⁴
¹ Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ³ Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ⁴ Especialista en Medicina Familiar en Salud Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS.

FOLIO _____ 1. NOMBRE: _____

NSS: _____

2. EDAD: _____ 3. SEXO:

M	F

 4. ENFERMEDAD Y/O ENFERMEDADES QUE PADECE _____

5. ESCOLARIDAD: _____

Instrucciones: Por favor, marque el número que describa mejor como se ha sentido en la última semana.

Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton ESAS

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Necesidad de cuidados paliativos en pacientes crónicos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Campos López Janet Denisse ¹ Villareal Avalos Mariana Gabriela ² Almaraz Navarro Sara Gabriela ³ Millán Hernández Manuel ⁴

¹ Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar. ³ Especialista en Medicina Familiar. ⁴ Especialista en Medicina Familiar y Maestro en Gestión Directiva en Salud.

Actividades	SEP 2020	SEP 2020	SEP 2020	OCT 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE-FEB 2021	MARZ-ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021
Planteamiento del problema y marco teórico	REALIZADO													
Hipótesis y Variable		PROGRAMADO												
Objetivos			PROGRAMADO											
Cálculo de la muestra				PROGRAMADO	PROGRAMADO									
Hoja de registro						PROGRAMADO	PROGRAMADO							
Presentación ante Comité								PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO				
Aplicación de cuestionarios											PROGRAMADO	PROGRAMADO		
Análisis de los Resultados													PROGRAMADO	
Elaboración de Conclusiones													PROGRAMADO	
Presentación de Tesis														PROGRAMADO

REALIZADO



PROGRAMADO



ANEXO 4. TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Edad según frecuencia y porcentaje

Estadísticos

EDAD

N	Válidos	342
	Perdidos	0

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60-65 AÑOS	80	23.4	23.4	23.4
	66-69 AÑOS	62	18.1	18.1	41.5
	70 A MÁS	200	58.5	58.5	100.0
	Total	342	100.0	100.0	

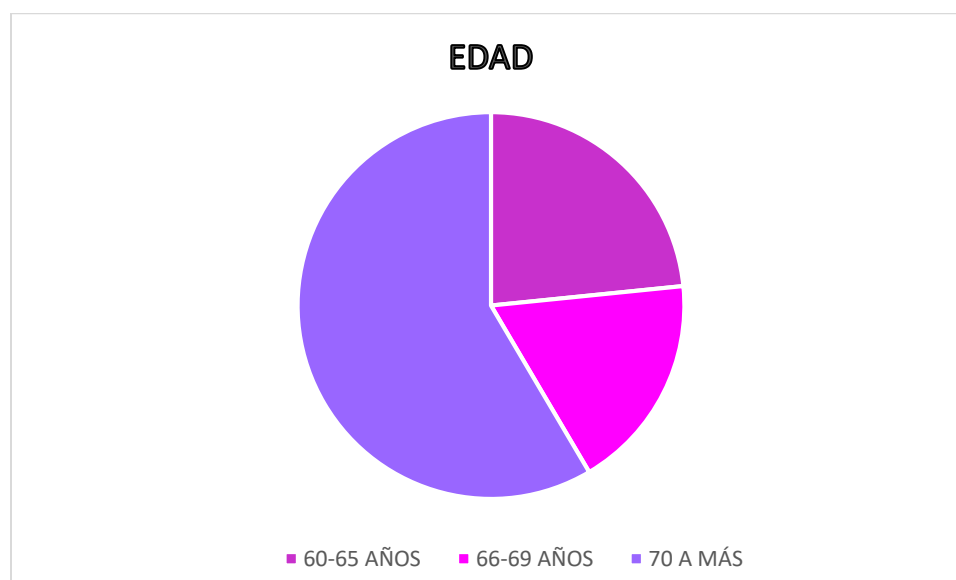


Tabla 2. Sexo según frecuencia y porcentaje

Estadísticos

SEXO

N	Válidos	342
	Perdidos	0

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	216	63.2	63.2	63.2
Válidos MASCULINO	126	36.8	36.8	100.0
Total	342	100.0	100.0	

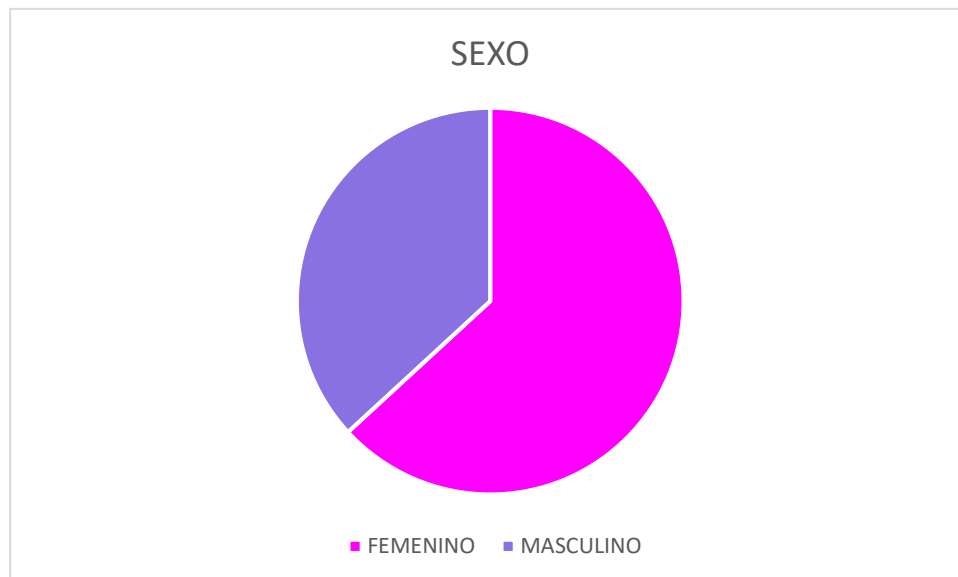


Tabla 3. Escolaridad según frecuencia y porcentaje

Estadísticos

ESCOLARIDAD

N	Válidos	342
	Perdidos	0

ESCOLARIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN ESCOLARIDAD	2	0.6	0.6	0.6
	PRIMARIA INCOMPLETA	101	29.5	29.5	30.1
	PRIMARIA COMPLETA	116	33.9	33.9	64.0
	SECUNDARIA INCOMPLETA	13	3.8	3.8	67.8
	SECUNDARIA COMPLETA	34	9.9	9.9	77.8
	PREPARATORIA/BACHILLERATO INCOMPLETO	12	3.5	3.5	81.3
	PREPARATORIA/BACHILLERATO COMPLETO	3	0.9	0.9	82.2
	CARRERA TECNICA	21	6.1	6.1	88.3
	LICENCIATURA	34	9.9	9.9	98.2
	POSGRADO	6	1.8	1.8	100.0
	Total	342	100.0	100.0	

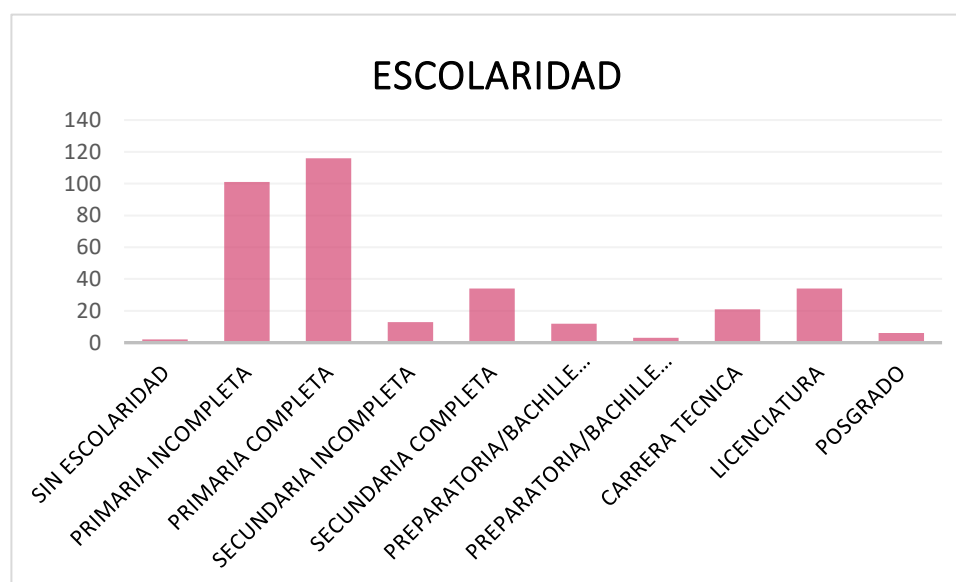


Tabla 4. Necesidad de cuidados paliativos

Estadísticos

NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

N	Válidos	342
	Perdidos	0

NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	98	28.7	28.7	28.7
	SI	244	71.3	71.3	100.0
	Total	342	100.0	100.0	

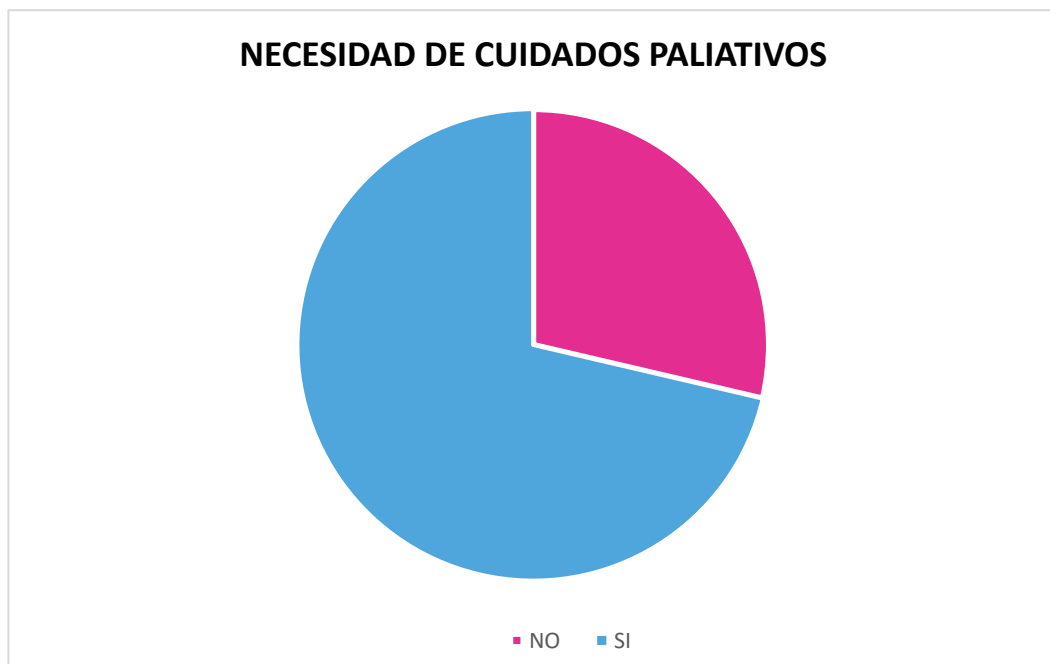


Tabla 5. Edad y Necesidad de cuidados paliativos

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
EDAD * CUIDADOS PALIATIVOS	342	100.0%	0	0.0%	342	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.162 ^a	2	.922
Razón de verosimilitudes	.161	2	.923
Asociación lineal por lineal	.039	1	.843
N de casos válidos	342		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.77.

Recuento		CUIDADOS PALIATIVOS		Total
		NO	SI	
		EDAD	60-65	
	66-69	19	43	62
	70>	56	144	200
Total		98	244	342

