

Caracterización de la población de pacientes en Cuidado Paliativo hospitalizada en la Unidad de Cuidados Especiales Betania.

Introducción

Los cuidados paliativos se brindan a personas que cursan con una enfermedad en estadio terminal, para ayudar al control eficiente de síntomas, aliviando el sufrimiento mientras se brinda acompañamiento emocional a sus parientes y amigos.^{1,2} Si bien el cuidado paliativo no es solamente para el paciente con cáncer, es la oncología la especialidad que mejor entiende su utilidad y que procura que esta intervención sea temprana para sus pacientes.³ En los últimos años, los cuidados paliativos se ofrecen cada vez más a pacientes no oncológicos.⁴ La prevalencia creciente de enfermedades incurables y avanzadas en una población cada vez mayor, hacen de los cuidados paliativos un problema de salud pública.⁵

El cuidado paliativo ofrecido tempranamente no solo sirve para mejorar la calidad de vida de las personas sino que potencialmente podría prolongar la sobrevida en algunas situaciones específicas.^{6,7} Estos pacientes usualmente acuden a los servicios de urgencias por la presencia de síntomas asociados a sus enfermedades o a sus tratamientos.^{8,9} Otras veces están hospitalizados y la especialidad tratante solicita ayuda de cuidados paliativos al considerar progresión e incurabilidad de ciertas enfermedades que amenazan la vida del paciente. En la mayoría de los casos, estos pacientes por lo avanzado de sus enfermedades, no se pueden manejar en un nivel de alta complejidad. Para estos casos, la Fundación Valle del Lili dispone de la Unidad de Cuidados Especiales donde se ofrece un manejo integral al paciente asegurando la continuidad del tratamiento iniciado desde la sede principal.

Objetivos

El propósito de este estudio fue caracterizar demográfica y clínicamente a los pacientes atendidos por el equipo de cuidado paliativo en la Unidad de Cuidados Especiales de nuestra institución. Estos datos nos permitirán mejorar el manejo de los problemas más frecuentes, trabajar con las entidades prestadoras de salud para hacer más eficientes estos procesos, disminuir los tiempos de hospitalización, y los costos económicos.

Métodos

Se revisaron los datos de 424 pacientes atendidos por el grupo de Cuidado Paliativo y hospitalizados en la "Unidad de Cuidados Especiales Betania" de la Fundación Valle del Lili, Cali-Colombia, en el período Junio 30 de 2012 a Junio 30 de 2013. Se analizaron variables demográficas (género, edad, procedencia, entidad de salud aseguradora, diagnósticos) y clínicas (síntomas, patologías que conducen a hospitalización, el tiempo de estancia hospitalaria, las barreras identificadas que conllevan una estancia prolongada, el apoyo de otros profesionales de la salud, el manejo médico dado y el estado al egreso).

Resultados

Los 424 pacientes atendidos por el grupo de cuidados paliativos presentaban una mediana de edad de 70 años (59-79), con variación entre la población no oncológica (76.5 años) y oncológica (70 años). La proporción de hombres (50.2%) y mujeres (49.8%) fue cercana a la de la población general. No obstante en la población no oncológica predominaba el sexo masculino (64.7% vs 35.3%). Más del 90% de la población total era proveniente de Cali y otras ciudades del Valle del Cauca y cerca del 89% pertenecían al régimen contributivo.

Un gran número del total de las interconsultas al grupo de cuidado paliativo provenían del servicio de urgencias (49.3%), 50.5% de los pacientes oncológicos y 35.3% de pacientes no oncológicos. Por el contrario el 32.4% de los pacientes no oncológicos llegaron directamente a Betania. La disnea fue la causa más frecuente de hospitalización en la población atendida (22.4%) y el 30.4% de los pacientes de la población general requirieron manejo por terapia respiratoria. El dolor fue un síntoma importante de hospitalización en la población oncológica (15.4% oncológicos vs 2.9% no oncológicos). En un 24.3% de las veces no se requirió apoyo de otros profesionales y el trabajo del equipo multidisciplinario del grupo bastó para controlar síntomas en el paciente. El 12% de la población general, 23.5% de la población no oncológica y 11% de la población oncológica tuvo una estancia prolongada en la sede Betania (más de 20 días de hospitalización). En el 56.9% de los casos la causa fue el Home Care dilatado (paciente permanece hospitalizado tres días o más después de ordenarse el Home Care) y en el 25.5% de los casos, el deterioro clínico. (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos por el Equipo de cuidados paliativos de acuerdo a la patología predominante

	Total	No Oncológico	Oncológico
Total pacientes, n(%)	424 (100)	34 (8)	390 (92)
Edad	70 (59-79)	76.5 (65-83)	70 (59-78)
Sexo, n(%)			
Femenino	213 (50.2)	12 (35.3)	201 (51.5)
Masculino	211 (49.8)	22 (64.7)	186 (47.7)
Procedencia, n(%)			
Cali	299 (70.5)	23 (67.6)	276 (70.8)
Cauca	23 (5.4)	3 (8.8)	20 (5.1)
Eje cafetero	5 (1.2)	1 (2.9)	4 (1)
Otros departamentos	4 (0.9)	-	4 (1)
Otros sitios del Valle	93 (21.9)	7 (20.6)	86 (22.1)
Regimen, n(%)			
Contributivo	380 (89)	20 (58.8)	360 (92.3)
Excepción	26 (6.1)	7 (20.6)	19 (4.9)
Particular	1 (0.2)	-	1 (0.3)
Prepagada	3 (0.7)	-	3 (0.8)
Subsidiado	14 (3)	7 (20.5)	7 (1.8)
Servicio, n(%)			
Betania	87 (20.5)	11 (32.4)	76 (19.5)
Consulta	13 (3.1)	-	13 (3.3)
Piso	92 (21.7)	5 (14.7)	87 (22.3)
UCI	23 (5.4)	6 (17.6)	17 (4.4)
Urgencias	209 (49.3)	12 (35.3)	197 (50.5)
Sx Cardinal, n(%)			
Delirium	47 (11.1)	5 (14.7)	42 (10.8)
Disnea	95 (22.4)	13 (38.2)	82 (21)
Dolor	61 (14.4)	1 (2.9)	60 (15.4)
Emesis	11 (2.6)	-	11 (2.8)
Estreñimiento	1 (0.2)	-	1 (0.3)
Infección	62 (14.6)	4 (11.8)	58 (14.9)
Nutrición	59 (13.9)	4 (11.8)	55 (14.1)
Obstrucción intestinal	30 (7.1)	1 (2.9)	29 (7.4)
Otro	47 (11.1)	5 (14.7)	42 (10.8)
Sangrado	11 (2.6)	1 (2.9)	10 (2.6)
Apoyo de otros profesionales, n(%)			
Fisioterapia	8 (1.9)	-	8 (2.1)
Fonoaudiología	28 (6.6)	2 (5.9)	26 (6.7)
Ninguno	108 (25.4)	6 (17.6)	102 (26.1)
Nutrición	71 (16.8)	6 (17.6)	65 (16.7)
Psiquiatría	21 (4.9)	2 (5.8)	19 (4.9)
Radioterapia	34 (8)	-	34 (8.7)
Terapia enterostomal	21 (5)	1 (2.9)	20 (5.1)
Terapia respiratoria	129 (30.4)	15 (44.1)	114 (29.2)
Trabajo social	4 (0.9)	2 (5.9)	2 (0.5)

Resultados (cont.)

El tiempo entre el ingreso del paciente a la Fundación Valle del Lili y la interconsulta a cuidados paliativos fue de 1 día (RIQ), el tiempo al traslado a Betania fue de 0 días (RIQ), la estancia en Betania fue de 6 días (RIQ). El tiempo total de hospitalización en la institución (Sede principal y Betania) fue de 9 días (RIQ). Aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos por el grupo fallecieron. El 50% de los pacientes oncológicos y 67.6% de los pacientes no oncológicos fallecieron. El 29.4% de los pacientes no oncológicos, requirieron Home Care al egreso y 14.7% requirieron sedación paliativa para el control de síntomas. El 8.5% de los pacientes reingresaron a la institución; el 9% de los oncológicos y el 2.9% de los no oncológicos. Las causas de reingreso fueron infección (25%), disnea (19.4%) y dolor (16.7%)(Tabla 2).

Tabla 2. Manejo Clínico por parte del Equipo de Cuidado Paliativo (n=424)

	Total
Días Ingreso a la interconsulta por Cuidado paliativo (IC-CP)	1 (0-3)
Días ICCP - Traslado a Betania	0 (0-1)
Días Estancia Bet	6 (3-12)
Estancia prolongada, n(%)	51 (12)
Causa de estancia prolongada	
Abandono	3 (5.9)
Deterioro clínico	13 (25.5)
Home care dilatado	29 (56.9)
Red	3 (5.9)
Residencia lejana	3 (5.9)
Estado Egreso, n(%)	
Casa	198 (46.7)
Defunción	218 (51.4)
Nivel 2	8 (1.9)
Sedación, n(%)	38 (9)
Home Care, n(%)	88 (20.1)
Reingreso, n(%)	36 (8.5)
Causa de Reingreso n(%)	
Delirium	1 (2.8)
Disnea	7 (19.4)
Dolor	6 (16.7)
Emesis	1 (2.8)
Infección	9 (25)
Ninguna	1 (2.8)
Nutrición	3 (8.3)
Obstrucción intestinal	3 (8.3)
Otro	3 (8.3)
Sangrado	2 (5.6)

Conclusiones

La población atendida por nuestro equipo de Cuidado Paliativo es predominantemente geriátrica, en estadios muy avanzados de enfermedad y principalmente con enfermedad oncológica. Es importante continuar educando a los profesionales de la salud (y particularmente a otros especialistas ajenos a la oncología) en la importancia de ofrecer tempranamente el cuidado paliativo para el control de síntomas mejorando la calidad de vida de los pacientes. La expectativa de vida y carga de enfermedad en los tiempos actuales, hace del cuidado paliativo una disciplina con alcances de interés en salud pública.

Bibliografía

- National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Frank D. Ferris F. Last hours of living. Clin Geriatr Med 2004;20: 641-667.
- Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto Nacional de Cancerología, ESE.CENAL
- NHPCO's Annual Report 2012 -National Center for Care at the End of Life.
- Palliative care-the solid facts. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Wedding U, Pientka L, Höffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer: A short review. European Journal of Cancer 2007; 43: 2203-2210, 5.
- Temel J et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic NonSmall-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010; 363:8 : 733-742.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
- Ngo-Metzger Q, Auguste K, et al. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. American Family Physician 2008; 77(2): 167-174.