

Cuidados paliativos en atención primaria de salud. Revisión narrativa en el contexto iberoamericano

Palliative care in primary health care.

Narrative review in the Ibero-American context

Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.

Revisão narrativa no contexto ibero-americano

Cynthya Maya Hernández¹
<http://orcid.org/0000-0002-8127-899X>

Jorge Alberto Álvarez Díaz²
<http://orcid.org/0000-0001-9935-8632>

¹Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva,
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad
Xochimilco, Ciudad de México. México.

² División de Ciencias Biológicas y de la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad
Xochimilco, Ciudad de México. México

Autor de Correspondencia:

Cynthya Maya-Hernández

Correo electrónico:

c.maya.hdz@gmail.com

Recibido: 8 agosto 2023

Aceptado: 2 septiembre 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

Resumen

Introducción: Ante el aumento de la esperanza de vida y el incremento en la mortalidad a causa de enfermedades crónico-degenerativas, surgen los cuidados paliativos (CP) como una necesidad emergente, los cuales han sido brindados principalmente en hospitales centrados en grandes ciudades, dejando desprotegida a población marginada, es por eso que se ha sugerido incluirlos en la Atención Primaria de Salud (APS).

Objetivo: Explorar el papel de la APS en los CP en Iberoamérica para identificar características, avances y retos en su implementación.

Metodología: Revisión narrativa exploratoria en las bases de datos LILACS, MEDLINE a través del motor de búsqueda PubMed y SciELO en el periodo 2015-2020. Se realizó un análisis de contenido con ayuda del software ATLAS.ti v9.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Se analizaron 18 artículos. En Latinoamérica existe una heterogeneidad en la prestación de CP. A pesar de las ventajas de los CP en la APS, pocos pacientes con enfermedades crónicas los reciben correctamente y con calidad en este nivel de atención. Las barreras para su implementación se pueden agrupar en: políticas y sistemas de salud, y profesionales de la salud.

Discusión y Conclusiones: La integración de los CP en la APS parece ser un gran reto; sin embargo, habría que reconocer y sistematizar los avances que se han realizado al respecto y las barreras que se han documentado para su implementación.

Palabras clave: Cuidados paliativos, atención primaria de salud, enfermedad crónica, revisión.

Abstract

Introduction: Given the increase in life expectancy and the increase in mortality due to chronic-degenerative diseases, palliative care (PC) emerges as an emerging need, which has been provided mainly in hospitals centered in large cities, leaving unprotected to marginalized population, that is why it has been suggested to include them in Primary Health Care (PHC).

Objective: Explore the role of PHC in PC in Latin America to identify characteristics, progress and challenges in its implementation.

Methodology: Exploratory narrative review in the LILACS, MEDLINE databases through the PubMed and SciELO search engine in the period 2015-2020. A content analysis was carried out with the help of the ATLAS.ti v9 software.

Results: 18 articles were analyzed. In Latin America there is heterogeneity in the provision of PC. Despite the advantages of PC in PHC, few patients with chronic diseases receive them correctly and with quality at this level of care. The barriers to its implementation can be grouped into: health policies and systems, and health professionals.

Discussion and Conclusions: The integration of PC in PHC seems to be a great challenge; however, it would be necessary to recognize and systematize the advances that have been made in this regard and the barriers that have been documented for its implementation.

Keywords: Palliative care, primary health care, chronic disease, review.

Resumo

Introdução: Diante do aumento da expectativa de vida e do aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, os cuidados paliativos (CP) surgem como uma necessidade emergente, os quais têm sido prestados principalmente em hospitais centrados nas grandes cidades, deixando desprotegidas a população marginalizada, que por isso tem sido sugerida a sua inclusão na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo: Explorar o papel da APS na AB na América Latina para identificar características, progresso e desafios em sua implementação.

Metodologia: Revisão narrativa exploratória nas bases de dados LILACS, MEDLINE por meio da ferramenta de busca PubMed e SciELO no período de 2015-2020. Foi realizada uma análise de conteúdo com o auxílio do software ATLAS.ti v9.

Resultados: 18 artigos foram analisados. Na América Latina há heterogeneidade na oferta de CP. Apesar das vantagens dos CP na APS, poucos pacientes com doenças crônicas os recebem corretamente e com qualidade neste nível de atenção. As barreiras à sua implementação podem ser agrupadas em: políticas e sistemas de saúde e profissionais de saúde.

Discussão e Conclusão: A integração dos CP nos CSP parece ser um grande desafio; no entanto, seria necessário reconhecer e sistematizar os avanços alcançados nesse sentido e as barreiras documentadas para sua implementação.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, atenção primária à saúde, doença crônica, revisão.

Introducción

Debido a los grandes cambios que México ha tenido en las últimas décadas, tanto económicos, sociales, culturales y ambientales, así como avances en el área médica, se han ido transformando las características del país y su perfil epidemiológico¹; la esperanza de vida de la población ha aumentado y se ha incrementado la

mortalidad a causa de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta².

En México se puede encontrar un gran porcentaje de población que padece estas enfermedades crónicas en fases avanzadas (cáncer, sida, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, entre otras), lo cual disminuye su calidad de vida y puede ser causa de sufrimiento, ya que además del dolor físico, también experimentan alteraciones psicológicas, como negación, ira, miedo y depresión³.

Ante esta situación surgen los cuidados paliativos (CP) como una necesidad emergente, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”⁴; además, menciona que los CP están reconocidos en el contexto del derecho humano a la salud y deben brindarse desde un enfoque integral y centrado en la persona. Se consideran como un apoyo para que los pacientes puedan vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.

Hasta hace algunos años los CP se consideraban solo para las personas con cáncer cuyo pronóstico de vida fuera no mayor a seis meses⁵; sin embargo, recientemente han incluido otros padecimientos crónicos.

Los CP se han brindado principalmente en hospitales de segundo y tercer nivel, concentrados en grandes ciudades, excluyendo a poblaciones marginadas, con rezago educativo y económico, que podrían recibir estos cuidados si se brindaran en clínicas de primer nivel, por lo que el nuevo paradigma de los CP propone como eje central la Atención Primaria de Salud (APS)⁶.

A pesar de que la OMS ha impulsado el papel de la APS, ha existido una progresiva tecnificación de la medicina y la falsa promesa de que «todo puede ser curado» en el medio hospitalario o en los entornos especializados, lo cual ha relegado la figura del médico de cabecera y colocado a la APS en un papel secundario⁷.

Derivado de lo anterior, el objetivo de este estudio es explorar el papel de la APS en los cuidados paliativos en Iberoamérica, con el fin de identificar características, avances y retos en su implementación en la APS.

Metodología

Se realizó un estudio exploratorio a través de una revisión narrativa de la literatura basada en una búsqueda sistemática de información⁸, la cual se caracteriza por ser metódica, transparente y replicable⁹, y que recopila y sintetiza conocimientos teóricos, conclusiones o evidencias para proporcionar una visión general del alcance y la naturaleza de la evidencia existente en torno a una pregunta y un tema en particular¹⁰.

Esta revisión consideró los lineamientos de la metodología *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA)¹¹ y se utilizaron las bases de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), MEDLINE a través del motor de búsqueda PubMed y SciELO.

Los términos DeCS (descriptores en ciencias de la salud) utilizados para la búsqueda fueron “cuidados paliativos” y “atención primaria en salud”. Se filtró la búsqueda para solo artículos en español publicados en el periodo 2015-2020 arrojando 42 documentos: 17 en LILACS, 11 en PubMed y 14 en SciELO.

En la primera etapa se descartaron los artículos en otro idioma, los no disponibles, duplicados, cartas al editor, editoriales y tesis, quedando 24 artículos; posteriormente se descartaron los artículos cuyos títulos no se relacionaban directamente con el tema de interés, quedando 22 documentos; después se revisó el resumen de cada uno y se descartaron los que no se relacionaban con los CP y la APS, quedando 18 artículos; finalmente se analizó el texto completo y se observó que todos ellos tuvieron una relación directa con el tema de interés, por lo que los 18 fueron incluidos en el estudio (Figura 1). Dichos documentos estaban situados en el contexto iberoamericano.

Se llevó a cabo un análisis cualitativo de contenido¹² con apoyo del software ATLAS.ti versión 9. Las categorías de análisis se generaron de forma mixta (deductiva e inductiva) a partir de lo esperado (literatura consultada) y los datos emergentes que surgieron a partir de la lectura de los documentos.

Resultados

Se incluyeron 18 artículos en el estudio. Las categorías generales que se presentarán son: Cuidados paliativos; CP en Iberoamérica; CP en Atención Primaria de Salud; Barreras de implementación y propuestas de mejora.

Cuidados paliativos

Además de la definición hecha por la OMS, los CP son descritos como aquellas intervenciones destinadas a disminuir el sufrimiento del paciente y su familia¹³ cuando la meta no es la curación, sino la calidad de vida o alto nivel de confort, disminuyendo el impacto de la enfermedad en el paciente y su familia¹⁴, pero sin el objetivo de alargar la supervivencia; es una atención integral, activa y continuada tanto para el paciente como para su familia¹⁵. Se destina a pacientes con enfermedades crónicas de diversos orígenes y se aplican en distintas etapas o estadios¹³, desde el diagnóstico hasta el desenlace¹⁵. Su uso en enfermedades no oncológicas es reciente¹³.

Estas intervenciones deben ser sistemáticas, flexibles e individualmente orientadas, tomando en consideración aspectos relacionados con el cuidado del paciente, como la alimentación, higiene, curaciones, posturas, administración de medicamentos y control de síntomas, en un ambiente cordial y respetuoso, y con un lenguaje claro, evitando palabras técnicas¹⁶.

Los CP brindan un soporte biopsicosocial^{17,18} a través de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos^{15,19}, incluye la gestión del dolor físico¹⁴, atención psicológica, social y existencial^{14,20-22}, así como apoyo emocional y espiritual^{14,15,18,20,21,23}. Todo ello en el marco de una muerte digna y del ejercicio de la libertad para tomar decisiones relacionadas al tratamiento o procedimientos para prolongar la vida¹⁴.

CP en Iberoamérica

A pesar de que ha habido un incremento en la disponibilidad de CP¹⁴, muchos pacientes mueren sin recibir estos cuidados¹⁷, el acceso a ellos todavía es insuficiente. En 2016 entre 20¹⁷ y 40 millones¹⁴ de personas en el mundo requerían CP y aproximadamente entre un 50% y 70% de pacientes con enfermedades no transmisibles en España y Estados Unidos no contaban con CP, siendo que junto con Reino Unido son

los países con mayor disponibilidad de programas e intervenciones de CP, lo cual se agrava en países en vías de desarrollo¹⁴.

En Latinoamérica existe una heterogeneidad respecto a los CP, Chile, Costa Rica (desarrollo de servicios multinivel) y Uruguay cuentan con una integración preliminar, mientras que Argentina no cuenta con una integración de estos al sistema de salud, y países como Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela muestran una provisión aislada de estos servicios. En América Latina se calculó que en 2016 solo entre el 5% y 10% de los pacientes con necesidades paliativas accedían a CP¹⁴.

El desarrollo de los CP en el mundo se relaciona con el avance de políticas que los integran en los sistemas de salud, esto es, que exista una oferta de dichos servicios, una asignación de recursos económicos, físicos y humanos para el acceso, cobertura, diseño, desarrollo y evaluación, así como el desarrollo de políticas de control y disponibilidad de medicamentos¹⁴.

Existe una heterogeneidad sobre la legislación de los CP en el mundo. Países como Brasil no han establecido una política nacional de salud dirigida a CP, no existe un sistema de apoyo para las familias, ni una definición de las responsabilidades en instancias de cuidado formal e informal¹⁸.

En España se tienen mecanismos legales para que las personas mayores de 18 años decidan anticipadamente sobre los CP, el tratamiento del dolor y sedación paliativa, y una vez llegada la muerte el destino de su cuerpo y órganos²¹.

En Colombia se reconoce el derecho a una atención integral para las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, el alivio del dolor a través del acceso y disponibilidad de opioides y con opción de desistir a procedimientos extraordinarios, sin embargo, esto no está articulado con un programa nacional de CP que se integre al sistema de seguridad social en salud¹⁴.

CP en Atención Primaria de Salud

Actualmente se reconoce y se hace énfasis en la inclusión de los CP en la APS, ya que favorece la construcción de un sistema que realice acciones para acoger a

pacientes paliativos, principalmente en áreas donde no existen centros especializados en CP o donde el soporte hospitalario es escaso¹⁸. El papel que juega la APS en los CP se ha vuelto cada vez más importante²⁰.

Se considera a la APS como la parte del sistema sanitario más cercana e involucrada con la sociedad, es la puerta de entrada al sistema de salud¹⁷ a la cual se le exige una atención más humanizada, comprensiva y solidaria²⁴. La atención domiciliaria es una de las actividades fundamentales de los equipos de CP en APS²⁴, cuyo objetivo es atender a la población imposibilitada de ir hasta la unidad y que necesite cuidados de menor complejidad¹⁷.

El ingreso en el hogar abarca el examen físico al enfermo y la exploración de su estado psicológico ante la enfermedad¹⁶. Los CP domiciliarios consideran una atención integral, continuada y personalizada para los pacientes y su familia brindada en el lugar donde residen, lo cual difícilmente se logra en las consultas externas de los hospitales²⁵.

Para muchos especialistas en medicina paliativa, y para los propios pacientes, lograr una muerte digna en el propio hogar es considerado como el “estándar de oro”^{20,25}, por lo que las discusiones se centran en cómo mantenerlos en sus domicilios y conocer los apoyos necesarios para conseguirlo²⁵.

Para que esto se lleva a cabo se necesita un equipo multidisciplinario, las 24 horas del día, con la formación y experiencia necesarios para atender y resolver problemas de los enfermos²⁵. Estos cuidados domiciliarios, que la OMS promueve para la gestión eficaz del dolor y otros síntomas²⁴, no elimina la dependencia de los cuidadores informales, ya que sin ellos sería prácticamente imposible morir en casa²³.

Algunas ventajas de los CP domiciliarios son: mantenimiento del rol social y familiar, interacción del paciente con su familia, disminución de alteraciones al ritmo familiar, hay menos costos económicos, no se someten a horarios y regímenes hospitalarios, conservan su intimidad en un medio que les es conocido (sus pertenencias, sus recuerdos, sus esperanzas), mejora la calidad de vida²³ y les ofrece una mayor oportunidad de despedirse²⁵. Mientras que para el sistema de salud hay una reducción de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, y un menor costo sanitario, ya

que el costo total de los muertos en hospital es casi el doble que el de los que fallecen en su casa²³, por lo que existe la posibilidad de aumentar la cobertura asistencial²⁵. Por el contrario, también se cuestiona que, en las visitas domiciliarias realizadas por el personal de salud al hogar de paciente, existe una invasión a la privacidad¹⁸.

Dentro de la APS también se pueden encontrar los CP proporcionados en residencias de ancianos o centros gerontológicos, los cuales se consideran una alternativa al cuidado domiciliario y a la hospitalización²⁶; esta modalidad sigue teniendo renuencia porque existe un sentimiento de culpa por parte de los familiares por el hecho de dejar a la persona mayor en ese lugar, aunque tenga buenos tratos y esté bien atendida²⁶.

Es sabido que muchos pacientes mueren sin recibir CP, por lo que es importante que estos cuidados estén disponibles lo más próximo posible al paciente, es decir, en la APS¹⁷, y es que, a pesar de las ventajas de los CP en la APS, pocos pacientes con enfermedades crónicas los reciben correctamente y con calidad en este nivel de atención²⁰.

Barreras de implementación y propuestas de mejora

A pesar de los beneficios que tienen los CP en la APS, pocos pacientes paliativos los reciben de manera adecuada en este nivel de atención²⁰. Las barreras para su implementación se pueden agrupar en: políticas y sistemas de salud, y profesionales de la salud.

Dentro del primer grupo se destaca la falta de políticas y programas dirigidos a CP^{14,18}; falta de servicios o equipos de CP¹⁸, así como de recursos materiales^{22,26,27} y medicamentos^{14,22}, hay una infrautilización de opiáceos^{17,28}, limitado acceso a los servicios (más evidente en zonas rurales o de mayor dispersión geográfica)^{18,22,27}, además de falta de organización y tratamientos deficientes^{18,22,24}, horarios restringidos^{17,22} y problemas en la articulación entre niveles de atención^{17,26}.

Por su parte, los profesionales de la salud tienen sobrecarga de trabajo^{22,26}, no tienen tiempo para atender las demandas de los pacientes paliativos^{22,24}, además de que no tienen la formación ni están capacitados en CP^{26,28}, por lo que tienen pocas habilidades de comunicación y dificultad para brindar apoyo emocional^{13,18};

presentan problemas éticos^{18,22}, no respetan la planificación anticipada de decisiones ni la autonomía del paciente^{14,18}; además de la falta de comunicación y colaboración entre los equipos de trabajo, tanto en la APS, como en los demás niveles de atención^{18,22,26} (Cuadro 1).

Ante estas barreras surgen algunas propuestas de mejora para lograr la implementación de los CP en la APS, tales como desarrollar políticas que universalicen los CP, capacitación y entrenamiento al equipo de salud sobre CP, evaluar los servicios e intervenciones, entre otras (Cuadro 2).

Discusión

La necesidad de integración de los CP a la APS es un hecho innegable. El aumento en la esperanza de vida con su consecuente envejecimiento de la población, así como el incremento de enfermedades crónicas constituyen un nuevo reto para los sistemas de salud²⁹.

Esta situación ha propiciado un cambio de enfoque en los CP, que inicialmente estaban destinados a personas con cáncer y proporcionados en servicios especializados y que actualmente se están ampliando a otras enfermedades crónicas y mirando hacia su implementación en la atención primaria³⁰.

Ante esto, la demanda de CP se ha incrementado, no así el acceso a los mismos¹⁴; en el 2015 se identificó al doble la necesidad de CP para enfermedades crónicas, pero la cobertura para estas fue del 16%, mientras que para pacientes oncológicos fue del 33%²⁴, es decir, existe una dificultad de acceso a los servicios de referencia para pacientes no oncológicos, ya que tradicionalmente los CP eran dirigidos a pacientes con cáncer^{20,22}.

Aunque se han documentado ventajas acerca de los beneficios al sistema de salud (menor costo sanitario por hospitalización)^{31,23}, como para las personas que los requieren (la mayoría de estos prefiere morir en casa)^{14,21,23}, los CP en APS en Iberoamérica enfrentan muchas barreras para su implementación, la mayoría de ellas de índole estructural, como la falta de políticas nacionales, servicios, equipo, medicamento, escasez de recurso, personal poco capacitado, y falta de coordinación,

colaboración y comunicación entre equipos de atención primaria^{18,22,26} y la desarticulación entre niveles de atención^{17,26}.

Los profesionales de la salud carecen de formación y capacitación en CP^{26,28}, lo cual es indispensable para la integración del enfoque de CP, ya que ello influye de manera positiva en el asesoramiento y apoyo a personas en procesos de fin de vida^{32,33}.

Esta falta de formación y capacitación ocasiona que algunos profesionales violen algunos principios éticos, como la autonomía de la persona enferma y su libre elección de decidir su tratamiento terapéutico^{18,22}.

La medicina especializada y basada en la atención hospitalaria sigue teniendo un papel preponderante en el sistema de salud y sus orígenes se remontan al informe Flexner (1910), el cual hacía hincapié en el entrenamiento práctico de la educación médica en hospitales, por lo que la educación viró hacia la medicina especializada, permeando así la idea de que era la mejor práctica médica³⁴, lo cual ha influido al desprestigio de la medicina general y ha contribuido a que el Estado no dé prioridad al fortalecimiento de la APS.

El modelo actual de servicios paliativos sigue fomentando la percepción de que la atención paliativa solo se proporciona en el segundo y tercer nivel de atención, o en los Institutos Nacionales de Salud⁶; sin embargo, los CP pueden ser desarrollados en un ambiente ambulatorio y en el propio domicilio de la persona enferma donde se pueden manejar síntomas físicos, pero también se le brinda apoyo, asesoría y acompañamiento psicoafectivo, espiritual y social tanto para la persona como para la familia³¹.

Conclusiones

El nivel primario juega un papel importante en la atención de enfermos que requieren CP, ya que se pueden realizar acciones en zonas geográficas donde no existen centros especializados en CP o donde el soporte hospitalario es escaso, y es que esta atención se ha focalizado en algunos sectores de las grandes ciudades, dejando progresivamente fuera a poblaciones con mayor grado de marginación, rezago

educativo y económico.

En México, a pesar de que se tiene políticas sobre CP, también se observan barreras estructurales similares a las encontradas en los documentos analizados, a la cual se le suma la provisión diferenciada de los servicios en salud. En el país se tiene un sistema de salud fragmentado, existen diversas instituciones que prestan servicios de salud a determinada población, por lo que los servicios, la organización y la atención no están homologados.

Otro problema que afecta la implementación de los CP en APS es la deficiente articulación entre los niveles de atención a la salud, que también se observa en México, lo cual ocasiona que la persona paliativa no tenga una atención integral y continua. Esto se relaciona con la escasa habilidad de comunicación entre profesionales de la salud en los diferentes puntos de la Red de Atención a la Salud, inclusive dentro del nivel primario.

La integración de los CP en la APS parece ser un gran reto; sin embargo, habría que reconocer y sistematizar los avances que se han realizado al respecto y las barreras que se han documentado para su implementación.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo ofrecido en forma de beca de doctorado, otorgada desde septiembre de 2020 y que concluirá en agosto de 2023.

Referencias

1. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahua-Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Rev la Fac Med [Internet]. 2016;59(6):8-22. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008
2. Consejo de Salubridad General. Manejo integral de cuidados paliativos. 2017.

3. González C, Méndez J, Romero JI, Bustamante J, Castro R, Jiménez M. Cuidados paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Méx.* [Internet] 2012;75(3):173-179. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-cuidados-paliativos-mexico-X0185106312562525>
4. OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Martínez García MM, Álvarez Díaz JAl. Incorporación de los Cuidados Paliativos a la Legislación Mexicana de Salud. *Rev CONAMED Derechos humanos y salud.* 2016;21:205-10.
6. Guevara-López UM. Cuidados paliativos integrales, integrados, sistémicos en la atención primaria a la salud. *Rev. mex. anestesiología.* [Internet]. 2019 ; 42(4): 245-246. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000400245&lng=es.
7. Gómez-Batiste X., Blay C., Roca .J, Fontanals D., (eds.). Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. Elsevier España, editor. BMC Palliative Care. Elsevier España, S.L.U.; 2015. 241 p.
8. Aguilera-Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2014; 21(6):359-360. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600010&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>.
9. Siddaway AP., Wood AM., Hedges LV. How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annu Rev Psychol.* [Internet] 2019 Jan 4;70:747-770. Available from: doi: 10.1146/annurev-psych-010418-102803.
10. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *J Bus Res* [Internet]. 2019;104(March):333-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med.* [Internet] 2009 Jul 21;6(7):e1000100. Available from: doi: 10.1371/journal.pmed.1000100.
12. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas.* [Internet] 2003;II:53-82. Available from: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>

13. Gálvez Ramírez B, Samaniego Ruiz M, Cambil Martín J. Caso relacionado con el proceso asistencial integrado cuidados paliativos en atención primaria de salud. *Rev Eugenio Espejo* [Internet]. 2017;11(2):65-74. Available from: <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/29/31%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8cvd8>
14. Rozo-Gutiérrez N. El transitar de la muerte: cuidado paliativo ¿utopía o realidad? *Rev Med UNAB* [Internet]. 2016;19(1):46-55. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/download/2170/2225>
15. Espinoza-Suárez NR., Palacios-García J., Morante-Osores M del R. Cuidados paliativos en la enfermedad de Huntington: perspectivas desde la atención primaria de salud. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, [Internet] 2016; 79(4):230-238. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i4.2977>
16. Rizo-Vázquez AC., Molina LM., Milián-Melero NC., Pagán-Mascaró PE., Machado-García J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Rev Cuba Med Gen Integr.* [Internet] 2017;32(3):1-13. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi07316.pdf>
17. Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Perspectivas para los cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: estudio descriptivo. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2016;15(4):683-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370>
18. Souza HL de, Zoboli ELCP, Paz CR de P, Schveitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas. *Rev Bioética* [Internet]. 2015;23(2):355-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200349&lng=pt&tln=pt
19. Sánchez-Holgado J, Gonzalez-Gonzalez J, Torijano-Casalengua ML. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Semergen* [Internet]. 2016;42(1):19-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.013>
20. Azevedo C, Dias Reis Pessalacia J, Ferreira da Mata LR, Zoboli ELCP, Pereira M da G. Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem* [Internet] 2017;5 e03245. 1-8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/es_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf
21. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán Juan E, Labajo González E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gac Sanit* [Internet]. 2018; 32(4): 333-338. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400333&lng=es.

22. Saito DYTS, Zoboli ELCP. Los Cuidados paliativos y la atención primaria de salud: scoping review. *Rev Bioética* [Internet]. 2015;23(3):593-607. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593&lng=pt&tlng=pt
23. Nuño-Solinís R, Herrera Molina E, Librada Flores S, Orueta Mendía JF, Cabrera-León A. Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(6):524-530. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000600014&lng=es.
24. Ferraz-Falcao JR., Cadaval-Rodríguez T., Rodríguez-Iglesia RM., del Campo-Pérez VM. Necesidad de cuidados paliativos en la población inmovilizada de un centro de salud de Vigo. *Semergen* [Internet]. 2015;41(6):305-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.017>
25. Garrido-Angarica RA., García-Guanche L., Ordaz-Hernández N. Nivel de conocimientos de las enfermeras y el médico de la familia sobre la visita al hogar y los cuidados paliativos domiciliarios. *Cult del Cuid.* [Internet] 2017;14(2):58-68. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987679>
26. Sánchez-García MR., Moreno-Rodríguez M., Hueso-Montoro C., Campos-Calderón C., Varella-Safont A., Montoya-Juárez R. Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(5):278-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.004>
27. Ruiz-Fernández MD., Ortega-Galán AM., Cabrera-Troya J., Ibáñez-Masero O., Carmona-Rega MI., Relinque-Medina F., et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería Univ.* [Internet] 2017;14(1):10-8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706316300677>
28. Larrañaga I., Millas .J, Soto-Gordoa M., Arrospide A., San Vicente R., Irizar M., et al. Impacto de la identificación de pacientes en un programa de cuidados paliativos del País Vasco. *Aten Primaria.* [Internet] 2019;51(2):80-90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.017>
29. Málaga G. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* [Internet] 2014;31(1):6-8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n1/06-08/es>

30. Santos-Junior AG., Santos FR., Pessalacia JDR. Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. Rev Enfergem. [Internet] 2016;10(7):2708-19. Aavailable from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11332p2708-2719-2016>

31. Navarro-Hernández M. Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención. Aten Fam. 2017;24(3):95-6.

32. Cabañero-Martínez MJ. Desigualdades en la formación básica en cuidados paliativos. 2019;26(1):87-9.

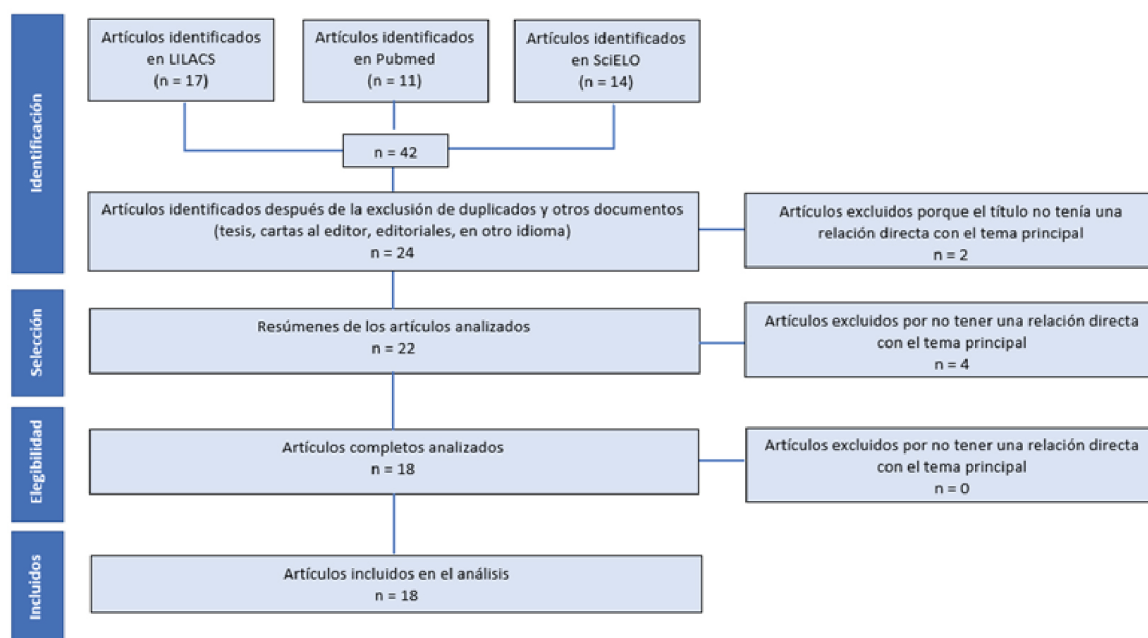
33. Schmidt-Riovalle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. 2012;19(3):113-20.

34. López-Cervantes M, Luis J, Arenas D, Lozano V, Chávez I. La necesidad de transformar el sistema de salud en México I ntroducción. Gac Med Mex. 2011;469-74.

Anexos

Figura 1

Diagrama de identificación y selección de los artículos incluidos en el análisis



Fuente: Basado en Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group, 2009⁹.

Cuadro 1

Barreras para la implementación de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud

Grupo	Barrera
Políticas y sistemas de salud	Falta de política nacional y programas dirigidos a proporcionar y regular los CP. Falta de apoyo a las familias de pacientes paliativos. Falta de servicios o equipos de CP. Inseguridad en algunas zonas por lo que no pueden brindar servicio en la noche. Falta de acceso a medicamentos para el dolor. Infrautilización de opiáceos. Escasez de recursos, tanto materiales como de personal (más evidente en zonas rurales o de mayor dispersión geográfica). Falta de disponibilidad de recursos tecnológicos. Carencia de recursos para la realización de las visitas domiciliarias. Hay un “abandono sanitario”, falta de organización y tratamientos deficientes. Existe una demora y escasez de recursos asistenciales. Problemas estructurales y organizativos, de acceso (principalmente en zonas rurales o de mayor dispersión geográfica), de gestión y asistenciales. Por ejemplo, el gran papeleo administrativo para solicitar cuidados domiciliarios, que a veces se autoriza ya cuando el paciente ha muerto. Horarios de funcionamiento de la APS limitados. Problemas en la articulación entre niveles de atención (primario y secundario). Ausencia de soporte institucional para el manejo de los problemas éticos.
Profesionales de la salud	Inadecuada atención biopsicosocial para el paciente y su familia. Falta de asesoramiento y dificultad para brindar apoyo emocional a pacientes, familiares y cuidadores. Falta de tiempo para escuchar y acompañar al paciente. Deficiente comunicación y habilidades para lidiar con la familia y el paciente. Sobrecarga de trabajo, ya que además de las consultas domiciliarias deben cumplir con la burocracia diaria. Falta de coordinación con otros profesionales, en la misma APS (discrepancias entre médicos y enfermeros) y con otros niveles (discrepancias de prescripciones y saberes de médicos de hospital y de APS). Escasa colaboración entre los equipos, creando dificultades en el trabajo y la práctica interprofesional. Falta de respeto interprofesional, mala relación entre los miembros del equipo multiprofesional. Escaso interés y poca disponibilidad para trabajar después del horario de atención. Falta de conocimientos y formación en CP. Escasa identificación de pacientes paliativos en APS. Imprecisiones sobre el establecimiento de pronóstico de vida y emitir el dictamen. Ausencia de espacios para discutir las vivencias en la atención a los pacientes paliativos. Mayor proximidad y vínculo más intenso con los usuarios y familiares, lo que ocasiona dificultades para mantener la imparcialidad en las relaciones clínicas. Dificultad para acatar las decisiones de los familiares o pacientes cuando estas se oponen a la realización de medidas terapéuticas orientadas a mantener la vida. Violación del principio de autonomía.

CP: Cuidados paliativos

APS: Atención primaria de salud

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión exploratoria en el periodo 2015-2020.

Cuadro 2

Propuestas de mejora para la implementación de cuidados paliativos en la atención primaria de salud

Propuestas de mejora
• Desarrollar políticas integrativas hacia la salud universal en cuidados paliativos. • Mayor inversión en atención primaria en salud. • Desarrollar planes de cuidado adecuados a cada paciente y su familia. • Adaptar los servicios sanitarios asistenciales a las características específicas de los enfermos. • Evitar las dificultades de acceso a los recursos y en la asistencia prestada. • Desarrollar modelos de atención al final de la vida en el nivel comunitario. • Mayor atención extrahospitalaria que permita menor consumo de recursos. • Capacitación, instrucción, asesoría y entrenamiento de todo el equipo de salud sobre cuidados paliativos para la atención integral del enfermo. • Que el profesional tenga una guía que facilite el conocimiento sobre los cuidados que requerirá tanto el paciente como la familia. • Mejorar las habilidades de comunicación interpersonal, interprofesional y entre los diferentes niveles de los servicios. • Crear una cultura colaborativa y un mejor diálogo entre profesionales. • Reforzar el equipo multi e interdisciplinario. Realizar reuniones multidisciplinarias regulares. • Rescatar las Red de Atención a la Salud para la provisión de atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada. • Promover los CP en residencias de ancianos. • Evaluar los servicios e intervenciones. Aplicar cuestionarios de satisfacción a pacientes y familiares para saber los aspectos que deben mejorarse. • Construcción y validación de nuevos instrumentos para la identificación de pacientes paliativos. • Hacer uso del registro de voluntades anticipadas. • Usar las Tecnologías de la Información y la Comunicación para la creación de un expediente del paciente, envío de recetas electrónicas, recordatorio de toma de medicamentos. • Emplear la Telemedicina para prestación remota de servicios médicos y asistenciales ante los problemas de acceso a dichos servicios.

CP: Cuidados paliativos

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión exploratoria en el periodo 2015-2020.