

## Lugar de muerte en pacientes con cáncer avanzado en Chile: Estudio de una cohorte retrospectiva

### *Place of death in Chilean patients with advanced cancer: A retrospective cohort study*

Sr. Editor,

Más de la mitad de los pacientes con cáncer avanzado prefiere morir en sus hogares. Sin embargo, morir en el hogar depende de diversos factores relacionados con la enfermedad, el ambiente de cuidado y el acceso a la asistencia médica domiciliaria<sup>1,2</sup>. Además, el manejo de pacientes con alta carga sintomática en el hogar podría ser un desafío debido a la heterogeneidad en la provisión de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios, fuertemente dependientes de las unidades territoriales y del tipo de sistema de salud<sup>1</sup>.

Los cuidados paliativos domiciliarios han demostrado tener efectos positivos en las dimensiones físicas, psicosociales y económicas de los pacientes; se han asociado a disminución de los tiempos de hospitalización, decremento en las complicaciones y re-hospitalizaciones y a una reducción de los costos vinculados a las atenciones de salud<sup>1</sup>.

En Chile, 70% de los pacientes ingresados al programa de alivio del dolor y cuidados paliativos en el sistema público de salud fallecen en su residencia habitual<sup>3</sup>.

Conocer el lugar de muerte es importante pues permite identificar los factores que influyen en el lugar de fallecimiento, contribuyendo a crear políticas que favorezcan la muerte digna en el lugar deseado por los pacientes mediante una adecuada distribución de los recursos sanitarios.

Para explorar este fenómeno, se revisaron retrospectivamente los datos de los pacientes tratados con radioterapia paliativa en nuestra institución entre el 2 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2021 y se analizaron los factores relacionados con la muerte en el hospital o en el domicilio mediante modelos de regresión logística utilizando el software estadístico R ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)).

Durante el período estudiado, 3.357 pacientes fueron tratados con radioterapia paliativa. A la fecha del último seguimiento, 2364 pacientes (70%)

habían fallecido y fueron incluidos en el análisis. 1.194 (51%) pacientes eran mujeres y 1.252 (53%) pacientes tenían menos de 65 años. Los tumores primarios más frecuentes fueron pulmón (19%) y mama (17%). El 6,2% de pacientes tenían una neoplasia hematológica.

1.226 (52%) pacientes pertenecían al Fondo Nacional de Salud (FONASA), 754 (32%) pertenecían a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE) o a otros sistemas (16%).

1.542 pacientes (65%) murieron en su domicilio y 822 fallecieron en un centro asistencial. 52% de los pacientes con tumores hematológicos, 43% de los pacientes pertenecientes a una ISAPRE y 39% de aquellos que pertenecían a otros sistemas fallecieron en el hospital.

En el análisis multivariado, se observó un riesgo significativamente mayor de morir en el hospital en aquellos pacientes mayores de 65 años, pertenecientes a sistemas de salud distintos al FONASA, con neoplasias hematológicas y en los tratados con radioterapia holoencefálica (Tabla 1).

A día de hoy, en Chile contamos sólo con datos parciales respecto del lugar de muerte de los pacientes con cáncer avanzado, estos provienen de informes técnicos del programa nacional de cuidados paliativos que han incluido únicamente a beneficiarios del FONASA.

Los hallazgos del presente reporte van en la misma dirección que los comunicados en dichos informes pues la mayoría de los pacientes del FONASA (72%) fallecieron en el domicilio<sup>3</sup>. Respecto del mayor riesgo de morir en el hospital en los pacientes pertenecientes a sistemas de salud distintos al FONASA, es posible que sea consecuencia de la diferencia en la distribución y disponibilidad de los servicios de cuidados paliativos pues en el territorio nacional existen 251 servicios, 67% de los cuales pertenecen al sistema público. Adicionalmente, los servicios de cuidados paliativos pertenecientes al FONASA cuentan con mejor acceso a fármacos, insumos y a atención domiciliaria durante el fin de vida en relación a los servicios provistos por los sistemas privados<sup>4</sup>.

El mayor riesgo de muerte hospitalaria en pacientes con tumores hematológicos es una situación identificada en diversos países y es independiente de los sistemas de atención médica, subtipos de enfermedades y características de estos pacientes<sup>5</sup>. Algunos autores han sugerido

**Tabla 1. Factores de riesgo asociados a la Muerte en el hospital: Análisis multivariado**

		OR	CI (95%)	p
Edad	≤ 65	-	-	
	> 65	1,82	1,51-2,20	< 0,001
Sistema de salud	Público	-	-	
	Privado	0,54	0,44-0,65	< 0,001
	Otro	0,58	0,45-0,75	< 0,001
Tipo de tumor	Cérvix-útero	-	-	
	Colorrectal	1,11	0,67-1,83	0,691
	Esofago-gástrico	0,90	0,48-1,65	0,723
	Hematológico	0,46	0,26-0,80	0,007
	Mama	1,06	0,64-1,76	0,808
	Próstata	1,09	0,63-1,89	0,759
	Pulmón	0,84	0,50-1,39	0,498
	Renal	1,17	0,64-2,15	0,610
	Otros	0,89	0,55-1,42	0,632
Sitio de tratamiento	Cabeza-cuello	-	-	
	Cerebro	1,66	1,03-2,64	0,035
	Hueso	1,33	0,87-2,02	0,187
	Abdomen	1,74	1,02-2,99	0,42
	Pelvis	1,27	0,78-2,06	0,343
	Tórax	0,86	0,53-1,39	0,550
	Piel-partes blandas	1,14	0,70-1,84	0,605

que las muertes hospitalarias en este grupo están determinadas en gran medida por las características de la enfermedad, con trayectorias de final de vida muchas veces inciertas, transiciones indistintas y dificultades para estimar pronóstico, lo que condiciona una derivación tardía y menor probabilidad de recibir cuidados paliativos<sup>5</sup>.

Respecto al riesgo aumentado de muerte hospitalaria en pacientes mayores de 65 años, un factor explicativo podría ser la alta carga de comorbilidad registrada en nuestro país en pacientes de este grupo<sup>6</sup>. Además, 62,4% de los pacientes ingresados a las unidades de cuidados paliativos en el sistema público corresponden a personas mayores y en el 80% de los casos su cuidador principal es también una persona mayor<sup>3</sup>. Lo anterior sumado a la escasez de programas educativos para cuidadores sobre cuidados de fin de vida y la necesidad, en ocasiones, de cuidados

complejos y continuos en el domicilio (administración de fármacos por vía subcutánea, por ejemplo) podrían servir como obstáculos para los cuidados domiciliarios<sup>4</sup>.

En cuanto al mayor riesgo de muerte hospitalaria de los pacientes tratados con radioterapia holoencefálica, tanto la frecuente alta carga sintomática de estos pacientes, así como el mal estado funcional basal (ECOG > 2) podrían relacionarse con una mayor tendencia al manejo hospitalario.

Limitan la extrapolación de nuestros resultados la composición de la muestra, que incluyó únicamente pacientes que recibieron tratamiento con radioterapia paliativa y la naturaleza retrospectiva de nuestro análisis que impidió contar con otras variables clínicas y sociodemográficas reconocidamente relevantes para el estudio de los determinantes del lugar de muerte.

Sin embargo, en este reporte se incluyeron

pacientes derivados de varios centros oncológicos, con sistemas de salud distintos al FONASA con lo cual se aportan datos cuya falta ha sido reconocida como un importante vacío en sucesivos informes emanados desde el Ministerio de Salud<sup>3</sup>.

Estos datos pueden contribuir a mejorar los registros acerca del lugar de muerte y a impulsar políticas que permitan adecuar los recursos para mejorar la atención al final de la vida en pacientes con cáncer avanzado en Chile. Se requieren estudios adicionales que evalúen las preferencias respecto del lugar de cuidado y muerte, contrastando la provisión de servicios domiciliarios y las estrategias de apoyo al cuidador en el contexto nacional.

**Andrés Vargas<sup>1,2,a</sup>, Pamela Turrillas<sup>3,4,b</sup>**

<sup>1</sup>*Departamento de radioterapia oncológica, Clínica Instituto de Radiomedicina (IRAM), Santiago, Chile.*

<sup>2</sup>*Programa de radioterapia oncológica. Facultad de Medicina Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.*

<sup>3</sup>*Consejo médico de apelación, Ley 21309 de Enfermedades Terminales, Superintendencia de Pensiones, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Chile.*

<sup>4</sup>*Cátedra de Cuidados Paliativos, Universidad de Vic y Universidad Central de Cataluña, España.*

<sup>a</sup>*MD, PhD*

<sup>b</sup>*MD, MSc*

*Fuente de apoyo financiero: Ninguno.*

## Referencias

1. Ho JFV, Marzuki NS, Meseng NSM, Kaneisan V, Lum YK, Pui EWW, et al. Symptom Prevalence and Place of Death Preference in Advanced Cancer Patients: Factors Associated With the Achievement of Home Death. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022 Jul;39(7):762-771. doi: 10.1177/10499091211048767.
2. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2006 Mar 4;332(7540):515-21. doi: 10.1136/bmj.38740.614954.55.
3. Asesores Departamento de Cáncer. Evaluación Nacional del Programa de Cuidados Paliativos. En: XXIII Jornada Nacional de Cuidados Paliativos - MINSAL. 2020.
4. Censo Nacional de Servicios de Cuidados Paliativos de Chile, Proyecto FONDECYT 1201721. Disponible en [www.politicaspUBLICAS.uc.cl](http://www.politicaspUBLICAS.uc.cl). (Consultado el 13 de abril de 2023).
5. Howell DA, Roman E, Cox H, Smith AG, Patmore R, Garry AC, et al. Destined to die in hospital? Systematic review and meta-analysis of place of death in haematological malignancy. *BMC Palliat Care*. 2010 Jun 1;9:9. doi: 10.1186/1472-684X-9-9.
6. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, primeros resultados. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Noviembre 2017. Disponible en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). (Consultado el 19 de abril de 2023).

Correspondencia a:

Andrés Vargas

Avda. Américo Vespucio 1314, Vitacura, Santiago.

[andres.vargas@iram.cl](mailto:andres.vargas@iram.cl)