



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“ADHERENCIA A LOS CUIDADOS
PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DEL
PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA
INTEGRAL (ADI) DEL HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

KAROL HERBERT VILLEGAS CAYLLAHUA

LIMA - PERÚ

2023

ASESOR

Mg. José Luis Rojas Vilca

COASESOR

Esp. Jorge Luis Alave Rosas

JURADO DE TESIS

DRA. MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

PRESIDENTE

MG. MÓNICA LOURDES FLORES NORIEGA

VOCAL

MG. MARÍA DE LOS ANGELES LAZO PORRAS

SECRETARIA

DEDICATORIA.

A mis padres y hermanos por el apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS.

A mis asesores por su paciencia y enseñanzas.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis autofinanciada

ADHERENCIA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DEL PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL (ADI) DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	ciencialatina.org Fuente de Internet	1%
7	www.yumpu.com Fuente de Internet	1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	MATERIAL Y MÉTODO.....	5
III.	RESULTADOS.....	8
IV.	DISCUSIÓN.....	11
V.	CONCLUSIÓN.....	16
VI.	RECOMENDACIONES.....	17
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
VIII.	ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las características de la adherencia en pacientes oncológicos a los cuidados paliativos en el periodo de setiembre de 2020 a febrero de 2021.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se revisaron 300 historias clínicas de los pacientes atendidos en el programa Atención Domiciliaria Integral Oncológico del Hospital Cayetano Heredia desde setiembre 2020 hasta febrero 2021, durante la pandemia por la COVID-19. Se utilizaron 2 variables para medir la adherencia que son adherencia a la cita y constancia a la visita, estableciendo una cantidad mínima de consultas externas y visitas domiciliarias según la escala de evaluación funcional que es el ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*).

Resultados: Se incluyeron 169 participantes, siendo 115 mujeres y 61.7 la media de edad. La adherencia y constancia a la consulta externa fue mayor en los pacientes con mayor dependencia funcional (ECOG 3) en un 21% y 37% respectivamente, a diferencia del grupo con menor dependencia funcional (ECOG 1 y 2). La adherencia y constancia a las visitas domiciliarias fueron bajas en todo el estudio, solo el 3% de pacientes fue adherente a las visitas domiciliarias; no realizándose visitas domiciliarias a los pacientes con ECOG 1, priorizándose a pacientes con mayor dependencia funcional.

Hay mayor prevalencia de ser adherentes a las consultas externas en aquellos pacientes que habían recibido visitas domiciliarias. Los pacientes que vivían a una distancia

menor de 10km del hospital tuvieron el doble (32.9%) de constancia a la consulta externa que aquellos pacientes que vivían de 10-20km (15.8%).

Conclusión: Los niveles de adherencia en consulta externa como en visitas domiciliarias fueron bajos en el estudio.

Palabras clave: CUIDADOS PALIATIVOS, ABSENTISMO, CÁNCER, ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCION DOMICILIARIA (DeCS/BIREME)

ABSTRACT

Objective: To evaluate the characteristics of adherence in oncology patients to palliative care in the period from September 2020 to February 2021.

Materials and Methods: Analytical cross-sectional study. We reviewed 300 clinical records of the patients attended in the program Domiciliary Attention Integral Oncology of the Hospital Cayetano Heredia from September 2020 to February 2021, during the COVID-19 pandemic. Two variables were used to measure adherence, which are adherence to the appointment and constancy to the visit, establishing a minimum number of outpatient and home visits according to the functional evaluation scale, which is the ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group).

Results: A total of 169 participants were included, with 115 women and a mean age of 61.7. Adherence and constancy to outpatient visits was higher in patients with greater functional dependence (ECOG 3) by 21% and 37% respectively, in contrast to the group with lower functional dependence (ECOG 1 and 2). Adherence and constancy to home visits were low throughout the study, only 3% of patients were adherent to home visits; no home visits were made to patients with ECOG 1, prioritizing patients with greater functional dependence.

There was a higher prevalence of adherence to outpatient visits in those patients who had received home visits. Patients who lived less than 10 km from the hospital had twice as many (32.9%) more consistent outpatient visits than those patients who lived 10-20 km from the hospital (15.8%).

Conclusions: The levels of adherence in outpatient clinics as well as in home visits were low in the study

Key words: PALLIATIVE CARE, ABSENTEEISM, CANCER, AMBULATORY CARE, HOUSE CALLS (MeSH/NLM)

I. INTRODUCCION

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la adherencia como el grado en que la conducta del paciente se correlacione con las recomendaciones dadas por el profesional de salud, (1) la falta de adherencia al tratamiento se ha incrementado en los últimos años, sobre todo en la población adulta mayor, quienes padecen múltiples comorbilidades crónicas y polifarmacia. Actualmente, la falta de adherencia continúa siendo uno de los principales factores que dificulta el éxito del tratamiento en las distintas enfermedades crónicas conllevando a varias consecuencias como complicaciones clínicas, impacto económico, incremento de la morbilidad y mortalidad. (2) (3)

Así mismo la adherencia del paciente al sistema de salud impacta en el desenlace del tratamiento, este aspecto fue ampliamente evaluado en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral utilizando parámetros operacionales como adherencia a la cita, constancia a la visita, brecha en la atención, visitas perdidas, siendo la utilidad de estos parámetros medir el grado de adherencia del paciente a los programas de tratamiento. (4) (5)

En el contexto de cuidados paliativos y enfermedades oncológicas, Guilliams E, *et al.*, (6) encontraron en una cohorte retrospectiva que los cuidados paliativos tempranos en pacientes con VIH son una intervención prometedora que podría afectar la retención en la atención; debido a que la adherencia en la atención mejoró significativamente después de la intervención paliativa, disminuyendo las ausencias.

Existen varios factores que impiden la adherencia de los pacientes oncológicos a los cuidados paliativos. Un factor es la insuficiente cantidad de cupos para la demanda de pacientes que necesitan de los cuidados paliativos e incluso hay lugares donde no cuentan con cuidados paliativos. Otro factor es la falta de conocimiento y habilidades de los profesionales de la

salud sobre los cuidados paliativos (ejemplo: insuficiente alivio del dolor y otros síntomas; mala comunicación e inadecuado soporte familiar). (7) (8) (9) El estigma que tienen la población sobre los cuidados paliativos que solo se atienden pacientes al final de la vida es otro factor a considerar. (10) (11) La adhesión a los cuidados paliativos en la fase temprana de la atención oncológica se asocia a una mejor calidad de vida, menor sintomatología depresiva, menores tasas de tratamiento agresivo al final de la vida y mayor satisfacción del cuidador. (7) (8)

Adicionalmente, entre los pacientes oncológicos, la falta de adherencia puede tener un impacto significativo en la respuesta, supervivencia libre de progresión y supervivencia global, además aumenta los costos sanitarios en término de consultas e ingresos hospitalarios, generando en el paciente y sus familias problemas físicos y psicosociales que tienen un enorme impacto negativo en la calidad de vida (8) (12) Paiva C.E, *et al.*, (7) encontró que 67.4% de los pacientes oncológicos acudían a su primera cita en atención paliativa y 32.5% no acudían a la cita siendo las causas el fallecimiento del paciente, malas condiciones clínicas, otras consultas en el mismo día, decisión del paciente y problemas de transporte.

Al momento no se tiene información local disponible sobre la utilización de los parámetros operativos como adherencia a la cita y constancia de la visita en los cuidados paliativos oncológicos. Estos podrían ser importante para conocer cuantas personas se adhieren al sistema y las causas de la no adherencia a la atención oportuna.

El programa Atención Domiciliaria Integral (ADI) oncológico surgió hace 8 años en un hospital de nivel III-1 de la ciudad de Lima, Hospital Cayetano Heredia, y está conformado por un equipo multidisciplinario (médicos de familia, médicos oncólogos, enfermeras oncológicas, psico oncólogo, nutricionista y trabajador social). ADI oncológico pertenece a

la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, y ofrece cuidados paliativos a pacientes oncológicos articulando la atención hospitalaria especializada con el primer nivel de atención dentro del modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad. Este programa ha realizado más de 34 565 atenciones ambulatorias y 2 137 visitas domiciliarias programadas. (13)

En resumen, conocer las características de la adherencia a los cuidados paliativos y la utilización de ciertos parámetros operacionales para medir la adherencia serían importantes para establecer estrategias de seguimiento de los pacientes que requieren de cuidados paliativos y la toma de decisiones cuando los pacientes no se adhieren a este programa. Por lo tanto, nosotros evaluamos las características de la adherencia en el cuidado de los pacientes oncológicos ambulatorios y se exploró factores asociados a la adherencia, utilizando parámetros operacionales como la adherencia a la cita y constancia de la visita, entre los pacientes que se atiende en programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológico del Hospital Cayetano Heredia (HCH).

OBJETIVO

General:

Evaluar las características de la adherencia en pacientes oncológicos a los cuidados paliativos en el periodo de setiembre de 2020 a febrero de 2021.

Específicos:

- 1.Determinar la adherencia a la consulta externa y visita domiciliaria.
- 2.Explorar los factores asociados a la adherencia en consulta externa y visita domiciliaria.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Cuidados paliativos oncológicos: Son atenciones que se ofrece para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen cáncer; enfocándose en la persona en su totalidad y no solo en la enfermedad (14).

ADI oncológico: (Atención Domiciliaria Integral Oncológico) Es un programa de cuidados paliativos de un hospital de nivel III en la ciudad de Lima que brinda atención paliativa a todos los pacientes que pertenecen a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte que realiza atenciones ambulatorias y visitas domiciliarias programadas.

ECOG: (*Eastern Cooperative Oncology Group*) Es una escala para objetivar el estado funcional del paciente con cáncer, utiliza una puntuación de 0 hasta 5 puntos.

ECOG 0- completamente activo, capaz de llevar a cabo todo el desempeño anterior a la enfermedad sin restricciones; ECOG 1- Restringido en actividades físicamente extenuantes pero capaz de realizar trabajos de naturaleza ligera o sedentaria; ECOG 2- capaz de autocuidarse pero incapaz de realizar actividad laboral, se encuentra menos del 50% del día en cama; ECOG 3- autocuidado de forma limitada, confinado a la cama o silla más del 50 % de las horas de vigilia; ECOG 4- paciente se encuentra encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria. ECOG 5- fallecido (15).

Adherencia a la cita: Definida como la proporción del número de visitas completadas en el numerador y el número total de visitas programadas en el denominador durante un período de interés de observación. (4)

Constancia de la visita: Definida como el cálculo de las visitas clínicas completadas en un intervalo de 3 meses. (4)

II. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de estudio y locación

Se realizó un estudio transversal analítico, utilizando los registros de pacientes atendidos en el programa de cuidados paliativos ADI oncológico del HCH, entre los meses de setiembre 2020 hasta febrero 2021, durante la pandemia por la COVID-19.

Población

Pacientes con diagnóstico de cáncer en tratamiento por oncología médica, entre 18 y 80 años de edad que son usuarios del programa ADI oncológico del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de setiembre 2020 a febrero 2021, indistinto el tiempo de permanencia en el programa, con un ECOG entre 0 y 3. Se excluyeron pacientes que hayan fallecido durante el estudio y pacientes con ECOG 4.

Cálculo muestral y muestreo

El muestreo fue no probabilístico, realizamos el cálculo del tamaño muestral con el programa EPIDAT 4.2 considerando un tamaño poblacional de 300, nivel de confianza de 95%, precisión absoluta entre 5%, proporción estimada de 64% (11) (16), lo que resulto en un tamaño de muestra de 169 participantes.

Definición operacional de variables

Variables dependientes:

-Adherencia a la cita: Definida como la proporción del número de visitas completadas en el numerador y el número total de visitas programadas en el denominador durante un período de interés de observación. (4)

- Constancia de la visita: Definida como el cálculo de las visitas clínicas completadas en un intervalo de 3 meses. (4)

Para la evaluación del estudio utilizando los parámetros operativos mencionados y se estableció una cantidad mínima de consultas externa y visitas domiciliarias según la escala de ECOG: ECOG 0-1 (06 consultas externas y 01 visita domiciliaria durante los 6 meses), ECOG 2 (12 consultas externas y 02 visitas domiciliarias durante 6 meses), ECOG 3 (06 consultas externas y 06 visitas domiciliarias durante 6 meses).

La buena adherencia a las consultas externas y visitas domiciliarias se calculó dividiendo el total de consultas externas y visitas realizadas entre el total de consultas programadas, respectivamente. Definimos como buena adherencia a las consultas externas o visitas domiciliarias cuando los participantes asistían a más del 80% de las consultas o visitas programadas, respectivamente.

La constancia a las consultas externas y visitas domiciliarias se definió como haber asistido al menos a una consulta o visita durante ambos periodos de 3 meses (setiembre-noviembre y diciembre-febrero).

Las definiciones de adherencia y constancia a la consulta externa y visita domiciliaria no son criterios que ADI oncológico del HCH maneje, sino que son definiciones teóricas.

Variables independientes:

Edad, sexo (masculino/femenino), ocupación (Si / No), grado de instrucción (ninguna, primaria, secundaria, superior, desconocido), distancia entre el domicilio y el hospital, tipo de familia (nuclear, extensa, ampliada, monoparental, solo), tipos de cáncer (tiroides, pulmón, mama, estomago, vesícula biliar, páncreas, riñón, colon, ovario, cérvix, próstata,

otros), comorbilidades (hipertensión arterial, obesidad, asma, diabetes mellitus, hipotiroidismo), visita domiciliaria (Si / No).

Análisis de resultado

Se cuantifico mensualmente las atenciones ambulatorias y visitas domiciliarias realizadas y se comparó con la programación de citas según el ECOG que corresponde cada paciente, obteniendo el porcentaje logrado por cada ECOG mensualmente, cada tres y seis meses.

También se usó frecuencias y porcentajes para describir a las variables categóricas y a la media y desviación estándar para la edad.

Calculamos razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) utilizando regresión de Poisson con varianza robusta para evaluar los factores asociados a la buena adherencia y constancia tanto de las consultas externas como a las visitas domiciliarias. Los modelos de regresión multivariable se ajustaron por el grupo de edad y el sexo del participante. Un valor p menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo. Los análisis fueron realizados con el programa estadístico R versión 4.

Aspectos Éticos

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Código de inscripción: 205068) y autorizado por el comité de ética del Hospital Cayetano Heredia (Código de inscripción: 067-2021). Se accedió a la historia clínica de cada participante y se registró los datos de las variables estudiadas. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se cuidó de la confidencialidad de los participantes.

III. RESULTADOS

Características de la muestra

Se revisaron 300 historias clínicas y se excluyeron 131 historias clínicas porque el tamaño de muestra fue de 169 participantes; de los cuales el 68.0% eran de sexo femenino y tenían una edad media de 61.7 (13.0) años. La mitad aproximadamente tuvo una educación secundaria o superior. Uno de cada diez tenía una ocupación y la mitad vivía a menos de 10km del hospital. El cáncer de estómago y mama fueron los tipos de cáncer más frecuentes presentes en el 14.2% y 13.6%. El 47.3% tenía alguna comorbilidad siendo la hipertensión (23.7%) seguido de la diabetes (10.1%) las más frecuentes (**Tabla 1**).

Consultas externas y visitas domiciliarias logradas

Durante el primer mes de estudio se observa que los pacientes con ECOG 3 alcanzaron un 45% de consultas externas logradas, en comparación con pacientes ECOG 1 y 2 (36%, 20% respectivamente). Luego de tres y seis meses el porcentaje de consultas externas logradas en pacientes con ECOG 3 fue de 53% y 55%, mientras que en los grupos ECOG 1 y 2 se mantenía bajo. (**Tabla 2**).

Referente a las visitas domiciliarias no se programó ninguna visita a los pacientes con ECOG 1, priorizando a los pacientes que tenían mayor dependencia funcional. En el grupo con ECOG 2 se efectivizó las visitas domiciliarias llegando en los primeros 3 meses un 35%, disminuyendo en los siguientes 3 meses hasta un 12%. En el grupo con ECOG 3 en los primeros 3 meses se llegó hasta un 19% de las visitas domiciliarias, disminuyendo dicho valor en los siguientes 3 meses llegando hasta un 9%. Al haber 10 pacientes que no

pertenecían a la jurisdicción de DIRIS Lima Norte (siendo 02 pacientes ECOG 1, 02 pacientes ECOG 2 y 06 pacientes ECOG 3) no se programó visitas domiciliarias (**Tabla 3**).

Adherencia a la cita y constancia de la visita en consulta externa

La adherencia a la cita en consulta externa entre los pacientes con ECOG 1 y 2 fue de 8% y 2%, a diferencia del grupo con ECOG 3 que fue de 21%.

La constancia de la visita en consulta externa en los pacientes con ECOG 3 fue 37% en comparación con los grupos ECOG 1 y 2 que fueron bajas. En pacientes con ECOG 1 se evidenció que en los meses de setiembre y noviembre la constancia a consulta externa fue de un 20%, bajando la constancia en los 3 meses posteriores hasta un 8% (**Tabla 4**).

Adherencia a la cita y constancia de la visita en las atenciones domiciliarias

La adherencia a la cita en las atenciones domiciliarias fue baja en los 3 grupos de ECOG llegando hasta un 2% en pacientes con ECOG 3.

La constancia de la visita en las atenciones domiciliarias fue relativamente mayor entre los meses de setiembre y noviembre, llegando hasta un 28% en pacientes con ECOG 2 (**Tabla 5**).

Factores asociados a la adherencia en consultas externas

Los modelos de regresión de Poisson multivariantes ajustados por grupo de edad y sexo mostraron que aquellos pacientes que habían tenido visitas domiciliarias tuvieron 2.17 veces la prevalencia de ser adherentes a las consultas externas en comparación de aquellos que no habían recibido visitas domiciliarias [RP 3.17 (IC 95%: 1.84 – 5.47)]. Además, se observa

una mayor prevalencia de adherencia a la cita a consulta externa en pacientes que viven < 10 kilómetros del hospital (**Tabla 6**).

Factores asociados a la constancia en consultas externas

Aquellos pacientes que vivían a una distancia menor a los 10km del centro de salud tuvieron el doble (32.9%) de constancia que aquellos pacientes que vivían de 10-20km (15.8%) y >20km (13.3%). En el análisis multivariado ajustando por grupo de edad y sexo, los pacientes que vivían a una distancia entre 10-20km o >20km tuvieron 53% y 71% respectivamente menor prevalencia de constancia a las consultas externas, en comparación a los pacientes que vivían a menos de 10km. Los pacientes que tuvieron hipertensión arterial (RP: 1.64; IC 95%:0.92-2.91) u obesidad (RP: 1.62; IC 95%:0.73-3.61) tuvieron mayor prevalencia de constancia a las consultas externas a comparación de aquellos sin estas patologías, pero esto no fue significativo (**Tabla 7**).

Factores asociados a la adherencia de las visitas domiciliarias

Se observa que el número de personas con buena adherencia a las visitas domiciliarias fueron bajas. No se encontró ningún factor asociado en el modelo bivariado (**Tabla 8**).

Factores asociados a la constancia de las visitas domiciliarias

Igualmente se observa que el número de personas que si tenían una buena constancia a las visitas domiciliarias fueron bajas. No se encontró ningún factor asociación en el modelo bivariado (**Tabla 9**).

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó las características de la adherencia de los pacientes hacia el programa ADI oncológico de un hospital del nivel III-1, encontrándose que solo el 14% de los pacientes fueron adherentes a las citas ambulatorias durante los 6 meses que duró el estudio. Como se aprecia el porcentaje de adherencia fue bajo, a diferencia de otros estudios como de Douglas W. Blayney. *et al.*, que se realizó en el estado de Michigan en consultorios de oncología siendo la adherencia a la atención paliativa de un 73% y en el manejo de síntomas de un 56% (16); sin embargo, no se especifica el grado de ECOG de los pacientes por lo que no podemos determinar si la población de estudio era similar a la nuestra. En un estudio realizado en Israel Eran Ben-Arye. *et al.*, reportaron que el 65.8% de los pacientes oncológicos eran adherentes a los cuidados paliativos durante las primeras 6 semanas de iniciado dichos cuidados (17). Dulce M. Cruz *et al.*, mencionan en un estudio realizado en Missouri (EEUU) que la adherencia de los pacientes a los cuidados paliativos fue de un 64% (18). La baja adherencia encontrada en el estudio se podría explicar porque entre setiembre 2020 y febrero 2021 nos encontrábamos en plena pandemia por la COVID-19 afectando las atenciones ambulatorias ya que hubo restricciones sanitarias, disminución de cupos a las atenciones ambulatorias, fallecimientos de pacientes y/o cuidadores.

Además, en el estudio realizado se evidenció que la adherencia a la cita ambulatoria en pacientes con ECOG 3 fue de un 21% siendo esto mayor en comparación con los pacientes ECOG 1 y 2 que fue entre 8% y 2% respectivamente. Beltran-Aroca C.M. *et al.* reportan que en España durante la pandemia por COVID-19 hubo un descenso significativo de pacientes con ECOG 2 y aumento de pacientes con ECOG 3, siendo esto inverso en pre-pandemia. (19) Al haber mayor adherencia a la cita ambulatoria entre los pacientes con ECOG 3 en

comparación con ECOG 1 y 2 se podría explicar porque son los pacientes con ECOG 3 que presentan limitaciones en el autocuidado y requieren mayor soporte familiar, generando una utilización frecuente de los sistemas de salud.

Interesantemente, se observa una tendencia de buena adherencia a la consulta externa si habían tenido una educación secundaria y/o superior. En un estudio realizado en Austria en el 2020 durante la pandemia por la COVID-19 Zeilinger E.L. *et al.* reportan que los pacientes oncológicos con bajo nivel educativo y bajos ingresos económicos tenían en promedio menos probabilidades de buscar tratamiento en la atención ambulatoria oncológica durante el primer año de la pandemia que los 2 años anteriores a la pandemia (20). La poca adherencia a la consulta en pacientes con bajo nivel educativo se podría explicar por decisión del paciente de no acudir a la cita, estigmas del paciente y del cuidador sobre los cuidados paliativos oncológicos; además que los pacientes con nivel educativo bajo tienen menos recursos económicos lo cual dificulta el transporte y priorizan el trabajo; al igual que el poco soporte familiar necesario que les pueda facilitar para poder acudir a las citas.

Fue mayor la prevalencia de adherencia a la consulta externa en pacientes que habían tenido visitas domiciliarias a diferencia de los que no recibieron. Se puede explicar dicho hallazgo en el estudio realizado por Alan S. *et al.* que reportan una mejoría en la calidad de vida social y emocional de los pacientes adultos mayores que habían recibido visitas domiciliarias, aunque no hubo mejorías en la calidad funcional del paciente (21). Se evidencia en el trabajo que realiza el equipo ADI oncológico que las visitas domiciliarias son programadas y siempre existe un cuidador, que es un elemento fundamental que ayuda a fortalecer la continuidad de la atención paliativa tanto domiciliaria como por consulta externa.

Otro hallazgo importante es que el acceso a las visitas domiciliarias fue bajo, solo el 3% de los pacientes llegó a completar las visitas domiciliarias programadas durante los 6 meses que duro el estudio. Oladayo A Afolabi. et al., reportaron que entre el 5% y el 11% de las personas que requerían cuidados paliativos tenían acceso a este servicio en los sistemas de salud de los países africanos (22). Isabel Galriça Neto. et. al., mencionó que la prestación de cuidados paliativos es claramente insuficiente, y solo alrededor del 30% de las personas que lo necesitan tienen acceso a este derecho básico (23). Los niveles bajos de adherencia a las visitas domiciliarias podrían explicarse por las restricciones impuestas durante la pandemia de la COVID-19 y la falta de recursos humanos en la atención domiciliaria durante la coyuntura. Al momento no se cuenta con acceso suficiente a la atención paliativa en Perú, empeorando la situación durante la pandemia por la COVID-19.

Adicionalmente, encontramos que los pacientes que vivían a una distancia menor de 10 km del hospital era mucho mayor la constancia a consulta externa a diferencia de aquellos pacientes que vivían entre 10-20 km. Ru-jun Zheng. et. al., mencionan que los pacientes que vivían cerca del hospital tenían menos riesgo de cambiar de estrategia analgésica y tenían una mayor tasa de alivio del dolor clínicamente significativo OR (95% CI) 1.345 y $P < 0.001$ (24). Daniel Uribe Parra. *et al.*, reportan que la distancia al hospital para los pacientes oncológicos pediátricos en varias regiones oscilaba entre 30 hasta 90 km (25). En nuestro estudio se evidenció que se atiende a algunos pacientes que no son de la jurisdicción de DIRIS Lima norte y esto ocurre porque no se cuenta con suficiente oferta para la creciente demanda a la atención paliativos y también porque no se cuenta con un equipo dedicado a los cuidados paliativos en todas las instituciones, generando en el paciente y en sus familiares la necesidad de hacer trayectos largos para la atención.

Actualmente no hay una red de cuidados paliativos oncológicos entre el primer nivel de atención y el nivel hospitalario en la DIRIS Lima Norte, siendo esto un tema que lleva a la reflexión porque existen varios estudios que mencionan la importancia de integrar el primer nivel en los cuidados paliativos. Hui D. *et al.*, reportan que todo paciente con diagnóstico de cáncer debe recibir atención comunitaria por un equipo interdisciplinario; conformado por médicos de atención primaria y equipo de oncología; siendo esto denominado como cuidados paliativos primarios en donde se realiza cuidados paliativos básicos (26). Kaasa S. *et al.*, menciona que debe haber coordinación de los cuidados paliativos entre todos los niveles con el objetivo de mejorar la atención del paciente (27). Knaul F.M. reporta que los médicos oncólogos deben colaborar con los médicos de atención primaria para mejorar el flujo de atención del paciente oncológico por el sistema de salud, iniciando los cuidados paliativos desde el momento que se hace el diagnóstico de cáncer (28). Mao J.J. *et al.*, enfatiza que la integración temprana de los cuidados paliativos mejora la calidad de vida, además que es un componente esencial de la atención sanitaria universal según la OMS (29).

Nuestro estudio tuvo limitaciones como el pequeño tamaño muestral, el contexto en que se realizó el estudio que fue durante la pandemia por la COVID-19 donde ADI oncológico tuvo que limitar el cupo en las atenciones ambulatorias y visitas domiciliarias por la reducción del recurso humano que fue redistribuido a otras áreas, alterando la atención paliativa. J. García Rodríguez *et al.*, menciona que en el 2021 los hospitales fueron ocupados en su totalidad o de forma parcial por pacientes SARS-CoV-2 retrasando el diagnóstico de cáncer (30).

Además, a los pacientes con ECOG 1 no se programó visitas domiciliarias durante el periodo de estudio porque se priorizó a los pacientes con mayor dependencia funcional.

Dentro de las fortalezas, este estudio quiere evaluar la adherencia de los pacientes oncológicos a un programa de atención paliativa, tanto en consulta externa como visita domiciliaria. Así mismo, la utilización original de los parámetros operacionales como la adherencia a la cita y constancia de la visita permitió la medición de la adherencia a la atención paliativa.

V. CONCLUSIÓN

Los niveles de adherencia a consulta externa fueron bajos, siendo relativamente más adherentes los pacientes con ECOG 3.

Los niveles de cumplimiento a las visitas domiciliarias fueron bajos, evidenciándose una tendencia de mayor número de visitas domiciliarias durante los meses de setiembre y noviembre.

La pandemia por COVID-19 ha implicado un desafío en el manejo de los pacientes que necesitan de cuidados paliativos y ha puesto de manifiesto las necesidades de continuar brindando dicho servicio para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares.

Se debería hacer un trabajo coordinado con los establecimientos del primer nivel de atención para que el paciente oncológico tenga una atención más integradora y por consiguiente mejorar la adherencia.

VI. RECOMENDACIONES

En las consultas externas se debe buscar estrategias para aumentar la adherencia a las citas ambulatorias como aumentar los cupos, realizar recordatorios a los pacientes días previos a la cita.

Evaluar los factores por los cuales no se realizaron las visitas domiciliarias.

Disponer de mayor recurso humano en la atención a los cuidados paliativos porque aumentaría la oferta.

A los pacientes que no se pudo efectivizar la visita domiciliaria porque no correspondían a la jurisdicción de DIRIS Lima Norte se debería implementar telemonitoreo para que haya continuidad en la atención.

Continuar con la evaluación de la adherencia a las citas ambulatorias y visitas domiciliarias en el contexto actual, porque la pandemia por el COVID-19 acaba y necesita seguimiento.

Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención sobre los cuidados paliativos primarios y establecer una comunicación fluida entre los responsables de cada centro de salud y la unidad de cuidados paliativos oncológicos para un trabajo coordinado entre niveles de atención.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tatiana Dilla, Amparo Valladares, Luis Lizan, Jose Antonio Sacristan. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. España 2009;41(6):342–348
2. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization. Geneve 2003:39-95
3. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd Grupo Ángeles. 2018;16(3):226–32.
4. Michael J. Mugavero, M.D. From Access to Engagement: Measuring Retention in Outpatient HIV Clinical Care. AIDS Patient Care and STDs Volume 24, Number 10, 2010.
5. Olatz I. Barrueta, Ramón M. Verdugo. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Definición e importancia de la adherencia. Sociedad Española de farmacia hospitalaria. 2017. Pag. 6
6. Gilliams E; Ammirati R. Increased retention in care after a palliative care referral among people living with HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. PMC. 2020 may 01; 84(1): 78-84

7. Paiva CE, de Freitas Seriacio F de LG, de Angelis Nascimento MS, Zago FC, Costa ED, Ciorlia JB, et al. Oportunidades perdidas de integración de cuidados paliativos: Frecuencia, causas y perfil de las visitas perdidas en una unidad de cuidados paliativos oncológicos ambulatorios. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(5):1067-1073.e1.
8. Zhi WI, Smith TJ. Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Ann Palliat Med*. 2015;4(3):122-131.
9. H. Fornells. Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta Bioethica Argentina*. 2000; año VI, n° 1
10. Miyashita M, Hirai K, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer*. 2008;16(3):217–22.
11. Lee KT, George M, Lowry S, Ashing KT. A review and considerations on Palliative Care improvements for African Americans with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(6):671–7.
12. Olatz I. Barrueta, Ramón M. Verdugo. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Definición e importancia de la adherencia. *Sociedad Española de farmacia hospitalaria*. 2017. Pag. 64

13. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan Operativo de Atención Domiciliaria Integral (ADI) Oncológica Hospital Cayetano Heredia. Resolución Directoral Oficio N° 1178-2017-DME/HCH (2017 dic 5)
14. Velasco M V. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Rev médica Clín Las Condes*. 2013; 24(4):668–76.
15. Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. *Aten Primaria*. 2006; 38(Supl.2):21–8.
16. Blayney DW, Severson J, Martin CJ, Kadlubek P, Ruane T, Harrison K. Michigan oncology practices showed varying adherence rates to practice guidelines, but quality interventions improved care. *Health Aff (Millwood)*. 2012 [cited 2022 Oct 14];31(4):718–28.
17. Ben-Arye E, Elly D, Samuels N, Gressel O, Shulman K, Schiff E, et al. Effects of a patient-tailored integrative oncology intervention in the relief of pain in palliative and supportive cancer care. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2021;147(8):2361–72.
18. Cruz-Oliver DM, Abshire M, Cepeda O, Burhanna P, Johnson J, Velazquez DV, et al. Adherence to Measuring What Matters: Description of an inpatient palliative care service of an urban teaching hospital. *J Palliat Med*. 2019;22(1):75–9.

19. Beltran-Aroca CM, Ruiz-Montero R, Llergo-Muñoz A, Rubio L, Girela-López E. Impact of the COVID-19 pandemic on palliative care in cancer patients in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2022 Oct 16];18(22):11992.
20. Zeilinger EL, Lubowitzki S, Unseld M, Schneckenreiter C, Heindl D, Staber PB, et al. The impact of COVID-19 on cancer care of outpatients with low socioeconomic status. *Int J Cancer*. 2022;151(1):77–82.
21. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):926–36
22. Afolabi OA, Abboah-Offei M, Namisango E, Chukwusa E, Oluyase AO, Luyirika EB, et al. COVID-19 and palliative care capacity, African Region. *Bull World Health Organ*. 2021 [cited 2022 Oct 14];99(8):542-542A.
23. Neto IG, Abril R, Romero I, Castro J. Challenges and opportunities: The impact of COVID-19 in palliative care in Portugal. *Acta Med Port*. 2021 [cited 2022 Oct 14];34(4):247–9.
24. Zheng R-J, Fu Y, Zhu J, Xu J-P, Xiang Q-F, Chen L, et al. Long-term low-dose morphine for patients with moderate cancer pain is predominant factor effecting clinically meaningful pain reduction. *Support Care Cancer*. 2018;26(12):4115–20.

25. Uribe Parra D, Pulido Martínez DC, De Vries E. Access to diagnostic facilities in children with cancer in Colombia: Spotting opportunity and distance from a sample. *Cancer Epidemiol.* 2020 [cited 2022 Oct 17];64(101645):101645.
26. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care: Timely Palliative Care for Cancer Patients. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(5):356–76.
27. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albreht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* 2018; 19(11):e588–653.
28. Knaul FM. Integrating palliative care into health systems is essential to achieve Universal Health Coverage. *Lancet Oncol.* 2018;19(11):e566–7.
29. Mao JJ, Pillai GG, Andrade CJ, Ligibel JA, Basu P, Cohen L, et al. Integrative oncology: Addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(2):144–64.
30. García Rodríguez J, González Ruiz de León C, Sacristán González R, Méndez Ramírez S, Modrego Ulecia L, Fernández-Gómez JM. Changes in the ambulatory care of prostate cancer patients during the SARS-CoV-2 pandemic. Literature review and contribution of our group in telematic care. *Actas Urol Esp.* 2021; 45(8):53.

VIII. ANEXOS

TABLA N°1: Características generales de la muestra.

Característica	N = 169
Edad, media (DE)	61.7 (13.0)
Grupo de edad, n (%)	
18-59	68 (40.2%)
>59	101 (59.8%)
Sexo, n (%)	
Femenino	115 (68.0%)
Masculino	54 (32.0%)
Grado de instrucción, n (%)	
Ninguna	14 (9.9%)
Primaria	51 (36.2%)
Secundaria	62 (44.0%)
Superior	14 (9.9%)
Desconocido	28
Ocupación, n (%)	
No	144 (89.9%)
Si	18 (11.1%)
Desconocido	7
Distancia domicilio-hospital, n (%)	
<10 km	82 (48.5%)
10-20 km	57 (33.7%)
>20 km	30 (17.8%)
Tipo de familia, n (%)	
Ampliada	20 (18.5%)
Extensa	26 (24.1%)
Monoparental	4 (3.7%)
Nuclear	54 (50.0%)
Solo	4 (3.7%)
Desconocido	61
Tipo de cáncer, n (%)	
Cérvix	15 (8.9%)
Colorrectal	15 (8.9%)
Estomago	24 (14.2%)
Mama	23 (13.6%)
Otros	70 (41.4%)
Próstata	7 (4.1%)
Pulmón	15 (8.9%)
Tiene comorbilidades, n (%)	80 (47.3%)

Hipertensión arterial	40 (23.7%)
Obesidad	11 (6.5%)
Asma	2 (1.2%)
Diabetes	17 (10.1%)
Hipotiroidismo	7 (4.1%)
Visita domiciliaria, n (%)	
No	121 (72%)
Si	48 (28.4%)
Escala ECOG, n (%)	
1	25 (14.8%)
2	45 (26.6%)
3	99 (58.6%)

TABLA 2. Consultas externas realizadas (de las programadas)

	Setiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021
ECOG 1	9 (36%)	7 (28%)	11 (44%)	15 (60%)	16 (64%)	10 (40%)
ECOG 2	18 (20%)	25 (28%)	23 (26%)	29 (32%)	35 (39%)	25 (28%)
ECOG 3	45 (45%)	49 (49%)	64 (64%)	61 (61%)	58 (58%)	52 (52%)

TABLA 3. Visitas domiciliarias realizadas (de las programadas)

	Set 2020	Oct. 2020	Nov. 2020	Setiembre Noviembre	Dic. 2020	Ene. 2021	Feb. 2021	Diciembre - Febrero
ECOG 2	6	5	4	15 (35%)	2	1	2	5 (12%)

	Setiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021
ECOG 3	23 (25%)	14 (15%)	16 (17%)	8 (9%)	6 (6%)	11 (12%)

TABLA 4. Adherencia y constancia a la cita de consulta externa

Consulta externa	ECOG 1 N=25	ECOG 2 N=45	ECOG 3 N=99	TOTAL N=169
Adherencia completa a la consulta externa (6 m)	2 (8%)	1 (2%)	21 (21%)	24 (14%)
Constancia a consulta externa (setiembre-noviembre)	5 (20%)	1 (2%)	37 (37%)	43 (25%)
Constancia a consulta externa (diciembre-febrero)	2 (8%)	1 (2%)	37 (37%)	40 (23%)

TABLA 5. Adherencia y constancia a la visita domiciliaria

Visita domiciliaria	ECOG 2 N=43	ECOG 3 N=93	TOTAL N=159
Adherencia completa a la visita domiciliaria (6 m)	3 (7%)	2 (2%)	5 (3%)
Constancia a la visita domiciliaria (setiembre-noviembre)	12 (28%)	8 (9%)	20 (12%)
Constancia a la visita domiciliaria (diciembre-febrero)	3 (7%)	3 (3%)	6 (4%)

Tabla 6. Factores asociados a la buena adherencia a las consultas externas

	Buena adherencia a consultas externas		Razones de Prevalencia crudas		Razones de Prevalencia ajustadas *	
	No N=132	Si N=37	[IC 95%]	p	[IC 95%]	p
Edad	62.5 (12.8)	58.8 (13.6)	0.98 [0.96;1.00]	0.131	-	
Grupo de edad						
18-59	49 (72.1%)	19 (27.9%)	Ref.			
>59	83 (82.2%)	18 (17.8%)	0.64 [0.36;1.12]	0.127	-	
Sexo						
Femenino	92 (80.0%)	23 (20.0%)	Ref.			
Masculino	40 (74.1%)	14 (25.9%)	1.30 [0.73;2.32]	0.392	-	
Grado de instrucción						
Ninguna/Primaria	58 (89.2%)	7 (10.8%)	Ref.		Ref.	
Secundaria/Superior	54 (71.1%)	22 (28.9%)	2.69 [1.23;5.88]	0.008	2.34 [0.99;5.52]	0.052
Ocupación						
No	111 (77.1%)	33 (22.9%)	Ref.		Ref.	
Si	15 (83.3%)	3 (16.7%)	0.73 [0.25;2.13]	0.584	0.54 [0.18;1.66]	0.282
Distancia a domicilio						
<10 km	60 (73.2%)	22 (26.8%)	Ref.		Ref.	
10-20 km	46 (80.7%)	11 (19.3%)	0.72 [0.38;1.36]	0.315	0.76 [0.40;1.45]	0.408
>20 km	26 (86.7%)	4 (13.3%)	0.50 [0.19;1.32]	0.139	0.54 [0.20;1.47]	0.228
Tipo de familia						
Ampliada	17 (85.0%)	3 (15.0%)	-		-	
Extensa	22 (84.6%)	4 (15.4%)				
Monoparental	4 (100%)	0 (0.00%)				
Nuclear	38 (70.4%)	16 (29.6%)				
Solo	2 (50.0%)	2 (50.0%)				
Tipo de cáncer						
Cérvix	9 (60.0%)	6 (40.0%)	-		-	
Colorrectal	9 (60.0%)	6 (40.0%)				
Estomago	18 (75.0%)	6 (25.0%)				
Mama	21 (91.3%)	2 (8.70%)				
Otros	56 (80.0%)	14 (20.0%)				
Próstata	7 (100%)	0 (0.00%)				
Pulmón	12 (80.0%)	3 (20.0%)				
Hipertensión arterial						
No	99 (76.7%)	30 (23.3%)	Ref.		Ref.	
Si	33 (82.5%)	7 (17.5%)	0.75 [0.36;1.58]	0.458	0.86 [0.41;1.82]	0.697
Obesidad						
No	124 (78.5%)	34 (21.5%)	Ref.		Ref.	
Si	8 (72.7%)	3 (27.3%)	1.27 [0.46;3.48]	0.646	1.40 [0.50;3.90]	0.524

Asma						
No	130 (77.8%)	37 (22.2%)	-		-	
Si	2 (100%)	0 (0.00%)				
Diabetes mellitus						
No	119 (78.3%)	33 (21.7%)	Ref.		Ref.	
Si	13 (76.5%)	4 (23.5%)	1.08 [0.44;2.69]	0.838	1.06 [0.43;2.60]	0.905
Hipotiroidismo						
No	126 (77.8%)	36 (22.2%)	Ref.		-	
Si	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0.64 [0.10;4.04]	0.694	0.65 [0.11;3.92]	0.638
Visita domiciliaria						
No	103 (85.1%)	18 (14.9%)	Ref.		Ref.	
Si	29 (60.4%)	19 (39.6%)	2.66 [1.53;4.62]	0.001	3.17 [1.84;5.47]	<0.001

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Algunos modelos de regresión se realizaron con menos observaciones del total por datos faltantes.

*Modelos ajustados por grupo de edad y sexo.

Tabla 7. Factores asociados a la constancia de las consultas externas

Factores	Constancia a las consultas externas		Razones de Prevalencia crudas		Razones de Prevalencia ajustadas *	
	No N=129	Si N=40	[IC 95%]	p	[IC 95%]	p
Edad	62.0 (12.7)	60.6 (14.3)	0.99 [0.97;1.01]	0.540	-	
Grupo de edad						
18-59	50 (73.5%)	18 (26.5%)	Ref.			
>59	79 (78.2%)	22 (21.8%)	0.82 [0.48;1.41]	0.488	-	
Sexo						
Femenino	86 (74.8%)	29 (25.2%)	Ref.			
Masculino	43 (79.6%)	11 (20.4%)	0.81 [0.44;1.49]	0.502	-	
Grado de instrucción						
Ninguna/Primaria	50 (76.9%)	15 (23.1%)	Ref.		Ref.	
Secundaria/Superior	55 (72.4%)	21 (27.6%)	1.20 [0.67;2.13]	0.545	1.17 [0.61;2.25]	0.631
Ocupación						
No	112 (77.8%)	32 (22.2%)	Ref.		Ref.	
Si	12 (66.7%)	6 (33.3%)	1.50 [0.73;3.09]	0.313	1.59 [0.74;3.42]	0.237
Distancia a domicilio						
<10 km	55 (67.1%)	27 (32.9%)	Ref.		Ref.	
10-20 km	48 (84.2%)	9 (15.8%)	0.48 [0.24;0.94]	0.024	0.47 [0.24;0.92]	0.028
>20 km	26 (86.7%)	4 (13.3%)	0.40 [0.15;1.06]	0.039	0.39 [0.15;1.01]	0.053
Tipo de familia						
Ampliada	14 (70.0%)	6 (30.0%)	-		-	
Extensa	18 (69.2%)	8 (30.8%)				
Monoparental	4 (100%)	0 (0.00%)				
Nuclear	39 (72.2%)	15 (27.8%)				
Solo	4 (100%)	0 (0.00%)				
Tipo de cáncer						
Cérvix	12 (80.0%)	3 (20.0%)	-		-	
Colorrectal	13 (86.7%)	2 (13.3%)				
Estomago	18 (75.0%)	6 (25.0%)				
Mama	15 (65.2%)	8 (34.8%)				
Otros	51 (72.9%)	19 (27.1%)				
Próstata	6 (85.7%)	1 (14.3%)				
Pulmón	14 (93.3%)	1 (6.67%)				
Hipertensión arterial						
No	102 (79.1%)	27 (20.9%)	Ref.		Ref.	
Si	27 (67.5%)	13 (32.5%)	1.55 [0.89;2.71]	0.146	1.64 [0.92;2.91]	0.091
Obesidad						
No	122 (77.2%)	36 (22.8%)	Ref.		Ref.	
Si	7 (63.6%)	4 (36.4%)	1.60 [0.69;3.67]	0.333	1.62 [0.73;3.61]	0.234
Asma						
No	127 (76.0%)	40 (24.0%)	-		-	

Si	2 (100%)	0 (0.00%)					
Diabetes mellitus							
No	114 (75.0%)	38 (25.0%)	Ref.		Ref.		
Si	15 (88.2%)	2 (11.8%)	0.47 [0.12;1.78]	0.236	0.46 [0.12;1.72]		0.248
Hipotiroidismo							
No	125 (77.2%)	37 (22.8%)	Ref.		Ref.		
Si	4 (57.1%)	3 (42.9%)	1.88 [0.76;4.62]	0.268	1.73 [0.69;4.33]		0.240
Visita domiciliaria							
No	96 (79.3%)	25 (20.7%)	Ref.		Ref.		
Si	33 (68.8%)	15 (31.2%)	1.51 [0.88;2.61]	0.156	1.57 [0.91;2.71]		0.105

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Algunos modelos de regresión se realizaron con menos observaciones del total por datos faltantes.

*Modelos multivariantes ajustados por grupo de edad y sexo.

Tabla 8. Factores asociados a la buena adherencia a las visitas domiciliarias

	Buena adherencia a visitas domiciliarias		p
	No N=163	Si N=6	
Edad	61.4 (13.0)	71.2 (10.2)	0.081
Grupo de edad			
18-59	67 (98.5%)	1 (1.5%)	
>59	96 (95.0%)	5 (5.0%)	0.268
Sexo			
Femenino	110 (95.7%)	5 (4.3%)	
Masculino	53 (98.1%)	1 (1.9%)	0.470
Grado de instrucción			
Ninguna/Primaria	61 (93.8%)	4 (6.15%)	
Secundaria/Superior	74 (97.4%)	2 (2.63%)	0.342
Ocupación			
No	139 (96.5%)	5 (3.47%)	
Si	17 (94.4%)	1 (5.56%)	0.646
Distancia a domicilio			
<10 km	79 (96.3%)	3 (3.66%)	
10-20 km	55 (96.5%)	2 (3.51%)	0.983
>20 km	29 (96.7%)	1 (3.33%)	0.991
Tipo de familia			
Ampliada	19 (95.0%)	1 (5.00%)	-
Extensa	25 (96.2%)	1 (3.85%)	
Monoparental	4 (100%)	0 (0.00%)	
Nuclear	52 (96.3%)	2 (3.70%)	
Solo	3 (75.0%)	1 (25.0%)	
Tipo de cáncer			
Cérvix	15 (100%)	0 (0.00%)	-
Colorrectal	14 (93.3%)	1 (6.67%)	
Estomago	24 (100%)	0 (0.00%)	
Mama	22 (95.7%)	1 (4.35%)	
Otros	67 (95.7%)	3 (4.29%)	
Próstata	7 (100%)	0 (0.00%)	
Pulmón	14 (93.3%)	1 (6.67%)	
Hipertensión arterial			
No	126 (97.7%)	3 (2.33%)	
Si	37 (92.5%)	3 (7.50%)	0.174
Obesidad			
No	152 (96.2%)	6 (3.80%)	-
Si	11 (100%)	0 (0.00%)	
Asma			
No	161 (96.4%)	6 (3.59%)	-
Si	2 (100%)	0 (0.00%)	
Diabetes mellitus			

No	147 (96.7%)	5 (3.29%)	
Si	16 (94.1%)	1 (5.88%)	0.588
Hipotiroidismo			
No	156 (96.3%)	6 (3.70%)	-
Si	7 (100%)	0 (0.00%)	
Visita domiciliaria			
No	121 (100%)	0 (0.00%)	-
Si	42 (87.5%)	6 (12.5%)	

Tabla 9. Factores asociados a la constancia de las visitas domiciliarias

Factores	Constancia a las visitas domiciliarias		p
	No N=163	Si N=6	
Edad	61.4 (13.0)	70.8 (10.2)	0.091
Grupo de edad			
18-59	67 (98.5%)	1 (1.5%)	
>59	96 (95.0%)	5 (5.0%)	0.268
Sexo			
Femenino	109 (94.8%)	6 (5.22%)	
Masculino	54 (100%)	0 (0.00%)	
Grado de instrucción			
Ninguna/Primaria	60 (92.3%)	5 (7.69%)	
Secundaria/Superior	75 (98.7%)	1 (1.32%)	0.081
Ocupación			
No	138 (95.8%)	6 (4.17%)	-
Si	18 (100%)	0 (0.00%)	
Distancia a domicilio			
<10 km	79 (96.3%)	3 (3.66%)	
10-20 km	56 (98.2%)	1 (1.75%)	0.574
>20 km	28 (93.3%)	2 (6.67%)	0.524
Tipo de familia			
Ampliada	18 (90.0%)	2 (10.0%)	-
Extensa	24 (92.3%)	2 (7.69%)	
Monoparental	4 (100%)	0 (0.00%)	
Nuclear	53 (98.1%)	1 (1.85%)	
Solo	4 (100%)	0 (0.00%)	
Tipo de cáncer			
Cérvix	15 (100%)	0 (0.00%)	-
Colorrectal	14 (93.3%)	1 (6.67%)	
Estomago	24 (100%)	0 (0.00%)	
Mama	22 (95.7%)	1 (4.35%)	
Otros	66 (94.3%)	4 (5.71%)	
Próstata	7 (100%)	0 (0.00%)	
Pulmón	15 (100%)	0 (0.00%)	
Hipertensión arterial			
No	125 (96.9%)	4 (3.10%)	
Si	38 (95.0%)	2 (5.00%)	0.581
Obesidad			
No	153 (96.8%)	5 (3.16%)	
Si	10 (90.9%)	1 (9.09%)	0.387
Asma			
No	161 (96.4%)	6 (3.59%)	-

Si	2 (100%)	0 (0.00%)	
Diabetes mellitus			
No	146 (96.1%)	6 (3.95%)	-
Si	17 (100%)	0 (0.00%)	
Hipotiroidismo			
No	156 (96.3%)	6 (3.70%)	-
Si	7 (100%)	0 (0.00%)	
Visita domiciliaria			
No	121 (100%)	0 (0.00%)	-
Si	42 (87.5%)	6 (12.5%)	

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ADI - Hospital Cayetano Heredia

Fecha de recolección de datos: ___/___/2021

Nº: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()

Grado de instrucción:

Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación:

Si () No ()

Distancia entre el domicilio y el hospital: _____

Tipo de familia:

Nuclear () Extensa () Ampliada () Monoparental () Solo ()

Tipo de cáncer:

Tiroides () Pulmón () Mama () Estomago () Vesícula biliar ()

Páncreas () Riñón () Colon () Ovario () Cérvix () Próstata () Otros ()

Comorbilidades frecuentes:

HTA () DM2 () Hipotiroidismo () Obesidad () Asma ()

Visita domiciliaria:

Si () No ()

Escala de ECOG: 0 () 1 () 2 () 3 ()

Cuadro de variables

Variables dependientes	Tipo de Variable	Escala de Medición	Definición operativa
Adherencia a la cita	Numérica	Razón	Proporción entre N° visitas completadas / N° total visitas
Constancia de la visita	Numérica	Razón	Recuento de visitas completados en un intervalo de 3 meses
Variables independientes	Tipo de Variable	Escala de Medición	Definición operativa
Edad	Numérica	Razón	Años cumplidos
Sexo	Categórica	Dicotómica	Masculino o femenino
Grado de instrucción	Categórica	Nominal	Ninguna, primaria, secundaria, superior
Ocupación	Categórica	Dicotómica	Si, no
Distancia entre el domicilio y el hospital	Numérica	Continua	Kilómetros
Tipo de familia	Categórica	Nominal	Nuclear Extensa Ampliada Monoparental Solo
Tipo de cáncer	Categórico	Nominal	Tiroides, Pulmón, Mama, Estomago, Vesícula biliar, Páncreas, Riñón, Colon, Ovario, Cérvix, Próstata, Otros
Comorbilidad más frecuente	Categórico	Nominal	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Hipotiroidismo Obesidad Asma bronquial
Visita Domiciliaria	Categórica	Dicotómica	Si, no
Escala de ECOG	Categórica	Ordinal	0,1,2,3