

Análisis de costo-efectividad del manejo sintomático en pacientes de cáncer gástrico con intención curativa en el CAICP

María Paula Echeverri Rodríguez

Administración en servicios de salud, Estudiante, Fundación Universitaria Compensar, Bogotá, mecheverri@ucompensar.edu.co

Diana Liseth Blanco Archila

Administración en servicios de salud, Estudiante, Fundación Universitaria Compensar, Bogotá, dlisethblanco@ucompensar.edu.co

Claudia Cristina Seguanes Díaz

Administración de servicios de salud, Fundación Universitaria Compensar, Bogotá, ccseguanessd@ucompensar.edu.co

Recibido: 9/03/2022 - **Aceptado:** 22/03/2022 - **Publicado:** 05/04/2022

RESUMEN

El análisis de costos y de la efectividad de las atenciones, se convirtió en un aspecto fundamental para la administración y gerencia de servicios de salud, debido a que la actualización tecnológica, los costos de medicamentos y honorarios del personal adscrito incrementan los costos de producción, encareciendo la tarifa de atenciones, y limitando la oportunidad en la atención para el paciente. Es por ello que, dada la alta carga de enfermedad oncológica, se hace de interés explorar desde la investigación, la utilidad económica de las unidades de cuidados paliativos en la modalidad centro-día.

Esta investigación se desarrolló a partir del análisis de indicadores generados por una IPS de alto nivel en la ciudad de Bogotá, la cual cuenta con un centro especializado en la atención de pacientes oncológicos con intención de manejo paliativo. Los resultados de esta investigación permitirán identificar los beneficios y utilidades de dichos programas tanto para las Empresas Promotoras de Salud como para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a nivel económico, calculando la diferencia de costos entre una atención en cuidados paliativos y una en un servicio de urgencias.

En conclusión, los cuidados paliativos se centran en aliviar el sufrimiento de las enfermedades oncológicas o crónico-degenerativas, haciendo énfasis en el manejo de síntomas y mejoramiento de la calidad de vida; pero no se puede confundir con una atención de urgencias (la cual se centra en la mitigación y resolución de problemas que ponen en riesgo la salud y la vida).

Palabras clave: cuidados paliativos; neoplasias gástricas; atención ambulatoria; análisis costo-beneficio (DeCS).

ABSTRACT

The analysis of costs and the effectiveness of care has become a fundamental aspect for the administration and management of health services, due to the fact that the technological update, the costs of medicines and the fees of the assigned personnel increased production costs, making the care rate more expensive, and limiting the opportunity in patient care. That is why, given the high burden of oncological disease, it is of interest to explore, from research, the economic usefulness of palliative care units in the day center modality.

This research began from the analysis of indicators generated by a high-level IPS in the city of Bogotá, which has a center specialized in the care of cancer patients with the intention of palliative management. The results of this research will allow identifying the benefits and utilities of said programs both for the Health Promoting Companies and for the Health Service Provider Institutions at an economic level, calculating the difference in costs between palliative care and one in a service emergencies.

In conclusion, palliative care focuses on relieving the suffering of oncological or chronic-degenerative diseases, emphasizing the management of symptoms and improvement of quality of life; but it cannot be confused with emergency care (which focuses on the mitigation and resolution of problems that put health and life at risk).

Keywords: palliative care; stomach neoplasms; ambulatory care; cost-benefit analysis (DeCS).

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es conocido como uno de los tipos de cáncer más agresivo en el ser humano y con un porcentaje mínimo de ser curativo si no se detecta a tiempo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Cuando la enfermedad se encuentra en fase curativa, los tratamientos suelen ser más fuertes para lograr atacar las células malignas, en esta fase los pacientes presentan síntomas relacionados con los tratamientos; pero cuando ya la enfermedad ha avanzado provocando metástasis en otras partes del cuerpo la enfermedad pasa a ser no curativa o paliativa, en esta fase el paciente presenta síntomas relacionados directamente con la enfermedad.

La quimioterapia es uno de los tratamientos para tratar el cáncer, son medicamentos que van por diferentes vías de administración (intravenosa, oral, subcutánea, intramuscular), causando complicaciones en el organismo como anemia, náuseas, emesis, diarrea, estreñimiento, cefaleas intensas, mareos, neutropenia, entre otros síntomas que se pueden tratar en una unidad de cuidados paliativos, donde se podrá estabilizar al paciente a través de los diferentes manejos (hidratación, transfusiones, manejo del dolor, etc.).

Es por esto que el paciente oncológico se considera vulnerable a cualquier infección debido a la disminución de los niveles de defensas a causa de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia o por la misma enfermedad, es por este motivo que ellos evitan asistir al servicio de urgencias ante cualquier complicación severa en su organismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la urgencia como “la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que

genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (Douglass, 2004). Los servicios de urgencias están destinados para atender cualquier tipo de paciente que ingresé con un deterioro leve, moderado o grave de su salud, por este motivo es normal que permanezca siempre o en la mayoría de veces a la semana lleno, colapsando el tiempo de espera para la atención de los usuarios, lo cual termina siendo estresante para los trabajadores, usuarios y familiares.

La unidad de cuidado paliativos se centra en aliviar el sufrimiento de las enfermedades oncológicas o crónico-degenerativas, haciendo énfasis en el manejo de síntomas y mejoramiento de la calidad de vida (OMS, 2020); logrando una disminución importante en la sobreocupación de urgencias, permitiendo que los pacientes no oncológicos, accidentes graves o en algunos casos cuando el paciente oncológico presenta un deterioro en su salud grave tengan una mejor oportunidad en la atención.

En esta investigación de tipo descriptivo se realizará un análisis de costo-efectividad del manejo sintomático en pacientes de cáncer gástrico con intención curativa en el centro de atención integral de cuidados paliativos (CAICP), qué tan alta es la probabilidad de adaptación al tratamiento para los pacientes con este tipo de cáncer que asisten al servicio de Cuidados Paliativos y se analizará si la organización de centros de cuidados paliativos mejoran la costo-efectividad de la atención para las IPS, así como los indicadores de satisfacción para los usuarios.

2. MARCO TEÓRICO Y/O ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud “El cáncer es la segunda causa de muerte en Colombia” (OMS, 2022). “Es una enfermedad que se caracteriza por “el desarrollo de células anormales que se dividen sin control y tienen la capacidad de infiltrarse y destruir el tejido corporal normal” (Mayo Clinic, 2019). Existen varios tipos de cáncer, algunos más agresivos que otros, pero si hay una detección temprana de la enfermedad podrá ser manejada logrando una prolongación de la vida de la persona o en muchos casos curando la parte afectada.

El cáncer gástrico es una neoplasia que se origina en el estómago y abarca diferentes tipos histológicos entre los que se encuentra el adenocarcinoma, el linfoma no Hodgkin y los tumores carcinoides. Sin embargo, el más frecuente con una amplia diferencia sobre los demás es el adenocarcinoma por esta razón cuando se habla de cáncer gástrico o carcinoma gástrico se hace referencia al adenocarcinoma gástrico (González, Benavides, Santofimio & Gil, 2015).

Si bien el diagnóstico en estados temprano de la enfermedad sigue siendo pilar fundamental para la eficacia de los tratamientos oncológicos, según la OMS (2017) «El diagnóstico del cáncer en una fase tardía y la imposibilidad de recibir tratamiento condenan a muchas personas a sufrimientos innecesarios y a una muerte precoz».

Según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2020) “menos del 20% de los casos de cáncer gástrico se diagnostican en estadios tempranos de la enfermedad; durante el 2018 y el 2019 esta proporción fue mayor”. Estas estadísticas podrían cambiar si la oportunidad en la atención fuera más eficiente. “En Bogotá se destaca que 3 de cada 4 pacientes en estadios 0 a III reciben manejo quirúrgico como tratamiento curativo, siendo este un resultado superior al estimado en las demás regiones del país” (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2020).

En general menos del 28% de los casos de cáncer gástrico se diagnostican en estadios tempranos de la enfermedad, durante el 2018 y 2019 esta proporción fue mayor. Lo anterior podría mejorar al disminuir los tiempos de espera en el diagnóstico (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019).

Según los resultados del análisis que realizaron Carrillo y Santamaría (2019), los pacientes más propensos a sufrir cáncer gástrico, son las personas de bajos recursos económicos ya que no presentan una alimentación balanceada, uno de los procedimientos que les realizan es la gastrectomía, pero no es suficiente para mejorar por completo los síntomas gastrointestinales, los cuales hacen que recurran con más frecuencia al servicio de cuidados paliativos.

Los síntomas gastrointestinales parecen no tener una mejoría tan clara, la pérdida de apetito, la diarrea y el agotamiento persisten elevados después de la intervención. Ahora bien, tras una gastrectomía total los pacientes presentan mayor deterioro de la función física, necesitan un mayor número de comidas diarias, realizan mayor número de deposiciones, pierden más peso, presentan más náuseas, pérdida de apetito y restricciones de la alimentación. Se reflejan, además, los efectos secundarios ligados posiblemente a anemia, alteración en el metabolismo del calcio y consecuencias de los tratamientos adyuvantes (Carrillo & Santamaría, 2019).

Pronóstico sin tratamiento: Los pacientes con cáncer gástrico temprano pueden evolucionar a cáncer avanzado en un periodo de cinco años, mientras que el cáncer avanzado presenta tiempos de duplicación de menos de un año (Buján, Bolaños, S., Mora, & Bolaños, I., 2020).

Pronóstico con tratamiento: Se menciona que la tasa de supervivencia en personas con cáncer gástrico temprano es de aproximadamente el 90% y casi el 100% en tumores de mucosa y submucosa (Buján et al., 2020).

El cáncer es una de las enfermedades con más consecuencias mortales, es por esto que los cuidados paliativos son muy importantes para el manejo de los síntomas que genera esta enfermedad a causa de los fuertes tratamientos.

Los cuidados paliativos satisfacen las necesidades de todos los pacientes que requieran alivio de los síntomas, así como las necesidades de atención psicosocial y de apoyo de los pacientes y sus familias, en particular cuando los pacientes se encuentran en fases avanzadas y tienen muy pocas probabilidades de curación o cuando se enfrentan a la fase terminal de la enfermedad (OMS, 2007).

Según OMS (2007), los cuidados paliativos no es solo manejar la sintomatología post -tratamiento o por la enfermedad, también es brindar apoyo psicológico, espiritual tanto al paciente como a la familia, si las instituciones prestaran estos servicios básicos disminuiría las hospitalizaciones y el uso de procedimientos costosos.

El cuidado que se requiere en Colombia, es reconocido como el abordaje terapéutico de los cuidados paliativos dirigido al control de los síntomas, disminuyendo los efectos adversos del tratamiento oncológico y la reducción de complicaciones y debería ser una opción terapéutica en pacientes con cáncer, disponible desde el momento del diagnóstico, durante el tratamiento oncológico curativo o de apoyo objetivo, en enfermedad avanzada y hasta la muerte (Uribe, Amado, Rueda & Mantilla, 2019).

Kaasa et al. (2018), afirman que “Los ensayos clínicos aleatorizados sobre la integración de la oncología y los cuidados paliativos apuntan a beneficios para la salud: mejor supervivencia y control de síntomas, menos ansiedad y depresión, menor uso de quimioterapia inútil al final de la vida, mejoría en la satisfacción y calidad de vida de la familia, y mejor uso de los recursos sanitarios”.

Cuando se implementan los cuidados paliativos en una institución los costos se reducen, ya que disminuye el uso de los recursos de hospitalización, así mismo los pacientes que reciben cuidados paliativos asisten con menos frecuencia a la unidad de urgencias. Según Aguiar, Cardoso, da Silva y Oliveira (2020), afirman que: “Los costos son menores en los casos en que se implementaron dichos servicios”

Según la Organización Mundial de la Salud “La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población” (OMS, 2020), con lo anterior se puede ver la necesidad de implementar más unidades de cuidados paliativos para poder cubrir la cantidad de enfermedades que van apareciendo y aumentando con el transcurrir de los años.

Las instituciones prestadoras de salud deben implementar los servicios de cuidados paliativos para lograr una atención integral en el paciente que lo necesita, es por esto que la Organización Mundial de la salud plantea los componentes mínimos que debe tener este servicio:

- Políticas del sistema de salud que integren los servicios de asistencia paliativa en la estructura y el financiamiento de los sistemas sanitarios nacionales en todos los niveles de atención;
- Políticas para fortalecer e incrementar los recursos humanos, como formación de los profesionales de la salud actuales, inclusión de los cuidados paliativos en los planes de estudios básicos de todos los nuevos profesionales de la salud y educación de voluntarios y del público;
- Una política sobre medicamentos que asegure la disponibilidad de medicamentos esenciales para manejar síntomas, en especial los analgésicos opiáceos para el alivio del dolor y del distrés respiratorio (OMS, 2020).

Los cuidados paliativos no significan morir, si no tratar de aliviar el dolor y brindar un confort en la calidad de vida cuando un paciente se encuentra en una fase terminal de la enfermedad.

Las cuestiones éticas implicadas en cuidados paliativos se basan en el reconocimiento de que el paciente incurable -o en fase terminal- no es un residuo biológico sobre el cual ya no se puede hacer más, y cuya vida no debe ser prolongada innecesariamente. Estamos siempre delante de una persona y, como tal, capaz de relación hasta el momento final y de hacer de la vida una experiencia de plenitud y crecimiento (Pessini & Bertachini, 2006).

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2016) afirma: “Los pacientes que recibieron cuidados paliativos junto con el tratamiento regular para cáncer avanzado declararon tener mejor calidad de vida y estado de ánimo que los pacientes que no recibieron cuidados paliativos desde el principio”.

Los Cuidados Paliativos son una forma de ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida y a superar todos los molestos síntomas que pueda conllevar los tratamientos contra el cancero por la misma enfermedad, además de aumentar la posibilidad de que el paciente fallezca en su propio hogar y no en los interiores de un hospital (Bajwah et al., 2020).

Los cuidados paliativos han tenido una mejor promoción de sus servicios en los últimos tiempos, este servicio deberá estar incluido en el plan de beneficios, pero existen muchas Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no lo cubren haciendo que el acceso al servicio sea más limitado. Según León (2017) “Hay más de veinte servicios de cuidado paliativo en el país, lo cual corresponde a menos de 0,05 por habitante, y el 54% de estos servicios están localizados en centros de alto nivel de complejidad y en grandes núcleos”.

Los síntomas que presentan los pacientes con cáncer hacen que los reclamos hacia el personal de salud aumenten, por lo cual los indicadores de satisfacción pueden disminuir, pero el paciente en medio de su dolor no logra entender que los cuidados paliativos es un servicio que deberá proporcionar la EPS.

Cuando no se encuentran establecidos como práctica rutinaria, reconocida como especialidad o subespecialidad, el aumento de los costos para el sistema de salud es considerable, mientras que el tratamiento por equipos especializados genera una mejor relación costo/beneficio, mayores niveles de satisfacción y menores reclamos por parte de los usuarios (Menichetti, Romani, Meyer & Scheucher, s.f.).

Cuando se presta una atención de cuidados paliativos oportuna disminuye las estancias hospitalarias en las diferentes IPS y al mismo tiempo los costos, Menichetti et al. (s.f.) afirman que “Luego de tratar el dolor, el porcentaje de pacientes internados disminuyó al 22%, y el seguimiento por consulta externa y/o domiciliaria se elevó al 78%”.

Pese a que existe escasa literatura en castellano acerca del análisis de costos comparativo entre un servicio hospitalario convencional y una unidad de cuidados paliativos, cierta literatura refiere el alto impacto en términos de ahorro que el Cuidado Paliativo presenta para

la institución hospitalaria (el cual es de cerca del 12%), donde se destaca el valor más alto para el pago de honorarios médicos y del recurso humano en salud (León, 2017).

Según Reid et al. (2021) “Colombia es un país de ingresos medios en América del Sur con una población de alrededor de 50 millones de habitantes. Se prevé que la población de 65 años o más aumente entre 2019-2030 de 4.413.000 (8,8%) a 6.962.000 (13%), con una esperanza de vida en aumento rápidamente (de 72,9 en 2000 a 77,1 años en 2018)”.

Los cuidados paliativos no solo se prestan para los pacientes oncológicos, pese a que el enfoque de esta investigación es en pacientes con cáncer gástrico no hay que dejar de lado los pacientes geriátricos o con diferentes patologías crónicas.

Sin embargo, la supervivencia al cáncer sigue siendo relativamente pobre, lo que implica que un número cada vez mayor de pacientes con cáncer, así como pacientes que padecen otras afecciones crónicas, como enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas, necesitan cuidados paliativos. Esto ha llevado a un llamado a medicina geriátrica para abrazar también la necesidad futura de cuidados paliativos en los pacientes cada vez más frágiles, poblaciones mayores. Además, se estima que el 78% de los 40 millones de personas que requieren cuidados paliativos a nivel mundial residen en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (Reid et al., 2021).

En Colombia existen diferentes tipos de barreras para acceder a los servicios de cuidados paliativos, por un lado los profesionales tienen poca formación en paliativos, el funcionamiento del sistema de salud, las limitaciones en la comunicación abierta y efectiva, agregadas al uso de un lenguaje excesivamente técnico que impide comprensión y aceptación de la enfermedad, insuficiente tiempo para la consulta, así mismo existen barreras administrativas como autorizaciones necesarias para acceder a cualquier servicio de salud (medicamentos, citas, tratamientos, entre otros) y la falta de acuerdos o contratos entre aseguradores que retrasan la oportunidad de la atención (Uribe et al., 2019).

Por este motivo se han creado las unidades funcionales y una de ellas maneja toda la parte de Cuidados Paliativos, logrando que exista un poco más de efectividad en el inicio de los tratamientos.

Si bien se especificó previamente que la unidad funcional es en esencia un modelo organizativo más que de desarrollo de infraestructura, es importante resaltar que para su adecuada operación se requieren unas condiciones mínimas como la posibilidad de contar con áreas de atención que posibiliten la consulta concurrente o simultánea entre los integrantes de la respectiva unidad funcional y que además faciliten la realización de juntas multidisciplinarias en diferentes momentos de la atención. La ausencia de dichos espacios dificulta la operación de la unidad funcional y favorece una atención fragmentada que dificulta el tránsito del paciente por la ruta clínica y retrasa el inicio del tratamiento (Reid et al., 2021).

Según el análisis hecho en la Unión Europea acerca de la carga económica del cáncer, Luengo-Fernandez, Leal, Gray y Sullivan (2013), afirman que “El cáncer costó a la UE

126.000 millones de euros en 2009, y la asistencia sanitaria representó 51.000 millones de euros (40%). La atención informal costó 23.000 millones de euros. El cáncer de pulmón tuvo el mayor coste económico (18 · 8 mil millones de euros, 15% de los costes totales del cáncer), seguido del cáncer de mama (15.000 millones de euros, 12%), el cáncer colorrectal (13.000 millones de euros, 10%) y cáncer de próstata (8 43 000 millones de euros, 7%)”.

Durante años la atención del cáncer ha sido criticada por su desproporción, por centrarse en el tumor, en comparación con la atención a pacientes con el cáncer. El concepto de cuidados paliativos posteriores se introdujo en parte como una reacción a la ausencia de un enfoque centrado en el paciente (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019).

3. METODOLOGIA O DESCRIPCION DEL PROCESO

La presente investigación tiene un alcance descriptivo, ya que se realiza un análisis a cada situación y se reconoce el problema a través de la descripción, con el cual se pudo identificar el proceso de cuidados paliativos en las personas con cáncer gástrico, se obtuvo información de las diferentes entidades de salud como la organización Mundial de la Salud (OMS) y la IPS donde se encuentra ubicado una de las unidades de cuidados paliativos de Bogotá, denominada (CAICP) Centro de Atención Integral de Cuidado Paliativos.

Por otro lado, se utilizó información de la base de datos de PubMed, Scielo, Cochrane, Jama Oncology, Lancet Oncology Commission, healthcare, revistas indexadas y libros de oncología, la población analizada en la información suministrada en el siguiente trabajo fueron los pacientes con cáncer gástrico, que se encuentran en tratamiento de quimioterapia y/o paliativo.

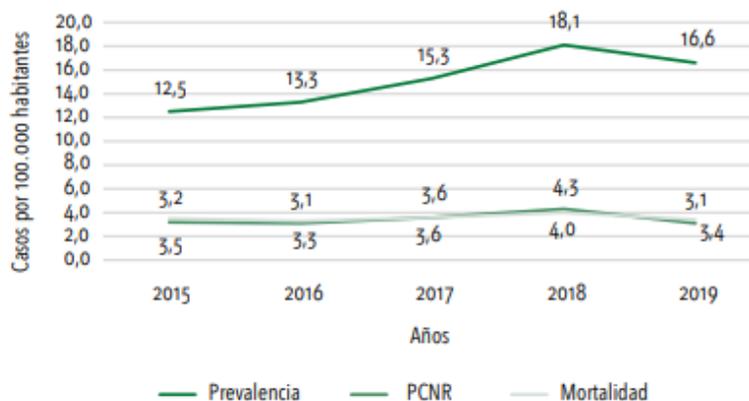
4. ANALISIS DE RESULTADOS O HALLAZGOS

El cáncer gástrico o tumores del sistema gastrointestinal, es uno de los más agresivos, que cuando no se inicia tratamiento con quimioterapia a tiempo puede llegar a ser mortal en un corto plazo, estos pacientes debido a los síntomas que presentan por la misma enfermedad, se les empieza a dar manejo a través de cuidados paliativos, lo cual hace que aumente la cantidad de servicios utilizados por esta unidad, no solamente en los pacientes con cáncer gástrico sino también para toda la población oncológica.

Basándose en los resultados de la unidad funcional de tumores gastrointestinales de la IPS, en los últimos años los pacientes con cáncer han aumentado de manera considerable, esto llevando a una gran mortalidad en pacientes mal diagnosticados o con un diagnóstico tardío; ya cuando se encuentran con metástasis y hemodinámicamente inestables, sabemos que el aumento de número de pacientes que viven con enfermedad avanzada tienen implicaciones en la coordinación y la planificación de la atención.

Una característica esencial de las unidades funcionales es su especialización en un tipo de tumor o un conjunto de tumores referidos a un sistema fisiológico, en tal sentido el tratamiento para los pacientes podría darse de manera paliativa o tratamiento, bajo la administración de quimioterapia dependiendo el grado de estadio en que se encuentre la

enfermedad. Cada opción tiene ventajas y desventajas, en el segundo caso dada la súper especialización, el nivel de experticia y la concentración de recursos es mayor mientras que el número de actores en el tratamiento bajo tratamiento paliativo es menor.



Gráfica 1. Tendencia de las medidas de frecuencia para el cáncer de estómago, Colombia 2015-2019. Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2019).

La valoración de los pacientes por juntas multidisciplinarias deben ser un proceso sistemático no limitado a un único momento, y además un requisito para la definición de planes de tratamientos integrales. Sin embargo, la dinámica de las juntas y las formas específicas de valoración podrán variar dependiendo de las necesidades dadas por el tipo de enfermedad y objeto del tratamiento.

En cáncer gástrico la oportunidad para acceder al diagnóstico y al tratamiento continúan entre los indicadores que aún no alcanzan las metas nacionales establecidas. Esta tendencia se observa en los regímenes contributivos y subsidiados. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico se observó un aumento significativo en el tiempo promedio de espera a nivel nacional y en el régimen contributivo.

Tabla 1. Distribución de los casos nuevos de cáncer de estómago según el régimen de afiliación

Régimen	CNR	Denominador	PCNR cruda ajustada	PCNR ajustada	IC 95% PCNR
Contributivo	831	22.596.293	3,68	2,47	2,19-2,76
Subsidiado	638	21.898.844	3,12	3,69	3,34-4,06

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2019).

La integración entre cuidado paliativo y oncología se ha aplicado durante décadas, esto se ha dado con un solo fin y es poder brindar una mejor atención para los pacientes que no tienen una buena calidad de vida a causa de su enfermedad de base. Al iniciar el proceso de quimioterapia conlleva varias repercusiones de forma física, emocional y algunos mental, el apoyo emocional es muy importante en este tipo de enfermedad ya que al momento de iniciar

este proceso para algunos de ellos es asociado con muerte y para otras personas esperanza de vida.

- La oportunidad para acceder al diagnóstico y al tratamiento fue menor en los tipos de cáncer hematológicos, en comparación con los sólidos.
- Durante el 2020, los tiempos de la atención en todos los tipos de cáncer fueron más prolongados que en 2019.

Tabla 2: Oportunidad de la atención en cáncer

Periodo	Tiempo promedio entre sospecha clínica y la confirmación diagnóstica (en días)			Tiempo promedio entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento (en días)		
	Cáncer sólido	Cáncer hematológico	Total, de casos	Cáncer sólido	Cáncer hematológico	Total, de casos
2018	61,90	45,00	60,10	68,00	36,20	64,00
2019	52,33	34,48	56,19	71,46	27,89	66,59
2020	62,77	37,97	60,85	73,32	32,77	69,05

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2019).

Para afirmar el diagnóstico de cáncer gástrico se debe realiza una serie de exámenes, iniciando desde la valoración temprana del médico quien a su vez determina los exámenes acordes para poder saber el tipo de cáncer y el estadio en el que se encuentra el paciente, llevando a cabo la ruta de atención adecuada se puede diagnosticar a tiempo y de esta manera poder brindar su tratamiento eficaz ya sea con soporte de quimioterapia intravenosa, oral, cirugía en caso de que lo requiera o con tratamiento paliativo. Esto facilita la atención oportuna y no generar reprocesos agrandando los costos para su adecuado tratamiento.

Tabla 3. Características clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (Neiva, Colombia) en el periodo 2007a 2012 (n=396).

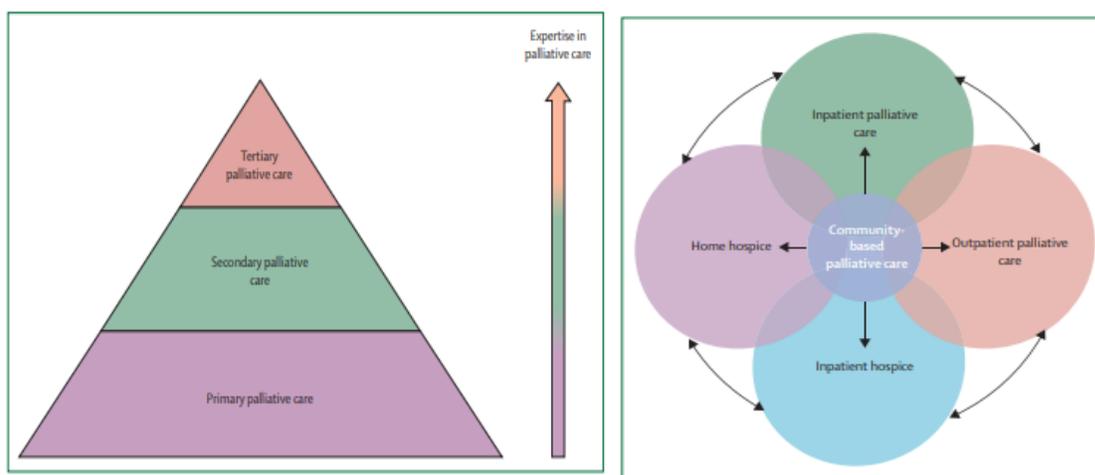
Característica	n	Frecuencia (Porcentaje)
Método diagnóstico		
Biopsia gástrica	354	89,4
Espécimen quirúrgico	177	44,7
Líquido peritoneal	10	2,5
Principal localización del tumor		
Tercio proximal	75	18,9
Cuerpo	69	17,4
Tercio distal	222	56,6
Sin información	30	7,5
Estadio		
I	23	5,8
II	55	13,9

III	85	21,5
IV	149	37,6
Sin información	84	21,2

Fuente: González et al. (2015).

Los cuidados paliativos nacieron para aliviar el dolor que genera una enfermedad crónica en las personas, van de la mano con muchas especialidades, pero particularmente con Oncología, el cáncer es una de las enfermedades que más dolores genera ya que ataca varias partes del cuerpo. El paciente diagnosticado con cáncer en estadio temprano puede que no tenga que acudir al servicio de cuidados paliativos con tanta frecuencia como lo haría un paciente con un estadio más avanzado.

Los cuidados paliativos se clasifican en primario, que es cuando son atendidos por médicos familiares y algunas veces por oncólogos, en el nivel secundario oncólogos y especialistas en cuidado paliativo, mientras que el nivel terciario son cuidados que se prestan en el entorno más específicamente en el hogar del paciente, estos son prestados por un médico familiar, oncólogo, especialistas en cuidados paliativos y son prestados en especial a los pacientes con una enfermedad avanzada, hospitalizados y domiciliarios.



Gráfica 2. Modelo conceptual de prestación de cuidados paliativos basado en la experiencia del proveedor y en la comunidad. Fuente: Kaasa et al. (2018).

La gráfica anterior muestra los diferentes modelos de las prestación de cuidados paliativos donde se puede observar que existen tres niveles, los cuidados paliativos en el nivel primario, en algunos casos son proporcionados por médicos de familia y en otros modelos por oncólogos; en el nivel secundario algunos son proporcionados por oncólogos mientras que otros son prestados por especialistas en cuidados paliativos, mientras que el tercer nivel se centra en el entorno.

En la atención basada en la comunidad se enfoca en la prestación del servicio de cuidados paliativos entre hospicio para pacientes hospitalizados, ambulatorios, domiciliarios y comunitarios. “Estos modelos conceptuales identifican factores importantes relacionadas con la organización, la competencia profesional y el tiempo como parte de la ruta de atención,

que debe ser considerado cuando oncología integrada y cuidados paliativos en todos los entornos se describen y definen” (Kaasa et al., 2018).

Aunque muchas veces no se cumplen con estas clasificaciones la integración total de estas características logran brindar una atención integra.

5. CONCLUSIONES

Con los cuidados paliativos además de aliviar síntomas en los pacientes, también tiene un gran objetivo y es disminuir la ocupación en urgencias, primero para proteger la salud de los pacientes oncológicos ya que urgencias puede llegar a ser un foco de infección para ellos por la cantidad y variedad de virus que habitan allí, y por otro lado trae beneficios económicos para la Institución Prestadora de Salud porque se podrá atender con mayor facilidad y oportunidad a los pacientes que acuden por situaciones diferentes al servicio de urgencias.

Las IPS deberían implementar la unidad de cuidados paliativos con el fin de lograr una mejor atención al paciente oncológico y no oncológico, con este servicio existe una alta probabilidad de disminuir los costos que se puedan generar en recursos de hospitalización y mejorar los indicadores de PQRS, logrando prestar una atención segura y eficiente al paciente.

Es importante que el médico informe al paciente sobre este servicio, explique sus beneficios, para que así el paciente pueda asistir a esta unidad en cuanto lo requiera, si el paciente no está bien informado lo más probable es que asista al servicio de urgencias frente algún síntoma anormal en su cuerpo a causa de la enfermedad o de los tratamientos.

6. REFERENCIAS

Aguiar, A., Cardoso, I., da Silva, I., & Oliveira. (2020). Repercusiones de los cuidados paliativos pediátricos: revisión integrativa. *Revista Bioética*, 28(4), 710–717. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284435>

Bajwah, S., Oluyase, A., Yi, D., Gao, W., Evans, C., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F., & Higginson, I. (2020). Efectividad y relación de coste-efectividad de los cuidados paliativos especializados hospitalarios (CPEH) para los adultos con enfermedades en estadios avanzados y sus cuidadores no remunerados. Recuperado de https://www.cochrane.org/es/CD012780/SYMPT_efectividad-y-relacion-de-coste-efectividad-de-los-cuidados-paliativos-especializados-hospitalarios

Buján, S., Bolaños, S., Mora, K., & Bolaños, I. (2020). Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 37(1), 62-73. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100062

Carrillo, G., & Santamaría, N. (2019). Vivir después de una gastrectomía: experiencia de pacientes con cáncer gástrico. *Enfermería Clínica*, 29(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.006>

Douglass, K. (2004). Urgencia. *Emergency Medicine News*, 26(12), 58. <https://doi.org/10.1097/00132981-200412000-00036>

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2019). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Recuperado de <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/09/CANCER2019COM-3.pdf>

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2020). Magnitud, Tendencia y acceso a los servicios 2020. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/03/CAC.Co_2021_03_03_Libro_MagnitudyTendencia_Asamblea_2021_v5.pdf

González, A., Benavides, E., Santofimio, D., & Gil, F. (2015). Cáncer gástrico: características epidemiológicas, clínicas y patológicas de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Neiva entre enero del 2007 y diciembre del 2012. *Revista Facultad de Salud*, 7(2), 23-28. Recuperado de <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/download/951/3790?inline=1>

Instituto Nacional del Cáncer. (2016). Estudio confirma beneficios de los cuidados paliativos desde el principio en el cáncer avanzado. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/cuidados-paliativos-calidad>

Kaasa, S., Loge, J. H., Aapro, M., Albrecht, T., Anderson, R., Bruera, E., Brunelli, C., Caraceni, A., Cervantes, A., Currow, D. C., Deliens, L., Fallon, M., Gómez-Batiste, X., Grotmol, K. S., Hannon, B., Haugen, D. F., Higginson, I. J., Hjermstad, M. J., Hui, D., ... Lundebj, T. (2018). Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*, 19(11), e588–e653. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7)

León, M. (2017). Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. *Universitas Médica*, 57(3), 294–306. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed57-3.cdcp>

Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., & Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The Lancet Oncology*, 14(12), 1165–1174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X)

Mayo Clinic. (2019). Cáncer. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20se%20refiere%20a,de%20propagarse%20por%20el%20cuerpo.>

Menichetti, E., Romani, L., Meyer, J., & Scheucher, A. (s.f.). Costos En Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Costos%20comparativos%20del%20cuidado>

%20paliativo%20ScheucherCF.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2007). Control del cáncer Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados paliativos. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44025/9789243547343_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>

Reid, J., de Vries, E., Ahmedzai, S., Arias-Rojas, M., Calvache, J. A., Gómez-Sarmiento, S., Gomez-Serrano, M., Parra-Cubides, S., Prue, G., & Moreno, S. (2021). Palliative Care and Oncology in Colombia: The Potential of Integrated Care Delivery. *Healthcare*, 9, 789. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070789>

Uribe, C., Amado, A., Rueda, A. M., & Mantilla, L. (2019). Barriers to access to palliative care services perceived by gastric cancer patients, their caregivers and physicians in Santander, Colombia. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(5), 1597–1607. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04432019>