

Utilización de los cuidados paliativos en pacientes con tumores hematológicos frente a pacientes con tumores sólidos en nuestro medio. ¿Existen diferencias significativas?

Use of palliative care in patients with hematological tumors versus patients with solid tumors in our setting. Are there differences?

Carmen Herrero-Carrasco^{1*}, Sergio Llorente-Prados², Victoria Acháva-Rodríguez-Valente², Rosalía Riaza-Grau¹, María L. Bengochea-Casado¹, Ma. del Mar Díaz-Goizueta¹, Lorena Ábalo-Pérez¹, Ma. José Requena-Rodríguez¹, Ramón Rodríguez-González¹, Margarita Berberana-de Murias¹, Pedro Sánchez-Godoy¹ y Gema Flox-Benítez²

¹Servicio Hematología y Hemoterapia; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

Resumen

Introducción: Los pacientes con tumores hematológicos (TH) suelen acceder más tarde y en menor proporción a los cuidados paliativos (CP) que aquellos con tumores sólidos (TS), a pesar de presentar necesidades similares. **Objetivo:** Este estudio analiza y compara la utilización de los CP entre ambos grupos en un hospital público de la Comunidad de Madrid. **Material y método:** Estudio observacional retrospectivo de 5188 pacientes (184 con TH, 5004 con TS) atendidos por la unidad de CP entre 2002 y 2023. Se recogieron datos clínicos, asistenciales y demográficos, incluyendo síntomas, tiempo en programa, uso de sedación y lugar de fallecimiento. **Resultados:** Los pacientes con TH eran de mayor edad (77,4 vs. 72,2 años; $p < 0,001$), con ingreso más tardío (1206 vs. 773 días desde el diagnóstico; $p < 0,001$) y menor permanencia en el programa (82,6 vs. 129,2 días; $p < 0,001$). Aunque la frecuencia de síntomas fue similar (TH: 95,1%; TS: 97,7%), la astenia-anorexia-caquexia fue más prevalente en TH (19,6% vs. 5,2%; $p < 0,001$), mientras que el dolor lo fue en TS. El ingreso por urgencias fue menos frecuente en TH (46,2% vs. 71,8%; $p < 0,001$). La mayoría fallecieron en el hospital (TH: 67,9%; TS: 58,5%; $p = 0,012$), sin diferencias en la necesidad de sedación. **Conclusiones:** Los pacientes con TH acceden más tarde y menos frecuentemente a los CP, permaneciendo menos tiempo en el programa, pese a presentar una carga sintomática comparable. Es prioritario promover una integración temprana y adaptada de los CP en hematología para mejorar la calidad de vida en fases avanzadas.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Tumores hematológicos. Tumores sólidos. Síntomas. Calidad de vida. Sedación.

Abstract

Introduction: Patients with hematological malignancies (HM) tend to access palliative care (PC) services later and less frequently than those with solid tumors (ST), despite having similar needs. **Objectives:** This study compares PC utilization between both groups in a public hospital in the Community of Madrid. **Material and method:** A retrospective observational study was conducted including 5,188 patients (184 with HM and 5,004 with ST) managed by the PC unit between 2002 and 2023. Demographic, clinical, and care-related variables were analyzed, including symptoms, time in the PC program, sedation, and place of death. **Results:** HM patients were older (77.4 vs. 72.2 years; $p < 0.001$), entered PC later (1,206 vs. 773 days

*Correspondencia:

Carmen Herrero-Carrasco
E-mail: carmenhachece@gmail.com

Fecha de recepción: 11-11-2024

Fecha de aceptación: 23-04-2025

DOI: 10.24875/SANGRE.24000023

Disponible en internet: 17-07-2025

Sangre. 2025;44(1):13-24

www.revistasangre.com

0036-4355 / © 2025 Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

from diagnosis; $p < 0.001$), and stayed for a shorter period (82.6 vs. 129.2 days; $p < 0.001$). Symptom burden at referral was similar (HM: 95.1%; ST: 97.7%), but fatigue-anorexia-cachexia was more frequent in HM (19.6% vs. 5.2%; $p < 0.001$), while pain was more common in ST. Emergency admission was less frequent in HM (46.2% vs. 71.8%; $p < 0.001$). Most patients died in hospital (HM: 67.9%; ST: 58.5%; $p = 0.012$), with no significant differences in the need for palliative sedation. HM patients are referred to PC later and less often, remaining for shorter durations despite comparable symptom burden. Early and tailored integration of PC into hematologic care is essential to improve quality of life in advanced stages.

Keywords: Palliative care. Hematological malignancies. Solid tumors. Symptoms. Quality of life. Sedation.

Introducción

La utilización de los cuidados paliativos es una práctica habitual en el seguimiento de los pacientes oncológicos. Los cuidados paliativos han pasado de ser introducidos únicamente al final de la vida a convertirse en una parte integral de la atención durante el curso de su enfermedad^{1,2}. Sin embargo, es conocido que los pacientes con tumores hematológicos (TH) parecen tener un menor acceso y más tardío a los servicios de cuidados paliativos que aquellos con tumores sólidos (TS)^{1,2}, a pesar de presentar síntomas comparables³.

Los pacientes con TS, aunque se deriven por patologías diferentes, tienden a tener unas características comunes a lo largo de su enfermedad⁴. Los pacientes con TH presentan diferentes factores que crean barreras específicas que dificultan su atención temprana en las unidades de cuidados paliativos, como la dificultad para establecer un pronóstico que caracterice la enfermedad como «avanzada o refractaria»⁵, los resultados dispares ante las terapias, los ingresos hospitalarios por complicaciones en ocasiones mortales, el curso de la enfermedad imprevisible³, el vínculo creado entre paciente y hematólogo utilizando en ocasiones terapias agresivas hasta los últimos días de la vida, y los problemas de organización institucional que dificultan el desarrollo de terapias extrahospitalarias². Todo esto complica la utilización temprana e integral de los cuidados paliativos en los pacientes con TH, dificultando satisfacer los verdaderos deseos de los pacientes en esta etapa final y conseguir una mejor calidad de vida⁶.

En los últimos años, diferentes países y organizaciones internacionales han reconocido y promovido la utilización temprana de los cuidados paliativos, con el fin de mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado³.

En España, en las comunidades autónomas se han puesto en marcha diferentes programas de cuidados paliativos, especialmente fomentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo mediante el Plan Nacional de Cuidados Paliativos⁷. Al igual que ocurre en otros países, en nuestro entorno el interés por los cuidados

paliativos en pacientes con TH parece ser menor que en aquellos con TS, aunque en los últimos años se está evidenciando un aumento⁸. El conocimiento sobre su utilización parece estar poco estudiado y documentado. Alrededor del 9,5% de todas las muertes por cáncer son causadas por TH en los Estados Unidos de América, mientras que solo representan el 0,4% de los estudios publicados².

En los pacientes con TS se conocen mejor las necesidades sintomáticas por las que son derivados inicialmente a estas unidades; sin embargo, hay pocos estudios que aborden las causas por las que los pacientes con TH son remitidos⁴.

Por estas razones, pensamos que era importante tomar conciencia de nuestra propia realidad y realizar un estudio en una unidad de cuidados paliativos de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid sobre la utilización de los cuidados paliativos en pacientes con TH comparándolos con pacientes con TS. El objetivo principal fue comparar la frecuencia y las características de la utilización de la unidad de cuidados paliativos del servicio de medicina interna de nuestro hospital entre pacientes con TS y con TH. Los objetivos secundarios incluyeron el análisis de las características demográficas, el tiempo de permanencia en el programa, la necesidad y las causas de sedación, y lugar del fallecimiento de los pacientes, así como detalles de los episodios asistenciales, como el promedio de ingresos, la duración de la estancia, el tipo de ingreso o de asistencia, y las características de los síntomas tanto de los TS como de los TH.

Método

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo a partir de la base de datos de la unidad de cuidados paliativos del servicio de medicina interna del Hospital Severo Ochoa en Leganés, un hospital de segundo nivel asistencial del Área 9 Sanitaria de la Comunidad de Madrid, de la Red Pública de España. Para el estudio se excluyeron los pacientes que no tenían un diagnóstico oncológico.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes, episodios asistenciales según el tipo de tumor y tiempo de demora hasta la inclusión en el programa de cuidados paliativos

	Tumores sólidos	Tumores hematológicos	p
Pacientes, n (%)	5004 (96,5)	184 (3,5)	
Edad al primer ingreso, años, media (DE)	72,23 (12,38)	77,4 (11,28)	< 0,001*
Sexo masculino, n (%)	3193 (63,8)	94 (51,1)	0,001†
Episodios, n (%)	8466 (94,4)	225 (2,6)	
Promedio ingresos, media (RIQ)	1,70 (1-13)	1,2 (1-4)	
Estancia, días, mediana (RIQ)	5 (3-9)	6 (2-11)	0,9079*
Estancia, días, media (DE)	7,54 (8.92)	8 (DE 9.34)	0,467*
Tiempo en el programa, mediana (RIQ)	33 (92) (DE: 325)	18 (35)	< 0,001*
Tiempo en el programa, media (DE)	129,17 (320,33)	82,62 (366,61)	0,091*
Tiempo entre diagnóstico y entrada en el programa, media, días (DE)	773,24 (1274,24)	1206,85 (1698,66)	0,004*

*Prueba t de Student.

†Prueba χ^2 .

DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartílico.

Se incluyeron las variables demográficas y clínicas de 5188 pacientes de los servicios de oncología médica y hematología, de los cuales 184 tenían diagnóstico de TH y 5004 de TS, que habían sido ingresados o fueron valorados mediante interconsulta por la unidad de cuidados paliativos, desde el 1 de febrero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2023. Analizamos los episodios asistenciales de los pacientes (las veces que fueron atendidos en la unidad de cuidados paliativos) durante el periodo registrado: 8466 para los pacientes con TS y 225 para los pacientes con TH. Los pacientes permanecen en la base de datos desde su ingreso o contacto con la unidad de cuidados paliativos hasta su fallecimiento o pérdida de seguimiento.

Definimos a los pacientes con TH como aquellos que tienen una enfermedad oncológica hematológica de base, y como pacientes con TS aquellos con procesos oncológicos sin origen hematológico como enfermedad de base.

Los datos incluyen información sobre características de los pacientes (datos demográficos, permanencia en el programa de cuidados paliativos, necesidad de sedación y su causa, fallecimiento y lugar de este) y características de los episodios asistenciales (promedio de ingresos, días de estancia, tipo de ingreso, servicio que lo solicita, características de los síntomas y enfermedad de base), tanto para TS como para TH.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software SPSS V24. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE),

aplicando como test de contraste de hipótesis la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney según correspondiera a variables paramétricas o no paramétricas. Las variables cualitativas se expresan como valores absolutos y sus valores relativos en porcentaje, utilizando como test de contraste de hipótesis la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera.

Resultados

Se incluyeron 184 (3,5%) pacientes con TH y 5004 (96,5%) con TS. La edad media de los pacientes atendidos en cuidados paliativos fue mayor en los que tenían TH (77,4 años; DE: 11,28) que en aquellos con TS (72,23 años; DE: 12,38) ($p < 0,001$). En ambos grupos, la mayoría de los pacientes eran varones (el 63,8% en TH y el 51,1% en TS) ($p = 0,001$) (Tabla 1).

Se registraron 8466 episodios asistenciales en la unidad de cuidados paliativos en los pacientes con TS y 225 en los pacientes con TH; fueron más frecuentes en los pacientes con TS (promedio de 1,7) que en los pacientes con TH (promedio de 1,2). El tiempo en el programa de cuidados paliativos fue significativamente menor ($p < 0,001$) en los pacientes con TH en comparación con los pacientes con TS (82.62 frente a 129.17 días) (Tabla 1).

El tiempo desde el diagnóstico hasta la entrada en el programa de cuidados paliativos en los pacientes con TH fue significativamente mayor (1206,85 días) que en los pacientes con TS (773,24 días) ($p = 0,004$) (Tabla 1).

Tabla 2. Ingreso o asistencia en la unidad de cuidados paliativos en los episodios asistenciales según el tipo de tumor

	Tumores sólidos	Tumores hematológicos	p
Episodios, n (%)	8466 (94,4)	225 (2,6)	
Tipo de ingreso o asistencia, n (%): Urgente	6081 (71,8)	104 (46,2)	< 0,001
Traslado	593 (7)	21 (9,3)	0,186*
Programado	603 (7,1)	6 (2,7)	0,007*
Servicio que solicita ingreso o consulta, total general, n (%):	8466 (100)	225 (100)	< 0,001*
Hematología	2 (0,1)	75 (33,3)	< 0,001 [†]
Urgencias	80 (0,9)	1 (0,4)	0,725 [†]
Medicina interna	612 (7,2)	25 (11,2)	0,037*
Paliativos/ESAD	201 (2,4)	3 (1,3)	0,498 [†]
Oncología	849 (10)	1 (0,4)	< 0,001 [†]
Resto de servicios	646 (7,6)	16 (7,2)	0,899*
No recogido	6076 (71,8)	104 (46,2)	< 0,001*

*Prueba χ^2 .[†]Prueba de Fisher.

ESAD: equipo de soporte de atención domiciliaria.

Los pacientes fueron incluidos en el programa de cuidados paliativos a través de ingreso hospitalario (vía urgente, programada o traslado) y mediante asistencia por interconsulta (desde hospitalización o consulta externa). El número de episodios de pacientes con TH que precisaron ser incluidos en el programa de cuidados paliativos a través del servicio de urgencias fue menor que el de los episodios de pacientes con TS (46,2% frente a 71,8%; $p < 0,001$). Las diferencias no fueron significativas entre ambos grupos cuando se trataba de ingresos programados o mediante traslado. El servicio de hematología fue el que más solicitudes de ingreso en cuidados paliativos formuló mediante interconsulta (Tabla 2).

Las causas por las cuales se solicitó interconsulta o ingreso en el programa de cuidados paliativos fueron el control de síntomas y la organización de los cuidados en ambos grupos. Al analizar los episodios asistenciales se observa un porcentaje de síntomas similar (TH 95,1% y TS 97,7%), sin diferencias significativas. El dolor fue el síntoma predominante en los TS, con el 29,1%, mientras que en los TH correspondió al 17,8% ($p < 0,001$). La disnea se evidenció en el 20,6% de los pacientes con TS y en el 17,3% de los pacientes con TH, sin diferencias significativas.

Tabla 3. Características de los síntomas de los episodios de hospitalización según el tipo de tumor

	Tumores sólidos	Tumores hematológicos	p
Episodios, n (%)	8466 (94,4)	225 (2,6)	
Síntomas, n (%):	8274 (97,7)	214 (95,1)	0,021*
Dolor	2465 (29,1)	40 (17,80)	< 0,001*
Disnea	1747 (20,60)	39 (17,30)	0,243*
Fiebre	908 (10,70)	38 (16,9)	0,006*
Delirio	574 (6,80)	20 (8,9)	< 0,226*
Anorexia, astenia, caquexia	440 (5,20)	44 (19,60)	< 0,001*
Náuseas, vómitos	374 (4,40)	0 (0)	< 0,001 [†]
Asintomáticos	192 (2,30)	11 (4,9)	0,021*
Otros	1766 (20,9)	33 (14,7)	0,024*

*Prueba χ^2 .[†]Prueba de Fisher.

En los pacientes con TH destaca la existencia de astenia, anorexia y caquexia en el 19,6%, un porcentaje clínicamente significativo en comparación con el 5,2% de los pacientes con TS que las presentaron ($p < 0,001$) (Tabla 3).

No se encontraron diferencias significativas entre los TH y los TS en relación con los fallecimientos hospitalarios y extrahospitalarios. La mayoría de los pacientes fallecieron en el ámbito hospitalario: 2925 (58,5%) de los que tenían TS y 125 (67,9%) de los que tenían TH; en menor medida, en sus domicilios o residencias: 506 (10,1%) de los TS y 14 de los TH (10%) (Tabla 4).

Necesitaron medidas de sedación el 17,3% de los pacientes con TH, sin diferencias significativas respecto a los pacientes con TS, principalmente por agonía (7,6%) y delirio/síndrome confusional (6,2%) ($p < 0,01$). De los pacientes con TS precisaron sedación el 12,7%, sobre todo por delirio/síndrome confusional (4,8%) y disnea (3,2%) (Tabla 5).

Analizamos la enfermedad de base de los episodios asistenciales de los pacientes con TH y TS que fueron remitidos a la unidad de cuidados paliativos, así como las causas de la derivación. Los episodios asistenciales de pacientes con TH que se derivaron en mayor porcentaje fueron leucemias agudas (37,8%), linfomas (24%) y mielomas (23,5%). Las principales causas de derivación fueron múltiples en los distintos grupos; entre ellas, el control de los síntomas (infecciones en todos los grupos; astenia, anorexia y agonía en leucemias y linfomas; y dolor mal controlado en el grupo de los mielomas) y la organización de los cuidados (Tabla 6). Entre los pacientes con TS, el mayor

Tabla 4. Fallecimientos de los pacientes y lugar donde se produjeron

	Tumores sólidos	Tumores hematológicos	p
Fallecimientos, n (%)	4913 (98,2)	181 (98,49)	1,000*
Lugar, n (%): Domicilio o residencia habitual	506 (10,1)	14 (10)	0,317*
Centro hospitalario	2925 (58,5)	125 (67,9)	0,012*
Desconocido	1573 (31,4)	45 (24,5)	0,051*

*Prueba χ^2 .**Tabla 5.** Causas de sedación de los pacientes

	Tumores sólidos	Tumores hematológicos	p
Sedación, n (%)	1077 (12,7)	39 (17,3)	0,054*
Causa de la sedación, n (%):	73,85 (87,2)	187 (87,1)	0,085*
Agonía	236 (2,8)	17 (7,6)	< 0,001*
Delirio o síndrome confusional	405 (4,8)	14 (6,2)	0,341*
Disnea	274 (3,2)	6 (2,7)	0,847*
Distrés psicológico	73 (0,9)	0 (0)	0,266†
Hemorragia	34 (0,4)	0 (0)	1†
Crisis comicial	10 (0,1)	0 (0)	1†
Obstrucción intestinal	1 (0,01)	0 (0)	1†
Dolor	48 (0,6)	0 (0)	1†

*Prueba χ^2 .

†Prueba de Fisher.

porcentaje de los episodios asistenciales fueron los tumores gastrointestinales (37.99%) y pulmonares (24.43%) (Tabla 7).

Se evidencia a lo largo de los años una mayor utilización, en números absolutos, de los servicios de cuidados paliativos por los pacientes con TH de manera progresiva, desde 2014 hasta finales de 2023. La utilización, en números absolutos, de la unidad de cuidados paliativos por pacientes con TS se ha mantenido en cifras relativamente similares desde 2009.

Discusión

En nuestro estudio hemos comparado las características y las frecuencias en números absolutos de la utilización de la unidad de cuidados paliativos del servicio de medicina interna de nuestro hospital por pacientes con TH y TS. En nuestra serie, destaca la

edad avanzada de los pacientes con TH en el momento de su derivación a cuidados paliativos, evidenciando diferencias significativas. Esto puede deberse a que los TH tienen un aumento de su incidencia entre la sexta y la séptima décadas de la vida^{9,10}, con una mediana de 70 años al diagnóstico², además del retraso en remitir a los pacientes a estas unidades.

Aunque en la actualidad los cuidados paliativos han pasado de ser introducidos solo al final de la vida a convertirse en una parte integral de la atención², nuestro estudio evidencia, al igual que la mayoría de los trabajos registrados en la literatura, que la frecuencia absoluta de su utilización es menor en los pacientes con TH que en aquellos con TS^{1,4}. Esto puede deberse a la existencia de diferentes barreras en la atención a los pacientes. Los familiares y los pacientes suelen tener un conocimiento limitado de los cuidados paliativos, considerándolos aplicables solo al final de la vida. Por otro lado, las características propias de la enfermedad hematológica, con una gran dificultad para establecer el pronóstico, incluso en pacientes con diagnósticos parecidos, sin que existan criterios claros para catalogar las neoplasias hematológicas como avanzadas o refractarias⁵, pudiendo evolucionar hacia un rápido deterioro de su situación clínica o a la mejoría con el tratamiento⁵. Muchos autores coinciden en la importancia de establecer y detectar parámetros pronósticos que puedan predecir cuándo remitir a estos pacientes a una unidad de cuidados paliativos. Kripp et al.¹¹ establecieron tres grupos de riesgo: de larga, intermedia o corta supervivencia. Sin embargo, Odejide et al.¹² plantean que el deterioro de la calidad de vida es el factor más importante en el momento de decidir cuándo el paciente ha llegado al final de su vida.

Otro factor que entorpece la derivación precoz a las unidades de cuidados paliativos es la relación médico-paciente; el médico hematólogo, que ha acompañado al paciente a lo largo del curso de la enfermedad, intenta mantener una actitud curativa hasta el final de la vida^{5,11,13,14}, y es más reticente a enviar a su paciente a una unidad especializada de cuidados paliativos, donde este permanece menos tiempo. Quizás esta circunstancia es también la causa por la que en nuestra serie evidenciamos que los pacientes con TH ingresaron con menor frecuencia por urgencias y un gran porcentaje de ellos fueron atendidos por interconsulta a la unidad de cuidados paliativos. En ocasiones, como refieren Hui et al.¹⁵ y otros autores^{3,6,16,17}, se prescriben terapias agresivas y sin un beneficio claro en cuanto a supervivencia a pacientes gravemente deteriorados con una expectativa de vida menor de 1 mes. Para

Tabla 6. Diagnóstico de base en los episodios asistenciales de pacientes con tumores hematológicos

Diagnóstico de base en pacientes con tumores hematológicos N.º episodios: 225	Causas de derivación a cuidados paliativos	n	%
Leucemia aguda 85 (37,8%)	Organización de cuidados	26	30,6
	Astenia, anorexia, agonía	9	10,5
	Infecciones	26	31,7
	Hemorragias	6	7,1
	Enfermedad tromboembólica	1	1,2
	Dolor mal controlado	2	2,4
	Otras causas: insuficiencia cardíaca fiebre tumoral	15	17,8
Linfoma 54 (24%)	Organización de cuidados	10	18,5
	Astenia, anorexia, agonía	11	20,5
	Infecciones	9	16,9
	Hemorragias	0	0
	Enfermedad tromboembólica	0	0
	Dolor mal controlado	5	9,3
	Otras causas	19	35,6
Mieloma múltiple 53 (23,5%)	Organización de cuidados	12	23,1
	Astenia, anorexia, agonía	4	7,7
	Infecciones	10	19,1
	Hemorragias	1	1,9
	Enfermedad tromboembólica	0	0
	Dolor mal controlado	8	15,4
	Otras causas	18	34,5
Síndrome mielodisplásico 23 (10,2%)	Organización de cuidados	6	28,6
	Astenia, anorexia, agonía	3	14,3
	Infecciones	6	28,6
	Hemorragias	1	4,8
	Enfermedad tromboembólica	0	0
	Dolor mal controlado	1	4,8
	Otras causas	6	28,6
Leucemia linfocítica crónica 5 (2,20%)	Organización de cuidados	2	40
	Infecciones	1	20
	Hemorragias	1	20
	Astenia, anorexia, agonía	1	20
Síndrome mieloproliferativo 2 (0,92%)	Organización de cuidados	1	50
	Otras causas	1	50
Amiloidosis 3 (1,3%)	Organización de cuidados	1	33,3
	Otras causas	2	66,6

Tabla 7. Diagnóstico base en los episodios asistenciales de pacientes con tumores sólidos

Diagnóstico de base en pacientes con tumores sólidos N.º episodios: 8466	Causas de derivación a cuidados paliativos	n	%
Cáncer de pulmón o mesotelioma 2069 (24,43%)	Organización de cuidados	93	4,5
	Astenia, anorexia, agonía	81	3,9
	Dolor	251	12,1
	Infecciones	660	31,9
	Hemorragias	49	2,3
	Enfermedad tromboembólica	77	3,7
	Otras causas: Insuficiencia cardíaca, fiebre tumoral	858	41,5
Cáncer gastrointestinal 3212 (37,99%)	Organización de cuidados	194	6
	Astenia, anorexia, agonía	166	5,2
	Infecciones	621	19,3
	Hemorragias	174	5,4
	Enfermedad tromboembólica	107	3,3
	Dolor mal controlado	421	13,1
	Otras causas	1529	47,6
Cáncer ginecológico 974 (11,5%)	Organización de cuidados	50	4,9
	Astenia, anorexia, agonía	50	4,9
	Infecciones	191	18,7
	Hemorragias	25	2,4
	Enfermedad tromboembólica	39	3,8
	Dolor mal controlado	144	14,1
	Otras causas	525	51,3
Cáncer de cabeza y cuello 658 (7,77%)	Organización de cuidados	22	6,7
	Astenia, anorexia, agonía	10	3
	Infecciones	100	30,4
	Hemorragias	16	4,9
	Enfermedad tromboembólica	3	0,9
	Dolor mal controlado	62	18,8
	Otras causas	116	35,3
Cáncer urológico 1136 (13,14%)	Organización de cuidados	66	5,8
	Hemorragias	46	4
	Astenia, anorexia, agonía	40	3,5
	Enfermedad tromboembólica	35	3,1
	Dolor mal controlado	202	17,8
	Infecciones	304	26,8
	Otras causas	443	39

(Continúa)

Tabla 7. Diagnóstico base en los episodios asistenciales de pacientes con tumores sólidos (*continuación*)

Diagnóstico de base en pacientes con tumores sólidos N.º episodios: 8466	Causas de derivación a cuidados paliativos	n	%
Cáncer neurológico 146 (1,68%)	Organización de cuidados	27	18,54
	Astenia, anorexia, agonía	14	9,6
	Infecciones	19	13
	Hemorragias	1	0,7
	Enfermedad tromboembólica	6	4,1
	Dolor	7	4,8
	Otras causas	72	49,3
Cáncer de piel 94 (0,93%)	Organización de cuidados	5	5,3
	Astenia, anorexia, agonía	5	5,3
	Infecciones	16	17
	Hemorragias	5	5,3
	Enfermedad tromboembólica	3	3,2
	Dolor	13	13,8
	Otras causas	47	40
Otros tumores 1870 (21,63%)	Organización de cuidados	289	15,5
	Astenia, anorexia, agonía	79	4,2
	Infecciones	476	25,5
	Hemorragia	47	2,5
	Enfermedad tromboembólica	92	4,9
	Dolor	113	6
	Otras causas	774	41,7

intentar establecer criterios clínicos en su aplicación, la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) ha establecido una escala de magnitud del beneficio clínico específica para terapias hematológicas (ESMO-MCBS:H, *Magnitude of Clinical Benefit Scale for Haematological Malignancies*)¹⁸.

Sin embargo, esta actitud de los médicos va cambiando a lo largo del tiempo, defendiendo los cuidados tempranos e integrales. Por ello, al igual que otros autores^{16,19,20}, coinciden con muchos hematólogos en cambiar la denominación de «cuidados paliativos» por la de «cuidados de apoyo». Según un estudio, en opinión de los hematólogos, «la integración temprana de la atención de apoyo junto con el tratamiento activo debe ser el modelo de elección en los entornos de hematología para lograr los mejores resultados y una mejor calidad de vida»²⁰.

Otra causa que puede influir son los niveles institucionales organizativo y político, que no consiguen que estos cuidados extrahospitalarios lleguen pronto y no se excluya a los pacientes con TH del acceso a terapias integrales que palien sus verdaderas necesidades y mejoren su calidad de vida al final de sus días²¹. Los servicios de cuidados paliativos domiciliarios y extrahospitalarios no se han adaptado a los pacientes que tienen necesidades como el uso de antibióticos de amplio espectro, hemoderivados, nutrición parenteral y dispositivos intravasculares^{3,22,23}. En algunos países, como los Estados Unidos de América, se ha establecido una legislación para permitir la administración de hemoderivados en el entorno extrahospitalario de cuidados paliativos²⁴. Los beneficios de los cuidados paliativos tempranos, el desarrollo de la telemedicina y la cooperación entre cuidadores y médicos en

ámbitos ambulatorios y asistencia domiciliaria están bien demostrados, pero como refieren diversos autores todavía no se han implantado por completo en los pacientes con TH²⁵⁻²⁷.

En los pacientes con TS se conoce cuáles son las necesidades sintomáticas por las que son remitidos a las unidades de cuidados paliativos de forma inicial, pero hay pocos estudios que hablen sobre las causas sintomáticas de los pacientes con TH remitidos a estas unidades⁴. En nuestro análisis, en concordancia con el estudio de Nada et al.¹, los porcentajes totales de síntomas, tanto para TH como para TS, fueron similares y en número significativo². Sin embargo, la frecuencia de presentación de estos síntomas difiere respecto a lo observado por otros autores²⁸⁻³⁰. Al igual que en la serie de Hochman et al.⁴, en nuestro grupo de TS los motivos de derivación a cuidados paliativos más comunes fueron el mal control del dolor y la disnea, mientras que en el grupo de TH predominaron de forma significativa la astenia, el cansancio, la anorexia y la caquexia (19,6%). Otras series han registrado porcentajes mayores, de alrededor del 55% y el 69%²⁹⁻³¹, siendo la fatiga el síntoma que más deteriora la calidad de vida de estos pacientes^{4,32}. Esto puede explicarse, como indican Allart Vorelli et al.³², por la fisiopatología de la anemia secundaria a la propia enfermedad hematológica o a efectos del tratamiento, aunque es posible que la anemia no explique por completo la causa de este síntoma. Steensma et al.³³ no encontraron correlación entre los niveles de hemoglobina del paciente y el síntoma de fatiga, ni se ha demostrado una relación con las transfusiones de sangre administradas³⁴. Chan et al.³⁴ establecieron criterios en un análisis de evidencia de la administración de hemoderivados y antibióticos, para una mejora sintomática en estos pacientes. Otras causas que pueden explicar la fatiga son la utilización de terapias agresivas en etapas tardías de la enfermedad, los ingresos en unidades de cuidados intensivos, la realización de trasplantes de células madre⁴, el tratamiento de pacientes de edad avanzada con importante comorbilidad³⁵ y la asociación de síntomas psicológicos o enfermedades psiquiátricas, junto con la angustia de familiares y pacientes no solo asociada a la enfermedad, sino también a la espera de resultados positivos³⁶.

En nuestra serie, la mayoría de los pacientes en ambos grupos fallecieron en el ámbito hospitalario, siendo las necesidades de sedación similares en los dos grupos. En un estudio realizado por la red de investigación del Reino Unido³⁶ se observó, igual que en nuestra serie, que la mayoría de las muertes por TH

ocurrían en el hospital (58%), pero que el lugar preferido por la mayoría de los pacientes, aunque con diferencias por distintos factores, era el extrahospitalario³⁶. Al contrario, el estudio de Howell et al.³⁷ encontró en el grupo de TH un importante número de pacientes que preferían morir en el hospital. De la misma manera, Kirtane et al.³⁸ analizaron las diferencias de tratamiento durante los últimos 30 días de vida en 9468 pacientes con TS y TH, y encontraron que los que padecían TH tenían tasas más altas de hospitalización y cuidados intensivos, teniendo más probabilidades de morir en el hospital y una planificación de la atención paliativa menos avanzada^{38,39}.

El tiempo de permanencia en el programa de cuidados paliativos fue significativamente menor en el grupo de TH, de modo similar a otros estudios⁴⁰ que encuentran una media de 14 días en pacientes hematológicos y de 2-3 meses en pacientes con TS.

La utilización temprana de cuidados paliativos durante el curso de la enfermedad puede ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitando en ocasiones terapias agresivas sin beneficio claro⁴. En nuestra serie, el tiempo desde el diagnóstico hasta la utilización de los cuidados paliativos fue significativamente mayor en los pacientes con TH que en los pacientes con TS.

En cuanto a los TS, los más frecuentes en nuestra serie fueron los gastrointestinales y pulmonares, posiblemente debido a su mayor prevalencia en la población. De los TH, la mayoría fueron leucemias agudas, linfomas y mielomas. Los criterios de derivación fueron el control de los síntomas (infecciones, astenia y agonía) y la organización de los cuidados paliativos. Para algunos autores, como Tsang y LeBlanc⁴¹, se deben agrupar los diferentes tipos de TH para conocer mejor sus necesidades y experiencias únicas, y definir distintos enfoques que puedan mejorar la vida de los pacientes. Los linfomas agresivos pueden producir un rápido declive físico (fiebre, sudores nocturnos y complicaciones neurológicas), mientras que los linfomas indolentes producen un empeoramiento gradual que dificulta saber cuándo son necesarios los cuidados paliativos. Los pacientes con mieloma tienen complicaciones únicas que requieren un tratamiento de por vida, como el dolor, la fatiga, la neuropatía, las fracturas patológicas y la enfermedad renal⁴¹. En nuestra serie destaca un número no tan alto de mielomas como podríamos esperar, donde el dolor tiene una alta prevalencia; en algunos estudios, como el de Derio Palacios et al.⁴², alcanza el 96.7%, siendo en algunas revisiones de la literatura una de las principales causas de derivación⁴³. Esta circunstancia puede deberse a la

experiencia de los hematólogos de nuestro servicio en tratar este síntoma y a la ayuda de las unidades del dolor, aunque algunos pacientes fueron derivados por muy mal control y mala respuesta al tratamiento. Con la incorporación de nuevas terapias, como las células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T), algunos estudios han encontrado una utilización de los cuidados paliativos del 31%, los cuales han ayudado al manejo de los síntomas y la planificación anticipada de la atención y la toma de decisiones complejas⁴¹.

El porcentaje de pacientes con TH que utilizaron los cuidados paliativos en relación con el total de los pacientes con neoplasias registrados fue en nuestra serie del 3,54%, menor que en las series presentadas en otros países, como la de Hochman et al.⁴ (8,7%). El porcentaje de mortalidad de este tipo de cánceres es muy bajo con respecto al total de muertes por cáncer, que en los Estados Unidos de América es aproximadamente del 9,8%⁴⁴ y el informado en España por la Sociedad Española de Oncología Médica en 2022 sobre el periodo de 2020 fue del 7,42%⁴⁵. En los TS, el porcentaje respecto al total de neoplasias registradas (96,4%) se aproxima a la tasa de mortalidad asociada a estos tumores en relación con el total de muertes por cáncer en España, que fue del 92,57% en 2020⁴⁵. Estos hallazgos evidencian una derivación insuficiente de pacientes con TH a los servicios de cuidados paliativos en comparación con los pacientes con TS.

Hemos objetivado, al igual que Rao et al.⁴⁶, que en nuestra serie existe a lo largo de los años un claro ascenso en el número de pacientes hematológicos que son remitidos a la unidad de cuidados paliativos, salvo en 2021, cuando el número descendió quizás debido a las consecuencias de la pandemia de COVID-19. Este aumento evidenciado puede deberse a un mayor conocimiento por parte de los facultativos de estas unidades de cuidados paliativos y de los beneficios que pueden ofrecer a sus pacientes.

Conclusiones

En nuestro entorno, la utilización de los servicios de cuidados paliativos para los pacientes con TH es menor, en términos absolutos, que para los pacientes con TS, en consonancia con la literatura médica.

Los pacientes con TH fueron de mayor edad y presentaron un porcentaje de síntomas importantes similar al de los pacientes con TS, cuando fueron remitidos a la unidad de cuidados paliativos. Los síntomas de astenia, anorexia y caquexia fueron más predominantes de forma significativa en el grupo de TH con respecto al

de TS, posiblemente debido a su derivación en etapas más tardías de la enfermedad.

En general, el motivo de derivación fue el control de los síntomas y la organización de los cuidados al final de la vida. La mayoría de los pacientes fallecieron en el ámbito hospitalario.

Los pacientes con TH son derivados a las unidades de cuidados paliativos en menor proporción y en una fase más avanzada, por lo que permanecen menos tiempo en estos programas, probablemente en relación con las características especiales de estos tumores y la alta implicación del hematólogo manteniendo una actitud activa hasta el final de la vida.

En nuestra serie, en los últimos años se evidencia un aumento de la utilización de cuidados paliativos en pacientes con TH, en relación con un mayor conocimiento de estos por parte de los médicos.

Nuestros hallazgos indican la necesidad de conocer y optimizar el uso de los cuidados paliativos en la población de enfermos con TH, con el fin de dar a los pacientes una atención integral (que asocie tratamientos con intención curativa), precoz y de calidad, promoviendo y mejorando la asistencia hospitalaria, y en especial la extrahospitalaria, intentando mejorar las barreras que restringen el acceso a los cuidados paliativos al final de la vida. Los cuidados escalonados pueden ser una alternativa; los pacientes van recibiendo más cuidados en relación con sus necesidades⁴⁷. Todo ello concuerda con la definición de cuidados paliativos de la Organización Mundial de la Salud, en la que defiende que «hay que abordar a pacientes con enfermedades potencialmente mortales, no solo a aquellos con enfermedades incurables»⁴⁸. En el campo de la medicina es fundamental no solo prolongar la vida, sino también ayudar a los pacientes a lograr una buena muerte⁴⁹.

En mayo de 2024, la American Society of Clinical Oncology publicó una adaptación de sus guías clínicas en la que establece unas directrices, basadas en la evidencia clínica, sobre la integración de los cuidados paliativos en oncología. Los médicos oncólogos deberían derivar a los pacientes con TS avanzados y TH a un equipo de cuidados paliativos interdisciplinario especializado, que brinde atención ambulatoria y hospitalaria desde el comienzo de la enfermedad, junto con el tratamiento activo de su cáncer⁵⁰.

Agradecimientos

A la Dra. S. Plaza-Canteli, exjefa de la unidad de cuidados paliativos del Hospital Severo Ochoa.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- 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.
- Ulrich W. Haematological malignancies in older people 4. Palliative care of patients with haematological malignancies: strategies to overcome difficulties via integrated care. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2:746-53.
- Shaulov A, Aviv A, Alcalde J, Zimmermann C. Early integration of palliative care for patients with haematological malignancies. *Br J Haematol*. 2022;99:14-30.
- 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.
- Glare P. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003;327:195-8.
- Verhoef MJ, Nijs EJM, Ootjers CS, Fiocco M, Fogtelo AJ, Heringhaus C, et al. End-of-life trajectories of patients with hematological malignancies and patients with advanced solid tumors visiting the emergency department: the need for a proactive integrated care approach. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020;37:692-700.
- Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (Consultado el 20-12-2022.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/home.htm>.
- Corbett CL, Johnstone M, Trauer JM, Spruyt O. Palliative care and hematological malignancies: increased referrals at a comprehensive cancer centre. *J Palliat Med*. 2013;16:537-41.
- Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman E. Incidence of haematological malignancy by subtype: a report from the Haematological Malignancy Research Network. *Br J Cancer*. 2011;105:1684-92.
- Bron D, Ades L, Fulop T, Goede V, Stauder R. Aging and blood disorders: new perspectives, new challenges. *Haematologica*. 2015;100:415-7.
- Kripp M, Willer A, Schmidt C, Pilz LR, Gencer D, Buchheidt D, et al. Patients with malignant hematological disorders treated on a palliative care unit: prognostic impact of clinical factors. *Ann Hematol*. 2014;93:317-25.
- Odejide OO, Salas Coronado DY, Watts CD, Wright AA, Abel GA. End-of-life care for blood cancers: a series of focus groups with hematologic oncologists. *J Oncol Pract*. 2014;10:e396-403.
- Bandieri E, Sichiatti D, Luppi M, Di Biagio K, Ripamonti C, Tognoni G, et al. Is pain in patients with haematological malignancies under-recognised? The results from Italian ECAD-O survey. *Leuk Res*. 2010;34:334-5.
- 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.
- Hui D, Bansal S, Park M, Reddy A, Cortes J, Fossella F, et al. Differences in attitudes and beliefs toward end-of-life care between hematologic and solid tumor oncology specialists. *Ann Oncol*. 2015;26:1440-6.
- Hui D, Park M, Liu D, Reddy A, Dalal S, Bruera E. Attitudes and beliefs toward supportive and palliative care referral among 54 hematologic and solid tumor oncology specialists. *Oncologist*. 2015;20:1326-32.
- Ma Z, Li H, Zhang Y, Zhang L, Huang G, Zhang Y, et al. Prevalence of aggressive care among patients with cancer near the end of life: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2024;71:102561.
- Kiesewetter B, Dafni U, de Vries EGE, Barriuso J, Curigliano G, González-Calle V, et al. ESMO-MCBS Working Group and Extended Working Group ESMO. Magnitude of Clinical Benefit Scale for haematological malignancies (ESMO-MCBS: H) version 1.0. *Ann Oncol*. 2023;34:734-71.
- Dalal S, Palla S, Hui D, Nguyen L, Chacko R, Li Z, et al. Association between a name change from palliative to supportive care and the timing of patient referrals 51 at a comprehensive cancer center. *Oncologist*. 2011;16:105-11.
- Dowling M, Fahy P, Houghton C, Smalle MA. Qualitative evidence synthesis of healthcare professionals' experiences and views of palliative care for patients with a haematological malignancy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29:10.
- Booker R, Dunn S, Earp MA, Sinnarajah A, Biondo PD, Simon JE. Perspectives of hematology oncology clinicians about integrating palliative care in oncology. *Curr Oncol*. 2020;27:313-20.
- Cheng BHW, Sham MMK, Chan KY, Li CW, Au HY. Intensive palliative care for patients with hematological cancer dying in hospice: analysis of the level of medical care in the final week of life. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32:221-5.
- Odejide OO. A policy prescription for hospice care. *JAMA*. 2016;315:257-8.
- Hematology.org. ASH President applauds introduction of legislation for palliative blood transfusions. (Consultado el 31-01-2023.) Disponible en: <https://www.hematology.org:443/newsroom/press-releases/2021/ash-president-applauds-introduction-of-legislation-for-palliative-blood-transfusions>.
- Prado BL, Haider A, Naqvi S, Pestana RC, Williams JL, Dibaj S, et al. Changes in the care setting of first consults to palliative and supportive care over a seven-year period. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57:86-92.
- LoCastro M, Mortaz-Hedjri S, Wang Y, Mender JH, Norton S, Bernacki R, et al. Telehealth serious illness care program for older adults with hematologic malignancies: a single-arm pilot study. *Blood Adv*. 2023;7:7597-607.
- Weisse CS, Melekis K, Cheng A, Konda AK, Major A. Estudio de métodos mixtos de las experiencias al final de la vida de pacientes con neoplasias hematológicas en entornos de atención residencial domiciliar de cuidados paliativos sociales. *JCO Oncol Pract*. 2024;20:779-86.
- 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.
- Manitta V, Zordan R, Cole-Sinclair M, Nandurkar H, Philip J. The symptom burden of patients with hematological malignancy: a cross-sectional observational study. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42:432-42.
- 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.
- Johnsen AT, Tholstrup D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Health related quality of life in a nationally representative sample of haematological patients. *Eur J Haematol*. 2009;83:139-48.
- Allart Vorelli P, Porro B, Baguet F, Michel A, Cousson Gélise F. Haematological cancer and quality of life: a systematic literature review. *Blood Cancer J*. 2015;5:e305.
- Steensma DP, Heptinstall KV, Johnson VM, Novotny PJ, Sloan JA, Camoriano JK, et al. Common troublesome symptoms and their impact on quality of life in patients with myelodysplastic syndromes (MDS): results of a large internet-based survey. *Leuk Res*. 2008;32:691-8.
- Chan KY, Chan TSY, Gill H, Chan TCW, Li CW, Au HY, et al. Supportive care and symptom management in patients with advanced hematological malignancies: a literature review. *Ann Palliat Med*. 2022;11:3273-91.
- Abel GA, Klepin HD. Frailty and the management of hematologic 45 malignancies. *Blood*. 2018;131:515-24.
- Sheridan R, Roman E, Smith AG, Turner A, Garry AC, Patmore R, et al. Preferred and actual place of death in haematological malignancies: a report from the UK Haematological Malignancy Research Network. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11:7-16.
- Howell DA, Wang H, Roman E, Smith AG, Patmore R, Johnson MJ, et al. Preferred and actual place of death in haematological malignancy. *BMJ Support Palliat Care*. 2017;7:150-7.
- Kirtane K, Downey L, Lee SJ, Curtis JR, Engelberg RA. Intensity of end-of-life care for patients with hematologic malignancies and the role of race/ethnicity. *J Palliat Med*. 2018;21:1466-71.

39. Burstein R, Aviv A, Even-Zohar NG, Nachmias B, Haran A, Braun M, et al. Comparing end-of-life care of hematologic malignancy versus solid tumor patients in a tertiary care center. *Eur J Haematol.* 2023;111:528-35.
40. Cheng WW, Willey J, Palmer JL, Zhang T, Bruera E. Interval between palliative care referral and death among patients treated at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* 2005;8:1025-32.
41. Tsang M, LeBlanc TW. Palliative and end-of-life care in hematologic malignancies: progress and opportunities. *JCO Oncol Pract.* 2024;20:739-41.
42. Derio Palacios ML, Cabrera Contreras ME, Cavada Chacón G, Arteaga Herrera O. Caracterización del dolor en neoplasias hematológicas avanzadas del adulto en la red pública. Ministerio de Salud de Chile. *Med Paliat.* 2019;26:36-42.
43. Serrano Bermúdez G, Porta-Sales J, González-Barboto J, Garzón-Rodríguez C, Pallejà Pejoan M, Fernández de Sevilla A. Neoplasias hematológicas y cuidados paliativos: revisión sistemática de la literatura. *Med Paliat.* 2012;19:73-80.
44. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, et al., eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2014. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2017. Disponible en: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014
45. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Informe: Incidencia y mortalidad del cáncer en España. Madrid: SEOM; 2022. Disponible en: https://seom.org/images/Informe_SEOM_Incidencia_Mortalidad_2022.pdf
46. Rao VB, Belanger E, Egan PC, LeBlanc TW, Olszewski AJ. Early palliative care services and end-of-life care in Medicare beneficiaries with hematologic malignancies: a population-based retrospective cohort study. *J Palliat Med.* 2021;24:63-70.
47. Kayastha N, Kavanaugh AR, Webb JA, LeBlanc TW. Innovations for the integration of palliative care for hematologic malignancies. *Curr Probl Cancer.* 2023;47:101011.
48. World Health Organization. Palliative care. WHO; 2021. (Consultado el 03-10-2021.) Disponible en: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/palliativecare>.
49. Kuczmarski TM, Odejide OO. Goal of a “good death” in end-of-life care for patients with hematologic malignancies — are we close? *Curr Hematol Malig Rep.* 2021;16:117-25.
50. Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO Guideline Update. *Clin Oncol.* 2024;42:2336-57.