



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Colombia

Síntomas de reingreso a entidades de salud de pacientes con enfermedad oncológica avanzada: Revisión integrativa.

Autoras:

**María Angélica Ballén Caycedo
Wenly Johana Beltrán Ospina**

**Asesora Metodológica:
Claudia Marcela Camargo Rojas**

**Asesora Temática y conceptual:
Rosa Victoria Castañeda**

**Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Enfermería
Bogotá Colombia
2022**



Síntomas por los cuales reingresan a las entidades de salud los pacientes con enfermedad oncológica avanzada: Una revisión integrativa

Autoras:

**María Angélica Ballén Caycedo
Wenly Johana Beltrán Ospina**

**Trabajo de grado presentado a la Facultad de Enfermería
como requisito parcial para optar al grado de
Maestría en Enfermería en Cuidado Paliativo**

**Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Enfermería
Bogotá Colombia
2022**

Agradecimientos

A todas aquellas personas fundamentales en nuestras vidas, por orientar, enseñar e interactuar desde nuestro campo profesional, aquellos seres que han permitido transformar nuestros pensamientos, paradigmas y conocimientos respecto al mundo, todas esas personas que día a día nos permiten construir sueños, tejer ilusiones y encontrar en cada uno de los pacientes una luz de esperanza ante la enfermedad, el dolor y la muerte.

Índice de Contenido

Agradecimientos.....	3
Título.....	10
Resumen.....	11
Introducción	13
3. Justificación	24
2.1 Significancia Social	24
2.2 Significancia Teórica	27
2.3 Significancia Disciplinar.....	29
4. Objetivos	33
4.1 Objetivo General.....	33
4.2 Objetivos Específicos	33
4.3 Propósito	33
4.4 Utilidad de la investigación	33
5. Marco Conceptual.....	35
5.1 Cuidado Paliativo en el paciente con enfermedad oncológica.....	35
5.2 Síntomas en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.....	37
5.3 Reingreso a las entidades de salud.....	38
5.4 Enfermedad Crónica.....	39
5.5 Neoplasia.....	40
5.6 Servicio de Urgencias	41
5.7 Hospital Día	41
6. Marco metodológico.....	43
6.1 Tipo de estudio	43
6.2 Estudio secundario de revisión integrativa de la literatura	43
6.3 Unidad de análisis	44
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	44
6.5. Procedimiento de la investigación	45
6.5.1 Revisión integrativa de la literatura según Whittemore y Knafl.....	45
6.5.2 Etapa 1. Identificación del problema.	45
6.5.3 Etapa 2. Búsqueda bibliográfica.....	45
6.5.4 Presentación del diagrama PRISMA proceso de selección de artículos.....	47

6.5.5 Etapa 3. Evaluación de datos	48
6.5.6 Etapa 4. Etapa de análisis de datos.	50
6.5.7 Proceso de análisis de datos.....	51
6.5.7.1 Reducción de los datos.....	52
6.5.7.2 Visualización de los datos.....	52
6.5.7.3 Comparación de los datos.....	53
6.5.7.4 Elaboración y verificación de conclusiones.....	53
6.5.8 Etapa 5. Etapa de presentación	53
6.6 Consideraciones éticas	54
7 Resultados.....	55
7.1 Presentación de las etapas de revisión integrativa	55
7.1.1 Etapa 1.	55
7.1.2 Etapa 2	57
7.1.3 Diagrama PRISMA.....	60
7.1.4 Etapa 3	61
7.1.5 Etapa 4	61
7.1.6 Etapa 5	62
7.2 Caracterización de los artículos incluidos	64
7.2.1 Presentación de los artículos incluidos.....	64
7.2.2 Bases de datos consultadas	65
7.2.3 Por metodología o tipo de estudio.....	67
7.2. Por idioma y/o país.....	68
7.3 Reingreso a consulta del paciente con cáncer avanzado.....	68
7.3.1 Identificación de síntomas desagradables.....	69
7.3.2 Intervenciones realizadas ante la presencia de síntomas en pacientes con cáncer avanzado	70
7.3.3 Escenarios de atención a los cuales acuden los pacientes con enfermedad oncológica avanzada ante la presencia de síntomas.....	72
7.3.4 Etapa en cuidados paliativos.....	73
7.3.5 Enfermedad oncológica de mayor predominio por el cual reingresan los pacientes a las entidades de salud	73
7.3.6 Factores físicos y psicosociales que influyen en el reingreso de los pacientes con cáncer avanzado	74

7.3.7 Tiempo de estancia hospitalaria y reingreso de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada	76
8 Discusión	77
9 Conclusiones	80
10. Utilidad de la investigación para práctica en enfermería en cuidado paliativo	81
Anexos	89

Lista de tablas

Tabla 1 Términos claves: Descriptores DeCS	46
Tabla 2 Términos claves: Descriptores MeSH	47
Tabla 3 Selección de artículos	59
Tabla 4 Áreas temáticas identificadas en la revisión integrativa	63

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Diagrama Prisma.....	48
Ilustración 2 Ilustración Pirámide de las 6 S	50
Ilustración 3 Modelo Hourglass.....	54
Ilustración 4 Estructura PICOT-PECOT	56
Ilustración 5 Resumen de búsqueda bibliográfica	58
Ilustración 6 Diagrama PRISMA.....	60
Ilustración 7 Aplicación de Pirámide 6 S	61
Ilustración 8 Artículos encontrados entre 2017 y 2022	¡Error! Marcador no definido.
Ilustración 9 Bases de datos utilizadas en la consulta.....	65
Ilustración 10 Número de artículos por revista.....	66
Ilustración 11 Por idioma y/o país	¡Error! Marcador no definido.
Ilustración 12. Identificación del problema de investigación	95

Lista de anexos

Anexos 1 Revisión Marco Legal Cuidados Paliativos en Colombia	89
Anexos 2 Matriz de evaluación de datos	90
Anexos 3 Tabla resumen de búsqueda bibliografica	91
Anexos 4 Tabla 6 Términos claves: Descriptores DeCS.....	91
Anexos 4 Tabla 7 con términos claves: Descriptores MeSH.....	92
Anexos 5 Cronograma 2022	93
Anexos 6 Evaluación crítica del Instituto Johana Briggs	95
Anexos 7 Platillas de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs.	96

Título.

Síntomas de reingreso a entidades de salud de pacientes con enfermedad oncológica avanzada: Revisión integrativa

Resumen

Introducción: En el campo de los cuidados paliativos, es importante tanto el control sintomático como la prevención de los reingresos a los servicios de salud, en la medida en que se puedan identificar las causas para generar estrategias que optimicen la atención y la reducción de los mismos. De acuerdo a lo anterior la presente revisión integrativa pretende identificar a través de la literatura científica de los últimos cinco años, cuáles son los síntomas por los cuales reingresan a las entidades de salud los pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Metodología: Revisión integrativa de la literatura, donde se implementó los tesauros DECS/MESH, se utilizaron ecuaciones de búsqueda en las bases de datos seleccionadas (Google académico, ScienceDirect, EBSCO host, Scopus, SAGEJournal) arrojando como resultado 3530 artículos en español y 13400 en inglés, de los cuales 34 fueron seleccionados por título y abstract. Posteriormente se eligieron 22 artículos que fueron discriminados a través de la matriz de análisis.

Resultados: Se identificaron como síntomas más frecuentes por los cuales reingresan los pacientes a las entidades de salud con enfermedad oncológica avanzada: dolor, disnea, náuseas, vómito y cansancio; en un porcentaje menor: bajo apetito, pobre bienestar, fiebre, diarrea, estreñimiento, insomnio, edema y convulsiones. Los síntomas psicológicos que más predominan son la depresión y la ansiedad.

Conclusión: Es evidente el vacío del conocimiento a nivel nacional y la falta de actualización a nivel internacional; esto invita a los profesionales de enfermería a investigar y publicar sus hallazgos.

Palabras clave: *cuidado paliativo, síntomas, reingreso, enfermedad oncológica avanzada*

Abstract

Introduction: In the field of palliative care, both symptomatic control and prevention of readmissions to health services are important, to the extent that the causes can be identified to generate strategies that optimize care and reduce them. According to the above, this integrative review aims to identify, through the scientific literature of the last five years, what are the symptoms for which patients with advanced oncological disease re-enter health entities.

Methodology: Integrative review of the literature, where the DECS/MESH thesauri were implemented, search equations were used in the selected databases (Google Scholar, ScienceDirect, EBSCO host, Scopus, SAGEJournal) resulting in 3530 articles in Spanish and 13400 in English, of which 34 were selected by title and abstract. Subsequently, 22 articles were chosen that were discriminated through the analysis matrix.

Results: The most frequent symptoms were identified as patients readmitted to health entities with advanced oncological disease: pain, dyspnea, nausea, vomiting and fatigue; in a lower percentage: low appetite, poor well-being, fever, diarrhea, constipation, insomnia, edema and convulsions. The most predominant psychological symptoms are depression and anxiety.

Conclusion: The knowledge gap at the national level and the lack of updating at the international level are evident; this invites nursing professionals to investigate and publish their findings

Key words: *palliative care, symptoms, readmission, advanced oncological disease*

Introducción

El término cáncer agrupa un compendio de enfermedades que pueden presentarse en cualquier parte del organismo, también conocidos como tumores malignos o neoplasias malignas. En este contexto, es la multiplicación acelerada de células anormales en una zona específica del cuerpo, que puede invadir tejidos y órganos cercanos, lo cual se denomina metástasis. (1) (2)

Para el 2020 esta enfermedad ocasiono casi 10 millones de defunciones y se estima que, para ese mismo año, se produjeron 19,3 millones de nuevos casos de cáncer, de acuerdo a las aproximaciones realizadas por GLOBOCAN 2020. Por su parte, el cáncer de mama supero con respecto a frecuencia al de pulmón con un estimado de 2.3 millones de nuevos casos (11.7%), pulmón (11.4%), colorrectal (10%) y estomago (5,6%) (1) (2).

Lo anterior denota el rápido crecimiento de esta patología en todo el mundo, el aumento y envejecimiento de la población, así como también la asociación de factores de riesgo y el desarrollo socioeconómico de cada país. Para América latina y el Caribe, el cáncer también es la principal causa de muerte prematura en la mitad de los 32 países que la constituyen, con *“el 7.6% de todos los casos a nivel mundial”* (3), lo cual prevé el aumento de esta enfermedad para las próximas décadas (2) (3).

Para ampliar un poco más el tema, se hace significativo resaltar la importancia que tiene identificar el estadio en el que se encuentra la enfermedad, con el fin de determinar su gravedad, estimar la supervivencia y la oferta de tratamientos adecuados. Existen diferentes herramientas para estadificar las neoplasias, las cuales difieren del tipo de tumor (solido o liquido), pero en términos generales brindan información sobre la ubicación del origen de la enfermedad, el tamaño y la diseminación a ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo (4).

El estadio 0, se determina por la presencia de células anormales, las cuales no se han diseminado y se encuentran localizadas (Carcinoma in situ); los estadios I, II y III, se manifiestan con células cancerígenas, en donde el tamaño del tumor difiere y la extensión a los tejidos cercanos. En el estadio IV, la enfermedad oncológica se ha diseminado a zonas distantes del cuerpo, lo que indica una enfermedad oncológica avanzada o metastásica (4), en el cual los pacientes se benefician de una atención por los equipos de cuidados paliativos .

El cuidado paliativo, viene siendo estudiado desde diferentes ámbitos y perspectivas, responde entre otros aspectos, a una mejora en la calidad de vida del paciente con enfermedad oncológica avanzada, esto hace indispensable revisar estudios aplicados en los usuarios de este servicio, que orienten el manejo sintomático oportuno, tendiente no solo a identificar, definir o profundizar en el tema, sino en las causas por las cuales estas personas acuden a los servicios de urgencias.

Se han realizados estudios a nivel mundial (5),(6), sobre los motivos de reingreso a urgencias de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, los cuales no son comparables al contexto Nacional, bien sea por el tipo o diseño metodológico, las variables, los procesos investigativos en torno al síntoma y las situaciones específicas del paciente paliativo.

A partir de los procesos de indagación, revisión teórica y cuestionamientos relacionados con los reingresos a los servicios de salud en el paciente con cáncer avanzado en cuidado paliativo, se encontró un limitado proceso investigativo en torno a reconocer los síntomas predominantes en ellos. Por lo que se evidencia la necesidad de implementar metodologías de un estudio secundario como es la revisión integrativa de la literatura. La presente investigación tiene como objetivo identificar en la literatura científica cuáles son los síntomas por los cuales reingresan los pacientes

con enfermedad oncológica avanzada a las entidades de salud, reportados durante los últimos cinco años.

La revisión integrativa de la literatura permite identificar lo descrito frente al fenómeno de estudio a través de la literatura empírica o teórica; para este caso: Síntomas de reingreso a entidades de salud de pacientes con enfermedad oncológica avanzada en los últimos cinco años 2017-2022. La presente investigación se realizó en las bases de datos Google Académico, Scopus, ScienceDirect, SAGEjournals y Ebscohost, implementando las ecuaciones de búsqueda (Síntomas AND Cuidado Paliativo AND Readmision, Symptom AND palliative care AND readmission, Cuidado Paliativo AND readmision AND Neoplasia, Cáncer AND síntoma AND readmisión hospitalaria) que dio lugar a inclusión de 22 artículos en total, evidenciando 1 de casos y controles, 15 estudios transversales, 2 estudios experimentales, 3 revisiones y 1 estudio cualitativo.

A partir del análisis y la reducción de los datos se evidenciaron las siguientes categorías 1. Identificación de síntomas desagradables, 2. Intervenciones realizadas ante la presencia de síntomas en pacientes con cáncer avanzado, 3. Escenarios de atención a los cuales acuden los pacientes con enfermedad oncológica avanzada ante la presencia de síntomas, 4. Etapa en cuidados paliativos, 5. Enfermedad oncológica de mayor predominio, por el cual reingresan los pacientes a las entidades de salud, 6. Factores físicos y psicosociales que influyen en el reingreso de los pacientes con cáncer avanzado, 7. Tiempo de estancia hospitalaria y reingreso de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Para llegar a la discusión de los hallazgos registrados y las conclusiones pertinentes al trabajo desarrollado, no solo se realizará interpretación de datos, sino que se generaran inquietudes que deben ser abordadas desde la academia y el mismo ejercicio profesional del personal de enfermería, involucrado en los equipos de cuidados paliativos.

La utilidad de esta investigación para el área de Enfermería en cuidados paliativos será elaborar un documento con información valiosa para la disciplina que reúna los principales síntomas por los cuales reingresan a los servicios de salud los paciente con enfermedad oncológica avanzada; así mismo ser el punto de partida para la elaboración de guías de práctica clínica y/o de consulta de los equipos de cuidados paliativos, con los cuales se creen estrategias que disminuyan el ingreso a los servicios de urgencias y ofertar la atención prioritaria a los diferentes servicios de salud establecidos para estos pacientes (centros día y consulta externa).

1. Planteamiento del problema

El cáncer, es definido como la multiplicación acelerada de células anormales en una zona específica del cuerpo, que puede invadir tejidos y órganos cercanos (1), el cual se clasifica de acuerdo a el tipo de tumor, sitio de origen, tamaño y extensión a tejidos cercanos o zonas distantes del cuerpo (4). De esta manera se podrán determinar las posibilidades de tratamiento enfocados en la curación o a la paliación.

Según los registros enunciados por Globocan, durante el 2020, se estima que esta patología ocasionó aproximadamente la muerte de 10 millones de personas a nivel mundial y la aparición de 19,3 millones de nuevos casos, lo que permite reflexionar sobre su rápido aumento, el impacto social y económico en los diferentes países (2).

Para el caso del cáncer avanzado o en estadio IV, su condición deja en evidencia un padecimiento, progresivo e incurable, en el cual se determina que el pronóstico de vida es igual o inferior a seis meses, con una alta carga de síntomas y una pobre respuesta al tratamiento onco-específico (7). Se habla que a nivel mundial más de 56.8 millones de personas requieren de cuidados paliativos, la mayoría son adultos mayores de 50 años, lo que equivale al 67,1% de esta población; así mismo el 54,2 % requieren de cuidados paliativos antes de su último año de vida(8).

Con base en la OMS (Organización Mundial de la Salud), la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y otros estamentos relacionados con el tema del cuidado paliativo, frecuentemente se recuerda, cómo uno de los objetivos básicos de este campo de la salud es el de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia (9) (10); Sarmiento indica que: *“el enfoque terapéutico del Cuidado Paliativo va dirigido al control de los síntomas, la disminución de los efectos adversos y las complicaciones que provocan mayor deterioro de la calidad de vida en cualquier tipo de enfermedad avanzada o edad”* (11).

Bátiz, por su parte describe la importancia de dar un buen control sintomático con el fin de promover en el paciente el descanso con relación a mejorar las horas de sueño, la actividad física, disminuir los sentimientos de culpa e impotencia y fomentar la comunicación, por lo que plantea la importancia de conocer las características de los síntomas en los enfermos que se encuentran en fase terminal, los procedimientos a seguir para su control, el manejo adecuado de los medicamentos y el acompañamiento a la familia. Así mismo indica, cómo durante el curso de la enfermedad, los pacientes pueden presentar diversos síntomas de características variadas, dinámicas, cambiantes y de origen multifactorial, las cuales al ser identificadas facilitarán el abordaje desde el ámbito farmacológico y emocional, en consecuencia, una mejor calidad de vida de los pacientes (12).

El estudio arroja igualmente una serie de síntomas entre los que se destacan: náuseas crónicas, saciedad temprana, pérdida de apetito, disgeusia, disfagia, diarrea o estreñimiento como la xerostomía, frecuente en pacientes oncológicos, lo cual permite identificar la etapa de la enfermedad oncológica y abordar el tratamiento clínico adecuado (12). Al respecto, desde la investigación de Cervera, Moreno y Sánchez, se establecen varios datos estadísticos en los que son contempladas manifestaciones sintomáticas similares en casos de enfermedades hemato-oncológicas (13).

Ibáñez y otros abordan, los síntomas neurológicos (delirium, agitación, convulsiones, alteraciones en el patrón del sueño) desde la mirada de los cuidados paliativos a través de una revisión sistemática de la literatura (14). Así mismo, aluden desde las enfermedades neurológicas, cómo los síntomas y las secuelas han venido en aumento, lo cual es evidente en Estados Unidos,

mientras que en Colombia y Latinoamérica en general hay un subregistro; esto invita a realizar, desde enfermería, la identificación y evaluación de los síntomas mismos.

Pérez de Llano en su artículo describe la experiencia del Hospital Universitario Lucus Augusti, de España, donde 7% de los ingresos de neumología corresponden a pacientes con enfermedad crónica respiratoria avanzada no neoplásica, solo el 65% de ellos, reciben tratamiento paliativo para el control de sus síntomas. Así mismo revela: *“en las fases finales de la enfermedad, la sintomatología de los pacientes va en aumento y se hace difícilmente controlable con medicación habitual. Para los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas avanzadas, la disnea es el síntoma más incapacitante y más prevalente”*(15).

Gorospe-Sarasúa y otros complementan lo descrito por Pérez de Llano, al señalar cómo el paciente con neoplasia pulmonar es quien acude con mayor frecuencia a los servicios de urgencias a consecuencia de las dificultades relacionadas con su enfermedad, resaltando las complicaciones estructurales torácicas de los pacientes con cáncer de pulmón como *“obstrucción de la vía aérea, síndrome de vena cava superior, tromboembolismo pulmonar agudo, taponamiento pericárdico, hemoptisis masiva, compresión medular y derrame pleural”*(5), convirtiéndose estas en las causas más importantes de morbimortalidad de esta población. Por tal razón, cabe resaltar que las emergencias oncológicas hacen parte de la morbimortalidad en pacientes con cáncer de pulmón.

Los médicos en los servicios de salud juegan un papel fundamental en su detección precoz, por lo que el conocimiento y la correcta identificación de los principales sucesos oncológicos torácicos del paciente con dicha enfermedad, permiten un manejo diagnóstico y terapéutico óptimo. Pero su creciente prevalencia y su más larga supervivencia, estos pacientes han provocado un aumento en el número de personas en situación avanzada de la enfermedad y en techo terapéutico; el estudio indica estadísticamente el ingreso de estos aún sin recibir los cuidados

médicos óptimos para asegurar su confort y evitar ingresos sucesivos que poco aportan a su pronóstico y calidad de vida, esto lleva a indicar la necesidad de poner en práctica proyectos que no solo involucren a neumólogos, sino también a enfermeros, médicos de atención primaria, de hospitalización a domicilio y personal del hospital de día (5).

Conocer tales características, lleva a la generación de estrategias acordes a cada individuo, sin obviar una metodología que permita controlar los síntomas en el paciente, las causas, los efectos secundarios del tratamiento y si ellas tienen o no relación. Los aportes de Bátiz, abordan varios principios entre los que se encuentra evaluar antes de tratar, explicar al enfermo y su familiar las causas, individualizar el tratamiento, monitorizar el síntoma, dar instrucciones, lo cual asegura de una u otra forma la eficacia de la intervención. Igualmente concluye la importancia del cuidado paliativo centrado en el paciente, como un ser multidimensional (biológico, social, emocional y espiritual) y una actitud de comunicación activa con los profesionales para optimizar el control sintomático (12).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la European Association of Palliative Care, la National Comprehensive Cancer Network, International Network for Cancer Treatment and Research y la National Consensus Project for Quality Palliative Care, y demás entidades preocupadas por el manejo de pacientes con enfermedad oncológica avanzada, han venido implementando diversos protocolos y guías para el manejo de síntomas o situaciones especiales en pacientes en fase terminal, como lo señala Sarmiento (11).

Dichos protocolos han abordado aspectos inherentes a los síntomas de los pacientes de cuidados paliativos, la prevalencia de algunos de ellos, sus características. Es el caso de Pérez y otros, quienes abordan ampliamente el síndrome caquexia- anorexia a partir de un estudio transversal analítico en el que se encuentran principalmente asociados los síntomas

gastrointestinales a esta condición donde *“la prevalencia global... neoplásica oscila entre el 20-40% en los enfermos en la fase diagnóstica, y entre el 70–80% en la fase avanzada de la enfermedad”* (16).

Teniendo en cuenta lo anteriormente desarrollado, una calidad de vida de acuerdo a las expectativas del paciente, hace indispensable revisar estudios aplicados en los usuarios de cuidados paliativos, que permitan dar respuesta al manejo sintomático oportuno, desde una mirada global tendiente no solo a identificar, definir o profundizar en el tema, sino en las causas por las cuales estos pacientes acuden a los servicios de urgencias. Aunque se han realizados estudios a nivel mundial sobre las razones de consulta a urgencias de los pacientes oncológicos (población incluida en paliativos), realmente estos *“no son comparables, ya que difieren en el tipo de diseño, incluyen solamente pacientes en un estadio de la enfermedad o evalúan la frecuencia de síntomas o patologías específicas y difieren considerablemente en los principales motivos de consulta”* (13).

Estos trabajos generarían una base teórica y a la vez diversos cuestionamientos relacionados con el limitado proceso investigativo en torno a los síntomas predominantes que hacen que un paciente de cuidado paliativo reingrese a los servicios de salud; desde este punto de vista se pueden describir de manera deliberada las posibles causas, pero no se cuenta con un registro sistematizado que confirme este fenómeno.

Igualmente, es pertinente, corroborar lo señalado por Cervera, Moreno y Sánchez cuando indican *“Para Colombia estas estadísticas se desconocen, incluso en los centros de referencia oncológica no hay una adecuada priorización de este tipo de urgencias ni caracterización de su población. El conocer la prevalencia de los principales motivos de consulta en los pacientes oncológicos supone una mejoría en la atención de este tipo de pacientes y ser más beneficiosa desde el punto de vista de costo-efectividad”*(13).

En consecuencia, son más de seis años, desde el momento en que Cervera, Moreno y Sánchez alertan sobre esta situación en la que se aprecia la inquietud de documentar los principales motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes con patología oncológica y hematológica. (13) Fenómeno que para este caso se abordará desde una revisión integrativa.

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los síntomas de reingreso a las entidades de salud de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada reportados en la literatura científica en los últimos cinco años 2017-2022?

Estructura PICOT-PECOT

P= Paciente adulto con enfermedad oncológica avanzada

E= Tipo enfermedad oncológica, carga sintomática

O= Síntomas por los que reingresan a las entidades de salud.

T= 2017-2022

3. Justificación

Cuando se realiza una revisión integrativa entorno a un tema como el de la sintomatología presente en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, que motivan el reingreso a los servicios de salud, se pueden establecer en su orden la relevancia tanto social como teórica y disciplinar de enfermería en el área de cuidado paliativo y en esa medida llegar a tener una visión más amplia de la investigación, como mecanismo para solucionar algunas de las problemáticas evidentes en el Sistema de Salud, el ideal de cuidado del paciente y su calidad de vida.

2.1 Significancia Social

La Organización Mundial de la salud (OMS) desde el 2002 y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2013 definen, amplían y determinan unos indicadores en torno el concepto de cuidados paliativos, considerado como un conjunto de acciones enfocadas a mejorar la vida de los pacientes y sus familias, al enfrentar enfermedades irreversibles y potencialmente mortales, mediante la prevención e identificación temprana y tratamiento del dolor, síntomas asociados a estas patologías y otros problemas psicosociales y espirituales, en donde prima la calidad de vida del usuario (9)

En el año 2002, la OMS amplió el concepto de cuidados paliativos a, *“un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan con los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”* (10).

Igualmente, *“los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud”* (10). Lo anterior obliga la existencia de servicios de salud de alta

complejidad, capaces de brindar cuidados paliativos con interdisciplinariedad centrados en el paciente y su familia. Ya que en el mundo en la actualidad 40 millones de personas requieren de cuidados paliativos por año, dado el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo cual es de vital importancia, pues existe una mayor necesidad de sensibilización frente al tema, su regulación y entrenamiento a los proveedores en salud (10).

En consecuencia, en 2014 la asamblea mundial de la salud promovió a la OMS y sus países miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos ya que este es un componente central del sistema de salud, enfatizando el cuidado primario, la comunidad y los planes domiciliarios (10). Pues se conoce que el paciente en fases avanzadas de la enfermedad puede representar un alto gasto para los sistemas de salud dado el requerimiento de hospitalizaciones por reconsulta al final de la vida, y dado que el número de pacientes oncológicos tiende a incrementarse.

En Colombia, el ABECÈ de cuidados paliativos, define los mismos como “*...cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa, e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal*” (17).

También se cuenta con el marco normativo vigente para el país, leyes de las cuales se mencionarán algunas de las más importantes como la Ley 1384 de 2010 por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, Ley 1733 de 2014 la cual regula los servicios de Cuidados Paliativos, circular 023 de 2016 que garantiza los derechos de paciente en Cuidado Paliativo, circular 022 de 2016 lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides, resolución 5521 de 2013 plan obligatorio de salud para la atención en la fase terminal, resolución 4343 de 2012 Carta de derechos y deberes de los pacientes (17).

Por tanto, brindar cuidado paliativo en cumplimiento a esta normativa también implica tener en cuenta las necesidades del paciente y su familia, realizando mitigación y control de la variedad de síntomas y complicaciones presentadas posiblemente desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, al favorecer la oportunidad y disminuir la inequidad frente al sistema de salud en el país.

En Colombia se creó la Guía de Práctica Clínica adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual señala los síntomas y signos frecuentes a controlar, ellos son: dolor, astenia, anorexia, caquexia, deshidratación, síntomas respiratorios (tos, disnea), síntomas neuropsicológicos y psiquiátricos, síntomas digestivos, lesiones de la piel y síntomas urinarios. Así mismo recomienda para la evaluación del síntoma en la fase final de la vida, cómo esta debe ser multidisciplinaria, centrada en cada paciente y su familia; recomienda igualmente, la utilización de instrumentos validados, es el caso de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r), escalas visuales analógicas (EVA), escala de dolor para pacientes con demencia (PAINAD) y el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) (18).

También menciona, respecto al control efectivo del dolor, el tener en cuenta la valoración individualizada y de ser posible el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma, evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles, información al paciente y su familia respecto a las posibles opciones, con el fin de considerar sus preferencias. En este sentido el Ministerio de Salud expidió la siguiente reglamentación para la atención en Cuidados Paliativos (18) (Ver tabla No 1 con marco legal).

Así como el control sintomático es de vital importancia, también lo es la prevención de los reingresos hospitalarios, Caballero y otros, muestran como en Colombia para el 2008 la probabilidad de reingreso a los 30 días fue de 9,3%; a los 60 días 12,1% y a los 90 días 13,9%. A

su vez cómo los intervalos de tiempo más prolongados entre el egreso y el reingreso están relacionados con enfermedades hematológicas, neoplásicas y circulatorias, condiciones socioeconómicas deficientes y dificultades en el acceso a los servicios de salud, pero adicionalmente plantea cómo este fenómeno debe estudiarse más a fondo para llegar a determinar fallos en la atención que permitan la creación de estrategias desde el personal en salud que obliguen a la reducción de los mismos e igualmente genere un impacto económico positivo en las instituciones prestadoras de salud, ya que, los costos por reingresos representaron 15,4%, 18,7% y 21,2% a los 30, 60 y 90 días, respectivamente (19).

Esta investigación permitirá identificar los síntomas por los cuales con mayor frecuencia reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, esto crea espacios importantes de intervención desde los servicios de salud que refuercen la educación y el autocuidado, impactando así, no solo al paciente y su familia.

2.2 Significancia Teórica

Barbera y otros, a través de un estudio de cohorte descriptivo y retrospectivo en la ciudad de Ontario, identificaron que: *“91.561 pacientes fallecieron por cáncer, de los cuales 76.759 realizaron 194.017 visitas al servicio de urgencias durante los últimos seis meses de vida; además 31.076 pacientes realizaron 36.600 visitas al servicio de urgencias durante las últimas dos semanas de vida”* (6). En los dos periodos, presentaron, *“dolor abdominal, cáncer de pulmón, disnea, neumonía, malestar general, fatiga y derrame pleural”* (6).

El estudio discrimina cómo, de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias en los últimos seis meses de vida, el *“36,5% hizo una visita, el 26,8% dos, el 15,9% tres, el 8,9% cuatro, el 4,9% cinco y el 6,9% seis o más. De quienes acudieron al servicio de urgencias durante las dos*

últimas semanas de vida, el 85,3% de los pacientes hizo una visita, el 12,4% dos y el 2,4% tres o más” (6). Se evidencio, igualmente, un 2.8% aproximado, de consultas a urgencias en los últimos seis meses de vida, las cuales eran evitables por causas como: toma de exámenes de laboratorio, cambio de vendajes, reformulación médica o ajustes en el catéter urinario (6).

Por otro lado, la toxicidad por quimioterapia y la progresión tumoral, son factores por los cuales también los pacientes oncológicos acuden a los servicios de urgencias, siendo el dolor la principal razón, seguido de la fiebre y la infección. Durante el periodo de julio a diciembre del 2012, de manera observacional se demostró que en un hospital terciario de España el 63% de los pacientes consultaron al servicio de urgencias por causa tumoral, el 31% por toxicidad a la quimioterapia y el 6% por otros motivos (20).

Ferrer Pérez reitera lo descrito anteriormente, al reportar cómo en el periodo de octubre de 2007 a marzo de 2008, se atendieron 251 pacientes en un hospital terciario de Zaragoza, donde la mayor población que acudió al centro asistencial padecía cáncer de pulmón, seguido del colorrectal y de mama, un porcentaje considerable presentaba enfermedad metastásica y la mitad recibían tratamiento onco-específico. Dentro de los síntomas más frecuentes de consulta fueron en su orden fiebre, dolor oncológico, disnea, náuseas y vómito, desencadenando una atención urgente, que si bien en la mayoría de los casos, no pone en riesgo la vida del paciente, si deteriora la calidad de vida de estos y generalmente precisa la internación hospitalaria (21).

En Colombia, Mariño y otros concluyeron que la mayoría de las consultas a los servicios de urgencias en un hospital de cuarto nivel de Bogotá, corresponden a condiciones no urgentes, las cuales podrían ser tratadas en centros de atención ambulatoria dentro de una consulta prioritaria de cuidados paliativos, sin embargo los síntomas descritos en este estudio a pacientes con enfermedad hemato-oncológica demuestran igualmente, como los ya referenciados, que el dolor y

la disnea son los síntomas prevaletentes en la consulta de pacientes con enfermedad oncológica avanzada (13).

Como se ha podido evidenciar en la revisión bibliográfica respecto al tema, existen diferentes estudios acerca de los síntomas de mayor prevalencia por los cuales, pacientes con enfermedad oncológica avanzada, acuden a los servicios de urgencias, estos datos difieren en cuanto a la población estudiada, el número de reingreso y el momento de la enfermedad. Adicionalmente, en este primer acercamiento, no se hallaron estudios actualizados sobre el reingreso al servicio de urgencias en pacientes paliativos; dichas investigaciones han sido diseñadas y desarrolladas por el área de la medicina, dejando ver la inexistencia de intervención por otros campos, como sucede en enfermería.

El presente estudio busca generar un aporte teórico actualizado sobre los síntomas por los cuales reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a los servicios de salud, con el objeto de crear estrategias que permitan brindar educación tanto a ellos como a sus familias en el manejo de la sintomatología en casa que disminuya la afluencia de estos usuarios principalmente a los servicios de urgencias, ampliar el marco disciplinar en enfermería y fortalecer el conocimiento entorno a la acción frente al desempeño del profesional en las diferentes entidades.

2.3 Significancia Disciplinar

Durante el proceso de atención brindado al paciente en cuidado paliativo para el control sintomático, acompañamiento hasta el final de la vida y aún en el duelo para su familia, enfermería juega un papel relevante pues es quien interviene directamente en el acto de cuidado tanto para el paciente como los suyos; establece un proceso de atención que genera bienestar y mejoría sintomática a corto, mediano y largo plazo; evalúa constantemente el sujeto de cuidado como ser integral, multifactorial y dinámico (22).

El concepto de cuidado es un constructo del metaparadigma de enfermería y surge de la dinámica de detectar las necesidades del individuo (23). De este modo, la profesión hace suyos según su competencia, los objetivos establecidos por la OMS para los cuidados paliativos, enmarca la importancia de suplir necesidades en salud, brinda alivio total o parcial de síntomas, evalúa constantemente la respuesta a estas intervenciones, pero además resalta la importancia que tiene el equipo multidisciplinar, siendo enfermería uno de los ejes centrales, frente al ejercicio de cuidado (13), por lo cual también el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha instado a los profesionales a ser formados para ofrecer atención de calidad a las enfermedades crónicas incurables (22).

Santos y García concluyen que el control sintomático es un eje fundamental para una evaluación favorable del paciente frente a su calidad de vida, lo cual se relaciona con las intervenciones realizadas por enfermería, al resaltar esta atención, como satisfactoria, en aquellos pacientes pertenecientes a cuidado paliativo de un hospital de segundo nivel, quienes evaluaron el dolor por ejemplo como moderado, lo cual hace pensar la existencia de múltiples intervenciones efectivas las cuales pueden realizarse desde este campo, para el control sintomático en casa, partiendo desde la educación brindada previa al egreso, como en los seguimientos domiciliarios o telefónicos realizados para dar continuidad a los planes ambulatorios (24).

Enfermería en el cuidado paliativo no solo busca centrar esfuerzos con respecto al control del dolor u otros síntomas, sino también abordar las necesidades de cada individuo, como ser holístico y multifactorial. Algunos autores señalan que la carencia del control sintomático en casa, puede ser la causa principal de reingreso a las entidades de salud, sin mostrar una evidencia clara del quehacer de enfermería, que permita identificar las posibles falencias durante el proceso de atención hospitalario, previo al egreso o el manejo en la consulta ambulatoria y los posibles planes

de mejora que dieran como resultado el empoderamiento del paciente y su cuidador, con el fin de disminuir la reconsulta al sistema de salud (23).

Es así como la Teoría de los Síntomas Desagradables de rango medio desarrollada por las enfermeras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz y Linda Pugh) en 1995 y posteriormente actualizada en 1997, proporciona una herramienta concreta relevante para analizar este fenómeno, a partir de un enfoque sistemático que permite, evaluación del paciente y su entorno cuando se padece un síntoma o existe una carga mayor, por lo que el control de estos adquiere gran relevancia (25).

De esta manera, se deja en evidencia la finalidad del postulado, el cual favorece la comprensión del síntoma desde varios contextos que a su vez contribuyen con *“información útil para prevenir, aminorar y manejar síntomas desagradables y sus efectos negativos”* (26); partir de estos datos, el personal de enfermería puede encaminar sus intervenciones en el uso de los fármacos, terapias alternativas o medidas no farmacológicas.

En la atención a pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, el control de los síntomas cobra un papel fundamental en la labor de los cuidados paliativos, lo cual para el contexto nacional, se describe en la Guía de Práctica Clínica adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social; en ella se describen los síntomas y signos frecuentes a intervenir: dolor, astenia, anorexia, caquexia, deshidratación, síntomas respiratorios (tos, disnea), síntomas neuropsicológicos y psiquiátricos, síntomas digestivos, lesiones de la piel y síntomas urinarios (18).

La presente revisión tiene como objetivo, identificar lo reportado en la literatura en los últimos cinco años (2017-2022) con respecto a los motivos de reingreso que tienen los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, identificando las principales patologías que generan estos

síntomas y su frecuencia como también los aspectos psicosociales, los escenarios de atención. De este modo se puede determinar la posible relación que tiene la educación suministrada por enfermería para el manejo ambulatorio de los síntomas, la administración de los medicamentos y el uso adecuado dispositivos médicos que impacten en el desarrollo del cuidado; así como la relevancia que pueden tener los factores socioeconómicos que rodean a cada paciente.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar en la literatura científica cuáles son los síntomas de reingreso a las entidades de salud de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, reportados durante los últimos cinco años 2017-2022

4.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la literatura científica seleccionada a partir del método riguroso de búsqueda, selección, y lectura crítica.
2. Identificar los hallazgos reportados en investigaciones sobre los síntomas por los cuales más reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a los servicios de salud.

4.3 Propósito

Generar recomendaciones para la práctica clínica de enfermería en la atención de los pacientes con cáncer avanzado con reingresos hospitalario.

4.4 Utilidad de la investigación

A partir de los resultados obtenidos en la presente revisión, se espera elaborar un documento con información valiosa para la disciplina de enfermería, que reúna los principales síntomas por los cuales reingresan a los servicios de salud los paciente con enfermedad oncológica avanzada; así mismo ser el punto de partida para la elaboración de guías de práctica clínica y/o de consulta de los equipos de cuidados paliativos, con los cuales se creen estrategias que disminuyan el ingreso a los servicios de urgencias y ofertar la atención prioritaria a los diferentes servicios de salud establecidos para estos pacientes (centros día y consulta externa).

Por otra parte, esta revisión sistemática permitirá identificar los síntomas y los tipos de cáncer más frecuentes que generan mayor número de consultas primordialmente dentro de los siguientes 30 a 90 días posterior al alta hospitalaria, así como también aquellos pacientes que se encuentra en las últimas semanas de vida donde confluyen diferentes factores tales como el desconocimiento, la negación y las dificultades psicosociales. De acuerdo con lo anterior se espera fomentar en la disciplina de enfermería la investigación y la creación de planes de cuidado oportunos para aliviar la carga sintomática desde el domicilio.

5. Marco Conceptual

De acuerdo a la estructura de la metodología y basados en los autores Toronto y Remington se construye este marco conceptual

5.1 Cuidado Paliativo en el paciente con enfermedad oncológica.

Los cuidados paliativos hacen referencia a la atención prestada a pacientes con enfermedad avanzada, crónica e incurable en donde es importante controlar el dolor y otros síntomas, sin descontextualizarlo del ámbito familiar, social y cultural y, en consecuencia, proveer una mejor calidad de vida posible. “La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia” (17).

En consecuencia, el cuidado holístico del paciente (cuerpo, mente, espíritu y su relación con el entorno) es un pilar de la atención paliativa, al promover una mejor calidad de vida durante su enfermedad y el derecho a una muerte digna.

“Estos cuidados van más allá del tratamiento médico y toman en cuenta la humanidad de cada persona. El cuidado paliativo reconoce que los pacientes con cáncer necesitan ayuda para: aliviar su dolor, satisfacer sus necesidades emocionales, recibir apoyo moral para ellos mismos y sus familiares y atender sus necesidades espirituales” (27).

Cabe destacar cómo desde la atención de las necesidades de los pacientes se identifica y tratan las causas reversibles, sin desconocer su esencia y metas. “Los objetivos de este abordaje deben establecerse de forma individual de acuerdo con la autonomía del paciente, es imperativo planificarlos anticipadamente en escenarios críticos específicos en donde es útil tratar a los pacientes teniendo en cuenta sus deseos y valores” (14).

La Organización Mundial de la Salud estimó que:

“para el 2020, alrededor de 56,8 millones de adultos y niños experimentaron un sufrimiento innecesario que puede abordarse y tratarse con cuidados paliativos. Así mismo se proyecta que esta cifra aumente drásticamente en las próximas décadas, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos” (9).

Finalmente agrega:

“una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la capacidad de los países para hacer frente a las enfermedades no transmisibles realizada en 2019, la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos sigue siendo escasa para pacientes con estas enfermedades a nivel mundial, y solo el 39% de los países confirman una disponibilidad general” (28).

Por otra parte, es importante aclarar que dentro de los procesos de cuidado paliativo se han establecido unos criterios de inclusión a tener en cuenta para determinar la atención a pacientes con enfermedad terminal, para el caso del cáncer, usualmente, se hace uso de la estadificación según el tamaño, la extensión a ganglios linfáticos y diseminación a otras partes del cuerpo (metástasis). Así, con la ley Consuelo Devís Saavedra se ubica este tipo de pacientes como enfermo en fase terminal a quien:

“es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces” (29).

5.2 Síntomas en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

El síntoma es definido en primer lugar como:

“problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor” (30).

En segundo lugar, se considera desde la literatura cómo: *“Los síntomas pueden definirse como datos subjetivos, percibidos y verificados únicamente por la persona que los experimenta”* (31), lo cual se complementa y amplía al señalar:

“La experiencia de los síntomas es la percepción de la frecuencia, intensidad, angustia y significado de los mismos a medida que se producen y expresan, son de naturaleza multiplicativa y pueden actuar como catalizadores para la aparición de otros. La experiencia con relación a estos, incluyen factores demográficos, de enfermedad e individuales. Las consecuencias abarcan el impacto en el estado de ánimo, psicológico y funcional, la calidad de vida, la progresión de la enfermedad y la supervivencia” (32).

Desde esta misma perspectiva, se indica:

“La evaluación de los síntomas en pacientes con cáncer debe incluir un enfoque centrado en el significado, en el que los síntomas se evalúan no solo por las características de ocurrencia y la angustia percibida, sino también por el significado de la experiencia de los síntomas para los individuos” (32).

Igualmente, en la misma búsqueda, Humthreys y otros definen el síntoma como aquella:

“experiencia subjetiva que refleja cambios en el funcionamiento biopsicosocial, las sensaciones o la cognición de un individuo. En contraste, un signo se define como cualquier anormalidad indicativa de enfermedad que es detectable por el individuo u otros. Los signos y síntomas son aspectos importantes de la salud y la enfermedad que interrumpen el funcionamiento físico, mental y social. Un síntoma agudo o implacable es a menudo lo que lleva al paciente al sistema de atención médica, particularmente después de que las estrategias de autocuidado han fallado. La presencia de un síntoma o un grupo de síntomas puede ser la primera indicación para el paciente o proveedor de una enfermedad en desarrollo. Los síntomas también pueden ser provocados por la terapia farmacológica o médica prescrita” (33).

5.3 Reingreso a las entidades de salud.

Pueden definirse como las *“admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del centro hospitalario; o los ingresos con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta”* (34). Para la presente revisión cabe aclarar que este término se hace equivalente a reconsulta por referirse a la asistencia que se hace a un paciente luego de haber recibido atención en una entidad de salud; ello se corrobora con la siguiente cita: *“Paciente que requiere ser atendido en las áreas del servicio de urgencias después de haber sido egresado del mismo”* (35).

Así mismo, *“un reingreso temprano se define como la presentación de un paciente por el mismo motivo de consulta dentro de las 72 horas posteriores al alta del servicio de urgencias. Sin embargo, las circunstancias que rodean estas visitas repetidas, son poco conocidos”* (35).

El estudio realizado por una entidad de salud en Colombia publicado en el 2011 mostró que:

“la probabilidad de reingreso a los 30 días fue de 9,3%; a los 60 días 12,1% y a los 90 días 13,9%, donde el mayor número de reconsulta fue realizado por hombres mayores de 65 años. Los diagnósticos asociados con enfermedades hematológicas del sistema circulatorio y neoplasias fueron los que presentaron los mayores valores de riesgo relativo (14,5; 7,9 y 7,8, respectivamente)” (19).

5.4 Enfermedad Crónica.

Se define como:

“Enfermedad Crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma adecuada por un médico experto” (17).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las enfermedades crónicas como:

“aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles. Los cuatro tipos más relevantes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes” (36).

Las enfermedades crónicas, no transmisibles, son consideradas como una de las principales causas de muerte que generan discapacidad con consecuencias para la salud a

largo plazo y un alto requerimiento de cuidado y tratamiento (2). De igual manera se estima que 41 millones de personas fallecen a causa de las mismas lo que equivale al 74% de las muertes a nivel mundial y para el cáncer 9,3 millones de personas al año (37).

Es pertinente señalar que para el presente estudio se hace alusión al cáncer como enfermedad crónica.

5.5 Neoplasia

Definida como tejido anormal celular que se multiplica más de lo debido o no muere, pueden ser de tipo benigno (crecen mucho pero no se diseminan) o maligno (canceroso, que se diseminan, invaden los tejidos cercanos o a otras partes del cuerpo a través de la sangre y el sistema linfático) (38).

Las neoplasias malignas hacen referencia a enfermedades que se clasifican entre sí por su *“origen, etología, localización anatómica, estructura, características microscópicas, comportamiento clínico y funcional como por su respuesta al tratamiento”*(39). Se ha observado que pueden ser causadas por factores externos (ambientales, químicos, virales, etc.) o internos (hormonales, autoinmune, mutaciones genéticas), entre otros (39).

Globocan indica que, a nivel mundial, se presentaron 19'292.789 nuevos casos de neoplasias siendo los más frecuentes pulmones (14.3%), próstata (14.1%), colorrectal (10.6%), estómago (7.1%) e hígado (6.3%), con una mortalidad de 9958133 casos y un número de casos prevalentes en cinco años de 50'550287 (24 828 480 hombres y 25 721 807 mujeres) (2).

Para el mismo año en Colombia, se presentaron 113.221 nuevos casos de neoplasias, discriminadas en seno (15.509), próstata (14.460), colorrectal (10.783), estómago (8.214), pulmón (6.876) y otros tipos (57.379), sobre una población total de 50'882.884 habitantes; así mismo se presentaron 54.987 muertes por estas patologías (2).

5.6 Servicio de Urgencias

Una primera definición apunta a señalar el servicio de urgencias como:

“Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad” (40).

Lo cual se complementa al señalar que: *“El servicio de urgencias puede comprenderse como un proceso de tipo entradas-procesos-salidas, de manera que el usuario que llega al servicio es la entrada más relevante mientras que la salida, es el usuario con un diagnóstico y tratamiento” (41).*

5.7 Hospital Día

Las unidades de atención o áreas de hospital son aquellos espacios que permiten brindar soporte a pacientes que por su complejidad requieren un mínimo manejo institucional en pro de una asistencia programada, con el fin de realizar “pruebas, compensaciones y tratamientos requeridos durante un período diurno, no mayor de doce horas y el retorno a su hogar en la noche” (42). Igualmente se resalta su importancia en los casos de transfusión sanguínea, administración de medicamentos especiales entre otros *“y en los casos en los que el soporte familiar, vital para pertenecer a unidades domiciliarias, no es suficiente, y se prefiera citar al paciente en días programados para su control y manejo” (42).*

Así mismo,

“al comparar la utilización de una unidad de estas características, contra el costo de una hospitalización tradicional para cumplir el mismo propósito, se aprecia

disminución del orden del 65% en promedio, y conforme aumenta la complejidad del caso clínico, mejora el porcentaje de ahorro” (43).

Desde la experiencia clínica, se evidencia cómo a estas unidades acuden regularmente pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, presentando mal control sintomático susceptible de manejo ambulatorio, sin requerir la internación y con ello generar la optimización de los servicios de urgencias.

La consulta no programada por pacientes oncológicos es usual en las diferentes etapas de la evolución de la enfermedad.

“Estas consultas a demanda conllevan alteraciones y retrasos en las consultas ya programadas y no siempre la respuesta que reciben es satisfactoria” (32);

las causas y características de dichas demandas evidencian motivos de consulta diversos. “Los pacientes con cáncer buscan frecuentemente atención no programada en situaciones que perciben como urgentes” (44).

6. Marco metodológico

6.1 Tipo de estudio

La revisión integrativa desarrollada por los profesionales de enfermería tiene como objetivo identificar la evidencia para la guía práctica dentro del que hacer de la disciplina, revelar vacíos en el conocimiento que sugieren la realización de otros estudios y con el resultado de estos la generación de nuevos planes de atención (45).

Desde la atención en cuidado paliativo se conoce que la carga sintomática es la causa por la cual los pacientes con enfermedad oncológica avanzada reingresan constantemente a los servicios de urgencias, lo cual no se evidencia en estudios científicos actualizados y a nivel nacional se basan principalmente en el impacto económico que ello tiene a las entidades prestadoras de servicios de salud.

Por lo anterior se definió realizar una revisión integrativa de la literatura que permita reunir la información existente sobre el fenómeno y dejar en evidencia el vacío del conocimiento con lo cual plantear nuevas líneas de investigación.

6.2 Estudio secundario de revisión integrativa de la literatura

Según Broome, una revisión integrativa es un método de revisión específico que resume la literatura teórica o empírica pasada para proporcionar una comprensión más completa de un fenómeno o problema de salud en particular (45). Pueden enfocarse en teoría, investigación o metodología (46).

Al elaborar revisiones de alta calidad, se busca dejar en evidencia el estado de la ciencia, favorecer la elaboración de teorías y su aplicación en la práctica. Así mismo *“las iniciativas recientes de practica basada en la evidencia han aumentado la necesidad y producción de todo*

tipo de revisiones integradoras, sistemáticas y cualitativas”, como también que los métodos sean más rigurosos y sistemáticos (47).

6.3 Unidad de análisis

Artículos de investigación de fuente primaria y secundaria: Se realiza búsqueda bibliográfica en fuentes primarias como estudios clínicos descriptivos, de cohortes, estudios transversales, estudios clínicos controlados aleatorizados y estudios casos control; en fuentes secundarias como revisiones sistemáticas y meta-análisis; así mismo, literatura de enfoque cualitativo. Por otra parte, se realizó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos: (Google académico, ScienceDirect, Ebscohost, Scopus, SageJournal) donde se implementaron los diferentes tesauros relacionados con el fenómeno de estudio.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

Para dar continuidad con esta fase, se plantearon las estrategias de búsqueda de literatura científica como pieza clave para mantener su rigor. Se procedió a examinar artículos con los siguientes criterios: documentos publicados entre 2017 a 2022; artículos y revistas de investigación científica a nivel mundial, divulgados en bases de datos avaladas para el campo de la salud, en idiomas inglés, español y portugués (Google académico, ScienceDirect, Ebscohost, Scopus, SageJournal)

Como criterios de exclusión aquellas publicaciones que no cumplan con la guía de verificación PRISMA (48) (Ver tabla Anexo 2). Cartas editoriales, literatura gris, trabajo de grado y revisiones de reflexión.

6.5. Procedimiento de la investigación

6.5.1 Revisión integrativa de la literatura según Whittemore y Knafl

El proceso investigativo parte de una revisión integrativa de la literatura, desde Whittemore (47), en la que se describen diferentes artículos originales publicados en los últimos cinco años, sobre los síntomas por los cuales reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a los servicios de salud. Dicho método de revisión permite darle rigor metodológico y transparencia a la investigación. Para ello se procedió a recopilar la información mediante las cinco etapas propuestas por los autores:

6.5.2 Etapa 1. Identificación del problema.

Según Whittemore (47) debe estar claro el problema y el propósito de la revisión, para posteriormente establecer variables de interés y el marco de muestreo adecuado. En consecuencia, se hizo una revisión general sobre el comportamiento de diferentes pacientes adultos con enfermedad oncológica avanzada, que reingresaban a los servicios de urgencias y presentaban síntomas asociados al cáncer, documentados en estudios retrospectivos; por lo cual surgieron múltiples inquietudes entorno al manejo y la educación brindada a los mismos en un programa de cuidados paliativos.

Ello llevo a reconocer cómo este fenómeno tiene una significancia social, teórica y disciplinar sobre la cual profundizar y en esa misma perspectiva visualizar las variables propias y contextuales de cada paciente. Los términos claves para realizar la búsqueda fueron: reingreso, enfermedad crónica, neoplasia, cuidado paliativo y síntomas.

6.5.3 Etapa 2. Búsqueda bibliográfica.

Esta etapa contiene las estrategias de búsqueda de literatura científica como pieza clave para mantener su rigor. Se procedió a buscar artículos originales publicados en los últimos cinco

años que llevaron a otros anteriores, por ser base de las sintomatologías presentes entre los pacientes con enfermedad oncológica avanzada; igualmente documentos sobre reingreso a los servicios de urgencias.

En esta fase se establecerán como criterios de inclusión: documentos originales publicados entre 2017 a 2022; artículos y revistas de investigación científica a nivel mundial, publicados en bases de datos avaladas para el campo de la salud, en idiomas inglés, español y portugués (Google académico, ScienceDirect, Ebscohost, Scopus, SageJournal). Como criterios de exclusión se establecerán pacientes oncológicos pediátricos, población menor de 18 años y mayores 80 años y con enfermedad oncológica susceptible de tratamiento curativo.

A continuación, se indicarán los términos MeSH (Pubmed) y DeCS (Biblioteca Virtual de la Salud-BVS), que permitirán obtener una búsqueda eficiente en las bases de datos elegidas:

Tabla 1 Términos claves: Descriptores DeCS

DeCS	Definición
REINGRESO Patient Readmission Readmissão do Paciente	Admisiones subsecuentes de un paciente en el hospital u otra institución de salud para tratamiento.
ENFERMEDAD CRÓNICA Chronic Disease Doença Crônica	Enfermedades que tiene una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requerir entrenamiento especial del paciente un largo periodo de supervisión, para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.
CUIDADOS PALIATIVOS Palliative Care Cuidados Paliativos	Tratamiento para aliviar los síntomas sin curar la enfermedad (Stedman, 25 ^a ed)
NEOPLASIAS Neoplasms Neoplasias	<u>Crecimiento</u> anormal y nuevo de tejido. Las <u>neoplasias</u> malignas muestran un mayor grado de <u>anaplasia</u> y tienen la <u>propiedad</u> de invasión y <u>metástasis</u> , comparados con las <u>neoplasias</u> benignas.
SIGNOS Y SINTOMAS Signs and Symptoms Sinais e Sintomas	Manifestaciones clínicas que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente.

Fuente: DeCS Server - List Terms [Internet]. [cited 2022 Apr 30 (20)]

Aparecen, al igual que en la anterior tabla, los criterios, índices o descriptores, así como la definición:

Tabla 2 Términos claves: Descriptores MeSH

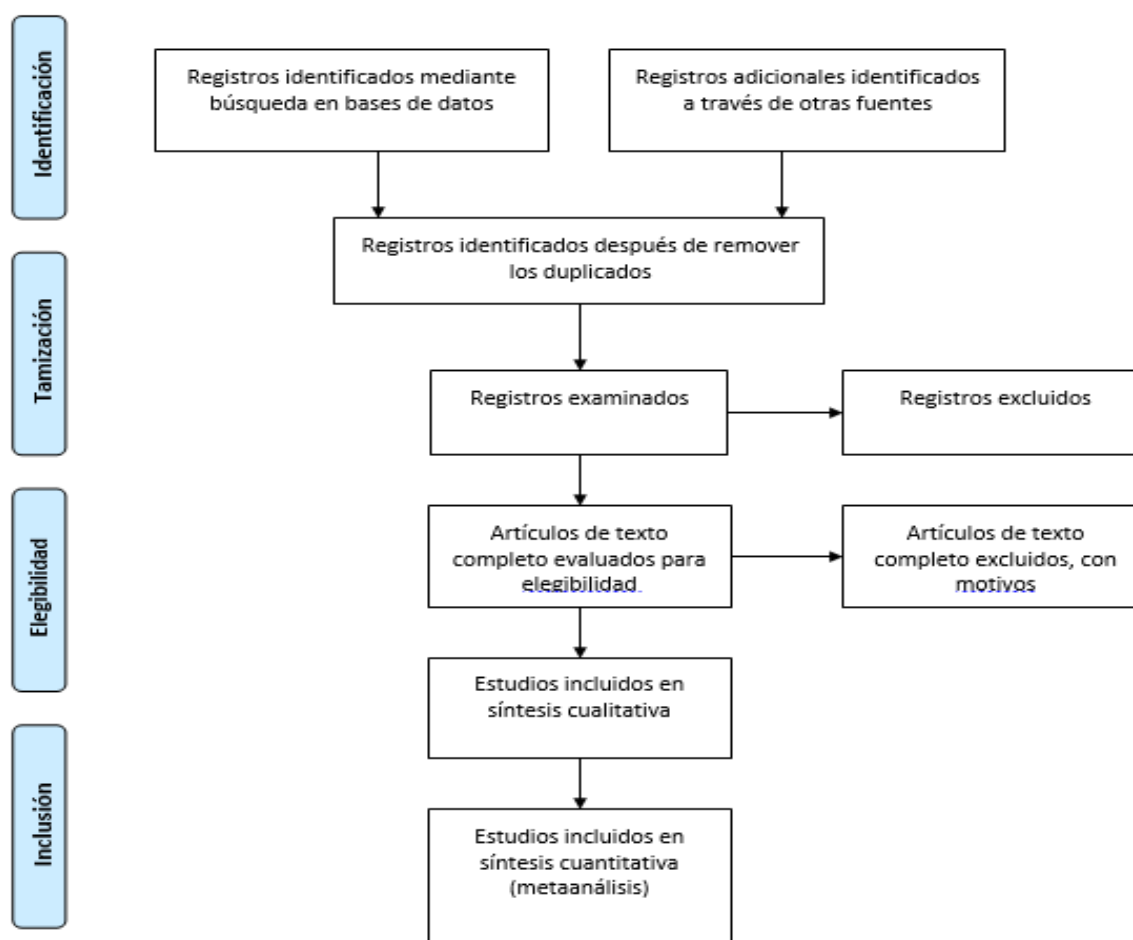
MeSH	Definición
REINGRESO Patient Readmission	Admisiones posteriores de un paciente a un hospital u otra institución de atención médica para recibir tratamiento. Año de introducción: 1978
ENFERMEDAD CRÓNICA Chronic Disease	Enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica irreversible, requieren entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación, o se puede esperar que requieran un largo período de supervisión, observación o cuidado (Diccionario de Gestión de Servicios de Salud, 2d ed.). Para los estudios epidemiológicos, la enfermedad crón a menudo incluye ENFERMEDADES DEL CORAZÓN; CARRERA; CÁNCER; y diabetes (DIABETES MELLITUS, TIPO 2).
CUIDADOS PALIATIVOS Palliative Care	Cuidado que alivia los síntomas sin curar la enfermedad subyacente. (Stedman, 25ª edición). Año de introducción: 1996
NEOPLASIAS Neoplasms	Nuevo crecimiento anormal de tejido. Las neoplasias malignas muestran un mayor grado de anaplasia y tienen propiedades de invasión y metástasis, en comparación con las neoplasias benignas. Año de introducción: /diagnóstico fue DIAGNÓSTICO DE NEOPLASMAS 1964-1965
SIGNOS Y SINTOMAS Signs and Symptoms	Manifestaciones clínicas que pueden ser objetivas cuando las observa un médico o subjetivas cuando las percibe el paciente. Año de introducción: 1998

Fuente: Signs and Symptoms - MeSH - NCBI [Internet]. [cited 2022 Apr 30 (43)]

6.5.4 Presentación del diagrama PRISMA proceso de selección de artículos.

Se emplea el diagrama de flujo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses), el cual es una herramienta publicada en el 2009 que contribuye a mejorar la calidad y transparencia de las publicaciones en una revisión sistemática (RS), la que consta de 7 dominios que son: título, resumen, introducción, método, resultados, discusión y financiamiento, cada módulo consta de varios ítems para un total de 27 ítems (48).

Ilustración 1 Diagrama Prisma



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. Vol. 372, The BMJ. BMJ Publishing Group; 2021

6.5.5 Etapa 3. Evaluación de datos

En ella se priorizan las características o criterios elementales para recoger y procesar la información; así, se garantiza la calidad de los datos, los estudios seleccionados discriminan las características similares relacionadas con los síntomas más frecuentes de reingreso. Para el estudio

se hace indispensable utilizar unos criterios como: Número de artículo, referencia, país, objetivo, abordaje investigativo, metodología, resultados, conclusiones, vacíos, nivel de evidencia y clasificación del tema; los cuales se organizarán en una tabla Excel que permitirá una mejor identificación y discriminación de la información. (Ver tabla Anexo 5).

De acuerdo a la metodología del sistema de las 6S, se realizará la búsqueda y clasificación de la evidencia clínica desde los sistemas, sumarios, sinopsis de síntesis, síntesis, sinopsis de estudios y estudios, con el fin de tener un mayor acceso a literatura que dé respuesta a la pregunta de investigación.

De igual forma, para realizar el proceso de evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la revisión integrativa, se implementará las herramientas de evaluación crítica de Instituto Joanna Briggs (JBI) las cuales ayudan a evaluar la confiabilidad, la relevancia y los resultados de los artículos científicos (49). Dichas plantillas contienen preguntas para evaluar los diferentes diseños de investigación entre estos, estudios cualitativos, estudios cuantitativos transversales, casos y controles, cohortes, estudios experimentales y revisiones, entre otros. (Ver tabla anexo 6)

Ilustración 2 Ilustración 2 Pirámide de las 6 S



Fuente: Cabello & Carballo et al. Documentos de evidencia. El sistema 6S. Evidencia a pie de cama (sumarios point of care) y guías de práctica clínica Juan Bautista Cabello López, Fernando Carballo Álvarez, Eukene Ansuategi Zengotitabengoa y Marimar Úbeda Carrillo

Cabe mencionar que dentro de la etapa de evaluación de los datos, no existe una metodología estandarizada para las revisiones integrativas puesto que existen otras plantillas de lectura crítica como las de la red EQUATOR (Enhancing the Quality and Transparency Of health Research), la cual trabaja para mejorar la confiabilidad y el valor de la literatura en investigaciones médicas estimulando el informe transparente y exacto de investigaciones en salud (50) y las herramientas CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) (51).

6.5.6 Etapa 4. Etapa de análisis de datos.

En esta etapa se logra a partir de una herramienta visualizar todos los datos según los criterios establecidos, reducirlos, compararlos, agruparlos, concluirlos, verificarlos y analizarlos. Para este estudio, se realizará una clasificación inicial de subgrupos según el tipo de evidencia que puede incluir otros criterios como la cronología, el contexto y las características de la muestra. Así mismo se elaborará una tabla para sistematizar la información, con la cual se busca tener mayor

orden y claridad sobre el tema específico y así, lograr unas conclusiones que muestren el análisis y el proceso desarrollado.

Los datos logrados serán comparados uno a uno, con el fin de clasificarlos y agruparlos, de tal forma que faciliten el análisis y síntesis. Este tipo de método de comparación constante, utilizado con frecuencia en investigaciones cualitativas, permite convertir los datos en categorías sistemáticas como patrones, temas, variaciones y relaciones (47).

El análisis temático, aunque es común utilizarlo en el análisis de datos cualitativos, el enfoque de este análisis también se puede utilizar para identificar y organizar los temas o conceptos principales, recurrentes o más importantes a través de múltiples fuentes de literatura (46).

Posteriormente para la visualización de la información se elaborarán tablas de Excel que permitan sistematizar los datos individuales *“en una pantalla que ensamble los datos de múltiples fuentes primarias entorno a variables o subgrupos particulares”* (47).

Esta fase está mediada por el continuo discernimiento orientado a la revisión constante, y el análisis de cada subgrupo, que permitirá depuración de los datos, con la rigurosidad y certeza de crear conclusiones.

6.5.7 Proceso de análisis de datos

Para el proceso de análisis de datos se implementará el método de comparación constante el cual, de acuerdo a Toronto y Remington, consta de cuatro fases: reducción de datos, reducción de datos visualización, comparación de datos, elaboración y verificación de conclusiones (45).

6.5.7.1 Reducción de los datos. La primera fase, reducción de datos, se refiere al proceso de selección, enfoque, simplificación y abstracción de datos de la muestra de fuentes primarias. Las fuentes primarias en la muestra se reducirán inicialmente en subcategorías (Whittemore y Knafl) (47). El revisor elige la clasificación de las subcategorías para alinearla con el propósito de la revisión y facilitar el análisis (Whittemore y Knafl) (47).

6.5.7.2 Visualización de los datos. Miles y Huberman, mencionan que la visualización de datos permite una presentación comprimida de la información de la muestra y facilita la elaboración de conclusiones. Estas pueden ser en forma de injertos, redes, gráficos (52). Para Whittemore y Knafl, todas estas presentaciones visuales ayudan al revisor a ver qué relaciones o patrones están surgiendo dentro y a través de la muestra de literatura científica (47).

Cabe mencionar que, la reducción de datos y la visualización de datos son similares a la construcción de una matriz de revisión como se describió anteriormente (Garrard).

6.5.7.3 Comparación de los datos Esta fase implica examinar los datos en busca de patrones, temas, puntos en común y diferencias en la muestra de revisión. Whittemore y Knafl (47) describen varias estrategias para mejorar aún más la identificación de patrones, temas y relaciones, incluido el agrupamiento, el conteo y la realización de contrastes y comparaciones.

6.5.7.4 Elaboración y verificación de conclusiones. De acuerdo a lo descrito por Whittemore, las conclusiones se conceptualizan en un nivel superior de abstracción moviéndose inductivamente de los particulares a los generales, los cuales pueden ser esquematizados en tablas, con el fin de que el lector pueda evidenciar que las conclusiones de la revisión no excedieron la evidencia. Se espera que con los datos obtenidos se amplíe el tema y se contribuya a la comprensión del fenómeno de interés, así mismo se dejarán explícitas las limitaciones halladas dentro del estudio (47).

6.5.8 Etapa 5. Etapa de presentación

En esta última fase se propone entregar la información en forma de tablas o diagramas que contienen las conclusiones a las cuales se ha llegado. De acuerdo a lo anterior al haber establecido los resultados de la revisión, se hace necesario entregar claramente la evidencia encontrada durante todo el proceso; en consecuencia, la respuesta a la pregunta de investigación y la posibilidad de abrir espacio a otras inquietudes del conocimiento.

Ilustración 3 *Modelo Hourglass*

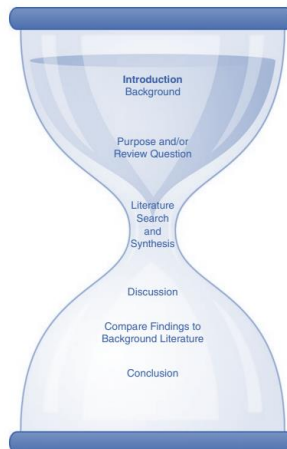


Fig. 2.1 Hourglass model

Fuente: Toronto CE, Remington R. A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review [Internet]. Switzerland; 2020 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>

6.6 Consideraciones éticas

La revisión bibliográfica se realizará con base en datos obtenidos de fuentes confiables, dentro un marco ético, sin conflicto de interés alguno o impedimento para el desarrollo del proceso investigativo. El hallazgo de los datos se obtendrá de la misma forma como se vayan consultando los artículos y demás fuentes, anexando la correspondiente citación bibliográfica.

Así mismo, de acuerdo a lo dispuesto en la ley 23 de 1982 sobre los derechos de autor, la ley 44 de 1993 por la cual se modifica la anterior, la 29 de 1944 (disposiciones sobre prensa) y el decreto nacional 1474 de 2002 por el cual se promulga el “Tratado de la OMPI, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, sobre Derechos de Autor (WCT)”, adoptado en Ginebra en 1996; se acatarán las disposiciones sobre los derechos de autor y la propiedad intelectual.

De igual modo la resolución 008430 de 1993, en donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, artículo 11, este trabajo esta categorizado como un estudio sin riesgo; al ser una revisión integrativa retrospectiva.

7 Resultados

En este apartado, se dará a conocer al lector de manera esquemática el desarrollo y evidencia de cada una de las etapas que se llevaron a cabo en la revisión para dar respuesta a la pregunta de investigación.

7.1 Presentación de las etapas de revisión integrativa

7.1.1 Etapa 1.

Durante esta primera etapa, se realizó una búsqueda y análisis de la literatura relacionada con el reingreso de pacientes con enfermedad oncológica avanzada a las entidades de salud en un periodo de treinta días, identificando que a nivel nacional la evidencia científica es baja frente a este fenómeno con respecto a la internacional y la existente está principalmente orientada a los tipos de cáncer, estadios y tratamientos específicos.

Prada y Contreras dieron a conocer que para el 2008 el costo total por muerte prematura por cáncer en el mundo ascendió a 895 billones de dólares, siendo el 1.5% del PIB mundial para ese entonces (53).

Así mismo, su estudio mostró para Colombia cómo en dos EPS entre el 2011-2013 se calculó el gasto en el último año de vida para pacientes fallecidos durante este tiempo respectivamente, con diagnóstico de cáncer usando el código CIE-10, reportando que: *“Del total del gasto de todos los fallecidos en su último año de vida, el 43,6% del gasto correspondía a personas diagnosticadas con cáncer en 2012 y el 40% en 2013. El gasto medio para pacientes fallecidos por cáncer es entre 72% y 76% más alto que aquellos que no”* (53).

Dicha evidencia abrió paso a la búsqueda de bibliografía internacional, en la cual éste fenómeno ha sido estudiado tanto a nivel general como específico, principalmente en Norteamérica, Europa y África como aparece en los artículos científicos consultados, pero luego

descartados en el barrido bibliográfico por no cumplir con los criterios de inclusión para este estudio.

Posteriormente se planteó delimitar el análisis de literatura correspondiente a los últimos cinco años con el fin de realizar una búsqueda más detallada y avanzar en el diseño de estrategias que permitan identificar las falencias que llevan al reingreso del paciente.

A partir de los datos obtenidos, se reconoce la significancia que tiene para enfermería situar dicho fenómeno desde lo social, teórico y disciplinar, dado el impacto directo que tiene en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, con lo cual se busca analizar las diversas variables que intervienen en este aspecto desde lo cuantitativo como lo cualitativo.

Dicho esto, se plantea través de la estrategia PICOT-PECOT la pregunta de investigación:

Ilustración 4 Estructura PICOT-PECOT

Estructura PICOT-PECOT

P= Paciente adulto con enfermedad oncológica avanzada

E= Tipo enfermedad oncológica, carga sintomática.

O= Síntomas por los que reingresan a las entidades de salud.

T= 2017-2022

Fuente; Las investigadoras Ballén, M y Beltrán, W.,2022

Desde la estrategia se formula la pregunta de investigación generada para la revisión, se identificaron las palabras clave para dar inicio a la búsqueda de la literatura, estas fueron: síntomas, cuidado paliativo, readmisión en treinta días, neoplasia.

7.1.2 Etapa 2

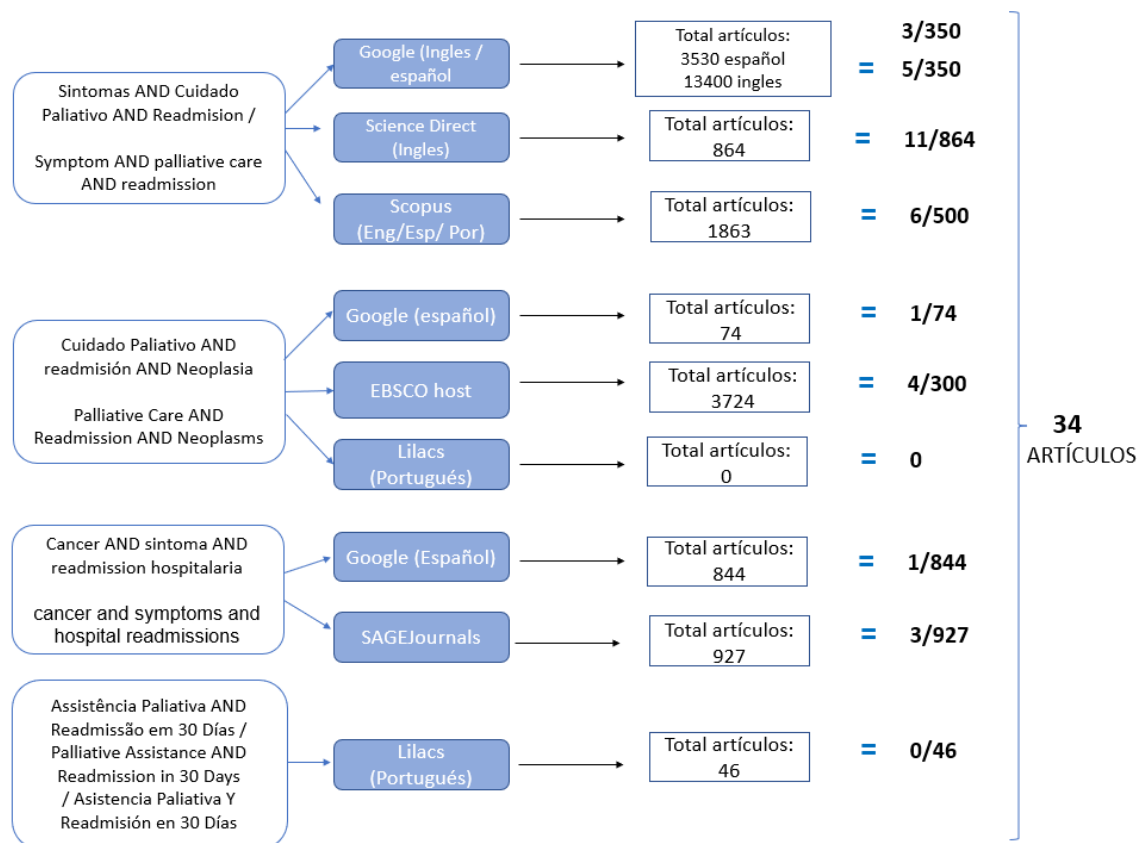
Para dar continuidad con esta fase, se plantearon las estrategias de búsqueda de literatura científica como pieza clave para mantener su rigor. Lo primero que se realizó fue encontrar el lenguaje estandarizado a través de los tesauros MeSH y DeCS, en las bases de datos Pubmed y Biblioteca Virtual de a la salud. Los descriptores encontrados se presentan en el anexo 3 (tabla 1 y la tabla 2.).

Partiendo de los tesauros encontrados MeSH y DeCS, se generaron las ecuaciones de búsqueda las cuales permitieron tanto búsquedas sensibles como específicas, en las diferentes bases de datos consultadas (Google académico. Scopus, SAGEJournals, Sciencedirect, EBSCOhost); encontrando los artículos relevantes para el estudio.

Las estrategias de búsqueda implementadas fueron (Síntomas AND Cuidado Paliativo AND Readmision / Symptom AND palliative care AND readmission, Cuidado Paliativo AND readmision AND Neoplasia, Cancer AND síntoma AND readmisión hospitalaria, Asistencia Paliativa AND Readmissão en 30 Dias / Palliative Assistance AND Readmission in 30 Days / Asistencia Paliativa Y Readmisión en 30 Días) encontrando según revisión de título y abstract 3.559 artículos en las bases de datos (Google académico. Scopus, SAGEJournals, Sciencedirect, EBSCOhost).

Los artículos encontrados se revisaron teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: documentos publicados entre 2017 a 2022; artículos y revistas de investigación científica a nivel mundial, divulgados en bases de datos avaladas para el campo de la salud, en idiomas inglés, español y portugués (Google académico. Scopus, SAGEJournals, Sciencedirect, EBSCOhost).

Ilustración 5 Resumen de búsqueda bibliográfica



Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

Así mismo, se excluyeron publicaciones que no cumplan con la guía de verificación PRISMA (48) (Ver tabla Anexo 2), cartas editoriales, literatura gris, trabajos de grado y revisiones de reflexión.

A continuación, se presenta los artículos que cumplieron con los criterios de la revisión:

Tabla 3 Selección de artículos

N.º de artículo	Base de datos	Año	Título	Valido para Matriz
1	Google académico	2018	Factores asociados al lugar de fallecimiento de pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos domiciliarios.	Aplica
2	Google académico	2018	Gasto en el último año de vida para pacientes que mueren con cáncer.	Aplica
3	Google académico	2021	Signs and symptoms manifested by patients in palliative cancer care in homecare: integrative review.	Aplica
4	Google académico	2017	Characteristics of advanced cancer patients who were readmitted to an acute palliative/supportive care unit.	Aplica
5	Google académico	2017	The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer.	Aplica
6	Google académico	2019	Potentially avoidable hospital readmissions in patients with advanced cancer.	Aplica
7	Google académico	2019	Thirty-Day Readmissions in Patients With Metastatic Cancer: Room for Improvement?	Aplica
8	ScienceDirect	2018	Causes of Hospital Admissions in Domus: A Randomized Controlled Trial of Specialized Palliative Cancer Care at Home.	Aplica
9	ScienceDirect	2022	Characterization of older adults with cancer seeking acute emergency department care: A prospective observational study	Aplica
10	ScienceDirect	2017	A Study of the Incidence and Management of Admissions for Cancer-related Symptoms in a District General Hospital: the Potential Role of an Acute Oncology Service.	Aplica
11	ScienceDirect	2021	Drivers of Readmission and Reoperation After Surgery for Vertebral Column Metastases.	Aplica
12	ScienceDirectS	2020	Risk factors for unplanned hospital readmissions within 30 days of discharge among medical oncology patients: A retrospective medical record review.	Aplica
13	EBSCO Host	2021	Home hospitalization for palliative cancer care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital.	Aplica
14	EBSCO Host	2020	Symptom burden in patients with cancer who are experiencing unplanned hospitalization.	Aplica
15	SAGEJournals	2017	Reasons for emergency department visits among advanced cancer patients in their last week of life	Aplica
16	Scopus	2021	Evaluation of early unplanned readmissions and predisposing factors in an oncology clinic.	Aplica
17	Google Académico	2019	Complicaciones postoperatorias en mujeres con cirugía por cáncer de mama.	Aplica
18	Google Académico	2018	Causas de readmisión hospitalaria de pacientes oncológicos: Un estudio cualitativo.	Aplica
19	Google Académico	2021	Clinical characteristics and risk factors of preventable hospital readmissions within 30 days.	Aplica
20	Google Académico	2022	Effect of a Symptom Monitoring Intervention for Patients Hospitalized With Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial.	Aplica

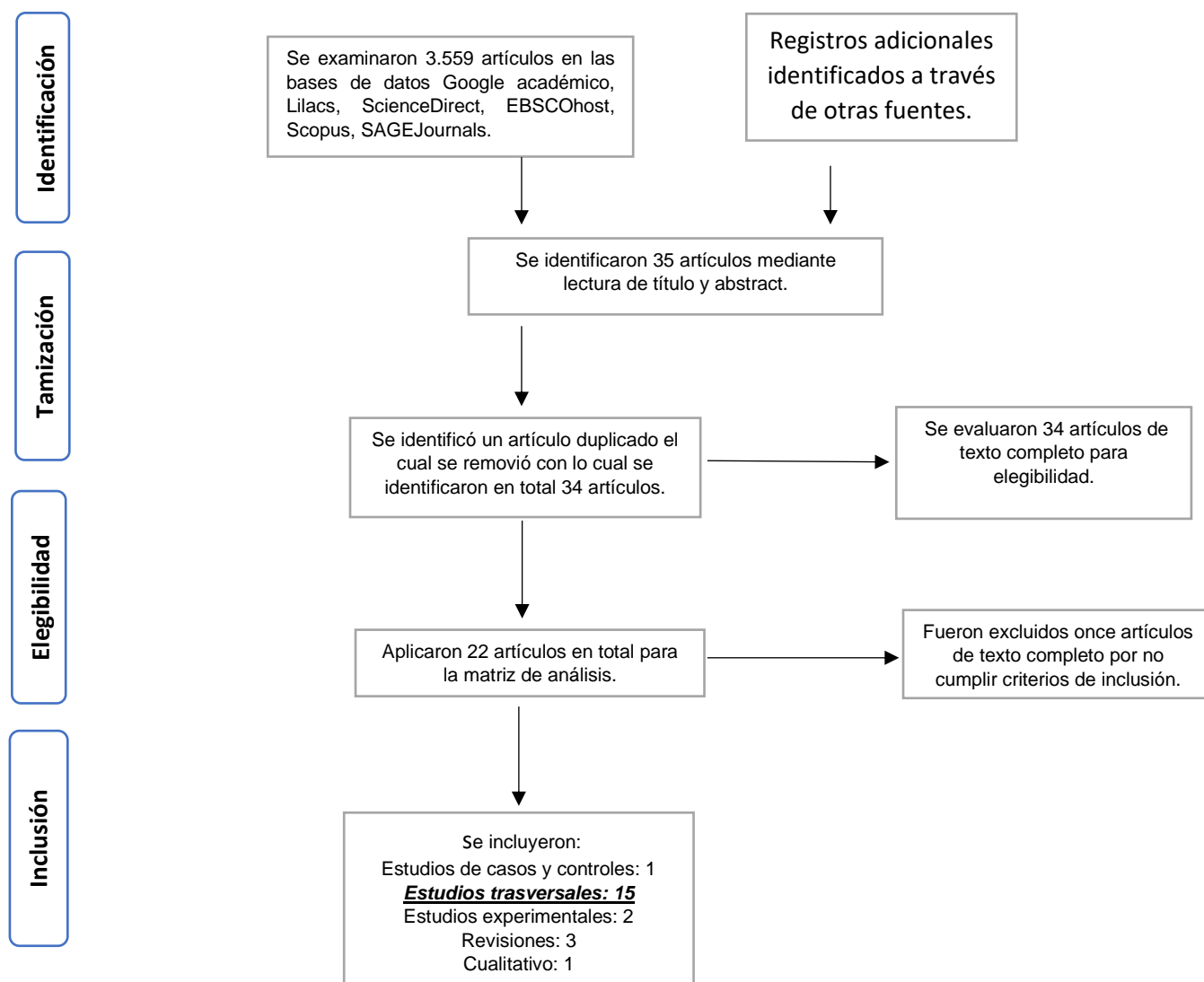
21	PubMed	2021	Intervenciones y alivio de los síntomas en los cuidados paliativos hospitalarios del cáncer: resultados de un estudio longitudinal prospectivo.	Aplica
22	SpringerLink	2019	Correlatos de síntomas de disnea en pacientes con cáncer avanzado que utilizan el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton.	Aplica

Fuente: Creación propia Ballen, M. & Beltrán, W

7.1.3 Diagrama PRISMA

A través del diagrama PRISMA se presenta el proceso de identificación, selección o tamización, elegibilidad e inclusión, por el cuál pasaron cada uno de artículos encontrados (48).

Ilustración 6 Diagrama PRISMA

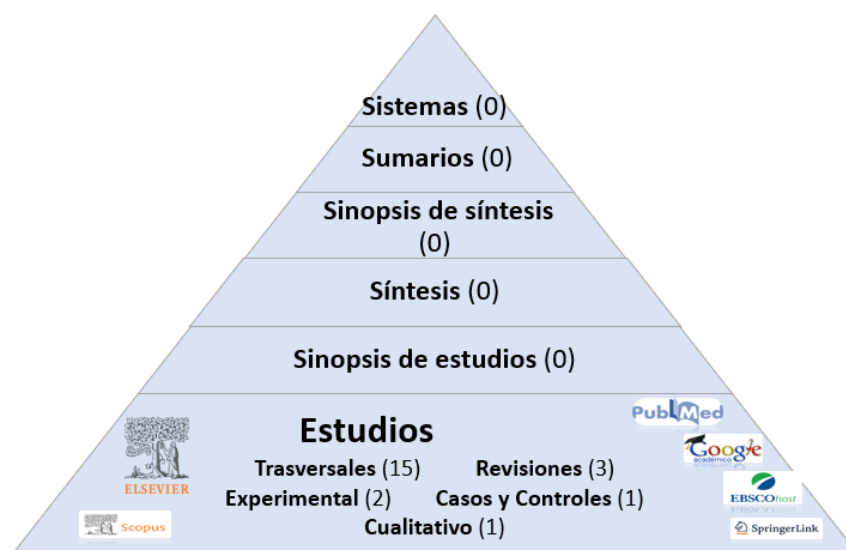


Fuente: Creación propia Ballen, M. & Beltrán, W

7.1.4 Etapa 3

Mediante el siguiente esquema se hace más visible el trabajo desarrollado luego de consultar los estudios y su respectiva transversalización.

Ilustración 7 Aplicación de Pirámide 6 S



Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

A través de la lectura de los estudios y la aplicación de la pirámide de las 6 S, todos los artículos se encuentran en la base (Estudios), siendo artículos originales, de tipo transversal (15 artículos.) revisiones (3 artículos.) de tipo experimental (2 artículos), casos y controles (1 artículo.) y de corte cualitativo (1 artículo.).

Por otra parte, se implementaron las platillas de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs (JBI) las cuales permitieron reconocer la confiabilidad, la relevancia y los resultados de los artículos científicos incluidos en la revisión (Ver Anexo 6).

7.1.5 Etapa 4

Se realizaron dos tablas con datos en Excel, en la primera se consignaron las ecuaciones de búsqueda con los (MESH y DeCS), las bases de datos, el idioma, el número de artículos encontrados y revisados. En la segunda, los apartados que fueron seleccionados a través de la

revisión de título y resumen (abstract) en los recursos electrónicos elegidos para la búsqueda, donde se adicionaron variables como año, título, autores, revista, enlace para consulta e investigadora a cargo de la revisión.

Dicha información permitió discriminar aquellos que, según la pirámide de conocimiento, por su rigor aplicaban para la matriz de análisis de la investigación. Posteriormente, ésta se construyó con la revisión exhaustiva de los artículos con las variables año, nombre de artículo, autores, país/ciudad, palabras clave, población, tipo de estudio, resumen/abstract, tipo de intervención, disciplina, duración, momento de intervención, enfermedad crónica no transmisible, escala de medición resultados, idioma, base de datos consultada, categoría y responsable del análisis. De igual forma, en el proceso de análisis de datos, se consiguió desde la reducción, visualización y comparación de los mismos, agrupar diferentes categorías para síntesis de resultado como se enunciará en la siguiente etapa.

7.1.6 Etapa 5

Las categorías resultantes de este análisis, de acuerdo con los ítems correspondientes a cada artículo fueron; síntomas, escenario de atención (tiempos), etapas en cuidado paliativo, tipo de enfermedad oncológica e intervenciones. En la siguiente tabla se presentan las categorías o áreas temáticas en relación con los artículos incluidos en la revisión.

Así mismo de acuerdo con Whittemore y Knafl, en esta etapa se generaron los diagramas, figuras y gráficos, que permitieron reconocer la caracterización de los artículos incluidos en la revisión integrativa.

Tabla 4 Áreas temáticas identificadas en la revisión integrativa

CODIGO ARTICULO	ARTICULO DE LA REVISIÓN	SINTOMAS DESGRADABLES	INTERVENCIONES	ESCENARIOS DE ATENCION	ETAPA EN CUIDADOS PALIATIVOS	TIPO DE ENFERMEDAD	FACTORES FISICOS Y PSICOSOCIALES	TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	TIEMPO DE RINGRESO
1	Intervenciones y alivio de los síntomas en los cuidados paliativos hospitalarios del cáncer: resultados de un estudio longitudinal prospectivo	X	X			X	X	X	
2	La relación entre los síntomas físicos y psicológicos y la utilización de los servicios de salud en pacientes hospitalizados con cáncer avanzado	X		X			X	X	X
3	Correlatos de síntomas de disnea en pacientes con cáncer avanzado que utilizan el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton	X	X		X		X		
4	Gasto en el último año de vida para pacientes que mueren con cáncer.			X					
5	Signos y síntomas manifestados por pacientes en cuidados paliativos del cáncer en cuidado domiciliario: revisión integrativa	X					X		
6	Características de los pacientes con cáncer avanzado que reingresan a una unidad de cuidados paliativos/de apoyo agudos	X	X	X					X
7	Readmisiones hospitalarias potencialmente evitables en pacientes con cáncer avanzado	X		X					
8	Reingresos a los 30 días en pacientes con cáncer metastásico: ¿posibilidad de mejora?	X		X		X			
9	Causas de los ingresos hospitalarios en domus: un ensayo controlado aleatorizado de atención oncológica paliativa especializada en el hogar	X		X		X			
10	Hospitalización domiciliaria para cuidados paliativos del cáncer: factores asociados a ingresos hospitalarios no planificados y muerte en el hospital	X			X				
11	carga de síntomas en pacientes con cáncer que experimentan una hospitalización no planificada	X				X	X		
12	Characterization of older adults with cancer seeking acute emergency department care: A prospective observational study	X			X	X		X	X
13	A Study of the Incidence and Management of Admissions for Cancer-related Symptoms in a District General Hospital: the Potential Role of an Acute Oncology Service	X						X	
14	Drivers of Readmission and Reoperation After Surgery for Vertebral Column Metastases	X							X
15	Risk factors for unplanned hospital readmissions within 30 days of discharge among medical oncology patients: A retrospective medical record review	X				X	X		X
16	Reasons for emergency department visits among advanced cancer patients in their last week of life	X		X	X				
17	Evaluation of early unplanned readmissions and predisposing factors in an oncology clinic	X			X	X		X	X
18	Causas de readmisión hospitalaria de pacientes oncológicos: Un estudio cualitativo	X	X		X		X		
19	Factores asociados al lugar de fallecimiento de pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos domiciliario			X	X	X		X	
20	Complicaciones postoperatorias en mujeres con cirugía por cáncer de mama		X	X	X				X
21	Clinical characteristics and risk factors of preventable hospital readmissions within 30 days							X	X
22	Effect of a Symptom Monitoring Intervention for Patients Hospitalized With Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial		X			X		X	X

Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

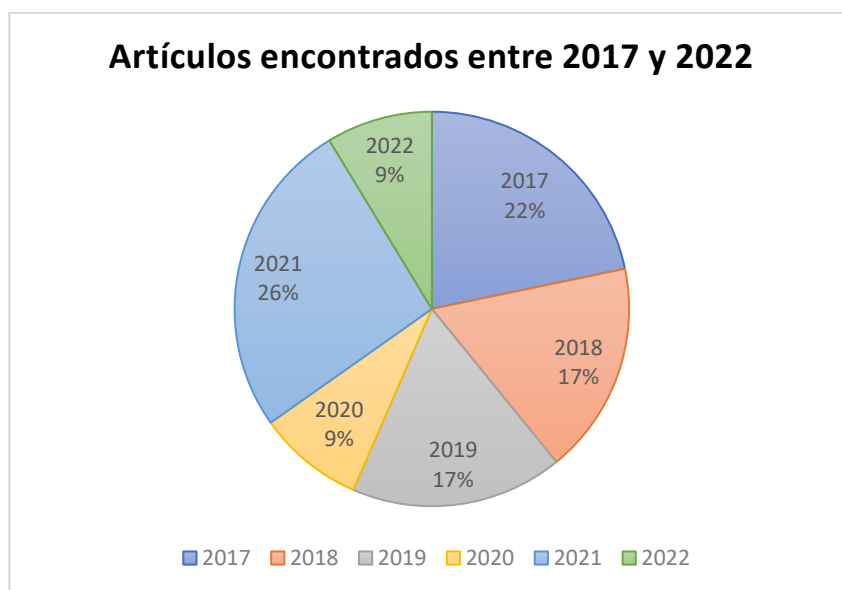
7.2 Caracterización de los artículos incluidos

7.2.1 Presentación de los artículos incluidos

Luego de la búsqueda y lectura de los artículos en las siguientes bases de datos: Google académico, ScienceDirect, Ebscohost, Scopus, SAGEJournals, estas arrojaron 3.559 elementos en total, de los cuales se discriminaron 35 artículos por título y abstract, se excluye un artículo al ser un duplicado, validando 22 artículos para la matriz de análisis después de realizar la lectura de texto completo.

A continuación, se caracterizan los artículos seleccionados para la presente revisión integrativa.

Ilustración 8 Artículos encontrados entre 2017 y 2022

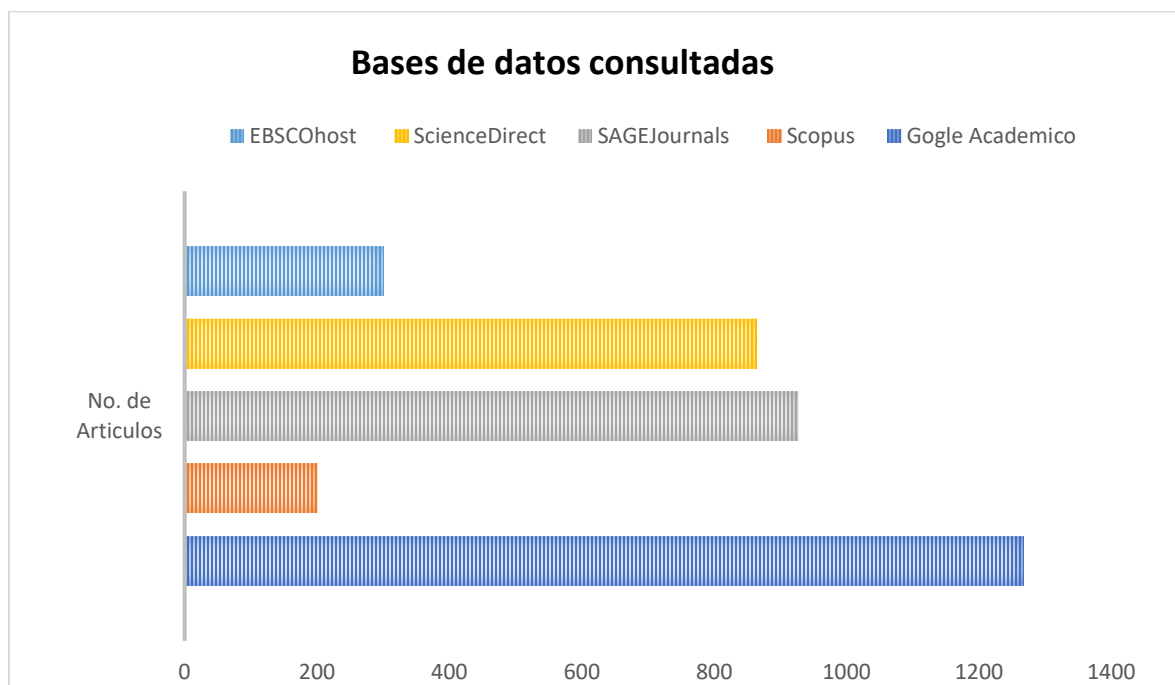


Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

En la presente gráfica se evidencia los años de búsqueda (2017-2022) expresando en porcentaje la cantidad de artículos encontrados en dichas vigencias (5-4-4-2-6-2) respectivamente.

7.2.2 Bases de datos consultadas

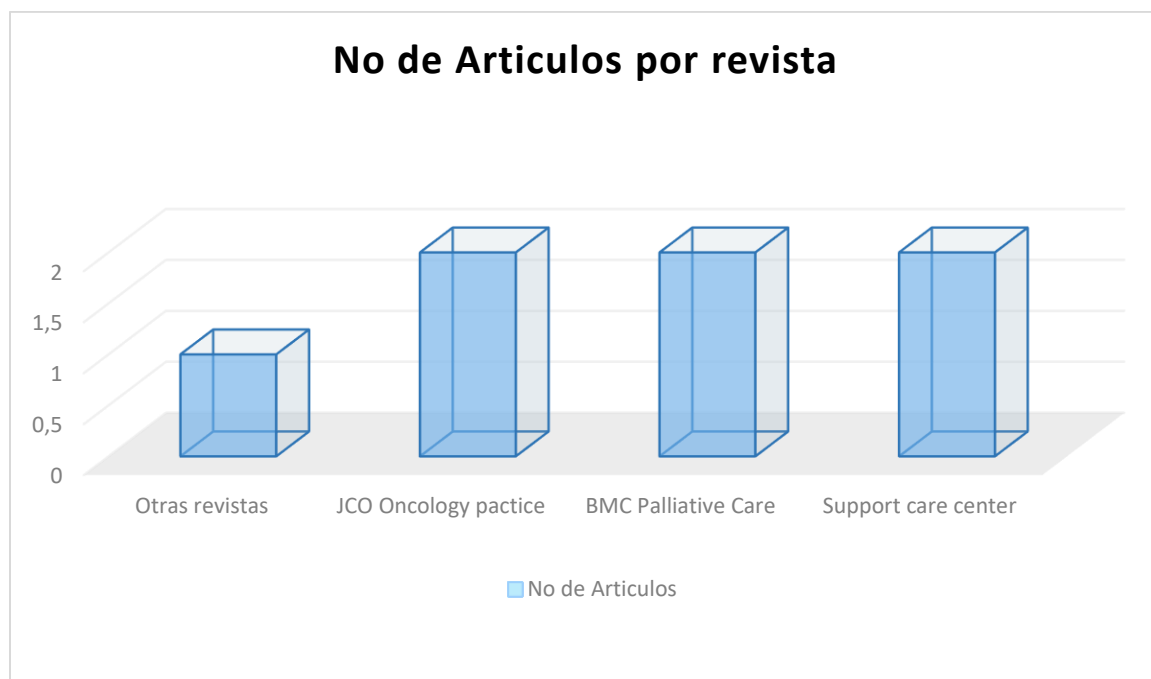
Ilustración 9 Bases de datos utilizadas en la consulta.



Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

Se seleccionaron las cinco bases de datos con el mayor número de artículos disponibles según la estrategia de búsqueda planteada para la investigación reportando en Google Académico mil doscientos sesenta y ocho (1.268), SAGEJournals novecientos veintisiete (927), ScienceDirect ochocientos sesenta y cuatro (864), Scopus docientos (200), EBSCOhost trescientos (300) para un total de tres mil quinientos cincuenta y nueve (3.559) artículos.

Ilustración 10 Número de artículos por revista

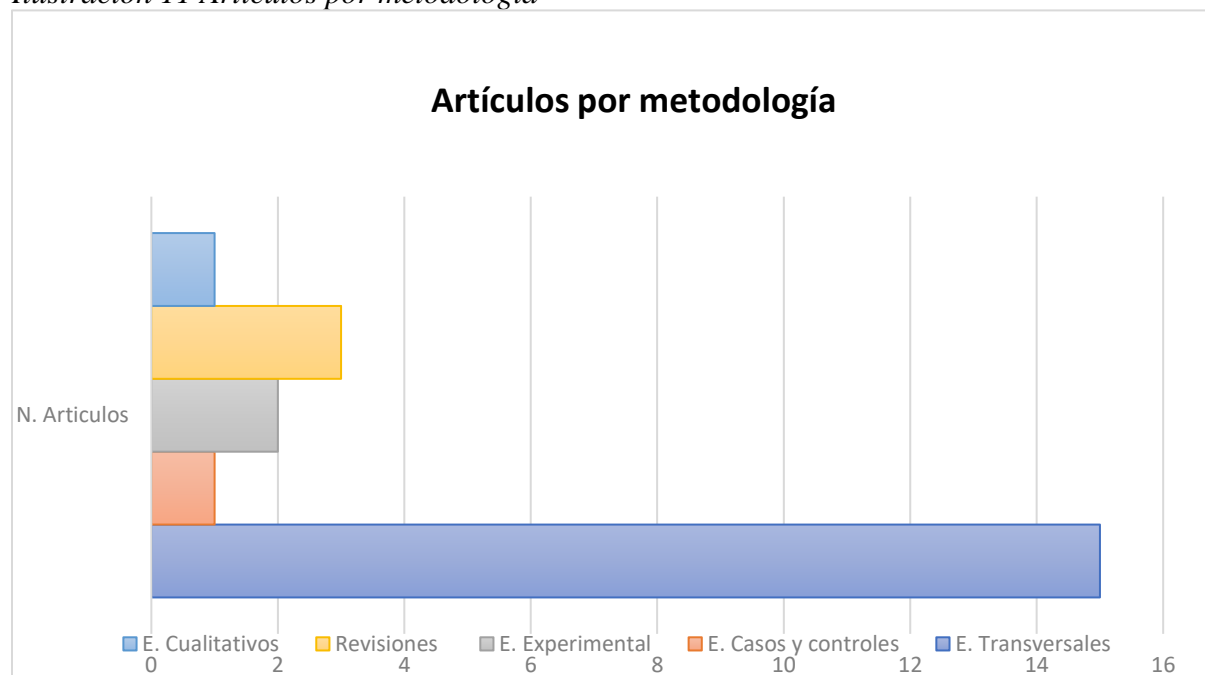


Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

Se realizó un listado con los artículos revisados en los cuales se tuvieron en cuenta, las revistas donde fueron publicados dichos trabajos. Así mismo luego de la lectura de los documentos, se clasificó cuántos de ellos contaban con la información requerida para el estudio. De ello se pudo identificar que las revistas Support Care Center, JDC Oncology Practice y BMC Palliative Care contaban con más de una publicación en sus ediciones, aptas para la revisión. Las demás revistas se registran en la gráfica anterior.

7.2.3 Por metodología o tipo de estudio

Ilustración 11 Artículos por metodología



Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

Los 22 artículos fueron clasificados a su vez según el tipo de investigación así: De tipo cualitativo (1 artículo.), Casos y controles (1 artículo.), experimental (2 artículos.), Revisiones (3 artículos.) y trasversales retrospectivos y longitudinales (15 artículos.).

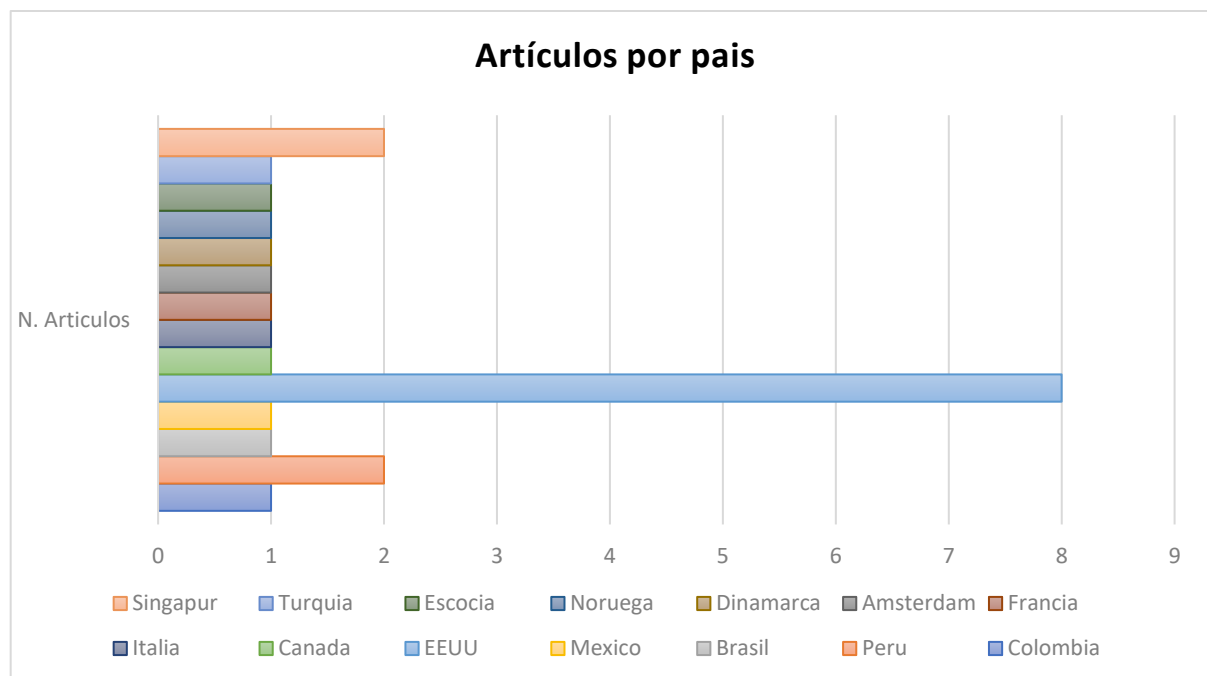


Ilustración 11 Por idioma y/o país

Fuente: Creación propia Ballén, M. & Beltrán, W.

7.2.4 Por idioma y/o país

La revisión de los artículos en las diferentes bases de datos arrojó que países como Singapur Estados Unidos y Perú fueron los que mayor producción literaria tenían al respecto, pero el idioma de escritura que predominó fue el inglés seguido por el español.

7.3 Reingreso a consulta del paciente con cáncer avanzado

Se realizó lectura crítica de texto completo a los 22 artículos seleccionados, se definieron siete categorías de acuerdo a la relevancia y número de veces identificadas en los diferentes artículos, las cuales se delimitaron como: 1. Identificación de síntomas desagradables, 2. intervenciones realizadas ante la presencia de síntomas en pacientes con cáncer avanzado, 3. Escenarios de atención a los cuales acuden los pacientes con enfermedad oncológica avanzada ante la presencia de síntomas, 4. Etapa en cuidados paliativos, 5. Enfermedad oncológica de mayor predominio por el cual reingresan los pacientes a las entidades de salud, 6. Factores físicos y psicosociales que influyen en el reingreso de los pacientes con

cáncer avanzado, 7. Tiempo de estancia hospitalaria y reingreso de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

A continuación, se describe lo encontrado para cada una de las categorías anteriormente mencionadas.

7.3.1 Identificación de síntomas desagradables

El control de los síntomas como uno de los pilares fundamentales del cuidado paliativo, ha sido objeto de estudio con el fin de identificarlos con mayor precisión, darle objetividad al tratamiento y disminuir el sufrimiento en el paciente.

Estudios realizados en Europa, Asia, América del norte y del sur, han evaluado la presencia de los síntomas más frecuentes por los cuales reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a los servicios de urgencias y hospicios, siendo evidente en 18 artículos donde en su orden se enuncian de mayor a menor: Dolor [(54) (55) (56)(57) (58) (59) (60) (61) (62)], disnea [(54)(63)(64)(58)(59) (60) (61) (62) (65) (66) (67)] náuseas y vomito [(54) (63) (64) (57) (58) (60)(61)(65)], cansancio [(54)(68)(64)(60)(65)], bajo apetito [(68)(63)(64)(61)(65)(67)] pobre bienestar [(54)(68)(64)], fiebre [(56)(57)(58)(61)(62)(67)], diarrea [(63)(57)(58)(61)], estreñimiento [(54)(64)(58)] Insomnio [(54)(64)], edema o sobrecarga hídrica, [(60)(62)(67)] y convulsiones [(61)(61)]. Así mismo se enumeran en casos específicos sangrado gastrointestinal [(56)(60)(61)], obstrucción intestinal [(56)], síntomas urinarios [(58)(59) (61)] deshidratación [(56)(57)] y anemia [(57) (58)(60)].

Dichos síntomas fueron evaluados a través de la escala Edmonton Symptom Assessment System, la cual mide la severidad de los síntomas a través de una escala numérica, donde "0

corresponde a nada/nulo, intervalos de 1-3 igual a leve, 4-6 igual a moderado y 7-10 corresponde a severo" (69).

Con respecto a los síntomas psicológicos los más predominantes son la depresión y la ansiedad, sin lograr establecer con claridad la relación que tienen con los físicos, la estancia hospitalaria y el riesgo de reingreso. Algunos autores lo asocian a las hospitalizaciones prolongadas y la influencia que ellos tienen (baja adherencia al tratamiento) lo que puede incidir en reingresos no planificados entre los 90 días siguientes [(54)(64)(65)].

Otras causas no menos importantes de reingreso a los servicios de urgencias son los efectos relacionados con opioides, toxicidad por quimioterapia, progresión de la enfermedad y atención para el final de la vida [(55)(56)(58)(61)].

Para el caso de los procedimientos oncológicos específicamente metastasectomía y cirugía de mama, los pacientes presentaron reingresos no planificados entre los 4 a los 40 días siguientes al procedimiento, siendo las principales causas infecciones en la herida, dehiscencia y dolor [(70)(71)]. De igual manera se identificaron razones no quirúrgicas como tromboembolismo venoso y obstrucción intestinal [(70)]. Cabe aclarar que estos procedimientos, como mecanismos de paliación significativa, disminuyen el dolor y orientan una mejora en la supervivencia en estadios avanzados.

7.3.2 Intervenciones realizadas ante la presencia de síntomas en pacientes con cáncer avanzado

El pobre control sintomático que presentan los pacientes a lo largo de la enfermedad oncológica avanzada, sugiere el ingreso no planeado a los servicios de urgencias en búsqueda de una atención rápida y el uso de las tecnologías necesarias para dar a su ser querido el alivio, confort y tranquilidad necesaria.

Un estudio longitudinal prospectivo de un centro oncológico en Noruega, describió que, durante la atención a pacientes con una edad media de 69 años, las intervenciones más utilizadas en este servicio fueron el diagnóstico por imagen (66%), rehidratación endovenosa (45%), administración de antibióticos (37%) y atención por equipo multidisciplinario (39%) [(54)].

De igual manera los analgésicos utilizados al ingreso para el control de dolor de moderado a severo, fueron opioides administrados por vía oral (55%) seguidos de los subcutáneos (27%), donde las dosis se ajustaron al momento del alta hospitalario en el 68% de los pacientes, siendo más indicada la vía subcutánea (45%) que la oral (44%). Con respecto al uso de otros medicamentos como laxantes, corticoides y antieméticos, al ingreso el porcentaje de uso fue de (69%), (54%) y (53%) frente al egreso, donde su prescripción fue del (70%), (53%) y (69%) respectivamente [(54)]. Cabe resaltar que la vía subcutánea es un sistema de administración de medicamentos segura, eficaz, con escasas contraindicaciones y una biodisponibilidad del 90%, que permite dar control a los síntomas especialmente en la enfermedad terminal [(72)].

La valoración por especialista (oncólogo) durante la atención en urgencias no fue relevante con respecto al impacto que podría tener en relación a la estancia hospitalaria, con los que no la recibieron (5,5 -7 días) [(60)].

Para el caso de los síntomas generados posterior a los procedimientos quirúrgicos, se requirió que el 4% de ellos fueran reintervenidos quirúrgicamente, más comúnmente por infección en la herida [(70)].

En relación con el ámbito domiciliario, el control sintomático no siempre es eficaz lo que incide en el reingreso a los servicios de urgencias por parte de los pacientes, generando interrupción de la atención en casa y cuidados paliativos especializados. Ello sugiere intervenir desde la organización de estos prestadores con respecto a la rutina de consultas, la priorización de

los pacientes que se encuentran cerca del final de la vida, como también la comunicación efectiva entre pacientes y familiares que permita detectar alertas y con ello un rápido actuar. De igual manera se resalta la importancia que tienen los cuidadores y familiares en la provisión de cuidados hacia el enfermo y la educación que se les haya brindado (64).

Connor y otros concluyen que el alta prematura de una hospitalización previa y la falta de seguimiento ambulatorio oportuno, deberían ser intervenidas para evitar reingresos potencialmente evitables, de acuerdo a un estudio realizado en el Hospital General de Massachusetts durante los meses de septiembre a noviembre de 2014 (56) .

Por otra parte, cabe resaltar lo manifestado por Juárez y García quienes refieren que el cuidado de enfermería además de ser la esencia y el motor del quehacer diario de la profesión, exige compromiso, tener una intención y un juicio consciente que se evidencie en actos concretos y trascendentes para el paciente y las consecuencias que puede tener en relación a la vida humana (73).

Es así como las intervenciones de enfermería pueden ir desde la asistencia del paciente en crisis en una entidad de salud, con el inicio del tratamiento farmacológico de los síntomas, seguido por otorgar medidas de confort, generar tranquilidad y seguridad hasta la educación del paciente y su familia para el manejo de los síntomas que pueden aparecer de nuevo en casa.

7.3.3 Escenarios de atención a los cuales acuden los pacientes con enfermedad oncológica avanzada ante la presencia de síntomas

A través de la revisión realizada en los 22 artículos seleccionados, se identificó que los principales escenarios de atención a los cuales acuden los pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas en su orden son los servicios de urgencias [(54)(68)(63)(59,60) (60)(61)(67)(70)]

hospitalización [(54)(68)(56)(57)(58)(62)(66)(75)(76)] y unidades de cuidados paliativos ambulatorios [(55)(60)(65)], en los cuales varía el tiempo de estancia, el tratamiento y el destino del paciente.

7.3.4 Etapa en cuidados paliativos

La enfermedad terminal hace referencia a aquel padecimiento avanzado, progresivo e incurable, cuyo pronóstico de supervivencia es inferior a seis meses, debuta con síntomas multifactoriales y variables, como también con una respuesta pobre o nula al tratamiento [(7)].

El cáncer avanzado es enunciado explícitamente en 10 de los 22 artículos revisados, describiéndolo como metastásico, incurable, con opciones limitadas de tratamiento antineoplásico o sin tratamiento activo, solo en uno de los artículos se hace explícita la escala de funcionalidad de Karnofsky indicando la comparación del puntaje entre en la primera y segunda consulta no planificada al servicio de urgencias [(55)]. Así mismo no es evidente que se haya aplicado alguna escala de evaluación pronóstica en los pacientes estudiados.

7.3.5 Enfermedad oncológica de mayor predominio por el cual reingresan los pacientes a las entidades de salud

Para el año 2020 la OMS reportó al cáncer como la principal causa de muerte en el mundo, así mismo indicó que los tipos más frecuentes durante ese mismo año respecto a casos nuevos fueron, *“mama (2,26 millones de casos), de pulmón (2,21 millones de casos), colorrectal (1,93 millones de casos); de próstata (1,41 millones de casos) y gástrico (1,09 millones de casos)”* [(1)].

Estudios realizados en Estados Unidos muestran la tasa de reingreso para los pacientes con cáncer, la cual es de 27% lo cual es más común en enfermedad oncológica avanzada debido a la presencia de una alta carga sintomática tanto física como psicológica [(57)]. Otro estudio revela

tasa de reingresos hospitalarios no planificados para el 2013 la cual fue de 17.3% mientras que en Singapur para el mismo año fue del 12.2% clasificando el cáncer como la segunda causa más frecuente, reportando aquellos tipos de enfermedad oncológica más frecuentes para este estudio; Cáncer gastrointestinal 32.7%, pulmón 19.2%, mama 16%, y en general Cáncer en estadio IV avanzado 83.3%, resaltando que los dos últimos son los que generan mayor riesgo de reingreso hospitalario no planificado [(74)].

Estudios en Dinamarca y Turquía reportaron que el 61.2% de pacientes presentaron cáncer sólido incurable de los cuales el gastrointestinal y de pulmón fueron los más reincidentes con alta carga sintomática según ESAS [(75)]. Denotan cómo el riesgo de reingreso para pacientes con enfermedad oncológica avanzada es tres veces mayor, dada la presencia de metástasis y la dependencia del paciente, ya que el 22.7% fueron readmitidos en los 30 días posteriores al alta, siendo el cáncer de pulmón y los cánceres gastrointestinales más de la mitad (54%) de los casos [(61)].

Para Latinoamérica en Lima (Perú) se concluyó que los tipos de enfermedad oncológica por la cual se presentó readmisión a un hospital de tercer nivel fueron cáncer gastrointestinal (42%), genitourinario (27%), respiratorio (74%), y hematológico (8%) [(77)].

La presente revisión integrativa devela que el cáncer gastrointestinal y de pulmón dada su alta carga sintomática, asociada a factores psicológicos, son los predominantemente causantes del reingreso a las entidades prestadoras de salud a los 30 como a los 90 días del alta hospitalaria.

7.3.6 Factores físicos y psicosociales que influyen en el reingreso de los pacientes con cáncer avanzado

Los factores físicos asociados a la alta carga sintomática, también expresados como cansancio, depresión, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño, fatiga de moderada a severa y

disminución en actividades de la vida diaria, están altamente relacionados en el reingreso del paciente con enfermedad oncológica avanzada, siendo además en algunos casos los mayormente reportados por el paciente [(54)(66)(74)].

Para la evaluación de dichos factores o síntomas físicos se aplicó la escala de evaluación ESAS a pacientes con cáncer hematológico y cáncer sólido potencialmente curable, donde se identificó que la fatiga de moderada a severa, se presenta en un 83.4% y el 82.8% respectivamente; mientras que para el cáncer hematológico y solido incurable reportó 82.1% y 86.9%. Con respecto al bienestar deficiente, se informó 79% y 63% para el primer caso y para el segundo 68.9% y 74.7%. La somnolencia se evidenció en el 66.7% y 66.1% en el primer caso y 67.2% y 72.3% con respecto a las patologías anteriormente descritas. Adicionalmente se conoció que el 17.2% de los pacientes presentan depresión y el 16.6% ansiedad [(66)].

En una revisión retrospectiva de historias clínicas de casos y controles, se evidenció que para estadios del cáncer más avanzado existe mayor reporte de fatiga y adicionalmente tienen un mayor riesgo de caída dada la dependencia que se reporta en dichos estadios, tras la aplicación de ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) en donde se conoció que para el ítem: disminución reciente en actividades de la vida diaria, los casos presentaron el 36,5% y los controles 14,1% [(74)].

Los pacientes con enfermedad oncológica avanzada presentan una alta carga de síntomas psicológicos como fue evidenciado por Ryan D. Nipp y colaboradores durante los procesos de hospitalización, donde se reportó que estos van de moderados a severos en más del 50% de los pacientes y en más del 25% hay presencia de síntomas representativos para ansiedad y depresión [(74)].

Adicionalmente se conoció que pacientes con estado civil soltero son más propensos a un reingreso a los servicios de salud, ya que tienen menor capacidad para adaptarse al estrés en

relación con los casados, quienes por contar con un cuidador idóneo en la mayoría de los casos se considera que hay un apoyo óptimo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria [(74)].

Son pocos los estudios existentes con respecto a la interacción del paciente y sus cuidadores, la experiencia y el sentir de este durante el transcurrir de la enfermedad en los diferentes ámbitos ambulatorios como hospitalarios, un estudio cualitativo en Perú dio a conocer 3 categorías por las cuales reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada 1. Personales, 2. Familiares, 3. Institucionales; en estas los pacientes describen a través de entrevistas la pérdida de su rol en la familia, la pérdida de su capacidad de opinión y decisión frente a su estado de salud, la interacción personal de salud-paciente, entre otras que abren la posibilidad a nuevos estudios donde se evalué también el papel del cuidador en los reingresos hospitalarios de lo cual también hay poca evidencia [(62)].

7.3.7 Tiempo de estancia hospitalaria y reingreso de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada

En cuanto a la estancia hospitalaria 3 de los 22 artículos [(54)(68)(60)] mostraron una duración media de estancia hospitalaria similar de entre 6 a 7 días, una vez el paciente presentara el reingreso hospitalario por carga sintomática elevada de la enfermedad oncológica avanzada, la cual una vez resuelta fueron dados de alta.

Respecto a la tasa de reingresos se encontraron variaciones según el tipo de estudio y la población, clasificadas según su ocurrencia a los 30 días posterior al alta como fue el caso de Italia (46,8%), EEUU (12,2%), Boston (24,5 %), Singapur (46,2%) Turquía (22,6%) [(61)(66)(74)].

Adicionalmente se conoció la tasa de reingreso a los 90 días reportada por Richard A. Newcomb y colaboradores en Boston Massachusetts para cáncer hematológico potencialmente curable 42.4%, sólido potencialmente curable 31.2%, hematológico incurable 40.4% y sólido

incurable 44.9% [(66)]. Mientras que en Toronto la tasa de reingreso a los 90 días para pacientes con enfermedad oncológica avanzada fue del 43,1 % [(68)].

8 Discusión

Los hallazgos, en torno a la sintomatología por la cual reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a las entidades de salud, reportados en la literatura científica en los últimos cinco años, obligan a tener en cuenta los síntomas desagradables, en consecuencia, las intervenciones, los escenarios de atención, la etapa de la enfermedad como la de mayor predominio, los factores físicos y sociales, el tiempo de estancia hospitalaria y/o de reingreso, pues no se trata solo de tener un listado de eventos, sino de integrar la información relacionada con el problema de investigación.

De este proceso de revisión, la literatura consultada evidencia como síntomas más frecuentes por los cuales reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a las entidades de salud el dolor, la disnea, las náuseas, el vómito y el cansancio. No se descartan e igualmente son señalados, el bajo apetito, el pobre bienestar, la fiebre, la diarrea, el estreñimiento, el insomnio, el edema y las convulsiones, estos en referencia a su carácter desagradable. Así mismo, predominan respecto a los síntomas psicológicos la depresión y la ansiedad, pero no se identifica claramente el origen, así como los datos relacionados con el efecto de opioides, la toxicidad por quimioterapia, la progresión de la enfermedad y la atención para el final de la vida.

Barbera y otros, habían establecido al dolor como principal síntoma de reingreso (6), se estaría validando en esta medida como el más generalizado no solo desde investigaciones anteriores sino desde estudios recientes, así mismo que siguen dándose en los últimos cinco años. Al retomar a Cervera, Moreno y Sánchez, se pueden identificar otras sintomatologías como las

señaladas en el párrafo anterior; pese a la poca evidencia científica a nivel nacional, ello no implica que no se presenten y queda por demostrarlo (13).

Por ejemplo, si se aprecia en los estudios que el mayor riesgo de reingreso hospitalario no planificado (16), está en determinada población con un tipo específico de cáncer (ejemplo gastrointestinal y de pulmón) es obvio investigar, conocer y capacitar en los centros de urgencias al personal, y así desde el cuidado paliativo dar una información más clara y específica a los pacientes y sus cuidadores primarios. Cabe mencionar que, aunque en la práctica se viene haciendo, surge la duda si se hace bien o no, pues tales datos obligan a cuestionar cómo los pacientes oncológicos responden a los diferentes tratamientos de forma distinta y cómo existen síntomas que se prevén luego del procedimiento y sin embargo los índices de reingreso son altos (30 a 90 días del alta hospitalaria).

Al ser el cáncer una de las principales causas de muerte en el mundo y al haber orientado la búsqueda a éste tipo de paciente, es valioso indicar que la coincidencia de la tasa de reingreso es tres veces mayor ante la presencia de metástasis y la dependencia del paciente, en esa medida ubicar los principales síntomas y factores asociados al reingreso lleva a pensar en hacer estudios en clínicas de nuestro país, para obligar a quienes investigan a encontrar estrategias de atención a la población local, según las características socio-demográficas.

En este sentido si los factores físicos asociados a la alta carga sintomática (cansancio, alteraciones del patrón del sueño, fatiga de moderada a severa y disminución en actividades de la vida diaria) como los psicológicos, están relacionados en el reingreso del paciente con enfermedad oncológica avanzada, es pertinente reconocer que hay factores que de una u otra forma inciden y han sido descuidados, es el caso de variables como la edad, el sexo y la condición socioeconómica, los escenarios y las intervenciones realizadas, las cuales respecto al tema que interesa, a nivel del

país, se evidencia poca información al no contar con un registro sistematizado que confirme cada respuesta en pacientes con estas condiciones de salud [(74)(62)].

De este modo, no se puede determinar la posible relación que tiene la educación suministrada por enfermería para la guía ambulatoria de los síntomas, el suministro de medicamentos y la pertinencia en el uso de dispositivos médicos; así como la relevancia que pueden tener los factores socioeconómicos que rodean cada paciente. Al abordar el factor salud, la implementación de guías, normas o propuestas gubernamentales, no son notorios, aún falta mucho por poner en marcha, sin dejar desamparados tanto a los usuarios como a los cuidadores, y en esta medida rescatar ese derecho a la salud, a una calidad de vida y a una atención costo-efectiva.

Bátiz ha dado unos principios, que en la teoría y en cierta medida en la práctica se vienen aplicando, pero aún hay falencias que llevan a dudar si el enfermo y sus cuidadores realmente manejan las causas de su caso, el tratamiento, si se monitoriza el síntoma, para asegurar la eficacia de la intervención realizada por el profesional de enfermería y/o equipo de cuidado paliativo para mejorar el control de los síntomas y por ende evitar el reingreso a las diferentes entidades de salud (12).

Sin lugar a dudas se abre un espacio, en el que el personal de salud se debe cuestionar, pues al hacer la revisión en búsqueda de evidencias sobre el problema planteado, es claro cómo los datos obtenidos, llevan a rescatar la significación del área de enfermería y de los cuidados paliativos, al situar dicho fenómeno desde lo social, teórico y disciplinar, a cuestionar si realmente éstos hallazgos han llevado a impactar en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, o simplemente han sido estudios desde otros ámbitos y no a la búsqueda real del reingreso a urgencias, las causas y síntomas del paciente oncológico, población de estudio en este trabajo, para reorientar las practicas que se vienen haciendo.

9 Conclusiones

En la presente revisión integrativa, realizada a nivel nacional e internacional se da respuesta a cuáles son los síntomas por los cuales reingresan los pacientes con enfermedad oncológica avanzada a las entidades de salud en los últimos cinco años (2017 - 2022). Encontrando la escala Edmonton Symptom Assessment System o (ESAS) por sus siglas en inglés, como instrumento de evaluación mediante el cual se evidenció que el dolor, las náuseas y vómito se reportaron con mayor frecuencia, esto sin dejar de lado los síntomas psicológicos y factores psicosociales que acompañan el aumento de la carga sintomática en pacientes adultos que deciden reingresar.

Se conoció adicionalmente que existen reingresos no planificados relacionados con procedimientos quirúrgicos, asociados a infecciones en el sitio operatorio, dehiscencia de sutura y dolor en una mayor proporción. La enfermedad oncológica de mayor predominio a nivel internacional reportada en la literatura, es el cáncer gastrointestinal por su alta carga sintomática, reportada en los diferentes estudios como el 32.7%, 54% y 42% respectivamente [(24)(78)(27)].

Es importante resaltar que pocos estudios se conocen para Colombia al respecto; algunos estaban fuera del periodo de tiempo establecido y su objetivo era conocer el impacto económico generado por los reingresos según el tipo de enfermedad; ello abre una puerta para el desarrollo de nuevas investigaciones tendientes a identificar estadísticas con respecto a la carga sintomática en pacientes con enfermedad oncológica avanzada; con lo cual se implementarían planes de mejora no solo en pro del beneficio del sistema de salud, sino en el aporte a la educación y eficientes planes de atención desde los servicios de cuidados paliativos.

10. Utilidad de la investigación para práctica en enfermería en cuidado paliativo

Esta investigación aporta y promueve al quehacer de enfermería, la creación de nuevos protocolos para el control sintomático de los pacientes que reingresan a los servicios de salud con enfermedad oncológica avanzada, al direccionar al enfermero hacia una la evaluación objetiva de la sintomatología global a través de escalas de medición como la de Edmonton Symptom Assessment System o (ESAS).

Al reconocer la sintomatología en el paciente se podrá ofrecer un mejor manejo y la resolución efectiva de los mismos, sin dejar de lado el énfasis que se debe realizar en cuanto a la educación que se brinda al paciente incluso desde los procesos de hospitalización, con respecto a la administración de medicamentos en casa, uso de dispositivos médicos y recomendaciones de cuidado en general.

Es así como al ofrecer al paciente y su cuidador las herramientas necesarias, para una adecuada adherencia al tratamiento ambulatorio y control sintomático en el domicilio, se espera disminuir el reingreso a los servicios de salud.

Con base en los datos obtenidos en este estudio, se hace evidente el vacío del conocimiento a nivel nacional y la falta de actualización a nivel internacional; ello motiva a invitar a los profesionales de la salud, principalmente a enfermeros a investigar y publicar sus hallazgos.

Finalmente es claro que el personal de enfermería debe abordar el tema para optimizar los procesos en pro de la calidad de vida del paciente, familia y/o cuidadores, sin dejar de lado los costos que generan las consultas no planificadas a los servicios de salud.

Bibliografía

1. Cáncer [Internet]. [cited 2022 Nov 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Observatorio Mundial del Cáncer [Internet]. [cited 2022 Sep 30]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
3. Pi~ M, Laversanne M, Barrios E, De M, Cancela C, de Vries E, et al. An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1016/j>.
4. Cancer Staging - NCI [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 2]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
5. Gorospe-Sarasúa L, Arrieta P, Muñoz-Molina GM, Almeida-Aróstegui NA. Oncologic thoracic emergencies of patients with lung cancer. Vol. 219, Revista Clínica Española. Elsevier Doyma; 2019. p. 44–50.
6. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? CMAJ. 2010 Apr 6;182(6):563–8.
7. Luís Echarte J. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. Emergencias 2007 [Internet]. 2007 Jun;201–10. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/28173297>
8. Connor SR, Connor S, Morris C, Jaramillo E. Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Acknowledgements and Authorship Contributing writers: Acknowledgements [Internet]. 2014. Available from: www.thewhpca.orgwww.thewhpca.org
9. Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
10. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
11. Sarmiento Medina MI. Vista de El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal | Revista Salud Bosque [Internet]. Revista Salud Bosque. 2011 [cited 2022 Jun 4]. p. 23–37. Available from: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/93/79>
12. Batiz CJ. Algunas consideraciones para un control adecuado de síntomas en cuidados paliativos. Academia de Ciencias Medicas de Bilbao. 2021;54–9.

13. Mariño R, Cervera S, Moreno L, Sánchez O. Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un hospital de cuarto nivel de atención. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2015 Oct;19(4):204–9.
14. Ibáñez Alfonso LE, López Alba JA, Ramírez Ospina MA, Escobar Ruiz MC, Sánchez Cárdenas MA. Abordaje de los síntomas neurológicos desde la perspectiva de los cuidados paliativos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. 2018 Aug 20;50(3):233–45. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/8531/8443>
15. Pérez de Llano LA. Palliative care for patients with chronic respiratory failure. *Gac Sanit*. 2018 Jul 1;32(4):383–5.
16. Camargo DAP, Allende Pérez SR, García AM, de Nicola Delfin L, Thalía Copca Mendoza E, Sánchez López MS, et al. Frecuencia de anorexia-caquexia y su asociación con síntomas gastrointestinales, En pacientes paliativos del instituto nacional de Cancerología, México. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):891–5.
17. Ministerio de Salud de Colombia. ABECÉ Cuidados Paliativos [Internet]. 2018. Available from: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
18. MINSALUD-IETS 1.
19. Caballero A, Carrillo P, Suarez IC, Ibañez M, Acevedo JR, Bautista OP. Characteristics and prognostic factors of hospitable re-entries in patients affiliates to sanitas international organization in 2008. Bogotá, Colombia; 2011 Jun.
20. Bravo SB, Peña EGH, Sánchez RG, Durán PA, Fresneda MNS, Sáez MS. Causes of the emergency department visits in cancer patients: Post-chemotherapy toxicity. *Farmacia Hospitalaria*. 2015 Nov 1;39(6):333–7.
21. Isabel Ferrer Pérez Hospital Obispo Polanco A, Vidal M. Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias [Internet]. 2009. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/28314936>
22. Fuentes Fernández L. Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención Primaria Nursing palliative care in Primary Attention.
23. Saez N PE, Alvarez M A, Cicerone M. Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua. *Revista Cubana de Educación Médica Superior* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 4];(3):1–16. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93204>
24. García-Zapata E, Santos-Flores JM. Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos. *Revista CONAMED*. 2021;26(3):109–15.
25. Herrera JO, Delgado KF, Yanet M, Leiva L. Referentes teóricos que sustentan la actuación de Enfermería en el cuidado a pacientes con cáncer [Internet]. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5242-2422>

26. Elizabeth Gómez Neva M, Johanna Briñez Ariza K, Patricia Pacheco Berdugo S, Elizabeth Gómez Neva M. Teoría de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en náuseas y vómito de niños con quimioterapia [Internet]. Vol. 17, Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2020. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-3979-3533>.
27. Como Mejorar el Cuidado Paliativo. Como Mejorar el Cuidado Paliativo. National Academies Press; 2003.
28. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles [Internet]. [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240033351>
29. Congreso de la Republica de Colombia. Ley_1733_del_2014. 2014 Sep 8 [cited 2022 Jun 27]; Available from: <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digma/subdireccion-salud-digma/grupo-prestacion-operacion-servicios/normas-externas-aplicadas-al-regimen/ley-1733-2014-ley-consuelo-devis-saavedra>
30. Definición de síntoma - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sintoma>
31. Anestesiólogo M, en Dolor Cuidado Paliativo E, Linares Giraldo R. REFLEXIONES SOBRE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FORMAL EN COLOMBIA.
32. Armstrong TS. Symptoms experience: a concept analysis. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2003 [cited 2022 May 28];30(4):601–6. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.javeriana.edu.co/12861321/>
33. Smith MJ, Liehr PR. MIDDLE RANGE THEORY FOR NURSING [Internet]. Third Edition. 2014 [cited 2022 Jun 4]. p. 141–216. Available from: http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Mary-Jane-Smith-PhD-RN-Patricia-R.-Liehr-PhD-RN-Middle-Range-Theory-for-Nursing_-Third-Edition-Springer-Publishing-Company-2013.pdf
34. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: A systematic review. *CMAJ*. 2011 Apr 19;183(7).
35. Factores asociados con el reingreso temprano al Servicio de Urgencias en el Hospital General Regional No. 36 [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13912>
36. Jimenez Mejias E, Rivera Izquierdo M, Martín de los Reyes LM, Martinez Ruiz V. Máster en Cronicidad y Atención al Paciente Pluripatológico. In: Gestión de la cronicidad y el paciente pluripatológico [Internet]. Editorial Panamericana; [cited 2022 Jun 4]. p. 1–15. Available from:

- https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/MIT1-Texto.pdf
37. Noncommunicable diseases [Internet]. [cited 2022 Dec 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
 38. Cáncer en español - NCI [Internet]. [cited 2022 Oct 7]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol>
 39. Guerrero Africani MI. Neoplasias Malignas. Vol. 2, Rev. salud pública. 2000.
 40. Gaviria C, Gonzalez Pozo C. DECRETO 412 DE 1992. 1992 Mar 6 [cited 2022 Jun 4]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Decreto-412-de-1992.pdf>
 41. Piñero JCM, Díaz A, Vela JSM. Overcrowding of emergency services in the city of bogotá: A systemic understanding of the problem. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021;26:3609–22.
 42. Unidades de atención domiciliaria y hospital día [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.elhospital.com/temas/Unidades-de-atencion-domiciliaria-y-hospital-dia+8042755?pagina=2>
 43. Ramirez Campos F, Bergonzoli G, Rodriguez A, Martinez R M. INEQUIDADES EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA. [cited 2022 Jun 4]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/inequidades-salud-enfermedades-no-transmisibles-colombia.pdf>
 44. Bolaños N M, Aviño T V, Jimenez FJ, Bayo C J. ANÁLISIS DE CONSULTAS NO PROGRAMADAS EN PACIENTES CON CANCER DIGESTIVO. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019 Jul 29 [cited 2022 Jun 4];93. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201907049/es>
 45. Toronto CE, Remington R. A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review [Internet]. Switzerland; 2020 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>
 46. Whittemore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: An overview. Vol. 43, *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*. 2014. p. 453–61.
 47. Whittemore APRN R, Knafl Elizabeth Gray Distinguished Professor KN, Knafl K. METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH The integrative review: updated methodology.
 48. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. Vol. 372, *The BMJ*. BMJ Publishing Group; 2021.

49. Herramientas de evaluación crítica | JBI [Internet]. [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
50. Resources in Spanish / Recursos en español | The EQUATOR Network [Internet]. [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://www.equator-network.org/library/spanish-resources-recursos-en-espanol/>
51. Redcaspe – Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://redcaspe.org/>
52. Huberman M, Miles M. Por los rincones (Antología de metodos cuantitativos en la investigacion social. Metodos para el manejo y el analisis de datos. . 1994. 253–289 p.
53. Prada SI, Contreras JF. Gasto en el último año de vida para pacientes que mueren con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2018 Jan;22(1):3–7.
54. 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. *Supportive Care in Cancer*. 2021 Nov 1;29(11):6595–603.
55. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Casuccio A. Characteristics of advanced cancer patients who were readmitted to an acute palliative/supportive care unit. *Supportive Care in Cancer*. 2017 Jun 1;25(6):1947–52.
56. Johnson PC, Xiao Y, Wong RL, Sara D’arpino ;, Moran SMC, Lage DE, et al. Potentially Avoidable Hospital Readmissions in Patients With Advanced Cancer [Internet]. Vol. 22, *J Oncol Pract*. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05927-7>
57. Solomon R, Egorova N, Adelson K, Smith CB, Franco R, Bickell NA. Thirty-Day Readmissions in Patients With Metastatic Cancer: Room for Improvement? [Internet]. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05927-7>
58. Gamblin V, Prod’homme C, Lecoivre A, Bimbai AM, Luu J, Hazard PA, et al. Home hospitalization for palliative cancer care: factors associated with unplanned hospital admissions and death in hospital. *BMC Palliat Care*. 2021 Dec 1;20(1).
59. Bischof JJ, Elsaid MI, Bridges JFP, Rosko AE, Presley CJ, Abar B, et al. Characterization of older adults with cancer seeking acute emergency department care: A prospective observational study. *J Geriatr Oncol*. 2022 Sep 1;13(7):943–51.
60. Bruce CM, Smith J, Price A. A Study of the Incidence and Management of Admissions for Cancer-related Symptoms in a District General Hospital: the Potential Role of an Acute Oncology Service. *Clin Oncol*. 2017 Sep 1;29(9):e148–55.
61. Can Guven D, Ceylan F, Cakir IY, Cesmeci E, Sayinalp B, Yesilyurt B, et al. Evaluation of early unplanned readmissions and predisposing factors in an oncology clinic. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2021;29:4159–64. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05927-7>

62. Montalván Zamora RK, Córdova Acaro LIF, Neciosup Reluz BA, Mallqui Aguilar MR. Causas de readmisión hospitalaria de pacientes oncológicos: Un estudio cualitativo. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*. 2019 Sep 1;4(1):30–5.
63. Pepper Cruz DIRECTORA I, Rosa Jiménez López F. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. [España]: UNIVERSIDAD DE ALMEIRA; 2018.
64. Bittencourt NCC de M, Santos KA, Mesquita MG da R, Silva VG da, Telles AC, Silva MM da. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. *Escola Anna Nery*. 2021;25(4).
65. McKenzie E, Zhang L, Chan S, Zaki P, Razvi Y, Tsao M, et al. Symptom correlates of dyspnea in advanced cancer patients using the Edmonton Symptom Assessment System. *Supportive Care in Cancer*. 2020 Jan 1;28(1):87–98.
66. Newcomb RA, Nipp RD, Waldman LP, Greer JA, Lage DE, Hochberg EP, et al. Symptom burden in patients with cancer who are experiencing unplanned hospitalization. *Cancer*. 2020 Jun 15;126(12):2924–33.
67. Yang GM, Ng E, Lian S, Ong MEH. Reasons for emergency department visits among advanced cancer patients in their last week of life. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2018 Mar 1;27(1):59–62.
68. Nipp RD, El-Jawahri A, Moran SM, D’Arpino SM, Johnson PC, Lage DE, et al. The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer. *Cancer*. 2017 Dec 1;123(23):4720–7.
69. Rebollar Martínez NA. El sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “ Salvador Zubirán” Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa. 2022;
70. Patel J, Pennington Z, Hersh AM, Hung B, Schilling A, Antar A, et al. Drivers of Readmission and Reoperation After Surgery for Vertebral Column Metastases. *World Neurosurg*. 2021 Oct 1;154:e806–14.
71. Chavira LA, Pérez-Zumano SE, Hernández-Corral S. Complicaciones postoperatorias en mujeres con cirugía por cáncer de mama. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2019 Jun;16:30–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.6331665-7063/>
72. Romero Moreno FJ, González Pérez MA, Diaz Estrella A, Vaz Rodriguez JA. La vía subcutánea domiciliar como sustento de la calidad. *Revista Enfermería CyL*. 2016;8:55–60.
73. Alina Juárez-Rodríguez P, De M, García-Campos L, Alina P, Rodríguez J. SECCIÓN ITINERARIA La importancia del cuidado de enfermería [Internet]. Vol. 17, *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009. Available from: www.medigraphic.org.mx

74. Xu Y, See MTA, Aloweni F, Binte Abdul Rahim MN, Ang SY. Risk factors for unplanned hospital readmissions within 30 days of discharge among medical oncology patients: A retrospective medical record review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020 Oct 1;48.
75. Skov Benthien K, Nordly M, von Heymann-Horan A, Rosengaard Holmenlund K, Timm H, Kurita GP, et al. Causes of Hospital Admissions in Domus: A Randomized Controlled Trial of Specialized Palliative Cancer Care at Home. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Mar 1;55(3):728–36.
76. Meurs EAIM, Siegert CEH, Uitvlugt E, Morabet N el, Stoffels RJ, Schölvinc DW, et al. Clinical characteristics and risk factors of preventable hospital readmissions within 30 days. *Sci Rep*. 2021 Dec 1;11(1).
77. Che Hidalgo E, Siu Delgado V, Takami Angeles G, Muñoz Cabrejo L, Mollonado Pinazo P, Amado Tineo J. FACTORES ASOCIADOS AL LUGAR DE FALLECIMIENTO DE PACIENTES CON CANCER AVANZADO QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO. *Revista Médica Rebagliati*. 2018;13–8.
78. Maritza E, Venegas E, Sandra D, Suazo V. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica Analysis of the unpleasant symptoms theory in the oncologic palliative nursing care [Internet]. Vol. 27, *Revista Cubana de Enfermería*. 2011. Available from: <http://scielo.sld.cu>

Anexos

Anexos 1 Revisión Marco Legal Cuidados Paliativos en Colombia

Resumen marco legal: Cuidados Paliativos

Circular 022 de 2016: ``Lineamientos y Directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor``

Circular 023 de 2016: Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos.

Resolución 1441 de 2016: ``Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de la Redes Integrales de Prestaciones de Servicios de Salud``

Resolución 1051 de 2016 por medio de la cual se reglamenta de la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. DEROGADA

Resolución 2665 de 2018: Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Deroga la Resolución 1051 de 2016.

Resolución 1416 de 2016: Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.

Resolución 5521 de 2013 incluye en el Plan Obligatorio de Salud la atención de la fase terminal mediante terapia paliativa.

Resolución 1416 de 2014 “Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014”

Resolución 4343 de 2012 se expidió la regulación sobre deberes y derechos que tiene las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, conocida como Carta de Derechos y Deberes de los pacientes.

Anexos 3 Tabla resumen de búsqueda bibliográfica

RESUMEN BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA							
Nº Búsqueda	Base de datos	Idioma	Palabras clave (MESH ó DeCS), conectores utilizados	Nº Artículos encontrados	Nº Artículos para revision en español	Nº Artículos para revision en ingles	Nº Artículos para revision en Portugues
1	Google academico	Español - Ingles	Sintomas AND Cuidado Paliativo AND Readmission / Symptom AND palliative care AND readmission	3530- 13.400	3/350	5/350	
2	Google academico	Español	Cuidado Palitivo AND readmission AND Neoplasia	74	2/74		
3	Google academico	Español	Cancer AND sintoma AND readmission hospitalaria	844	2/844		
4	Lilacs	Portugues/	Assistência Paliativa AND Readmissão em 30 Dias / Palliative Assistance AND Readmission in 30 Days	46	0/76	0/2	0/46
5	ScienceDirect	Ingles	symptom and palliative care and readmission (Subscribed journals)	864		9/864	
6	Ebscohost	Ingles	Palliative Care AND Readmission AND Neoplasms	3724		4/300	
7	Scopus	Ingles /español/portugues	symptom and palliative care and readmission	1863		6/200	
8	SAGEJournals	Ingles	cancer and symptoms and hospital readmissions	927		3/927	
9	Lilacs	Portugues/	Palliative Care AND Readmission AND Neoplasms	0	0	0	0
			cancer and symptoms and hospital readmissions	2	0	0	0

Anexos 4 Tabla 6 Términos claves: Descriptores DeCS

DeCS	Definición
REINGRESO Patient Readmission Readmissão do Paciente	Admisiones subsecuentes de un paciente en el hospital u otra institución de salud para tratamiento.
ENFERMEDAD CRÓNICA Chronic Disease Doença Crônica	Enfermedades que tiene una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requerir entrenamiento especial del paciente un largo periodo de supervisión, para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.
CUIDADOS PALIATIVOS Palliative Care Cuidados Paliativos	Tratamiento para aliviar los síntomas sin curar la enfermedad (Stedman, 25ª ed)
NEOPLASIAS Neoplasms Neoplasias	<u>Crecimiento</u> anormal y nuevo de tejido. Las <u>neoplasias</u> malignas muestran un mayor grado de <u>anaplasia</u> y tienen la <u>propiedad</u> de invasión y <u>metástasis</u> , comparados con las <u>neoplasias</u> benignas.
SIGNOS Y SINTOMAS Signs and Symptoms Sinais e Sintomas	Manifestaciones clínicas que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente.

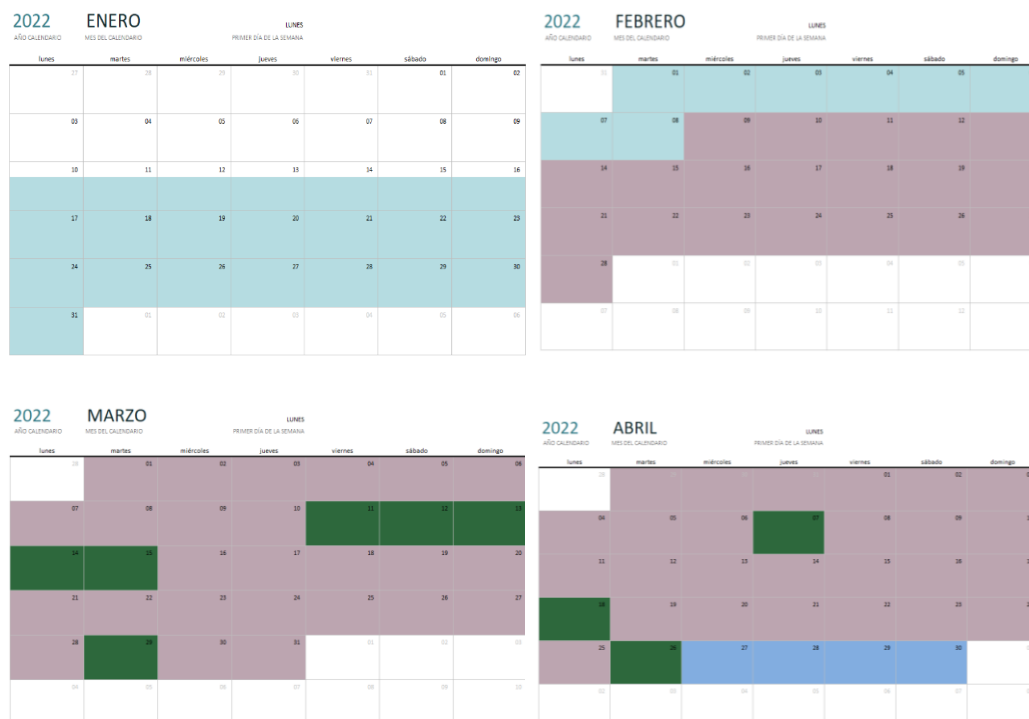
Fuente: DeCS Server - List Terms [Internet]. [cited 2022 Apr 30] (20)

Anexos 3 Tabla 7 con términos claves: Descriptores MeSH

MeSH	Definición
REINGRESO Patient Readmission	Admisiones posteriores de un paciente a un hospital u otra institución de atención médica para recibir tratamiento. Año de introducción: 1978
ENFERMEDAD CRÓNICA Chronic Disease	Enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica irreversible, requieren entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación, o se puede esperar que requieran un largo período de supervisión, observación o cuidado (Diccionario de Gestión de Servicios de Salud, 2d ed). Para los estudios epidemiológicos, la enfermedad crónica a menudo incluye ENFERMEDADES DEL CORAZÓN; CARRERA; CÁNCER; y diabetes (DIABETES MELLITUS, TIPO 2).
CUIDADOS PALIATIVOS Palliative Care	Cuidado que alivia los síntomas sin curar la enfermedad subyacente. (Stedman, 25 ^a edición). Año de introducción: 1996
NEOPLASIAS Neoplasms	Nuevo crecimiento anormal de tejido. Las neoplasias malignas muestran un mayor grado de anaplasia y tienen propiedades de invasión y metástasis, en comparación con las neoplasias benignas. Año de introducción: /diagnóstico fue DIAGNÓSTICO DE NEOPLASMAS 1964-1965
SIGNOS Y SINTOMAS Signs and Symptoms	Manifestaciones clínicas que pueden ser objetivas cuando las observa un médico o subjetivas cuando las percibe el paciente. Año de introducción: 1998

Fuente: Signs and Symptoms - MeSH - NCBI [Internet]. [cited 2022 Apr 30 (44)]

Anexos 4 Cronograma 2022



2022 MAYO
 AÑO CALENDARIO MES DEL CALENDARIO LUNES
 PRIMER DÍA DE LA SEMANA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
						01
02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

2022 JUNIO
 AÑO CALENDARIO MES DEL CALENDARIO LUNES
 PRIMER DÍA DE LA SEMANA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

2022 JULIO
 AÑO CALENDARIO MES DEL CALENDARIO LUNES
 PRIMER DÍA DE LA SEMANA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

2022 AGOSTO
 AÑO CALENDARIO MES DEL CALENDARIO LUNES
 PRIMER DÍA DE LA SEMANA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

2022 SEPTIEMBRE
 AÑO CALENDARIO MES DEL CALENDARIO LUNES
 PRIMER DÍA DE LA SEMANA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

2022 OCTUBRE
 AÑO CALENDARIO MES DEL CALENDARIO LUNES
 PRIMER DÍA DE LA SEMANA

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ETAPA I Identificación del problema:

- Búsqueda bibliográfica activa
- Elaboración planteamiento del problema, justificación, pregunta de investigación y objetivos
- Entrega de producto, asesoría y correcciones
- Elaboración de correcciones, marco metodológico y conceptual
- Entrega y presentación del proyecto Comité Pontificia Universidad Javeriana

ETAPA II Búsqueda Bibliográfica

- Búsqueda activa de los artículos de investigación

ETAPA III Evaluación de datos

- Elaboración de herramientas y clasificación de la información

ETAPA IV Análisis de datos

- Análisis de los datos y elaboración de informe

ETAPA V Presentación.*Anexos 5 Evaluación crítica del Instituto Johana Briggs*

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies								
Marcar con un X Si cumple con el criterio								
Codigo artículo	1. ¿Se definieron claramente los criterios de inclusión en la muestra?	2. ¿Se describieron en detalle los sujetos del estudio y el entorno?	3. ¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?	4. ¿Se utilizaron criterios estándares y objetivos para medir la afección?	5. ¿Se identificaron factores de confusión?	6. ¿Se establecieron estrategias para tratar los factores de confusión?	7. ¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?	8. ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?
1								
2								
3								
6								
8								
9								
11								
12								
13								
14								
15								
17								
20								
21								
22								
Total= 15	Estudios transversales, retrospectivos y longitudinales							

JBI Critical Appraisal Checklist for case control studies										
Marcar con un X Si cumple con el criterio										
Codigo artículo	1. ¿Los grupos eran comparables aparte de la presencia de enfermedad en los casos o la ausencia de enfermedad en los controles?	2. ¿Se emparejaron adecuadamente los casos y los controles?	3. ¿Se utilizaron los mismos criterios para la identificación de casos y controles?	4. ¿Se midió la exposición de forma estándar, válida y fiable?	5. ¿Se midió la exposición de la misma manera para casos y controles?	6. ¿Se identificaron factores de confusión?	7. ¿Se establecieron estrategias para tratar los factores de confusión?	8. ¿Se evaluaron los resultados de forma estándar, válida y fiable para casos y controles?	9. ¿Fue el periodo de exposición de interés lo suficientemente largo para ser significativo?	10. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?
16										
Total= 1	Estudios casos y controles.									

JBI Critical Appraisal Checklist for randomized Controlled trials												
Marcar con un X Si cumple con el criterio												
Codigo artículo	1. ¿Se utilizó una aleatorización real para la asignación de participantes a los grupos de tratamiento?	2. ¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?	3. ¿Los grupos de tratamiento eran similares al inicio?	4. ¿Estaban los participantes cegados a la asignación del tratamiento?	5. ¿Aquellos que administraron el tratamiento estaban cegados a la asignación del tratamiento?	6. ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados a la asignación del tratamiento?	7. ¿Se trató a los grupos de tratamiento de manera idéntica aparte de la intervención de interés?	8. ¿Se completó el seguimiento y, de no ser así, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en cuanto a su seguimiento?	9. ¿Se analizaron los participantes en los grupos a los que fueron asignados al azar?	10. ¿Se midieron los resultados de la misma manera para los grupos de tratamiento?	11. ¿Se midieron los resultados de manera confiable?	12. ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?
10												
23												
Total= 2	Estudio experimental											

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses											
Marcar con un X Si cumple con el criterio											
Codigo artículo	1. ¿Está clara y explícitamente formulada la pregunta de revisión?	2. ¿Los criterios de inclusión fueron apropiados para la pregunta de revisión?	3. ¿Fue adecuada la estrategia de búsqueda?	4. ¿Fueron adecuadas las fuentes y recursos utilizados para la búsqueda de estudios?	5. ¿Fueron adecuados los criterios de valoración de los estudios?	6. ¿La evaluación crítica fue realizada por dos o más revisores de forma independiente?	7. ¿Hubo métodos para minimizar los errores en la extracción de datos?	8. ¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar los estudios?	9. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	10. ¿Fueron las recomendaciones para políticas y/o prácticas respaldadas por los datos informados?	11. ¿Fueron adecuadas las indicaciones específicas para nuevas investigaciones?
4											
5											
18											
Total= 3	Revisiones										

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research										
Marcar con un X Si cumple con el criterio										
Codigo artículo	1. ¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica enunciada y la metodología de investigación?	2. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetivos de investigación?	3. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos?	4. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	5. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la interpretación de los resultados?	6. ¿Existe un enunciado que ubique cultural o teóricamente al investigador?	7. ¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	8. ¿Están adecuadamente representados los participantes y sus voces?	9. ¿La investigación es ética de acuerdo con los criterios actuales o, para estudios recientes, y hay evidencia de aprobación ética por parte de un organismo?	10. ¿Las conclusiones extraídas en el informe de investigación surgen del análisis o interpretación de los datos?
19										
Total= 1	Estudios Cualitativos									

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies								
Marcar con un X Si cumple con el criterio								
Codigo artículo	1. ¿Se definieron claramente los criterios de inclusión en la muestra?	2. ¿Se describieron en detalle los sujetos del estudio y el entorno?	3. ¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?	4. ¿Se utilizaron criterios estándares y objetivos para medir la afección?	5. ¿Se identificaron factores de confusión?	6. ¿Se establecieron estrategias para tratar los factores de confusión?	7. ¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?	8. ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?
1	x	x	x	x		x	x	x
2	x	x	x	x		x	x	x
3	x	x	x	x	x	x	x	x
6	x	x		x	x	x	x	x
7	x	x		x	x	x	x	x
8	x	x		x	x	x	x	x
9	x	x		x	x	x	x	x
11	x	x		x	x	x	x	x
12	x	x		x	x	x	x	x
13	x	x	x	x	x	x	x	x
14	x	x	x			x	x	x
15	x	x	x	x		x	x	
17	x	x	x	x	x	x	x	x
20	x	x		x	x	x	x	x
21	x	x		x	x	x	x	x
22	x	x		x	x	x	x	x
Total= 16	Estudios tranversales, retrospectivos y longitudinales							

JBI Critical Appraisal Checklist for case control studies										
Marcar con un X Si cumple con el criterio										
Codigo artículo	1. ¿Los grupos eran comparables aparte de la presencia de enfermedad en los casos o la ausencia de enfermedad en los controles?	2. ¿Se emparejaron adecuadamente los casos y los controles?	3. ¿Se utilizaron los mismos criterios para la identificación de casos y controles?	4. ¿Se midió la exposición de forma estándar, válida y fiable?	5. ¿Se midió la exposición de la misma manera para casos y controles?	6. ¿Se identificaron factores de confusión?	7. ¿Se establecieron estrategias para tratar los factores de confusión?	8. ¿Se evaluaron los resultados de forma estándar, válida y fiable para casos y controles?	9. ¿Fue el período de exposición de interés lo suficientemente largo para ser significativo?	10. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?
16	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Total= 1	Estudios casos y controles.									

JBI Critical Appraisal Checklist for randomized Controlled trials												
Marcar con un X Si cumple con el criterio												
Codigo artículo	1. ¿Se utilizó una aleatorización real para la asignación de participantes a los grupos de tratamiento?	2. ¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?	3. ¿Los grupos de tratamiento eran similares al inicio?	4. ¿Estaban los participantes cegados a la asignación del tratamiento?	5. ¿Aquellos que administraron el tratamiento estaban cegados a la asignación del tratamiento?	6. ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados a la asignación del tratamiento?	7. ¿Se trató a los grupos de tratamiento de manera idéntica aparte de la intervención de interés?	8. ¿Se completó el seguimiento y, de no ser así, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en cuanto a su seguimiento?	9. ¿Se analizaron los participantes en los grupos a los que fueron asignados al azar?	10. ¿Se midieron los resultados de la misma manera para los grupos de tratamiento?	11. ¿Se midieron los resultados de manera confiable?	12. ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?
10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total= 2	Estudio experimental											

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses											
Marcar con un X Si cumple con el criterio											
Codigo artículo	1. ¿Está clara y explícitamente formulada la pregunta de revisión?	2. ¿Los criterios de inclusión fueron apropiados para la pregunta de revisión?	3. ¿Fue adecuada la estrategia de búsqueda?	4. ¿Fueron adecuadas las fuentes y recursos utilizados para la búsqueda de estudios?	5. ¿Fueron adecuados los criterios de valoración de los estudios?	6. ¿La evaluación crítica fue realizada por dos o más revisores de forma independiente?	7. ¿Hubo métodos para minimizar los errores en la extracción de datos?	8. ¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar los estudios?	9. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	10. ¿Fueron las recomendaciones para políticas y/o prácticas respaldadas por los datos informados?	11. ¿Fueron adecuadas las indicaciones específicas para nuevas investigaciones?
4	x	x	x	x	x		x		x	x	x
5	x	x	x	x	x		x		x	x	x
18		x	x	x	x		x	x	x	x	
Total= 3	Revisiones										

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research										
Marcar con un X Si cumple con el criterio										
Codigo articulo	1. ¿ Existe congruencia entre la perspectiva filosófica enunciada y la metodología de investigación?	2. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetivos de investigación?	3. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos?	4. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	5. ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la interpretación de los resultados?	6. ¿Existe un enunciado que ubique cultural o teóricamente al investigador?	7. ¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	8. ¿Están adecuadamente representados los participantes y sus voces?	9. ¿La investigación es ética de acuerdo con los criterios actuales o, para estudios recientes, y hay evidencia de aprobación ética por parte de un organismo apropiado?	10. ¿Las conclusiones extraídas en el informe de investigación surgen del análisis o interpretación de los datos?
19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Total= 1	Estudios Cualitativos									