



ORIGINAL

Características de los pacientes con neoplasias hematológicas y con tumores sólidos atendidos por un equipo de soporte paliativo hospitalario

Beatriz García García^{*1}, María Jesús Boya Cristiá¹, Alfredo Domínguez Cruz¹, Yolanda Honrado López², Israel J. Thuissard Vasallo³ y Cristina Andreu-Vazquez³

¹Equipo de Soporte Paliativo Hospitalario, Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid, España. ²Centro de especialidades Los Ángeles. Getafe, Madrid, España. ³Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias Biomédicas y Salud, Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid, España.

Recibido el 24 de marzo de 2022

Aceptado el 2 de noviembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, neoplasias hematológicas, tumores sólidos, síntomas, final de vida.

Resumen

Antecedentes y objetivo: El interés por la atención paliativa en pacientes con neoplasias hematológicas está aumentando. Nuestro objetivo es describir las características de pacientes oncológicos valorados por un equipo de soporte paliativo en un hospital terciario y analizar las diferencias entre pacientes hematológicos y con tumores sólidos.

Método: Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo con una cohorte de pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica (hematológica o tumor sólido) valorados por equipo de soporte paliativo hospitalario. Comparamos variables clínicas, asistenciales y de supervivencia. El análisis de datos se realizó con la versión 15 del programa SPSS.

Resultados: De enero de 2015 a diciembre de 2018 se valoraron 1025 pacientes oncológicos (10,8 % hematológicos, 89,2 % sólidos). No se encontraron diferencias en situación funcional medida por la *Palliative Performance Scale*, presentación de síntoma principal, porcentaje de pacientes con dolor, tiempo de seguimiento ni en porcentaje de fallecidos en el ingreso en que fueron valorados. El paciente hematológico, comparado con el oncológico, tiene menos tratamiento opioide pautado (43 vs. 53 %; $p = 0,035$), es seguido con más frecuencia por recurso paliativo hospitalario que domiciliario (46,55 vs. 29,44 % el primero; 15,5 vs. 33,06 % el segundo; $p = 0,001$ en distribución) y fallece más en hospital (82,9 vs. 65,5 %; $p = 0,024$).

*Autor para correspondencia:

Beatriz García García

Equipo de Soporte Paliativo Hospitalario, Hospital Universitario de Getafe. Carretera Madrid - Toledo, km 12,500. 28905, Getafe. Madrid, España.

Correo electrónico: b.garcia@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1352/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Los pacientes con neoplasia hematológica presentan una carga sintomática similar a los pacientes con tumor sólido. Es importante identificar mejor sus necesidades para que puedan beneficiarse, como se ha demostrado con los pacientes oncológicos, de la atención integrada junto a los servicios de hematología con modelos de intervención acordes a sus necesidades y las trayectorias específicas de las enfermedades hematológicas.

Characteristics of patients with hematological and solid tumors malignancies attended by a hospital palliative care service

KEYWORDS

Palliative care, hematologic neoplasms, solid malignancies, symptom management, end of life.

Abstract

Background and objective: Interest in palliative care for patients with hematologic malignancies is increasing. Our goal is to describe the features of cancer patients evaluated by a supportive and palliative care service in a tertiary referral hospital, and to analyze the differences between patients with hematological malignancies and solid tumors.

Method: A retrospective longitudinal descriptive observational study was carried out in a cohort of hospitalized patients with oncological diseases (hematological or solid tumor) evaluated by a palliative care service. We compared clinical, healthcare and survival variables between both groups. The analysis was performed using the SPSS v.15 package.

Results: From January 2015 to December 2018, 1025 cancer patients were evaluated (10.8 % hematological tumor, 89.2 % solid tumors). No differences were found in functional status as measured by the *Palliative Performance Scale*, presentation of main symptom, percentage of patients with pain, time of follow-up, or percentage of deaths on admission to the evaluation. The hematological patient, compared to the oncological one, has less prescribed opioid treatment (43 % vs 53 %, $p = 0.035$), received greater hospital palliative care rather than home-based care (46.55 % vs 29.44 % the former and 15.5 % vs 33.06 % the latter, $p = 0.001$), and dies more frequently in a hospital (82.9 % vs. 65.5 %, $p = 0.024$).

Conclusions: Patients with hematological malignancies present a symptomatic burden similar to that of those with solid tumors. It is important to better identify their needs so that they can benefit, as has been demonstrated with cancer patients, from integrated care together with hematology services using intervention models according to their needs and specific disease trajectories.

García García B, Boya Cristiá MJ, Domínguez Cruz A, Honrado López Y, Thuissard Vasallo IJ, Andreu-Vazquez C. Características de los pacientes con neoplasias hematológicas y con tumores sólidos atendidos por un equipo de soporte paliativo hospitalario. *Med Paliat.* 2023;30:18-24.

INTRODUCCIÓN

El interés por la atención integrada del paciente con neoplasias hematológicas por los equipos de hematología y cuidados paliativos (CP) está aumentando en los últimos años¹⁻⁶.

Las neoplasias hematológicas abarcan un grupo de enfermedades heterogéneas en presentación, tratamiento y pronóstico. Los recientes avances en los tratamientos (quimioterapia, inmunoterapia, nuevos fármacos no citostáticos, anticuerpos monoclonales, trasplante de progenitores hematopoyéticos y terapias con células CART) han convertido a algunas de ellas en patologías potencialmente curables con tratamientos agresivos, y en otras se ha conseguido un aumento significativo de la supervivencia con periodos de estabilidad cada vez mayores. Es difícil predecir la trayecto-

ria de estas enfermedades en muchas ocasiones y podemos encontrar episodios de empeoramiento rápido, en relación con los tratamientos administrados o con recaídas agresivas, que dificulta la atención y toma de decisiones al final de la vida. Además, la mortalidad sigue siendo elevada por progresión de la enfermedad a pesar de los tratamientos disponibles, por la imposibilidad para administrarlos o por la toxicidad directa de los mismos^{7,8}.

Los enfermos hematológicos presentan sintomatología importante en frecuencia e intensidad, y está en relación con la enfermedad y/o con los tratamientos administrados. Los síntomas suelen estar más en relación con el fallo de la médula ósea⁵ que con la compresión de estructuras que ocasionan los tumores sólidos⁹. Las consecuencias de la hematopoyesis ineficaz (anemia, neutropenia y tromboci-

topenia) y sus complicaciones (infecciones, complicaciones hemorrágicas, astenia, disnea, delirium, náuseas o vómitos), los efectos secundarios y la toxicidad de los tratamientos específicos pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y se pueden mantener hasta estadios avanzados¹⁰. Se ha descrito que las necesidades físicas y psicosociales de estos pacientes son similares a las de aquellos con enfermedad oncológica¹⁰⁻¹², en quienes hay evidencia clara de beneficio en la atención conjunta y precoz de los servicios de Oncología y Paliativos^{13,14}. Sin embargo, la mayoría de los estudios aún siguen mostrando que la atención paliativa en el paciente hematológico se integra habitualmente en los tramos finales, aunque las necesidades estén presentes en diferentes momentos de la trayectoria de la enfermedad^{5,6,15,16}.

Las dificultades para esta atención integrada se identifican tanto en los equipos de hematología clínica y como de CP^{4,10}. En hematología existe aún una fuerte asociación con la fase próxima al fallecimiento^{10,17}. Hay poca experiencia en atención basada en necesidades y no en pronóstico, siendo esta atención compatible con tratamientos hematológicos específicos y contribuyendo a un cuidado más integral del paciente y su familia en cualquier momento de la enfermedad¹⁸; por supuesto, también en la fase final¹⁹. Desde CP, es fundamental entender las diferencias de la enfermedad hematológica respecto a la oncológica, por lo que la experiencia de CP en oncología no es superponible en su totalidad a la del paciente hematológico²⁰. En las neoplasias hematológicas la progresión de la enfermedad no siempre es lineal, se alternan episodios de remisión y recaídas, y no disponemos de criterios de progresión y de factores pronósticos tan claros, con empeoramientos bruscos por la evolución o los efectos secundarios de los tratamientos, que pueden acercar al final de una forma rápida y poco predecible en ocasiones. La dificultad en la estimación de supervivencia²¹ hace más compleja la toma de decisiones de final de vida y la información de situaciones de mal pronóstico. Otras características propias de las hemopatías malignas son la disponibilidad de múltiples líneas de tratamiento específico incluso en situaciones avanzadas, la dependencia de terapias hospitalarias que pueden dificultar la atención domiciliaria y la necesidad de reevaluar la continuidad de soporte transfusional en las fases finales de enfermedades con dependencia transfusional, según criterios clínicos y no tanto analíticos. Todo ello pide una respuesta nueva desde CP acorde a las necesidades específicas de estos pacientes.

El objetivo del estudio es valorar las necesidades de atención paliativa en pacientes hematológicos, atendidos por un equipo de soporte paliativo hospitalario (ESPH) en un hospital terciario, analizando diferencias en las características clínicas, asistenciales y supervivencia entre pacientes con neoplasia hematológica y sólida.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo sobre una cohorte de pacientes con enfermedad oncológica avanzada (localmente avanzada o metastásica), de origen hematológico y con tumor sólido, valorados por un ESPH durante su ingreso hospitalario desde el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2018.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: pacientes mayores de 18 años con enfermedad oncológica (hematológica o tumor sólido) en los que se solicitó valoración por el ESPH durante su hospitalización. Se excluyeron pacientes dados de alta o fallecidos en el momento de realizar la valoración, y aquellos que rechazaron la intervención del ESPH.

Las variables recogidas fueron:

- *Variables demográficas*: edad y sexo.
- *Variables clínicas*: tipo de neoplasia hematológica y sólida; datos de la primera valoración por ESPH: situación funcional mediante la escala *Palliative Performance Scale*, síntoma principal descrito por el paciente (dolor, astenia, disnea, delirium, otros, controlado o no valorable), presencia de dolor (sí/no) y analgesia pauta según escalera de la Organización Mundial de la Salud (sin analgesia, primer, segundo o tercer escalón).
- *Variables asistenciales*: servicio hospitalario que solicita la valoración por ESPH; paciente en programa de CP antes del ingreso (sí/no), equipo responsable de la atención paliativa al finalizar el ingreso (equipo de atención primaria, equipo de soporte paliativo de atención domiciliaria [ESAPD], unidad de cuidados paliativos [UCP], ESPH), tiempo de seguimiento por ESPH durante el ingreso (en días).

Para realizar el análisis de supervivencia, el periodo de observación se inició con la fecha de solicitud de valoración por el ESPH durante el ingreso y continuó hasta el fallecimiento o finalización del estudio, considerado el 15 de mayo de 2019.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, solo fue posible obtener la fecha de inicio de seguimiento de los pacientes valorados en 2017 y 2018. En los pacientes en los que no se conocía su estado al finalizar el periodo de observación, se consideró que el seguimiento se interrumpía con fecha del último proceso registrado en su historia clínica. De este grupo de pacientes se recogió el lugar de fallecimiento si procedía (hospital, UCP, domicilio, otros).

Análisis estadístico

Se realizó una estadística descriptiva básica expresándose los datos de las variables cuantitativas como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico) en función de su comportamiento paramétrico y los datos de las variables cualitativas como frecuencias absolutas (n) y relativas (proporción). Para la comparación de variables cualitativas entre los pacientes con enfermedad hematológica y tumores sólidos, se utilizó el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher, y para la comparación de variables cuantitativas, la prueba t de Student para muestras independientes o el test de U de Mann Whitney, en función del comportamiento paramétrico. Se realizó un análisis de supervivencia utilizando el test de Kaplan-Meier y la comparación de curvas de supervivencia mediante el test de Log-Rank. En todos los casos se aceptó una diferencia estadísticamente significativa con $p < 0,05$. Para el análisis de estos datos se utilizó la versión 15 del programa SPSS.

El protocolo de investigación del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Getafe (CEIm 19-37).

RESULTADOS

En el periodo del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2018, el ESPH valoró 1025 pacientes con enfermedad oncológica avanzada: 917 (89,5 %) con neoplasia sólida (Tabla I) y 108 (10,5 %) hematológica (Tabla II). La proporción de varones fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con tumores sólidos que en los pacientes hematológicos (65,8 vs. 52,8 %, respectivamente; $p = 0,014$). Las medianas (Q1, Q3) de edad fueron similares: 73 (67-79) años en los pacientes hematológicos y 72 (64-81) años en los oncológicos ($p = 0,788$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la mediana de la *Palliative Performance Scale* entre ambos grupos (tumores sólidos vs. hematológico: 40 (30-50) vs. 40 (30-60); $p = 0,240$).

En la distribución de los síntomas principales de cada grupo (Tabla III) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,443$). El 60 % de los pacientes hematológicos presentaba dolor frente al 63 % de los pacientes oncológicos

(NS). En la Tabla IV se refleja la distribución de pacientes según la analgesia que tenían pautada en el momento de la valoración. Se encontró diferencia significativa en la distribución de pacientes por la analgesia pautada entre los 2 grupos ($p = 0,025$). El 43 % de los pacientes hematológicos tenían pautada analgesia de tercer escalón y el grupo de tumores sólidos un 53 %, encontrándose estadísticamente significativa esta diferencia ($p = 0,035$). Asimismo, se halla una diferencia significativa ($p = 0,005$) entre los pacientes con tumor sólido sin analgesia en el momento de la primera valoración (11,8 %) y los pacientes con enfermedad hematológica (21,3 %).

El 46 % de los pacientes de ambos grupos fallece durante el ingreso en el que se realiza la valoración.

En relación con las variables asistenciales, los servicios de oncología médica, medicina interna y geriatría derivaron a la mayoría de los pacientes con tumor sólido (57,9, 19,4 y 8,6 %, respectivamente) siendo los servicios de hematología (84 %), medicina interna (8 %) y geriatría (5,5 %) los que derivaron a los pacientes hematológicos. La mediana de días de seguimiento por ESPH durante el ingreso de los pacientes hematológicos fue de 6 (1-11,5) días, similar a la de los pacientes con tumor sólido, que también fue de 6 (2-12) días ($p = 0,946$).

El 19,4 % de los pacientes hematológicos estaban en programa específico de CP antes del ingreso (consulta externa de ESPH, ESAPD o UCP), proporción similar a la de los pacientes con diagnóstico de tumor sólido (21,1 %; $p = 0,698$).

Aunque en ambos grupos el control de síntomas fue el motivo más frecuente de derivación (77,8 % en pacientes

Tabla I. Tipo de tumor en el grupo de pacientes con tumor sólido (n = 917).

Tipo de tumor sólido	n	%
Pulmón	229	24,97
Colorrectal	130	14,18
Páncreas	77	8,40
Otros	63	6,87
Gástrico	60	6,54
ORL	48	5,23
Mama	48	5,23
Urotelial	42	4,58
Hígado	35	3,82
SNC	32	3,49
Próstata	30	3,27
Desconocido	28	3,05
Biliar	26	2,84
Ovario	22	2,40
Renal	22	2,40
Ginecológico	14	1,53
Esófago	11	1,20

ORL: otorrinolaringológico. SNC: sistema nervioso central.

Tabla II. Tipo de neoplasia en el grupo de pacientes oncohematológicos (n = 107).

Neoplasia hematológica	n	%
Linfomas	40	37,38
Mieloma múltiple	30	28,04
Leucemia aguda	25	23,36
Síndromes mielodisplásicos	12	11,21

Tabla III. Distribución del síntoma principal en cada uno de los grupos de estudio.

	Hematológicos		Tumor sólido	
	n	%	n	%
Dolor	42	38,89	399	43,61
Astenia	22	20,37	142	15,52
Disnea	8	7,41	90	9,84
Delirium	4	3,70	34	3,72
Náuseas/Vómitos	4	3,70	27	2,95
Otros	7	6,48	94	10,27
Controlado	17	15,74	94	10,27
No valorable	4	3,70	35	3,83

Tabla IV. Analgesia pautada en el momento de la valoración.

	Hematológicos		Tumor sólido		p
	n	%	n	%	
1.º escalón	29	26,85	252	27,5	NS
2.º escalón	10	9,26	67	7,3	NS
3.º escalón	46	42,59	487	53,2	0,035
Sin analgesia	23	21,30	108	11,8	0,005

hematológicos y 67,8 % en pacientes con tumor sólido), se observó una diferencia en la distribución de los motivos entre los 2 grupos, resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,017$). En el grupo de pacientes hematológicos, el 15,7 % de los pacientes son derivados para gestión de alta y el 6,5 % por otros motivos, mientras que en los pacientes oncológicos son el 28,1 % y el 4,1 %, respectivamente. Respecto a la atención paliativa en el momento del alta (Tabla V), se encontraron diferencias significativas en la distribución entre los 2 grupos ($p = 0,001$), siendo más frecuente el seguimiento después del ingreso por ESPH en los pacientes hematológicos y por ESAPD en los oncológicos.

De los 529 pacientes atendidos desde el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018, 470 (88,9 %) tenían el diagnóstico de tumor sólido y 59 (11,1 %) hematológico. Al finalizar el periodo de seguimiento (15 de mayo de 2019) se desconocía el estado de 2 pacientes hematológicos y 16 seguían vivos; y de los pacientes con tumor sólido, en 35 se desconocía su situación y 26 no habían fallecido.

Durante el periodo de seguimiento, fallecen el 87 % de los pacientes con tumores sólidos y el 69 % de los hematológicos. Respecto al lugar de muerte (Tabla VI), la proporción de pacientes fallecidos en el hospital fue significativamente superior en el grupo de pacientes hematológicos respecto a los oncológicos (82,9 vs. 65,5 %; $p = 0,024$). La mediana de supervivencia en los pacientes hematológicos fue de 36 días (IC 95 %: 18-84) y en el grupo de tumores sólidos de 25 días (IC 95 %: 21-29). Asimismo, los pacientes con tumor sólido tenían 1,85 veces mayor riesgo de fallecer durante el segui-

miento que los pacientes con tumor hematológico (HR: 1,85; IC 95 %: 1,32-2,60; $p = 0,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que ambos tipos de pacientes tienen una carga sintomática y una situación funcional similares en el momento de la intervención de un equipo de paliativos, reforzando los hallazgos de estudios previos^{8,10-12}.

De los 1025 pacientes con neoplasias atendidos por ESPH, el 10,8 % tenían diagnóstico hematológico, una proporción que varía en estudios previos de características similares: 3,9 % en el estudio de Hung y cols.⁹ y 9,6 % en el de LeBlanc y cols.²².

La edad y situación funcional de ambos grupos son similares, y los 2 presentan dolor como síntoma principal. Según la literatura, la prevalencia de dolor en el paciente hematológico es del 27-76 %⁹. En nuestro estudio, el 38,9 % presenta dolor, siendo el síntoma más frecuente, como también reflejan estudios previos. El dolor es el motivo fundamental de derivación, sobre todo en los pacientes con mieloma múltiple²³, aunque en nuestro estudio el diagnóstico más frecuente es el síndrome linfoproliferativo. A pesar de tener una prevalencia de dolor similar a los pacientes oncológicos, reciben menos tratamiento con opioides, teniendo los pacientes hematológicos menos analgesia de tercer escalón prescrita (43 vs. 53 %), como también refleja el estudio de consumo de opioides de Jarlbaek y cols.²⁴.

La presencia de astenia, delirium y náuseas/vómitos es similar en ambos grupos; también la proporción de pacientes con buen control sintomático es semejante. Estos datos, en parte, son similares al estudio de LeBlanc y cols.¹² y al de Hochman y cols.¹¹. En este último, los síntomas en ambos grupos eran similares excepto en la astenia (51 vs. 42 % en enfermedad oncológica). En nuestro estudio también es algo mayor en los pacientes hematológicos (20 vs. 15 % en el oncológico), pero la prevalencia es menor y podría deberse al menor número de pacientes con leucemia aguda, que es la neoplasia hematológica más relacionada con anemia y, por tanto, con la astenia (23 % en nuestro estudio, 28 % en el de estudio referido). En el trabajo de Fadul y cols.¹⁰, hay más delirium en los pacientes hematológicos (41 vs. 16 %), diferencia posiblemente explicada por ser diagnósticos de delirium terminal en el contexto de derivaciones más tardías que en los pacientes oncológicos.

Nuestros datos, por tanto, también apoyan que los pacientes hematológicos tienen una carga sintomática similar a la del paciente oncológico y complementarían los únicos estudios realizados en nuestro país, los del grupo de Moreno-Alonso y cols.^{8,18}.

Uno de los mayores retos en el cuidado del paciente hematológico es identificar el momento idóneo para iniciar la colaboración entre hematólogos y CP⁶. En nuestro estudio, el tiempo que transcurre desde la derivación a ESPH y el fallecimiento es mayor en el paciente hematológico (36 días) que en el oncológico (25 días), no siendo así en otros estudios previamente mencionados en los que el tiempo de seguimiento es igual⁹ o mayor en los pacientes oncológicos: 46 días vs. 13 días¹⁰ o 56 días vs. 34 días¹². Casi la mitad

Tabla V. Equipo responsable de la atención paliativa al alta.

	Hematológicos		Tumor sólido	
	n	%	n	%
EAP	6	10,34	37	7,46
ESAPD	9	15,52	164	33,06
UCP	4	6,90	94	18,95
ESPH	27	46,55	146	29,44
Otros	12	20,69	55	11,09

EAP: equipo de atención primaria. ESAPD: equipo de soporte de atención paliativa, domiciliaria. ESPH: equipo de soporte paliativo hospitalario. UCP: unidad de cuidados paliativos.

Tabla VI. Equipo responsable de la atención paliativa al alta.

	Hematológicos (n = 41)		Tumor sólido (n = 409)	
	n	%	n	%
Domicilio	3	7,3	50	12,2
UCP	4	9,7	91	22,2
Hospital	34	82,9	268	65,5

UCP: unidad de cuidados paliativos.

de los pacientes fallecen durante el ingreso en el que se inicia el estudio y el seguimiento durante dicho ingreso es prácticamente igual, poniendo de manifiesto que son derivados, partiendo de una estimación pronóstica muy similar en ambos grupos por parte de los servicios de referencia. Estas diferencias respecto a estudios previos posiblemente se deban a la interacción entre ambas disciplinas después de años de trabajo conjunto en nuestro centro, en los que el equipo de hematología va poniendo cada vez más atención en la detección de síntomas y necesidades psicosociales a lo largo de la enfermedad y no solo en el tramo final, y el equipo de paliativos va aprendiendo a dar respuesta a las necesidades específicas de este tipo de pacientes, tal y como proponen distintos estudios que aportan recomendaciones para hacer posible esta integración^{5,6,19,20}.

Las características de los pacientes hematológicos, así como su relación con los equipos asistenciales^{4,25}, hacen que sean pacientes con mayor dependencia hospitalaria que los oncológicos. El 85 % de los pacientes hematológicos son derivados por el propio servicio de hematología clínica (58 % de los oncológicos por oncología médica). El seguimiento posterior por un recurso específico de cuidados paliativos en los pacientes hematológicos es fundamentalmente hospitalario (46 %, frente al 29,4 % de los oncológicos) siendo muy poco utilizado el recurso de soporte domiciliario (15 % vs. 33 % en los oncológicos), así como de las UCP.

El lugar de fallecimiento más frecuente en el paciente hematológico es el hospital (83 % en paciente hematológico vs. 66 % en el oncológico), como muestran estudios previos^{22,26,27} que reflejan la dependencia hospitalaria y la menor atención a las necesidades específicas de los pacientes hematológicos en el tramo final de la enfermedad, ya que siguen recibiendo terapias hospitalarias, muchas veces intensivas, sin haber realizado con ellos antes, o por lo menos al mismo tiempo, un proceso de planificación anticipada de decisiones y cuidados según los deseos y preferencias de paciente y familia.

Después de las primeras publicaciones sobre la atención paliativa integrada de los pacientes hematológicos que mostraban una atención centrada en el tramo final de la enfermedad^{2,4}, algunos estudios han ido mostrando el beneficio de dicha atención en contextos más precoces. El-Jawahri y cols. estudian el beneficio de la intervención de CP en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos^{28,29} en el primer ensayo clínico publicado de atención paliativa en pacientes hematológicos, con mejoría de síntomas, calidad de vida y síntomas emocionales en la segunda semana y sexto mes postrasplante. Este mismo autor, en otro ensayo clínico reciente en pacientes con leucemia aguda de alto riesgo³⁰, muestra mejoría de la calidad de vida, situación emocional y cuidados al final de la vida. La muestra de nuestro estudio no permite identificar necesidades según patologías hematológicas, pero sí ha podido mostrar que las necesidades y características del paciente hematológico son similares a las del oncológico, en quienes los beneficios de la atención integrada de los equipos de paliativos y Oncología están recogidos en múltiples estudios.

Nuestro estudio presenta limitaciones: la recogida de los datos y el análisis se ha realizado de una forma retrospectiva con la limitación que supone para el acceso a algunos datos, no está cuantificada la intensidad de los síntomas ni su diferencia en ambos grupos, y no están recogidas las

necesidades psicoemocionales y sociales del paciente ni de la familia, datos que aportarían una visión más completa de la situación de los pacientes en el momento de la intervención de paliativos.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que los pacientes con neoplasias hematológicas y con tumores sólidos derivados a un equipo específico de paliativos en el medio hospitalario presentan una carga sintomática y un tiempo de supervivencia similares. Este hecho podría reflejar unas necesidades en el paciente hematológico que pueden abordarse de forma integral junto a los equipos de hematología, independientemente del momento y pronóstico de la enfermedad, como se ha demostrado en el paciente oncológico. La dependencia hospitalaria del paciente hematológico conlleva una atención paliativa fundamentalmente en hospital, y el uso del recurso paliativo domiciliario es menos frecuente que en el paciente oncológico.

Las publicaciones previas de intervenciones centradas solo en el contexto final de vida del paciente hematológico están dando paso a la necesidad de estudios que permitan profundizar en la identificación y detección de sus necesidades específicas, así como en la evaluación de los beneficios de la planificación anticipada de decisiones, que nos permitan ir dando respuestas acordes a la heterogeneidad de las enfermedades hematológicas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

REFERENCIAS

1. Niscola P, Tendas A, Giovannini M, Scaramucci L, Perrotti A, de Fabritiis P, et al. Caring for terminal patients in haematology: The urgent need of a new research agenda. *Support Care Cancer*. 2015;23:5-7.
2. Epstein AS, Goldberg GR, Meier DE. Palliative care and hematologic oncology: The promise of collaboration. *Blood Rev*. 2012;26:233-9.
3. Niscola P, Tendas A, Efficace F. Early palliative care in patients with hematological malignancies: Where do we go from here? *J Pain Symptom Manage*. 2018;55:e1-2.
4. Manitta VJ, Philip JAM, Cole-Sinclair MF. Palliative care and the hemato-oncological patient: Can we live together? A review of the literature. *J Palliat Med*. 2010;13:1021-5.
5. Gatta B, LeBlanc TW. Palliative care in hematologic malignancies: A multidisciplinary approach. *Expert Rev Hematol*. 2020;13:223-31.
6. Cheng HWB, Lam KO. Supportive and palliative care in hemato-oncology: How best to achieve seamless integration and subspecialty development? *Ann Hematol*. 2021;100:601-6.

7. Button E, Bolton M, Chan RJ, Chambers S, Butler J, Yates P. A palliative care model and conceptual approach suited to clinical malignant haematology. *Palliat Med.* 2019;33:483-5.
8. Moreno-Alonso D, Porta-Sales J, Monforte-Royo C, Trelis-Navarro J, Sureda-Balari A, Fernández de Sevilla-Ribosa A. Palliative care in patients with haematological neoplasms: An integrative systematic review. *Palliat Med.* 2018;32:79-105.
9. Hung Y-S, Wu J-H, Chang H, Wang P-N, Kao C-Y, Wang H-M, et al. Characteristics of patients with hematologic malignancies who received palliative care consultation services in a medical center. *Am J Hosp Palliat Med.* 2013;30:773-80.
10. Fadul NA, El Osta B, Dalal S, Poulter VA, Bruera E. Comparison of symptom burden among patients referred to palliative care with hematologic malignancies versus those with solid tumors. *J Palliat Med.* 2008;11:422-7.
11. Hochman MJ, Yu Y, Wolf SP, Samsa GP, Kamal AH, LeBlanc TW. Comparing the palliative care needs of patients with hematologic and solid malignancies. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55:82-8.e1.
12. LeBlanc TW, Smith JM, Currow DC. Symptom burden of haematological malignancies as death approaches in a community palliative care service: A retrospective cohort study of a consecutive case series. *Lancet Haematol.* 2015;2:e334-8.
13. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2017;35:96-112.
14. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363:733-42.
15. Serrano Bermúdez G, Porta-Sales J, González-Barboteo J, Garzón-Rodríguez C, Pallejà Pejoan M, Fernández de Sevilla A. Neoplasias hematológicas y cuidados paliativos: revisión sistemática de la literatura. *Med Paliativa.* 2012;19:73-80.
16. Selvaggi KJ, Vick JB, Jessell SA, Lister J, Abraham JL, Bernacki R. Bridging the gap: A palliative care consultation service in a hematological malignancy-bone marrow transplant unit. *J Community Support Oncol.* 2014;12:50-5.
17. Morikawa M, Shirai Y, Ochiai R, Miyagawa K. Barriers to the collaboration between hematologists and palliative care teams on relapse or refractory leukemia and malignant lymphoma patients' care: A qualitative study. *Am J Hosp Palliat Med.* 2016;33:977-84.
18. Porta-Sales J, Guerrero-Torrelles M, Moreno-Alonso D, Sarrà-Escarré J, Clapés-Puig V, Trelis-Navarro J, et al. Is early palliative care feasible in patients with multiple myeloma? *J Pain Symptom Manage.* 2017;54:692-700.
19. LeBlanc TW, O'Donnell JD, Crowley-Matoka M, Rabow MW, Smith CB, White DB, et al. Perceptions of palliative care among hematologic malignancy specialists: A mixed-methods study. *J Oncol Pract.* 2015;11:e230-8.
20. Webb JA, Foxwell AM, Jones CA, El-Jawahri A, Kamal AH, Kayastha N, et al. Top ten tips palliative care clinicians should know about caring for patients with hematologic malignancies. *J Palliat Med.* 2019;22:1449-54.
21. Button E, Chan R, Chambers S, Butler J, Yates P. Lack of palliative mortality prediction tools for people with a hematological malignancy: Call for action. *J Palliat Med.* 2017;20:802-3.
22. LeBlanc TW, Ritchie CS, Friedman F, Bull J, Kutner JS, Johnson KS, et al. Adherence to measuring what matters items when caring for patients with hematologic malignancies versus solid tumors. *J Pain Symptom Manage.* 2016;52:775-82.
23. Snowden JA, Ahmedzai SH, Ashcroft J, D'Sa S, Littlewood T, Low E, et al. Guidelines for supportive care in multiple myeloma 2011. *Br J Haematol.* 2011;154:76-103.
24. Jarlbaek L, Hansen DG, Bruera E, Andersen M. Frequency of opioid use in a population of cancer patients during the trajectory of the disease. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2010;22:199-207.
25. LeBlanc TW, El-Jawahri A. When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist? *Hematology.* 2015;2015:471-8.
26. Beaussant Y, Daguindau E, Chauchet A, Rochigneux P, Tournigand C, Aubry R, et al. Hospital end-of-life care in haematological malignancies. *BMJ Support Palliat Care.* 2018;8:314-24.
27. Odejide OO, Cronin AM, Earle CC, Tulskey JA, Abel GA. Why are patients with blood cancers more likely to die without hospice? *Cancer.* 2017;123:3377-84.
28. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, Traeger L, Greer JA, Pirl WF, et al. Effect of inpatient palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316:2094-103.
29. El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, VanDusen H, Fishman SR, LeBlanc TW, et al. Effect of inpatient palliative care during hematopoietic stem-cell transplant on psychological distress 6 months after transplant: Results of a randomized clinical trial. *J Clin Oncol.* 2017;35:3714-21.
30. El-Jawahri A, LeBlanc TW, Kavanaugh A, Webb JA, Jackson VA, Campbell TC, et al. Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: A randomized clinical trial. *JAMA Oncol.* 2021;7:238-45.