

INTERVENCIONES SANITARIAS

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 17 de enero de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 25 de junio de 2020

FECHA DE PUBLICACIÓN: 27 de agosto
de 2020

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Instituto
Nacional del Cáncer, Argentina.

*AUTORA DE CORRESPONDENCIA:
vilma.tripodoro@gmail.com

MODELO DEMOSTRATIVO DE IDENTIFICACIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN CONTINUA DE PACIENTES CON CÁNCER Y NECESIDADES PALIATIVAS

Demonstrative model for early identification and continuous care of cancer patients with palliative needs

* Vilma Adriana Tripodoro^{1,2}. Dra. en Salud, Bienestar y Calidad de Vida.
Victoria Llanos^{1,2}. Lic. en Enfermería.
Silvina De Lellis². Lic. en Sociología. Mg. en Estadística.
María Cecilia Salazar Güemes¹. Médica, Especialista en Oncología.
Gustavo Gabriel De Simone^{2,3}. Médico, Magíster en Medicina Paliativa.

¹ Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

² Instituto Pallium Latinoamérica, Argentina.

³ Hospital de Gastroenterología Carlos B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos (CP) se incorporaron en la salud pública de muchos países con gran variabilidad e inequidad. Argentina posee una incidencia de cáncer media-alta y el Programa Nacional de Cuidados Paliativos no identifica la población diana. El instrumento NECPAL CCOMS-ICO© identifica enfermos con necesidades paliativas. Combina una pregunta (¿Le sorprendería que su paciente falleciera en el próximo año?) con indicadores específicos. El objetivo fue identificar precozmente y mejorar la asistencia integral de pacientes con cáncer y necesidades paliativas. Se reporta la implementación de una intervención sanitaria (Programa Modelo de Atención Paliativa). MÉTODOS: Se incluyó a todos los pacientes oncológicos del hospital universitario (julio de 2014- julio de 2016). Se entrevistó a sus 10 médicos en 69 sesiones individuales con el NECPAL. Se diseñó un programa demostrativo en 4 etapas. RESULTADOS: Hubo 317 pacientes, 57% con necesidades paliativas (NECPAL+). Como resultado de la implementación, el 94% (n=172) de 183 pacientes NECPAL+ fueron derivados a CP (frente a 28% antes del programa); media de seguimiento de 7,4 meses y 183 fallecieron (28 en domicilio). Se superaron estándares de calidad de estructura, proceso y resultado. DISCUSIÓN: Por primera vez en Argentina, esta intervención sanitaria incluyó a casi la totalidad de pacientes con cáncer y necesidades paliativas tempranas en un programa de asistencia continua hasta su fallecimiento en el hospital o domicilio.

PALABRAS CLAVE: Cuidados paliativos; Cáncer; Programa

ABSTRACT. INTRODUCTION: Palliative care (PC) was incorporated into the public health of many countries with great variability and inequity. Argentina has a medium-high incidence of cancer and the National Palliative Care Program does not identify the target population. The NECPAL CCOMS-ICO© tool identifies patients with palliative needs. It combines a reflexive question (Would you be surprised if your patient died in the next year?) with specific indicators. The objective of this study was the early identification and improvement of comprehensive care for patients with cancer and palliative needs. The implementation of a health care intervention is reported (Palliative Care Model Program). METHODS: All cancer patients from the hospital (July 2014-2016) were included. Their 10 physicians were interviewed in 69 individual sessions with NECPAL. A 4-stage demonstration program was designed. RESULTS: There were 317 patients, 57% with palliative needs (NECPAL+). As a result of the implementation, 94% (n=172) of the 183 NECPAL+ patients were referred to PC (versus 28% before the program); there was a mean follow-up time of 7.4 months and 183 people died (28 at home). The quality standards of structure, process and outcome were exceeded. DISCUSSION: For the first time in Argentina, this health care intervention allowed almost all cancer patients with early palliative needs to be included in a program of continuous care until death in hospital or at home.

KEY WORDS: Palliative care; Cancer; Program

INTERVENCIONES SANITARIAS - Tripodoro VA. Modelo demostrativo de identificación precoz y atención continua de pacientes con cáncer y necesidades paliativas. *Rev Argent Salud Publica.* 2020;12:e9.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos (CP) se han incorporado con éxito en los sistemas de salud pública de muchos países. A pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una gran variabilidad e inequidad en su desarrollo¹⁻⁴. En Latinoamérica solo el 4% de las personas que los necesitan tienen acceso a los CP^{2,3}. Argentina se encuentra dentro de los países con incidencia de cáncer media-alta y aún no cuenta con una ley nacional que garantice la accesibilidad a estos cuidados⁵. El Programa Nacional de CP para pacientes con cáncer promueve la atención continua e integrada a lo largo de la enfermedad, poniendo especial énfasis en prevenir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias⁶. Sin embargo, entre sus acciones no se establecen los mecanismos para la identificación temprana de la población diana, ni existe un modelo con evaluación de resultados para la atención integral continua. Hasta el momento, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se desconoce la cantidad de personas con cáncer con necesidades paliativas. Por otra parte, la elevada prevalencia de las enfermedades crónicas ha generado un cambio de paradigma sociosanitario¹. Las estimaciones de población basadas exclusivamente en tasas de mortalidad no toman en cuenta las comorbilidades ni un enfoque multidimensional para la continuidad de los cuidados hasta el fallecimiento⁴.

Los CP tempranos con un enfoque integral han demostrado beneficios en las preferencias y objetivos de los tratamientos del cáncer, en el control de los síntomas, en la calidad y sobrevivencia de los pacientes y en los resultados clínicos a costos potencialmente más bajos⁷⁻¹⁰. Sin embargo, el concepto de integración entre la oncología y los CP requiere mayores especificaciones e indicadores de resultados comparativos^{10,11}. A pesar de que muchos pacientes preferirían permanecer en su domicilio, en Argentina el 61% de las defunciones se producen en establecimientos de salud¹².

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO© (NEcesidades PAlativas) ha sido diseñado para identificar enfermos con necesidades de atención paliativa (AP) incorporando las medidas oportunas en su atención¹³. Combina una evaluación de percepción del profesional (mediante una pregunta reflexiva: "¿Le sorprendería que su paciente falleciera en el próximo año?") con indicadores objetivos generales de severidad y progresión, y específicos de enfermedades crónicas avanzadas¹³.

Según estudios preliminares realizados con este instrumento no basado en tasas de mortalidad, 1 de cada 3 pacientes con o sin cáncer asistidos en el sistema público de salud de CABA podían morir durante el año siguiente y tenían necesidades paliativas¹⁴. A través de dichas investigaciones se puso en evidencia esta realidad sanitaria no cuantificada, con visión territorial y comunitaria en Argentina. A partir de los hallazgos, y con una provisión de cuidados situada muy por debajo de las recomendaciones, se hace imperioso establecer programas de identificación y atención temprana de estos pacientes. En CABA, así como en la mayoría de las

provincias, no se conoce un programa que de respuesta a la necesidad.

Se reporta la implementación de una intervención sanitaria en un programa demostrativo Modelo de AP (MAP). El objetivo fue mejorar la identificación temprana de pacientes con cáncer avanzado y la asistencia continua integral para cubrir sus necesidades paliativas en el contexto hospitalario internado y ambulatorio (Instituto Lanari) y domiciliario (Instituto Pallium), integrando los niveles asistenciales.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio transversal prospectivo en ambas instituciones para identificar personas con enfermedad oncológica avanzada y necesidades de AP con metodología NECPAL CCOMS-ICO© (pregunta reflexiva sorpresa + indicadores) (ver Tabla 1)^{13,15}. Se incluyó a todos los pacientes oncológicos asistidos en el hospital durante 2 años (julio de 2014-2016). El MAP estuvo compuesto por 4 etapas no consecutivas (ver Figura 1).

- Etapa 1. Identificación de indicadores asistenciales para pacientes oncológicos mediante aplicación de técnicas cualitativas de discusión y consenso (grupos nominales) con profesionales relevantes de diferentes perfiles/disciplinas en cada patología.
- Etapa 2. Descripción de la situación basal y retrospectiva en función de los indicadores identificados y disponibles.
- Etapa 3. Sofisticación de los pacientes en cuatro niveles (ver Figura 2)¹⁵: nivel 0 para todos los pacientes oncológicos internados o ambulatorios; nivel 1 para pacientes con cáncer o enfermedad avanzada (oncológica o no); nivel 2 para pacientes con pregunta sorpresa positiva (que el médico no se sorprendería si falleciesen en los siguientes 12 meses); nivel 3 o NECPAL+ cuando, además de lo anterior, existía al menos un indicador presente de los descriptos en la Tabla 1. Se consideró como pacientes NECPAL+ a los del nivel 3. Los pacientes NECPAL- (ante los que el médico sí se sorprendería, o que no cumplían ningún indicador de gravedad) no se incluyeron en el seguimiento por no tener necesidades paliativas y fueron reevaluados con la pregunta sorpresa cada 3 meses o según criterio del oncólogo tratante. Se completó el seguimiento de todos los pacientes NECPAL+ desde la detección del primer caso hasta los 2 años. Los resultados para las variables continuas se informaron como media, desvío estándar o mediana y rango de acuerdo con la distribución.
- Etapa 4. Evaluación de indicadores de estructura, proceso y resultado según las directrices de calidad de atención del Ministerio de Salud de la Nación y el panel de indicadores de calidad de servicios de CP¹⁶.

El análisis estadístico se realizó con el programa *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS versión 22, SPSS Inc. Chicago, IL) y *Stata* V12.

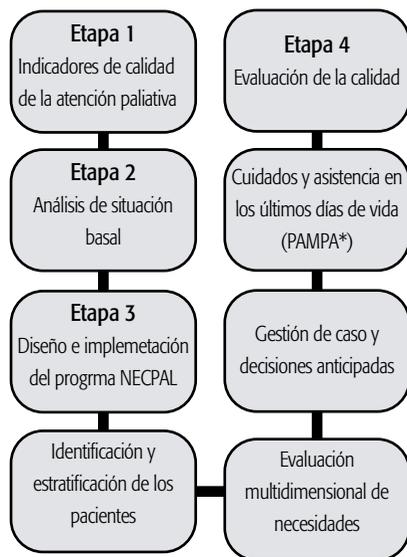
El estudio fue aprobado por los comités de ética del Instituto Lanari y del Instituto Pallium.

TABLA 1. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO, indicadores generales de progresión y severidad, e indicadores específicos por patologías, versión 1.0.

Elección/Demanda o necesidad de AP	¿El paciente o su cuidador principal han solicitado la realización de tratamientos paliativos/de confort de forma exclusiva o proponen limitación del esfuerzo terapéutico? ¿Los profesionales de la salud consideran que el paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?
Indicadores funcionales	Dependencia funcional grave establecida (Barthel <20) Pérdida de dos o más ABVD a pesar de la intervención terapéutica adecuada o impresión clínica de deterioro (sostenido, intenso/severo, progresivo, irreversible) no relacionado con proceso intercurrente
Indicadores nutricionales	Albumina sérica <2,5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda Pérdida de peso >10% o impresión clínica de deterioro nutricional (sostenido, intenso, progresivo, irreversible) no relacionado con proceso intercurrente
Distrés emocional	Presencia de distrés emocional con síntoma psicológico (sostenido, intenso, progresivo) no relacionado con proceso intercurrente agudo
Síndrome geriátrico (en los últimos 6 meses)	Úlceras por decúbito persistentes (estadios III-IV), infecciones con repercusión sistémica a repetición (>1), síndrome confusional agudo, disfagia persistente, caídas (>2)
Comorbilidad	Índice de Charlson
Uso de recursos	Dos o más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios debido a enfermedad crónica en el último año. Necesidad de cuidados continuos complejos/intensos, tanto en una institución como en domicilio
Cáncer (un solo criterio)	Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico o que presente escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o metástasis en órgano vital Deterioro funcional significativo (PPS <50%) Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar tratamiento
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, dos o más criterios)	Disnea de reposo o a mínimos esfuerzos entre exacerbaciones Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo VEF1 <30% o criterios de obstrucción; CVF <40%; DLCO <40% Cumplimiento de criterios de oxigenoterapia Ingresos hospitalarios recurrentes (>3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones respiratorias)
Enfermedad cardíaca crónica (dos o más criterios)	Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III o IV, enfermedad valvular grave o enfermedad coronaria extensa no revascularizable Disnea o angina de reposo o mínimos esfuerzos Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo Fracción de eyección (<30%) o hipertensión pulmonar grave (>60 mmHg) Insuficiencia renal asociada (FG <30 L/min) Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica recurrentes (>3 en último año)
Enfermedad hepática crónica grave (un criterio)	Cirrosis avanzada: estadio Child C, MELD-Na Score >30 o al menos una de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepatorenal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)
Enfermedad renal crónica grave (un criterio)	Insuficiencia renal grave (FG <15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo o trasplante
Enfermedad neurológica crónica (1): ACV (un criterio)	Durante la fase aguda (<3 meses post ACV): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia >3 días Durante la fase crónica (>3 meses post ACV): complicaciones médicas a repetición (neumonía por aspiración, pielonefritis, fiebre recurrente, úlceras por decúbito estadio III-IV o demencia con criterios de severidad post ACV)
Enfermedad neurológica crónica (2): enfermedad motoneurona (EM) y Parkinson (dos criterios o más)	Deterioro progresivo de la función física y/o cognitiva a pesar de tratamiento óptimo Síntomas complejos y difíciles de controlar Problemas del habla/aumento de dificultad para comunicarse Disfagia progresiva Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Demencia (dos criterios o más)	Criterios de severidad: GDS/FAST 6c o más Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD en los últimos 6 meses a pesar de intervención terapéutica adecuada, o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral Criterios de uso de recursos: múltiples ingresos (>3 en 12 meses, por procesos intercurrentes: neumonía por aspiración, pielonefritis, septicemia, etc.) que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo

Abreviaturas: ABVD = actividades básicas de la vida diaria; PPS = *Palliative Performance Scale*; BCLC = *Barcelona clinic liver cancer*; ACV = *accidente cerebrovascular*; DLCO = difusión pulmonar de monóxido de carbono; VEF1 = volumen de espiración forzada 1 seg.; CVF = capacidad vital forzada; FG = filtrado glomerular; NYHA = *New York Heart Association*; GDS/FAST = *Global Deterioration Scale/Functional Assessment*

FIGURA 1. Etapas de diseño e implementación no consecutivas del programa Modelo de Atención Paliativa (MAP).



* Programa Asistencial Multidisciplinario Pallium

RESULTADOS

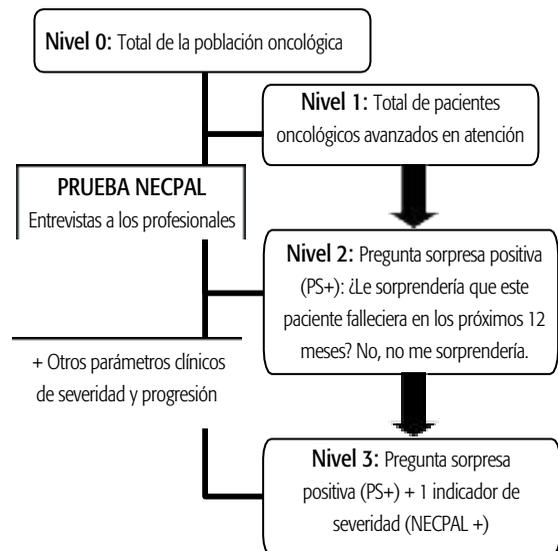
Durante la evaluación de la situación basal, se realizaron 4 grupos nominales con profesionales del Instituto Lanari (3 médicos paliativistas, 1 oncóloga, 1 enfermera, 1 psicóloga y 1 trabajadora social) para la identificación de indicadores asistenciales. Se cuantificaron retrospectivamente los pacientes oncológicos asistidos en un semestre en el hospital, las internaciones, el uso de recursos y la fecha de la primera consulta a Oncología. Se consignaron datos demográficos, diagnóstico primario, derivación al equipo de CP y datos de fallecimiento (enero-junio de 2014).

En ese período, de los 173 pacientes oncológicos, el 28% había realizado al menos una consulta al equipo de CP; en el 72% se desconocen datos de seguimiento hasta el fallecimiento por falta de registros.

Para iniciar la implementación se realizaron entrevistas a los 10 médicos que asistían pacientes con cáncer en 69 sesiones individuales con el instrumento NECPAL, identificando necesidades paliativas. Se detectaron 317 pacientes oncológicos (nivel 0) internados y ambulatorios, los cuales se estratificaron en: nivel 1, 225/317 que cumplían criterios de enfermedad avanzada (oncológica o no); nivel 2, 183/317 pacientes contenidos en el nivel 1, que además cumplían con pregunta sorpresa positiva; y nivel 3, 183/317 pacientes contenidos en nivel 1 y 2, que además presentaban indicadores de progresión y severidad. El 57% de los pacientes oncológicos fueron NECPAL + (los que tenían necesidades paliativas y podrían fallecer durante el año siguiente). Se registraron las necesidades multidimensionales de pacientes y familias. En la Tabla 2 se describen las características de la población¹⁵.

Como resultado de la implementación, el 94% (n=172) de los 183 pacientes NECPAL + (nivel 3) fueron derivados

FIGURA 2. Identificación y estratificación de pacientes en niveles según la metodología NECPAL CCOMS-ICO



a CP; 19,7% tuvo un seguimiento menor a un mes por fallecimiento, 20,8% entre 1 y 3 meses, 5,4% entre 4 meses y un año, y 34,1% mayor a un año. La media de seguimiento fue de 7,4 meses. Fallecieron 137 pacientes NECPAL+. La mediana de supervivencia fue de 4 meses, y la tasa de mortalidad fue de 11% pacientes por mes de seguimiento¹⁷. En el 60% de los fallecidos se utilizó un programa de cuidados de calidad para los últimos días de vida (PAMPA©)¹⁸.

Se logró sostener un cuidado domiciliario para 30 pacientes en últimas semanas de vida (con equipo multidisciplinario, atención telefónica, enfermería de enlace, emergencias, etc.), de los cuales 28 fallecieron en domicilio (76% con programa PAMPA©) y 35,7% durante el primer mes de seguimiento. La media de seguimiento domiciliario fue de 98 días.

Los pacientes NECPAL– no incluidos en el MAP (aquellos con cuya muerte el médico sí se sorprendería o que no cumplían ningún criterio NECPAL) fueron 134, de los cuales 121 permanecían vivos al fin del período de estudio y 9 fallecieron por causas desconocidas. Se ignora la situación de supervivencia de 4 pacientes por pérdida de seguimiento.

Finalmente, para evaluar el MAP se midieron 23 indicadores de calidad: 10 de estructura, 12 de proceso y 1 de resultado. Se cumplió con el 100% de los indicadores de estructura en el Instituto Lanari, y se superaron los estándares de indicadores de proceso y resultado¹⁶. El alivio del dolor al 50% entre las 48 horas y los 7 días posteriores a la primera consulta se alcanzó en el 88% (estándar 80%). Con respecto al Instituto Pallium, también se cumplió con estos indicadores, excepto "Supervisión externa de prevención de burnout" y "Formación continua de todos los miembros del equipo". Los resultados no pudieron ser contrastados con la

TABLA 2. Descripción de la población de pacientes NECPAL+ (n=183).

Cráterios	Indicadores generales y específicos	n	%
Sexo	Mujer	111	60,7
Edad en años	Mediana (rango)	77 (21-99)	
Diagnóstico de tumor primario	Mama	35	19,1
	Pulmón	32	17,5
	Digestivos	42	23
	Otros	74	40,4
Atención paliativa	Elección/Demanda del paciente	70	38,3
	Elección/Demanda familiar	93	50,8
	Necesidad según profesionales	169	92,3
Indicadores de severidad y progresión	Indicadores nutricionales	101	55,2
	Indicadores funcionales	127	69,4
	Síndrome geriátrico	21	11,5
	Distrés emocional	113	61,7
	Índice de Charlson, mediana (rango)	8 (2-16)	
Indicadores específicos de enfermedad severa	Oncológica (avanzada)	174	95,1
	Pulmonar	4	2,2
	Cardíaca	5	2,7
	Neurológica (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson)	3	1,6
	Hepática grave	3	1,6
	Renal	1	0,5
	Demencia	5	2,7
Cráterios específicos de enfermedad oncológica (pueden presentar más de un criterio positivo)	Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y, en algunos casos, en estadio III que presentan:		
	Escasa respuesta o contraindicación a tratamiento específico	168	91,8
	Brote evolutivo en transcurso de tratamiento	106	57,9
	Afectación metastásica de órganos vitales	39	21,3
	Deterioro funcional significativo (*PPS<50%)	49	26,7
	Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar tratamiento específico	89	48,6
		56	30,6

* *Palliative Performance Scale*

situación basal porque antes de este trabajo no se realizaban mediciones de calidad en ninguna de estas instituciones. Como producto de integración de las recomendaciones y procedimientos, se diseñó un Programa Demostrativo Modelo asistencial para pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas y necesidades paliativas: MAP.

DISCUSIÓN

Por primera vez en Argentina, esta intervención sanitaria demostrativa (MAP) permitió incluir al 94% de los pacientes identificados con cáncer y necesidades paliativas tempranas (NECPAL+) en un programa de asistencia continua hasta su fallecimiento en el hospital o domicilio¹⁹. Adicionalmente, se evaluó la calidad y se utilizó un programa para los últimos días de vida con estándares internacionales (PAMPA®). Se superó ampliamente la disponibilidad usual de recursos del sistema de salud para el seguimiento y fallecimiento en domicilio¹².

Estos hallazgos son de importancia para la implementación del enfoque paliativo en todos los niveles de atención, tal como recomienda la OMS, y demuestra la factibilidad de un programa continuo demostrativo acorde a las necesidades específicas de los pacientes y sus familias^{1,14}. La capacidad de un instrumento como el NECPAL para detectar un cambio en una medida (por ejemplo, la necesidad de un enfoque paliativo en su tratamiento oncológico) puede reflejar una modificación de la situación clínica del paciente respecto al mejor control de los síntomas y otros aspectos, lo que es importante para los estudios de intervención.

En esta población, más de la mitad de los pacientes tenían necesidades paliativas con enfermedad oncológica avanzada y marcado deterioro funcional y nutricional. Las cifras superan a las publicadas en hospitales universitarios (donde cerca del 40% de los pacientes fueron NECPAL+), probablemente por la edad de la población^{4,19}.

Según los datos de la situación basal retrospectiva, las

derivaciones a CP fueron considerablemente inferiores a las necesidades de AP poblacionales estimadas en la literatura (55% y 75%)⁷.

La propia investigación podría ser un inductor reflexivo y catalizador sobre el concepto de las necesidades por parte de los profesionales entrevistados. Sin embargo, la mortalidad fue muy elevada⁴. Las necesidades paliativas y el pronóstico son aspectos centrales del cuidado al final de la vida¹⁸. A partir del MAP se incorporaron medidas en puntos clave de las trayectorias de las enfermedades crónicas, conocidos como primera y segunda transición, que evitan tratamientos

desproporcionados y costos innecesarios^{8,17}.

Al igual que en Cataluña, se propuso un modelo pragmático centrado en las necesidades de las personas, no basado en la mortalidad y con un enfoque paliativo en todos los niveles asistenciales⁴. Si bien las características poblacionales descritas y el ámbito del estudio no son extrapolables a todo el sistema sanitario nacional, lo que se puede considerar una limitación del estudio, el MAP es potencialmente reproducible como intervención sanitaria en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otras provincias argentinas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Tripodoro VA. Modelo demostrativo de identificación precoz y atención continua de pacientes con cáncer y necesidades paliativas. *Rev Argent Salud Pública*. 2020;12:e9.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea Mundial de la Salud. WHA67.19: Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida [Internet]. 2014 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf>
- Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief - an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391:1391-1454.
- Pastrana T, De Lima L, Pons JJ. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartográfica 2013. Houston: IAHPC Press; 2013.
- Gomez-Batiste X, Blay C, Broggi MA. Ethical challenges of early identification of advanced chronic patients in need of palliative care: the Catalan experience. *J Palliat Care*. 2018;20(10):1-5.
- Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas - Incidencia [Internet]. Buenos Aires: INC; 2018 [citado 28 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución 1253 - E/2016. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Creación [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2016 [citado 28 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/150263/20160902>
- Murtagh FE, Bausewein C, Verne J. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014;28:49-58.
- May P, Garrido MM, Cassel JB. Cost analysis of a prospective multi-site cohort study of palliative care consultation teams for adults with advanced cancer: Where do cost-savings come from? *Palliat Med*. 2017;31(4):378-386.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-742.
- Hoerger M, Wayser GR, Schwing G. Impact of interdisciplinary outpatient specialty palliative care on survival and quality of life in adults with advanced

ced cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Behav Med*. 2019;53(7):674-685.

- Kaasa S, Loge JH, Aapro M. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018;19(11):e588-e653.
- D'Urbano E, Tripodoro VA. Cap. 4: Los cuidados paliativos en el domicilio: la experiencia argentina. En: Luxardo N. Morir en casa: el cuidado en el hogar en el final de la vida. 1ª edición. Buenos Aires: Biblos; 2011. p. 113-123.
- Instituto Catalán de Oncología. Programa NECPAL [Internet]. L'Hospitalet de Llobregat: ICO; 2011 [citado 28 Mar 2020]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/programes/programa_necpal/index.html
- Tripodoro V, Rynkiewicz C, Padova S. Atención a personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Revista Medicina*. 2016;76(3):139-147.
- Lau F, Maida V, Downing M. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37:965-972.
- Tripodoro VA, Berenguer MC, Yastremiz AS. Desarrollo y aplicación de un panel de indicadores de calidad para evaluar servicios de cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2020;27(1):24-43.
- Tripodoro VA, Llanos V, De Lellis S. Prognostic factors in cancer patients with palliative needs identified by the NECPAL CCOMS-ICO© tool. *Medicina (B Aires)*. 2019;79:95-103.
- Tripodoro VA, Goldraj G, Daud ML. Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida. Diez años de experiencia. *Medicina (B Aires)*. 2019;79(6):468-476.
- Gomez Batiste X, Martinez Munoz M, Blay C. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med*. 2017;31(8):754-763.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.