

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE  
PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS DEL  
CENTRO MÉDICO NAVAL ENTRE 2018 Y 2020**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GERARDO ANDRÉ MONTOYA ORTIZ DE ORUÉ

ASESOR

MOISÉS APOLAYA SEGURA

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE  
PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS DEL CENTRO  
MÉDICO NAVAL ENTRE 2018 Y 2020**

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

**PRESENTADO POR:  
GERARDO ANDRÉ MONTOYA ORTIZ DE ORUÉ**

**ASESOR:  
DR. MOISÉS APOLAYA SEGURA**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

### **Presidente del jurado**

DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA

### **Miembro del jurado**

DR. RISOF ROLLAND SOLIS CÓNDROR

### **Miembro del jurado**

DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERÓN

**Dedicatoria:**

A mis padres por haberme apoyado incondicionalmente durante mi formación  
como profesional.

A mi abuela Luz Aliaga Charún, quien no se encuentra físicamente conmigo

## **Agradecimientos:**

A Dios, por haberme otorgado paciencia y sabiduría lo largo del presente  
proyecto.

A todas las personas con quien cruce caminos y fueron parte de mi formación  
académica.

## INDICE

PORTADA.....	i
JURADO.....	ii
INDICE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	9
I. MATERIALES Y METODO.....	11
II. RESULTADOS.....	16
III. DISCUSION.....	21
IV. CONCLUSIONES.....	25
V. RECOMENDACIONES.....	26
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	27
ANEXOS.....	30

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes terminales en la unidad de cuidados paliativos geriátricos del Centro Médico Naval entre los años 2018 y 2020.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

**Resultados:** La mediana de la edad fue 84 años, el sexo predominante fue el masculino 55.56% (N=30) y el lugar de procedencia con mayor prevalencia fue la consulta externa 35.19% (N=19). El 70.37% (N=38) de la muestra padeció algún tipo de cáncer, mientras que el 28.63% (N=16) presentó alguna enfermedad no oncológica, los signos y síntomas más frecuentes fueron la anorexia, con un 66.67% (N=36), la debilidad y encefalopatía ambos con un 50% (N=27).

Las enfermedades de base más prevalentes fueron la demencia con un 16.67% (N=9) y el cáncer de estómago con un 11.11% (N=6). Finalmente, las comorbilidades fueron hipertensión arterial con un 42,59% (N=23), diabetes mellitus II con un 24,07% (N=13) y enfermedad renal crónica con 18,52% (N=10).

**Conclusiones:** Los pacientes fueron en su mayoría del sexo masculino, el principal motivo de ingreso hospitalario fue el infeccioso, predominaron las enfermedades oncológicas, dentro de las cuales tenemos al cáncer de estómago, el síntoma más frecuente fue la anorexia y la comorbilidad con mayor prevalencia fue la hipertensión arterial.

**Palabras clave:** Adulto mayor; Enfermedad terminal; Cuidados paliativos; Comorbilidades.

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the sociodemographic and clinical characteristics of terminal patients in the geriatric palliative care unit of the Naval Medical Center, between 2018 and 2020.

**Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study.

**Results:** The median age was 84 years, the predominant sex was male 55.56% (N=30) and the place of origin with the highest prevalence was the external consultation 38.83% (N=19). The 70.37% (N=38) of the sample had some type of cancer, while 28.63% (N=16) had some non-oncological disease.

The most frequent signs and symptoms were anorexia with 64.94% (N=36), weakness and encephalopathy both with 50% (N=27). The most prevalent baseline diagnoses were dementia with 16.67% (N=9) and stomach cancer with 11.11% (N=6).

Finally, the comorbidities were arterial hypertension with 42.59% (N=23), diabetes mellitus II with 24.07% (N=13) and chronic renal disease with 18.52% (N=10).

**Conclusions:** the patients were mostly male, the main reason for hospital admission was the infectious, oncological diseases predominated, within which we have stomach cancer and the most frequent symptom was anorexia

**Key words:** Older adult; Terminal illness; Palliative Care; Comorbidities

NOMBRE DEL TRABAJO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN LA UNIDAD

AUTOR

GERARDO ANDRÉ MONTOYA ORTIZ DE

RECuento DE PALABRAS

5452 Words

RECuento DE CARACTERES

31370 Characters

RECuento DE PÁGINAS

34 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

113.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 9:39 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 9:39 PM GMT-5

● 16% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 16% Base de datos de Internet
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

  
 M. C. Moisés Alexander Apolaya Segura  
 ASESOR  
 ORCID 0000-0001-5660-9998

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el mundo se encuentra por un proceso de transición demográfica, con una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad (1,2). El resultado de este proceso conlleva al aumento de la esperanza de vida mayor a los 65 años, y el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a crónicas no transmisibles. Según la Organización Mundial de la salud, este proceso se acentuó en el continente europeo y américa del norte. (3)

Las enfermedades terminales son patologías que no tienen un tratamiento definitivo, provocan un sufrimiento al paciente y a los que lo rodean, para finalmente terminar en su deceso. Para brindar un adecuado tratamiento a estos individuos, nacen los cuidados paliativos, pero no todos pueden gozar de esta atención. Es una atención especializada para optimizar la calidad de vida, minimizar el sufrimiento de la persona y allegados cercanos compuesto por un equipo multidisciplinario (un médico, enfermero, nutricionista, trabajador social y un químico farmacéutico). Comprende diferentes grados de complejidad desde el primer, segundo y tercer nivel de atención, siendo estos 2 últimos los encargados de brindar una atención verdaderamente especializada en los enfermos. (4)

A nivel global, más de cuarenta millones de personas no pueden acceder a los servicios de cuidados paliativos por diferentes causas, tales como: bajo nivel socioeconómico, falta de conocimiento y desarrollo del mismo, ausencia de formación del personal de salud, medicamentos, implementos, entre otros aspectos. La necesidad de un buen sistema de cuidados paliativos seguirá en aumento a medida que la población adulta mayor y las enfermedades crónicas no transmisibles se

incrementen con el pasar de los años (5). En el Perú, el marco normativo, la gestión de servicios y la capacitación de los recursos humanos son pobres, lo que dificulta el reconocimiento de los pacientes y la necesidad de una atención especializada como son los cuidados paliativos. (6)

Debido a lo expuesto, el conocimiento del estado de las personas con enfermedades terminales como clínicas, influidas por aspectos familiares, emocionales, económicos, espirituales y sociales es vital para brindar una atención de calidad que pueda satisfacer no solo las necesidades del individuo, sino de las personas que están alrededor, quienes pasan por todo el proceso hasta la inevitable muerte de un ser querido.

Por lo tanto, el objetivo principal del estudio es describir las características clínicas y sociodemográficas en pacientes con enfermedades terminales de la unidad de cuidados paliativos geriátricos del Centro Médico Naval, entre los años 2018 y 2020.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

### **2.1 Tipo y diseño de la investigación**

Fue observacional debido a que se limitó a la medición de las variables sin ningún tipo de manipulación o interferencia del entorno; descriptivo, debido a que solo se describieron las características de la población; transversal porque las mediciones de las variables del estudio se realizaron en un solo momento; retrospectivo porque el efecto o enfermedad a investigar ya se ha suscitado y se retrocede en el tiempo para describir a la población.

### **2.2 Población de estudio, tamaño de la muestra y muestreo**

Los datos del presente estudio provinieron de una base de datos que contó con información de pacientes adultos mayores con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas atendidos por el servicio de geriatría, y que finalmente requirieron la atención especializada de la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro Medico Naval entre los años 2018 y 2020.

La muestra analizó de forma secundaria una base de datos conformada por 57 pacientes geriátricos con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas, que fueron atendidos por el servicio de geriatría y finalmente por la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro Medico Naval entre los años 2018 y 2020. Finalmente, solo 54 personas cumplieron con los criterios de inclusión en la presente investigación.

El muestreo no fue aplicado debido a la naturaleza del estudio, siendo no probabilístico por conveniencia.

### **2.4 Criterios de Inclusión y exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes adultos mayores de 60 años.
- Pacientes con enfermedades terminales oncológicas o no oncológicas.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría del Centro Médico Naval durante los años 2018 y 2020.
- Pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro Médico Naval durante los años 2018 y 2020.

### **Criterios de exclusión**

- Datos incompletos de las características sociodemográficas (edad, sexo y lugar procedencia).
- Datos incompletos de las características clínicas como el diagnóstico de terminalidad, motivo de ingreso hospitalario, momento de ingreso a cuidados paliativos y los síntomas (náuseas, vomito, anorexia, debilidad, disnea, tos, secreciones respiratorias, dolor visceral, dolor somático, dolor mixto, encefalopatía, convulsión, fiebre, constipación y sangrado).

### **2.5 Procedimiento de recolección de datos**

El servicio de geriatría del Centro Médico Naval elaboró una historia clínica para recabar información sobre los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos geriátricos entre los años 2018 y 2020. A partir de este insumo preliminar que consta de cuatro partes, los médicos del servicio geriátrico elaboraron una base de datos con la mayor cantidad de información recabada. Finalmente, se analizó de forma secundaria la información para la presente investigación.

## **2.6 Instrumento de recolección de datos**

El servicio de geriatría del Centro Médico Naval realizó su propia historia clínica de cuidados paliativos para sus cumplir sus objetivos.

En la primera parte, datos de filiación, se consideró: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, grado de relación con el familiar de la marina, grado de instrucción (analfabeto, primaria, secundaria, técnico superior o superior), lugar de procedencia, servicio de procedencia (emergencia, especialidad, nivel de asistencia geriátrica), dirección, nombre del cuidador, teléfono, religión (ninguna, católico, cristiano, mormón, judío, testigo de Jehová u otro), cuidador (ninguno, pareja, hijo/a, hermano/a, amigo/a), estado civil (casado, soltero conviviente, padre/madre, viudo, divorciado u otro) y ocupación (retiro, actividad, retirado/empleador, retirado/independiente u otro).

La segunda parte señala los criterios de enfermedad avanzada y terminal: no oncológica (Establezca estadío: ejm. NYHA, GDS, Hoen and Yhar, MDR, XDR, etc) y fecha de diagnóstico aproximado (mes y año), oncológico u oncológico hematología (estadío TNM), anatomía patología (fecha), tratamiento onco-específico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia terapia no convencional u otros).

En la tercera parte, se encontraron los antecedentes como las comorbilidades (IMA, ICC, SIDA, DM tipo 2, hemiplejia, patología renal, neoplasias, leucemias, linfoma maligno, metástasis sólida, enfermedad vascular periférica, enfermedad pulmonar crónica), medicación habitual (fármaco, dosis, frecuencia), reacciones adversas a medicamentos, alergias, hábitos tóxicos y decisiones anticipadas.

En la cuarta y última parte se consigna la enfermedad actual que consta de: funciones vitales (PA, FC, FR, T°, Sat%O2 y dolor), tiempo de enfermedad, inicio, curso, relato cronológico, funciones biológicas (apetito, orina, deposiciones, sueño), valoración integral geriátrica, se utilizó el índice de Barthel para evaluar las actividades básicas de la vida diaria, índice de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria, versión peruana del Minimental Test, Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Escala de valoración socio familiar de Gijón, escala de estado funcional en cáncer (PPS), índice de pronóstico paliativo (PPI) y de supervivencia (PAP score), examen físico (aparatos y sistemas), síntomas ESAS-r(es), WHOQoL-Old, diagnóstico geriátrico e intervenciones médicas y de enfermería.

## **2.7 Procesamiento y análisis de datos**

Se realizó un análisis secundario de la presente base de datos, se procedió a realizar la limpieza y extracción de las variables de interés para el estudio en el programa Microsoft Excel 2015. Posteriormente, se utilizó el programa SSPS V25.0 (Producto de Estadística y Solución de Servicio), siendo este un programa empleado para la compilación y el análisis de datos para crear tablas y gráficos. Una vez conseguida la base de datos, se procedió a registrar toda la información en la aplicación de SSPS para poder realizar las tablas de interés en la investigación.

En el análisis descriptivo de la muestra, la variable cuantitativa continua se mostró mediante la mediana como medida de tendencia central y rango como medida de dispersión, debido a que presentó una distribución anormal y fue corroborada con la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p < 0.05$ ). Las variables cualitativas fueron mostradas mediante frecuencias y porcentajes.

## **2.8 Aspectos éticos**

Los datos obtenidos mediante el análisis secundario de la base de datos no serán divulgados de forma inescrupulosa. No se tuvo contacto con las historias clínicas o pacientes durante la investigación.

Se trabajó solo con la información necesaria para cumplir con los objetivos del estudio. Nos comprometimos a la total confidencialidad, anonimato y desvinculación de los pacientes al estudio, para no afectar la integridad de la persona.

El estudio contó con la aprobación del autor de la base de datos del servicio de geriatría para poder realizar el análisis correspondiente, así como la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres.

## RESULTADOS

Según los resultados obtenidos en los pacientes adultos mayores con enfermedades terminales que fueron atendidos en la unidad de cuidados paliativos (UCP) del Centro Medico Naval entre los años 2018 y 2020, se hizo un análisis secundario de una base de datos de 57 pacientes de la UCP, de los cuales se excluyeron a 3 personas debido a que no cumplían con los criterios de inclusión.

Dentro de las características sociodemográficas se pudo encontrar que la mediana de la edad fue 84 años y el rango de 45, siendo la persona con menor edad 61 años y la de mayor edad 105 años. El sexo predominante fue el masculino con un 55.56% (N=30) y los 3 lugares de procedencia de mayor prevalencia fueron en primer lugar por consultorio externo 35.19% (N=19), en segundo lugar, por emergencia 27.78% (N=15) y finalmente, el no conocido 24.07% (N=13).

En cuanto a las características clínicas, el motivo de ingreso al establecimiento de salud más frecuente fue por un proceso de origen infeccioso con un 53.70% (N=29), seguido de la descompensación oncológica 29.63% (N=16), ocasionada por complicaciones propias del cáncer con o sin propagación a distancia con afectación de un órgano, aparato o sistema. Por último, la descompensación de una enfermedad no oncológica con un 16.67% (N=9), que no comprende pacientes con cáncer o las alteraciones ocasionadas por cuadros infecciosos, teniendo por ejemplo la descompensación de una insuficiencia cardiaca con un edema agudo de pulmón, edema generalizado, ingurgitación yugular, etc.

El 57.41% (N=31) de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados paliativos fue al momento del ingreso en el primer contacto con el establecimiento de salud. En cambio, el 42.59% (N=23) ingresaron a los cuidados especializados luego de haber sido hospitalizados, esto quiere decir que en el transcurso de su estancia hospitalaria adquirieron características para requerir cuidados paliativos.

**Tabla N°1. Características sociodemográficas de pacientes con enfermedades terminales en la unidad de cuidados paliativos geriátricos del Centro Médico Naval entre 2018 y 2020**

<b>Variable</b>	<b>Valor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	Años (Mediana, Rango)	84*	45*
<b>Sexo</b>	Masculino	30	55.56%
	Femenino	24	44.44%
<b>Lugar de procedencia</b>	Consultorio externo	19	35.19%
	Emergencia	15	27.78%
	No conocido	13	24.07%
	Visita domiciliaria	6	11.11%
	Clínica de día	1	1.85%
<b>Motivo de ingreso hospitalario</b>	Infecioso	29	53.70%
	Descompensación oncológica	16	29.63%
	Descompensación no oncológica	9	16.67%
<b>Momento de ingreso a cuidados paliativo</b>	Al momento del ingreso	31	57.41%
	Después de hospitalización	23	42.59%

\*La edad en años es mostrada por la mediana y el rango, por presentar una distribución anormal según la prueba de prueba Kolmogorov-Smirnov ( $p < 0.05$ ).

**Tabla N°2. Características clínicas de pacientes con enfermedades terminales en la unidad de cuidados paliativos geriátricos del Centro Médico Naval entre 2018 y 2020**

<b>Variable</b>	<b>Valor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico de base oncológico</b>	Cáncer de estómago	6	11.11%
	Cáncer de colon	5	9.26%
	Cáncer de mama	4	7.41%
	Cáncer hematológico	3	5.56%
	Cáncer de pulmón	3	5.56%
	Cáncer de hígado	3	5.56%
	Cáncer de próstata	3	5.56%
	Cáncer del sistema nervioso central	2	3.70%
	Cáncer de recto	2	3.70%
	Cáncer de piel	1	1.85%
	Cáncer de páncreas	1	1.85%
	Cáncer de vías biliares	1	1.85%
	Cáncer de faringe	1	1.85%
	Cáncer de pleura	1	1.85%
	Cáncer de vejiga	1	1.85%
	Cáncer de cuello uterino	1	1.85%
<b>Diagnóstico de base no oncológico</b>	Demencia	9	16.67%
	Insuficiencia cardiaca congestiva	2	3.70%
	Enfermedad pulmonar intersticial difusa	2	3.70%
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	1.85%
	Cirrosis hepática	1	1.85%
	Fibrosis pulmonar	1	1.85%
<b>Signo o síntoma de ingreso</b>	Anorexia	36	66.67%
	Debilidad	27	50.00%
	Encefalopatía	27	50.00%
	Dolor mixto	23	42.59%
	Disnea	22	40.74%
	Constipación	16	29.63%
	Náuseas/Vómitos	14	25.93%
	Tos	13	24.07%
	Secreciones respiratorias	9	16.67%
	Sangrado	9	16.67%

Secreciones respiratorias	9	16.67%
Sangrado	9	16.67%
Fiebre	8	14.81%
Dolor visceral	7	12.96%
Dolor somático	5	9.26%
Convulsión	3	5.56%

En relación a las enfermedades oncológicas predominó el cáncer de estómago con un 11.11% (N=6), el cáncer de colon con un 9.26% (N=5) y el cáncer de mama 7.41% (N=4).

Por otra parte, los 3 diagnósticos de base no oncológicos con mayor prevalencia fueron la demencia con un 16.67% (N=9), la insuficiencia cardiaca congestiva 3.70% (N=2) y la enfermedad pulmonar intersticial difusa 3.70% (N=2).

Finalmente, los signos y síntomas más destacados fueron: la anorexia con un 66.67% (N=36), la debilidad y encefalopatía con un 50% (N=27). Cabe recalcar que un paciente puede tener  $\geq 1$  signo o síntoma a la vez.

**Tabla N°3. Comorbilidades más prevalentes de pacientes con enfermedades terminales en la unidad de cuidados paliativos geriátricos del Centro Médico Naval entre 2018 y 2020**

<b>Variable</b>	<b>Valor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	Hipertensión arterial	23	42,59%
	Diabetes mellitus II	13	24,07%
	Enfermedad renal crónica	10	18,52%
	Hiperplasia benigna de próstata	9	16.67%
	Anemia	5	9.26%
	Hipotiroidismo	5	9.26%
	Depresión	4	7.41%
	Fibrilación auricular	4	7.41%
	Accidente cerebro vascular isquémico	3	5.56%
<b>Comorbilidades</b>	Infarto al miocardio	3	5.56%
	Insuficiencia cardiaca congestiva	3	5.56%
	Enfermedad vascular periférica	3	5.56%
	Fractura de cadera	2	3.7%
	Úlcera por presión	2	3.7%
	Gastritis crónica	2	3.7%
	Catarata	1	1.85%
	Glaucoma	1	1.85%
	Degeneración macular	1	1.85%
	Asma	1	1.85%

Las 3 comorbilidades más prevalentes fueron la hipertensión arterial con un 42,59% (N=23), la diabetes mellitus II con un 24,07% (N=13) y finalmente, la enfermedad renal crónica con 18,52% (N=10).

## DISCUSIÓN

Las enfermedades en fase terminal son patologías sin un tratamiento curativo, no existe la capacidad de detener la progresión, provoca diferentes signos y/o síntomas (dolor, disnea, anorexia, constipación, incontinencia urinario o fecal, náuseas y vómitos, etc.), son de variable frecuencia e intensidad, provocan sufrimiento físico y psicológico al paciente y a los que los rodean (familiares y/o amigos) y conducen inevitablemente al deceso de la persona en un tiempo variable (generalmente menor a 6 meses).

El presente estudio fue elaborado para describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas de la unidad de cuidados paliativos del Centro Medico Naval entre los años 2018 y 2020.

Respecto a las características sociodemográficas, Pereira (2018), obtuvo una edad media de 81.1 años, lo que difiere del presente trabajo, al haber utilizado como medida de tendencia central a la mediana, obteniendo como resultado la edad de 84 años. Ahora bien, en el presente estudio predominó el sexo masculino sobre el femenino, al compararlo con otras investigaciones como el elaborado por Coutinho (2019), se evidencia la prevalencia de las mujeres. (7)

Bastos et al. (2018), encontró que el 93.7% de su población procedió de los pacientes hospitalizados. En cambio, en el estudio el 35.19% provino por medio del consultorio externo. (8)

En cuanto a las características clínicas, Hansen et al. (2020), reporta que los tres síntomas de ingreso más frecuentes fueron: el dolor, la disnea y el insomnio. Ello difiere del presente estudio, a excepción del dolor siendo el cuarto más común. (9)

Amado et al. (2020), encontró en su investigación que las enfermedades terminales no oncológicas predominaban sobre las oncológicas (10). Cabe mencionar que según el “Plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas” entre los años 2014-2016 las enfermedades no oncológicas prevalecieron sobre las de origen oncológico.

Así mismo, a nivel mundial la Organización Mundial reconoce que las enfermedades crónicas cardiovasculares prevalecen sobre los diferentes tipos de cáncer, más no sobre las pulmonares, el sida o la diabetes; lo cual discrepa de la presente investigación. Van Lancker (2013), encontró que los síntomas más frecuentes en pacientes adultos mayores con cáncer fueron la anorexia, astenia o debilidad y el dolor, lo que concuerda con el presente estudio. La Organización Mundial de la Salud refiere que el dolor es uno de los síntomas con una gran presencia en pacientes con enfermedades terminales. (11)

Según Vitorino (2013), las patologías asociadas (comorbilidades) más frecuentes fueron la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Esto se alinea con la información recolectada, estando presente la hipertensión arterial con un 42.59% de los pacientes del presente estudio. (12)

Los cuidados paliativos brindados a los pacientes del estudio se realizaron dentro de un establecimiento de salud, pero pueden brindarse en el propio domicilio de la

persona o en una casa de reposo, cumpliendo con ciertos requisitos necesarios para brindar de una atención de calidad, por ejemplo: la voluntad de la persona para permanecer en casa, un entorno familiar y social adecuado, solvencia económica, contar un personal de salud que pueda cumplir los cuidados paliativos (manejo y control adecuado de los síntomas) y un sistema de salud en constante comunicación.

Lo anterior señalado brinda diferentes beneficios para el enfermo, como estar en un ambiente conocido y cómodo, pudiendo realizar las actividades de su preferencia dentro de sus capacidades físicas y mentales; para la familia ello constituye una mayor satisfacción y tranquilidad; en cuanto a los servicios de salud, disminuye la estancia hospitalaria y altos costos. Ahora bien, pueden existir inconvenientes, los cuales no presentan los cuidados paliativos hospitalarios, como la falta de experiencia en el manejo y control de los síntomas (principalmente el dolor), comunicación inadecuada entre el paciente y sus familiares o el manejo de una situación que ponga en peligro la vida de la persona (emergencia) (13).

La asistencia que puede brindar un hospital o residencia especializada en los cuidados paliativos debe ser lo indicado, si es que no se cuenta con los criterios previamente mencionados. Muchas familias cambian de opinión sobre lugar de tratamiento del paciente a medida que aparecen problemas con el autocuidado, la falta de independencia, la fatiga, el estrés o ansiedad tanto de los familiares como del que sufre estos males (14).

Entre las limitaciones tenemos en primer lugar al tipo de estudio, siendo descriptivo observacional no se determinó ningún tipo de asociación entre las variables, debido a una muestra muy reducida a consecuencia del aislamiento social obligatorio producido

el 16 de marzo del año 2020 por el Gobierno del Perú, disminuyendo drásticamente la afluencia de pacientes hacia los establecimientos de salud.

La base de datos proporcionada no contaba con los datos sociodemográficos y clínicos completos de todos los pacientes, por lo cual se debieron eliminar algunos de estos. Además, no todas las partes de la historia clínica de cuidados paliativos fueron consignadas en la base de datos, por lo que no se pudo exponer toda la información recabada durante los dos años, utilizando todas las variables sin modificación alguna.

La selección de los pacientes fue por conveniencia debido a que la base de datos solo contaba con 57, por ser un grupo muy especial al haber sido parte de la Marina de Guerra del Perú o familiares del mismo, pueden existir variables no consignadas en la investigación que hallan condicionado el ingreso de estas personas a la unidad de cuidados paliativos. Debido a lo expuesto no se puede cuantificar la representatividad de la muestra y, por ende, extrapolar a la población en general.

La enfermedad terminal es una entidad en descuido por parte del sistema de salud peruano; se necesitan métodos estandarizados para poder identificar y tratar al que lo padece en el momento adecuado. Los médicos peruanos debemos estar en la capacidad de reconocer cualquier nivel de atención y derivar al paciente a algún establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive. Así mismo, no siempre es conveniente centralizar el tratamiento a los hospitales, puesto que existen diversas modalidades del mismo (cuidados en el domicilio, casa de reposo, entre otros).

Finalmente, es indispensable tomar en cuenta y abordar todas las áreas que abarca la enfermedad: físico, psicológico, cultural, ético, legal, psiquiátrico, religioso y social.

## CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas del presente estudio concluyen que el sexo predominante en los pacientes con enfermedades terminales fue el masculino, teniendo como contraste diversos estudios que afirman la prevalencia en mujeres. Los tres lugares de procedencia que predominaron fueron la consulta externa, emergencia y el no conocido. El principal motivo por el cual los pacientes ingresaron al Centro Médico Naval fue por causa infecciosa. Casi todos los participantes padecían algún tipo de enfermedad oncológica y una gran proporción de estos, ingresaron a la unidad de cuidados paliativos en el mismo momento del ingreso hospitalario.

Respecto a las características clínicas, los tres diagnósticos de base oncológicos prevalentes fueron el cáncer de estómago, colon y mama; en cambio, los diagnósticos no oncológicos más prevalentes fueron la demencia, la insuficiencia cardiaca congestiva y la enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Los síntomas más frecuentes de la población con enfermedad terminal fueron la anorexia debilidad y encefalopatía.

Finalmente, las patologías asociadas a la enfermedad terminal más prevalentes fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus II y la enfermedad renal crónica.

## RECOMENDACIONES

Según lo mostrado en el presente estudio, se recomienda ampliar el enfoque de investigación en el ámbito físico, psicológico, cultural, ético, legal, psiquiátrico, religioso y social, a fin de indagar los aspectos positivos y negativos de los cuidados paliativos en el Perú y así poder llevar a cabo un estudio que permita determinar los factores asociados a una atención de calidad en cuidados paliativos.

Se sugiere también tener un mayor control sobre el desencadenante del ingreso de los pacientes a la unidad de cuidados paliativos, sobre todo el de origen infeccioso. Además, aumentar la difusión de medidas de prevención frente a las patologías que se asocian frecuentemente a las enfermedades terminales, por ejemplo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Apoyar a la integración del conocimiento en cuidados paliativos, en la unidad de pregrado y posgrado de las universidades peruanas para la formación de profesionales aptos para tratar a este tipo de pacientes.

Se plantea la creación de un sistema de registro a nivel nacional única y exclusivamente para pacientes que requieran cuidados paliativos, para su seguimiento dentro y fuera del establecimiento de salud.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Naciones Unidas. Envejecimiento. 2019. [Internet]. [Consultado el 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2021. [Internet]. [Consultado el 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. Instituto Nacional de las Personas Mayores. Transición epidemiológica y de salud. 2022. [Internet]. [Consultado el 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/transicion-epidemiologica-y-salud-publica?idiom=es>
4. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021-2023. 2022. [Internet]. [Consultado el 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2049811/Documento%20T%C3%A9cnico.pdf>
5. Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, Perez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. Acta Med Peru. 2019;36(2):134-44. [Internet]. [Consultado el 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/815/374>
6. Organización Mundial de Salud. Cuidados Paliativos. 2020. [Internet]. [Consultado el 22 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

7. Pereira A, Saporetti A, Esper C, et al. Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized elderly to palliative care. Einstein (São Paulo). 2018. 16(1):1-8. [Internet]. [Consultado el 5 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/eins/a/CYcTNDDkX84TLzfKntGyWnD/?lang=pt&format=html>
8. Bastos B, Pereira A, Castro C, et al. Perfil sociodemográfico de pacientes en cuidados paliativos en un hospital referencial de oncológica en el estado de Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Set 11]; 9(2): 31-36. Disponible en: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232018000200031&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000200031&lng=pt).
9. Hansen B, Ross N, Petersen M, et al. Patient-reported symptoms and problems at admission to specialized palliative care improved survival prediction in 30,969 cancer patients: A nationwide register-based study. Sage Journals. 2020. 34(6):795-805. [Internet]. [Consultado el 4 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186244/>
10. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. Horiz. Med. 20(3). 2020. [Internet]. [Consultado el 4 de agosto del 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2020000300011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011)
11. Van Lancker , Anja Velghe, Van Hecke, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. JPSM. 2014. 47(1):90-104. [Internet]. [Consultado el 4 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764109/>

12. Vitorino E, Elena C. Características clínico epidemiológicas del paciente oncológico terminal que recibe cuidados paliativos atendidos en el Hospital Militar Central 2013. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. [Internet]. [Consultado el 05 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1113901?lang=es>
13. Ommen R, Mital S, Burke M, et al. 2020 AHA/ACC Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2020. 76 (25):159-240. [Internet]. [Consultado el 5 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2020.08.045>
14. National Kidney Foundation. La enfermedad renal crónica. [Internet]. [Consultado el 5 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.kidney.org/node/25520>

## ANEXOS

### ANEXO 1 Historia clínica de cuidados paliativos

Fecha de ingreso EFCP:

**I. FILIACION:**

1. Nombre:
2. Fecha de nacimiento:    Edad  Sexo:
- 3.
4. Grado o relación con Marina: Titular:  Familiar:
5. Grado de instrucción: a) Analfabeto  b) Primaria  c) Secundaria  d) Técnica superior  e) Superior
6. Lugar de nacimiento:
7. Lugar de procedencia: EMG:  Especialidad:  Niv. asist ger.:
8. Dirección:
9. Nombre de cuidador:  Teléfono:

10. Religión	
Ninguna	<input type="checkbox"/>
Católico	<input type="checkbox"/>
Cristiano	<input type="checkbox"/>
Mormón	<input type="checkbox"/>
Judío	<input type="checkbox"/>
Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="text"/>

11. Cuidador	
Ninguno	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>
Hijo/a	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>
Amigo/a	<input type="checkbox"/>
Nombre y teléfono:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Estado civil	
Casado	<input type="checkbox"/>
Soltero	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>
Padre/madre	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="text"/>

13. Ocupación	
Retiro	<input type="checkbox"/>
Actividad	<input type="checkbox"/>
Ret/empleado	<input type="checkbox"/>
Ret/independiente	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="text"/>

**II. CRITERIOS DE ENFERMEDAD AVANZAD Y TERMINAL:**

1. No oncológica: (Establezca estadio: ejm. NYHA, GDS, Hoen and Yhar, MDR, XDR etc) y fecha de dx. aproximado (mes y año).

2. Oncológico u onco hematológico: Estadio TNM

3. Anatomía patológica: fecha

4. Tratamiento onco específico:

Cirugía		En evaluación	
Quimioterapia		Se realizó	
Radioterapia		En curso	
Hormonoterapia		Se iniciará	
Terapia no convencional		Se suspendió	
Otros		No se inició ni se iniciará:	

Nombre del quimioterapia:	Terapia biológica	Inmunoterapia
Efectos adversos:		

III. ANTECEDENTES:

1. Comorbilidades:

Infarto de miocardio		Diabetes Mellitus 2	
Insuficiencia cardiaca		Diabetes Mellitus 2 con lesión orgánica	
Enfermedad vascular periférica		Hemiplejía	
Enfermedad pulmonar crónica		Patología renal moderada o grave	
Patología del tejido conectivo		Neoplasias	
Enfermedad ulcerosa		Leucemias	
Patología hepática ligera		Linfoma malignos	
Patología hepática mod-grave		Metástasis sólida	
		SIDA	

2. Medicación habitual:

Fármaco	Dosis	Frecuencia

3. Reacción adversa a medicamentos:

4. Alergias:

5 Hábitos tóxicos:

6. Decisiones anticipadas:

--

**IV. ENFERMEDAD/EPISODIO ACTUAL:**

1. Funciones vitales:

PA	FC	FR	To	Sat. O2	Dolor *

Agudo  Crónico  Somático  Visceral  Neuropático  Mixto

\*PAINAD (si demencia moderada - severa)

TE:                      Forma de inicio:                      Curso:

1. Relato:

2. Funciones biológicas.

Apetito:	
Orina:	
Deposición:	
Sueño:	

3. Valoración geriátrica integral:

	Basal (hace 2 meses)	actual	Observaciones
BARTHEL:			
LAWTON:			
MMSE			
YESAVAGE			
GIJON			
MNA			
ALBUMINA			
KARNOFSKI			
ECOG			
VES 13			
G8			
PPS			
PPI			
PAP SCORE			
MENTEN			

#### 4. Examen físico:

Piel:	
Ap. Cardiovascular:	
Ap. Respiratorio:	
Abdomen:	
Neurológico:	

#### 5. Síntomas: ESAS-r(es)

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado, triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada intranquilo, ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

#### 6. WHOQoL-Old

7.1 ¿Cómo evaluaría el funcionamiento de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)? 1) Muy mal 2) Mal 3) Ni mal ni bien 4) Bien 5) Muy bien
7.2 ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro? 1) Nada 2) Un poco 3) Lo normal 4) Bastante 5) Extremadamente
7.3 Si mira su vida hacia atrás. ¿Qué tan contento/a está con las cosas que recuerda? 1) Muy descontento 2) Descontento 3) Ni descontento ni contento 4) Contento 5) Muy contento
7.4 ¿En qué grado está satisfecho con su nivel de actividad? 1) Muy insatisfecho 2) Insatisfecho 3) Ni satisfecho ni insatisfecho 4) Satisfecho 5) Muy satisfecho
7.5 ¿Qué tan preocupado/a está sobre la manera en que morirá? 1) Extremadamente 2) Bastante 3) Lo normal 4) Un poco 5) Nada
7.6 ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a? 1) Nada 2) Un poco 3) Moderado 4) Bastante 5) Totalmente

7. Diagnósticos:	8. Síndromes Geriátricos


9. Intervenciones Médicas y de enfermería:

Médicas:	
Enfermería:	