

ACTIVIDAD II UNIDAD I
ARTICULOS CONTROL DE SINTOMAS

Universidad del Sureste
Medicina Humana
Dra. Ana Laura Domínguez Silva

PRESENTA:

Karen Paola Morales Morales

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

6to semestre y grupo B, Medicina Paliativa.

Comitán de Domínguez, Chiapas

Fecha: 10/03/2021



ARTICULO

1

RESUMEN DEL ARTICULO ROL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Sociedad Americana de Hospicios y Medicina Paliativa

Define la meta de los cuidados paliativos (CP) como: "prevenir y aliviar el sufrimiento y promover la mejor calidad de vida posible para los pacientes que se enfrentan a enfermedades que amenazan la vida o que sean debilitantes.

Es muy importante recalcar que el enfoque de los cuidados paliativos está basado en el paciente y no en su enfermedad, es decir que cada paciente es único y adicionalmente cada situación acerca de este es única también.

El alcance de los cuidados paliativos no está limitado a la etapa terminal de la enfermedad, sino que más bien se inicia en etapas tempranas de la misma. La integración de los cuidados paliativos en los servicios de emergencias puede ayudar a evitar tratamientos innecesarios y procedimientos

que no están relacionados con las metas de atención del paciente.

INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS AL SERVICIO DE EMERGENCIAS	
Los pasos básicos para la integración de los cuidados paliativos al SEM son:	Se han desarrollado cuatro categorías de integración clínica de los CP al SEM
<ul style="list-style-type: none"> Conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario para planear y dirigir los esfuerzos, liderado y conformado por personas comprometidas con el objetivo primordial. 	<ul style="list-style-type: none"> Consultoría tradicional, por medio de la cual se realiza una interconsulta al servicio de medicina paliativa solicitando asesoría.
<ul style="list-style-type: none"> Comprende asesorar las necesidades y recursos para mejorar los CP en el SEM, esto incluye la revisión de literatura y fuentes de información existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Integración Básica, mediante la cual los profesionales de ambos servicios trabajan colectivamente para alcanzar ciertos objetivos/metás.
<ul style="list-style-type: none"> Comprende identificar los recursos locales de CP. 	<ul style="list-style-type: none"> Integración avanzada, en la cual ambos profesionales trabajan en conjunto creando protocolos, pero el profesional de emergencias toma el mando.
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un plan de acción para proyectar las responsabilidades de trabajo y establecer una línea de tiempo. Además de comprometer al equipo del SEM para crear un ambiente de soporte en pro de los CP. 	<ul style="list-style-type: none"> Programas de integración avanzada enfocada en emergencias, en los cuales el emergenciólogo está altamente comprometido y puede inclusive tratarse de un especialista en ambas áreas.

Se ha puesto de manifiesto que los episodios de urgencias están relacionados con el control de síntomas y las complicaciones de la enfermedad. De ahí radica la importancia de identificar correctamente a los pacientes en necesidad de atención en medicina paliativa. En un estudio han llegado a determinar las razones más comunes que llegan los pacientes a SEM las cuales podemos dividir en cuatro grupos: progresión de la enfermedad (55,5%), infección (22,8%), complicaciones relacionadas con el tratamiento (14,7%) y problemas no relacionados con el cáncer.

Si tomamos en cuenta los pacientes acuden a servicios de emergencias principalmente por dolores que son causados por enfermedades en fases terminales, principalmente como es el cáncer. Además de síntomas descontrolados, como náuseas, vómitos o disnea. Así como una angustia emocional a consecuencia de la inminente pérdida de vida. O simplemente el deseo de no morir en el hogar.

Tener en cuenta que el manejo del dolor paliativo no se ha estudiado adecuadamente en el servicio de emergencia. El manejo del dolor en los cuidados paliativos fuera del servicio de emergencia se describe la dosificación a largo plazo como una manera más efectiva de controlar el dolor.

La formación en cuidados paliativos ejerce una influencia positiva sobre la actitud del personal sanitario a la hora de enfrentarse con el paciente terminal; ya que mejora el grado de aceptación a la muerte y por ende la calidad de atención prestada y la perspectiva del manejo del paciente sin opciones terapéuticas.

Es transcendental reconocer que la formación en cuidados paliativos es aplicable a todo profesional sanitario independientemente de su especialidad, ya que son pacientes que se pueden presentar en cualquier consulta y además permite al profesional adquirir una visión global del proceso aumentando la eficacia en su labor. Se han realizado investigaciones entre el personal de salud y un alto porcentaje considera que es necesaria una formación paralela en cuidados paliativos, específicamente en cuanto a la manera de lidiar con las familias y los aspectos éticos relacionados con la atención de estos pacientes.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ROL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

María del Pilar Sánchez

Rivera*¹ Carlos Chaves

Rodriguez²

RESUMEN:

Las consultas de pacientes de cuidados paliativos (CP) (oncológicos y no oncológicos) al Servicio de Emergencias (SEM) se presentan con cierta frecuencia, especialmente cuando se acerca el final de la vida. El enfoque de la medicina paliativa basado en el paciente y su calidad de vida y el enfoque de la medicina de emergencias basado en la enfermedad se encuentran en aparente contraste; y aún no hay normas establecidas acerca del papel de los CP en el SEM. Por otro lado, la educación en CP tanto a estudiantes de medicina, como residentes, especialistas y el personal sanitario en general es escasa. En esta revisión se discute acerca de la importancia de los CP en los SEM, la integración de los mismos, el abordaje, las barreras de atención, los beneficios y el valor de agregar los CP a la formación académica.

PALABRAS CLAVE:

servicios médicos de urgencias, cuidados paliativos, colaboración, educación.

ABSTRACT:

Consultations of palliative care (PC) patients (oncological and non-oncological) to the Emergency Department (ED) occur with a certain frequency, especially when approaching the end of life. The approach of palliative medicine (based on the patient and its quality of life) and the approach of emergency medicine (disease-based) are in apparent divergence; and there are still no established norms on the role of PC in the ED. On the other hand, education in PC to medical students, residents, specialists and general health personnel is scarce. This review discusses the importance of PC in ED, their integration, the approach, the barriers of attention, the benefits and the value of adding PC to academic training.

Key Words:

Emergency medical services; collaboration; palliative care; training.

¹Médico general, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico:

pilar.sr91@gmail.com, ²Médico general, Universidad de Costa Rica.

Recibido para publicación: 01/01/2017

Aceptado: 30/01/2017

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Americana de Hospicios y Medicina Paliativa define la meta de los cuidados paliativos (CP) como “prevenir y aliviar el sufrimiento y promover la mejor calidad de vida posible para los pacientes que se enfrentan a enfermedades que amenazan la vida o que sean debilitantes; y para sus familias, sin importar la etapa de la enfermedad o la necesidad de otras terapias”¹. Por otro lado, la medicina de emergencias es una especialidad que se enfoca principalmente en la intervención de condiciones agudas y tradicionalmente se ha enfocado menos en la paliación de síntomas crónicos². Desde este enfoque parece paradójica la integración de los CP al rol de la medicina en los servicios de emergencias (SEM). Sin embargo, actualmente se ha estado desarrollando una tendencia hacia la atención enfocada en el paciente y no en la enfermedad². Aproximadamente un 20 % de los pacientes de CP acuden al menos una vez al SEM, por lo que cobra importancia el desarrollo paralelo y conjunto de ambas especialidades para garantizar los mejores cuidados al final de la vida que brinden calidad de vida tanto al paciente como a sus familiares.

ENFOQUE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Históricamente los cuidados paliativos se desarrollaron para pacientes con cáncer en etapa terminal; sin embargo, el espectro de enfermedades se ha ampliado, y actualmente incluye enfermedades cardíacas, respiratorias, metabólicas, renales, y neurológicas³.

Es muy importante recalcar que el enfoque de los cuidados paliativos está basado en el paciente y no en su enfermedad, es decir que cada paciente es único y adicionalmente cada situación acerca de este es única también^{3,4}.

El alcance de los cuidados paliativos no está limitado a la etapa terminal de la enfermedad, sino que más bien se inicia en etapas tempranas de la misma. Y es importante además recalcar que no termina con la muerte, ya que incluye el apoyo a las familias en duelo^{5,6}.

Por otro lado, no se debe olvidar que la única manera de proporcionar CP a un paciente, es mediante un abordaje multidisciplinario, por lo que se debería de tener en cuenta los medios de comunicación pertinentes con las diferentes especialidades, tanto para el paciente como para su familia⁷.

Desafortunadamente, pese a todas las medidas que se tomen de previo en los CP del paciente y aun teniendo un CP óptimo, los pacientes se presentarán al SEM cuando su condición angustiante no puede ser manejada⁴.

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SEM

Numerosos estudios han demostrado que el uso de un modelo de atención que integre los cuidados paliativos a la práctica rutinaria en el servicio de emergencias puede proveer beneficios importantes a los pacientes, que incluyen mejoría en la calidad de vida con medidas óptimas de confort, control de síntomas, e inclusive en la literatura reciente se ha dicho que en algunos casos promueve la prolongación de la vida⁸.

En una evaluación de las admisiones en los 90 días previos a la muerte, se reportó que el 65,8% de los pacientes con malignidad fueron admitidos en el SEM durante su último año de vida, y 47% de los pacientes acudieron en múltiples ocasiones en los 90 días previos a su muerte⁹. Además, los datos sugieren que el 51 % de los adultos mayores visitan el servicio de emergencias durante su

último mes de vida³. Otros datos indican que más del 75% de los adultos mayores visitan el servicio de emergencias durante los últimos 6 meses de vida¹⁰.

Como consecuencia de las visitas al SEM en las últimas dos semanas de vida, el 70% de los pacientes de CP resultaron en admisiones hospitalaria¹¹. Consistentemente otros datos muestran que el 77% de los pacientes que visitaron el SEM de emergencia durante el último mes de vida fueron hospitalizados, y un 68% murieron en el hospital en el contexto del SEM¹². Al implementar sistemáticamente los cuidados paliativos de manera rutinaria se disminuyen las consultas al servicio de urgencias desde un 7% hasta un 25%^{11,13}. Sin embargo, a pesar de la notoria necesidad no hay evidencia clara en cuanto a la prevalencia de pacientes gravemente enfermos que necesitan apoyo de cuidados paliativos en situaciones de emergencia⁴.

Usualmente los pacientes se constituyen en su mayoría por hombres que rondan los 70 años. La mayor parte comprenden pacientes oncológicos, y los tumores más frecuentes son los digestivos, pulmonares, urológicos y ginecológicos¹³.

Por otro lado, en los SEM se ha incrementado la consulta de pacientes adultos mayores y con enfermedades complejas quienes están en necesidad de CP para el alivio de exacerbaciones de sus enfermedades crónicas¹⁴. Las enfermedades crónicas tanto en nuestro país como en gran parte del mundo, constituyen la principal causa de muerte, por lo que no es un hecho poco significativo y comprende a una población en aumento.

La importancia de estos datos radica en que una alta tasa de visitas al SEM durante las últimas semanas de vida son indicadores aceptables de pobre calidad de cuidados al final de la vida³. La presencia o ausencia de CP en el SEM dependen extensamente de la cobertura de los CP en el hospital¹⁴.

Se ha relacionado una disminución en la consulta a los SEM con una atención de CP en el hogar por los últimos 6 meses de vida y una intervención de CP avanzada al menos en las últimas dos semanas¹³.

Por ende, se ratifica la necesidad de una actuación coordinada tripartita, para la sistematización de los recursos convencionales de atención primaria y especializada, de los recursos de la atención de urgencias y de los recursos avanzados de cuidados paliativos para garantizar atención de calidad al final de la vida.

INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS AL SERVICIO DE EMERGENCIAS

La integración de los cuidados paliativos en los servicios de emergencias puede ayudar a evitar tratamientos innecesarios y procedimientos que no están relacionados con las metas de atención del paciente².

Los pasos básicos para la integración de los cuidados paliativos al SEM, han sido propuestos por la IPAL-EM (Colaboración para la Mejora de la Atención Paliativa en Medicina De Emergencia, por sus siglas en inglés)^{15,16}. Los pasos son los siguientes:

- 1) El primer paso es la conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario para planear y dirigir los esfuerzos, liderado y conformado por personas comprometidas con el objetivo primordial.
- 2) El segundo paso comprende asesorar las necesidades y recursos para mejorar los CP en el SEM, esto incluye la revisión de literatura y fuentes de información existentes.
- 3) El tercer paso comprende identificar los recursos locales de CP.
- 4) El cuarto y último paso es desarrollar un plan de acción para proyectar las responsabilidades de trabajo y establecer una línea de tiempo. Además de comprometer al equipo del SEM para crear un ambiente de soporte en pro de los CP.

Se han desarrollado cuatro categorías de integración clínica de los cuidados paliativos al servicio de emergencia e incluyen¹⁷:

- 1) Consultoría tradicional, por medio de la cual se realiza una interconsulta al servicio de medicina paliativa solicitando asesoría.
- 2) Integración Básica, mediante la cual los profesionales de ambos servicios trabajan colectivamente para alcanzar ciertos objetivos/metás.
- 3) Integración avanzada, en la cual ambos profesionales trabajan en conjunto creando protocolos, pero el profesional de emergencias toma el mando.
- 4) Programas de integración avanzada enfocada en emergencias, en los cuales el emergenciólogo está altamente comprometido y puede inclusive tratarse de un especialista en ambas áreas.

Cuando los cuidados paliativos se inician en el servicio de emergencia se puede intensificar la atención basada en el paciente, promoviendo las preferencias del paciente y su familia, a través de la referencia adecuada a los recursos que haya en la comunidad y disminuyendo las estadías¹⁰.

TAMIZAJES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Se ha puesto de manifiesto que los episodios de urgencias están relacionados con el control de síntomas y las complicaciones de la enfermedad¹². De ahí radica la importancia de identificar correctamente a los pacientes en necesidad de atención en medicina paliativa.

La utilización de preguntas simples, como; ¿usted se sorprendería si el paciente muere en el próximo año? o ¿usted se sorprendería si el paciente muere durante esta visita? Permiten incorporar el criterio clínico al pronóstico¹⁸.

Un modelo básico consiste en la identificación de aquel paciente con una enfermedad que amenaza su vida y adicionalmente debe cumplir una o más de las siguientes: más de una visita al SEM por la misma condición en los últimos meses, visitas realizadas por dificultad de controlar síntomas físicos o psicológicos, disminución de la función, intolerancia a la alimentación, pérdida de peso no intencional, estrés del cuidador y paciente con necesidad de cuidados por larga data que amerita más soporte³.

La población meta también permite definir criterios de tamizaje, ya que por ejemplo variaría entre los adultos mayores, pacientes con afección de larga data o aquellos con alguna malignidad.

Otro modelo propone la evaluación rápida de CP mediante un ABCD que deber ser realizado durante la examinación inicial en el servicio de emergencias¹⁹. Este se encuentra resumido en el cuadro 1. Esta evaluación toma menos de dos minutos, de acuerdo con opinión de emergenciólogos expertos¹.

CUADRO 1. LOS PRIMEROS PASOS EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE DE CP EN EL SEM.

A) El paciente tiene alguna directriz anticipada sobre las medidas de mantenimiento de la vida? Si las tiene, ¿cuáles son?

B) ¿Cómo puede hacer usted que el paciente se sienta mejor? Este es el nivel de alivio sintomático, mientras se toma la decisión del nivel de resucitación que se haría en caso de hacerse.

C) ¿Hay algún cuidador cerca o que se pueda llamar por teléfono? Si está, tome sus necesidades y deseos en consideración.

D) ¿El paciente tiene capacidad para tomar decisiones?

Fuente: Emanuel L. & Quest T. (Eds). (2008). The education in palliative and end-of-life care project-emergency medicine trainer's guide. *Northwestern University*.

El uso de un sistema de dos niveles en el cual el primer nivel incorpora procesos y recursos preexistentes en el departamento de emergencias tiene mérito¹⁸. Este sistema basado en el personal de emergencias y en sus recursos tiene la ventaja de que no excluye a esos pacientes que se presentan a emergencias en las noches/fines de semana, cuando no hay personal de CP disponible. Aquellos pacientes con resultado "positivo" podrían ser tamizados en un segundo nivel que evalúe la esfera funcional, social, síntomas agravantes, y grupos de apoyo. Este nivel de valoración sería preferiblemente revisado por personal calificado¹⁸.

Cuando se instaura un protocolo de cribado, lo más recomendable es considerar mediciones de resultados para determinar el éxito, tales como el objetivo del tamizaje, número de pacientes con resultado positivo, y si se refiere para otros recursos, mediciones para mostrar el impacto en estas referencias, tales como la frecuencia de visitas al servicio de emergencias y hospitalizaciones, control adecuado de síntomas, y evaluaciones de satisfacción para los pacientes y sus cuidadores¹⁸.

Aunque se ha discutido la necesidad de estandarizar las herramientas de tamizaje, las mismas están sujetas a los recursos de los distintos SEM; por lo que cada departamento de emergencias debe de encontrar la forma de organizarse de acuerdo con los recursos y el personal con el que dispongan. De este modo, aunque la metodología sea distinta la meta es la misma, que sería brindar un servicio de calidad en CP a la población³.

MOTIVOS DE CONSULTA

Se ha documentado que aproximadamente un 80% de los estadounidenses mueren en instituciones de salud, de estos, una gran parte muere posterior a un lapso prolongado (2 años) de enfermedad crónica¹. Es decir, que probablemente el número de consultas y de síntomas que provocan las mismas es aumentado por lo que es primordial el reconocimiento temprano y el abordaje pertinente.

En un estudio se determinó que las razones por las que consultan en el SEM se pueden dividir en cuatro grupos: progresión de la enfermedad (55,5%), infección (22,8%), complicaciones relacionadas con el tratamiento (14,7%) y problemas no relacionados con el cáncer³.

Las razones por las que los pacientes de CP se presentan al SEM comprenden²⁰:

- a) Síntomas descontrolados, como dolor, náuseas, vómitos o disnea.
- b) Mal funcionamiento de un dispositivo médico (por ejemplo, un tubo de gastrostomía desalojado).
- c) Angustia emocional o existencial a consecuencia de la inminente pérdida de vida.
- d) Un cambio en la aceptación por los pacientes de su condición.
- e) Estresores sociales, como un cuidador que no puede o no quiere prestar atención o un paciente que se siente más seguro en un hospital con disponibilidad de atención médica en todo momento.
- f) Falta de comprensión de los servicios no agudos (consulta externa).
- g) Deseo de no morir en el hogar: cuidador o preocupaciones culturales de muerte en el hogar. h) Miedo al proceso de muerte.

i) Falta de comunicación entre los cuidadores de los objetivos del cuidado.

j) Principalmente los pacientes consultan con síntomas agravantes. De estos los síntomas más comúnmente reportados son el dolor, la fatiga, anorexia, estreñimiento, debilidad, disnea y las náuseas. Además, otros como pérdida aguda de alguna función, ataques de ansiedad, crisis epilépticas y el delirio también han sido reportados^{14,21}.

El dolor constituye el síntoma por excelencia. El dolor en los pacientes con cáncer puede ser del cáncer, de las condiciones fisiológicas relacionadas con el cáncer, del tratamiento del cáncer o de otra afección, crónica o aguda, que no esté relacionada con el cáncer¹⁴. Se dice que hasta un 70% de los pacientes de CP sufre dolor significativo incesantemente¹.

El manejo del dolor paliativo no se ha estudiado adecuadamente en el SEM. El manejo del dolor en los CP (fuera del SEM) describe la dosificación a largo plazo como una manera más efectiva de controlar el dolor¹⁴. De todos los pacientes de CP, los pacientes con cáncer en etapa terminal presentan la tasa más alta de dolor severo.

El manejo del dolor en el SEM debe seguir un enfoque escalonado, como se describe en los principios de la Escala de alivio del dolor de la Organización Mundial de la Salud. Los detalles de estos tratamientos están fuera del objetivo de esta revisión.

ABORDAJE

En los departamentos de emergencias es muy importante realizar triage y tomar decisiones rápidamente. Es por esto que si se quiere tener una intervención exitosa de los cuidados paliativos se deben tomar en cuenta las diferencias con la atención del paciente hospitalizado².

Mientras se le da la estabilización, evaluación e intervención al paciente de un evento agudo, es posible que haya una desconexión entre los objetivos de los pacientes y los objetivos del proveedor ya que el primero busca una paliación de su condición angustiada mientras que el segundo se enfoca principalmente en el evento agudo. El reconocimiento de esta posible desconexión es el primer paso necesario para aprovechar este punto de control en la visita al SEM de un paciente paliativo⁴.

Posteriormente, para establecer un plan de acción, se debe reconocer el porqué de la consulta al SEM. Es incorrecto asumir que su presencia en el SEM indica deseos de someterse a diferentes intervenciones y tratamientos.

Una vez que el médico del SEM ha identificado las razones que hicieron consultar al paciente en estado terminal, debe⁴:

1. Identificar la meta de los pacientes y las familias y orientar las intervenciones para alcanzar esa meta.
2. Hacer recomendaciones sobre lo que NO ayudaría a alcanzar estos objetivos.
3. Tratar cualquier síntoma físico angustiante; si el objetivo es la comodidad, se debe ser tan agresivo como sea necesario para hacer frente a la angustia.
4. Limitar las intervenciones de diagnóstico, imágenes o pruebas de laboratorio que no ayudan en el cumplimiento de los objetivos de los pacientes.
5. Identificar a la persona designada para la toma de decisiones y no asumir que la persona que está al lado de la cama con los pacientes es la persona que toma las decisiones legales.
6. Identificar explícitamente dónde los pacientes desearían morir en última instancia. Estudios de adultos sanos muestran que la mayoría preferirían morir en sus casas, sin embargo, en la realidad la mayoría mueren en hospitales¹⁴.
7. Evaluar cualquier problema cultural o espiritual que pueda haber contribuido a que los pacientes se presentarán al SEM.

8. Involucrar al equipo de consulta de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados si está disponible para ayudar con la disposición y manejo.

Se ha encontrado que muchos de los pacientes con malignidad avanzada solo requieren de procedimientos simples en el SEM, tales como hidratación, cateterización urinaria, y terapia con oxígeno³.

A manera de prevención de futuros eventos, las recomendaciones de expertos señalan que preparar a familiares de confianza, personal de enfermería a domicilio y personal de los hospicios/albergues para tener un plan de respuesta ante situaciones de emergencia, además de distribuir botiquines de emergencias con medicamentos útiles en situaciones de urgencia (que puedan ser utilizados por cualquier persona que este dedicada al cuidado del paciente) ; son intervenciones con el potencial para reducir las visitas de los pacientes de CP al SEM²².

El establecimiento de los objetivos del paciente y de sus familiares proporciona una herramienta para simplificar el abordaje en el SEM, por esto se debe velar por iniciar CP en aquellos pacientes que consulten al SEM y no los tengan y fomentar la planificación de directrices anticipadas por el paciente en conjunto con su familia y el personal médico. La planificación avanzada de CP proporciona ventajas en su proceso, ya que preparan al paciente para la muerte y le dan más aceptación de su condición, le permite aliviar la carga a sus seres queridos y permite que se dé el proceso de comunicación con los familiares. Se ha visto que aquellos que no realizan planificación avanzada, reciben terapias más agresivas y presentan una peor calidad de vida en comparación con los que sí la realizan¹. Adicionalmente se ha sugerido también que aquellos pacientes que desean morir en la casa y aquellos pacientes con directrices avanzadas presentan visitas reducidas al SEM³.

BARRERAS DE ATENCIÓN EN EL SEM

Durante la atención de los pacientes de CP en el SEM se han identificado algunas barreras por parte del personal de salud e inclusive por parte de los pacientes que impiden que se pueda brindar una atención de calidad enfocada en las necesidades del paciente. Algunas de estas son²⁻⁴:

- a) Percepción de que los cuidados paliativos requieren demasiado tiempo.
- b) Miedo de consecuencias médico legales si no se hacen intervenciones.
- c) Falta de acceso a la historia médica o a los documentos de planificación avanzada.
- d) Incapacidad de los pacientes para comunicar cuáles son sus objetivos.
- e) Poca disponibilidad de profesionales de cuidados paliativos en el SEM.
- f) Falta de privacidad / diseño físico del SEM no propicio para el enfoque de cuidados paliativos.
- g) Sentido de conflicto entre la misión de SEM y el de los CP.
- h) Falta de reconocimiento de los pacientes que pueden beneficiarse de una consulta de cuidados paliativos.
- i) Sensación de incomodidad con la retención o la retirada de las intervenciones de mantenimiento de la vida.
- j) Inexperiencia con las principales discusiones sobre opciones que pueden incluir cuidados paliativos.
- k) Un porcentaje significativo de los residentes nunca reciben supervisión directa u observacional cuando realizan reuniones familiares o entregan malas noticias y sufren de un sentimiento de fracaso o culpa al cuidar a los pacientes moribundos.
- l) Falta de conocimiento de las intervenciones básicas de cuidados paliativos.
- m) Complicaciones logísticas, como interrupciones, anteposición de necesidades de otros pacientes, falta de tiempo, sobrepoblación y el ruido.
- n) Los profesionales de emergencias, muchas veces no se sienten preparados para lidiar con las emociones de los pacientes y sus familiares, sienten que los familiares no tienen claro el pronóstico y por ende desean tratamientos agresivos.

- o) La falta de una relación estrecha médico – paciente impide establecer nexos necesarios para la toma de decisiones.
- p) Barreras culturales de lenguaje, religión, espiritualidad, muerte, y agonía; la educación del paciente, las necesidades de la familia en contraste con las del paciente, y las decisiones informadas del paciente.

FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

La formación en cuidados paliativos ejerce una influencia positiva sobre la actitud del personal sanitario a la hora de enfrentarse con el paciente terminal; ya que mejora el grado de aceptación a la muerte y por ende la calidad de atención prestada y la perspectiva del manejo del paciente sin opciones terapéuticas²³.

En países desarrollados actualmente menos del 18% de los residentes y estudiantes de medicina recibe educación formal en cuanto a los cuidados al final de la vida¹. En un estudio realizado en emergenciólogos, se indicó que el 72% no tenían los conocimientos del trabajo de campo relacionados con medicina paliativa y estos consideran necesaria la educación formal en esta materia³.

En el caso de Estados Unidos, se ha implementado la formación en cuidados paliativos para los residentes y especialistas en el área de emergencias e incluso recientemente se creó una subespecialidad de emergencias que comprende esta rama de la medicina¹⁰.

Se han identificado 12 habilidades en CP que los especialistas en emergencias deberían aprender para manejar correctamente a los pacientes en el SEM; estas comprenden: evaluar la trayectoria de la enfermedad, formular el pronóstico, comunicar malas noticias, planificar cuidados avanzados, resucitar los pacientes terminales con los familiares presentes, manejo de síntomas de dolor y otros, retiro y retención de cuidados, manejo de muerte inminente, manejo de referencias a hospicios y a sistemas de cuidados paliativos, comprensión de temas éticos y legales pertinentes a los cuidados al final de la vida, demostrar empatía espiritual y cultural, y manejo del niño moribundo¹.

Es importante reconocer que la formación en CP es aplicable a todo profesional sanitario independientemente de su especialidad, ya que son pacientes que se pueden presentar en cualquier consulta y además permite al profesional adquirir una visión global del proceso aumentando la eficacia en su labor.

Se han realizado sondeos entre el personal de salud y un alto porcentaje considera que es necesaria una formación paralela en cuidados paliativos, específicamente en cuanto a la manera de lidiar con las familias y los aspectos éticos relacionados con la atención de estos pacientes²³.

Según varios estudios la mejor forma de mejorar los conocimientos en cuidados paliativos en los residentes y estudiantes es con la enseñanza “al lado de la cama del paciente” y mediante la simulación de casos clínicos¹⁰. Las principales barreras para el aprendizaje son la falta de experiencia en la formación y la falta de interés. Estas fueron inclusive mayores que los aspectos religiosos, éticos y culturales.

CONCLUSIONES

El SEM es un lugar crítico para el cuidado de los pacientes gravemente enfermos y sus familias; que necesitan una respuesta a la angustia física, espiritual y psicológica. Las estrategias para mejorar los cuidados paliativos dentro del SEM incluyen¹⁴:

1. Aumentar el número de consultas de cuidados paliativos iniciadas desde el SEM.
2. Educar a los médicos del SEM en las intervenciones de cuidados paliativos que ellos mismos pueden realizar.

3. Desarrollar intervenciones basadas en sistemas dentro del SEM, tales como la creación de protocolos formales bajo los cuales las consultas de cuidados paliativos se inicien.
4. Establecer mecanismos de tamizaje que permitan identificar según los recursos de cada establecimiento de salud los pacientes que se beneficiarían de los CP.

Los equipos interdisciplinarios de CP pueden evaluar y ayudar en el tratamiento de los síntomas, apoyar la toma de decisiones, iniciar el bienestar espiritual, ayudar a alinear los tratamientos para apoyar las metas del paciente y de la familia, y también comenzar a ponerse en contacto con otros recursos para buscar ayuda práctica para los pacientes y sus cuidadores y/o familiares. Independientemente del modelo utilizado, el uso de CP en el SEM ha demostrado ser eficaz y rentable.

Se ha visto que cuando se inician los cuidados paliativos en el SEM, se tiene la oportunidad de establecer algunas intervenciones más tempranas, promover la calidad de vida y reducir los costos asociados con los tratamientos. La prevalencia de este grupo poblacional obliga, además, a incluir cursos y programas de formación en CP para los profesionales de salud, independientemente de su especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeVader, T., Albrecht, R. & Reiter, M. (2012). Initiating Palliative Care in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 803–810.
2. Grudzen, C., Richardson, L., Hopper, S., Ortiz, J., Whang, C. & Morrison, S. (2014). Does Palliative Care Have a Future in the Emergency Department? Discussions With Attending Emergency Physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 1-9.
3. Basol, N. (2015). The Integration of Palliative Care into the Emergency Department. *Turk J Emerg Med*, 15(2), 100–107.
4. Lowery, D. & Quest, T. (2015). Emergency Medicine and Palliative Care. *Clin Geriatr Med.*, 31(2), 295-303.
5. Shearer, F., Rogers, I., Monterosso, L., Ross-Adjie, G. & Rogers, J. (2014). Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. *Emerg Med Australas*, 26, 249–55.
6. Turgay, G. & Kav, S. (2012). Turkish healthcare professionals' views on palliative care. *J Palliat Care*, 28, 267–73.
7. Greer, J. A., Jackson, V. A., Meier, D. E. & Temel, J. S. (2014). Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 63, 349–63.
8. Lamba, S., DeSandre, P., Todd, K., Bryant, E., Chan, G., Grudzen, C., Weissman, D., Quest, T. & La Junta de Mejoramiento de los Cuidados Paliativos en Medicina de Emergencia (2014). Integration of palliative care into emergency medicine: the improving palliative care in emergency medicine (IPAL-EM) collaboration. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(2), 264–270.
9. Başol, N., Celtek, N., Alatlı, T., Koc, İ. & Suren, M. (2014). The Evaluation of Terminal Stage Cancer Patients Needing Palliative Care in Emergency Department. *JAEM* 41.
10. Kraus, C., Greenberg, M., Ray, D. & Morss, S. Palliative Care Education in Emergency Medicine Residency Training: A Survey of Program Directors, Associate Program Directors, and Assistant Program Directors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(5), 898-906.
11. Delgado, M., Kim, Y. & Shin, S. (2015). Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 49(3), 497-504.
12. Smith, A. K., McCarthy, E. & Weber, E. (2013). Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Aff (Millwood)*, 31, 1277–85.

13. Quiñones, A., Alvarez, P., García, M. y Guardia, P. (2013). Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Med Paliat.*, 20(2), 60-63.
14. Solberg, L. & Hincapie, J. (2015). Palliative Care in the Emergency Department. *Crit Care Nurs Clin North Am.*, 27(3), 355-68.
15. Bryant, E., Quest, T., DeSandre, P., Weissman, D., FACP for the IPAL-EM (Improving Palliative Care in Emergency Medicine) Project. Getting Started: Organizing an ED Palliative Care Initiative A Technical Assistance Monograph from the IPAL-EM Project. Disponible en: <http://ipal.capc.org/downloads/ipal-emgetting-started.pdf>. Accesado el 26 de diciembre 2016.
16. DeSandre, P., Stone, S., Quest, T., Weissman, D., for the IPALEM (Improving Palliative Care in Emergency Medicine) Project. Four Things to Do in a Week: Integrating Palliative Care Services into the Emergency Department A Technical Assistance Monograph from the IPAL-EM Project. Accesado el 26 de diciembre 2016. Disponible en: <http://ipal.capc.org/downloads/ipal-em-four-things-to-doin-a-week.pdf>.
17. Quest, T., Herr, S., Lamba, S., & Weissman, D. (2013). Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: a report from the IPAL-EM initiative. *Ann Emerg Med*, 61, 661–7.
18. George, N., Phillips, E., Zaurova, M., Song, C., Lamba, S. & Grudzen, C. (2016). Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 108-119e1.
19. Emanuel, L. & Quest, T. (Eds). (2008). The education in palliative and end-of-life care project-emergency medicine trainer's guide. Northwestern University.
20. Lamba, S., Quest, T. & Weissman, D. (2011). Emergency department management of hospice patients #246. *J Palliat Med*, 14, 1345–6.
21. Shin, S., Hui, D., Chisholm, G., Kwon, J., San-Miguel, M. & Allo, J. (2014). Characteristics and outcomes of patients admitted to the acute palliative care unit from the emergency center. *J Pain Symptom Manage* 47, 28–34.
22. Wiese, C., Lassen, C., Bartels, U., Taghavi, M., Elhabash, S., Graf, B. & Hanekop, G. (2013). International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies – a prospective questionnaire-based. *BMC Palliative Care*, 12(10).
23. Iribarren, P., Calvo, C. y Ruiz, E. (2016). Cuidados paliativos en las urgencias extra-hospitalarias: una urgencia formativa. *Med Paliat.* Recuperada de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.11.001>

The background features a pattern of overlapping, abstract shapes in various shades of blue, ranging from light cyan to deep navy. The shapes are mostly oval and teardrop-like, creating a soft, organic feel.

ARTICULO

2

RESUMEN DE EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE SOPORTE ONCOLÓGICO Y CUIDADOS PALIATIVOS EN COLOMBIA

Los cuidados paliativos han manifestado lograr una estrategia eficaz para mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes, con un beneficio tanto como el enfermo y su familia que lo apoya en la enfermedad. Los pacientes que reciben atención por equipos de cuidados paliativos presentan una disminución en cuanto al número de visitas a servicios de urgencias, por lo que lleva menos ingresos hospitalarios y mejor control sintomático. Se ha identificado que brindar cuidados paliativos en la enfermedad oncológica avanzada en los últimos meses de vida repercute de forma positiva en la calidad de vida del paciente y reduce la agresividad terapéutica al final de la vida.

El cuidado paliativo precoz ha sido definido como aquel en el que el tiempo transcurrido entre la primera atención por el equipo de cuidados paliativos y la fecha de fallecimiento es mayor a 3 meses.

La Asociación América de Oncología Clínica recomienda que los pacientes que presentan enfermedad oncológica avanzada reciban tratamiento de cuidados paliativos para garantizar un adecuado control sintomático, educación sobre la enfermedad y el pronóstico, un plan claro de tratamiento, preparación para el abordaje de necesidades de afrontamiento, asistencia para la toma de decisiones y coordinación con otros niveles de atención. Asimismo, los pacientes se dividían en dos grupos:

SOPORTE ONCOLÓGICO	SOPORTE PALIATIVO SINTOMÁTICO
Entendido como el enfoque terapéutico orientado a mejorar la calidad de vida de pacientes que recibían tratamiento oncoespecífico activo (quimioterapia y/o radioterapia) con fines curativos o paliativos;	Enfoque terapéutico orientado a la calidad de vida y al alivio del sufrimiento de pacientes que tenían criterios de enfermedad terminal por patología oncológica y que, por lo mismo, no estaban recibiendo tratamiento oncológico activo.

Los beneficios de brindar cuidados paliativos precoces se relacionan con la reducción de ingresos en urgencias, las hospitalizaciones y el número de fallecimientos intrahospitalarios; también se relacionan con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Desafortunadamente, no podemos combatir la muerte, pero para esto casos tiene un fin de que su agonía sea lo menos doloroso posible. Los pacientes que fallecieron en su hogar contaron con el acompañamiento de un equipo multidisciplinario entrenado en cuidados paliativos, que garantizaba el adecuado seguimiento y control del paciente.

Se ha identificado que cuanto más eficiente e integral sea la intervención paliativa en casa, más se reduce el número de fallecimientos intrahospitalarios por síntomas pobremente controlados por agotamiento del cuidador. Para aquellos casos en que no se considera factible el fallecimiento en casa, idealmente se debería contar con un hospicio como escenario de atención paliativa para el fin de la vida, evitando la hospitalización en hospitales generales.



Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en Colombia

Marcela Erazo Muñoz^{*1}, Gabriela Sarmiento Brecher² y Claudia Colmenares Mejía³

¹Unidad para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia.

²Programa Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica Colsanitas. ³Unidad de Investigaciones, Fundación Universitaria Sanitas

Recibido el 29 de enero de 2018

*Autor para correspondencia:
Marcela Erazo Muñoz

Aceptado el 22 de mayo de 2018

Resumen

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, cuidados paliativos al final de la vida, cuidado terminal, resultado del tratamiento, supervivencia, muerte.

Objetivo: Describir la experiencia del programa de soporte oncológico y cuidados paliativos durante 4 años de observación en una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá, Colombia.

Método: Estudio observacional de corte transversal, de pacientes con diagnóstico oncológico confirmado incluidos en el Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos entre 2012 y 2016. Se evaluaron variables demográficas, clínicas (tipo de diagnóstico, intención del tratamiento), lugar del fallecimiento, estancia e intervención precoz.

Resultados: Se incluyeron 1016 sujetos, con una mediana de edad de 67 años. El 59 % de los participantes fueron mujeres y el 1,2 % de los pacientes eran menores de edad. Las patologías más frecuentes fueron cáncer de origen hematolinfático (20,3 %), cáncer colorrectal (11,1 %), cáncer de pulmón (11,0 %) y cáncer de mama (9,8 %). El 52,9 % de los pacientes egresaron por fallecimiento, el 14,5 % por finalización del tratamiento, en el 3,3 % de los casos se perdió el contacto y el 3,1 % cambió de lugar de atención. El 52,7 % de los fallecimientos ocurrió en el domicilio.

Conclusiones: Cerca de la mitad de los pacientes atendidos por este programa recibió soporte paliativo sintomático (enfocado a la enfermedad avanzada y/o en la fase terminal). De igual forma, aproximadamente la mitad de los pacientes fueron atendidos por primera vez por el grupo de soporte oncológico y cuidados paliativos 3 meses antes del fallecimiento (cuidados paliativos precoces). El lugar más frecuente de fallecimiento fue el domicilio, donde recibieron acompañamiento de un equipo multidisciplinario entrenado en cuidados paliativos.

Clínica Reina Sofía. Carrera 21 127 03, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: maerazo@colsanitas.com

DOI: [10.20986/medpal.](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1050/2019)

[2019.1050/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1050/2019)

KEYWORDS

Palliative care, hospice care, terminal care, treatment outcome, survival, death.

Abstract

Objective: To describe the experience of an oncological support and palliative care program during 4 years of observation in a health service provider institution.

Methods: An observational, cross-sectional study. Patients with a confirmed cancer diagnosis who entered the Oncological Support and Palliative Care Program between 2012 and 2016 were included. Demographics, clinical variables (type of diagnosis, intention of treatment), place of death, stay, and early intervention were evaluated.

Results: A total of 1,016 subjects were included with a median age of 67 years; 59.0% of participants were women, and 1.2% were minors. The most frequent pathologies were hematolymphoid cancer (20.3%), colorectal cancer (11.1%), lung cancer (11.0%), and breast cancer (9.8%). Of all the patients involved, 52.9% died, 14.5% completed their treatment, 3.3% were lost to followup, and 3.1% changed their place of care; 52.7% of deaths occurred at home.

Conclusion: Nearly half of the patients treated by this program received symptomatic palliative support (focused on advanced disease and/or end stage). Similarly, approximately half of patients were first treated by the oncological support and palliative care group 3 months before their death (early palliative care). The most frequent place of death was the home, where they received support from a multidisciplinary team trained in palliative care.

Erazo Muñoz M, Sarmiento Brecher G, Colmenares Mejía C. Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en

Introducción

Los cuidados paliativos han mostrado ser una estrategia eficaz para mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes con cáncer como la de sus familias. A través de un acompañamiento activo durante la trayectoria de la enfermedad, es posible realizar prevención y una adecuada evaluación y control de los diferentes síntomas físicos y psicosociales¹. Los pacientes que reciben atención por equipos de cuidados paliativos presentan disminución en el número de visitas a servicios de urgencias, menos ingresos hospitalarios y mejor control sintomático. Se ha identificado que brindar cuidados paliativos en la enfermedad oncológica avanzada en los últimos 2, 3 o 6 meses de vida repercute de forma positiva en la calidad de vida del paciente y reduce la agresividad terapéutica al final de la vida (ingreso en unidades de cuidados intensivos, continuidad de quimioterapia en estadios finales de la enfermedad, no remisión a hospice)².

En relación con esto, el cuidado paliativo precoz ha sido definido como aquel en el que el tiempo transcurrido entre la primera atención por el equipo de cuidados paliativos y la fecha de fallecimiento es mayor a 3 meses³. La Asociación América de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) publicó en 2016 una guía de práctica clínica que incluyó los cuidados paliativos dentro de la atención estándar de cáncer. En dicha guía recomienda que los pacientes que presentan enfermedad oncológica avanzada reciban tratamiento de un equipo de cuidados paliativos para garantizar un adecuado control sintomático, educación sobre la enfermedad y el pronóstico, un plan claro de tratamiento, preparación para el abordaje de necesidades de afrontamiento, asistencia para la toma de decisiones y coordinación con otros niveles de atención (nivel de evidencia moderado). Adicionalmente, para los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado, recomienda la inclusión temprana en cuidados paliativos, sugiriendo que se realice dentro de las 8 semanas siguientes al diagnóstico (nivel de evidencia moderada)⁴.

En Colombia, desde la década de los ochenta se iniciaron diferentes esfuerzos, aunque aislados, para brindar una atención integral y diferenciada a los pacientes que se encontraban al final de la vida⁵. Sin embargo, no fue hasta el año 2010 cuando se legisló, en el ámbito nacional y a través de la “Ley 1384 - Sandra Ceballos”, la atención mediante el cuidado paliativo como parte integral del manejo de los pacientes con cáncer y sus familias⁶. A partir de este contexto, y reconociendo el incremento en el número de pacientes susceptibles de recibir este tipo de atención, en 2012 se creó el *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* dentro de una red de instituciones prestadoras de servicios de salud, integrada por dos clínicas que atendían pacientes ambulatorios y hospitalarios, así como el programa de hospitalización domiciliaria, todos ubicados en Bogotá. La misión del programa estaba enfocada a realizar una intervención inicial temprana y continuar la atención de forma integrada en red entre el ámbito hospitalario, ambulatorio y domiciliario^{7,8}, bajo altos estándares de calidad^{9,10} y seguimiento continuo de los pacientes hasta el egreso del programa.

Los pacientes eran derivados al programa desde los servicios de oncología y hematología; a cada paciente se le realizaba una valoración inicial multidisciplinaria, en la que se definía el lugar de la prestación de servicios de acuerdo al resultado del índice de Karnofsky (IK). Los pacientes con un IK mayor o igual a 70 eran atendidos en consulta externa, con control mensual llevado a cabo por un equipo multidisciplinario; aquellos con un IK entre 60 y 70 eran atendidos en internación hospitalaria o en el área de administración de medicamentos (control de síntomas) ambulatoria, de acuerdo al control sintomático; si el IK era menor o igual a 50, el escenario de atención sería el domicilio, con visitas médicas y de enfermería de acuerdo a las necesidades específicas y su control sintomático (visita diaria en caso de

encontrarse en fase activa de fallecimiento, enfermería 24 horas en caso de alto requerimiento farmacológico por vía subcutánea o intravenosa).

Asimismo, los pacientes se dividían en dos grupos: aquellos que ingresaban para *soporte oncológico*, entendido como el enfoque terapéutico orientado a mejorar la calidad de vida de pacientes que recibían tratamiento oncoespecífico activo (quimioterapia y/o radioterapia) con fines curativos o paliativos; y aquellos que ingresaban para *soporte paliativo sintomático*, definido como el enfoque terapéutico orientado a la calidad de vida y al alivio del sufrimiento de pacientes que tenían criterios de enfermedad terminal por patología oncológica y que, por lo mismo, no estaban recibiendo tratamiento oncológico activo (en este grupo también se incluían aquellos pacientes que no aceptaron manejo oncoespecífico). Esta atención era realizada por médicos paliativistas, médicos generales, enfermeros jefes y psicólogos, según las necesidades del paciente.

El presente estudio tiene como objetivo describir la experiencia del programa de soporte oncológico y cuidados paliativos creado e implementado en la red de una institución prestadora de servicios de salud, caracterizando el tipo de atención prestada y los pacientes atendidos de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas, durante los 4 años de funcionamiento.

Material y métodos

Diseño y participantes

Estudio observacional de corte transversal realizado a partir del registro del *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos*. Consecutivamente se incluyeron pacientes de todas las edades (incluyendo pacientes pediátricos), que tenían un diagnóstico oncológico confirmado por patología y que habían sido atendidos por el mencionado programa entre abril de 2012 y hasta diciembre de 2016. Los registros duplicados fueron revisados y excluidos.

Criterios de inclusión

Los pacientes incluidos en este estudio se clasificaron en dos grupos de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión^{11,12}:

- *Soporte oncológico*:
 - Pacientes en tratamiento oncoespecífico activo (quimioterapia o radioterapia). Estos pacientes se dividieron, a su vez, en dos grupos:
 - Quimioterapia paliativa: pacientes que estaban recibiendo tratamiento orientado al control sintomático y a la mejoría de la supervivencia, sin opción de curación de la enfermedad.
 - Quimioterapia curativa: tratamiento farmacológico empleado para impedir la reproducción de células cancerígenas.
- *Soporte paliativo sintomático*:
 - Pacientes con criterios de enfermedad terminal por patología oncológica.
 - Pacientes que no estaban recibiendo tratamiento oncológico activo.
 - Pacientes que no aceptaron manejo oncoespecífico.

Fuentes de información y mediciones

A partir de la base de datos del programa, así como de las historias clínicas de cada paciente, se recolectó información relacionada con características demográficas, diagnóstico oncológico y tipo de tratamiento (soporte oncológico o soporte paliativo sintomático). También se recabó información relacionada con el lugar del fallecimiento (hogar, hospital) para aquellos pacientes que murieron en el periodo de interés.

Respecto a los pacientes que habían finalizado su participación en el programa (bien por muerte o fin del tratamiento), se estimó la estancia calculada como el tiempo entre la inclusión en el *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* y la fecha del fallecimiento confirmada por certificado de defunción o la fecha de fin del tratamiento. Adicionalmente, se estimó si la intervención en cuidados paliativos se realizó de forma precoz de acuerdo a lo planteado por Hui y cols. (tiempo superior a 3 meses entre la primera atención por el equipo de paliativos y la fecha del fallecimiento)³.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas se reportaron a través de medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a su naturaleza estadística. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado entre el género, intención terapéutica, momento de la intervención por parte del programa y las características de los pacientes, utilizando las pruebas de Wilcoxon y Kruskal-Wallis para las variables cuantitativas y el test de X^2 o Fisher para las variables cualitativas, según correspondiese. Se establecieron como diferencias estadísticamente significativas aquellas con una $p \leq 0,05$, con pruebas de hipótesis a dos colas.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. En el desarrollo del mismo se han seguido las pautas éticas nacionales e internacionales en el manejo de la confidencialidad.

Resultados

Se incluyeron 1016 sujetos en el periodo de interés, con una mediana de edad de 67 años (rango intercuartílico o RIQ 56-76 años). El 59,0 % de los participantes fueron mujeres y solo el 1,2 % de los pacientes eran menores de edad. Las patologías oncológicas más frecuentes fueron aquellas de origen hematolinfoide (20,3 %), seguidas de cáncer colorrectal (11,1 %), cáncer de pulmón (11,0 %) y cáncer de mama (9,8 %). El 50,8 % de los pacientes incluidos en el programa recibieron soporte paliativo sintomático.

Respecto al género, no se encontraron diferencias en relación con la edad del momento de la inclusión en el programa. Por otra parte, y además de las patologías oncológicas hematolinfoides, el cáncer de origen colorrectal fue más frecuente entre los hombres, mientras que el cáncer de mama lo fue en las mujeres (Tabla I).

Al final del periodo, 266 pacientes se encontraban activos en el programa (26,2 %). De los egresados, el 52,9 % ocurrió por fallecimiento, el 14,5 % por finalización del tratamiento, en un 3,3 % de los casos se había perdido el contacto con el paciente y en el 3,1 % se dio un cambio de equipo por razones administrativas. El 52,7 % de los fallecimientos ocurrió en el domicilio.

Estancia

La mediana de estancia durante el periodo de observación para los pacientes que finalizaron su participación en el programa por fallecimiento fue de 3,2 meses (RIQ 0,97,3), la cual fue similar por género (mujeres 3,1 meses, RIQ 0,8-7,6 vs. hombres 3,5 meses, RIQ 0,9-6,5; $p = 0,89$).

En cuanto a los tipos de cánceres, las pacientes con patología de ovario y mama estuvieron mayor tiempo dentro del programa (5,7 meses, RIQ 1,7-19,2 vs. 5,6 meses, RIQ 1,1-8,5, respectivamente), mientras que aquellos con cáncer

Tabla I. Características de los pacientes en función del género

Característica	Hombres n = 416	Mujeres n = 600	p
Edad*	67 años (57-76)	66 años (54-76)	0,27
Diagnóstico			
Mama	1 (0,2 %)	99 (16,5 %) 49	-
Gastrointestinal	41 (9,9 %)	(8,2 %)	0,35
Pulmón	48 (11,5 %)	64 (10,7 %)	0,66
Hematolinfoides	89 (21,4 %)	117 (19,5 %)	0,46
Colorrectal	57 (13,7 %)	55 (9,2 %)	0,02
Páncreas	19 (4,6 %)	46 (7,7 %)	0,04
Ovario	-	33 (5,5 %)	-
Próstata	49 (11,8 %)	-	-
Sistema nervioso central	18 (4,3 %)	21 (3,5 %)	-
Primario desconocido	11 (2,6 %)	18 (3,0 %)	0,50
Cervicouterino	-	20 (3,3 %)	0,73
Hepático	9 (2,2 %)	15 (2,5 %)	-
Otros**	74 (17,8 %)	62 (10,3 %)	0,72
Intención			
Quimioterapia curativa	91 (21,9 %)	122 (20,4 %)	0,74
Quimioterapia paliativa	115 (27,6 %)	165 (27,5 %)	
Soporte paliativo sintomático	203 (48,8 %)	308 (51,4 %)	
Sin información	7 (1,7 %)	4 (0,7 %)	

*Mediana (rango intercuartílico). **Hace referencia a tumores genitourinarios, piel, tiroides, parótida, laringe, vía biliar y peritoneo.

Fuente: Los autores.

hepático, del sistema nervioso central y primarios desconocidos permanecieron menor tiempo (0,4 meses, RIQ 0,1-4,2; 1,9 meses, RIQ 0,5-4,6; 2,5 meses, RIQ 0,5-7,5, respectivamente).

En los pacientes que finalizaron su participación en el programa por terminación de su tratamiento, la mediana de estancia fue mayor (5,6 meses, RIQ 3,9-8,1) que la de aquellos que fallecieron, especialmente en las mujeres (6,6 meses, RIQ 4,9-9,6 vs. 4,9 meses, RIQ 3,3-6,3; $p = 0,0004$); y, en particular en el cáncer de mama, la estancia fue mayor en aquellas pacientes que finalizaron tratamiento (6,7 meses, RIQ 5,2-10,3) que la de las fallecidas por este diagnóstico.

Intención terapéutica

Como se ha mencionado anteriormente, los pacientes del programa se dividieron en dos grupos: grupo de soporte oncológico, en el que se incluían los pacientes que estaban recibiendo tratamiento oncoespecífico (curativo o paliativo), y grupo de soporte paliativo sintomático, para los pacientes en los que el enfoque de manejo estaba orientado a la

calidad de vida y alivio del sufrimiento. En el momento de la inclusión en el programa el 51 % de los pacientes correspondía al grupo de manejo paliativo sintomático (Tabla II).

Tabla II. Características de los pacientes que finalizaron el seguimiento de acuerdo con la intención terapéutica

Característica	Quimioterapia curativa n = 214	Quimioterapia paliativa n = 280	Soporte paliativo sintomático n = 511	p
Edad*	58 años (46-68,5)	66,5 años (56-76)	70 años (60-79)	< 0,001
Estancia*	5,5 meses (3,9-7,8)	4,8 meses (1,7-8,7)	1,9 meses (0,5-5,8)	< 0,001
Fallecimiento en casa	1 (25,0 %)	58 (51,3 %)	213 (53,5 %)	0,50

*Mediana (rango intercuartílico). En 11 pacientes no se contaba con información sobre el tipo de intención al ingreso del programa. Estimaciones realizadas en los pacientes que habían finalizado el seguimiento por cualquier razón (muerte, fin de tratamiento, pérdida de contacto, razones administrativas).

Fuente: Los autores.

Momento de la intervención por el programa

En los pacientes que fallecieron durante el periodo de observación se encontró una intervención paliativa precoz del programa en el 48,6 % de los casos. Asimismo, en estos pacientes la edad era menor, los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de ovario y pulmón, y se observó un menor número de fallecimientos en el hospital (Tabla III).

Discusión

Tabla III. Características de los pacientes que fallecieron en función del momento de la intervención del programa

Característica	Intervención precoz n = 212	Intervención no precoz n = 303	p
Edad*	68 años (60-76)	71 años (61-80)	< 0,001
<i>Diagnóstico</i>			
Mama	9 (4,2 %)	21 (6,9 %)	0,20
Gastrointestinal	23 (10,8 %)	31 (10,2 %)	0,82
Pulmón	36 (16,9 %)	34 (11,2 %)	0,06
Hematolinfoides	21 (9,9 %)	44 (14,5 %)	0,12
Colorrectal	20 (9,4 %)	27 (8,9 %)	0,83
Páncreas	23 (10,8 %)	30 (9,9 %)	0,72
Ovario	8 (3,7 %)	(0,9 %)	0,05
Próstata	11 (5,2 %)	12 (3,9 %)	0,50
Sistema nervioso central	12 (5,6 %)	15 (4,9 %)	0,72
Primario desconocido	10 (4,7 %)	10 (3,3 %)	0,41
Cervicouterino	7 (3,3 %)	(2,6 %)	0,66
Hepático	6 (2,8 %)	14 (4,6 %)	0,30
Otros**	26 (12,2 %)	54 (17,8 %)	-
<i>Intención</i>			
Quimioterapia curativa	3 (1,4 %)	3 (0,9 %)	< 0,001
Quimioterapia paliativa	78 (36,8 %)	42 (13,9 %)	
Soporte paliativo sintomático	129 (60,8 %)	257 (84,8 %)	
Sin información	2 (0,9 %)	1 (0,3 %)	
<i>Lugar de fallecimiento</i>			
Hospital	78 (36,8 %)	148 (48,8 %)	0,04
Domicilio	117 (55,2 %)	153 (50,5 %)	
Sin información	17 (8,0 %)	2 (0,6 %)	

*En 22 pacientes fallecidos no fue posible establecer la estancia en el programa. **Hace referencia a tumores genitourinarios, piel, tiroides, parótida, laringe, vía biliar y peritoneo.

Fuente: Los autores.

Uno de los principales aspectos que se han de considerar en el manejo de los pacientes con cáncer está relacionado con la integración de profesionales, equipos o programas de soporte oncológico y cuidados paliativos a las unidades de atención de cáncer para realizar una intervención temprana y coordinada^{1,13,14}.

En este estudio se presenta la experiencia del *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos*, que integra varias sedes de una institución de salud en una ciudad, Colombia, a través del reporte de características generales de los pacientes, indicadores de estancia y momento de la intervención por el programa. En esta población, la patología oncológica hematolinfóide fue la más frecuente debido a que la institución era un centro de referencia para el manejo de pacientes atendidos por la especialidad de hematología. En cuanto a la localización de cáncer, los resultados obtenidos en este estudio se correlacionan con los del país. En el estudio de incidencia, mortalidad y prevalencia por cáncer en Colombia para el periodo 2007-2011 del Instituto Nacional de Cancerología¹³, se encontró que la tasa por 100000 habitantes de las principales localizaciones de cáncer en hombres era próstata (8721), estómago (3613), pulmón (2488) y colorrectal (2401), y en mujeres, mama (7627), cérvix (4462), colorrectal (2784) y pulmón (1497).

Aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos por este programa recibieron soporte paliativo sintomático, lo que se corresponde con la concepción tradicional en la que el cuidado paliativo se enfoca a la enfermedad avanzada y/o en fase terminal, es decir, cuando se han agotado las opciones de tratamiento oncológico. Sin embargo, la otra mitad de los pacientes atendidos recibieron la intervención del programa desde fases iniciales de la enfermedad, de forma integrada con la atención oncológica y como estrategia de soporte dirigido a la calidad de vida de los pacientes, con lo cual se logró mitigar el impacto negativo de la enfermedad mediante un acompañamiento continuo. Este acompañamiento, que se inicia en el momento del diagnóstico y que se brindaba en coordinación con los oncólogos, ha sido denominado por Hui y Bruera como modelo integrativo y ofrece como ventajas la mejora en la oportunidad para el acceso a cuidados paliativos permitiendo un apoyo de alta calidad, una disminución de ingresos hospitalarios y un mejor control sintomático^{12,14}.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el fallecimiento y el momento de ingreso en el programa, se encontró que cerca del 50 % de los pacientes atendidos recibieron cuidados paliativos precoces (3 meses antes del fallecimiento). Estos datos son superiores a los obtenidos en un estudio realizado en Houston, que encontró que el 33 % de los pacientes atendidos recibió atención por cuidados paliativos durante los 3 últimos meses de vida. Dentro de los motivos que explican esta diferencia, cabe resaltar la metodología del estudio, un tamaño de muestra superior (366 vs. 1016) y mayor tiempo de observación (6 meses vs. 4 años); adicionalmente, en el estudio de Houston solamente se incluyeron los pacientes atendidos en un centro de tercer nivel para el manejo de cáncer, mientras que en este estudio se incluyeron pacientes de cualquier nivel de atención (domiciliario, ambulatorio, hospitalario) con diagnóstico de cáncer².

Los beneficios de brindar cuidados paliativos precoces se relacionan con la reducción de ingresos en urgencias, las hospitalizaciones y el número de fallecimientos intrahospitalarios²; también se relacionan con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes¹⁵. Desafortunadamente, las mediciones relacionadas con los desenlaces en cuanto a manejo sintomático y calidad de vida no se realizaron desde el inicio del programa; por lo tanto, es una debilidad del presente estudio no poder aportar esta información. Respecto al lugar de fallecimiento, se encontró que en más de la mitad de los sujetos ocurrió en el domicilio; estudios similares que evalúan el lugar de fallecimiento de los pacientes que reciben cuidados paliativos tienen un porcentaje de fallecimiento menor en el domicilio. Suecia estableció desde 1977 la atención domiciliaria avanzada, brindando recursos en el hogar similares a los disponibles en un servicio de hospitalización, para permitir que los pacientes permanecieran más tiempo en casa y fallecieran allí¹⁵. Este servicio se extendió a pacientes con cáncer en 1995. En un estudio realizado en Suecia sobre la atención domiciliaria avanzada de pacientes con enfermedad oncológica, se encontró que el 45 % fallecieron en el hogar, el 22 % en el hospital y el 33 % en el hospice¹⁵. Al igual que en este estudio, los pacientes que fallecieron en el hogar contaron con el acompañamiento de un equipo multidisciplinario entrenado en cuidados paliativos, que garantizaba el adecuado

seguimiento y control del paciente^{9,11-14}. Se ha identificado que cuanto más eficiente e integral sea la intervención paliativa en casa, más se reduce la tasa de fallecimientos intrahospitalarios por síntomas pobremente controlados y/o por agotamiento del cuidador¹⁶. Para aquellos casos en que no se considera factible el fallecimiento en casa, idealmente se debería contar con un hospice como escenario de atención paliativa para el fin de la vida, evitando la hospitalización en hospitales generales¹⁷.

Como se mencionó previamente, las principales limitaciones de este trabajo radican en la ausencia de registro de las mediciones relacionadas con la evaluación sintomática de los pacientes, la calidad de vida y la satisfacción del servicio prestado. A pesar de conocer las recomendaciones de la ASCO respecto a la remisión temprana a cuidados paliativos de los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer dentro de las 8 semanas de realizado el diagnóstico, este estudio no fue planteado de esta forma, y solo contempla el concepto de cuidados paliativos precoces relacionados con la atención por parte de un equipo de cuidados paliativos en los últimos 3 meses de vida.

Durante los 4 años de funcionamiento, el programa logró el acompañamiento multidisciplinario, multidimensional, continuo y en red para pacientes con diagnóstico oncológico de la institución. Este estudio permitió implementar mejoras en las herramientas de recolección de información y ampliar la evaluación de la eficacia de la intervención del equipo mediante el seguimiento de otros síntomas y de aspectos psicosociales no evaluados anteriormente. Se hace necesario definir la población global de pacientes con necesidades paliativas que requiere de la atención del programa, con miras a ampliar la cobertura actual hasta alcanzar un 100 % de los pacientes oncológicos y extender la atención a la población no oncológica con patología crónica avanzada terminal que se beneficie de una orientación paliativa de manejo.

Fuente de financiación/conflicto de intereses

La financiación del presente estudio fue realizada por la Clínica Colsanitas.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con el contenido de esta publicación.

Agradecimientos

Al equipo de trabajo del *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* de la institución por participar activamente en la recolección de datos.

Bibliografía

1. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA*. 2008;299:1698-709.
2. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: Is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*. 2008;26:3860-6.
3. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014;120: 1743-9.
4. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35:96-112.
5. Paz S, Clark D, Paz S, Clark D. Palliative care in Colombia. *Prog Palliat Care*. 2005;13:75-83.
6. Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010 [Internet]. 2010 [consultado el 23 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>
7. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014. [consultado el 23 de octubre de 2017]. 103 p. Disponible en: www.thewpca.org/resources

8. Benítez MA, Salinas A, Martín JJ, Martínez L. Cuidados paliativos. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. *Aten Primaria*. 2002;29:237-40.
9. The Joint Commission. A Guide to help palliative care programs successfully complete. The Joint Commission (TJC) Certification Process [Internet]. 2011 [consultado el 23 de octubre de 2017]. Disponible en: https://c.ymcdn.com/sites/www.hospicefed.org/resource/resmgr/HPCFM_pdf_doc/CAPC_-_Guide_to_PC_Joint_Com.pdf
10. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. 2002 [consultado el 23 de octubre de 2017]. p. 1-52. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
11. Bruera E, Hui D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers. *J Palliat Med*. 2012;15:1261-9.
12. Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med*. 2015;4:89-98.
13. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. Vol. 1. Instituto Nacional de Cancerología; 2015. 148 p.
14. Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(5):CD007309.
15. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
16. Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy M, Jannert M, Fayers P. Place of death: Hospital-based advanced home care versus conventional care. *Palliat Med*. 2004;18:585-93.
17. Hales S, Chiu A, Husain A, Braun M, Rydall A, Gagliese L, et al. The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:839-51.