

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**SECCIÓN DE POSGRADO DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes  
readmitidos en emergencia Chimbote, 2021**

Tesis para obtener el Grado de Maestro en Ciencias de la Salud con  
mención en Gestión de los Servicios de Salud

**Autor**

More Valladares, Armando Deivi

**Asesor:**

Sánchez Romero, Víctor Joel

Código ORCID 0000-0001-5056-9244

**Chimbote – Perú**

**2025**

# ÍNDICE DE GENERAL

ÍNDICE DE GENERAL .....	ii
ÍNDICE DE TABLAS .....	iii
PALABRAS CLAVES .....	iv
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD .....	v
TÍTULO .....	vi
Resumen .....	vii
Abstract .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
METODOLOGÍA .....	15
RESULTADOS .....	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	33
CONCLUSIONES .....	35
RECOMENDACIONES .....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
ANEXOS Y APÉNDICES .....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021</i> .....	27
Tabla 2. <i>Necesidad de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.2021</i> .....	28
Tabla 3. <i>Número de readmisiones en el último año en los pacientes con necesidades paliativas en emergencia del Hospital III Chimbote</i> .....	29
Tabla 4. <i>Enfermedad avanzada o terminal en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo. 2021</i> .....	30
Tabla 5. <i>Enfermedad avanzada o terminal predominante en los pacientes readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.2021</i> .....	31
Tabla 6. <i>Tiempo de estancia en emergencia del Hospital III Chimbote en pacientes identificados con necesidades paliativas</i> .....	32

## **Palabras Clave**

cuidados paliativos; servicios de salud; necesidades y demanda de servicios de salud

## **Keywords**

Palliative Care ; Health Services; Health Services Needs and Demand

## **Línea de investigación**

<b>Línea de investigación</b>	Salud Pública y salud ambiental
<b>Área</b>	Ciencias Médicas y de la Salud
<b>Sub área</b>	Ciencias de la salud
<b>Disciplina</b>	Salud pública, salud ambiental

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

### HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en emergencia Chimbote, 2021**" del (a) estudiante: **MORE VALLADARES ARMANDO DEIVI**, identificado(a) con Código N° **0200210942**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **20%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 29 de octubre de 2025

UNIVERSIDAD SAN PEDRO  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN  
VICERRECTOR



**NOTA:** Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

## **TÍTULO**

**Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia de Chimbote, 2021.**

Need and demand for palliative care in patients readmitted to the Chimbote emergency, 2021.

## Resumen

El propósito de la pesquisa fue determinar la necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en el servicio de emergencia. De diseño no experimental descriptivo, donde participaron 96 pacientes según criterios de inclusión, a quienes se les revisó historia clínica y se entrevistó al paciente y/o cuidador a través del instrumento NECPALC COMS-ICO© V4.0. El análisis de los resultados permitió concluir que existe necesidad de cuidados paliativos en más del 75%, quienes son de sexo masculino (51,4%) mayores de 60 años (90,5%) estos últimos presentaron mayor proporción de pérdida funcional, pérdida nutricional y multimortalidad, cabe destacar que solo hubo un caso de adulto joven con indicadores clínicos en declive. Las enfermedades avanzadas en mayor proporción fueron no oncológicas (71,8%) y solo el 28,2% oncológicos, el tiempo de estancia fue mayor a 7 días, y el 50% utilizó los recursos sanitarios entre 4 a 5 veces en el último año. Y, por último, existe una demanda de un 15.9% (74) de cuidados paliativos al mes en el servicio de emergencia.

## **Abstract**

The purpose of the study was to determine the need and demand for palliative care in patients readmitted to the emergency department. It was a descriptive non-experimental design, with the participation of 96 patients according to inclusion criteria, to whom clinical history was reviewed and the patient and/or caregiver was interviewed through the NECPALC COMS-ICO© V4.0 instrument. The analysis of the results led to the conclusion that there is a need for palliative care in more than 75% of the patients, who are male (51.4%) over 60 years of age (90.5%), the latter had a higher proportion of functional loss, nutritional loss and multimortality, it should be noted that there was only one case of young adult with declining clinical indicators. The highest proportion of advanced diseases were non-oncologic (71.8%) and only 28.2% oncologic, the length of stay was greater than 7 days, and 50% used health resources between 4 to 5 times in the last year. And finally, there is a demand of 15.9% (74) for palliative care per month in the emergency department.

## INTRODUCCIÓN

La demanda de cuidados paliativos constituye un reto crucial para la salud pública a nivel global. Se calcula que aproximadamente 40 millones de personas requieren estos servicios, con una distribución por enfermedades que incluye: un 39% relacionado con afecciones cardiovasculares, un 34% a oncológicas, un 10% con neumopatías crónicas, un 6% con VIH/SIDA y un 5% con diabetes. Además, se evidencia que, en países de ingresos bajos y medianos, el 78% de las personas requieren cuidados paliativos, sin embargo, a nivel global, solo el 14% de quienes necesitan esta atención logran acceder a ella (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Un estudio multicentrico en 12 países europeos y no europeos mostró que la proporción de personas que necesitaron cuidados paliativos al final de la vida osciló entre el 38% y 74% existiendo variaciones entre los países, siendo Estados Unidos, Hungría y España quienes presentaron mayor demanda (Morin et al., 2017). En Alemania el 72% de los pacientes manifiestan necesidad insatisfecha de cuidados paliativos (Klietz, et al., 2018).

La revisión bibliográfica afirma que los cuidados paliativos oportunos han mostrado efectos beneficiosos; mejora la calidad de vida (Zimmermann, Swami, & Krzyzanowska, 2014) y la autonomía del paciente, disminuye las intervenciones inútiles (Mack, Cronin, & Keating, 2012) y abarata los costos. A pesar de los beneficios los cuidados paliativos a menudo todavía se limitan a la atención terminal en pacientes con cáncer avanzado (Hackett, Bekker, & Bennett, 2018) (Ermer, Kuip, & Veldhoven, 2021).

A pesar de su relevancia, la medicina paliativa bien desarrollada parece estar disponible solo en países donde la atención básica de la salud está bien establecida. Mientras que en los países de bajos y medianos donde la atención básica de la salud está menos desarrollada más del 80% de los pacientes necesitan de manera urgente cuidados paliativos (Knaul, Bhadelia, Rodríguez, Arreola-Ornelas, & Zimmermann, 2018). Desafortunadamente, aproximadamente el 80% de los cánceres recién descubiertos ya no son curables en el momento del diagnóstico y el acceder a los

cuidados paliativos y al alivio del dolor basado en medicamentos es extremadamente limitado (Willemijn, Stan, & Schelto, 2020)

Se estima que 20 millones de personas de países de ingresos bajos y medianos mueren cada año con un dolor intenso que podría haberse aliviado con morfina. Y otros 28 millones de pacientes que no murieron, la morfina para combatir el dolor severo no fue accesible. Solo el 3,6% de los analgésicos opioides están disponibles y solo el 0,03% en los países de bajos ingresos (Knaul, Bhadelia, Rodríguez, Arreola-Ornelas, & Zimmermann, 2018).

Los cuidados paliativos comúnmente se malinterpretan como solo relevantes para las personas que están muriendo. Sin embargo, el alivio del sufrimiento, mediante la provisión de atención integral y compasiva, es un componente esencial como la atención para todos aquellos pacientes con enfermedades potencialmente mortales. (Ting, Edmonds, Higginson, & Sleeman, 2020).

En una etapa avanzada, los pacientes con malignidades y enfermedades crónicas no solo experimentan con diversos problemas físicos, pero también psicosociales y problemas espirituales que afectan su calidad de vida. Por lo tanto, la atención a pacientes con etapa terminal de la enfermedad no solo tiene como objetivo el control de los síntomas, sino también el apoyo psicológico, social y necesidades espirituales; idealmente debe realizarse con un enfoque interdisciplinario y dado al comienzo de curso de la enfermedad (Arisanti, Hilmanto, Setiawati, & Pandia, 2018).

Gómez-Batiste et al., (2018) señalaron que los cuidados paliativos deben aplicarse precozmente a todo tipo de pacientes crónicos avanzados y limitado pronóstico de vida, presentes en los diversos ámbitos de atención sanitaria y social. La identificación y el registro precoces de los pacientes permite la introducción progresiva de cuidados paliativos concomitantes con otras medidas. Los pacientes se someten a un proceso de atención sistemático e integrado, destinado a mejorar su calidad de vida, que incluye la evaluación multidimensional de sus necesidades, el reconocimiento de sus valores y preferencias para fines de una anticipada planificación de la atención, revisión de tratamientos, atención familiar y manejo de casos (Gómez-Batiste, y otros, 2018).

Las personas con enfermedades crónicas incurables y progresivas, tanto oncológicas como no oncológicas, y con una expectativa de vida limitada, a menudo no se benefician de los tratamientos terapéuticos con enfoque al restablecimiento de la salud: En muchos casos, no solo resultan ineficaces, sino que extiende y agravan el sufrimiento del paciente y consumen recursos costosos y limitados. Entre las diversas patologías crónicas degenerativas destacan los cánceres en etapas avanzadas, la EPOC, la demencia, la insuficiencia renal o hepática, la insuficiencia cardíaca, las afecciones neurológicas, el Parkinson, la esclerosis múltiple y la esclerótica (OMS como se citó en Amado et al., 2019).

En la Red Asistencial Ancash –EsSalud, La población adulta mayor representa el 17% (38310) de la población asegurada (224855), así también desde las atenciones en los últimos 3 años en consulta externa realizadas en el Hospital III Chimbote, fueron predominantemente por la población mayor de 60 años (38.11%), seguida de la población de 27 a 59 años (31.45%), En el año 2018, hasta setiembre del 2018, el Hospital III Chimbote ha reportado 516 casos de muerte en el Hospital y de estas 86, 62% correspondieron a las edades de 60 años a más. De las muertes ocurridas en el Hospital el 88% fueron adultos mayores y de estos el 61-5% falleció en el servicio de emergencia, el 23.23% en el servicio de Medicina y el 7.3% fallece en la unidad de cuidados intensivos, el 5.81% fallece en domicilio atendidos por el programa PADOMI. (División de Inteligencia Sanitaria. Red Asistencial Ancash).

Los datos antes mencionados, indica que la población adulta mayor fallece en la emergencia del hospital. No existe en este hospital unidades o programas de cuidados paliativos, tampoco existen instrumentos para poder diferenciar si estas muertes en adultos mayores corresponden a pacientes paliativos y/o terminales, por lo que es necesidad poder determinarlos, para presentarlos a la gestión y puedan tomar mejores decisiones para mejorar la atención de estos pacientes y sus familiares.

Los estudios relacionados con las variables de estudios muestran la necesidad creciente de cuidados paliativos, tal como lo manifiesta Torquato et al en Brasil quienes publicaron en el 2022, un estudio que tuvieron como resultado que la edad media fue de 78.5 años, el 61.4% fue de sexo femenino, el 44.58% había buscado atención de emergencia en el último mes, el 31% de los pacientes tuvieron una enfermedad oncológica y el 68.6% no oncológica (Torquato ACCS, 2022).

Así también Juliá-Mora et al, llevó a cabo un estudio dirigido a identificar las necesidades de cuidados paliativos en pacientes hospitalizados. El objetivo principal fue determinar la prevalencia de estas necesidades y explorar el perfil clínico de los sujetos evaluados. Los hallazgos indicaron que el 44,5% de los pacientes eran mujeres, con una edad promedio de 68 años. Asimismo, el 29,4% respondió de manera positiva a la "pregunta sorpresa", mientras que el 33,35% presentaba una enfermedad oncológica, el 28,6% una afección cardíaca y el 19% EPOC (Joana Maria Julià-Móra, 2021).

De igual manera, Gouvea en Brazil, en el 2020 tuvo resultados como resultados en su estudio que el 31,4% eran pacientes potenciales para cuidados paliativos siendo en su mayoría adulto mayores (57,1%), además el cáncer fue la enfermedad de mayor incidencia entre los encuestados. Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores pueden estar desatendidos en cuanto a su derecho a cuidados paliativos y una mejor calidad de muerte (Gouvea, 2020).

De igual forma, Verhoef et al., en el 2020 en su estudio tuvo como resultados que la edad mediana es de 63 años, el 54,6% recibía tratamientos anticancerosos sistémicos. La disnea (21,0%) o el dolor (18,6%) fueron los síntomas más notificados, la mediana de supervivencia fue de 18 días, el 24,8% fallecieron dentro de los 7 días posteriores a la visita a urgencias. Concluyendo que el reconocimiento oportuno de los pacientes con una esperanza de vida limitada y necesidades de cuidados paliativos urgentes, y la conciencia entre el personal de urgencias del potencial de los cuidados paliativos iniciados pueden mejorar la trayectoria de estos pacientes al final de la vida (Verhoef et al.,2020).

Bakan et al., en Turquía publicaron en el 2020 un estudio intitulado “Determinación de las características y resultados de los pacientes en cuidados paliativos ingresados en urgencias”, donde tuvieron como resultados que los pacientes con cáncer eran los usuarios más frecuentes de las instalaciones de emergencia dentro de los grupos de pacientes de cuidados paliativos y más de la mitad de los pacientes hospitalizados fueron ingresados posteriormente en las unidades de cuidados intensivos. El estudio concluye que los pacientes en cuidados paliativos con un estado funcional severamente deteriorado, y que necesitan atención paliativa adicional, deberían tener la oportunidad de pasar sus últimos días en el hogar, acompañados de sus familias. Esta alternativa

resulta más adecuada que permanecer en el ambiente estresante y congestionado de los servicios de urgencias. (Bakan, Ozen, Azak, & Erdur, 2020).

Amado et al., en Perú en su investigación en el año 2020 tuvo como resultado que la edad media fue 77 años, el 59% es de sexo femenino, el 42% tuvo diagnóstico de cáncer, el 23% demencia, el 15% secuela neurológica, el 12% cirrosis hepática. El 27% falleció en la emergencia con un tiempo de estancia de 6 días, el 32% salió de alta y el 42% fue dirigido a otro servicio del mismo hospital, concluyen que, se detecta enfermedad crónica en fase terminal por cada 20 admisiones al departamento de emergencia (más frecuentes son no oncológicos) (Amado-Tineo J, 2020).

Verhoef et al., en Países Bajos publicaron en el 2020 un estudio intitulado “La pregunta sorpresa y el estado de desempeño indican la urgencia de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado en el departamento de emergencias: un estudio de cohorte observacional” el propósito del estudio fue evaluar las características de la prueba de pregunta sorpresa (SQ) y su valor predictivo en pacientes con cáncer avanzado que acuden a urgencias. Concluyeron que, en el servicio de urgencias, el SQ ayuda a identificar a las personas con cáncer avanzado que tienen una esperanza de vida limitada. Su uso apoya el inicio de cuidados paliativos desde la urgencia (Verhoef, y otros, 2020).

Pérez en Brasil publicó en el 2019 un estudio que tuvo como objetivo caracterizar a la población de pacientes geriátricos que ingresan al servicio de urgencia, y tuvieron como resultados una edad promedio de 72 años, el 57.4% fueron mujeres, el tiempo de estancia fue de 22 días, la causa predominante de internamiento fue cardiovascular (36.6%), el 25.6% cáncer (Pérez, 2019).

Di Leo et al., en Italia publicaron en el 2019 un estudio donde se examinó los desafíos en brindar cuidados paliativos en el Departamento de Emergencias desde las perspectivas de los asistentes y los usuarios. Se identificaron cinco temas fundamentales: 1) las prioridades compartidas entre los profesionales de salud y los pacientes en Urgencias, 2) la discrepancia entre la información proporcionada por los profesionales y la que los familiares esperan recibir, 3) la percepción del entorno y la gestión del tiempo, 4) las limitaciones y barreras que afectan la continuidad de la atención, y 5) las diferencias en la interpretación del concepto de ofrecer y recibir cuidados paliativos. Los autores

concluyeron que, los hallazgos de este estudio proporcionan información crucial para orientar las reformas en los servicios de urgencias en Italia. Las áreas clave de mejora incluyen la capacitación de los profesionales en cuidados paliativos, el desarrollo de un modelo de atención compartida para pacientes con necesidades paliativas y la mejora del entorno en los Servicios de Urgencias. Estos objetivos serán fundamentales para la creación de un programa de mejora continua de la calidad en los servicios de emergencia en Italia (Di Leo et al., 2019).

Pepper en España publicó en el 2018 un estudio intitulado “Integración de cuidados paliativos en los servicios de urgencias hospitalarios” El propósito de este análisis fue evaluar la relevancia de integrar los cuidados paliativos (CP) en el servicio de urgencias hospitalarias (SUH). Los resultados evidencian la creciente demanda de cuidados paliativos, especialmente por parte de pacientes en fase terminal. Sin embargo, el diseño arquitectónico, la distribución del personal y la organización laboral no favorecen el ambiente y el enfoque necesario para ofrecer CP de calidad. A pesar de ello, la integración de los cuidados paliativos beneficiaría tanto a los pacientes como a sus familias. Actualmente, existen guías de triaje para la clasificación de pacientes paliativos al momento de su ingreso a urgencias; no obstante, en España aún no se ha definido un protocolo claro para su integración en el SUH. Esta falta de un protocolo adecuado conduce a una atención deficiente para estos pacientes y subraya la necesidad de desarrollar nuevas líneas de investigación en este ámbito (Pepper, 2018).

Amado et al. (2019), en su estudio en Perú tuvo el propósito de este analizar la prevalencia de enfermedades crónicas terminales en pacientes ingresados al servicio de urgencias, identificar los procedimientos invasivos realizados y comparar a los pacientes oncológicos con los no oncológicos. Los resultados mostraron que el 10,7% de los admitidos cumplían con los criterios de enfermedad crónica avanzadas, de los cuales el más del 20% tenían una etiología oncológica y el 78,5% una etiología no oncológica. Se concluyó que aproximadamente la décima parte de los pacientes que ingresan a urgencias en un hospital terciario presentan enfermedades crónicas terminales, siendo predominante la forma no oncológica. Asimismo, se detectó que alrededor de una quinta parte de estos pacientes podrían haber recibido procedimientos invasivos innecesarios

De igual manera, en el 2020 Amado et al., realizó una investigación que tuvo como propósito conocer la proporción de reingresados a urgencias por personas con enfermedad crónica terminal, además de estimar el uso del sistema y la tasa de mortalidad, los resultados obtenidos mostraron que el 26% fueron reingresos; el 36,7% se identificaron con enfermedad terminal, el 62% se identificó como enfermedad terminal no oncológica. La tasa de mortalidad a los seis meses fue de 73 y 61% en pacientes oncológicos y no oncológicos, respectivamente. Concluyendo que, de todos los pacientes reingresados a la emergencia, la enfermedad terminal es frecuente, y de ellas el más frecuente es de tipo no oncológico con alta mortalidad (más elevada en oncológicos) (Amado-Tineo J, 2020).

En el ámbito local no existen estudios relacionados a las variables y tema de investigación.

La presente investigación estudia a los pacientes readmitidos en la emergencia que según su estado de salud y condición clínica necesita ser atendidos no desde un enfoque curativo, sino más bien paliativo. Para lo cual urge conocer el contexto y la necesidad de demanda de dicho tema de estudio en un hospital del seguro social de salud.

Este tema engloba en primera instancia constructos importantes que necesita ser expuestos como los cuidados paliativos y la necesidad y demanda de servicios de salud, los cuales están abordados en modelo de necesidad de servicios de Donabedian basado en la taxonomía de Bradshaw.

El cuidado paliativo (CP) como constructo conceptual y factico ha sido limitado en sus inicios a las personas oncológicas en etapa terminal con el transcurrir de los años este enfoque ha ido cambiando abordando a la población con enfermedades crónicas avanzadas que necesitan paliar su sintomatología de dolor y sufrimiento.

El nuevo concepto de cuidados paliativos apoya la idea de la paliación como un enfoque temprano para los pacientes afectados por una enfermedad discapacitante y limitante que se centra en la calidad de vida del paciente a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Este modelo amplía los campos de intervención. Existe una conciencia creciente de la importancia de los cuidados paliativos no solo en las enfermedades oncológicas sino también en muchas otras ramas de la medicina (Provinciali, Carlini, & Tarquini, 2016).

En la actualidad, los cuidados paliativos se definen actualmente como "atención activa y holística proporcionada a personas de todas las edades que experimentan sufrimiento relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, en particular. Siendo el objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (Organización Mundial de la Salud, 2020) (Silva, Nietzsche, & Cogo, 2021)

El principal objetivo de dicha temática es aliviar el sufrimiento y, en la medida de lo posible, mejorar el bienestar de los pacientes. La atención paliativa para aquellos que la requieren es un derecho reconocido por organismos internacionales. Desarrollar los cuidados paliativos implica un enfoque en las necesidades de las personas al final de la vida, en lugar de priorizar objetivos relacionados con la supervivencia. Es fundamental ofrecer a los pacientes y sus familias los cuidados necesarios, en el momento adecuado, en el lugar adecuado y con los servicios más eficientes, según sus requerimientos específicos (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los cuidados paliativos se refieren al conjunto de intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades que no responden a tratamientos curativos. Estas patologías, en su fase final, se caracterizan por complicaciones, sufrimiento y una elevada demanda de atención médica, con pocas opciones terapéuticas que ofrezcan una cura (Amado et al., 2019).

Según la evidencia sanitaria 6 de cada 10 personas fallecidas son atribuibles a enfermedades no transmisibles, en tal sentido, la ocurrencia de muertes por enfermedades crónicas progresivas asciende a un 75%, las cuales se consideran una epidemia del siglo XXI. En este contexto, la OMS recomienda implementar una atención paliativa integral y temprana para personas con todo tipo de enfermedades o condiciones crónicas (Xavier Gómez-Batiste, 2016).

En este contexto, la muerte se entiende como un proceso natural, por lo que el objetivo es preservar la calidad de vida durante sus últimos momentos. Además, la atención paliativa no se limita al paciente, sino que involucra también a la familia en su conjunto. Los cuidados paliativos están explícitamente reconocidos como parte del derecho humano a la salud y deben brindarse mediante servicios de salud integrados, centrados en la persona, que responden de manera específica a las necesidades y preferencias individuales. (OMS, 2020).

La necesidad y demanda de servicios de salud es un constructo complejo debido a las distintas perspectivas. Tanto la “necesidad” y la “demanda” tienen una conexión íntima. Tanto así, que la demanda se puede definir en términos de necesidades, deseos, estándares de práctica y patrones de utilización. Para el presente estudio estará abordado en las necesidades (Thomas, 2021).

El concepto de demanda de servicios de salud difiere significativamente de la demanda de bienes y servicios generales debido a sus características únicas y factores de influencia. La demanda de servicios de salud depende de las necesidades específicas, las condiciones socioeconómicas, la condición de salud y la complejidad de la prestación de servicios de salud, que no suelen estar presentes en la demanda de otros bienes (Mwabu, 2023).

A pesar de que la demanda estará abordada en necesidades, es necesario conocer la definición del término, Gómez y Ramírez, como citado por Contreras (2015) señala que la demanda es el servicio de salud que el paciente está dispuesto a adquirir según sus necesidades y estado de salud percibido durante un periodo.

Del mismo modo, Bitran citado por Ruiz (2018) señala que la demanda es la cantidad asistencia sanitaria profesional que un individuo está dispuesto a percibir en un periodo de tiempo determinado para satisfacer sus necesidades sanitarias, con el fin de prevenir, tratar o rehabilitar una situación de salud que haya alterado su bienestar, por lo cual es considerado una 'percepción de asistencia sanitaria

La demanda de atención médica está influenciada por factores como el precio, los ingresos, las preferencias de los consumidores y la disponibilidad de los servicios. Refleja la disposición de las personas a buscar y pagar la atención médica necesaria, a menudo determinada por la percepción de la necesidad y la asimetría de la información con respecto a los proveedores (Ghorbani, 2022)

En este sentido, Sanabria, Alarcon y Madueño (2003) citado por Hernando (2016) expone que, según la perspectiva de demanda por necesidad, el acceso de los individuos al sistema de salud depende de su capacidad económica para cubrir las tarifas de acceso, así como de la disponibilidad de infraestructura. Además, el uso de los servicios se basa en el grado de necesidad de salud y la aversión al riesgo de cada persona. Este último

factor determina la cantidad de atención sanitaria demandada, la cual refleja el nivel de cuidados que una persona desea recibir

La necesidad de atención no siempre se convierte en una demanda evidente, ya que existen necesidades que no son percibidas. Incluso cuando son reconocidas, no siempre se expresan como demanda ni se traducen en atención (Fernández, Goitia, & Mendoza, 2008).

Pineault y Daveluy (1995) citado por Moreno et al. (2015) manifiesta que diversos autores en la década de los 70 y 80 como Donabedian, Hogarth y Brow señalan que la necesidad de salud puede entender como una perturbación del estado de salud y el bienestar, así como, “una deficiencia o ausencia de salud determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos”, los cuales pueden ser percibidos por la persona, no obstante, el profesional médico determina la necesidad de salud tomando medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación.

Una necesidad de salud genera, a su vez, una necesidad de servicios. Esta necesidad surge cuando se detecta una discrepancia entre el estado de salud actual y el estado considerado óptimo o deseado, incluso en ausencia de problemas de salud. Un ejemplo de esto es el caso de la futura madre o del recién nacido, quienes, aunque no presenten problemas, tienen necesidades relacionadas con la prevención, la promoción de la salud y la protección de su entorno (Pineault y Daveluy, 1995) (Vargas, 1999).

La necesidad y demanda de cuidados paliativos es el requerimiento de cuidados holísticos al paciente y a su entorno ante el padecimiento de síntomas que generan sufrimiento y dolor intenso como consecuencias de enfermedades crónicas avanzadas oncológicas y no oncológicas con pronóstico limitado de vida (Paz-Pitto et al., 2024)

Los cuidados paliativos son una necesidad y están estipulados como un derecho de salud, y que deben brindarse a través de la asistencia de salud integrados y centrados en la persona y la familia. No obstante, muchas veces la oferta no contempla ninguna asistencia paliativa, la existencia de escasa o nula preparación en cuidados paliativos por parte de los profesionales de salud y el desconocimiento por parte de la población, conlleva, que a pesar de existir la necesidad esta no sea satisfecha (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los cuidados paliativos es una necesidad exponencial que no discrimina grupos etarios, tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades que limitan la vida, incluidas las enfermedades neurológicas. Hacen hincapié en la intervención temprana, el control de los síntomas y la toma de decisiones de apoyo, abordando las necesidades físicas y psicosociales para aliviar el sufrimiento y mejorar la autonomía (Wiblin, 2024). Representan un desafío para los servicios de salud debido a su complejidad, ya que requieren un enfoque multidisciplinario, recursos humanos adecuados y sistemas de atención eficientes (Runzer-Colmenares, Parodi, Perez-Agüero, Echegaray, & Samamé, 2019).

En este sentido, las necesidades presentan una taxonomía en el ámbito sanitario basadas en la propuesta de Bradshaw es el más utilizado, incluso Donabedian lo toma y desarrolla una propuesta. Dicha taxonomía, propone categorías que engloban diversas perspectivas sobre las necesidades en salud, siendo las siguientes: normativas, sentidas, expresadas y comparativas (Bradshaw, 2024).

Necesidad normativa (Normative need) “es aquella que el experto, profesional, define como una necesidad en una situación determinada” así mismo, Una necesidad normativa se define según una norma o criterio institucionalmente reconocido por los profesionales. Una necesidad comparativa emerge de las diferencias identificadas entre dos grupos al evaluar la prestación de un servicio específico. La necesidad sentida refleja los deseos y preferencias individuales, influenciados por la percepción de cada persona. Finalmente, una necesidad expresa corresponde a una necesidad percibida que se manifiesta cuando las personas buscan acceder a un servicio (Bierhals, y otros, 2017).

Donabedian basado en la taxonomía de Bradshaw desarrolla dos perspectivas de la necesidad de los servicios de salud la primera centrada en la persona, que involucra la necesidad sentida y expresada y la segunda perspectiva referida a la técnica-profesional que abarca la necesidad normativa y comparativa (Moreno-Cámara, Palomino-Moral, Frías\_Osuna, & Pino-Casado, 2015) La presente investigación abordará la perspectiva técnico profesional.

La perspectiva técnico profesional evoca que se tenga herramientas que midan la necesidad y demanda de los cuidados paliativos. Ante ello, la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización de herramientas para identificación precozmente

personas con necesidades paliativas en los servicios de salud siendo esto un paso fundamental en la implementación de una política pública que brinde atención no solamente al paciente sino también a su familia (Troncoso, Morales-Meyer, Villarroel, Turrillas, & odríguez-Nuñez, 2021).

Actualmente, se dispone de instrumentos validados que permiten identificar a los pacientes de manera efectiva en todos los servicios de salud independientemente del tipo de enfermedad o condición crónica. Este instrumento es el NECPAL CCOMS-ICOc el cual ha sido utilizado en diferentes países latinoamericanos para identificar a personas con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado (Thomas, Armstrong, & Team, 2016).

Por otro lado, los reingresos hospitalarios en nuestro medio son frecuente, los pacientes cada vez más pluripatológicos y complejos acuden a los servicios de urgencias donde se combinan las enfermedades agudas que tienen y crónicas sin resolver, sumado a esto a la baja capacidad de resolución de los niveles de atención primaria lo que se traduce en la mayor demanda en hospitales de mayor complejidad (Amado, J.; Vásquez, Rolando.; Huari, Roberto., 2012).

La readmisión hospitalaria representa un desafío para los sistemas de salud, ya que está relacionada con la calidad de la atención proporcionada en los centros hospitalarios, la seguridad del paciente y el incremento de los costos de atención (Granda C, Behta M, Hovinga M, et al., 2015).

Los reingresos se definen como las admisiones o ingresos a un hospital después de cierto periodo de haber egresado del centro hospitalario” ( Silverstein M, Qin H, Mercer Q, Fong J, Haydar Z, 2008) (Epstein A, Jha A, Orav J., 2011), además, se ha definido como los ingresos con el mismo diagnóstico principal.

El tiempo de readmisión más ampliamente utilizado para la definición de reingresos hospitalarios son 30 días como intervalo después de la admisión inicial ( Berman K , Tandra S , Forssell K, Vuppalanchi R, et al., 2011), así también hay estudios a nivel internacional que consideran readmisión frecuente cuando existen tres o más admisiones por año, (Kirby SE,Dennis SM,Jayasinghe UW,Harris MF.P, 2010) (VanWalraven C,Dhalla IA,Bell C,Etchells E,Stiell IG,et al., 2010), para el presente estudio consideramos dos o más ingresos a la sala de observación de emergencia debido

a la alta frecuencia en el Hospital III Chimbote, único hospital de referencia de la Seguridad Social en el departamento de Ancash y además enmarcados en el instrumento de uso en el presente estudio Necpal 4.0 2021 que tiene uno de sus ítems el uso de recursos que es igual o mayor a dos ingresos urgentes en el último año.

El estudio tiene una **implicancia práctica**, dado que, estimar las necesidades de cuidados paliativos en pacientes que tienen dos o más ingresos en observación de emergencia de un hospital de Chimbote, permite proponer mejoras de gestión en el servicio de salud a través de una atención diferenciada, lo que, se transforma en una atención oportuna y eficiente con un impacto positivo en la experiencia general del paciente y en la prevención de problemas a largo plazo.

Por tanto, tiene **relevancia social**, Una intervención paliativa temprana no solo favorece la calidad de vida de los pacientes, sino que también ayuda a disminuir las hospitalizaciones innecesarias y el uso excesivo de los servicios de salud. Uno de los principales retos es identificar de manera temprana las necesidades y demandas de cuidados paliativos

La investigación tiene una **justificación metodológica**, dado que se muestra y explica la escala de necesidad y demanda de cuidados paliativos (NECPALC COMS-ICO©) que permite tamizar e identificar de manera oportuna los pacientes con necesidad paliativas, metodología que servirá para futuras investigación de la línea de investigación.

De este modo, el estudio presenta un **aporte científico**, los resultados obtenidos brinda evidencia científica de una necesidad latente en los servicios de emergencia en nuestro país, y que debe ser tomado en consideración para sentar evidencia sobre las necesidades y demandas de cuidados paliativos, permitiendo mejorar la calidad de servicios de salud y por ende la calidad de vida de los pacientes.

Las unidades de emergencia del País presentan alta demanda de atención; contexto similar presenta la emergencia del Hospital III Chimbote, donde casi siempre esta abarrotada de pacientes, la mayoría de ellos mayores de 60 años, con enfermedades crónicas avanzadas, quienes acuden principalmente por dolor u complicación propia de la enfermedad que acarrear, su atención extiende a estancia hospitalarias mayores de 5 días, donde la evolución no es curativa, sino de soporte. La no diferenciación de necesidades de pacientes conlleva al servicio de emergencia al

congestionamiento y a la espera de camas de observación, ante dicha realidad se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe necesidad y demanda de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021?

A continuación, se presenta la conceptualización y operacionalización de variables, entre ellas tenemos a la necesidad y demanda de cuidados paliativos, donde la definición conceptual indica que es el requerimiento de cuidados holísticos al paciente y a su entorno ante el padecimiento de síntomas que generan sufrimiento y dolor intenso como consecuencias de enfermedades crónicas avanzadas oncológicas y no oncológicas con pronóstico limitado de vida (Organización Mundial de la Salud, 2020). Y como definición operacional se tiene que la variable en estudio se midió a través de las dimensiones necesidad y demanda, indicadores clínicos; enfermedad avanzada o terminal y tipo de enfermedad avanzada, lo cuales fueron medido por el instrumento NECPALC COMS-ICO© en escala nominal

Como hipótesis nula se considera que no existe necesidad y demanda de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021 y, como hipótesis alternativa en donde sí existe necesidad y demanda de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021.

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021 y, como objetivos específicas se tienen: Determinar la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia, según edad y sexo, identificar el número de readmisiones en el último año de los pacientes con necesidades paliativas, identificar enfermedad avanzada o terminal en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote según edad y sexo, identificar la enfermedad avanzada predominante en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo y, determinar el tiempo de estancia en emergencia en pacientes con necesidades paliativas.

## METODOLOGÍA

### **Tipo y diseño de investigación**

**Según su finalidad** Básica, dado que, se orienta a generar evidencia, conocimiento que permita proponer soluciones a problemas prácticos (Álvarez, 2020).

**Según su alcance:** Descriptiva. permite conocer y estimar la variable.

**Según su diseño:** No experimental transeccionales descriptivos según Hernández y cols., (2018).

### **Población y Muestra**

#### **Población**

La población de estudio estuvo constituida por 126 pacientes que estuvieron en la sala de observación de emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2021.

#### **Muestra**

Estuvo constituida por 96 pacientes readmitidos de sala de emergencia del Hospital III de EsSalud, según cálculo de muestras finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%. (Anexo 7)

#### **Unidad de análisis:**

Paciente en la sala de observación de emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud.

**Muestreo:** Aleatorio simple

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos en la sala de observación de emergencia del Hospital III Chimbote, quienes cuenten con dos o más ingresos en los últimos 12 meses.
- Pacientes en sala de observación de emergencia del Hospital III Chimbote que tengan una estancia mayor a 48 horas en emergencia.

#### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes y/o familias que no acepten participar del estudio, e historias clínicas incompletas.

## **Técnicas e instrumentos de investigación**

Las técnicas utilizadas incluyeron: revisión de los registros hospitalarios de los pacientes, análisis de las historias clínicas de emergencias y atenciones previas (historia clínica antigua), entrevistas con el paciente y/o familiar cuidador, y observación y evaluación del paciente.

### **Escala de necesidad y demanda de cuidados paliativos (NECPALC COMS-ICO®) V° 4.0 2021 (Anexo 3)**

El instrumento NECPAL fue desarrollado a partir de una adaptación española de las escalas Prognostic Indicator Guidance (PIG) y Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT). Su objetivo es identificar de manera temprana a las personas que requieren atención paliativa y que tienen un pronóstico de vida relativamente limitado.

Para la identificación temprana o el cribado de personas con cronicidad avanzada y necesidades paliativas, se utilizó el instrumento NECPAL CCOMS-ICO® V4.0. Este instrumento se fundamenta en la respuesta negativa ('no me sorprendería') a una pregunta clave, que permite identificar los criterios de necesidades paliativas a través de la medición de seis parámetros objetivos: severidad, progresión de la enfermedad, comorbilidad y consumo de servicios. Entre estos parámetros se incluyen la pérdida funcional y/o nutricional, la multimorbilidad, el uso de recursos y los indicadores de gravedad y progresión de enfermedades avanzadas.

En primera instancia, se tomaron algunos datos de identificación que permitieron conocer el perfil del paciente, así como su readmisión al servicio de emergencia y su estancia mayor de 48 en observación de emergencia.

Por las mañanas se obtuvo la lista de pacientes admitidos al servicio de emergencia en sala de observación con un tiempo de estancia mayor a dos días y se buscó en el sistema institucional de salud (ESSI) en número de admisiones previas en el mismo servicio, a los que tienen más de dos admisión en este periodo, se solicitará el consentimiento informado para ser incluido (Anexo 6), revisará historia clínica hospitalaria y lo evaluará el mismo investigador, de preferencia en horas de la tarde acompañado de familiar o cuidador.

En los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se evaluó la necesidad y demanda de cuidados paliativos. A los que no supieron qué es cuidados paliativos se les explicó en qué consiste y luego se continuó con las demás preguntas.

El investigador, a través de la herramienta Google Form desarrolló la encuesta de manera virtual y fue él quien ingresó la información por cada paciente evaluado.

En el Perú, el NECPAL fue sometido a juicio de expertos por Amado encontrando un adecuado grado de concordancia (coeficiente W de Kendall 0,884) y fue sometida a prueba piloto en un hospital nacional de la Seguridad Social de Salud EsSalud, con un alfa de Cronbach de 0,799 lo que equivale a una aceptable consistencia interna de los ítems.

No obstante, se realizó una prueba piloto con 15 pacientes y se aplicó la prueba de confiabilidad alfa de Cronbach obteniéndose un valor de  $\alpha = 0,775$ , siendo mayor de 0,69 lo cual se considera confiable (Anexo 4).

### **Procesamiento y análisis de la información**

Los datos recolectados fueron revisados, codificados y procesados con el programa estadístico SPSS. Se analizó utilizando medidas de distribución de frecuencia, tendencia central y dispersión.

### **Principios éticos**

Se obtuvo la aprobación del comité de ética del Hospital III Chimbote - EsSalud. Los pacientes fueron evaluados de acuerdo con los principios de buenas prácticas clínicas y los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki. Para ser incluidos en el estudio, se solicitó el consentimiento informado del paciente o del cuidador principal (Anexo 6).

## RESULTADOS

Tabla 1.

*Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021*

<b>Necesidades paliativas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	22	22,9
Sí	74	77,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

### **Interpretación:**

En la **tabla 1 y gráfico 1**, se aprecia que, de una distribución de 96 pacientes que se readmitieron a la emergencia del Hospital III Chimbote, el 77.1% (74) de ellos, se identificó necesidades y demanda de cuidados paliativos y el 22, 9% (22) no se identificó necesidades paliativas.

Tabla 2.

*Necesidad de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.2021.*

	Necesidades Paliativas				Total	
	No		Sí			
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18 a 29 años	0	0,0%	1	1,4%	1	1,0%
30 a 59 años	5	22,7%	6	8,1%	11	11,5%
≥ a 60 años	17	77,3%	67	90,5%	84	87,5%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	15	68,2%	38	51,4%	53	55,2%
Femenino	7	31,8%	36	48,6%	43	44,8%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

### **Interpretación:**

En la **tabla 2**, se aprecia que, de una población de 96 personas, en 74 pacientes se detectó necesidades paliativas y de estas, el 90,5% (67) corresponden a adultos mayores de 60 años, el 8,1% (6) son adultos entre 30 a 59 años, y el 1.4% (1) son adultos jóvenes entre 18 a 29 años. Así también, el 51,4% (38) son de sexo masculino y el 48,6% de sexo femenino.

Tabla 3.

*Número de readmisiones en el último año en los pacientes con necesidades paliativas en emergencia del Hospital III Chimbote.*

Utilización de recursos	Parámetros	Necesidades Paliativas	
		Sí	
		N	%
2 a 3 veces	$\bar{X} = 3,95$ veces	32	43,2%
4 a 5 veces	DE = $\pm 1,084$	37	50,0%
$\geq 6$ veces	[ 3-7 veces]	5	6,8%
<b>Total</b>		<b>74</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

**Interpretación:**

En la **tabla 3**, se aprecia que, de una distribución de 74 pacientes con necesidades paliativas, el 50% ha acudido entre 4 a 5 veces en el último año por una atención en la sala de observación de emergencia, el 43,2% (32) pacientes ha acudo entre 2 a 3 veces en el último año y el 6,8% (5) ha acudido mayor o igual a 6 veces a la emergencia en el último año por una atención a la emergencia.

Tabla 4.

*Enfermedad avanzada o terminal en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo. 2021*

	<b>Enfermedad avanzada o terminal</b>					
	No		Sí		Total	
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	16	64,0%	37	52,1%	53	55,2%
Femenino	9	36,0%	34	47,9%	43	44,8%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18 a 29 años	0	0,0%	1	1,4%	1	1,0%
30 a 59 años	5	20,0%	6	8,5%	11	11,5%
> a 60 años	20	80,0%	64	90,1%	84	87,5%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

### **Interpretación:**

En la **tabla 4** y **gráfica 2**, se aprecia que, de una distribución de 96 pacientes que fueron readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, el 74% (71) personas presentan enfermedad avanzada o terminal, y que según edad el 90,1% (64) de ellas fueron adultos mayores de 60 años, el 8,5% (6) fueron adultos entre 30 a 59 años y el 1,4% (1) fueron adultos jóvenes entre 18 a 29 años, y según sexo, el 52,1% (37) fueron de sexo masculino y el 47,9% (34) de sexo femenino.

Tabla 5.

*Enfermedad avanzada o terminal predominante en los pacientes readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.2021*

	Enfermedad oncológica		Enfermedad pulmonar crónica		Enfermedad cardíaca crónica		Demencia		Fragilidad		Enfermedad neurológica vascular (ictus)		Enfermedad neurológica vascular degenerativa		Enfermedad hepática crónica		Insuficiencia renal crónica		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>																						
Masculino	12	16,9%	2	2,8%	3	4,2%	1	1,4%	3	4,2%	7	9,9%	4	5,6%	2	2,8%	3	4,2%	37	52,1%		
Femenino	8	11,3%	5	7,0%	5	7,0%	2	2,8%	3	4,2%	3	4,2%	3	4,2%	1	1,4%	4	5,6%	34	47,9%		
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>28,2%</b>	<b>7</b>	<b>9,9%</b>	<b>8</b>	<b>11,3%</b>	<b>3</b>	<b>4,2%</b>	<b>6</b>	<b>8,5%</b>	<b>10</b>	<b>14,1%</b>	<b>7</b>	<b>9,9%</b>	<b>3</b>	<b>4,2%</b>	<b>7</b>	<b>9,9%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>		
<b>Edad</b>	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
18 a 29 a.	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
30 a 59 a.	4	5,6%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	6	8,5%		
> a 60 a.	16	22,5%	7	9,9%	6	8,5%	3	4,2%	6	8,5%	10	14,1%	7	9,9%	3	4,2%	6	8,5%	64	90,1%		
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>28,2%</b>	<b>7</b>	<b>9,9%</b>	<b>8</b>	<b>11,3%</b>	<b>3</b>	<b>4,2%</b>	<b>6</b>	<b>8,5%</b>	<b>10</b>	<b>14,1%</b>	<b>7</b>	<b>9,9%</b>	<b>3</b>	<b>4,2%</b>	<b>7</b>	<b>9,9%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>		

Fuente: Elaboración Propia

### Interpretación:

En el **gráfico 3 y 4 y en la tabla 5**, se aprecia que, de una distribución de 71 pacientes con enfermedad avanzada o terminal, el 28% (20) tiene alguna enfermedad oncológica y el 72% tiene una enfermedad no oncológica (14,1% enfermedad neurológica vascular, el 11,3% enfermedad cardíaca crónica, el 9,9% enfermedad neurológica vascular degenerativa, enfermedad pulmonar crónica e insuficiencia renal crónica, el 8,5% fragilidad y el 4,2% es por demencia y enfermedad hepática crónica). Las enfermedades avanzadas o terminales, según sexo, se presentaron en el 52,1% (37) en el sexo masculino y el 47,9% (34) en el femenino, y según edad el 90,1% (64) fueron adultos mayores de 60 años, el 8,5% (6) fueron adultos entre 30 a 59 años y el 1,4% (1) fueron adultos jóvenes entre 18 a 29 años.

Tabla 6.

*Tiempo de estancia en emergencia del Hospital III Chimbote en pacientes identificados con necesidades paliativas.*

Tiempo de estancia	Parámetros	Necesidades Paliativas	
		N	Sí %
3 días	$\bar{x} = 6,74$ días	11	14,9%
de 4 a 7 días	DE = $\pm 3,097$	25	33,8%
> 7 días	[ 3-15 días]	38	51,4%
Total		74	100,0%

*Fuente: Elaboración Propia*

**Interpretación:**

En la **tabla 6**, se aprecia que, de una distribución de 74 pacientes con necesidades paliativas, el 51,4% (38) tienen un tiempo de estancia en sala de observación de emergencia mayor a 7 días, el 33,8% (25) tiene un tiempo de estancia entre 4 a 7 días y el 14,9% un tiempo de estancia de 3 días.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De los 96 (100%) pacientes que fueron readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, 74 (77,1%) de ellas se identificó la necesidad de cuidados paliativos, esto coincide con Amado (2019) donde el 62% de los pacientes estudiados se identificó como enfermedad terminal con necesidad paliativa, difiere con Gouvea (2020) que en su estudio solo el 31,4% eran pacientes para cuidados paliativos y también difiere con Blanco, donde el 40% de los pacientes estudiados se identifica la necesidad de atención paliativa.

De las personas 74 personas identificadas con necesidades paliativas, según la edad, se evidencia que el 90,5% (67) corresponden a adultos mayores de 60 años, y según sexo el 51,4% (38) son de sexo masculino, situación similar fue encontrado por Torquato (2022) donde la edad media fue de 78.5 años, así también, Pérez encontró que la edad promedio fue 72 años y los estudios por Verhoef (2020) encontró que la edad media fue 63 años, con respecto al sexo coincide con los estudios de Julia-Mora donde el 55.5% fue de sexo masculino, pero difiere con Torquato (2022), Pérez (2019) y Amado (2020) donde el 61,4%, 57.4% y el 59% fueron de sexo femenino respectivamente.

De las 74 personas con necesidades paliativas, en promedio han acudido 3,95 veces a la emergencia en el último año para recibir una atención, con un rango de 3 veces como mínimo y un rango de 7 veces como máximo, del mismo modo se evidencia que el 50% (37) ha acudido de 4 a 5 veces a la emergencia en el último año, el 43,2% (32) ha acudido entre 2 a 3 veces y el 6,8% (5) ha acudido de 6 veces a más.

Del 100% (96) de personas evaluadas, el 74% (71), presentan enfermedad avanzada o terminal, y según edad, el 90,1% (64) se encontró en personas adultos mayores de 60 años, 6 (8,5%) personas tenían entre 30 a 59 años y 01 (1,4%) persona tenía entre 18 a 29 años. Según sexo se encontró que el 52,1% (37) fueron de sexo masculino y el 47,9% (34) de sexo femenino, estos resultados difieren por lo encontrado por Amado

(2019) donde solo el 36,7% personas evaluadas en su estudio, se identificaron con enfermedad terminal.

Según el tipo de enfermedad avanzada o terminal predominante en el presente estudio se identificó que solo el 28,2% (20) son oncológicas y el 71,8% (51) son no oncológicas, de las cuales el 14,1% fue por enfermedad neurológica vascular, el 11,3% por enfermedad cardiaca crónica, el 9,9% se presentó tanto en enfermedad neurológica vascular degenerativa, enfermedad pulmonar crónica e insuficiencia renal crónica, el 8,5% por fragilidad y el 4,2% por demencia y enfermedad hepática crónica. Según sexo El 52,1% de las personas con enfermedades avanzadas son de sexo masculino y el 47,9% de sexo femenino. Estos resultados fueron muy similar al estudiado por Torquato (2022) donde solo el 31% de los pacientes tuvieron una enfermedad oncológica, lo mismo fue reportado por Julia-Mora (2021) donde solo el 33,35% presentaba enfermedad oncológica, de la misma forma encontró Amado (2020) donde solo el 42% de los casos fue por causa oncológica y Pérez (2019) donde solo el 24,6% fue por enfermedad oncológica, pero difiere con los estudios realizados por Gouvea (2020) y Bakan (2020) quienes indica que el cáncer fue la enfermedad de mayor incidencia entre los encuestados que acudieron a las instalaciones de emergencia.

Se evidenció que el tiempo de estancia promedio en sala de observación de emergencia de los pacientes con necesidades paliativas es de 6 días, con un rango entre 3 días como mínimo y 15 días como máximo, y de todas las personas evaluadas el 51,4% (38) tenían un tiempo de estancia mayor a 7 días, el 33,8% (25) tenían un tiempo de estancia entre 4 a 7 días y solo el 14,9% tenía 3 días de estancia.

## CONCLUSIONES

- Se ha identificado la existencia de necesidad y demanda de cuidados paliativos en el 77% los pacientes readmitidos en emergencia.
- De los pacientes con necesidades paliativas se ha identificado que el 90.5% son adultos mayores de 60 años y el 51.4% son de sexo masculino.
- El 50% de pacientes con necesidades paliativas han acudido entre 4 a 5 oportunidades a la emergencia del Hospital III Chimbote en los últimos doce meses, con un rango entre 3 a 7 veces por año.
- De 96 pacientes que fueron readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, el 74% (71) personas presentan enfermedad avanzada o terminal, de las cuales el 52% son de sexo masculino y el 90% tienen más de 60 años de edad.
- La enfermedad avanzada o terminal predominante fue la enfermedad no oncológica (72%), seguida de la oncológica (28%).
- El tiempo de estancia en la sala de observación de emergencia en pacientes con necesidades paliativas fue mayor a 7 días en el 51.4% de los casos.

## RECOMENDACIONES

- Implementar la herramienta de detección de necesidades paliativas y enfermedad terminal en el Hospital III Chimbote para definir el objetivo real del tratamiento.
- Implementar estrategias de comunicación con la familia para el entendimiento y el abordaje de cuidados paliativos.
- Con la identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa en el servicio de emergencia se debe fortalecer el programa de atención domiciliaria PADOMI para la atención de estos pacientes en el hogar.
- Los pacientes que requieren cuidados paliativos deberían tener la oportunidad de pasar sus últimos días en casa, acompañados de sus familias, en lugar de en un entorno agobiante y sobrecargado como los servicios de urgencias.
- Crear un plan de atención de pacientes con necesidades paliativas en el Hospital III Chimbote.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*. Lima: Universidad de Lima, Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas, Carrera de Negocios Internacionales. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12724/10818>
- Álvarez-Hernández, G., & Delgado-De la Mora, J. (2017). Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 32, 26-34. Recuperado de: <https://doi.org/https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson>
- Amado-Tineo J, V.-A. R.-P.-C.-I.-A. (2020). Características clínico epidemiológicas de pacientes con enfermedad crónica en fase terminal admitidos a un departamento de emergencia general. *An. Fac. med.*, 81(1). Recuperado de: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i1.16848>
- Amado-Tineo, M., Taype-Huamaní, W., Vasquez-Alva, R., Siccha-Del Campo, F., & Oscanoa-Espinoza, T. (2019). Pacientes con enfermedad crónica terminal en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. *Rev. Fac. Med. Hum*, 19(3), 27-24. Recuperado de: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2166>
- Arisanti, N., Hilmanto, D., Setiawati, E., & Pandia, V. (2018). La necesidad de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. *Rev Prim Care Prac y Educ.*, 1(3), 103-104.
- Bakan, G., Ozen, M., Azak, A., & Erdur, B. (Noviembre de 2020). Determination of the characteristics and outcomes of the palliative care patients admitted to the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 53:100934. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100934>
- Bierhals, C., Santos, N., Fengler, F., Raubustt, K., Forbes, D., & Paskulin, L. (2017). Necesidades de los cuidadores familiares en la atención domiciliaria a ancianos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25, e2870. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870>.

- Bitrán, R. (1999). *Estudio de balance de oferta - demanda de servicios de salud y prioridades de inversión pública en salud, Tomo II Informe de oferta*. Lima : Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud.
- Bradshaw A, Allsop MJ, Birtwistle J, et al. Exploración de los supuestos contextuales, las intervenciones y los resultados de los sistemas de planificación anticipada de cuidados digitales: un enfoque de teoría del cambio para comprender la implementación y la evaluación. *Palliative Medicine*. 2024;0(0). doi: 10.1177/02692163241280134.
- Concytec. (2018). *Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica - reglamento RENACYT*. Lima: Concytec.
- Contreras, L. (2015). *Oferta y demanda de los servicios de salud centro de salud Magllanal, Jaén*. Cajamarca. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Cajamarca). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/1651>
- Di Leo, S., Alquati, S. A., Costantini, M., Martucci, G, De-Vincenzo, F., Kuczynska, B., Morini, A., Trabucco, L., Ursicelli, R., Catania, G., & Ghirotto, L. (Sep de 2019). Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*, 27(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0662-y>
- Ermers, D. J., Kuip, E. J., & Veldhoven, C. (2021). Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliative Medicine*, 35(3). REcuperado de: <https://doi.org/10.1177/026921632098672>
- Fernández, M., Goitia, C., & Mendoza, M. (2008). *El hombre como un ser bio-psico-sociocultural*. Barquisimeto, Venezuela: Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Recuperado de: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/salud%20comunitaria/unidadi.htm>
- Ghorbani. A (2022). Acceso a la atención de salud 4. Demanda de salud y atención sanitaria. doi: 10.5772/INTECHOPEN.98915

- Gómez, I., & Ramírez, I. (1990). La oferta y la demanda de los servicios de salud Barranquilla. *SaludUninorte*, 6-7(2), 85-88., Recuperado de: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4252/2621>
- Gómez-Batiste, X., Amblàs, J., Costa, C., Espauella, J., Lasmarías, C., Ela, E., Beas, E., Domínguez, b., & Mir, S. (2017). RECOMENDACIONES para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL CCOMS-ICO© 3.1 (2017). *Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat*.
- Gómez-Batiste, X., Blay, C., Broggi, M., Lasmarías, C., Vila, L., Amblàs, J., Espauella, J., & Costa, X. (2018). Retos éticos de la identificación precoz de pacientes crónicos avanzados con necesidad de cuidados paliativos: la experiencia catalana. *Cartílago*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1947603520961167>
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., & Vila, L., C. (2014). Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.*, 302-11. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0269216313518266>
- Gouvea, M. (2020). La necesidad de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas: un diagnóstico situacional en un hospital universitario. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(5). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190085>
- Guerrero, G. (2015). Demanda de los servicios de salud . *Rev Tzhoecoen*, 7(1), 119-136. Recuperado de: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/184/183>
- Hackett, J., Bekker, H., & Bennett, M. (2018). Desarrollo de una intervención compleja para apoyar el compromiso oportuno con los cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado en atención primaria y secundaria en el Reino Unido: un protocolo de estudio. *BMJ Open*, 8(5), e022835.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, Q. (2017). *Metodología de la investigación* (sexta ed.). México: McGraw Hill Interamericana. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education.
- Joana Maria Julià-Móra, I. B.-M.-A.-V.-S.-S.-C. (2021). Análisis de las necesidades de atención paliativa en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica*, 33(4), 261-268. Recuperado de : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862123000633>
- Klietz, M., Tulke, A., Müschen, L. H., Paracka, L., Schrader, C. D., & Wegner, F. (2018). Deterioro de la calidad de vida y necesidad de cuidados paliativos en una cohorte alemana de pacientes con enfermedad de Parkinson avanza. *Parte delantera. Neuro*, 120. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00120>
- Knaul, F., Bhadelia, A., Rodríguez, N., Arreola-Ornelas, H., & Zimmermann, C. (2018). La comisión de lancetas sobre cuidados paliativos y alivio del dolor: hallazgos, recomendaciones y direcciones futuras. *Lancet Glob Heal*, 6. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30082-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30082-2)
- Mack, J., Cronin, A., & Keating, N. (2012). Asociaciones entre las características de las discusiones sobre el final de la vida y la atención recibida cerca de la muerte: un estudio de cohorte prospectivo. *J Clin Oncol*, 30(35), 4387 - 4395.
- Madueño, D. (2002). *Perú: Estudio de demanda de servicios de salud*. Lima: Abt Associates Inc.
- Mwabu, G (2023). Demand for health care. doi: 10.1016/b978-0-323-99967-0.00191-

- Ministerios de Salud. (2015). “Disfrute y muévase”: Minsa recomienda actividad física para mantener y mejorar la salud. Sala de Prensa, Ministerios de Salud, Lima. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16091>
- Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P., Frías\_Osuna, A., & Pino-Casado, R. (2015). En torno al concepto de necesidad . *Index de Enfermería*, 24(4), 236-239. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300010>
- Morin, L., Aubry, R., Frova, L., MacLeod, R., Wilson, D., Loucka, M., Csikos, A., Ruiz-Ramos, M., Cardenas-Turanzas, M., Rhee, Y., Teno, J., Öhlén, J., Deliens, L., Houttekier, D., & Cohen, J. (2017). Estimación de la necesidad de cuidados paliativos a nivel de población: un estudio transnacional en 12 países. *Medicina paliativa*, 31(6), 526-536. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0269216316671280>
- Nieto, N. (2018). *Tipo de investigación Centro*. Universidad Santo Domingo de Guzmán, Lima. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/250080756.pdf>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagomez, A. (2013). *Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis* . Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Paz-Pitto, G. N., Pitto, C. M., Pérez, P., & García-Perdomo, H. A. (2024). Cuidados paliativos: desafíos y oportunidades. *Revista Mexicana de Urología*, 84(3), 1-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.48193/0cm71j66>
- Pepper, I. (2018). *Integración de cuidados paliativos en los servicios de urgencias hospitalarios*. Almería. (Trabajo para Título profesional, Universidad de Almería). Recuperado de: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7158/TFG\\_PEPPER%20CRUZ,%20IRENE.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7158/TFG_PEPPER%20CRUZ,%20IRENE.pdf?sequence=1)
- Pérez, A. (2019). *Cuidados paliativos em pacientes geriátricos na unidade de emergência: perfil epidemiológico, avaliação de indicação, desfechos e*

- contexto financeiro*. Brasilia: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. (Tesis para optar el Título profesional, Centro Universitario de Brasilia). Recuperado de: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13610/1/21395861.pdf>
- Provinciali, L., Carlini, G., & Tarquini, D. (2016). Necesidad de cuidados paliativos por enfermedades neurológicas. *Neurol Sci*, 1581-1587. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2614-x>
- Román-Jurado, L., Suárez-Fernández, & Cardona Arias, J. (2021). Revisión sistemática sobre calidad de vida relacionada con la salud en gestantes 2008-2019. *Hechos Microbiol*, 12(1), 18-29. Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/hm/article/view/343841/20805331>
- Ruiz, M. (2018). *Ampliación unidad de cuidados intermedios para atención de demanda asistencial insatisfecha en pacientes críticos Hospital III ESSALUD – Chimbote*. Chimbote. (Tesis de segunda especialidad, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote). Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/3986>
- Runzer-Colmenares, F., Parodi, J. F., Perez-Agüero, C., Echegaray, K., & Samamé, J. C. (2019). *Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud*. Lima: Acta Médica Peruana. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172019000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010&lng=es&tlng=es).
- Sanabria-Montañez, C. (2002). La demanda por servicios de salud una aproximación teórica. *Revista de la facultad de ciencias económicas de la UNMSM*, 7(21), 151-170. Recuperado de: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/21/a11.pdf>
- Sanabria-Montañez, C., Alarcón-Villaverde, J., & Madueño-Davila, M. (2003). (2003). *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*. Lima : Abt Associates Inc.

- Secretaria de Salud. (2014). *Taller de cuidados Paliativos*. Mexico.
- Silva, T., Nietsche, E., & Cogo, S. (2021). Cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud: revisión integradora de la literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>.
- Temporelli, K. (2009). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud. *Revista Estudios Economía*, 26(53), 73-93. Recuperado de: [http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0425-368X2009000200003&lng=es&nrm=iso](http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0425-368X2009000200003&lng=es&nrm=iso)
- Thomas, K., Armstrong, J., & Team. (2016). The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG). *National Gold Standards Framework*. Recuperado de: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>
- Thomas, R. (2021). Demanda y utilización de servicios de salud. En R. Thomas, *Planificación de los servicios de salud* (págs. 91-114). Nueva York, NY: Springer. Recuperado de: [https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1076-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1076-3_5)
- Ting, R., Edmonds, P., Higginson, I., & Sleeman, K. (2020). (2020). Cuidados paliativos para pacientes con covid-19 severo. *BMJ (Clinical research ed.)*, 370. Recuperado de: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2710>
- Torquato ACCS, T. L. (2022). *erfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos atendidos em um serviço de urgência geral*. Brasil: Medicina (Ribeirão Preto). Recuperado de: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/194445>
- Troncoso, J., Morales-Meyer, T., Villarroel, L., Turrillas, P., & odríguez-Nuñez, A. (2021). Adaptación y validación en Chile del instrumento de identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1©. *Atencion Primaria*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101994>

- Vargas, M. (1999). *Determinación del Costo de Atención Médica Hospitalaria en el Hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud y sus Factores*. La Paz: (Tesis para optar el título profesional, Universidad Mayor de San Andrés). Recuperado de: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/21681>
- Verhoef, M., De Nijs, E., Horeweg, N., Fogteloo, J., Heringhaus, C., Jochems, A., Fiocco, M., & Van der Linden, Y. (2020). Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support Care Cancer*, 28(3), 1097-1107. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>
- Verhoef, M., De-Nijs, E., Fiocco, M., Heringhaus, C., Horeweg, N., & Van-der, L. Y. (2020). Surprise Question and Performance Status Indicate Urgency of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Cancer at the Emergency Department: An Observational Cohort Study. *J Palliat Med.*, 23(6), 801-808. Recuperado de: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0413>.
- Van der Plas, W. Y., Benjamens, S., & Kruijff, S. (2020). La creciente necesidad de cuidados paliativos contra el cáncer en África subsahariana. *European journal of surgical oncology the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 46(7), 1373–1376. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.03.212>
- Wiblin, L (2024). 5. Introducción a la atención neuropaliativa: una necesidad creciente. *Medicina clínica* 24 (2), 100038 <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2024.100038>
- Xavier Gómez-Batiste, M. M.-M. (2016). Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0. (2016). Recuperado de: [http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis\\_i\\_programes/observatori\\_qualy/programes/programa\\_necpal/](http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal/).
- Zimmermann, C., Swami, N., & Krzyzanowska, M. (2014). Cuidados paliativos tempranos para pacientes con cáncer avanzado: un ensayo controlado aleatorizado por grupos. *Lancet*, 383 (9930), 1721 - 1730.

## ANEXOS Y APÉNDICES

### 1. Matriz operacionalización de las variables

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Necesidad y demanda de cuidados paliativos</b>	Es el requerimiento de cuidados holísticos al paciente y a su entorno ante el padecimiento de síntomas que generan sufrimiento y dolor intenso como consecuencias de enfermedades crónicas avanzadas oncológicas y no oncológicas con pronóstico limitado de vida (Organización Mundial de la Salud, 2020).	<b>Necesidad y demanda</b>	Demanda	Nominal
			Necesidad	Nominal
		<b>Indicadores clínicos</b>	Pérdida nutricional	Nominal
			Pérdida funcional	Nominal
			Multimorbilidad	Nominal
		<b>Uso de recursos</b>	Mayor o igual a dos ingresos urgentes en el último año	Nominal
		<b>Enfermedad avanzada o terminal</b>	Presencia de enfermedad avanzada o terminal	Nominal
		<b>Tipo de enfermedad avanzada</b>	Enfermedad oncológica Enfermedad pulmonar crónica Enfermedad cardíaca crónica Demencia Fragilidad Enfermedad neurológica vascular (ictus) Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, Enfermedad hepática crónica Insuficiencia renal crónica	Nominal

**Fuente:** Elaboración propia

## 2. Matriz de consistencia

Problema	Variable	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿Existe necesidad y demanda de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021?	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Necesidad y demanda de cuidados paliativos</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.</li> <li>2. Identificar el número de readmisiones en el último año de los pacientes con necesidades paliativas.</li> <li>3. Identificar enfermedad avanzada o terminal en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.</li> <li>4. Identificar la enfermedad avanzada predominante en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, según edad y sexo.</li> <li>5. Determinar el tiempo de estancia en emergencia en pacientes con necesidades paliativas.</li> </ol>	<p><b>Hipótesis Alternativa (Hi)</b></p> <p>Sí existe necesidad y demanda de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021</p> <p><b>Hipótesis Nula (Ho)</b></p> <p>No existe necesidad y demanda de cuidados paliativos en los pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación</b> Es de tipo aplicada.</p> <p><b>De diseño,</b> no experimental</p> <p><b>Población:</b> 126 pacientes de 18 años en la sala de observación de emergencia y como <b>muestra</b> a 96 pacientes en la sala de observación de emergencia que fueron readmitidos en dos o más veces en los últimos 12 meses a la sala de observación de emergencia del Hospital III Chimbote.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos:</b> NECPALC COMS-ICO©) V° 4.0 2021</p> <p><b>Análisis inferencial:</b> Software SPSS V° 25 , análisis descriptivo</p>

**Fuente:** Elaboración propia

### 3. Instrumentos de recolección de datos

#### INSTRUMENTO NECPAL VERSIÓN 4.0 2021



#### 4. Confiabilidad de los instrumentos

##### NECPAL CCOMS-ICO© V4.0.

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,775	8

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Necesidades Paliativas	,626	,751
3.1. Pérdida Funcional	,505	,758
3.2 Pérdida nutricional	,415	,766
3.2 Multimortalidad	,385	,769
6. N° EAT	,754	,739
Estadio Evolutivo	,841	,666
Tiempo estancia	,573	,772
Uso de recurso	,417	,764

## 5. Matriz de datos

Nº	ED AD	SEX O	NECESIDADES PALIATIVAS	PÉRDIDA FUNCIONAL	PÉRDIDA NUTRICIONAL	MULTIMORTALIDAD	EAT	ESTADIO EVOLUTIVO IDENTIFICADO	USO DE RECURSOS.	Tipo de EAT
1	67	1	1	1	1	1	1	3	0	1
2	88	1	1	1	1	1	1	3	1	8
3	64	2	0	1	0	1	0	2	1	3
4	58	1	1	0	1	1	1	3	1	1
5	76	2	1	0	0	1	1	2	1	5
6	87	1	1	1	0	1	1	2	0	5
7	92	1	1	1	1	1	1	3	1	4
8	59	2	1	1	1	1	1	3	1	1
9	85	1	1	1	1	1	1	3	1	1
10	77	1	1	1	1	1	1	3	0	1
11	85	1	1	1	0	1	1	2	0	5
12	78	2	1	0	0	1	1	1	0	5
13	82	2	1	0	1	1	1	3	1	1
14	78	1	1	1	1	1	1	3	1	1
15	24	1	1	1	1	1	1	2	1	3
16	62	1	1	1	1	0	1	3	1	1
17	62	2	1	0	0	1	1	2	0	1
18	37	1	1	1	1	1	1	3	1	9
19	61	1	1	1	1	1	1	3	1	1
20	67	1	1	1	1	1	1	3	1	1
21	70	1	1	1	1	1	1	3	1	1
22	80	2	1	1	1	1	1	3	0	9
23	84	1	1	1	1	1	1	3	1	7
24	84	1	1	1	1	1	1	3	1	7
25	80	2	1	1	1	1	1	2	0	9
26	87	2	1	1	1	1	1	3	0	6
27	92	2	1	1	1	1	1	3	0	9
28	57	2	1	1	1	1	1	3	0	1
29	81	1	1	1	0	0	1	2	0	6
30	84	1	1	1	1	1	1	3	1	2
31	85	2	1	1	0	1	1	3	1	3
32	89	1	0	0	1	0	0	1	0	0
33	79	1	1	1	1	1	1	3	1	3
34	83	2	1	1	1	0	1	2	0	4
35	68	1	0	0	1	0	0	1	0	0
36	87	1	1	1	1	1	1	3	0	6
37	68	1	0	0	1	0	0	1	0	0
38	85	2	1	1	0	1	1	3	1	3
39	80	1	1	1	0	0	1	2	1	2
40	50	1	0	0	0	0	0	0	0	0
41	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0
42	76	2	0	0	0	0	1	1		3
43	80	1	1	1	1	1	1	3	1	6
44	57	1	1	0	0	1	1	2	1	3
45	54	1	0	0	0	0	0	1	0	3
46	71	2	1	1	0	1	1	2	0	5
47	74	2	1	1	1	1	1	3	0	1
48	82	2	1	1	0	1	1	2	0	3

49	78	2	1	1	0	0	1	2	1	2
50	76	1	0	0	1	1	0	1	0	5
51	79	2	1	0	0	1	1	2	1	7
52	76	2	0	0	0	1	0	1	0	5
53	77	2	0	1	0	1	1	2	0	6
54	67	1	0	0	1	1	0	2	1	3
55	87	2	1	0	0	1	1	2	1	7
56	41	1	0	0	0	0	0	0	0	0
57	86	2	1	1	1	1	1	3	1	7
58	77	2	0	0	0	1	0	0	0	0
59	34	1	0	0	0	0	0	0	0	0
60	72	1	1	0	1	0	1	2	0	5
61	79	2	1	1	1	0	0	0	0	0
62	83	1	0	0	0	0	0	0	0	0
63	46	1	0	0	0	0	0	0	0	0
64	82	2	1	1	1	1	0	2	0	0
65	68	2	0	1	0	1	0	0	0	0
66	85	1	1	1	0	1	1	2	0	6
67	76	1	1	1	1	1	1	3	1	9
68	78	2	1	1	1	1	0	1	0	6
69	85	1	1	0	1	1	0	2	1	3
70	80	2	1	1	1	0	1	3	1	1
71	78	2	1	1	1	1	1	3	1	2
72	86	2	1	1	1	0	1	3	1	1
73	71	2	1	1	1	1	1	3	1	8
74	85	1	0	1	1	0	0	1	0	0
75	83	1	0	1	1	1	0	2	1	0
76	71	2	0	0	1	1	1	2	1	9
77	91	2	1	0	1	0	1	2	1	0
78	89	2	1	0	1	0	0	1	0	0
79	87	2	1	0	1	1	0	2	1	0
80	86	1	0	0	1	1	1	3	1	7
81	72	1	1	0	1	0	1	2	0	9
82	92	1	1	1	1	1	1	3	1	7
83	72	1	1	0	1	1	1	2	0	6
84	56	2	1	1	1	0	1	3	1	1
85	90	1	1	1	1	1	1	3	1	1
86	80	2	1	1	1	1	1	3	1	2
87	0	2	1	1	1	1	1	2	1	2
88	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1
89	66	1	1	1	0	1	1	3	1	8
90	77	1	1	1	1	1	1	3	1	6
91	84	1	1	1	1	1	1	3	1	6
92	85	2	1	1	0	0	1	2	1	6
93	93	1	1	1	0	1	0	2	0	0
94	90	2	1	1	1	1	1	3	0	2
95	77	1	1	1	1	1	1	3	0	1
96	67	2	1	1	1	0	1	2	0	4

## 6. Consentimiento informado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificado con Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_ He sido informado del estudio: **“Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021”**, cuyos objetivos específicos son:

Identificar el número de readmisiones en el último año de los pacientes con necesidades paliativas, determinar enfermedad avanzada o terminal en pacientes con necesidad de cuidados paliativos en emergencia y, determinar el tiempo de estancia en emergencia en pacientes con necesidades paliativas.

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.

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o cuidador colaborador:

N° DNI

## 7. Autorización para ejecución de trabajo de investigación



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CARTA N° 381 -GRAAN-ESSALUD-2023

Chimbote, 18 de diciembre del 2023

Señor.

**ARMANDO DEIVI MORE VALLADARES**  
**Presente. -**

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**



De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a ustedes para saludarle cordialmente, y a la vez en respuesta a su solicitud **AUTORIZAR** el desarrollo del Proyecto de Investigación titulado: **NECESIDAD Y DEMANDA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES READMITIDOS EN LA EMERGENCIA CHIMBOTE, 2021**; a su vez, recalcar que la información recabada para dicho estudio es eminentemente con fines académicos, los mismos que serán de absoluta confidencialidad para el grupo en estudio; a su vez, los resultados deberán ser presentados a la institución al finalizar la investigación, para los fines que se estime pertinente.

Por lo antes expuesto, se le otorga todas las facilidades del caso, con la finalidad que pueda desarrollar sin contratiempos la respectiva investigación, salvaguardando siempre la integridad y seguridad de nuestros usuarios y respetando las normas institucionales.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

  
**Dra. Carol Torres Solano;**  
GERENTE  
RED ASISTENCIAL ANCASH  
EsSalud

CGTS/rca  
CC. Archivo.

	Area	Año	Correlativo
NIT	9316	2023	665

## Apéndice

### a. Índice de Barthel

Índice de Barthel			
<b>Alimentación</b>	0 = Dependiente. 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc. 10 = Independiente: capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.		
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	0 = Incapaz, no se mantiene sentado. 5 = Necesita ayuda importante, pero puede estar sentado. 10 = Mínima ayuda física o supervisión. 15 = Independiente: no necesita ayuda.		
<b>Aseo personal</b>	0 = Dependiente. 5 = Independiente: se lava la cara, las manos, los dientes...		
<b>Uso de retrete</b>	0 = Dependiente. 5 = Ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, etc. 10 = Independiente: usa el retrete, bacinilla o cufia.		
<b>Lavarse/ducharse</b>	0 = Dependiente. 5 = Independiente: se lava completo en baño o ducha, se aplica la esponja por todo el cuerpo; entra y sale del baño.		
<b>Desplazarse</b>	0 = Dependiente. 5 = Independiente en silla de ruedas. 10 = Ayuda: precisa ayuda o supervisión. 15 = Independiente: puede caminar independientemente, aunque se ayude de bastón, muleta, etc.		
<b>Subir y bajar escaleras</b>	0 = Dependiente. 5 = Ayuda: necesita ayuda física o supervisión. 10 = Independencia: es capaz de bajar o subir escaleras sin ayuda o supervisión.		
<b>Vestirse y desvestirse</b>	0 = Dependiente. 5 = Ayuda: Necesita ayuda, pero realiza la mitad de las tareas. 10 = Ayuda: Necesita ayuda, pero realiza la mitad de las tareas...		
<b>Deposición</b>	0 = Incontinente. 5 = Incontinencia ocasional: presenta episodios ocasionales o necesita ayuda para enemas o supositorios. 10 = Continente: No presenta episodios de incontinencia.		
<b>Micción</b>	0 = Incontinente. 5 = Incontinencia ocasional: presenta episodios ocasionales o necesita ayuda para el uso de sonda o colector. 10 = Continente: No presenta episodios de incontinencia.		
<b>Dependencia total</b>	<b>Dependencia grave</b>	<b>Dependencia moderada</b>	<b>Dependencia leve</b>
0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 100

## b. Criterios NECPAL severidad / progresión / enfermedad avanzada (1)(2)(3)(4)

<b>Enfermedad oncológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cáncer metastásico o locoregional avanzado</b></li> <li>• <b>En progresión (en tumores sólidos)</b></li> <li>• <b>Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.</b></li> </ul>
<b>Enfermedad pulmonar crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disnea</b> de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones</li> <li>• Confinado a domicilio con limitación marcha</li> <li>• Criterios espirométricos de <b>obstrucción severa</b> (VEMS &lt;30%) o criterios de deficit restrictivo severo (CV forzada &lt;40% / DLCO &lt;40%)</li> <li>• <b>Criterios gasométricos</b> basales de <b>oxigenoterapia crónica domiciliaria.</b></li> <li>• Necesidad <b>corticoterapia</b> continuada</li> <li>• <b>Insuficiencia cardiaca sintomática</b> asociada</li> </ul>
<b>Enfermedad cardiaca crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disnea</b> de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones</li> <li>• <b>Insuficiencia cardiaca</b> NYHA estadio III o IV, <b>enfermedad valvular</b> severa no quirúrgica o <b>enfermedad coronaria</b> no revascularizable</li> <li>• <b>Ecocardiografía</b> basal: FE &lt;30% o HTAP severa (PAPs&gt; 60)</li> <li>• <b>Insuficiencia renal</b> asociada (FG &lt;30 l / min)</li> <li>• Asociación con <b>insuficiencia renal e hiponatremia persistente</b></li> </ul>
<b>Demencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GDS ≥ 6c</b></li> <li>• Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional</li> </ul>
<b>Fragilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Índice Fragilidad ≥ 0.5</b> (Rockwood K et al, 2005)</li> <li>• <b>Evaluación geriátrica integral</b> sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)</li> </ul>
<b>Enfermedad neurológica vascular (ictus)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Durante la fase aguda y subaguda</b> (&lt;3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia&gt; 3 días</li> <li>• <b>Durante la fase crónica</b> (&gt; 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)</li> </ul>
<b>Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Deterioro progresivo</b> de la función física y / o cognitivas</li> <li>• <b>Síntomas complejos</b> y difíciles de controlar</li> <li>• <b>Disfagia</b> / trastorno del habla persistente</li> <li>• Dificultades crecientes de comunicación</li> <li>• <b>Neumonía</b> por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria</li> </ul>
<b>Enfermedad hepática crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirrosis avanzada</b> estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na&gt; 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento.</li> <li>• <b>Carcinoma hepatocelular</b> en estadio C o D</li> </ul>
<b>Insuficiencia renal crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia renal severa (FG &lt;15) en pacientes no candidatos o con</li> <li>• rechazo a tratamiento sustitutivo y / o trasplante</li> <li>• Finalización diálisis o fallo trasplante</li> </ul>

(1) Usar instrumentos validados de severidad y/o pronóstico en función experiencia y evidencia. (2) En todos los casos, valorar también distress emocional o impacto funcional severos en paciente (y/o impacto familia) como criterio de necesidades paliativas. (3) En todos los casos, valorar dilemas éticos en toma de decisiones. (4) Valorar siempre combinación con multi-morbilidad

### c. Cálculo de muestras finitas

Primero se calcula la muestra según la fórmula para muestras finitas

$$n = \frac{z^2 pq N}{z^2 pq + e^2 (N - 1)}$$

***Dónde:***

N= tamaño de la población = 126

z = Nivel de confianza (95% = Z= 1.96)

p = Proporción de la población que tiene atributo deseado= 0,5

q = Proporción de la población que tiene atributo deseado= 1-p

e = Erro estándar esperado = 5% (0.05)

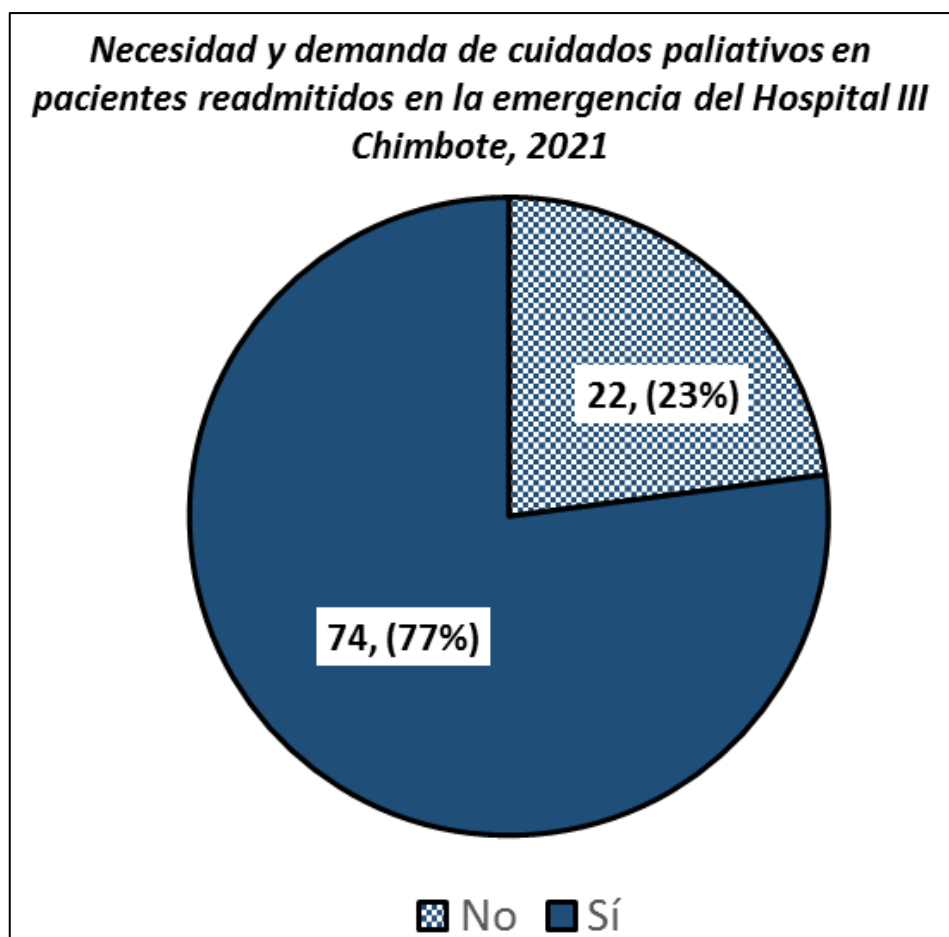
n= Tamaño de la muestra

***Resultado:***

$$n = \frac{1,96^2 (0.5 * 0.5 * 126)}{1,96^2 (0.5 * 0.5) + 0.05^2 (126 - 1)}$$

*n = 96 pacientes readmitidos*

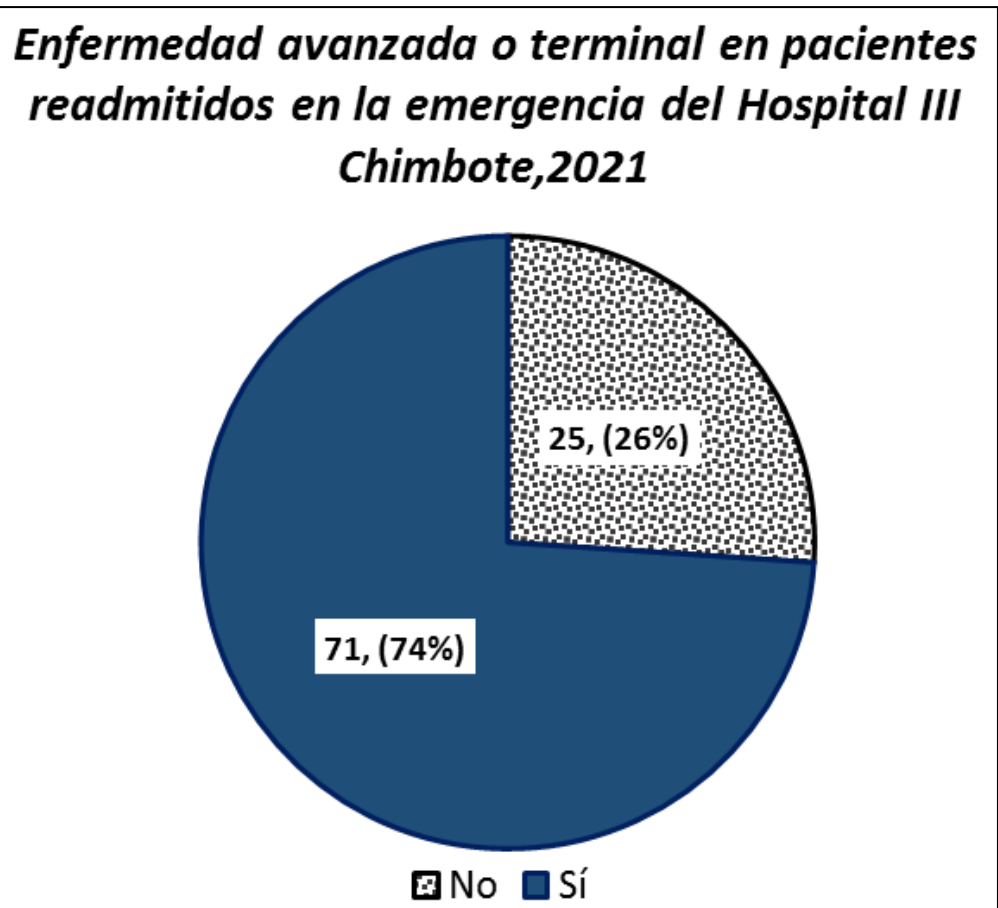
d. Gráficos



*Fuente: Elaboración Propia*

Gráfico 1.

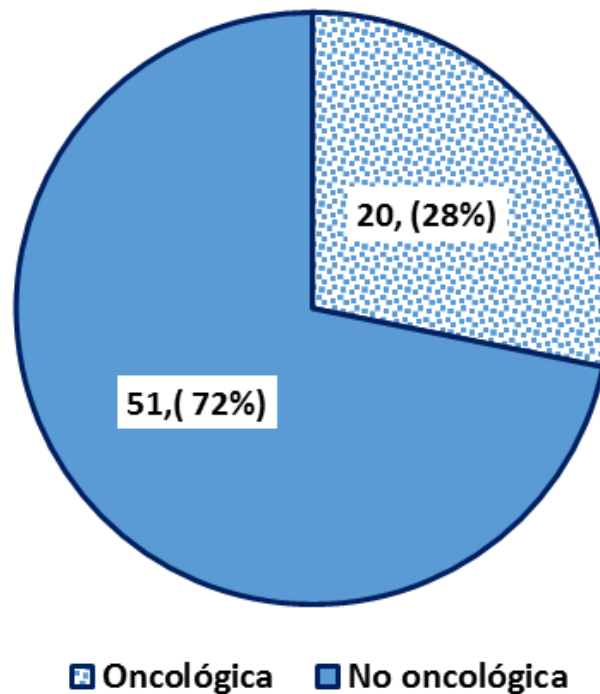
*Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021*



Grafica 2

*Enfermedad avanzada o terminal en pacientes readmitidos en la emergencia del Hospital III Chimbote,. 2021*

***Enfermedad avanzada o terminal predominante en los pacientes readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021***



Gráfica 3.

*Enfermedad avanzada o terminal predominante en los pacientes readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, según total de casos, 2021*

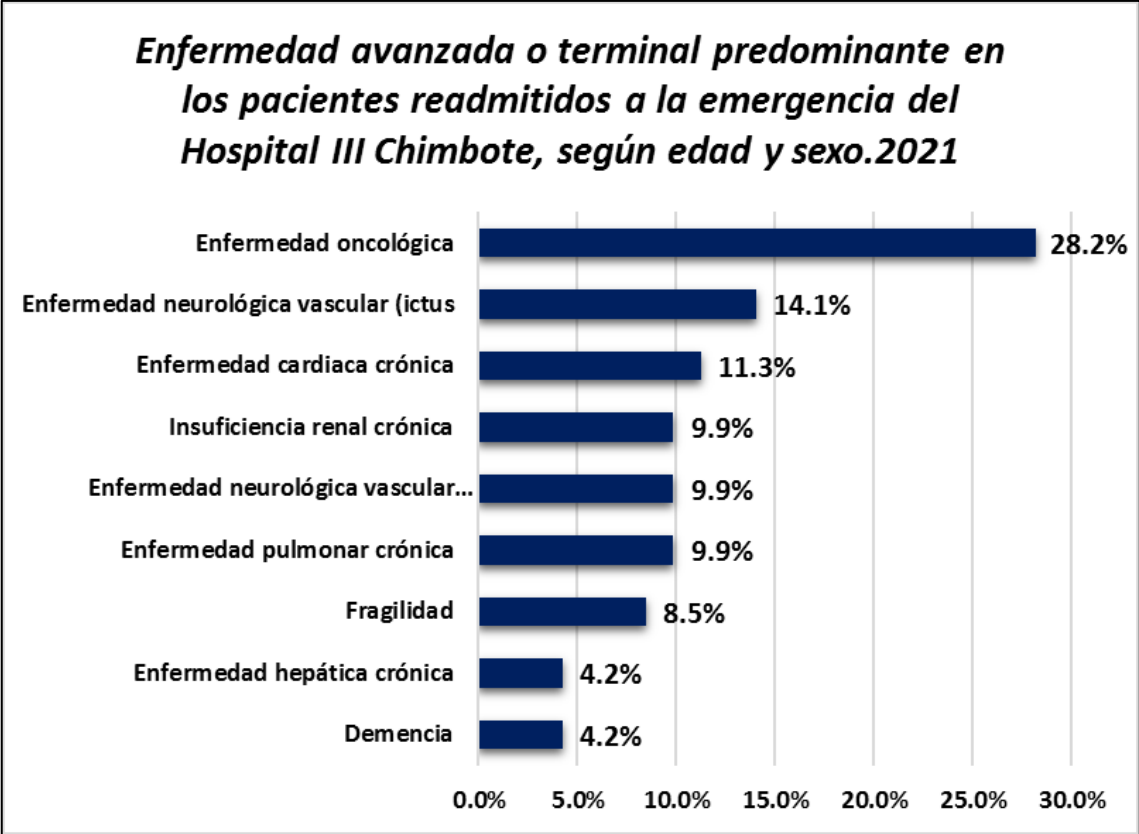


Gráfico 4

*Enfermedad avanzada o terminal predominante en los pacientes readmitidos a la emergencia del Hospital III Chimbote, 2021*



**USP**  
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

## REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

<b>1. Información del Autor</b>			
<b>MORE VALLADARES ARMANDO DEIVI</b>		<b>40665865</b>	<b>deivimore@gmail.com</b>
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
<b>2. Tipo de Documento de Investigación</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
<b>3. Grado Académico o Título Profesional <sup>1</sup></b>			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input checked="" type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
<b>4. Título del Documento de Investigación</b>			
<p><b>“Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en Emergencia, Chimbote 2021”</b></p>			
<b>5. Programa Académico</b>			
<p>Maestro en Ciencias de la Salud con mención en Gestión de los Servicios de Salud</p>			
<b>6. Tipo de Acceso al Documento</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público <sup>3</sup> (info:eu-repo/semantics/openAccess)	<input type="checkbox"/> Acceso restringido <sup>4</sup> (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)		
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

### A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

### B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS <sup>5</sup>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. <sup>6</sup>

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	20	10	2025



Firma

#### Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035. Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

Nota. - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley 27444, art. 32, núm. 32.3).

# Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos en emergencia Chimbote, 2021

## INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>%</b>	<b>8%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>www.sefap.org</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>3</b>	<b>www.elsevier.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.unheval.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.who.int</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>core.ac.uk</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

9	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
10	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	<1 %
13	<a href="http://docusalut.com">docusalut.com</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://dspace.unitru.edu.pe">dspace.unitru.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://repositorio.usanpedro.edu.pe">repositorio.usanpedro.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://digibug.ugr.es">digibug.ugr.es</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1 %
20	Submitted to Universidad Católica Boliviana "San Pablo"	<1 %

---

21 [flauc-openaccess.urosario.edu.co](http://flauc-openaccess.urosario.edu.co) <1 %  
Fuente de Internet

---

22 [repositorio.uwiener.edu.pe](http://repositorio.uwiener.edu.pe) <1 %  
Fuente de Internet

---

23 [repositorio.unan.edu.ni](http://repositorio.unan.edu.ni) <1 %  
Fuente de Internet

---

24 [cmhnaaa.org.pe](http://cmhnaaa.org.pe) <1 %  
Fuente de Internet

---

25 [www.phrplus.org](http://www.phrplus.org) <1 %  
Fuente de Internet

---

26 Submitted to Columbia Central University <1 %  
Trabajo del estudiante

---

27 [repositorio.udec.cl](http://repositorio.udec.cl) <1 %  
Fuente de Internet

---

28 [dianasalud.com](http://dianasalud.com) <1 %  
Fuente de Internet

---

29 [observatorio.campus-virtual.org](http://observatorio.campus-virtual.org) <1 %  
Fuente de Internet

---

30 [search.bvsalud.org](http://search.bvsalud.org) <1 %  
Fuente de Internet

---

31 [www.medicinapaliativa.es](http://www.medicinapaliativa.es) <1 %  
Fuente de Internet

---

32 [aspects.org.ua](http://aspects.org.ua)

Fuente de Internet

<1 %

33

[mirror.ippf.org](http://mirror.ippf.org)

Fuente de Internet

<1 %

34

[renatiqa.sunedu.gob.pe](http://renatiqa.sunedu.gob.pe)

Fuente de Internet

<1 %

35

[revistas.urp.edu.pe](http://revistas.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

36

[www.clinmedjournals.org](http://www.clinmedjournals.org)

Fuente de Internet

<1 %

37

[diprece.minsal.cl](http://diprece.minsal.cl)

Fuente de Internet

<1 %

38

[explic.info](http://explic.info)

Fuente de Internet

<1 %

39

[repositori.tecnocampus.cat](http://repositori.tecnocampus.cat)

Fuente de Internet

<1 %

40

[repositorio.unj.edu.pe](http://repositorio.unj.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

41

Submitted to ueb

Trabajo del estudiante

<1 %

42

[www.diariooficial.interior.gob.cl](http://www.diariooficial.interior.gob.cl)

Fuente de Internet

<1 %

43

[www.fom.de](http://www.fom.de)

Fuente de Internet

<1 %

44	<a href="http://www.nursingcenter.com">www.nursingcenter.com</a> Fuente de Internet	<1 %
45	<a href="http://www.psiquiatria.com">www.psiquiatria.com</a> Fuente de Internet	<1 %
46	<a href="http://bases.bireme.br">bases.bireme.br</a> Fuente de Internet	<1 %
47	<a href="http://publicaciones.iberro.edu.co">publicaciones.iberro.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
48	<a href="http://revistahorizonte.ujat.mx">revistahorizonte.ujat.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
49	<a href="http://vsip.info">vsip.info</a> Fuente de Internet	<1 %
50	<a href="http://www.cochrane.org">www.cochrane.org</a> Fuente de Internet	<1 %
51	<a href="http://www.sld.cu">www.sld.cu</a> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía

Activo