

Telemedicina en Cuidados Paliativos Oncológicos: un Legado de la Pandemia

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.2698>

Telemedicine in Cancer Palliative Care: a Legacy of the Pandemic

Telemedicina em Cuidados Paliativos Oncológicos: um Legado da Pandemia

Cristhiane da Silva Pinto¹; Alessandra Zanei Borsatto²; Danielle Copello Vaz³; Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio⁴; Livia Costa de Oliveira⁵

RESUMEN

Introducción: La telemedicina se muestra como una herramienta útil para el seguimiento de pacientes en cuidados paliativos, especialmente en el contexto de la pandemia de covid-19. **Objetivo:** Describir el uso de la telemedicina para pacientes en cuidados paliativos oncológicos en seguimiento ambulatorio en un hospital de referencia nacional. **Método:** Análisis retrospectivo de las teleconsultas médicas realizadas entre abril de 2020 y febrero de 2021 a pacientes ambulatorios seguidos en el hospital. Se analizaron datos demográficos y clínicos de los pacientes, características de la teleconsulta y gestión médica. Fue realizada una evaluación subjetiva con los profesionales responsables de los servicios que hacían el atendimento en telemedicina. **Resultados:** Fueron hechas 1645 llamadas médicas a 470 pacientes con una edad promedio de 62 años (54-73), la mayoría eran mujeres (n=258; 54,9%) y con *Karnofsky Performance Status* estimado en 40% o superior (n=423; 90,0%) en el momento del primer contacto a distancia. La mayoría de las llamadas fueron realizadas (n=928; 56,4%) para monitorear la carga de síntomas entre consultas presenciales. De estos, 612 (frecuencia relativa=65,9%) controlaron el síntoma en la llamada siguiente. La queja más prevalente fue el dolor (n=303; frecuencia relativa=32,7%) seguido de síntomas gripales (n=108; frecuencia relativa=11,6%). Entre los procedimientos señalados, el más prevalente (n=921; 56,0%) fue la asistencia únicamente de la persona responsable de tomar la medicación, sin necesidad de desplazamiento del paciente. **Conclusión:** La telemedicina demostró ser útil en el seguimiento de los síntomas de los pacientes con cáncer avanzado y permitió que los pacientes y cuidadores se quedasen en sus hogares, reduciendo el desplazamiento y, en consecuencia, el riesgo de contagio por covid-19.

Palabras clave: cuidados paliativos; atención ambulatoria, telemedicina.

ABSTRACT

Introduction: Telemedicine can be a useful tool for monitoring patients in palliative care, especially in the context of the COVID-19 pandemic. **Objective:** To describe the use of telemedicine for outpatients followed up in an Oncological Palliative Care unit in a national reference hospital. **Method:** A retrospective analysis of medical teleconsultations performed between April 2020 and February 2021 to outpatients followed up at the unit. Demographic and clinical data of patients, telehealth characteristics and medical management were analyzed. A subjective evaluation was carried out with the professionals responsible for the calls. **Results:** 1,645 medical teleconsultations were carried out to 470 patients with a mean age of 62 (54-73) years, mostly females (n=258; 54.9%) and with *Karnofsky Performance Status* estimated at 40% or higher (n=423; 90.0%) at the time of the first remote contact. Most of the teleconsultations were carried out (n=928; 56.4%) to monitor the burden of symptoms between in-person consultations. Of these, 612 (relative frequency=65.9%) controlled the symptom in the subsequent telehealth. The most prevalent complaint was pain (n=303; relative frequency=32.7%) followed by flu-like symptoms (n=108; relative frequency=11.6%). Of the clinical conducts planned, the most prevalent (n=921; 56.0%) was only for the person responsible to pick up the medications, the patient did not need to go to the hospital. **Conclusion:** Telemedicine proved to be useful in monitoring symptoms of patients with advanced cancer and it allowed patients and caregivers to stay in their homes, reducing displacement and, consequently, the risk of contagion by COVID-19.

Key words: palliative care; ambulatory care; telemedicine.

RESUMO

Introdução: A telemedicina pode ser um instrumento útil para o acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos, especialmente no contexto da pandemia por covid-19. **Objetivo:** Descrever o uso da telemedicina para pacientes em cuidados paliativos oncológicos acompanhados ambulatorialmente em uma unidade de referência nacional. **Método:** Análise retrospectiva de teleatendimentos médicos realizados entre abril de 2020 e fevereiro de 2021 a pacientes da unidade acompanhados ambulatorialmente. Foram analisados dados demográficos e clínicos dos pacientes, características do teleatendimento e conduta médica, e feita uma avaliação subjetiva com os profissionais responsáveis pelos teleatendimentos. **Resultados:** Foram realizados 1.645 teleatendimentos médicos a 470 pacientes com idade média de 62 (54-73) anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=258; 54,9%) e com *Karnofsky Performance Status* estimado em 40% ou superior (n=423; 90,0%) no momento do primeiro contato a distância. Os teleatendimentos foram realizados, em sua maior parte (n=928; 56,4%), para o monitoramento da carga de sintomas entre as consultas presenciais. Destes, em 612 (frequência relativa=65,9%), houve sintoma controlado no teleatendimento subsequente. A queixa mais prevalente foi dor (n=303; frequência relativa=32,7%) seguida por sintomas gripais (n=108; frequência relativa=11,6%). Entre as condutas traçadas, a mais prevalente (n=921; 56,0%) foi o comparecimento apenas do responsável pela retirada dos medicamentos, sem necessidade de deslocamento do paciente. **Conclusão:** A telemedicina mostrou-se útil na monitorização de sintomas de pacientes com câncer avançado e permitiu que pacientes e cuidadores se mantivessem em seus domicílios, reduzindo o deslocamento e, conseqüentemente, o risco de contágio por covid-19.

Palavras-chave: cuidados paliativos; assistência ambulatorial; telemedicina.

¹⁻⁵Instituto Nacional de Câncer, Unidade de Cuidados Paliativos, Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹E-mail: crisinha.silvapinto1@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-2349-6681>

²E-mail: alessandraboratto@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-4608-0918>

³E-mail: dani_copello@hotmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-2536-2492>

⁴E-mail: simonegarruth@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-5537-7399>

⁵E-mail: lilycostaoliveira@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-5052-1846>

Dirección para correspondencia: Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20560-121. E-mail: simonegarruth@gmail.com



INTRODUCCIÓN

En la última década, el uso de telemedicina en cuidados paliativos se viene incrementando progresivamente¹. Se puede definir la telemedicina como el uso de tecnologías virtuales, y telecomunicaciones, como instrumento para ofrecer servicios en salud¹. Últimamente, con el inicio de la pandemia de la covid-19², innumerables servicios han recurrido a esta modalidad de asistencia como estrategia para proseguir con el seguimiento seguro de pacientes, evitando desplazamientos y aglomeraciones en unidades asistenciales³, con la intención de mantener la promoción de la calidad de vida y el control de los síntomas⁴. La mayoría de los estudios acerca del tema aborda los beneficios en el ámbito de la telesalud, tanto para servicios asistenciales como para actividades de capacitación y entrenamiento de los equipos multidisciplinarios, con el objetivo de minimizar las repercusiones que el distanciamiento físico causó en la vida cotidiana de las personas^{5,6}.

Con la delimitación de los organismos competentes (Ministerio de la Salud, Consejo Federal de Medicina, Consejo Federal de Enfermería)⁷⁻⁹, fue estructurado el servicio de teleconsulta ambulatoria a pacientes acompañados en el Hospital del Cáncer (HC) IV, que es la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), de acuerdo con lo descrito por Pinto et al.¹⁰. Esta reestructuración fue realizada con el propósito de reducir el número de consultas presenciales, evitando, de esta manera, aglomeraciones y reduciendo el desplazamiento de pacientes y cuidadores hasta la UCP; ayudar en el monitoreo y control de síntomas, incluso con relación a la distribución de medicinas y materiales necesarios para la realización de los cuidados de los pacientes en sus propios hogares; y también rastrear, orientar y monitorear aquellos con síntomas sugestivos de covid-19¹⁰⁻¹². Las teleconsultas fueron realizadas, en su mayoría, por enfermero y médico, siendo las consultas con Psicología, Servicio Social y Nutrición bajo demanda¹⁰.

Las consultas por telemedicina empezaron en abril de 2020 y es probable que sean incorporadas de manera definitiva en el servicio, con el modelo rediseñado, inclusive con el final de la pandemia. Además de la percepción subjetiva de eficacia, hay datos internos de la unidad que no mostraron aumento en la demanda del Servicio de Emergencia o de la Internación Hospitalaria en todo este periodo. En este contexto, este trabajo tiene por objetivo describir el uso de la telemedicina para pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos exclusivos acompañados de manera ambulatoria en una unidad de referencia nacional.

MÉTODO

Análisis de datos obtenidos retrospectivamente por consulta a las historias clínicas de los pacientes con seguimiento de manera ambulatoria en la UCP del INCA, en Río de Janeiro-RJ, Brasil, que recibieron teleconsulta médica en el periodo de abril de 2020 a febrero de 2021.

El INCA es una institución pública de referencia para la prevención y control del cáncer en el Brasil. En el ámbito de la prestación de servicios asistenciales, cuenta con el HC I, II y III, establecidos en diferentes locales de la ciudad de Río de Janeiro, para el tratamiento específico modificador de enfermedad, es decir, cualquier intervención con el propósito de cura, aumento de la supervivencia y/o tiempo libre de la enfermedad, sea por quimioterapia, radioterapia o intervención quirúrgica. El HC IV es la UCP del INCA que recibe pacientes encaminados de todas las demás unidades asistenciales (HC I, II y III), sea al final de las posibilidades de líneas de tratamiento y no obtención de la cura, sea por la progresión de la enfermedad en vigencia de tratamiento (reflejando en no beneficio en su continuidad) o por el agravamiento de la condición clínica del paciente (no permitiendo la continuidad de las intervenciones terapéuticas específicas).

La atención ambulatoria a pacientes de la UCP es el proceso asistencial que involucra la atención de manera presencial y, actualmente, también el seguimiento por teleconsulta. El equipo responsable por la gestión y por la realización de las teleconsultas delineó la organización de las teleconsultas subsiguientes preprogramadas, manteniendo siempre la primera atención del paciente en la UCP como consulta presencial, para que se haga su evaluación por todo el equipo interprofesional. El mantenimiento de esta primera consulta buscó favorecer la realización de una acogida efectiva, y hasta atender a algunas demandas comunes a los pacientes y cuidadores que ingresan en la unidad, además del control de síntomas propiamente dicho, incluyendo la aclaración de dudas y la orientación adecuada de los objetivos de los cuidados paliativos. Asimismo, la concordancia del paciente y/o familiar siempre fue tenida en consideración, con la posibilidad de realización de la consulta convencional (presencial) en caso de preferencia¹⁰.

El intervalo del contacto fue planificado de acuerdo con los requerimientos presentados por el paciente a partir de la evaluación del equipo que le atendió presencialmente o a distancia, considerando la presencia y la intensidad de síntomas, de manera que los pacientes con síntomas más intensos o en mayor número eran reevaluados en menor intervalo de tiempo. El propio paciente o familiar también tenía la opción de hacer contacto con el servicio de teleconsulta por requerimiento espontáneo para

reportar dudas o cambios clínicos. Se ha elaborado un formulario estandarizado para direccionar las teleconsultas y todas las atenciones fueron documentadas en historia clínica electrónica, con la señalización de la modalidad de atención¹⁰.

Fueron previstas dificultades iniciales, definidas las metas y mantenidas las consultas presenciales para los casos en que la telemedicina no lograra equilibrar los requerimientos de manera segura y eficaz. Algunos flujos fueron revisados y redelineados en el transcurso del tiempo. La teleconsulta en la unidad fue realizada inicialmente por un médico y dos enfermeras con citas agendadas y requerimiento espontáneo, una psicóloga y una asistente social que recibían los casos seleccionados de acuerdo con la necesidad de pacientes y familiares, y, posteriormente, se inició la teleconsulta nutricional según los requerimientos y parecer. Detalles de esta estructuración del servicio están publicados en la Revista Brasileira de Cancerologia¹⁰.

En cada teleconsulta, el profesional de salud responsable investigó con el paciente y/o familiar la funcionalidad, los síntomas relacionados a la enfermedad oncológica y el manejo/funcionamiento de dispositivos invasivos, estomas y heridas con las orientaciones/conductas pertinentes a cada caso. El uso adecuado de medicinas y la adhesión terapéutica también fueron verificados. Comúnmente, también fueron evaluados síntomas relacionados a la covid-19, así como la necesidad de entrega de medicinas y materiales necesarios para el cuidado del paciente en el hogar. Los casos fueron discutidos entre la médica y la enfermera para la deliberación de la mejor conducta. En situaciones en las cuales la atención presencial se hizo necesaria, una consulta presencial fue inmediatamente programada. Cuando, por la evaluación del equipo de la teleconsulta, fueron cumplidos criterios que indicasen la necesidad de internación para soporte (control de síntomas intensos o cuidados de fin de vida), fue reservada una cama en la enfermería y el caso fue discutido con el equipo de médicos hospitalistas.

Vale resaltar, sin embargo, que los datos aquí presentados son parciales y se refieren exclusivamente a la teleconsulta médica a los pacientes en cuidados paliativos. Así, los criterios de inclusión fueron: (i) estar en cuidados paliativos; (ii) tener cáncer localmente avanzado o con metástasis a distancia confirmada histológica o clínicamente; (iii) no recibir ningún tratamiento antineoplásico con intención curativa; (iv) tener edad ≥ 20 años; (v) haber recibido teleconsulta médica en el periodo de interés del estudio. Fueron excluidos pacientes cuyos datos de interés no pudieron ser rescatados de las historias clínicas.

Todos los datos fueron obtenidos por medio de consulta a las historias clínicas, siendo ellos: demográficos

[edad (años) y sexo (masculino *vs.* femenino)], clínicos [sitio tumoral primario (tracto gastrointestinal *vs.* ginecológico *vs.* mama *vs.* cabeza y cuello *vs.* pulmón *vs.* piel, huesos y tejidos blandos *vs.* otros)] y funcionalidad (*Karnofsky Performance Status* – KPS). El KPS (variando de 0% [muerte] a 100% [función completa]) fue estimado por el médico responsable por la teleconsulta de acuerdo con la función física diaria relatada por el paciente en el momento de la evaluación¹³.

También fueron recolectados datos referentes al número de teleconsultas por paciente, persona responsable por el contacto, medio de consulta (teléfono *vs.* video), conducta médica, reprogramación de consulta siguiente (sí *vs.* no; tiempo en días), necesidad de monitorear (sí *vs.* no; tiempo en días), presencia de síntomas (sí *vs.* no) y tipo de síntomas (incluyendo la presencia de síntomas gripales, sugestivos de infección por la covid-19).

Además, ha sido realizada una evaluación subjetiva con los profesionales responsables por la teleconsulta con el fin de identificar puntos positivos y negativos relacionados a esta modalidad de atención.

El análisis estadístico fue realizado usando el software *Stata* 13.1 (*Stata Corp., College Station, Texas, EUA*). La prueba de Kolmogorov-Smirnov fue usada para evaluar la distribución de las variables. Las variables numéricas fueron descritas en mediana con intervalo intercuartil (IIQ), percentiles 25 y 75. Las variables categóricas fueron descritas como frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

Este estudio cumplió con la Resolución n.º 466/2012¹⁴ del Consejo Nacional de Salud y fue aprobado por el Comité de Ética en investigación del INCA, bajo el número de registro 4.685.226 (CAAE: 54919016.4.0000.5274).

RESULTADOS

Fueron evaluados los datos de 1645 teleconsultas médicas realizadas en el período del estudio (comprendiendo la atención a 470 pacientes diferentes), conforme queda demostrado en la Figura 1. Todas las teleconsultas fueron realizadas exclusivamente por un solo médico en el ambulatorio de la unidad en el período estudiado. Están incluidas tanto atenciones realizadas por ocasión de cita predefinida como por requerimiento espontáneo de pacientes o familiares.

La mediana de edad fue de 62 (IIQ: 54-73) años, con predominio de pacientes del sexo femenino (n=258; 54,9%) y con sitio tumoral primario ubicado en el tracto gastrointestinal (n=99; 21,1%), seguido por cabeza y cuello (n=87; 18,5%). La mayoría de los pacientes (n=423; 90,0%) presentó KPS estimado $\geq 40\%$ en el momento de la primera teleconsulta (Tabla 1).

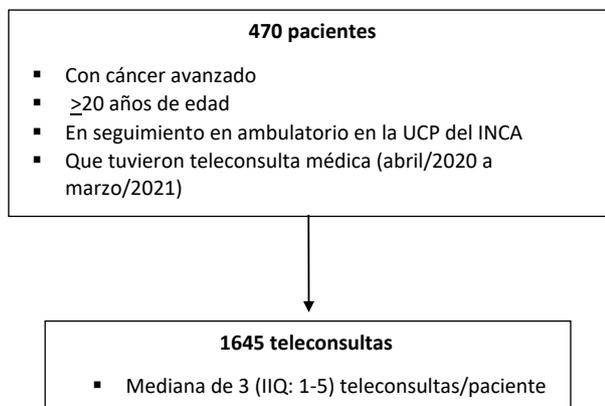


Figura 1. Teleconsultas médicas realizadas a pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos

Leyendas: UCP = Unidad de Cuidados Paliativos; INCA = Instituto Nacional del Cáncer; IIQ = intervalo intercuartil.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos que recibieron teleconsulta (n=470)

Variables	n (%)
Edad (años) [mediana (IIQ)]	62 (54-73)
Sexo	
Masculino	212 (45,1%)
Femenino	258 (54,9%)
Sitio tumoral primario	
Tracto gastrointestinal	99 (21,1%)
Cabeza y cuello	87 (18,5%)
Ginecológico	66 (14,0%)
Mama	60 (12,8%)
Pulmón	52 (11,1%)
Piel, huesos y tejidos blandos	44 (9,4%)
Otros (as) ^a	62 (13,2%)
KPS estimado (%)	
<40%	47 (10,0%)
>40%	423 (90,0%)

Leyendas: n = número de observaciones; IIQ = intervalo intercuartil; KPS = Karnofsky Performance Status.

(^a) Sistema nervioso central, riñón y aparato urinario, órganos genitales masculinos y femeninos, peritoneo, mediastino, sitio primario desconocido.

La mediana de teleconsultas realizadas por paciente fue 3 (IIQ: 1-5), siendo predominante la realización por llamada telefónica (n=1300; 79,0%). La mayoría de las teleconsultas tenía como persona responsable por el contacto al propio paciente (n=644; 39,1%) o su hijo(a) (n=493; 30,0%). La mayoría de las teleconsultas (n=928; 56,4%) fue realizada para el monitoreo de la carga de síntomas entre las consultas ambulatorias presenciales. Entre los pacientes con relato de síntomas, parte de ellos (n=612; frecuencia relativa=65,9%) no relató el síntoma descontrolado en la próxima atención. Entre los pacientes

que han obtenido teleconsulta para monitoreo de síntomas, la queja más prevalente fue dolor (n=542; 33%), seguida por síntomas gripales, sugestivos de infección por la covid-19 (n=197; 12%) (Tabla 2).

Tabla 2. Características descriptivas de las teleconsultas médicas a pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos (n=1645)

Variables	Total
Número de teleconsultas/paciente [mediana (IIQ)]	3 (1-5)
Persona responsable por el contacto	
El propio paciente	644 (39,1%)
Hijo(a)	493 (30,0%)
Compañero(a)	222 (13,5%)
Otros(as) ^a	286 (17,4%)
Medio de consulta	
Teléfono	1300 (79,0%)
Video	345 (21,0%)
Anticipación de la próxima consulta	
No	947 (58,5%)
Sí	668 (41,4%)
Tiempo del reprogramación (días) [mediana (IIQ)]	30 (20-30)
Necesidad de monitoreo antes de la consulta	
No	1315 (79,9%)
Sí	330 (20,1%)
Tiempo para monitoreo (días) [mediana (IIQ)]	5 (2-7)
Motivo de la teleconsulta	
Monitoreo de síntomas	928 (56,4%)
Otros	717 (43,6%)
Síntomas relatados en teleconsultas	
Dolor	542 (32,9%)
Síntomas gripales	197 (12,0%)
Sangrado	99 (6,0%)
Disnea	82 (5,0%)
Fatiga	82 (5,0%)
Otros	643 (39,1%)
Mantenimiento del síntoma en la atención siguiente	
No	612 (65,9%) ^b
Sí	316 (34,1%) ^b

Leyendas: n = número de observaciones; IIQ = intervalo intercuartil; SPA = Servicio de Emergencia.

(^a) Amigos, cuidadores u otros familiares.

(^b) Frecuencia relativa.

Las principales conductas trazadas fueron divididas en: 1 – asistencia solo de la persona responsable para recibir materiales y medicinas, cuando el paciente estaba estable (31,0%); o 2 – asistencia solo de la persona responsable para recoger medicinas nuevas o para interocurrencias agudas leves/moderadas, cuando el paciente presentaba algunos síntomas descontrolados, aunque pasibles de control luego del cambio en la prescripción (25,0%) (Gráfico 1).

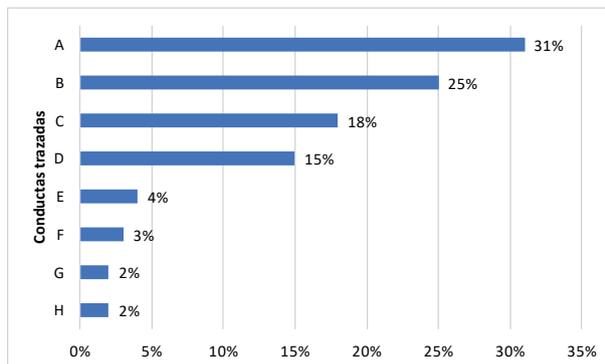


Gráfico 1. Conductas trazadas para la teleconsulta a pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos

A: Paciente estable, aunque con medicina/material insuficiente para el periodo interconsultas. Orientación para la asistencia solo del responsable en la unidad.

B: Paciente con algunos síntomas descontrolados, aunque pasibles de control solo con alteración en la prescripción médica. Orientación para la asistencia solo del responsable en la unidad para suministro de medicina.

C: Paciente con algunos síntomas descontrolados, ya en uso de las medicinas y sin posibilidad de control solo con atención a distancia. Orientación para asistencia solo del responsable y del paciente en la unidad.

D: Paciente estable, aunque con medicina/material suficiente en el hogar. Reprogramación de la consulta ambulatoria, postergando la fecha de la venida a la unidad.

E: Videoconferencia, pedido de material de la enfermería, recall para control de síntoma, atención luego del contacto de iniciativa del paciente, solicitud de examen de imagen o laboratorio, solicitud de radioterapia, orientación de retorno a la unidad de origen, paciente internado y/o solicitud de procedimiento.

F: Realización de prescripción médica.

G: Encaminamiento del paciente al Servicio de Emergencia.

H: Acogida familiar post fallecimiento.

DISCUSIÓN

Estos datos corroboran el relato de que la experiencia con el uso de la telemedicina fue benéfica, dado que la estrategia contribuyó para el mantenimiento de la asistencia segura y propició el monitoreo y el control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos, así como fue ya reportado por otros servicios asistenciales de salud¹⁵⁻¹⁷. Vale resaltar, sin embargo, que la teleconsulta no debe remplazar la consulta presencial en circunstancias diversas, por ejemplo, la primera atención al paciente con cáncer avanzado y en situaciones clínicas más graves y/o inestables en las cuales el examen físico y la atención presencial pueden ser considerados imprescindibles¹⁸.

En el contexto de la pandemia, la teleconsulta fue una importante estrategia para la reducción de la exposición de pacientes y familiares, disminuyendo la necesidad del uso de transportes, de permanencia en sala de espera para atención, entre otros. Además del beneficio individual, ayudó también en la reducción del número de personas circulantes en la UCP y, en el sentido más global, en la reducción de personas circulando en las calles, puesto que solo en el 18% de las atenciones fue necesaria la programación de una consulta presencial subsiguiente debido a la complejidad del requerimiento.

Se caracterizó también como un beneficio protector para el equipo de salud, que tuvo contacto con un menor número de personas en la unidad de salud, también posibilitó que profesionales portadores de factores de riesgo para casos graves de covid-19 pudiesen desempeñar su actividad asistencial en trabajo remoto (a partir del soporte del servicio de tecnología). Este mecanismo le posibilitó al servicio el mantenimiento de todos los profesionales en actividad asistencial, manteniendo la fuerza de trabajo y la *expertise* del equipo, puesto que profesionales considerados en su momento como pertenecientes al grupo de riesgo pudieron proseguir sus actividades en trabajo remoto por la teleconsulta. No hubo rechazo de los profesionales en la adhesión a la nueva modalidad, a pesar de haber sido incluidas en este estudio solo las consultas médicas.

Es importante resaltar que puede haber una dificultad inicial de adaptación a la nueva metodología de asistencia tanto por parte del profesional como de los pacientes/familiares, siendo necesario tiempo para que ambos actores del cuidado se sientan cómodos con la teleconsulta. Salem et al.¹⁹, en estudio cualitativo que involucra profesionales de salud y familiares de pacientes en cuidados paliativos, realizado entre 2015 y 2017, observaron la importancia de clarificar los objetivos y las limitaciones de la teleconsulta para evitar frustración de expectativas. Asimismo, refuerza la necesidad de una comunicación eficaz por ambos involucrados para proveer un cuidado de calidad.

Luego de la primera consulta presencial, la continuidad del cuidado puede ocurrir de forma fluida por telemedicina, no habiendo rechazo por parte de los pacientes en la adhesión. Tasneem et al.²⁰, en un estudio cualitativo para evaluación de videollamadas con pacientes, consideraron la experiencia buena y reportaron no haber pérdida en la relación médico-paciente. Además, los pacientes mantuvieron la confianza en la conducta trazada por el profesional, consideraron buena estrategia, más allá de confortable y económica, para optimizar el acceso al atendimento.

En un estudio sobre el uso de la videollamada en cuidados paliativos de Jess et al.²¹, emergieron seis temas

con ventajas y desventajas, barreras y facilitadores: rediseñando el cuidado; comunicación; percepción del usuario; tecnología; privacidad; e implicaciones económicas. La comunicación fue descrita como equivalente a la consulta presencial (videollamada con ventaja de la comunicación no verbal sobre la llamada convencional). Entre las ventajas, están la posibilidad de mantenerse en el hogar, evitando desplazamientos algunas veces dolorosos, mayor facilidad en el control de síntomas, buena aceptación por profesionales. Como desventajas, está la necesidad del acceso a la tecnología, de organización del servicio para propiciar local y equipos para los profesionales; estos pueden ponerse temerosos en abordar temas delicados.

En el presente estudio, en el 34% de las teleconsultas, el paciente presentó síntomas controlados, y la intervención necesaria fue brindar nueva receta/medicina; en el 15%, no fue necesaria ninguna intervención, ni siquiera la renovación de la receta médica, lo que puede ser justificado muchas veces por la distancia entre el hogar del paciente y la UCP, ya que no compensaría la ida al hospital para recibir medicinas de precio bajo y fácil adquisición; y, en el 20%, una atención presencial fue necesaria (ambulatoria, de emergencia o internación hospitalaria directa). Entre el 25% de los pacientes que necesitó de cambio de medicación, las más recurrentes fueron: ajuste de analgesia, rotación de opioides, antibioticoterapia para infecciones no complicadas y control del olor de heridas tumorales, así como inicio/optimización de antidepresivos y ansiolíticos.

La experiencia de un servicio de telemedicina en la India elaborado en el contexto de *lockdown* por la pandemia de la covid-19 fue descrita por Biswas et al.²². De los 314 pacientes atendidos, 157 necesitaron de orientación para control de síntomas, 129 para titulación de opioide y 86 demandaron revalidación de receta médica de opioide. Se verificó que 56 pacientes describieron estar muy satisfechos con el servicio y 152 se consideraron satisfechos.

Después de la teleconsulta, las consultas fueron reprogramadas con mediana de 30 días de intervalo. Los casos fueron evaluados individualmente y los pacientes que necesitaron de seguimiento más próximo fueron identificados, permitiendo un intervalo de cinco días en algunos casos. Además de estas consultas agendadas internamente, hubo demanda espontánea por parte de pacientes y familiares. Con eso, el número de teleconsultas realizadas con cada uno de los 470 pacientes fue variable, con mediana de tres atenciones para cada paciente. La teleconsulta propició, incluso, el monitoreo de pacientes, el proceso activo de muerte y la acogida de familiares en el post fallecimiento, práctica que anteriormente era ejecutada prioritariamente por psicólogos y asistentes sociales del servicio ambulatorio.

A pesar de no cuantificada, la dificultad en el acceso a la tecnología no fue una barrera para el uso de la telemedicina, como se temía inicialmente. La mayor restricción fue para el uso de la videollamada, pero no hubo dificultad cuando se trataba de atención remota por medio de llamada de voz.

Como limitaciones de este estudio, vale resaltar la naturaleza retrospectiva del delineamiento de la propuesta y la obtención de datos en historias clínicas electrónicas, es decir, registrados por otros profesionales y pasibles de sesgos, por ejemplo, relacionados a subregistros.

CONCLUSIÓN

Muchas transformaciones en el proceso asistencial derivadas de la pandemia deben ser mantenidas en el servicio aun después del retorno a la normalidad. La telemedicina se mostró útil en el monitoreo de síntomas de pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. Permitió también que pacientes y cuidadores se mantuviesen en sus hogares, reduciendo la necesidad de desplazamiento y el riesgo de contagio por covid-19. La atención remota podrá facilitar el seguimiento de pacientes con bajo KPS o aun de aquellos cuyo traslado hasta la consulta presencial podría generar mucho dolor o incomodidad.

APORTES

Todos las autoras contribuyeron substancialmente en la concepción y/o en la planificación del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a ser publicada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada que declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Hancock S, Preston N, Jones H, et al. Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):114. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0495-5>
2. World Health Organization. Geneva: WHO; c2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19; 2020 Mar 11 [cited 2020 Apr 12]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/>

- detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
3. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the time of coronavirus. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e12-e14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019>
 4. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre covid-19 [Internet]. São Paulo: ANCP; [2020] [acesso 2020 abr 20]. Disponível em: https://www.dropbox.com/s/g77qi6xk2jc8rky/FINAL_ANCP_Ebook_cuidados_COVID-19.pdf?dl=0
 5. Wakan GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, et al. Not dying alone - modern compassionate care in the covid-19 pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382(24):e88. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781>
 6. Grange ES, Neil EJ, Stoffel M, et al. Responding to COVID-19: the UW medicine information technology services experience. *Appl Clin Inform.* 2020;11(2):265-75. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709715>
 7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2020 mar 23 [acesso 2020 abr 7]; Edição 56-B; Seção I – Extra:1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
 8. Conselho Federal de Medicina (BR). Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2020 [acesso 2020 abr 10]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
 9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2020 mar 27 [acesso 2020 abr 10]; Edição 60; Seção 1:117. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-634-de-26-de-marco-de-2020-249995879>
 10. Pinto CS, Borsatto AZ, Vaz DC, et al. Teleatendimento ambulatorial em cuidados paliativos oncológicos: quebrando paradigmas e transformando a realidade atual. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(3):e-071732 doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1732>
 11. Freitas R, Oliveira LAF, Rosa KSC, et al. Cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado e covid-19. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(TemaAtual):e-1077. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077>
 12. Sampaio SGSM, Dias AM, Freitas R. Orientações do serviço médico de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos frente à pandemia de covid-19. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(TemaAtual):e-1058. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1058>
 13. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents.* New York: Columbia Univ Press; 1949. p.191-205.
 14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção 1:59.
 15. Hennemann-Krause L, Lopes AJ, Araújo JA, et al. The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliat Support Care.* 2015;13(4):1025-30. doi: <https://doi.org/10.1017/S147895151400100X>
 16. Worster B, Swartz K. Telemedicine and palliative care: an increasing role in supportive oncology. *Curr Oncol Rep.* 2017;19(6):37. doi: <https://doi.org/10.1007/s11912-017-0600-y>
 17. Chávarri-Guerra Y, Ramos-López WA, Covarrubias-Gómez A, et al. Providing supportive and palliative care using telemedicine for patients with advanced cancer during the covid-19 pandemic in Mexico. *Oncologist.* 2021;26(3):e512-e5. doi: <https://doi.org/10.1002/onco.13568>
 18. Silva MD, Schack EE. Outpatient palliative care practice for cancer patients during covid-19 pandemic: benefits and barriers of using telemedicine. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021;38(7):842-4. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909121997358>
 19. Salem R, El Zakhem A, Gharamti A, et al. Palliative care via telemedicine: a qualitative study of caregiver and provider perceptions. *J Palliat Med.* 2020;23(12):1594-8. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0002>
 20. Tasneem S, Kim A, Bagheri A, et al. Telemedicine video visits for patients receiving palliative care: a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36(9):789-94. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909119846843>
 21. Jess M, Timm H, Dieperink KB. Video consultations in palliative care: a systematic integrative review. *Palliat Med.* 2019;33(8):942-58. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216319854938>
 22. Biswas S, Adhikari SD, Gupta N, et al. Smartphone-based telemedicine service at palliative care unit during

nationwide lockdown: our initial experience at a tertiary care cancer hospital. Indian J Palliat Care. 2020;26(Suppl 1):S31-S35. doi: https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_161_20

Recebido em 10/5/2022
Aprovado em 29/11/2022