

## FACTORES ASOCIADOS AL LUGAR DE FALLECIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO.

Elizabeth Che Hidalgo<sup>1,a</sup>, Vilma Siu Delgado<sup>1,b</sup>,  
Graciela Takami Angeles<sup>1,c</sup>, Liliana Muñoz Cabrejo<sup>1,d</sup>,  
Pedro Mollonado Pinazo<sup>2,a</sup>, José Amado Tineo<sup>1,b</sup>

(1) Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. Lima-Perú.

(2) SUMMA 112, Servicios de Urgencia de la Comunidad de Madrid. Madrid-España

(a) médico de familia, (b) médico internista, (c) médico geriatra, (d) licenciada de enfermeira

### Resumen:

**Introducción:** El cáncer avanzado es un problema frecuente en nuestro medio y el lugar de fallecimiento está relacionado a la calidad de atención. El objetivo fue evaluar los factores asociados al lugar de fallecimiento de pacientes con cáncer avanzado en un servicio de cuidados paliativos.

**Material y Métodos:** Diseño observacional retrospectivo. Revisión de registros de fallecidos del programa paliativo domiciliario del hospital Rebagliati, entre enero-diciembre 2016. Variables estudiadas: edad, sexo, tipo de cáncer, causa final, tiempo en el programa y estancia hospitalaria. Análisis estadístico con prueba U de Mann Whitney y chi cuadrado, utilizando SPSS versión 24.00.

**Resultados:** Se evaluaron 612 pacientes fallecidos, edad 76 años (rango intercuartil [RI] 15), 52% mujeres. 500 de los fallecimientos ocurrieron en el domicilio (81,7%) y 112 en el hospital (28,3%). Tiempo de permanencia en el programa 39 días (RI 116). Los cánceres más frecuentes fueron gastrointestinal 42,3%, genitourinario 26,6%, respiratorio 12% y hematológico 8%, este último grupo con mayor mortalidad intrahospitalaria ( $p < 0,01$ ). El 98% de fallecimientos intrahospitalarios ingresaron por el servicio de emergencia, 61% falleció en dicho servicio, 38% en hospitalización y 1% en cuidados intensivos. La mediana de estancia hospitalaria fue 10 días (RI 18,2), 4,9 días en el servicio de emergencia y 18,8 días en otros servicios. El 68% de muertes que intrahospitalarias estuvieron asociadas a infecciones.

**Conclusiones:** Más del 80% de los pacientes del programa de cuidados paliativos fallece en domicilio. El fallecimiento intrahospitalario (28,3%) estuvo asociado a cáncer hematológico, complicaciones infecciosas, estancia hospitalaria prolongada y alta proporción uso del servicio de urgencias.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, cáncer avanzado, lugar de fallecimiento (Fuente: DeCS BIREME).

### Abstract:

**Introduction:** Advanced cancer is a frequent problem in our environment and the place of death is related to the quality of care. The objective was to evaluate factors associated with the place of death of patients with advanced cancer in a palliative care service.

**Material and Methods:** Retrospective observational design. Review of records of deceased of the home palliative program of the Rebagliati Hospital, between January and December 2016. Variables studied: age, sex, type of cancer, final cause, time in the program and hospital stay. Statistical analysis with U Mann-Whitney test and Chi square, using SPSS version 24.00.

**Results:** A total of 612 patients were evaluated, aged 76 years (interquartile range [IR] 15), 52% were women. 500 of the deaths occurred at home (81.7%) and 112 at the hospital (28.3%). Time of permanence in the program was 39 days (RI 116). The most frequent cancers were gastrointestinal 42.3%, genitourinary 26.6%, respiratory 12% and hematologic 8%, this latter group with higher in-hospital mortality ( $p < 0.01$ ). 98% of in-hospital deaths were admitted through the emergency service, 61% died in this service, 38% in hospitalization and 1% in intensive care. The median hospital stay was 10 days (RI 18.2), 4.9 days in the emergency department and 18.8 days in other rooms. 68% of in-hospital deaths were associated with infections.

**Conclusion:** More than 80% of patients in the palliative care program die at home. In-hospital death was haematological cancer associated; with infectious complications, prolonged hospital stay and high proportion of use of the emergency department.

**Key words:** Palliative care, advanced cancer, place of death (Source: MeSH NLM).

## Introducción

En las últimas décadas, el incremento de la demanda de atención, debido a incremento poblacional (por avance tecnológico, transición epidemiológica y migración), ha producido saturación de estos servicios, principalmente en los grandes hospitales de referencia, predominando pacientes con enfermedades crónicas, complejas y de edad avanzada, desviando esfuerzos diagnósticos y terapéuticos.(1,2)

El cáncer es una enfermedad diagnosticada tardíamente en nuestro país e internacionalmente se ha definido criterios para su fase final o terminal, donde se han producido daños irreversibles, con múltiple sintomatología, pronóstico de vida limitado y gran impacto emocional para el paciente, la familia y el personal de salud. La OMS recomienda cuidados paliativos en esta fase de enfermedad y evitar su sufrimiento y el de la familia, siendo la atención domiciliaria una necesidad básica para estos pacientes. (1,3,4)

En España se reporta se reporta pacientes con enfermedad terminal ingresados a hospitales de agudos, que luego deben ser derivados a servicios de crónico o domiciliarios, (5) pero en Latinoamérica y Perú son más escasos los reportes al respecto. En nuestro medio se reportó frecuencia importante de enfermedad en fase terminal (oncológica y no oncológica) entre los pacientes admitidos al servicio de emergencia, estancia hospitalaria prolongada, readmisión frecuente y elevada tasa de mortalidad.(6-8)

Es importante conocer y respetar la voluntad del paciente o la familia respecto a cómo pasar sus últimos días y cómo afrontar la muerte, al respecto en España se publica que la mayoría de adultos mayores desea ser cuidado y morir en casa, pero cuando enferman de gravedad desearía ser trasladados al hospital. (9) El presente estudio tiene como objetivo evaluar qué factores se asocian al lugar de fallecimiento de pacientes con cáncer avanzado que pertenecen al programa de cuidados paliativos domiciliarios.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo, que evalúa a los pacientes fallecidos entre el 01 de enero y 31 de diciembre del año 2016 del servicio de COPHOES (Control Post Hospitalario Especializado) del hospital Rebagliati, un programa que brinda cuidados paliativos en el domicilio para pacientes oncológicos en estadio final de su enfermedad, pionero en la seguridad social peruana, introduciendo el concepto: "Morir con dignidad en el domicilio".

Se consideró cáncer avanzado a la enfermedad oncológica terminal con diagnóstico histológico confirmado en estadio clínico IV o metástasis múltiple cerebral, hepática o pulmonar, certificado por un médico especialista. Se incluyó a todos los pacientes beneficiarios de EsSalud que fueron inscritos al servicio evaluado, excluyendo a aquellos casos con datos incompletos o fallecidos por causa traumática.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, tipo de cáncer, causa final, tiempo en el programa y estancia hospitalaria. Se revisó las historias clínicas, registros institucionales y el registro nacional de defunciones. Siguiendo principios de buenas prácticas de investigación y la declaración de Helsinki.

Los datos fueron recolectados en una ficha prediseñada, codificados, digitado en Microsoft Excel 2010 y procesados con IBM SPSS 24.00. Se aplicó análisis estadístico bivariado cualitativo con prueba de Chi cuadrado; en las variables cuantitativas se aplicó prueba de Kolmogorov-Smirnov para identificar distribución normal y U Mann-Whitney para muestras independientes en distribución no normal. Se consideró significativo  $p < 0,05$  e intervalo de confianza de 95%.

## Resultados

Se seleccionaron 612 pacientes fallecidos durante el 2016, la mediana de edad fue 76 años (rango intercuartil 15), 52% de sexo femenino. 500 de los fallecimientos ocurrieron en el domicilio (81,7%) y 112 en el

hospital (28,3%). El tiempo de permanencia en el programa fue de 39 días (rango intercuartil 116), presentando los porcentajes según lugar de fallecimiento en la Tabla 1. Los grupos de neoplasias malignas más frecuentes fueron gastrointestinal 42,3% y genitourinario 26,6%, presentándose la distribución de acuerdo al sexo en la Figura 1. Los tipos específicos de cáncer más frecuentes fueron: pulmonar 11,4%, gástrico 10,1%, próstata 9,6%, colon 9,3%, páncreas 7,2% y mama 6,3%.

Los distritos de mayor procedencia de los pacientes fallecidos en domicilio fueron Surco 15,3%, La Molina 9,2%, Chorrillos 8,8% y Jesús María 6%; los fallecidos en el hospital procedían de Surco 12,4%, Pueblo Libre 12,4%, Lince 12,4% y Chorrillos 10,6%. El 4,2% del total de pacientes fallecidos procedían de distritos que

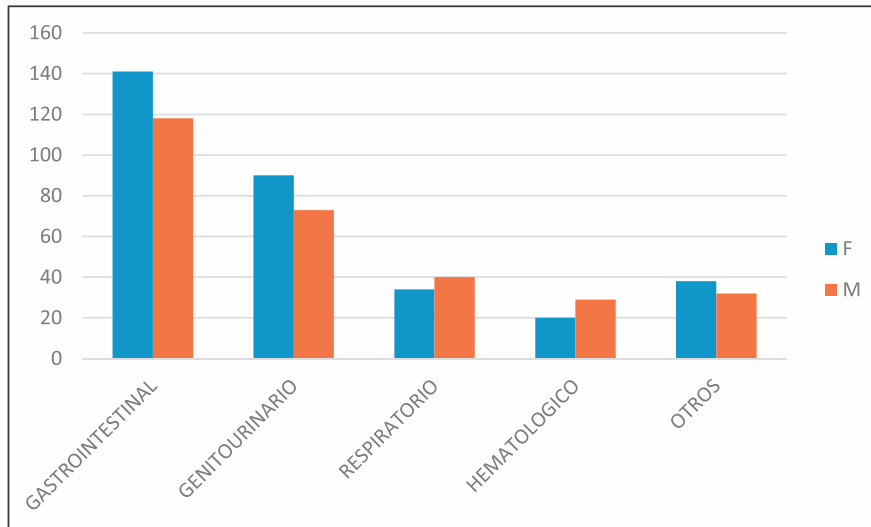
pertenecían a otra Red de salud (Red Almenara).

El 98% de fallecimientos intrahospitalarios acudieron al servicio de emergencia; 49% de los pacientes recibieron su primera atención en la unidad de reanimación de emergencia (Unidad de shock-trauma), 40% en tópico de medicina, 10% en los demás tópicos (cirugía/traumatología de emergencia) y sólo dos casos por consultorio externo de medicina. Un 61% de los fallecimientos intrahospitalarios se produjo en el servicio de emergencia, 38% en hospitalización y 1% en UCI. La mediana de estancia hospitalaria fue 10 días (rango intercuartil 18,2), 4,9 días en el servicio de emergencia y 18,8 días en otros servicios. La causa final de muerte intrahospitalaria estuvo asociada a infección en el 68% de casos.

**Tabla 1. Características de los pacientes con enfermedad crónica en fase terminal admitidos a emergencia de un hospital terciario.**

Factores	Domicilio (502)	Hospital (113)	Total (615)	p
Edad en años: mediana (RI <sup>&amp;</sup> ) Rango	73 (15) 13 - 104	76 (13) 12 - 95	76 (15) 12 - 104	0,66*
Sexo Femenino	268 (53,4%)	55 (48,7%)	323 (52,5%)	0,41**
Tipo de Cáncer:				<0,01**
• Gastrointestinal	215 (43%)	44 (39%)	259 (42%)	
• Genitourinario	138 (27%)	25 (22%)	163 (27%)	
• Respiratorio	59 (12%)	15 (13%)	74 (12%)	
• Hematológico	29 (6%)	20 (18%)	49 (8%)	
• Otros	61 (12%)	9 (8%)	70 (11%)	
Días en programa paliativo: mediana (RI <sup>&amp;</sup> )	37 (83)	39 (114)	39 (116)	0,70*
< 8 días	63 (13%)	24 (21%)	87 (14%)	0,06**
8 – 30 días	151 (30%)	28 (25%)	179 (29%)	
> 30 días	288 (57%)	61 (54%)	349 (57%)	

**Figura 1. Origen de la neoplasia maligna según sexo en pacientes fallecidos en el programa paliativos domiciliario de un hospital terciario de la seguridad social.**



## Discusión

Los cuidados paliativos tienen por finalidad mejorar la calidad de vida del paciente y la familia, hasta el último día. (10,11) El 82% de los pacientes del programa evaluado falleció en su domicilio, lugar reportado internacionalmente como el más adecuado para este evento, sobretodo en pacientes con cáncer avanzado.

Este es un indicador que el programa está cumpliendo con el objetivo para el que fue creado, el cual es disminuir las atenciones intrahospitalarias, ahorrando estrés, sufrimiento y costos (no solo económicos) al paciente y su entorno, mayor a lo reportado en España para programas domiciliarios y pacientes oncológicos/no oncológicos; (12,13) pero inferior a lo reportado en una revista de México. (3)

Sin embargo, existe un porcentaje importante de pacientes que perteneciendo al programa de cuidados paliativos, fallecen en el hospital, ingresando casi en su totalidad por el servicio de emergencia y desarrollando una estancia hospitalaria prolongada. Al evaluar los factores asociados a este hecho, encontramos que el tipo de cáncer presentaba diferencia estadísticamente significativa, con mayor

fallecimiento hospitalario en el grupo de neoplasias hematológicas, probablemente por mayor frecuencia de sangrado, demanda de transfusiones o complicaciones infecciosas.

El tiempo de permanencia en el programa de cuidados paliativos, al parecer no obtuvo significancia estadística en su mediana, pero se evidencia mayor proporción comparativa en los que tienen menos de una semana en el programa.

No sólo es importante el lugar de fallecimiento, sino la calidad del proceso de morir, Al respecto un estudio realizado en Chile menciona que los cuidados de este proceso requieren orientarse a la preparación, acompañamiento de la familia, comunicación adecuada y manejo de síntomas (dolor, disnea, fatiga y otros). Y dentro de la preparación es importante conocer el deseo del paciente y plantear los escenarios posibles (planificación anticipada). (9,14)

Si bien es cierto la mayoría de pacientes desea morir en la casa, hay un grupo de pacientes que desea hacerlo en el hospital, pero las condiciones en las que está sucediendo no son las más adecuadas. Por esto es necesario acondicionar dentro del hospital un área para cuidados paliativos del final de la vida, dirigido por personal con

experiencia en el tema. Otra alternativa es implementando los establecimiento de salud para pacientes crónicos o casas de reposo fuera del ámbito hospitalario. (9,15)

Entre las limitaciones de la investigación es que sólo se realizó en un hospital de la seguridad social (EsSalud), con hacinamiento de pacientes y tomando fuentes secundarias de datos (historia clínica y registros institucionales). Tampoco se evaluó el deseo previo del paciente o el familiar sobre su lugar de fallecimiento. Debiendo hacerse estudios a otros niveles de atención. Algunas veces la información brindada era incompleta o contradictoria. Algunos familiares, llevaron a sus pacientes a casa de reposo, no pudiendo obtener ese dato; pues actualmente en nuestro medio, la institución no brinda este servicio.

### Conclusión

Se concluye que el fallecimiento de los pacientes pertenecientes al programa fue mayoritariamente en el domicilio. El padecer cáncer hematológico es un factor asociado a fallecimiento intrahospitalario, donde la causa final asociada fue Infección. El servicio de emergencia es la vía de ingreso de estos pacientes, con alta mortalidad y muchas veces sin condiciones adecuadas.

**Contribuciones de autoría:** Los autores participaron en la generación, redacción y aprobación final del artículo.

**Fuentes de Financiamiento:** Autofinanciado por los autores.

**Conflicto de Interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la presentación de este artículo.

**Correspondencia:** Dr. José Percy Amado Tineo, [jpamadot@gmail.com](mailto:jpamadot@gmail.com)

**Recibido:** 4 Setiembre 2018

**Aprobado:** 26 Setiembre 2018

### Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Geneva, Switzerland.; 2014. 111 p.
2. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlos J, Monti C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Press I, editor. Houston; 2012.
3. Allende-Pérez S, Ortega-Olvera L, Verástegui-Avilés E, Domínguez-Ocadio G, Monreal-Carrillo EA, Ascencio-Huertas L. La pieza perdida en la medicina actual: atención domiciliar a pacientes paliativos oncológicos. *Gac Mex Oncol.* 2013;12(4):229-33.
4. Payet E, Pe?rez P, Poquioma E, Díaz E. Registro de Ca?ncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012. Lima-Perú; 2016. Report No.: 5.
5. Palomo A, García R, Vargas R, Quiben R. El paciente con enfermedad terminal en el hospital de agudos: la labor del equipo de soporte hospitalario. *Med Paliat.* 2011;18(1):14-9.
6. Amado, JP; Vasquez, R; Huari, RW; Sucari A, Oscanoa T. Patients with End?stage Oncologic and Nononcologic Disease in Emergency Service of an Urban Tertiary Hospital. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2018;24(1):25-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29440802>
7. Amado J, Vasquez R, Huari R, Palacios A. Readmision frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Lima-Peru 2012. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2015;28(4):153-7.
8. Vásquez Alva R, Amado Tineo J, Ramírez Calderón F, Velásquez Velásquez R, Huari Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An la Fac Med* [Internet]. 2016 Dec 16;77(4):379. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/12>

- 654
9. Herrera-Tejedor J. Preferencias de las personas muy mayores sobre la atención sanitaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 Jul;52(4):209-15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X16301068>
  10. González C, Núñez J, Sanz B, Lacaste M, García C. Guía de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. 2008.
  11. Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Cien Saude Colet*. 2013;18(9):2541-8.
  12. Millas Ros J, Hasson N, Aguiló Pérez M, Lasagabaster Orobengoa I, Muro Gorostegui E, Romero Iturralde O. Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco. Experiencia Saiatu. *Med Paliativa* [Internet]. 2015 Jan;22(1):3-11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134248X13000840>
  13. Aira Ferrer P, Domínguez Lorenzo C, Cano González JM, García Verde I, Molina Baltanás E, Vicente Aedo M, et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Med Paliativa* [Internet]. 2015 Nov; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134248X15000841>
  14. Espinoza M, Sanhueza O. Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010;18(4):1-8. Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
  15. IMSS. Cuidados paliativos en pacientes adultos. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. 1ra ed. Mexico; 2017. 192 p.