

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN  
HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA DEL HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL  
1 DE ABRIL DE 2023 Y 1 DE ABRIL DE 2024

Trabajo final de graduación sometido a la consideración del Comité de la Especialidad en  
Medicina Paliativa para optar por el grado y título de Especialista en Medicina Paliativa

LUIS ALEJANDRO TORRES QUESADA

SAN JOSÉ, COSTA RICA

2025

## AGRADECIMIENTOS

Al sistema de educación superior pública, sin el cual este camino de más de 10 años habría sido inimaginable.

A cada uno de los pacientes que pude atender como residente, y a sus familias, porque en la vulnerabilidad de la enfermedad representaron invaluable oportunidades de aprendizaje.

A los profesores de posgrado del Hospital San Juan de Dios, y a los profesores del posgrado en medicina paliativa, por la confianza y enseñanzas.

A los amigos que encontré en la residencia, en especial a los del grupo A, por darle a este proceso un sentido de pertenencia más allá de lo académico.

A mis amigos de casi un cuarto de siglo, porque, a pesar de que la residencia me ha hecho ausentarme, siempre han estado ahí.

## DEDICATORIA

A Ale, por esta vida tan bonita que estamos construyendo juntos. Sin la paciencia y el amor con que me acompañaste este proceso, no habría concluido de forma tan gratificante.

A papi, mami, Santi y Luca, porque, gracias a su esfuerzo y apoyo incondicional, he podido llegar hasta aquí, este logro también es de ustedes.

## APROBACIÓN DEL COMITÉ ASESOR

Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Medicina Paliativa del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Medicina Paliativa.



---

Dra. Andrea Cartín Saborío  
Coordinadora del Posgrado en Medicina Paliativa



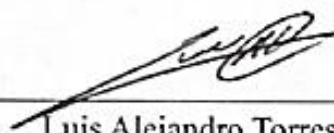
---

Dra. Andrea Medina Méndez  
Tutora



---

Dra. Andrea Cartín Saborío  
Lectora



---

Luis Alejandro Torres Quesada  
Sustentante

## CONSTANCIA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 8 de enero de 2026

Señores(as)  
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Universidad de Costa Rica

Estimados señores(as):

Yo, María Fernanda Sanabria Coto, cédula de identidad 114290780, filóloga española graduada en la Universidad de Costa Rica, perteneciente a la Asociación Costarricense de Filólogos (ACFIL), carné 225 y al Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes de Costa Rica (COLYPRO), código 75402, hago constar que he revisado el documento titulado:

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN  
HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA DEL  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO  
ENTRE EL 1 DE ABRIL DE 2023 Y 1 DE ABRIL DE 2024**

Dicho documento fue elaborado por Luis Alejandro Torres Quesada, cédula de identidad 207490563, con el fin de optar al grado de Especialista en Medicina Paliativa. He revisado y corregido aspectos tales como construcción de párrafos, vicios del lenguaje trasladados a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico.

Atentamente,

*Fernanda S. Coto*



**MARIA  
FERNANDA  
SANABRIA  
COTO  
(FIRMA)**

Firmado digitalmente por MARIA FERNANDA SANABRIA COTO (FIRMA)  
Nombre de reconocimiento (DN): serialNumber=CPF-01-1429-0780, sn=SANABRIA COTO, givenName=MARIA FERNANDA, c=CR, o=PERSONA FISICA, ou=CIUDADANO, cn=MARIA FERNANDA SANABRIA COTO (FIRMA)  
Motivo: Revisión filológica  
Ubicación: Costa Rica  
Fecha: 2026.01.08 10:31:05 -06'00'

María Fernanda Sanabria Coto  
Filóloga  
Cédula de identidad 1-1429-0780  
Colypro. Código 75402  
Asociación Costarricense de Filólogos. Carné nro. 225  
fernanda.sanabria@filologos.cr  
Teléfono: +506 6022 9569

## TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
APROBACIÓN DEL COMITÉ ASESOR .....	iv
CONSTANCIA DE REVISIÓN FILOLÓGICA .....	v
TABLA DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN .....	x
ABSTRACT.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xv
<b>CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL.....</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción .....	1
1.2. Antecedentes .....	2
1.3. Definición del problema.....	3
1.4. Justificación del problema.....	3
1.5. Objetivo general .....	4
1.6. Objetivos específicos .....	4
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
2.1. Generalidades de los cuidados paliativos.....	5
2.1.1. Definición .....	5
2.2.1. Desarrollo histórico .....	6
2.2. Niveles de atención en cuidados paliativos.....	7
2.2.1. Primer nivel .....	8
2.2.2. Segundo nivel .....	8

2.2.3. Tercer nivel .....	9
2.3. Escenarios de atención en cuidados paliativos.....	9
2.3.1. Escenarios extrahospitalarios .....	10
2.3.1.1. Atención domiciliar.....	10
2.3.1.2. Cuidados de hospicio .....	11
2.3.1.3. Clínicas de atención ambulatoria (consulta externa) .....	12
2.3.2. Escenarios intrahospitalarios .....	13
2.3.2.1. Equipos interconsultores a nivel hospitalario .....	13
2.3.2.2. Unidad de cuidados paliativos .....	13
2.3.2.3. Unidad de cuidados paliativos agudos (APCU) .....	14
2.3.3. Otros escenarios de atención .....	16
2.4. Determinantes del escenario de atención más apropiado.....	17
2.5. Integración de la atención en los diferentes escenarios .....	19
2.6. Experiencia internacional de las unidades de cuidados paliativos agudos .....	20
2.6.1. Estados Unidos .....	20
2.6.2. Canadá .....	21
2.6.3. Italia .....	22
2.6.4. Noruega .....	22
2.6.5. Corea del Sur .....	22
2.6.6. Pakistán.....	23
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO .....	27
3.1. Tipo de estudio .....	27
3.2. Lugar de estudio.....	27
3.3. Objeto de estudio.....	27
3.4. Población de estudio .....	27

3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
3.6. Fuente de información.....	28
3.7. Definición de variables .....	28
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	30
3.9. Técnica para análisis de los resultados.....	31
3.10. Limitaciones del trabajo .....	31
3.11. Plan de trabajo .....	32
<b>CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
4.1. Distribución según número de ingresos .....	33
4.2. Características sociodemográficas .....	34
4.3. Enfermedad avanzada o terminal y estado funcional.....	35
4.4. Ruta y motivo principal de ingreso .....	38
4.5. Intervenciones terapéuticas .....	40
4.6. Estancia hospitalaria, mortalidad y escenarios de atención al egreso .....	41
4.7. Subgrupo de reingresos .....	44
<b>CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
5.1. Características sociodemográficas .....	51
5.2. Enfermedad avanzada o terminal no oncológica .....	52
5.3. Enfermedad avanzada o terminal oncológica .....	52
5.4. Estado funcional.....	54
5.5. Ruta de ingreso.....	55
5.6. Motivo principal de ingreso .....	57
5.7. Intervenciones terapéuticas .....	59
5.8. Estancia hospitalaria.....	61
5.9. Mortalidad intrahospitalaria .....	62

5.10. Escenario de atención al egreso .....	63
5.11. Subgrupo de reingresos .....	63
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
6.1. Conclusiones .....	66
6.2. Recomendaciones.....	67
REFERENCIAS.....	69
ANEXOS .....	76
Anexo 1. Licencia de publicación.....	76

## RESUMEN

Las unidades de cuidados paliativos agudos (APCU) son el escenario de atención ideal para el abordaje intrahospitalario multidimensional y multidisciplinario de los casos más complejos en medicina paliativa. Por lo que este estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tiene como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de la población hospitalizada en el servicio de medicina paliativa del Hospital San Juan de Dios. Para llevarlo a cabo, se analizaron variables sociodemográficas, diagnóstico de fondo, estado funcional, ruta y motivo de ingreso, intervenciones realizadas, estancia, mortalidad y escenario de atención al egreso de las hospitalizaciones durante un año. Durante el periodo de estudio, se registraron 263 ingresos (238 pacientes): el 60% correspondió a mujeres, la edad promedio fue de 62 años, el diagnóstico de fondo fue oncológico en 99% de los casos predominando los tumores gastrointestinales (26%), hepatobiliar y pancreáticos (19%), así como ginecológicos (12%). La mayoría de los ingresos provino de emergencias en 74% y los motivos de ingreso más frecuentes fueron los procesos infecciosos (29%), cuidados del final de la vida (10%) y control del dolor (9%). Por su parte, la intervención más común fue la prescripción de opioides (85%), seguida de la antibioticoterapia (44%) y antieméticos (43%). La estancia promedio fue de 7 días, se registró una mortalidad del 36% y el escenario más común de atención al egreso fue la visita domiciliar en el 60%. Finalmente, la unidad del Hospital San Juan de Dios presentó resultados comparables con los publicados en la literatura internacional y cumplió con los objetivos de estancia y mortalidad contemplados en la definición de las APCU.

**Palabras clave:** medicina paliativa; unidad de cuidados paliativos agudos; APCU; Costa Rica.

## ABSTRACT

Acute Palliative Care Units (APCUs) provide an optimal setting for comprehensive in-hospital multidimensional and multidisciplinary management of highly complex cases in palliative medicine. This is an observational, descriptive and retrospective study aimed at describing the clinical and epidemiological characteristics of the population hospitalized in the palliative care service at Hospital San Juan de Dios. Sociodemographic characteristics, underlying diagnosis, functional status, route and reason for admission, interventions performed, length of stay, mortality, and care setting at discharge were analyzed for hospitalizations over one year. During the study period 263 admissions (238 patients) were recorded: 60% were women, the mean age was 62 years, and the underlying diagnosis was oncologic in 99% of cases, with gastrointestinal tumors (26%), hepatobiliary and pancreatic (19%), and gynecologic (12%) cancers predominating. Most admissions originated from the emergency department (74%), and the most frequent reasons for admission were infectious diseases (29%), end-of-life care (10%), and pain control (9%). The most common intervention was opioid prescription (85%), followed by antibiotic therapy (44%) and antiemetics (43%). The mean length of stay was 7 days, in-hospital mortality was 36%, and the most common post-discharge care setting was home care follow-up (60%). The unit at Hospital San Juan de Dios showed outcomes comparable to those reported in the international literature and met established benchmarks for length of stay and mortality within APCUs.

**Keywords:** Palliative medicine; acute palliative care unit; APCU; Costa Rica.

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Comparación de los resultados publicados por diferentes APCU a nivel global...24	24
<b>Tabla 2.</b> Definición y operacionalización de variables. ....28	28
<b>Tabla 3.</b> Desglose del plan de trabajo mensual según fases.....32	32
<b>Tabla 4.</b> Distribución de la población según el número de ingresos al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....34	34
<b>Tabla 5.</b> Características sociodemográficas de la población en estudio.....34	34
<b>Tabla 6.</b> Distribución según el diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....35	35
<b>Tabla 7.</b> Distribución de los ingresos con diagnóstico oncológico según el número de tumores primarios .....36	36
<b>Tabla 8.</b> Distribución según el estado funcional determinado mediante KPS de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....37	37
<b>Tabla 9.</b> Distribución según el estado funcional determinado mediante la escala ECOG de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....37	37
<b>Tabla 10.</b> Distribución según la ruta de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....39	39
<b>Tabla 11.</b> Distribución según el motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....39	39
<b>Tabla 12.</b> Distribución según las intervenciones realizadas en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....41	41
<b>Tabla 13.</b> Estancia hospitalaria promedio de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....41	41
<b>Tabla 14.</b> Mortalidad intrahospitalaria de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....42	42

<b>Tabla 15.</b> Distribución de la mortalidad intrahospitalaria según motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	42
<b>Tabla 16.</b> Escenario de atención al egreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	43
<b>Tabla 17.</b> Distribución de los pacientes según el número de reingresos al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	44
<b>Tabla 18.</b> Características sociodemográficas de los pacientes reingresados al servicio de MP del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024 .....	45
<b>Tabla 19.</b> Distribución de los reingresos según el número de tumores primarios. ....	45
<b>Tabla 20.</b> Distribución según el diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal de los pacientes reingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	46
<b>Tabla 21.</b> Distribución según el estado funcional determinado mediante la escala ECOG de los pacientes reingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	47
<b>Tabla 22.</b> Distribución según la ruta de reingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	47
<b>Tabla 23.</b> Distribución según el motivo de reingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	48
<b>Tabla 24.</b> Distribución según las intervenciones realizadas en el subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	49
<b>Tabla 25.</b> Estancia hospitalaria promedio del subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	49
<b>Tabla 26.</b> Mortalidad intrahospitalaria del subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	50
<b>Tabla 27.</b> Escenario de atención al egreso del subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.....	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Escenarios de atención en medicina paliativa. ....	9
<b>Figura 2.</b> Elección del escenario de atención en medicina paliativa según las necesidades del paciente y los recursos disponibles. ....	18
<b>Figura 3.</b> Articulación de los diferentes escenarios de atención en medicina paliativa. ....	19
<b>Figura 4.</b> Captura de pantalla del instrumento de recolección de datos diseñado en Microsoft Excel. ....	30
<b>Figura 5.</b> Selección de los ingresos para el estudio según criterios de elegibilidad .....	33
<b>Figura 6.</b> Distribución según el diagnóstico oncológico de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024 (n=272). ....	36
<b>Figura 7.</b> Distribución según el estado funcional determinado mediante la escala ECOG de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	38
<b>Figura 8.</b> Distribución según el motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024 (n=280). ....	40
<b>Figura 9.</b> Mortalidad por motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	43
<b>Figura 10.</b> Escenario de atención al egreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	44
<b>Figura 11.</b> Distribución según el diagnóstico oncológico de los pacientes reingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024. ....	46
<b>Figura 12.</b> Distribución según el motivo de reingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril 2023 y 1 de abril 2024 (n=29). ....	48

**LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>APCU</b>	Unidad de Cuidados Paliativos Agudos
<b>ATB</b>	Antibióticos
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>CEC</b>	Comité Ético Científico
<b>CP</b>	Cuidados paliativos
<b>CR</b>	Costa Rica
<b>ECOG</b>	Eastern Cooperative Oncology Group
<b>EDUS</b>	Expediente Digital Único en Salud
<b>GAM</b>	Gran Área Metropolitana
<b>HSJD</b>	Hospital San Juan de Dios
<b>KPS</b>	Karnofsky Performance Status
<b>MP</b>	Medicina paliativa
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>USIMP</b>	Unidad de Soporte Integral de Medicina Paliativa

## CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL

### 1.1. Introducción

La medicina paliativa (MP) es una especialidad que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante un abordaje multidisciplinario y multidimensional (1–3). Los cuidados paliativos (CP) surgieron con el movimiento de hospicios liderado por la Dra. Saunders, sin embargo, con el desarrollo de la disciplina, se fueron estableciendo nuevos escenarios de atención que se dividen entre el ámbito extrahospitalario e intrahospitalario; en este último, se encuentran las unidades de cuidados paliativos agudos (APCU por sus siglas en inglés) (4,5).

Las APCU están diseñadas para la atención de pacientes que representan un caso complejo y que ameritan un abordaje integral por parte de un equipo multidisciplinario especializado (1,5,6). Las primeras APCU surgieron en Canadá en Edmonton en 1992 y en Estados Unidos en Cleveland en 1994; posteriormente, se extendieron a distintas regiones de manera global (7–9). Además, con la experiencia documentada, se han publicado diversos estudios sobre su concepción, funcionamiento general y resultados obtenidos en países como Canadá, Estados Unidos, Italia, Noruega y Corea del Sur.

En Costa Rica, los CP iniciaron su desarrollo en la década de los noventa (10). Según un análisis de la CCSS, las necesidades de CP en el país en el año 2018 se calcularon en un total de 19 502 pacientes y la mayoría de los casos se encontraban ubicados en el GAM (11). A pesar de esto, son pocos los centros hospitalarios de la institución que cuentan con una unidad intrahospitalaria y cabe destacar que no se han publicado estudios sobre el funcionamiento o resultados obtenidos en estas unidades.

El presente estudio constituye el primer análisis detallado de los resultados de una unidad intrahospitalaria de cuidados paliativos agudos en Costa Rica, generando así una fuente estadística que permita visibilizar la relevancia del modelo y respaldar su replicación en otros centros de la CCSS. Esto permitirá que cada vez más pacientes y sus familias puedan acceder a una atención en MP altamente especializada y que satisfaga sus necesidades en las diferentes etapas de la enfermedad, impactando positivamente en su calidad de vida.

## 1.2. Antecedentes

La evidencia internacional respalda ampliamente el impacto positivo de las APCU, ya que se ha demostrado que la integración de los cuidados paliativos hospitalarios permite un mejor control de síntomas de forma multidimensional, mejor calidad de vida, mayor satisfacción de la atención para el paciente y su familia, así como un menor costo para el sistema de salud (12–17).

En Estados Unidos, el MD Anderson Cancer Center reportó, en un análisis de 2568 ingresos, una edad promedio de 59 años, una estancia hospitalaria de 7 días, mortalidad del 33% y egresos mayoritariamente hacia el sistema de hospicio (18). En el mismo país, la Cleveland Clinic documentó en 100 internamientos que los principales motivos de ingreso correspondieron al control de síntomas (66%), complicaciones propias del cáncer (27%) y cuidados del final de la vida (5%), con estancias y mortalidad comparables (8).

Por su parte, en Canadá, un estudio del Hospital Princess Margaret que incluyó más de 1500 ingresos mostró una edad promedio de 64 años, con estancias de 12 días, mortalidad de 50% y egresos predominantes hacia el domicilio (19). Además, en Europa, experiencias en Italia y Noruega muestran tendencias similares en cuanto al diagnóstico oncológico y motivo de ingreso, con la particularidad de una estancia hospitalaria y mortalidad menor, en probable relación con características de base más favorables de los pacientes ingresados (20–22).

A nivel latinoamericano, el Atlas de Cuidados Paliativos de 2020 reportó la existencia de múltiples equipos de atención en diferentes escenarios a lo largo de la región, incluyendo países como México, Costa Rica, Argentina y Chile; sin embargo, los datos presentados son de carácter general y no incluyen resultados específicos de funcionamiento bajo el modelo de APCU (23).

Finalmente, en Costa Rica, a pesar de que el desarrollo de los cuidados paliativos inició en la década de 1990 y que se cuenta con una red nacional articulada, al momento del estudio solo en los hospitales México, San Juan de Dios y Max Peralta se cuenta con la posibilidad de hospitalizar pacientes en el servicio de medicina paliativa y no se han publicado resultados clínicos de estas unidades de tercer nivel (24–26). Por lo tanto, debido a la ausencia de datos

publicados en la región, este estudio beneficiará no solo a la población costarricense, sino que podría utilizarse como referencia estadística para la población latinoamericana.

### **1.3. Definición del problema**

La medicina paliativa es una especialidad médica, cuyo desarrollo a nivel mundial inició en la década de 1960 y, a través del tiempo, fue diversificando sus escenarios de atención hasta la creación de las primeras APCU en la década de 1990. En Costa Rica, los cuidados paliativos se empiezan a desarrollar en la década de 1990 y, a pesar de su crecimiento a lo largo del tiempo, son pocos los hospitales de la CCSS que cuentan con una unidad de cuidados paliativos de tercer nivel como tal, además, no se ha publicado ningún estudio al respecto de su funcionamiento y resultados hasta la fecha.

### **1.4. Justificación del problema**

La medicina paliativa es una especialidad que tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante un abordaje integral multidisciplinario y multidimensional. Dentro de este abordaje, las APCU se concibieron para el manejo de los casos de mayor complejidad (1–3).

Las APCU permiten el abordaje integral y multidisciplinario de los casos más complejos en MP, lo que impacta directamente en la calidad de vida del paciente y sus familiares. Por esta razón, se desea analizar la labor realizada en la APCU del Hospital San Juan de Dios, ya que esto permite visibilizar la importancia de este modelo de atención para su replicación en otros centros de la Caja.

En Costa Rica, según un análisis de la CCSS, las necesidades de cuidados paliativos en el país, en el año 2018, se calcularon en un total de 19 502 pacientes y la mayoría de los casos estaban ubicados en el GAM (11). A pesar de esto, son pocos los centros hospitalarios de la institución que cuentan con una unidad que opere bajo la definición de una APCU.

A partir de lo anterior, la presente investigación pretende analizar el trabajo realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos Agudos del Hospital San Juan de Dios, generando así una fuente estadística que permita visibilizar su importancia a nivel institucional y que pueda servir como base para replicar el modelo en otros centros de la CCSS. Esto permitirá que

cada vez más pacientes y sus familias puedan acceder a una atención en medicina paliativa altamente especializada y que satisfaga sus necesidades en las diferentes etapas de la enfermedad, impactando positivamente en su calidad de vida.

### **1.5. Objetivo general**

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de la población hospitalizada en el servicio de Medicina Paliativa del Hospital San Juan de Dios, en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y el 1 de abril de 2024.

### **1.6. Objetivos específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar el diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal, la ruta y el motivo de ingreso a hospitalización, el estado funcional al ingreso, así como las principales intervenciones terapéuticas realizadas durante la hospitalización.
3. Determinar el promedio de días de estancia y la mortalidad hospitalaria.
4. Identificar el escenario de atención al que se destinaron los pacientes que egresaron por indicación médica.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Generalidades de los cuidados paliativos

#### 2.1.1. Definición

El término de “cuidados paliativos” fue acuñado por el médico canadiense Balfour Mount luego de una visita al Hospicio de St. Christopher, para evitar la confusión con el término *hospice*, que en francés puede utilizarse como sinónimo de hospital (1,27). Desde el punto de vista etimológico, la palabra “paliativo” proviene del latín *pallium*, que significa manto o cubierta, en referencia al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (27).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 1990 una definición consensuada de los cuidados paliativos, la cual fue revisada en el 2002, en la que se describen como un enfoque de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias a partir del abordaje de los problemas asociados con una enfermedad que amenaza la vida, mediante la prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, valoración impecable, así como tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (1).

La definición de la OMS enfrentó diferentes críticas, principalmente, el hecho de que limita los cuidados paliativos a enfermedades que amenazan la vida, dejando de lado a numerosos pacientes con múltiples condiciones crónicas severas con una gran carga multidimensional asociada; por lo que, en el 2020, se realizó un consenso de expertos a nivel mundial impulsado por la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos que involucró a más de 400 funcionarios de la salud de 88 países con el objetivo de redefinir los cuidados paliativos (28). La definición resultante es más amplia y se refiere a los cuidados paliativos como “la atención holística activa de pacientes de todas las edades con un sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, especialmente aquellos cerca del final de la vida. Busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y cuidadores” (28).

### **2.2.1. Desarrollo histórico**

Los cuidados paliativos se desarrollaron de la mano del movimiento de hospicios que, durante la Edad Media, fungieron como sitios de acogida para peregrinos que frecuentemente se encontraban enfermos o moribundos, por lo que no solo brindaban refugio, sino también cuidado a estas personas (1). Muchos de estos hospicios estaban vinculados con instituciones cristianas, por lo que, con la reforma protestante, vieron un cese abrupto de sus funciones (27).

El término se vuelve a acuñar en 1842 en Francia, cuando se desarrollan espacios destinados específicamente para el cuidado de pacientes moribundos y, después, en 1879 y 1905, cuando Las Hermanas de la Caridad fundan dos hospicios en Dublín y Londres (27). En este último, el Hospicio de San Joseph, la Dra. Cicely Saunders inicia sus labores que la convertirían en pionera en el área de los cuidados paliativos y que la llevarían en 1967 a la apertura del Hospicio de San Christopher en Londres, donde no solo se prestaba atención a pacientes terminales, sino que se desarrolló la docencia e investigación. Este centro sirvió como modelo para el desarrollo en otras regiones, expandiéndose a Canadá, Estados Unidos y Europa en la década de los setenta (1,27). En la década de los ochenta, hubo un crecimiento importante del sistema de hospicios en Estados Unidos con la introducción de estos beneficios al programa Medicare (1).

En América Latina, los cuidados paliativos iniciaron relacionados a las clínicas del dolor para pacientes con cáncer, como consecuencia de una campaña promovida por la OMS en 1982 sobre “Alivio del Dolor por Cáncer”; posteriormente, se fue ampliando la visión a otras condiciones y pacientes, con los primeros centros ubicados en Brasil y Colombia (29). La primera reunión regional se realizó en Argentina en 1990 y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos se constituyó en el año 2001.

En el caso de Costa Rica, los cuidados paliativos se remontan a 1987 con el regreso desde los Estados Unidos de la Dra. Quesada Tristán como especialista en medicina paliativa pediátrica y el inicio de formación de personal de salud en este ámbito (24). Durante la década de los noventa, se presenta un crecimiento importante con la apertura de la primera unidad de cuidados paliativos en el Hospital Max Peralta y, posteriormente, en el Hospital Nacional

de Niños, seguidas por el Hospital San Rafael de Alajuela y Hospital Calderón Guardia que después se transformaría en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, el cual inauguró su propia infraestructura en el 2017 (24,25). Este último se designó en 1999 como la autoridad técnica asesora y funcional en su especialidad en el ámbito institucional por parte de la Gerencia Médica y es quien debe dictar las normas y políticas en lo referente al manejo y tratamiento del dolor agudo y crónico maligno y benigno, así como en el área de los cuidados paliativos. Así mismo, debe destacarse que, en 1994, producto de la resolución de un recurso de amparo, la Sala Constitucional legisla sobre el derecho a los cuidados paliativos para los habitantes del país (25).

Por su parte, en el caso del Hospital San Juan de Dios (HSJD), se creó en 1997 la Fundación Pro-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, como una organización no gubernamental para la atención de pacientes con enfermedades sin opción curativa y síndromes dolorosos crónicos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, ya que, para entonces, no existía un servicio en el hospital que atendiera a esta población (26). Esta iniciativa llevó a la consolidación de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos como un servicio adscrito al Departamento de Hematooncología del hospital.

La Unidad de Cuidados Paliativos del HSJD se compone de un equipo multidisciplinario que incluye profesionales en medicina paliativa, enfermería, psicología y trabajo social, así como el apoyo de otras disciplinas o servicios según se requiera en cada caso particular (26). La atención se brinda en diferentes escenarios: consulta externa, interconsulta, hospitalización, procedimientos en la Unidad de Soporte Integral (USIMP), visita domiciliar y seguimiento vía telefónica. En el caso específico de la unidad intrahospitalaria, corresponde a un modelo integrado al servicio de hospitalización de hematooncología y se cuenta actualmente con cuatro camas en total: dos camas para hombres y dos para mujeres.

## **2.2. Niveles de atención en cuidados paliativos**

La organización por niveles de atención en cuidados paliativos se refiere a la estructura de la prestación del servicio por los diferentes integrantes del equipo de salud en relación directa con el grado de complejidad de los casos atendidos (1,30). Por lo que es importante no confundir esta estructura con la organización general por niveles de atención que presenta la

Caja Costarricense de Seguro Social: primer, segundo y tercer nivel, según la complejidad de las necesidades y problemas de salud atendidos (31).

### **2.2.1. Primer nivel**

Los cuidados paliativos de primer nivel hacen referencia a las habilidades y competencias básicas en atención paliativa que se espera que tengan los diferentes funcionarios del sistema de salud, quienes no pertenecen a un equipo especializado en cuidados paliativos, a la hora de atender a los pacientes (2,6). Este modelo de atención implica que se brinden los cuidados paliativos básicos para aquellos casos de menor complejidad por parte de los integrantes del equipo de salud, tanto a nivel de medicina general como de las especialidades distintas a la medicina paliativa (30).

La principal ventaja de este modelo es la integración temprana y en la atención del día a día de los cuidados paliativos, sin depender de un especialista en medicina paliativa como tal, lo cual resulta particularmente útil en entornos donde hay escasez o dificultad para acceder a dicho recurso humano (30).

Por otro lado, el modelo presenta desventajas inherentes a su estructura: no todos los profesionales de salud cuentan con la formación necesaria para el manejo apropiado de síntomas en las diferentes dimensiones que se evalúan en los cuidados paliativos; en algunos sistemas el tiempo es un factor limitante para un adecuado abordaje de las distintas necesidades del paciente y su familia, además, suele haber mayor incertidumbre en el manejo conforme se acerca la etapa de final de vida (6,30).

### **2.2.2. Segundo nivel**

En cuanto a los cuidados paliativos de segundo nivel, son aquellos brindados por un equipo con formación especializada en medicina paliativa (32). Esta puede brindarse en los diferentes escenarios de atención: a nivel domiciliario, en cuidados de hospicio, en clínicas ambulatorias y en equipos de interconsulta en el ámbito intrahospitalario (30).

### 2.2.3. Tercer nivel

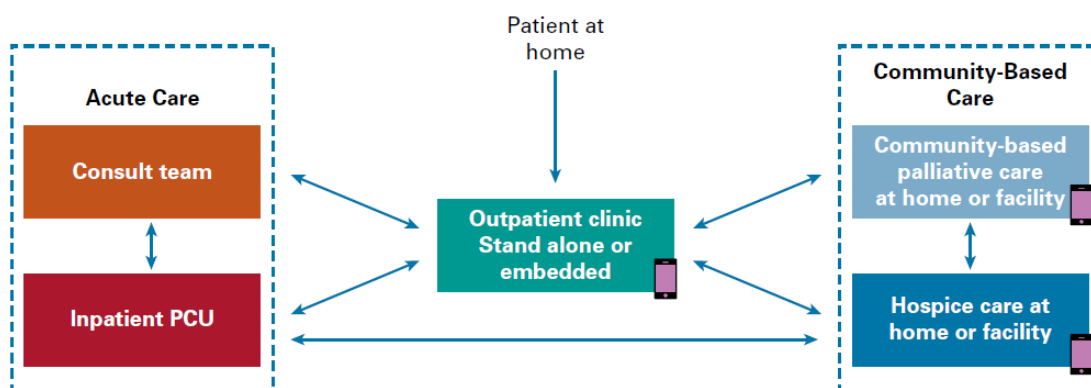
Los cuidados paliativos de tercer nivel se refieren a aquellos centros médicos y académicos donde el conocimiento especializado en medicina paliativa para los casos de mayor complejidad es practicado, enseñado e investigado (2,32). El ejemplo clásico de los cuidados paliativos de tercer nivel son las unidades de cuidados paliativos agudos (1).

### 2.3. Escenarios de atención en cuidados paliativos

Los cuidados paliativos surgieron de la mano del movimiento de hospicios liderado por la Dra. Cicely Saunders, sin embargo, con el paso del tiempo y el desarrollo de la disciplina, se fueron estableciendo nuevos y diversos escenarios en los que se pueden practicar (4). Además, los principales escenarios de atención descritos en la literatura se pueden dividir según se encuentren en el ámbito intra o extrahospitalario (Figura 1). Dichos escenarios se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Extrahospitalarios: pueden incluir también un seguimiento telefónico en las diferentes modalidades:
  - Consulta externa
  - Atención domiciliar
  - Hospicio
- Intrahospitalarios
  - Equipos interconsultores
  - Unidades de cuidados paliativos agudos

**Figura 1.** Escenarios de atención en medicina paliativa.



Fuente: Tomado de Hui y Bruera (5).

La elección del escenario más apropiado en un momento dado dependerá no solo de las necesidades del paciente y su familia, sino también de los recursos disponibles en el sistema (1). Así mismo, es importante tomar en cuenta que la composición del equipo multidisciplinario puede variar según el escenario determinado y dentro de los diferentes escenarios disponibles en el sistema, el paciente puede trasladarse de uno a otro según la evolución de su cuadro.

### **2.3.1. Escenarios extrahospitalarios**

#### **2.3.1.1. Atención domiciliar**

Los cuidados paliativos a nivel domiciliar son una opción muy importante en el contexto de enfermedades en etapa avanzada. Al respecto, se han publicado encuestas que revelan que, a pesar de que una mayoría de pacientes fallece en un hospital, hasta un 70% preferiría morir en su hogar (33). En algunas partes del mundo, como Estados Unidos, este modelo recibe el nombre de *outpatient hospice* (1).

La atención paliativa domiciliar puede ser muy satisfactoria, pero también puede convertirse en una situación retadora y demandante, tanto para la familia como para el equipo multidisciplinario, por lo que resulta primordial conversar con el paciente y sus familiares sobre sus deseos en relación con los cuidados al final de la vida en el contexto de las posibilidades que el sistema puede ofrecer (1,6). Este escenario de atención presenta diversas ventajas para el paciente y su familia: mayor privacidad, autonomía y sensación de seguridad, así como una mejor comprensión de la muerte como una etapa normal de la vida, lo que puede facilitar el periodo de duelo (1).

Por lo tanto, se proponen requisitos para una adecuada atención a nivel domiciliar, los cuales incluyen el consentimiento por parte del paciente, la presencia de la figura de un cuidador o cuidadores que estén disponibles las 24 horas del día, que el hogar cuente con los recursos mínimos para garantizar el confort y que no exista una barrera geográfica que impida trasladar al paciente a otro escenario de atención en caso necesario (1). Estos son requisitos planteados en la literatura internacional que no necesariamente se aplican en el medio local costarricense.

Las consultas a urgencias y hospitalizaciones innecesarias se pueden evitar mediante una adecuada educación y capacitación del paciente y sus familiares sobre cómo controlar los síntomas y cómo actuar ante los cambios. Además, es necesario contar con un servicio de apoyo telefónico, como extensión de la atención domiciliar, con disponibilidad las 24 horas del día para aclarar inquietudes que puedan surgir (1).

En cuanto a este tema, un metaanálisis de Cochrane publicado en el 2013 analizó 23 estudios, 16 correspondieron a ensayos aleatorizados controlados, incluyendo un total de 37 561 participantes y 4042 familiares cuidadores de pacientes oncológicos y no oncológicos (34). Este análisis concluyó que la atención paliativa en el escenario domiciliar redujo la carga de síntomas de los pacientes y aumentó en más del doble las posibilidades de fallecer en el hogar (34).

### **2.3.1.2. Cuidados de hospicio**

El término hospicio hace referencia a las instituciones independientes donde los pacientes son ingresados para recibir cuidados al final de la vida (6). En Estados Unidos, reciben el nombre de *inpatient hospices* y típicamente el principal determinante para el ingreso es una expectativa de vida menor a seis meses (1,5).

El objetivo principal de este modelo es paliar el sufrimiento del paciente y su familia desde una perspectiva multidimensional (5). Por esta razón, suelen contar con un equipo multidisciplinario con al menos un médico con entrenamiento en cuidados paliativos, enfermería, psicología, trabajo social, terapia física y capellán (1).

En Estados Unidos, en el año 2017, del total de ingresos al sistema de hospicios, solo un 30% correspondió a enfermedad oncológica, siendo ampliamente superada con un 70% por las patologías crónicas no oncológicas, principalmente la cardiopatía y demencia en etapa terminal (1). A pesar de que la enfermedad oncológica corresponde a la minoría de ingresos, el 50% de estos pacientes en dicho país fallece a nivel extrahospitalario (atención domiciliar y sistema de hospicio), siendo mayor este porcentaje en los 22 estados con legislación vigente en cuidados paliativos dentro de los que destacan California, Texas, Florida, New York e Illinois (35).

### **2.3.1.3. Clínicas de atención ambulatoria (consulta externa)**

Las clínicas de atención paliativa ambulatoria ofrecen diferentes servicios para pacientes que residen en su hogar y cuya condición les permite desplazarse hasta el centro de salud (6). Dichas clínicas pueden ser paliativas independientes o estar incluidas dentro de otras más grandes de atención oncológica (36). Además, se han identificado diferentes tipos según su composición en relación al recurso humano: clínicas multidisciplinarias, clínicas que cuentan únicamente con médico, aquellas que cuentan únicamente con enfermería o clínicas de atención telefónica a cargo de enfermería (36).

Cada una de las conformaciones tiene sus ventajas y desventajas, no obstante, el estándar de atención son las clínicas multidisciplinarias, ya que permiten reunir en un solo espacio y tiempo a todo el equipo de trabajo, lo que facilita el abordaje multidimensional del paciente y su familia (1,36). Las principales ventajas de estas clínicas ambulatorias son el acceso temprano en el curso de la enfermedad a la atención paliativa y el abordaje multidisciplinario conjunto simultáneo (1).

Por su parte, la principal limitación que enfrentan es que los pacientes tienden a ser referidos de manera tardía (1). Por ejemplo, en un estudio con pacientes con enfermedad oncológica avanzada, se identificó que el tiempo promedio entre la primera atención paliativa y la muerte fue de 42 días, en contraste, el tiempo promedio entre el diagnóstico y la muerte fue de 250 días, lo que evidencia esta problemática (37).

Una solución a este inconveniente fue la implementada en el Departamento de Cuidados Paliativos del MD Anderson Cancer Center, en el que cambiaron el nombre de su programa de atención ambulatoria de “Cuidados Paliativos” a “Cuidados de Soporte”, con lo que aumentaron en un 41% las referencias en los siguientes seis meses (1,38).

La evidencia respalda la práctica de las clínicas multidisciplinarias en comparación con la atención ambulatoria usual, ya que permiten, en una sola visita del paciente, un mejor control de la carga sintomática física y psicológica, un mayor número de recomendaciones médicas y no médicas, así como mayor satisfacción con la atención (1). Al respecto, en un estudio publicado en 2012 de la Unidad de Cuidados de Soporte del MD Anderson Cancer Center, el 45% de los pacientes con dolor oncológico presentó mejoría sintomática en la primera

consulta de seguimiento tras la valoración inicial multidisciplinaria (39). En Costa Rica, este modelo se encuentra representado por el Albergue San Gabriel que opera bajo la figura de ONG en conjunto con el servicio de MP del Hospital Nacional de Niños.

### **2.3.2. Escenarios intrahospitalarios**

#### **2.3.2.1. Equipos interconsultores a nivel hospitalario**

Los equipos de atención intrahospitalaria bajo la modalidad de interconsulta son un valioso recurso en los cuidados paliativos, ya que actúan como un puente que permite unificar la atención activa de la patología de fondo del paciente con la atención de sus necesidades paliativas de manera simultánea (1,6).

El equipo interconsultor valora a los pacientes a solicitud de los médicos tratantes y emite recomendaciones de manejo y tratamiento. Se ha reportado que hasta un 90% de dichas recomendaciones emitidas por los especialistas en medicina paliativa son acatadas por los médicos tratantes (40). Además, se ha evidenciado que este modelo de atención disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, futuras hospitalizaciones y reduce, de forma general, los costos para el sistema de salud (1,40).

#### **2.3.2.2. Unidad de cuidados paliativos**

El término “unidad de cuidados paliativos” resulta ambiguo, particularmente en el medio costarricense donde con frecuencia se utiliza como sinónimo de “servicio de cuidados paliativos”, independientemente del nivel organizacional de atención o la complejidad de los casos que se atiendan.

De una manera muy general, en las guías de la International Association for Hospice & Palliative Care, se define como una unidad de atención paliativa intrahospitalaria compuesta por un número determinado de camas y que puede operar bajo un modelo de atención de primer, segundo o tercer nivel (41). Por su parte, en las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, se describen como un grupo de camas dentro de un hospital general en las que se brindan cuidados de hospicio y las diferencian de los hospicios clásicos por la ubicación extrahospitalaria de estos últimos (42).

Con el crecimiento y especialización de la medicina paliativa, se ha desarrollado el concepto de “unidad de cuidados paliativos agudos”, que se analiza en el siguiente apartado, por lo que la denominación de “unidad de cuidados paliativos” se ha relegado para aquellos casos donde se brinda una atención intrahospitalaria, pero con un enfoque más cercano a los cuidados de hospicio, donde los pacientes ingresan predominantemente para manejo enfocado en confort y pueden permanecer hospitalizados por largos periodos (2,6,8,43). Estos elementos, como se analiza, a continuación, contrastan con la definición de las APCU.

### **2.3.2.3. Unidad de cuidados paliativos agudos (APCU)**

Las unidades de cuidados paliativos agudos son unidades intrahospitalarias diseñadas para la atención de pacientes con enfermedades avanzadas, oncológicas o no oncológicas, que representan un caso complejo y ameritan el abordaje por parte de un equipo multidisciplinario especializado (1,5,6).

Corresponden al tercer nivel de atención en medicina paliativa, por lo que en alguna literatura también son llamadas unidades de cuidados paliativos terciarios (7). Bajo esta concepción, son centros en los que también se practica la enseñanza e investigación (30).

En estas unidades, los pacientes que ingresan pueden encontrarse en cualquier etapa de su enfermedad: recién diagnosticados, recibiendo terapia activa contra su patología de fondo e incluso en condición de final de vida (8). Debido a la complejidad de los casos que suelen manejarse en las APCU, estas se ubican a nivel intrahospitalario, lo que permite el acceso a múltiples herramientas diagnósticas y terapéuticas, así como la posibilidad de valoración por otras especialidades según sea necesario (1).

Para garantizar un adecuado abordaje multidimensional, las unidades de cuidados paliativos agudos deben estar conformadas por un equipo de atención multidisciplinario que idealmente incluya: médicos especialistas en medicina paliativa, personal de enfermería, psicología, nutrición, farmacia, terapia física, terapia ocupacional, trabajo social, capellán y voluntarios (1). Estas unidades pueden clasificarse como autónomas o integradas: en el primer caso, cuentan con su propio espacio físico delimitado, camas y personal exclusivo; en el segundo caso, se ubican dentro de otra unidad o servicio más grande con camas flexibles y no todo el personal brinda atención exclusiva a los pacientes paliativos (44).

A partir de la experiencia pionera del MD Anderson Cancer Center, se propone que el número mínimo de camas debe ser de 10 a 12 e idealmente un total de 16 a 24 camas (1), sin embargo, este puede variar según el número de población adscrita al centro médico, la estancia promedio y recursos disponibles (45). Por ejemplo, en España se plantea un modelo con 8 camas por cada 100 000 habitantes, de las cuales, 40% se asignan a las APCU, lo que equivale aproximadamente a 3 camas por cada 100 000 habitantes (46).

Una de las diferencias principales respecto a las unidades de cuidados paliativos tradicionales es que, en las unidades de cuidados paliativos agudos, el ingreso se visualiza por un periodo corto (típicamente menos de 2 semanas) con el objetivo de estabilizar la condición o síntomas del paciente para su posterior traslado a otro escenario de atención (1).

En contraste con las unidades tradicionales, el principal determinante para el ingreso no es la expectativa de vida, sino sus necesidades médicas agudas complejas; el ingreso comúnmente se propone para un control activo de los síntomas o manejo de las complicaciones de la enfermedad (8).

Otra diferencia importante con las unidades tradicionales es la tasa de mortalidad relativamente baja (< 50%), ya que no es usual que ingresen pacientes solo para cuidados de final de vida, si sus necesidades multidimensionales ya están cubiertas (3,5,8,47). Este parámetro puede verse influenciado por los recursos disponibles en el sistema, ya que, de no contar con un programa de hospicio o un escenario domiciliario robusto, es probable que los criterios de ingreso a la APCU varíen.

Durante la hospitalización, se evalúa de forma diaria los síntomas del paciente mediante alguna escala validada, comúnmente la escala de valoración de síntomas de Edmonton, lo que permite determinar de manera objetiva la respuesta del paciente a las intervenciones realizadas (1).

En el tiempo que el paciente se encuentra hospitalizado, se recomienda realizar también un abordaje multidisciplinario de sus familiares e idealmente organizar una sesión de familia previo al egreso, con el fin de aclarar la información acerca del pronóstico y objetivos de tratamiento (1,8).

Los resultados de las unidades de cuidados paliativos agudos demuestran que, en comparación con los equipos de interconsulta, permiten un mejor control de los síntomas en la dimensión física, emocional y espiritual de los pacientes; además, se reporta una mayor satisfacción con la atención por parte de los familiares (12). Por lo que, más adelante, se exploran los resultados obtenidos con el modelo de unidades de cuidados paliativos agudos en distintos países del mundo.

En relación con los costos de los cuidados paliativos hospitalarios en Estados Unidos, se ha identificado una disminución del costo de la atención tanto para los prestadores del servicio como para los pacientes y familiares en el caso de seguros privados; sin embargo, la falta de políticas claras para el reembolso de los servicios prestados específicamente en cuidados paliativos ha restringido la oferta de estos (48). Se ha reportado que la disminución de los costos es mayor en el caso de pacientes con diagnóstico oncológico y con mayor número de comorbilidades (14).

En el caso de España, un análisis del Ministerio de Sanidad sobre la atención de pacientes en condición de terminalidad evidenció un ahorro de hasta €4.777 al día al integrar los cuidados paliativos especializados en sus diferentes escenarios de atención, sin poder realizar una comparación directa entre los diferentes escenarios debido a la escasez de datos (15). Por su parte, en un estudio realizado en un hospital universitario en Madrid, se comparó el costo de la hospitalización (procedimientos diagnóstico-terapéuticos y tratamientos) de los pacientes que fallecían en la unidad de cuidados paliativos versus otros servicios, y se determinó una diferencia estadísticamente significativa en el costo total de €262 frente a €515 (16). Así mismo, una revisión de Cochrane sobre los cuidados paliativos hospitalarios versus la atención usual replicó los beneficios ya descritos en calidad de vida, control de síntomas y satisfacción con la atención, sin embargo, la evidencia es insuficiente para establecer conclusiones en relación a la costo-efectividad (17).

### **2.3.3. Otros escenarios de atención**

El Hospital de Día representa un escenario de atención para pacientes que no ameritan el ingreso hospitalario y permite realizar una serie de valoraciones y tratamientos durante una jornada diurna establecida que van desde la valoración médica especializada, administración

de tratamientos, terapia transfusional y procedimientos para manejo sintomático, con la ventaja de un menor costo para el sistema de salud (46). En el caso específico de los cuidados paliativos, puede funcionar de manera autónoma o integrado dentro de un Hospital de Día general (44).

En Estados Unidos, se ha reportado que hasta un 25% del total de fallecidos lo hace en un asilo o *nursing home*, sin embargo, se ha descrito que en estos centros no reciben los cuidados adecuados al final de la vida y presentan un mal control de síntomas, lo que se asocia también con insatisfacción por parte de sus familiares con el manejo brindado (1,49).

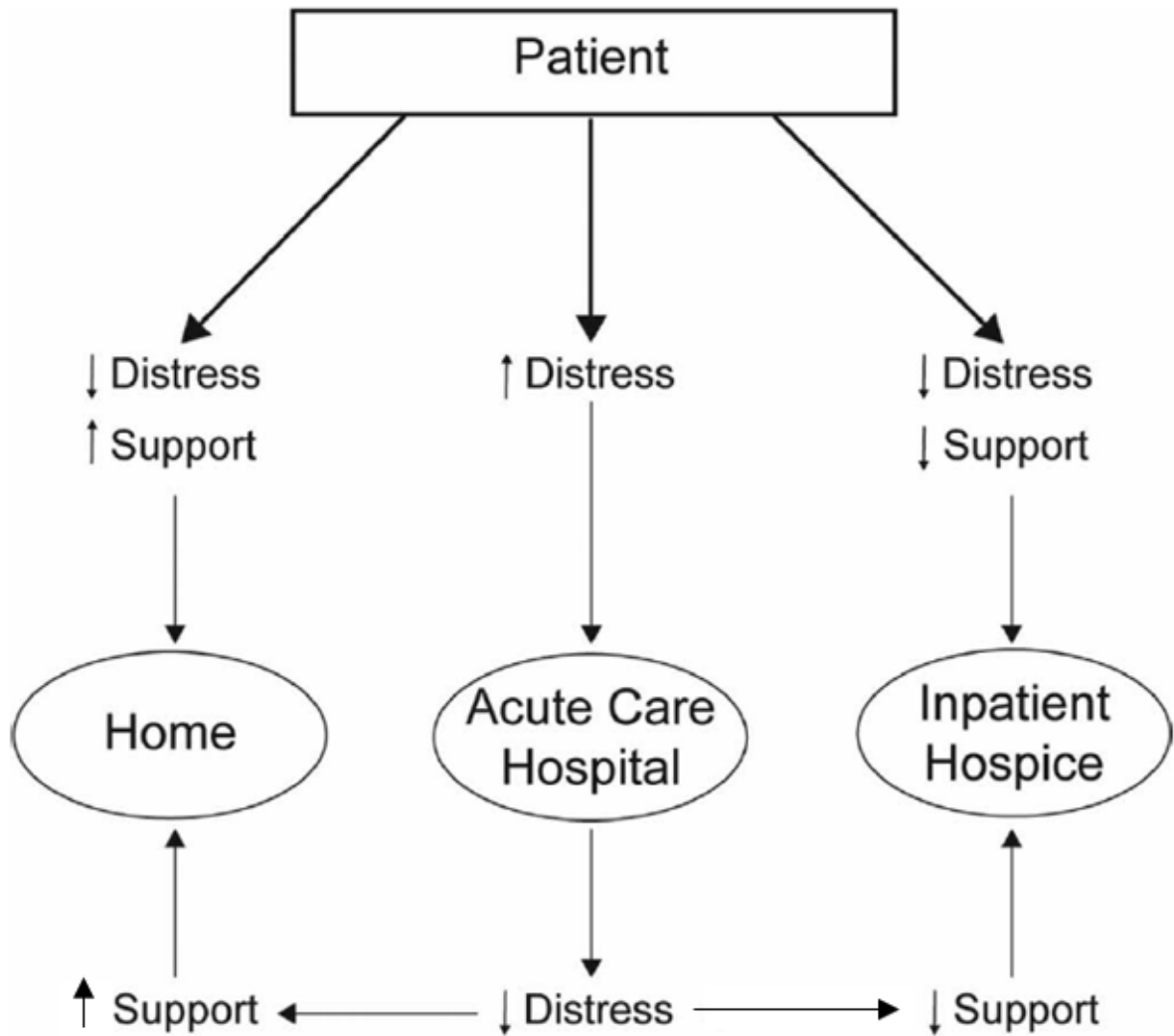
Como solución a este problema, se desarrollaron equipos multidisciplinarios de atención paliativa que prestan sus servicios a demanda en estos asilos. Esto resulta particularmente llamativo en el ámbito de Costa Rica, donde no se cuenta con un sistema de hospicio como tal, sin embargo, sí existen numerosas residencias o asilos dirigidas principalmente a adultos mayores. En el caso del Hospital San Juan de Dios, si el paciente cumple con los criterios establecidos, se realiza la atención domiciliar en dicha residencia o asilo donde se encuentre para emitir recomendaciones de manejo y tratamiento.

#### **2.4. Determinantes del escenario de atención más apropiado**

Los dos principales determinantes del escenario de atención paliativa más adecuado son el nivel de distrés del paciente y la red de apoyo con la que se cuente (Figura 2). El nivel de distrés implica las cuatro dimensiones (biológica, psicológica, social y espiritual) y se utilizan instrumentos validados para su valoración multidimensional; por su parte, la red de apoyo está determinada por la estructura y funcionamiento familiar, los recursos económicos y del hogar (1,5).

Cuando el nivel de distrés es bajo, los pacientes pueden manejarse en el ámbito extrahospitalario en su hogar o en el sistema de hospicio, según la red de apoyo con la que se cuente. En caso de determinarse un nivel de distrés significativo, el escenario más apropiado es intrahospitalario en una unidad de cuidados paliativos agudos; una vez estabilizado el paciente, este egresará según los recursos disponibles (1).

**Figura 2.** Elección del escenario de atención en medicina paliativa según las necesidades del paciente y los recursos disponibles.

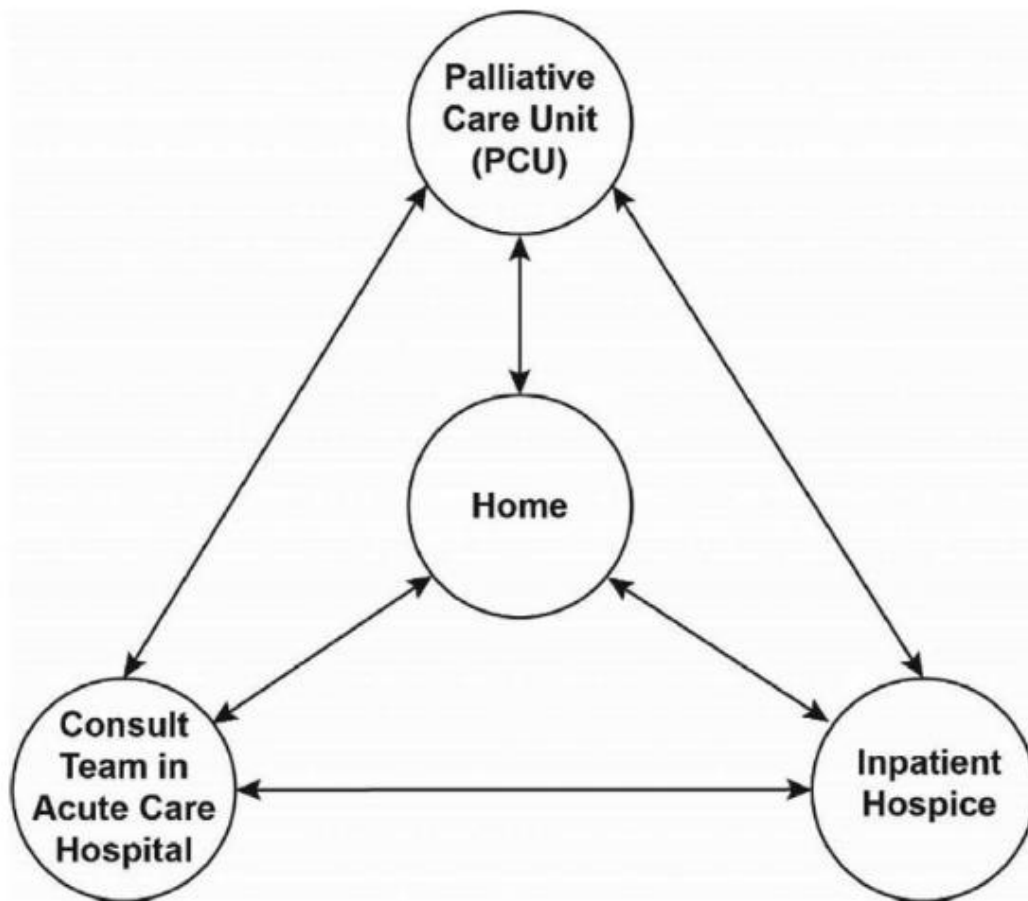


Fuente: tomado de Bruera et al. (1).

## 2.5. Integración de la atención en los diferentes escenarios

Para garantizar una atención paliativa de la mayor calidad, los diferentes escenarios descritos deben estar organizados y articulados de tal forma que el paciente pueda desplazarse fluidamente entre ellos, según vayan cambiando sus necesidades (Figura 3).

*Figura 3. Articulación de los diferentes escenarios de atención en medicina paliativa.*



*Fuente: tomado de Bruera et al. (1).*

En la actualidad, se plantea el hogar como el centro de la atención en cuidados paliativos, ya que la mayoría de pacientes y familiares prefieren este escenario en la medida de lo posible; desde aquí el paciente puede ser trasladado a un hospicio o a un centro hospitalario según la complejidad de sus requerimientos (1,5). En caso de un internamiento, al momento del egreso, el destino ideal siempre será el hogar, no obstante, esto dependerá de los deseos del paciente y la red de apoyo disponible.

## **2.6. Experiencia internacional de las unidades de cuidados paliativos agudos**

En cuanto a la experiencia obtenida con el desarrollo de programas de APCU a nivel internacional, la mayoría de los resultados publicados corresponden a centros ubicados en Estados Unidos y Canadá. Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos sobre los resultados en países de la región y España, sin embargo, no se encontró información al respecto, por lo que se incluyen los países donde sí fue posible obtener la estadística. La tabla 1 resume la información de los artículos analizados.

En el Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica publicado en 2020, se mencionan las necesidades y recursos disponibles en cada país de la región, no obstante, para efectos del presente estudio, la información es muy general y no incluye resultados de la práctica clínica. Por ejemplo, en el caso de México, solamente se menciona que cuenta con 120 equipos de cuidados paliativos, de los cuales, 29 son de primer nivel, pero no se especifica cuántos funcionan bajo el modelo de APCU (29). Así mismo, en el caso de Argentina, se menciona un total de 482 equipos, de los cuales, 11 se catalogan como unidades de cuidados paliativos y, en el caso de Chile, un total de 244 equipos con 69 recursos de primer nivel sin desglosarse más específicamente (29).

### **2.6.1. Estados Unidos**

El MD Anderson Cancer Center cuenta con una APCU que se considera pionera en la región, la cual cuenta con un total de 12 camas de hospitalización. En el año 2004, se publicó un análisis de sus resultados que incluyó un total de 320 internamientos donde no se detalla el motivo de ingreso, pero cuyas enfermedades de fondo correspondían principalmente a neoplasias de cabeza, cuello y tórax en 42% y gastrointestinales en 25%, con una estancia promedio de 9.6 días y una mortalidad de 23% (50).

En el 2011, se publicó otro análisis retrospectivo del mismo centro que incluyó 2568 ingresos, donde las principales enfermedades de fondo correspondieron a las neoplasias pulmonares en 23% y gastrointestinales en 20% de los casos; solo un 28% de los pacientes ingresó de forma ambulatoria, el restante porcentaje fue trasladado desde el servicio de oncología; en este caso, la estancia promedio fue de 7 días y la mortalidad de un 36% (38).

Un tercer estudio realizado por Elsayam et al. (51) en 2011 en el mismo centro, pero con un menor número de internamientos analizados, refleja cifras muy similares en cuanto al diagnóstico de fondo, estancia hospitalaria promedio y mortalidad. Sin embargo, este sí describe los principales motivos de ingreso, donde predominan el dolor en 74%, delirium 45%, disnea 38%, náuseas y vómitos 38%, en pacientes con un estado funcional (ECOG) de 3 en 38% y 4 en 43% y donde los principales tratamientos prescritos fueron antibióticos en 79%, antipsicóticos en 76%, antieméticos en 52% y rotación de opioides en 43% (51).

En el caso de la APCU del Cleveland Clinic en Ohio, se cuenta con un total 23 camas y un análisis de 100 internamientos concluyó que los principales motivos de ingreso fueron el control de síntomas en 66%, las complicaciones propias del cáncer en 27% y para cuidados del final de la vida en 5%; casi la mitad de los pacientes ingresaron con un estado funcional ECOG 3 y los principales fármacos prescritos fueron los opioides en 88% de los casos, seguido de laxantes en 78% (8).

Por último, en la APCU de la Universidad de Vermont, que también cuenta con 12 camas de hospitalización, se realizó un análisis de 166 ingresos donde el cáncer gastrointestinal y de pulmón fueron los principales diagnósticos de fondo, con una estancia promedio de 8 días y mortalidad de 19%, similar a lo reportado en otros centros (52).

### **2.6.2. Canadá**

En el Hospital Princess Margaret de Toronto, se fundó una APCU en 2003, la cual cuenta con 12 camas para pacientes oncológicos (53). En el 2010, se publicó un análisis de 5 años sobre su funcionamiento, el cual incluyó 1748 hospitalizaciones donde los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron el cáncer gastrointestinal y de pulmón. En contraste con lo publicado en Estados Unidos, llama la atención un 62% de ingresos ambulatorios, cuyo principal motivo de internamiento fue el control de síntomas en 61%, pero seguido por cuidados del final de la vida en 23%, lo que probablemente se relaciona con una estancia promedio de 12 días y una mortalidad de 50% (19). Posteriormente, se publicó otro análisis de los internamientos del año 2015 en el mismo centro que refleja la misma tendencia en cuanto a alto porcentaje de ingreso ambulatorio, un 55% de ingreso para control de síntomas y 23% para cuidados de final de vida, con una mortalidad de 56%. Los autores determinaron

una asociación entre menor edad de los pacientes y un mayor riesgo de fallecer durante el internamiento (54).

### **2.6.3. Italia**

En el centro oncológico La Maddalena, bajo la dirección del Dr. Mercadante, se desarrolló una APCU que consta de 8 camas con la posibilidad de agregar una cama extra en caso de emergencias. Sobre este se han publicado dos estudios en 2008 y 2016 con un total de 518 hospitalizaciones entre ambos periodos analizados, donde los principales diagnósticos oncológicos corresponden al cáncer gastrointestinal, pulmonar, mama y genitourinario; con una alta tasa de ingresos ambulatorios que varió de 69% a 78%, una estancia promedio de 5.9 días y una mortalidad menor al 10% (20,21). En ambos periodos, el principal motivo de ingreso fue el control del dolor; llama la atención que, en el segundo periodo, un 19% correspondió a toxicidad por opioides y otro 19% a toxicidad por terapias oncoespecíficas (21).

### **2.6.4. Noruega**

El Hospital Universitario de Trondheim cuenta con un centro oncológico certificado por ESMO, donde se desarrolló una APCU de 12 camas que es manejada por especialistas en oncología con formación en cuidados paliativos. En un análisis de 451 hospitalizaciones, se reportó el cáncer gastrointestinal como diagnóstico más común (44% de los casos). El 67% de los ingresos fue a través del servicio de emergencias y las principales intervenciones realizadas fueron los estudios de imagen en 66%, fluidoterapia en 45%, antibioticoterapia en 37% y terapia transfusional en 17% de los casos. Además, la estancia promedio es de 7 días y la mortalidad de 13% (22).

### **2.6.5. Corea del Sur**

La primera APCU en Corea del Sur abrió sus puertas en el 2014 en el centro oncológico Yonsei de Seoul y cuenta con 12 camas. Durante su primer año en funcionamiento, se registró un total de 205 pacientes ingresados, cuyo principal diagnóstico fue el cáncer hepatobiliar en 31%; el motivo de ingreso más frecuente fue el control de síntomas en 94% de los casos, seguido de cuidados del final de la vida en 29%; la mayoría se trasladó de otros servicios o ingresó de forma ambulatoria. Los principales tratamientos prescritos fueron los opioides en

89%, laxantes en 66% y antipsicóticos en 50%; además, se realizó un total de 111 procedimientos invasivos que incluyeron accesos vasculares, paracentesis y toracocentesis; la estancia promedio fue de 10 días y la mortalidad de 22% (55).

En el Hospital de la Universidad Nacional de Seoul en Bundang, inició funciones la APCU en el año 2015, luego de que se lograra incluir los cuidados paliativos dentro del sistema nacional de seguros de salud; esta cuenta con 12 camas de hospitalización. Durante sus primeros tres años, se contabilizó un total de 1440 pacientes ingresados, donde el diagnóstico oncológico más frecuente fue el cáncer de pulmón en 22% de los casos, seguido del cáncer hepatobiliar. La mayoría de pacientes fueron trasladados provenientes de otro servicio y presentaban un ECOG 3-4, con una estancia promedio de 8 días y una mortalidad de 45% (56).

#### **2.6.6. Pakistán**

En el centro oncológico Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre, se cuenta con una APCU en funcionamiento. En 2020, se publicó un análisis sobre su experiencia, sin embargo, no se detalla el número de camas en dicha unidad. Además, se analizó un periodo de 2 años que incluyó 344 internamientos, donde los diagnósticos oncológicos más frecuentes correspondieron al cáncer de mama y gastrointestinal. El motivo de ingreso principal fue la alteración del sensorio en 20%, seguido por infecciones respiratorias en 18% y diarrea o vómito en 14%; la estancia promedio fue de 4 días y la mortalidad alcanzó el 33% (57).

**Tabla 1.** Comparación de los resultados publicados por diferentes APCU a nivel global

Autor	Año	País	Camas	Participantes	Principales patologías de fondo	Motivo de ingreso	Servicio de procedencia	Estado funcional (ECOG)	Intervenciones realizadas	Estancia promedio (días)	Tipo de egreso
Bryson et al. (19)	2010	Canadá	12	1748	CA gastrointestinal (24%) CA pulmón (20%) CA ginecológico (13%)	Control síntomas (61%) C. final de vida (23%) C. de transición (13%)	Hospitalización (32%) Ambulatorio (62%) Urgencias (6%)	N/D	N/D	12	Fallecidos (50%) Hogar (32%) Otro (18%)
Elsayem et al. (50)	2004	Estados Unidos	12	320	CA torácico, cabeza y cuello (44%) CA gastrointestinal (25%) CA hematológico (8%)	N/D	N/D	N/D	N/D	9.6	Fallecidos (23%) Hospicio (14%) Hogar (52%) Otro (11%)
Elsayem et al. (51)	2011	Estados Unidos	12	42	CA gastrointestinal (33%) CA torácico (19%) CA ginecológico (10%)	Dolor (74%) Delirio (45%) Disnea (38%) Náusea y vómitos (38%)	Hospitalización (71%) Ambulatorio (29%)	1 (2%) 2 (12%) 3 (38%) 4 (43%)	ATB (79%) Antipsicóticos (76%) Antieméticos (52%) Rot. Opioides (43%)	6	Fallecidos (29%) Hospicio (17%) Hogar (50%) Otro (4%)
Ghafoor et al. (57)	2020	Pakistán	N/D	344	CA mama (20%) CA gastrointestinal (20%) CA ginecológico (9%)	Alteración sensorio (20%) Infección respiratoria (18%) Diarrea o vómito (14%)	N/D	N/D	N/D	4	Fallecidos (33%) Resto N/D
Hausner et al. (54)	2018	Canadá	12	280	CA gastrointestinal (25%) CA pulmón (21%) CA genitourinario (11%)	Control síntomas (55%) C. de transición (23%) C. final de vida (21%)	Hospitalización (39%) Ambulatorio (57%) Urgencias / UCI (4%)	N/D	N/D	10	Fallecidos (56%) Hospicio (22%) Hogar (22%)

Autor	Año	País	Camas	Participantes	Principales patologías de fondo	Motivo de ingreso	Servicio de procedencia	Estado funcional (ECOG)	Intervenciones realizadas	Estancia promedio (días)	Tipo de egreso
Hui et al. (18)	2010	Estados Unidos	12	2568	CA pulmón (23%) CA gastrointestinal (20%) CA hematológico (11%)	N/D	Oncología (72%) Ambulatorio (28%)	N/D	N/D	7	Fallecidos (36%) Hospicio (46%) Hogar (15%) Otro (3%)
Jung et al. (56)	2022	Corea del Sur	12	1440	CA pulmón (22%) CA hepatobiliar (14%) CA colorrectal (13%)	N/D	Hospitalización (58%) Ambulatorio (19%) Urgencias (23%)	1 (5%) 2 (21%) 3 (37%) 4 (37%)	N/D	8	Fallecidos (31%) Hospicio (45%) Hogar (17%) Otro (7%)
Lagman et al. (8)	2007	Estados Unidos	23	100	CA pulmón (20%) Mieloma múltiple (7%) CA colorrectal (6%)	Control síntomas (66%) Complicaciones cáncer (27%) C. final de vida (5%)	Hemato-onco (57%) Med. Interna (15%) Cirugías (11%)	1 (27%) 2 (14%) 3 (48%) 4 (11%)	Opioides (88%) Laxantes (78%) Antiácidos (62%) Proc. Invasivos (#42)	6	Fallecidos (20%) Hospicio (9%) Hogar (63%) Otro (8%)
Lee et al. (55)	2022	Corea del Sur	12	205	CA hepatobiliar (35%) CA gastrointestinal (21%) CA pulmón (14%)	Control síntomas (94%) C. final de vida (29%) C. de transición (22%)	Hospitalización (48%) Ambulatorio (41%) Urgencias (11%)	0 (1%) 1 (28%) 2 (32%) 3 (21%) 4 (18%)	Opioides (89%) Laxantes (66%) Antipsicóticos (50%) Proc. Invasivos (#111)	10	Fallecidos (22%) Hospicio (20%) Hogar (40%) Otro (18%)
Mercadante et al. (20)	2008	Italia	8	504	CA gastrointestinal (29%) CA pulmón (19%) CA urogenital (18%)	Control dolor (69%) Otros síntomas (46%) Colocar dispositivo intravascular (28.5%)	Oncología (8%) Ambulatorio (69%) Urgencias (5%) Otros centros (20%)	N/D	Rot. Opioides (61%) Transfusión (12%) Proc. Invasivos (#38)	5.4	Fallecidos (8%) Resto N/D

Autor	Año	País	Camas	Participantes	Principales patologías de fondo	Motivo de ingreso	Servicio de procedencia	Estado funcional (ECOG)	Intervenciones realizadas	Estancia promedio (días)	Tipo de egreso
Mercadante et al. (21)	2016	Italia	8	314	CA pulmón (20%) CA mama (16%) CA genitourinario (16%)	Control dolor (74%) Toxicidad opioides (19%) Toxicidad QT/RT (19%)	Hospitalización (4%) Ambulatorio (78%) Urgencias (18%)	N/D	N/D	6.9	Fallecidos (4%) Hogar (94%) Hospicio (4%) Otro (2%)
Mori et al. (52)	2011	Estados Unidos	12	166	CA gastrointestinal (28%) CA pulmón (20%) CA urológico (14%)	N/D	N/D	N/D	N/D	8	Fallecidos (19%) Resto N/D
Thronæs et al. (22)	2021	Noruega	12	451	CA gastrointestinal (44%) CA urológico (23%) CA mama (11%)	N/D	Urgencias (67%) Hospitalización (16,5%) Ambulatorio (16,5%)	N/D	Estudios imagen (66%) Ajuste opioides (66%) Fluidoterapia (45%) ATB (37%) Transfusión (17%)	7	Fallecidos (13%) Hogar (58%) Otro (29%)
Zimmermann et al. (53)	2006	Canadá	12	394	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	11	Fallecidos (48%) Hogar (37%) Otro (15%)

*N/D: no disponible.*

*Hogar: incluye tanto pacientes ambulatorios como pacientes en visita domiciliar.*

*Hospicio: se refiere específicamente al modelo de atención de "inpatient hospice"*

*Otro: incluye residencias o asilos, unidades de cuidado paliativo comunitario, otros servicios del hospital, otros hospitales.*

## CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

### 3.2. Lugar de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de medicina paliativa del Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

### 3.3. Objeto de estudio

La APCU del Hospital San Juan de Dios.

### 3.4. Población de estudio

La totalidad de pacientes que se hospitalizaron en el servicio de Medicina Paliativa del Hospital San Juan de Dios en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y el 1 de abril de 2024.

### 3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Mayor de 12 años.
2. Diagnóstico de una enfermedad avanzada o terminal.
3. Internamiento en el servicio de medicina paliativa del Hospital San Juan de Dios entre el 1 de abril de 2023 y el 1 de abril de 2024.

Criterios de exclusión:

1. Menor de 12 años.
2. Ausencia de diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal al momento del ingreso.
3. Internamiento en el servicio de MP del Hospital San Juan de Dios con fecha de ingreso anterior al 1 de abril de 2023 o posterior al 1 de abril de 2024.
4. Ausencia total de información en el sistema EDUS y que no cuente con respaldo de la atención en el expediente físico o que esta sea ilegible.

### 3.6. Fuente de información

Fuente indirecta: se obtuvo la información necesaria para el estudio a partir de lo consignado en el expediente digital (EDUS) de cada paciente, por lo que no fue necesaria la revisión de expedientes físicos.

### 3.7. Definición de variables

*Tabla 2. Definición y operacionalización de variables.*

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable y definición conceptual</b>	<b>Indicador</b>
Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.	Edad: tiempo que ha vivido una persona al momento del ingreso	Edad en años al momento del ingreso
	Sexo: características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Hombre Mujer
	Lugar de residencia: domicilio del paciente según la organización geográfica	Provincia: San José Puntarenas Otro
Identificar el diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal, la ruta y el motivo de ingreso a hospitalización, el estado funcional al ingreso y las principales intervenciones terapéuticas realizadas durante la hospitalización	Enfermedad avanzada o terminal: tipo de patología (oncológica o no oncológica) con baja o nula posibilidad curativa, que el paciente porta y le genera una carga sintomática importante y por el cual el paciente se catalogó paliativo.	Neoplasia SNC Neoplasia pulmonar Neoplasia mama Neoplasia gastrointestinal Neoplasia hepatobiliar o pancreática Neoplasia próstata Neoplasia ginecológica Neoplasia hematológica Otra neoplasia Enfermedad SNC Cardiopatía Neumopatía Hepatopatía Nefropatía Otra enf. crónica
	Ruta de ingreso: mecanismo por el cual el paciente ingresó al servicio de MP.	Ingreso programado Ingreso de emergencias Traslado de medicina interna Traslado de cirugías Traslado de hematología Traslado de oncología médica Traslado de oncología quirúrgica Traslado de ginecología Traslado de ortopedia
	Motivo principal de ingreso: razón principal por la que se decidió el ingreso al servicio de MP.	Control de dolor Control de disnea Control de náuseas y vómitos Control de otro síntoma Proceso infeccioso Cuidados del final de la vida Otro motivo de ingreso

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable y definición conceptual</b>	<b>Indicador</b>
	Estado funcional: capacidad de una persona para realizar sus actividades diarias y tareas habituales.	ECOG: ECOG 1 ECOG 2 ECOG 3 ECOG 4 KPS: KPS $\geq$ 80% KPS 50 – 70% KPS $\leq$ 40%
	Intervención terapéutica: procedimiento, farmacológico o no farmacológico, realizado durante la hospitalización para el manejo del paciente.	Antibióticos Opioides Antipsicóticos Antieméticos Laxantes Acceso vascular Pneumocath Toracocentesis Paracentesis Transfusión Oxígeno domiciliar Quimioterapia o radioterapia Intervención psicológica Intervención por trabajo social Sedación paliativa
Determinar el promedio de días de estancia hospitalaria y la mortalidad hospitalaria	Estancia hospitalaria: tiempo que el paciente permanece hospitalizado en el servicio de MP. Mortalidad hospitalaria: tasa de defunciones producidas durante la hospitalización en el servicio de MP.	Días de hospitalización en el servicio Fallecido No fallecido
Identificar el escenario de atención al que se destinaron los pacientes que egresaron por indicación médica.	Escenario de atención al egreso: modalidad de atención en MP en la que se dará seguimiento al paciente luego del egreso.	Consulta externa Visita domiciliar Otro

### 3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Posterior a la anonimización de la lista de pacientes hospitalizados en el periodo del estudio, que fue facilitada por el Departamento de Estadística, se revisó cada uno de los expedientes digitales para la respectiva recolección de datos. Por lo que se utilizó un instrumento de recolección diseñado en Microsoft Excel específicamente para este estudio, el cual contó con la aprobación del CEC-HSJD.

**Figura 4.** Captura de pantalla del instrumento de recolección de datos diseñado en Microsoft Excel.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
VERSIÓN 1.0	
FECHA 26/11/2024	
# Consecutivo:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>
Enf. avanzada o terminal:	<input type="text"/>
Ruta de ingreso:	<input type="text"/>
Motivo de ingreso:	<input type="text"/>
ECOG:	<input type="text"/>
KPS:	<input type="text"/>
Intervención terapéutica:	<input type="text"/>
Estancia hospitalaria:	<input type="text"/>
Mortalidad hospitalaria:	<input type="text"/>
Escenario de atención al egreso:	<input type="text"/>

Guardar

Cerrar

### **3.9. Técnica para análisis de los resultados**

Debido a las características del estudio, se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo, para lo cual se utilizó el *software* Microsoft Excel. Las variables continuas se expresaron mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (valor mínimo y máximo); las variables categóricas se expresaron mediante porcentajes o frecuencias absolutas. Finalmente, para la interpretación y presentación de resultados, se utilizaron tablas y gráficos.

### **3.10. Limitaciones del trabajo**

Una de las principales limitantes en la presente investigación es la falta de control sobre la calidad de la información por recolectar, ya que se realiza la revisión de expedientes donde los datos fueron recopilados dentro de un contexto de práctica clínica, no con fines de investigación y no necesariamente de manera homogénea o protocolizada entre los diferentes pacientes, lo que puede dificultar su análisis posterior.

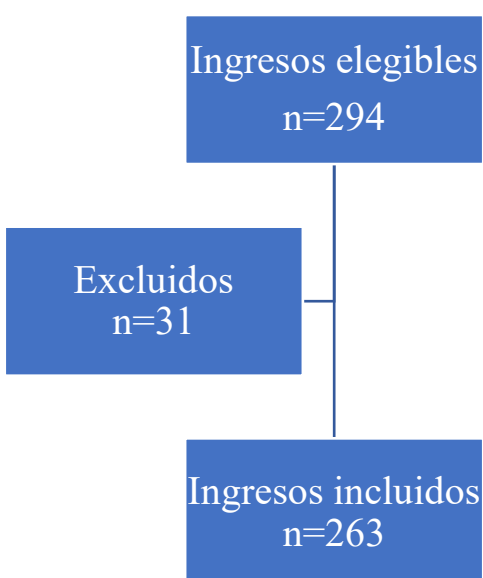
Además, por la naturaleza del estudio descriptivo y retrospectivo, hay limitaciones inherentes, como la menor calidad de evidencia de las conclusiones a las que se llegue en comparación con un estudio prospectivo. Por otro lado, la metodología planteada presenta limitación en la inferencia causal, ya que los datos que se recolecten permitirán establecer asociación, mas no causalidad. Así mismo, existe la posibilidad de sesgos como el sesgo de recuerdo o del observador.



## CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Con base en la lista facilitada por el Departamento de Estadística del Hospital San Juan de Dios, se realizó la revisión en EDUS de 294 ingresos. Tras aplicar los criterios de exclusión, se obtuvo un total de 263 ingresos para el estudio. La mayoría de los casos excluidos obedecieron a internamientos fuera del periodo de estudio o casos en los que se censó el paciente en medicina paliativa de forma errónea, cuando realmente se encontraba ingresado o se pretendía ingresar en otra especialidad (figura 5).

*Figura 5. Selección de los ingresos para el estudio según criterios de elegibilidad*



### 4.1. Distribución según número de ingresos

Para la recolección de datos y análisis estadístico, se consideró cada ingreso como un evento independiente, ya que, en algunos casos, un mismo paciente ingresó en más de una ocasión al servicio de medicina paliativa durante el periodo del estudio.

En la tabla 4, se muestra la distribución de los pacientes según el número de hospitalizaciones durante el periodo analizado. El 81,3% registró solo una hospitalización (n=214), mientras que el 17,5% registró dos hospitalizaciones (n=23) y solo un paciente se hospitalizó en tres ocasiones, para un total de 263 ingresos con 238 pacientes únicos.

**Tabla 4.** Distribución de la población según el número de ingresos al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

Número de ingresos	Pacientes (n=238)	Total de ingresos (n=263)	%
1	214	214	81,37%
2	23	46	17,49%
3	1	3	1,14%

Para efectos estadísticos, el análisis de los resultados se compone de dos grupos: el primer grupo está compuesto por la totalidad de los ingresos durante el periodo de estudio (n=263) y el segundo es un subgrupo compuesto exclusivamente por los reingresos (n=25). Los resultados de este subgrupo se presentan en la última sección de este capítulo.

#### 4.2. Características sociodemográficas

Del total de las hospitalizaciones, el 39,5% corresponden a hombres (n=104) y el 60,5% a mujeres (n=159), con un rango de edad entre los 15 y 90 años con un promedio de 62,3 años y una mediana de 64 años.

En cuanto a la provincia de residencia al momento del ingreso, en 241 casos correspondió a San José (91,6%), 16 ingresos correspondieron a las zonas de Puntarenas que pertenecen al área de atracción del HSJD (6,08%) y en 6 casos a otras provincias (2,2%). Estas características sociodemográficas se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5.** Características sociodemográficas de la población en estudio

Variable	Ingresos (n=263)	%	Media	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
<b>Edad</b>			62,36	64	15	90
<b>Sexo</b>						
<i>Hombre</i>	104	39,54%				
<i>Mujer</i>	159	60,46%				
<b>Provincia</b>						
<i>San José</i>	241	91,63%				
<i>Puntarenas</i>	16	6,08%				
<i>Otro</i>	6	2,28%				

### 4.3. Enfermedad avanzada o terminal y estado funcional

En esta variable se registró un total de 274 diagnósticos, ya que, del total de 263 ingresos, en 11 casos oncológicos se constató la presencia de dos tumores primarios activos de forma simultánea. Por otro lado, del total de los 274 diagnósticos registrados, solo 2 casos (0,73%) correspondieron a una enfermedad crónica no oncológica, siendo uno de estos una hepatopatía crónica evolucionada con falla aguda sobreagregada. En la tabla 6, se muestra la distribución detallada de los ingresos según el diagnóstico de fondo: oncológico o no oncológico.

**Tabla 6.** Distribución según el diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Cantidad (n=274)</b>	<b>%</b>
<b>Oncológico</b>	<b>272</b>	<b>99,27%</b>
<i>Cáncer de SNC</i>	1	0,36%
<i>Cáncer de pulmón</i>	18	6,57%
<i>Cáncer de mama</i>	27	9,85%
<i>Cáncer gastrointestinal</i>	71	25,91%
<i>Cáncer HPB / páncreas</i>	53	19,34%
<i>Cáncer de próstata</i>	15	5,47%
<i>Cáncer ginecológico</i>	32	11,68%
<i>Cáncer hematológico</i>	8	2,92%
<i>Otro cáncer</i>	47	17,15%
<b>No oncológico</b>	<b>2</b>	<b>0,73%</b>
<i>Enfermedad del SNC</i>	0	-
<i>Cardiopatía</i>	0	-
<i>Neumopatía</i>	0	-
<i>Hepatopatía</i>	1	0,36%
<i>Nefropatía</i>	0	-
<i>Otra enf. Crónica</i>	1	0,36%

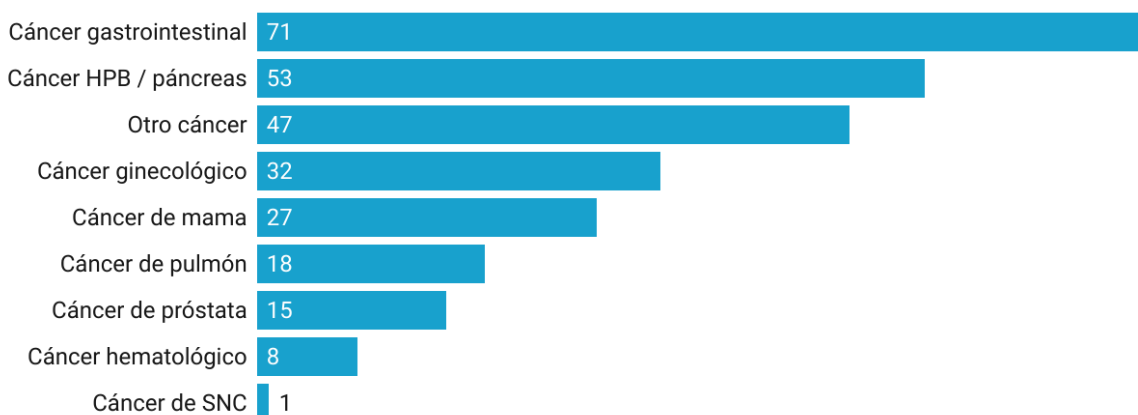
Al excluir estos dos casos no oncológicos, se concluye que, del total de 261 ingresos con diagnóstico oncológico, 250 casos presentaban un único primario y 11 casos presentaban dos primarios (registrados como 22 diagnósticos oncológicos), esta información se presenta en la tabla 7.

**Tabla 7.** Distribución de los ingresos con diagnóstico oncológico según el número de tumores primarios

<b>Diagnóstico oncológico</b>	<b>Ingresos (n=261)</b>	<b>%</b>
Único	250	95,79%
Múltiple	11	4,21%

En cuanto a las enfermedades oncológicas, el diagnóstico más común fue el cáncer gastrointestinal en 25,9% de los casos (n=71), seguido del cáncer hepatobiliar o pancreático en 19,3% (n=53) y otras neoplasias en 17,2% (n=47). En esta última categoría, se incluyen pacientes con cáncer de cabeza y cuello, tumores óseos, de tejidos blandos y urológicos no prostáticos (renal y vesical). Otros diagnósticos oncológicos menos frecuentes fueron las neoplasias ginecológicas en 11,7% (n=32), de mama en 9,9% (n=27), de pulmón en 6,6% (n=18) y de próstata 5,5% (n=15) (figura 6).

**Figura 6.** Distribución según el diagnóstico oncológico de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024 (n=272).



El estado funcional al ingreso se analizó mediante la escala KPS para todos los pacientes y mediante la escala ECOG para los casos oncológicos. En la tabla 8, se muestra la distribución según el nivel funcional determinado por la escala KPS; de la totalidad de las hospitalizaciones, solo en 8 casos (3,0%) se constató en el expediente la valoración funcional mediante esta escala, correspondiendo 4 casos (1,5%) a un nivel entre 50 – 70% y los restantes 4 casos (1.5%) a un nivel menor a 40%, según se muestra en la tabla 8.

**Tabla 8.** Distribución según el estado funcional determinado mediante KPS de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

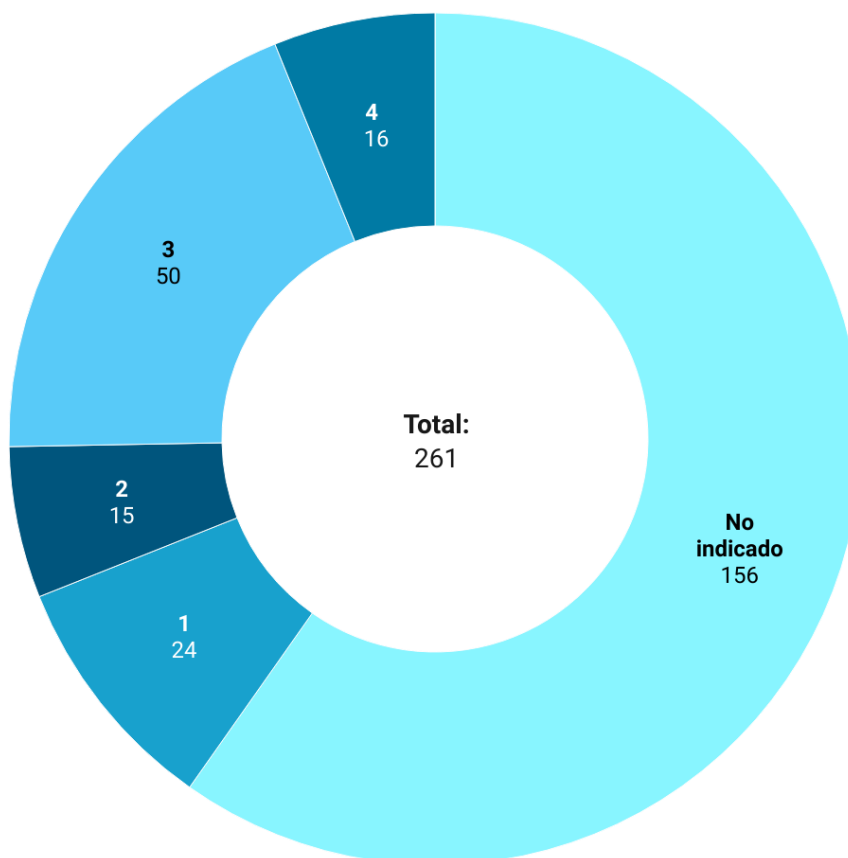
<b>KPS</b>	<b>Ingresos (n=263)</b>	<b>%</b>
No indicado	255	96,96%
< 40%	4	1,52%
50 - 70 %	4	1,52%
> 70%	0	-

En el caso de las hospitalizaciones con diagnóstico oncológico (n=261), no se registró la valoración del estado funcional mediante la escala ECOG en el 59,7% de los casos (n=156). Para los ingresos restantes (n=105), la distribución fue la siguiente: ECOG 1 en 22,9% (n=24), ECOG 2 en 14,3% (n=15), ECOG 3 en 47,6% (n=50) y ECOG 4 en 15,2% (n=16), tal como se ilustra en la tabla 9 y la figura 7.

**Tabla 9.** Distribución según el estado funcional determinado mediante la escala ECOG de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>ECOG</b>	<b>Ingresos (n=105)</b>	<b>%</b>
1	24	22,86%
2	15	14,29%
3	50	47,62%
4	16	15,24%

**Figura 7.** Distribución según el estado funcional determinado mediante la escala ECOG de los pacientes ingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.



#### 4.4. Ruta y motivo principal de ingreso

La ruta por la cual ingresaron los pacientes al servicio de medicina paliativa se desglosa en la tabla 10. La mayoría de las hospitalizaciones procedieron del servicio de emergencias del hospital para un total de 195 ingresos (74,1%). En segundo lugar, con 55 ingresos (20,9%), se encuentran los traslados provenientes de otros servicios de hospitalización del HSJD, más comúnmente desde oncología médica con 32 traslados (12,1%) y oncología quirúrgica con 16 (6,1%). El ingreso programado de forma directa al servicio de medicina paliativa fue la ruta menos común con tan solo 13 casos (4,9%).

**Tabla 10.** Distribución según la ruta de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

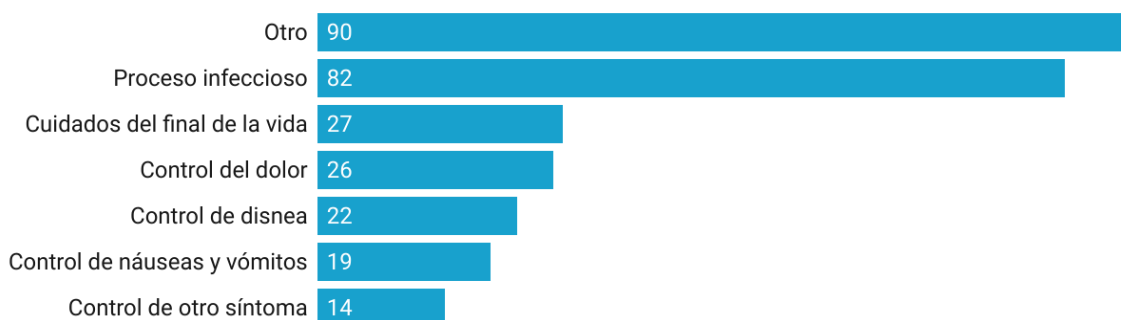
<b>Ruta de ingreso</b>	<b>Ingresos (n=263)</b>	<b>%</b>
<b>Programado</b>	<b>13</b>	<b>4,94%</b>
<b>Emergencias</b>	<b>195</b>	<b>74,14%</b>
<b>Traslado de otro servicio</b>	<b>55</b>	<b>20,91%</b>
<i>Medicina Interna</i>	4	1,52%
<i>Cirugía</i>	1	0,38%
<i>Hematología</i>	2	0,76%
<i>Oncología Médica</i>	32	12,17%
<i>Oncología Quirúrgica</i>	16	6,08%
<i>Ginecología</i>	0	-
<i>Ortopedia</i>	0	-

En cuanto al motivo principal de ingreso de los pacientes, se obtuvo un total de 280 registros, ya que en algunos casos se registró más de un motivo en el expediente sin especificarse o priorizarse uno sobre otro. Como se muestra en la tabla 11 y figura 8, el motivo más común fueron los procesos infecciosos en 29,3% (n=82), seguido de los cuidados del final de la vida en 9,6% (n=27), el control del dolor en 9,3% (n=26), el control de la disnea en 7,9% (n=22), el control de náuseas y vómitos en 6,8% (n=19) y el control de otros síntomas en 5% (n=14). En la categoría de “Otro” con 90 registros (32,1%), se incluyeron motivos muy diversos como la realización de estudios diagnósticos, la realización de procedimientos intervencionistas para control de síntomas, la administración de otros tratamientos específicos, terapia transfusional, trámite de oxígeno domiciliar y abordaje de otras necesidades ajenas a la dimensión biológica.

**Tabla 11.** Distribución según el motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Motivo de ingreso</b>	<b>Cantidad (n=280)</b>	<b>%</b>
Control del dolor	26	9,29%
Control de disnea	22	7,86%
Control de náuseas y vómitos	19	6,79%
Control de otro síntoma	14	5,00%
Proceso infeccioso	82	29,29%
Cuidados del final de la vida	27	9,64%
Otro	90	32,14%

**Figura 8.** Distribución según el motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024 (n=280).



#### 4.5. Intervenciones terapéuticas

Con respecto a las intervenciones terapéuticas realizadas durante el periodo de hospitalización, se tomaron en cuenta todas las intervenciones constatadas en el expediente digital realizadas durante la estancia en el servicio de medicina paliativa; no se tomó en cuenta lo realizado durante la estancia en el servicio de emergencias o en otros servicios. Para efectos estadísticos, se analizó como el porcentaje del total de ingresos a los cuales se les realizó cada intervención en específico y se desglosa en la tabla 12.

La intervención más comúnmente realizada en el 84,8% de los casos fue la prescripción de opioides (n=223), lo cual incluye tanto opioides débiles como fuertes en cualquiera de sus vías de administración y tanto para manejo de dolor como disnea. La segunda más frecuente fue la terapia antibiótica en el 44,5% (n=117), seguida de la prescripción de fármacos antieméticos en el 42,6% (n=112). Los laxantes se prescribieron en 30,4% de los casos (n=80) y los antipsicóticos en el 10,7% (n=28). Un total de 64 pacientes (24,3%) requirieron de sedación paliativa.

En cuanto a los procedimientos, el más común fue la colocación de accesos vasculares por parte de los médicos en el 7,6%, colocación de pneumocath en el 3%, paracentesis en 2,3% y solo se registró una toracocentesis. A un total de 34 ingresos (12,9%) se les indicó transfusión de hemoderivados, 19 (7,2%) recibieron quimioterapia o radioterapia durante la estancia en el servicio y en 22 casos (8,4%) se realizó el trámite para oxígeno domiciliar.

En cuanto a los servicios de apoyo que más frecuentemente trabajan de forma integral y conjunta con medicina paliativa, se registró un total de 71 interconsultas a trabajo social y 33 a psicología, para un 27% y 12,6% del total de los ingresos respectivamente (tabla 12).

**Tabla 12.** Distribución según las intervenciones realizadas en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Intervención terapéutica</b>	<b>Ingresos (n=263)</b>	<b>%</b>
Antibióticos	117	44,49%
Opioides	223	84,79%
Antipsicóticos	28	10,65%
Antieméticos	112	42,59%
Laxantes	80	30,42%
Acceso vascular	20	7,60%
Pneumocath	8	3,04%
Toracocentesis	1	0,38%
Paracentesis	6	2,28%
Transfusión de hemoderivados	34	12,93%
Oxígeno domiciliar	22	8,37%
Quimioterapia o Radioterapia	19	7,22%
Psicología	33	12,55%
Trabajo Social	71	27,00%
Sedación paliativa	64	24,33%

#### 4.6. Estancia hospitalaria, mortalidad y escenarios de atención al egreso

En la tabla 13, se presenta la estadística en relación con la estancia hospitalaria con un rango que abarca desde 1 día hasta 146 días, con una estancia promedio de 7,3 días y una mediana de 6 días.

**Tabla 13.** Estancia hospitalaria promedio de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
Estancia hospitalaria	7,34	6	1	146

La mortalidad intrahospitalaria en el periodo de estudio fue de 36,1% (n=95) tomando en consideración la totalidad de los ingresos. Sin embargo, si se ajusta dicha variable excluyendo los casos en los que el motivo de ingreso fue para cuidados del final de la vida, cuya

mortalidad fue del 100% (n=27), se obtiene una mortalidad ajustada de 28,8% (n=68) (tabla 14).

**Tabla 14.** Mortalidad intrahospitalaria de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Mortalidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
<b>Total (n=263)</b>		
<i>Fallecido</i>	95	36,12%
<i>No fallecido</i>	168	63,88%
<b>Ajustada* (n=236)</b>		
<i>Fallecido</i>	68	28,81%
<i>No fallecido</i>	168	71,19%

\*Mortalidad ajustada: se excluyen aquellos pacientes cuyo motivo de ingreso fue para cuidados del final de la vida.

Al desglosar la mortalidad general según motivo de ingreso, se obtiene un total de 103 registros que corresponden a 95 pacientes fallecidos, ya que en algunos casos se registró más de un motivo en el expediente. El primer lugar corresponde a los procesos infecciosos con 27,18% (n=28), seguido de los cuidados del final de la vida con 26,21% (n=27) y otro motivo de ingreso con 23,3% (n=24). El control de la disnea correspondió al 8,74% (n=9) de los fallecimientos intrahospitalarios, seguido del control del dolor con 7,77% (n=8) y control de náuseas y vómitos con 5,83% (n=6) (tabla 15).

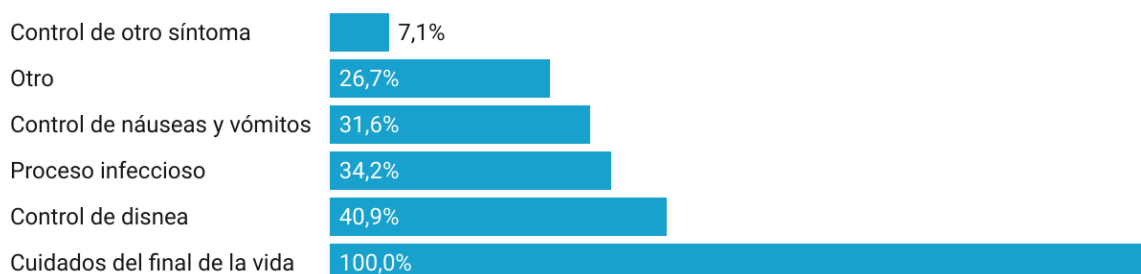
**Tabla 15.** Distribución de la mortalidad intrahospitalaria según motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Motivo de ingreso</b>	<b>Cantidad (n=103)</b>	<b>%</b>
Control de dolor	8	7,77%
Control de disnea	9	8,74%
Control de náuseas y vómitos	6	5,83%
Control de otro síntoma	1	0,97%
Proceso infeccioso	28	27,18%
Cuidados del final de la vida	27	26,21%
Otro	24	23,30%

Al analizar la mortalidad de manera individual por cada motivo de ingreso, el primer lugar lo ocupan los pacientes que ingresaron para cuidados del final de la vida con una mortalidad del 100%, seguidos por los ingresos para control de disnea con 40,91%, proceso infeccioso

con 34,15%, control de náuseas y vómitos con 31,58%, control de dolor con 30,77%, otro motivo de ingreso con 26,67% y, por último, control de otro síntoma con 7,14%, según se muestra en la figura 9.

**Figura 9.** Mortalidad por motivo de ingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

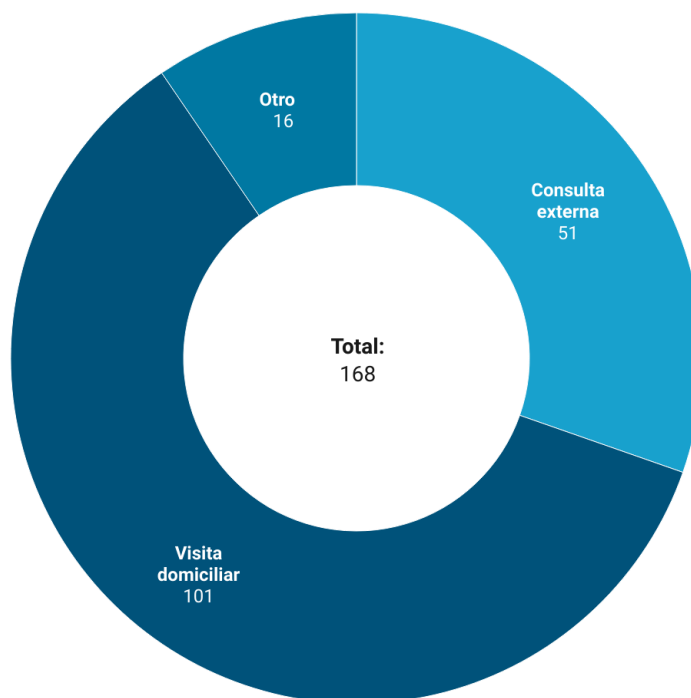


En cuanto al escenario de atención al egreso de los pacientes que egresaron por indicación médica, el 60,1% (n=101) correspondió a la visita domiciliar; en su mayoría mediante el programa de visita domiciliar del servicio de medicina paliativa del HSJD, con algunas excepciones que ya se encontraban o se incluyeron en la atención domiciliar de otros centros según contexto y área de atracción. En el 30,4% (n=51) de los casos, el seguimiento se continuó de forma ambulatoria por la consulta externa y, en el restante 9,5% (n=16), en otro escenario (principalmente asilos o centros de larga estancia, así como traslado a otro servicio) (tabla 16, figura 10).

**Tabla 16.** Escenario de atención al egreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

Escenario	Egresos (n=168)	%
Consulta externa	51	30,36%
Visita domiciliar	101	60,12%
Otro	16	9,52%

**Figura 10.** Escenario de atención al egreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.



#### 4.7. Subgrupo de reingresos

Como se muestra en la tabla 17, del total de 263 ingresos, se identificaron 24 pacientes que ingresaron en más de una ocasión durante el periodo de estudio: 23 pacientes registraron 2 ingresos y un paciente registró 3 ingresos. Para efectos estadísticos, se consideró cada ingreso como un evento independiente y, para el análisis de los reingresos, se descartó la primera hospitalización de cada paciente durante el periodo de estudio.

**Tabla 17.** Distribución de los pacientes según el número de reingresos al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

Número de reingresos	Pacientes (n=24)	Total de reingresos (n=25)	%
1	23	23	92,00%
2	1	2	8,00%

Del total de los reingresos, el 24% corresponden a hombres (n=6) y el 76% a mujeres (n=19), con un rango de edad entre los 19 y 81 años con una edad promedio de 55,6 años y una mediana de 60 años. En cuanto a la provincia de residencia al momento del reingreso, en el 96% de los casos correspondió a San José (n=24). Estas características sociodemográficas se muestran en la tabla 18.

**Tabla 18.** Características sociodemográficas de los pacientes reingresados al servicio de MP del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024

Variable	Reingresos		Media	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
	(n=25)	%				
<b>Edad</b>			55,56	60	19	81
<b>Sexo</b>						
<i>Hombre</i>	6	24,00%				
<i>Mujer</i>	19	76,00%				
<b>Provincia</b>						
<i>San José</i>	24	96,00%				
<i>Puntarenas</i>	0	-				
<i>Otro</i>	1	4,00%				

En cuanto a la distribución según el diagnóstico de fondo, en la totalidad de los reingresos se documentó una enfermedad oncológica. En total, se registraron 29 diagnósticos debido a la existencia de 4 reingresos (16%) donde se constató la presencia de dos tumores primarios activos de forma simultánea.

**Tabla 19.** Distribución de los reingresos según el número de tumores primarios.

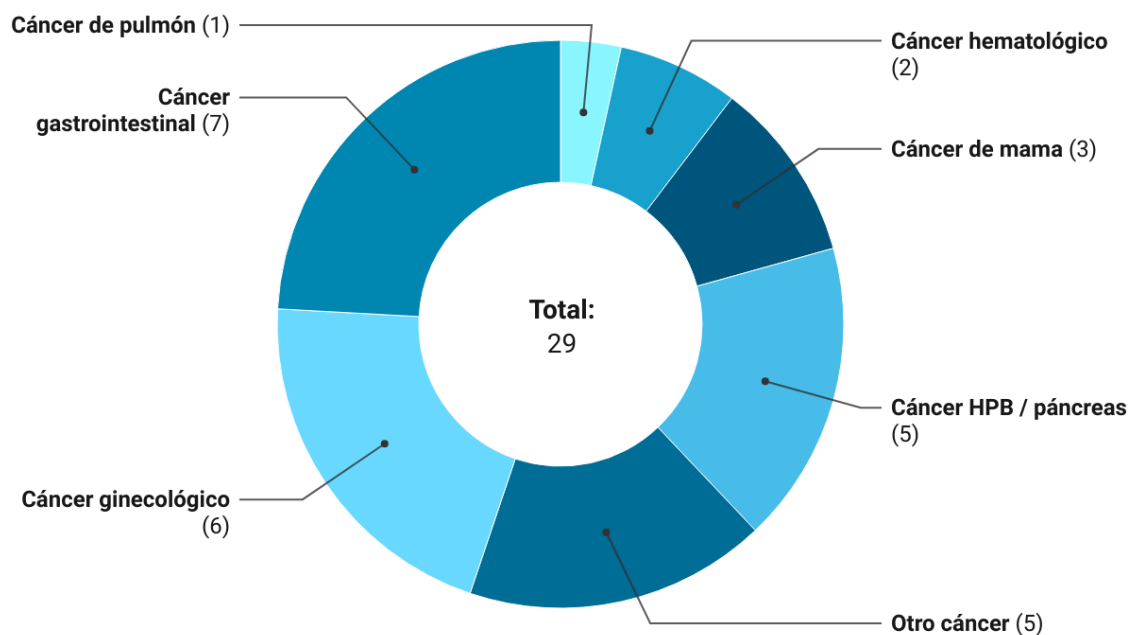
Primario	Reingresos (n=25)	%
Único	21	84,00%
Múltiple	4	16,00%

El diagnóstico más frecuente fue el cáncer gastrointestinal en 24,1% (n=7), seguido de las neoplasias ginecológicas en 20,7% (n=6), cáncer hepatobiliar o pancreático en 17,2% (n=5) y otras neoplasias en 17,2% (n=5). Otros diagnósticos menos frecuentes fueron las neoplasias de mama en 10,3% (n=3), hematológicas en 6,9% (n=2) y de pulmón en 3,5% (n=1) (tabla 20, figura 11).

**Tabla 20.** Distribución según el diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal de los pacientes reingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

Tipo de enfermedad	Cantidad (n=29)	%
<b>Oncológica</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>
Cáncer de SNC	0	-
Cáncer de pulmón	1	3,45%
Cáncer de mama	3	10,34%
Cáncer gastrointestinal	7	24,14%
Cáncer HPB / páncreas	5	17,24%
Cáncer de próstata	0	-
Cáncer ginecológico	6	20,69%
Cáncer hematológico	2	6,90%
Otro cáncer	5	17,24%
<b>No oncológica</b>	<b>0</b>	<b>-</b>

**Figura 11.** Distribución según el diagnóstico oncológico de los pacientes reingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.



En el caso del estado funcional al reingreso, en ninguno de los pacientes se registró mediante la escala KPS. La escala ECOG se documentó solamente en 6 casos con la siguiente

distribución: ECOG 3 en 4 reingresos y ECOG 4 en 2 reingresos, como se refleja en la tabla 21.

**Tabla 21.** Distribución según el estado funcional determinado mediante la escala ECOG de los pacientes reingresados al servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>ECOG</b>	<b>Reingresos (n=25)</b>	<b>%</b>
No indicado	19	76,00%
No aplica	0	-
1	0	-
2	0	-
3	4	16,00%
4	2	8,00%

La ruta por la cual reingresaron los pacientes al servicio de medicina paliativa se desglosa en la tabla 22: la mayoría procedieron del servicio de emergencias del hospital con 21 reingresos (84%), seguido de los traslados desde otros servicios de hospitalización del HSJD en 2 casos (8%): uno proveniente de hematología y otro de oncología médica. El reingreso programado de forma directa al servicio de medicina paliativa se registró en 2 casos (8%).

**Tabla 22.** Distribución según la ruta de reingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Ruta de ingreso</b>	<b>Reingresos (n=25)</b>	<b>%</b>
<b>Programado</b>	<b>2</b>	<b>8,00%</b>
<b>Emergencias</b>	<b>21</b>	<b>84,00%</b>
<b>Traslado de otro servicio</b>	<b>2</b>	<b>8,00%</b>
<i>Medicina Interna</i>	0	-
<i>Cirugía</i>	0	-
<i>Hematología</i>	1	4,00%
<i>Oncología Médica</i>	1	4,00%
<i>Oncología Quirúrgica</i>	0	-
<i>Ginecología</i>	0	-
<i>Ortopedia</i>	0	-

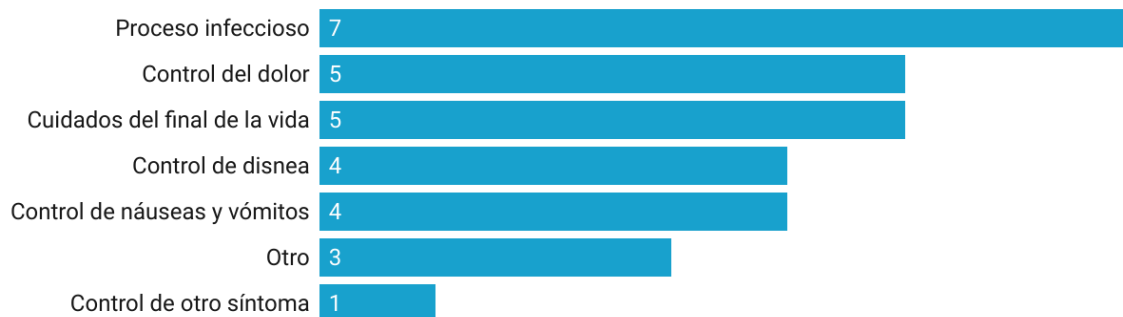
En cuanto al motivo principal de reingreso de los pacientes, se obtuvo un total de 29 registros, ya que en algunos casos se constató más de un motivo. Como se muestra en la tabla 23 y en la figura 12, el motivo más común fue los procesos infecciosos en 24,2% (n=7), seguido de

los cuidados del final de la vida en 17,2% (n=5) y el control del dolor también en 17,2% (n=5), el control de la disnea y el control de náuseas y vómitos con 13,8% (n=4) cada uno y el control de otros síntomas en 3,5% (n=1).

**Tabla 23.** Distribución según el motivo de reingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

Motivo de ingreso	Cantidad (n=29)	%
Control del dolor	5	17,24%
Control de disnea	4	13,79%
Control de náuseas y vómitos	4	13,79%
Control de otro síntoma	1	3,45%
Proceso infeccioso	7	24,24%
Cuidados del final de la vida	5	17,24%
Otro	3	10,34%

**Figura 12.** Distribución según el motivo de reingreso de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril 2023 y 1 de abril 2024 (n=29).



Con respecto a las intervenciones terapéuticas realizadas durante el periodo de hospitalización, se analizó como el porcentaje del total de reingresos a los cuales se les realizó cada intervención en específico y se desglosa en la tabla 24.

La intervención más frecuentemente realizada en el 92% de los casos fue la prescripción de opioides (n=23), lo que incluye opioides débiles y fuertes en cualquiera de sus vías de administración. En segundo lugar, se encuentra la terapia antibiótica y la sedación paliativa

en el 44% de los casos cada una (n=11), seguida de la prescripción de fármacos antieméticos en el 36% (n=9) y laxantes en el 32% (n=8).

No se registraron procedimientos para control de síntomas ni colocación de accesos vasculares por parte de los médicos en este subgrupo. En un caso (4%) se indicó transfusión de hemoderivados y en 2 casos (8%) el trámite para oxígeno domiciliar. La valoración por trabajo social se solicitó en 8% (n=2) y por psicología en 12% (n=3).

**Tabla 24.** Distribución según las intervenciones realizadas en el subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Intervención terapéutica</b>	<b>Reingresos (n=25)</b>	<b>%</b>
Antibióticos	11	44,00%
Opioides	23	92,00%
Antipsicóticos	1	4,00%
Antieméticos	9	36,00%
Laxantes	8	32,00%
Acceso vascular	0	-
Pneumocath	0	-
Toracocentesis	0	-
Paracentesis	0	-
Transfusión de hemoderivados	1	4,00%
Oxígeno domiciliar	2	8,00%
Quimioterapia o Radioterapia	0	-
Psicología	3	12,00%
Trabajo Social	2	8,00%
Sedación paliativa	11	44,00%

En cuanto a la estancia hospitalaria de este subgrupo, según la tabla 25, se registró un rango que abarca desde 2 hasta 36 días, con una estancia promedio de 6,1 días y una mediana de 4 días.

**Tabla 25.** Estancia hospitalaria promedio del subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
Estancia hospitalaria	6,08	4	2	36

De acuerdo con la tabla 26, la mortalidad intrahospitalaria para este subgrupo fue de 60% (n=15) tomando en consideración la totalidad de los reingresos. Sin embargo, si se ajusta dicha variable excluyendo los casos en los que el motivo de ingreso fue para cuidados del final de la vida, cuya mortalidad fue del 100% (n=5), se obtiene una mortalidad ajustada de 50% (n=10).

**Tabla 26.** Mortalidad intrahospitalaria del subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Mortalidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
<b>Total (n=25)</b>		
Fallecido	15	60,00%
No fallecido	10	40,00%
<b>Ajustada* (n=20)</b>		
Fallecido	10	50%
No fallecido	10	50%

\*Mortalidad ajustada: se excluyen aquellos pacientes cuyo motivo de ingreso fue para cuidados del final de la vida.

El escenario de atención al egreso más común de los pacientes que egresaron por indicación médica fue la visita domiciliar en 50% (n=5), seguida de la atención de forma ambulatoria por la consulta externa en 40% (n=4) (tabla 27).

**Tabla 27.** Escenario de atención al egreso del subgrupo de pacientes reingresados en el servicio de medicina paliativa del HSJD en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y 1 de abril de 2024.

<b>Escenario</b>	<b>Egresos (n=10)</b>	<b>%</b>
Consulta externa	4	40,00%
Visita domiciliar	5	50,00%
Otro	1	10,00%

## CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las características clínicas y epidemiológicas de la población hospitalizada en el servicio de Medicina Paliativa del Hospital San Juan de Dios en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2023 y el 1 de abril de 2024. Actualmente, la APCU del Hospital San Juan de Dios cuenta con 4 camas ubicadas en el Departamento de Hemato-Oncología: 2 camas de hombres y 2 camas de mujeres; estas entraron en funcionamiento en el año 2023 y se permite el ingreso tanto de pacientes oncológicos como no oncológicos con enfermedad avanzada o en condición terminal.

No obstante, la población total adscrita al HSJD es de 1.284.638 habitantes (58), por lo cual el número de camas de la APCU está lejos de las recomendaciones emitidas por expertos y entidades internacionales: 10 a 24 camas totales o 3 camas por cada 100.000 habitantes (1,46).

### 5.1. Características sociodemográficas

En el periodo de estudio, la mayoría de los ingresos correspondió a mujeres en el 60,5% de los casos y en el 39,5% restante a hombres. En los estudios publicados en otras regiones, la distribución tiende a ser equitativa o mayoritariamente de hombres, con un porcentaje que varía entre 45,8% hasta 60,3% de ingresos correspondientes a hombres (18–20,22,56).

La edad promedio al ingreso fue de 62,3 años, con una edad mínima registrada de 15 años y máxima de 90 años, la cual es concordante con la edad promedio registrada en otros estudios donde el promedio corresponde a la sexta década de vida: Canadá (62,6 años), Estados Unidos (59 años), Corea del Sur (67 años), Italia (62 años) y Noruega (68,9 años) (18–20,22,56).

Respecto a la provincia de residencia, el 91,6% de los ingresos correspondió a San José, donde se encuentra el área de atención directa del Hospital San Juan de Dios. En segundo lugar, Puntarenas en 6,1% de los ingresos, ya que varios cantones de la provincia forman parte de la Región Brunca, la cual tiene como centro de referencia de tercer nivel el HSJD. Por su parte, un 2,2% de los casos se encontraba registrado en otras provincias al momento del ingreso.

## **5.2. Enfermedad avanzada o terminal no oncológica**

En este estudio, solo 2 casos del total de 263 ingresos correspondieron a enfermedades no oncológicas en estadio avanzado o terminal. La literatura que se ha publicado a nivel mundial sobre las APCU corresponde a unidades instaladas dentro de centros oncológicos de alto nivel, por lo que no se reportan ingresos por enfermedades no oncológicas.

Dado que el HSJD es un hospital general y que su APCU permite el ingreso de casos oncológicos y no oncológicos, esto representa un área de oportunidad para trabajar en la importancia de los cuidados paliativos en ambos grupos de enfermedades, así como la posibilidad de un manejo altamente especializado como el ofrecido en una APCU en casos de mayor complejidad.

Por experiencia clínica, en el centro analizado, la mayoría de los pacientes con enfermedades no oncológicas avanzadas o con criterios de terminalidad (comúnmente cardiopatías, neumopatías, nefropatías y hepatopatías), aún en casos en los que ya se ha definido de previo un manejo paliativo, son ingresados a salones de medicina interna en contexto de exacerbaciones, complicaciones y hasta para cuidados del final de la vida. Por lo que difundir la labor de la APCU del HSJD y establecer criterios de ingreso a la unidad para casos no oncológicos podría aumentar la captación de estos pacientes, con las ventajas ya descritas que brinda una APCU al paciente y su familia, con la limitante de contar solamente con 4 camas en contraste con lo sugerido por expertos internacionales de un mínimo de 10 a 12 e idealmente 16 a 24 camas (1). En la literatura publicada, las APCU de Canadá, Estados Unidos, Corea del Sur y Noruega cuentan con 12 camas, mientras que la de Italia cuenta con 8 camas (18–20,22,56).

## **5.3. Enfermedad avanzada o terminal oncológica**

En los 261 ingresos correspondientes a enfermedades oncológicas, se registró un total de 272 diagnósticos, lo que implica que en 4,2% de los ingresos se constataron dos tumores primarios activos de forma simultánea. En la literatura publicada, algunos artículos indican que, en caso de múltiples primarios, solo tomaron en cuenta el responsable de la hospitalización para el análisis estadístico, en otros artículos, no se mencionan pacientes con

múltiples neoplasias, por lo que no es posible comparar este resultado con la experiencia de otros centros.

El diagnóstico de cáncer más frecuente fue gastrointestinal en 25,9% de los casos; en segundo lugar, hepatobiliar o pancreático en 19,3% y, en tercer lugar, ginecológicos en 11,7%, seguido del cáncer de mama en 9,9%, pulmón en 6,6% y de próstata 5,5%. Al comparar estos resultados con los datos nacionales de incidencia y prevalencia de cáncer publicados por el Observatorio Global del Cáncer de la OMS, donde se incluye los datos del Ministerio de Salud de CR y que se encuentran actualizados al 2022, se observa que estos diagnósticos más frecuentes corresponden con las neoplasias de mayor incidencia en el país, las cuales en orden corresponden a próstata, mama, gástrico y colorrectal (59).

En el caso de las neoplasias gastrointestinales, diagnóstico más frecuente asociado a los ingresos, no solo ocupan los primeros lugares de incidencia, sino que el cáncer colorrectal ocupa el tercer lugar en prevalencia y el gástrico el sétimo (59). Debido al importante compromiso nutricional que suelen asociar las neoplasias gastrointestinales, los pacientes se encuentran en una condición de fragilidad mayor, lo cual se podría hipotetizar como uno de los factores asociados al alto porcentaje de ingresos por motivos diversos. Además, estos tumores presentan riesgo de obstrucción intestinal, una complicación responsable de numerosas hospitalizaciones durante el periodo de estudio.

Los tumores hepatobiliares o pancreáticos ocupan el sétimo y onceavo lugar de incidencia a nivel nacional, no obstante, se ubicaron en la segunda posición de los diagnósticos más comunes en el presente estudio (59). Estas neoplasias, particularmente las pancreáticas, se caracterizan por una evolución más agresiva y con desarrollo de múltiples complicaciones incluso desde el momento del diagnóstico, las cuales suelen ser de mayor complejidad y requerir de un manejo intrahospitalario multidisciplinario, lo que podría explicar los resultados de esta investigación.

En el caso específico del cáncer de próstata, es la neoplasia con mayor incidencia y más prevalente en el país, sin embargo, correspondió solo a un pequeño porcentaje de los ingresos, lo cual podría explicarse por su curso usual más larvado y con menor carga sintomática que permite una mayor proporción de pacientes con manejo ambulatorio.

El tercer diagnóstico más frecuente en el estudio fueron los tumores ginecológicos y en cuarto lugar el cáncer de mama. La estadística nacional arroja que el cáncer de mama es la segunda neoplasia con mayor incidencia y prevalencia (59), sin embargo, el contar con guías claras de tamizaje permite un diagnóstico y abordaje más temprano, lo que se podría hipotetizar se relaciona con una menor necesidad de manejo intrahospitalario de sus síntomas o complicaciones. El cáncer uterino, de cérvix y de ovario se ubican en el puesto 9, 11 y 16 de incidencia en Costa Rica, al evaluarse de forma individual, y útero y cérvix en quinto y sexto lugar de prevalencia respectivamente (59); para efectos estadísticos en este estudio, se consideraron como un grupo, lo cual podría explicar su posición en tercer lugar. Además, el diagnóstico tardío en cáncer de ovario y los estadios avanzados de cáncer uterino y de cérvix asocian complicaciones que con frecuencia requieren de un manejo intrahospitalario (por ejemplo, lesión renal, sangrado uterino y obstrucción intestinal maligna).

Al comparar con los diagnósticos más comunes de la tabla 1, se evidencia que las neoplasias gastrointestinales y ginecológicas ocupan los primeros lugares en la mayoría de análisis publicados, lo cual concuerda con la alta incidencia y prevalencia a nivel mundial (59), así como con las complicaciones asociadas a estos diagnósticos que con frecuencia ameritan manejo intrahospitalario.

Llama la atención que, en muchos de los estudios, se encuentra el cáncer de pulmón dentro de los diagnósticos más comunes en los pacientes ingresados, en contraste con lo documentado en este estudio. No obstante, la estadística para estos otros países coloca al cáncer de pulmón en los primeros lugares de incidencia y prevalencia, a diferencia de Costa Rica, donde ocupa el sexto lugar de incidencia y doceavo en prevalencia (59), lo que podría explicar el menor porcentaje de ingresos relacionados a este diagnóstico.

#### **5.4. Estado funcional**

La valoración del estado funcional en el paciente paliativo, oncológico o no oncológico, es una herramienta fundamental porque no solo brinda información pronóstica, sino que permite objetivizar la necesidad y recursos del paciente desde la dimensión social.

Este estudio documentó un subregistro del estado funcional determinado mediante la escala KPS, con un 97% de los ingresos donde no se constató, por lo que no se puede establecer

conclusión y comparación alguna. Esta herramienta es válida tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos, por lo que es aplicable a todos los ingresos del servicio. Es un claro punto de oportunidad de mejora, donde, mediante la estandarización o instrumentalización de la nota de ingreso al servicio, se puede mejorar el abordaje integral del paciente.

En el caso de la valoración funcional mediante la escala ECOG, la cual aplica solo para pacientes oncológicos y presenta como limitante adicional que se desarrolló para la toma de decisiones sobre tratamiento oncoespecífico, solo se registró en 40,3% de los ingresos con diagnóstico de cáncer, lo cual, al igual que el punto anterior, corresponde a una oportunidad de mejora mediante la estandarización de la nota de ingreso.

En los casos registrados, la distribución fue la siguiente: ECOG 3 en 47,6%, ECOG 1 en 22,9%, ECOG 4 en 15,2% y ECOG 2 en 14,3%. En la literatura son muy pocos los estudios que incluyen el reporte del estado funcional al ingreso: de todos los artículos analizados en la tabla 1, solo en 4 se reportó, lo que corresponde al 28,6% de los artículos. En un estudio de 100 pacientes publicado en Estados Unidos, se reportó un ECOG 3 en el 48% de los casos, seguido de ECOG 1 en 27%, ECOG 2 en 14% y ECOG 4 en 11% (8), el cual presenta una distribución muy similar.

En el caso de Corea del Sur, en un estudio donde se analizó 1440 hospitalizaciones, se reportó ECOG 3 y 4 con 37% cada uno, ECOG 2 en 21% y ECOG 1 en 5% (56); en esta oportunidad, llama la atención un alto porcentaje de ECOG 4 y un menor porcentaje de ECOG 1 al ingreso. Además, en este estudio de Corea del Sur, no se especifican los motivos de ingreso, sin embargo, casi 60% de los ingresos a la APCU fue por traslado procedente de salones de oncología, en contraste con el presente estudio con solo 21%, lo que se podría plantear como una posible explicación para una mayor proporción de estados ECOG 3 y 4, en casos donde los pacientes no presentaron buena respuesta o asociaron complicaciones significativas con el manejo onco-específico.

### **5.5. Ruta de ingreso**

En este estudio, el 74,1% de los ingresos provino del servicio de emergencias del hospital, seguido de 20,9% trasladados desde otros servicios, principalmente oncología médica con 12,1% y oncología quirúrgica con 6,1%. La ruta menos común fue el ingreso programado

directamente al servicio en 4,9% de los casos. Por la naturaleza de los diagnósticos más comunes en la población paliativa, así como los motivos de ingreso más frecuentes, es esperable que la ruta de ingreso principal sea por emergencias, ya que es donde la mayoría de los pacientes deciden consultar o son referidos para optar por una atención pronta dentro del funcionamiento del sistema de salud pública costarricense.

En el caso de la APCU del Princess Margaret Hospital en Toronto, llama la atención que 62% de los ingresos son ambulatorios, 32% trasladados desde otros servicios y solo 6% desde emergencias. Esto se debe a dos razones principalmente: cuentan con un sistema robusto de clínicas ambulatorias donde se brinda atención simultánea por parte de oncología y medicina paliativa para manejar los casos menos complejos y a nivel de la APCU se priorizan los ingresos directos a la unidad para evitar que el paciente y su familia tengan que acudir al servicio de urgencias con el tiempo de espera que esto conlleva, partiendo del hecho de que las visitas a emergencias en pacientes oncológicos avanzados se consideran un indicador negativo de calidad de vida (19).

En cuanto al MD Anderson Cancer Center en Houston, se reportó un 72% de ingresos provenientes de salones de oncología y 28% ambulatorios (18); debe tomarse en cuenta que el servicio de emergencias de dicho hospital entró en funcionamiento en 2010, luego de publicado el estudio, por lo que la dinámica actual podría haber cambiado. En el caso de Corea del Sur, el 58% fue trasladado desde otros servicios del centro hospitalario, (principalmente de oncología), seguido del servicio de urgencias en 23% de los casos y ambulatorio en 19%. Estos últimos provenientes de clínicas ambulatorias de cuidados de soporte donde se realiza una vigilancia activa y manejo de los síntomas, con referencia para hospitalización de los casos de mayor complejidad (56).

En el caso de Italia, la APCU de La Maddalena reportó un 69% de ingresos directos al servicio, seguido de 20% referidos o trasladados de otras clínicas u hospitales, 8% trasladados desde el servicio de oncología del propio hospital y 5% ingresados desde emergencias (20). Si se suma el porcentaje de traslados desde otros servicios del mismo hospital y desde otros hospitales, este centro presenta un comportamiento muy similar al reportado en la APCU de Toronto.

El caso de la APCU en Noruega presenta un comportamiento similar al costarricense, con un 67% de ingresos provenientes de urgencias, seguido de 16,5% trasladado desde otros servicios y 16,5% ambulatorios (22).

En la mayoría de APCU, los ingresos desde emergencias corresponden a un porcentaje menor, sobrepasados por los casos ambulatorios y trasladados desde otros servicios. La unidad del HSJD presenta varias limitantes que influyen sobre la ruta de ingreso: cuenta solamente con 4 camas, a diferencia de las 8 a 12 camas de las otras unidades, además, por la alta demanda y saturación constante del servicio de emergencias, la mayoría de las camas se disponen con base en dichas necesidades. Por otro lado, un área sobre la cual se puede trabajar es en la divulgación de la función y resultados de la APCU, con el fin de que otros servicios y especialidades del centro conozcan acerca del recurso y definir criterios de traslado a la unidad tanto para casos oncológicos como no oncológicos. Así mismo, la difusión de los resultados y el aumentar la demanda permitiría justificar que se incremente el número de camas asignadas a la unidad.

### **5.6. Motivo principal de ingreso**

El motivo de ingreso más frecuente en el estudio correspondió a los procesos infecciosos en 29,3% de los casos, seguido de control de síntomas en 29%, al agrupar los ingresos para control de dolor, disnea, náuseas y vómitos y otros síntomas (con 9,3%, 7,9%, 6,8% y 5% respectivamente). Los cuidados del final de la vida fueron el motivo de ingreso en 9,6% de los casos y bajo la categoría de “otro” motivo en 32,1% de los casos, se agruparon diferentes motivos como estudios diagnósticos, procedimientos intervencionistas, soporte transfusional, necesidad de oxígeno domiciliar y abordaje de problemas psicosociales. Esto demuestra que, a pesar de repetirse y poder agruparse ciertos motivos, existe heterogeneidad en los mismos por las diversas necesidades de estos pacientes, lo que ocasiona dispersión de los datos.

En los estudios publicados a nivel internacional, no siempre se reporta el motivo principal de ingreso, además, la forma de operacionalizar la variable no está estandarizada, por lo que se dificulta la comparación. Así mismo, el criterio del personal de salud a la hora de determinar el motivo de ingreso principal tiene un componente subjetivo y juega un rol fundamental.

Por ejemplo, en un paciente con insuficiencia respiratoria secundaria a una infección de vía respiratoria inferior, un profesional podría considerar el proceso infeccioso como el motivo principal de ingreso y otro profesional el control de la disnea como síntoma, aun cuando parte del manejo sintomático pueda incluir el control del cuadro infeccioso.

En todos los artículos analizados en la tabla 1 y que reportan el motivo de ingreso, se tiene como elemento común el control de síntomas como motivo principal; en algunos se reporta el control de síntomas como grupo y en otros de forma individual, siendo el dolor el más común en este último caso (8,19–21,51,54,55). En los casos en que se reportó forma agrupada, se registró desde 61% hasta 94% de ingresos para control de síntomas (19,55), más del doble de lo documentado en este estudio con 29%, sin embargo, con las consideraciones previamente descritas.

Resulta llamativo que en la literatura publicada solo un artículo hace referencia a los procesos infecciosos como motivo principal de ingreso, específicamente por infecciones respiratorias, en 18% de los casos (57). En contraste, en el HSJD corresponde al motivo más frecuente en 29,3% de los ingresos. Una posible explicación puede ser el registro estadístico del ingreso como control de los síntomas ocasionados por la infección, en lugar de registrarse por la infección como tal. Además, en el medio institucional costarricense, se cuenta con una disponibilidad limitada de alternativas terapéuticas en cuanto a los antibióticos orales, lo que también podría estar condicionando la hospitalización de pacientes que se pueden manejar de forma ambulatoria en otro contexto.

A pesar de que dentro de la definición de las APCU no es usual el ingreso para cuidados del final de la vida, en Canadá se reportó un 23% y en Corea del Sur un 29% (19,55); en el caso del HSJD se registró en 9,6% de los ingresos. Debido a que Costa Rica no cuenta con un sistema de hospicio como tal, y que el escenario de visita domiciliar no cuenta con atención las 24 horas del día, se podría haber esperado un mayor porcentaje de ingresos por este motivo. Sin embargo, el número de camas de la unidad es una limitante de relevancia y, a partir de la experiencia clínica, se ha observado que con frecuencia estos pacientes son manejados en el servicio de emergencias o son ingresados a otras especialidades, lo que en algunos casos podría implicar un abordaje multidimensional insuficiente para el paciente y su familia en un momento complejo dentro de la evolución de su condición.

## 5.7. Intervenciones terapéuticas

En cuanto a la prescripción farmacológica, lo más común fue el inicio, ajuste o rotación de opioides en el 84,8% de los casos, aquí se incluyó tanto opioides fuertes como débiles y por cualquier vía de administración. En la literatura, se reporta una prevalencia de dolor en el paciente oncológico de 44,5%, la cual puede aumentar hasta el 66% en pacientes con enfermedad avanzada y hasta el 81% de los pacientes en la última semana de vida (60,61); en el caso de la disnea, se reporta una prevalencia en cáncer avanzado de 58% y hasta 70,2% en las últimas semanas de vida (62,63). Por lo tanto, con base en las características de los pacientes del presente estudio, es concordante el hallazgo de que la mayoría recibió opioides para manejo sintomático del dolor o disnea.

En los artículos analizados en la tabla 1, son pocas las APCU que reportaron las intervenciones realizadas. En dos estudios pequeños de Estados Unidos y Corea del Sur se reportó 88% y 89% de uso de opioides respectivamente (8,55), muy similar al caso del HSJD. En otros, se reportó el ajuste o rotación de opioides en un rango de 43% a 66% (20,22,50).

En segundo lugar, la intervención farmacológica más frecuente fue la antibioticoterapia en 44,5% de los ingresos, la cual, en comparación con el 29,3% de ingresos, cuyo motivo principal fue un proceso infeccioso, podría explicarse por la presencia de un cuadro infeccioso no diagnosticado al momento del ingreso o el desarrollo de una infección como complicación durante la estancia hospitalaria. En publicaciones de APCU en Noruega y Estados Unidos, se registró un 37% y 79% de uso de antibióticos respectivamente (22,51); en el primer caso no se especificaron los motivos de ingreso y en el segundo el ingreso por causa infecciosa fue mucho menor en comparación con el uso de antibioticoterapia, lo que podría sugerir un escenario similar al costarricense.

El uso de antieméticos se registró en 42,6% de los ingresos, laxantes en 30,4% y los antipsicóticos en 10,7%; este último caso incluye tanto el uso para síntomas psiquiátricos como el uso antiemético. Las náuseas inducidas por opioides se presentan en aproximadamente 20 a 33% de los pacientes que reciben este tratamiento, de los cuales, cerca de la mitad desarrollan vómitos (64); lo cual, sumado a la prevalencia de náuseas y vómitos por efecto directo de la enfermedad, el tratamiento oncoespecífico o sus complicaciones,

correlaciona con el porcentaje de pacientes que ameritaron tratamiento antiemético. En otras APCU se reportó un uso de antieméticos 52% y de antipsicóticos de 50 a 76% (51,55), en un rango un tanto mayor al presente estudio.

Resulta llamativo el uso de laxantes solo en 30,4% de los ingresos, a pesar del empleo de opioides casi en el 85% de los casos, ya que la constipación inducida por opioides en el paciente oncológico se reporta en la literatura en un amplio rango que va desde 23 a 90% y en casos de enfermedad avanzada de 51 a 87% (65,66). En otras APCU, se reporta el uso de laxantes en el 66 a 78% de los casos (8,55). Esta diferencia podría explicarse por muchos factores incluyendo el diagnóstico de fondo, tipo y dosis de opioide utilizado, sin embargo, debe descartarse que no se deba a un subdiagnóstico de la constipación y, por ende, un tratamiento insuficiente de la misma. Para esto se podría implementar a nivel del servicio, la estandarización de la evaluación de los síntomas más comunes en el paciente paliativo de forma diaria en la nota de evolución médica.

En cuanto a la sedación paliativa, se registró en un 24,3% de los ingresos; al analizar el subgrupo de pacientes que ingresó para cuidados del final de la vida, la sedación paliativa se indicó en el 81,5% de los casos, lo que refleja un contexto de alta carga sintomática, mayor riesgo de síntomas refractarios y menos tiempo para realizar distintas pruebas terapéuticas. En cuanto a lo reportado por otras APCU, se encuentra el caso de Italia donde se prescribió la sedación paliativa en 2,2% de los ingresos; esta diferencia podría explicarse por las características de dicha población de estudio: 69% ingresó de manera ambulatoria, 69% ingresó para control de dolor, el KPS promedio de ingreso fue de 49,2% y la mortalidad fue de apenas 8%, lo que podría sugerir una mejor trayectoria durante la hospitalización con menor necesidad de instaurar una sedación paliativa, además, en dicho estudio no se reporta el ingreso de pacientes para cuidados del final de la vida (20).

En la unidad del HSJD, se registró un total de 35 procedimientos durante el periodo de estudio: se colocó un acceso vascular por parte del personal médico en 7,6% de los ingresos, pneumocath en 3,1% y paracentesis en 2,3%. La necesidad de estas intervenciones está condicionada por la respuesta del paciente a otras alternativas terapéuticas, su estado funcional y pronóstico, por lo que variará ampliamente según las características de la población en estudio.

Se indicó transfusión de hemoderivados en 12,9%, similar a lo reportado en la APCU de Italia y Noruega con 12% y 17% respectivamente (20,22). El 7,2% de los ingresos recibió quimioterapia o radioterapia durante su estancia, principalmente radioterapia paliativa para el control de síntomas como dolor o sangrado, pero no se cuenta con datos de otras APCU para comparar. Además, 8,4% de los ingresos requirió tramitar oxígeno domiciliar, situación que está condicionada a la presencia de una enfermedad avanzada o terminal que cumpla con los criterios del servicio para ingreso a visita domiciliar.

La solicitud de valoración por parte de psicología y trabajo social durante el internamiento mediante interconsulta se registró en 12,6% y 27%, respectivamente. Si bien las necesidades de cada paciente y familia son distintas y dinámicas a través del tiempo, la definición de APCU implica el abordaje multidimensional y multidisciplinario para lograr un mayor impacto en la calidad de vida, por lo que se esperaría un mayor porcentaje de valoraciones por estos servicios de apoyo. Por otro lado, algunos de los pacientes ingresados podrían haber contado con una valoración reciente por estos servicios previo al ingreso, particularmente en el escenario domiciliar, lo que podría explicar en parte los resultados obtenidos. En cuanto a la mayor proporción de interconsultas a trabajo social, podría deberse a la necesidad de identificar un cuidador principal para muchos de los trámites del servicio (por ejemplo, ingreso a la visita domiciliar y préstamo de equipo médico).

Se podría plantear como parte de la estandarización del ingreso a la unidad, registrar un tamizaje básico por necesidades multidimensionales y con base en este decidir si amerita una valoración formal por parte de estos otros servicios, quienes, a su vez, decidirán la necesidad de seguimiento adicional durante la estancia hospitalaria.

### **5.8. Estancia hospitalaria**

En la unidad del HSJD, se registró una estancia con un rango desde 1 hasta 146 días, con un promedio de 7,3 días. Exceptuando la estancia de 146 días que correspondió a un paciente con problemática social que debió ser reubicado e institucionalizado, la segunda más extensa fue de 41 días. En los estudios con mayor número de participantes incluidos en la tabla 1, se reportó una estancia promedio que va desde 4 días en Pakistán hasta 12 días en Canadá (18–20,22,56,57).

En todos los casos, incluyendo la unidad del HSJD, se cumple con el objetivo de las APCU: hospitalizaciones por un periodo corto de tiempo —por lo general menor a 2 semanas— para estabilizar la condición o síntomas y posterior traslado a otro escenario (1).

### **5.9. Mortalidad intrahospitalaria**

La mortalidad en el periodo de estudio fue de 36,1%, sin embargo, al ajustar la variable excluyendo los casos donde el motivo de ingreso fueron los cuidados del final de la vida —cuya mortalidad como subgrupo fue del 100%—, la mortalidad ajustada corresponde a 28,8%.

Los estudios con mayor número de pacientes publicados en otras APCU reportan una mortalidad tan baja como 4% en Italia y 13% en Noruega, hasta 36% en Estados Unidos y 50% en Canadá (18–20,22). En el caso de Italia, como se discutió anteriormente, los pacientes ingresaron en mayor proporción de forma ambulatoria, para control de dolor y con un mejor estado funcional, lo que condiciona positivamente sus resultados (20). En el caso de Estados Unidos, no se reportó el motivo de ingreso ni el estado funcional, lo que dificulta su interpretación; en cuanto a Canadá, tampoco se reportó el estado funcional, sin embargo, 23% de sus ingresos fueron para cuidados del final de la vida (en contraste con el 9,6% de nuestro estudio), lo que contribuye a la mortalidad.

Dado que las APCU no contemplan el ingreso rutinario para cuidados del final de la vida, si las necesidades multidimensionales ya han sido abordadas, se propone como meta una mortalidad menor al 50% (3,5,8,47), objetivo que fue cumplido en todos los casos reportados en la literatura y en la unidad del HSJD.

Al desglosar la mortalidad según el motivo de ingreso, se obtiene un total de 103 registros que corresponden a 95 pacientes fallecidos. El primer lugar corresponde a los procesos infecciosos con 27,18% (n=28), seguido de los cuidados del final de la vida con 26,21% (n=27), otro motivo de ingreso con 23,3% (n=24), control de la disnea con 8,74% (n=9), control del dolor con 7,77% (n=8) y control de náuseas y vómitos con 5,83% (n=6). Por otro lado, al analizar la proporción de fallecimientos para cada motivo de ingreso de manera individual, los que presentaron la mayor mortalidad fueron los cuidados del final de la vida con un 100%, seguidos por el control de la disnea en 40,91% y procesos infecciosos en

34,15%. En la literatura internacional publicada, no se describe un análisis de la mortalidad en relación con los motivos de ingreso a la APCU, por lo cual no es posible establecer comparaciones.

#### **5.10. Escenario de atención al egreso**

De los pacientes que egresaron por indicación médica, el 60,1% continuaron su atención posterior en la visita domiciliar, el 30,3% de forma ambulatoria en la consulta externa y el 9,5% en otro escenario (se incluyó pacientes trasladados a otros servicios del hospital, egresados a asilos o centros de larga estancia). Debido a las características ya descritas de estos pacientes, es esperable una mayor proporción de egresos con criterios para ser ingresados a la visita domiciliar.

En comparación con los resultados publicados por otras APCU, en regiones donde se cuenta con un sistema de hospicio establecido, como Estados Unidos y Corea del Sur, el porcentaje de egresos al hogar es menor a expensas de los egresos a un hospicio. En el caso de la APCU de Italia, debido a las condicionantes ya descritas y su baja mortalidad, el número de egresos al hogar alcanza casi la totalidad de estos. No se realizan comparaciones directas, ya que en la literatura publicada se incluyó al porcentaje de pacientes fallecidos dentro del análisis del desenlace de egreso.

#### **5.11. Subgrupo de reingresos**

En el periodo de estudio, se documentó un total de 24 pacientes que reingresaron: 23 con dos hospitalizaciones y uno con tres hospitalizaciones. De los reingresos propiamente, el 76% fueron mujeres, la edad promedio fue de 55,6 años y en 96% de los casos residentes de la provincia de San José. En comparación con la población total, este subgrupo registró una mayor proporción de mujeres y una edad promedio aproximadamente 7 años menor; la distribución por provincia se mantuvo similar.

En cuanto al diagnóstico, el 100% de los reingresos fue oncológico, de los cuales, 16% presentaban más de un primario, con una distribución total de las neoplasias más frecuentes de 24,1% gastrointestinales, 20,7% ginecológicas y 17,2% hepatobiliar o pancreática. En comparación con la totalidad de la población, este subgrupo presentó una proporción mayor

de múltiples primarios, con una distribución similar en cuanto a los tumores más frecuentes, con la diferencia de que las neoplasias ginecológicas ascendieron del tercer al segundo puesto.

En este subgrupo, no se registró el estado funcional mediante KPS en ningún paciente y en el caso de la escala ECOG. solo en 6 casos: 4 con ECOG 3 y 2 con ECOG 4, lo cual refuerza lo planteado anteriormente de la necesidad de estandarizar o instrumentalizar la nota de ingreso al servicio.

La ruta de reingreso más común fue proveniente de emergencias en 84% de los casos, seguida de los traslados desde oncología y los ingresos programados directos a la unidad en 8% de los casos cada uno. Comparado con la población total. hay más ingresos desde emergencias y menos traslados desde otros servicios, lo cual se podría hipotetizar en relación con que estos pacientes impresionan tener peor estado funcional de base, con lo cual pueden cambiar las metas terapéuticas y no considerarse beneficioso el ingreso a otros servicios para recibir un manejo con intención curativa.

El motivo de ingreso más común también correspondió a los procesos infecciosos en 24,2% de los casos, seguido de los cuidados del final de la vida y control del dolor con 17,2% cada uno, control de disnea, así como control de náuseas y vómitos con 13,8% cada uno. Al comparar con la población total, se presenta una distribución similar, sin embargo, los ingresos para cuidados del final de la vida y control de los diversos síntomas ocuparon una proporción mayor, lo que se podría explicar en parte por un peor estado funcional del subgrupo en posible asociación con etapas más avanzadas de la enfermedad, en las que está descrita una mayor prevalencia y severidad de los síntomas (13,67).

En el 92% de los reingresos, se prescribieron opioides, seguido de antibioticoterapia en 44%, antieméticos en 36% y laxantes en 32%; el orden por frecuencia se mantiene sin cambios en comparación con la población total. La sedación paliativa se indicó en 44% de los casos, en contraste con 24,3% de la población total, lo cual puede explicarse por una mayor proporción de ingresos para cuidados del final de la vida en este subgrupo. Además, se solicitó valoración por psicología en 12% de los reingresos y por trabajo social en 8% de los reingresos, este es un porcentaje aún menor que en la totalidad de los pacientes, lo que podría deberse a una

valoración previa reciente —incluso durante la hospitalización previa—, pero representa una oportunidad de mejora para estandarizar el tamizaje multidimensional al ingreso y con esto definir la necesidad de una valoración formal.

La estancia promedio de los reingresos fue de 6,1 días, muy similar a los 7,3 días de la población total y dentro de las metas de funcionamiento establecidas para una APCU. Por su parte, la mortalidad de los reingresos fue de 60% y ajustada de 50% (excluyendo los reingresos para cuidados del final de la vida), la cual es casi el doble de la mortalidad de la población total y se encuentra en el límite superior de lo recomendado como meta para las APCU. Esto podría explicarse por un peor estado funcional y mayor carga sintomática en relación con una progresión de la enfermedad y estadio más avanzado.

Finalmente, el escenario de atención al egreso por indicación médica fue la visita domiciliar en 50% de los reingresos y la consulta externa en el 40%, manteniendo una proporción similar a la de la totalidad de la población en estudio.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. Conclusiones

Este estudio aporta datos estadísticos relevantes, al ser la primera investigación sobre el funcionamiento y resultados de una unidad de cuidados paliativos agudos en Costa Rica. En la población analizada, se observó que el 60,5% de los ingresos correspondió a mujeres, con un promedio de edad de 62 años y la mayoría procedía de la provincia de San José (91,6%), lo que refleja el área de atracción del Hospital San Juan de Dios.

El 99,3% de los ingresos presentó un diagnóstico oncológico, predominando los tumores gastrointestinales (25,9%), hepatobiliares y pancreáticos (19,3%) y ginecológicos (11,7%). La mayoría ingresó desde el servicio de emergencias (74,1%) y los principales motivos de ingreso fueron los procesos infecciosos (29,3%), cuidados al final de la vida (9,6%) y control del dolor (9,3%).

El estado funcional al ingreso se documentó en menos de la mitad de los casos; en la escala ECOG predominaron los pacientes con mayor grado de dependencia (ECOG 3 y 4 en 62,8%). Además, las intervenciones más frecuentes fueron la prescripción de opioides (84,8%), antibióticos (44,5%) y antieméticos (42,6%). Un 24,3% requirió sedación paliativa, lo que refleja la alta complejidad y refractariedad de los síntomas de los casos atendidos.

La estancia hospitalaria promedio fue de 7,3 días y la mortalidad de 36,1%; al ajustarla excluyendo los pacientes que ingresaron con motivo exclusivo de cuidados del final de vida, disminuyó a 28,8%. Estos resultados se alinean con los estándares internacionales de desempeño para una APCU.

El escenario de atención más frecuente al egreso por indicación médica fue la visita domiciliar (60,1%), seguida por la consulta externa (30,3%) y otros escenarios como institucionalización o traslados a otros servicios (9,5%). Esto demuestra una integración y articulación efectiva entre la atención intrahospitalaria y los escenarios de atención extrahospitalarios.

La unidad de cuidados paliativos agudos del Hospital San Juan de Dios cumple con los parámetros internacionales de las APCU, mostrando datos comparables a los publicados en otras latitudes y resultados favorables en estancia, mortalidad y continuidad de la atención, lo que sustenta su valor como modelo de atención no tradicional dentro del sistema de salud pública costarricense.

## **6.2. Recomendaciones**

Se recomienda estandarizar la nota médica de ingreso al servicio de medicina paliativa, con el objetivo de mejorar la evaluación integral del paciente, garantizando el registro de las características y variables esenciales, incluyendo aquellas más deficitarias en el estudio como el estado funcional, lo que permita una mejor visión global y toma de decisiones.

También se recomienda estandarizar el tamizaje multidimensional al ingreso al servicio, con el objetivo de identificar pacientes en riesgo o con necesidades insatisfechas en cada una de las cuatro dimensiones básicas y con esto definir la necesidad de una valoración formal por parte de los distintos servicios y recursos de apoyo (por ejemplo, trabajo social y psicología) en cumplimiento con los estándares internacionales para una APCU.

Se sugiere protocolizar las intervenciones terapéuticas con base en la evidencia actualizada, para homogeneizar la atención garantizando la equidad y máxima calidad posible. Para esto, lo ideal es el desarrollo de guías institucionales o locales con base en la evidencia más reciente disponible y la experiencia de los diferentes especialistas del servicio, que sean revisadas y actualizadas de manera periódica.

Además, se recomienda fortalecer la coordinación entre el servicio hospitalario y los escenarios extrahospitalarios (consulta externa y visita domiciliar) para reducir la dependencia del ingreso por emergencias, favoreciendo internamientos más oportunos y evitando la estancia y espera que implica la atención en un servicio de urgencias, donde es probable una atención no satisfactoria desde el punto de vista paliativo.

Se sugiere mantener como estándar del servicio una estancia promedio inferior a 14 días y una mortalidad menor al 50%, en concordancia con los resultados y recomendaciones internacionales.

Se recomienda mantener el seguimiento de los indicadores de calidad en salud (por ejemplo, estancia y mortalidad) y de la estadística general del servicio, tanto a nivel interno como por parte del Departamento de Estadística del HSJD. Estos se analizan de manera anual durante la visita del Ministerio de Salud para la acreditación y habilitación del servicio, y permiten evaluar el impacto de la unidad, así como detectar oportunidades de mejora continua.

Finalmente, reforzar el vínculo con el programa de visita domiciliar, asegurando recursos humanos y logísticos suficientes para sostener la alta proporción de egresos hacia este escenario.

## REFERENCIAS

1. Bruera E, Higginson I, Von Gunten CF, Morita T, editores. Textbook of palliative medicine and supportive care. Third edition. Boca Raton: CRC Press; 2021.
2. Mercadante S, Bruera E. Acute palliative care units: characteristics, activities and outcomes – scoping review. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;13(4):386-92.
3. Bruera E, Sweeney C. The Development of Palliative Care at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. *Support Care Cancer*. 1 de julio de 2001;9(5):330-4.
4. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Costa X, Lasmarías C, Santauegènia S, Sánchez P, et al. Development of Palliative Care: Past, Present, and Future. En: MacLeod RD, Van Den Block L, editores. *Textbook of Palliative Care* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [citado 29 de septiembre de 2024]. p. 77-88. Disponible en: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-77740-5\\_2](http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-77740-5_2)
5. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol*. 20 de marzo de 2020;38(9):852-65.
6. Cherny NI, editor. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5. ed. Oxford: Oxford Univ. Press; 2015. 1254 p.
7. Bruera E, Portenoy RK. *Topics in palliative care*. Volume 5. New York: Oxford University Press; 2001.
8. Lagman R, Rivera N, Walsh D, LeGrand S, Davis MP. Acute Inpatient Palliative Medicine in a Cancer Center: Clinical Problems and Medical Interventions—A Prospective Study. *Am J Hosp Palliat Med*. 2007;24(1):20-8.
9. Goldstein P, Decland, Horvitz LU. The Cleveland Clinic Foundation Harry R. Horvitz Palliative Care Center. *Support Care Cancer*. septiembre de 1996;4(5):329-33.
10. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021*. 2017.
11. Picado J, Solórzano F, Suárez M. *Necesidades de Cuidado Paliativo en Costa Rica*. San José: EDNASSS-CCSS; 2021.

12. Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D. The Optimal Delivery of Palliative Care: A National Comparison of the Outcomes of Consultation Teams vs Inpatient Units. *Arch Intern Med* [Internet]. 11 de abril de 2011 [citado 29 de septiembre de 2024];171(7). Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2011.87>
13. Kutner JS, Kassner CT, Nowels DE. Symptom Burden at the End of Life. *J Pain Symptom Manage*. junio de 2001;21(6):473-80.
14. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 de junio de 2018;178(6):820.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de recursos. 2009.
16. Abian MH, Antón Rodríguez C, Noguera A. End of Life Cost Savings in the Palliative Care Unit Compared to Other Services. *J Pain Symptom Manage*. noviembre de 2022;64(5):495-503.
17. Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 30 de septiembre de 2020 [citado 29 de julio de 2025];2020(9). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012780.pub2>
18. Hui D, Elsayem A, Palla S, De La Cruz M, Li Z, Yennurajalingam S, et al. Discharge Outcomes and Survival of Patients with Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. 2010;13(1):49-57.
19. Bryson J, Coe G, Swami N, Murphy-Kane P, Seccareccia D, Le LW, et al. Administrative Outcomes Five Years after Opening an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. 2010;13(5):559-65.

20. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A, et al. Clinical and financial analysis of an acute palliative care unit in an oncological department. *Palliat Med.* 2008;22(6):760-7.
21. Mercadante S, Adile C, Caruselli A, Ferrera P, Costanzi A, Marchetti P, et al. The Palliative-Supportive Care Unit in a Comprehensive Cancer Center as Crossroad for Patients' Oncological Pathway. Santini D, editor. *PLOS ONE.* 2016;11(6):e0157300.
22. Thronæs M, Løhre ET, Kvikstad A, Brenne E, Norvaag R, Aalberg KO, et al. Interventions and symptom relief in hospital palliative cancer care: results from a prospective longitudinal study. *Support Care Cancer.* 2021;29(11):6595-603.
23. Pastrana. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020. Houston: IAHP; 2021.
24. Brenes M, Brenes J, Núñez C. Pasado y presente de los Cuidados Paliativos en Costa Rica. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica.* 2013;70(605).
25. Acuña C. Cuidados Paliativos en Costa Rica. *Rev Ter.* 2017;11(2):15-25.
26. Villalobos JP. Fundación Pro Clínica para el control del dolor y cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios. 2010.
27. del Río I, Palma A. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Pontificia Universidad Católica de Chile; s.f.
28. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* octubre de 2020;60(4):754-64.
29. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Stejin D, Garralda E, Pons J, et al. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020. 2a edición. Houston: IAHP Press; 2021.
30. Ohana S, Shaulov A, DeKeyser Ganz F. Acute palliative care models: scoping review. *BMJ Support Palliat Care.* 2023;14(e1):e281-9.
31. García R. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS); 2004.

32. Von Gunten CF. Secondary and Tertiary Palliative Care in US Hospitals. *JAMA*. 20 de febrero de 2002;287(7):875.
33. Solloway M, Lafrance S, Bakitas M, Gerken M. A Chart Review of Seven Hundred Eighty-Two Deaths in Hospitals, Nursing Homes, and Hospice/Home Care. *J Palliat Med*. agosto de 2005;8(4):789-96.
34. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ, De Brito M. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 6 de junio de 2013 [citado 29 de septiembre de 2024];2022(7). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007760.pub2>
35. Quan Vega ML, Chihuri ST, Lackraj D, Murali KP, Li G, Hua M. Place of Death From Cancer in US States With vs Without Palliative Care Laws. *JAMA Netw Open*. 8 de junio de 2023;6(6):e2317247.
36. Hui D. Palliative Cancer Care in the Outpatient Setting: Which Model Works Best? *Curr Treat Options Oncol*. febrero de 2019;20(2):17.
37. Osta BE, Palmer JL, Paraskevopoulos T, Pei BL, Roberts LE, Poulter VA, et al. Interval between First Palliative Care Consult and Death in Patients Diagnosed with Advanced Cancer at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. enero de 2008;11(1):51-7.
38. Dalal S, Palla S, Hui D, Nguyen L, Chacko R, Li Z, et al. Association Between a Name Change from Palliative to Supportive Care and the Timing of Patient Referrals at a Comprehensive Cancer Center. *The Oncologist*. 1 de enero de 2011;16(1):105-11.
39. Yennurajalingam S, Kang JH, Hui D, Kang DH, Kim SH, Bruera E. Clinical Response to an Outpatient Palliative Care Consultation in Patients With Advanced Cancer and Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage*. septiembre de 2012;44(3):340-50.
40. O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, Selwyn PA. The Benefits of a Hospital-Based Inpatient Palliative Care Consultation Service: Preliminary Outcome Data. *J Palliat Med*. octubre de 2005;8(5):1033-9.




41. Doyle D. Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Service, 3rd edition [Internet]. Disponible en: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/hospital-palliative-care-unit/>
42. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat CARE*. 2009;16(6).
43. Salins N. Time for change: Integrating palliative medicine to mainstream medicine. *Indian J Palliat Care*. 2014;20(2):97.
44. Meier DE, Beresford L. Palliative Care in Inpatient Units. *J Palliat Med*. diciembre de 2006;9(6):1244-9.
45. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 29 de julio de 2025]. 91 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/250584>
46. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados paliativos: Estándares y recomendaciones. 2009.
47. Rigby A, Krzyzanowska M, Le LW, Swami N, Coe G, Rodin G, et al. Impact of opening an acute palliative care unit on administrative outcomes for a general oncology ward. *Cancer*. 2008;113(11):3267-74.
48. Sullender R, Selenich S. Financial Considerations of Hospital-Based Palliative Care [Internet]. RTI Press; 2016 mar [citado 29 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.rti.org/rti-press-publication/financial-considerations-hospital-based-palliative-care>
49. Casarett D, Karlawish J, Morales K, Crowley R, Mirsch T, Asch DA. Improving the Use of Hospice Services in Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 13 de julio de 2005;294(2):211.
50. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, et al. Palliative Care Inpatient Service in a Comprehensive Cancer Center: Clinical and Financial Outcomes. *J Clin Oncol*. 2004;22(10):2008-14.

51. Elsayem A, Calderon BB, Camarines EM, López G, Bruera E, Fadul NA. A Month in an Acute Palliative Care Unit: Clinical Interventions and Financial Outcomes. *Am J Hosp Palliat Med*. 2011;28(8):550-5.
52. Mori M, Parsons HA, De La Cruz M, Elsayem A, Palla SL, Liu J, et al. Changes in Symptoms and Inpatient Mortality: A Study in Advanced Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit in a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. 2011;14(9):1034-41.
53. Zimmermann C, Seccareccia D, Clarke A, Warr D, Rodin G. Bringing palliative care to a Canadian cancer center: the palliative care program at Princess Margaret Hospital. *Support Care Cancer*. 2006;14(10):982-7.
54. Hausner D, Kevork N, Pope A, Hannon B, Bryson J, Lau J, et al. Factors associated with discharge disposition on an acute palliative care unit. *Support Care Cancer*. 2018;26(11):3951-8.
55. Lee SW, Kwon JH, Beom S hoon, Shin SJ, Kim HS, Rha SY, et al. Outcomes of an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center in Korea. *Palliat Med Rep*. 2022;4(1):9-16.
56. Jung EH, Lee SW, Kim YJ, Kang B, Suh KJ, Lee JH, et al. Clinical Outcomes of Operating an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center. *JCO Oncol Pract*. 2022;18(10):e1661-71.
57. Ghafoor I, Ali A, Raza A, Jamshed A, Hafeez H. Reasons for Admission and Outcome to an Acute Palliative Care Unit in Patients with Advanced Malignancy in a Cancer Hospital. *J Cancer Allied Spec*. 2020;6(2).
58. Sánchez O. Oficio de Advertencia sobre gestiones realizadas en atención a la Orden Sanitaria MS-DGS2918-2023 del 13 de setiembre del 2023. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social; 2024. Report No.: AD-ASALUD-0004-2024.
59. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory - Cancer Today. [Internet]. International Agency for Research on Cancer.; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>

60. Snijders R, Brom L, Theunissen M, Van Den Beuken-van Everdingen M. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers*. 18 de enero de 2023;15(3):591.
61. Hedman C, Fürst P, Strang P, Schelin MEC, Lundström S, Martinsson L. Pain prevalence and pain relief in end-of-life care – a national registry study. *BMC Palliat Care*. 15 de julio de 2024;23(1):171.
62. Shin J, Kober K, Wong ML, Yates P, Miaskowski C. Systematic review of the literature on the occurrence and characteristics of dyspnea in oncology patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. enero de 2023;181:103870.
63. Dudgeon DJ, Kristjanson L, Sloan JA, Lertzman M, Clement K. Dyspnea in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. febrero de 2001;21(2):95-102.
64. Smith H, Smith J, Seidner P. Opioid-induced nausea and vomiting. *Ann Palliat Med*. 2012;1(2).
65. Rumman A, Gallinger ZR, Liu LWC. Opioid induced constipation in cancer patients: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2 de enero de 2016;1(1):25-35.
66. ALMouaalamy N. Opioid-Induced Constipation in Advanced Cancer Patients. *Cureus* [Internet]. 9 de abril de 2021 [citado 2 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/56606-opioid-induced-constipation-in-advanced-cancer-patients>
67. Webber K, Davies AN, Leach C, Waghorn M. Symptom prevalence and severity in palliative cancer medicine. *BMJ Support Palliat Care*. noviembre de 2023;13(e2):e270-2.

## ANEXOS

## Anexo 1. Licencia de publicación

	<b>UNIVERSIDAD DE COSTA RICA</b>	
<b>Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.</b>		
<p>Yo, <u>Luis Alejandro Torres Quesada</u>, con cédula de identidad <u>2-0749-0563</u>, en mi condición de autor del TFG titulado <u>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ABRIL DE 2023 Y 1 DE ABRIL DE 2024</u></p>		
<p>Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO * <input type="checkbox"/></p>		
<p>*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).</p>		
<p>Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.</p>		
<p>Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.</p>		
<p><b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:</b></p>		
<p>Nombre Completo: <u>Luis Alejandro Torres Quesada</u></p>		
<p>Número de Carné: <u>B47005</u> Número de cédula: <u>2-0749-0563</u></p>		
<p>Correo Electrónico: <u>torresquesadaluis@gmail.com</u></p>		
<p>Fecha: <u>10/01/2026</u> Número de teléfono: <u>6400-6270</u></p>		
<p>Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): <u>Dra. Andra Medina Méndez</u></p>		
<p>LUIS ALEJANDRO TORRES QUESADA (FIRMA)  Firmado digitalmente por LUIS ALEJANDRO TORRES QUESADA (FIRMA) Fecha: 2026.01.10 12:31:08 -06'00'</p>		
<p><b>FIRMA ESTUDIANTE</b></p>		
<p><small>Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.</small></p>		