

¹Sección de Cuidados Paliativos,
Departamento de Medicina
Interna, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile. Santiago,
Chile.

²Centro de Investigación Clínica,
Departamento de Medicina
Interna, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile. Santiago,
Chile.

³Estudiante de Medicina,
Universidad de Chile. Santiago,
Chile.

Trabajo no recibió
financiamiento.

Los autores declaran no tener
conflictos de interés.

Recibido el 12 de agosto de
2021, aceptado el 3 de agosto
de 2022.

Correspondencia a:
Dr. Fernando Ihl Mena.
Sección de Cuidados Paliativos,
Departamento de Medicina
Interna. Hospital Clínico de la
Universidad de Chile.
Dr. Carlos Lorca Tobar 999,
Independencia. Santiago, Chile.
fernandoihlm@gmail.com

Medicina paliativa hospitalaria: modelo de atención implementado en un hospital universitario

ALEJANDRA PALMA¹, FERNANDO IHL¹,
ESTEFANÍA ACUÑA³, FRANCISCA PLAZA-PARROCHIA²

Hospital palliative medicine. Revision of a care model implemented at a university hospital

Background: Palliative Medicine (PM) is a specialty whose objective is to prevent and alleviate suffering associated with advanced diseases. Hospital palliative medicine has benefits in symptom control, quality of life and cost containment. Hospital PM support teams that serve as referral specialists are in charge of a PM care model. **Aim:** To describe the clinical experience of a PM support team in a tertiary hospital in Chile. **Material and Methods:** Review of clinical records of patients referred to a hospital PM support team between March 2015 and July 2018. Administrative data of referrals, sociodemographic and clinical characteristics of patients, their investigated problems and the interventions proposed by the PM team were described. **Results:** During the study period, 790 referrals were registered, most of them from the internal medicine department (31%) or critical care (24%). During the study period, the number of annual referrals increased from 177 to 237 and the time lapse after hospital admission decreased from five to three days. The mean age of patients was 65.8 years and their main diagnosis was an oncological disease in 81%. The most frequently identified symptoms were fatigue in 71% of patients, depression in 68% and pain in 60%. The main interventions proposed by the PM team were communication support in 64% of patients, analgesia in 62% and education for family caregivers in 49%. **Conclusions:** The hospital PM team proposes a care model that allows the evaluation and a therapeutic approach for patients suffering from advanced diseases, using a multidimensional perspective including their families.

(Rev Med Chile 2022; 150: 650-655)

Key words: Palliative Care; Patient Care Team; Palliative Medicine.

El envejecimiento poblacional se ha asociado a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas¹, las que en fases avanzadas generan un sufrimiento significativo para pacientes y familias, el denominado *sufrimiento serio relacionado con la salud*².

Los Cuidados Paliativos (CP) son una disciplina que brinda atención a pacientes con enfermedades avanzadas, de carácter progresivo o con

expectativa de sobrevida limitada, que tiene por objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento físico, psicológico, espiritual y social vinculado a la experiencia de enfermedad. Los equipos de CP son multidisciplinarios y el quehacer propio de los médicos que integran estos equipos se denomina Medicina Paliativa (MP)³.

La MP se reconoció como especialidad médica por primera vez en Reino Unido en 1987⁴. Actual-

mente un alto porcentaje de países desarrollados cuenta con especialistas en MP, la mayoría con estudios de subespecialidad derivados de medicina interna o medicina familiar⁵. En Chile, desde el año 2021, la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) ha certificado a 59 médicos como especialistas en MP⁶, pero aún falta el reconocimiento de la especialidad por el Ministerio de Salud.

La MP se practica en los niveles asistenciales domiciliario, ambulatorio y hospitalario. Existen 2 modelos de MP hospitalaria: unidades con camas asignadas y equipos de soporte hospitalarios (ESH), que apoyan a médicos tratantes en calidad de especialistas interconsultores⁷.

Desde el 2005 los CP están incluidos entre las prestaciones de salud garantizadas para pacientes oncológicos (AUGE/GES)⁸. Se estima que 42.000 pacientes se atienden en unidades públicas de CP, la mayoría en un nivel asistencial ambulatorio o domiciliario⁹. Si bien la canasta de prestaciones AUGE/GES de CP incluye prestaciones hospitalarias, no existen en nuestro conocimiento reportes sobre la actividad clínica de equipos hospitalarios de MP en el país.

El objetivo de este estudio es describir la experiencia clínica de un ESH de MP en un hospital terciario en Chile.

Material y Método

Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes derivados al ESH del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), entre marzo de 2015 y julio de 2018.

El HCUCH es un hospital universitario de alta complejidad, con 500 camas y un promedio de 23.000 admisiones anuales. Desde el 2015 cuenta con una Sección de Cuidados Continuos y Paliativos, conformada por dos médicos, una enfermera, una psicóloga y un sacerdote. Las competencias principales del ESH son: control de síntomas, comunicación efectiva, toma de decisiones, apoyo psicológico y espiritual, y educación de enfermería.

Los pacientes derivados mediante interconsultas son evaluados por un médico del ESH y luego por psicóloga, enfermera y/o sacerdote, según las necesidades pesquisadas. Las intervenciones propuestas derivan de una evaluación multi-

dimensional estandarizada y un trabajo clínico interdisciplinario.

El ESH generó un documento electrónico que permitió registrar prospectivamente sus evaluaciones e intervenciones en el sistema de ficha electrónica institucional. Las variables registradas se presentan en la Figura 1. Entre los aspectos comunicacionales registrados, se incluyó la *conspiración del silencio*, entendida como el acuerdo entre familiares y/o integrantes del equipo médico de ocultar información clínica al paciente¹².

Los pacientes con estimación de sobrevida menor a 72 h al momento de la derivación se consideraron en *fin de vida*.

Análisis Estadístico

Análisis descriptivo de datos cuantitativos continuos expresados como promedio \pm desviación estándar, mediana y rango intercuartílico (RIC), según si presentaban o no distribución normal. La distribución fue evaluada con el test de Shapiro-Wilks. La comparación del número de IC se realizó mediante el test no paramétrico Kruskal Wallis.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética e investigación del HCUCH.

Resultados

Interconsultas

Se solicitaron 790 IC al ESH durante el período de estudio, equivalente a 676 pacientes.

Los motivos más frecuentes de IC fueron: diagnóstico oncológico avanzado (52,2%) y necesidad de manejo de síntomas (25,6%).

Los servicios que solicitaron IC con mayor frecuencia fueron: medicina interna (31%), unidades de paciente crítico (24%) y cirugía (14%), manteniéndose esta mayor derivación durante el período de estudio. Se observó la solicitud de IC desde nuevos servicios a partir del 2017, incluyendo: geriatría (6%), neurología (4%), nefrología (3%), cardiología (3%) y gastroenterología (3%).

El número de IC anuales aumentó de 177 el año 2015, a 237 el 2017. La cantidad de IC mensuales aumentó de 14,8 el año 2015, a 19,8 el 2017 y 23,3 el 2018. El tiempo promedio transcurrido desde el ingreso hospitalario, hasta la solicitud de IC fue de 3 días (RIC 1-9). Se observó una disminución significativa de este tiempo entre los años 2015 (5 días RIC 1-13) y 2017 (3 días RIC 1-9) ($p < 0,05$).

Variables registradas	Datos
Información administrativa interconsultas	Motivo Servicio de origen Tiempo desde ingreso hospitalario hasta solicitud Velocidad de respuesta del EMH
Características sociodemográficas	Edad Sexo Nivel educacional Situación laboral Previsión Creencia religiosa
Características clínicas	Diagnóstico enfermedad de base principal Carga de síntomas según instrumento <i>Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*10</i> Delirium según instrumento <i>Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)**11</i> Aspectos comunicacionales relacionados con entrega de información y toma de decisiones, según entrevista clínica
Problemas e intervenciones pesquiasadas según área	Área física Área neuropsicológica Área comunicacional

Figura 1. Datos de registro electrónico del Equipo Hospitalario de Medicina Paliativa. *ESAS: Evalúa la presencia e intensidad de diez síntomas mediante una escala visual numérica. **MDAS: Evalúa la presencia e intensidad de delirium en pacientes con cáncer avanzado.

Características socio-demográficas y clínicas de los pacientes

La edad promedio de los pacientes fue de 65,8 años y el 48,7% fueron mujeres. El 64,7% tenía escolaridad completa o estudios superiores. La mayoría declaró tener creencia religiosa (89,4%). El diagnóstico más frecuente fue enfermedad oncológica avanzada (80,6%) (Tabla 1).

Se pesquisó una alta carga de síntomas físicos, siendo los más frecuentes: cansancio (71,1%), desánimo (67,5%), anorexia (65,3%), somnolencia (62%) y dolor (60%) (Figura 2). El 72,3% presentó al menos un síntoma de intensidad moderada o severa, y el promedio de síntomas simultáneos por paciente fue 4,6 (rango 1-10).

Problemas pesquiasados e intervenciones propuestas

Se pesquisarón problemáticas multidimensionales y se propusieron intervenciones concordantes, destacando intervenciones comunicacionales (64,4%), analgesia (62,2%) y educación a cuida-

dores (49%) (Tabla 2). La educación a cuidadores se centró en el uso de vía subcutánea, para hidratación y/o control farmacológico de síntomas.

Pacientes en fin de vida

Ciento treinta y nueve pacientes (17,6%) estaban en fin de vida al momento de la evaluación por el ESH. En este grupo se observó una alta necesidad de manejo de síntomas (85%) y de educación a cuidadores (67%). Se pesquisarón necesidades propias del proceso de fin de vida, incluyendo: suspensión de terapias fútiles (78%), facilitación de acompañamiento familiar (78%), traslado a habitación privada (67%) y apoyo espiritual (47%).

Discusión

Este estudio reporta los primeros 40 meses de trabajo clínico de un ESH de MP en Chile, evidenciando una amplia gama de necesidades de pacientes y familias enfrentados a enfermedades

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes derivados a cuidados paliativos

Variable *		Valor
Edad (años)		65,8 ± 17
Sexo femenino	n (%)**	329 (48,7)
Nivel educacional	n (%)**	
Escolar incompleta		213 (35,2)
Escolar completa		185 (30,7)
Técnica		73 (12,2)
Universitaria		131 (21,7)
Previsión	n (%)**	
Fonasa		339 (50,1)
Isapre		333 (49,2)
Creencia	n (%)**	
Católico		404 (67,8)
Creyente sin religión		84 (14,1)
Evangélico		45 (7,5)
Agnóstico o ateo		32 (5,4)
Situación Laboral	n (%)**	
Trabajando		76 (12,3)
Jubilado		231 (37,5)
Licencia médica		127 (20,6)
Dueña de casa		117 (19,0)
Diagnóstico principal	n (%)**	
Enfermedad oncológica		516 (80,6)
Gastrointestinal		145 (28,2)
Pulmón		58 (11,2)
Urotelial		49 (9,5)
Hepatobiliar		48 (9,3)
Hematológica		48 (9,3)
Próstata		26 (5,0)
Enfermedad no oncológica		124 (19,4)
Accidente cerebrovascular		27 (21,8)
Insuficiencia cardíaca		23 (18,5)
Daño hepático crónico		15 (12,1)
Pulmonar		12 (9,7)
Neurológica degenerativa		11 (8,8)

*Se omiten variables infrecuentes para facilitar una descripción global de la muestra. **Porcentajes expresados según el total de datos registrados para cada variable.

avanzadas. Entre los hallazgos destacan una alta carga de síntomas físicos y psicológicos, la necesidad de optimizar procesos de entrega de información clínica, así como, la de brindar educación y soporte psicológico a familiares. En el grupo de pacientes en fin de vida, se observó la necesidad de suspender terapias fútiles, de brindar asistencia espiritual y de facilitar el acompañamiento familiar.

La literatura ha evidenciado hallazgos similares, mostrando que las enfermedades graves se caracterizan por causar problemas físicos y psicológicos, necesidades de soporte familiar y altos gastos en salud^{1,13,14}. Shoenherr¹⁵ reportó una serie de 130.000 pacientes derivados a un ESH de MP en Estado Unidos, pesquizando la necesidad de optimizar entrega de información clínica (74,8%), manejar dolor (40,1%) y manejar síntomas psicológicos (48,6%). En esa misma línea, Kamal¹⁶ reporta un promedio de 6 intervenciones por cada paciente evaluado por un ESH, reflejando la multiplicidad de necesidades de este grupo de enfermos. La MP hospitalaria se ha desarrollado como respuesta a estas necesidades multidimensionales, existiendo evidencia de su beneficio en el control de síntomas, calidad de vida, toma de decisiones, intervenciones en fin de vida y contención de costos asociados a atenciones hospitalarias de pacientes graves¹⁷⁻¹⁹.

Si bien este estudio no permite medir el impacto de las intervenciones del ESH, los datos muestran la factibilidad de la implementación del modelo asistencial y una creciente penetración de éste en el sistema hospitalario, lo que se reflejó en un aumento sostenido del número de IC, una ampliación de los servicios derivadores y una mayor precocidad en el envío de las IC.

La *ley de derechos y deberes de los pacientes*, vigente en Chile²⁰, señala que toda persona tiene derecho a ser informada sobre su salud, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, aludiendo a la necesidad de entrega de información, comunicación y toma de decisiones efectivas. La Ley señala además, que aquellos pacientes que se encuentren en estado terminal tendrán derecho a recibir CP oportunos, acompañamiento familiar y espiritual. Esta noción de prioridad la ha reforzado la “Ley de cuidados paliativos universales” (Ley 21.375), que rige desde marzo de 2022, y que garantiza el acceso a CP a todas las personas que padecen enfermedades graves o terminales, oncológicas y no oncológicas, en todos los niveles asistenciales.

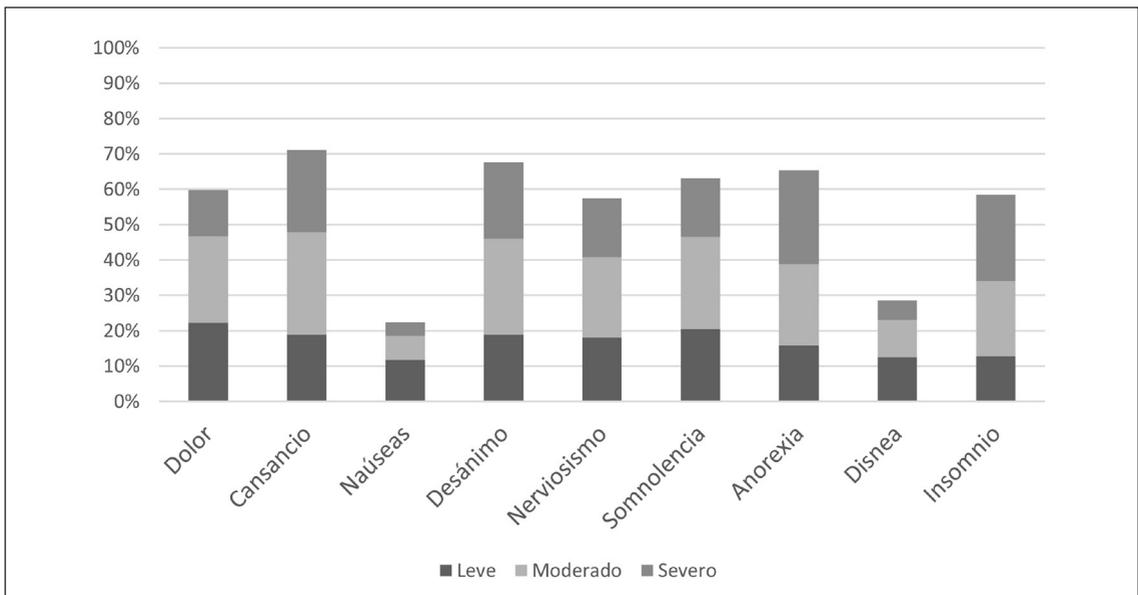


Figura 2. Carga de síntomas según Edmonton Symptom Assessment System⁹ (n = 790).

Tabla 2. Problemas pesquisados e intervenciones propuestas por el Equipo de Soporte Hospitalario (ESH) de Medicina Paliativa

Problemas pesquisados según áreas			Intervenciones propuestas según áreas		
	n (%)*	Total registro**		n (%)*	Total registro**
Área física			Área física		
Síntomas físicos moderados y/o severos	415 (72,5)	572	Analgesia	460 (62,2)	739
Constipación	234 (40,9)	571	Laxantes	214 (29,0)	738
Úlceras por presión	90 (15,7)	570	Hipnóticos por insomnio	135 (18,4)	734
			Antieméticos	129 (17,6)	734
			Opioides por disnea	129 (17,5)	733
			Opioides por tos	16 (2,2)	735
Área neuropsicológica			Área neuropsicológica		
Delirium	168 (21,2)	790	Psicoterapia	277 (42,1)	657
Síntomas ansiosos	207 (44,4)	466	Ansiolíticos	111 (16,6)	669
Síntomas depresivos	113 (24,7)	458	Antipsicóticos	96 (14,2)	677
			Antidepresivos	49 (7,4)	662
Área comunicacional			Área comunicacional		
Falta de entrega de información a paciente	297 (53,1)	559	Reunión familiar	468 (64,8)	722
Falta de entrega de información a familia	292 (52,6)	555	Entrega de información a paciente y/o familia	471 (64,4)	731
Conspiración del silencio	36 (6,5)	552	Psicoterapia familiar	277 (39,2)	706
			Derivación a Comité de ética	10 (1,4)	717

* Porcentajes expresados según el total de datos registrados para cada variable. ** Se indica el total de pacientes en que la variable fue registrada.

Fortalezas

En nuestro conocimiento este es el primer reporte del trabajo clínico de un ESH de MP en Chile. La recopilación prospectiva y estandarizada de datos respalda la confiabilidad de la información reportada.

Limitantes

Este estudio reporta datos mayoritariamente de pacientes oncológicos, recabados en un hospital terciario de la región metropolitana, por lo que los resultados no necesariamente son extrapolables a otros contextos clínicos. El diseño descriptivo observacional no permite medir el impacto clínico de las intervenciones descritas.

Conclusión

La MP hospitalaria plantea un modelo de atención clínica que permite la pesquisa y abordaje terapéutico de las necesidades de pacientes que sufren enfermedades avanzadas, desde una perspectiva multidimensional e incluyendo a las familias. Esperamos que este estudio contribuya al desarrollo de la MP hospitalaria en nuestro país.

Referencias

- Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutiérrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015; 385 (9967): 549-62.
- Knaut FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018; 391 (10128): 1391-454.
- World Health Organization (WHO). 2018. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/Palliative/definition/en/>. (Accessed Jun 25, 2021).
- Clark D. International progress in creating palliative medicine as a specialized discipline. En: Hanks G, ed. *Oxford textbook of palliative medicine*, 4th edn. Oxford: Oxford University Press. 2010; 9-16.
- The 2015 Quality of Life Index Ranking Palliative care across the world - A report by The Economist Intelligence Unit.
- Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) https://www.conacem.cl/busqueda_especialista.asp (Accessed Mar 15, 2022)
- Hui D, Hoge G, Bruera E. Models of supportive care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2021; 33 (4): 259-66.
- Decreto Supremo N° 228 de 2005 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006.
- XXIII Jornada Nacional de Cuidados Paliativos 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=90Sep860SSk>. (Accessed Jun 25, 2021)
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991; 7 (2): 6-9.
- Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med*. 2004; 18 (3): 184-94.
- Ruiz-Benítez de Lugo MA, Coca MC. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*. 2008; 5: 53-70.
- Palma A, Del Río I, Bonati P, Tupper L, Villarroel L, Olivares P, et al. Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico: ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos? *Rev Med Chile* 2008; 136 (5): 561-9.
- Evans CJ, Ison L, Ellis-Smith C, Nicholson C, Costa A, Oluyase AO, et al. Service Delivery Models to Maximize Quality of Life for Older People at the End of Life: A Rapid Review. *Milbank Q*. 2019; 97 (1): 113-75.
- Schoenherr LA, Bischoff KE, Marks AK, O'Riordan DL, Pantilat SZ. Trends in Hospital-Based Specialty Palliative Care in the United States From 2013 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2019; 2 (12): e1917043.
- Kamal AH, Swetz KM, Carey EC, Chevillat AL, Liu H, Rugg SR, et al. Palliative care consultations in patients with cancer: a mayo clinic 5-year review. *J Oncol Pract*. 2011; 7 (1): 48-53.
- Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 9: CD012780.
- May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018; 178 (6): 820-9.
- CAPC. The case for hospital palliative care. <https://www.aha.org/system/files/media/file/2019/07/the-case-for-hospital-palliative-care.pdf>. (Accessed Jun 25, 2021).
- Ley N° 20.584, Diario Oficial de la República de Chile, 24 de abril de 2012. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348&idVersion=2021-05-11&idParte=10042018>.