

**Descripción de un modelo de atención domiciliaria en pacientes paliativos oncológicos
en la ciudad Bogotá.**

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Facultad de Medicina – División De Postgrados
Bogotá, Noviembre de 2017

**Descripción de un modelo de atención domiciliaria en pacientes paliativos oncológicos
en la ciudad Bogotá.**

AUTOR

Jorge Ivan Bustamante Gómez

Trabajo de grado para optar al título de Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo

Asesor temático

Dra. Nancy Moreno

Asesor metodológico

Dra. Paula Andrea Aguilera Otalvaro

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Facultad de Medicina – División De Postgrados

Bogotá, Noviembre de 2017

Autor

Jorge Iván Bustamante Gomez

Médico Cirujano, Universidad El Bosque

Especialista en Gerencia de la salud pública

Estudiante Especialización Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo

email: jorge.bustamante@urosario.edu.co

Nota de responsabilidad institucional

La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Este trabajo está dedicado a mi Señor Jesucristo que me lo ha dado todo en la vida, a mi Esposa e hija que han sido mi constante apoyo así como a mi Madre y hermanos y a todos aquellos a quienes he tenido la fortuna de acompañarles en sus procesos de fin de vida.

Agradecimientos

Agradezco muy especialmente a la Dra Nancy Moreno quien creyo en mi para iniciar esta Residencia y me dio siempre ánimo y fortaleza en los momento difíciles. Gracias a mis maestros de quienes he aprendido el valor de estar siempre al lado del que vive su proceso de fin de vida. A mi tutora metodologica, la Dra Paula Aguilera por su interes en este trabajo.

Tabla de contenido

	pág.
1. Resumen	15
2. Introducción	15
3. Planteamiento del problema	18
4. Marco teórico	18
4.1 La asistencia domiciliaria paliativa como alternativa eficiente de manejo del paciente al final de la vida	18
4.2 Efectos del cuidado paliativo domiciliario en la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores	19
4.3 Efectos del cuidado paliativo domiciliario en el control de síntomas de los pacientes	19
4.4 Disminución del re-ingreso hospitalario teniendo como base un adecuado servicio de cuidado paliativo domiciliario	20
4.5 El deseo del paciente de cumplir su fin de vida en el domicilio	21
4.6 Programas de Atención domiciliaria en el Mundo	21
4.7 Modelos de asistencia compartida	22
4.8 Escalas	22
5. Objetivos	26
5.1 Objetivo General	26
5.2 Objetivos específicos	26
6. Metodología	26
6.1 Tipo de estudio	26
6.2 Población	27
6.3 Criterios de inclusión	27
6.4 Criterios de exclusion	27
6.5 Periodo de tiempo	27
6.6 Muestra	27
6.7 Tamaño de la muestra	27

6.8	Variables	27
6.9	Recoleccion de la información	31
6.10	Plan de analisis	32
7.	Consideraciones éticas	33
8.	Aspectos administrativos	34
8.1	Cronograma	34
8.2	Presupuesto	34
9.	Organigrama	35
10.	Resultados	35
10.1	Grupo de ingreso	41
10.2	Test de Barthel	44
10.3	Test de Karnofsky	55
10.4	E.S.A.S	65
10.5	Test de Friedman	99
10.6	Via de administracion de alimentos	101
10.7	Via de administracion de medicamentos	103
10.8	Via de administracion de hidratacion	106
10.9	Uso de oxigeno	107
10.10	Analgesicos opioides	109
10.11	Otros medicamentos	111
10.12	Estancia en el programa y costos	115
11.	Análisis de resultados	116
12.	Discusión	123
12.	Bibliografía	126

Lista de tablas

	pag
Tabla 1 Edad y Sexo	36
Tabla 2 Ocupación	37
Tabla 3 Aseguramiento	37
Tabla 4 Diagnostico principal	38
Tabla 5 Diagnosticos secundarios	39
Tabla 6 Diagnostico terciario	40
Tabla 7 Red de apoyo	41
Tabla 8 Grupo de ingreso en la 1° Visita	41
Tabla 9 Condicion de los grupos en la 2a Visita	42
Tabla 10 Condicion de los grupos en la 3a Visita	42
Tabla 11 Condicion de los grupos en la 4a Visita	43
Tabla 12 Condicion de los grupos en la 5a Visita	43
Tabla 13 Condicion de los grupos en pacientes con mas de 5 visitas	44
Tabla 14 Test de Barthel 1ª visita	44
Tabla 15 Descriptivos Test de BARThel – 1a visita	45
Tabla 16 Pruebas de normalidad – 1a visita	47
Tabla 17 Test de Barthel – 2° visita	47
Tabla 18 Descriptivo Test de Barthel – 2° visita	48
Tabla 19 Pruebas de normalidad – 2° visita	48
Tabla 20 Test de Barthel – 3° visita	49
Tabla 21 Descriptivo Test de Barthel – 3° visita	49
Tabla 22 Pruebas de normalidad – 3a visita	50
Tabla 23 Test de Barthel – 4° visita	51
Tabla 24 Descriptivos Test de Barthel – 4° visita	51
Tabla 25 Pruebas de normalidad – 4a visita	52
Tabla 26 Test de Barthel – 5a visita	53
Tabla 27 Descriptivo de Barthel – 5° visita	53

Tabla 28	Pruebas de normalidad – 4a visita	54
Tabla 29	Test de Karnofsky – 1° visita	55
Tabla 30	DescriptivoTest de Karnofsky – 1a visita	55
Tabla 31	Test de Karnofsky – 2° visita	57
Tabla 32	DescriptivoTest de Karnofsky – 2a visita	57
Tabla 33	Test de Karnofsky – 3a visita	59
Tabla 34	DescriptivoTest de Karnofsky – 3a visita	59
Tabla 35	Test de Karnofsky – 4a visita	61
Tabla 36	DescriptivoTest de Karnofsky – 4a visita	61
Tabla 37	Test de Karnofsky – 5a visita	63
Tabla 38	DescriptivoTest de Karnofsky – 5a visita	63
Tabla 39	Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la primer visita	65
Tabla 40	Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la segunda visita	71
Tabla 41	Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la tercera visita	79
Tabla 42	Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la cuarta visita	86
Tabla 43	Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la quinta visita	92
Tabla 44	Medias de los síntomas en las 5 visitas.	99
Tabla 45	Asignación de rangos para aplicar el test de friedman.	100
Tabla 46	Via de Alimentación – Visita 1	101
Tabla 47	Via de Alimentación – Visita 2	101
Tabla 48	Via de Alimentación – Visita 3	102
Tabla 49	Via de Alimentación – Visita 4	102
Tabla 50	Via de Alimentación – Visita 5	102
Tabla 51	Via de Administración de Medicamentos – Visita 1	103
Tabla 52	Via de Administración de Medicamentos – Visita 2	103
Tabla 53	Via de Administración de Medicamentos – Visita 3	104
Tabla 54	Via de Administración de Medicamentos – Visita 4	104
Tabla 55	Via de Administración de Medicamentos – Visita 5	105
Tabla 56	Via de hidratación – Visita 1	105
Tabla 57	Via de hidratación – Visita 2	106
Tabla 58	Via de hidratación – Visita 3	106

Tabla 59	Via de hidratación – Visita 4	106
Tabla 60	Via de hidratación – Visita 5	107
Tabla 61	Administración de Oxígeno – Visita 1	107
Tabla 62	Administración de Oxígeno – Visita 2	107
Tabla 63	Administración de Oxígeno – Visita 3	108
Tabla 64	Administración de Oxígeno – Visita 4	108
Tabla 65	Administración de Oxígeno – Visita 5	108
Tabla 66	Analgesia opioide – Visita 1	109
Tabla 67	Analgesia opioide – Visita 2	109
Tabla 68	Analgesia opioide – Visita 3	110
Tabla 69	Analgesia opioide – Visita 4	110
Tabla 70	Analgesia opioide – Visita 5	110
Tabla 71	Otros medicamentos – Visita 1	111
Tabla 72	Otros medicamentos – Visita 2	112
Tabla 73	Otros medicamentos – Visita 3	113
Tabla 74	Otros medicamentos – Visita 4	113
Tabla 75	Otros medicamentos – Visita 5	114
Tabla 76	Estado del paciente	114
Tabla 77	Lugar de la muerte	114
Tabla 78	Días de atención - Descripción	115
Tabla 79	Costo de los servicios recibidos por día	116
Tabla 80	Estadísticos descriptivos del Costo de los servicios recibidos	116

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Escalas utilizadas en cuidados paliativos	23
Figura 2 Versión Española revisada del Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS-r)	24
Figura 3 Escala de Karnofsky adaptada al español	25
Figura 4 Escala de Barthel adaptada al español	25
Figura 5 Caracterización de los grupos de inclusión en el programa de cuidado paliativo de FamiCare Clínica Día S.A.S.	32
Figura 6 Cronograma de actividades	34
Figura 7 Presupuesto	34

Lista de Graficas

	Pág.
Gráfica 1 Test de Barthel – 1º visita	46
Gráfica 2 Test de Barthel – 2a visita	48
Gráfica 3 Test de Barthel – 3a visita	50
Gráfica 4 Test de Barthel – 4a visita	52
Gráfica 5 Test de Barthel – 5a visita	54
Gráfica 6 Test de Karnofsky – 1a visita	56
Gráfica 7 Test de Karnofsky – 2a visita	58
Gráfica 8 Test de Karnofsky – 3a visita	60
Gráfica 9 Test de Karnofsky – 4ª visita	62
Gráfica 10 Test de Karnofsky – 5ª visita	64
Grafica 11 Gráfico box plot para el síntoma dolor en la primera visita	66
Gráfica 12 Gráfico box plot para el síntoma apetito en la primera visita	66
Gráfica 13 Gráfico box plot para el síntoma somnolencia en la primera visita	67
Gráfica 14 Gráfico box plot para el síntoma cansancio en la primera visita	68
Gráfica 15 Gráfico box plot para el síntoma disnea en la primera visita	68

Gráfica 16	Gráfico box plot para el síntoma depresion en la primera visita	69
Gráfica 17	Gráfico box plot para el síntoma ansiedad en la primera visita	70
Gráfica 18	Gráfico box plot para el síntoma sueño en la primera visita	70
Gráfica 19	Gráfico box plot para el síntoma sensacion de bienestar en la primera visita	71
Gráfica 20	Gráfico box plot para el síntoma dolor en la segunda visita	72
Gráfica 21	Gráfico box plot para el síntoma apetito en la segunda visita	73
Gráfica 22	Gráfico box plot para el síntoma somnolencia en la segunda visita	73
Gráfica 23	Gráfico box plot para el síntoma cansancio en la segunda visita	74
Gráfica 24	Gráfico box plot para el síntoma disnea en la segunda visita	75
Gráfica 25	Gráfico box plot para el síntoma nausea en la segunda visita	75
Gráfica 26	Gráfico box plot para el síntoma depresion en la segunda visita	76
Gráfica 27	Gráfico box plot para el síntoma ansiedad en la segunda visita	77
Gráfica 28	Gráfico box plot para el síntoma estreñimiento en la segunda visita	77
Gráfica 29	Gráfico box plot para el síntoma sueño en la segunda visita	78
Gráfica 30	Gráfico box plot para el síntoma sensacion de bienestar en la segunda visita	79
Gráfica 31	Gráfico box plot para el síntoma dolor en la tercera visita	80
Gráfica 32	Gráfico box plot para el síntoma apetito en la tercera visita	81
Gráfica 33	Gráfico box plot para el síntoma somnolencia en la tercera visita	81
Gráfica 34	Gráfico box plot para el síntoma cansancio en la tercera visita	82
Gráfica 35	Gráfico box plot para el síntoma disnea en la tercera visita	83
Gráfica 36	Gráfico box plot para el síntoma depresion en la tercera visita	83
Gráfica 37	Gráfico box plot para el síntoma ansiedad en la tercera visita	84
Gráfica 38	Gráfico box plot para el síntoma estreñimiento en la tercera visita	84
Gráfica 39	Gráfico box plot para el síntoma sueño en la tercera visita	85
Gráfica 40	Gráfico box plot para el síntoma sensacion de bienestar en la tercera visita	86
Gráfica 41	Gráfico box plot para el síntoma dolor en la cuarta visita	87
Gráfica 42	Gráfico box plot para el síntoma apetito en la cuarta visita	88
Gráfica 43	Gráfico box plot para el síntoma somnolencia en la cuarta visita	88
Gráfica 44	Gráfico box plot para el síntoma cansancio en la cuarta visita	89
Gráfica 45	Gráfico box plot para el síntoma disnea en la cuarta visita	89
Gráfica 46	Gráfico box plot para el síntoma depresion en la cuarta visita	90

Gráfica 47	Gráfico box plot para el síntoma ansiedad en la cuarta visita	91
Gráfica 48	Gráfico box plot para el síntoma sueño en la cuarta visita	91
Gráfica 49	Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar en la cuarta visita	92
Gráfica 50	Gráfico box plot para el síntoma dolor en la quinta visita	94
Gráfica 51	Gráfico box plot para el síntoma apetito en la quinta visita	94
Gráfica 52	Gráfico box plot para el síntoma somnolencia en la quinta visita	95
Gráfica 53	Gráfico box plot para el síntoma cansancio en la quinta visita	95
Gráfica 54	Gráfico box plot para el síntoma disnea en la quinta visita	96
Gráfica 55	Gráfico box plot para el síntoma depresión en la quinta visita	97
Gráfica 56	Gráfico box plot para el síntoma ansiedad en la quinta visita	97
Gráfica 57	Gráfico box plot para el síntoma sueño en la quinta visita	98
Gráfica 58	Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar en la quinta visita	98

Lista de siglas

CPD	Cuidado paliativo domiciliario
EPS	Entidad prestadora de salud
IPS	Institucion prestadora de salud
IPSD	Institucion prestadora de salud domiciliaria
S.A.S	Sociedad por acciones simplificada

1. Resumen

Colombia es un país que en los últimos años ha sufrido un cambio acelerado de su pirámide poblacional, la cual evidencia un mayor número de personas mayores. Dicha población tiende a sufrir de enfermedades crónicas incapacitantes y con altas tasas de mortalidad (24). La incidencia de enfermedades oncológicas ha venido en aumento y con ellas un creciente número de pacientes en estados de terminalidad (25). La red sanitaria colombiana no cuenta con una estructura física lo suficientemente robusta para atender de forma adecuada a todas las personas que requieren servicios de salud (26). En el mundo se han evaluado estrategias de atención domiciliaria que han demostrado ser una alternativa importante de apoyo a la red sanitaria. Los costos de atención domiciliaria en salud generan ahorro económico a los sistemas sanitarios de las naciones ya que se aumenta la rotación de camas hospitalarias y propenden por brindar unas condiciones de atención ajustadas a las necesidades de los pacientes sin incurrir en encarnizamientos terapéuticos.

Lograr la inclusión a programas de asistencia paliativa desde que el paciente ha sido diagnosticado con una enfermedad incurable redundan en mejores índices de calidad de vida, así como mejor control de síntomas, afrontamiento temprano del duelo, elaboración de procesos psicosociales en el entorno familiar, menores tasas de re hospitalización por complicaciones y un entorno adecuado que permita llegar al fin de vida en el hogar. Este trabajo describe un modelo de atención domiciliaria en la ciudad de Bogotá que busca lograr los objetivos antes expuestos.

2. Introducción

Una de las definiciones de Cuidado Paliativo que más énfasis hace en que el manejo de la “terminalidad” debe darse tanto al paciente como a la familia en el marco de lograr el mayor bienestar en el final de la vida, es la que da la Organización mundial de la salud (1)(2) y para ello han surgido estrategias de intervención en busca de este propósito y una de ellas ha sido la asistencia de los pacientes y sus familias en su domicilio

En los últimos años el Cuidado Paliativo Domiciliario (CPD), ha surgido como una necesidad de integración en los sistemas de salud mundial y a su vez los pacientes y sus familias demandan cada vez más este tipo de servicios. En Europa y más concretamente en Inglaterra que fue el país en donde nacieron los primeros Hospicios de cuidado paliativo, se han realizado varios estudios (3) que han demostrado que los pacientes con enfermedades terminales prefieren estar en su casa en el final de la vida. En Latinoamérica hay estudios en Argentina (4), Chile (21) y Brasil (22).

En Colombia tan solo se registran algunas experiencias aisladas pero que tienen en común haber demostrado que son de gran utilidad en el contexto del beneficio que se le da al paciente y su entorno (9)

Los modelos de atención domiciliaria tienen un alto impacto tanto para el paciente, para la familia, así como para el sistema de salud (5). Al paciente se le brinda un ambiente conocido que facilita el manejo de sus patologías, da la posibilidad de tener la intimidad necesaria para compartir con los seres queridos, permite la ejecución de tareas y actividades incluso laborales, la posibilidad de mantenerse activo con hábitos y hobbies permite tener la posibilidad de comer los alimentos que le gustan y le permite tener unos horarios flexibles adaptados a sus necesidades.

En relación con la familia se favorece su participación activa en el cuidado de su ser querido, se brinda un espacio de tranquilidad ya que se evita el stress de estar en un ambiente hospitalario, se respeta la voluntad del paciente y lo más importante, se previene el duelo patológico.

Para las entidades promotoras de salud EPS, se vuelve una práctica rentable ya que se evitan las hospitalizaciones prolongadas de alto costo. Se evitan los tratamientos innecesarios y de esta manera se ahorran recursos que pueden ser utilizados en dar mejores coberturas en otros programas. Para las instituciones hospitalarias es una muy buena alternativa para mejorar la rotación de camas. (23)

El éxito de los programas de CPD (Cuidado paliativo domiciliario) se fundamentan inicialmente en la buena transición que exista entre la atención dada de forma institucional a la atención que se dará en el domicilio.

La comunicación con el paciente en primera instancia y luego con la familia, desde que el paciente está en hospitalización es fundamental a la hora de dar respuesta a las expectativas y temores que ello genera, para esto es necesario contar con personal calificado tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario que tenga a su disposición las herramientas necesarias tanto tecnológicas como humanas para llevar a cabo un programa exitoso. (6)

De no garantizar estos factores se puede correr el riesgo de complicar el estado de los pacientes y sobre todo desestimular una forma de atención que es altamente eficiente si se lleva a cabo de la forma adecuada (7).

Es fundamental que como parte de la estructura del programa, la comunicación con el paciente y su familia sea el pilar más importante del manejo, en donde la claridad existente sobre diagnóstico, pronóstico y manejo sean completamente claros y así se eviten tanto omisiones terapéuticas, como procedimientos que llevan al encarnizamiento terapéutico. (8)

En múltiples escenarios académicos nacionales se han planteado estructuras de manejo del paciente paliativo en donde se sugieren de forma escalonada procesos de atención. En la práctica aún no se han llevado a cabo engranajes organizados (Paciente-EPS-IPS hospitalarias-IPS domiciliarias), desde el momento en que los pacientes son diagnosticados

con patología oncológica y que dentro de las expectativas de manejo no existe posibilidad de cura, el enfoque de intervención va a ser netamente paliativo, de tal manera que estos pacientes lleguen a los servicios paliativos cuando la enfermedad ya está demasiado avanzada y las complicaciones ya están instauradas.

Dentro de la estructura del servicio paliativo, el cuidado domiciliario se destaca como una de las alternativas más prometedoras y de mayor impacto según la evidencia mundial, mejorando la percepción de bienestar (14), control del dolor y otros síntomas (10), acceso a medicamentos opioides (11) (12), sedación en el domicilio (13) (14) (15)(16) (17), medidas al final de la vida como la hidratación y el soporte nutricional dentro del marco de la proporcionalidad de las intervenciones médicas (18) y el manejo espiritual como gran apoyo dentro del proceso de terminalidad.(19)

En Colombia hay muy pocos estudios sobre este tema en particular pero se destaca, el publicado en el año 2014 en la revista colombiana de anestesiología, en donde se hizo un estudio descriptivo sobre una muestra de pacientes atendidos en un programa particular de atención paliativa en el que se pudo hacer una muy valiosa caracterización de la población atendida (9)

Desde el punto de vista económico, según una revisión sistemática de la literatura realizada en la facultad de Administración de la Universidad del Rosario en 2014, arrojó como conclusión que “El manejo paliativo domiciliario de pacientes crónicos en fase terminal, no sólo es una alternativa en la reducción de costos para el sistema de salud, sino que es un factor protector de tipo emocional ya que favorece el acompañamiento de familiares y seres queridos; permitiendo la participación del paciente y su núcleo familiar en el proceso terapéutico. También refleja disminución de los riesgos inherentes a la hospitalización”. (20) Con este trabajo se busca mostrar los resultados de un programa de atención paliativa domiciliaria que capta a los pacientes oncológicos en varias etapas de su proceso de enfermedad oncológica los cuales se incluirán en un grupo de complejidad de cuatro posibles que se han definido dependiendo del nivel de funcionalidad que tienen a su ingreso asociado a la vía de administración de medicamentos y su control sintomático, el cual es medido por el índice de Barthel, lo cual establece unos mínimos de asistencia interdisciplinaria que busca garantizar un mejor afrontamiento del duelo, un mejor control de síntomas y mejor control de las complicaciones que redunden en menores posibilidades de re hospitalización, un adecuado acompañamiento espiritual y un final de vida en su domicilio con calidad.

3. Planteamiento del problema

En el marco de los cambios que el país ha tenido en los últimos años en relación con su estructura poblacional la cual muestra una pirámide con tendencia a tener más personas adultas mayores y sumado a esto que los índices de morbilidad se enfocan cada vez más en enfermedades crónicas y la mortalidad en el corto plazo por enfermedades oncológicas y neuro-degenerativas, ha llevado a que la estructura asistencial se vea cada vez más limitada por la alta demanda de servicios, de los cuales, un alto porcentaje está centrado en estos pacientes que requieren un manejo acorde con sus patologías y sobre todo un seguimiento en el tiempo que disminuya los porcentajes de re hospitalización por complicaciones.

Es por esto por lo que en los últimos años han surgido en el mundo alternativas de atención como lo es el cuidado de pacientes en domicilio y uno de los grupos de mayor impacto en la atención ha sido el de los pacientes con enfermedades terminales oncológicas.

En Colombia no existe un programa Paliativo domiciliario estructurado y adaptado a la realidad de nuestras políticas de salud, es por esto que en el contexto de atención en salud de una IPS privada, se describe un modelo de atención domiciliario enfocado en el cuidado integral del paciente oncológico desde que es considerado paliativo. Este modelo está constituido por cuatro grupos de intervención los cuales se definen a partir de escalas de funcionalidad del paciente en conjunto con la vía de administración de medicamentos y su control sintomático, ofreciendo unos servicios de asistencia médica, acompañamiento psicológico, espiritual y de educación por parte del personal de enfermería tanto al paciente como a su familia.

Este trabajo busca mostrar los resultados de este modelo de atención durante el periodo correspondiente entre enero de 2016 y enero de 2017 y el impacto en el control de síntomas, re-hospitalización por complicaciones, fallecimiento en el hogar y costos de atención

4. Marco Teórico

4.1 La asistencia domiciliaria paliativa como alternativa eficiente de manejo del paciente al final de la vida

Desde el año 1980, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos, la preocupación por la creación de programas enfocados en el manejo de pacientes al final de la vida ha sido creciente.

En un primer momento nacen instituciones dedicadas a los cuidados de pacientes en condición de terminalidad los cuales se han fomentado desde Inglaterra y los Estados Unidos bajo el concepto de “Hospice”.

La expansión de la Medicina Paliativa y los Cuidados Paliativos ha alcanzado otros países de Europa y América Latina, logrando un asentamiento cada vez más fuerte cuyo respaldo

se explica, entre otras cosas, por la creciente publicación de artículos científicos en revistas especializadas e iniciativas de investigación que han contribuido a dicha expansión.

En la medida que la medicina Paliativa ha ido adquiriendo un espacio importante dentro del desarrollo del cuidado de los pacientes al final de la vida, también se han ido ajustando las diferentes estructuras de atención las cuales parten de la atención de Tercero y Cuarto nivel articuladas con los Hospicios y últimamente ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia la atención en Domicilio. Las publicaciones hechas en los últimos años dan cuenta del realce que ha tenido esta forma de intervención y de las bondades que genera en relación al mejor control de síntomas, mejoría de las condiciones de calidad de vida para el paciente y sus cuidadores, disminución de los reingresos hospitalarios, disminución de costos de atención para el sistema de salud y sobretodo que permite que el paciente este atendido en sus últimos días en su propio hogar (27-31)

4.2 Efectos del cuidado paliativo domiciliario en la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores

Aunque los programas de cuidado paliativo son cada vez más frecuentes, el impacto en la calidad de la atención recibida por los miembros de la familia no es bien conocida; Sin embargo hay estudios que han podido evaluar a familiares de pacientes en condición de terminalidad luego su muerte, en torno a si fueron satisfechas sus necesidades espirituales y emocionales obteniendo porcentajes de aceptación altos. (32)

La calidad de vida que se le debe ofrecer a los cuidadores informales debe estar dirigida tanto a la preservación de la salud física como mental de tal manera que es importante garantizar que tengan acceso a cuidados de la salud apropiados (33) y sobre todo al acompañamiento permanente y capacitación en sus labores de cuidado que les haga sentir más competentes en el papel de apoyar a su pariente moribundo (34).

En general la experiencia de los cuidadores en relación a la situación de enfermedad de sus seres queridos ha podido agruparse en cuatro grandes vertientes de conocimiento. La primera tiene que ver con aprender de la enfermedad y la incertidumbre que esta genera hacia el futuro y por ende las perspectivas de muerte próxima. La segunda tiene que ver con la experiencia de sentir la carga física y emocional del cuidado. La tercera está asociada a vivir con limitaciones y la cuarta tiene que ver con la re definición de la relación con la persona que cuida. Esto nos indica que el cuidado en casa de un familiar con enfermedad avanzada genera un gran impacto personal en el cuidador que genera un gran esfuerzo físico y psicológico así como una sustancial limitación de su propia vida de tal manera que es indispensable tener un acompañamiento en este proceso. (35)

4.3 Efectos del cuidado paliativo domiciliario en el control de síntomas de los pacientes

En la medida que la los cuidados paliativos se han convertido en una parte de la atención primaria, se ha observado que las patologías de carácter terminal se componen de una gran

cantidad de síntomas complejos los cuales van apareciendo en la medida que va evolucionando la enfermedad. Es por esto que es indispensable tener un conocimiento sobre estos cambios y como controlarlos. Aunque en buena parte de los estudios se ha visto que cuando un paciente se encuentra en un adecuado programa de asistencia paliativa, los síntomas no empeoran sino hasta las últimas semanas de vida (36-38). La atención paliativa eficiente en el hogar tiene retos muy importantes es vital conocer las necesidades de los pacientes y su evolución hacia las últimas semanas de vida y así garantizar la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.

El dolor se encuentra reportado como el síntoma más frecuente en los pacientes con cáncer seguido de otros como pérdida de apetito y fatiga.

Es fundamental contar con los recursos técnicos y tecnológicos apropiados comenzando por una adecuada distribución de medicamentos que puedan ser utilizados para el control de estos síntomas. En las experiencias registradas por estudios llevados a cabo en países Europeos se ha encontrado que un programa de atención domiciliario que garantice el seguimiento oportuno de los síntomas y su adecuado manejo, logra una disminución substancial en el número de síntomas y su severidad (39).

No solamente el control de síntomas se hace en fases avanzadas de la enfermedad ya que los estudios también han demostrado que en pacientes que están recibiendo tratamientos de quimioterapia incluso en fases tempranas de la enfermedad, se benefician ampliamente de los cuidados paliativos en domicilio con reducción importante de la intensidad de los síntomas propios de la administración de los medicamentos. (40)

4.4. Disminución del re ingreso hospitalario teniendo como base un adecuado servicio de cuidado paliativo domiciliario

Una de las causas por las cuales los costos del sistema de salud se vuelven tan onerosos están en las enfermedades denominadas catastróficas, lo cual es una realidad para el paciente en cuanto a las consecuencias físicas y mentales para el paciente y su entorno, sino por el valor del cubrimiento por lo cual se han tenido que explorar alternativas que logren mitigar este impacto económico. En los estados unidos represento para el año 2004 el 75% del costo total de salud y de este porcentaje más de 17 millones de dólares fueron destinados a los servicios del Medicare para los reingresos no planeados. De estos reingresos el 20% ocurren durante los 30 días posteriores al alta. Es por esto que se ha apelado a poner en practica estrategias que limiten este número de re-hospitalizaciones y en una de las áreas que se ha trabajado con más constancia es en el cuidado domiciliario en el hogar teniendo como estrategia contar con un conjunto de servicios enfocados en mantener la calidad de vida, el confort físico, el apoyo emocional y espiritual y una adecuada planificación del cuidado del paciente (41-44).

Estudios han demostrado la efectividad de los cuidados paliativos en relación a la reducción de los recursos hospitalarios. También se pudo identificar que algunos tipos de cáncer como los hematológicos y el carcinoma hepatocelular son mas propensos a requerir

hospitalizaciones lo que plantea la necesidad de reconsiderar las estrategias de atención de estas patologías (45)

4.5. El deseo del paciente de cumplir su fin de vida en el domicilio

Los estudios han encontrado que la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado prefieren recibir atención y morir en casa. El hogar otorga seguridad y sentido de pertenencia (46-47) sin embargo en los países desarrollados, más de la mitad de los pacientes con cáncer avanzado mueren finalmente en el hospital. Los diferentes programas de atención en salud en el mundo han tratado de establecer programas de cuidados paliativos en domicilio buscando entre otras cosas reducir el número de muertes en hospitalización (48-50).

Morir en el hogar requiere condiciones tácticas y humanas que garanticen la satisfacción de las necesidades del moribundo de tal manera que los recursos necesarios para llevar a cabo el cuidado del paciente en casa deben cumplir con adecuados estándares de calidad que permitan cumplir el objetivo

Sin embargo las preferencias de los pacientes por el lugar de la muerte pueden cambiar en virtud del deterioro de su condición física y el agotamiento de los recursos familiares cuando la muerte se acerca. Es por esto que es muy importante desarrollar programas que proporcionen información pronóstica y facilitar la comprensión de la familia sobre las preferencias de lugar de fallecimiento. De igual manera es muy importante desarrollar intervenciones clínicas para aliviar los síntomas físicos y una mayor dependencia funcional para facilitar la preferencia de morir en el hogar. (51)

4.6. Programas de Atención domiciliaria en el Mundo

En el marco del desarrollo de los diferentes programas que se encuentran actualmente funcionando tanto en países Europeos como en América, se encuentran puntos en común que garantizan estándares de cumplimiento adecuados. Estos programas son liderados por Especialistas en cuidado paliativo quienes a su vez cuentan con médicos entrenados para llevar a cabo el manejo y seguimiento de grandes grupos poblacionales.

Estos programas se encuentran articulados con los diferentes programas de cuidado paliativo institucional en donde se captan a los candidatos y se les direcciona ya sea a los Hospice cuando estos hacen parte del sistema, o a los programas de asistencia en domicilio. En relación a la inclusión en programa de asistencia en Hospicios se ha encontrado la dificultad de definir con precisión los tiempos de expectativa pronóstica la cual es fundamental a la hora de establecer los criterios de inclusión a dichos programas.(52)

Una gran ventaja de los servicios domiciliarios tiene que ver con que no hay tiempos pronósticos máximos o mínimos y tampoco hay restricciones en cuanto a la posibilidad de recibir tratamientos enfocados a curación de la enfermedad. Estos programas deben estar conformados como mínimo por un grupo asistencial interdisciplinario que incluya un médico

entrenado en cuidado paliativo, una enfermera profesional y un psicólogo los cuales deben funcionar las 24 horas del día durante los siete días de la semana los cuales estarán en capacidad de dar respuesta a las múltiples complicaciones que pueden darse en el marco de la patología del paciente así como de las múltiples realidades que tanto el cómo su familia van a afrontar en relación a la pérdida de dignidad, depresión, ansiedad, etc. De la misma manera enfocado a responder a las expectativas de calidad de vida que se le ofrecen al paciente y sus cuidadores en el momento de ser asignados al programa (53-55)

4.7. Modelos de asistencia compartida.

Estos modelos se plantean como los ideales en el marco de la atención de los pacientes al final de la vida, (56-57) en donde se tienen como pilares de un óptimo resultado los siguientes puntos:

- Identificación temprana de los pacientes
- Evaluación adecuada de síntomas y monitorización de los mismos a cargo de un equipo conformado por un especialista en cuidado paliativo, una enfermera entrenada un psicólogo y un grupo de profesionales de soporte espiritual
- Debe existir una coordinación general para los grupos de asistencia domiciliaria que garanticen una adecuada interacción entre el grupo asistencial y los cuidadores en el hogar
- Soporte académico permanente que permita evaluar los casos, entrenamiento y herramientas de educación continuada

Es esencial que dentro de las labores que se van a llevar a cabo tanto por el grupo interdisciplinario como con los cuidadores exista un trabajo coordinado permanente que permita una adecuada comunicación para la resolución compartida de problemas (58)

La monitorización de síntomas se lleva a cabo por medio de Escalas validadas como lo son la E. S.A.S (Edmonton Symptoms Assessment System).

La funcionalidad es evaluada a través de la escala PPS (Palliative performance scale), la escala de Barthel y la escala de Karnofsky

4.8. Escalas

Los pacientes de cuidados paliativos cursan con múltiples síntomas que impactan negativamente su calidad de vida. Dentro de la valoración integral de pacientes de cuidados paliativos se emplean una serie de test de evaluación para definir el plan de manejo ajustado a las necesidades del paciente, a continuación se encuentran las herramientas que se utilizan por diferentes integrantes del equipo de cuidados paliativos.

Escala	Objetivo
ESAS (Edmonton Symptoms Assessment Scale)	Evaluación de síntomas
ECAF (Edmonton Comfort Assessment Form)	Evaluación de confort en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente
CAM (Confusion Assessment Method)	Útil para hacer diagnóstico de delirium
MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale)	Se utilizar para cuantificar la severidad del delirium y para el seguimiento del mismo
RAMSAY	Evaluación de nivel de sedación paliativa o de efectos secundarios en pacientes en manejo con opioides
IK (Índice de Karnofsky)	Evaluación de funcionalidad de paciente oncológico
PPS (Palliative Performans Status)	Evaluación de funcionalidad de paciente no oncológico
BARTHEL	Evaluación de dependencia para el ABC
HAD (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria)	Evaluación de ansiedad y depresión en paciente hospitalizado
BECK (Inventario de depresión de Beck)	Evaluación de depresión en pacientes con rasgos de depresión
ODSIS (escala de severidad y discapacidad de la tristeza)	Tamizaje ambulatorio para depresión
OASIS (Escala de severidad y discapacidad de la ansiedad)	Tamizaje ambulatorio para ansiedad
TEST DE ZARITH (Escala de sobrecarga del cuidador)	Evaluación de grado de sobrecarga del cuidador
EORTC QLQ 15C PAL	Evaluación Calidad de Vida
MoCA	Evaluación de Déficit Cognitivo

Figura 1. Escalas utilizadas en cuidados paliativos. Fuentes: Construcción propia de los autores

Para este trabajo se utilizó como escala validada para la calificación de síntomas, la denominada **E. S.A.S** (Edmonton Symptoms Assessment Scale) en la versión española y como escalas para definir funcionalidad del paciente, las escalas de Barthel y Karnofsky.

E.S.A.S (Edmonton Symptoms Assessment System).

Es una escala numérica que evalúa cada síntoma de 0 a 10, se pregunta al paciente la severidad de sus síntomas siendo 0 ninguno (nada) y 10 la mayor severidad posible (mayor disconfort), Esta escala no es sumatoria, cada ítem tiene su valor de 0 a 10 y evalúa el comportamiento de los síntomas durante las últimas 24 a 48 horas. Se utilizará la escala es español revisada (62)

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

Figura 2. Versión Española revisada del Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS-r)

IK (Índice de Karnofsky):

Esta escala determina la funcionalidad del paciente con cáncer y tiene valor predictivo de pronóstico. No está diseñada para paciente paliativo no oncológico. Es esperado que la funcionalidad se deteriore progresivamente en la medida que la enfermedad avanza hacia la terminalidad.

VALOR	CONDICION
100	Asintomático; sin evidencia clínica de enfermedad
90	Actividad normal; síntomas y signos leves
80	Sintomático y signos con el esfuerzo
70	Puede cuidarse solo; incapaz de actividad normal de trabajo activo
60	Ocasionalmente requiere asistencia, puede realizar la mayor parte de
50	Sintomático, en cama más del 50% del día
40	Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales
30	Condición seria, indica hospitalización
20	Condición grave, hospitalización con medidas de apoyo intensas
10	Moribundo
0	Muerto

Figura 3. Escala de Karnofsky. Adaptación al Español de: Karnofsky D, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH

Test de Barthel.

Esta escala evalúa el nivel de Dependencia del paciente paliativo no oncológico, para actividades básicas cotidianas, permite identificar las necesidades de cuidado, pero no tiene un valor predictivo pronóstico de forma aislada. Sin embargo, la condición de dependencia completa, en conjunto con otras condiciones específicas, criterios de fragilidad severa, condición que si tiene valor pronóstico directo. Esta escala es sumatoria de 0 a 100 puntos, en la que “0” significa total dependencia y “100” nula dependencia.

ACTIVIDAD	0	5	10
Comer			
Trasladarse de la silla a la cama			
Aseo personal			
Uso del retrete			
Bañarse			
Desplazarse			
Subir y bajar escaleras			
Vestirse y desvestirse			
Control de heces			
Control de orina			

Figura4. Escala de Barthel adaptada al español

Valor	Interpretación
0	Incapaz
5	Necesita ayuda
10	Independiente

5. Objetivos

5.1 General:

- Describir un modelo de atención domiciliaria en cuidado paliativo, llevado a cabo en paciente oncológicos en varias etapas de su condición de enfermedad por la IPS FamiCare Clínica Día S.A.S.

5.2 Específicos:

- Describir las características generales de la población de estudio
- Describir las principales patologías oncológicas en la población de estudio
- Determinar el estado funcional preponderante en el que ingresaron los pacientes de la población de estudio
- Determinar cuáles fueron los síntomas preponderantes según las patologías y estados funcionales y como progresaron durante la intervención realizada por el grupo interdisciplinario
- Cuantificar el consumo de recursos y costos por concepto de cuidado domiciliario según las diferentes categorías de atención
- Cuantificar los costos de personal, insumos, servicios complementarios para los pacientes atendidos en el programa.
- Identificar los medicamentos opioides y las vías de administración preponderantes de esta población de estudio
- Identificar el uso de otros medicamentos según los síntomas observados
- Establecer la mortalidad en el domicilio o mortalidad intrahospitalaria en la población de estudio
- Describir los esquemas de tratamiento para el dolor más utilizados.
- Caracterizar el número de visitas requeridas y si guardaron relación con el nivel de funcionalidad de cada uno de los pacientes de la población en estudio
- Establecer el número de re hospitalizaciones y las causas de la misma.
- Asociar las escalas E. S.A.S, Barthel y Karnofsky con mejoría a través de las visitas

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, analítico de corte longitudinal, prospectivo asociativo, con el fin de describir los resultados de un modelo de atención domiciliario para pacientes paliativos oncológicos en el periodo del año 2016.

6.2 Población

6.2.1 Población objeto:

Pacientes que ingresaron al programa de atención domiciliaria paliativa de la IPS Privada FamiCare Clinica día SAS con patología oncológica terminal

6.2.2 Población accesible:

Pacientes que ingresan remitidos de EPS, compañías de medicina prepagada y particulares con diagnóstico de enfermedad oncológica terminal

6.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria a algunos de los grupos de intervención paliativa definidos por FamiCare Clinica Día S.A.S
- Pacientes con patología oncológica

6.4 Criterios de exclusión:

- Pacientes con entidades no oncológicas
- Pacientes que fueron retornados al asegurador por dificultades en la atención

6.5 Periodo de tiempo:

Del 1º de enero de 2016 a enero de 2017

6.6 Muestra:

Se tomó la información de todos pacientes captados y atendidos en el programa de cuidados paliativos de FamiCare Clinica Día S.A.S en el periodo comprendido entre enero de 2016 a enero de 2017. Al verificar la información se encontraron 30 pacientes.

6.7 Tamaño de muestra:

Se determina como universo de la población los 30 pacientes

6.8 Variables:

Variable	Definición	Tipo Variable	Escala Medición	Unidades
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Años
Sexo	Género	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= Femenino 2= Masculino

Diagnóstico de ingreso 1	Tipo de diagnóstico principal generado en la visita	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Diagnóstico de ingreso 2	Tipo de diagnóstico secundario generado en la visita	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Diagnóstico de ingreso 3	Tipo de diagnóstico terciario generado en la visita	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Fecha de ingreso al programa	Fecha de primera atención en el programa	Cualitativa	Nominal Politómica	DD/MM/AAAA
Escolaridad	Último año académico cursado	Cualitativa	Ordinal Politómica	1=Primaria 2=Secundaria 3=Universitaria 4=otros 5=ND no dato
Ocupación	Última actividad laboral realizada	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Aseguramiento	Tipo de afiliación al sistema general de seguridad social	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= Contributivo 2= Particular
Nombre del asegurador	Nombre de la empresa prestadora de servicios de salud	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Religión	Culto religioso practicado	Cualitativa	Nominal Politómica	1=catolica 2=cristiana

				3=otras religiones 4=No dato
Grupo de ingreso al programa	Clasificación por condición funcional	Cuantitativa	Razón	1 a 4
Estado civil	Estado conyugal actual	Cualitativa	Nominal Politómica	1=soltero 2=Casado 3=Separado 4=Union libre 5=Viudo 6=ND no dato
N. Hijos	Número de hijos que tiene el paciente del programa	Cuantitativa	Razón	0-10
Red de apoyo consanguínea	Cuidadores con lazos consanguíneos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= Si 0= No
Red de apoyo externa	Cuidados sin lazos consanguíneos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= Si 0= No
Barthel al ingreso	Escala de funcionalidad del paciente en la primera consulta del programa	Cuantitativa	Razón	0 a 100
Escala Karnofsky	Escala de funcionalidad del paciente oncológico en la primera consulta del programa	Cuantitativa	Razón	0 a 100
E.S.A.S DOLOR	Escala de dolor	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Apetito	Escala de Apetito	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Somnolencia	Escala de somnolencia	Cuantitativa	Razón	0 a 10

E.S.A.S Fatiga	Escala de Fatiga	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Disnea	Escala de Disnea	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Nauseas	Escala de Nauseas	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Depresión	Escala de Depresión	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Ansiedad	Escala de Ansiedad	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Estreñimiento	Escala de Estreñimiento	Cuantitativa	Razón	0 a 10
E.S.A.S Otros	Escala de Otros	Cuantitativa	Razón	0 a 10
Vía administración	Vía de administración de medicamentos en el domicilio	Cualitativa	Nominal Politómica	1=oral 2=Parentera 3=Subcutáneo 4=transdérmico 5=subcutaneo+transdermico 6=oral+transdermico
Oxigeno	Administración de O2 en el domicilio	Cualitativa	Nominal Politómica	1= Si 0=No
Manejo con opiodes	Tipo de opiodes que recibe el pacientes en el domicilio	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Manejo con benzodicepinas	Tipo de benzodicepinas que recibe el pacientes en el domicilio	Cualitativa	Nominal Politómica	Abierta
Tipo de alimentación	Vía de administración de la nutrición	Cualitativa	Nominal Politómica	1=oral 2=Enteral 3=parenteral 4=ninguna

Soporte de hidratación	Vía de administración de hidratación	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1=oral 2=Parentera 3=Subcutaneo 4=ninguno
Costo de la atención	Costo que genero la atención en el programa	Cuantitativa	Razón	En pesos
Mas de cinco visitas medicas de especialista	Si se practicaron mas de 5 visitas de medico especialista	Cunatitativa	Nominal Politomica	1= Si 0=No
Estado del paciente	Referido a la condición al final de la atención	Cuantitativa	Nominal Politomica	1=fallecido 2=remitido 3=cambio de proveedor 4=permanece en el programa
Lugar donde ocurrió la defunción		Cuantitativa	Nominal Politomica	1=domicilio 2=Institucional
Realización de certificado de defunción		Cualitativa	Nominal Politomica	1=famicare 2=institucional 3=otro

6.9 Recolección de la información

A partir de la base de datos de los pacientes del programa de FamiCare, se realizará la búsqueda de los pacientes con diagnóstico de patología oncológica atendidos por medio del CIE-10. Posteriormente se recolectará la información a partir de la historia clínica en físico de los pacientes encontrados.

La custodia de la información estará a cargo de la Institución de donde proceden los pacientes, en este caso FamiCare Clinica día S.A.S, quien facilitará las historias clínicas al investigador siguiendo el manual institucional para el uso y manejo de la historia clínica en atención domiciliaria elaborado por la IPS. (61)

Estas Historias solo podrán ser revisadas en las instalaciones de la IPS. El investigador se compromete a seguir el manual y entregar en debida forma la historia clínica al encargado del archivo de historias clínicas de la institución.

6.10. Plan de análisis:

Etapa 0:

Los pacientes que ingresan al programa de cuidado paliativo en FamiCare Clinica Día S.A.S, son clasificados en cuatro grupos conforme a la vía de administración de medicamentos que están teniendo en el momento del ingreso asociado al control sintomático y estado funcional según la escala de Barthel. La inclusión a uno otro programa define unos mínimos de asistencia profesional conformada por medico paliativista, psicología y enfermería profesional.

Grupo de inclusión	vía de administración de medicación y control sintomático	Barthel
Grupo 1	Medicación oral con control sintomático	21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada 91-100 dependencia escasa 100 independiente
Grupo 2	Medicación oral con control sintomático	<20 dependencia total
	Medicación oral sin control sintomático	<20 dependencia total 21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada 91-100 dependencia escasa 100 independiente
Grupo 3	Medicación oral sin control sintomático	<20 dependencia total
	Medicación parenteral con control sintomático	<20 dependencia total 21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada
Grupo 4	Medicación parenteral con control sintomático	<20 dependencia total
	Medicación parenteral sin control sintomático	<20 dependencia total 21-60 dependencia severa

Figura 5. Caracterización de los grupos de inclusión en el programa de cuidado paliativo de FamiCare Clinica Día S.A.S.

Etapa 1:

Se extrajeron los registros administrativos de consumos de hospitalización de los pacientes ingresados a FamiCare Clínica Día SAS para cuidado paliativo domiciliario, durante el periodo comprendido entre enero de 2016 y enero de 2017, se integraron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel con los datos de historia clínica, tiempos de estancia, consumos de medicamentos, procedimientos y valores de laboratorio para el periodo correspondiente a la hospitalización.

Etapa 2:

Las variables fueron presentadas por medio de Tablas y se utilizó como Gráfico el Gráfico de Caja o *box-plot*. Las variables categóricas como las continuas, se describieron como proporciones, multiplicándose por un factor de corrección en base 10. Para las variables continuas se calcularon medidas de Resumen (Media, Mediana, Cuartiles) y de Dispersión (Rango y Desvío Estándar). Se calcularon los Intervalos de Confianza para la Media con un Nivel de Confianza del 95%. Para determinar la normalidad de las variables se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con un Nivel de Significación del 5% y Shapiro-Wilk. Para comprobar la igualdad de tratamientos en medidas repetidas se utilizó el Test de Friedman que es un test que no necesita de la normalidad de los datos.

7 Consideraciones éticas.

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este estudio está en la categoría de “Investigación de riesgo mínimo” debido a la posibilidad de encontrar durante las recolecciones de los datos, casos de mala práctica. De llegar a encontrar algún caso asociado a lo anterior, se reportará a las instancias de control de calidad de FamiCare Clinica Dia S.A.S. para que sean ellos quien adelanten las investigaciones respectivas conforme al protocolo para la auditoria interna de control de calidad institucional (59) y las guías de practica clínica en cuidado paliativo del ministerio de salud nacional. (60) y se tomen los correctivos respectivos conforme a los hallazgos establecidos.

7.1 Control de sesgos y errores:

- No aplica

8. Aspectos administrativos

8.1 Cronograma

ACTIVIDAD	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18
Elaboración del proyecto y marco teórico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Aval comité de ética											x	x	x	x	x	x		
Recolección de la información y tabulación																x		
Análisis de datos																x		
Presentación de resultados																	x	
Informe final																		x

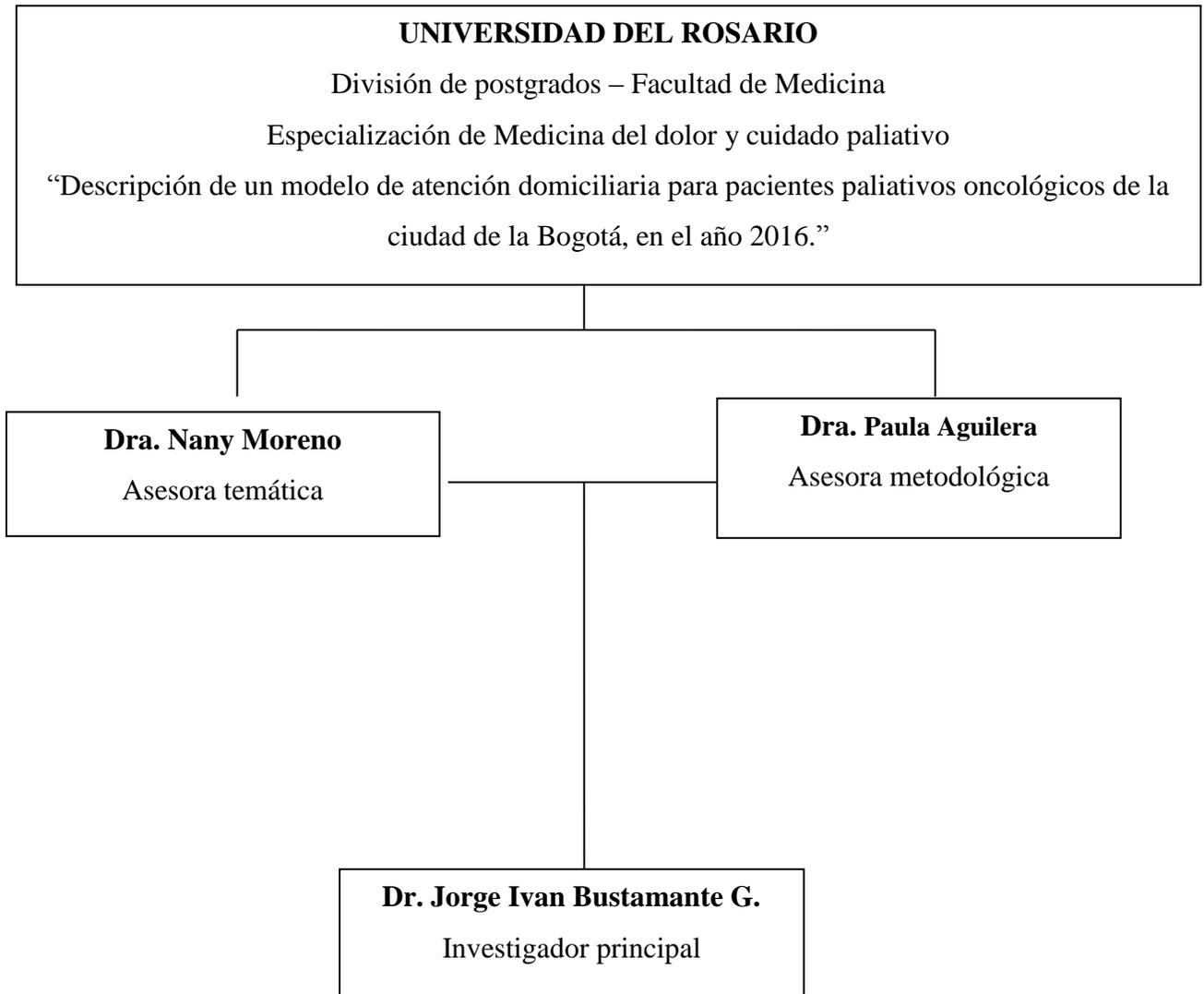
Figura 6. Cronograma de actividades

8.2 Presupuesto

RUBROS	VALOR
Personal	\$14.000.000
Materiales y Suministros	\$200.000
Salidas de Campo	0
Material Bibliográfico	\$350.000
Papelería	\$100.000
Transportes	\$200.000
Otros	\$200.000
TOTAL	\$15.050.000

Figura 7. Presupuesto

9. Organigrama



10. Resultados

Durante el período de estudio, 1° de enero de 2016 a enero de 2017 realizado por una IPS domiciliaria radicada en la ciudad de Bogotá-Colombia, se atendieron 30 pacientes oncológicos en varias etapas de su funcionalidad.

Las características demográficas y descriptivas de la población general de los pacientes que ingresaron al Programa fueron: Varones (5 de cada 10 pacientes), Mujeres (5 de cada 10). El promedio de edad fue 67,9 (\pm 13,4) años con un mínimo de 25 y un máximo de 88años ; La Mediana se ubicó en 66,5 años y el Modo fue de 59 años.

Tabla No 1: Edad y Sexo

Sexo	Masculino		Femenino		TOTAL	
	Cantidad	Proporción	Cantidad	Proporción	Cantidad	Proporción
Edad						
< de 50	1	0,06	0	0	1	0,03
50 - 60	4	0,25	2	0,14	6	0,20
60 - 70	5	0,31	5	0,36	10	0,33
70 - 80	3	0,19	2	0,14	5	0,17
80 - 90	3	0,19	5	0,36	8	0,27
TOTAL	16	1	14	1	30	1

3 de cada 10 pacientes tiene entre 60 a 70 años, que es el grupo mayoritario, observando la misma cantidad de varones que de mujeres.

- En lo que respecta a la escolaridad, 3 (1 de cada 10) tenían Primaria; 4 (1 de cada 10) tenían Secundaria; 13 (4 de cada 10) cursaron Universitaria; 3 registraron otros estudios (1 de cada 10) y 7 (2 de cada 10) carecen de información. Ello implica que 17 pacientes tenían al menos Secundaria o sea 6 de cada 10 pacientes
- En relación con el Estado Civil se pudo observar que 9 eran solteros o sea 3 de cada 10; 16 eran casados o sea 5 de cada 10 pacientes; 3 eran separados o sea 1 de cada 10; 2 eran viudos o sea 1 de cada 10 pacientes. No se observó pacientes en unión libre ni tampoco sin datos. Ello implica que la mitad de los pacientes eran casados.
- Con respecto al número de hijos, 5 pacientes no tenían hijos, es decir 2 de cada 10 pacientes no tenían ninguno (n=5); 1 de cada 10 pacientes tenían 2 hijos (n=4) al igual que 1 de cada 10 pacientes tenían 3 hijos (n=3). Sólo un paciente tuvo 5 hijos. No se obtuvieron datos sobre el número de hijos de 17 pacientes o sea 6 de cada 10 pacientes sin datos. Más de la mitad de los pacientes no responden acerca del número de hijos, no obstante, los pacientes que no tuvieron hijos fueron los más frecuentes.

Tabla No 2: Ocupación

Ocupación	Cantidad	Proporción
Abogado	2	0,08
Asesor de Imagen	1	0,03
Cantante	1	0,03
Comerciante	3	0,10
Construcción	1	0,03
Enfermera	1	0,03
Escritora	1	0,03
Ama de casa	6	0,21
Ingeniero	1	0,03
Músico	1	0,03
Odontólogo	3	0,10
Pensionado	1	0,03
Técnico en sistemas	1	0,03
No hay datos	7	0,24
TOTAL	30	1

Se puede apreciar que 2 de cada 10 pacientes no poseen información acerca de su ocupación. 2 de cada 10 son amas de casa, 1 de cada 10 comerciantes, 1 de cada 10 Odontólogos y 1 de cada 10 Abogados. El resto 3 de cada 10 desempeñan diferentes ocupaciones. En general Amas de casa y los pacientes que no refieren su ocupación son los más frecuentes.

Tabla No 3: Aseguramiento

Aseguramiento	Cantidad	Proporción
Contributivo	29	0,97
Particular	1	0,3
Total	30	1

En lo que respecta al aseguramiento, casi la totalidad de los pacientes tienen Aseguramiento (n=29). Solo 1 paciente fue atendido de forma Particular.

- En relación al nombre del Asegurador, 18 (6 de cada 10 pacientes) están asegurados en Aliansalud; 10 (3 de cada 10) en Colmedica. Los pacientes restantes, 2 están asegurados uno en Allianz y el otro particular.
- Con respecto a la Religión, 27 pacientes (9 de cada 10) son católicos, mientras que 1 es Evangélico. No se registran datos de 2 pacientes.

Tabla No 4: Diagnóstico Principal

Diagnósticos	Cantidad	Proporción
Adenocarcinoma gastrico	4	0,12
Adenocarcinoma de recto	2	0,08
Adenocarcinoma de colon	2	0,08
Ca broncogenico	2	0,08
Glioblastoma multiforme	2	0,08
Tumor urotelial maligno	2	0,08
Adenocarcinoma de esofago	1	0,03
Adenocarcinoma de mama	1	0,03
Adenocarcinoma de pancreas	1	0,03
Adenocarcinoma de prostata	1	0,03
Adenocarcinoma de utero	1	0,03
Adenocarinoma de mama	1	0,03
Ca de Krukemberg	1	0,03
Carcinoma de pancreas	1	0,03
Carcinoma escamocelular anal	1	0,03
Colangiosarcoma	1	0,03
Gliomatosis cerebral	1	0,03
Hepatocarcinoma	1	0,03
Linfoma no Hodking	1	0,03
Linfoma tipo B	1	0,03
Linfoma tipo T cutaneo	1	0,03
Sarcoma de Ewing	1	0,03
Total	30	1

Se puede apreciar que el Diagnóstico Principal más frecuente fue Adenocarcinoma Gástrico (n= 4). En menor frecuencia con un n= 2: Adenocarcinoma de Colon, Adenocarcinoma de recto, Ca broncogenico, Glioblastoma multiforme, Tumor urotelial maligno. El resto de los diagnósticos, sólo corresponde a un solo paciente.

Tabla N.º 5: Diagnóstico Secundario

Diagnóstico secundario	Cantidad	Proporción
Metastasis hepatica	3	0,10
Sin diagnóstico secundario	2	0,08
Metastasis osea	2	0,08
Carcinomatosis peritoneal	2	0,03
Adenocarcinoma de colon	1	0,03
Alzheimer	1	0,03
Ca pancreas	1	0,03
Cirrosis alcoholica	1	0,03
Derrame pleural paraneoplasico	1	0,03
Enfermedad renal cronica	1	0,03
Metastasis a higado	1	0,03
Metastasis a pleura y hueso	1	0,03
Metastasis hepatica, pulmonar, ganglionar y osea	1	0,03
Metastasis hepaticas y pulmonar	1	0,03
Metastasis medistino, pleura, pulmon	1	0,03
Metastasis osea y hepatica	1	0,03
Metastasis osea, pleuro pulmonar	1	0,03
Metastasis perineal	1	0,03
Metastasis peritoneal	2	0,06
Metastasis pulmon y esofago	1	0,03
Metastasis pulmon, higado, retroperitoneo	1	0,03
Metastasis pulmon e higado	1	0,03
Osteomielitis	1	0,03

TEP	1	0,03
Total	30	1

Como diagnóstico secundario, el que se presenta con mayor frecuencia es la metástasis hepática y pulmonar seguida de la metastasis osea y la metastasis a peritoneo

Tabla N°6: Diagnóstico Terciario

Diagnóstico terciario	Cantidad	Proporción
Ninguno	17	0,60
Diabetes TII	2	0,08
Ascitis maligna	1	0,03
Canal estrecho cervical	1	0,03
Colección en fosa rectal sobreinfectada	1	0,03
Derrame pleural	1	0,03
Fistula anal	1	0,03
Fx patologica en femur	1	0,03
IRC	1	0,03
obstruccion intestinal	1	0,03
Sindrome anemico severo	1	0,03
sindrome pilorico	1	0,03
ulceras cronicas de mmii	1	0,03
Total	30	1

Más de la mitad de los pacientes no presentan un tercer diagnóstico y de aquellos que lo presentan el más frecuente es Diabetes Mellitus tipo II.

Tabla N° 7: Red de Apoyo

Tipo de Apoyo	Si	No	Total
Consanguínea	29	1	30
Externo solamente	1	29	30
Consanguíneo y externo	2	28	30

Se puede observar que casi la totalidad de los pacientes tienen una red de apoyo consanguínea, sólo en uno de ellos es únicamente externa. Hay dos pacientes que tienen ambos tipos de red de apoyo, consanguínea y externa.

En relación de cómo se calificó a esta Red de Apoyo se puede decir que salvo en un caso que es Deficiente, el resto, los 29 pacientes tenían una Red de Apoyo adecuada. En el caso en que se consideró Deficiente, coincide con el único paciente que tiene Red de Apoyo externa solamente.

10.1 Grupo de ingreso

Tabla N° 8: Grupo de ingreso en la 1° Visita

Grupo de ingreso	Cantidad	Proporción	Proporción Acumulada
Grupo 1	6	0,20	0,20
Grupo 2	10	0,33	0,53
Grupo 3	2	0,07	0,60
Grupo 4	12	0,40	1
Total	30	1	

2 de cada 10 pacientes ingresaron al Grupo 1

3 de cada 10 pacientes ingresaron al Grupo 2

1 de cada 10 pacientes ingresaron al Grupo 3

4 de cada 10 pacientes ingresaron al Grupo 4

Los Grupo 1 y 2 concentran 5 de cada 10 pacientes así como 3 y 4 lo que indica que no hay una clara diferencia en cuanto al grado de compromiso funcional en relación al tiempo en que son ingresados los pacientes al programa paliativo domiciliario

Tabla N° 9: Condicion de los grupos en la 2a Visita

Grupo de ingreso	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción Válida Acumulada
Grupo 1	5	0,17	0,22	0,22
Grupo 2	9	0,30	0,39	0,61
Grupo 3	3	0,10	0,13	0,74
Grupo 4	6	0,20	0,26	1
Total datos válidos	23	0,77	1	
Datos perdidos Sistema	7	0,23		
Total	30	1		

2 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 1

3 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 2

1 de cada 10 pacientes permanece en el Grupo 3

2 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 4

Los Grupos 1 y 2 concentran 6 de cada 10 pacientes. 2 de cada 10 pacientes ya no están en la 2° visita los cuales pertenecian al grupo 3 y 4 lo cual indica debido a su severidad fallecen rapidamente.

Tabla N° 10: Condicion de los grupos en la 3a Visita

Grupo de ingreso	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción Válida Acumulada
Grupo 1	3	0,10	0,17	0,17
Grupo 2	4	0,13	0,22	0,39
Grupo 3	4	0,13	0,22	0,61
Grupo 4	7	0,23	0,39	1
Total datos válidos	18	0,60	1	
Datos perdidos Sistema	12	0,40		
Total	30	1		

2 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 1

2 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 2

2 de cada 10 pacientes permanece en el Grupo 3

4 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 4

Los Grupos 1 y 2 concentran 4 de cada 10 pacientes. 4 de cada 10 pacientes ya no están en la 3° visita los cuales pertenecian a los grupos 3 y 4 o fueron pacientes nuevos que tambien fueron incluidos en estos grupos con mayor compromiso general

Tabla N° 11: Condicion de los grupos en la 4a Visita

Grupo de ingreso	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción Válida Acumulada
Grupo 1	3	0,10	0,33	0,33
Grupo 2	1	0,03	0,11	0,44
Grupo 3	2	0,07	0,23	0,67
Grupo 4	3	0,10	0,33	1
Total datos válidos	9	0,30	1	
Datos perdidos Sistema	21	0,70		
Total	30	1		

3 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 1

1 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 2

2 de cada 10 pacientes permanece en el Grupo 3

3 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 4

Los Grupos 1 y 2 concentran 4 de cada 10 pacientes lo cual se mantiene en relacion a la cuarta visita. Pacientes de grupo dos progresaron a tres y se mantiene la tendencia de egreso del programa por fallecimiento o por abandono del programa en relacion a hospitalizaciones o cambios de proveedor de tal manera que 7 de cada 10 pacientes ya no están en la 4° visita.

Tabla N° 12: Condicion de los grupos en la 5a Visita

Grupo de ingreso	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción Válida Acumulada
Grupo 1	3	0,10	0,33	0,33
Grupo 2	0	0	0	0,33
Grupo 3	3	0,10	0,33	0,66
Grupo 4	3	0,10	0,33	1
Total datos válidos	9	0,30	1	
Datos perdidos Sistema	21	0,70		
Total	30	1		

3 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 1

Ningún paciente permanece en el Grupo 2

3 de cada 10 pacientes permanece en el Grupo 3

3 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo 4

Los Grupos 1 y 2 concentran 3 de cada 10 pacientes sin embargo se observa que se mantiene la progresión de severidad en pacientes que por su condición pasan del grupo 2 al grupo 3.

Los pacientes de grupo 4 se mantienen en relación a la cuarta visita. 7 de cada 10 pacientes ya no están en la 5ª visita.

Los Grupos 1 y 2 si bien fueron disminuyendo en la cantidad de pacientes a través de las diferentes visitas, no mostraron igual comportamiento en la proporción (0,53; 0,67; 0,39; 0,44; 0,33). Ello se debió a que los pacientes que en cada visita iban falleciendo

Tabla N° 13: Más de 5 Visitas

	Cantidad	Proporción
Sigue en grupo	7	0,23
No sigue en grupo	23	0,77
Total	30	1

2 de cada 10 pacientes permanecen en el Grupo inicial

8 de cada 10 pacientes ya no permanecen en el grupo inicial por fallecimiento. Al observar la base se encuentra que estos pacientes que tuvieron más de cinco visitas ingresaron al programa en fases tempranas de su cuidado paliativo haciendo la salvedad que ninguno de ellos tenía un tratamiento oncológico paliativo.

10.2 Resultados Test de Barthel

Tabla N° 14 Test de Barthel – 1ª visita

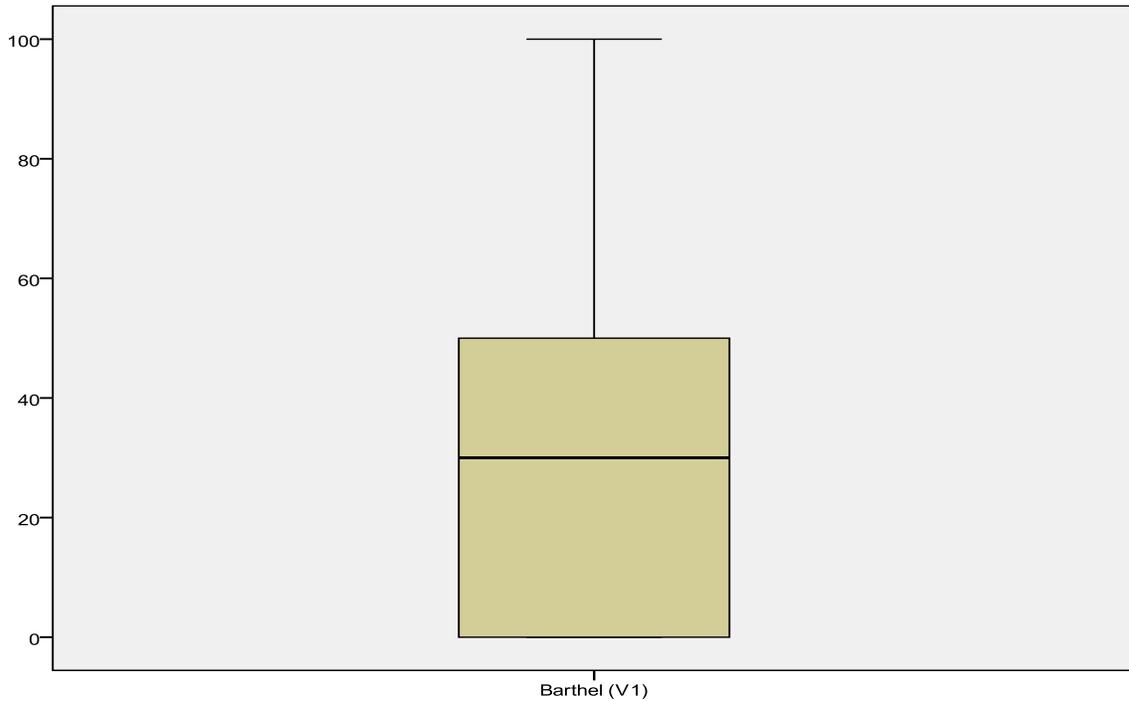
Nivel de Independencia	Cantidad	Proporción válida	Proporción válida Acumulada
0	8	0,28	0,28
20	1	0,03	0,31
30	7	0,23	0,54
35	1	0,03	0,57
40	2	0,07	0,64
45	1	0,03	0,67
50	3	0,10	0,77

60	1	0,03	0,80
80	2	0,07	0,87
85	1	0,03	0,90
90	1	0,03	0,93
100	2	0,07	1
Total	30	1	

Tabla N° 15 Descriptivos Test de Barthel – 1° visita

Descriptivos 1° Visita				
		Estadístico	Error estándar	
BARTHel	Media	37,83	5,817	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	25,94	
		Límite superior	49,73	
	Mediana	30,00		
	Varianza	1014,971		
	Desviación estándar	31,859		
	Mínimo	0		
	Máximo	100		
	Rango	100		
	Rango intercuartil	53		
	Asimetría	,516	,427	
	Curtosis	-,645	,833	

Gráfico N° 1: Test de Barthel – 1° visita



Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Barthel (V1)
N		30
Parámetros normales ^{a,b}	Media	37,83
	Desviación típica	31,859
Diferencias más extremas	Absoluta	,149
	Positiva	,149
	Negativa	-,118
Z de Kolmogorov-Smirnov		,817
Sig. asintót. (bilateral)		,517

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El nivel de dependencia en la primera visita fue clasificado como Total y Severa. Encontrando además que el 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita tuvieron 0 o sea “dependencia total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvieron 30 o sea una “Dependencia severa”; y el 75% de los pacientes calificaron al nivel de independencia con 50 o sea “Dependencia moderada”.

Tabla N° 16. Test de Barthel – 2° visita

Nivel de Independencia	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulado
0	8	0,27	0,35	0,35
20	2	0,07	0,09	0,44
30	4	0,14	0,18	0,62
40	1	0,03	0,04	0,66
50	3	0,10	0,13	0,79
80	1	0,03	0,04	0,83
85	1	0,03	0,04	0,87
100	3	0,10	0,13	1
Sub- Total	23	0,77	1	
Datos Perdidos	7	0,23		
Total	30	1		

Tabla N° 17. Descriptivo Test de Barthel – 2° visita

Descriptivos 2° VISITA				
		Estadístico	Error estándar	
BARTHel	Media	35,43	7,471	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	19,94	
		Límite superior	50,93	
	Media recortada al 5%	33,82		
	Mediana	30,00		
	Varianza	1283,893		
	Desviación estándar	357,831		
	Mínimo	0		
	Máximo	100		
	Rango	100		
	Rango intercuartil	50		
	Asimetría	,718	,481	
	Curtosis	-,740	,935	

Gráfico N°2. Test de Barthel – 2º visita

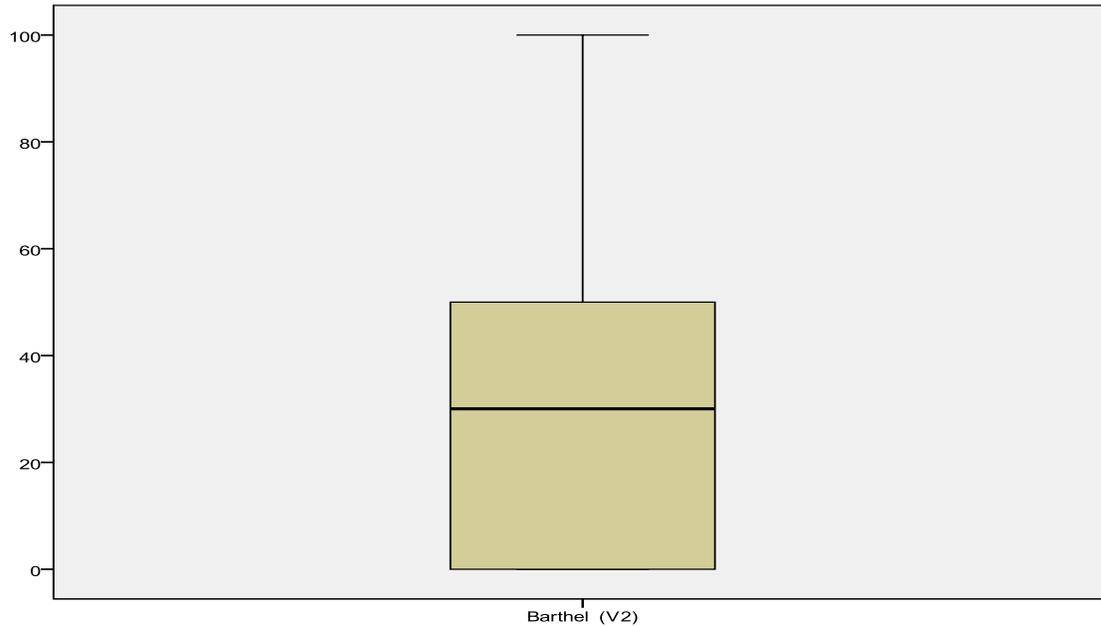


Tabla N° 19. Pruebas de normalidad – 2º visita

Pruebas de normalidad – 2º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Barthel	,179	21	,076	,856	21	,005
Acepta la Prueba de Normalidad						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita obtuvieron 0 o sea “Dependencia total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 30 o sea una “Dependencia severa”; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia de 50, también “Dependencia moderada”. Ello significa que el nivel de independencia en esta segunda visita se ubica en una situación Total y severa.

Tabla N° 20. Test de Barthel – 3º visita

Nivel de Independencia	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulado
0	9	0,29	0,50	0,50
20	2	0,07	0,11	0,61
30	2	0,07	0,11	0,72
50	2	0,07	0,11	0,83
85	1	0,03	0,06	0,89
100	2	0,07	0,11	1
Sub- Total	18	0,60	1	
Datos Perdidos	12	0,40		
Total	30	1		

Tabla N° 21 Descriptivo Test de Barthel – 3° visita

Descriptivos 3° Visita				
		Estadístico	Error estándar	
Barthel	Media		26,94	8,432
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	9,15	
		Límite superior	44,73	
	Media recortada al 5%		24,38	
	Mediana		10,00	
	Varianza		1279,820	
	Desviación estándar		35,775	
	Mínimo		0	
	Máximo		100	
	Rango		100	
	Rango intercuartil		50	
	Asimetría		1,190	,536
	Curtosis		,156	1,038

Gráfico N°3. Test de Barthel – 3° visita

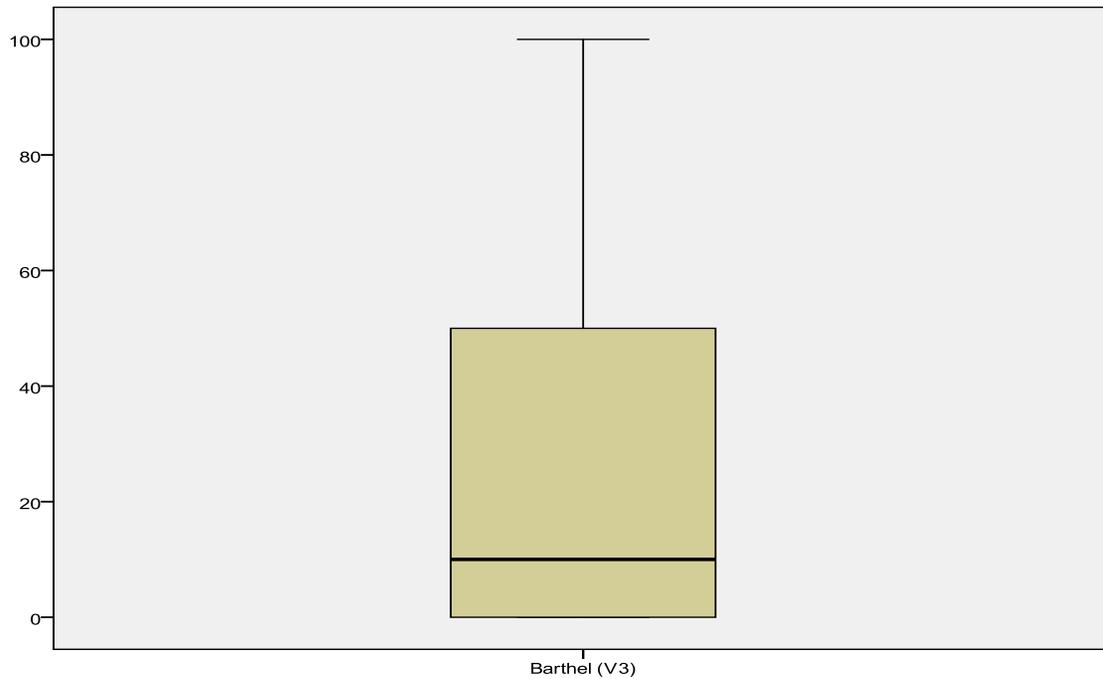


Tabla N° 22. Pruebas de normalidad – 3a visita

Pruebas de normalidad – 3ª visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Barthel	,274	18	,001	,760	18	,000
Se acepta la Prueba de Normalidad						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita obtuvieron 0 o sea “Dependencia Total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 10 o sea “Dependencia Total”; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia de 45 o sea Dependencia Severa. Ello significa que el nivel de independencia en esta tercera visita se deterioró entre la dependencia total y la severa.

Tabla N° 23. Test de Barthel – 4º visita

Nivel de Independencia	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulado
0	2	0,07	0,22	0,22
20	1	0,03	0,11	0,33
30	1	0,03	0,11	0,44
40	1	0,03	0,11	0,55
50	1	0,03	0,11	0,66
60	1	0,03	0,11	0,77
100	2	0,07	0,22	1
Sub- Total	9	0,30	1	
Datos Perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 24. Descriptivos Test de Barthel – 4° visita

Descriptivos 4° Visita			Estadístico	Error estándar
BARTHel	Media		44,44	12,485
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	15,66	
		Límite superior	73,23	
	Media recortada al 5%		43,83	
	Mediana		40,00	
	Varianza		1402,778	
	Desviación estándar		37,454	
	Mínimo		0	
	Máximo		100	
	Rango		100	
	Rango intercuartil		70	
	Asimetría		,470	,717
	Curtosis		-,853	1,400

Gráfico N°4 Test de Barthel – 4° visita

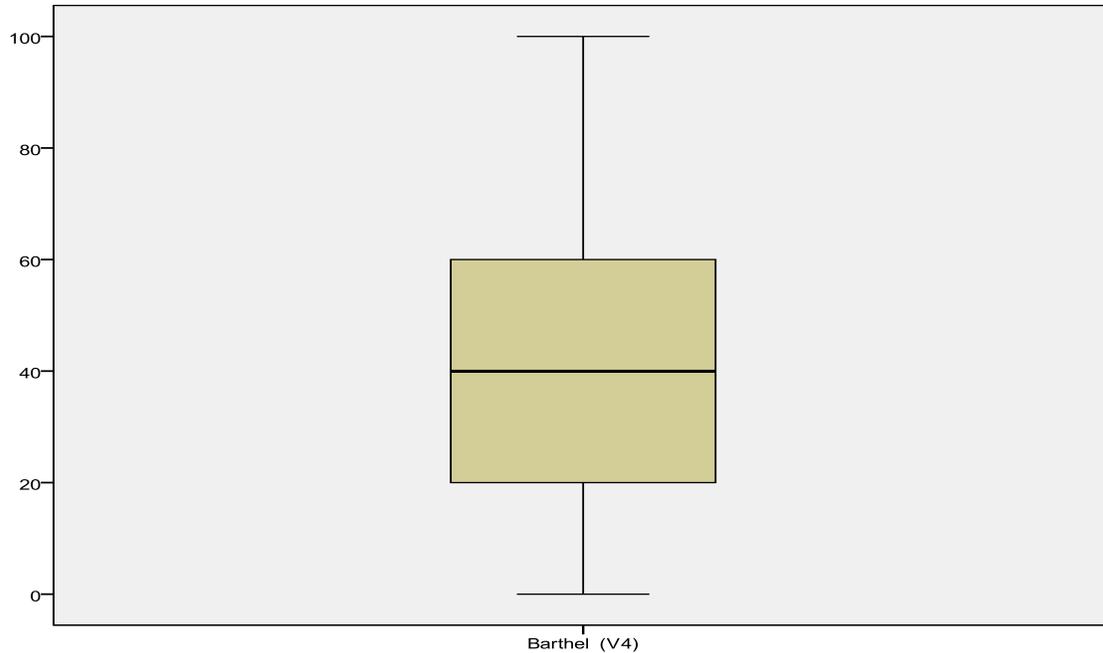


Tabla N° 25. Pruebas de normalidad - 4a visita

Pruebas de normalidad - 4º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadísti co	gl	Sig.	Estadísti co	gl	Sig.
Barthel	,153	9	,200*	,911	9	,325
Se rechaza la prueba de Normalidad en Barthel						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita obtuvieron 20 o sea en el límite de la “Dependencia Total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Dependencia severa”; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia de 60 o sea “Dependencia severa pero en el borde hacia una dependencia moderada. El nivel de independencia en esta quinta visita mejorara en relación a la anterior.

Tabla N° 26. Test de Barthel – 5º visita

Nivel de Independencia	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulado
0	3	0,10	0,33	0,33
20	1	0,03	0,11	0,44
30	1	0,03	0,11	0,55
40	1	0,03	0,11	0,66
50	1	0,03	0,11	0,77
100	2	0,07	0,22	1
Sub- Total	9	0,30	1	
Datos Perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 27. Descriptivo de Barthel – 5° visita

Descriptivos 5º VISITA				
		Estadístico	Error estándar	
Barthel	Media		37,78	13,205
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	7,33	
		Límite superior	68,23	
	Media recortada al 5%		36,42	
	Mediana		30,00	
	Varianza		1569,444	
	Desviación estándar		39,616	
	Mínimo		0	
	Máximo		100	
	Rango		100	
	Rango intercuartil		75	
	Asimetría		,816	,717
	Curtosis		-,633	1,400

Gráfico N° 5 Test de Barthel – 5° visita

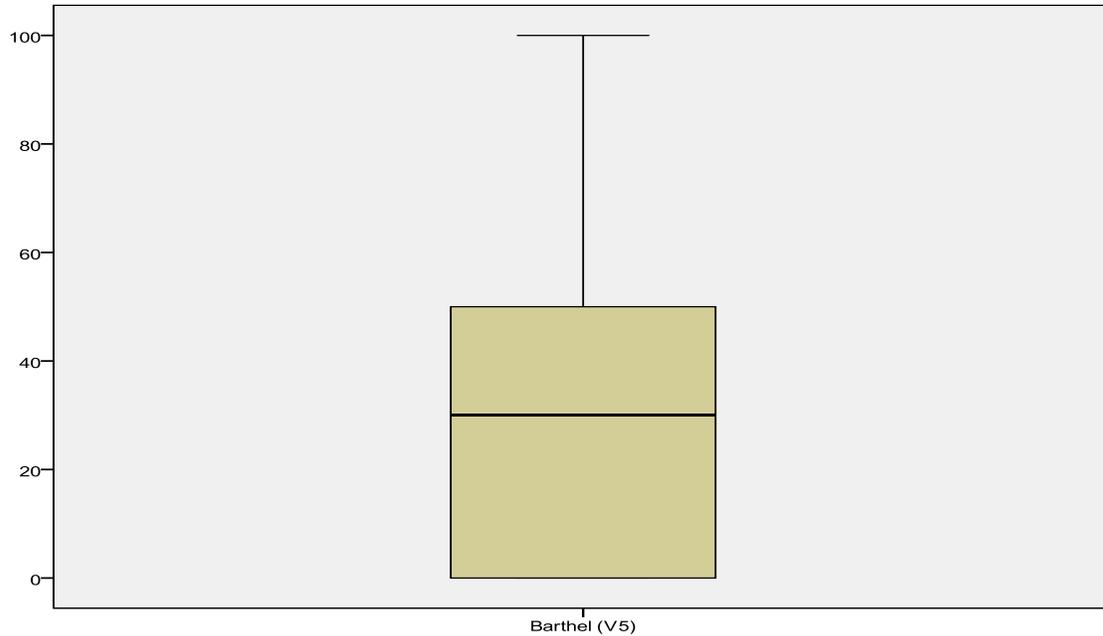


Tabla N° 28. Pruebas de normalidad - 5a visita

Pruebas de normalidad - - 5º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
BARTheL	,170	9	,200*	,847	9	,069
Se rechaza la prueba de Normalidad en Barthel.						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita obtuvieron 0 o sea dependencia total con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 30; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia del 50. Ello significa que el nivel de dependencia en esta visita se podría ubicar en una situación intermedia entre la dependencia total y la independencia.

10.3 Resultados Test de Karnofsky

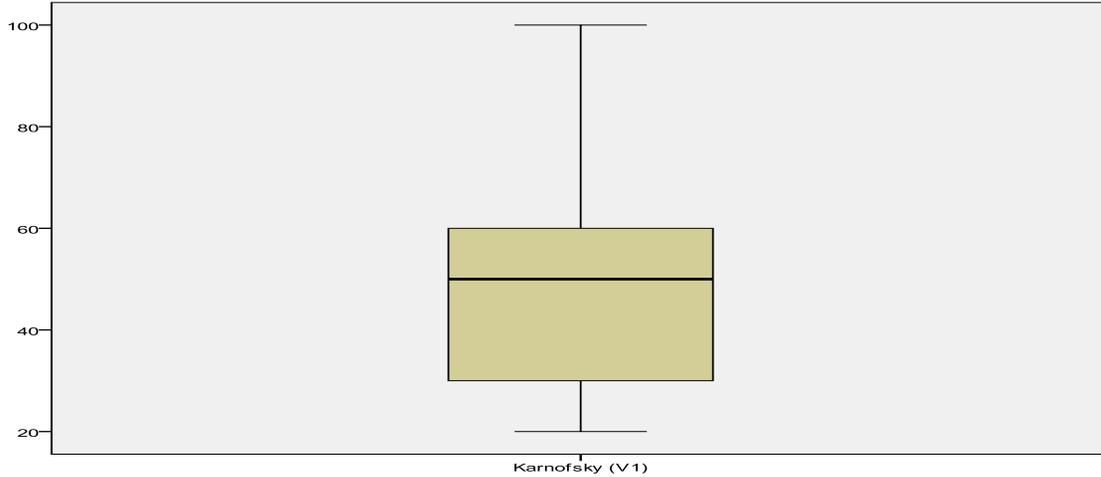
Tabla N° 29. Test de Karnofsky – 1° visita

Capacidad para realizar tareas rutinarias	Cantidad	Proporción Válida	Proporción Válida Acumulada
20	2	0,07	0,07
30	8	0,26	0,33
40	4	0,13	0,46
50	6	0,20	0,66
60	3	0,10	0,76
70	1	0,03	0,79
80	2	0,07	0,86
90	2	0,07	0,93
100	2	0,07	1
Total	30	100,0	

Tabla N° 30. Descriptivo Test de Karnofsky – 1° visita

		Descriptivos 1° Visita		
Karnofsky	Media		51,00	4,298
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	42,21	
		Límite superior	59,79	
	Mediana		50,00	
	Varianza		554,138	
	Desviación estándar		23,540	
	Mínimo		20	
	Máximo		100	
	Rango		80	
	Rango intercuartil		33	
	Asimetría		,773	,427
Curtosis		-,411	,833	

Gráfico N° 6. Test de Karnofsky – 1º visita



Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Karnofsky (V1)
N		30
Parámetros normales ^{a,b}	Media	51,00
	Desviación típica	23,540
Diferencias más extremas	Absoluta	,184
	Positiva	,184
	Negativa	-,120
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,006
Sig. asintót. (bilateral)		,264

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

$0.264 > 0.05$, entonces no rechazo la H_0) y concluyo que la variable karnofsky sigue una distribución normal con un nivel de significación del 0.05.

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 50 o sea “Sintomático, en cama más del 50% del día” y el 75% de los pacientes tuvieron 60 o sea “Ocasionalmente requiere asistencia, puede realizar la mayor parte de las actividades”. Ello significa la funcionalidad del paciente durante la primera visita se podría ubicar en una situación intermedia.

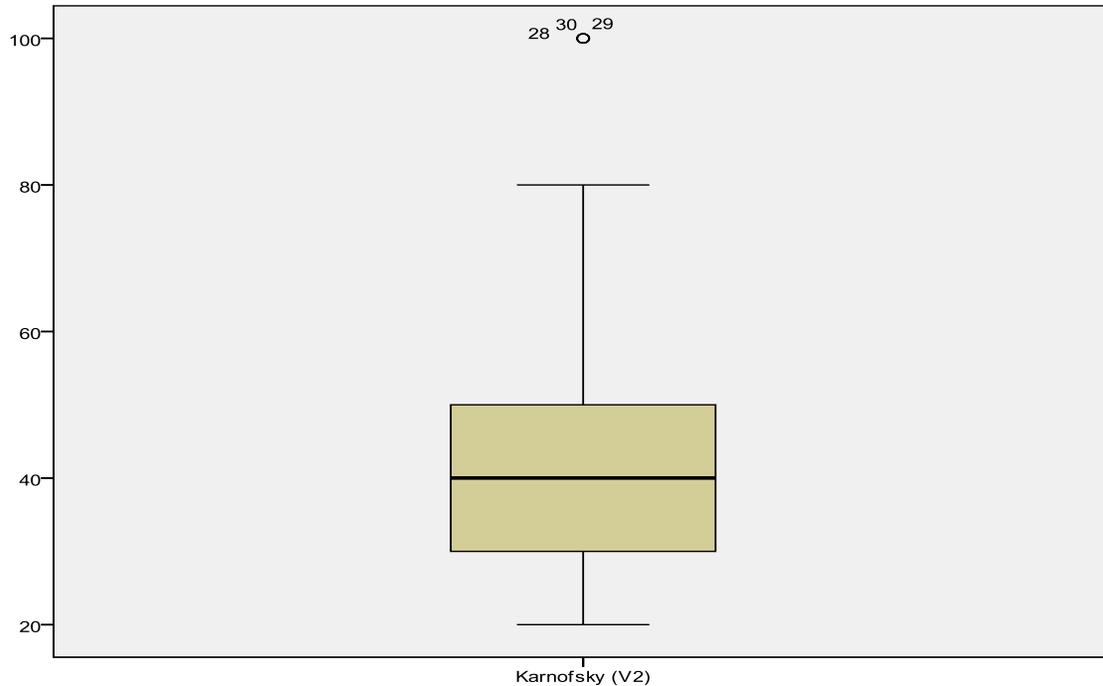
Tabla N° 31. Test de Karnofsky – 2° visita

Capacidad para realizar tareas rutinarias	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
20	5	0,17	0,22	0,22
30	5	0,17	0,22	0,44
40	4	0,13	0,17	0,61
50	4	0,13	0,17	0,78
70	1	0,03	0,04	0,82
80	1	0,03	0,04	0,86
100	3	0,10	0,14	1
Sub-Total	23	0,77	1	
Datos perdidos	7	0,23		
Total	30	1		

Tabla N° 32. Descriptivo Test de Karnofsky – 2° visita

	Descriptivos 2° Visita			
Karnofsky	Media		46,09	5,507
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	34,67	
		Límite superior	57,51	
	Media recortada al 5%		44,54	
	Mediana		40,00	
	Varianza		697,628	
	Desviación estándar		26,413	
	Mínimo		20	
	Máximo		100	
	Rango		80	
	Rango intercuartil		20	
	Asimetría		1,115	,481
	Curtosis		,183	,935

Gráfico N° 7 Test de Karnofsky – 2° visita



Pruebas de normalidad - 2º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Karnofsky	,227	21	,006	,837	21	,003
Acepta la Prueba de Normalidad						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Incapacitado., requiere asistencia y tratamientos especiales” y el 75% de los pacientes tuvieron 50 o sea “Sintomático, en cama más del 50% del día”. Ello significa que la funcionalidad del paciente durante la segunda visita se podría ubicar en una situación tendiente a deteriorar.

Tabla N° 33. Test de Karnofsky – 3º visita

Capacidad para realizar tareas rutinarias	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
20	6	0,20	0,33	0,33
30	5	0,17	0,27	0,60
40	3	0,10	0,16	0,76
50	1	0,03	0,06	0,82
80	1	0,03	0,06	0,88
90	1	0,03	0,06	0,94
100	1	0,03	0,06	1
Sub-Total	18	0,60	1	
Datos perdidos	12	0,40		
Total	30	1		

Tabla N° 34 Descriptivo Test de Karnofsky – 3° visita

		Descriptivos 3° Visita			
Karnofsky	Media			39,44	5,912
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior		26,97	
		Límite superior		51,92	
	Media recortada al 5%			37,16	
	Mediana			30,00	
	Varianza			629,085	
	Desviación estándar			25,082	
	Mínimo			20	
	Máximo			100	
	Rango			80	
	Rango intercuartil			23	
	Asimetría			1,555	,536
	Curtosis			1,385	1,038

Gráfico N° 8 Test de Karnofsky – 3° visita



Pruebas de normalidad - 3º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
KArnofsk	,269	18	,001	,752	18	,000
Se acepta la Prueba de Normalidad						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita obtuvieron 20 o sea “Condición grave, hospitalización con medidas de apoyo intensas”; el 50% de los pacientes obtuvo 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización” y el 75% de los pacientes tuvieron 40 o sea “Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales”. Ello significa la funcionalidad del paciente durante la tercera visita se podría ubicar en una situación tendiente a deteriorar.

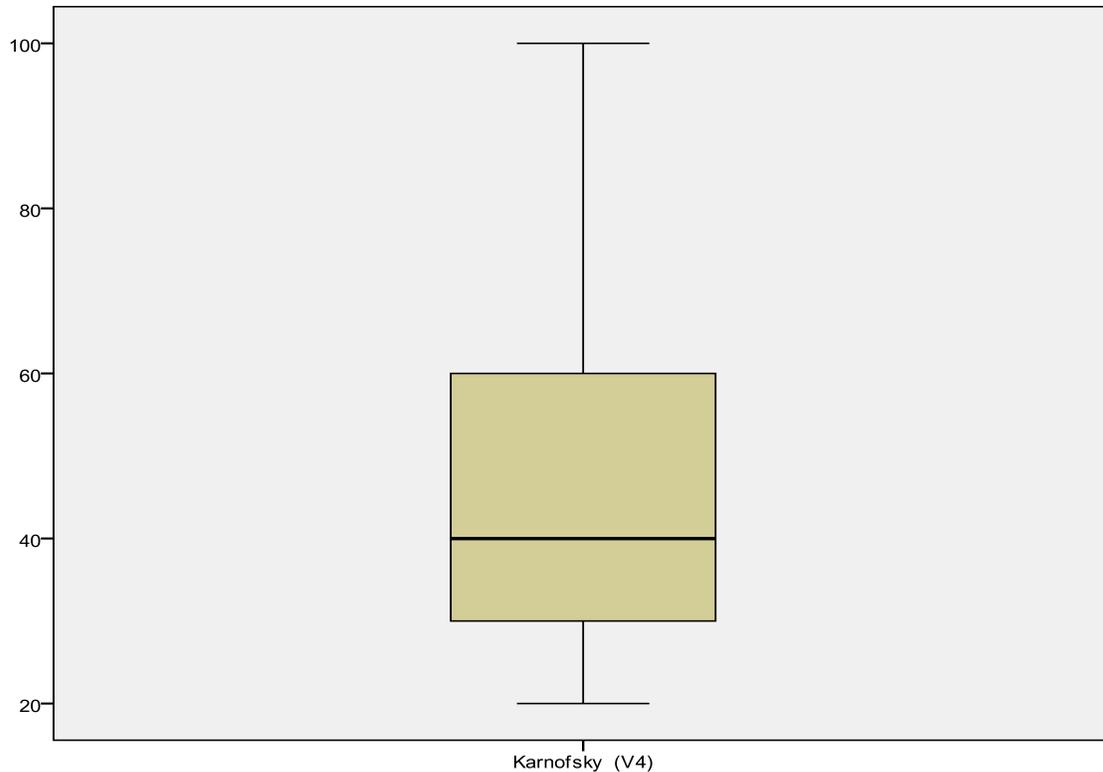
Tabla N° 35. Test de Karnofsky – 4º visita

Capacidad para realizar tareas rutinarias	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
20	2	0,07	0,22	0,22
30	1	0,03	0,11	0,33
40	2	0,07	0,22	0,55
50	1	0,03	0,11	0,66
60	1	0,03	0,11	0,77
90	1	0,03	0,11	0,89
100	1	0,03	0,11	1
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 36. Descriptivo Test de Karnofsky – 4° visita

		Descriptivos 3° Visita			
Karnofsky	Media			50,00	9,574
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior		27,92	
		Límite superior		72,08	
	Media recortada al 5%			48,89	
	Mediana			40,00	
	Varianza			825,000	
	Desviación estándar			28,723	
	Mínimo			20	
	Máximo			100	
	Rango			80	
	Rango intercuartil			50	
	Asimetría			,855	,717
	Curtosis			-,392	1,400

Gráfico N° 9 Test de Karnofsky – 4° visita



Pruebas de normalidad - 4º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Karnofsky	,192	9	,200*	,891	9	,205
Se rechaza la prueba de Normalidad en Karnofsky						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales” y el 75% de los pacientes tuvieron 60 o sea “Ocasionalmente requiere asistencia, puede realizar la mayor parte de las tareas”. En general hay una mejora.

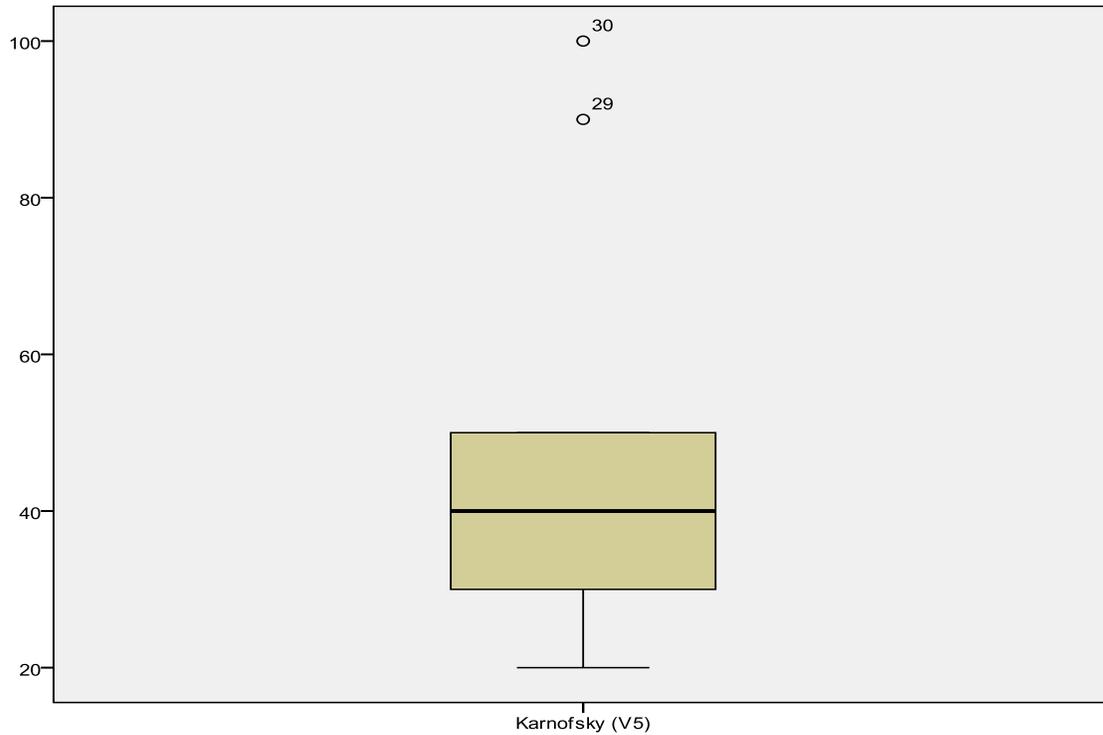
Tabla N° 37. Test de Karnofsky – 5º visita

Capacidad para realizar tareas rutinarias	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
20	2	0,07	0,22	0,22
30	2	0,07	0,22	0,44
40	2	0,07	0,22	0,66
50	1	0,03	0,11	0,77
90	1	0,03	0,11	0,89
100	1	0,03	0,11	1
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N°38. Descriptivo Test de Karnofsky – 5° visita

		Descriptivos 5º Visita		
Karnofsky	Media		46,67	9,718
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	24,26	
		Límite superior	69,08	
	Media recortada al 5%		45,19	
	Mediana		40,00	
	Varianza		850,000	
	Desviación estándar		29,155	
	Mínimo		20	
	Máximo		100	
	Rango		80	
	Rango intercuartil		45	
	Asimetría		1,202	,717
	Curtosis		,169	1,400

Gráfico N° 10 Test de Karnofsky – 5° visita



Pruebas de normalidad - - 5º visita						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Karnofsky	,257	9	,088	,821	9	,035
Se acepta la prueba de Normalidad Karnofsky						

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales” y el 75% de los pacientes tuvieron 50 o sea “Sintomático, en cama más 50% del día”. En general continúa la mejora.

10.4 Resultados E.S.A.S

Se analizó la severidad de los síntomas, según la escala E.S.A.S, en 30 pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria paliativa de la IPS Privada FamiCare Clínica día SAS con patologías oncológicas terminal en 5 visitas.

Tabla N°: 39 Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la primer visita.

E.S.A.S VISITA N°1											
Medidas estadísticas descriptivas	Dr	Ap	S	C	D	N	De	An	E	Su	SB
Media	3,47	7,03	3,43	3,8	2,73	1,53	3,13	3,97	1,6	3,9	3,46
Límite Inferior I. C 95%	2,38	6,15	2,24	2,95	1,72	0,39	2,03	2,89	0,6	2,85	2,92
Límite Superior I. C 95%	4,56	7,91	4,63	4,65	3,75	2,63	4,23	5,04	2,6	4,95	3,999
Desvío estándar	2,92	2,36	3,202	2,265	2,716	3,06	2,945	2,883	2,673	2,808	1,446
Mediana	3	8	2	4	2	0	2,5	4	0	3	3,5
Mínimo	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Máximo	10	10	10	8	9	9	10	8	8	10	7
Rango	10	8	10	8	9	9	10	8	8	10	6
Asimetría	0,45	-585	0,515	0,211	0,844	1,707	0,598	-0,094	1,483	0,76	0,238
Curtosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,81	0,469	-1,091	0,861	-0,15	1,219	0,512	-1,352	0,803	-0,57	0,706

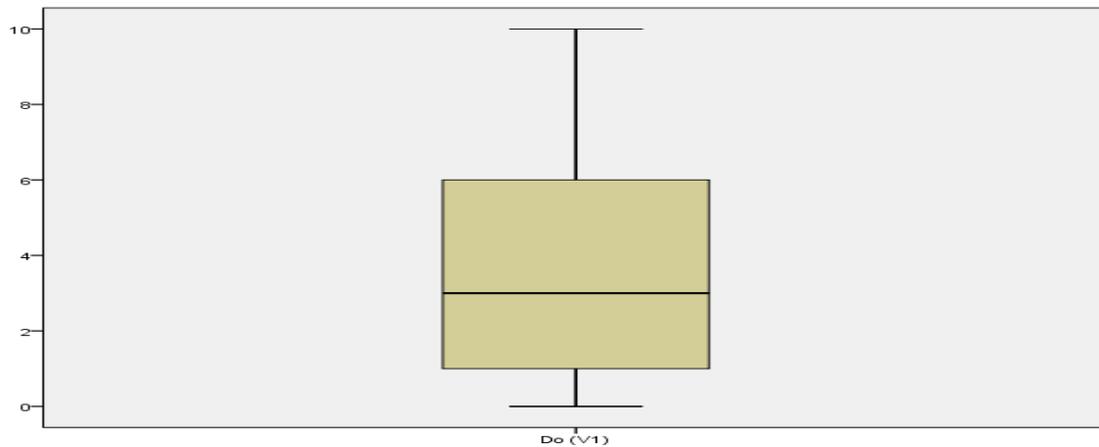
Referencia: D= Dolor - AP = Apetito - S = Somnolencia - C= Cansancio - D = Disnea - N = Náuseas - DE = Depresión - AN = Ansiedad - E = estreñimiento - SU= Sueño - SB = Sensación de bienestar

La tabla N° 39 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la primera visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los 30 pacientes, no se presentó señal de alarma, salvo para estreñimiento y para la sensación de bienestar que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita.

Gráficos Box-plot: Se realizaron para cada uno de los síntomas que se analizan en la escala de E.S.A.S. y para cada una de las 5 visitas.

- **Dolor:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

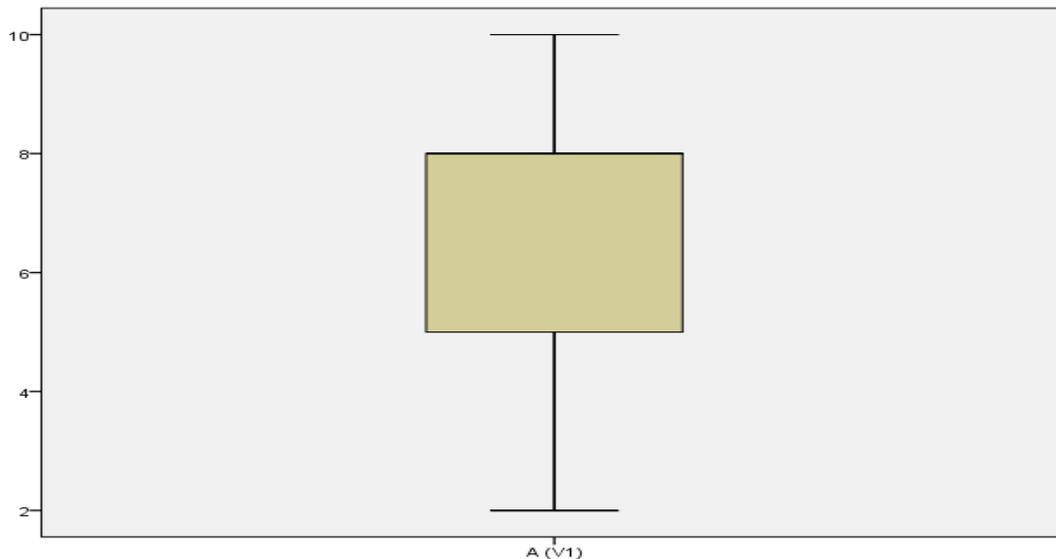
Gráfico N° 11: Gráfico box plot para el síntoma dolor.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 10 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron al dolor con un valor de 1 o 0; el 50% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 6 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Apetito**: Señal de alerta un valor superior o igual que 5.

Gráfico N°12: Gráfico box plot para el síntoma apetito.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del apetito fue de 2 y 10 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron al apetito con un valor de 5 o un valor menor; y el 50% y 75% de los pacientes

calificaron al apetito con un valor de 8 o un valor menor. Lo cual se puede decir que el 75% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Somnolencia:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

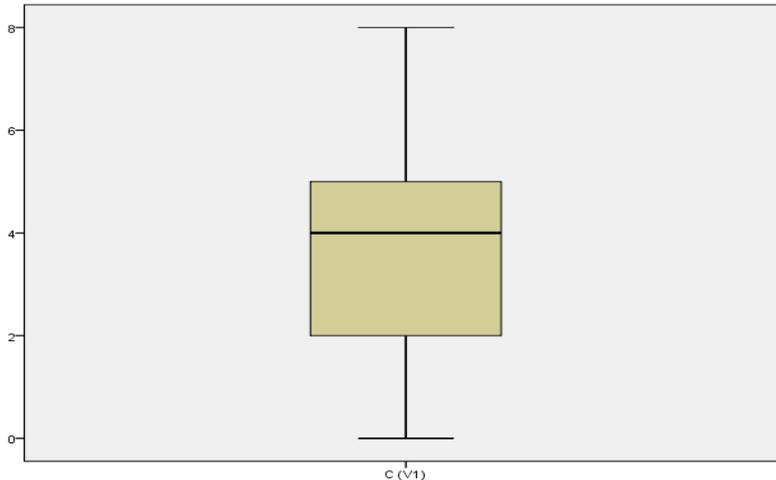
Gráfico N° 13: Gráfico box plot para el síntoma somnolencia.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la somnolencia fue de 0 y 10 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron a la somnolencia con un valor igual a 0; el 50% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 6 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Cansancio:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

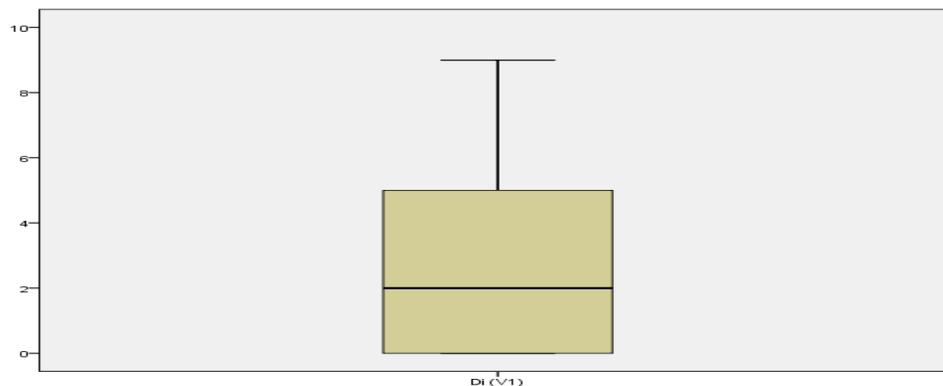
Gráfico N° 14: Gráfico box plot para el síntoma cansancio.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del cansancio fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron al cansancio con un valor de 2 o menor; el 50% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 4 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Disnea:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 15: Gráfico box plot para el síntoma disnea.

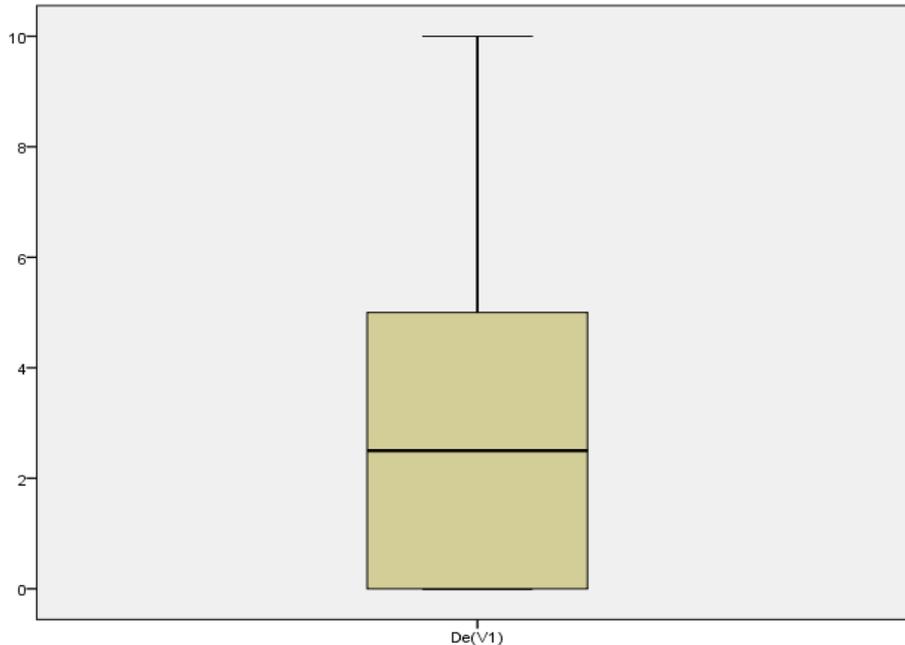


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de disnea fue de 0 y 9 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron a la disnea con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron a la disnea con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la disnea con un valor

de 5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Depresión:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

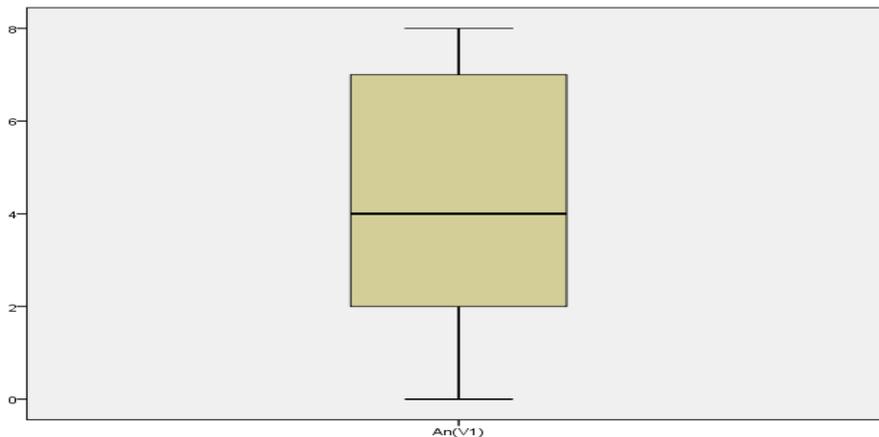
Gráfico N° 16: Gráfico box plot para el síntoma depresión.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la depresión fue de 0 y 10 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron a la depresión con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron a la depresión con un valor de 2.5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la depresión con un valor de 5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Ansiedad:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

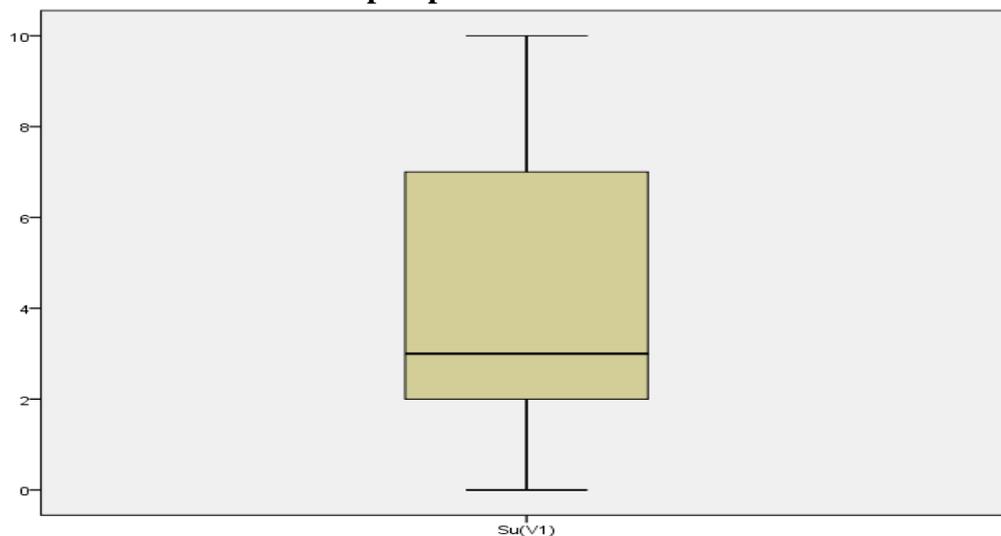
Gráfico N° 17 : Gráfico box plot para el síntoma ansiedad.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de ansiedad fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron a la ansiedad con un valor de 2 o menor; el 50% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 4 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 7 o un valor menor. Lo cual se puede decir que el 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sueño:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N°18 : Gráfico box plot para el síntoma sueño.

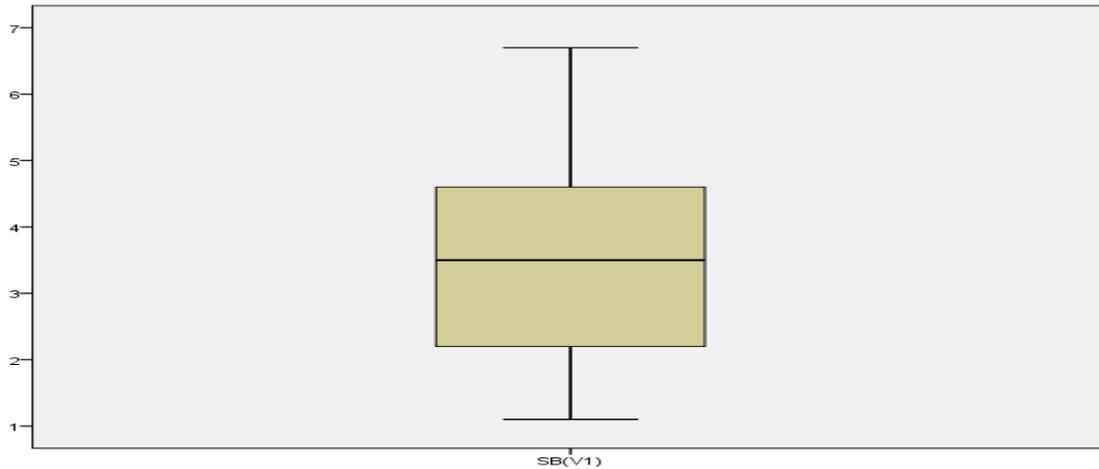


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del sueño fue de 0 y 10 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron al sueño con un valor de 2 o menor; el 50% de los pacientes calificaron al sueño

con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al sueño con un valor de 7 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sensación de bienestar:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 19 : Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de sensación de bienestar fue de 1 y 7 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 2 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 3.5 o un valor menor; Y el 25% de los pacientes calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 4.5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

Tabla N°40. Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la segunda visita.

E.S.A.S VISITA N°2											
Medidas estadísticas descriptivas	D	Ap	S	C	D	N	DE	AN	E	SU	SB
Media	3,26	7,04	4,39	3,35	2,52	1,61	2,57	3,74	1,78	2,65	3,29
Límite Inferior I. C 95%	2,24	5,92	2,79	2,21	1,21	0,32	1,42	2,45	0,52	1,65	2,72
Límite Superior I. C 95%	4,28	8,17	5,99	4,48	3,83	2,90	3,71	5,02	3,05	3,65	3,86 2

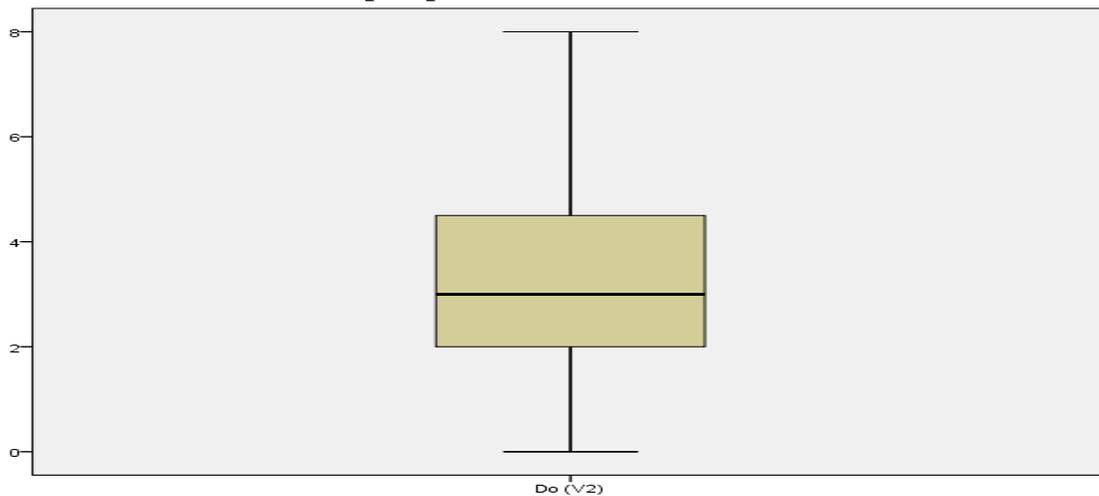
Desvío estándar	2,36	2,602	3,702	2,622	3,028	2,981	2,643	2,973	2,923	2,31	1,32
Mediana	3	8	4	4	0	0	3	4	0	2	3,5
Mínimo	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Máximo	8	10	10	7	9	8	8	9	8	9	5
Rango	8	8	10	7	9	8	8	9	8	9	4
Asimetría	0,409	-0,629	0,055	-0,201	0,751	1,511	0,567	-0,029	1,443	1,41	,159
Curtosis	-,314	-0,588	-1,59	-1,589	-,764	0,533	-0,635	-1,260	0,618	2,16	1,29

Referencia: D= Dolor - AP = Apetito - S = Somnolencia - C= Cansancio - D = Disnea - N = Náuseas - DE = Depresión - AN = Ansiedad - E = estreñimiento - SU= Sueño - SB = Sensación de bienestar

La tabla N° 40 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la segunda visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo para apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 23 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la segunda visita.

- **Dolor:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

Gráfico N° 20: Gráfico box plot para el síntoma dolor.

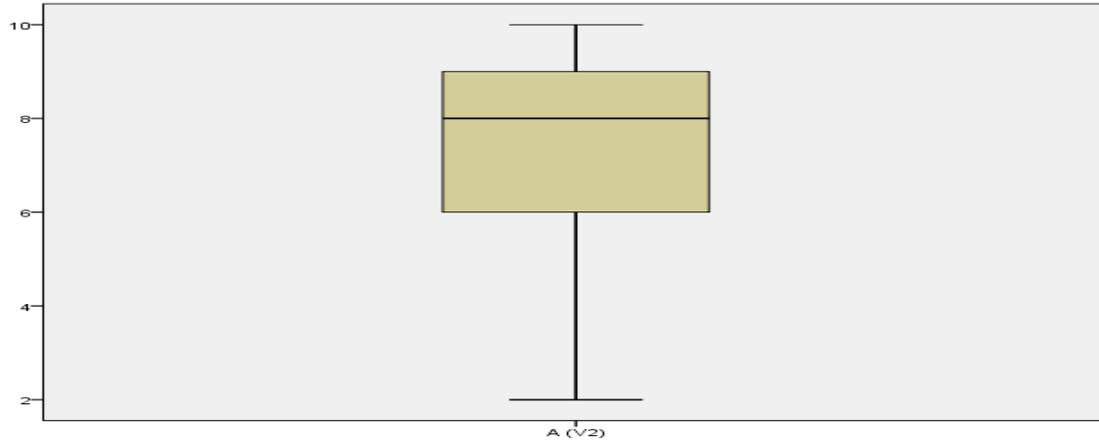


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron al dolor con un valor de 2 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor

con un valor de 4,5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Apetito:** Señal de alerta un valor menor o igual que 5.

Gráfico N° 21: Gráfico box plot para el síntoma apetito.

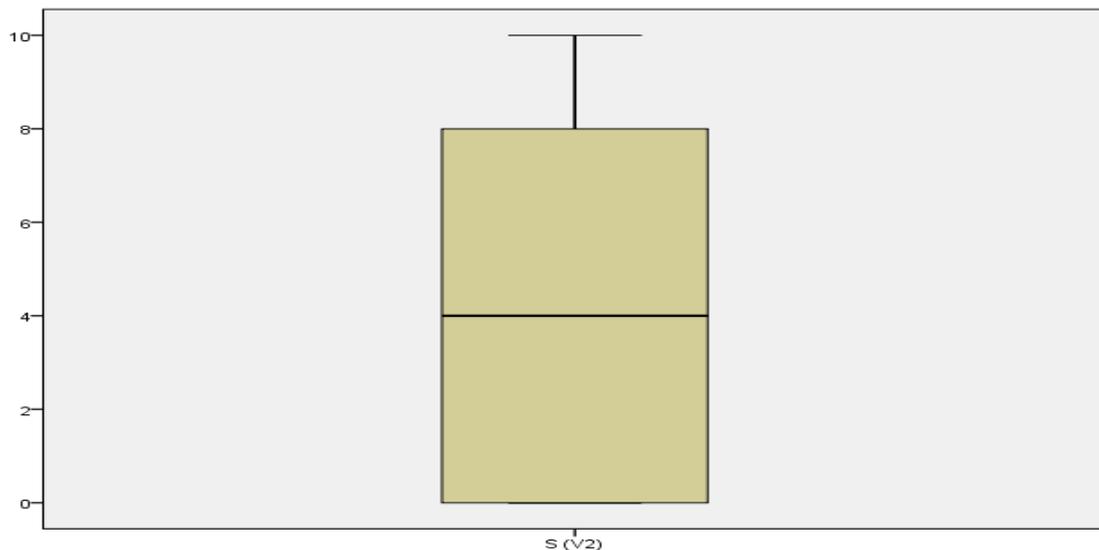


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del apetito fue de 2 y 10 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron al apetito con un valor de 6 o un valor menor; el 50% de con un valor de 8 o menor y el 75% de los pacientes calificaron al apetito con un valor de 9 o un valor menor.

Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Somnolencia:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

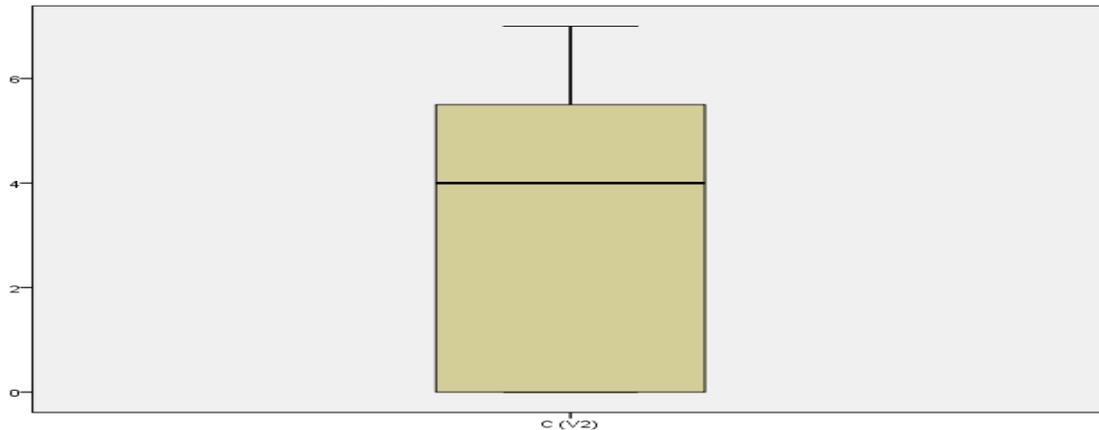
Gráfico N° 22: Gráfico box plot para el síntoma somnolencia.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la somnolencia fue de 0 y 10 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron a la somnolencia con un valor igual a 0; el 50% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 4 o un valor menor; **Y el 75% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 8 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.**

- **Cansancio:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

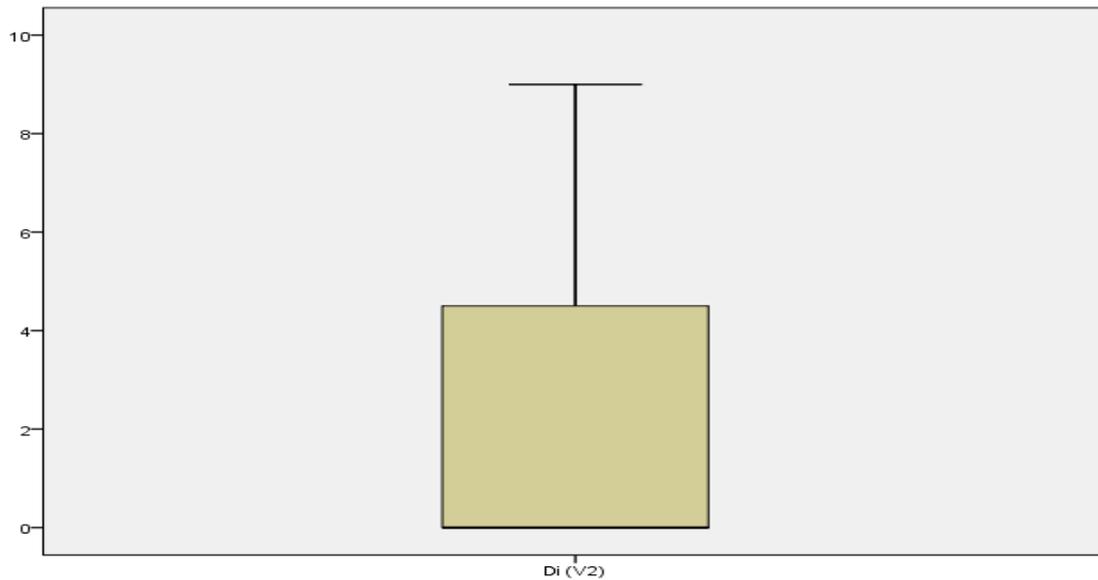
Gráfico N° 23 : Gráfico box plot para el síntoma cansancio.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del cansancio fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron al cansancio con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 4 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Disnea:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 24 : Gráfico box plot para el síntoma disnea.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de disnea fue de 0 y 9 respectivamente. El 25% y el 50% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron a la disnea con un valor de 0; y el 75% de los pacientes calificaron a la disnea con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Nauseas:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

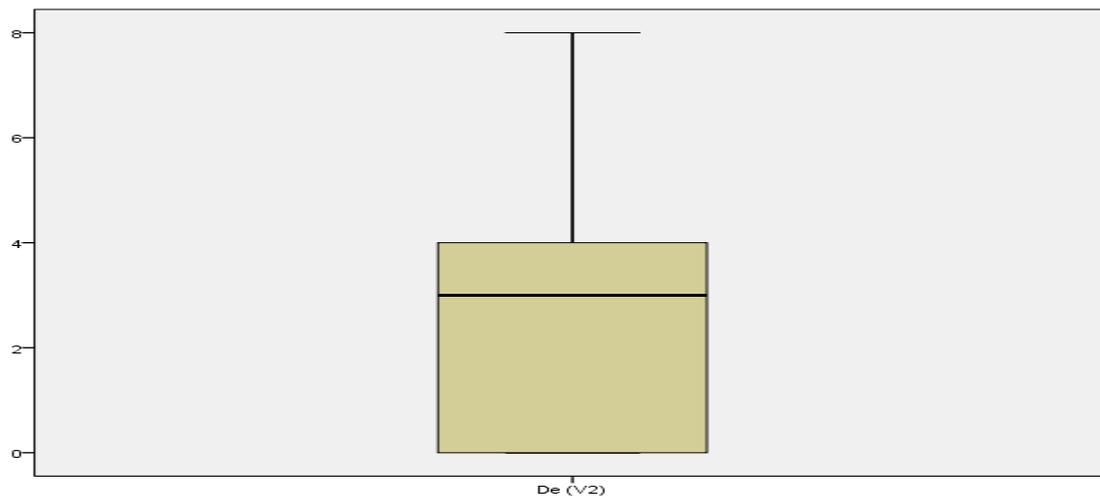
Gráfico N° 25: Gráfico box plot para el síntoma nauseas.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de náuseas fue de 0 y 8 respectivamente; teniendo en cuenta que hay 3 valores que fueron considerados extremos. El 25% y el 50% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron a las náuseas con un valor de 0; y el 75% de los pacientes calificaron a las náuseas con un valor de 1 o un valor menor. Lo cual se puede decir que en su mayoría, salvo por los datos extremos, la mayoría de los pacientes analizados en dicha visita no presentaron una señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Depresión:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5

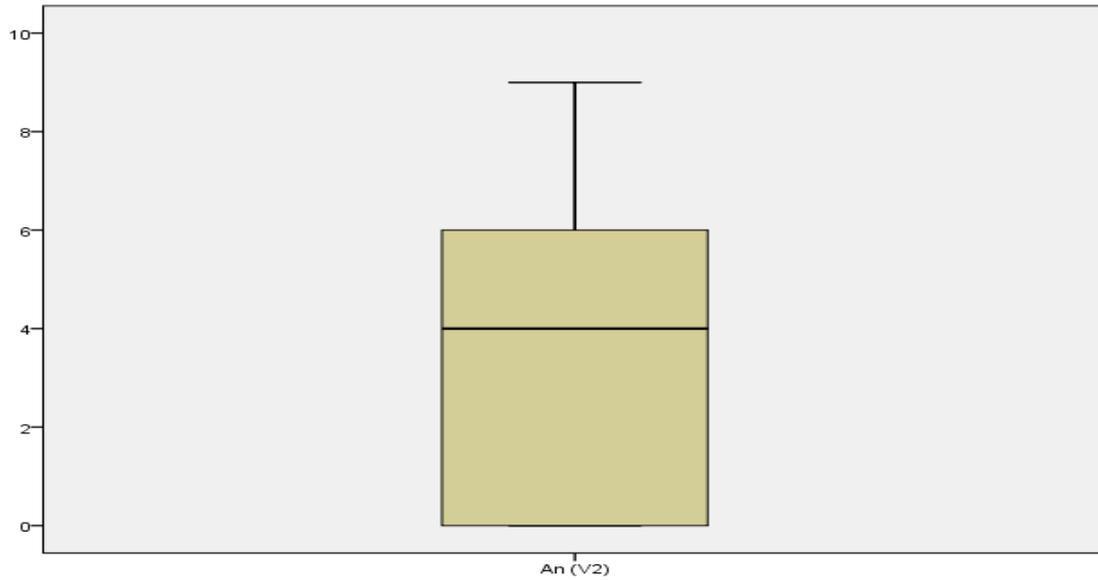
Gráfico N° 26: Gráfico box plot para el síntoma depresión.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la depresión fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron a la depresión con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Ansiedad:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

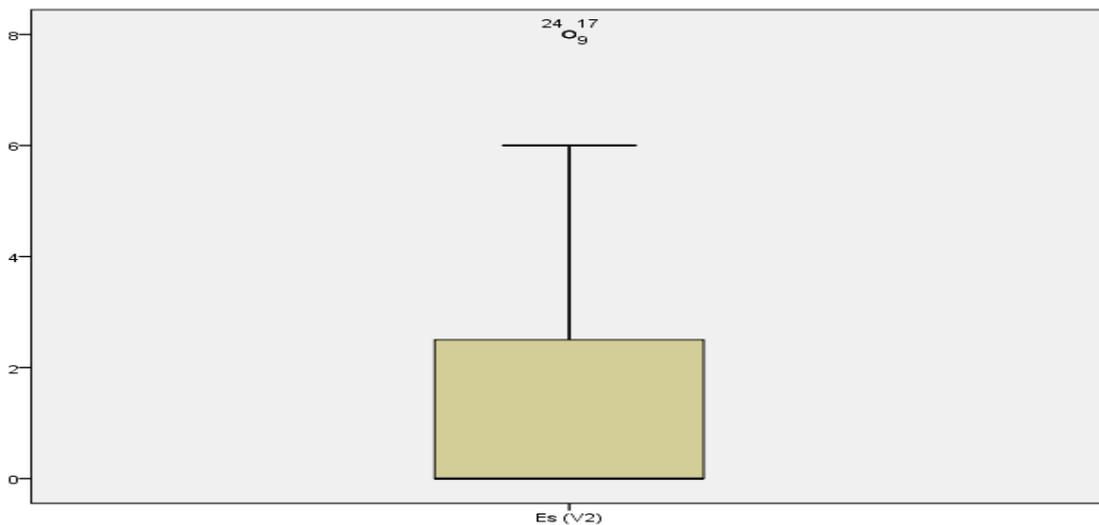
Gráfico N° 27 : Gráfico box plot para el síntoma ansiedad.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de ansiedad fue de 0 y 9 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron a la ansiedad con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 4 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 6 o un valor menor. Lo cual se puede decir que el 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Estreñimiento**: Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

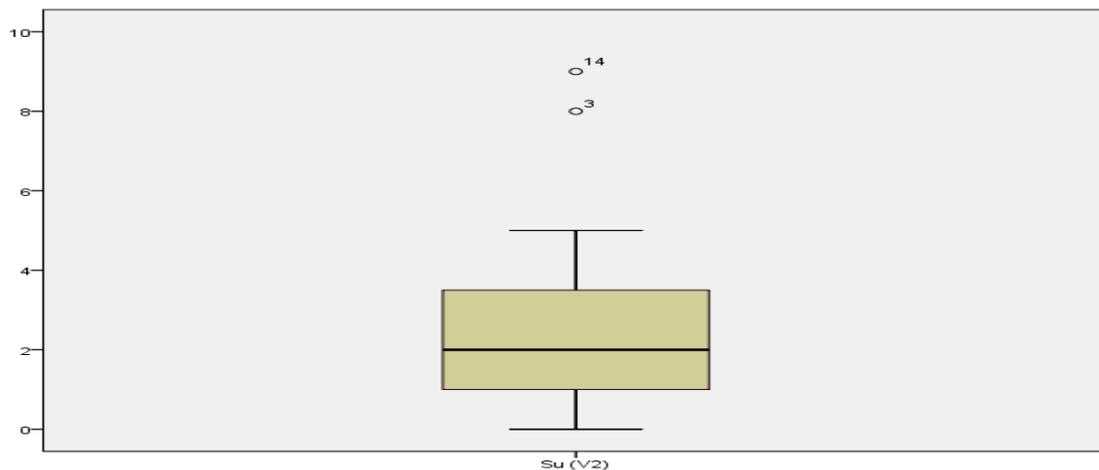
Gráfico N° 28: Gráfico box plot para el síntoma estreñimiento.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del estreñimiento fue de 0 y 8 respectivamente con la presencia de un valor extremo. El 25% y 50% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron al estreñimiento con un valor de 0; y el 75% de los pacientes calificaron al estreñimiento con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sueño:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

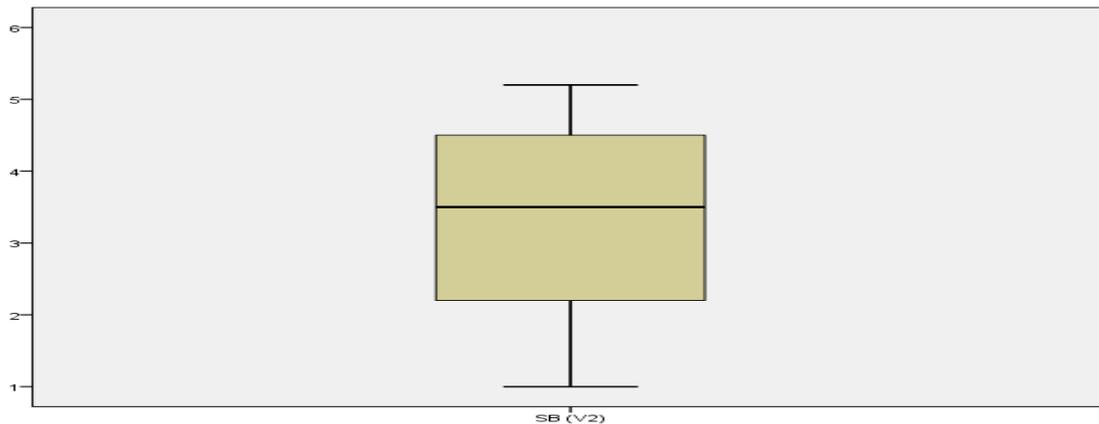
Gráfico N° 29: Gráfico box plot para el síntoma sueño.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del sueño fue de 0 y 9 respectivamente con 2 valores extremos. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron al sueño con un valor de 1 o menor; el 50% de los pacientes calificaron al sueño con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al sueño con un valor de 3 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sensación de bienestar** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 30: Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de sensación de bienestar fue de 1 y 6 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 2 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 3.5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron la sensación de bienestar con un valor de 4,5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

Tabla N°41. Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la tercera visita.

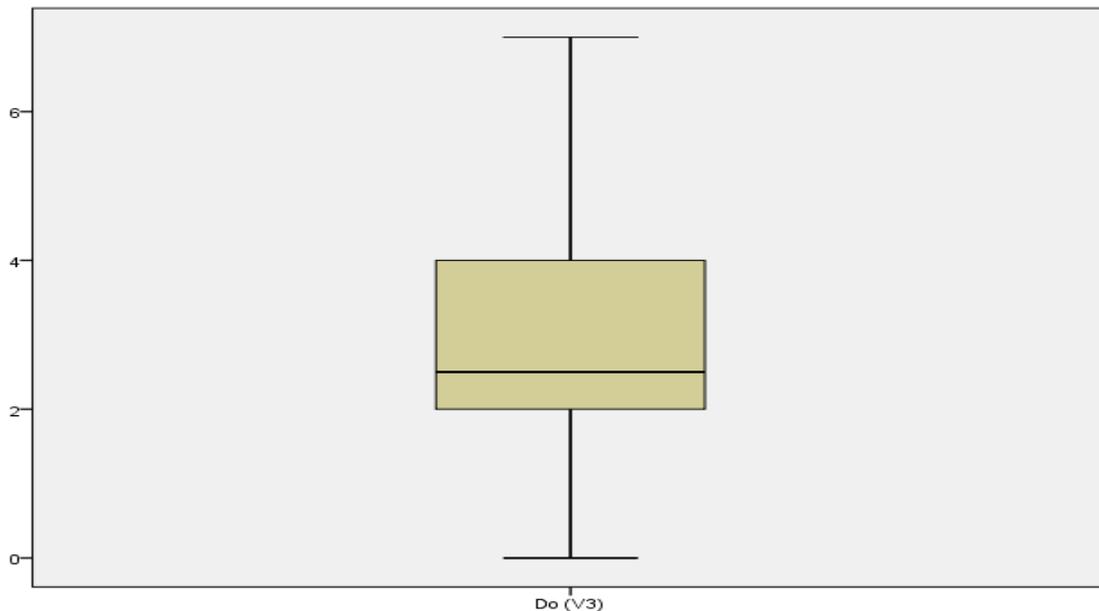
E.S.A.S VISITA N°3											
Medidas estadísticas descriptivas	D	AP	S	C	D	N	DE	AN	E	SU	SB
Media	2,72	7,06	4,39	3,78	2,22	0,78	1,67	3	1,28	2,56	2,94
Límite Inferior I. C 95%	1,72	5,83	2,58	2,39	0,79	-0,40	0,52	1,58	0,05	1,51	2,27
Límite Superior I. C 95%	3,73	8,28	6,20	5,17	3,65	1,95	2,81	4,42	2,51	3,60	3,61
Desvío estándar	2,024	2,461	3,632	2,798	2,881	2,365	2,301	2,849	2,469	2,093	1,34
Mediana	2,5	8	5,5	5	0	0	3	3	0	2	3
Mínimo	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Máximo	7	10	10	7	8	9	6	7	8	8	6
Rango	7	8	10	7	8	9	6	7	8	8	5
Asimetría	0,331	-0,498	-,154	-0,396	0,863	3,118	0,851	0,240	1,910	1,234	,346
Curtosis	-,190	-0,746	-1,668	-1,608	-,806	9,494	-1,098	1,544	2,630	1,496	-,390

Referencia: D= Dolor - AP = Apetito - S = Somnolencia - C= Cansancio - D = Disnea - N = Náuseas - DE = Depresión - AN = Ansiedad - E = estreñimiento - SU= Sueño - SB = Sensación de bienestar

La tabla N° 41 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la tercera visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 18 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la tercera visita.

- **Dolor:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

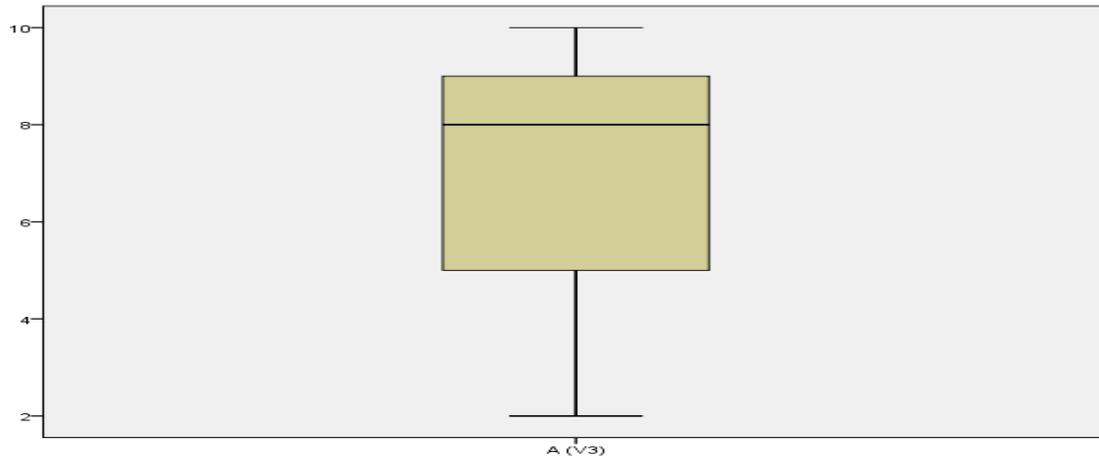
Gráfico N° 31: Gráfico box plot para el síntoma dolor.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron al dolor con un valor de 2 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 2,5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Apetito:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

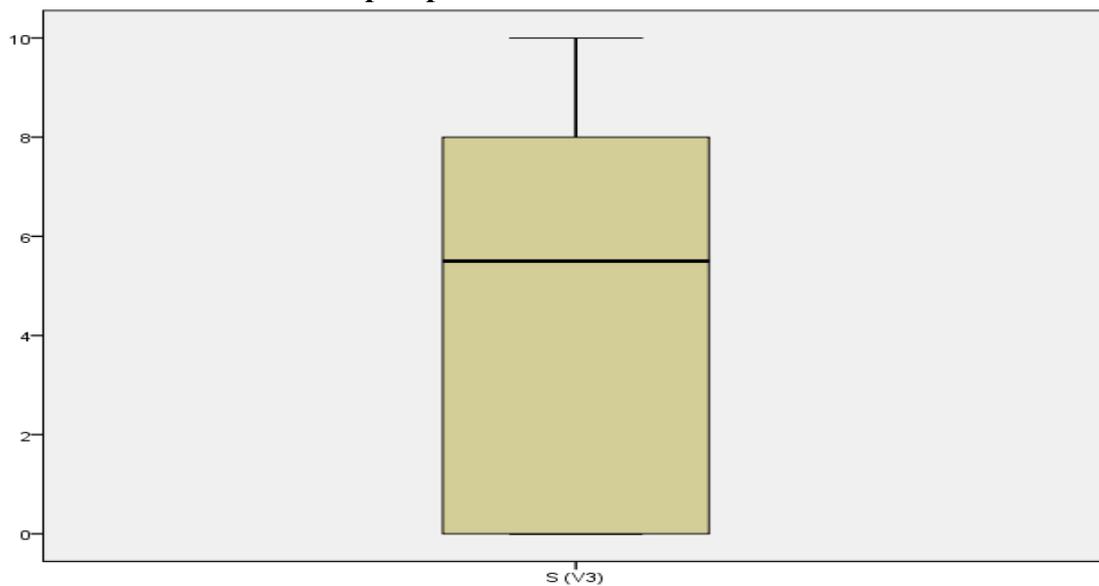
Gráfico N°32: Gráfico box plot para el síntoma apetito.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del apetito fue de 2 y 10 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron al apetito con un valor de 5 o un valor menor; y el 50% calificaron al apetito con un valor de 8 o menor; y el 75% de los pacientes calificaron al apetito con un valor de 9 o un valor menor. **Lo cual se puede decir que el 75% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.**

- **Somnolencia:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

Gráfico N° 33: Gráfico box plot para el síntoma somnolencia.

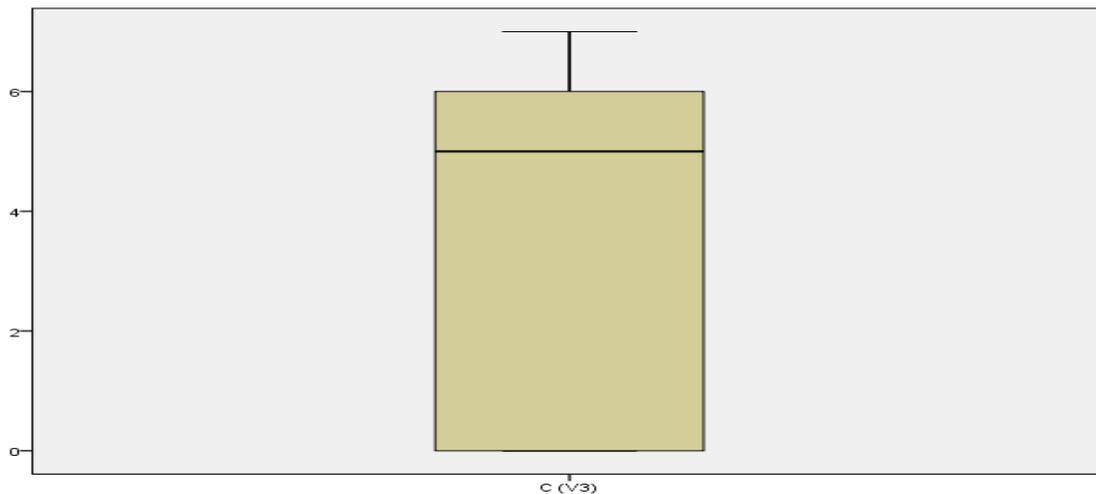


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la somnolencia fue de 0 y 10 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita

calificaron a la somnolencia con un valor igual a 0; el 50% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 5,5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 8 o un valor menor. **Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.**

- **Cansancio:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

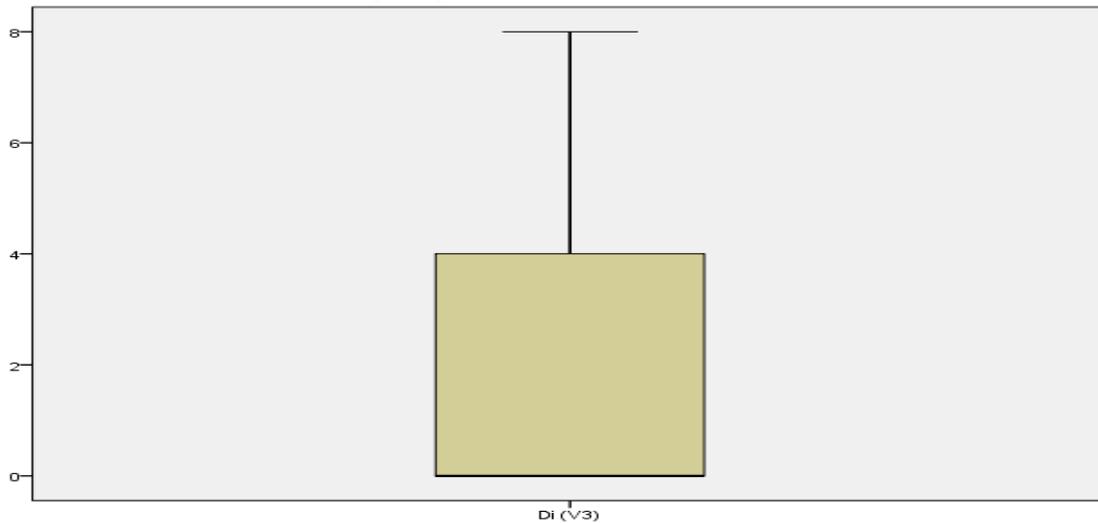
Gráfico N°34 : Gráfico box plot para el síntoma cansancio.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 78 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron al cansancio con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 6 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Disnea:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

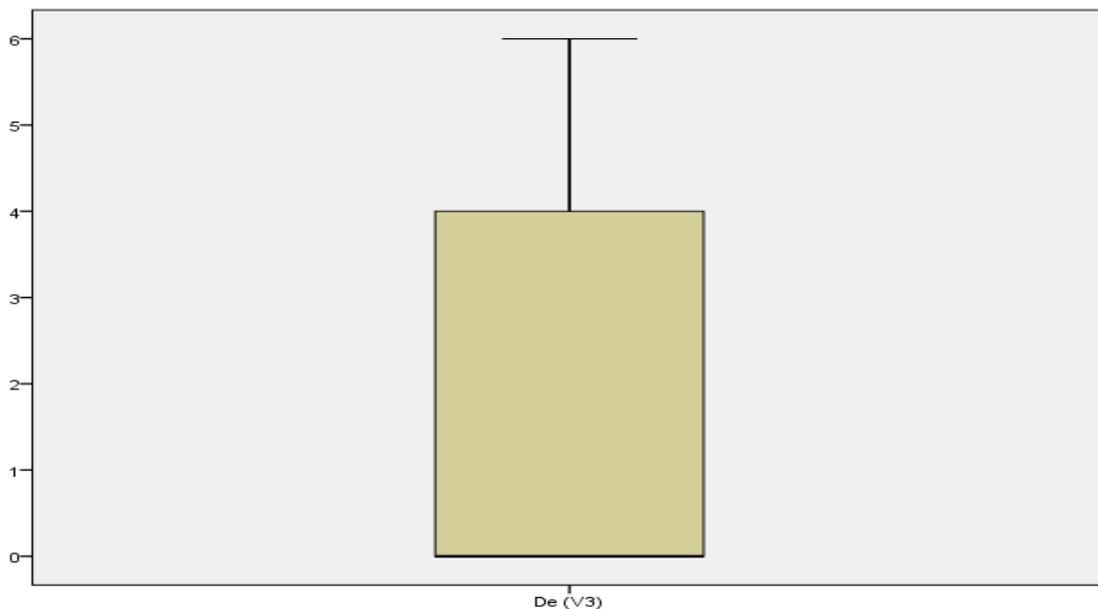
Gráfico N° 35 : Gráfico box plot para el síntoma disnea.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de disnea fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% y 50% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron a la disnea con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron a la disnea con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Depresión:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 36: Gráfico box plot para el síntoma depresión.

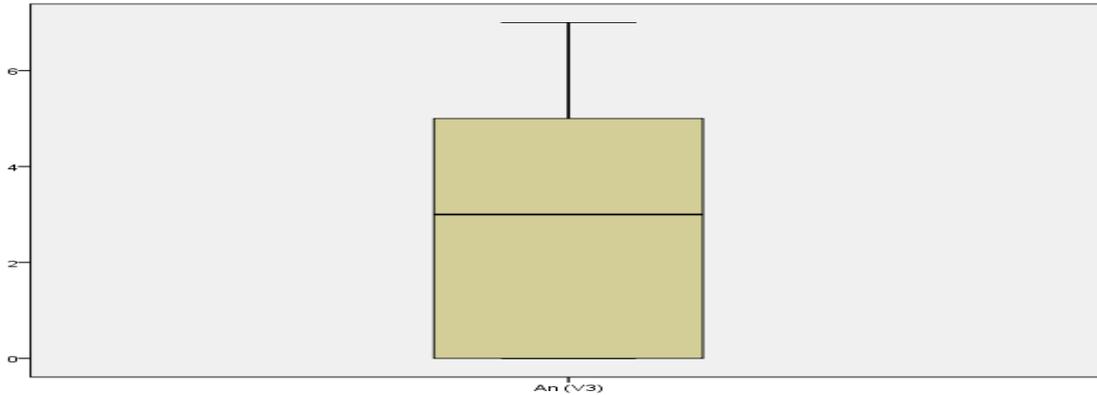


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la depresión fue de 0 y 6 respectivamente. El 25% y el 50% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron a la depresión con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron al

dolor con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Ansiedad:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

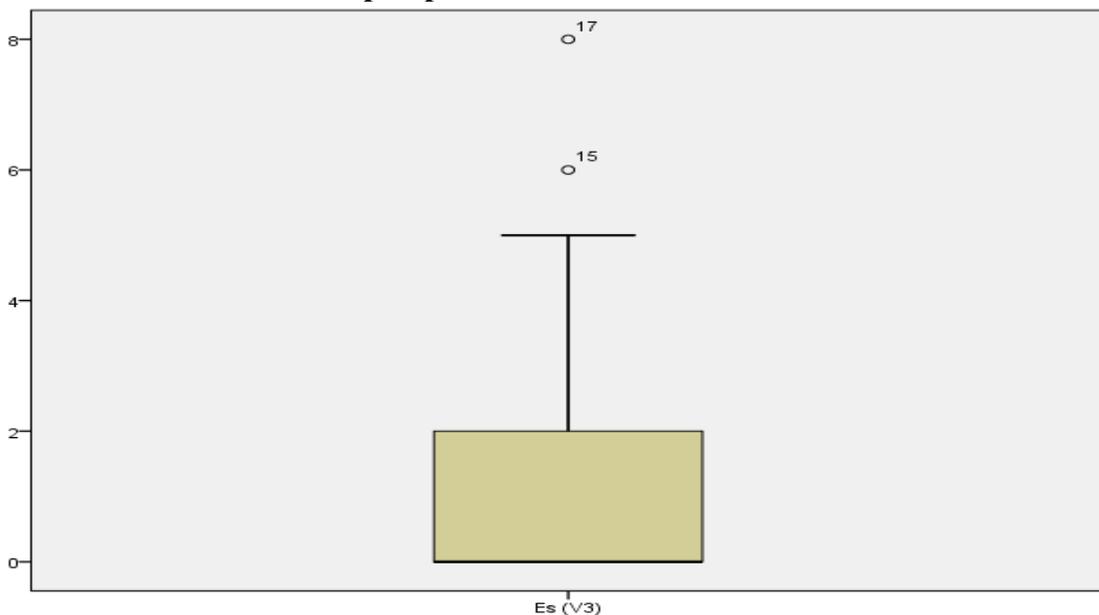
Gráfico N° 37 : Gráfico box plot para el síntoma ansiedad.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de ansiedad fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron a la ansiedad con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que mas del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Estreñimiento:** Señal de alerta un valor menor o igual a 5.

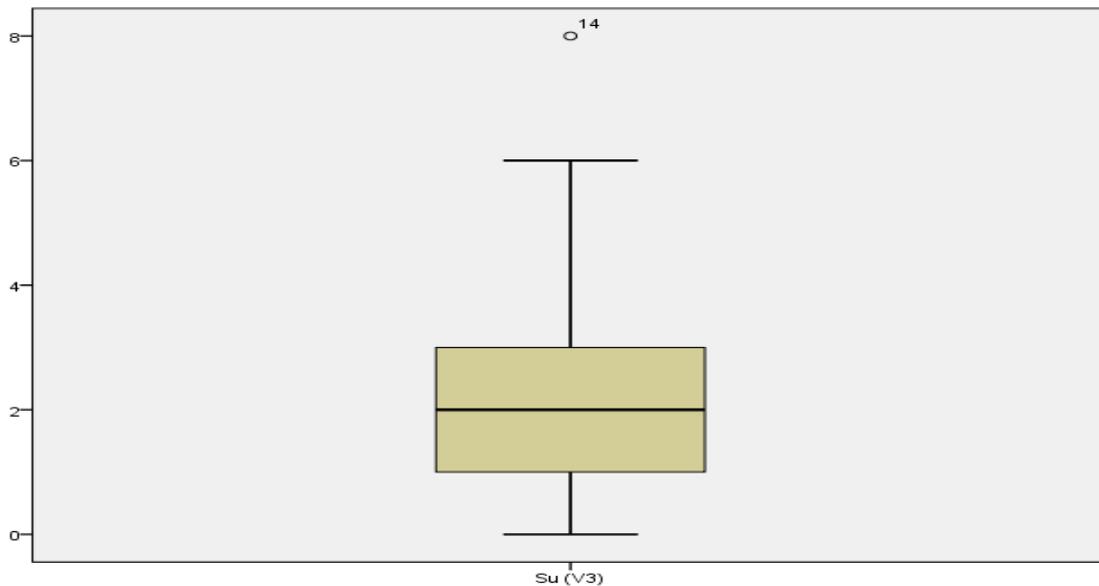
Gráfico N° 38: Gráfico box plot para el síntoma estreñimiento.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de estreñimiento fue de 0 y 8 respectivamente considerando que hay 2 valores extremos. El 25% y 50% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron al estreñimiento con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron al estreñimiento con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que mas del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sueño:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

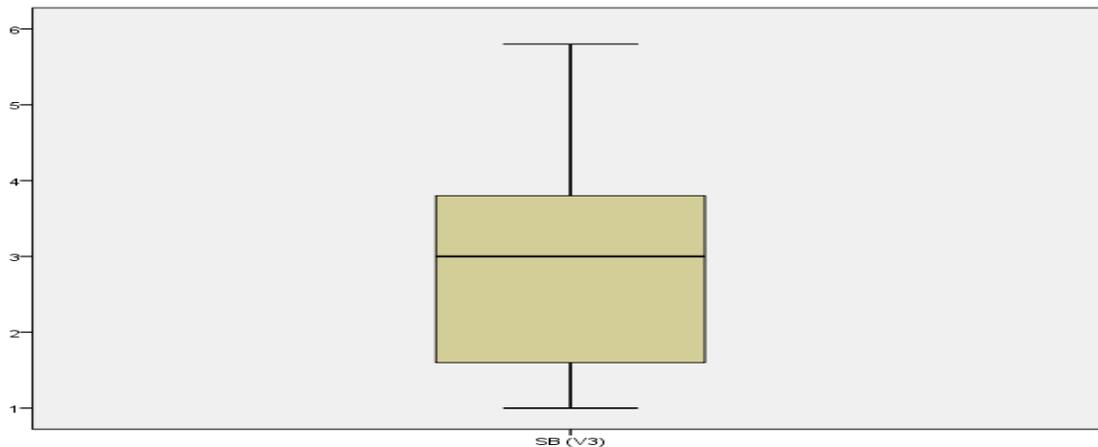
Gráfico N° 39 : Gráfico box plot para el síntoma sueño.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del sueño fue de 0 y 8 respectivamente considerando 1 solo valor extremo. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron al sueño con un valor de 1 o menor; el 50% de los pacientes calificaron al sueño con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al sueño con un valor de 3 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sensación de bienestar**

Gráfico N° 40 : Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de sensación de bienestar fue de 1 y 6 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 1,5 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

Tabla N° 42. Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la cuarta visita.

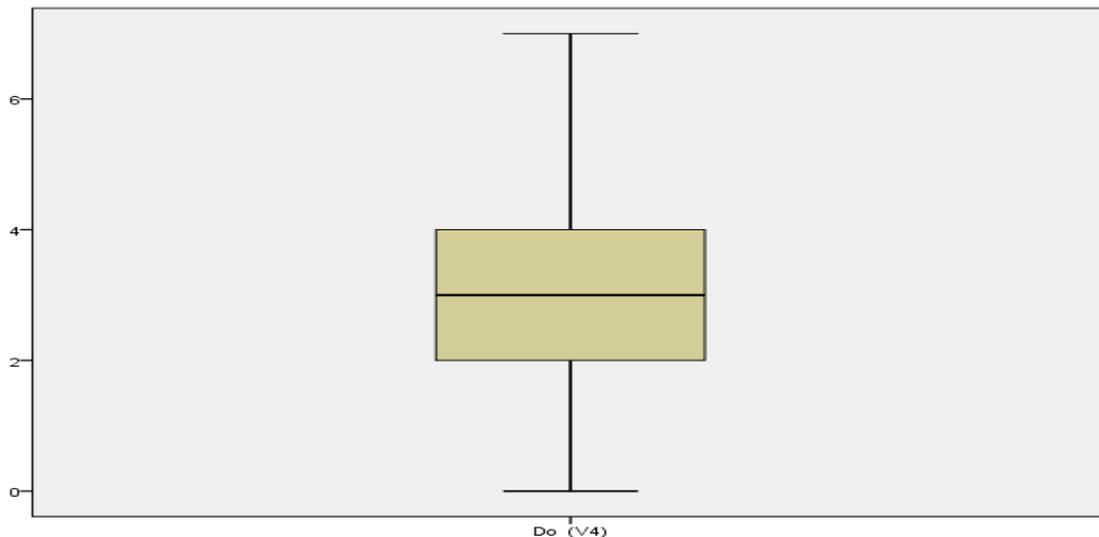
E.S.A.S VISITA N°4											
Medidas estadísticas descriptivas	D	Ap	S	C	D	N	DE	AN	E	SU	SB
Media	3	7,56	3,44	2,67	1,22	0,56	1	3	0,67	1,67	2,478
Límite Inferior I. C 95%	1,32	6,01	0,59	0,46	-0,57	-0,73	-0,33	0,86	-0,42	0,81	1,575
Límite Superior I. C 95%	4,68	8,28	6,30	4,87	3,02	1,84	2,33	5,14	1,75	2,53	3,38
Desvío estándar	2,179	2,007	3,712	2,872	2,333	1,667	1,732	2,784	1,414	1,118	1,1745
Mediana	3	8	2	2	0	0	0	3	0	1	2,5
Mínimo	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Máximo	7	10	8	7	7	5	5	7	4	4	5
Rango	7	6	8	7	7	5	5	7	4	3	4
Asimetría	0,19	-0,641	0,265	0,389	2,313	3,0	1,856	0,358	2,121	1,533	,684
Curtosis	,438	-0,045	-2,270	-1,772	5,626	9,0	3,286	-1,191	4,0	1,257	-,120

Referencia: D= Dolor - AP = Apetito - S = Somnolencia - C= Cansancio - D = Disnea - N = Náuseas - DE = Depresión - AN = Ansiedad - E = estreñimiento - SU= Sueño - SB = Sensación de bienestar

La tabla N°42 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la cuarta visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo para apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 9 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la cuarta visita.

- **Dolor:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

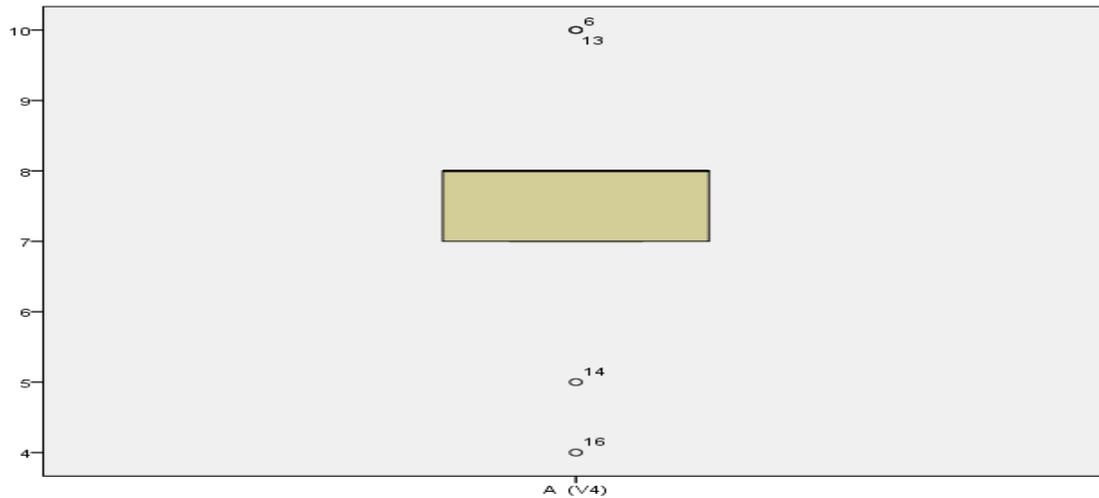
Gráfico N° 41: Gráfico box plot para el síntoma dolor.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron al dolor con un valor de 2 o menor; el 50% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Apetito:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

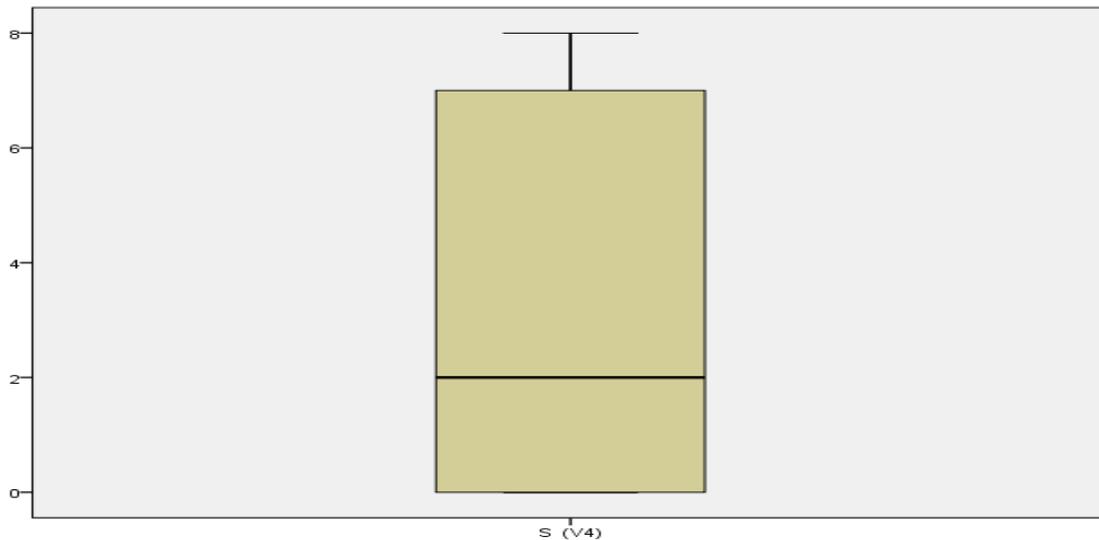
Gráfico N° 42: Gráfico box plot para el síntoma apetito.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del apetito fue de 4 y 10 respectivamente presentando valores extremos. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron al apetito con un valor de 7 o un valor menor; y el 50% y 75% de los pacientes calificaron al apetito con un valor de 8 o un valor menor. **Lo cual se puede decir que el 75% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.**

- **Somnolencia:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

Gráfico N° 43 : Gráfico box plot para el síntoma somnolencia.

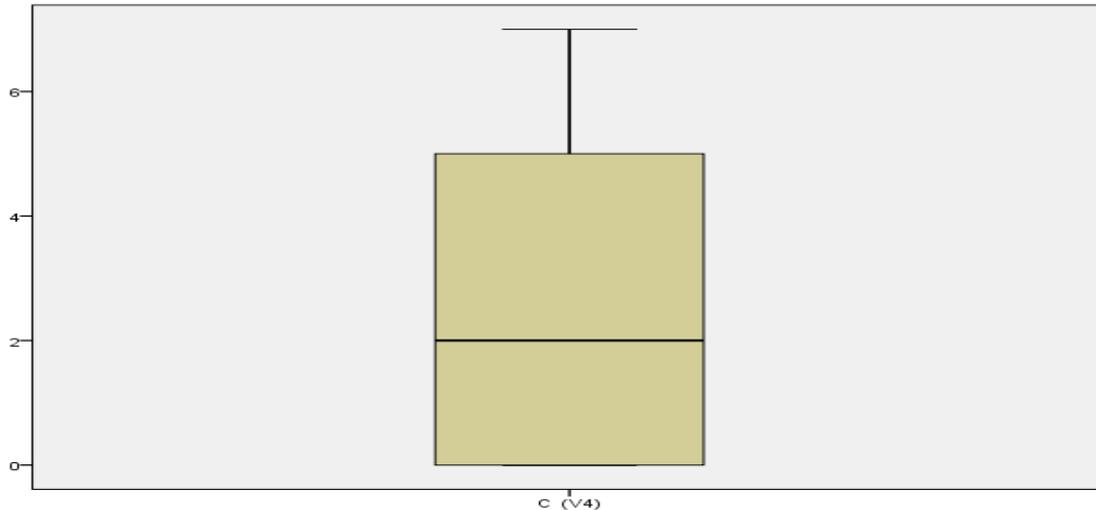


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la somnolencia fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita

calificaron a la somnolencia con un valor igual a 0; el 50% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 7 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Cansancio:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

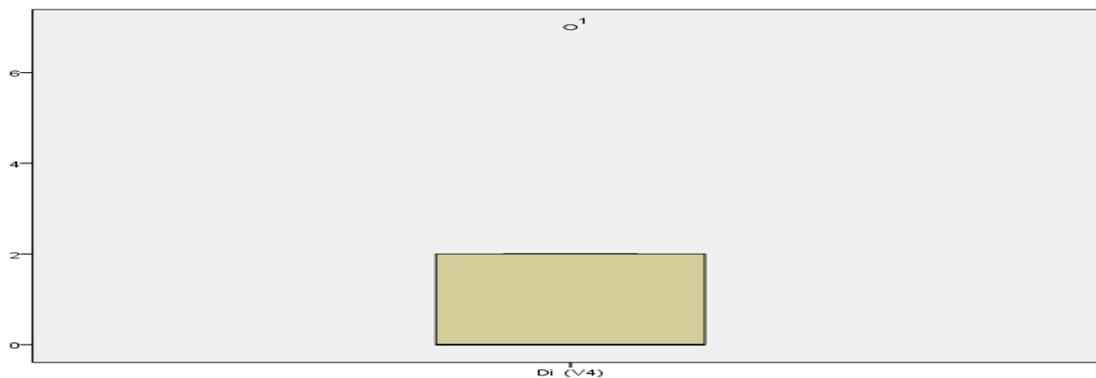
Gráfico N° 44: Gráfico box plot para el síntoma cansancio.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron al cansancio con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Disnea:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

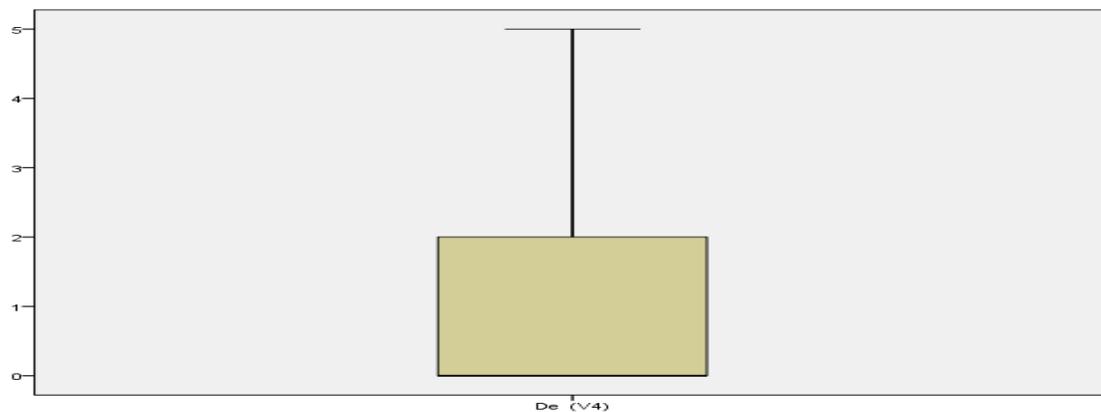
Gráfico N° 45 : Gráfico box plot para el síntoma disnea.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de disnea fue de 0 y 7 respectivamente presentando un valor extremo. El 25% y el 50% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron a la disnea con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron a la disnea con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Depresión:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

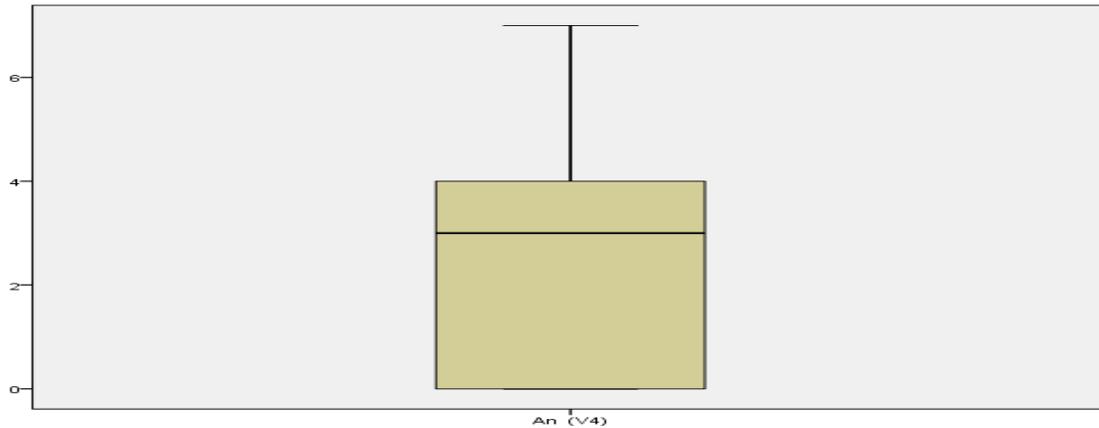
Gráfico N° 46 : Gráfico box plot para el síntoma depresión.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la depresión fue de 0 y 5 respectivamente. El 25% y 50% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron a la depresión con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron a la depresión con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Ansiedad:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

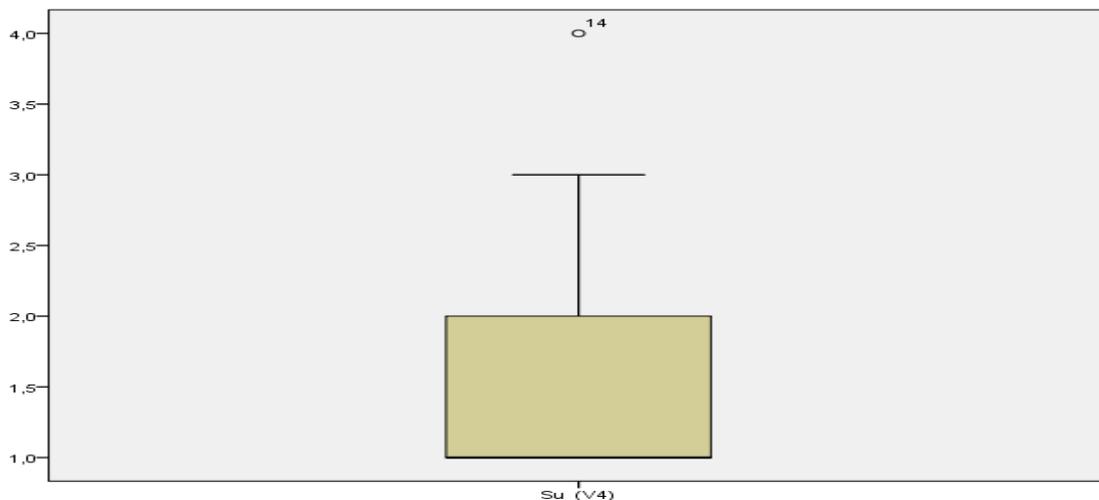
Gráfico N°47 : Gráfico box plot para el síntoma ansiedad.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de ansiedad fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron a la ansiedad con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sueño:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 48: Gráfico box plot para el síntoma sueño.

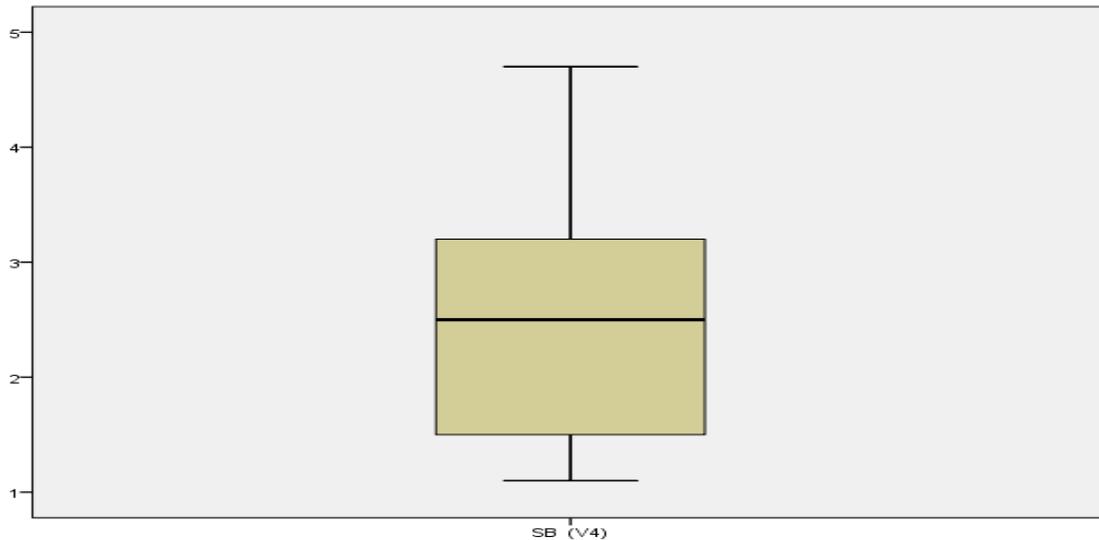


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del sueño fue de 1 y 4 respectivamente presentando un valor extremo. El 25% y 50% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron al sueño con un valor de 1 o menor; Y el 75% de

los pacientes calificaron al sueño con un valor de 3 o un valor menor. Lo cual se puede decir que los 9 pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sensación de bienestar**

Gráfico N° 49: Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de sensación de bienestar fue de 1 y 5 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 1,5 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 2.5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron la sensación de bienestar con un valor de 3,5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

Tabla N° 43. Medidas estadísticas descriptivas de las E.S.A.S en la quinta visita.

E.S.A.S VISITA N°5											
Medidas estadísticas descriptivas	D	AP	S	C	D	N	DE	AN	E	SU	SB
Media	3,22	7,56	3,22	3,44	1,33	0,56	1,22	3,22	0,67	1,56	2,6
Límite Inferior I. C 95%	1,65	6,01	0,46	1,04	-0,27	-0,73	0,02	1,39	-0,42	1,00	1,72

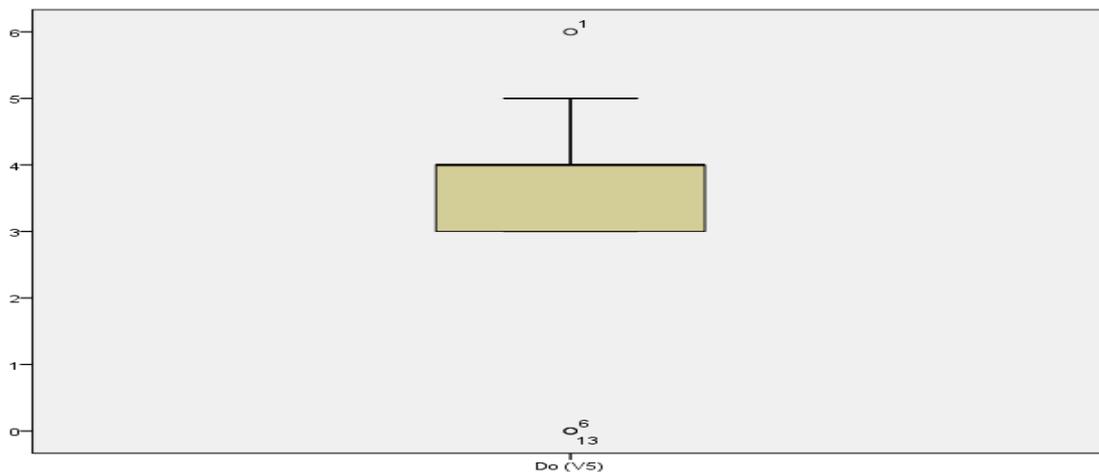
Límite Superior I. C 95%	4,80	9,10	5,99	5,85	2,87	1,84	2,42	5,06	1,75	2,11	3,48
Desvío estándar	2,048	2,007	3,598	3,127	2	1,667	1,563	2,386	1,414	0,726	1,14
Mediana	4	8	2	4	0	0	0	3	0	1	2,5
Mínimo	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Máximo	6	10	8	8	6	5	4	7	4	3	5
Rango	6	6	8	8	6	5	4	7	4	2	4
Asimetría	-,720	-0,641	0,472	0,162	1,821	3,0	0,793	0,089	2,121	1,014	,200
Curtosis	-,214	-0,045	-1,886	-1,602	3,643	9,0	-,922	-0,592	4,0	0,185	,966

Referencia: D= Dolor - AP = Apetito - S = Somnolencia - C= Cansancio - D = Disnea - N = Náuseas - DE = Depresión - AN = Ansiedad - E = estreñimiento - SU= Sueño - SB = Sensación de bienestar

La tabla N° 43 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la quinta visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo para apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 9 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la quinta visita.

- **Dolor:** Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

Gráfico N° 50: Gráfico box plot para el síntoma dolor.

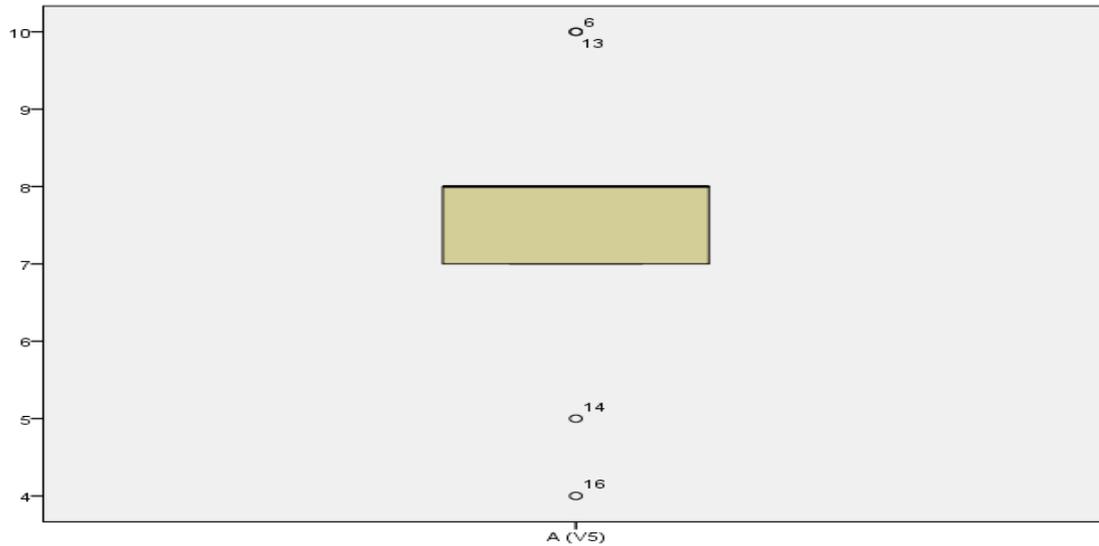


Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de dolor fue de 0 y 6 respectivamente presentando valores extremos. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron al dolor con un valor de 3 o menor; el 50% y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede

decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Apetito**: Señal de alerta un valor menor o igual que 5.

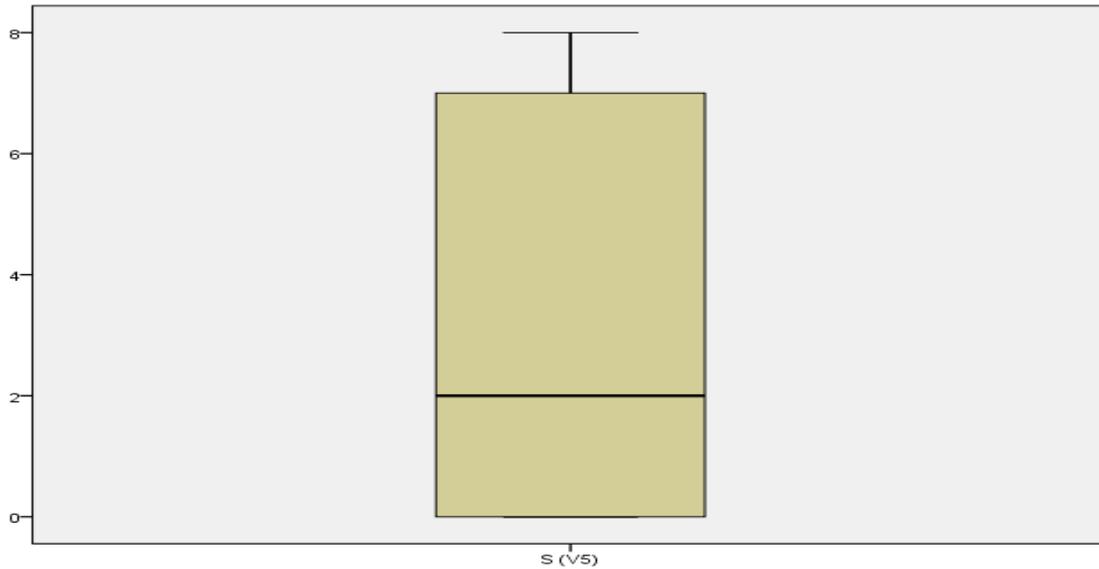
Gráfico N° 51: Gráfico box plot para el síntoma apetito.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del apetito fue de 4 y 10 respectivamente presentando valores extremos. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron al apetito con un valor de 7 o un valor menor; y el 50% y 75% de los pacientes calificaron al apetito con un valor de 8 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Somnolencia**: Señal de alerta un valor mayor o igual que 5.

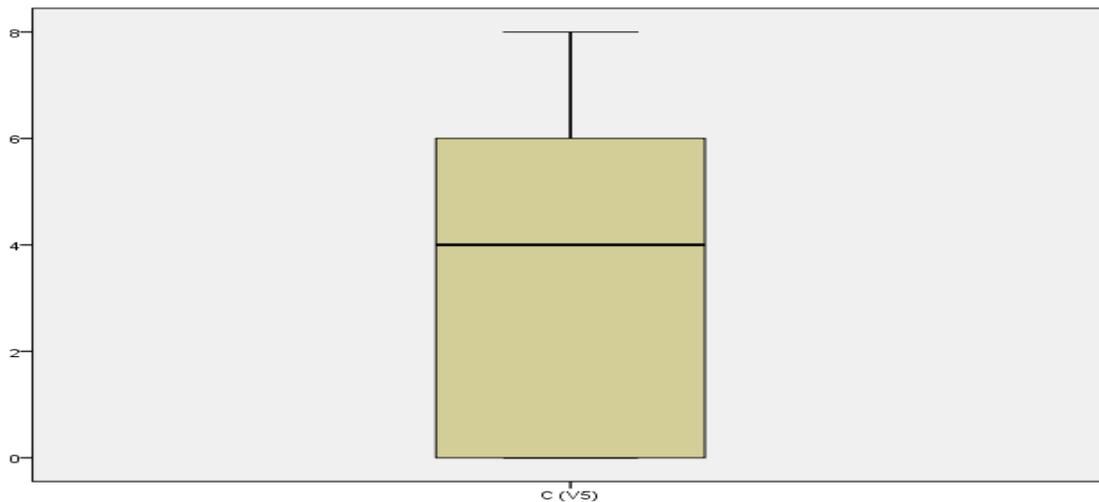
Gráfico N° 52: Gráfico box plot para el síntoma somnolencia.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la somnolencia fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron a la somnolencia con un valor igual a 0; el 50% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 2 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la somnolencia con un valor de 7 o un valor menor. **Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.**

- **Cansancio:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

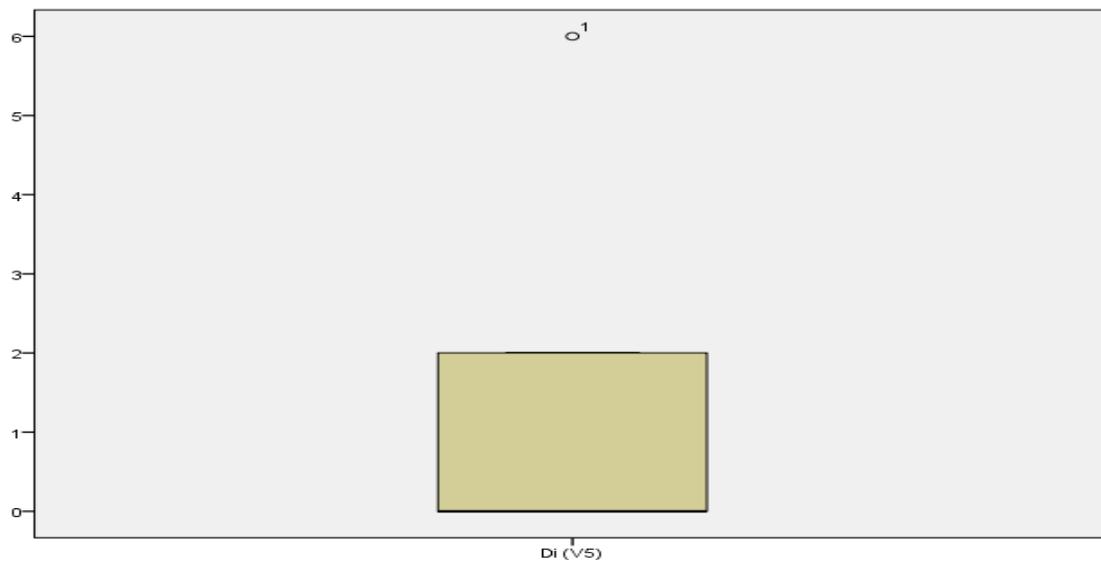
Gráfico N° 53: Gráfico box plot para el síntoma cansancio.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de cansancio fue de 0 y 8 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron al cansancio con un valor de 0; el 50% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 4 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al cansancio con un valor de 6 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 50% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma

- **Disnea:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5

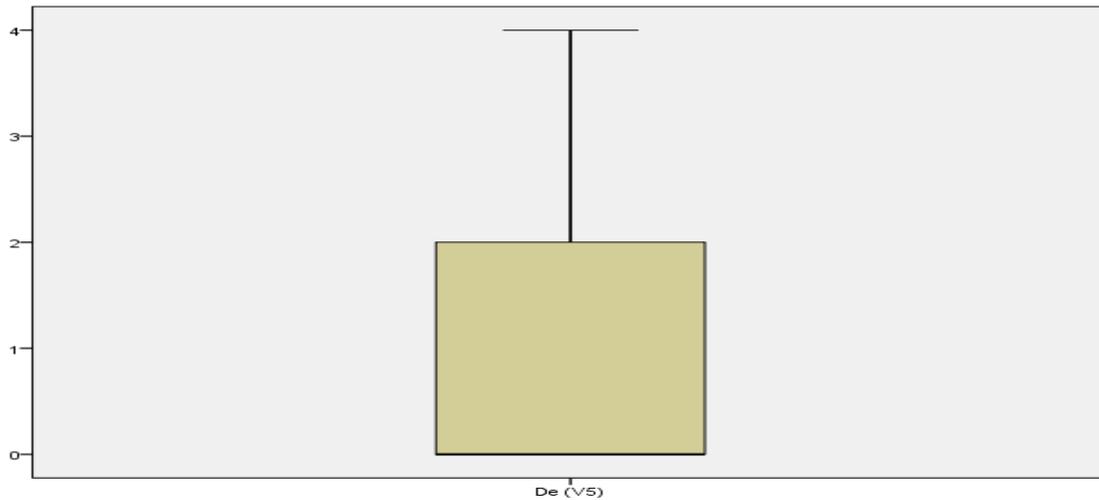
Gráfico N° 54 : Gráfico box plot para el síntoma disnea.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de disnea fue de 0 y 6 respectivamente presentando valores extremos. El 25% y el 50% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron a la disnea con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron a la disnea con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Depresión:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

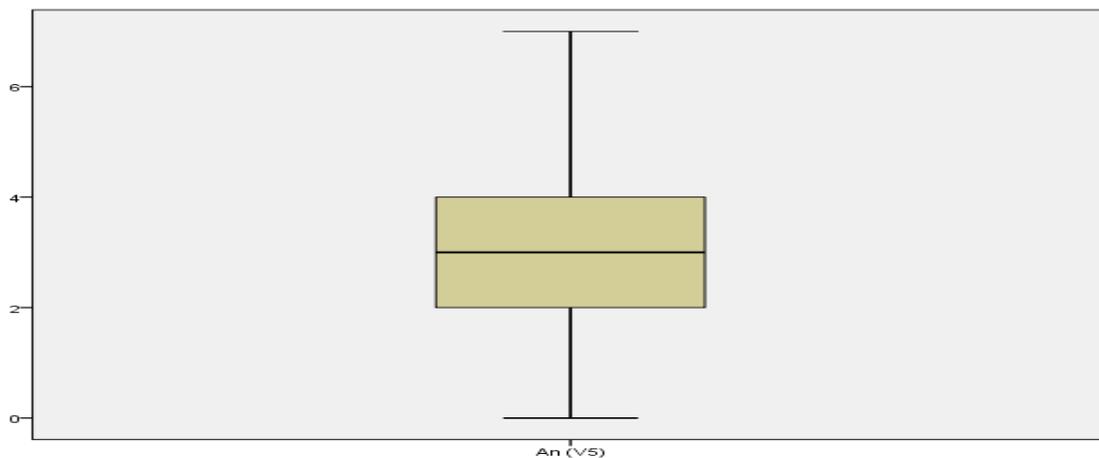
Gráfico N° 55 : Gráfico box plot para el síntoma depresión.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de la depresión fue de 0 y 4 respectivamente. El 25% y el 50% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron a la depresión con un valor de 0; Y el 75% de los pacientes calificaron a la depresión con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que los 9 pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Ansiedad:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 56: Gráfico box plot para el síntoma ansiedad.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de ansiedad fue de 0 y 7 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron a la ansiedad con un valor de 2 o menor; el 50% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 3 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron a la ansiedad con un valor de 4 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los

pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sueño:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 57 : Gráfico box plot para el síntoma sueño.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma del sueño fue de 1 y 3 respectivamente. El 25% y 50% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron al sueño con un valor de 1 o menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al sueño con un valor de 2 o un valor menor. Lo cual se puede decir que los 9 pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

- **Sensación de bienestar:** Señal de alerta un valor mayor o igual a 5.

Gráfico N° 58: Gráfico box plot para el síntoma sensación de bienestar.



Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el síntoma de sensación de bienestar fue de 1 y 5 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 1,5 o un valor menor; el 50% de los pacientes calificaron a la sensación de bienestar con un valor de 2.5 o un valor menor; Y el 75% de los pacientes calificaron al dolor con un valor de 3,5 o un valor menor. Lo cual se puede decir que más del 75% de los pacientes analizados en dicha visita, no presentaron señal de alerta para la severidad de dicho síntoma.

10.5. Test de Friedman

Este test se utiliza cuando se quiere probar si k muestras relacionadas sometidas a distintos tratamientos, muestran diferencias significativas.

H₀) Las medias de los puntajes dados a los síntomas son iguales en las distintas visitas.

H₁) Al menos una de las medias de los puntajes dados a los síntomas difiere en las distintas visitas.

Tabla No 44. Medias de los síntomas en las 5 visitas.

Síntoma	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5
Dolor	3,47	3,26	2,72	3	3,22
Apetito	7,03	7,04	7,06	7,56	7,56
Somnolencia	3,43	4,39	4,39	3,44	3,22
Cansancio	3,8	3,35	3,78	2,67	3,44
Disnea	2,73	2,52	2,22	1,22	1,33
Nauseas	1,53	1,61	0,78	0,56	0,56
Depresion	3,13	2,57	1,67	1	1,22
Angustia	3,97	3,74	3	3	3,22
Estreñimiento	1,6	1,78	1,28	0,67	0,67
Sueño	3,9	2,65	2,56	1,67	1,56
Sensacionde bienestar	3,46	3,29	2,94	2,48	2,6
Barthel	37,83	35,43	26,94	44,44	37,78
karnofsky	51	46,09	39,44	50	46,67

Tabla No 45. Asignación de rangos para aplicar el test de friedman.

Síntoma	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5
Dolor	5	4	1	2	3
Apetito	1	2	3	4,5	4,5
Somnolencia	2	4,5	4,5	3	1
Cansancio	5	2	4	1	3
Disnea	5	4	3	1	2
Nauseas	4	5	3	1,5	1,5
Depresion	5	4	3	1	2
Angustia	5	4	1,5	1,5	3
Estreñimiento	4	5	3	1,5	1,5
Sueño	5	4	3	2	1
Sensacionde bienestar	5	4	3	1	2
Barthel	4	2	1	5	3
karnofsky	5	2	1	4	3
Total	55	46,5	34	29	30,5
Total al cuadrado	3025	2162,25	1156	841	930,25

Estadística:

$$FR = 15.677$$

Regla de decisión:

$$\text{Rechazo la } H_0 \text{ si el valor de } FR \geq \chi^2_{4, 0.95}$$

Valor de tabla de $\chi^2_{4, 0.95} = 9.488$

Como 15.677 es mayor que 9.488; entonces rechazo la H_0 .

Con un nivel de significación del 5% se puede inferir que al menos una de las medias de los puntajes dados a los síntomas difiere en las distintas visitas.

Como rechazo la H_0 del test de friedman, aplico comparaciones múltiples para ver entre cuales visitas hay diferencias.

Test de Comparaciones múltiples

Se deben realizar $\binom{5}{2} = 10$ diferencias $|R_u - R_v|$ donde $u < v$

Regla de decisión: si $|R_u - R_v| \geq (q_{0.05,5} * 5.7)$ rechazo la H_0

$$(q_{0.05,5} * 5.7) = 3.858 * 5.7 = 21.99$$

$$|R_1-R_2|= 8.5 < 21.99$$

$$|R_1-R_3|=21 < 21.99$$

$$|R_1-R_4|=26 > 21.99$$

$$|R_1-R_5|=24.5 > 21.99$$

$$|R_2-R_3|=12.5 < 21.99$$

$$|R_2-R_4|=17.5 < 21.99$$

$$|R_2-R_5|=16 < 21.99$$

$$|R_3-R_4|=5 < 21.99$$

$$|R_3-R_5|=3.5 < 21.99$$

$$|R_4-R_5|=1.5 < 21.99$$

Las diferencias de los puntajes medio dados para los síntomas difieren en la visita 1 y la 4 y en la visita 1 y la 5.

10.6. Vía de alimentación

Tabla N° 46. Via de Alimentación – Visita 1

Alimentación	Cantidad	Proporción válida	Proporción válida Acumulada
Oral	26	0,87	0,87
Enteral	0	0	0,87
Parenteral	1	0,03	0,90
Ninguna	3	0,10	1
Total	30	1	

Tabla N° 47: Via de Alimentación – Visita 2

Alimentación	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
Oral	15	0,50	0,66	0,66
Enteral	0	0	0	0,66
Parenteral	1	0,03	0,04	0,70
Ninguna	7	0,24	0,30	1
Sub-Total	23	0,77	1	

Datos perdidos	7	0,23		
Total	30	1		

Tabla N° 48: Via de Alimentación – Visita 3

Alimentación	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
Oral	12	0,40	0,67	0,67
Enteral	0	0	0	0,67
Parenteral	1	0,03	0,06	0,73
Ninguna	5	0,17	0,27	1
Sub-Total	18	0,60	1	
Datos perdidos	12	0,40		
Total	30	1		

Tabla N° 49: Via de Alimentación – Visita 4

Alimentación	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
Oral	8	0,27	0,89	0,89
Enteral	0	0	0	0,89
Parenteral	0	0	0	0,89
Ninguna	1	0,03	0,11	1
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 50: Via de Alimentación – Visita 5

Alimentación	Cantidad	Proporción	Proporción válido	Proporción válido Acumulada
Oral	7	0,23	0,78	0,78
Enteral	0	0	0	0,78
Parenteral	0	0	0	0,78
Ninguna	2	0,07	0,22	1
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		

Total	30	1		
--------------	----	---	--	--

La Alimentación por vía Oral fue la dominante en las 5 Visitas, ya que ellas representaron el: 0,87 ; 0,66; 0,67; 0,89 y 0,78, superando ampliamente las otras formas de Alimentación

10.7.Vía de administracion de medicamentos

Tabla N° 51. Via de Administración de Medicamentos – Visita 1

Medicamentos	Cantidad	Proporción Válida	Proporción válida Acumulada
Oral	15	0,50	0,50
Parenteral	4	0,13	0,63
Subcutáneo	9	0,30	0,93
Transdérmico	0	0	0,93
Subcutáneo + Transdérmico	0	0	0,93
Oral + Transdérmico	2	0,07	1
Total	30	1	

Tabla N° 52: Via de Administración de Medicamentos – Visita 2

Medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción válida Acumulada
Oral	11	0,37	0,48	0,48
Parenteral	3	0,10	0,13	0,61
Subcutáneo	6	0,20	0,26	0,87
Transdérmico	0	0	0	0,87
Subcutáneo + Transdérmico	1	0,03	0,04	0,91
Oral + Transdérmico	2	0,07	0,09	1
Sub-Total	23	0,77	1	
Datos perdidos	7	0,23		
Total	30	1		

Durante las dos primeras visitas a casi la mitad de los pacientes se le suministraban los Medicamentos por vía Oral sin embargo la tendencia fue a tener analgesia por vía subcutánea mayoritariamente y por vía parenteral siendo más utilizada la vía subcutánea con adecuado control del dolor

Tabla N° 53: Vía de Administración de Medicamentos – Visita 3

Medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción válida Acumulada
Oral	8	0,26	0,44	0,44
Parenteral	2	0,07	0,11	0,55
Subcutáneo	6	0,20	0,34	0,89
Transdérmico	0	0	0	0,89
Subcutáneo + Transdérmico	2	0,07	0,11	1
Oral + Transdérmico	0	0	0	
Sub-Total	18	0,60	1	
Datos perdidos	12	0,40		
Total	30	1		

Tabla N° 54: Vía de Administración de Medicamentos – Visita 4

Medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción válida Acumulada
Oral	6	0,21	0,67	0,67
Parenteral	1	0,03	0,11	0,78
Subcutáneo	1	0,03	0,11	0,89
Transdérmico	0	0	0	0,89
Subcutáneo + Transdérmico	1	0,03	0,11	1
Oral + Transdérmico	0	0	0	
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 55. Via de Administración de Medicamentos – Visita 5

Medicamentos	Cantida d	Proporció n	Proporción Válidos	Proporción válida Acumulada
Oral	5	0,17	0,56	0,56
Parenteral	1	0,03	0,11	0,67
Subcutáneo	2	0,7	0,22	0,89
Transdérmico	0	0	0	0,89
Subcutáneo + Transdérmico	1	0,03	0,11	1
Oral + Transdérmico	0	0	0	
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

En la visita No 3 se observa un mayor uso de la vía subcutánea sobre la vía oral con adecuado control del dolor y los síntomas. En las dos últimas Visitas la administración Vía Oral nuevamente aumentó sobre la vía subcutánea y parenteral, asociado a que varios pacientes fallecieron y los que permanecían presentaban adecuadas condiciones de funcionalidad y en algunos casos la tolerancia a la vía oral mejoró logrando control de los síntomas.

10.8. Vía de hidratación

Tabla N° 56: Vía de Administración de Hidratación – Visita 1

Hidratación	Cantidad	Proporción válida	Proporción válida Acumulada
Oral	22	0,74	0,74
Parenteral	1	0,03	0,77
Subcutáneo	6	0,20	0,97
Ninguno	1	0,03	1
Total	30	1	

Tabla N° 57. Via de Administración de Hidratación – Visita 2

Hidratación	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulada
Oral	14	0,47	0,61	0,61
Parenteral	0	0	0	0,61
Subcutáneo	9	0,30	0,39	1
Ninguno	0	0	0	
Sub-Total	23	0,77	1	
Datos perdidos	7	0,23		
Total	30	1		

Tabla N° 58. Via de Administración de Hidratación – Visita 3

Hidratación	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulada
Oral	10	0,34	0,55	0,55
Parenteral	1	0,03	0,06	0,61
Subcutáneo	6	0,20	0,33	0,94
Ninguno	1	0,03	0,06	1
Sub-Total	18	0,60	1	
Datos perdidos	12	0,40		
Total	30	1		

Tabla N° 59. Via de Administración de Hidratación – Visita 4

Hidratación	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulada
Oral	6	0,20	0,67	0,67
Parenteral	2	0,07	0,22	0,89
Subcutáneo	1	0,03	0,11	1
Ninguno	0	0	0	
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 60. Via de Administración de Hidratación – Visita 5

Hidratación	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulada
Oral	6	0,20	0,67	0,67
Parenteral	1	0,03	0,11	0,78
Subcutáneo	2	0,07	0,22	1
Ninguno	0	0	0	
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

10.9 Uso de oxígeno

Tabla N° 61. Administración de Oxígeno – Visita 1

Oxígeno	Cantidad	Proporción válidos	Proporción válidos Acumulado
Si	18	0,60	0,60
No	12	0,40	1
Total	30	1	

Tabla N° 62. Administración de Oxígeno – Visita 2

Oxígeno	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulados
Si	10	0,33	0,43	0,43
No	13	0,43	0,57	1
Sub-Total	23	0,77	1	
Datos perdidos	7	0,23		
Total	30	1		

Tabla N° 63. Administración de Oxígeno – Visita 3

Oxígeno	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulados
Si	10	0,33	0,56	0,56
No	8	0,27	0,44	1
Sub-Total	18	0,60	1	
Datos perdidos	12	0,40		
Total	30	1		

Tabla N° 64. Administración de Oxígeno – Visita 4

Oxígeno	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulados
Si	5	0,17	0,56	0,56
No	4	0,13	0,44	1
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

Tabla N° 65. Administración de Oxígeno – Visita 5

Oxígeno	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos	Proporción Válidos Acumulados
Si	4	0,13	0,44	0,44
No	5	0,17	0,56	1
Sub-Total	9	0,30	1	
Datos perdidos	21	0,70		
Total	30	1		

10. 10. Analgésicos opioides

Tabla N°66. Medicación opioide – 1° visita

Opioide	Cantidad	Proporción
Buprenorfina	2	0,07
Fentanyl td	3	0,10
Hidrocodona	3	0,10
Hidromorfona	8	0,27
Metadona	1	0,03
Morfina	7	0,23
Tramadol	1	0,03
No se administra	5	0,17
Total	30	1

Tabla N° 67. Medicación opioide – 2° visita

Opioide	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos
Fentanyl td	3	0,1	0,13
Hidrocodona	3	0,1	0,13
Hidromorfona	6	0,2	0,26
Metadona	2	0,07	0,09
Morfina	4	0,14	0,17
Tramadol	1	0,03	0,04
No se administra	4	0,14	0,17
Sub -Total	23	0,77	1
Datos perdidos	7	0,23	
Total	30	1	

Tabla N.º 68. Medicación opioide – 3º visita

Opioide	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos
Fentanyl td	3	0,1	0,17
Hidrocodona	2	0,07	0,12
Hidromorfona	5	0,17	0,27
Metadona	2	0,07	0,12
Morfina	3	0,1	0,17
No se administra	3	0,1	0,17
Sub -Total	18	0,60	1,00
Datos perdidos	12	0,40	
Total	30	1,00	

Tabla No 69: Medicación opioide – 4º visita

Opioide	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos
Fentanyl td	1	0,03	0,11
Hidrocodona	2	0,07	0,22
Hidromorfona	3	0,1	0,33
Metadona	2	0,07	0,22
Morfina	1	0,03	0,11
Sub -Total	9	0,30	1,00
Datos perdidos	21	0,70	
Total	30	1,00	

Tabla No 70. Medicación opioide – 5º visita

Opioide	Cantidad	Proporción	Proporción Válidos
Fentanyl td,	1	0,03	0,11
Hidrocodona	2	0,07	0,22
Hidromorfona	3	0,1	0,33
Metadona	2	0,07	0,22
Morfina	1	0,03	0,11
Sub -Total	9	0,30	1,00
Datos perdidos	21	0,70	
Total	30	1	

10.11.Otros medicamentos

Tabla N° 71. Otros medicamentos 1° Visita

Otros medicamentos	Cantidad	Proporción válidos
Acetaminofén	2	0,07
Acetaminofén, asa, esomeprazol	1	0,03
Acetaminofén, dexametasona, lacosamida	1	0,03
Acetaminofén, gabapentina	1	0,03
Acetaminofén, lorazepam	1	0,03
Acetaminofén, Pregabalina	2	0,07
Alprazolam	1	0,03
Alprazolam, sertralina	1	0,03
Amitriptilina	1	0,03
Clonazepam-gabapentina-esomeprazol-metoclopramida-bisacodilo-hioscina-trazodona	1	0,03
Clonazepam, hioscina, ondansetron, omeprazol	1	0,03
Clonazepam, omeprazol	1	0,03
Clonazepam	1	0,03
Dexametasona, haloperidol, dipirona	1	0,03
Furosemida	1	0,03
Hioscina, dexametasona	1	0,03
Hioscina, ac de megestrol, enterex	1	0,03
Levetiracetam, bevacizumab, dexametasona, esomeprazol	1	0,03
Levetiracetam, dexametasona, pregabalina	1	0,03
Midazolam	1	0,03
Midazolam, omeprazol, pregabalina	1	0,03
Ondansetron, hioscina	1	0,03
oxcarbamazepina	1	0,03
NO SE ADMINISTRAN OTROS MEDICAMENTOS	5	0,17
TOTAL		1,00

Tabla N° 72. Otros medicamentos 2° Visita

Otros medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción válidos
Acetaminofén	1	0,03	0,05
Acetaminofén, asa, esomeprazol, atorvastatina	1	0,03	0,05
Acetaminofén, dexametasona, lacosamida	1	0,03	0,05
Acetaminofén, gabapentina	1	0,03	0,05
acetaminofén, Lorazepam	1	0,03	0,05
Acetaminofén, Pregabalina	1	0,03	0,05
Acetaminofén, ranitidina	1	0,03	0,05
Amitriptilina	1	0,03	0,05
Clonazepam, gabapentina, esomeprazol, metoclopramida, bisacodilo, hioscina, trazodona	1	0,03	0,05
Clonazepam, omeprazol	1	0,03	0,05
Dexametasona, haloperidol, dipirona	1	0,03	0,05
Furosemida	1	0,03	0,05
Hioscina, dexametasona	1	0,03	0,05
Hioscina, ac de megestrol, enterex	1	0,03	0,05
Levetiracetam, bevacizumab, dexametasona, esomeprazol	1	0,03	0,05
Levetiracetam, dexametasona, pregabalina	1	0,03	0,05
Midazolam, furosemida, omeprazol	1	0,03	0,05
Midazolam	1	0,03	0,05
Midazolam	1	0,03	0,05
Ondansetron, hioscina, omeprazol	1	0,03	0,05
No se administra	1	0,03	0,05
Sub -Total	21	0,70	1,00
Datos perdidos	9	0,30	
Total	30	1	

Tabla N° 73. Otros Medicamentos 3° Visita

Otros medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción válidos
Acetaminofén	1	0,03	0,06
Acetaminofén, dexametasona, lacosamida	1	0,03	0,06
Acetaminofén, gabapentina, ampicilina/sulbactam	1	0,03	0,06
Acetaminofén, lorazepam	1	0,03	0,06
Acetaminofén, Pregabalina	1	0,03	0,06
Acetaminofén, ranitidina	1	0,03	0,06
Amitriptilina	1	0,03	0,06
Clonazepam	1	0,03	0,06
Clonazepam, gabapentina, esomeprazol, metoclopramida, bisacodilo, hioscina, trazodona	1	0,03	0,06
Clonazepam, omeprazol, sertralina	1	0,03	0,06
Dexametasona, haloperidol, dipirona	1	0,03	0,06
Hioscina, dexametasona	1	0,03	0,06
Midazolam, fenitoína sódica	1	0,03	0,06
Midazolam, omeprazol, pregabalina	1	0,03	0,06
Omeprazol, dexametasona	1	0,03	0,06
Ondansetron, hioscina, omeprazol	1	0,03	0,06
No se administra	2	0,07	0,11
Sub -Total	18	0,60	1,00
Datos perdidos	12	0,40	
Total	30	1	

Tabla N° 74. Otros Medicamentos 4° Visita

Otros medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción válidos
Acetaminofén	1	0,03	0,13
Acetaminofén, dexametasona, lacosamida	1	0,03	0,13
Acetaminofén, gabapentina, ampicilina/sulbactam	1	0,03	0,13
Acetaminofén, lorazepam	1	0,03	0,13
Acetaminofén, Pregabalina	1	0,03	0,13
Clonazepam, omeprazol, sertralina	1	0,03	0,13
Midazolam, fenitoína sódica	1	0,03	0,13
Ondansetron, ranitidina, clonazepam	1	0,03	0,13
Sub -Total	8	0,30	1,00
Datos perdidos	22	0,70	
Total	30	1	

Tabla N° 75. Otros Medicamentos 5° Visita

Otros medicamentos	Cantidad	Proporción	Proporción válidos
Acetaminofén	1	0,03	0,13
Acetaminofén, dexametasona, lacosamida	1	0,03	0,13
Acetaminofén, gabapentina	1	0,03	0,13
Acetaminofén, lorazepam	1	0,03	0,13
Acetaminofén, Pregabalina	1	0,03	0,13
Clonazepam, haloperidol, omeprazol, furosemida	1	0,03	0,13
Midazolam, fenitoína sódica	1	0,03	0,13
Ondansetrón, ranitidina, clonazepam	1	0,03	0,13
Sub -Total	8	0,30	1,00
Datos perdidos	22	0,70	
Total	30	1	

Tabla N° 76. Estado del paciente

Estado	Cantidad	Proporción
Fallecido	23	0,77
Se desconoce condicion	3	0,10
Permanece en el Programa	4	0,13
Total	30	1

Del total de los pacientes, más del 70% fallecieron ya sea en domicilio o en instituciones hospitalarias de cuarto nivel.

Tabla N° 77: Lugar de la muerte

Fallecimiento	Cantidad	Proporción
Domicilio	17	0,56
Institucional	6	0,20
Se desconoce desenlace o se mantiene en el programa	7	0,24
Total	30	1

10.12. Estancia en el programa y costos

Tabla N° 78. Días de atención - Descripción

Estadísticos		Estadístico	Error estándar	
DIAS de atención	Media	56,37	13,702	
	95% de intervalo de confianza para la	Límite inferior	28,34	
		Límite superior	84,39	
	Mediana	27,00		
	Varianza	5632,309		
	Desviación estándar	75,049		
	Mínimo	1		
	Máximo	330		
	Rango	329		
	Rango intercuartil	80		
	Asimetría	2,163	,427	
	Curtosis	5,354	,833	

Tabla N° 79. Costo de los servicios recibidos por día

Días de atención	servicios médicos	servicios de enfermería	otros servicios profesionales	insumos	medicamentos	Laboratorio	costo total día
6	\$ 135.000	\$ 790.815	\$ 0	\$ 210.842	\$ 453.183		\$ 227.120
4	\$ 270.000	\$ 685.218	\$ 0	\$ 301.741	\$ 190.122		\$ 361.770
2	\$ 130.000	\$ 116.367	\$ 0	\$ 33.689	\$ 5.491		\$ 142.774
1	\$ 90.000	\$ 182.967	\$ 0	\$ 23.236	\$ 6.238		\$ 151.221
34	\$ 270.000	\$ 3.069.368	\$ 878.291	\$ 820.697	\$ 170.614	\$ 55.910	\$ 154.849
59	\$ 545.000	\$ 1.994.948	\$ 1.625.331	\$ 153.449	\$ 95.541	\$ 160.458	\$ 77.538
4	\$ 90.000	\$ 68.900	\$ 0	\$ 89.084	\$ 7.422	\$ 0	\$ 63.852
20	\$ 360.000	\$ 2.008.028	\$ 99.596	\$ 590.693	\$ 1.083.708	\$ 0	\$ 207.101
32	\$ 360.000	\$ 1.047.721	\$ 332.697	\$ 463.426	\$ 51.133	\$ 0	\$ 70.468
36	\$ 183.314	\$ 45.000	\$ 448.242	\$ 7.487	\$ 0	\$ 0	\$ 19.001
53	\$ 273.000	\$ 45.000	\$ 90.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.698
3	\$ 87.300	\$ 97.824	\$ 45.000	\$ 16.329	\$ 2.904	\$ 0	\$ 83.119
22	\$ 145.920	\$ 3.194.515	\$ 45.000	\$ 2.289.018	\$ 3.167.872	\$ 0	\$ 401.924
87	\$ 630.000	\$ 169.602	\$ 2.846.815	\$ 94.420	\$ 86.383	\$ 443.642	\$ 49.090
9	\$ 270.000	\$ 90.000	\$ 139.822	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 55.536
51	\$ 360.000	\$ 1.304.320	\$ 1.555.344	\$ 264.004	\$ 67.760	\$ 99.219	\$ 71.581
1	\$ 90.000						\$ 90.000
17	\$ 270.000	\$ 2.017.067	\$ 229.822	\$ 187.596	\$ 101.950	\$ 0	\$ 165.084
1	\$ 90.000	\$ 372.134	\$ 45.000	\$ 66.292	\$ 111.245	\$ 0	\$ 684.671

20	\$ 270.000	\$ 1.187.334	\$ 45.000	\$ 74.188	\$ 139.250	\$ 0	\$ 20
1	\$ 90.000						\$ 90.000
210	\$ 1.350.000	\$ 718.430	\$ 524.016	\$ 156.473	\$ 779.289	\$ 0	\$ 17.081
173	\$ 360.000	\$ 1.551.539	\$ 1.662.598	\$ 668.716	\$ 216.848	\$ 0	\$ 26.811
330	\$ 990.000	\$ 0	\$ 1.849.793	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 8.605
128	\$ 450.000	\$ 225.000	\$ 450.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 8.789
128	\$ 540.000	\$ 0	\$ 6.238.009	\$ 0	\$ 0	\$ 612.418	\$ 57.738
102	\$ 810.000	\$ 12.551.870	\$ 1.206.566	\$ 2.576.760	\$ 1.690.126	\$ 0	\$ 271.017
62	\$ 630.000	\$ 5.340.147	\$ 1.216.510	\$ 990.767	\$ 729.592	\$ 0	\$ 148.450
83	\$ 450.000	\$ 696.868	\$ 473.460	\$ 1.421.431	\$ 89.547	\$ 0	\$ 160.243
12	\$ 270.000	\$ 1.862.800	\$ 405.000	\$ 359.897	\$ 22.534	\$ 0	\$ 243.353

Tabla N° 80. Estadísticos descriptivos del Costo de los servicios recibidos

Costo por día por paciente	Media	Desvío Estándar	Mediana	Max	Min
Servicios Médicos	25628,49	30088,90	10705,65	90000	2080,92
Servicios de Enfermería	65775,58	83117,64	32674,64	372134	0
Otros Servicios Profesionales	12678,03	14133,74	7657,37	48734,45	0
Insumos	17788,28	24871,37	8239,03	104046,27	0
Medicamentos	51493,07	110443,93	12845,25	527978,67	0
Laboratorio	622,82	1451,82	0	5099,33	0

11. Análisis de Resultados

11.1. Caracterización de la población

En relación con las características demográficas del programa, se encontró que de cada 10 pacientes 5 eran hombres y 5 eran mujeres. En general la edad promedio fue de 67,9 (\pm 13,4) años con un rango de 25 a 88 años. (tabla No1)

En relación a su escolaridad se encontró que mas de la mitad de los pacientes tenían como mínimo estudios secundarios, así mismo mas de la mitad de los pacientes se encontraban casados. La mayoría de los pacientes no tenían una actividad económica activa.

En relación al aseguramiento los pacientes contaban en el 100% de los casos con cobertura de planes de salud en donde en mas del 90% de los pacientes podían ingresar en un programa de cuidado paliativo amparado por su E.P.S. (tabla No 3). El credo religioso preponderante fue el Católico

En relación a los diagnósticos oncológicos mas frecuentes, se encontró que los tumores gastrointestinales eran los mas frecuentes en la población de estudio siendo los adenocarcinomas los mas prevalentes. (Tabla 4). Como segundo diagnóstico se encontró a las metástasis pulmonares y hepáticas en mayor número de casos seguido de las metástasis óseas lo cual evidencia progresión avanzada de enfermedad. (Tabla 5). Mas de la mitad de los pacientes no presentan un tercer diagnóstico y aquellos que lo presentaron el mas frecuente fue la Diabetes Mellitus.(Tabla 6)

En mas del 90% de los pacientes se encontró que hay una red de apoyo consanguínea adecuada lo que facilita la interacción y compromiso de los cuidadores en el programa

11.2. Grupo de Ingreso y su evolución en el tiempo

Se encontró que al ingreso del programa los Grupos 1 y 2 concentran 5 de cada 10 pacientes así como los 3 y 4 lo que indica que no hay una clara diferencia en cuanto al grado de compromiso funcional en relación al tiempo en que son ingresados los pacientes al programa paliativo domiciliario. (Tabla 8). En la segunda visita, los Grupos 1 y 2 concentran 6 de cada 10 pacientes. 2 de cada 10 pacientes ya no están en la 2ª visita los cuales pertenecían al grupo 3 y 4 lo cual indica que debido a su compromiso fallecen rápidamente. (Tabla 9)

En la tercera visita los Grupos 1 y 2 concentran 4 de cada 10 pacientes. 4 de cada 10 pacientes ya no se encuentran en esta visita los cuales pertenecían a los grupos 3 y 4 o fueron pacientes nuevos que también fueron incluidos en estos grupos con mayor compromiso general. (Tabla 10)

En la cuarta visita los Grupos 1 y 2 concentran 4 de cada 10 pacientes lo cual se mantiene en relación a la tercera visita. Pacientes de grupo dos progresaron a tres y se mantiene la tendencia de egreso del programa por fallecimiento o por abandonos del programa en

relacion a hospitalizaciones o cambios de proveedor de tal manera que 7 de cada 10 pacientes ya no están en dicha visita. (Tabla 11).

En la quinta visita los Grupos 1 y 2 concentran 3 de cada 10 pacientes sin embargo se observa que se mantiene la progresión de severidad en pacientes que por su condición pasan del grupo 2 al grupo 3. Los pacientes de grupo 4 se mantienen en relacion a la cuarta visita. 7 de cada 10 pacientes ya no están en la 5ª visita. (Tabla 12)

Los Grupos 1 y 2 si bien fueron disminuyendo en la cantidad de pacientes a través de las diferentes visitas, no mostraron igual comportamiento en la proporción. (0,53; 0,67; 0,39; 0,44; 0,33). Ello se debió a que los pacientes que en cada visita iban falleciendo, afectaron el denominador de la Proporción. 8 de cada 10 pacientes ya no permanecen en el Grupo Inicial por fallecimiento. Al observar la base se encuentra que estos pacientes que tuvieron mas de cinco visitas ingresaron al programa en fases tempranas de su cuidado paliativo haciendo la salvedad que ninguno de ellos tenia un tratamiento oncológico paliativo. (Tabla13)

11.3. Test de Barthel

Análisis de la 1ª visita:

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita tuvieron 0 o sea “dependencia total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvieron 30 o sea una “Dependencia severa”; y el 75% de los pacientes calificaron al nivel de independencia con 50 o sea “Dependencia moderada”. Ello significa que el nivel de dependencia preponderante en esta primera visita fue total y severa. (Tabla14)

Análisis de la 2ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita obtuvieron 0 o sea “Dependencia total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 30 o sea una “Dependencia severa”; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia de 50, “Dependencia moderada”.

Ello significa que el nivel de independencia en esta segunda visita se ubica en una situación Total y severa. (Tabla16)

Análisis de la 3ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita obtuvieron 0 o sea “Dependencia Total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 10 o sea “Dependencia Total”; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia de 45 o sea Dependencia Severa. Ello significa que el nivel de independencia en esta tercera visita se deterioró entre la dependencia total y la severa.(Tabla20)

Análisis de la 4ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita obtuvieron 20 o sea en el límite de la “Dependencia Total” con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Dependencia severa”; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia de 60 o sea “Dependencia severa pero en el borde hacia una dependencia moderada. El nivel de independencia en esta quinta visita mejorara en relación con la anterior. (Tabla23)

Análisis de la 5ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Barthel fue de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita obtuvieron 0 o sea dependencia total con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria; el 50% de los pacientes obtuvo 30; y el 75% de los pacientes tuvieron un nivel de dependencia del 50. Ello significa que el nivel de dependencia en esta visita se podría ubicar en una situación intermedia entre la dependencia total y la independencia severa. (Tabla26)

11.4. Test de Karnofsky

Análisis de la 1ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 30 pacientes que fueron analizados en la primera visita

obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 50 o sea “Sintomático, en cama más del 50% del día” y el 75% de los pacientes tuvieron 60 o sea “Ocasionalmente requiere asistencia, puede realizar la mayor parte de las actividades”. Ello significa la funcionalidad del paciente durante la primera visita se podría ubicar en una situación intermedia. (Tabla29)

Análisis de la 2ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 23 pacientes que fueron analizados en la segunda visita obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Incapacitado., requiere asistencia y tratamientos especiales” y el 75% de los pacientes tuvieron 50 o sea “Sintomático, en cama más del 50% del día”. Ello significa que la funcionalidad del paciente durante la segunda visita se podría ubicar en una situación tendiente a deteriorar. (Tabla31)

Análisis de la 3ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 18 pacientes que fueron analizados en la tercera visita obtuvieron 20 o sea “Condición grave, hospitalización con medidas de apoyo intensas”; el 50% de los pacientes obtuvo 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización” y el 75% de los pacientes tuvieron 40 o sea “Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales”. Ello significa la funcionalidad del paciente durante la tercera visita se podría ubicar en una situación tendiente a deteriorar.

Análisis de la 4ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la cuarta visita obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales” y el 75% de los pacientes tuvieron 60 o sea “Ocasionalmente requiere asistencia, puede realizar la mayor parte de las tareas”. En general hay una mejora.

Análisis de la 5ª visita

Se observa que el valor mínimo y el valor máximo para el Test de Karnofsky es de 0 y 100 respectivamente. El 25% de los 9 pacientes que fueron analizados en la quinta visita

obtuvieron 30 o sea “Condición seria, indica hospitalización”; el 50% de los pacientes obtuvo 40 o sea “Incapacitado, requiere asistencia y tratamientos especiales” y el 75% de los pacientes tuvieron 50 o sea “Sintomático, en cama más 50% del día”. En general continúa la mejora.

11.5. E.S.A.S

Análisis ESAS 1ª visita

La tabla N° 39 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la primera visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los 30 pacientes, no se presentó señal de alarma, salvo para estreñimiento y para la sensación de bienestar que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita

Análisis ESAS 2ª visita

La tabla N° 40 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la segunda visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo para apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 23 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la segunda visita.

Análisis ESAS 3ª visita

La tabla N° 41 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la tercera visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 18 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la tercera visita.

Análisis ESAS 4ª visita

La tabla N°42 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la cuarta visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo para apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 9 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la cuarta visita.

Análisis ESAS 5ª visita

La tabla N° 43 muestra las estadísticas descriptivas de la escala numérica E.S.A.S en la quinta visita, la cual muestra que para la mayoría de los síntomas, considerando la respuesta media de los pacientes, no se presentaron señal de alarma, salvo para apetito y somnolencia que si requirieron una intervención paliativa en dicha visita. Tener en cuenta que 9 pacientes de los 30 pacientes llegaron a recibir la quinta visita.

Debido a que las diferencias se dan entre la primera y la cuarta visita y entre la primera y la quinta visita, se puede pensar que este modelo de cuidados paliativos a domicilio puede intervenir positivamente el control de síntomas a pesar de la condición de deterioro propia de la patología oncológica

11.6. Vías de hidratación, alimentación y administración de medicamentos

La Alimentación por vía Oral fue la dominante en las 5 Visitas superando ampliamente las otras formas de Alimentación.

Durante las dos primeras visitas a casi la mitad de los pacientes se le suministraban los Medicamentos por vía Oral sin embargo la tendencia fue a tener analgesia por vía subcutánea mayoritariamente y por vía parenteral siendo más utilizada la vía subcutánea con adecuado control del dolor.

11.7. Lugar del fallecimiento

En la tabla No 77 se evidencia que del total de los pacientes que estaban en el grupo evaluado, el 70% fallecieron y de estos el 56% lo hicieron en el domicilio, estando este porcentaje muy cercano al encontrado en la literatura mundial en relación al lugar de fallecimiento de pacientes en programas de cuidados paliativos. Los restantes lo hicieron en instituciones hospitalarias de cuarto nivel. En el caso en que los pacientes se remitieron o cambiaron de proveedor, algunos de ellos murieron por sus complicaciones de forma institucional, de otros se desconoce su condición sobre todo de aquellos que cambiaron de proveedor. Como causas de remisión se encontraron procesos infecciosos severos, síndromes anémicos severos que requirieron transfusiones o fistulas de difícil manejo, trombo embolismos pulmonares. En los casos en los que se requirió cambio de proveedor se encontraron malos manejos de los medicamentos por parte de los familiares.

11.8 Tiempo de estancia y costos de atención

En la tabla No 78 el rango de días de estancia en el programa comprendió de 1 a 330 días encontrando que los pacientes que ingresaron a los grupos 1 y 2 tuvieron un promedio de estancia de 90 días mientras que los pacientes que ingresaron a los grupos 3 y 4 es de aproximadamente 14 días .

En la tabla No 79 se observa que en promedio el costo del día de atención integral en el programa domiciliario fue de \$ 183.962,61 haciendo uso de todos los servicios necesarios para dar confort en el fin de vida. Se observa que el mayor valor lo tienen los servicios de enfermería seguido de los medicamentos, servicios médicos, insumos biomédicos y finalmente otros servicios profesionales tales como terapias, atención psicológica y nutricional.

12. Discusión

Luego de expuestos los resultados quedan como puntos de discusión los siguientes:

En relación al grupo de ingreso al programa, se encontró que no hay una diferencia en cuanto al grado de compromiso funcional con el cual llegan los pacientes al programa paliativo domiciliario de tal manera que el número de pacientes por grupo es muy similar.

Durante el transcurso de las visitas se observa que los pacientes que ingresaron en fases tempranas del cuidado paliativo, en general se mantuvieron estables en relación a su funcionalidad y capacidad para ingerir alimentos por vía oral, progresando de forma lenta hacia grupos de mayor deterioro. Un pequeño porcentaje progresó rápidamente por las complicaciones asociadas a la enfermedad. Los pacientes que ingresaron al grupo 3 y 4, en general no lograron visitarse en más de una oportunidad en virtud de lo severo de su condición que les llevó finalmente a la muerte.

Los pacientes que tuvieron cinco y más visitas habían ingresado a los grupos 1 y 2 de tal manera que tuvieron tiempos prolongados de estancia en el programa

En relación con las escalas de Barthel y Karnofsky se encontró que en la medida que los pacientes iban progresando con la enfermedad, la funcionalidad iba sufriendo mayor deterioro con la consecuente postración y dependencia totales, sin embargo se observó que en los pacientes que ingresaron a los grupos 1 y 2 y que permanecieron durante mas tiempo en el programa, se evidenciaba una mejor preservación de la funcionalidad en el tiempo, lo que podría asociarse a un mejor control de síntomas atribuidos a unas mejores condiciones de bienestar dadas por la atención recibida.

En relación al control de síntomas, se encontró que a lo largo de las visitas, tanto la falta de apetito como la sensación de somnolencia fueron los síntomas preponderantes en todas las intervenciones. Los síntomas como dolor, náusea, falta de sueño, disnea, ansiedad, depresión cansancio y sensación de bienestar se fueron paulatinamente mejorando con las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas de tal manera que a lo largo de las visitas se obtuvo un adecuado control de los mismos.

En relación a la vía preponderante de alimentación se encontró preservación de la vía oral en la mayoría de los pacientes, no teniendo que recurrir a alimentación artificial enteral o parenteral sino solamente en uno de los casos.

La vía de administración de medicamentos no analgésicos fue la oral y la vía preponderante de administración de analgésicos fue la subcutánea. El opioide de mayor uso fue la hidromorfona seguido de morfina cuya vía de administración preponderante fue la subcutánea.

En relación al estado final del paciente durante el año de seguimiento, se encontró que el 70% de la población falleció. De dichos fallecimientos el 56% se llevó a cabo en el domicilio que corresponde de forma aproximada al porcentaje reportado en los estudios a nivel mundial.

En relación con el tiempo de estancia en el programa, se encontró un rango entre de 1 a 330 días evidenciando que los pacientes que ingresaron a los grupos 1 y 2 tuvieron un promedio

de estancia de 90 días mientras que los pacientes que ingresaron a los grupos 3 y 4 fue de aproximadamente 14 días

12.1 Limitaciones del Estudio

Considero que la aplicación de otras escalas pudieron haber enriquecido aún mas el trabajo las cuales no fueron llevadas a cabo en su momento para verificar de forma validada estandares de calidad de vida tanto en el paciente como en sus familiares y cuidadores directos.

12.2 Fortalezas

El adecuado acceso a la informacion hizo que los datos se registraran adecuadamente. Se conto con el apoyo de los aseguradores que no limitaron recursos ni humanos ni técnicos para darle a los pacientes una atención integral a la medida de sus necesidades.

12.3 Oportunidades

La necesidad sentida de tener un programa domiciliario paliativo racional en costos y con un alto estandar de calidad en relación a su atención integral permite que sea una alternativa valida y oportuna para el cuidado de los pacientes en el final de vida con patología oncológica.

13. Bibliografía

1. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: WHO; 1990. (Technical Report Series 804).
2. World Health Organization. Recomendations on implementing National Cancer Control Programmes. Geneva: WHO; 1992.
3. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, Piper M, et al. Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study. *British Medical Journal* 1990; 301: 415-417.
4. Poggio N, Fornells H, Tatangelo M. Análisis de la utilidad de la internación domiciliaria en pacientes con cáncer en fase terminal. *Boletín Científico de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos* 1999; 5 (10).
5. Sergi-Swinehart P. Hospice Homecare: How to get patients home and help them to stay there. *Seminars in Oncology* 1985; 12 (4): 461-5.
6. Fornells H, Pérez E. Cuidados Paliativos en la Argentina. En: Gómez Sancho, (ed). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Buenos Aires: Atlante; 1999.
7. Doyle D. Domiciliary palliative care. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1998: 957-73.
8. Estudio de cohorte descriptivo de los pacientes terminales atendidos médicamente en su domicilio en Bogotá. 2008-2012, Liliana M. Támara, revista colombiana de anestesia . 2014; 4 2(2):100–106
9. Colección Bios y Ethos Támara L. Medición de la calidad de vida de un grupo de pacientes terminales en una unidad de cuidado paliativo domiciliario en Santafé de Bogotá, Colombia. *Bioética y Calidad de Vida*. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque; 2000. Bogotá, Colombia.
10. Twycross R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. *Acta Bioethica*. 2000;6:29–46.
11. Acuña Z. Disponibilidad de medicamentos opioides en Latinoamérica y Colombia. *ACED Dolor y cáncer*. 2009:251–6.
12. Wenk R, Bertolino M, De Lima L. Analgésicos opioides en Latinoamérica: la barrera de accesibilidad supera la de disponibilidad. *Med Pal (Madrid)*. 2004;11:148–5113.
13. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Organización médica colegial de España. *Guía de sedación paliativa*. Madrid, España; 2011. Madrid, España. 11 páginas
14. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. *Guía médica. Sedación en Cuidados Paliativos*. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008
15. Kirk TW, Mahon MM, Palliative Sedation Task Force of the National Hospice and Palliative Care Organization Ethics Committee. *National Hospice and Palliative Care*

- Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39:914–23.
16. Moyano J, Guerrero C, Zambrano S, Hernández A. Anestesiología y sedación paliativa: pertinencia, aspectos éticos y clínicos. *Rev Colomb Anestesiol.* 2006;34:202–4.
17. Rivera AM. Sedación terminal temprana. *Anamnesis Revista de Bioética PUJ.* 2011;70–84.
18. Taboada P. Desafíos y principios éticos en medicina paliativa. En: Palma C, editor. *Medicina paliativa y cuidados continuos.* Universidad Católica de Chile; 2010. p. 41–51.
19. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk E, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol.* ;25:555–60, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/>. [Accessed June 16, 2012].
20. Diferencias en costo efectividad del cuidado paliativo domiciliario frente a la atención hospitalaria en el manejo de enfermedades crónicas. Escobar, Salas, Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración en Salud, 2014
21. Cameron BL, Salas AS, deMoissac D. Participatory knowledge exchange to support palliative care in Chile: lessons learned through global health research. *Can Jurs Res.* 2011 Sep;43(3):16-37. PubMed PMID: 21977724.
22. Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, Boya-Cristia MJ, Madero R, Torres-Vigil I, De Castro J, González-Barón M. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2011 Mar 20;29(9):1159-67
23. Reina, Y. (2013). “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, Documento de trabajo sobre Economía Regional, [en línea], núm. 200, consultado el 21 de marzo de 2014, en <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-200>
24. Envejecimiento demográfico, Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales, Ministerio de Salud y Protección Social Diagramación e impresión: Imprenta Nacional de Colombia Año de Publicación: 2013
25. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2015, v.1. p. 148
26. <http://www.semana.com/opinion/articulo/colapso-red-hospitalaria-colombia-opinion-giovanni-reyes/361251-3>
27. Carstairs S. Quality end-of-life care: The right of every Canadian. Final report to the Senate. Ottawa, Canada: Government of Canada, 2000.
28. Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000;3: 287e297.
29. Townsend J, Frank AO, Farmon D, et al. Terminal cancer care and patients’ preferences for place of death: a prospective study. *BMJ* 1990;301: 415e417.

30. Teirnan E, O'Connor MO, O'Siorain L, Kearney M. A prospective study of preferred versus actual place of death among cancer patients referred to a palliative care home-care service. *Ir Med J* 2002;95:232e235.
31. Tang ST. When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer
6. Grande GE, Barclay SI, Todd CJ. Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms. *Palliat Med* 1997;11: 399e406.
32. Gelfman Laura P, Does Palliative Care Improve Quality? A Survey of Bereaved Family Members, *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 36 No. 1 July 2008, 22-28
33. Patricia M. Kenny, Informal Care and Home-Based Palliative Care: The Health-Related Quality of Life of Carers, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 40 No. 1 July 2010, 30-48
34. Hudson Peter, Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial, *Psycho-Oncology* 22: 1987–1993 (2013)
35. Martín J. The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: A research review. *International Journal of Nursing Studies* 64 (2016) 1–12
36. Conill C, Verger E, Henriquez I, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997;14(6):328e331.
37. Echteld MA, Deliens L, Van Der Wal G, Ooms ME, Ribbe MW. Palliative care units in The Netherlands: changes in patients' functional status and symptoms. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(3):233e243.
38. De Conno F, Caraceni A, Groff L, et al. Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur J Cancer* 1996;32A(7):1142e1147.
39. Dumitrescu Luminita, Changes in Symptoms and Pain Intensity of Cancer Patients After Enrollment in Palliative Care at Home, *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 34 No. 5 November 2007
40. Alex Molassiotis. Effectiveness of a Home Care Nursing Program in the Symptom Management of Patients With Colorectal and Breast Cancer Receiving Oral Chemotherapy: A Randomized, Controlled Trial, *Journal of clinical Oncology*, Volume 27 Number 36, December 2009
41. Lieberman SM, Lee J, Anderson T, Crippen DL: Reducing the growth of Medicare spending: Geographic versus patientbased strategies. *Health Affairs* 2003;Suppl Web Exclusives. content.healthaffairs.org/content/early/2003/12/10/hlthaff.w3.603.short (last accessed August 15, 2013).
42. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA: Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med* 2003;6:715–724.
43. Brumley RD, Enguidanos S, Jamison P, et al.: Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:993–1000.

44. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S: A palliative-care intervention and death at home: A cluster randomised trial. *Lancet* 2000;356:888–893.
45. Mirko Riolfi Mirko, Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study, *Palliative Medicine* 2014, Vol. 28(5) 403–411
46. Higginson IJ, Sen-Gupta GJ: Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 3:287- 300, 2000
47. Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, et al: Actual and preferred place of death of cancer patients: Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health* 60:412-416, 2006
48. Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, et al: Edmonton Regional Palliative Care Program: Impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161:290- 293, 1999
49. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, et al: Effectiveness of team-managed home-based primary care: A randomized multicenter trial. *JAMA* 284:2877-2885, 2000
50. Babarr Alonso Bruera Can This Patient Be Discharged Home? Factors Associated With At-Home Death Among Patients With Cancer, *J Clin Oncol* 29:1159-1167, 2014
51. Chen Chen Hsiu, Determinants of Preference for Home Death Among Terminally Ill Patients With Cancer in Taiwan: A Cross-Sectional Survey Study, *The Journal of Nursing Research* Vol. 22, No. 1, March 2014
52. Russell KM, LeGrand SB. 'I'm not that sick!' Overcoming the barriers to hospice discussions. *Cleve Clin J Med* 2006; 73:517. 520 - 522,
53. Heyland DK, Lavery JV, Tranmer JE, Shortt SED, Taylor SJ. Dying in Canada: is it an institutionalized, technologically supported experience? *J Palliat Care* 2000;16(Suppl):S10eS16.
54. Stroebe M, Schut H, StroebeW. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;37. 0:1960e1973.
55. Brenneis C, Bruera E. The interaction between family physicians and palliative care consultants in the delivery of palliative care: clinical and educational issues. *J Palliat Care* 1988;14:58e61.
56. Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. *BMJ* 1990;301:277e281.
57. Hearn J, Higginson I. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 1998;12: 317e332.
58. Howell et al. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 42 No. 1 July 2011 Shared Care Model Pilot in Palliative Home Care
59. FamiCare Clinica Dia S.A.S, protocolo para la auditoria interna de control de calidad, Agosto de 2017
60. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción), Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Colombia, 2016

61. FamiCare Clinica Dia. S.A.S, Manual institucional para el uso y manejo de la historia clínica en atención domiciliaria, agosto de 2017