



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

**ESTUDIO CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES
PALIATIVOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA PERIODO 2018**

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de investigación

Presentado para obtener el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORES: ZOILA ALEXANDRA ACERO GUAMÁN

THALÍA CRISTINA CARRIÓN PATIÑO

Riobamba – Ecuador

2019

©2019, Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor

Nosotros, Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, declaramos que el presente trabajo de titulación es de nuestra autoría y los resultados de este son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autores asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 09 de Julio del 2019.



Zoila Alexandra Acero Guamán
0302182910



Thalía Cristina Carrión Patiño
23000070501

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA


El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo: Proyecto de Investigación, **ESTUDIO CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES PALIATIVOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA PERIODO 2018**, realizado por las señoritas **ZOILA ALEXANDRA ACERO GUAMÁN** y **THALÍA CRISTINA CARRIÓN PATIÑO**, han sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

FIRMA

FECHA

DR. ALEJANDRO JESUS BERMUDEZ GARCELL

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

 02/07/2019


DR. MAURO OSWALDO ALULEMA ALVARO

**DIRECTOR/A DEL TRABAJO
DE TITULACION**

 02.07.2019

DR. SEGUNDO JULIAN CHUQUIZALA CHAFLA

MIEMBRO DE TRIBUNAL

 02/07/2019

DEDICATORIA

Dedico el presente proyecto de titulación a lo fundamental y vital en mi vida; mis padres, Manuel Acero e Isabel Guamán, que con su ejemplo, guía y dedicación me enseñan hasta el día de hoy que los sueños se pueden alcanzar con esperanza y esfuerzo, que los límites son pensamientos retrógrados, cuando la actitud está de por medio. Los amo padres. A mi hermano Oscar y mi esposo Carlos por brindarme siempre su apoyo incondicional. Y a mi hija Samantha Isabel que es el motor para continuar con mis metas. Todo esfuerzo es inútil si no crees en ti mismo. El final de la vida es un momento sagrado y más que una buena medicina requiere humanidad

Zoila Alexandra Acero Guamán

El presente trabajo lo dedico primero a Dios y a quienes siempre estuvieron dándome ánimos y ese empujón necesario para no rendirme, mis padres Franklin Carrión y Catalina Patiño, a mis hermanos Franklin, Ibeth y Carlos por confiar en mí y verme como un ejemplo, a mi hija Martina Isabel, mi rayo de luz que con sus palabras de “ cura pronto a todos los enfermitos para que luego me cures a mi” me ha dado fuerzas para seguir en mi sueño de toda la vida, y por último pero no menos importante a mis sobrinas que me inspiran amor, en fin se lo dedico a mi familia como motor fundamental de todo mi esfuerzo y progreso.

Thalía Cristina Carrión Patiño

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las bendiciones que recibo cada día y por esta mentalidad de perseverancia para nunca rendirme. A la Carrera de Medicina de la ESPOCH, que se ha ganado mi aprecio conforme ha transcurrido mi etapa estudiantil, para mi posterior formación como profesional. A mis profesores Dr. Mauro Alulema y Dr. Julián Chuquizala por el apoyo brindado y la guía para la terminación de nuestro proyecto de titulación. Al Hospital Provincial General Docente de Riobamba por la iniciativa de brindarnos su apoyo para la realización de este proyecto de investigación. A mi familia por su apoyo incondicional y por ayudarme a creer que aún existen personas que no te dejarán caer y si así lo haces, serán los primeros en ayudar a levantarte.

Zoila Alexandra Acero Guamán

Agradezco a Dios que con su infinita bondad me ha bendecido cada día y no me ha dejado sola en los momentos más difíciles. A la carrera de medicina de la ESPOCH, por los conocimientos brindados y las experiencias preprofesionales y de compañerismo que he adquirido. A mis profesores Dr. Mauro Alulema y Dr. Julián Chuquizala por el apoyo brindado y la guía para la terminación de nuestro proyecto de titulación. Al Hospital General Docente de Riobamba por permitirme fortalecer mis destrezas, valores y conocimientos importantes para mi formación profesional. A mi futuro esposo y colega Mario Oña por apoyarme en mis actividades hospitalarias, muchas veces desvelándose conmigo, gracias por la confianza y amor; a mi familia a quien dedico mis triunfos y agradezco su paciencia y constancia porque por ellos estoy en este hermoso mundo de la medicina.

Thalía Cristina Carrión Patiño

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	ix
SUMMARY	x
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema o necesidad	2
Delimitación del problema	3
Objetivos	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Justificación	4
CAPÍTULO I	0
1. MARCO TEORICO	0
1.1. Historia de los Cuidados Paliativos.	0
1.2. Expansión Internacional de los Cuidados Paliativos	8
1.3. Bases Epidemiológicas de los Cuidados Paliativos	9
1.4. Definición de los Cuidados Paliativos´	10
1.4.1. <i>Criterios de Terminalidad</i>	12
1.5. Principios de los Cuidados Paliativos	12
1.6. Valoración de los síntomas en Cuidados Paliativos	13
1.6.1. <i>Definición del Dolor</i>	14
1.6.2. <i>Clasificación del dolor</i>	14
1.6.3. <i>Características e Intensidad del Dolor</i>	15
1.6.4. <i>Escalera de Analgesia de la OMS modificada</i>	15
1.6.5. <i>Valoración Psicoemocional.</i>	17
1.7. Sufrimiento y Calidad de vida	17
1.8. Situación de los últimos días	17
1.9. Sobrecarga del Cuidador del paciente	18
1.10. Duelo	19
1.10.1. <i>Tipos de Duelo:</i>	19
1.11. Enfermedades Crónicas y Comorbilidades	20
1.11.1. <i>Cáncer</i>	20
1.11.2. <i>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).</i>	20

1.11.3.	<i>Hipertensión arterial</i>	21
1.11.4.	<i>Diabetes Mellitus</i>	21
1.11.5.	<i>Insuficiencia cardiaca (IC)</i>	21
1.11.6.	<i>Anemia</i>	22
1.11.7.	<i>Enfermedad cerebrovascular</i>	22
1.11.8.	<i>Enfermedad Renal Crónica Avanzada</i>	22
1.11.9.	<i>Demencia Avanzada</i>	23
CAPÍTULO II		7
2.	MARCO METODOLÓGICO	7
2.1.	Tipo De Estudio	7
2.2.	Tamaño de la Población	7
2.3.	Criterios de inclusión y exclusión	7
2.4.	Método de recolección de datos	25
2.5.	Hipótesis.	25
2.6.	Análisis de datos	25
2.6.1.	<i>Identificación de Variables.</i>	25
2.6.2.	<i>Operacionalización de Variables</i>	27
CAPÍTULO III		29
3.	MARCO DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
3.1.	Resultados	29
3.2.	Análisis y Discusión	33
CONCLUSIONES		36
RECOMENDACIONES		37
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1-1: Escala numérica del Dolor	15
Gráfico 2-3: Distribución según sexo. Enero - diciembre 2018	30
Gráfico 3-3: Distribución por enfermedades Crónicas y Comorbilidades	30
Gráfico 4-3: Condición clínica del paciente. Enero – diciembre 2018	31
Gráfico 5-3: Sobrecarga del cuidador. Enero – diciembre 2018	32
Gráfico 6-3. Medicación de pacientes en CP. Enero-diciembre 2018	32

RESUMEN

La presente investigación fue realizada con el objetivo de clasificar por grupos de edad, sexo, condición y comorbilidad a los pacientes que requieren de cuidados paliativos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba y conocer el manejo del dolor y otros síntomas frecuentes que se presentan en estos pacientes terminales, con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo se utilizó como metodología, la revisión minuciosa de historias clínicas y el Test de Zarit, así mediante un estudio de tipo no experimental, retrospectivo y descriptivo; se obtuvo como resultados que en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, durante el año 2018 se han atendido un total de 38 pacientes crónicos en cuidados paliativos, se encuentran en el rango de edad entre 40 años a 97 años, con predominio en el sexo masculino, las enfermedades con mayor incidencia que llevaron a necesitar cuidados paliativos son: El adenocarcinoma gástrico, seguido de la Enfermedad Renal Crónica avanzada (IRC) EPOC complicado y el Alzheimer; añadiendo que los pacientes presentaban lesiones por encamamiento. Durante nuestra investigación existió poca demanda de pacientes por la falta de implementación de una unidad de cuidados paliativos sin embargo existe personal médico capacitado que se encarga de la atención de estos pacientes terminales. En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda fortalecer un equipo multidisciplinario que se encargue del seguimiento y control de los pacientes, y que además tengan nexos con áreas de atención primaria y se deja en consideración del lector y comunidad educativa investigar sobre temas relacionados con enfermedades crónicas y catastróficas que llevan a cuidados paliativos, para de esta forma mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: <CUIDADOS PALIATIVOS>, <CÁNCER>, <ENFERMEDADES CRÓNICAS>, <DOLOR>, <ANALGESIA>



SUMMARY

The present investigation was carried out with the objective of classifying by age group, sex, condition and comorbidity the patients that require palliative care in the Hospital Provincial General Docente de Riobamba and consequently to know the pain management and other frequent symptoms that occur in these terminal patients, and define the overload family that represents the care of these patient, the study is non-experimental, retrospective, and descriptive, was used as a methodology, the thorough review of clinical records and the test of Zarit, within the results we obtained that, in the hospital, for the year 2018 have been assessed a total of 38 patients with chronic terminals, with an age range between 40 years to 97 years, predominating the male sex, the diseases with the highest incidence related to this care were, gastric adenocarcinoma, advanced chronic kidney disease, EPOC, complicated, and Alzheimer's; quoting that most injuries by bed rest, in conclusion, the results are similar to those reported in the literature reviewed. It is recommended to strengthen a multi-disciplinary team that is responsible for the monitoring and control of the patients and have links with primary care areas and the educational community to investigate relate to chronic and catastrophic illnesses that lead to palliative care, in order to improve the quality of life.

key-words: <palliative care>, <cancer>, <chronic disease>, <pain>, <analgesia>



INTRODUCCIÓN

La experiencia de la muerte, propia o ajena, es una realidad para la que rara vez nos preparamos, una verdad ineludible, no hay evento en la vida que sea más improvisado, y a su vez misterioso.

La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y neoplásicas aumentan de forma acelerada y el control de sus síntomas en etapas tardías colocan presión en los sistemas de salud. Frente a ese cuadro complejo y desafiante de la realidad, los Cuidados Paliativos se presentan como una forma innovadora de asistencia en el área de la salud.

En muchos países, incluido el nuestro, la existencia de un personal especializado es muy escaso. Los Cuidados Paliativos son aquellas atenciones y cuidados que están dirigidos a las personas con enfermedades avanzadas y a sus familias cuando la expectativa médica ya no es la curación. (Narro Robles, y otros, 2018)

Según la OMS, más de 40 millones de personas fallecen cada año a causa de estas enfermedades, siendo comunes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias, y la diabetes, su desarrollo se ve favorecido por la urbanización rápida y no planificada, el envejecimiento de la población y la generalización de modos de vida poco saludables como la inactividad física, alcohol, tabaco y una dieta malsana. Algunos de estos pacientes, llegan a la última etapa de la enfermedad caracterizados por un alto sufrimiento físico, emocional y una elevada demanda asistencial en estos cuidados. (OMS, 2019) Por esa razón la OMS desde el 2004 busca fortalecer lazos de colaboración con entidades nacionales e internacionales para hacer frente de forma eficaz y oportuna la carencia de estos servicios en el mundo, en especial con mayor énfasis en países de medianos y bajos ingresos. (Sepúlveda Bermedo)

En el Ecuador, el MSP con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con necesidad de atención paliativa y sus familias, en febrero del 2011 decidió elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para lograr el acceso equitativo, oportuno y con enfoque intercultural en todos los niveles de atención. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

De las defunciones ocurridas en el país durante el año 2017, el 35% de los pacientes necesitaba atención en Cuidados Paliativos. (Sanitaria 2000, 2018) A pesar de las estrategias realizadas por dicho

sistema existente un gran déficit en la atención a estos pacientes y su familia es por ello la necesidad de fortalecer este tipo de asistencia sanitaria.

Atendiendo a estas consideraciones es preciso proponer acciones que faciliten la atención, es indudable que los CP no constan aún entre las prioridades del sistema de salud. Se presenta esta investigación con la finalidad de caracterizar un perfil clínico epidemiológico de pacientes del HPGDR en cuidados paliativos, recopilando información sobre el género más susceptible, rango de edad, las enfermedades crónico degenerativas que mayoritariamente llevaron a CP, la condición clínica del paciente, la medicación más frecuente usada en este grupo y la sobrecarga del cuidador, posteriormente comparar con datos nacionales e internacionales y fortalecer dichos cuidados en esta provincia enfatizando en la atención primaria para mejorar la calidad de vida del paciente y familia.

Planteamiento del problema o necesidad

Según estudios realizados en el año 2014 la OMS, determina que una de cada diez personas enfermas en etapa crónica de todo el mundo necesita de cuidados paliativos. La inexistencia de un hospital especializado en CP para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas es un problema mundial, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro.

En todo el mundo se produjeron 57 millones de defunciones en el año 2015, de los cuales: 36 millones de personas fallecieron por enfermedades no transmisibles, 16 millones fueron causadas por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, según estimaciones del archivo Causes of death 2008 (OMS, 2019)

En Europa existe el mayor número de defunciones, dando un promedio demográfico de 65 años, lo cual está dado por tres principales enfermedades que causan la muerte de una persona: la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Consumo, 2007)

A nivel de Latinoamérica, donde hay menos de dos servicios de cuidados paliativos por millón de habitantes, sólo el 1% de personas al año, recibe estos cuidados. (Pastrana, y otros, 2018)

En Ecuador, la tasa de mortalidad es bastante extensa, se registra en el Censo del año 2015, que el mayor número de defunciones se debe a: la enfermedad isquémica cardíaca en un 7. 82%, seguido de

diabetes mellitus con un 7.05%, la enfermedad cerebrovascular con un 6.34%, trastornos hipertensivos con 5.37%, siendo las más reconocidas. Se registraron 64.790 defunciones, de éstas el 54,9% son hombres y el 45,1% mujeres. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2015)

Según proyecciones el registro nacional de tumores del Ecuador para el 2013, se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes. (Cueva, 2015).

Para el año 2030, los casos de cáncer en el mundo llegarán a 22 millones (75 %), principalmente debido a los cambios en el estilo de vida, el evidente crecimiento demográfico y envejecimiento en la población, que corresponde aproximadamente a un aumento del 70% en los próximos 20 años. Se prevé que 7 de cada 10 casos nuevos, se localizarán en África, Asia y América Latina. (Cueva, 2015)

Al no contar con estudios actualizados sobre cuidados paliativos en la provincia y el Hospital Provincial General Docente de Riobamba que revele la realidad sobre los pacientes que acuden a esta casa de salud, surge la necesidad de recopilar datos clínico – epidemiológicos que demuestren la prevalencia y la caracterización de este grupo poblacional que requieren de CP durante el periodo 2018.

Delimitación del problema

El estudio se realizó en la Provincia de Chimborazo, ciudad de Riobamba en el Hospital Provincial General Docente Riobamba período Enero - diciembre 2018.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar un estudio clínico epidemiológico de pacientes paliativos evaluados en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba para destacar la importancia de la inclusión de los Cuidados Paliativos dentro del Sistema de Salud en el país.

Objetivos Específicos

- Clasificar por grupos de edad y género a los pacientes que requieren cuidados paliativos.

- Identificar las patologías prevalentes y la condición clínica de los pacientes en cuidados paliativos.
- Determinar el impacto biopsicosocial que se genera en las personas encargadas del cuidado de estos pacientes.
- Señalar la medicación que más frecuentemente recibe el paciente en cuidados paliativos.

Justificación

En Ecuador, la salud ha sido atendida por el Seguro Social e instituciones públicas, pero dichas entidades no contaban con Unidades de Cuidados Paliativos, por lo que los pacientes acudían a entidades privadas como FECUPAL, ABEI, SOLCA, la Fundación JERSEY, SECUP y sus costos se cubrían por las aportaciones al IESS o a su vez financiado por el mismo paciente. En el 2010 se crea la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (SECP), misma que es reconocida por el MSP, además varias fundaciones e instituciones públicas y privadas evalúan a pacientes con necesidad de cuidados paliativos y todos ellos tienen alianzas o convenios con las entidades públicas. (Pastrana T, 2012)

Aunque en Ecuador ya existe una normativa que establece que los hospitales de la red de salud deben tener implementadas áreas de cuidados paliativos, aún no se pone en vigencia. Esto por la falta de especialistas, dificultades para el acceso a los medicamentos que ayudan al control de síntomas, poco conocimiento de los estudiantes, los médicos y la sociedad sobre esta área, por lo que muchos hospitales incluido el Hospital Provincial General Riobamba aun no cuentan con una unidad de cuidados paliativos. (La Hora, 2018)

Algunos años atrás, un paciente diagnosticado con una enfermedad en su etapa terminal era enviado a su domicilio sin apoyo terapéutico ni psicológico, a sufrir el malestar de la enfermedad y simplemente esperar la muerte. La familia también sobrellevaba el mismo dolor del enfermo, con la incertidumbre de no encontrar la manera de ayudar a su ser querido y lo único que esperaban es que termine el sufrimiento. Sin embargo, ahora se pretende que ese paciente que es evaluado en tercer o segundo nivel de atención sea derivado para su control y seguimiento en atención primaria, el personal está en la obligación de brindar la atención pertinente con información adecuada, personalizada y culturalmente adaptada a cada paciente y su familia y los cuidados domiciliarios en casos necesarios hasta el final de la vida para que tengan una muerte digna y en paz. (Ruales, 2018)

La presente investigación tiene como propósito realizar un estudio clínico epidemiológico en pacientes que necesitan de Cuidados Paliativos, con el fin de crear conciencia acerca de la importancia que tiene la atención integral en cada etapa de vida del usuario en todos los niveles de salud pública

CAPÍTULO I

1. MARCO TEORICO

1.1. Historia de los Cuidados Paliativos.

La tradición hipocrática recomendaba no tratar con enfermos incurables y terminales, ya que estas enfermedades eran consideradas castigos divinos, y al tratarlas se podía desafiar a los dioses, que así habían castigado al mortal. En el siglo VI, los griegos llamaban a los primeros hospitales como xenodochium. Varios siglos después, al legalizarse el cristianismo, empiezan a aparecer instituciones cristianas inspiradas en los principios de caridad, a las que se les dio el nombre de hospicios. (García Asencio, 2011)

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión para luego representar el lugar físico donde este sentimiento se percibía. En la Edad Media, al proliferar los hospicios por toda Europa, sirvieron como lugar de acogida para peregrinos, su finalidad inicial era caritativa, pero éstos venían en ocasiones enfermos o moribundos, por lo que empezaron así a dar una cierta asistencia sanitaria, muchos morían sin remedio, y lo único que se podía hacer con ellos era proporcionarles los máximos cuidados hasta su muerte, incidiendo sobre todo en una ayuda espiritual. (Palma, 2007).

En 1842, Francia lidera los cuidados paliativos, fecha en que Mme Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublin y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos, fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas (Fundación Paliar , 2016)

Los Cuidados Paliativos surgieron oficialmente como práctica distinta en el área de la atención en salud en la década de 1960, en el Reino Unido teniendo como pionera a la médica Cicely Saunders (que también era asistente social y enfermera), mientras ejercía como enfermera cuidando a personas con enfermedades incurables, se dedicó, por siete años, a investigar sobre los cuidados que debían tener los pacientes terminales y solucionar la situación de abandono en la que se encontraban en los

grandes hospitales como en sus domicilios. Con el afán de ayudar a estas personas, pensó que hacía falta un sitio diferente a un hospital para atender a estos pacientes, tratar el dolor; donde recibieran cuidados con más amor, ayudados por personal capacitado para atender otras necesidades, por lo que puso en marcha el “movimiento hospice” que daría lugar a lo que actualmente se conoce como cuidados paliativos, mismo que proporciona una atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias no con la finalidad de alargar la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su calidad de vida y cubrir todas sus necesidades. (García Asencio, 2011)

“La palabra de origen griego pallium significa manto o cubierta, haciendo referencia al acto de aliviar síntomas o sufrimiento”. (Palma, 2007)

Inglaterra optó por nombrar Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina.

Desde 1980, la OMS definió por primera vez a 90 países y en 15 idiomas el concepto y los principios de cuidados paliativos adaptándolo a un programa de Control del Cáncer. Una década y media después la Organización Panamericana de la Salud OPS lo introduce a los programas de Medicina Asistencial. En 2002, el concepto fue revisado y ampliado, incluyendo la asistencia a otras enfermedades como el SIDA, enfermedades cardíacas y renales, enfermedades degenerativas y enfermedades neurológicas. En 2004, un nuevo documento publicado por la OMS reitera la necesidad de incluir los cuidados paliativos como parte de la atención integral de la salud, en el tratamiento de todas las enfermedades crónicas, incluyendo la atención a los programas de edad avanzada. El concepto actual de la OMS amplía el horizonte de acción de los cuidados paliativos, pudiendo ser adaptado a las realidades locales, a los recursos disponibles y al perfil epidemiológico de los grupos a ser atendidos. (Fundación Paliar , 2016)

El proyecto de la OMS en el 2004 descubrió que las mayores necesidades de los pacientes en fase terminal de la enfermedad eran: * aliviar el dolor *medicamentos accesibles y asequibles para tratar los síntomas *ayuda económica, por lo que busca fortalecer lazos de colaboración con entidades internacionales y nacionales para hacer frente en forma eficaz y acelerada la carencia de CP para la gran mayoría de los pacientes en el mundo, en especial a aquellos de países de medianos y bajos ingresos. (Sepúlveda Bermedo)

El MSP con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con necesidad de atención paliativa y sus familias, en febrero del 2011 decidió elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para lograr el acceso equitativo, oportuno y con enfoque intercultural en todos los niveles de atención. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

En 2014, la Asamblea Mundial de la Salud instó a la OMS y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud, haciendo hincapié en la atención primaria, comunitaria y domiciliaria. (OMS, 2019)

En Ecuador se encuentra la Unidad de Cuidados Paliativos Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI), comenzó en 1973 en Quito como un servicio de acogida a personas con enfermedades crónicas y adultos mayores. En 1996 el Padre Alberto Redaelli instauró la Unidad de Cuidados Paliativos y en 1997 creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL). En Guayaquil el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo inició el servicio de tratamiento de dolor en 1992, y el año el 2000, el servicio de Cuidados Paliativos. (Pastrana, y otros, 2013)

1.2. Expansión Internacional de los Cuidados Paliativos

En los cinco continentes los cuidados paliativos han evolucionado con eficiencia dando resultados favorables a pacientes con enfermedades como el cáncer, y otras patologías crónicas que requieren de estos cuidados, expandiendo la filosofía de trabajo y permitiendo un cuidado asistencial mayor. (Palma, 2007)

En Inglaterra, desde los años 70-80 el servicio de CP ha sido financiado por donaciones, en los años 90 el gobierno comienza a cubrir parte de la atención, dando como resultado el éxito Christopher Hospice el cual permitió la expansión del servicio de Hospice o cuidados paliativos a todo el mundo. (Palma, 2007)

En Estados Unidos los CP se incorporan a programas de Control del Dolor desde 1974, inauguran el primer Hospice del país, a partir del cual comenzarían a aparecer el resto, con la finalidad de ayudar a estos pacientes. (Palma, 2007)

En Canadá, a finales de los 70 se desarrolla el programa de CP y desde allí Europa opta por esta estrategia de alivio al dolor. A mediados de los años 80 países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia también se incorporan a los cuidados paliativos y ya en los años 90 toda Latinoamérica incluye el servicio. (Palma, 2007)

En el Caribe y América Latina en comparación con el resto del mundo, los países con mejor desarrollo en Cuidados Paliativos son Costa Rica, Chile y Puerto Rico. (Pastrana, y otros, 2013) (Ver anexo 1)

En Ecuador se encuentra la Unidad de Cuidados Paliativos Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI), comenzó en 1973 en Quito como un servicio de acogida a personas con enfermedades crónicas y adultos mayores. En 1996 el Padre Alberto Redaelli instauró la Unidad de Cuidados Paliativos y en 1997 creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL). En Guayaquil el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo inició el servicio de tratamiento de dolor en 1992, y el año el 2000, el servicio de Cuidados Paliativos. (Pastrana, y otros, 2013)

1.3. Bases Epidemiológicas de los Cuidados Paliativos

De acuerdo con la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos, aunque más de cien millones de personas se benefician de cuidados paliativos anualmente (incluyendo familiares y cuidadores), menos del 8% que necesitan ese tipo de asistencia tienen su acceso garantizado.

En todo el mundo se produjeron 57 millones de defunciones en el año 2015, de los cuales: 36 millones de personas fallecieron por enfermedades no transmisibles, 16 millones fueron causadas por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, según estimaciones del archivo Causes of death 2008 (OMS, 2019)

En Europa existe el mayor número de defunciones, dando un promedio demográfico de 65 años, lo cual está dado por tres principales enfermedades que causan la muerte de una persona: la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Consumo, 2007)

A nivel de Latinoamérica, donde hay menos de dos servicios de cuidados paliativos por millón de habitantes, sólo el 1% de personas al año, recibe estos cuidados.

La OMS valora que más de 50 millones de personas mueren por año, víctimas de enfermedades inevitables, se registra en el Censo del año 2015, que el mayor número de defunciones se debe a: la enfermedad isquémica cardíaca en un 7.82%, seguido de diabetes mellitus con un 7.05%, la enfermedad cerebrovascular con un 6.34%, trastornos hipertensivos con 5.37%, siendo las más reconocidas. Se registraron 64.790 defunciones, de éstas el 54,9% son hombres y el 45,1% mujeres. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2015)

Para el año 2030, los casos de cáncer en el mundo llegarán a 22 millones (75 %), principalmente debido a los cambios en el estilo de vida, el evidente crecimiento demográfico y envejecimiento en la población, que corresponde aproximadamente a un aumento del 70% en los próximos 20 años. Se prevé que 7 de cada 10 casos nuevos, se localizarán en África, Asia y América Latina. (Cueva, 2015)

En el Ecuador los Cuidados Paliativos no se conocen de forma masiva, hay esfuerzos locales que no están enlazados en programas o redes de servicio nacional. Se emitió un acuerdo Ministerial en el que se reconoce su importancia y se propuso la creación de unidades específicas en todos los centros públicos. Según proyecciones el registro nacional de tumores del Ecuador para el 2013, se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes. (Cueva, 2015)

1.4. Definición de los Cuidados Paliativos´

El vocablo “paliativo” deriva de la palabra latina *pallium*: palio, capa, manto. Se define como el cuidado activo y total de pacientes con enfermedades que limitan la vida, incluyendo a su grupo familiar, cuando la enfermedad no responde a terapéuticas curativas o que permitan prolongar la vida. (Tripodoro, 2004)

La OMS, define como el enfoque que mejora la vida del paciente por medio de la prevención y el alivio del sufrimiento. Se trata de un enfoque que tiene por objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, proporcionando una atención integral brindada por equipos de trabajo interdisciplinarios. (MSP, 2014)

Estos cuidados están dirigidos a pacientes de cualquier edad, con cáncer y enfermedades crónicas incurables y evolutivas, en situación avanzada o terminal, que ocasionan grave pérdida de la calidad de vida e impide su resolución definitiva. (Gobierno de Colombia y Minsalud, 2018)

Las enfermedades no transmisibles constituyen actualmente uno de los mayores retos que afronta el sistema de salud a nivel mundial, según la OMS, más de 40 millones de personas fallecen cada año a causa de estas enfermedades, siendo comunes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias, y la diabetes, cuyo desarrollo se ve favorecido por la urbanización rápida y no planificada, el envejecimiento de la población y la generalización de modos de vida poco saludables como la inactividad física, alcohol, tabaco y una dieta malsana. (Narro Robles, y otros, 2018)

Algunos pacientes, llegan a la última etapa de la enfermedad, caracterizados por un alto sufrimiento físico, emocional y una elevada demanda asistencial en cuidados paliativos. (Fundación Paliar , 2016)

Son cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles (ENT) y/o crónicas: (Narro Robles, y otros, 2018)

- Enfermedades cardiovasculares (los infartos al miocardio o accidentes cerebrovasculares).
- Cáncer.
- Enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad obstructiva crónica).
- Enfermedades metabólicas (diabetes, insuficiencia renal crónica). (Narro Robles, y otros, 2018)

Estos pacientes necesitan un alivio del dolor, tanto físico, psicológico, social y espiritual. Los cuidados paliativos contienen componentes esenciales que ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente, para permitir una muerte digna y sin dolor y acompañarlos hasta el último momento de su existencia (Tripodoro, 2004)

Los servicios de Oncología fueron incorporados de forma relativamente reciente en hospitales de tercer nivel y la mayoría trabaja en coordinación con SOLCA. Recientemente en el 2017 el MSP expidió la Estrategia Nacional para la Atención Integral en el Ecuador encaminada a la disminución de la incidencia, morbilidad y mortalidad por Cáncer, para controlar los riesgos asociados y mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia. Ahora brinda atención en sus unidades, pero no para hospitalización, sino para la evaluación del paciente y su derivación al Primer Nivel. (Pastrana T, 2012).

1.4.1. Criterios de Terminalidad

Los criterios que se han tomado en cuenta han sido los de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) siendo los siguientes:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- Fase terminal terapéutica: cuando no hay tratamiento curativo para alguna patología.
- Fase terminal biológica: cuando las constantes vitales son incompatibles con la vida.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida no mayor a 6 meses. (SECPAL, 2013)

1.5. Principios de los Cuidados Paliativos

Dentro del programa de Cuidados continuos y medicina Paliativa se incorpora una compasión a las necesidades de atención a pacientes y familiares de quienes sufren enfermedades crónicas e incurables, de tal forma que, los cuidados paliativos tienen sus principios:

- Identificar al paciente de todas las edades con las enfermedades crónicas o terminales
- En el plan de tratamiento debe estar incluido las necesidades de los pacientes y familiares para poder tomar cualquier decisión en base a la responsabilidad de los involucrados.
- En el momento que el paciente ingresa al programa de cuidados paliativos se acompañará hasta la muerte y después de ello, en el duelo.
- El cuidado brindado al paciente se dará para la evaluación integral, aliviar el dolor y el sufrimiento por medio de un tratamiento psicológico, social y espiritual.
- En el programa se contará con profesionales aptos para el cuidado paliativo del paciente y su trabajo será interdisciplinario.
- Para una eficiencia en el tratamiento aplicado al paciente es muy importante la comunicación del especialista con el paciente y sus familiares, ya que para poder trabajar en equipo se debe tener confianza y utilizar estrategias, habilidades y actitudes positivas.

El equipo de trabajo deberá tener conocimientos y habilidades en relación con la estimación del pronóstico de vida, el reconocimiento de signos y síntomas que son propios de una muerte inminente y el reconocimiento que debe existir con las necesidades del paciente y familiares antes y después de su muerte. (Palma, 2007)

1.6. Valoración de los síntomas en Cuidados Paliativos

Se considera que, tras el diagnóstico, existen varias fases: *a)* una etapa inicial de estabilidad en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración del estado funcional *b)* Etapa sintomática, caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria *c)* Etapa de declive, en la que las complicaciones están presentes de forma continua o se objetiva un deterioro funcional importante y, *d)* Etapa final o agónica con pronóstico de vida inferior a 1 - 5 días. La entrada en la agonía está precedida normalmente por un período de postración progresiva en cama con astenia profunda, somnolencia- confusión, indiferencia a estímulos, poca ingesta, disminución del estado de alerta, retención urinaria y fiebre, con la aparición de alteraciones respiratorias y de signos y síntomas nuevos. (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2011)

Es de gran utilidad la sensación subjetiva del paciente, lo que permite medir el nivel de percepción del dolor y de otros síntomas, de esta forma los especialistas determinarán una conducta a seguir. (Alfaro Lara Verónica, 2015) (Ver anexo 1)

Los pacientes con enfermedad crónica o terminal son a menudo, frágiles o con afectación multiorgánica y polimedicados y por lo tanto con riesgo de iatrogenia.

Por esta razón los profesionales y cuidadores deben tratar los síntomas de forma efectiva, manteniendo el máximo confort del paciente y minimizando los efectos adversos y los inconvenientes del tratamiento. El síntoma que más adolece un paciente en CP es el dolor, por lo que, la medicación principal a utilizar es la analgesia como método para contrarrestar las molestias producidas por la enfermedad. (MINSALUD, 2016)

Para expresar la intensidad de estos síntomas existen numerosas herramientas validadas para pacientes oncológicos, como la escala de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). (Carvajal Valcárcel, y otros, 2013) (ver anexo 1)

1.6.1. Definición del Dolor

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como «una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial». El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en la fase final de la vida y puede afectar hasta al 96% de los pacientes con cáncer. (MSP, 2014)

La naturaleza multidimensional del dolor en CP requiere un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras. (MSP, 2014)

El personal encargado de la farmacéutica conoce que las personas con enfermedades crónicas terminales son vulnerables, por lo que se debe atender con mucha inteligencia y poner cuidado en cómo se dirige hacia la persona afectada. El dolor causa discomfort y muchas veces desesperación, el reto del profesional y cuidadores está en tratar a los síntomas de forma efectiva manteniendo la satisfacción corporal del paciente y minimizar los efectos de la enfermedad. (MSP, 2014)

1.6.2. Clasificación del dolor

Según la Duración:

- Agudo: producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
- Crónico: dolor fuerte sin descanso.
- Irruptivo: dolor de intensidad moderada.

Según su Fisiopatología:

- Dolor somático: dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas.
- Dolor visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal.
- Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas.
- Dolor Mixto: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

(MSP 2014. Cuidados paliativos. Guía práctica Clínica.)

1.6.3. Características e Intensidad del Dolor

Se pueden utilizar varias escalas

- Categórica-verbal: *Leve *Moderado *Grave *Muy grave
- Numérica: escala del 1 al 10
- Visual-analógica: EVA es la más utilizada en nuestro medio. (MSP, 2014)



Gráfico 1-1: Escala numérica del Dolor

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2019

1.6.4. Escalera de Analgesia de la OMS modificada

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente, se sabe que con su uso se consigue un elevado porcentaje de alivio del dolor, entre un 69% y 100% de los casos. (MSP, 2014)

Primer escalón: corresponde a los analgésicos no opioides (paracetamol). Los AINES (ketorolaco, diclofenaco, metamizol), se han mostrado eficaces frente al placebo. Los AINES son la primera opción en el dolor de etiología ósea, como es el caso de las metástasis (Ver anexo 2)

Segundo escalón: corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína y tramadol. Existe un amplio acuerdo sobre la posibilidad de asociar los fármacos del primer escalón con los fármacos de los escalones siguientes. Las características del dolor y una evaluación cuidadosa de cada caso determinan la decisión sobre el uso de esta asociación.

Tercer escalón: está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es la morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía intravenosa o subcutánea. Se debe comenzar con morfina oral cada 4 horas hasta conseguir una analgesia adecuada, una vez alcanzada, puede cambiarse a morfina de acción retardada.

La Oxycodona no aporta ventajas frente a la morfina oral como opioide de primera elección, sin embargo, por falta de recursos en el HPGDR es el analgésico de primera elección, con efecto analgésico, ansiolítico y sedante.

Fentanilo no es más eficaz que morfina oral, no existe en el país. (Tarro, y otros, 2004).

Buprenorfina puede administrarse por vía oral, parenteral y también mediante administración transdérmica. Su efecto por esta vía dura 84 horas. (Tarro, y otros, 2004)

1.6.4.1. Efectos Secundarios de los Opioides

Las estrategias terapéuticas posibles en el manejo de los efectos adversos de los opioides son: reducción de la dosis o supresión del fármaco, cambio de la vía de administración, rotación del opioide y tratamiento sintomático de los efectos adversos. La primera de ellas puede ser eficaz siempre que se utilice analgesia alternativa, pero esta situación es poco frecuente (Tarro, y otros, 2004). (Ver anexo 2).

1.6.4.2. Analgésicos Coadyuvantes

Dentro de los analgésicos coadyuvantes se incluyen fármacos de clases muy diversas, cuyas indicaciones primarias no son la analgesia, pero se convierten en analgésicos reales en algunas circunstancias especiales. Conviene señalar ciertos principios generales que ayudarán a utilizarlos favorablemente. (Ver anexo 2)

- Los fármacos coadyuvantes, constituyen una buena alternativa antes de recurrir a técnicas invasivas (infiltración, bloqueo de nervios, vía espinal, etc.);
- Es preciso familiarizarse con su dosificación, reacciones adversas que pueden ser limitantes, y aún más en asociación con otros analgésicos.
- Cada paciente es un caso distinto y exige un tratamiento individualizado, su respuesta es el único indicador que define la eficacia.

- Ante un dolor crónico intenso de tipo neuropático, es preciso clarificar los objetivos terapéuticos que quizá hayan de circunscribirse a metas más limitadas sin pretender un alivio total. (MSP, 2014)

1.6.5. Valoración Psicoemocional.

El paciente con estado terminal llega a sentir un bajo nivel de autoestima, que le produce una fragilidad psíquica y conlleva a que quede totalmente aislado y el estado de ánimo se vuelve vulnerable, lo que acumula sufrimiento en su familia, provocando un riesgo de duelo patológico.

Reacciones emocionales no adaptativas: el paciente comienza a tener afrontamientos no apropiados, toda reacción a su alrededor les molesta, llegando al punto de desear estar solos.

Depresión o ansiedad: Puede acelerar la muerte del individuo, teniendo como reflejo a los sentimientos de inutilidad, culpa o desesperación, anhedonia, inexpresividad, baja reactividad emocional, escasa verbalización, insomnio tardío o de conciliación de sueño.

1.7. Sufrimiento y Calidad de vida

Sufrimiento: Ha sido definido por Chapman y Gavrin como «un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. (Gasteiz, 2008)

Calidad de vida: La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil definir y medir. En el contexto de los CP, se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, de llevar una vida normal y amena, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. De esta manera, en la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual. (Gasteiz, 2008)

1.8. Situación de los últimos días

En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia. Estas necesidades requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar, el confort

físico, emocional, espiritual y a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; así mismo apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible.

En CP se entiende por sedación, la administración de fármacos adecuados para reducir el nivel de conciencia con el objetivo de disminuir o anular la percepción por parte del paciente de síntomas, que, por su elevada intensidad o nula respuesta a los tratamientos habitualmente empleados, producirían un sufrimiento. (Gasteiz, 2008)

1.9. Sobrecarga del Cuidador del paciente

Cuidador es la persona encargada de atender al enfermo, convirtiéndose de esta manera en el principal responsable de velar por su bienestar y suele ser su portavoz.

Al asumir el rol de cuidador es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, con consecuencias como el deterioro de la salud mental, social y física, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, aislamiento social, empeoramiento de la situación económica, familiar y en general, aumento de la morbilidad. El rol desempeñado por el cuidador generalmente permite que el paciente se integre durante más tiempo en su entorno y permanezca en mejores condiciones (Breinbauer, y otros, 2009)

La familia es un factor muy importante dentro de los cuidados paliativos, ya que su apoyo es indispensable para el funcionamiento del tratamiento, los pacientes requieren tener presente sus creencias, valores o el mismo ambiente de hogar. (Alfaro Lara Verónica, 2015)

El cáncer es una de las enfermedades que genera mayor impacto tanto en las personas afectadas como en la familia ya que sufren su propio proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad.

Estos cuidados pueden causar deterioro neurocognitivo o diversas alteraciones físicas, tales como dolor muscular, cefaleas, alteraciones del sueño, alteraciones de movilidad, pérdida de apetito y peso o fatiga y de padecer ciertas enfermedades debido a los efectos del estrés en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal o inmunológico.

La “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (EZ) permite identificar el nivel de sobrecarga que presenta la persona o personas encargadas del cuidado del paciente. La prueba es una herramienta de gran confiabilidad, consta de 22 preguntas, cuyos resultados se suman en un puntaje total. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). La sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa. Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. (Breinbauer, y otros, 2009). (Ver anexo 2)

El cuidado en la etapa final de la vida generalmente incluye el cuidado paliativo domiciliario, excepto cuando el enfermo está solo o no tiene familiares que le proporcione el soporte y asistencia que necesita, por lo que se requiere un cuidado formal. Los cuidadores informales son miembros de la familia, amigos o vecinos, que prestan cuidados en casa de forma no remunerada. Estas personas asumen una considerable carga psicológica, física y emocional en el cuidado de estos pacientes. (Rodrigues Gomes, 2010)

1.10. Duelo

Se define el duelo humano como la reacción natural matizada por el entorno sociocultural normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido. (Gasteiz, 2008)

Los familiares son quienes más sufren con la pérdida de un ser querido, ya que no volver a verlo produce angustia, desesperación e incluso la pérdida de ánimos por vivir, es bastante complicado llegar a esta fase terminal, porque en personas vulnerables produce alteraciones psicopatológicas y riesgo de desarrollar depresión, trastornos de ansiedad, abusos de medicamentos, entre otros.

1.10.1. Tipos de Duelo:

- **Duelo anticipado:** la familia conoce del estado terminal del paciente con anticipación y se preparan emocionalmente para la ausencia de ese ser querido.
- **Duelo no complicado:** hay un impacto normal por la pérdida, de duración muy variable, según cada persona y sus circunstancias.
- **Duelo complicado:** puede ser un duelo tardío, es decir que el fallecimiento puede producirse al día siguiente o tras varios años de vida, pero con complicaciones hasta llegar a su etapa final.

- **Duelo crónico:** es aquel donde el paciente padece de dolor hasta llegar a su fallecimiento, muchas veces las creencias religiosas pueden ayudar al doliente. Suele haber una gran dependencia emocional asociada a sintomatología depresiva que aumentan el riesgo de suicidio. (Alfaro Lara Verónica, 2015)
- **Duelo traumático:** el fallecimiento es inesperado y a veces no queda tiempo de despedirse de sus seres queridos, se cierran los ciclos, dando una reacción de desmayo profundo.

1.11. Enfermedades Crónicas y Comorbilidades

En la actualidad la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles ha causado un gran número de fallecimientos en nuestro país y el mundo, muchas veces conducen a condiciones que posteriormente pueden llevar al paciente a necesitar de Cuidados Paliativos.

1.11.1. Cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. (OMS, 2019)

Según la definición de Barbacci: “Los tumores o ‘neoplasias’ son proliferaciones anormales de los ‘tejidos’ que se inician de manera espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”. Las tres características principales de los tumores son: 1) forman una masa anormal de células. 2) poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control. 3) tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó. (Fernandez, 2016)

1.11.2. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Es un proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo respiratorio que no es completamente reversible. La limitación al flujo es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos” (Fernández Guerra J, 2015)

La EPOC no es una enfermedad curable, pero existen tratamientos que pueden retrasar su progresión., la deshabitación del consumo de tabaco es la medida más eficaz para prevenir y frenar su desarrollo.

El objetivo del tratamiento farmacológico es prevenir y controlar los síntomas de la enfermedad para reducir la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones y mejorar el estado general de salud de los pacientes. (Calle Rubio Myriam, 2010)

1.11.3. Hipertensión arterial

La presión arterial alta indica presiones arteriales mayores de 120/80 mmHg. Es un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo. Por otro lado, la morbilidad y la mortalidad en el hipertenso está condicionada por las numerosas conexiones patogénicas comunes entre la HTA y los factores de riesgo coronario como son la dislipidemia, la obesidad o la diabetes lo que explica la alta prevalencia de estas afecciones en el paciente, determinando un incremento exponencial de su riesgo cardiovascular, que obliga a un enfoque diagnóstico terapéutico multifactorial y al mismo tiempo a una selección de los fármacos sin repercusión negativa sobre estas afecciones. (Sellén Crombet, 2007)

1.11.4. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un problema de salud de gran impacto sanitario y global, con una gran prevalencia, siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, potenciada, además, por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la obesidad la hipertensión arterial y la dislipemia. (Guía de Respuestas en Diabetes, 2014)

1.11.5. Insuficiencia cardíaca (IC)

Es un síndrome complejo que resulta de cualquier anomalía estructural o funcional que compromete el llenado o la eyección ventricular. Puede resultar de alteraciones del pericardio, miocardio, vasos coronarios, de las válvulas, de los grandes vasos o de ciertas anomalías metabólicas. Los síntomas y signos que una persona con insuficiencia cardíaca presenta son, entre otros: desplazamiento del choque de la punta, soplos de insuficiencias valvulares, crepitaciones pulmonares, hepatomegalia, ascitis, palidez y frialdad.

La falla cardíaca avanzada se caracteriza por compromiso circulatorio que requiere opciones avanzadas de tratamiento, un paciente con falla cardíaca terminal y que no es candidato para trasplante fluctúa con síntomas que condicionan el deterioro de la calidad de vida y finalmente la muerte.

(Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Ministerio de Salud, 2015)

1.11.6. Anemia

En pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas se presenta con una prevalencia superior al 77% en hombres y del 68,2% en mujeres. Su etiopatogenia es multifactorial por déficit de Hierro (hemorragia, malabsorción), déficit de ácido fólico y vitamina. B12, infiltración medular, hemólisis.

Es considerada una enfermedad, aunque en algunos casos no es evidente la presencia de síntomas. Clínicamente, por tratarse de anemias crónicas, sus manifestaciones son astenia, anorexia, debilidad, disnea al esfuerzo, taquicardia, alteraciones cognitivas, edemas periféricos, mareos, etc. (Pita Rodríguez, y otros, 2007)

1.11.7. Enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular es un grupo heterogéneo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos. Incluye también las condiciones en las cuales el proceso primario es de naturaleza hemorrágica. (Collazos, 2014)

1.11.8. Enfermedad Renal Crónica Avanzada

La Enfermedad Renal Crónica se presenta asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como son la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, muchos de estos pacientes son pluripatológicos y crónicos complejos. (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 2015)

Los cuidados paliativos son una opción de tratamiento de tipo conservador, sobre todo en pacientes ancianos con mal estado funcional y elevada comorbilidad, de esta forma ayuda en la mejora de la

calidad de vida y los cuidados permanentes del paciente. Este tratamiento no incluye la Diálisis. (Dirección GeneralL de Sslud Publica, Calidad E Innovación, 2015)

1.11.9. Demencia Avanzada

Deterioro cognitivo muy severo, el individuo es incapaz de reconocer a los que lo rodean y de comunicarse con coherencia, etc. Puede presentar complicaciones médicas como neumonía por aspiración, infecciones de tracto urinario, sepsis, fiebre recurrente, dificultad para deglutir, entre otros. La presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, gran impacto emocional en el paciente, familiares y con pronóstico de vida limitado que definen al paciente subsidiario de cuidados paliativos, están presentes en la mayoría de los pacientes con demencia en sus fases más avanzadas (Illuacas, y otros, 2011)

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo De Estudio

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptiva, retrospectiva y transversal; se recolectó datos de todos los pacientes que han sido evaluados por el equipo de CP en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, mediante la revisión de las historias clínicas, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2018

2.2. Tamaño de la Población

La población asignada a la investigación es 38 pacientes de CP evaluados en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, del área de archivos, se tomó la información necesaria para obtener los resultados esperados.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Todos los pacientes que cumplan los criterios establecidos en la normativa de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del MSP del Ecuador, mismos que fueron evaluados en el HPGDR en el periodo enero-diciembre del 2018 y que fueron referidos a primer nivel para su control y seguimiento:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- Fase terminal terapéutica: cuando no hay tratamiento curativo para alguna patología.
- Fase terminal biológica: cuando las constantes vitales son incompatibles con la vida.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Criterios de exclusión

- Se excluye a todos aquellos pacientes que no cumplan con los criterios establecidos en la normativa de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del MSP del Ecuador.
- Se excluye enfermedades incurables en períodos iniciales o aquellas que estén estabilizadas o en fase de remisión.

2.4. Método de recolección de datos

Para la realización del presente trabajo se elaboró una tabla en Excel, con información necesaria para la recolección de datos primarios, previa revisión de las historias clínicas del departamento de estadística de los pacientes que recibieron atención por el equipo de cuidados paliativos. Además de la información obtenida de las historias clínicas, se recolectó datos del formulario del Test de Zarit que se encuentra disponible en el departamento de Trabajo Social del Hospital.

2.5. Hipótesis.

Una adecuada valoración de pacientes en cuidados paliativos por un equipo interdisciplinario mejoraría el estado final de su enfermedad.

2.6. Análisis de datos

Con la información recopilada en la base de datos de Excel se elaboró tablas para el análisis de dichos datos

Una vez obtenida la información se procedió a aplicar estadísticas de frecuencia y porcentaje, con lo cual los resultados fueron representados a través de tablas y gráficas, para facilitar la interpretación y el análisis de la información obtenida.

2.6.1. Identificación de Variables.

2.6.1.1. Variable Independiente.

Estudio Clínico Epidemiológico de Pacientes Paliativos

2.6.1.2. Variable Dependiente

- Edad
- Sexo
- Condición clínica
- Enfermedades crónicas y comorbilidades
- Medicación Paliativa
- Sobrecarga del cuidador del paciente

2.6.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Condición biológica que define al genero	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino
Edad del paciente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la atención medica	Años cumplidos	40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 90-97
Condición Clínica	Estado funcional relacionado con la salud física y mental o el bienestar del usuario.	Estado clínico	Oxígeno dependiente, escaras, discapacidad física, discapacidad mental, sonda vesical permanente
Enfermedades crónicas y comorbilidades	Existe una segunda enfermedad (o más) al mismo tiempo que la enfermedad primaria o se producen síntomas secundarios al mismo tiempo que el síntoma principal.	Tipo de enfermedad	Enfermedades crónico-degenerativas y concomitantes.
Medicación paliativa	Tratamiento de base medicamentosa utilizado para el alivio del dolor y otros síntomas.	Familia de fármacos	AINES paracetamol Analgésicos de acción central Diuréticos Laxantes Antieméticos Protectores gástricos Antidepresivos

Sobrecarga del cuidador del paciente	Efecto de saturación u ocupación completa del cuidador que impide su funcionamiento normal.	Nivel de sobrecarga	Ausencia de Sobrecarga Sobrecarga Ligera Sobrecarga Intensa
---	---	---------------------	---

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

CAPÍTULO III

3. MARCO DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

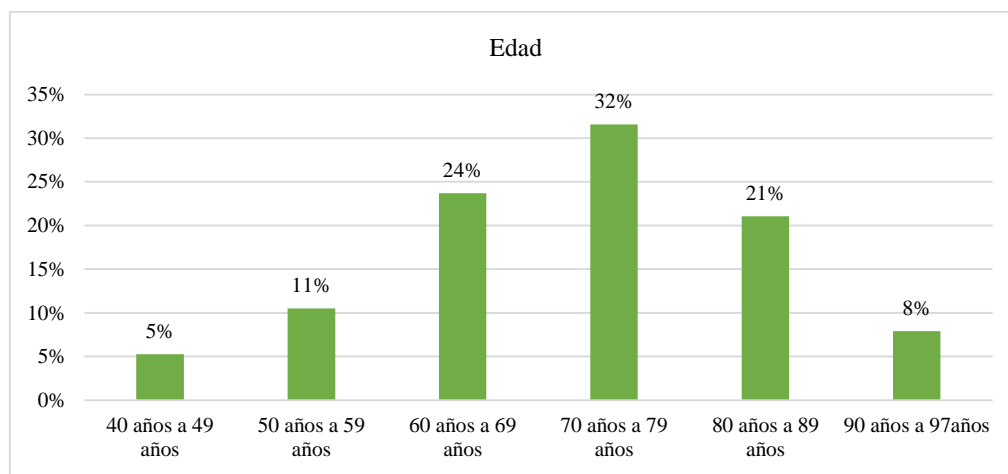


Gráfico 1-3: Distribución según la edad. Enero – diciembre 2018

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

En el gráfico se observa un predominio de edad entre 70 a 79 años (32%), seguida de 60 a 69 años que corresponde al 24%.

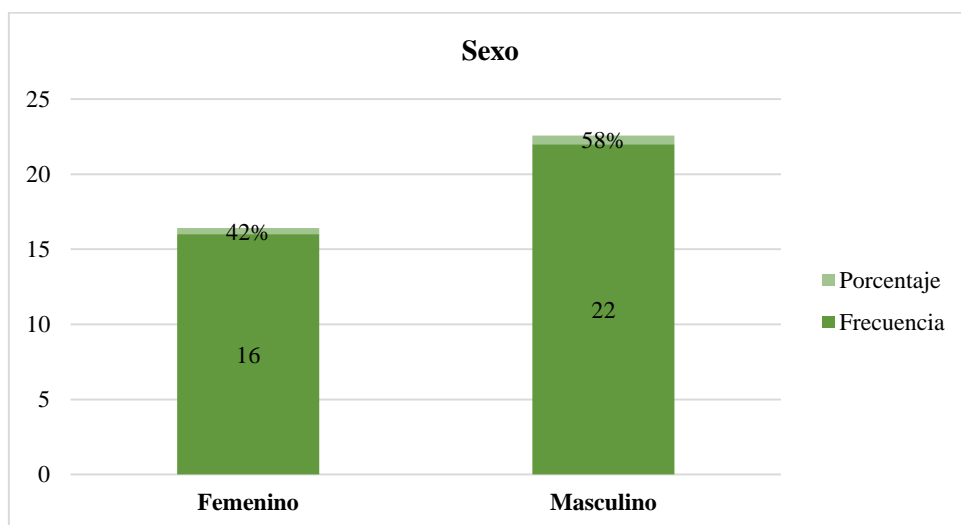


Gráfico 2-3: Distribución según sexo. Enero - diciembre 2018

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

La gráfica refleja una mayor incidencia del sexo masculino con un 58% sobre el femenino con el 42%.

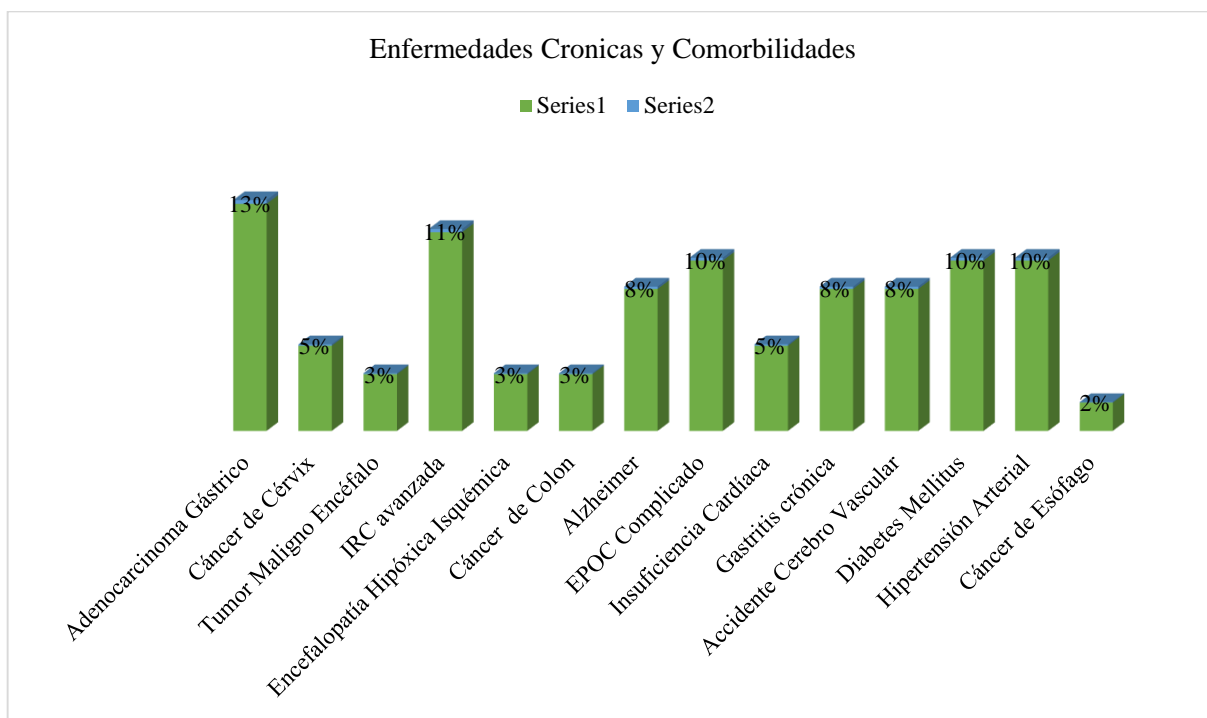


Gráfico 3-3: Distribución por enfermedades Crónicas y Comorbilidades. Enero. - diciembre 2018

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

La patología predominante en este grupo es el adenocarcinoma gástrico con el 13%) la insuficiencia renal crónica avanzada (11%); otras patologías incidieron con menor frecuencia. Es de señalar que algunos de éstos paciente tuvieron más de una comorbilidad.

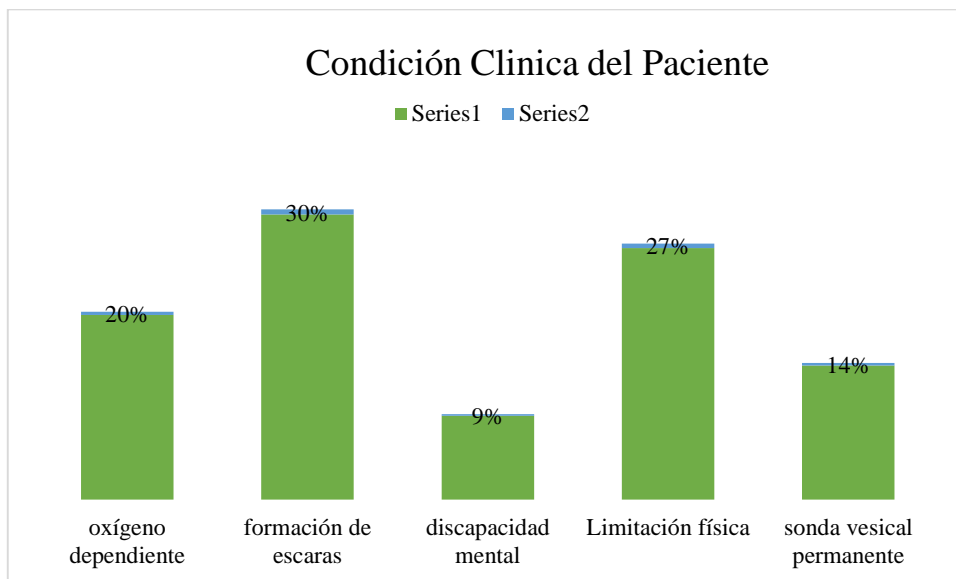


Gráfico 4-3: Condición clínica del paciente. Enero – diciembre 2018

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

El 30% de estos pacientes presentaron úlceras de presión, el 27% limitación física y un 20% son oxígeno dependiente. Cabe recalcar que algunos de estos pacientes presentaron dos o más condiciones clínicas diferentes.

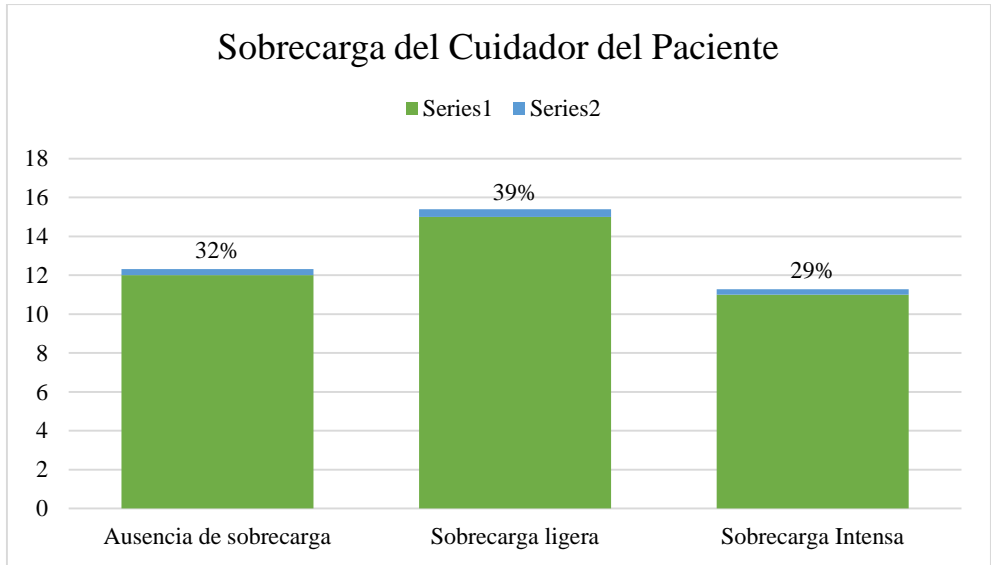


Gráfico 5-3: Sobrecarga del cuidador. Enero – diciembre 2018

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

De acuerdo con el test de Zarit aplicado a nuestro estudio el 32% de los cuidadores de nuestros pacientes no percibe sobrecarga, el 39% sobrecarga ligera y el 29% una sobrecarga intensa.

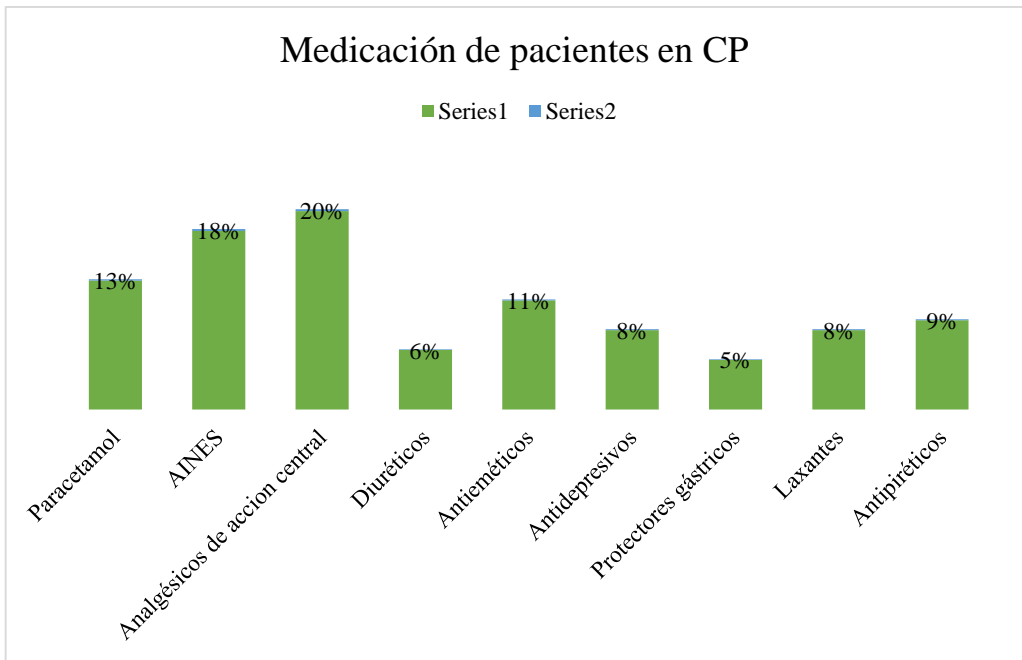


Gráfico 6-3. Medicación de pacientes en CP. Enero-diciembre 2018

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2019

Los analgésicos de acción central son los fármacos que más utilizan este grupo de pacientes en un 20%, AINES en un 18%, paracetamol en un 13%; otros medicamentos se utilizan con menor frecuencia.

3.2. Análisis y Discusión

Se dedujo que los pacientes que acuden con mayor frecuencia al hospital por una enfermedad crónica terminal o catastrófica se encuentran entre los 60 y 89 años, con predominio del sexo masculino. De acuerdo con un estudio realizado por el Sistema Sanitario de Navarra-España, se identificó al género masculino como grupo predominante de ser susceptible y requerir CP con una edad media de 76-78 años, estos datos coinciden con los resultados encontrados en nuestro estudio, los que podrían estar relacionados con los numerosos factores de riesgo, en hombres existe un mayor de consumo de alcohol y tabaco desde edades muy tempranas, además el ajeteo laboral combinado con dietas poco saludables, predisponen a padecer enfermedades crónicas desde edades tempranas. (Martínez, y otros, 2018)

Las enfermedades que con mayor frecuencia conllevan a necesitar cuidados paliativos según nuestro estudio son las patologías neoplásicas, regida por el cáncer de estómago, estos hallazgos coinciden con la información revisada en el documento Estrategia Nacional para el Control de Cáncer en Ecuador, que menciona factores de riesgo como la exposición a carcinógenos (físicos, químicos, biológicos), las infecciones crónicas por *Helicobacter Pylori*, virus del papiloma humano (VPH) y de la hepatitis B y C, que son los principales responsables de la aparición de aproximadamente 2 millones de casos nuevos de cáncer cada año en el mundo. Los tipos de cáncer relacionados con estas infecciones son: cáncer gástrico, cervicouterino, de canal anal, pene, vagina, orofaríngeo y hepatocarcinoma. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Otras de las afecciones encontradas en nuestro grupo de estudio son las enfermedades no transmisibles como son la IRC, EPOC complicado, Diabetes Mellitus, Accidente cerebrovascular, etc. Según la literatura revisada las patologías más frecuentes en poblaciones susceptibles de CP fueron significativamente mayor para cáncer (86,8%), EPOC (38,4%), y menor para demencias y Alzheimer (20,5%), y Parkinson (0,4% de 2,9%). (Martínez, y otros, 2018)

A nuestro criterio la presencia de factores de riesgo conducen a una mayor predisposición de padecer enfermedades crónicas, según el Informe de la OMS acerca de la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles señala las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria relativas a las enfermedades no transmisibles encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol y tabaco, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal y la hipertensión; detener el aumento de la obesidad y la diabetes, y mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares y el acceso a tecnologías básicas y medicamentos. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Si bien la anemia no es una patología específica que conlleve a cuidados paliativos es de recalcar que existió un gran número de pacientes con cuadros anémicos secundarios a otras patologías. En el Manual para el Manejo del paciente en cuidados paliativos se encontró una prevalencia de anemia del 77% en hombres y del 68,2% en mujeres. Cuando se trata de anemias crónicas asociadas a un proceso tumoral, sus manifestaciones se pueden superponer a las propias del proceso oncológico: astenia, anorexia, debilidad, disnea al esfuerzo, taquicardia, alteraciones cognitivas, edemas periféricos, mareos (Illuacas, y otros, 2011).

El 30% de los pacientes estudiados presentaron formación de escaras. De acuerdo con la literatura el paciente en fase terminal debido a diversas causas como: alteraciones nutricionales, deshidratación, disminución de la movilidad, tratamientos con radiaciones o incontinencia, presenta un riesgo muy alto de sufrir lesiones en la piel como por ejemplo las úlceras por presión. Las medidas de prevención son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

En relación con el nivel de sobrecarga, ligera e intensa, en los cuidadores de estos pacientes, se evidenció un porcentaje del 39% y 29% respectivamente; estos resultados, comparados con un artículo publicado por Elsevier España, en una muestra de 155 personas, indica que en los cuidadores que pertenecen a un grupo o asociaciones de CP el 60,8% no tenían sobrecarga y un 39,2% presentaban sobrecarga leve e intensa, apareciendo diferencias con el grupo de quienes no pertenecían a ninguna asociación, el cual presentaba en mayor medida sobrecarga leve 37,2%, e intensa 27%. Lo que demuestra que la sobrecarga y sus consecuencias aparecen mayoritariamente en la familia o cuidadores que no cuentan con apoyo adicional. (Navarro, y otros, 2019)

La medicación que más utilizan son los analgésicos de acción central para controlar el dolor, cabe recalcar que tras la valoración interdisciplinaria en el área hospitalaria el paciente recibe medicación de acuerdo con la indicación del especialista por su patología de base y comorbilidades. Pero una vez que reciba el alta es indispensable que la medicación que recibe el paciente sea mínima, se recomienda 4 fármacos, uno de ellos la Morfina ya que en esta etapa lo que se trata es controlar el dolor y otros síntomas que aquejen al paciente. Otros analgésicos opioides como el Tramal, Oxycodona y Buprenorfina suplen a la morfina ya que este último no se encuentra disponible en nuestro medio.(Ministerio de Salud Pública, 2014)

CONCLUSIONES

- El grupo etario más afectado fue entre los 70 y 79, con mayor tendencia por el género masculino asociado a una mayor incidencia de factores de riesgo en este grupo.
- Las enfermedades crónico-degenerativas que más prevalecen son el cáncer gástrico, la insuficiencia renal crónica avanzada y EPOC complicado las cuáles ameritan cuidados paliativos.
- Las úlceras de presión fue la condición clínica mayormente presente en este grupo, esto puede ser debido al encamamiento prolongado y la falta de cambios posturales.
- La medicación más utilizada fueron los analgésicos de acción central, seguidos de los AINES.
- De acuerdo con el test de Zarit, en los encargados de pacientes en cuidados paliativos se evidenció que la mayoría percibió sobrecarga ligera en un 39%, lo que indica la probabilidad de un impacto biopsicosocial negativo.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer un equipo interdisciplinario que se encargue del seguimiento y control de los pacientes, y que además tengan nexos con áreas de atención primaria.
- Una vez que el paciente es evaluado en el área hospitalaria a través de un equipo interdisciplinario es importante referirlo a un Centro de Salud cercano a su domicilio para su control y seguimiento, de esta forma mejorar su calidad de vida hasta el último minuto de existencia.
- El tratamiento farmacológico previo al alta hospitalaria debe ser solamente el necesario para controlar el dolor y otros síntomas de la enfermedad terminal, siendo la Morfina el medicamento de primera elección.
- Se deja en consideración del lector y comunidad educativa investigar sobre temas relacionados con enfermedades crónicas y catastróficas que llevan a cuidados paliativos, poniendo énfasis en la disminución de los factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Lara Verónica, Jara Ternero Vega, Aguilera González Carmen. Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos. Editorial Grunenthal [en línea], 2015, (Barcelona) 1(2-5), p.21-79. [Consulta: 2018-12-15]. ISBN 978-84-697-4587-8. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Manual%20bolsillo%20cuidados%20paliativos%20ONLINE.pdf>

Braselli, Adelina, y otros. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH- SIDA) – guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas [en línea], 2006, (Uruguay), p.14-16. [Consulta: 2019-01-15]. Disponible en: https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/hts_policy_uruguay.pdf

Breinbauer, Hayo, y otros. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. [En línea] 2009. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>.

Calle Rubio Myriam, Lobo Álvarez Miguel Ángel, Marzo Castillejo Mercè, Mascarós Balaguer Enrique, Mascort Roca Juan José, Sala Llinás Ernest. Atención Integral con pacientes de enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica Editorial semfyc [en línea], 2010, (Barcelona), p.3-7. [Consulta: 2018-12-15]. ISBN 978-84-96761-93-3. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf

Carvajal Valcárcel, Ana, Martínez García, Marina y Centeno Cortés, Carlos. Medicina Paliativa. Medes [en línea], 2013 (España) 20(4): 143-149 [Consulta: 20-noviembre-2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13000529?via%3Dihub>

Ciencia y Salud. Calidad de vida [blog]. [Consulta: 20 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.significados.com/calidad-de-vida/>.

Collazos, Mario Muñoz. Enfermedad cerebrovascular Editorial Bogotá [en línea], 2010, (Bogotá) 26(2), p.1-3. [Consulta: 2018-12-15]. ISBN 0120-8748. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v26n2/v26n2a02.pdf>

Cueva, Patricia. Salud Total. [En línea] 6 de Abril de 2015. [Consulta el: 29 de Mayo de 2019.] Disponible en : <https://www.saludsapersonas.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador>.

Roberto Kenk. Manual para la familia. Editorial Hojokey [En línea] 2013(España), p. 33-46 [Consulta: 2019-01-15]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/manualfamilia.pdf>

Dirección General de Salud Pública, Calidad E Innovación. Documento Marco sobre Enfermedad Renal crónica dentro de Estrategia de Abordaje a la Cronicidad., [en línea], 2015, (España), p. 10-15. [Consulta: 2019-01-14]. Disponible en: https://www.senefro.org/modules/noticias/images/enfermedad_renal_cronica_2015.pdf

Fernández Guerra J, García Jiménez J.M, Marín Sánchez F. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [en línea], 2008, (España), p. 279-281. [Consulta: 2019-01-14]. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/EB03-25%20EPOC%20estable.pdf>

Fernández, Cristina. Manual de Enfermería Oncológica: [en línea], 2016, (Argentina) 1(1-3), p.20-50. [Consulta: 2018-12-15]. ISBN 9789872881191. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>

Fundación Paliar . 2016. [En línea] 2016. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: <https://www.fundacionpaliar.org.ar/que-son-los-cuidados-paliativos/>.

Frías, Manuel & Pallarés-Carratalá, Vicente & Polo García, J & Bertomeu Durá, L & M Comas Samper, J & Buitrago Ramírez, F. Fenotipos metabólicos relacionados al índice visceral de adiposidad en mujeres incluidas en el IBERICAN.ResearchGate[en línea], 2017, (España), pp.2 [Consulta: 2018-12-15]. DOI: 10.13140/RG.2.2.24538.0352. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321017310_Fenotipos_metabolicos_relacionados_al_indice_viscerale_de_adiposidad_en_mujeres_incluidas_en_el_IBERICAN

García Asencio, María José. 2011. Evolución Histórica de los Cuidados Paliativos. Revisión Bibliográfica. [En línea] 2011. [Consulta el: 20 de Junio de 2019.] Disponible en: http://www.cuidarypaliar.es/wpcontent/uploads/2016/04/EVOLUCION_HISTORICA_DE_LOS_CUIDADOS_PALIATIVOS._REVISION_BIBLIOGRAFICA.pdf.

Gobierno de Colombia y Minsalud. 2018. Abecé. [En línea] 20 de Septiembre de 2018. [Consulta el: 29 de Mayo de 2019.] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Editorial Vasco [en línea], 2008, (España), p.49-61. [Consulta: 2018-12-15]. ISBN 978-84-457-2733-1. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/cuidadosPaliativos.pdf

Guamán, Diego, & Haro Alejandra. La eficacia del tratamiento fisioterapéutico en pacientes que presenta gonartrosis que acuden al departamento de fisiatría del hospital provincial general docente Riobamba en el período de julio a diciembre de 2013. [En línea] (Tesis) (Maestría) Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba – Ecuador.2014. pp.20-23. [Consulta: 2019-03-23]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1130>

Illuacas, Paz, y otros. Manual para el Manejo de Pacientes en Cuidados Paliativos. [En línea] 2011. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017095.pdf>. 978-84-939476-0-6.

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Cuidados Paliativos en Pacientes Adultos.* [En línea] 2017. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/440GER.pdf>.

INEC. Estadísticas de nacimientos y defunciones. 2015, [Consulta:2019-03-22]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2015/>

Jiménez Paneque, Rosa. Metodología de la Investigación. [en línea]. La Habana-Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2000. [Consulta: 20 03 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ortopedia/files/2017/12/Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n.pdf>

La Hora. 2018. La Hora. [En línea] 09 de Octubre de 2018. [Citado el: 20 de Junio de 2019.] <https://lahora.com.ec/noticia/1102191994/ecuador-tiene-solo-cuatro-master-en-cuidados-paliativos>.

Martínez, Rios, y otros. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. [En línea] 2018. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/62847/41973>.

Maya, Esther. Métodos y Técnicas de Investigación. [en línea], 2014, (México) 1(1), p.66-74. [Consulta: 2018-12-15]. ISBN 978-97032-5432-3. Disponible en: http://arquitectura.unam.mx/uploads/8/1/1/0/8110907/metodos_y_tecnicas.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. [En línea] 2013. [Consulta el: 20 de Junio de 2019.] Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50311/mod_resource/content/0/Modulo_2/manual_mais_2013_pg37_50.pdf.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Dolor y su Tratamiento. Guía de Buena Práctica Clínica [en línea] Madrid-España: Editorial International Marketing & Communications, S.A. 2004. [Consulta: 20 diciembre 2018]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf

MSP ECUADOR. Cuidados Paliativos [Guía de práctica Clínica]. Quito-Ecuador: Editorial El Telégrafo, 2014. [consulta 20 diciembre 2018]. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.p>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. [En Línea]. Madrid - España: Paseo del Prado, 2007. [Consulta: 23 -03-2019]. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

Ministerio de Salud Pública. 2017. Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador. [En línea] 2017. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf.

Narro Robles, José y Rodrigues, Jesùs & Garcia Moreno, Juan. Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos. [En línea] Julio de 2018. [Consulta el: 20 de Junio de 2019.] Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descarga/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf.

Navarro, Yolanda, y otros. 2019. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. [En línea] 2019. [Consulta el: 22 de Junio de 2019.] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300062>.

OMS. Organización Mundial de la Salud. [En línea] 30 de 4 de 2019. [Consulta el: 22 de Junio de 2019.] Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/18/es/>.

Organización Mundial de la Salud. 2014. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no transmitibles 2014. [En línea] 2014. [Consulta el: 23 de Junio de 2019.] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=DA374E23E10787F373FAB3CFFABD982B?sequence=1.

Del Rio, Ignacia &Palma, Alejandra. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Boletín Escuela de medicina U.C [en línea], 2007, (Chile), p. 16-18. [Consulta: 2018-2-15]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

Pastrana T, De Lima I, Wenk R, Pons JJ, Einsenchlas R, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica 2013. [En Línea]. Houston- USA: IAHPC Press, 2013. [Consulta: 23 -03-2019]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>

Pastrana, Tania y De Lima, Liliana & Batista, Joao. Cuidados Paliativos. Fortaleciendo el Sistema Sociosanitario. [En línea] 2018. [Consulta el: 24 de Junio de 2019.] Disponible en: http://cp-fess.org/wp-content/uploads/2018/10/Abstracts_CP-FeSS_2018_screen-04.10.18.pdf.

Pita Rodríguez, Gisela, Basabe Tuero, Beatriz y Jiménez Acosta, Santa & Mercader Camejo, Onay. *la Anemia: Aspectos Nutricionales, Conceptos Actualizados para su prevención y control.* Cuba : Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 2007.

Poso, Elsa y Cervantes, Maria& Maldonado, Lucia. Atlas de Cuidados Paliativos Latinoamericana de Ecuador. [En línea] 2012. [Consulta el: 22 de Junio de 2018.] Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/11_Ecuador.pdf.

Registro nacional de Tumores. Solca Quito. [En línea] 2017 (Consulta el 08/04/2019).
Disponible en: https://issuu.com/solcaquito/docs/rnt_2010_2013.

De Simone, G. Tripodoro, V. “Manual para estudiantes de la Carrera de Medicina”. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas [en línea],2004, (Buenos Aires), pp. 20-22. [Consulta: 20 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.pallium.org.ar/index.php?s=file_download&id=41

Registro nacional de Tumores. Solca Quito. [En línea] 2017. [Consulta el: 15 de mayo de 2019.]
Disponible en: https://issuu.com/solcaquito/docs/rnt_2010_2013.

Rodríguez Gómez, Ana. “el cuidador y el enfermo en el final de la vida - Familia y/o persona significativa”. Enfermería Global [en línea],2010, (Portugal), pp. 2-6. [Consulta: 20 noviembre 2018].
ISSN 1695-6. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/93841/90481>

Ruales, Jose & Checa, Fernando. 2018. La atención del cáncer en el Ecuador: pasado, presente, futuro. [En línea] 2018. [Consulta el: 22 de Junio de 2019.] Disponible en:
http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/download/1456/1397/.

Sanitaria 2000. Redacción Sanitaria. [En línea] 3 de Agosto de 2018. Conulta el 22/06/2019.
Disponible en: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/saludpublica/el.35-de-las-defunciones-en-el-pa-s-ameritan-atenci-n-paliativa-90963.Published%202017>.

Sellén Crombet, Joaquín. *Hipertension Arterial: Dtagnicos, tratamiento y control.* [ed.] Luz María Rodríguez Cabral. Cuba : Editorial Universitaria, 2007.

Sepúlveda Bermedo, Cecilia. Perspectiva de la OMS para el Desarrollo de los Cuidados Paliativos en el contexto del programa de Control de Càncer en vias de Desarrollo. [En línea] [Consulta el: 20 de Junio de 2019.] Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LA-OMS-Y-LOS-CP-EN-PAISES-EN-DESARROLLO.pdf>.

SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. [en línea], 2013, (España), p. 33-46. [Consulta: 2019-01-15].
Disponible en: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>

Semergen . *S.N. Guia de Respuestas en Diabetes.*. 2014. [ed.] Andalucía SEMERGEN . Granada : s.n., 2014. Disponibel en: <http://www.semergenandalucia.org/docs/libroDiabetes.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Clasificación del desarrollo de los CP en Latinoamérica 2013

GRUPO	CLASIFICACION	N. DE PAISES	PAISES
1	No Hay CP	No se especifica	No se especifica
2	Incipiente	No se especifica	No se especifica
3 ^a	Provisión Aislada	12	Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela
3b	Provisión Generalizada	No se especifica	No se especifica
4 ^a	Integración preliminar con servicios de salud estándar	6	Argentina, Chile, Cuba, Panamá, Perú y Venezuela
4b	Integración avanzada con servicios de salud estándar	1	Costa Rica.

Fuente: Atlas Global de cuidados Paliativos

Causas de mortalidad específica Ecuador 2016.

Causa	Sexo		Total general
	Hombre	Mujer	
Total general	36.905	30.601	67.506
I21 Infarto agudo del miocardio	3.497	2.609	6.106
J18 Neumonía, organismo no especificado	1.401	1.242	2.643
E14 Diabetes mellitus no especificada	1.112	1.248	2.360
E11 Diabetes mellitus tipo 2	1.010	1.193	2.203
K74 Fibrosis y cirrosis del hígado	989	789	1.778
V89 Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de ...	1.320	340	1.660
C16 Tumor maligno del estómago	984	655	1.639
I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva	653	832	1.485
J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónic..	830	621	1.451
N18 Enfermedad renal crónica	624	504	1.128
I10 Hipertensión esencial (primaria)	459	574	1.033
C61 Tumor maligno de la próstata	967		967
I64 Accidente vascular encefálico agudo, no especificado..	469	485	954
I50 Insuficiencia cardíaca	392	502	894
I61 Hemorragia intraencefálica	462	423	885
X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcami..	673	148	821
X59 Exposición a factores no especificados	481	297	778
I63 Infarto cerebral	393	366	759
I67 Otras enfermedades cerebrovasculares	372	387	759
I12 Enfermedad renal hipertensiva	387	354	741
C34 Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	377	348	725
J15 Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	364	345	709
C22 Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intra..	301	394	695
X34 Víctima de terremoto	291	362	653
C50 Tumor maligno de la mama	3	638	641
J84 Otras enfermedades pulmonares intersticiales	368	254	622
C18 Tumor maligno del colon	284	334	618
R54 Senilidad	246	359	605
B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia huma..	406	128	534
I60 Hemorragia subaracnoidea	230	291	521
P22 Dificultad respiratoria del recién nacido	284	200	484
G30 Enfermedad de Alzheimer	168	269	437
C53 Tumor maligno del cuello del útero		414	414
C25 Tumor maligno del páncreas	192	219	411
X95 Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las ..	381	25	406
R09 Otros síntomas y signos que involucran los sistemas..	214	191	405
A41 Otras sepsis	182	209	391
C85 Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	194	143	337

Prevalencia de síntomas según tipo de paciente en CP

Síntomas	Cáncer	SIDA	Insuficiencia Cardíaca	EPOC	Enfermedad Renal
Dolor	35%-96%	63%-80%	41%-77%	34%-77%	47%-50%
Depresión	3%-77%	10%-82%	9%-36%	37%-71%	5%-60%
Ansiedad	13%-79%	8%-34%	49%	51%-75%	39%-70%
Confusión	6%-93%	30%-65%	18%-32%	18%-33%	----

Astenia	32%-90%	54%-85%	69%-82%	68%-80%	73%-87%
Disnea	10%-70%	11%-62%	60%-88%	90%-95%	11%-62%
Insomnio	9%-69%	74%	36%-48%	55%-65%	31%-71%
Náuseas	6%-68%	43%-49%	17%-48%	---	30%-43% N =
Estreñimiento	23%-65%	34%-35%	38%-42%	27%-44%	29%-70%
Diarrea	3%-29%	30%-90%	12%	----	21%
Anorexia	30%-92%	30%-90%	21%-41%	35%-67%	25%-64%

Fuente: MGP 2014. Cuidados paliativos. Guía práctica Clínica

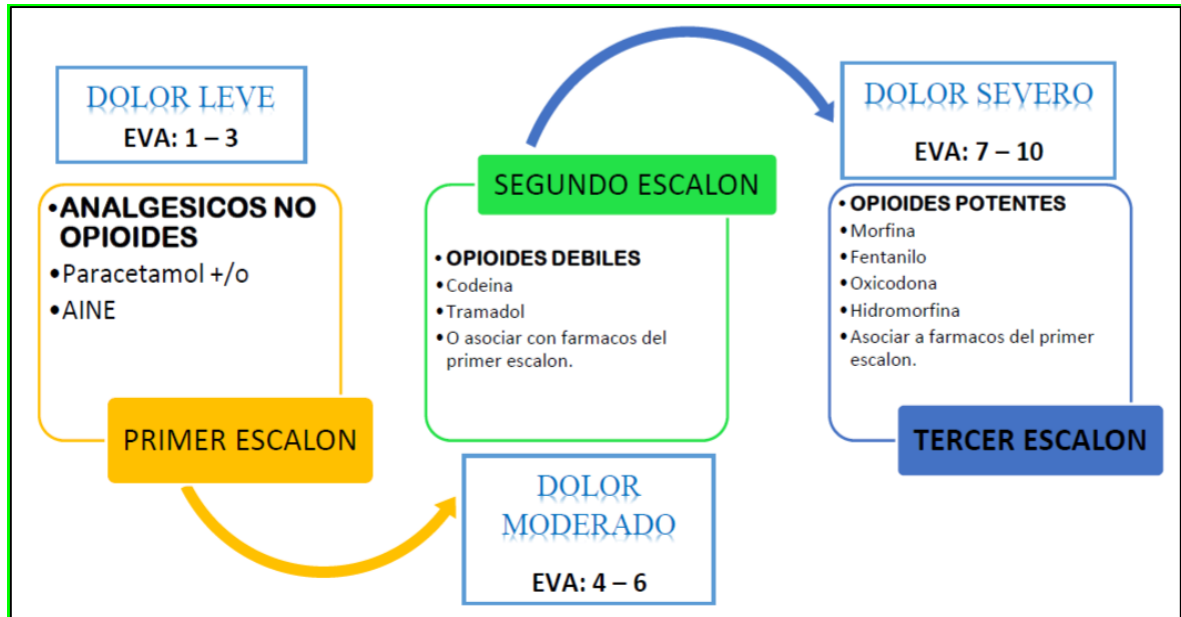
Sistema de evaluación de síntomas de ESAS

Mínimo Síntoma	Intensidad	Máximo Síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dolor
Sin náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náuseas
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima cansancio
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo Bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima Bienestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Fuente: Vance 2014. Cuidados paliativos. Guía práctica Clínica

ANEXO 2

Escala de Analgésicos



Fuente: Tarrío Emilio, 2004. Guía de buena práctica clínica en Dolor y su tratamiento

Efectos Secundarios de los Opioides

	Síntomas	% Incidencia
Gastrointestinales	Náuseas, Vómitos estreñimiento	15-30 40-87
Sistema Nervioso Autónomo	Xerostomía, retención urinaria, hipotensión postural	Sin datos
Sistema Nervioso Central	Sedación, deterioro, cognitivo mioclonías, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones	20-60 Sin datos
Cutáneos	Prurito Hipersudoración	2-10 Sin datos

Fuente: Tarrío Emilio, 2004. Guía de buena práctica clínica en Dolor y su tratamiento

Analgésicos coadyuvantes

Grupo farmacológico	Fármacos
Antidepresivos	Amitriptilina Clomipramina Paroxetina
Anti convulsionantes	Carbamazepina Valproato sódico Clonazepam Gabapentina Topiramato
Anestésicos Locales	Lidocaína (i.v.) Mexiletina (oral)
Neurolépticos	Pimozida Levomepromazina
Ansiolíticos	Diazepam Lorazepam
Corticosteroides	Dexametasona Prednisona Metilprednisolona
Simpaticolíticos	Prazosina Fenoxibenzamina
Tópicos	Capsaicina Anestésicos locales
Agentes varios	Clonidina Baclofén Cafeína

Fuente. Flores J. 2004. Fármacos Y dolor.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Puntuación					
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? "					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Fuente. Flores J. 2004. Fármacos Y dolor.

ANEXO 3

Distribución según edad. Enero - diciembre 2018

Edades	Numero	Porcentajes.
40 años a 49 años	2	5%
50 años a 59 años	4	11%
60 años a 69 años	9	24%
70 años a 79 años	12	32%
80 años a 89 años	8	21%
90 años a 97años	3	8%
TOTAL	38	100%

Fuente: Departamento de estadística HPGDR

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

Distribución según sexo. Enero - diciembre 2018

Variables	Numero	Porcentaje
Femenino	16	42%
Masculino	22	58%
Total	38	100%

Fuente: historias clínicas HPGDR

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2019

Distribución por enfermedades Crónicas y Comorbilidades. Enero. - diciembre 2018

Enfermedades crónicas	Número	Porcentaje
Adenocarcinoma Gástrico	8	13%
Cáncer de Cérvix	3	5%
Tumor Maligno Encéfalo	2	3%
IRC avanzada	7	11%
Encefalopatía Hipóxica Isquémica	2	3%
Cáncer de Colon	2	3%
Alzheimer	5	8%
EPOC Complicado	6	10%
Insuficiencia Cardíaca	3	5%
Gastritis crónica	5	8%
Accidente Cerebro Vascular	5	8%
Diabetes Mellitus	6	10%
Hipertensión Arterial	6	10%
Cáncer de Esófago	1	2%
TOTAL	61	100%

Fuente: historias clínicas HPGDR

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

Condición clínica del paciente. Enero – diciembre 2018

	número	porcentaje
oxígeno dependiente	11	20%
formación de escaras	17	30%
discapacidad mental	5	9%
Limitación física	15	27%
sonda vesical permanente	8	14%
TOTAL	56	100%

Fuente: historias clínicas HPGDR

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

Sobrecarga del cuidador. Enero – diciembre 2018

	Numero	Porcentaje
Ausencia de sobrecarga	12	32%
Sobrecarga ligera	15	39%
Sobrecarga Intensa	11	29%
TOTAL	38	100%

Fuente: Test de Zarit

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2018

Medicación en pacientes con necesidad de CP

MEDICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Paracetamol	13	13%
AINES	18	18%
Analgésicos de acción central	20	20%
Diuréticos	6	6%
Antieméticos	11	11%
Antidepresivos	8	8%
Protectores gástricos	5	5%
Laxantes	8	8%
Antipiréticos	9	9%
TOTAL	98	100%
Porcentaje	100%	

Fuente: historias clínicas HPGDR

Realizado por: Zoila Alexandra Acero Guamán y Thalía Cristina Carrión Patiño, 2019