



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”**



**“REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA POBLACIÓN  
MAYOR A 70 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL GENERAL DEL CMN “LA RAZA”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

**P R E S E N T A**

**Dra. Mary Cruz Granados Valdéz**

**ASESOR DE TESIS:**

**Dra. Itzel Cruz Grajales**

**NO. DE REGISTRO: F – 2019 – 3502 - 02**

**CIUDAD DE MÉXICO, DE MAYO 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES**

### **INVESTIGADOR RESPONSABLE**

**Nombre:** Dra. Itzel Cruz Grajales

**Adscripción:** Médico Internista adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General del CMN “La Raza”.

**Matricula:**

**Domicilio:** Calzada Vallejo, Paseo de las Jacarandas S/N, La Raza, 02990

**Ciudad de México**

**Teléfono:** 55 3923 9783

**Email:** [ltzy011@hotmail.com](mailto:ltzy011@hotmail.com)

### **INVESTIGADOR TESISTA**

**Nombre:** Dra. Mary Cruz Granados Valdéz

**Adscripción:** Médico Residente de Geriatría adscrito al servicio de Geriatría del Hospital General del CMN “La Raza”.

**Matricula:**

**Domicilio:** Calzada Vallejo, Paseo de las Jacarandas S/N, La Raza, 02990

**Ciudad de México**

**Teléfono:** 44 2475 1640

**Email:** [gravanaldos@live.com](mailto:gravanaldos@live.com)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 3502.  
HOSPITAL GENERAL Dr. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 18 CI 09 002 001  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 027 2017101

FECHA **Miércoles, 26 de junio de 2019**

**Dra. ITZEL CRUZ GRAJALES**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA POBLACIÓN MAYOR A 70 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DEL CMN "LA RAZA"** 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2019-3502-102

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. Guillermo Gareaga Reyna**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3502

[Imprimir](#)

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

Para la realización de esta investigación se requirió la colaboración de distintas personas y entidades, por lo cual agradezco a:

A mis padres y hermano por el apoyo incondicional que me brindaron durante el largo caminar de la carrera de medicina y geriatría; quienes han sido y son parte fundamental de quien soy como persona y profesional.

A la Dra. Itzel Cruz Grajales como médico asesor de tesis, por su apoyo para llevar a cabo la investigación, buscando la mejora constante del servicio de Medicina Interna – Geriatría y sobre todo por buscar mi superación profesional .

Al Dr. Jorge Orozco Gaytán como médico coordinador de la Especialidad de Geriatría en la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”, Centro Médico Nacional “La Raza” por permitir incursionar en los cuidados paliativos para pacientes geriátricos.

A la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”, Centro Médico Nacional “La Raza” por otorgar la autorización para estudiar la población hospitalizada, conociendo así sus características y por ende, sus requerimientos de atención paliativa.

Y a todos aquellos que de alguna manera contribuyeron para alcanzar mi sueño profesional.

## **DEDICATORIA**

Con cariño a:

Mis padres

Hipólito Granados Mondragón

Juliana Valdéz Hernández

Hermano y sobrina

Juan Granados Valdéz

Luz Antonia Granados Rico

Así como a mis amigas y amigos; por su constante apoyo y ánimo que infundieron en mi día a día para lograr esta meta tan anhelada.

## ÍNDICE

1	RESUMEN	1
2	ABSTRACT	2
3	MARCO TEORICO	3
4	JUSTIFICACIÓN	8
5	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
6	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	10
7	HIPÓTESIS GENERAL	11
8	MATERIAL Y MÉTODOS	12
9	CRITERIOS DE SELECCIÓN	13
10	CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA	14
11	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	16
12	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
13	ASPECTOS ETICOS	24
14	DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	26
15	RECURSOS FINANCIEROS	24
16	RESULTADOS	28
17	DISCUSIÒN DE RESULTADOS	62
18	CONCLUSIONES	64
19	BIBLIOGRAFÍA	65
20	ANEXOS	69

# **“REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA POBLACIÓN MAYOR A 70 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DEL CMN “LA RAZA”**

**Dra. Cruz-Grajales I. Dra. Granados Valdéz M.**

**Introducción:** Durante el envejecimiento, las personas presentan una variabilidad de comorbilidades poniendo al enfermo en una en situación terminal por las múltiples complicaciones (dolor, trastornos metabólicos, trastornos emocionales, dificultades físicas), requiriendo de una terapéutica específica a fin de mantener una situación continua de no sufrimiento.<sup>3,4</sup>

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y trasversal en el Hospital General del CMN “La Raza, en un periodo de evaluación del 01-Enero-2016 al 31-Diciembre-2018. Mediante una revisión sistemática de expedientes clínicos de pacientes ingresados al servicio de medicina interna, se aplicó un instrumento de valoración geriátrica de los pacientes que ingresaron para atención médica en fase aguda, el cuestionario abarca la demanda y necesidad de cuidados paliativos, indicadores clínicos generales, dependencia, síndromes geriátricos, síntomas persistentes, aspectos psicosociales, multimorbilidad, usos de recursos e indicadores específicos.

**Resultados:** La distribución por tipo de cuidador primario, identifiqué que el 87.6% de los pacientes no tiene cuidador. Cuando se determinó la distribución de la pregunta sorpresa, el 53.3% de los pacientes obtuvieron una respuesta afirmativa, y otro con un 46,7% con respuesta negativa.

**Conclusiones:** Al menos el 53.5% de los pacientes requieren de cuidados paliativos, la demanda de estos cuidados alcanza el 62%, sin embargo, solo el 7% de los pacientes son identificados por el personal de salud. La mitad de la población tiene un declive nutricional, al igual que un declive funcional, solo una cuarta parte presenta un declive cognitivo. El 18% de los pacientes presentan una dependencia severa.

**Palabras Clave:** Cuidados Paliativos, Paciente Geriátrico, Síndromes Geriátricos.

# "REQUIREMENTS OF PALLIATIVE CARE IN THE POPULATION GREATER THAN 70 YEARS IN THE INTERNAL MEDICINE SERVICE OF THE GENERAL HOSPITAL OF THE CMN" LA RAZA "

Dr. Cruz-Grajales I.      Dr. Granados Valdéz M.

**Introduction:** During aging, people present a variability of comorbidities putting the patient in a terminal situation due to multiple complications (pain, metabolic disorders, emotional disorders, physical difficulties), requiring a specific therapy in order to maintain a continuous situation of not suffering. <sup>3,4</sup>

**Objective:** To determine the prevalence of palliative care requirements in the population over 70 years of age in the internal medicine service of the General Hospital of the CMN "La Raza".

**Material and Methods:** An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out in the General Hospital of the CMN "La Raza, in a period of evaluation from January 1, 2016 to December 31, 2018. Through a systematic review of clinical records of patients admitted to the internal medicine service, a geriatric assessment instrument was applied to patients admitted for acute phase medical care, the questionnaire covers the demand and need for palliative care, general clinical indicators, dependency, geriatric syndromes, persistent symptoms, psychosocial aspects, multimorbidity, uses of resources and specific indicators.

**Results:** The distribution by type of primary caregiver, identified that 87.6% of patients have no caregiver. When the distribution of the surprise question was determined, 53.3% of the patients obtained an affirmative answer, and another with 46.7% with a negative response.

**Conclusions:** At least 53.5% of patients require palliative care, the demand for this care reaches 62%, and however, only 7% of patients are identified by health personnel. Half of the population has a nutritional decline, as well as a functional decline, only a quarter have a cognitive decline. 18% of patients have a severe dependence.

**Key words:** Palliative Care, Geriatric Patient, Geriatric Syndromes.

## MARCO TEORICO

El envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres vivos, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida.”<sup>1, 2,3</sup>

En los últimos años de la vida estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales”. Es decir, no todo el organismo envejece simultáneamente, hay funciones que permanecen hasta una edad muy avanzada y otras que se pierden precozmente.<sup>1, 2,3</sup>

Durante el envejecimiento, las personas presentan una variabilidad de comorbilidades poniendo al enfermo en una en situación terminal por las múltiples complicaciones (dolor, trastornos metabólicos, trastornos emocionales, dificultades físicas), requiriendo de una terapéutica específica a fin de mantener una situación continua de no sufrimiento.<sup>3,4</sup> Ante ello, se da paso a los cuidados paliativos que tienen como objetivo disminuir el sufrimiento, procurar la comodidad y el mayor bienestar posible del paciente y los familiares a lo largo de todo el proceso de la enfermedad terminal con el objetivo de reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal.<sup>4,5</sup>

Se define como cuidados paliativos de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud al enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan un problema asociado con una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.<sup>6</sup> Siendo un derecho humano básico y una parte fundamental del tratamiento de toda enfermedad grave o una enfermedad que ponga en riesgo la vida.<sup>6,7</sup>

La medicina moderna ha creado una mayor necesidad de enfoques paliativos para la toma de decisiones complejas y la retirada de terapias médicas.<sup>7</sup> No obstante, los cuidados paliativos están infrautilizados en las poblaciones

minoritarias, siendo uno de los principales impulsores de las disparidades al final de la vida.<sup>7</sup> De modo que, los médicos están obligados, de forma legal y ética, a proporcionar a los pacientes opciones alternativas de manejo en el contexto del final de la vida.<sup>8</sup>

Actualmente, el número de ancianos en situación terminal ha aumentado y con ello la necesidad de aplicar cuidados paliativos; tanto a nivel hospitalario como en domicilio.<sup>9, 10</sup> Por esta razón, lograr una buena muerte es uno de los objetivos esenciales en dichos pacientes, buscando que el paciente esté preparado para morir, tenga la sensación de que su vida se ha completado sin arrepentimientos de su propia muerte y que los miembros de la familia tampoco se arrepientan de la muerte de su ser querido.<sup>11,12</sup>

En México el acceso a los cuidados paliativos es limitado y más en la población geriátrica, la cual padece diversas enfermedades crónicas: enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad renal, evento vascular cerebral y enfermedad hepática.<sup>13, 14,15</sup> Generando una condición física en el paciente que le limita la sobrevida; dando lugar a los criterios de terminalidad en dichas enfermedades no oncológicas: diagnóstico específico o una combinación de enfermedades o circunstancias; que el paciente presente progresión de la enfermedad primaria, múltiples visitas al servicio de urgencias, progresión de la enfermedad documentada clínicamente, mayores cuidados de enfermería en casa, deterioro del estado funcional (Karnofsky <50 y KATZ 3/5) y deterioro del estado nutricional (pérdida de peso al menos 10% en los 6 meses y albúmina >2.5mg/dl).<sup>11</sup>

Durante el proceso de la enfermedad, la persona puede llegar a presentar una variedad de sintomatología misma que con el paso del tiempo irá mermando la calidad de vida; siendo éste, el momento en que requerirá de intervención médica.<sup>11</sup>

Los síntomas más importantes, a los que deberá de prestarse principal atención, son: dolor, requiriendo de control de la intensidad así como evaluación de la de la causa probable del mismo; disnea, considerado como un problema agudo al que temen los pacientes que se encuentran al final de la vida, empeorando a medida que se acerca la muerte; fatiga, uno de los síntomas más comunes y

debilitantes que se presenta a medida que la enfermedad avanza y las personas se vuelven más frágiles; delirio, trastorno fluctuante en la atención y la conciencia que se asocia con un aumento de la morbilidad y la mortalidad por ser un indicador de muerte inminente; ansiedad y depresión, consideradas como manifestaciones más comunes de la angustia psicológica variando su presentación de acuerdo al tipo y la etapa de la enfermedad – la capacidad de afrontamiento y el apoyo psicosocial; y, náuseas y vómitos, mencionados en las guías clínicas como problemas angustiantes en las etapas finales de la vida.<sup>11,14</sup> Estos pueden volverse refractarios y estar mal controlados por terapias de apoyo dirigidos específicamente a estos síntomas, pudiendo afectar la comodidad y la calidad de vida del paciente. Razón por lo que, deben ser manejados por una combinación de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, y reevaluarse con frecuencia hasta que se controlen los síntomas angustiantes mientras se observan los efectos secundarios de los medicamentos.<sup>14</sup>

El hecho de que el sistema de salud no se haya adaptado a la naturaleza cambiante del envejecimiento y la muerte, y de que se brinde atención de calidad a los ancianos y los moribundos, ha significado que esta época de la vida se vea envuelta en mitos de desolación e indignidad generado un enfoque poco útil sobre dónde mueren las personas, en lugar de como mueren y cómo vivieron antes de morir; creando un clima de temor a la vejez y la muerte.<sup>14,15</sup> Desafortunadamente, ante ello, existe la idea errónea de que si alguien recibe cuidados paliativos, significa que se interrumpirán los tratamientos para retrasar el progreso de su enfermedad. La investigación ha demostrado todo lo contrario, los cuidados paliativos pueden llevar a una mejor calidad de vida a lo largo de todo el proceso desde el momento en que se diagnostica una enfermedad potencialmente mortal.<sup>16, 17</sup> Por eso, los cuidados paliativos son un componente del cuidado de la salud necesario en cualquier momento de la vida; es decir, sin ser retenidos hasta los últimos momentos de la vida, ya que el pronóstico de vida debe de ser individualizando para cada paciente.<sup>17</sup>

Para cerrar la brecha de cuidados paliativos entre la oferta y la demanda, el gobierno debe considerar opciones audaces. Entre ellas, la expansión del acceso a los cuidados paliativos con el objetivo de asegurar que los pacientes

de mayor edad esperen con interés la calidad de vida antes que la muerte y la elección de los cuidados paliativos al final de la vida, sin importar dónde mueran.<sup>17,18, 19</sup> Haciendo hincapié en que los cuidados paliativos se dan al mismo tiempo que el resto de los tratamientos para su enfermedad y, no dependen del avance de la misma.<sup>20, 21</sup>

La promoción de la salud deberá de estar construida con base en políticas públicas capaces de sostener la salud, crear entornos de apoyo y fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios de salud, especialmente hacia asociaciones con la comunidad que favorezcan a los pacientes con requerimientos.<sup>22, 23, 24</sup> Dicho enfoque mejoraría la colaboración y las relaciones participativas; reconociendo el carácter social de la salud, la enfermedad y la muerte.<sup>22, 23, 24</sup> Logrando con ello el reconocimiento por parte de los campos de la atención médica que brindan atención integral, las necesidades de las personas mayores y de sus familias, a fin de favorecer la adaptación frente a la situación en la que se encuentren.<sup>24, 25</sup>

La estrategia de salud pública de la Organización Mundial de la Salud sustenta la integración de los cuidados paliativos en los sistemas de atención médica existentes en todos los niveles de la sociedad, de manera precoz integral e integrada en las personas con todo tipo de enfermedades / condiciones crónicas posterior a su identificación como primer paso.<sup>24, 25</sup> A nivel hospitalario, los pacientes ancianos con enfermedades crónicas graves, que a menudo se presentan en los últimos momentos de su vida, con trayectorias identificables de muerte; se beneficiarían de ellos.<sup>26, 27</sup>

La atención a la cronicidad avanzada es uno de los principales retos de los sistemas sanitarios públicos y el ámbito que actualmente concentra mayores esfuerzos de revisión e innovación a nivel nacional y mundial.<sup>26, 27</sup> Es en este contexto evolutivo se dispone de un instrumento que contribuye a la identificación de pacientes con enfermedades crónicas de todo tipo y necesidades de atención paliativa en todos los servicios de salud a fin de implementar medidas universales de mejora, incluyendo las de formación, adaptación organizativa y las acciones integradas de todos los actores implicados.<sup>26,27</sup>

El NECPAL CCOMS-ICO<sup>©</sup> es un instrumento adaptado y validado para identificar a personas con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado, así como revisado por el Comité de Bioética de Cataluña (España) y otros comités asistenciales. Basados en la experiencia de los últimos años y la cooperación internacional, se han ido introduciendo modificaciones para mejorarlo. Aún sin validación en México. <sup>26,27</sup>

Es una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica que combina evaluaciones de percepción, demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad / intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad, uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías.<sup>26, 27</sup> Cabe mencionar que no es un instrumento de carácter pronóstico, ni que indique la necesidad de intervención de equipos específicos, ni que limite, necesariamente, otros tipos de enfoques concomitantes. Su utilidad es, fundamentalmente, la de identificación de enfermos con necesidades de un cambio de enfoque, incorporando medidas paliativas en su atención. <sup>27,28</sup>

De acuerdo a la alta proporción de los pacientes con enfermedades crónicas que son atendidos en medicina interna, geriatría, neumología, neurología y cardiología. Ambos requieren de la aplicación de programas y políticas de cuidados paliativos dónde el cáncer, el cuidado crónico y el cuidado geriátrico son los componentes básicos.<sup>28</sup>

La planificación avanzada de la atención y el empoderamiento del paciente representan desafíos específicos que deben abordarse en nuestro contexto social y cultural, mediante el conocimiento de la prevalencia de la población que acude en busca de atención médica. <sup>28</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

La primera impresión del paciente y los familiares ante la notificación de un padecimiento progresivo, irreversible e incurable podría llegar a marcar la decisión en varios aspectos como las expectativas ante el seguimiento del proceso tanto terapéutico como médico, condicionando una falta de cooperación ante el tratamiento propuesto.

Cabe mencionar que, el nombre de cualquier enfermedad terminal puede llegar a ser para muchas personas sinónimo de muerte. Misma ratificación que podría llegar a marcar la actitud que seguirá el paciente, los familiares y hasta el propio médico tratante.

Es por ello que este trabajo se centra en dar a conocer la cantidad de pacientes mayores de 70 años de edad que ingresan al servicio de Medicina Interna – Geriátrica con requerimientos de Cuidados Paliativos; ya que en muchas ocasiones, la falta de atención paliativa puede generar consecuencias importantes en el proceso de la enfermedad del paciente, logrando que se pierdan las expectativas y la confianza en el médico, lo que hace aún más preocupante, ya que tanto paciente como familiares necesitan confiar en el médico para creer en las posibilidades que le generara un tratamiento paliativo independiente del pronóstico de vida, dando como resultado la posibilidad de brindar un mejor servicio a nivel intra y extra hospitalario.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la OMS, el cáncer ha sido considerado como una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en el mundo. Sin embargo, existe una gama inmensa de enfermedades con características inminentes de terminalidad que aquejan a los pacientes geriátricos, condicionándolos a requerimientos de atención paliativa.

Esta atención se caracteriza por cuidados activos e integrales en los pacientes con enfermedades avanzadas y progresivas; siendo candidatos de un control de síntomas físicos, psicológicos, emocionales y espirituales sin pretender acelerar o posponer la muerte, contemplando a ésta última como un proceso normal.

Ante la presentación inminente de pacientes geriátricos con requerimientos de atención de atención paliativa en el servicio de Medicina Interna; se busca conocer la prevalencia con la que éstos pacientes ingresan al servicio, mismo tiempo en el que se pretende identificar la demanda de los cuidados paliativos con el objetivo de establecer una alternativa terapéutica en los pacientes con dichos requerimientos a fin de brindar calidad de vida y una muerte digna y con respeto en conjunto con sus familiares y/o cuidador primario.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Cuál es la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años de edad en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del CMN “La Raza”?**

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la prevalencia del declive nutricional (riesgo de desnutrición y desnutrición) en los pacientes mayores de 70 años con requerimientos de cuidados paliativos en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.
- Identificar la prevalencia del declive funcional (Pérdida de más de dos actividades básicas) en los pacientes mayores de 70 años con requerimientos de cuidados paliativos en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.
- Identificar la prevalencia de la presencia de deterioro cognitivo (ajustado a escolaridad) en los pacientes mayores de 70 años con requerimientos de cuidados paliativos en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.
- Identificar la prevalencia de los síndromes geriátricos en los pacientes mayores de 70 años con requerimientos de cuidados paliativos en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.
- Identificar la prevalencia de la multi-morbimortalidad en los pacientes mayores de 70 años con requerimientos de cuidados paliativos en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza”.

## **HIPÓTESIS GENERAL**

### **Hipótesis de Trabajo**

**H1:** La prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza” será  $\geq$  al 30%.

### **Hipótesis de Nula**

**H0:** La prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza” no será superior al 30%.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

De acuerdo al grado de control de la variable: Observacional

De acuerdo al objetivo que se busca: Descriptivo

De acuerdo al momento en que se obtendrá o evaluarán los datos: Retrospectivo

De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Trasversal

### **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL**

Pacientes del HGCMN “La Raza”, que fueron ingresados al servicio de medicina interna, en un periodo de evaluación 01-Enero-2016 al 31-Diciembre-2018; en el Hospital General Centro Médico Nacional “La Raza” Ubicado en: Calzada Vallejo, Paseo de las Jacarandas S/N, La Raza, 02990 Ciudad de México.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 70 años de edad.
- Pacientes que hayan sido hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza” en un periodo del 01-Enero-2016 al 31-Diciembre-2018.

### **Criterios de Exclusión**

- Valoración Geriátrica Integral Incompleta (ausencia de valoración funcional, social y/o psicoafectiva).

## CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

De acuerdo a las características del estudio en cuestión, se debe realizar un cálculo de tamaño de muestra para una **proporción infinita**, con una precisión del 5%, y una seguridad estadística del 95%. Debido a que se trata del primer estudio de esta naturaleza que se realiza en este Hospital, se usara una proporción esperada de 30%, esta proporción maximiza el tamaño y la precisión de la muestra.

Derivado de lo anterior se hace el siguiente cálculo de tamaño muestral, con la siguiente formula:

Si la población que deseamos estudiar es <b>INFINITA</b> , y deseamos saber cuántos individuos del total tendremos que estudiar, la respuesta sería:																			
Seguridad:	95%																		
Precisión:	5%																		
Proporción esperada al 30%:	0,3	Si no tuviéramos ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor de $p=0.3$ (30%), que maximiza el tamaño muestral.																	
Formula:	$\frac{Z \alpha^2 * p * q}{d^2}$																		
Donde:	<table border="1"> <tr> <td><math>Z \alpha^2</math></td> <td>=</td> <td>1.96<sup>2</sup></td> <td>(Ya que la seguridad es del 95%)</td> </tr> <tr> <td><math>p</math></td> <td>=</td> <td>0,3</td> <td>Proporción esperada, en este caso será: 0,3</td> </tr> <tr> <td><math>q</math></td> <td>=</td> <td>0,7</td> <td>En este caso sería 1-p</td> </tr> <tr> <td><math>d</math></td> <td>=</td> <td>0,05</td> <td>Precisión (en este caso deseamos un) 5%</td> </tr> </table>			$Z \alpha^2$	=	1.96 <sup>2</sup>	(Ya que la seguridad es del 95%)	$p$	=	0,3	Proporción esperada, en este caso será: 0,3	$q$	=	0,7	En este caso sería 1-p	$d$	=	0,05	Precisión (en este caso deseamos un) 5%
$Z \alpha^2$	=	1.96 <sup>2</sup>	(Ya que la seguridad es del 95%)																
$p$	=	0,3	Proporción esperada, en este caso será: 0,3																
$q$	=	0,7	En este caso sería 1-p																
$d$	=	0,05	Precisión (en este caso deseamos un) 5%																
$n$	=	$\frac{1.96^2 * 0,3 * 0,7}{0,05}$	= ?																
$n$	=	$\frac{3,8416 * 0,3 * 0,7}{0,0025}$	= ?																
$n$	=	$\frac{0,806736}{0,0025}$	= 322,69																

El valor final de la formula establece que se requieren 322.69 pacientes. Sin embargo, se procede a realizar el cálculo ajustando pérdidas.

## **Tipo de muestreo**

**No probabilístico.-** La probabilidad de selección de cada unidad de la población no es conocida. La muestra es escogida por medio de un proceso arbitrario. Se utiliza con frecuencia cuando no se conoce el marco muestral.

**Por conveniencia.-** En este tipo de muestreo, se selecciona a las unidades de estudio que se encuentran disponibles en el momento de la recolección de datos.

## DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador Escala de Medición
Género	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Femenio 2.Masculino
Edad	Número de años que presenta la persona en el momento del internamiento.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cuantitativa Discreta	1.años cumplidos
Cuidador Primario	Persona encargada del cuidado del paciente en casa.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Pregunta Sorpresa	Probabilidad de muerte del paciente a lo largo del próximo año.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Demanda o Necesidad	Demanda: Expresión Implícita o explícita	Esta variable se obtendrá por	Cualitativa	

	de esfuerzo terapéutico.	medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Necesidad: Identificada por personal de Salud.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Indicadores Clínicos Generales	Declive Nutricional	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Declive Funcional	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Declive Cognitivo	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Dependencia Severa	Barthel <20	Esta variable se obtendrá por	Cualitativa	

		medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Síndrome Geriátricos	Caídas	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Úlceras por presión	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Disfagia	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Delirium	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Infecciones de repetición	Esta variable se obtendrá por	Cualitativa	

		medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Síntomas Persistentes	Dolor	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Debilidad	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Anorexia	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Disnea	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Alteraciones Digestivas	Esta variable se obtendrá por	Cualitativa	

		medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Aspectos Psicosociales	Distrés y/o Trastorno Adaptativo Severo	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Vulnerabilidad Social Severa	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Multi-Morbilidad	>2 Enfermedades o Condiciones Crónicas Avanzadas	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Uso de Recursos	>2 Ingresos urgentes o no planificados en 6 meses	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
Indicadores Específicos	Cáncer	Esta variable se obtendrá por	Cualitativa	

		medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Insuficiencia Cardíaca	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Insuficiencia Hepática	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Enfermedad Renal Terminal	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Demencia	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.SI 2.NO
	Enfermedades Neurodegenerativas	Esta variable se obtendrá por	Cualitativa	1.SI 2.NO

		medio de la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes.	Nominal Dicotómica	
--	--	---	-----------------------	--

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizará utilizando el programa SPSS Statistics versión 25 para Windows para realizar el análisis estadístico correspondiente.

El análisis descriptivo de las variables categóricas serán analizadas por medio de frecuencias absolutas y relativas, las cuales se representaran en tabla de frecuencias o gráficos de barra; las variables cuantitativas serán descritas mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (rango y desviación estándar), las cuales serán presentadas en histograma, gráfico de tallos y hojas o gráfico de cajas según corresponda.

## ASPECTOS ÉTICOS

En el presente proyecto de investigación, el procedimiento está de acuerdo con las normas éticas, el **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** y con la **Declaración del Helsinki de 1975** enmendada en **1989** y **Códigos y Normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la Investigación Clínica** y lo recomendado por la **Coordinación Nacional de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social**. Así mismo, el investigador principal se apegará también a las **Normas y Reglamentos Institucionales** y a los de la **Ley General de Salud**.

Se han asumido también el cuidado, la seguridad y el bienestar de los pacientes, y se respetarán cabalmente los principios contenidos en él, la **Declaración de Helsinki**, la **Enmienda de Tokio**, **Código de Nüremberg**, el **Informe de Belmont**, y en el **Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos**. Dado el tipo de investigación se clasifica como sin riesgo, el investigador no tendrá participación con los procedimientos con los que fueron tratados los pacientes, limitándose solo a la recolección de la información generada y capturada en el expediente clínico; la investigación por sí misma no representa ningún riesgo para el paciente.

Sin embargo, se respetarán en todo momento los acuerdos y las normas éticas referentes a investigación en seres humanos de acuerdo a lo descrito en la **Ley General de Salud**, la **Declaración de Helsinki** de 1975 y sus enmiendas, los **Códigos y Normas Internacionales vigentes** para las buenas prácticas en la investigación clínica y lo recomendado por la **Coordinación Nacional de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social**.

La información obtenida será conservada de forma confidencial en una base de datos codificada para evitar reconocer los nombres de los pacientes y será utilizada estrictamente para fines de investigación y divulgación científica.

Por lo que, de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de Salud** en materia de Investigación para la Salud **Título Segundo De los Aspectos Éticos de la**

**Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes, Artículo 17**, la presente investigación se clasifica como Investigación sin riesgo: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos.”

Ante ello, por ser un estudio sin riesgo, no es necesario incluir la carta de consentimiento informado.

Así mismo, se tomaron en cuenta las disposiciones del **Reglamento de la Ley General de Salud** en Materia de Investigación para la salud, en el **Título Segundo, Capítulo primero en sus artículos: 13, 14 incisos I al VIII, 15,16,17 en su inciso II, 18,19,20,21 incisos I al XI y 22 incisos I al V**. Así como también, los principios bioéticos de acuerdo con la **Declaración de Helsinki** con su modificación en Hong Kong basados primordialmente en la beneficencia y la autonomía.

En el **artículo 13**, señala que deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al salvaguardar la información obtenida de los expedientes.

Del **artículo 14**, en el **inciso I**, ya que apegado a los requerimientos de la **Institución y del Comité local de Investigación**, se ajustará a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo.

El investigador se rige bajo un importante código de ética y discreción, por lo tanto, no existe la posibilidad de que la información recabada del expediente clínico con respecto a los pacientes se filtre de manera total o parcial y atente contra la vida e integridad del mismo.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se presentará el protocolo de tesis al **Comité Local de Investigación del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social**. Una vez obtenida la autorización se procederá a la recolección de datos.

Mediante la búsqueda y revisión en el Archivo Clínico, de los Expedientes de los pacientes mayores de 70 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del período del 01 de Enero del 2016 al 31 de Diciembre del 2018; se recopilarán los datos correspondientes a la Valoración Geriátrica Integral y al Instrumento de Cuidados Paliativos NECPAL CCMOS – ICO de cada paciente.

Posteriormente, con la recolección de la información, se procederá a transcribir los datos de los pacientes de acuerdo a lo descrito en el instrumento de recolección de datos en una hoja prediseñada de “Excel”; por último, se exportará al **programa estadístico Epi Info 7**, el cual es un Software de uso libre, que no requiere de licencia para su manejo, adicionalmente se empleará el programa **Spss versión 25 para Windows**.

El investigador responsable se obliga a presentar los respectivos Informes de Seguimiento, y que una vez que el estudio haya concluido, presentará el **Informe de Seguimiento Técnico final**, así como los **informes extraordinarios** que se le requieran sobre el avance de Proyecto de Investigación, hasta la terminación o cancelación del mismo.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### “REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA POBLACIÓN MAYOR A 70 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DEL CMN “LA RAZA”

**P= PROGRAMADO**

**R= REALIZADO**

ACTIVIDAD 2019	MARZO	MARZO	ABRIL	ABRIL	ABRIL	MAYO	MAYO	MAYO	JUNIO	JUNIO	JUNIO	JULIO
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	R	R										
		R										
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA		R	R									
		R	R									
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HASTA PRESENTACIÓN AL COMITÉ			R	R								
					R							
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN						R						
							R					
REGISTRO DEL NÚMERO DE PROTOCOLO							R					
							R					
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN							R	R				
							R	R				
ANÁLISIS DE RESULTADOS								R	R			
								R	R			
PRESENTACIÓN FINAL DEL TRABAJO									P	P		

## RESULTADOS

Se realizó el estudio de investigación en la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional La Raza; dicho proyecto fue diseñado y realizado por el servicio de Geriátría cuya finalidad fue determinar la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años en el servicio de medicina interna.

Una vez realizado en análisis estadístico se obtuvieron los siguientes resultados.

Un total de 323 pacientes fueron integrados en este estudio, en donde la edad media fue 78 años (+/- 6). La distribución por género, determinó que el 47.4% de los pacientes eran mujeres, mientras que el 52.6% fueron hombres (Tabla 1, 2) (Grafico 1).

TABLA 1.

Distribución de la Edad					
Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Años	323	70,0	95,0	78,628	6,0019

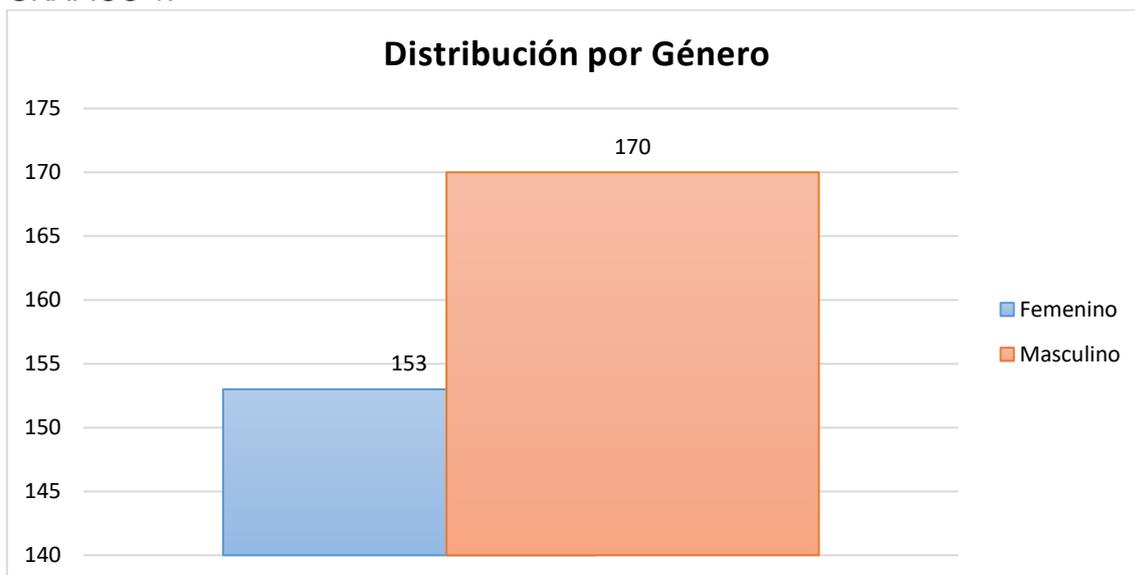
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 2.

Distribución por Género				
Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	153	47,4	47,4	47,4
Masculino	170	52,6	52,6	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 1.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

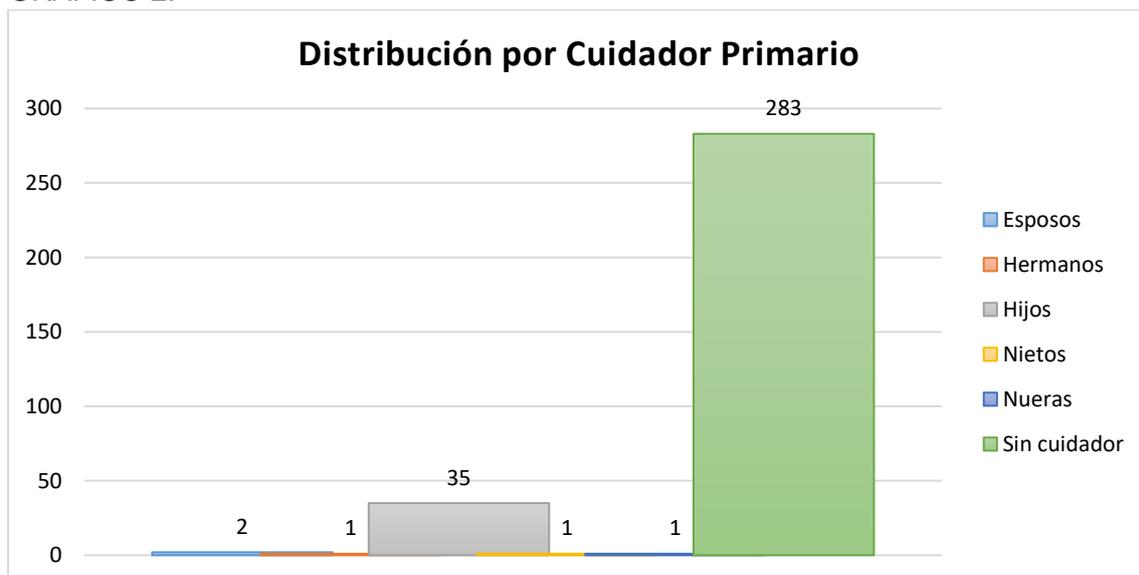
La distribución por tipo de cuidador primario, identifique que el 87.6% de los pacientes no tenían cuidador; solo un 10,3% eran los hijos los que fungían como cuidadores, y el otro 2% de los cuidadores correspondieron a otra categoría (Esposo, Hermano, Nietos, Nueras) (Tabla 3) (Grafico 2).

TABLA 3.

Distribución por Cuidador Primario				
Cuidador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Esposos	2	,6	,6	,6
Hermanos	1	,3	,3	,9
Hijos	35	10,8	10,8	11,8
Nietos	1	,3	,3	12,1
Nueras	1	,3	,3	12,4
Sin cuidador	283	87,6	87,6	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 2.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

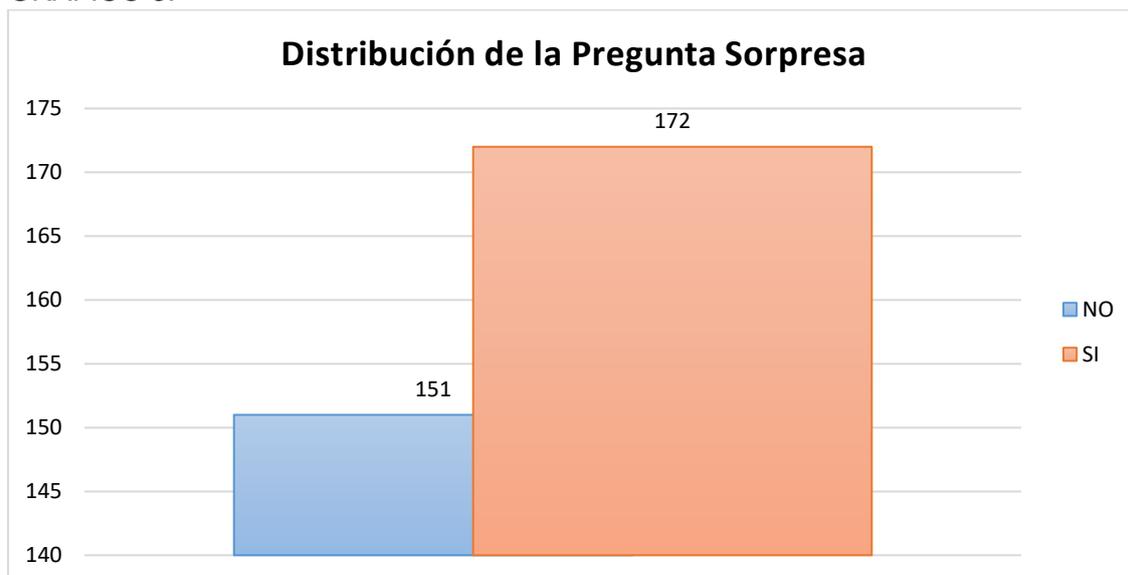
Cuando se determinó la distribución de la pregunta sorpresa para determinar si el paciente podría morir en el próximo año, el 53.3% de los pacientes obtuvieron una respuesta afirmativa, mientras que un 46,7% presentó una respuesta negativa (Tabla 4) (Grafico 3).

TABLA 4.

Distribución de la Pregunta Sorpresa				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	151	46,7	46,7	46,7
SI	172	53,3	53,3	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 3.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

Cuando se estableció la distribución por demanda, entendida como la expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia o por los miembros del equipo médico; el 61.9% fue afirmativo.

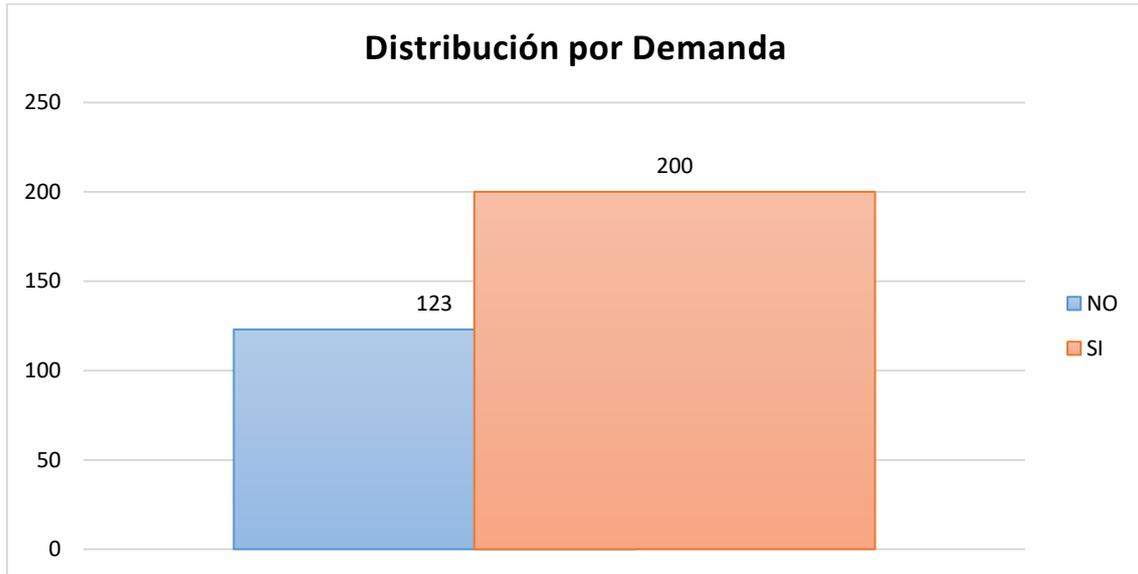
Así mismo, se estableció la distribución por necesidad, entendida como la identificación de requerimientos de atención paliativa por parte de los miembros del equipo médico, obteniéndose un 7.1% de casos como afirmativos (Tabla 5 y 6) (Grafico 4 y 5).

TABLA 5.

<b>Distribución por Demanda</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	123	38,1	38,1	38,1
SI	200	61,9	61,9	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 4.



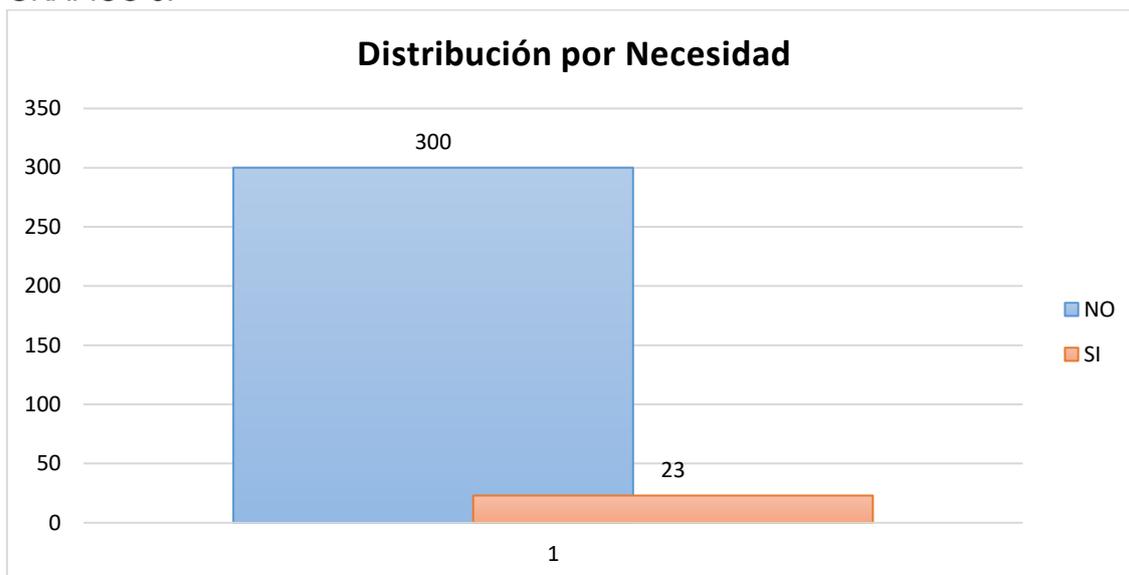
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 6.

Distribución por Necesidad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	300	92,9	92,9	92,9
SI	23	7,1	7,1	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 5.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

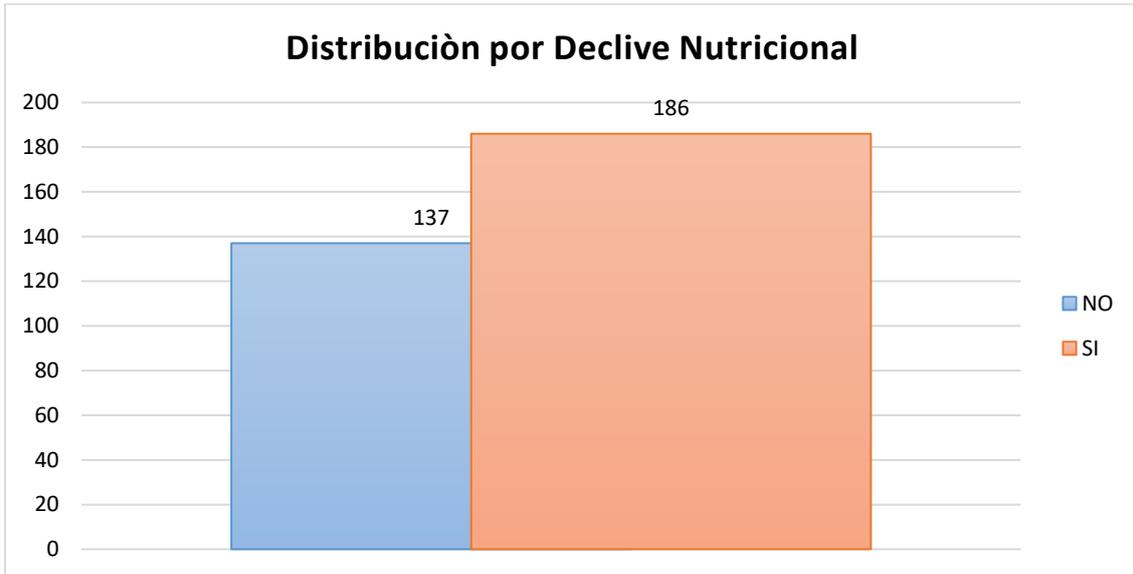
Se midieron indicadores clínicos generales (declive nutricional, declive funcional y declive cognitivo y dependencia severa) en relación a los últimos 6 meses de vida de los pacientes; obteniendo un 57.6% de los casos con declive nutricional, 54.5% con declive funcional y un 22.3% con declive cognitivo. Mientras que el 18% de los casos presentó dependencia severa, entendiendo como la presentación de un Karnofsky <50 o Barthel <20 puntos (Tabla 7, 8, 9, 10) (Grafico 6, 7, 8,9).

TABLA 7.

Distribución por Declive Nutricional				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	137	42,4	42,4	42,4
SI	186	57,6	57,6	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 6.



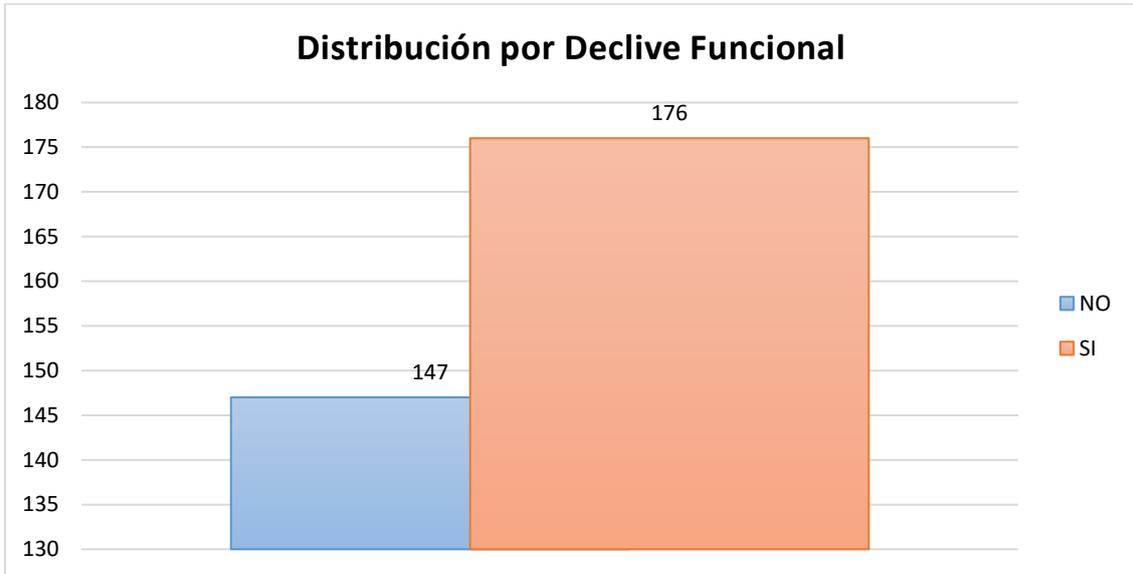
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 8.

<b>Distribución por Declive Funcional</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	147	45,5	45,5	45,5
SI	176	54,5	54,5	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 7.



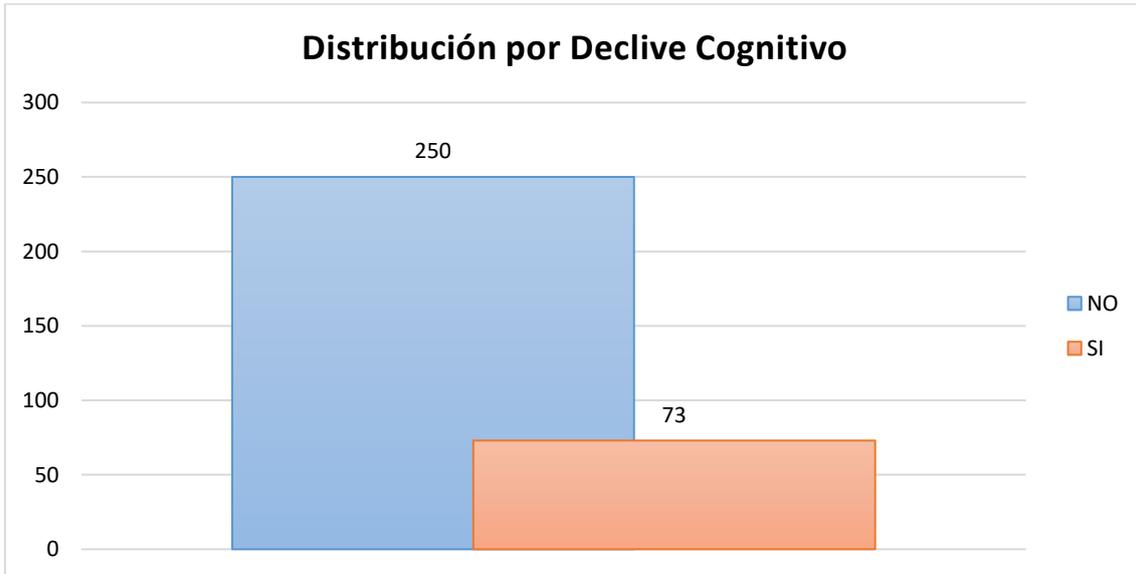
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 9.

<b>Distribución por Declive Cognitivo</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	250	77,4	77,4	77,4
SI	73	22,6	22,6	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 8.



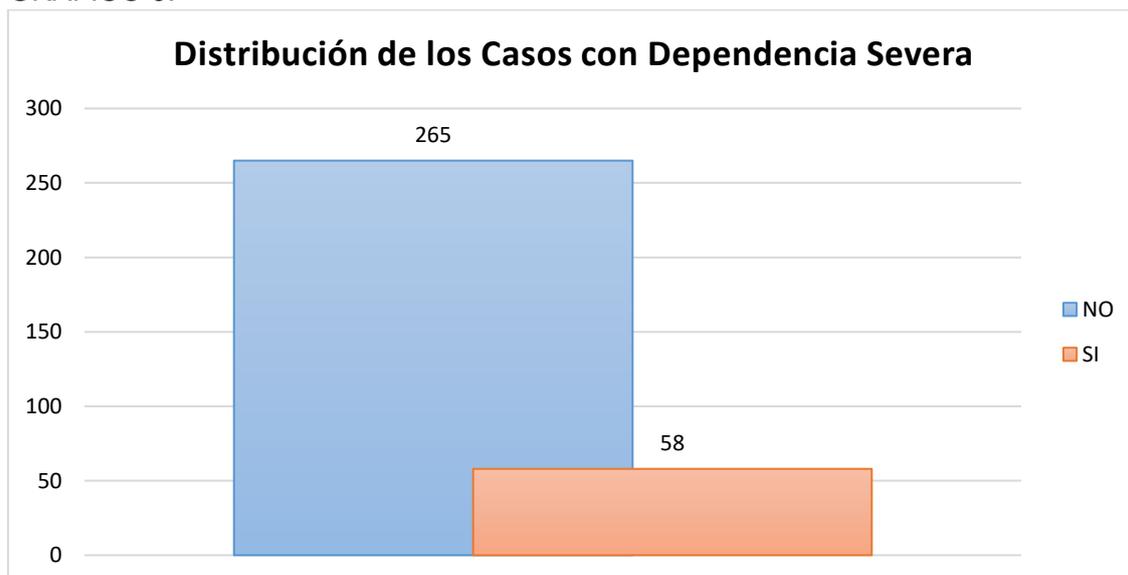
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 10.

Distribución de los Casos con Dependencia Severa				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	265	82,0	82,0	82,0
SI	58	18,0	18,0	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Departamento de Geriátría del CMN La Raza del IMSS

GRAFICO 9.



Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

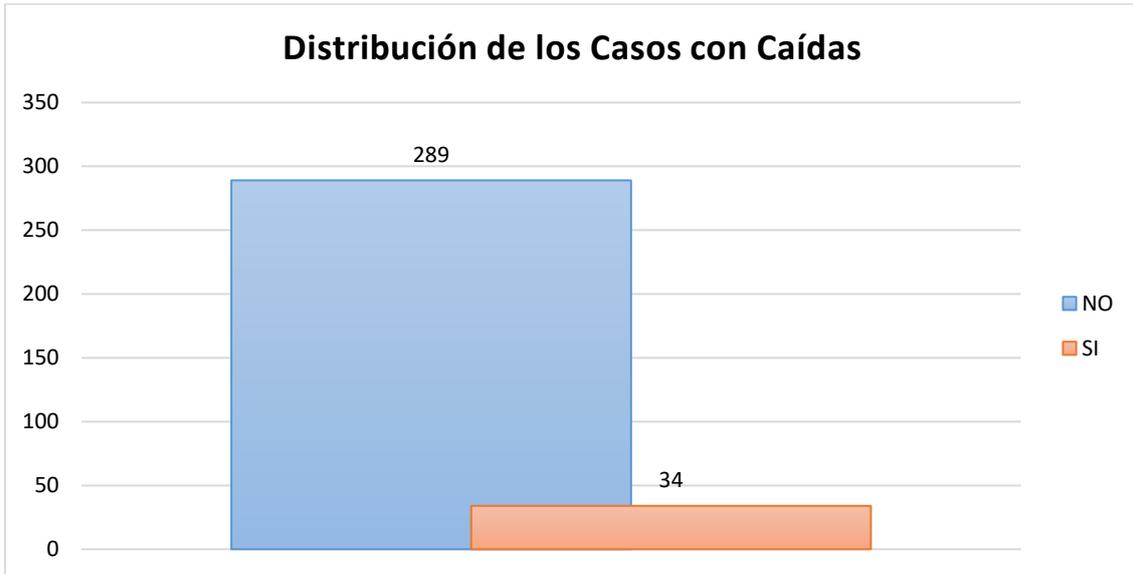
Los síndromes geriátricos también han sido identificados en este estudio; correspondiendo del total de la población un 10.5% a caídas, 6.2% a úlceras por presión, 9.3% delirium, 2.8% a disfagia y 0.9% infecciones de repetición.

TABLA 11.

Distribución de los Casos con Caídas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	289	89,5	89,5	89,5
SI	34	10,5	10,5	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 10.



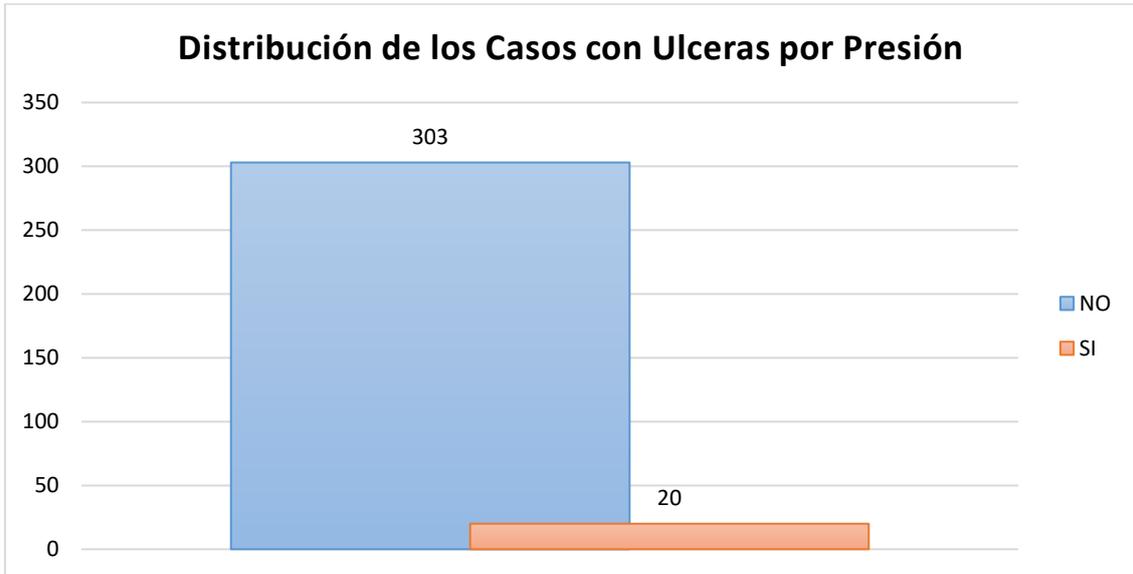
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 12.

Distribución de los Casos con Ulceras por Presión				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	303	93,8	93,8	93,8
SI	20	6,2	6,2	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Departamento de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 11.



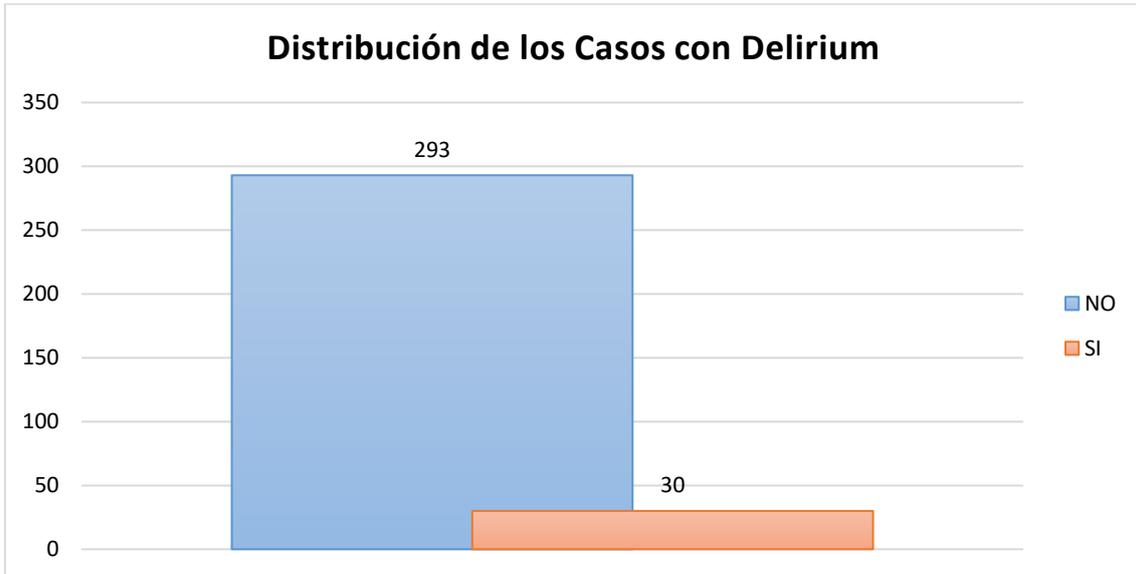
Fuente: Departamento de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 13.

<b>Distribución de los Casos con Delirium</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	293	90,7	90,7	90,7
SI	30	9,3	9,3	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 12.



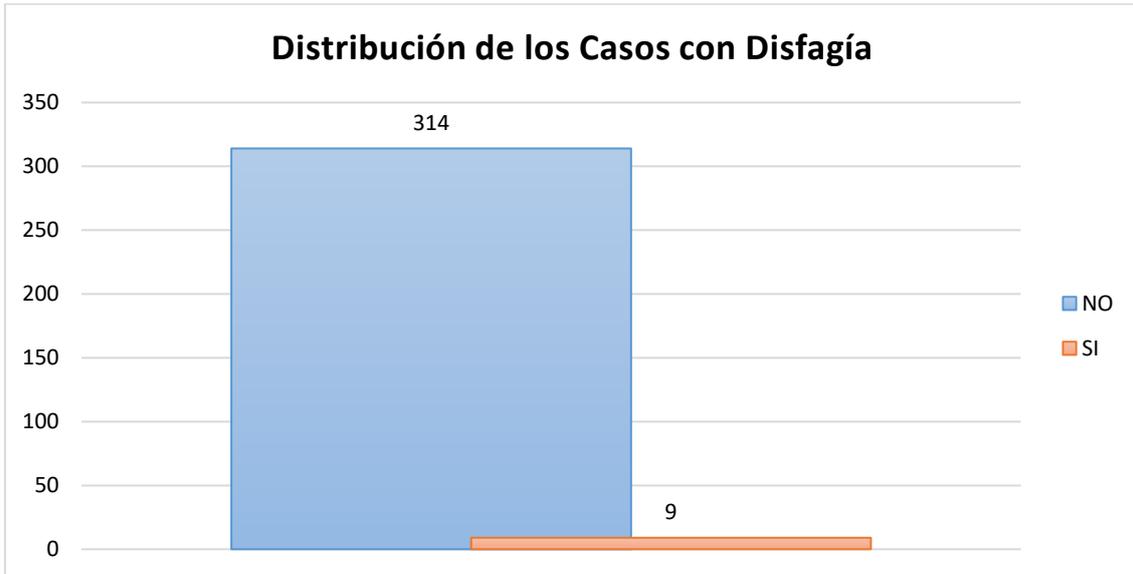
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 14.

Distribución de los Casos con Disfagia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	314	97,2	97,2	97,2
SI	9	2,8	2,8	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 13.



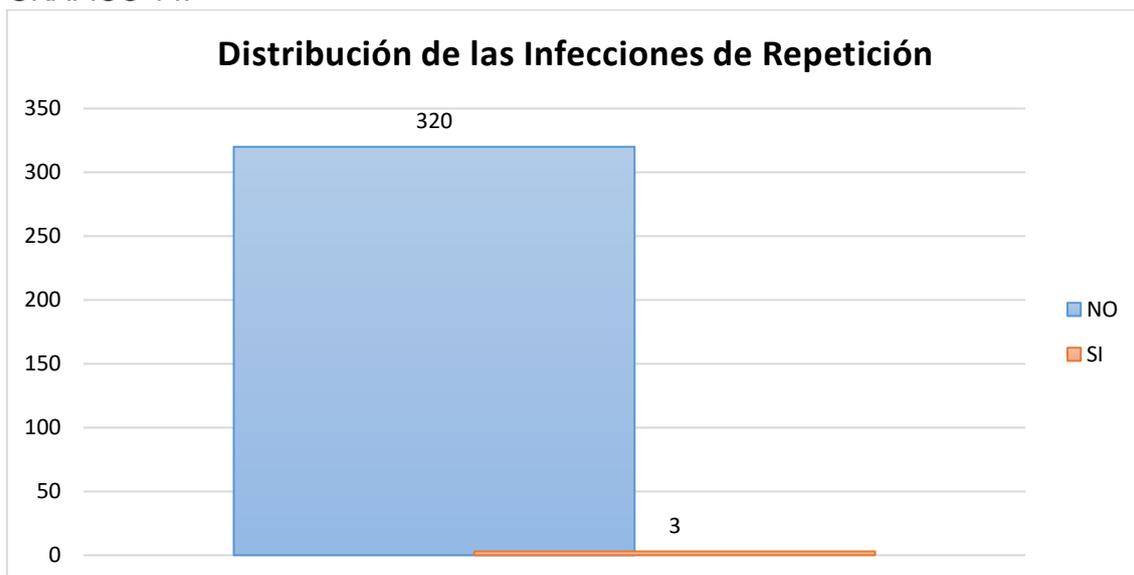
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 15.

Distribución de las Infecciones de Repetición				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	320	99,1	99,1	99,1
SI	3	,9	,9	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 14.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

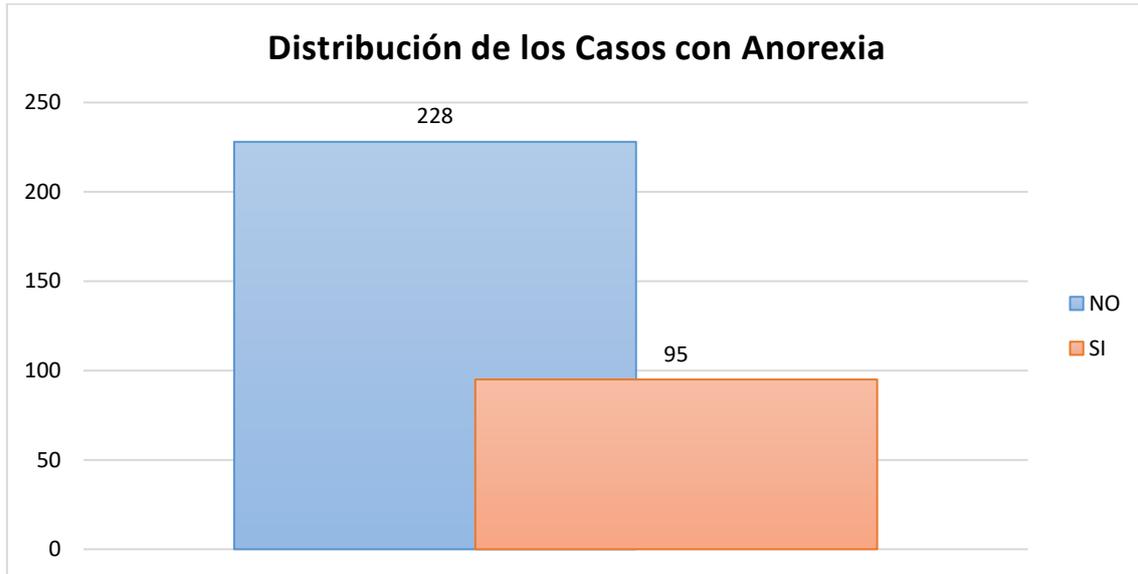
Dentro de los datos recabados, también se observó la presentación de los síntomas persistentes en los pacientes evaluados, presentándose por prevalencia anorexia 29,4%, debilidad 45,8%, dolor 16,1%, disnea 5,9%, alteraciones digestivas 5,9%, (Tabla 16-20) (Grafico 15-19).

TABLA 16.

Distribución de los Casos con Anorexia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	228	70,6	70,6	70,6
SI	95	29,4	29,4	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 15.



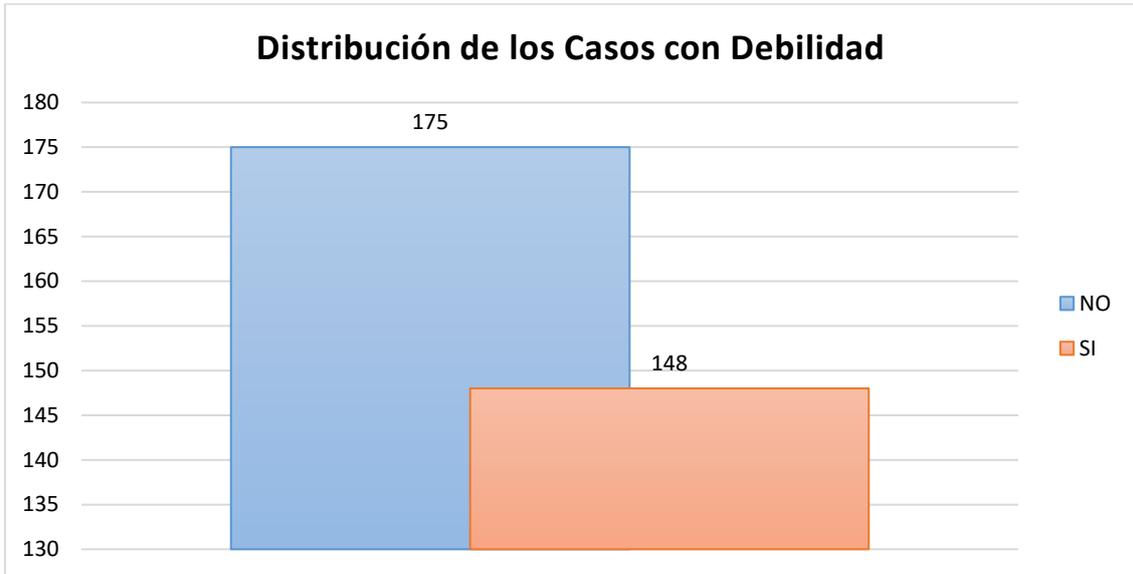
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 17.

Distribución de los Casos con Debilidad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	175	54,2	54,2	54,2
SI	148	45,8	45,8	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 16.



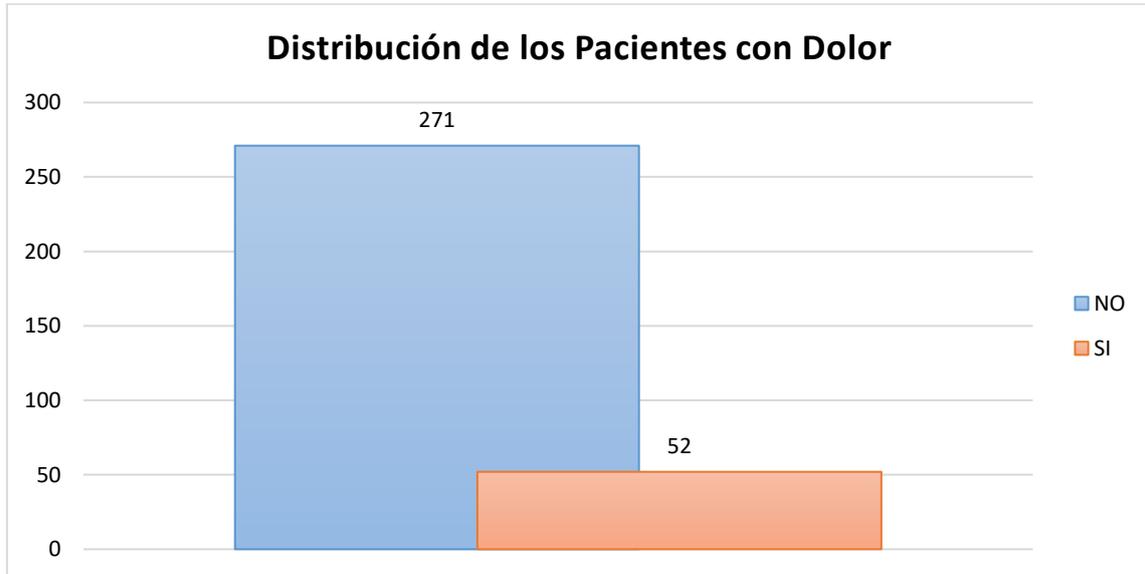
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 18.

Distribución de los Pacientes con Dolor				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	271	83,9	83,9	83,9
SI	52	16,1	16,1	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 17.



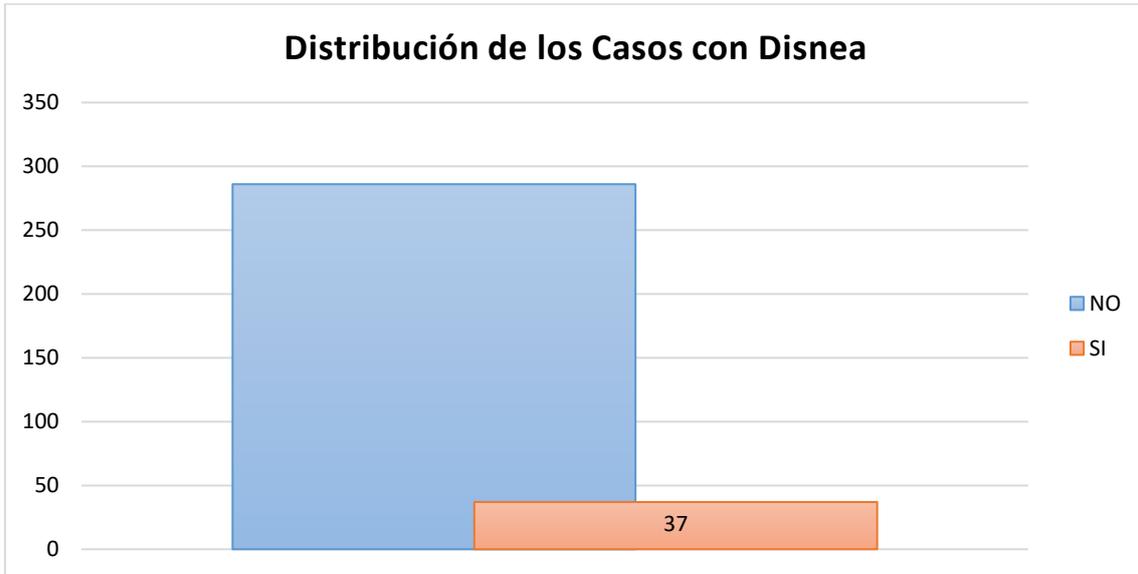
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 19.

<b>Distribución de los Casos con Disnea</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	286	88,5	88,5	88,5
SI	37	11,5	11,5	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 18.



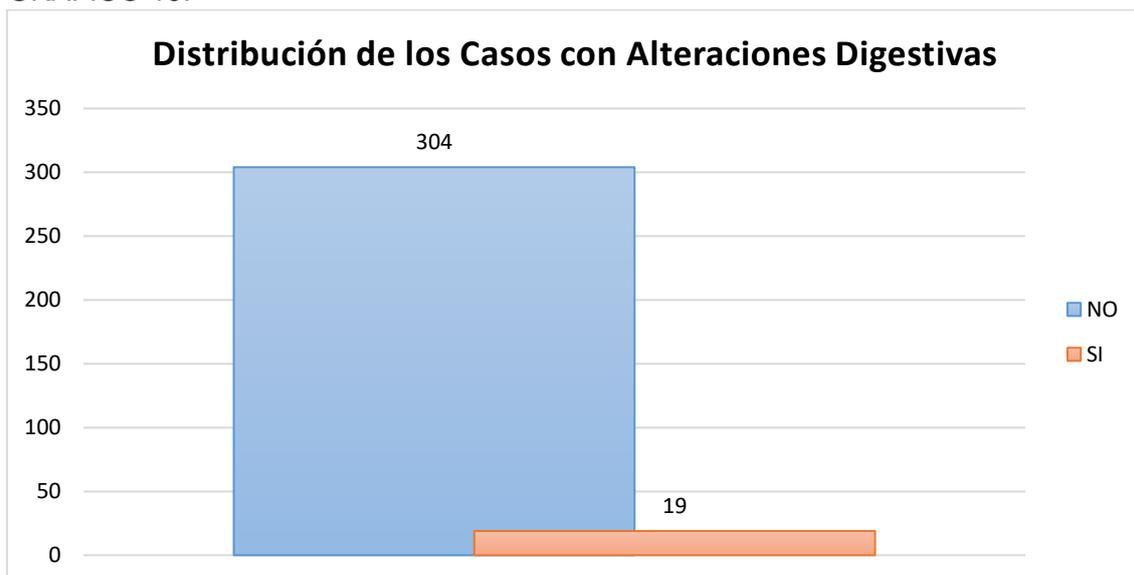
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 20.

<b>Distribución de los Casos con Alteraciones Digestivas</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	304	94,1	94,1	94,1
SI	19	5,9	5,9	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 19.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

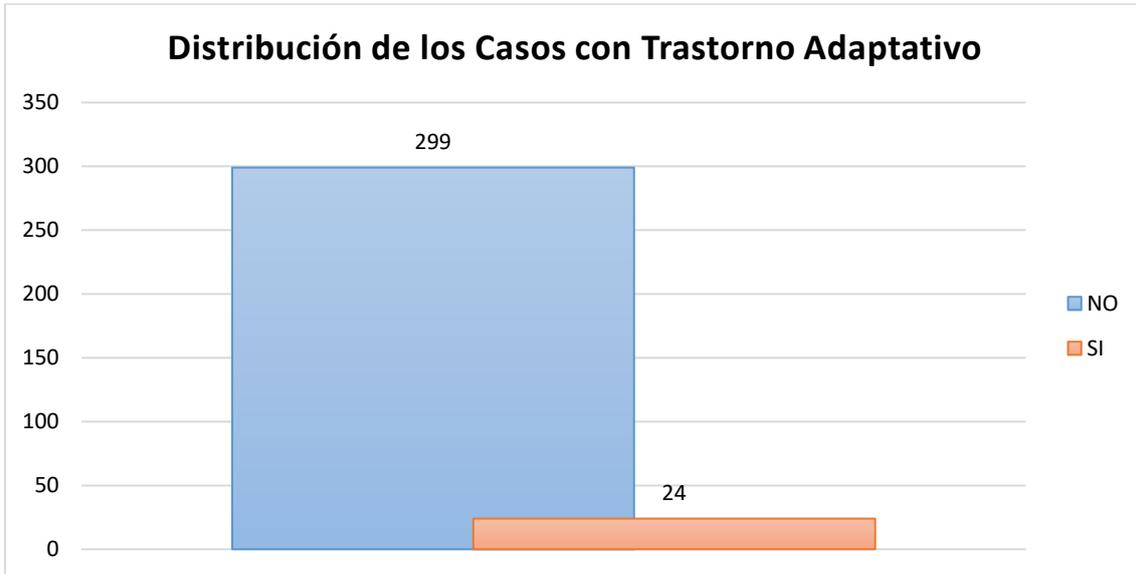
Durante la hospitalización, también se evaluaron los aspectos psicosociales, mismo que influyen de forma directa e indirecta en la evolución del paciente; encontrando como distrés y/o trastornos adaptativos en un 7.4% y vulnerabilidad social severa 5.2%. (Tabla 21 y 22) (Gráfico 20 y 21)

TABLA 21.

Distribución de los Casos con Trastorno Adaptativo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	299	92,6	92,6	92,6
SI	24	7,4	7,4	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 20.



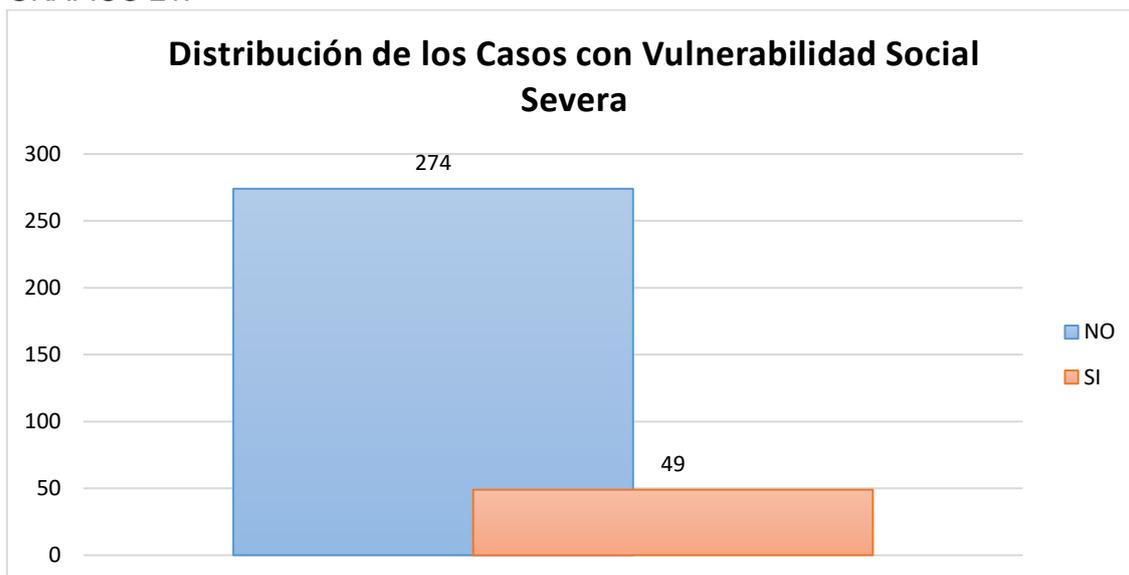
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 22.

<b>Distribución de los Casos con Vulnerabilidad Social Severa</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	274	84,8	84,8	84,8
SI	49	15,2	15,2	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 21.



Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

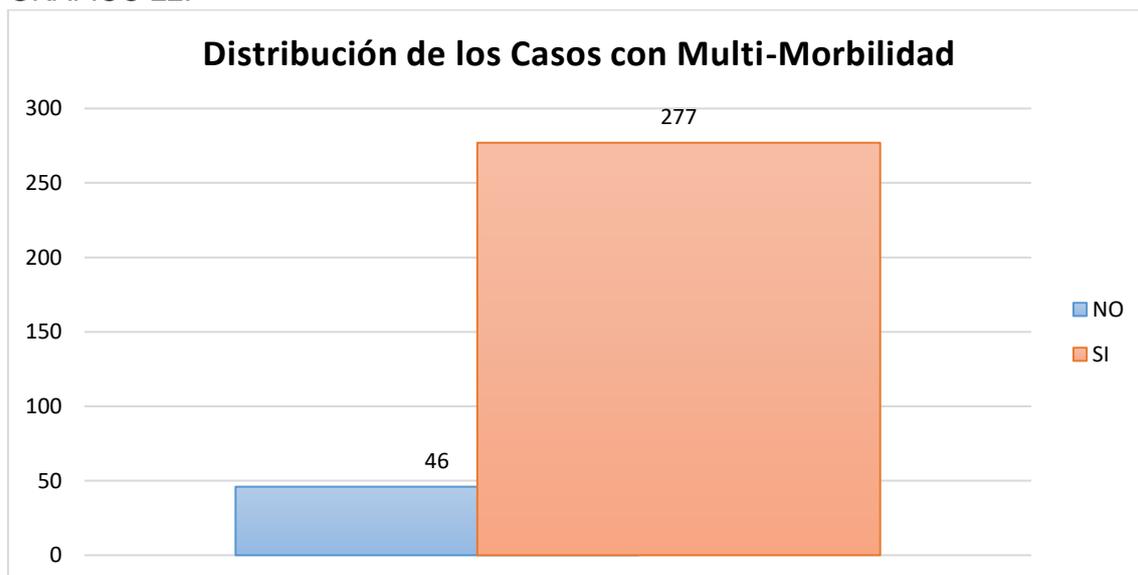
Entendiendo la Multi – morbilidad como la presentación de más de 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas, el 85.8% de la población presentaba (Tabla 23) (Gráfica 22)

TABLA 23.

Distribución de los Casos con Multi-Morbilidad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	46	14,2	14,2	14,2
SI	277	85,8	85,8	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 22.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

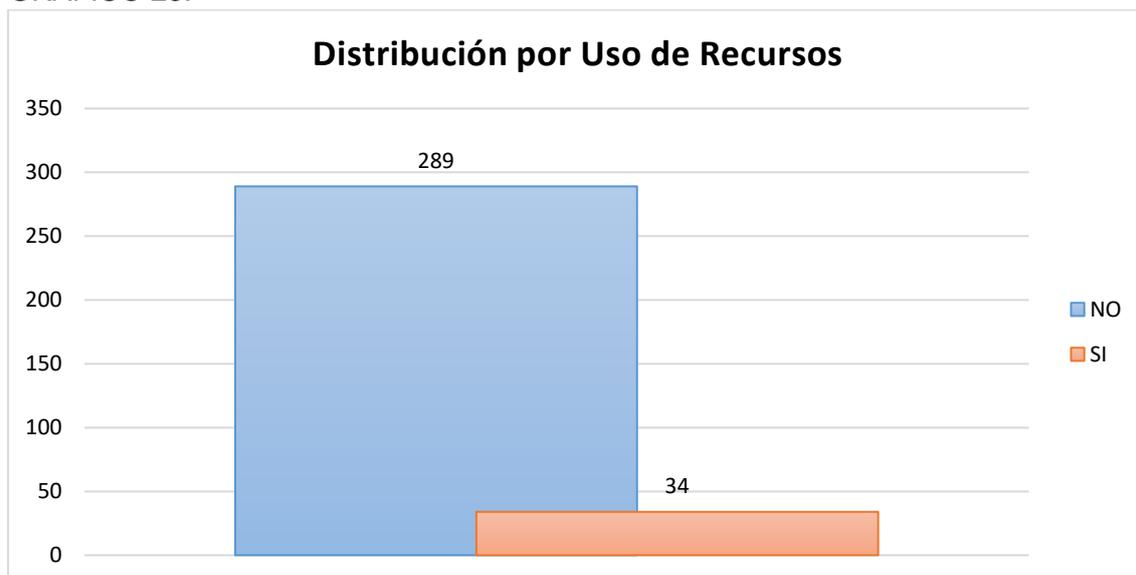
El uso de recursos, entendiéndose como el ingreso hospitalario en más de 2 ocasiones de forma urgente o no planificada; el 10.5% de los pacientes obtuvieron una respuesta afirmativa (Tabla 24) (Grafico 23).

TABLA 24.

Distribución por Uso de Recursos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	289	89,5	89,5	89,5
SI	34	10,5	10,5	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 23.



Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

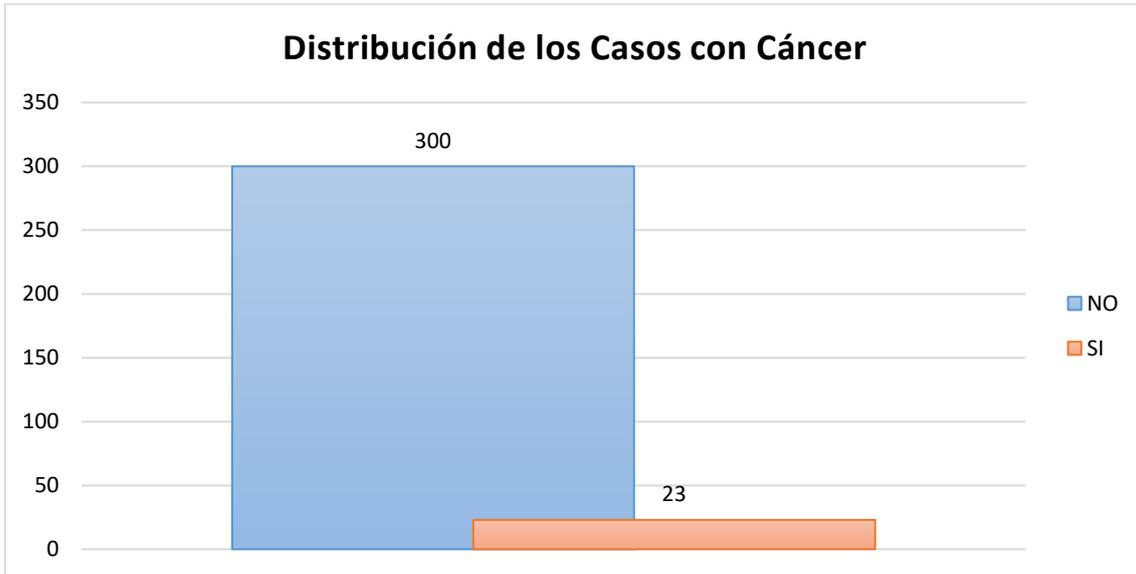
De acuerdo a la Escala de NECPAL utilizada para evaluar la necesidad de atención paliativa, también se evaluó la presencia de indicadores específicos o comorbilidades identificadas en cada uno de los pacientes, presentando la siguiente prevalencia: Cáncer 22,9%, Insuficiencia cardiaca 22,9%, enfermedad renal terminal 16,4%, enfermedades neurodegenerativas 13,6%, demencia 4%, insuficiencia hepática 3,4%. (Tablas 25 - 30) (Gráficos 24 - 29)

TABLA 25.

Distribución de los Casos con Cáncer				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	300	92,9	92,9	92,9
SI	23	7,1	7,1	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 24.



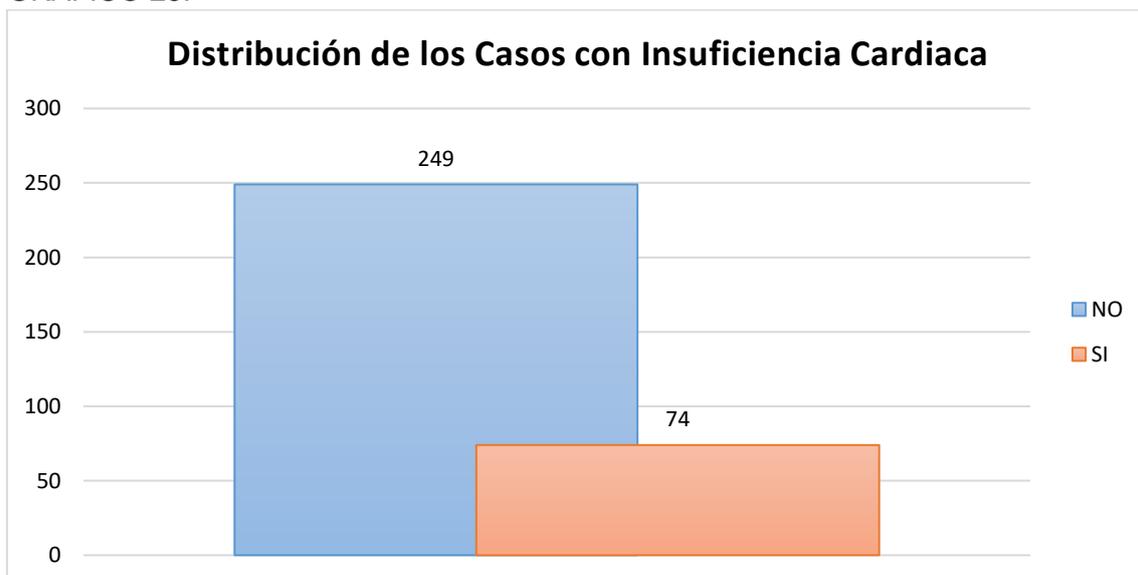
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 26.

Distribución de los Casos con Insuficiencia Cardiaca				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	249	77,1	77,1	77,1
SI	74	22,9	22,9	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 25.



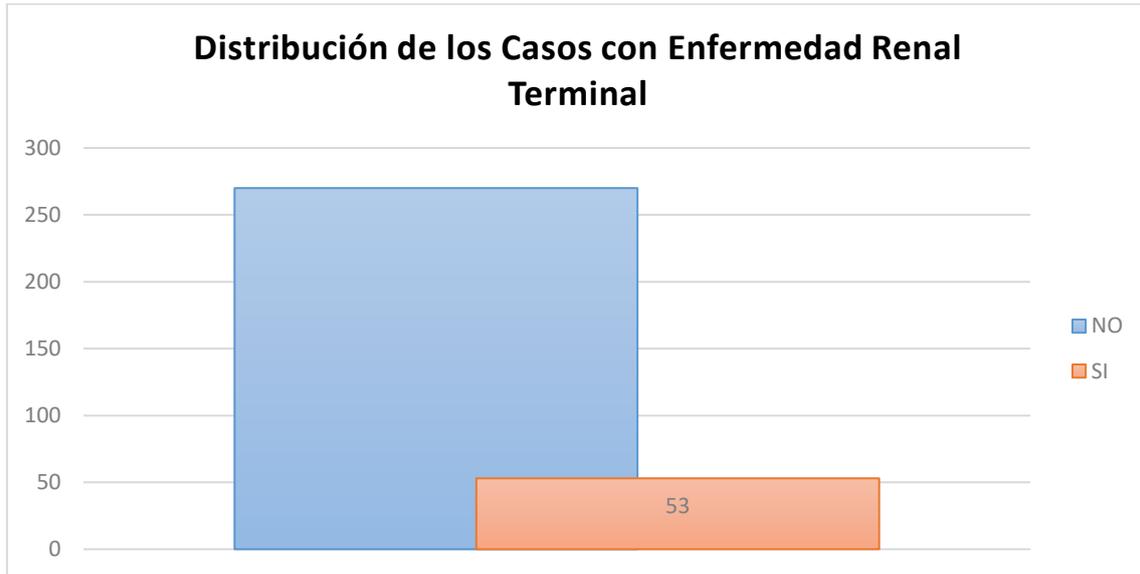
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 27.

Distribución de los Casos con Enfermedad Renal Terminal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>NO</b>	<b>270</b>	<b>83,6</b>	<b>83,6</b>	<b>83,6</b>
SI	53	16,4	16,4	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 26.



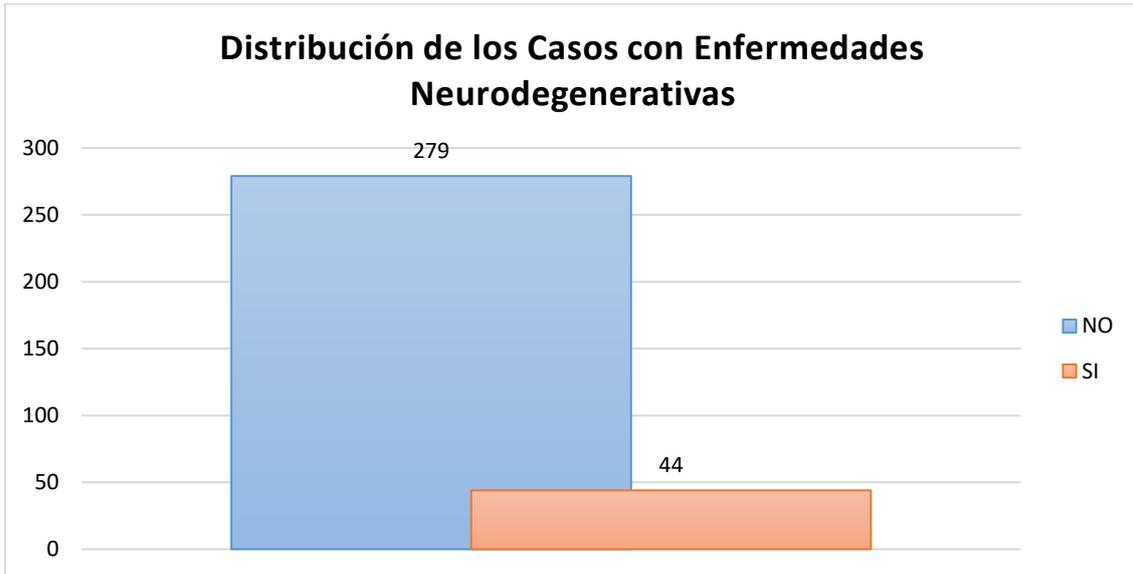
Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 28.

<b>Distribución de los Casos con Enfermedades Neurodegenerativas</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	279	86,4	86,4	86,4
SI	44	13,6	13,6	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 27.



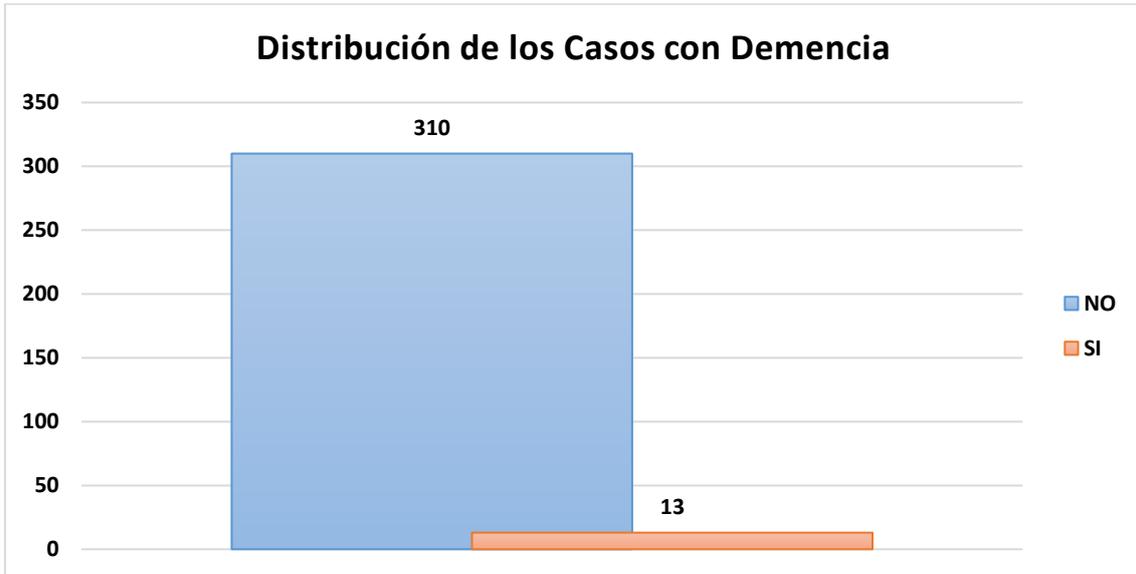
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 29.

Distribución de los Casos con Demencia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	310	96,0	96,0	96,0
SI	13	4,0	4,0	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 28.



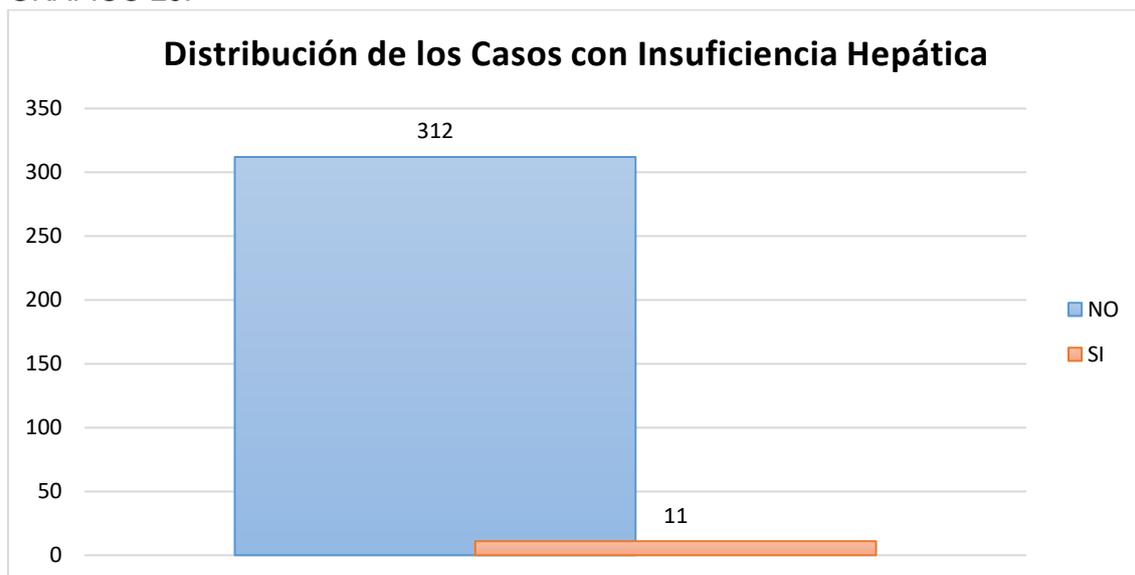
Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 30.

Distribución de los Casos con Insuficiencia Hepática				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	312	96,6	96,6	96,6
SI	11	3,4	3,4	100,0
Total	323	100,0	100,0	

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

GRAFICO 29.



Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

Por último, se procedió a la determinación de asociación entre variables; la necesidad vs. la pregunta sorpresa, obteniendo un valor de  $X^2$  28,02 (p 0,0000001) mismo que se consideró significativo. Mientras que, la asociación entre la demanda y la pregunta sorpresa obtuvo una  $X^2$  1,06 (p 0,3), resultado que no estadísticamente significativo (Tabla 32, 33).

TABLA 31.

<b>Distribución de la Necesidad en Asociación con la Pregunta Sorpresa</b>			
<b>Pregunta Sorpresa</b>	<b>Necesidad</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	0	172	172
<b>NO</b>	23	128	151
<b>Total</b>	23	300	323
<b>X2</b>	28,02	p	0.00000001
<b>Valor Estimado</b>		<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>
Odds Ratio	0	0	0
Diferencia de Riesgos	-15,23	-20,96	-9,5

Fuente: Servicio de Geriátría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 32.

<b>Distribución de la Demanda en Asociación con la Pregunta Sorpresa</b>
--

Pregunta Sorpresa	Demanda		Total
	SI	NO	
SI	102	70	172
NO	98	53	151
<b>Total</b>	200	123	323
<b>X2</b>	1,06	p	0,3
<b>Valor Estimado</b>		<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>
Odds Ratio	0,78	0,5	1,28
Diferencia de Riesgos	-5,59	-16,17	4,97

Fuente: Servicio de Geriatria del CMN La Raza del IMSS.

De igual forma, se asoció la demanda vs la necesidad, obteniendo un resultado no estadísticamente significativo,  $X^2$  2,8 (p 0,09) (Tabla 33).

TABLA 33.

Distribución de la Necesidad en Asociación con la Demanda			
Necesidad	Demanda		Total
	SI	NO	
SI	18	5	23
NO	182	118	300
<b>Total</b>	200	123	323
<b>X2</b>	2,8	p	0,09
<b>Valor Estimado</b>		<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>
Odds Ratio	2,33	0,84	6,45
Diferencia de Riesgos	17,59	-0,14	35,33

Fuente: Servicio de Geriatria del CMN La Raza del IMSS.

Así mismo, se analizó la asociación entre la dependencia severa y la asociación con el declive funcional, mismo que no fue estadísticamente significativo,  $X^2$  46,38 (p 0); de la misma forma se analizó la asociación entre el declive funcional vs el declive nutricional, presentando una  $X^2$  80,35 (p 0), resultado que también ha sido no estadísticamente significativo (Tabla 34, 35).

TABLA 34.

<b>Distribución de la Dependencia Severa en Asociación con la Declive Funcional</b>			
<b>Declive Funcional</b>	<b>Dependencia Severa</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	55	121	176
<b>NO</b>	3	144	147
<b>Total</b>	58	265	323
<b>X2</b>	46,38	p	0
<b>Valor Estimado</b>		<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>
Odds Ratio	21,81	6,65	71,49
Diferencia de Riesgos	29,2	21,98	36,42

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

TABLA 35.

<b>Distribución de la Asociación del Declive Nutricional con el Declive Funcional</b>			
<b>Declive Nutricional</b>	<b>Declive Funcional</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	141	45	186
<b>NO</b>	35	102	137
<b>Total</b>	176	147	323
<b>X2</b>	80,35	P	0
<b>Valor Estimado</b>		<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>
Odds Ratio	9,13	5,48	15,2
Diferencia de Riesgos	50,25	40,7	59,8

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

El declive cognitivo en asociación con el declive funcional, no obtuvo un resultado estadísticamente significativo, lo cual indica que no hay dependencia entre estas dos variables,  $X^2$  32,14 (p 0.0) (Tabla 36).

TABLA 36.

<b>Distribución del Declive Cognitivo en Asociación con el Declive Funcional</b>			
<b>Declive Cognitivo</b>	<b>Declive Funcional</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	61	12	73
<b>NO</b>	115	135	250
<b>Total</b>	176	147	323
<b>X2</b>	32,14	p	0
<b>Valor Estimado</b>	<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>	
Odds Ratio	5,96	3,06	11,62
Diferencia de Riesgos	37,56	27,05	48,07

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

Así mismo, se asoció la multi-modalidad vs la pregunta sorpresa, obteniéndose una  $X^2$  13,47 ( $p < 0.0002$ ), estadísticamente significativa (Tabla 37).

TABLA 37.

<b>Distribución de la Asociación de la Pregunta Sorpresa vs Multi-morbilidad</b>			
<b>Pregunta Sorpresa</b>	<b>Multi-Modalidad</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	136	36	172
<b>NO</b>	141	10	151
<b>Total</b>	277	46	323
<b>X2</b>	13,47	p	0.0002
<b>Valor Estimado</b>	<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>	
Odds Ratio	0,2679	0,1279	0,5611
Diferencia de Riesgos	-14,3077	-21,5669	-7,0485

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

La vulnerabilidad social en asociación con la pregunta sorpresa, se ha identificado una  $X^2$  45,13 ( $p < 0,0000003$ ), valor con significancia estadística (Tabla 38).

TABLA 38.

<b>Distribución de la Vulnerabilidad Social en Asociación con la Pregunta Sorpresa</b>			
<b>Trastorno Adaptativo</b>	<b>Vulnerabilidad Social</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	15	9	24
<b>NO</b>	34	265	299
<b>Total</b>	49	274	323
<b>X2</b>	45,13	p	0,0000003
<b>Valor Estimado</b>	<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>	
Odds Ratio	12,99	5,28	31,95
Diferencia de Riesgos	-5,59	-16,17	4,97

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

El uso de recursos en asociación con la pregunta sorpresa ha obtenido un resultado significativo,  $X^2$  4,92 (0.02), lo cual indica que hay asociación entre variables (Tabla 39).

TABLA 39.

<b>Distribución del Uso de Recursos en Asociación con la Pregunta Sorpresa</b>			
<b>Uso de Recursos</b>	<b>Pregunta Sorpresa</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	12	22	34
<b>NO</b>	160	129	289
<b>Total</b>	172	151	323
<b>X2</b>	4,92	p	0,02
<b>Valor Estimado</b>	<b>IC95% Min</b>	<b>IC95% Max</b>	
Odds Ratio	0,43	0,2	0,92
Diferencia de Riesgos	-20,06	-37,12	-3,01

Fuente: Servicio de Geriatría del CMN La Raza del IMSS.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Basado en lo descrito por **Rodríguez Marcos** en su artículo del 2017, se ha establecido que la vejez genera una diversidad de comorbilidades en el paciente, dentro de las cuales se encuentran (dolor, trastornos metabólicos, trastornos emocionales y dificultades físicas) <sup>1</sup>. Observándose en éste estudio que la principal comorbilidad es el cáncer y la insuficiencia cardíaca; sin restar importancia a la enfermedad renal crónica, enfermedades neurodegenerativas, demencia e insuficiencia hepática también presentadas por los pacientes atendidos en el Hospital General del CMN “La Raza.

**Relijio Tea** en su artículo del 2017, menciona que los cuidados paliativos tienen como objetivo disminuir el sufrimiento y procurar la comodidad y el mayor bienestar posible del paciente <sup>4</sup>. La pregunta sorpresa, la cual hace referencia a los pacientes mayores de 70 años hospitalizados que requieren de cuidados paliativos, ha determinado que el 53.3% necesitan de una atención médica basada en los cuidados paliativos; sin embargo, dicha atención no es proporcionada por los médicos tratantes de dicho lugar. Por otro lado, cuando se busca analizar el apoyo que tienen dichos pacientes con respecto a su cuidado, el 87.6% de ellos tienen no cuentan con cuidador y sólo, un 10% son cuidados por los hijos.

En otro artículo publicado por **Harder J.** en el 2017, se dice que la medicina moderna ha creado una mayor necesidad de cuidados paliativos <sup>7</sup>; sin embargo, no ha sido así. Esto último, documentado por Borbasi Jessica, quién se menciona que el acceso a los cuidados paliativos en México se encuentra limitado.

La demanda de los cuidados paliativos es uno de los puntos de mayor interés para este estudio, ya que esta variable ha identificado que el 61,9% de los pacientes identifica su propio requerimiento por cuidados paliativos de acuerdo a la condición presentada. Sin embargo, tan sólo el 7.1% de dicha población, se le ha identificado la necesidad de cuidados paliativos por el médico tratante, limitando con ello el acceso a los mismos y por lo tanto, la calidad de vida y de muerte.

Asimismo cuando se analizaron las variables de forma individual, se ha visto que el declive funcional y nutricional tiene mayor impacto para la evolución y pronóstico del paciente que el declive cognitivo, mismo que afecta a menos de un cuarto de la población geriátrica del hospital.

Los datos obtenidos, han sido recopilados por medio del NECPAL CCOS-IC , el cuál es un instrumento que permite la identificación de requerimientos de cuidados paliativos en los pacientes de acuerdo a su sobrevida menor a 12 meses; permitiendo con ello identificar que los pacientes mayores de 70 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del CMN “La Raza se beneficiarían de la aplicación de dicho instrumento a su ingreso con el objetivo de normar el tratamiento, buscando establecer una atención médica oportuna basada en cuidados paliativos de acuerdo a su requerimientos y evitar, caer en ensañamiento terapéutico.

## CONCLUSIONES

La presente investigación fue diseñada y realizada basandose en la premisa mayor, la cual indicaba que: la prevalencia de requerimientos de cuidados paliativos en la población mayor de 70 años en el servicio de medicina interna del Hospital General del CMN “La Raza” sería  $\geq$  al 50%. Derivado del análisis estadístico, se ha decidido rechazar la hipótesis de trabajo, y aceptar la hipótesis nula.

Adicionalmente se han obtenido las siguientes conclusiones.

La media de la edad de los pacientes evaluados en el estudio fue de 78 años, con una distribución homogénea entre ambos sexos. La gran mayoría de los pacientes no contó con un cuidador primario, y los pocos que si lo tenía, los hijos eran los que se encargan de ellos.

Al menos el 53.5% de los pacientes requirieron de cuidados paliativos; con una demanda del 62%, entendiéndose como la expresión propia del paciente de forma implícita o explícita del esfuerzo terapéutico; mientras que, el 7% de los pacientes evaluados se les reconoció la necesidad de cuidados paliativos por el personal de salud.

La pregunta sorpresa se encuentra directamente asociada a la multimorbilidad, la necesidad, la vulnerabilidad social y el uso de recursos por parte de los pacientes mayores de 70 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del CMN “La Raza”. Es decir, estas variables se encuentran con interdependencia entre sí mismas.

Así mismo, la mitad de la población tiene un declive nutricional, al igual que un declive funcional, fungiendo como marcadores pronóstico. De dicha población, el 18% de los pacientes presentaron una dependencia severa.

Sin restar importancia, el síndrome geriátrico identificado con mayor predisposición fue las caídas; mientras que la anorexia y la debilidad fueron los síntomas con mayor referencia por parte de los pacientes y sus cuidadores, en el caso de que éstos estuvieran o tuvieran.

## BIBLIOGRAFÍA

1. RODRÍGUEZ ME. La importancia de los Cuidados paliativos en el paciente geriátrico terminal. Publicaciones Didácticas, 2017; 86: 209 – 219. Disponible en:  
[https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/pd\\_086\\_sep.pdf](https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/pd_086_sep.pdf)
2. MASEL EK, Gudrun K. Demystification of palliative care: what palliative care team's don't want you to think about them. Memo. 2018; 11: 193 – 195. Disponible en:  
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12254-018-0420-2>
3. ORTEGA RC; López RF. Intervención psicológica en Cuidados Paliativos, revisión y perspectiva. Clínica y Salud. 2005; 16 (2): 143 – 160. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104002.pdf>
4. RELIJO T, Kumar A, Klocksieben FA, Djulbegovic B. Treatment targeted at underlying disease versus palliative care in terminally ill patients: a systematic review. BMJ Open 2017; 7: 1 – 8. Disponible en:  
<https://bmjopen.bmj.com/content/7/1/e014661>
5. KOH SJ, Kim S, Park J, Park KE. Actitudes and Opinions of elderly patients and family caregivers on End of Life care discussion. Annals of Geriatric Medicine and Research 2017; 21 (2): 49 – 55. Disponible en:  
[http://www.eagmr.org/journal/download\\_pdf.php?doi=10.4235/agmr.2017.21.2.49](http://www.eagmr.org/journal/download_pdf.php?doi=10.4235/agmr.2017.21.2.49)
6. ENDRIZZI C, Senore C, D'Amico G, Palella M. Factors associated with the decision – making process in palliative sedation therapy. The experience of an italian hospice struggling with balancing various individual autonomies. Cogent medicine (2017), 4: 1 - 15. Disponible en:  
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/2331205X.2017.1290307?needAccess=true>
7. HARDER JW, Hernandez A, Allen LA. How Medicine has changed the end of life for patients with cardiovascular disease. JACC. 2017; 70 (10): 1276 – 1289. Disponible en:  
<http://www.onlinejacc.org/content/70/10/1276>
8. MIDTBUST MH, Alnes RE, Gjengedal E, Lykkeslet E. Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe

- dementia: the health care professional's experiences. BMF Health services research. 2018; 18: 709 – 718. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30208872>
9. RANKHEE Yash P, Kuan WS, Koh Y, Venugopal K, Ibrahim I. Death among elderly patients in the emergency department: a needs assessment for end of life care. Singapore med, J. 2017; 58(3): 129 – 133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360867/>
  10. LEME NF, Rioko K. Sedación Paliativa del paciente terminal. Rev. Bras Anesthesiol. 2012; 62 (4):1 – 7. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es\\_v62n4a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es_v62n4a12.pdf)
  11. CLARK K. Care at the very end – of life: dying cancer patients and their chosen family's needs. Cancers. 2017; 9 (11): 1 - 10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332934/>
  12. MORI M, Yoshida S, Shiozaki M, Baba M, Morita T, Aoyama M; Et. Al. Talking about death with terminally – III Cancer patients: What contributes to the regret of bereaved family members? JPSM. 2017; 54 (6): 853 – 860. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30340-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30340-8/fulltext)
  13. Medicare Hospice Benefits. U.S. Department of Health and Human Services. 2018. Disponible en: <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/02154-medicare-hospice-benefits.pdf>
  14. KOSHY A, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative care and symptom management in older cancer patients. Clin Geriatr Med. 2016; 32 (1): 45 – 62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26614860>
  15. BORBASI J. Life before death improving palliative care for older Australians. 1ª Edición. Australia. National Library of Australia. November, 2017. Disponible en: <https://www.cis.org.au/app/uploads/2017/11/rr34.pdf>
  16. MARTÍNEZ S, Vidán MT, López-Palop R, Rexach L, Sánchez, E, Datino T; Et. Al. End stage heart disease in the Elderly. Rev. Esp. Cardiol. 2009; 62 (4): 409 – 421. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/en/end-stage-heart-disease-in-the/articulo/13136476/>

17. Cía RR, Duarte RM, López F, Martín M, Reyes S. Guía de Información sobre cuidados paliativos. 1ª Edición. Andalucía España. Editorial Artefacto. 2009. Disponible en:  
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/guia-cuidados-paliativos.html>
18. Bruce J. Understanding Palliative care. A guide for people with cancer their families and Friends. 2da Edición. Australia. Cancer Council Australia. 2015. Disponible en:  
[https://www.cancercouncil.com.au/wp-content/uploads/2014/05/UC-Pub-Palliative-Care-CAN486\\_lo-res\\_May-2017.pdf](https://www.cancercouncil.com.au/wp-content/uploads/2014/05/UC-Pub-Palliative-Care-CAN486_lo-res_May-2017.pdf)
19. Integrating Palliative care and symptom relief into primary health care. A WHO guide for planners, implementers and managers. 1ª Edición. Suiza. World Health Organization, 2018. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>
20. Clinical practice guidelines for management of delirium in older people. 1ª Edición. Australia. Australian Government Department of Human Services. 2006. Disponible en:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-6612.2008.00301.x>
21. Integrating Palliative care and symptom relief in the response to humanitarian emergencies and crises a WHO guide. 1ª Edición. Suiza. World Health Organization, 2018. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>
22. Palliative care. 1ª Edición. Canadá. Canadian Medical Association. 2015. Disponible en:  
<https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/palliative-care-report-online-e.pdf>
23. Cuidados Paliativos: El alivio que necesita cuando tiene síntomas de una enfermedad grave. U.S. Department of Health and Human Services- National institute of Nursing Research, 2011. Disponible en:  
<https://www.ninr.nih.gov/newsandinformation/publications/cuidados-paliativos-para-enfermedad-grave>

24. Hall S, Petkova H, Tsouros AD., Costantini M, Higginson IJ. Palliative care for older people: better practices. 1ª Edición. Roma. World Health Organization. 2011. Disponible en:  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf)
25. MacLeod R, Vella-Brincat J. The Palliative care Hand book. Guidelines for clinical management and symptom control. 8va Edición. Nueva Zelanda. Impresiones SOAR. 2016. Disponible en:  
[http://www.hospice.org.nz/cms\\_show\\_download.php?id=1243](http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=1243)
26. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X; Et. Al. Proyecto NECPAL CCOMS – ICO Identificación y atención integral – integrada de personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. 1ª Edición. Cataluña. Instituto Catalán de Oncología. 2011. Disponible en:  
[http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc\\_necpal\\_ccoms-ico\\_instrumento\\_doc\\_generalv1\\_esp\\_vf\\_201203.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento_doc_generalv1_esp_vf_201203.pdf)
27. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X; Et. Al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: NECPAL – CCOMS – ICO 3,0 (2016). Instituto Catalán de Oncología / Cátedra de cures paliatives. WHO Collaborating center public Health Palliative care programmes, 2016. Disponible en:  
[http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/NECPAL-3.0-ESPANOL\\_completo.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/NECPAL-3.0-ESPANOL_completo.pdf)
28. EIKE AT, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Supportive & Palliative Care 2013; 3; 444 – 451. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950525>

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Al tratarse de un estudio retrospectivo, se trata de un estudio sin riesgo de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de Salud** en materia de investigación para la salud **Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes, artículo 17**. Por lo que no requiere carta de consentimiento informado.

## ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



PACIENTE: .....

EDAD: ..... FECHA: ..... / ..... / ..... SERVICIO: .....

RESPONSABLE(S): .....

Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	Si No	
<b>“Demanda” o “Necesidad”</b>	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	Si No	
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	Si No	
<b>Indicadores clínicos generales: en los últimos 6 meses</b>  - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente  - Combinar severidad CON progresión	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10%	Si No
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30%	Si No
	- Declive cognitivo	• Pérdida de > 2 ABVDs • Pérdida ≥ 5 mini mental o ≥ 3 Pfeiffer	Si No
<b>Dependencia severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20		Si No
<b>Síndromes Geriátricos</b>	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 recurrentes o persistentes	Si No
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	• ≥ 2 síntomas (ESAS) persistentes o refractarios	Si No
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9	Si No
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar	Si No
<b>Multi-morbilidad</b>	> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)		Si No
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses</li> <li>• Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc.)</li> </ul>	Si No
<b>Indicadores Específicos</b>	Cáncer, Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Hepática, Enfermedad Renal Terminal, Demencia, Enfermedades Neurodegenerativas	• Criterios de severidad y progresión	Si No