



ORIGINAL

Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en Colombia

Marcela Erazo Muñoz^{*1}, Gabriela Sarmiento Brecher² y Claudia Colmenares Mejía³

¹Unidad para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. ²Programa Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica Colsanitas. ³Unidad de Investigaciones, Fundación Universitaria Sanitas

Recibido el 29 de enero de 2018

Aceptado el 22 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, cuidados paliativos al final de la vida, cuidado terminal, resultado del tratamiento, supervivencia, muerte.

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia del programa de soporte oncológico y cuidados paliativos durante 4 años de observación en una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá, Colombia.

Método: Estudio observacional de corte transversal, de pacientes con diagnóstico oncológico confirmado incluidos en el *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* entre 2012 y 2016. Se evaluaron variables demográficas, clínicas (tipo de diagnóstico, intención del tratamiento), lugar del fallecimiento, estancia e intervención precoz.

Resultados: Se incluyeron 1016 sujetos, con una mediana de edad de 67 años. El 59 % de los participantes fueron mujeres y el 1,2 % de los pacientes eran menores de edad. Las patologías más frecuentes fueron cáncer de origen hematolinfóide (20,3 %), cáncer colorrectal (11,1 %), cáncer de pulmón (11,0 %) y cáncer de mama (9,8 %). El 52,9 % de los pacientes egresaron por fallecimiento, el 14,5 % por finalización del tratamiento, en el 3,3 % de los casos se perdió el contacto y el 3,1 % cambió de lugar de atención. El 52,7 % de los fallecimientos ocurrió en el domicilio.

Conclusiones: Cerca de la mitad de los pacientes atendidos por este programa recibió soporte paliativo sintomático (enfocado a la enfermedad avanzada y/o en la fase terminal). De igual forma, aproximadamente la mitad de los pacientes fueron atendidos por primera vez por el grupo de soporte oncológico y cuidados paliativos 3 meses antes del fallecimiento (cuidados paliativos precoces). El lugar más frecuente de fallecimiento fue el domicilio, donde recibieron acompañamiento de un equipo multidisciplinario entrenado en cuidados paliativos.

*Autor para correspondencia:
Marcela Erazo Muñoz
Clínica Reina Sofía. Carrera 21 127 03, Bogotá, Colombia
Correo electrónico: maerazo@colsanitas.com

DOI: [10.20986/medpal.2019.1050/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1050/2019)

KEYWORDS

Palliative care, hospice care, terminal care, treatment outcome, survival, death.

Abstract

Objective: To describe the experience of an oncological support and palliative care program during 4 years of observation in a health service provider institution.

Methods: An observational, cross-sectional study. Patients with a confirmed cancer diagnosis who entered the Oncological Support and Palliative Care Program between 2012 and 2016 were included. Demographics, clinical variables (type of diagnosis, intention of treatment), place of death, stay, and early intervention were evaluated.

Results: A total of 1,016 subjects were included with a median age of 67 years; 59.0% of participants were women, and 1.2% were minors. The most frequent pathologies were hematolymphoid cancer (20.3%), colorectal cancer (11.1%), lung cancer (11.0%), and breast cancer (9.8%). Of all the patients involved, 52.9% died, 14.5% completed their treatment, 3.3% were lost to follow-up, and 3.1% changed their place of care; 52.7% of deaths occurred at home.

Conclusion: Nearly half of the patients treated by this program received symptomatic palliative support (focused on advanced disease and/or end stage). Similarly, approximately half of patients were first treated by the oncological support and palliative care group 3 months before their death (early palliative care). The most frequent place of death was the home, where they received support from a multidisciplinary team trained in palliative care.

Erazo Muñoz M, Sarmiento Brecher G, Colmenares Mejía C. Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en Colombia. *Med Paliat.* 2019;26(2):136-142.

Introducción

Los cuidados paliativos han mostrado ser una estrategia eficaz para mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes con cáncer como la de sus familias. A través de un acompañamiento activo durante la trayectoria de la enfermedad, es posible realizar prevención y una adecuada evaluación y control de los diferentes síntomas físicos y psicosociales¹. Los pacientes que reciben atención por equipos de cuidados paliativos presentan disminución en el número de visitas a servicios de urgencias, menos ingresos hospitalarios y mejor control sintomático. Se ha identificado que brindar cuidados paliativos en la enfermedad oncológica avanzada en los últimos 2, 3 o 6 meses de vida repercute de forma positiva en la calidad de vida del paciente y reduce la agresividad terapéutica al final de la vida (ingreso en unidades de cuidados intensivos, continuidad de quimioterapia en estadios finales de la enfermedad, no remisión a hospice)².

En relación con esto, el cuidado paliativo precoz ha sido definido como aquel en el que el tiempo transcurrido entre la primera atención por el equipo de cuidados paliativos y la fecha de fallecimiento es mayor a 3 meses³. La Asociación América de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) publicó en 2016 una guía de práctica clínica que incluyó los cuidados paliativos dentro de la atención estándar de cáncer. En dicha guía recomienda que los pacientes que presentan enfermedad oncológica avanzada reciban tratamiento de un equipo de cuidados paliativos para garantizar un adecuado control sintomático, educación sobre la enfermedad y el pronóstico, un plan claro de tratamiento, preparación para el abordaje de necesidades de afrontamiento, asistencia para la toma de decisiones y coordinación con otros niveles

de atención (nivel de evidencia moderado). Adicionalmente, para los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado, recomienda la inclusión temprana en cuidados paliativos, sugiriendo que se realice dentro de las 8 semanas siguientes al diagnóstico (nivel de evidencia moderada)⁴.

En Colombia, desde la década de los ochenta se iniciaron diferentes esfuerzos, aunque aislados, para brindar una atención integral y diferenciada a los pacientes que se encontraban al final de la vida⁵. Sin embargo, no fue hasta el año 2010 cuando se legisló, en el ámbito nacional y a través de la “Ley 1384 - Sandra Ceballos”, la atención mediante el cuidado paliativo como parte integral del manejo de los pacientes con cáncer y sus familias⁶. A partir de este contexto, y reconociendo el incremento en el número de pacientes susceptibles de recibir este tipo de atención, en 2012 se creó el *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* dentro de una red de instituciones prestadoras de servicios de salud, integrada por dos clínicas que atendían pacientes ambulatorios y hospitalarios, así como el programa de hospitalización domiciliaria, todos ubicados en Bogotá. La misión del programa estaba enfocada a realizar una intervención inicial temprana y continuar la atención de forma integrada en red entre el ámbito hospitalario, ambulatorio y domiciliario^{7,8}, bajo altos estándares de calidad^{9,10} y seguimiento continuo de los pacientes hasta el egreso del programa.

Los pacientes eran derivados al programa desde los servicios de oncología y hematología; a cada paciente se le realizaba una valoración inicial multidisciplinaria, en la que se definía el lugar de la prestación de servicios de acuerdo al resultado del índice de Karnofsky (IK). Los pacientes con un IK mayor o igual a 70 eran atendidos en consulta externa, con control mensual llevado a cabo por un equipo multidisciplinario.

plinario; aquellos con un IK entre 60 y 70 eran atendidos en internación hospitalaria o en el área de administración de medicamentos (control de síntomas) ambulatoria, de acuerdo al control sintomático; si el IK era menor o igual a 50, el escenario de atención sería el domicilio, con visitas médicas y de enfermería de acuerdo a las necesidades específicas y su control sintomático (visita diaria en caso de encontrarse en fase activa de fallecimiento, enfermería 24 horas en caso de alto requerimiento farmacológico por vía subcutánea o intravenosa).

Asimismo, los pacientes se dividían en dos grupos: aquellos que ingresaban para *soporte oncológico*, entendido como el enfoque terapéutico orientado a mejorar la calidad de vida de pacientes que recibían tratamiento oncoespecífico activo (quimioterapia y/o radioterapia) con fines curativos o paliativos; y aquellos que ingresaban para *soporte paliativo sintomático*, definido como el enfoque terapéutico orientado a la calidad de vida y al alivio del sufrimiento de pacientes que tenían criterios de enfermedad terminal por patología oncológica y que, por lo mismo, no estaban recibiendo tratamiento oncológico activo (en este grupo también se incluían aquellos pacientes que no aceptaron manejo oncoespecífico). Esta atención era realizada por médicos paliativistas, médicos generales, enfermeros jefes y psicólogos, según las necesidades del paciente.

El presente estudio tiene como objetivo describir la experiencia del programa de soporte oncológico y cuidados paliativos creado e implementado en la red de una institución prestadora de servicios de salud, caracterizando el tipo de atención prestada y los pacientes atendidos de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas, durante los 4 años de funcionamiento.

Material y métodos

Diseño y participantes

Estudio observacional de corte transversal realizado a partir del registro del *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos*. Consecutivamente se incluyeron pacientes de todas las edades (incluyendo pacientes pediátricos), que tenían un diagnóstico oncológico confirmado por patología y que habían sido atendidos por el mencionado programa entre abril de 2012 y hasta diciembre de 2016. Los registros duplicados fueron revisados y excluidos.

Criterios de inclusión

Los pacientes incluidos en este estudio se clasificaron en dos grupos de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión^{11,12}:

- *Soporte oncológico*:
 - Pacientes en tratamiento oncoespecífico activo (quimioterapia o radioterapia). Estos pacientes se dividieron, a su vez, en dos grupos:
 - Quimioterapia paliativa: pacientes que estaban recibiendo tratamiento orientado al control sintomático y a la mejoría de la supervivencia, sin opción de curación de la enfermedad.

- Quimioterapia curativa: tratamiento farmacológico empleado para impedir la reproducción de células cancerígenas.

- *Soporte paliativo sintomático*:

- Pacientes con criterios de enfermedad terminal por patología oncológica.
- Pacientes que no estaban recibiendo tratamiento oncológico activo.
- Pacientes que no aceptaron manejo oncoespecífico.

Fuentes de información y mediciones

A partir de la base de datos del programa, así como de las historias clínicas de cada paciente, se recolectó información relacionada con características demográficas, diagnóstico oncológico y tipo de tratamiento (soporte oncológico o soporte paliativo sintomático). También se recabó información relacionada con el lugar del fallecimiento (hogar, hospital) para aquellos pacientes que murieron en el periodo de interés.

Respecto a los pacientes que habían finalizado su participación en el programa (bien por muerte o fin del tratamiento), se estimó la estancia calculada como el tiempo entre la inclusión en el *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* y la fecha del fallecimiento confirmada por certificado de defunción o la fecha de fin del tratamiento. Adicionalmente, se estimó si la intervención en cuidados paliativos se realizó de forma precoz de acuerdo a lo planteado por Hui y cols. (tiempo superior a 3 meses entre la primera atención por el equipo de paliativos y la fecha del fallecimiento)³.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas se reportaron a través de medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a su naturaleza estadística. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado entre el género, intención terapéutica, momento de la intervención por parte del programa y las características de los pacientes, utilizando las pruebas de Wilcoxon y Kruskal-Wallis para las variables cuantitativas y el test de χ^2 o Fisher para las variables cualitativas, según correspondiese. Se establecieron como diferencias estadísticamente significativas aquellas con una $p \leq 0,05$, con pruebas de hipótesis a dos colas.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. En el desarrollo del mismo se han seguido las pautas éticas nacionales e internacionales en el manejo de la confidencialidad.

Resultados

Se incluyeron 1016 sujetos en el periodo de interés, con una mediana de edad de 67 años (rango intercuartílico o RIQ

56-76 años). El 59,0 % de los participantes fueron mujeres y solo el 1,2 % de los pacientes eran menores de edad. Las patologías oncológicas más frecuentes fueron aquellas de origen hematolinfóide (20,3 %), seguidas de cáncer colorrectal (11,1 %), cáncer de pulmón (11,0 %) y cáncer de mama (9,8 %). El 50,8 % de los pacientes incluidos en el programa recibieron soporte paliativo sintomático.

Respecto al género, no se encontraron diferencias en relación con la edad del momento de la inclusión en el programa. Por otra parte, y además de las patologías oncológicas hematolinfoides, el cáncer de origen colorrectal fue más frecuente entre los hombres, mientras que el cáncer de mama lo fue en las mujeres (Tabla I).

Al final del periodo, 266 pacientes se encontraban activos en el programa (26,2 %). De los egresados, el 52,9 % ocurrió por fallecimiento, el 14,5 % por finalización del tratamiento, en un 3,3 % de los casos se había perdido el contacto con el paciente y en el 3,1 % se dio un cambio de equipo por razones administrativas. El 52,7 % de los fallecimientos ocurrió en el domicilio.

Estancia

La mediana de estancia durante el periodo de observación para los pacientes que finalizaron su participación en el programa por fallecimiento fue de 3,2 meses (RIQ 0,9-7,3), la cual fue similar por género (mujeres 3,1 meses, RIQ 0,8-7,6 vs. hombres 3,5 meses, RIQ 0,9-6,5; $p = 0,89$). En cuanto a los tipos de cánceres, las pacientes con pato-

logía de ovario y mama estuvieron mayor tiempo dentro del programa (5,7 meses, RIQ 1,7-19,2 vs. 5,6 meses, RIQ 1,1-8,5, respectivamente), mientras que aquellos con cáncer hepático, del sistema nervioso central y primarios desconocidos permanecieron menor tiempo (0,4 meses, RIQ 0,1-4,2; 1,9 meses, RIQ 0,5-4,6; 2,5 meses, RIQ 0,5-7,5, respectivamente).

En los pacientes que finalizaron su participación en el programa por terminación de su tratamiento, la mediana de estancia fue mayor (5,6 meses, RIQ 3,9-8,1) que la de aquellos que fallecieron, especialmente en las mujeres (6,6 meses, RIQ 4,9-9,6 vs. 4,9 meses, RIQ 3,3-6,3; $p = 0,0004$); y, en particular en el cáncer de mama, la estancia fue mayor en aquellas pacientes que finalizaron tratamiento (6,7 meses, RIQ 5,2-10,3) que la de las fallecidas por este diagnóstico.

Intención terapéutica

Como se ha mencionado anteriormente, los pacientes del programa se dividieron en dos grupos: grupo de soporte oncológico, en el que se incluían los pacientes que estaban recibiendo tratamiento oncoespecífico (curativo o paliativo), y grupo de soporte paliativo sintomático, para los pacientes en los que el enfoque de manejo estaba orientado a la calidad de vida y alivio del sufrimiento. En el momento de la inclusión en el programa el 51 % de los pacientes correspondía al grupo de manejo paliativo sintomático (Tabla II).

Tabla I. Características de los pacientes en función del género

Característica	Hombres n = 416	Mujeres n = 600	p
Edad*	67 años (57-76)	66 años (54-76)	0,27
Diagnóstico			
Mama	1 (0,2 %)	99 (16,5 %)	-
Gastrointestinal	41 (9,9 %)	49 (8,2 %)	0,35
Pulmón	48 (11,5 %)	64 (10,7 %)	0,66
Hematolinfoides	89 (21,4 %)	117 (19,5 %)	0,46
Colorrectal	57 (13,7 %)	55 (9,2 %)	0,02
Páncreas	19 (4,6 %)	46 (7,7 %)	0,04
Ovario	-	33 (5,5 %)	-
Próstata	49 (11,8 %)	-	-
Sistema nervioso central	18 (4,3 %)	21 (3,5 %)	0,50
Primario desconocido	11 (2,6 %)	18 (3,0 %)	0,73
Cervicouterino	-	20 (3,3 %)	-
Hepático	9 (2,2 %)	15 (2,5 %)	0,72
Otros**	74 (17,8 %)	62 (10,3 %)	-
Intención			
Quimioterapia curativa	91 (21,9 %)	122 (20,4 %)	0,74
Quimioterapia paliativa	115 (27,6 %)	165 (27,5 %)	
Soporte paliativo sintomático	203 (48,8 %)	308 (51,4 %)	
Sin información	7 (1,7 %)	4 (0,7 %)	

*Mediana (rango intercuartílico). **Hace referencia a tumores genitourinarios, piel, tiroides, parótida, laringe, vía biliar y peritoneo.

Fuente: Los autores.

Tabla II. Características de los pacientes que finalizaron el seguimiento de acuerdo con la intención terapéutica

Característica	Quimioterapia curativa n = 214	Quimioterapia paliativa n = 280	Soporte paliativo sintomático n = 511	p
Edad*	58 años (46-68,5)	66,5 años (56-76)	70 años (60-79)	< 0,001
Estancia*	5,5 meses (3,9-7,8)	4,8 meses (1,7-8,7)	1,9 meses (0,5-5,8)	< 0,001
Fallecimiento en casa	1 (25,0 %)	58 (51,3 %)	213 (53,5 %)	0,50

*Mediana (rango intercuartílico). En 11 pacientes no se contaba con información sobre el tipo de intención al ingreso del programa. Estimaciones realizadas en los pacientes que habían finalizado el seguimiento por cualquier razón (muerte, fin de tratamiento, pérdida de contacto, razones administrativas).

Fuente: Los autores.

Momento de la intervención por el programa

En los pacientes que fallecieron durante el periodo de observación se encontró una intervención paliativa precoz del programa en el 48,6 % de los casos. Asimismo, en estos pacientes la edad era menor, los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de ovario y pulmón, y se observó un menor número de fallecimientos en el hospital (Tabla III).

Discusión

Uno de los principales aspectos que se han de considerar en el manejo de los pacientes con cáncer está relacionado con la integración de profesionales, equipos o programas de soporte oncológico y cuidados paliativos a las unidades de atención de cáncer para realizar una intervención temprana y coordinada^{1,13,14}.

Tabla III. Características de los pacientes que fallecieron en función del momento de la intervención del programa

Característica	Intervención precoz n = 212	Intervención no precoz n = 303	p
Edad*	68 años (60-76)	71 años (61-80)	< 0,001
Diagnóstico			
Mama	9 (4,2 %)	21 (6,9 %)	0,20
Gastrointestinal	23 (10,8 %)	31 (10,2 %)	0,82
Pulmón	36 (16,9 %)	34 (11,2 %)	0,06
Hematolinfoides	21 (9,9 %)	44 (14,5 %)	0,12
Colorrectal	20 (9,4 %)	27 (8,9 %)	0,83
Páncreas	23 (10,8 %)	30 (9,9 %)	0,72
Ovario	8 (3,7 %)	3 (0,9 %)	0,05
Próstata	11 (5,2 %)	12 (3,9 %)	0,50
Sistema nervioso central	12 (5,6 %)	15 (4,9 %)	0,72
Primario desconocido	10 (4,7 %)	10 (3,3 %)	0,41
Cervicouterino	7 (3,3 %)	8 (2,6 %)	0,66
Hepático	6 (2,8 %)	14 (4,6 %)	0,30
Otros**	26 (12,2 %)	54 (17,8 %)	-
Intención			
Quimioterapia curativa	3 (1,4 %)	3 (0,9 %)	< 0,001
Quimioterapia paliativa	78 (36,8 %)	42 (13,9 %)	
Soporte paliativo sintomático	129 (60,8 %)	257 (84,8 %)	
Sin información	2 (0,9 %)	1 (0,3 %)	
Lugar de fallecimiento			
Hospital	78 (36,8 %)	148 (48,8 %)	0,04
Domicilio	117 (55,2 %)	153 (50,5 %)	
Sin información	17 (8,0 %)	2 (0,6 %)	

*En 22 pacientes fallecidos no fue posible establecer la estancia en el programa. **Hace referencia a tumores genitourinarios, piel, tiroides, parótida, laringe, vía biliar y peritoneo.

Fuente: Los autores.

En este estudio se presenta la experiencia del *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos*, que integra varias sedes de una institución de salud en una ciudad, Colombia, a través del reporte de características generales de los pacientes, indicadores de estancia y momento de la intervención por el programa. En esta población, la patología oncológica hematolinfóide fue la más frecuente debido a que la institución era un centro de referencia para el manejo de pacientes atendidos por la especialidad de hematología. En cuanto a la localización de cáncer, los resultados obtenidos en este estudio se correlacionan con los del país. En el estudio de incidencia, mortalidad y prevalencia por cáncer en Colombia para el periodo 2007-2011 del Instituto Nacional de Cancerología¹³, se encontró que la tasa por 100000 habitantes de las principales localizaciones de cáncer en hombres era próstata (8721), estómago (3613), pulmón (2488) y colorrectal (2401), y en mujeres, mama (7627), cérvix (4462), colorrectal (2784) y pulmón (1497).

Aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos por este programa recibieron soporte paliativo sintomático, lo que se corresponde con la concepción tradicional en la que el cuidado paliativo se enfoca a la enfermedad avanzada y/o en fase terminal, es decir, cuando se han agotado las opciones de tratamiento oncológico. Sin embargo, la otra mitad de los pacientes atendidos recibieron la intervención del programa desde fases iniciales de la enfermedad, de forma integrada con la atención oncológica y como estrategia de soporte dirigido a la calidad de vida de los pacientes, con lo cual se logró mitigar el impacto negativo de la enfermedad mediante un acompañamiento continuo. Este acompañamiento, que se inicia en el momento del diagnóstico y que se brindaba en coordinación con los oncólogos, ha sido denominado por Hui y Bruera como modelo integrativo y ofrece como ventajas la mejora en la oportunidad para el acceso a cuidados paliativos permitiendo un apoyo de alta calidad, una disminución de ingresos hospitalarios y un mejor control sintomático^{12,14}.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el fallecimiento y el momento de ingreso en el programa, se encontró que cerca del 50 % de los pacientes atendidos recibieron cuidados paliativos precoces (3 meses antes del fallecimiento). Estos datos son superiores a los obtenidos en un estudio realizado en Houston, que encontró que el 33 % de los pacientes atendidos recibió atención por cuidados paliativos durante los 3 últimos meses de vida. Dentro de los motivos que explican esta diferencia, cabe resaltar la metodología del estudio, un tamaño de muestra superior (366 vs. 1016) y mayor tiempo de observación (6 meses vs. 4 años); adicionalmente, en el estudio de Houston solamente se incluyeron los pacientes atendidos en un centro de tercer nivel para el manejo de cáncer, mientras que en este estudio se incluyeron pacientes de cualquier nivel de atención (domiciliario, ambulatorio, hospitalario) con diagnóstico de cáncer².

Los beneficios de brindar cuidados paliativos precoces se relacionan con la reducción de ingresos en urgencias, las hospitalizaciones y el número de fallecimientos intrahospitalarios²; también se relacionan con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes¹⁵. Desafortunadamente, las mediciones relacionadas con los desenlaces en cuanto a manejo sintomático y calidad de vida no se realizaron desde el inicio del programa; por lo tanto, es una debili-

dad del presente estudio no poder aportar esta información. Respecto al lugar de fallecimiento, se encontró que en más de la mitad de los sujetos ocurrió en el domicilio; estudios similares que evalúan el lugar de fallecimiento de los pacientes que reciben cuidados paliativos tienen un porcentaje de fallecimiento menor en el domicilio. Suecia estableció desde 1977 la atención domiciliaria avanzada, brindando recursos en el hogar similares a los disponibles en un servicio de hospitalización, para permitir que los pacientes permanecieran más tiempo en casa y fallecieran allí¹⁵. Este servicio se extendió a pacientes con cáncer en 1995. En un estudio realizado en Suecia sobre la atención domiciliaria avanzada de pacientes con enfermedad oncológica, se encontró que el 45 % fallecieron en el hogar, el 22 % en el hospital y el 33 % en el hospice¹⁵. Al igual que en este estudio, los pacientes que fallecieron en el hogar contaron con el acompañamiento de un equipo multidisciplinario entrenado en cuidados paliativos, que garantizaba el adecuado seguimiento y control del paciente^{9,11-14}. Se ha identificado que cuanto más eficiente e integral sea la intervención paliativa en casa, más se reduce la tasa de fallecimientos intrahospitalarios por síntomas pobremente controlados y/o por agotamiento del cuidador¹⁶. Para aquellos casos en que no se considera factible el fallecimiento en casa, idealmente se debería contar con un hospice como escenario de atención paliativa para el fin de la vida, evitando la hospitalización en hospitales generales¹⁷.

Como se mencionó previamente, las principales limitaciones de este trabajo radican en la ausencia de registro de las mediciones relacionadas con la evaluación sintomática de los pacientes, la calidad de vida y la satisfacción del servicio prestado. A pesar de conocer las recomendaciones de la ASCO respecto a la remisión temprana a cuidados paliativos de los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer dentro de las 8 semanas de realizado el diagnóstico, este estudio no fue planteado de esta forma, y solo contempla el concepto de cuidados paliativos precoces relacionados con la atención por parte de un equipo de cuidados paliativos en los últimos 3 meses de vida.

Durante los 4 años de funcionamiento, el programa logró el acompañamiento multidisciplinario, multidimensional, continuo y en red para pacientes con diagnóstico oncológico de la institución. Este estudio permitió implementar mejoras en las herramientas de recolección de información y ampliar la evaluación de la eficacia de la intervención del equipo mediante el seguimiento de otros síntomas y de aspectos psicosociales no evaluados anteriormente. Se hace necesario definir la población global de pacientes con necesidades paliativas que requiere de la atención del programa, con miras a ampliar la cobertura actual hasta alcanzar un 100 % de los pacientes oncológicos y extender la atención a la población no oncológica con patología crónica avanzada terminal que se beneficie de una orientación paliativa de manejo.

Fuente de financiación/conflicto de intereses

La financiación del presente estudio fue realizada por la Clínica Colsanitas.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con el contenido de esta publicación.

Agradecimientos

Al equipo de trabajo del *Programa de Soporte Oncológico y Cuidados Paliativos* de la institución por participar activamente en la recolección de datos.

Bibliografía

- Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tan-nock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA*. 2008;299:1698-709.
- Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: Is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*. 2008;26:3860-6.
- Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014;120:1743-9.
- 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.
- Paz S, Clark D, Paz S, Clark D. Palliative care in Colombia. *Prog Palliat Care*. 2005;13:75-83.
- Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010 [Internet]. 2010 [consultado el 23 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>
- Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014. [consultado el 23 de octubre de 2017]. 103 p. Disponible en: www.thewpca.org/resources
- Benítez MA, Salinas A, Martín JJ, Martínez L. Cuidados paliativos. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. *Aten Primaria*. 2002;29:237-40.
- The Joint Comission. A Guide to help palliative care programs successfully complete. The Joint Commission (TJC) Certification Process [Internet]. 2011 [consultado el 23 de octubre de 2017]. Disponible en: https://c.ymcdn.com/sites/www.hospicefed.org/resource/resmgr/HPCFM_pdf_doc/CAPC_-_Guide_to_PC_Joint_Com.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. 2002 [consultado el 23 de octubre de 2017]. p. 1-52. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiaicp.pdf>
- Bruera E, Hui D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers. *J Palliat Med*. 2012;15:1261-9.
- Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med*. 2015;4:89-98.
- Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. Vol. 1. Instituto Nacional de Cancerología; 2015. 148 p.
- Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(5):CD007309.
- 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.
- Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy M, Jannert M, Fayers P. Place of death: Hospital-based advanced home care versus conventional care. *Palliat Med*. 2004;18:585-93.
- Hales S, Chiu A, Husain A, Braun M, Rydall A, Gagliese L, et al. The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:839-51.