

Cuidados paliativos en la atención primaria de salud

Palliative care in primary health care

Eliana Katherine Manrique-Hernandez¹ <https://orcid.org/0009-0007-7589-7894>

Jorge Andrés Sánchez-Duque^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-8913-7729>

¹Unidad de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Cauca, Colombia.

²Unidad de Geriátría, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: jorandsanchez@utp.edu.co

RESUMEN

En la actualidad, la oferta de cuidados paliativos especializados ha sido superada por la demanda, por lo cual la atención a pacientes con enfermedades en estado terminal o en fase final de la vida suele estar a cargo del médico del nivel primario de asistencia. En ese sentido, los cuidados paliativos primarios incluyen el diagnóstico, el tratamiento paliativo, la planificación anticipada, la gestión y coordinación de intervenciones multidisciplinarias y la transferencia a cuidados especializados cuando sea necesario y haya disponibilidad para ello. Al respecto, en este artículo se exponen brevemente algunos elementos sobre el tema y se propone, además, un algoritmo práctico y fácil de aplicar en la atención primaria, que permitirá identificar a la población aquejada por dolencias en esas etapas, con diferenciación en cuanto a afecciones neoplásicas o no neoplásicas.

Palabras clave: cuidados paliativos; cuidados paliativos al final de la vida; manejo del dolor; enfermo terminal; cuidado terminal; atención primaria de salud; servicios de salud rural.



ABSTRACT

Nowadays, the offer of specialized palliative care has been overcome by the demand, reason why care to patients with terminal illness or in end-of-life period is usually in charge of the doctor from primary care level. In that sense, primary palliative care includes the diagnosis, palliative treatment, early planning, administration and coordination of multidisciplinary interventions and referring to specialized care when it is necessary and the service is available. In this respect, some elements on the topic are shortly exposed in this work and, also, a practical and easy implementation algorithm in primary care is proposed that will allow identifying population suffering from pain in those stages, with differentiation as for neoplastic or non neoplastic affections.

Keywords: palliative care; hospice care; pain management; terminally ill; terminal care; primary health care; rural health services.

Recibido: 21/12/2023

Aprobado: 26/04/2024

Introducción

El mundo enfrenta una transición demográfica caracterizada por el aumento de la población anciana (prolongamiento de la esperanza de vida); en consecuencia, existe un incremento gradual de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, lo cual convierte la demanda de cuidados paliativos en un problema de salud pública.^(1,2)

Respecto a la última observación, los cuidados paliativos corresponden a la atención activa e integral a pacientes de todas las edades que presentan un sufrimiento intenso debido a enfermedades graves; su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de estos, de sus familiares y cuidadores. Cabe señalar que se entiende por enfermedad



grave a cualquier condición de salud que cause discapacidad o debilidad, o ambos, por un período prolongado o que lleve a la muerte.^(2,3)

Ahora bien, dichos cuidados se centran en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, difíciles de controlar; al mismo tiempo disminuyen las reacciones adversas a medicamentos y el número de ingresos hospitalarios y mejoran la calidad de vida de pacientes y familiares.^(3,4)

Sin embargo, en una población que envejece, la disponibilidad de especialistas en cuidados paliativos ha sido superada por la demanda, de manera que se ha requerido entrenar a médicos de la atención primaria o familiar, especialmente a los que laboran en áreas rurales o apartadas, donde el acceso a la medicina especializada es limitado.⁽²⁻⁵⁾

Resulta oportuno destacar que en los servicios sanitarios primarios se realiza gran parte de la atención a pacientes en estado terminal y en fase final de la vida, y el médico de la familia es el encargado de decidir los procedimientos necesarios.^(1,3,5)

Además de las habilidades de comunicación y en el control del cuadro sintomático de pacientes aquejados principalmente por dolor crónico, desregulación del estado de ánimo, estreñimiento, náuseas y vómitos; el médico de la familia debe ser capaz de realizar correctamente el diagnóstico de la enfermedad en estado terminal y en fase final de la vida.⁽³⁻⁶⁾

Desarrollo

Enfermedad en estado terminal

Cualquier paciente puede recibir cuidados paliativos si presenta alguno de los siguientes criterios: 1) enfermedad grave o avanzada, 2) enfermedad crónica compleja que afecta negativamente la calidad de vida, 3) síntomas importantes o de difícil control y 4) enfermedad o síntomas estresantes para el paciente y/o el cuidador.^(4,5)

No obstante, la identificación de personas en fase final de la vida se vuelve sombría y esto dificulta la implementación de programas de cuidados paliativos. En tal sentido,



debido a la imperiosidad de detectar tempranamente a estos pacientes desde la atención primaria a fin de brindarles los cuidados oportunos o agilizar la transferencia a otros niveles asistenciales con disponibilidad para ello, se hace necesario promover el empleo regular de herramientas validadas que simplifiquen dicho proceso.^(1,4)

Por esta razón, en el presente artículo se propone un algoritmo práctico y fácil de aplicar en el nivel primario, el que permitirá reconocer a la población con alguna enfermedad en etapa terminal o en fase final de la vida, con diferenciación en cuanto a la naturaleza neoplásica de la afección o no.⁽⁴⁻⁷⁾

El algoritmo inicia en la consulta médica (figura) cuando se sospecha la existencia de una enfermedad en etapa avanzada. Si se tratara de una entidad neoplásica, se sugiere el uso del índice de Karnofsky (IK), la escala de actividad según el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), la escala funcional paliativa (PPS, por sus siglas del inglés *Palliative Performance Scale*) y el índice pronóstico paliativo (PPI, por sus siglas del inglés *Palliative Prognostic Index*); si fuera una afección no neoplásica, se propone aplicar la escala de necesidad paliativa (NECPAL) de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Si la puntuación de las escalas indica que la fase es terminal, se recomienda la remisión a cuidados paliativos especializados (según la disponibilidad de recursos en estos); en caso de que no se pueda garantizar el acceso oportuno a las instituciones especializadas o que el paciente se encuentre en fase final de la vida, se considera apropiado implementar los cuidados paliativos primarios.



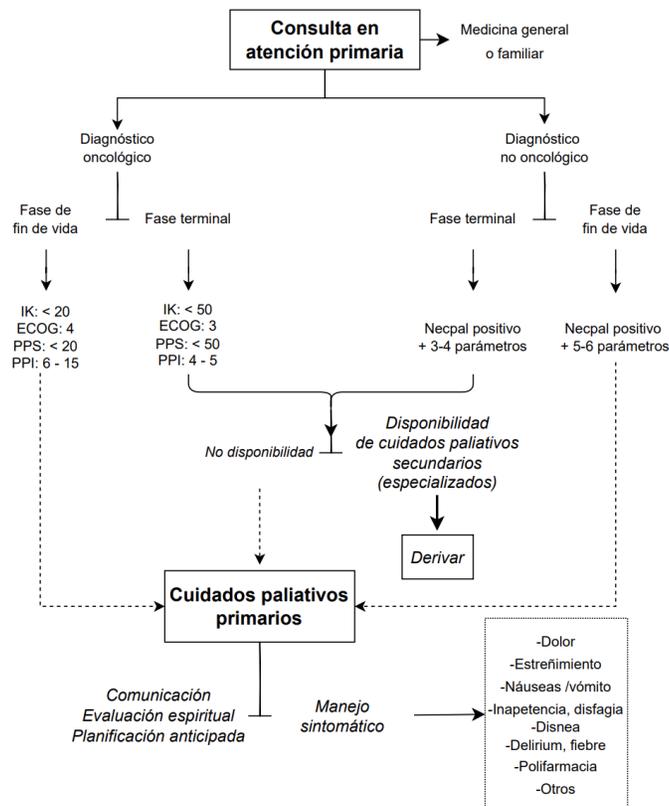


Fig. Algoritmo práctico de indicación de cuidados paliativos en la atención primaria (creación de los autores)

Una vez que se identifique a una persona afectada en los servicios de atención primaria en salud, se gestionarán y coordinarán las intervenciones multidisciplinarias con fines paliativos.^(2,4,5) A tal efecto, el médico general (de la familia) implementará una estrategia multidimensional dirigida a optimizar la calidad de vida del paciente, los cuidadores y familiares, en la cual se podrán incluir las dimensiones física (terapia física) y nutricional (nutrición clínica), la red social de apoyo (trabajo social), el apoyo psicoemocional (psicología), el entrenamiento del cuidador y la garantía de continuidad de cuidados (enfermería).^(1,6,7)

Fase de fin de la vida

La muerte, como tema cotidiano en los servicios de salud, es la fase final del ciclo de la vida humana; sin embargo, se aborda de manera reducida, lo que compromete el principio de integralidad.^(3,5)



A diferencia del paciente con enfermedad en estado terminal, cuyo pronóstico de vida suele ser menor de 6 meses, en el paciente en fase final de la vida el pronóstico no supera 1 mes, por lo que debe recibir cuidados en un hospicio o, de no haber disponibilidad, cuidados paliativos primarios domiciliarios;⁽⁵⁻⁷⁾ aquí cobra especial importancia la atención integral genuina, humanizada y de calidad hasta el momento de la muerte, y se considera la decisión de eutanasia según la regulación legal en cada país.⁽⁷⁻¹⁰⁾

Educación médica en cuidados paliativos

Los sistemas sanitarios del orbe afrontan la problemática —ignorada por mucho tiempo— del paciente con necesidad de cuidados paliativos, lo que lleva a reflexionar sobre la preparación de los profesionales de la atención primaria de salud al respecto, especialmente de los que laboran en áreas rurales o alejadas, donde el acceso a la medicina especializada es limitado. Las evidencias actuales señalan la urgencia de crear programas de educación médica continua para estudiantes y profesionales en ejercicio, dirigidos a optimizar la calidad de vida de los pacientes en estado terminal o en fase final de la vida.^(4,5)

Conclusiones

A pesar de que la mayoría de las necesidades al final de la vida pueden ser subsanadas mediante los cuidados paliativos primarios, muchos pacientes con enfermedades en estado terminal son diagnosticados muy tardíamente, lo que les impide beneficiarse de una atención de salud coordinada y planificada de manera individual. Ello produce, a largo plazo, impactos significativos en el sistema de salud, un mayor número de efectos secundarios de los medicamentos, un incremento de las hospitalizaciones y una peor calidad de vida para los pacientes y sus familiares.

Por ende, resulta apremiante el desafío de lograr implementar los cuidados paliativos en los servicios de atención primaria con vistas a controlar diversas condiciones asociadas al proceso de salud-enfermedad.



Referencias bibliográficas

1. Paraizo-Horvath CMS, Fernandes DS, Russo TMDS, Souza AC, Silveira RCCP, Galvão CM, Mendes KDS. Identification of people for palliative care in primary health care: integrative review. Cien Saude Colet. 2022 [citado 23/05/2023];27(9):3547-57. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/87d6DSLbV73mkvd7LtqDY4r/?lang=en>
2. Justino ET, Kasper M, Santos KDS, Quaglio RC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. Rev Lat Am Enfermagem. 2020 [citado 23/05/2023];28:e3324. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7332247/pdf/0104-1169-rlae-28-e3324.pdf>
3. Silva TCD, Nietsche EA, Cogo SB. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2022 [citado 23/05/2023];75(1):e20201335. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/|bmfPk9FQjBpj9pv5HW3LrL/?lang=en>
4. Taylor EP, Vellozzi-Averhoff C, Vettese T. Care throughout the Journey-The Interaction between Primary Care and Palliative Care. Clin Geriatr Med. 2023 [citado 23/05/2023];39(3):379-93. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-0690\(23\)00025-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-0690(23)00025-3)
5. Sheikh M, Sekaran S, Kochhar H, Khan AT, Gupta I, Mago A, et al. Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. J Family Med Prim Care. 2022 [citado 23/05/2023];11(8):4168-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9638637/pdf/JFMPC-11-4168.pdf>
6. Marshall C, Virdun C, Phillips JL. Evidence-based models of rural palliative care: A systematic review. Palliat Med. 2023;37(8):1129-43.
7. Weston EJ, Jefferies D, Stulz V, Glew P, McDermid F. A global exploration of palliative community care literature: An integrative review. J Clin Nurs. 2023;32:5855-64.



8. Sánchez-Duque JA, Blanco-Betancur M, Betancourt-Quevedo R, Issa-Sánchez MA. Cuidados al final de la vida y eutanasia en Colombia. Discover Medicine. 2019 [citado 23/05/2023];3(1):11-2. Disponible en:

<https://revistascientificas.una.py/index.php/DM/article/view/3091/2697>

9. Gómez-González JF, Cortés-López V, Basante-Muñoz LY, Gaviria-Zuluaga K, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque JA. Humanización de los cuidados intensivos: Un llamado a la acción durante y después de la COVID-19. Rev Arch Med Familiar Gen. 2021 [citado 23/05/2023];18(1):5-9. Disponible en:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1292648/arch-med-fliar-y-gral-2021-v18-n1-p5-9.pdf>

10. Sánchez-Duque JA, Alzate MF. Comienzo legal de la eutanasia en Colombia. Rev Hisp Cienc Salud. 2018 [citado 23/05/2023];4(1):52-4. Disponible en:

<https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/361/198#:~:text=En%20Colombia%20se%20abri%C3%B3%20paso,de%20la%20eutanasia%20ratifican%20do%20la>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses alguno.

Contribución de los autores

- Conceptualización: Eliana Katherine Manrique-Hernandez
- Curación de contenidos: Eliana Katherine Manrique-Hernandez
- Análisis formal: Eliana Katherine Manrique-Hernandez
- Investigación: Eliana Katherine Manrique-Hernandez y Jorge Andrés Sánchez-Duque
- Supervisión: Eliana Katherine Manrique-Hernandez y Jorge Andrés Sánchez-Duque
- Visualización: Eliana Katherine Manrique-Hernandez y Jorge Andrés Sánchez-Duque
- Redacción-borrador original: Eliana Katherine Manrique-Hernandez y Jorge Andrés Sánchez-Duque



ISSN 1029-3019

MEDISAN 2024;28(2):e4800

– Redacción-revisión-edición: Eliana Katherine Manrique-Hernandez y Jorge Andrés Sánchez-Duque

– Redacción-revisión-edición: Eliana Katherine Manrique-Hernandez y Jorge Andrés Sánchez-Duque

Eliana Katherine Manrique-Hernandez: 60 %.

Jorge Andrés Sánchez-Duque: 40 %.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).