



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

**Necesidad y demanda de cuidados paliativos en
pacientes readmitidos a emergencia de adultos de
hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

José Percy AMADO TINEO

ASESOR

Teodoro Julio OSCANOVA ESPINOZA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Amado J. Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina / Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DOCTORADO

Vice Decanato de Investigación y Unidad de Post Grado



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los veintinueve días, del mes de Agosto del año dos mil diecisiete, siendo las 1.00pm., ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del Dr. **JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**, y los Miembros del mismo, los Doctores:

DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO	PRESIDENTE
DR. SALOMÓN WILFREDO ZAVALA SARRIO	MIEMBRO
DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA	MIEMBRO
DRA. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ	MIEMBRO
DR. TEODORO JULIO OSCANOVA ESPINOZA	ASESOR

El postulante al Grado de Doctor en **Medicina**, es Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Don **José Percy Amado Tineo**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: "NECESIDAD Y DEMANDA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES READMITIDOS A EMERGENCIA DE ADULTOS DE HOSPITALES NACIONALES DEL SEGURO SOCIAL, LIMA 2016", para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **B Muy Bueno 18**, a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina proponga que se le otorgue al Magister **José Percy Amado Tineo**, el Grado Académico de **Doctor en Medicina**.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 2.13 p.m. se da por concluido el acto académico de sustentación.


DR. SALOMÓN WILFREDO ZAVALA SARRIO
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DR. TEODORO JULIO OSCANOVA ESPINOZA
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN


DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

Esta obra está dedicada a:

Mis padres Norma y Percy, porque a ellos les debo lo que soy.

Mi esposa Liliana, por ser el estímulo de mi vida.

Mariana, Gabriela y José, mis hijos, que son el motivo para seguir adelante.

Un agradecimiento muy especial al Dr. Teodoro J. Oscanoa porque más que asesor, es un ejemplo a seguir en este complicado mundo de la investigación. Agradezco también a los colegas Rolando Vásquez, Roberto Huari, Waldo Taype y Gerson Escobar (hospital Rebagliati); Eduardo Tapia, Carlos Cerrón y Edwin Cieza (hospital Almenara); Ada Maguiña y Carlos Valdivia (hospital Sabogal) por su colaboración en la realización de este trabajo. También a Andrea Sucari y Javier Crispín, estudiantes de medicina de San Fernando, por su importante apoyo en la recolección de datos y al Sr. Abel Morales que colaboró en el seguimiento de pacientes.

Índice General

Veredicto del Jurado Examinador	ii
Dedicatoria y agradecimiento	iii
Índice general	iv
Lista de cuadros	vi
Lista de figuras	vii
Resumen	viii
Resumen en inglés	ix
Resumen en portugués	x
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.4. Justificación teórica	4
1.5. Justificación práctica	5
1.6. Objetivos	6
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación	7
2.2. Antecedentes de investigación	9
2.3. Bases Teóricas	14
CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
3.1. Hipótesis	17
3.2. Variables	17
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA	19
4.1. Tipo y diseño de investigación	19
4.2. Población	19

4.3. Muestra	21
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
4.5. Análisis e interpretación de la información	23
4.6. Aspectos éticos	23
CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
5.1. Presentación de resultados	24
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	24
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	48
Anexo 1: Operacionalización de variables del estudio	49
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	50
Anexo 3: Encuesta estructurada sobre necesidad y demanda de cuidados paliativos	51
Anexo 4: Criterios diagnóstico de enfermedad en fase terminal	52
Anexo 5: Escala o clasificación de Child-Pugh para evaluar enfermedad hepática crónica	53
Anexo 6: Índice de Katz para evaluar capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria	54
Anexo 7: Test de Pfeiffer o Short Portable Mental Status Questionnaire	55
Anexo 8: Consentimiento informado	56

Lista de Cuadros

- Cuadro 1. Características de pacientes con enfermedad en fase terminal readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016. Pg 27
- Cuadro 2. Etiología de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016. Pg 29
- Cuadro 3. Motivos de ingreso y síntomas más frecuentes de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016 Pg 32
- Cuadro 4. Otras características clínicas de pacientes readmitidos a emergencia de adultos, con enfermedad en fase terminal, en hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016 Pg 32
- Cuadro 5. Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos, con enfermedad en fase terminal, en hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016 Pg 33
- Cuadro 6. Cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos, con enfermedad en fase terminal, en hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016 Pg 33

Lista de Figuras

- Figura 1. Reclutamiento de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016 Pg 25
- Figura 2. Proporción de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016 Pg 26
- Figura 3. Tipos de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016 Pg 28
- Figura 4. Distribución de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, según enfermedad en fase terminal y día de admisión, Lima 2016 Pg 30
- Figura 5. Distribución de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, según enfermedad en fase terminal y edad, Lima 2016 Pg 31

RESUMEN

Contexto: Los servicios de emergencia atienden cada vez más pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, oncológicas y no oncológicas.

Objetivos: Determinar proporción de readmisión a emergencia en el último año, identificar condición de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos, así como necesidad y demanda de cuidados paliativos.

Metodología: Estudio transversal en tres hospitales nacionales de seguridad social de Lima y Callao. Pacientes de 18 años o más admitidos a emergencia, durante siete días consecutivos. Se revisó historia clínica y entrevistó a paciente y/o cuidador, identificando criterios de terminalidad, estado funcional (Índice de Katz) y estado mental (test de Pfeifer). Se aplicó encuesta estructurada sobre cuidados paliativos. Se empleó Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney, considerando $p < 0,05$. Previa autorización institucional y consentimiento informado.

Resultados: La tasa de readmisión fue 29,1% (de 846 admisiones). De 197 pacientes incluidos, 60 (30,5%) cumplía criterios de enfermedad terminal, siendo 11,7% oncológica (mama y próstata más frecuentes) y no oncológicas 18,8% (más frecuentes neurológica, renal y respiratoria); encontrando diferencia significativa en edad, pluripatología, procedencia y área de ingreso. Síntomas más frecuentes disnea, trastorno de conciencia y dolor. En el 83,3% de los pacientes con enfermedad terminal se identificó necesidad de cuidados paliativos, 20% lo había solicitado en alguna oportunidad, 18,3% sabía qué son cuidados paliativos y 91,7% tenía cuidador.

Conclusiones: Existe alta tasa de readmisión a emergencia de hospitales nacionales de seguridad social en Lima y Callao, más del 30% de los pacientes readmitidos tiene criterios de enfermedad en fase terminal, de los cuales más de 80% necesita cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidado terminal, cuidados paliativos, necesidades y demandas de servicios de salud, servicios médicos de urgencia.

NEED AND DEMAND OF PALLIATIVE CARE IN READMITTED PATIENTS TO ADULT EMERGENCY OF NATIONAL SOCIAL INSURANCE HOSPITALS, LIMA 2016

ABSTRACS

Context: Emergency services are increasingly treating patients with advanced chronic diseases, oncological and non-oncological.

Objetives: To determine the rate of readmission to emergency in the last year, to identify terminal illness in patients readmitted and the need and demand for palliative care.

Methods: Cross-sectional survey in three tertiary social security hospitals in Lima and Callao. Patients 18 years or older admitted to emergency for seven consecutive days. We reviewed a medical history and interviewed the patient and / or caregiver, identifying end-stage criteria, functional status (Katz Index) and mental status (Pfeifer test). A structured survey for palliative care was applied. Chi-square and U of Mann-Whitney were used, considering $p < 0.05$. Prior institutional authorization and informed consent.

Results: The readmission rate was 29.1% (out of 846 admissions). Of 197 patients included, 60 (30.5%) met end-stage criteria, being 11.7% oncological (breast and prostate more frequent) and non-oncological 18.8% (more frequent neurological, renal and respiratory); Finding significant difference in age, pluripatology, provenance and income area. More common symptoms dyspnea, consciousness disorder and pain. In 83.3% of patients with terminal illness, palliative care was identified, 20% had requested it at some time, 18.3% knew what palliative care was and 91.7% had caregiver.

Conclusions: There is a high rate of readmission to emergency of urban tertiary social security hospitals in Lima and Callao, more than 30% of patients readmitted have end-stage disease condition, of which more than 80% need palliative care.

Key words: Terminal care, palliative care, health services needs and demand, emergency medical services

NECESSIDADE E DEMANDA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES READMITIDOS PARA EMERGÊNCIA DE ADULTOS DE HOSPITAIS NACIONAIS DE SEGURANÇA SOCIAL, LIMA 2016

RESUMO

Contexto: Os serviços de emergência estão tratando cada vez mais pacientes com doenças crônicas avançadas, câncer e não câncer.

Objetivos: Determinar a proporção de readmissão em serviços de emergência no último ano, identificar doença terminal em pacientes readmitidos, bem como a necessidade e demanda de cuidados paliativos.

Metodologia: estudo transversal multicêntrico em três hospitais terciários de segurança social em Lima e Callao. Pacientes com 18 anos ou mais admitidos em emergência, por sete dias consecutivos. Revisamos história médica e entrevistamos o paciente e / ou cuidador, identificando os critérios de doença terminal, estado funcional (índice Katz) e estado mental (teste Pfeifer). Foi aplicada uma pesquisa estruturada para cuidados paliativos. Chi-quadrado e U de Mann-Whitney foram usados, considerando $p < 0,05$. Autorização institucional prévia e consentimento informado.

Resultados: A taxa de readmissão foi 29,1% (de 846 admissões). Dos 197 pacientes incluídos, 60 (30,5%) preencheram os critérios do estágio terminal, sendo 11,7% oncológicos (mama e próstata mais freqüentes) e não-oncológicos 18,8% (neurológicos, renais e respiratórios mais frequentes); Encontrando diferença significativa na idade, pluripatologia, proveniência e área de ingresso. Sintomas mais comuns dispnéia, desordem de consciência e dor. Em 83,3% dos pacientes com doença terminal, os cuidados paliativos foram identificados, 20% o solicitaram em algum momento, 18,3% sabiam quais eram os cuidados paliativos e 91,7% tinham cuidador.

Conclusões: Há alta taxa de readmissão na emergência de hospitais terciários de segurança social em Lima e Callao, mais de 30% dos pacientes readmitidos possuem critérios de doença em estágio final, dos quais mais de 80% precisam de cuidados paliativos.

Palavras-chave: cuidados terminais, cuidados paliativos, necessidades e demandas de serviços de saúde, serviços médicos de emergência.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

Un servicio de emergencia hospitalaria brinda atención inmediata a personas con alguna condición, repentina o inesperada, que ponga en riesgo su vida o pueda dejar secuelas invalidantes. Este debe estar implementado y articulado en el sistema de salud para acceso rápido y permanente (Ministerio de salud, 2004).

La población mundial cambia constantemente, en las últimas décadas el avance científico y tecnológico ha producido una transición epidemiológica, con incremento de la esperanza de vida y concentración en zonas urbanas; como consecuencia, los pacientes son de mayor edad, con patologías complejas y múltiples problemas de salud (Van Tricht et al., 2012; Lafond et al., 2016).

Los estadios más avanzados de enfermedades crónicas, oncológicas y no oncológicas, involucran pluripatología, mayor consumo de medicamentos, alto grado de dependencia funcional y deterioro cognitivo importante. Todo esto asociado a mayor demanda de servicios de salud, con alta frecuencia de consultas, admisiones hospitalarias y estancia prolongada. Esto conlleva a frecuentes complicaciones y elevada mortalidad intrahospitalaria (Lamba et al., 2014; Alsirafy et al., 2016; Australasian College for Emergency Medicine, 2016).

Esta demanda muchas veces sobrepasa la capacidad de respuesta del sistema de salud, que sumado a problemas en la atención primaria o

ambulatoria (citas ausentes o lejanas), terminan sobrecargando los servicios de emergencias o urgencias. Esto sucede con mayor frecuencia en hospitales de referencia de las ciudades más grandes y también se presenta en nuestro país (Grudzen et al., 2010; Smith et al., 2012; Lawson et al., 2008; Beynon et al., 2011).

En varios países de Europa y América se han definido criterios de “terminalidad” para identificar las fases o estadios más avanzados de estas enfermedades crónicas, en las cuales no hay respuesta curativa, aún con los mejores tratamientos disponibles ni la realización de procedimientos invasivos especializados, sin lograr mejorar el pronóstico ni la calidad de vida del paciente. Sin embargo, estos criterios de terminalidad, todavía no son conocidos ni aceptados universalmente (Glajchen et al., 2011; Wong et al., 2014; Grudzen et al., 2010; George et al., 2016).

Los cuidados paliativos constituyen un método de atención que mejora la calidad de atención de pacientes y familias afrontando problemas asociados a enfermedades incurables (en fase terminal), mediante la prevención y alivio del sufrimiento. En este grupo predomina el alivio de síntomas somáticos y psicológicos, recomendándose su aplicación temprana, incluso junto a tratamientos curativos (WHO, 2014; Pastrana et al., 2012; González et al., 2008; Arrieta et al., 2008; Torres et al., 2010).

Estudios realizados en Norteamérica, Europa y Asia han demostrado que el empleo de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades en fase terminal, disminuye admisiones hospitalarias, ingresos a cuidados intensivos y frecuentación a urgencias (Quiñones et al, 2015); sin diferencia significativa en el tiempo de sobrevida; pero mejorando mucho las condiciones del paciente y la familia (Ali et al., 2013; Quest et al., 2011).

Una revisión sistemática (hasta agosto de 2012) sobre la incidencia de pacientes con necesidad de cuidados paliativos que se presentan al servicio de emergencia, sólo encontró 10 estudios adecuados de 1427 evaluados; concluyendo que no hay suficiente evidencia científica referente al tema. Esta

necesidad muchas veces no es conocida por el paciente o la familia (Wong et al., 2014).

El sistema de salud peruano está conformado por sectores público y privado no excluyentes. Desde 2004 se establecen tres niveles de atención: Nivel I o de atención primaria que brinda atención de baja complejidad y promoción de la salud, debiendo cubrir 70-80% de población. Nivel II de complejidad intermedia que cubriría 12-22% de la demanda. Nivel III para atención de alta complejidad, especialización y tecnificación para el 5-10% de la demanda. Sin embargo esta distribución no se cumple siempre (Ministerio de salud, 2004).

El ministerio de salud es responsable de la cobertura de aproximadamente el 62% de la población peruana, brindando un servicio subsidiado o contributivo indirecto, principalmente en los que no cuentan con ningún seguro de salud. Otros componentes del sistema (que cubren aproximadamente el 4%) son las sanidades de las fuerzas armadas-policiales y seguros privados (Alcalde-Rabanal et al., 2011).

La seguridad social peruana (EsSalud) es un régimen contributivo directo, para los trabajadores formales y sus derechohabientes, que brinda cobertura a casi el 34% de la población nacional (10 686 786 personas para el 2015) predominantemente urbana. A nivel nacional cuenta con 390 centros asistenciales: 298 en el nivel I, 82 en el nivel II y 10 en el nivel III (hospitales nacionales e institutos especializados) y 15 establecimientos como oferta extainstitucional con establecimientos en los niveles I y II. Las redes asistenciales de Lima y Callao disponen de tres hospitales nacionales y un instituto especializado (Instituto del corazón), con una población asignada de 5 082 882 habitantes y además reciben referencias a nivel nacional (Alcalde-Rabanal et al., 2011; Sub Gerencia de Estadística, 2016).

Los cuidados paliativos en el Perú están en una etapa preliminar de integración con el sistema de salud estándar, existiendo iniciativas y servicios insuficientes mayormente en el tercer nivel de atención y en áreas urbanas (Pastrana et al., 2012). Las primeras unidades de cuidados paliativos y de

dolor se iniciaron en 1989 en los hospitales de policía, naval e instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Uno de los primeros servicios de cuidados paliativos oncológicos domiciliarios se desarrolló en el hospital Rebagliati (2009) para los pacientes derivados del mismo nosocomio. En el hospital Sabogal también de EsSalud, se creó hace tres años una unidad de cuidados paliativos oncológicos para seguimiento domiciliario de pacientes principalmente geriátricos.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a servicios de emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, en Lima durante el 2016?

1.3. Justificación teórica

Actualmente se han definido claramente los criterios de terminalidad en enfermedades crónicas, oncológicas y no oncológicas, y se conoce el beneficio de la aplicación de cuidados paliativos en estos pacientes, siendo una práctica bien establecida en Europa y Norteamérica donde incluso se han integrado a los servicios de emergencias hospitalarias. En nuestro país es un tema poco conocido, incluso por los profesionales de salud.

En nuestro medio, las emergencias de hospitales terciarios presentan sobredemanda y saturación, con alta frecuencia de pacientes con patologías complejas y avanzadas. Es frecuente estancia hospitalaria prolongada con procedimientos invasivos innecesarios, que prolongan el sufrimiento del paciente y la familia. Se suma a esto personal insuficiente y con escaso conocimiento en cuidados paliativos. Esto es reflejo de problemas en el sistema sanitario, especialmente a nivel primario de atención.

En Perú no se conoce la frecuencia exacta de enfermedad en fase terminal ni la necesidad de cuidados paliativos en pacientes admitidos a emergencia, esto ayudaría a implementar medidas de mejora. Por otro lado, no se puede impedir que los pacientes con enfermedades en fases avanzadas acudan a los servicios de emergencias, pero su adecuada identificación ayudaría a direccionarlos a recibir tratamiento paliativo con seguimiento domiciliario, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia.

1.4. Justificación práctica

EsSalud atiende a un elevado porcentaje de la población de Lima y los hospitales nacionales de Lima y Callao tienen asignada casi la mitad de la población nacional asegurada, pero no tenemos reportes de la frecuencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el servicio de emergencia.

En el sentido práctico, este estudio puede ahorrar recursos, disminuir la sobrecarga de pacientes en emergencia y mejorar las condiciones laborales del trabajador de salud. Los hospitales y el sistema de salud se beneficiarían redistribuyendo mejor sus recursos y disminuyendo el maltrato tanto al paciente como a la familia. Debiendo articularse con una mejor atención ambulatoria o domiciliaria.

El adecuado manejo de estos pacientes también evitaría el encarnizamiento terapéutico (tratamiento no beneficioso). Pero la selección de pacientes con enfermedades avanzadas, más aún en un servicio de emergencia, siempre será una situación compleja, pues hay cuestiones éticas muy sensibles, que en nuestro país todavía no están bien definidas ni aceptadas.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar la necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a servicios de emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, en Lima durante el 2016.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar la proporción de pacientes con más de una admisión a sala de observación de emergencia en el último año, en hospitales nacionales del seguro social de Lima durante el 2016.
- Identificar la condición de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos a sala de observación de emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, en Lima durante el 2016.
- Identificar demanda y necesidad de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad en fase terminal, readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, en Lima durante el 2016.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación

La muerte es la parte final del ciclo de la existencia humana, en la ley general de salud (N° 26842) se la considera como el cese definitivo de la actividad cerebral o la constatación de paro cardiorrespiratorio irreversible. No sólo involucra al paciente, sino también a la familia y el equipo de salud, teniendo un sentido de significado y trascendencia, buscando sabiduría y dignidad al final de la vida (Pessini & Bertachini, 2006).

La mayoría de personas desearía morir en su casa (70-80%) junto a sus familiares, pero en las últimas décadas se ha incrementado significativamente el número de personas que acuden a los servicios de emergencia y fallecen allí, muchas veces en situaciones inadecuadas (Australasian College for Emergency Medicine, 2016).

Desde otro aspecto, la mayor esperanza de vida, el avance científico-tecnológico y cambios socio-culturales (estilo de vida) han producido incremento significativo de enfermedades crónicas neoplásicas y no neoplásicas. Muchas personas viven más pero con mayores padecimientos y requieren mayor atención sanitaria, predominantemente hospitalaria (Grudzen et al., 2010).

Otro problema es cómo identificar al paciente con enfermedad en fase terminal o “enfermo terminal” (Kraus, 2012) y más aún en un servicio de emergencia. Muchos de estos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social multidisciplinaria.

Actualmente se incrementa la demanda de atención centrada en la persona, de calidad y a costes razonables, que permita una vida y una muerte dignas. Esta realidad revela la necesidad de realizar un nuevo planteamiento acerca de los objetivos que debe perseguir la medicina actual que, hasta ahora, se ha centrado de manera excesiva en un enfoque curativo, abogándose por una muerte en paz con el mismo valor e importancia que la lucha contra las enfermedades y la prolongación de la vida (Callahan, 2000).

Los cuidados paliativos buscan aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas. Buscan proveer alivio de ansiedad, preocupaciones y depresión, aliviar el dolor con intervención directa y consiente, comunicación actualizada y compasiva de la información, cuidado coordinado, apoyo práctico y atención a familiares, con sentido de seguridad del sistema de salud, significado, trascendencia y resolución de conflictos. Siendo necesarios educación, orientación, consejería y cuidado (González et al., 2008).

Los cuidados paliativos en enfermedades oncológicas avanzadas han tenido logros importantes, sin embargo los fallecimientos por enfermedades no oncológicas (insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas) representan números mayores. Y las necesidades de estos pacientes y sus familias son similares e incluso más prolongadas. Siguiendo el principio de justicia, es una obligación ética potenciar la atención de este grupo de pacientes (Babarro et al., 2010).

Por definición la medicina de emergencias es la especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y lesiones inesperadas que ponen en riesgo la vida o puedan producir daño permanente. Está enfocada en salvar vidas y no en manejar la muerte de un paciente (Lamba et al., 2014; Ministerio de salud, 2004).

Sin embargo se está incrementado el número de personas con enfermedades crónicas y complejas que usan los servicios de urgencias e incluso fallecen en sus ambientes. Reconociéndose que la emergencia no es adecuado para brindar servicios paliativos ni un lugar decente para morir (Lafond et al., 2016).

Ante esta realidad, en Norteamérica el 2006 se incluyó la medicina paliativa como una subespecialidad de medicina de emergencia; habiéndose definido políticas sobre cuidados paliativos en los servicios de emergencias (Norteamérica 2013 y Australia 2016) (Australasian College for Emergency Medicine, 2016; Quest et al., 2011). Todavía existen muchas barreras en el tema, pero se recomienda dialogar con familiares (realizar un plan), coordinar con especialistas en paliativos y respetar los derechos del paciente. (Lamba et al., 2014).

En nuestro país, los cuidados paliativos, son poco conocidos y todavía no constituyen uno de los objetivos del sistema de salud. Existiendo pocos servicios estructurados en el nivel terciario a predominio intrahospitalario, con predominancia en enfermedades oncológicas, pero con escasa o nula presencia en los servicios de emergencia. Los aspectos éticos, morales y legales todavía no están bien definidos.

2.2. Antecedentes de investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales

Una revisión sistemática de estudios observacionales sobre identificación temprana y evaluación de cuidados paliativos en servicios de emergencia (publicados hasta junio 2015), encontró varios estudios factibles, pero sólo siete con adecuada descripción y metodología. Tres en adultos mayores, dos en cáncer, uno en demencia avanzada y otro en cuatro patologías (cáncer, demencia, enfermedad pulmonar crónica y falla cardíaca). Concluyendo que falta mayor evidencia sobre el tema (George et al., 2016).

Un estudio retrospectivo (2007-2011) describe 342 pacientes terminales (enfermedades crónicas terminales y problemas agudos letales) atendidos en emergencia; de los cuales el 51,5% fue enviado a una unidad de cuidados intensivos (19 camas) y un hospicio con personal capacitado en cuidados paliativos. 114 pacientes fallecieron (33% del total). 99 pacientes (28,9%)

fallecieron en camillas de emergencia, porcentaje menor al 35% reportado el 2002. La aplicación de cuidados paliativos produjo una disminución significativa de pacientes con enfermedades terminales fallecidos en emergencia, brindando a pacientes y familiares un ambiente más adecuado (Lafond et al., 2016).

El 2015, un estudio observacional retrospectivo en un hospital de Arabia Saudita, evaluó 154 pacientes con cáncer terminal, en sus últimos tres meses de vida. El 77% de la cohorte tuvo al menos una visita al departamento de emergencia; terminaron hospitalizados 52%, siendo las causas más frecuentes dolor 46%, disnea 13% y vómitos 12%. El 19% de las visitas se consideraban “inadecuadas” o evitables (Alsirafy et al., 2016).

Una revisión sistemática, publicada el 2015, encontró cuatro criterios para identificar tempranamente a los pacientes que necesitan cuidados paliativos en la práctica general, siendo necesaria mayor estandarización (Walsh et al., 2015). El 2013 otra revisión sistemática también identificó estos cuatro criterios y elaboró un cuestionario, para ser implementado internacionalmente (Maas et al., 2013)

El 2011 en hospitales de Estados Unidos de Norteamérica (USA) se inician programas pilotos que incluyen atención de cuidados paliativos para pacientes del departamento de emergencia con enfermedades en fase avanzada; brindando tratamiento sintomático y soporte emocional a los familiares. Esto requiere la organización de cada servicio, mejora la atención del paciente y su cuidador; así como disminuye el uso de estos servicios de salud (Lamba et al., 2014; Rosenberg et al., 2015).

Un estudio de cohortes retrospectivo, realizado en Baltimore (USA), evaluó los últimos 30 días de vida de pacientes con cáncer (132 recibía cuidados paliativos y 54 no los recibía); en el grupo con manejo paliativo se encontró menor ingreso hospitalario, admisión a unidad de cuidados intensivos (UCI) y fallecimiento intrahospitalario, así como una mayor estancia hospitalaria en casas de reposo. Pero no se encontró diferencia estadísticamente significativa

en los días de estancia en UCI, visitas al servicio de emergencia ni porcentaje de elección de casa de reposo (Wang et al., 2015)

Una revisión sistemática de publicaciones hasta agosto 2012, sobre incidencia de pacientes con necesidad de cuidados paliativos que se presentan a emergencia, encuentra pocos trabajos válidos. Sólo 10 de 1427, cumplieron los requisitos de esta evaluación, provenientes de Francia, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda. Se concluye que no existe información suficiente sobre la incidencia de visitas a emergencia de los pacientes en cuidados paliativos. Se destaca que en 1996 el 9,2% de los pacientes con cáncer terminal que fallecen, habían usado el servicio de emergencia; en Canadá (2010) el 31% de los pacientes que fallecen por enfermedades crónicas, visitó emergencia al menos una vez en los últimos 6 meses; y en Australia (2011) el 70% de los pacientes que fallecen por enfermedades crónicas visitan emergencia el último año (Wong et al., 2014).

Otra investigación realizada el 2012 en un hospital terciario suburbano universitario de USA, evaluó pacientes mayores de 70 años que visitaron el servicio de emergencia con diagnóstico de demencia avanzada. Identificando 51 de 304 candidatos, con edad promedio 86 años, 33% mujeres, 35% recibió consulta sobre cuidados paliativos durante su estancia en el hospital, en el 22% se inició esta consulta en emergencia. La mayoría de médicos piensan que la consulta de cuidados paliativos no es apropiada en emergencia (Ouchi et al., 2014).

Un estudio retrospectivo realizado en Londres en 401 pacientes (año 2011) demuestra que la atención en horario extra del personal de salud que brinda cuidados paliativos, disminuye la tasa de visita a emergencia en pacientes de 65 años o más con cáncer avanzado y cuidados terminales (Ali et al., 2013).

Un estudio retrospectivo realizado en España (2009) reporta que tras la inclusión en el programa de cuidados paliativos y seguimiento por un equipo de soporte mixto, se produjo notable disminución de los episodios totales y la frecuentación a la atención urgente hospitalaria (Quiñones Pérez et al., 2013).

En Francia y Bélgica (2004-2005) se realizó un estudio multicéntrico de corte transversal, evaluando 2420 pacientes fallecidos (con decisión de no reanimación) en 174 servicios de emergencia. Se encontró que el 57% recibió terapia paliativa (analgesia, sedación, cuidados orales, soporte emocional a familiares), mayormente administrado en salas de observación. La media de fallecimiento en horas desde el ingreso fue 15, siendo más prolongada en los que recibieron cuidados paliativos. Concluyen que el porcentaje de cuidados paliativos brindados en emergencia es insuficiente (Van Tricht et al., 2012).

Un estudio retrospectivo en dos servicios de emergencia de Londres (2006), evaluó a mayores de 65 años que fallecieron en emergencia, buscando si recibieron cuidados paliativos en los tres meses previos. El 50% fue admitido al hospital o atendido en emergencia el año previo, 58% presentaba algún diagnóstico con necesidad de cuidados paliativos, 29% tuvo síntomas relacionados la semana previa y sólo el 8% era conocido por los servicios de cuidados paliativos. Concluyen que existe una necesidad considerable de cuidados paliativos en adultos mayores que finalmente fallecen en los servicios de emergencia (Beynon et al., 2011).

En Nueva Zelanda (2004) se realizó un estudio en pacientes referidos a emergencia de oncología con diagnóstico de cáncer de pulmón, encontrando que 170 de 478 requerían cuidados paliativos. En Australia se reporta (2005-2006), que 70 % de pacientes que utilizaron servicios de emergencia durante su último año de vida, tenían enfermedades crónicas avanzadas como cáncer, falla cardiaca, falla renal, enfermedad hepática, pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Alzheimer, Parkinson, enfermedad de motoneurona o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Rosenwax et al., 2011).

En abril del 2009 se realizó un estudio en un hospital universitario urbano de USA, buscando validar un instrumento de detección de necesidades de cuidados paliativos y del final de la vida en el departamento de emergencia (SPEED: screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department). Se incluyeron 53 pacientes con cáncer en fase terminal entre 24-88 años, 50% hombres, más frecuentes cáncer de mama, colon y pulmón. Encontrando buena representatividad y validez al compararlo con otro

instrumento de referencia (NEST: needs at the end-of-life screening tool) (Richards et al., 2011).

El 2011 se publica un estudio de selección rápida (en dos fases) para identificar necesidad de cuidados paliativos en mayores de 65 años que acuden al servicio de emergencia, en un hospital universitario de USA. Primero se identifican pacientes adultos mayores en condiciones límites de vida y luego se evalúa pérdida de actividad básica de la vida diaria, síntomas frecuentes y fatiga del cuidador. Se evaluaron 1587 pacientes y de ellos 140 cumplieron criterios de deterioro funcional, y 51 necesitaron consulta sobre cuidados paliativos. Demostrando subregistro de la necesidad de cuidados paliativos (Glajchen et al., 2011).

Entre 2004 y 2005, se realizó un estudio en 174 centros de emergencia de Francia y Bélgica, analizando 2420 pacientes fallecidos en emergencia. Encontrando que el 81,4% correspondía a enfermedades crónicas (coronaria, cerebrovascular, cáncer metastásico, respiratoria o demencia), 46% ya tenían limitación funcional importante y 56,7% pertenecían al programa de cuidados paliativos (Le Conte et al., 2010).

Un estudio realizado en un servicio de emergencia urbano de Nueva York, evaluó 50 adultos mayores de 65 años con enfermedades complejas y graves (cáncer, falla cardíaca, enfermedad renal, hepática, cerebrovascular, pulmonar oxígeno-dependiente y demencia), edad promedio 73 años. Se detectó necesidad importante de cuidados paliativos (Grudzen et al., 2010).

En Latinoamérica la estructura de los servicios de cuidados paliativos recién está en formación, con mucha diferencia entre países (Pastrana et al., 2012). En un hospital universitario de agudos (Bogotá-Colombia) se evaluó pacientes fallecidos durante el 2006, encontrando que 182 tenían enfermedades terminales (cáncer gastrointestinal 17%, cáncer genitourinario 15%, enfermedad pulmonar 13%). El 9,3% falleció en el servicio de emergencia, 38% en UCI y 52,7% en salas de hospitalización (Moyano et al., 2010).

2.2.2. Antecedentes nacionales

En Perú no está legislada la prestación de cuidados paliativos, existiendo pocos servicios que brindan estos cuidados en forma aislada (Pastrana et al., 2012). El 2015 se describe sobredemanda en el servicio de emergencia del hospital Rebagliati (Vásquez et al., 2016), habiéndose encontrado, en el año 2012, altas tasas de readmisión a emergencia, siendo factores asociados enfermedades crónicas hepáticas, renales, cardíacas y respiratorias (Amado et al., 2015).

El 2011 se reporta alta frecuencia de polifarmacia en los adultos mayores de 65 años ingresados al servicio de emergencia del hospital Rebagliati (2011), con un promedio de tres fármacos por paciente, alta frecuencia de medicación potencialmente inadecuada y reacciones adversas como causa de hospitalización de emergencia (Amado et al., 2015). El 2010 en este mismo servicio se reporta alta tasa de síndrome confusional agudo en adultos mayores, asociado a alta frecuencia de deterioro cognitivo, demencia, dependencia funcional y categoría geriátrico complejo (Amado et al., 2013).

2.3. Bases Teóricas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las personas con enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, irreversibles, progresivas y con pobre esperanza de vida, ya no se benefician de tratamiento curativos; muchas veces estos tratamientos prolongan el sufrimiento y emplean recursos escasos y costosos. Además de los cánceres en fase evolutiva, se incluyen pacientes con EPOC, demencia, insuficiencia cardíaca, renal o hepática avanzadas y otras enfermedades neurológicas (vasculares, Parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica) (González et al., 2008; Babarro et al., 2010; Walsh et al., 2015; Maas et al., 2013).

Los pacientes oncológicos en fase terminal han sido mejor estudiados, de pronóstico más predecible y con muchas intervenciones probadas. Sin embargo el grupo de patología no oncológica, a pesar de tener alta frecuencia, está poco estudiado y su pronóstico de sobrevida es variable (Ferrer et al., 2015).

Se estima que entre 50-60% de personas que fallecen han presentado mayor deterioro en el último año de vida, estimando que del 8 al 22% de las hospitalizaciones pueden corresponderse a enfermos en este periodo de enfermedad (Wong et al., 2014; González et al., 2008).

En emergencia se pueden presentar dos grupos de patologías en fase terminal o al límite de la vida. Enfermedades crónicas avanzadas (demencia, EPOC, cáncer y otros) y patologías agudas severas (falla orgánica múltiple, shock séptico, trauma múltiple); siendo frecuente la presentación simultánea de ambos grupos en el mismo paciente (Lamba et al., 2014).

La OMS define cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias con problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de prevención y alivio del sufrimiento, por medio de identificación temprana, impecable evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (Arrieta et al., 2008; González et al., 2008; Pastrana et al., 2012; Torres et al., 2010; WHO, 2014).

Se enumeran los siguientes principios de cuidados paliativos (Lamba S, DeSandre PL, Todd KH, Bryant EN, 2014):

- Cuidados centrados en el paciente y la familia.
- Oportuno: desde fases tempranas de enfermedad y hasta el desenlace final.
- Equipo multidisciplinario: médico, enfermero, trabajador social, psicólogo, guía espiritual entre otros.
- Cuidado multidimensional: físico, psicológico, social y espiritual.
- Disminución del sufrimiento: Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas

- Calidad de vida: no acelerar el proceso de morir ni retrasarlo. Tener en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar al paciente a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Continuidad en el cuidado: coordinación, comunicación, evitar crisis o traslados innecesarios.
- Atención de calidad: atención segura, evitar error, medición de los resultados y aplicación de instrumentos válidos.

Se han propuesto criterios para enfermedad terminal y cuidados paliativos; algunos adaptados a emergencia o la atención primaria. Los puntos más destacados son pregunta sorpresa sobre su reacción ante la muerte, admisiones frecuentes, larga estancia, requerimiento de cuidados complejos, deterioro funcional, de alimentación, neurológico, edad avanzada, uso de hospicios y limitantes sociales o familiares (George et al., 2016; Glajchen et al., 2011; Lamba et al., 2014).

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Existe frecuente necesidad de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a servicios de emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, pero su demanda es insatisfecha en la mayoría de casos.

3.2. Variables

Las principales variables de estudios son dos, condición de enfermedad en estado terminal y demanda-necesidad de cuidados paliativos. Se consideran como variables auxiliares: Sexo, edad, número de admisiones a emergencia en el último año, día de la semana en que fue admitido, área de admisión a emergencia, lugar de procedencia previo a admisión, pluripatología, motivo de admisión a emergencia, tipo de enfermedad, síntoma principal, estado funcional y mental. La operacionalización de variables se muestra en el Anexo 1.

Términos y definiciones operacionales:

Enfermedad en estado terminal (terminal stage of illness):

Etapas finales de una enfermedad avanzada y progresiva, donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible. Síntomas múltiples, intensos, cambiantes y multifactoriales. Pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses). Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico (Kraus, 2012; Walsh et al., 2015).

Cuidados paliativos al final de la vida (end-of-life care):

Cuidados de salud especializados, de apoyo, brindados a una persona que presenta una enfermedad en fase terminal. Se aborda de una manera integral, brindando a los pacientes y sus familiares consejos legales, financieros, emocionales o espirituales, además de atender las necesidades físicas inmediatas. Estos cuidados pueden ser brindados en domicilio, hospital, instalaciones especializadas (hospicios) o áreas designadas especialmente para cuidados prolongados (Babarro et al., 2010; Walsh et al., 2015).

Necesidad y demanda de servicios de salud (health services needs and demand):

Son los servicios de salud requeridos por una población o comunidad, incluye la identificación y evaluación de necesidades, medidas a través de objetivos, criterios y normas. Demanda es la expresión (sentida o no) de las necesidades de salud en una población, puede ser espontánea o inducida. Necesidad de salud es el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tiene la persona, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud (Ministerio de salud, 2004).

Servicios de emergencia o urgencia médica (emergency medical services):

Servicios dependiente de un centro hospitalario, equipados y dotados de personal para la atención de pacientes, en riesgo de vida o secuela permanente, las 24 horas del día (Ministerio de salud, 2004).

Final de la vida (end-of-life):

Periodo en el que el paciente vive y está limitado por una condición fatal, aún si su desenlace es ambiguo o desconocido. Puede ser años en enfermedades crónicas o corto tiempo en eventos agudos (Australasian College for Emergency Medicine, 2016).

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación

Es un estudio observacional, prospectivo, de corte transversal. De diseño descriptivo multicéntrico.

4.2. Población

La población de estudio estuvo constituida por pacientes de 18 años o más que son admitidos más de una vez, en los últimos 12 meses, a salas de observación de emergencia de hospitales nacionales de la seguridad social (EsSalud) de Lima y Callao. Los hospitales de estas características son tres: Edgardo Rebagliati Martins, Guillermo Almenara Irigoyen y Alberto Sabogal Sologuren. En la emergencia del hospital Rebagliati se reportó 22883 admisiones por año que correspondió al 14% del total de atenciones (Vásquez et al., 2016) y 21% tuvo más de una admisión al año (Amado et al., 2015).

Descripción del área de estudio:

El Servicio de Emergencia de Adultos de los hospitales nacionales de EsSalud atiende pacientes que vienen por sus propios medios o referidos de otro establecimiento. Tiene personal especializado que atiende las 24 horas del día a pacientes de 14 años a más, con problemas médicos, quirúrgicos o traumatológicos. Cuenta con una unidad de shock-trauma (UST), tópicos

evaluación de ingreso y salas de observación para pacientes críticos y no críticos. El destino final de los pacientes puede ser alta a domicilio, hospitalización en algún servicio del hospital, transferencia a otro establecimiento o fallecimiento.

El hospital Rebagliati (Jesús María-Lima-Perú) tuvo 254261 atenciones (2015) en cuatro servicios de emergencia: pediatría, gineco-obstetricia, salud mental y de adultos. Este último funcionaba en un local de un nivel desde hace 25 años. Tiene un área de triaje, tópicos de medicina, cirugía y traumatología; la UST tiene cuatro camillas; una unidad de cuidados críticos de emergencia de 4 camillas, unidad de cuidados intermedios de emergencia de 24 camillas y unidad de dolor torácico con 8 camillas; además cuenta con 4 salas de observación general con un número variable de camillas (124 – 140) según la demanda. Promedio diario 160 camillas de observación.

El hospital Almenara (La Victoria-Lima-Perú) tenía para emergencia un local de tres niveles desde julio del 2013, donde se atiende pediatría, gineco-obstetricia y adultos, no tiene servicio de salud mental, reportando 136792 atenciones el 2015. En el primer nivel funcionaba un área de triaje, tópicos de medicina, cirugía y traumatología; la UST tiene cuatro camillas; también funciona dos salas de observación temporal (pre-hospitalización) una de patología médica con 22-30 camillas y 20-36 sillas de ruedas; y otra de patología quirúrgica con 06 camillas y 4-8 sillas de ruedas. En el segundo nivel funciona una unidad de cuidados críticos de emergencia con 22 camillas; y en el tercer nivel hay cuatro salas de observación para varones y cuatro para mujeres (de 8 camas cada uno), además hay una sala de observación pediátrica y otra gineco-obstétrica. Promedio diario 114 camillas y 36 sillas.

El hospital Sabogal (Bellavista-Callao-Perú), funcionaba en un local de un nivel desde el 2014, donde se atendía pediatría, gineco-obstetricia y adultos, no tiene servicio de salud mental y reportó 145646 atenciones el 2015. Contaba con un área de triaje, tópicos de medicina, cirugía y traumatología; la UST tiene cuatro camillas; cuenta con una sala de cuidados especiales de emergencia (10 camillas); una sala de observación para pacientes con enfermedades avanzadas (5 camillas). Y un número variable de camillas para

los pacientes de observación de medicina y cirugía. Además hay una sala de observación pediátrica y otra gineco-obstétrica. Promedio diario 80 camillas.

4.3. Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes que fueron admitidos al área de estudio durante siete días consecutivos. En el hospital Rebagliati 15-21 de mayo, Almenara 21-27 de noviembre y Sabogal 1-7 de diciembre del 2016. La unidad de muestreo y de análisis fue el paciente admitido a sala de observación de emergencia, seleccionando todas las admisiones del reporte diario de cada establecimiento, durante el periodo indicado (muestreo no probabilístico).

El tamaño de muestra calculado, según la fórmula para estudios poblacionales para estimar una proporción, fue de 293 pacientes; considerando un nivel de confianza de 95%, una precisión del 5%, una proporción esperada de 21% (pacientes con más de una admisión al año a salas de observación de emergencia) (Amado et al., 2015) y ajustado a 15% de pérdidas.

Como criterio de inclusión se consideró más de una admisión, en los últimos 12 meses, a sala de observación de emergencia de hospitales nacionales de EsSalud de Lima y Callao. Excluyendo a los que tengan menos de 18 años o nieguen consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron admisión repetida en el periodo de observación (considerando sólo la primera admisión), fallecimiento antes de 24 horas de admisión, transferencia a otro establecimiento antes de la evaluación y datos incompletos.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas empleadas fueron: revisión del registro hospitalario de pacientes; revisión de historia clínica de emergencia y de atenciones previas (historia

antigua); entrevista a paciente y/o cuidador; y observación-evaluación del paciente.

Como instrumentos se emplearon: Ficha de recolección de datos (Anexo 2), encuesta estructurada (Anexo 3), criterios diagnóstico de enfermedad en estado terminal (Anexos 4 y 5), índice de Katz para evaluar capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (Anexo 6) y test de Pfeiffer o short portable mental status questionnaire (SPMSQ) para valorar estado cognitivo (Anexo 7)

Los datos fueron recolectados por dos médicos internistas, dos médicos emergenciólogos, un residente de medicina de emergencias y dos estudiantes de medicina de quinto año, capacitados y entrenados en las técnicas e instrumentos utilizados.

Por las mañanas se obtenía la lista de admisiones del día previo y con ayuda de un técnico administrativo se buscaba el número de admisiones previas a emergencia (en el sistema estadístico institucional). A los que tenían más de una admisión en este periodo, se solicitaba consentimiento informado para ser incluido (Anexo 8), se revisaba historia clínica hospitalaria y evaluaba al paciente por personal entrenado, de preferencia en horas de la tarde acompañado de familiar o cuidador.

En los pacientes que cumplían criterios de enfermedad en fase terminal, se evaluaba la necesidad y demanda de cuidados paliativos, según encuesta estructurada (Anexo 3), el cual iniciaba con preguntas sobre la reacción ante la muerte y si conocía que eran cuidados paliativos. A los que no sabían se les explicaba en qué consistía y luego se continuaba con las demás preguntas.

Este instrumento se adaptó del cuestionario de necesidad de cuidados paliativos propuesto en España (Gómez-Batiste et al., 2013; González Carnero et al., 2013). Para la validación de contenido de la encuesta, se sometió a juicio de expertos, tres médicos especialistas (medicina interna, de emergencia y geriatría) con más de cinco años de experiencia; encontrando un adecuado grado de concordancia (coeficiente W de Kendall 0,884). Para evaluar la confiabilidad de la encuesta, se realizó una prueba piloto en 20

pacientes del servicio de emergencia del hospital Rebagliati (que no fueron incluidos en el estudio), obteniendo un alfa de Cronbach de 0,699 que corresponde a una aceptable consistencia interna de los ítems.

4.5. Análisis e interpretación de información

Los datos recolectados fueron revisados, codificados y procesados con el programa estadístico SPSS versión 24.00. Presentándolos y analizándolos mediante medidas de distribución de frecuencia, tendencia central y dispersión. Para el análisis de variables no categóricas se empleó prueba de Chi-cuadrado; y en variables categóricas la prueba de Kolmogorov para identificar la existencia de distribución normal y la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes si la distribución no era normal. Se consideró significativo $p < 0,05$ e intervalo de confianza de 95%.

4.6. Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación de la Oficina de Docencia y Capacitación del hospital Rebagliati - EsSalud. Los pacientes fueron evaluados siguiendo los principios de buenas prácticas clínicas y lineamientos de la declaración de Helsinki. Para ser ingresado al estudio, se solicitó un consentimiento informado verbal o escrito al paciente o cuidador principal (Anexo 8). Las veces que se identificó en el paciente alguna situación que requiera una intervención adicional, se notificó al médico tratante, a manera de sugerencia.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

En el periodo evaluado se presentaron 846 admisiones a salas de observación de emergencia y 246 readmisiones, correspondiendo a una tasa de readmisión de 29.1%. La tasa de readmisión según hospital evaluado fue Rebagliati 27,7, Almenara 33,9 y Sabogal 23,4 %. Se eliminó a 28 pacientes y no se pudo completar la evaluación en otros 21 (Figura 1). Su distribución según día de admisión, se muestra en la Figura 2.

De 197 pacientes incluidos, se identificó 60 con criterios de enfermedad en fase terminal (30,5%), su distribución según área de ingreso y otras características del paciente se muestra en la Cuadro 1. La proporción de pacientes según los tipos de enfermedad terminal se muestra en la Figura 3, y el grupo específico de cada enfermedad se muestra en el Cuadro 2.

Del 30,5% de los pacientes con enfermedad terminal, el 18,8% correspondió a enfermedad no oncológica y el 11,7% a cáncer. En el grupo de otras neoplasias malignas se registraron casos individuales de cáncer cerebral, endometrial, hepatocarcinoma, de ovario, páncreas, riñón, vejiga y vesícula biliar.

En los casos de enfermedad en fase terminal no oncológica, los de causa neurológica correspondieron cuatro a secuela de enfermedad cerebrovascular, tres a demencia tipo Alzheimer con dependencia funcional total, dos casos de secuela de trauma craneoencefálico, uno de causa metabólica, otro infecciosa, otro congénita y otro por esquizofrenia.

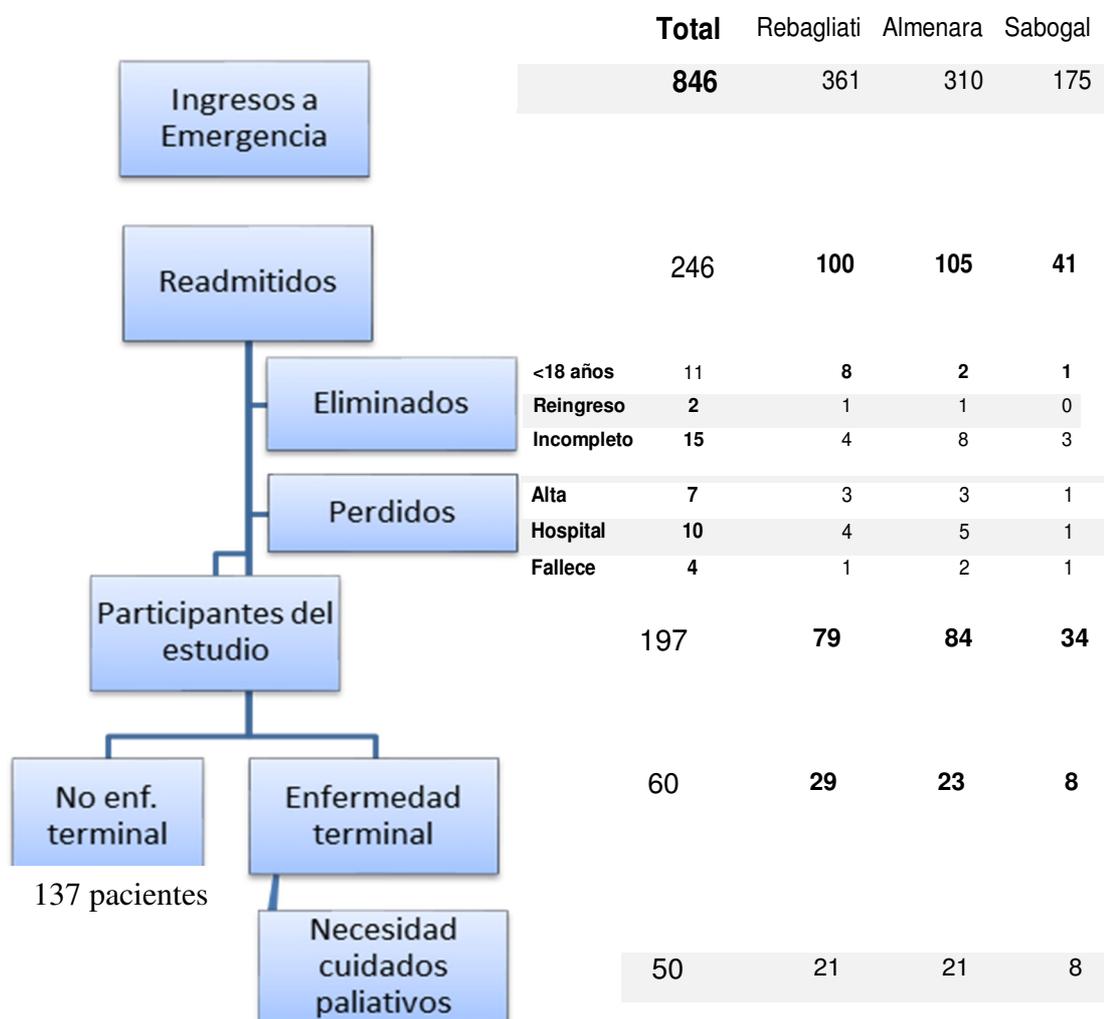


Figura 1. Flujo del reclutamiento de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

En las patologías renales, cuatro de los nueve recibían hemodiálisis, la etiología más frecuente era diabetes mellitus, los nueve tenían dependencia funcional total y siete deterioro cognitivo severo. Las patologías respiratorias correspondieron a cinco casos de fibrosis pulmonar y dos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, todos usaban oxígeno domiciliario.

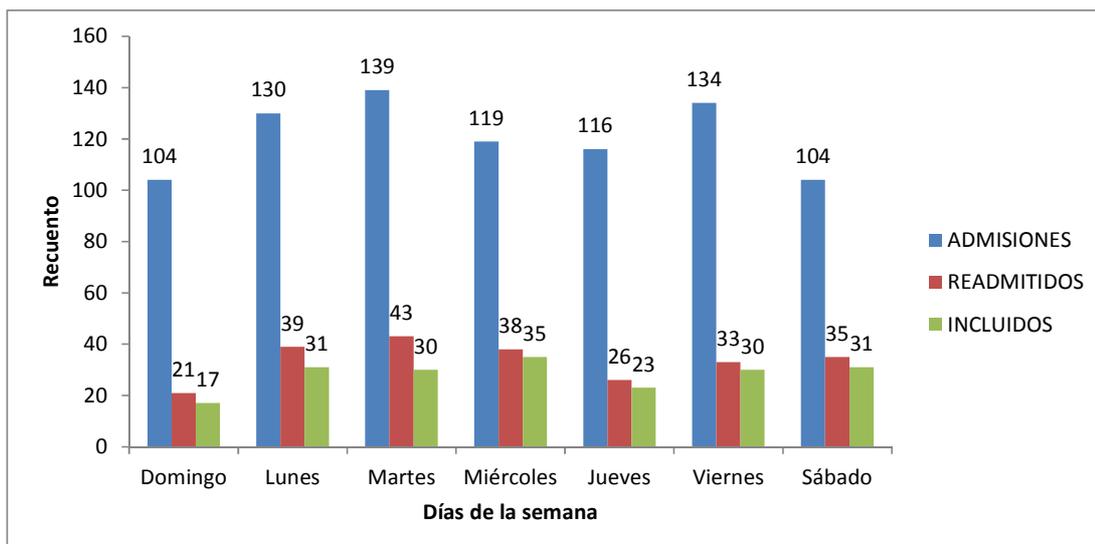


Figura 2. Número de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

En los casos de falla hepática, todos fueron cirrosis en estadio Child-Pugh C, dos por etiología alcohólica y los demás de causa no determinada. Entre otras enfermedades no oncológicas se identificó dos casos de falla cardiaca con fracción de eyección menor de 20% (uno de ellos por valvulopatía mitral y el otro por cardiopatía isquémica) y otros dos de mielodisplasia refractaria a tratamiento, con múltiples transfusiones sanguíneas.

La figura 4 muestra la asociación de enfermedad en fase terminal con día de la semana de ingreso. El número de admisiones a emergencia en el último año varió entre 2 y 13, reportando 13 admisiones en dos pacientes varones del hospital Rebagliati, uno de 54 años con ascitis refractaria por cirrosis hepática Child-Pugh C para múltiples paracentesis. Y otro varón de 87 años con fibrosis pulmonar oxígeno dependiente, que llegaba por insuficiencia respiratoria. En el hospital Almenara también se identificó una mujer diabética de 71 años que acudió 11 veces en el último año por crisis hiperglicémicas, sin criterios de enfermedad en fase terminal.

La distribución según edad de los pacientes no tuvo distribución normal (Kolmogorov $p=0,001$) por lo que se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, presentando $p<0,05$ (Figura 5).

Cuadro 1. Características de los pacientes con enfermedad en fase terminal readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Característica	Enf. Terminal		Total		p
	(60)	%	(197)	%	
Sexo Femenino	29	48,3	93	47,2	0,877
Nº de admisiones en año	1,98		1,83		0,374
Edad promedio (años)	73,1		66		0,001
Edad 65 años o más	45	75	117	59,4	0,004
Pluripatología	24	40	60	30,5	0,025
Procedencia:					0,001
- Domicilio	48	80	179	90,9	
- Hospital/Clínica	5	8,3	10	5,1	
- Casa de reposo	7	11,7	8	4,1	
Área de ingreso:					0,022
- Tópico Medicina	39	65	133	67,5	
- Tópico Traumatología	1	1,7	9	4,6	
- Tópico Cirugía	2	3,3	17	8,6	
- Unidad Trauma-Shock	18	30,0	38	19,3	
Destino a sala de críticos	6	10	13	9,5	1,000

Los pacientes evaluados tuvieron un rango de edad entre 19 y 96 años. El paciente más joven (no terminal) fue un varón de 19 años con esquizofrenia que fue admitido en hospital Almenara 6 veces el último año. La paciente más joven con enfermedad en fase terminal fue una mujer de 37 años con fibrosis pulmonar oxígeno dependiente que tuvo 3 admisiones en el último año al hospital Almenara. Los pacientes de más edad se registraron en el hospital Rebagliati, dos varones de 96 años con demencia avanzada, dependencia

funcional total y deterioro cognitivo severo, con 4 y 2 admisiones en el último año cada uno.

La mayoría de pacientes readmitidos presentaban más de dos problemas de salud. Los motivos de ingreso y síntomas más frecuentes se muestran en el Cuadro 3, predominando afecciones respiratorias y encefalopatía. Otras características clínicas de los pacientes con enfermedad en fase terminal se presentan en el Cuadro 4.

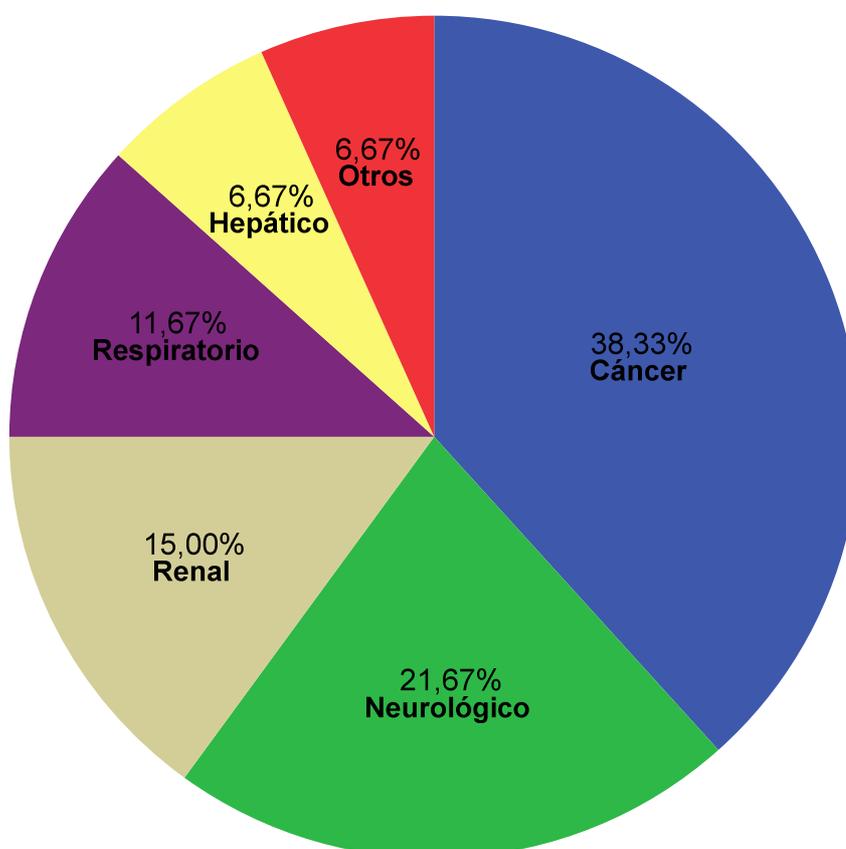


Figura 3. Tipos de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Cuadro 2. Etiología de enfermedad en fase terminal en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Tipo de enfermedad	N (60 casos)	%
ONCOLÓGICA:	23	38,3
Mama	4	
Próstata	3	
Pulmón	2	
Linfomas	2	
Colon	2	
Estómago	2	
Otros	8	
NO ONCOLÓGICA:	37	61,7
Neurológico	13	
Renal	9	
Respiratorio	7	
Hepático	4	
Otros	4	

La necesidad y demanda de cuidados paliativos se presentan en el Cuadro 5 y otras características relacionadas con cuidados paliativos se muestran en el Cuadro 6. Respecto a la pregunta si se sorprendería si falleciera el paciente, en 10 casos respondió el mismo paciente y en los 16 restantes fue el cuidador. En los paciente que tenían cuidador, el 83,6% (46 de 55 casos) era permanente y 80% (44 de 55) el cuidador era un familiar cercano, más frecuentemente hijos o pareja del paciente.

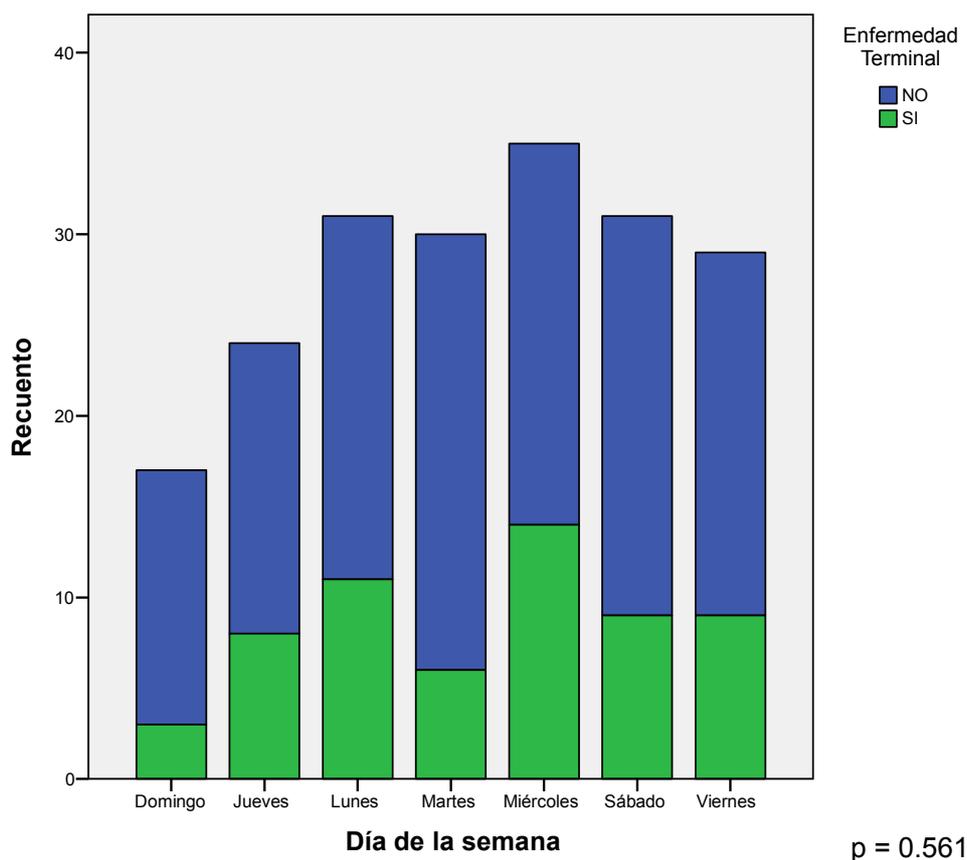


Figura 4. Distribución de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, según enfermedad en fase terminal y día de ingreso, Lima 2016.

Entre los 13 casos que referían usar cuidados paliativos, 10 de ellos recibían sólo tratamiento para el dolor, no refiriendo otro tipo de cuidado paliativo. De este mismo grupo, tres de ellos estaba incluidos en el programa de control post hospitalario especializado (COPHOES) del hospital Rebagliati, tres recibían tratamiento particular y siete estaban inscritos en el programa de atención domiciliaria de EsSalud (PADOMI), pero debemos mencionar que otros cuatro pacientes con enfermedad terminal también estaban inscritos en PADOMI y refirieron no recibir cuidados paliativos.

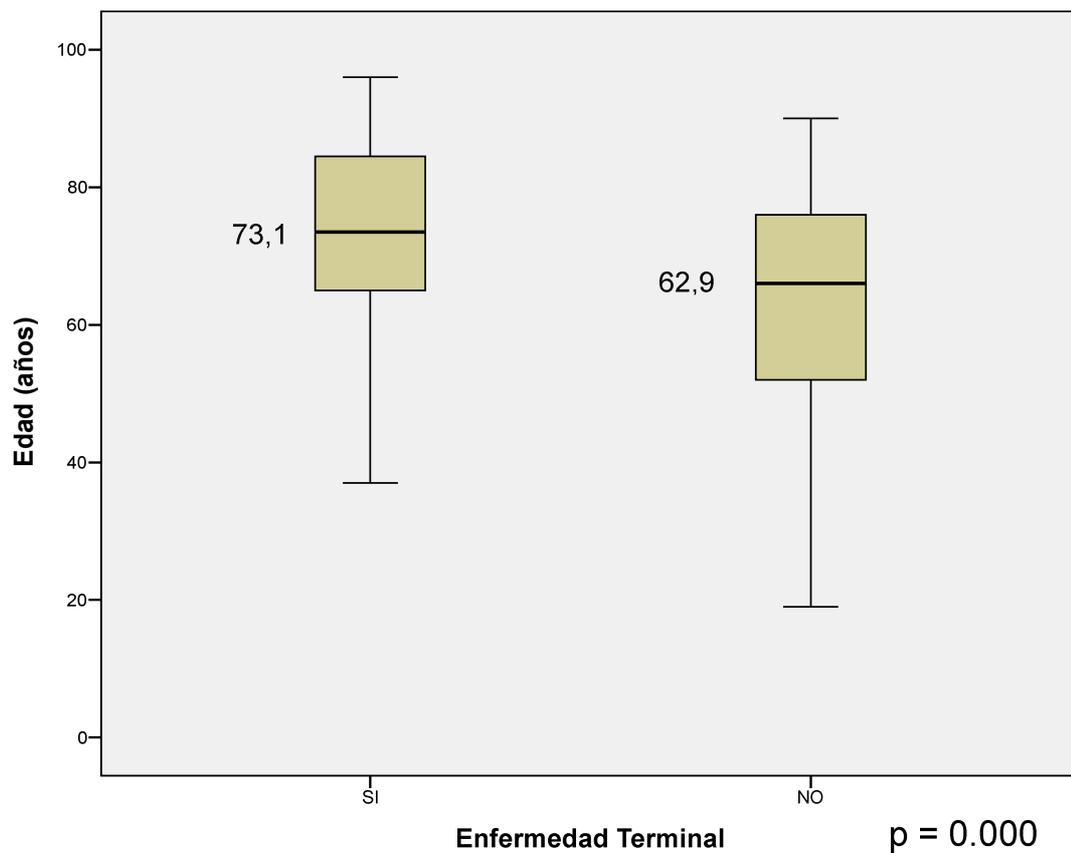


Figura 05. Distribución de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, según enfermedad en fase terminal y edad, Lima 2016.

Cuadro 3. Motivos de ingreso y síntomas más frecuentes de pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Característica	Enf Terminal		Total	
	(60)	%	(197)	%
MOTIVO DE INGRESO:				
Insuficiencia respiratoria	12	20,0	17	8,6
Encefalopatía aguda	9	15,0	17	8,6
Abdomen agudo	2	3,3	14	7,1
Neumonía	4	6,7	10	5,1
Fiebre	3	5,0	8	4,1
Sepsis	4	6,7	8	4,1
Hemorragia digestiva	2	3,3	7	3,5
Anemia severa	1	1,7	6	3,0
SÍNTOMAS				
Dolor	11	18,3	60	30,5
Disnea	25	41,7	53	26,9
Transtorno de conciencia	13	21,7	35	17,8
Fiebre	6	10	17	8,6
Hipotensión	2	3,3	5	2,5

Cuadro 4. Otras características clínicas de pacientes readmitidos a emergencia de adultos, con enfermedad en fase terminal, en hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Característica	N	%
	(de 60 casos)	
Úlcera por presión grado III o IV	4	6,7
Caquexia	12	20,0
Dependencia funcional total	44	73,3
Deterioro neurológico severo	24	40,0

Cuadro 5. Necesidad y demanda de cuidados paliativos en paciente readmitidos a emergencia de adultos, con enfermedad en fase terminal, en hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Característica	N (de 60 casos)	%
Considera que necesita cuidados paliativos	50	83,3
Ha solicitado cuidados paliativos	12	20,0

Cuadro 6. Cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos, con enfermedad en fase terminal, en hospitales nacionales de la seguridad social, Lima 2016.

Característica	N (de 60 casos)	%
Responde el cuidador	44	73,3
Se sorprendería si falleciera	26	43,3
Sabe que son cuidados paliativos	11	18,3
Usa cuidados paliativos	13	21,7
Los síntomas están controlados	8	13,3
Tiene cuidador	55	91,7

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

El total de admisiones evaluadas, supera el tamaño de muestra requerido para estimar una proporción poblacional, pero presenta sesgo por no ser aleatorio, un procedimiento muy difícil de realizar prospectivamente en un servicio de emergencia. La suma de pacientes perdidos y eliminados fue 19,9% (en Rebagliati 21%, Almenara 20% y Sabogal 17,1%), un porcentaje aceptable y entendible, pues la emergencia es un servicio muy dinámico.

El 29,1% de pacientes admitidos, tenían más de un ingreso en el último año, siendo esta proporción mayor en el hospital Almenara y menor en Sabogal. Se observa mayor número de ingresos el día martes y menor el fin de semana, similar a lo reportado previamente en un hospital del estudio, durante un año de observación, donde también se encontró disminución del número de ingresos los últimos días de julio y diciembre (Vásquez et al., 2016).

El 30,5% de pacientes readmitidos tenían criterios de enfermedad en fase terminal. A nivel mundial no existen datos precisos sobre la incidencia de pacientes con enfermedad en fase terminal, siendo lo más reportado la frecuencia con que acuden a emergencia estos pacientes en los últimos meses de vida (retrospectivamente hasta 70% en el último año o 52,5 x 100 personas-mes en cáncer de pulmón) (Wong et al., 2014). Otro estudio reporta que el 8,8% de los adultos mayores de 65 años que visitó emergencia de un hospital de Norteamérica, tenía criterios de enfermedad en fase terminal (Glajchen et al., 2011).

No se encontró asociación significativa entre sexo y enfermedad terminal. El número de admisiones previas tampoco muestra diferencia significativa, pero fue menor a las 2,3 visitas durante los últimos tres meses de vida de pacientes con cáncer terminal reportado en Arabia Saudita (Alsirafy et al., 2016).

Similar a otros reportes internacionales, edad y pluripatología son factores asociados a enfermedad en fase terminal; siendo frecuentes pacientes adultos mayores con más de tres enfermedades crónicas (Henson et al., 2015; Lafond et al., 2016).

El 91% de los pacientes provenían de su domicilio y era traído por un familiar, encontrándose diferencia significativa entre lugar de procedencia y enfermedad en fase terminal. Y similar a lo reportado en Europa, los pacientes en fase terminal acuden a emergencia mayormente de hospicios 20% o centros hospitalarios de agudos 14%, pero la persona encargada era el familiar solo en el 32% de casos (Lafond et al., 2016).

En relación al área de ingreso a emergencia, se encontró mayor frecuencia de ingresos por UST de los pacientes con enfermedades en fase terminal y estos pacientes son ingresados a salas de cuidados críticos de la emergencia en la misma proporción que el global de pacientes.

La proporción de pacientes según los tipos de enfermedad terminal es parecido a lo reportado en Norteamérica en adultos mayores de 65 años, donde encontraron: cáncer 43%, demencia 22% y falla cardiaca 16% (Glajchen et al., 2011). Similar a otros reportes internacionales, las neoplasias malignas gastrointestinales, genitourinarias y pulmonares son más frecuentes (Alsirafy et al., 2016; Glajchen et al., 2011; Moyano et al., 2010).

La distribución de patología no oncológica es similar a lo reportado en Francia (Lafond et al., 2016), excepto por la mayor frecuencia de enfermedad renal crónica y menor frecuencia de patología cardiovascular. Los casos de patología respiratoria fueron muy sintomáticos similar a lo reportado internacionalmente y la mayoría de veces por causas secundarias (Gainza Miranda et al., 2017; Pessini & Bertachini, 2006).

En nuestro país no hay reportes específicos sobre el porcentaje de pacientes con enfermedad en fase terminal admitidos a los servicios de emergencia, pero a nivel mundial se sabe que es un número considerable y que va en aumento. Este trabajo encontró un elevado porcentaje de estos pacientes (30,5%) entre los readmitidos a emergencia de los hospitales terciarios en el último año, siendo más frecuentes las enfermedades no oncológicas.

Sobre la enfermedad renal, se debe enfatizar que el sólo hecho de recibir diálisis, no era suficiente para considerar a un paciente en fase terminal, sino

que además debía presentar otra condición como dependencia física total o deterioro neurológico importante.

En nuestro medio se han implementado programas de cuidados paliativos, principalmente en oncología, como el programa COPHOES en el hospital Rebagliati, pero las enfermedades no oncológicas como cardiovasculares, respiratorias o renales, se encuentran desamparadas en este sentido. Requiriéndose mayor estudio e interés en el tema, similar a lo reportado en España (Babarro et al., 2010).

Debemos mencionar que hace algunos años en el hospital Sabogal se viene implementando un programa coordinado con el servicio de geriatría, que realiza seguimiento a pacientes adultos mayores con enfermedades complejas y dispone de cinco camillas de observación en la emergencia para administrar tratamientos urgentes por cortos periodos de tiempo a los pacientes incluidos. Esto puede disminuir la frecuencia de uso de los servicios de emergencia y disminuir la estancia hospitalaria.

Los síntomas más referidos en ambos grupos fueron disnea, dolor y trastorno de conciencia. Distinto a lo reportado en Arabia Saudita en pacientes oncológicos (Alsirafy et al., 2016) o Australia (Rosenwax et al., 2011) donde predomina dolor; en Norteamérica reportan mayor frecuencia de dolor, disnea y náuseas en mayores de 65 años (Glajchen et al., 2011). La mayoría de consultas son por síntomas mal controlados.

La escala de Katz tiene buena correlación con otras escalas de valoración funcional (Nabal et al., 2006). En lo referente al estado funcional de los pacientes con enfermedad en fase terminal, se encontró alta frecuencia de dependencia total para actividades básicas de la vida diaria, con baja frecuencia de úlceras por presión y caquexia. El deterioro neurológico severo presenta una frecuencia importante, similar a lo reportado en Francia (Lafond et al., 2016).

Existen vacíos en lo referente a la necesidad de cuidados paliativos, tanto en el cuidador-familiar como en personal de salud. Estos cuidados son mejor conocidos en cáncer que en enfermedades no oncológicas (George et al.,

2016), donde aún no se cuenta con instrumentos totalmente validados (Richards et al., 2011).

El 93,3% de los pacientes en fase terminal de enfermedad crónica, referían que necesitaban cuidados paliativos, pero sólo un bajo porcentaje de ellos lo había solicitado (20%), principalmente porque no conocían los principios de cuidados paliativos (sólo 18,3% sabía que son cuidados paliativos).

Un trabajo realizado en Norteamérica (Ouchi et al., 2014), reporta alta frecuencia de necesidad de cuidados paliativos en pacientes mayores de 70 años con demencia avanzada que visitan los servicios de emergencia, con alta frecuencia de consulta en cuidados paliativos inicial, pero también menciona que algunos médicos no tenían conocimientos apropiados sobre uso de cuidados paliativos en emergencia.

La disponibilidad de cuidados paliativos en nuestro medio y específicamente en EsSalud es reducida; y aún los pocos que reciben esta atención no tienen controlados sus síntomas adecuadamente. Similar a otros reportes, con una larga espera para ser ingresados (George et al., 2016). Otro estudio europeo, reporta que incluso los pacientes fallecidos en emergencia, con decisión de no reanimación, recibieron cuidados paliativos sólo en el 50% de los casos (Van Tricht et al., 2012).

Un estudio realizado en Norteamérica, en adultos mayores de 65 años, reportó elevada necesidad de cuidados paliativos. En lo económico el paciente o el cuidador pierden su trabajo por la enfermedad; otros cuidadores o familiares tienen que trabajar para costear la enfermedad. También se reporta dificultad para asistir a controles o contratar servicios médicos particulares (Grudzen et al., 2010).

La necesidad de cuidador permanente se debe a limitaciones significativas para actividades básicas de vida diaria, salud física y mental; necesitando intervención por dolor, fatiga, depresión, ansiedad o dificultad respiratoria. La mayoría de cuidadores presenta estrés severo, con problemas de sueño, aislamiento, cansancio físico-emocional o problemas familiares asociados al cuidado del paciente (Grudzen et al., 2010).

En el Perú, como en gran parte de Latinoamérica, la atención de cuidados paliativos todavía no está bien estructurada, en la parte privada ni pública, con mayores deficiencias en el área rural (Pastrana et al., 2012; Santos Garcia et al., 2014).

Los pacientes con enfermedad terminal teóricamente no deberían acudir a emergencia y este servicio tampoco es ideal para brindar cuidados paliativos. Pero hasta que no mejore el sistema de salud, estos pacientes seguirán acudiendo a las emergencias de los hospitales de referencia de nuestro país. Y la emergencia debe tener alguna respuesta para tratar de la mejor manera este problema, existiendo evidencia científica que mejoran la calidad de vida del paciente (Quiñones Pérez et al., 2013; Wang et al., 2015).

La intersección entre cuidados de emergencia y cuidados paliativos se viene aclarando mejor; siempre debemos brindar medidas de eficacia comprobada a pacientes con cuadros agudos graves, pero también debemos tener criterios claros y precisos cuando el paciente está en fase terminal de una enfermedad (Quest et al., 2011). En muchas zonas, la emergencia es el único lugar que puede recibir a pacientes terminales, debiendo contar con un modelo integral para su mejor atención (C. Grudzen et al., 2013; Rosenberg et al., 2015), existiendo necesidad de investigar mucho al respecto (DeVader et al., 2012).

En el servicio de emergencia se dispone de poco tiempo para evaluar al paciente, pues su estado crítico, necesita de decisiones rápidas. Entre las limitaciones del presente estudio tenemos el periodo de observación de una semana en cada hospital, la separación temporal entre la evaluación en Rebagliati y otros hospitales, por trabas administrativas. Otra dificultad observada fue que la persona que lleva al paciente a la emergencia no siempre es el cuidador principal.

Según lo encontrado, en un hospital con aproximadamente 50 ingresos diarios (Vásquez et al., 2016), el 30% es readmitido (15 pacientes) y de estos 30% tiene criterios de enfermedad en fase terminal. Entonces diariamente serían admitidos a la emergencia, al menos cinco pacientes en fase terminal, 35 semanales y 150 admisiones al mes.

CONCLUSIONES

- El 29,1% de los pacientes adultos admitidos a salas de observación de emergencia, presentaron más de una admisión en el último año, en los hospitales nacionales de la seguridad social de Lima. Siendo 27,7 en hospital Rebagliati, 33,9 en Almenara y 23,4 en Sabogal. Con un promedio de 1,83 hospitalizaciones al año, registrándose hasta 13 admisiones al año en dos pacientes.
- El 30,5% de los pacientes readmitidos a emergencia, tienen criterios de enfermedad en fase terminal. Siendo más común la patología no oncológica (neurológica, renal y respiratoria). Entre las enfermedades oncológicas destacan cáncer de mama y próstata.
- El 83,3% de los pacientes con enfermedad en fase terminal, considera que necesita cuidados paliativos. El 13,3% sabía en qué consistía dichos cuidados y 20% lo había solicitado alguna vez. El 91,7% tenía cuidador, en la mayoría de casos era un familiar y de duración permanente.

RECOMENDACIONES

- Implementar acciones para mejorar la detección de pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal, que sean admitidos a los servicios de emergencia de hospitales terciarios.
- Coordinar acciones que busquen la Integración temprana de cuidados paliativos para los pacientes con enfermedad en fase terminal que acuden a las emergencias.
- Mejorar o implementar unidades de cuidados paliativos para atención hospitalaria y domiciliaria, desde el nivel primario de atención, para disminuir las visitas innecesarias a emergencia. Tanto en enfermedades oncológicas como no oncológicas.
- Creación de unidades o centros de estancia prolongada (hospicios) para los pacientes que no tengan las condiciones básicas para ser atendidos en su domicilio.
- Capacitación del personal de emergencia en criterios de terminalidad en enfermedades crónicas y cuidados paliativos.
- Mejorar la comunicación de unidades de cuidados paliativos u otro servicio de atención ambulatoria, para ampliar su horario de atención.
- Realizar mayor investigación en cuidados paliativos y enfermedades avanzadas con frecuente asistencia a servicios de urgencias y temas relacionados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aira Ferrer, P., Domínguez Lorenzo, C., Cano González, J. M., García Verde, I., Molina Baltanás, E., Vicente Aedo, M., et al. (2015). Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Medicina Paliativa*. Doi: 10.1016/j.medipa.2015.08.001
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de Mexico*, 53(1), 243–254. Doi: 10.1590/S0036-36342011000500003
- Ali, A. A., Adam, R., Taylor, D., & Murchie, P. (2013). Use of a structured palliative care summary in patients with established cancer is associated with reduced hospital admissions by out-of-hours general practitioners in Grampian. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(4), 452–455. Doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000371
- Alsirafy, S. A., Raheem, A. A., Al-Zahrani, A. S., Mohammed, A. A., Sherisher, M. A., El-Kashif, A. T., et al. (2016). Emergency Department Visits at the End of Life of Patients With Terminal Cancer: Pattern, Causes, and Avoidability. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(7), 658–662. Doi: 10.1177/1049909115581819
- Amado, J., Chucas, L., Rojas, C., Pintado, S., Cerrón, C., et al. (2013). Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. *An Fac Med*, 74(3), 2013.
- Amado, J., Vasquez, R., Huari, R., & Palacios, A. (2015). Readmission frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Lima-Peru 2012. *Rev Soc Peru Med Interna*, 28(4), 153–157. Doi: 10.13140/rg.2.1.2230.5041

- Amado, J., Vásquez, R., Kraenau, E., & Oscanoa, T. (2015). Medicación potencialmente inadecuada como factor de riesgo para el delirium en adultos mayores, en un servicio de emergencia. *Acta Médica Peruana*, 32(4), 221–228.
- Arrieta, M., Balangué, L., Bañuelos, A., Clavé, L., & Egaña, L. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos*. Servicio Central de Práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Australasian College for Emergency Medicine. (2016). Policy on end of life and palliative care in the emergency department (P455). *Emergency Medicine Australasia*, 28(5), 617–621. Doi: 10.1111/1742-6723.12674
- Babarro, A., Cano, L., & Aguilar, A. (2010). Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 17(3), 161–171.
- Beynon, T., Gomes, B., Murtagh, F. E. M., Glucksman, E., Parfitt, A., Burman, R., et al. (2011). How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 28(6), 491–495. Doi: 10.1136/emj.2009.090019
- Callahan, D. (2000). Death and the Research Imperative. *New England Journal of Medicine*, 342(9), 654–656. Doi: 10.1056/NEJM200003023420910
- DeVader, T. E., Albrecht, R., & Reiter, M. (2012). Initiating Palliative Care in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 803–810. Doi: 10.1016/j.jemermed.2010.11.035
- Gainza Miranda, D., Sanz Peces, E. M., Alonso Babarro, A., & Varela Cerdeira, M. (2017). Atención al final de la vida en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. *Medicina Paliativa*, 24(1), 21–25. Doi: 10.1016/j.medipa.2014.07.001
- George, N., Phillips, E., Zaurova, M., Song, C., Lamba, S., & Grudzen, C. (2016). Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 108–19.e2. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017

- Glajchen, M., Lawson, R., Homel, P., Desandre, P., & Todd, K. H. (2011). A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 657–62. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., et al. (2013). Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(3), 300–308. Doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000211
- González, C., Núñez, J., Sanz, B., Lacaste, M., & Garcia, C. (2008). Guía de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.
- González Carnero, R., Sánchez Nava, J. G., Canchig Pilicita, F. E., Gómez Suanes, G., Ríos Germán, P. P., & López de Castro, F. (2013). Necesidades formativas en la atención a pacientes oncológicos en Castilla-La Mancha TT - Training needs in the care of oncological patients. *Med. paliat*, 20(3), 103–110. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-114651>
- Grudzen, C. R., Richardson, L. D., Morrison, M., Cho, E., & Sean Morrison, R. (2010). Palliative Care Needs of Seriously Ill, Older Adults Presenting to the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 17(11), 1253–1257. Doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00907.x
- Grudzen, C., Richardson, L., Ortiz, J., Clesca, C., J, A., Wang, J., & RS, M. (2013). Survival and health care utilization for ED patients with metastatic solid tumors randomized to early palliative care consultation versus care as usual. *Academic Emergency Medicine*, 20(5), S4–S336. Doi: 10.1111/acem.12115
- Henson, L. A., Gao, W., Higginson, I. J., Smith, M., Davies, J. M., Ellis-Smith, C., et al. (2015). Emergency department attendance by patients with cancer in their last month of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(4), 370–6. Doi: 10.1200/JCO.2014.57.3568

- Kraus, A. (2012). *Diccionario incompleto de bioética*. Penguin Random House Grupo Editorial México. Retrieved from <https://books.google.com.pe/books?id=YCprAM04wxYC>
- Lafond, P., Chalayer, E., Roussier, M., Weber, E., Lacoïn-Reynaud, Q., & Tardy, B. (2016). A Hospice and Palliative Care Bed Dedicated to Patients Admitted to the Emergency Department for End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(4), 403–406. Doi: 10.1177/1049909114562947
- Lamba S, DeSandre PL, Todd KH, Bryant EN, C. G. (2014). Integration of Palliative Care into Emergency Medicine: The Improving Palliative Care in Emergency Medicine (IPAL-EM) Collaboration. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(2), 264–70.
- Lawson, B. J., Burge, F. I., McIntyre, P., Field, S., & Maxwell, D. (2008). Palliative care patients in the emergency department. *Journal of Palliative Care*, 24(4), 247–255.
- Le Conte, P., Riochet, D., Batard, E., Volteau, C., Giraudeau, B., Arnaudet, I., et al. (2010). Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med*, 36(5), 765–772. Doi: 10.1007/s00134-010-1800-1
- Maas, E. A. T., Murray, S. A., Engels, Y., & Campbell, C. (2013). 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*, 3(4), 444–451. Doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000527
- Ministerio de salud. (2004). *Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud*. Lima-Perú. Retrieved from http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/suramerica/peru/salud/NORMA_TECNICA.pdf
- Moyano, J., Zambrano, S., & Mayungo, T. (2010). Characteristics of the Last Hospital Stay in Terminal Patients at an Acute Care Hospital in Colombia. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(6), 402–406. Doi: 10.1177/1049909110362522

- Nabal, M., Tujillano, J., Porta, J., Naudi, C., Palomar, C., Altisent, R., et al. (2006). Evaluación funcional en cuidados paliativos: correlación entre diferentes escalas. *Medicina Paliativa*, 13(3), 125–131.
- Ouchi, K., Wu, M., Medeiros, R., Grudzen, C. R., Balsells, H., Marcus, D., et al. (2014). Initiating Palliative Care Consults for Advanced Dementia Patients in the Emergency Department. *Journal of Palliative Medicine*, 17(3), 346–350. Doi: 10.1089/jpm.2013.0285
- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlos, J., & Monic. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica*. (I. Press, Ed.). Houston.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica*, 12(2), 231–242. Doi: 10.4067/S1726-569X2006000200012
- Quest, T. E., Asplin, B. R., Cairns, C. B., Hwang, U., & Pines, J. M. (2011). Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Acad Emerg Med*, 18(6), e70-6. Doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01088.x
- Quiñones Pérez, A., Álvarez Jiménez, P., García Sánchez, M. J., & Guardia Mancilla, P. (2013). Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Medicina Paliativa*, 20(2), 60–63. Doi: 10.1016/j.medipa.2012.07.003
- Richards, C. T., Gisondi, M. A., Chang, C.-H., Courtney, D. M., Engel, K. G., Emanuel, L., & Quest, T. (2011). Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 757–764. Doi: 10.1089/jpm.2010.0456
- Rosenberg, J. P., Bullen, T., & Maher, K. (2015). Supporting Family Caregivers With Palliative Symptom Management: A Qualitative Analysis of the Provision of an Emergency Medication Kit in the Home Setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(5), 484–489. Doi: 10.1177/1049909114531326
- Rosenberg, J. P., Bullen, T., & Maher, K. (2015). Supporting Family Caregivers With Palliative Symptom Management: A Qualitative Analysis of the Provision of an Emergency Medication Kit in the Home Setting. *The*

- American Journal of Hospice & Palliative Care, 32(5), 484–489. Doi: 10.1177/1049909114531326
- Rosenwax, L. K., Mcnamara, B. A., Murray, K., McCabe, R. J., Aoun, S. M., & Currow, D. C. (2011). Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications to end-of-life care | Medical Journal of Australia. *Medical Journal of Australia*, 194(11), 570–573. Doi: 11.5694/mja11.11173
- Santos Garcia, J. B., Fiterman Rodrigues, R., & Fiterman Lima, S. (2014). La estructuración de un servicio de cuidados paliativos en Brasil – Relato de una experiencia. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Edicion En Espanol)*, 64(4), 286–291. Doi: 10.1016/j.bjanes.2013.06.007
- Smith, A. K., McCarthy, E., Weber, E., Cenzer, I. S., Boscardin, J., Fisher, J., & Covinsky, K. (2012). Half Of Older Americans Seen In Emergency Department In Last Month Of Life; Most Admitted To Hospital, And Many Die There. *Health Affairs*, 31(6), 1277–1285. Doi: 10.1377/hlthaff.2011.0922
- Sub Gerencia de Estadística. (2016). ESSALUD en cifras. Cifras definitivas de diciembre 2015. Prestaciones y recursos de salud por redes y establecimientos de salud. Retrieved from <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
- Torres, L., Arteaga, L., Gordillo, V., Méndez, S., & Flores, J. (2010). Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos. México, Secretaria de Salud. Retrieved from <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Van Tricht, M., Riochet, D., Batard, E., Martinage, A., Montassier, E., Potel, G., & Le Conte, P. (2012). Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 29(10), 795–7. Doi: 10.1136/emered-2011-200513
- Vásquez Alva, R., Amado Tineo, J., Ramírez Calderón, F., Velásquez Velásquez, R., & Huari Pastrana, R. (2016). Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *Anales de La Facultad de Medicina*, 77(4), 379. Doi: 10.15381/anales.v77i4.12654

- Walsh, R. I., Mitchell, G., Francis, L., & van Driel, M. L. (2015). What Diagnostic Tools Exist for the Early Identification of Palliative Care Patients in General Practice? A systematic review. *Journal of Palliative Care*, 31(2), 118–23. PMID: 26201214
- Wang, L., Piet, L., Kenworthy, C. M., & Dy, S. M. (2015). Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 32(2), 216–220. Doi: 10.1177/1049909113520067
- Wong, J., Gott, M., Frey, R., & Jull, A. (2014). What is the incidence of patients with palliative care needs presenting to the Emergency Department? A critical review. *Palliative Medicine*, 28(10), 1197–1205. Doi: 10.1177/0269216314543318
- World Health Organization (WHO). (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Geneva, Switzerland. Pp 111.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables del estudio

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	VALORES FINALES	TIPO
Enfermedad en estado terminal	Oncológica	- Cáncer en estadio IV	SI – NO	Nominal
	No oncológica	- Insuficiencia orgánica avanzada: renal, cardíaca, respiratoria, hepática - Enfermedad neurológica avanzada - SIDA o Tuberculosis refractaria	SI – NO	Nominal
Demanda y necesidad de cuidados paliativos	Demanda	Ha solicitado tratamientos paliativos	SI – NO	Nominal
	Necesidad	Requiere actualmente medidas paliativas	SI – NO	Nominal
Sexo			M – F	Nominal
Edad			años	De intervalo
Admisiones a emergencia		Número de admisiones en último año	Número	De intervalo
Día de admisión		Día de la semana		Nominal
Área de admisión		Tópico de ingreso		Nominal
Procedencia		Previo a emergencia		Nominal
Pluripatología		Tres o más enfermedades crónicas	SI – NO	Nominal
Motivo de admisión		Motivo y síntomas al ingreso		Nominal

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Hospital:

Fecha Ingreso: Hora: Tópico de ingreso: N° cama:

Código Identificación: Sexo: Edad:

N° ADMISIONES PREVIAS A SALAS OBSERVACIÓN EMERGENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO: _ _ _

ACEPTA PARTICIPAR EN ESTUDIO: NO SI: PACIENTE CUIDADOR:

MOTIVO DE INGRESO: Dolor Disnea Convulsiones Delirium

Procedencia: Domicilio – Casa de reposo – Clínica – Hospital

CRITERIOS DE ENFERMEDAD EN ESTADO TERMINAL? SI NO

Cáncer avanzado	SI NO	Tipo:	
Enfermedad neurológica	SI NO	Hepatopatía crónica	SI NO
Insuficiencia renal	SI NO	SIDA	SI NO
Insuficiencia cardiaca	SI NO	Insuficiencia Respiratoria	SI NO
TBC MDR	SI NO	Otro:	SI NO

ULCERAS DE DE CÚBITO grado III o IV SI NO

CAQUEXIA SI NO

Comorbilidades: DM2 HTA ECOC ICC Hepatopatía Otros:...

Valoración funcional (Katz) N° Items +: **Independiente Dep Parcial Dep Total**Cuestionario de Pfeiffer. N° de errores: **Normal Deterioro Leve Moderado Importante****DEMANDA Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA:****Quién responde: PACIENTE - CUIDADOR**

Sorpresa si paciente fallece: SI NO

Sabe que son cuidados paliativos: SI NO

Demanda de cuidados paliativos: SI NO

Necesidad de cuidados paliativos: SI NO

USO DE CUIDADOS PALIATIVOS:

Reciben cuidados paliativos: SI NO Síntomas controlados: SI NO

Tipo de cuidados recibidos: Para el dolor – Sedación – Psicológico – Espiritual – Otro:

Tiene cuidador NO SI: Permanente – Parcial

Quién: Familiar – Contratado

Anexo 3: Encuesta estructurada sobre necesidad y demanda de cuidados paliativos

DEMANDA Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA:

¿Quién responde?

PACIENTE – CUIDADOR

Fecha y hora:

Entrevistador:

¿Le sorprendería que el paciente muriese o falleciera? SI NO

¿Sabe que son cuidados o tratamientos paliativos? SI NO

¿El paciente o su cuidador principal **han solicitado**, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort en forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos con finalidad curativa? SI NO

¿Considera que usted o su paciente **requieren actualmente** medidas paliativas o tratamientos paliativos? SI NO

USO DE CUIDADOS PALIATIVOS:

El paciente reciben algún tipo de cuidados paliativos: SI NO

Qué Tipo de cuidados paliativos recibe:

Para el dolor – Sedación – Psicológico – Espiritual – Otro:

Los síntomas del paciente están controlados: SI NO

El paciente tiene alguna persona que lo cuida (cuidador)

NO

SI: Es Permanente o a tiempo Parcial

Quiénes el cuidador: Familiar – Contratado

Anexo 4: Criterios diagnóstico de enfermedad en fase terminal
(Babarro et al., 2010; George et al., 2016; González et al., 2008; Maas et al., 2013; Walsh et al., 2015)

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO:

- Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable; con diagnóstico histológico demostrado (estadio IV).
- Metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO: Presenta alguna(s) de la(s) siguientes insuficiencias o fallas orgánicas crónicas no reversibles:

- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 20%
- Insuficiencia respiratoria con oxigenoterapia domiciliaria continua
- Insuficiencia renal en estadio 4 o 5 (tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min según la fórmula de Cockcroft-Gault), o creatininemias basales \geq 3 mg/dl en pacientes NO CANDIDATOS a tratamiento sustitutivo (diálisis) o trasplante
- Insuficiencia hepática con hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular grave (estadio C según escala de Child-Pugh)
- Enfermedad neurológica avanzada (demencia, enfermedad cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple o Parkinson) con deterioro cognitivo establecido (E. Pfeiffer con más de 7 errores) y/o deterioro funcional para las ABVD[&] establecido (Dependencia total según test de Katz)
- Infección por Virus de la inmunodeficiencia humana en estadio SIDA refractaria a tratamiento antirretroviral de gran actividad
- Tuberculosis multidrogoresistente refractaria a todos los fármacos de primera y segunda línea

& ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

Anexo 5: Escala o clasificación de Child-Pugh para evaluar enfermedad hepática crónica

Medición	1 punto	2 puntos	3 puntos	Unidades
1. Bilirrubina (total)	<2	2-3	>3	mg/dl
2. Albúmina sérica	>3.5	2.8-3.5	<2.8	g/l
3. INR* o Tiempo de protrombina	<1.7 >60	1.7-2.3 40-60	>2.3 <40	%
4. Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-Severa (Refractaria)	
5. Encefalopatía hepática	Ausente	Grado I-II	Grado III-IV	

*INR: Cociente internacional normalizado

Interpretación del pronóstico:

Puntos	Clase	Supervivencia al cabo de 1 año
5-6	A	100%
7-9	B	81%
10-15	C	45%

FUENTE: Campos et al. Puntuaciones de pronóstico de la cirrosis. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(7):439-46

Anexo 6: Índice de katz para evaluar capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria

KATZ		
INDICE DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA		
Actividades	Independiente	Dependiente
Lavarse	No recibe ayuda , Entra sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse). Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas).	Recibe ayuda para más de una parte de su cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño.
Vestirse	Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda . Sólo necesita que le aten los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela o permanece sin vestirse del todo.
Ir al Servicio higiénico	Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o sillas de rueda. Si usa orinal de noche lo vacía por la mañana).	Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche. No va al retrete.
Movilizarse	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador). Se sienta y se levanta de una silla solo.	Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse. No se levanta de la cama.
Continencia	Controla completamente ambos esfínteres (micción y defecación).	Incontinencia total o parcial. Necesita supervisión, sonda vesical, enemas o es incontinente.
Alimentarse	Come sin ayuda . Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan.	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o EV.
<p>Valoración:</p> <p>INDEPENDIENTE: ningún ítem positivo para dependencia.</p> <p>DEPENDIENTE PARCIAL: de 1 a 5 ítems positivos para dependencia.</p> <p>DEPENDIENTE TOTAL: 6 ítems positivos de dependencia.</p>		

FUENTE: Varela LF. Simposio: Valoración geriátrica integral. Diagnóstico 2003;42(2).

**Anexo 7: Cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer
Versión española O Short Portable Mental Status
Questionnaire (SPMSQ-VE) (38)**

1. ¿Qué día es hoy? (Día del mes, mes, año)
 2. ¿Qué día de la semana es hoy?
 3. ¿Dónde estamos ahora?
 4. ¿Cuál es su número de teléfono? o...
¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)
 5. ¿Cuántos años tiene?
 6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
 7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
 8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
 9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?
 10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0
- Puntuación Total.....

Interpretación:

Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.

Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

Normal = 0 – 2 errores.

Deterioro cognitivo leve = 3 – 4 errores.

Deterioro cognitivo moderado = 5 – 7 errores.

Deterioro cognitivo importante = 8 – 10 errores.

FUENTE: Martinez et al. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.

Anexo 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con Documento de Identidad N° _____ He sido informado del estudio: “**Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016**”, cuyos objetivos específicos son:

1. Determinar la proporción de pacientes con más de una admisión a sala de observación de emergencia en el último año
2. Identificar la condición de enfermedad en estado terminal en pacientes readmitidos a servicios de emergencia
3. Describir la necesidad de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia con enfermedad en estado terminal.

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio y he recibido respuestas satisfactorias. También he sido informado, de forma clara, precisa y suficiente, que los datos proporcionados son estrictamente confidenciales (codificando mis datos personales para no ser identificado), solo serán utilizados para el presente estudio y NO serán empleados para influenciar negativamente mi atención o tratamiento en ningún establecimiento de salud.

Entiendo que la participación es voluntaria y puedo negarme a participar en el estudio cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones y sin que ello afecte a MIS cuidados médicos. Por lo expuesto anteriormente **DOY MI CONSENTIMIENTO** sólo para que se tome los datos necesarios en la presente investigación y sean utilizados exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstos, parcial o totalmente, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Al firmar o aceptar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Fecha:

Firma: _____

Nombre del paciente o cuidador colaborador:

N° DNI

Investigador: José Percy Amado Tineo

Médico Internista. CMP 38142 – RNE 19006

DNI N° 16782907. Telefono 990452547. Email. jpamadot@hotmail.com

Tesis para obtener el Grado de Doctor en Medicina

Universidad Nacional Mayor de San Marcos