

MODELO DE SOPORTE ONCOLÓGICO INTEGRAL EN ADULTOS CON ENFOQUE EN
PREHABILITACIÓN

María Camila Gutiérrez Castellanos

Miguel Mauricio Moreno Capacho

Pontificia Universidad Javeriana
Maestría en Administración en Salud

Tutor

Dr. Wilson Cubides Martínez

Bogotá
Mayo 2023

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1. ANTECEDENTES.....	10
1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	14
1.2.1. GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER.....	14
1.2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE CÁNCER A NIVEL MUNDIAL Y EN LATINOAMÉRICA	16
1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN COLOMBIA	16
1.2.4. REHABILITACIÓN Y SOPORTE ONCOLÓGICO.....	18
1.2.5. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD	20
1.2.6. INSTRUMENTO DE TAMIZACIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE CON CÁNCER	21
1.2.7. MARCO NORMATIVO	23
1.2.8. IMPACTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19.....	25
1.3. OBJETIVOS.....	26
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	26
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
1.4. ALCANCE.....	26
1.5. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TRABAJO.....	27
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	30
2.1. FASE 1 - DIAGNÓSTICO.....	30
2.1.1. Tipo de Estudio	30
2.1.2. Criterios de Inclusión y Exclusión:.....	31

2.1.3.	Técnicas para la Recolección de la Información	31
2.1.4.	Control de Sesgos	32
2.1.5.	Técnicas de procesamiento de datos.....	32
2.2.	FASE 2 - DISEÑO DEL MODELO	32
2.3.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
3.	RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN	34
3.1.	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN	34
3.1.1.	Distribución de la población por tipo de tumor y por ciclo vital	34
3.1.2.	Distribución de la población por estrato socioeconómico	35
3.1.3.	Distribución de la población por nivel de escolaridad	36
3.1.4.	Distribución de la población por EPS	37
3.2.	CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN EL PACIENTE AMBULATORIO	40
3.2.1.	Caracterización de la población.....	40
3.2.2.	Resultados principales de la encuesta	41
3.3.	CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	46
3.3.1.	Caracterización de población	46
3.3.2.	Resultados principales de la encuesta	47
3.4.	RESULTADO PRUEBA PILOTO ENCUESTA DE CONOCIMIENTO Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	52

3.5. RESULTADOS DE ENCUESTA ANÓNIMA DE CONOCIMIENTO Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD	55
3.6. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC)	62
3.6.1. Oferta de servicios de salud del Instituto Nacional de Cancerología (INC)	62
3.6.2. Identificación de necesidades del Instituto Nacional de Cancerología (INC)	68
4. DISCUSIÓN.....	74
5. DISEÑO DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ADULTO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CON ENFOQUE EN PREHABILITACIÓN	79
6. DESCRIPCIÓN DEL MODELO	80
7. CONCLUSIONES	87
Bibliografía.....	89
ANEXOS.....	93

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Proyección GLOBOCAN sobre tasas crudas de incidencia por todos los cánceres para el año 2020 en ambos Sexos para América Latina. (WHO, 2020)	<u>17</u>
Ilustración 2 Proyección GLOBOCAN sobre tasas crudas de mortalidad por todos los cánceres para el año 2020 en ambos Sexos para América Latina. (WHO, 2020)	<u>17</u>
Ilustración 3 Imagen del cronograma. Construcción propia de los autores	<u>43</u>
Ilustración 4 Componentes que garantizan el Soporte Oncológico Integral en el INC	<u>54</u>
Ilustración 5 Momento de participación del Equipo de Soporte Oncológico	<u>55</u>
Ilustración 6 Recopilación de palabras utilizadas por los encuestados para la definición de Soporte Oncológico Integral	<u>59</u>
Ilustración 7 Momento de participación del equipo de soporte oncológico	<u>61</u>
Ilustración 8 Distribución de aspectos que limitan la prestación integral en cáncer	<u>62</u>
Ilustración 9 Diseño de la ruta de atención	<u>79</u>
Ilustración 10 Modelo de Cuidado al Paciente con Cáncer.	<u>80</u>
Ilustración 11 Decisiones concertadas en la atención del cáncer.	<u>81</u>
Ilustración 12 Instrumento de Tamización de Necesidades en el paciente adulto con diagnóstico de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.	<u>83</u>

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Presupuesto	42
Tabla 2 Distribución de la población atendida por incidencia de cáncer en el INC según ciclo vital y sexo entre 2017 y 2021	34
Tabla 3 Distribución de la población por estrato socioeconómico de la población atendida en el INC entre 2017 y 2021	35
Tabla 4 Distribución de la población atendida en el INC según nivel de escolaridad entre 2017 y 2021	36
Tabla 5 Distribución de la población atendida en el INC según su EPS entre 2017 y 2021	38
Tabla 6 Distribución por edad promedio y sexo de la población encuestada en el INC entre 2015 y 2018	40
Tabla 7 Identificación de necesidades generales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.	41
Tabla 8 Preguntas sobre necesidades de soporte en salud mental de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018	42
Tabla 9 Preguntas sobre necesidades de soporte nutricional de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018	43
Tabla 10 Preguntas sobre necesidades funcionales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018	44
Tabla 11 Preguntas sobre necesidades en educación de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018	45
Tabla 12 Distribución por edad promedio y sexo de la población hospitalizada atendida entre septiembre y noviembre del 2021	47
Tabla 13 Identificación de necesidades generales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021	47

Tabla 14 Preguntas sobre necesidades de salud mental de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	48
Tabla 15 Preguntas sobre necesidades de soporte nutricional de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	49
Tabla 16 Preguntas sobre necesidades funcionales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	50
Tabla 17 Preguntas sobre necesidades de educación de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	51
Tabla 18 Momento del ciclo vital de los encuestados.....	56
Tabla 19 Perfil profesional de los encuestados.....	57
Tabla 20 Componentes del Soporte Oncológico Integral considerados por los encuestados.....	59
Tabla 21 Momento de participación del equipo de soporte oncológico.....	60
Tabla 22 Caracterización de servicios ofertados por el Instituto Nacional de Cancerología (INC)	63

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Incidencia de cáncer de la población atendida en el INC por sexo y ciclo vital entre 2017 y 2021.....	35
Gráfica 2 Estrato socioeconómico de la población atendida en el INC entre 2017 y 2021.	36
Gráfica 3 Nivel de escolaridad de la población atendida en el INC entre 2017 y 2021.	37
Gráfica 4 Edad promedio y sexo de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.....	41
Gráfica 5 Distribución porcentual de necesidades generales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.	42
Gráfica 6 Distribución porcentual de las necesidades de soporte en salud mental de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.....	43
Gráfica 7 Distribución porcentual de las necesidades de soporte nutricional de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.....	44
Gráfica 8 Distribución porcentual de las necesidades funcionales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.	45
Gráfica 9 Distribución porcentual de las necesidades de educación de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.	46
Gráfica 10 Edad promedio y sexo de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.	47
Gráfica 11 Distribución porcentual de necesidades generales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	48
Gráfica 12 Distribución porcentual de necesidades de salud mental de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	49
Gráfica 13 Distribución porcentual de necesidades de soporte nutricional de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.	50

Gráfica 14 Distribución porcentual de necesidades funcionales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.....	51
Gráfica 15 Distribución porcentual de necesidades en educación de la población atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021	52
Gráfica 16 Distribución de la población encuestada por ciclo vital	56
Gráfica 17 Distribución porcentual del perfil profesional de los encuestados	58
Gráfica 18 Distribución porcentual de los componentes que debe incluir el soporte oncológico de acuerdo con los encuestados	60

CAPITULO 1. ANTECEDENTES

Para el año 2006 el Instituto Nacional de Salud creó el Modelo para el Control del Cáncer enfocado en disminuir la carga de enfermedad por cáncer, basados en los objetivos de la Organización Mundial de la Salud que incluía acciones desde la prevención hasta la rehabilitación y cuidados paliativos con énfasis en la necesidad de articular las distintas instituciones que hacen parte de la atención del paciente el cual fue utilizado como base para la creación del Plan Nacional para el control del cáncer de periodicidad decenal. (www.cancer.gov.co, 2006). Este plan se actualizó de acuerdo con la situación y normatividad nacional en el 2012 con vigencia hasta el 2021 y se espera que sea integrado al Plan Nacional de Salud Pública 2022 – 2031 según información del Ministerio de Salud con el objetivo de sumar acciones para el control del cáncer además de las planteadas en planes previos (Fernandez, 2021).

El Instituto Nacional de Cancerología como referente nacional y asesor ante el Ministerio de Salud en el diseño y creación de políticas de atención en salud para el manejo del cáncer, ha elaborado algunas guías y documentos dentro de los que se encuentran:

- Para el 2006, el “Modelo para el control del cáncer en Colombia” incluye dentro de la atención al paciente con cáncer, la necesidad rehabilitación y el cuidado paliativo como uno de los objetivos de tratamiento y una herramienta que le permite al paciente y su familia satisfacer todas sus necesidades, no solo físicas para obtener mejores resultados en salud.
- En el 2007, la “Movilización social para el control del cáncer en Colombia” que propone estrategias para empoderar a las sociedades hacia una visión integral del cáncer en diferentes espacios de la vida.
- Para el 2008 crea la “Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer” que brinda un modelo de comunicación efectiva para orientar a todos los involucrados en el manejo y atención del paciente con cáncer.
- Por último, en el año 2015 construye el “Modelo de cuidado del paciente con cáncer” el cual *“presenta una propuesta para definir los componentes esenciales de la atención oncológica, así como la forma en que éstos se enlazan y se llevan a la práctica en la rutina de los servicios de salud”*. (www.cancer.gov.co, 2006) (Instituto Nacional de Cancerología, 2022).

Aún, a la fecha no existe legislación específica sobre la prestación de atención en soporte oncológico integral pues hasta el 2016 cuando el Ministerio de Salud expidió los lineamientos para la atención integral en los cuidados paliativos, se consideraba este como un sinónimo de cuidados al final de la vida únicamente, lo cual, también se puede evidenciar en el boletín de servicios oncológicos en el 2019 en el que se reporta que Bogotá contaba con la mayor cantidad de servicios oncológicos, dentro de estos 35 de dolor y cuidados paliativos y 2 de rehabilitación oncológica, sin encontrar datos exactos sobre atención en nutrición y psicología específicos para el manejo del cáncer. (Boletín de Servicios Oncológicos, 2019).

En el 2019 la Organización Mundial de la Salud publica la “Guía para la acción en rehabilitación” el cual construye un instrumento práctico para que los países organicen mediante 4 lineamientos un plan para incorporar la rehabilitación dentro de los servicios de salud y que incluye la rehabilitación especializada y de alta calidad.

Estos lineamientos definidos en 4 fases orientan al conocimiento de las poblaciones en término de sus necesidades para así definir las acciones específicas, no sólo para cubrir aquellas que se hayan identificado sino para controlar los factores de riesgo que ocasionan cambios en la dinámica de funcionamiento de los individuos con repercusión en las sociedades a la cual pertenecen (Action, 2019).

Por lo anterior, la creación de un modelo de soporte oncológico integral con enfoque en prehabilitación es importante para el Instituto Nacional de Cancerología porque brinda los lineamientos para la atención del paciente con diagnóstico de cáncer que permitan intervenir de manera temprana en las posibles consecuencias del tratamiento de su patología y así disminuir el riesgo de incapacidad y discapacidad de los pacientes, mejorar su calidad de vida, reducir el número de consultas y estancias hospitalarias por complicaciones y de esta manera reducir los costos en la atención.

1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La morbilidad asociada al cáncer y sus tratamientos afecta diferentes dominios del ser humano que padece la enfermedad, según Asher y Kroenke para el año 2012 quienes enumeraron los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer. Estos incluyeron (Kevorkian, 2018): fatiga (42% - 92%); insomnio (41% - 54%); disfunción cognitiva (17% - 34%); depresión (15% - 30%);

anorexia (32%); dolor (36%); estreñimiento (27%); disnea (26%); náusea (21%); xerostomía (42%); parestesias (29%) y vértigo o mareo (20%), síntomas que abarcan desde lo afectivo, nutricional, social, movilidad entre muchos otros, conllevando a la necesidad de un tratamiento integral con diferentes disciplinas del área de la salud como los son la salud mental, nutrición clínica, odontología, cuidado paliativo, trabajo social y rehabilitación.

Los cambios funcionales y otras consecuencias derivadas del cáncer y su tratamiento requieren de intervenciones multidisciplinarias con una frecuencia, intensidad y duración ante las necesidades ya materializadas, probablemente con insuficientes resultados en el control o mejora de las condiciones de salud de la persona, que al final repercuten en un deterioro de la calidad de vida y en un alto costo en los sistemas de salud. (Evans Webb, Murray, Younger Z., Goodfellow, & Ross, 2021), (Ayala de Calvo & Sepulveda Carrillo, 2017).

Esto implica, que la persona mientras avanza en la línea de tiempo de la enfermedad y su tratamiento específico, independiente de tener esa carga sintomática el momento de contacto o interacción con el equipo de soporte oncológico, este se realiza de manera fragmentada, inoportuna y desarticulada al finalizar los protocolos de manejo del cáncer. (Centro Nacional de Consultoría, 2021).

Lo anterior se produce porque existe un paradigma frente a la concepción de que los efectos del cáncer y las consecuencias funcionales de las estrategias terapéuticas oncológicas deben ser atendidas por diferentes disciplinas en salud como tratamientos complementarios al finalizar el manejo, considerando la participación del equipo de soporte oncológico después de un tratamiento curativo en el cáncer y como último eslabón en el manejo de esta patología.

Los tratamientos oncológicos específicos (quimioterapia, radioterapia y cirugía oncológica) generan una carga de morbilidad para las personas, afectando su desempeño para actividades básicas e instrumentales con un efecto negativo en la percepción de su calidad de vida, por lo que es fundamental la participación del equipo de soporte oncológico desde el momento del diagnóstico. Este equipo está conformado por salud mental, nutrición clínica, enfermería oncológica, odontología oncológica, rehabilitación, trabajo social y dolor y cuidado paliativo quienes se encargan de la construcción de un plan de cuidado en salud específico de acuerdo con las necesidades de cada persona teniendo una aproximación individualizada y específica. (Le Saux, y otros, 2018)

Adicionalmente, por la dinámica del funcionamiento del sistema de salud colombiano el paciente entra en un proceso de trámites administrativos frente al asegurador para autorización de servicios conduciendo a un consumo de tiempo donde se prolonga aún más la oportunidad para satisfacer las necesidades en su evolución de salud – enfermedad. (Centro Nacional de Consultoría, 2021)

Por último, en la prestación de servicios de salud, además de las autorizaciones, para la población adulta con diagnóstico de cáncer se presentan diferentes dificultades, según la “Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia Año 2020, informe anual de la Cuenta de Alto Costo” como lo son (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2021):

- Falta de oportunidad en el diagnóstico de cáncer.
- Fragmentación de la atención.
- Falta de acceso a atención complementaria en cáncer refiriéndonos a soporte oncológico (nutrición clínica, salud mental, rehabilitación, dolor y cuidado paliativo, odontología oncológica, enfermería oncológica).
- Baja capacidad de la red de prestación debido de la no disponibilidad de servicios integrales de atención en las unidades de oncología.
- Insuficiente recurso humano en salud capacitado con entrenamiento específico en el soporte oncológico.
- Acceso restringido o limitado para la atención en salud integral del cáncer.
- Incremento de los trámites administrativos en que se incurre para autorización de servicios de acuerdo con las necesidades identificadas en la población.
- No se cuenta con una caracterización de la población con diagnóstico de cáncer frente a las condiciones de discapacidad más frecuentes.
- Los tratamientos oncológicos y de soporte son segmentados en el sistema de salud convirtiéndose en barreras de acceso para la atención en salud por dificultades en los desplazamientos, error de autorizaciones, prestaciones no incluidas dentro de las tecnologías o unidades transaccionales incluidas en los convenios con los diferentes aseguradores en salud.
- La atención de soporte oncológico no cuenta con un costeo específico de los procedimientos, tecnologías en salud que permitan tener un valor diferencial en la tarifa en el mercado.
- Modelos de contratación inadecuados.

- Barreras de acceso sociodemográficas (geográfica, nivel socio económico, nivel educativo) que pueden favorecer demoras en la atención.

Por todo lo anterior, se hace necesario construir un modelo de soporte oncológico integral que permita responder a los diferentes requerimientos de cada paciente, disminuir el riesgo de incapacidad y discapacidad, aumentar la oportunidad en la atención a otros pacientes y descender los costos para la institución a partir de la detección de las necesidades tanto de los usuarios, como de los profesionales y de la IPS.

1.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.2.1. GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como “el conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos”.

Una vez un paciente es diagnosticado con un tipo de cáncer puede ser llevado a diferentes tratamientos dentro de los que encontramos (Tipos de Tratamiento del Cáncer, NIH):

- Manejo quirúrgico, mediante el cual se realiza la extirpación de la/s masa/s.
- Quimioterapia, que utiliza medicamentos que destruyen las células cancerosas.
- Inmunoterapia, en la que se estimula al sistema inmunitario (o de defensa) a combatir las células anormales.
- Radioterapia, la cual usa altas dosis de radiación para disminuir o deshacer los tumores.
- Otros tratamientos como como terapia fotodinámica, hipertérmica y hormonal dirigida a algunos tipos de cáncer específicos que responden a estos manejos individualizados.

Sin embargo, todos estos tratamientos conllevan a diferentes consecuencias que pueden ser temporales o permanentes las cuales dependen del tipo de manejo indicado, del estadio del tumor y de las condiciones propias de cada paciente que incluyen principalmente:

- Síntomas generales como dolor, edema, alteraciones gastrointestinales, caída de cabello y pérdida de peso.

- Alteraciones hematológicas como anemia y neutropenia que pueden generar infecciones múltiples.
- Síntomas neurológicos como pérdida de memoria, delirios, desorientación y parestesias en extremidades.
- Síntomas psicológicos como alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, disfunción familiar, síntomas de minusvalía y problemas para concentrarse.
- Otros síntomas como alteraciones del periodo menstrual, esterilidad y alteraciones en la salud sexual.

El pronóstico de supervivencia al cáncer depende de múltiples factores que incluyen tipo de cáncer, estadio al diagnóstico, ubicación, características celulares del cáncer (tipo de anormalidad celular, grado de diseminación, marcadores bioquímicos), edad y respuesta a los tratamientos aplicados.

El impacto de estas secuelas se evidencia en múltiples niveles. Para el paciente que sobrevive, estudios estiman que cerca del 40% presentan secuelas a largo plazo tanto a nivel físico y cognitivo como psicológico, siendo el dolor, fatiga y alteraciones del sueño los principales síntomas, los cuales persisten al menos por 5 años después del tratamiento inicial y que generan limitación para todas las actividades (Magasi, S., Marshall, H. K., Winters, C., & Victorson, D., 2022). Adicionalmente para la familia, se ha encontrado que el diagnóstico de cáncer y los tratamientos alteran la dinámica familiar y generan principalmente depresión y ansiedad lo cual altera el bienestar emocional del paciente (Edwards & Clarke, 2004), y para el sistema de salud, distintos estudios muestran que existe un alto costo en la atención de estos pacientes, por ejemplo, en Estados Unidos se estimó para el 2015 que cerca del 38% de las hospitalizaciones estuvieron relacionadas con su diagnóstico, tratamiento o secuelas y que casi la mitad de las consultas ambulatorias tuvieron relación con esta patología (cancer.org | 1.800.227.2345) y que aunque los costos dependen del tipo de cáncer y el estadio al momento del diagnóstico principalmente, se calcula que el costo promedio anual es mayor a los 100.000 dólares (The Cost of Cancer).

Junto con el cáncer y otras patologías catastróficas, surge el cuidado paliativo como una estrategia para “mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal y previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”, mediante un equipo

multidisciplinario que asiste activamente al paciente hasta su muerte (Cuidados Paliativos, 2020). El cuidado paliativo dentro del soporte oncológico integral es una herramienta que permite mejorar la calidad de vida del paciente acompañándolo durante toda la trayectoria de la enfermedad, principalmente en los cuidados al final de la vida, estableciendo metas terapéuticas, brindando un soporte tanto para el paciente como su familia y limitando el esfuerzo terapéutico de ser el caso. (Paliativos, 2016)

1.2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE CÁNCER A NIVEL MUNDIAL Y EN LATINOAMÉRICA

La OMS estima que a nivel mundial para el año 2021 los cánceres de mama, pulmonar y colorrectal ocuparon los 3 primeros tipos de esta patología la cual se ubicó dentro de las primeras causas de mortalidad con cerca de 10 millones de muertes principalmente por cáncer pulmonar. (Salud, s.f.). Las regiones con mayor incidencia son Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Estados Unidos y Dinamarca, sin embargo, los países con mayores tasas de mortalidad son Mongolia, Serbia, Hungría, Montenegro y Eslovaquia (GLOBOCAN).

Adicionalmente se estimó para el año 2019 que los cánceres causaron 1.7 millones de años vividos con discapacidad con un incremento de más de 30 años en las últimas 2 décadas principalmente originados por cáncer de mama, próstata, colorrectal, melanomas y linfomas presentándose con mayor incidencia en Uruguay y Granada para Latinoamérica. (OPS, www.paho.org, 2021)

Para América Latina el cáncer ocupó la segunda causa de muerte, presentando las mayores prevalencias el cáncer de próstata y de mama. En general se ha atribuido el incremento en incidencia y en mortalidad a factores de riesgo prevenibles como lo son la vacunación y conductas persistentes como el tabaquismo y el consumo de alcohol. (OPS, www.paho.org, 2020)

1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN COLOMBIA

A partir de la resolución 0247 de 2014 en el cual se establece el reporte obligatorio por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud (EAPB) a la cuenta de alto costo de la población con cáncer atendida, se ha podido tener información específica y actualizada sobre la situación del cáncer en el país.

Para el año 2021 el Ministerio de Salud estimó la incidencia del cáncer en Colombia en 182 por cada 100.000 habitantes, siendo el octavo país en Latinoamérica. Además, se reporta una mortalidad de 84 por cada 100.000 habitantes ocupando el décimo lugar. A continuación, se relaciona la posición de Colombia frente a otros países de la región en incidencia y mortalidad de acuerdo con estimaciones de Globocan:

Ilustración 1 Proyección GLOBOCAN sobre tasas crudas de incidencia por todos los cánceres para el año 2020 en ambos Sexos para América Latina. (WHO, 2020)

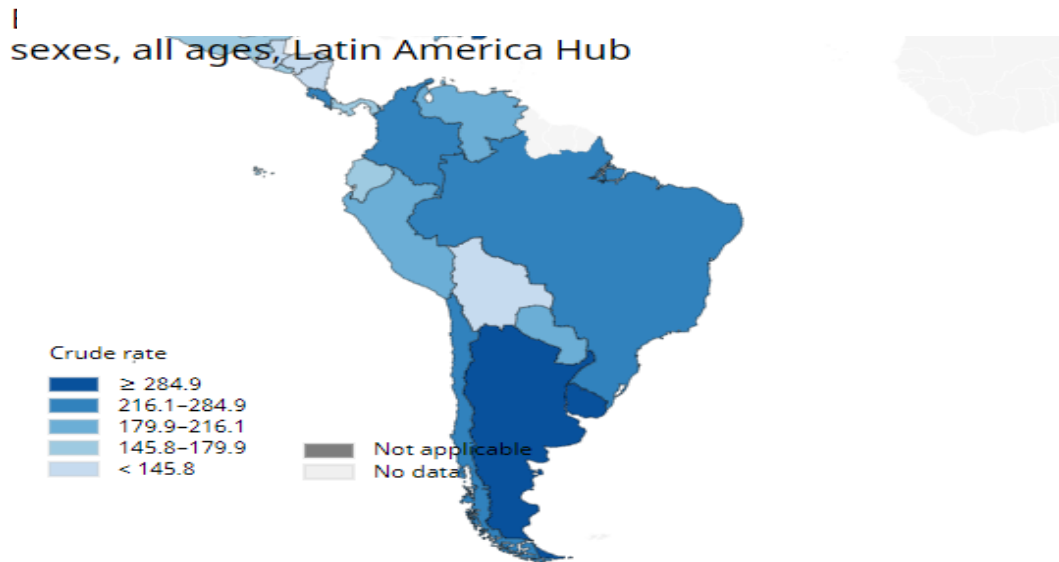
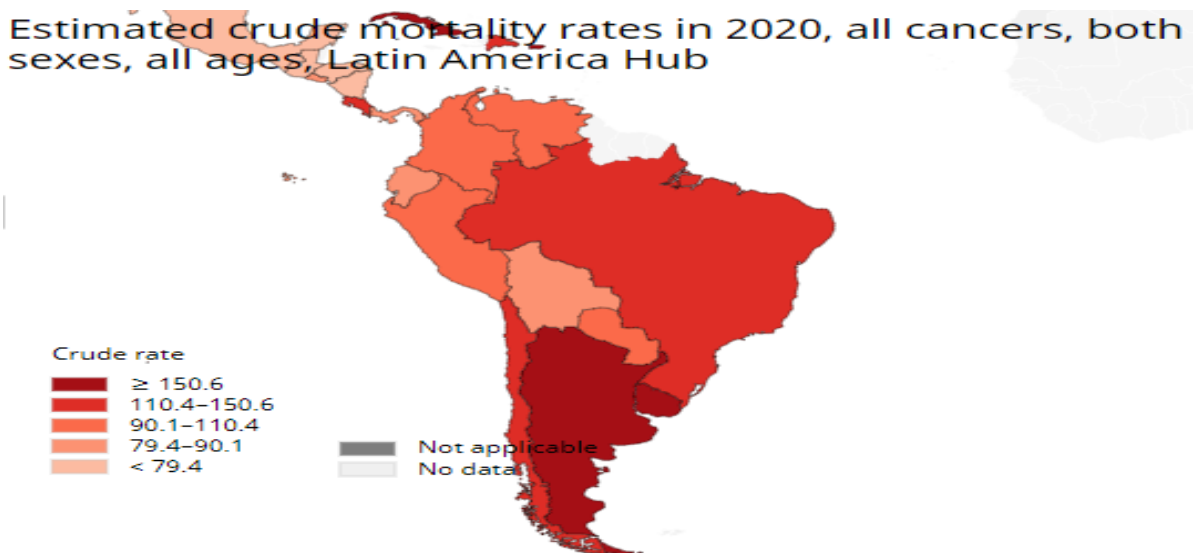


Ilustración 2 Proyección GLOBOCAN sobre tasas crudas de mortalidad por todos los cánceres para el año 2020 en ambos Sexos para América Latina. (WHO, 2020)



Los primeros 5 tipos de cáncer por incidencia a nivel nacional son en su orden el cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer pulmonar y de colon y recto con una incidencia de cerca del 60% en mujeres y una edad promedio entre 62 y 64 años.

De acuerdo con el último informe de la cuenta de alto costo para el año 2019 – 2020 se reportaron 348.972 pacientes atendidos de los cuales aproximadamente 26.000 correspondieron a datos nuevos en el año, reportando con mayor incidencia en mujeres el cáncer de cuello uterino, cérvix y colon y recto y para hombres el de próstata, colon y recto y de estómago y, adicionalmente se pudo estimar que tanto el cáncer de estómago, como el de colon y recto y el de pulmón son diagnosticados en etapas más tardías de la enfermedad por lo cual están relacionados con mortalidad más alta junto con el de mama.

Este informe mostró adicionalmente que la tasa de mortalidad para el 2019 tuvo un comportamiento similar en ambos sexos con una edad media de 70 años. Para los hombres los primeros tipos de cáncer relacionados fueron el de próstata con cerca de un 17%, de estómago, de colon y recto, pulmonar y linfoma no Hodgkin, para mujeres más del 21% se relacionaron con cáncer de mama seguido de cáncer de cérvix, colon y recto, estómago y pulmón.

Por último, en la incidencia de tipos de cáncer descrita para el año 2019 más del 94% correspondieron a cánceres invasivos, siendo en su gran mayoría tumores sólidos con un 91% diagnosticados y atendidos principalmente en personas afiliadas al régimen contributivo. Sin embargo, llama la atención que únicamente se reporta que el 11% tuvo manejos paliativos iniciales los cuales casi en su totalidad fueron brindados en el mismo régimen de afiliación (régimen contributivo), lo cual evidencia que 9 de cada 10 personas con diagnóstico de cáncer no tuvo acceso o no recibió cuidados paliativos iniciales, es decir que no fue valorado por especialistas en rehabilitación ni manejo del dolor y que el nivel de afiliación condiciona el acceso.

1.2.4. REHABILITACIÓN Y SOPORTE ONCOLÓGICO

El cuidado de soporte oncológico implica una participación multidisciplinaria con aportes complementarios en la atención en salud que debe ser liderado. Ese liderazgo desde la disciplina de la Medicina Física y Rehabilitación, específicamente desde la Rehabilitación Oncológica definida como una especialidad de amplio espectro, que abarca el tratamiento de los síntomas y

las alteraciones funcionales en los pacientes en cada uno de los momentos de su ciclo vital (infancia – adolescencia – adulto – adulto mayor) y a través de cada una de las fases de la enfermedad, además de su trayectoria de funcionalidad que incluye condiciones de discapacidad (Gamble, Gerber, Spill, & Paul, 2011).

Desde la disciplina de Rehabilitación en el escenario específico del manejo del paciente con cáncer se han hecho propuestas interesantes como el primer marco conceptual del Dr. Dietz, con el objeto de contar con programas de rehabilitación exitosos para el paciente con cáncer además de hacer visible la transversalidad de la participación como equipo en el tratamiento del cáncer específicamente en la atención de los efectos de la enfermedad oncológica y aquellos de los tratamientos específicos considerando los cambios funcionales dependiendo de las estructuras que se hayan visto afectadas. Esta clasificación de Dietz continúa siendo usada dado que permite tener claridad en el enfoque y objetivos de intervención, como se describe a continuación (Franklin, 2007):

- Prehabilitación (enfoque preventivo): todas las intervenciones previas al tratamiento específico del cáncer que buscan disminuir la severidad de los síntomas o acortando su duración mitigando el riesgo de condiciones de discapacidad.
- Restauración: todas aquellas acciones en salud que permiten recuperar el estado funcional previo o estado premórbido sin una discapacidad o con una enfermedad residual conocida y el retorno a su actividad ocupacional puede ser planeada.
- Soporte: aquellas acciones en salud que buscan facilitar la ganancia de autonomía del paciente sin embargo con adaptaciones del ambiente, de las actividades dado que la enfermedad y los tratamientos han conllevado una serie de alteraciones que son irreversibles y condicionan una discapacidad.
- Paliación todas aquellas intervenciones en salud que buscan el confort en el paciente y la orientación en el cuidado para asistencia en el escenario de patologías oncológicas avanzadas (alivio sintomático, reducción de sufrimiento) dado que la progresión de la enfermedad es inminente.

La prehabilitación en cáncer, se describe como un proceso en el cuidado continuo que va desde el tiempo del diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento oncológico específico, incluye la evaluación física, nutricional, emocional, psicológica entre otras, para así determinar el estado funcional basal considerando los diferentes dominios que componen el ser humano, además de

identificar deficiencias funcionales para así proveer intervenciones clave que permitan mejorar la salud de la persona y también reducir la incidencia así como la severidad de las alteraciones actuales y futuras relacionadas con el cáncer y sus tratamientos (Silver & Baima, 2013). Los programas de prehabilitación en cáncer se han estudiado en varias poblaciones con diferentes patologías oncológicas como cáncer pulmón, cáncer de colon y recto, así como en cáncer de mama, que han demostrado la disminución de la morbilidad, reingresos hospitalarios además de la reducción de costos en pacientes con diagnóstico reciente. (Yun-Jen Chou, Hsuan-Ju Kuo, & Shio-CHing Shun, 2018)

Existen propuestas de modelos de prehabilitación unimodales en el que se trabaja solo un componente del cáncer o multimodales en el que se combinan varias intervenciones enfocadas a distintos componentes de la patología (por ejemplo, trabajo de factores de riesgo, pero adicionalmente ejercicios enfocados en mejorar la capacidad física), sin embargo no hay estandarización de dichas intervenciones o etapas. (Yun-Jen Chou, Hsuan-Ju Kuo, & Shio-CHing Shun, 2018)

1.2.5. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Los modelos de atención en salud buscan brindar estrategias para la atención de la población en todos los niveles, haciendo énfasis en la interacción entre los prestadores de salud y los usuarios de los servicios y enmarcados en un sistema de salud específico, teniendo en cuenta la normatividad nacional y los objetivos propuestos con el fin de responder a las necesidades de una población.

Estos modelos deben caracterizarse por la búsqueda de equilibrio e integridad entre la prestación de servicios individuales y comunitarios y la prestación de servicios de atención preventivos hasta los de rehabilitación y cuidados paliativos, propender por mejorar la accesibilidad a los servicios eliminando múltiples barreras como las administrativas, tecnológicas o geográficas, adaptarse a las necesidades y recursos disponibles y enfocarse desde la perspectiva del paciente. (Ruales, 2004)

En relación con modelos de atención para pacientes con cáncer en Colombia se cuenta con el Plan Nacional para el control del cáncer y se implementaron las Rutas de Atención Integral para cáncer de mama y para el cáncer de cuello uterino en el 2016 las cuales en la intervención número

22 y 29 respectivamente indican la necesidad de encaminar a los pacientes a un programa de soporte oncológico con el fin de favorecer la recuperación del estado funcional y definir las intervenciones necesarias mediante la valoración de un equipo especializado integral. (minsalud.gov.co, 2018)

Para el año 2021, Hui y colaboradores (Hui, Hoge, & Bruera, 2021), describen aquellas características que consideran clave para un modelo de cuidado de soporte para el paciente con cáncer:

- De referencia universal: todos los pacientes deben beneficiarse del servicio de cuidado de soporte; automáticamente ser direccionados al Departamento de Soporte para iniciar el cuidado desde la fase de diagnóstico
- Tamización sistemática: en el momento de la consulta y las visitas periódicas; a los pacientes se les debe indagar de forma sistemática sus necesidades de cuidado de soporte
- Participación especializada y personalizada: un equipo de salud especializado en el cuidado de soporte es provisto de forma interdisciplinaria en la línea del tiempo de la atención del cáncer
- Trabajo en equipo colaborativo dada la amplia intervención de varias disciplinas, el consolidar lo administrativo y clínico facilita la comunicación y la colaboración entre los miembros del equipo.
- Atención optimizada: los pacientes puedan recibir una variedad de servicios de cuidado de soporte en un mismo momento en el menor tiempo
- Liderazgo administrativo consolidado, permite a la institución un mejor avance en las prioridades del cuidado de soporte y promover el desarrollo de iniciativas interdisciplinarias de innovación para mejorar resultados en los pacientes
- Mejores resultados: este esfuerzo tiene el potencial para mejorar el acceso oportuno a servicios centrados en el paciente, con mejores resultados al mismo tiempo que se reducen los costos al eliminar intervenciones fútiles.

1.2.6. INSTRUMENTO DE TAMIZACIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE CON CÁNCER

Como se describió previamente, uno de los componentes del modelo de cuidado de soporte requiere de la tamización sistemática de las necesidades de cuidado de soporte en el paciente

con cáncer, dado que son dinámicas en el tiempo y comprenden diferentes dominios (psicológico, nutricional, funcional, necesidades de información entre otras). El uso de un instrumento multidimensional para el tamizaje permite no sólo la identificación de las necesidades en el paciente con cáncer, sino que orienta en la calidad del cuidado en salud al evaluar el direccionamiento al servicio o servicios específicos para el plan de manejo y la reducción de la morbilidad asociada al cáncer (Bonevski, y otros, 2000).

En el Instituto Nacional de Cancerología para el año 2015 se construyó una herramienta llamada “Termómetro de necesidades en el paciente con cáncer” que evalúa los dominios social, emocional, nutricional, síntoma de dolor, funcional, salud oral y necesidades de información, empleaba un diagrama de un termómetro que evaluaba la percepción del grado de dificultad que percibe el paciente con relación a su enfermedad y el tratamiento en una escala de cero (0) ninguna dificultad hasta diez (10) muchas dificultades. Si el paciente efectuaba una calificación de cuatro (4) en adelante se continuaba con el diligenciamiento de este para identificar cuáles de los dominios ocasionaba el mayor impacto en la percepción de dificultad y de esta manera era direccionado a los diferentes servicios de salud que en su conjunto conforman el equipo de soporte oncológico (ej. Trabajo social, salud mental, nutrición clínica, dolor y cuidado paliativo, rehabilitación...). Con este instrumento se inicia una primera prueba piloto de tamización de necesidades en el paciente que es atendido de forma ambulatoria mediante su diligenciamiento en físico y posterior registro de información mediante scanner dentro de sistema de información SAP ® que es la historia clínica sistematizada actividad que se realizó durante años 2015 al 2018, este último año es el periodo en el cual se suspende el diligenciamiento de la herramienta dadas las dificultades encontradas:

- Dificultad en la comprensión del diagrama del termómetro por parte del paciente quedando Población sin tamizar.
- Registro incompleto de la información dentro de la ficha impresa requiriendo un reproceso para completar la tamización.
- No emisión de la orden médica a pesar de registro dentro de la ficha de la indicación médica de contacto con las áreas de soporte oncológico.
- No se tenían definidos los criterios para la valoración por parte de odontología oncológica.
- Hacía falta la variable de movilidad segura y/o caídas en el paciente dentro de la evaluación funcional.

Producto de ello fue necesario suspender el registro en físico de la herramienta de tamización, hacer una revisión del instrumento para hacer los ajustes de este donde se elimina el diagrama del termómetro, se incluyen unos dominios dentro de la evaluación del componente funcional y aquellos criterios que direccionan al contacto con odontología oncológica. Realizado el ajuste del instrumento para el año 2021 se efectúa una segunda prueba piloto para la medición intrahospitalaria de necesidades del paciente adulto con cáncer, llevando un registro en físico, consignando información dentro de la historia clínica sistematizada SAP ®, e informando al personal de enfermería para la gestión con el servicio tratante y generar la orden médica de valoración con las áreas de soporte oncológico bajo la modalidad de interconsulta.

Buscando eficiencia se gestiona la parametrización de la herramienta de tamización dentro del sistema de información SAP ® para facilitar la visualización y la automatización dentro del sistema para la generación de orden(es) médica(s) logrando esto en el mes de junio del año 2022.

A este momento a pesar de contar con la herramienta de tamización de necesidades ajustada y parametrizada no se ha implementado su uso formal dentro de la institución.

1.2.7. MARCO NORMATIVO

A nivel nacional se han creado múltiples leyes, decretos y resoluciones relacionadas con la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de los pacientes con diagnóstico de cáncer, dentro de las que se encuentran principalmente:

- Ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos) en la cual se establecen las acciones para el control integral del cáncer en Colombia: En su artículo 11 hace referencia a la necesidad de que las EPS garanticen el acceso a los programas de apoyo de rehabilitación integral en todos sus componentes.
- Res. 0247 de 2014 la cual establece el reporte para el registro de los pacientes con cáncer a la cuenta de alto costo.
- Ley 1751 de 2015 (Ley estatutaria de salud) que garantiza la salud como un derecho fundamental y como un deber del Estado de protegerla, enmarcado en unos principios que van a tomarse como base para la prestación de los servicios de salud.
- Res. 1477 de 2016 que define el procedimiento, estándares y procedimientos para la habilitación de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer del adulto (UFCA) en las IPS.

- Res. 3280 de 2018 donde se crean las Rutas de Atención Integral (RIAS) que definen las condiciones para asegurar la integralidad en la atención, dentro de las cuales encontramos la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y se define el grupo de la población con riesgo o presencia de cáncer. Estos se toman como base por parte de la IPS para definir el modelo de atención.
- Res. 2626 de 2019 la cual modifica la Política de Atención Integral (PAIS) y adopta el Modelo de Atención Integral (MAITE), el cual mediante unas líneas de acción se convierte en un instrumento de gestión para la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.
- Plan Decenal para el control del cáncer 2012 – 2021 el cual define a través de 6 líneas estratégicas los objetivos y estrategias que permitan “controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer” (www.minsalud.gov.co, 2022).
- Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 el cual se encuentra en fase inicial de construcción y que de acuerdo con información del Ministerio de salud va a integrar el plan decenal para el control del cáncer e incluirá “*acciones transversales de promoción, prevención y detección temprana*”. El plan decenal para el control del cáncer actualmente se encuentra en edición. (www.minsalud.gov.co, 2022)
- Rutas Integrales de Atención (RIA) en Cáncer: Para la población adulta el ministerio de salud ha expedido con la resolución 3280 de 2016 las Rutas Integrales de Atención en Salud para cáncer de mama y de cuello uterino.

La RIA para cáncer de mama indica pautas para atender a la población en riesgo o con diagnóstico confirmado de esta patología la cual inicia desde la prescripción de condiciones y estilos de vida saludables para la población, la promoción del autoexamen de mama, la implementación de estrategias para los aseguradores y prestadores para garantizar el acceso a todas las actividades según su edad y riesgo, teniendo en cuenta a pacientes que ingresan por demanda inducida o espontánea, las consultas, exámenes y asesorías genéticas según el riesgo, los exámenes complementarios según resultado de imágenes iniciales y los tratamientos específicos, así como la notificación.

La RIA para cáncer de cuello uterino está indicada para los mismos grupos poblacionales haciendo énfasis en la articulación también con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud que incluye actividades de educación a la población y realización periódica del tamizaje, así como la vacunación contra VPH y la identificación de población en riesgo. Adicionalmente también se especifican los casos en los que se requiere tamización de pruebas de ADN y los criterios y tiempos para seguimiento según los resultados citológicos. (sispro.gov.co, 2022)

1.2.8. IMPACTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19

Con la llegada de la pandemia por el COVID-19 y las medidas de aislamiento tomadas a nivel internacional, la restricción para la libre circulación generó que el acceso a las consultas, exámenes, actividades de tamización, tratamiento y rehabilitación fuera limitado.

Distintos estudios estiman que para el año 2020 hubo una reducción en el diagnóstico de cáncer esperado en países como España y Reino Unido del 30% al 34% principalmente en los adultos mayores de 64 años. Este descenso fue explicado por una reducción de más del 20% en el número de consultas y entre el 21 y 25% en la realización de biopsias y citologías diagnósticas, lo cual además implica un posible diagnóstico tardío de estas patologías en años posteriores y por otro lado, la disminución de la movilidad generó que los pacientes que tenían tratamientos no pudieran continuarlos por lo que se interrumpió el manejo indicado para cada tipo de cáncer. (Marzo-Castillejo, Guiriguet Capdevila, & Coma Rendon , 2021).

A pesar de estas restricciones y con el fin de disminuir al máximo las consecuencias previamente descritas se desarrollaron y potenciaron herramientas para facilitar el acceso de los usuarios al sistema de salud. Dentro de estas opciones, la telemedicina que se convirtió en un aspecto clave para acercarse a las poblaciones principalmente las alejadas de las ciudades capitales, personas con mayor restricción por condiciones físicas o sociales, pacientes con infección por COVID-19 con orden de aislamiento y a su vez que el personal de la salud pudiera desde sus casas mantener al máximo sus actividades laborales.

Este método utiliza como herramienta la tecnología para interactuar entre los médicos y los pacientes, logrando incrementar la cantidad de consultas y valoraciones a través de diferentes plataformas lo cual ha permitido generar un nuevo instrumento importante para los modelos de atención en salud.

Diferentes estudios han mostrado beneficios como seguridad para evitar el contagio, accesibilidad, aumento en la percepción del valor de los servicios recibidos, una mayor participación de los usuarios en todas las actividades y mejorar los planes terapéuticos personalizándolos según el caso. (Saigi-Rubio, Torrent-Sellens, Robles, Perez Palaci, & Baena, 2021)

Sin embargo, en el tratamiento de pacientes oncológicos, la Sociedad Española de Oncología Médica sugiere que la telemedicina sea utilizada en casos específicos como citas de control, lectura de resultados de control, cuando el paciente tenga dificultades para el traslado, segundas opiniones, asesorías genéticas entre otros y aclara algunas situaciones en las que la telemedicina no se recomienda como la comunicación de noticias, la toma de decisiones sobre el plan terapéutico, la primera valoración que requiere examen físico completo, la presencia de barreras como el idioma y la sospecha de que ha empeorado la situación clínica, por lo que es importante definir el estado clínico en el que está el paciente y tomar la decisión con antelación de si se va a realizar parte del control vía telemedicina o si se prefiere la atención presencial . (Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2020)

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Construir un modelo de soporte oncológico integral con enfoque en la prehabilitación para la población adulta con diagnóstico de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar e identificar las necesidades de la población adulta con diagnóstico de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Identificar las necesidades de los Profesionales de la Salud del Instituto Nacional de Cancerología (INC) para la prestación de atención integral en cáncer.
- Identificar las necesidades del Instituto Nacional de Cancerología (INC) para asegurar el acceso y la prestación de la atención integral en cáncer.
- Diseñar una ruta de atención en salud específica para el soporte oncológico con enfoque en prehabilitación del adulto en el Instituto Nacional de Cancerología (INC).

1.4. ALCANCE

El presente estudio pretende el diseño de un modelo de soporte oncológico para la atención integral de los pacientes con diagnóstico de cáncer que incluye el desarrollo de la ruta de atención para el Instituto Nacional de Cancerología (INC) ubicado en la ciudad de Bogotá. Para lograr lo

anterior, en el estudio se realizará inicialmente la caracterización sociodemográfica de la población atendida, posteriormente se definirán las necesidades de los usuarios a partir de un estudio previo realizado en la institución, la identificación de necesidades del personal médico a través de una encuesta y la percepción de los requerimientos para cumplir con la aplicación de la ruta mediante una entrevista dirigida a la directora del INC. Posteriormente se planteará la ruta y la descripción completa del modelo.

Se excluye del proyecto el costeo, los criterios para evaluación y seguimiento de este debido a que para el momento del planteamiento del estudio el Instituto Nacional de Cancerología (INC) se encontraba en proceso de aprobación de Proyecto de Ley de cambio de razón social por lo que las tarifas de los servicios estaban siendo ajustadas y la información no era confiable para los cálculos.

1.5. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TRABAJO

“El cuidado centrado en el paciente es poco probable que ocurra sin un buen entendimiento de las necesidades de los pacientes y aquellos factores que las influyen” (Richardson, Medina, Brown, & Sitzia, 2007).

Teniendo presente esta premisa el enfoque de rehabilitación planteado desde la Rehabilitación Oncológica se convierte en una estrategia que armoniza las acciones de los diferentes equipos de profesionales de la salud, quienes deben tener las competencias técnicas, éticas y humanas en la aproximación hacia el paciente con el propósito de reconocer aquellas condiciones de riesgo, además de las complicaciones agudas relacionadas con el cáncer y sus tratamientos específicos, el manejo del dolor, complicaciones crónicas y el soporte psicosocial sea el tratamiento con intención curativa o no además de la atención en el final de vida. Es así como el cuidado de soporte oncológico se puede dar en cualquiera de los momentos o etapas del cáncer y su intención de tratamiento: curativa, paliativa y tratamiento terminal.

Frente a este conocimiento la orientación de la atención en salud de la población con diagnóstico de cáncer hacia la calidad de vida hace que los cuidados de Soporte Oncológico sean un aspecto clave en la excelencia de la atención en salud dado que promueve una concepción holística de la calidad de vida donde coinciden dimensiones clínicas, éticas/existenciales, y espirituales. Sin embargo, los modelos de soporte oncológico no han sido bien implementados.

De acuerdo con una publicación año 2018, D. Carrieri, F.A. Peccatori y G. Boniolo, a partir de un análisis de la literatura disponible a la fecha identificaron tres barreras clave en la implementación de los cuidados de soporte en cáncer (Carrieri, Peccatori, & Boniolo, 2018):

- Recursos y organizaciones – Insuficientes recursos e infraestructura.
- Profesional – Síndrome de burnout en los profesionales de la salud que proveen el cuidado.
- Cultural – estigma hacia la muerte y el morir.

En la actualidad se han presentado avances y nuevas tecnologías en las terapias oncológicas que tienen impacto en la sobrevivencia de este grupo poblacional sin embargo con un costo en la calidad de vida que no es diferente a los efectos de otras enfermedades crónicas no transmisibles que tienen también un potencial de producir condiciones de discapacidad. Aunado a ello los sistemas de salud han tenido una evolución frente al cuidado donde no sólo la calidad de la atención en salud sino también la percepción del resultado de este por parte de las personas traducido en el concepto de calidad de vida.

Consultando el Observatorio Nacional de Cáncer (SISPRO, 2022) referente al dominio de carga de la enfermedad se puede identificar el incremento en el tiempo en términos de años de vida ajustados por discapacidad (DALYS), años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años vividos con discapacidad (AVD). “El cuidado de soporte oncológico ofrece enormes beneficios no sólo a los pacientes, sino también potencialmente a los clínicos y hospitales”.

La coincidencia del cuidado de soporte oncológico y el enfoque de prehabilitación en cáncer permitirán tener efecto en:

- Asegurar la identificación del riesgo funcional en la población adulta con diagnóstico de cáncer.
- Monitorear los cambios funcionales secundarios al cáncer y sus tratamientos orientando acciones y dando un empoderamiento del cuidado al paciente con cáncer.
- Atender oportunamente las necesidades relacionadas con la enfermedad oncológica y sus tratamientos.
- Reducir la morbilidad relacionada con el cáncer y sus tratamientos específicos.
- Garantizar el acceso a la atención en salud con un enfoque integral y humanizado.
- Determinar el efecto en la calidad de vida del paciente con cáncer en esa línea del tiempo de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento activo, final de tratamiento, sobreviviente, final de vida).
- Favorecer un impacto positivo en la dinámica de prestación de servicios en salud.

- Reducir los costos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Optimizar la planeación y la coordinación del cuidado.
- Reducir los reingresos hospitalarios por situaciones no justificadas.
- Reducir el riesgo de síndrome de burnout en el personal asistencial.
- Facilitar la retención del talento humano en salud (staff).

Lo anterior hace visible la necesidad de contar con una propuesta de modelo de atención en salud multidisciplinaria para el paciente con cáncer donde el enfoque de atención no sólo esté centrado en el sujeto y la patología de una forma reactiva ante la materialización de problemas adicionales en su salud, sino que involucre una mirada más holística, proactiva, oportuna y preventiva de condiciones que afecten la calidad de vida derivadas de la enfermedad y el tratamiento específico del cáncer que abarcan la mayor parte de los dominios que componen la complejidad del ser humano, adicionalmente, que sea factible su implementación en los centros de atención oncológica en nuestro país.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

Con el fin de proponer el modelo de atención en salud de soporte oncológico con enfoque en prehabilitación, que incluya las percepciones y necesidades específicas de los profesionales que harán parte de la ruta de atención, el estudio se dividió en 2 fases que son:

2.1. FASE 1 - DIAGNÓSTICO

En esta etapa se definen las necesidades, tanto de los usuarios como del personal de la salud, para lo cual se tuvo en cuenta las siguientes características:

2.1.1. Tipo de Estudio

Se utilizó un estudio de tipo descriptivo el cual combina variables mixtas, con un componente cuantitativo que corresponde a la información de caracterización sociodemográfica de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología y a los resultados de dos pruebas piloto de tamización de necesidades en pacientes con diagnóstico de cáncer, una en la consulta externa de diferentes unidades funcionales de tratamiento realizada entre los años 2015 a 2018, y otra de una tamización intrahospitalaria de necesidades realizada en el año 2021.

La información de caracterización se obtuvo de los usuarios atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) por primera vez en el período del año 2015 a 2021, así como la encuesta que se aplicó a todos los profesionales involucrados en la atención del paciente oncológico dentro del INC, por lo que no se requiere cálculo de muestra.

Adicionalmente cuenta con un componente cualitativo el cual concierne a los resultados de la encuesta de percepción aplicada a los profesionales de la salud involucrados en la atención de los pacientes para el soporte oncológico integral y el resultado de una entrevista dirigida a la directora

del INC, en la cual de manera abierta se indagaron los posibles requerimientos institucionales que se tienen para atender a los pacientes oncológicos.

2.1.2. Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Para la caracterización se tomó la totalidad de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cualquier tipo de cáncer que fueron atendidos de forma ambulatoria o en hospitalización entre los años 2015 y 2021 en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) ubicado en la Ciudad de Bogotá. Se excluyen los pacientes que se encuentran con criterio de remisión, pacientes con incapacidad para responder la encuesta y quienes ya iniciaron su tratamiento específico para el cáncer (tratamiento quirúrgico, quimio o radioterapia).
- Para los profesionales de la salud que respondieron la encuesta, se entrevistaron todos los profesionales involucrados en la atención de los pacientes con cáncer que laboran en la institución. Se excluyeron los profesionales administrativos no relacionados con la prestación de servicios.
- Para la entrevista se seleccionó la persona que ocupe el cargo de director o subdirector del Instituto Nacional de Cancerología (INC). Se excluyen profesionales que dirigen áreas específicas del INC.

2.1.3. Técnicas para la Recolección de la Información

La fuente de información para la caracterización es secundaria. Se toma el registro de asignación de usuarios adultos del Instituto Nacional de Cancerología (INC) ubicado en la Ciudad de Bogotá utilizando los criterios e inclusión propuestos previa autorización por parte del comité de ética.

Por otra parte, para la identificación de necesidades de los usuarios se utilizarán los resultados de la encuesta de identificación de necesidades del paciente con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología ya aplicada.

Para la encuesta de percepción de los profesionales se utilizará una fuente de información primaria a través de un formulario creado en Forms de Microsoft el cual se enviará vía correo electrónico. Previamente y con el fin de validar la calidad de la encuesta de necesidades de los profesionales

de la salud, se realizará una prueba piloto que permita hacer los cambios pertinentes a las preguntas y así hacer la aplicación definitiva.

Se creó en Excel una tabla con las diferentes variables necesarias para el estudio, siendo esta el instrumento de recolección.

Por último, para la entrevista con la directora del INC con preguntas abiertas se indagaron los posibles requerimientos institucionales que se tienen para atender a los pacientes oncológicos.

2.1.4. Control de Sesgos

Para controlar el sesgo de información frente a la posible variabilidad de los datos, se realizó la revisión de la asignación de usuarios de una base de datos no modificable y del programa de historias clínicas *SAP*® el cual no permite cambio de diagnósticos ya registrados y adicionalmente, se hizo verificación cruzada de la información obtenida por parte de los investigadores, para detectar errores en el registro de datos y acceder de manera oportuna nuevamente a la historia, con el fin de corregir los mismos. Para evitar el doble diligenciamiento de la encuesta a profesionales, esta quedó con la opción de única respuesta por correo enviado.

2.1.5. Técnicas de procesamiento de datos

Con el fin de generar la caracterización demográfica y la caracterización de percepción se realizará un análisis univariado donde se utilizarán frecuencias absolutas y relativas y para las variables continuas, medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo con la distribución de los datos. Para dichos análisis se utilizará el programa estadístico Epidat de acceso libre.

2.2. FASE 2 - DISEÑO DEL MODELO

En la etapa de diseño se utilizaron los resultados obtenidos de la fase de diagnóstico, los cuales junto con el marco teórico, experiencias exitosas en la atención de este tipo de pacientes, actividades específicas de prehabilitación en cáncer u otras rutas o mapas de atención a usuarios y basados en las Rutas de Atención Integral en cáncer propuestas por el Ministerio de Salud hasta el momento, permitieron construir la ruta, definir las características del modelo y generar las estrategias específicas para el acceso de la población.

2.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo ya que se va a recolectar información desde las bases de datos del Instituto Nacional de Cancerología (INC) donde únicamente se utilizará información general sobre el total de la población y características generales. Para el acceso a la información y presentación de protocolo, se enviará una carta expedida por la Maestría de Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana para ser presentada ante el Comité de Ética en Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología (INC).

No se requieren datos sensibles de usuarios para ningún tipo de análisis ni para publicación y no se realizará ningún tipo de intervención que modifique las condiciones actuales biológicas, psicológicas o sociales ni la información contenida en su historial.

Para el cuestionario se hará anonimización del diligenciamiento con codificación para evitar respuestas múltiples del mismo profesional, no se solicitará ninguna información personal.

Cada investigador se compromete a velar por la confidencialidad de la información y protegerá la información y datos de los pacientes, todo lo anterior de acuerdo con la resolución 008430 de 1993 específicamente capítulos I, II Y III; Éticas Internacionales para la Investigación relacionadas con la Salud con Seres Humanos del consejo de organizaciones internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, específicamente: Pautas (1, 6, 9, 10, 15 16 y 18); *Ley 1915 del 2018* por la cual se modifica la Ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y Derechos conexos.

En esta investigación el principio más importante es el de beneficencia/no maleficencia puesto que se pretende con los resultados proponer un modelo de atención de soporte oncológico con enfoque en prehabilitación para la población adulta con diagnóstico de cáncer que permitirá disminuir las posibles secuelas de los tratamientos específicos según el tipo de cáncer. Estos resultados buscan beneficiar a toda la población con asignación de atención en el Instituto Nacional de Cancerología (INC), así como poderla aplicar a nivel local e incluso nacional y mejorar además los conocimientos de los profesionales que laboran en la institución para ofrecer la mejor atención a los pacientes.

Considerando que uno de los investigadores es funcionario del Instituto Nacional de Cancerología, se adjunta el Oficio de Declaración de Conflicto de Interés. (anexo 3).

3. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

3.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN

Para la caracterización sociodemográfica se obtuvieron datos de plataforma de información del Instituto Nacional de Cancerología llamada SIAI (Sistema de Información de Análisis Institucional) que se alimenta en tiempo real de datos registrados dentro de sistema de información SAP (historia clínica sistematizada) mediante filtro del período comprendido 2017 – 2021, de datos de incidencia de cáncer correspondiente a pacientes nuevos atendidos en la institución.

3.1.1. Distribución de la población por tipo de tumor y por ciclo vital

De acuerdo con tipo de cáncer el 88.6% correspondieron a tumor sólido y el 11,4% a neoplasia hematolinfoide.

Del total de los pacientes atendidos, la incidencia de cáncer se presentó en mayor proporción en mujeres principalmente adultas y en mayores de 59 años. La distribución se puede ver en las siguientes tabla y gráfica:

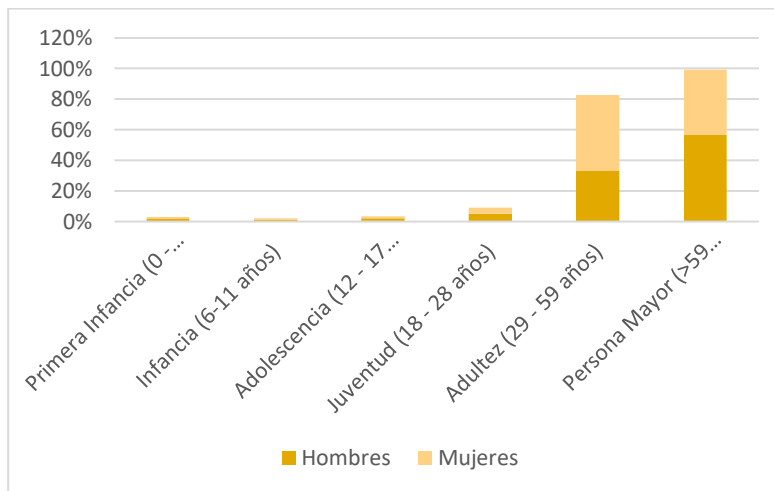
Tabla 1 Distribución de la población atendida por incidencia de cáncer en el INC según ciclo vital y sexo entre 2017 y 2021.

Ciclo de Vida	Hombres (n)	%	Mujeres (n)	%
Primera Infancia (0 – 5 años)	215	1,9%	166	1,0%
Infancia (6-11 años)	147	1,3%	144	0,9%

Adolescencia (12 – 17 años)	247	2,1%	218	1,4%
Juventud (18 – 28 años)	581	5,0%	684	4,3%
Adultez (29 – 59 años)	3796	33,0%	7886	49,7%
Persona Mayor (>59 años)	6526	56,7%	6773	42,7%
Total	11512		15871	

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la información SIAI población atendida

Gráfica 1 Incidencia de cáncer de la población atendida en el INC por sexo y ciclo vital entre 2017 y 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en la Tabla 2

3.1.2. Distribución de la población por estrato socioeconómico

Del total de los pacientes atendidos más de la mitad corresponden a estratos 1 y 2. Llama la atención que no se tiene información de cerca del 13% de los usuarios. La distribución se encuentra en la siguiente tabla:

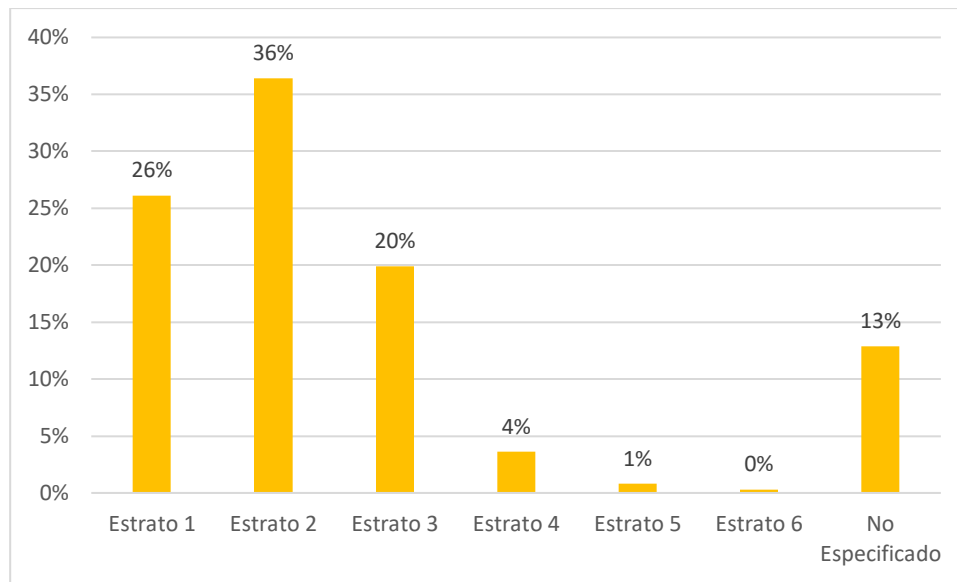
Tabla 2 Distribución de la población por estrato socioeconómico de la población atendida en el INC entre 2017 y 2021.

ESTRATO SOCIOECONOMICO	n	%
Estrato I	7081	26,1%

Estrato II	9879	36,4%
Estrato III	5406	19,9%
Estrato IV	977	3,6%
Estrato V	212	0,8%
Estrato VI	68	0,3%
No Especificado	3490	12,9%
Total	27113	

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la información SIAI población atendida

Gráfica 2 Estrato socioeconómico de la población atendida en el INC entre 2017 y 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en la Tabla 3

3.1.3. Distribución de la población por nivel de escolaridad

De los pacientes atendidos, un poco más del 50% no tienen escolaridad o tienen básica primaria. Se evidencia que entre mayor nivel de escolaridad hay menos usuarios.

Tabla 3 Distribución de la población atendida en el INC según nivel de escolaridad entre 2017 y 2021.

Escolaridad	n	%
Básica Primaria	8.246	30,41%
Sin Escolaridad	5.868	21,64%
Básica Secundaria (Bachillerato Básico)	4.291	15,83%

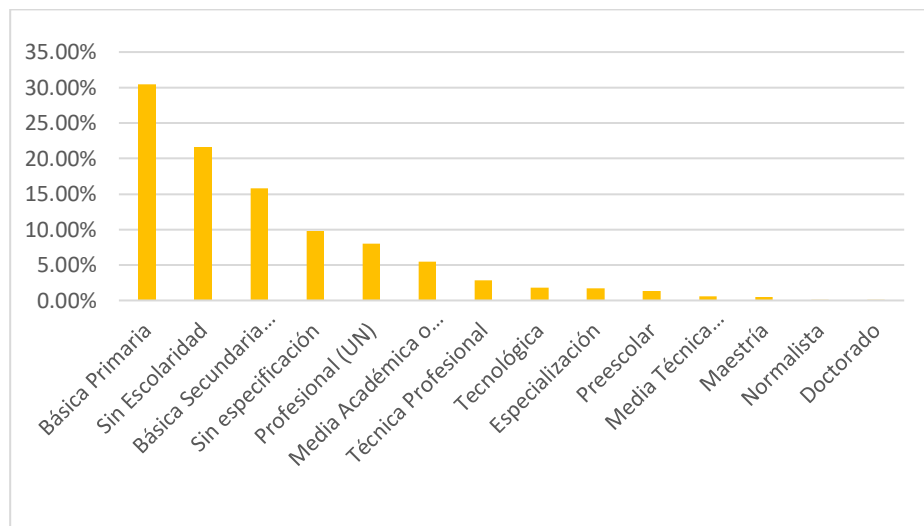
Sin especificación	2.662	9,82%
Profesional (UN)	2.171	8,01%
Media Académica o Clásica (Bachillerato Básico)	1.475	5,44%
Técnica Profesional	766	2,83%
Tecnológica	494	1,82%
Especialización	456	1,68%
Preescolar	366	1,35%
Media Técnica (Bachillerato Técnico)	156	0,58%
Maestría	133	0,49%
Normalista	21	0,08%
Doctorado	8	0,03%
Total	27.113	

Fuente: Construcción propia
información SIAI población

de los autores con base en la
atendida

Gráfica 3 Nivel de
población atendida en
2021.

escolaridad de la
el INC entre 2017 y



Fuente: Construcción propia de los autores con base en la Tabla 4

3.1.4. Distribución de la población por EPS

Se evidencia que hay más de 60 aseguradores para los pacientes atendidos de todo el país, siendo la de mayor cantidad de pacientes Capital Salud. Llama la atención que un poco más del 22% no tienen especificada la EPS dentro de esta base aportada por la institución y que existen EPS indígenas como remisoras de pacientes para la atención en el Instituto. La distribución completa se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 4 Distribución de la población atendida en el INC según su EPS entre 2017 y 2021.

Aseguradora	Casos Nuevos	%
Capital Salud	7.138	26,32%
Sin Especificación	6.019	22,20%
Nueva EPS	4.065	14,99%
Medimas EPS	1.778	6,55%
Famisanar Ltda.	1.383	5,10%
Salud Total	610	2,25%
Saludvida Subsidiado	605	2,23%
Compensar	582	2,14%
Sanitas S.A. E.P.S.	469	1,73%
Comfamiliar Huila	446	1,64%
Capresoca E.P.S.	430	1,58%
Policía Nacional	429	1,58%
Comparta	326	1,20%
Convida	318	1,17%
Comfacundi	273	1,00%
Ecoopsos	213	0,78%
Sura	193	0,71%
Pijaos Salud Epsi	180	0,66%
Aliansalud	174	0,64%
Mutual Ser Ess	136	0,50%
Asmet Salud	123	0,45%
Famisanar	118	0,43%
Mallamas Epsi	112	0,41%
S Total Sub	95	0,35%
Cajacopi Atlántico	91	0,33%
Emdisalud Ess	82	0,30%
Emssanar Ess	65	0,24%
Coomeva	64	0,23%
Ferrocarriles	45	0,16%
Magisterio	43	0,15%
Anas Wayuu Eps I	42	0,15%
Saludvida Contributivo	41	0,15%
Coosalud Sa	37	0,13%

Asociacion Indigena Del Cauca Aic-Eps-I	36	0,13%
Dusakawi	33	0,12%
Cafesalud Contributivo	32	0,11%
Cruz Blanca	32	0,11%
Mutualser	24	0,08%
Cafesalud Subsidiado	22	0,08%
Comfamiliar Guajira	21	0,07%
Ambuq Ars	20	0,07%
Comfaboy	19	0,07%
Sos	19	0,07%
Comfaoriente	17	0,06%
Capresoca Re	15	0,05%
Sanitas Sub	11	0,04%
Seg. Bolivar	10	0,03%
Comfamiliar	10	0,03%
Comfacor	8	0,03%
Coosalud	7	0,02%
Cajacopi	6	0,02%
Colsanitas	5	0,01%
Coomeva Reg.	5	0,01%
Ama Eps Sas	5	0,01%
Mallamas	4	0,01%
Hosp. Milita	3	0,01%
Asoc Indigen	3	0,01%
Comfamiliar Sucre	2	0,007%
Suramericana	2	0,007%
Sena	2	0,007%
Comfenalco Valle	2	0,007%
Asmetsalud	2	0,007%
Comfaguajira	2	0,007%
Caprecom	1	0,004%
Anas	1	0,004%
Caja De Prevision Social Universidad Industrial De Santander	1	0,004%
Sanidad Mili	1	0,004%
Unidad De Salud De La Universidad Del Atlantico	1	0,004%

Emssanar	1	0,004%
Comfamiliar Choco	1	0,004%
Medisanitas Emp	1	0,004%
Emdis	1	0,004%
Total	27.113	

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la información SIAI población atendida

3.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN EL PACIENTE AMBULATORIO

Entre los años 2015 al 2018 el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. realizó el estudio correspondiente a tamización ambulatoria de necesidades realizada a los pacientes con diagnóstico de cáncer en el cual se identificaron dominios correspondientes a variables de autopercepción que permiten orientar a la interacción con los equipos que conforman en su conjunto el soporte oncológico dentro de la Institución.

3.2.1. Caracterización de la población

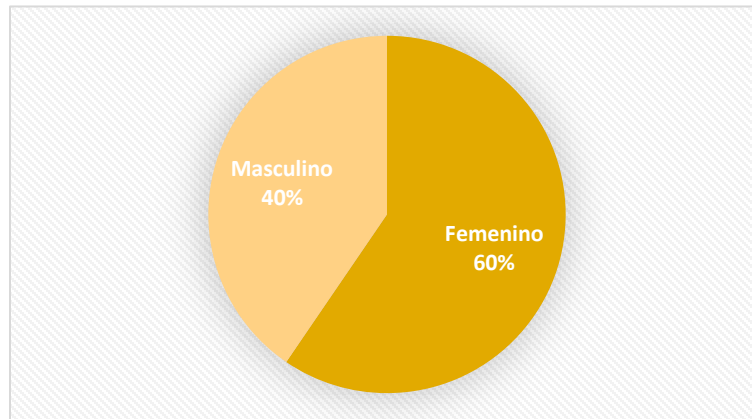
El estudio incluyó a 860 personas con cerca de un 60% del sexo femenino y con diferencia de 5 años promedio con mayor edad en el sexo masculino.

Tabla 5 Distribución por edad promedio y sexo de la población encuestada en el INC entre 2015 y 2018.

Sexo	n	Edad promedio
Femenino	512	57
Masculino	348	62
Total	860	59

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente ambulatorio – INC

Gráfica 4 Edad promedio y sexo de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 6

3.2.2. Resultados principales de la encuesta

El instrumento de tamización se compone de 5 tipos de dominios o problemas categóricos con respuestas dicotómicas “SI” o “NO”, que permiten el direccionamiento a cada una de las diferentes disciplinas que conforman el equipo de soporte oncológico dentro de la Institución de Salud. Es importante aclarar que la tamización se efectuó previo al inicio formal del tratamiento específico del cáncer.

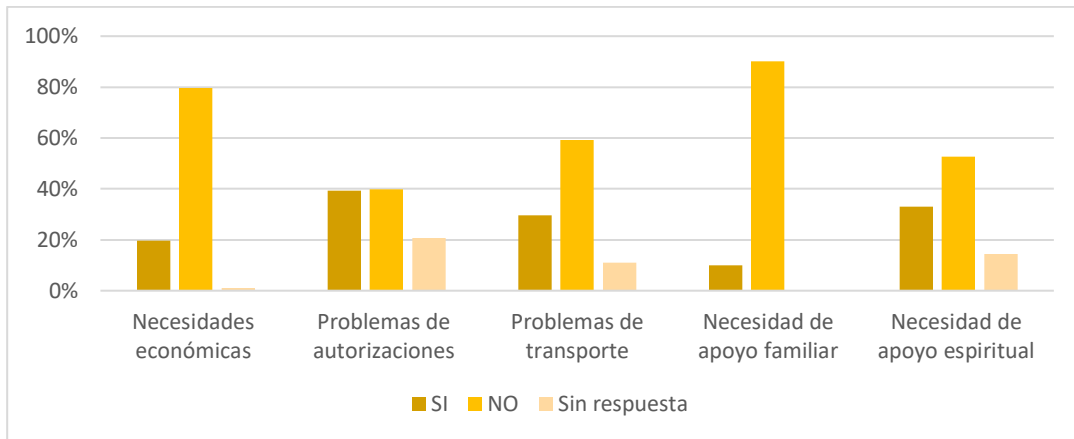
Tabla 6 Identificación de necesidades generales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.

Respuesta	Necesidades económicas	Problemas de autorizaciones	Problemas de transporte	Necesidad de apoyo familiar	Necesidad de apoyo espiritual
SI	168	339	255	85	283
NO	684	342	510	775	454
Sin respuesta	8	179	95	0	123

n:860

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente ambulatorio – INC

Gráfica 5 Distribución porcentual de necesidades generales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 7

En la tabla y gráfico anterior, se muestra el dominio de necesidades generales. Aquellos que corresponden a aspectos socio-económicos y dificultades en acceso a servicios de salud (administrativos y del propio paciente como dificultades en movilidad) direccionan a evaluación por Trabajo Social y la necesidad de apoyo espiritual orienta al paciente al contacto con uno de los , que es uno de los programas especiales de enfermería que lleva este nombre “apoyo espiritual”, 20% tienen necesidades económicas; 39% tiene problemas con autorizaciones, 30% tiene problemas con el transporte para llegar al INC y un 10% tiene necesidad de apoyo familiar, además de que aproximadamente un 33% considera necesario tener apoyo espiritual. Existe un número no despreciable de no respuesta específicamente con relación a problemas con autorizaciones de un 20,8%.

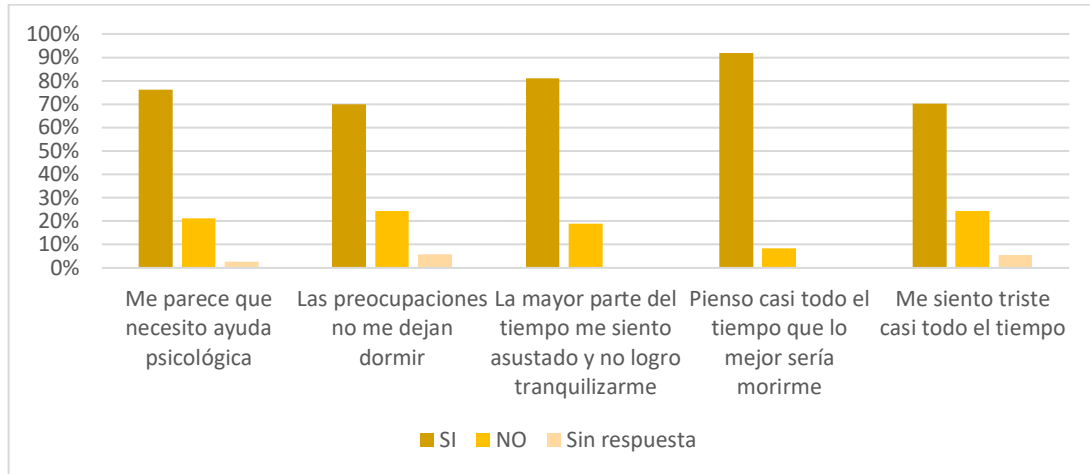
Tabla 7 Preguntas sobre necesidades de soporte en salud mental de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.

RESPUESTA	Me parece que necesito ayuda psicológica	Las preocupaciones no me dejan dormir	La mayor parte del tiempo me siento asustado y no logro tranquilizarme	Pienso casi todo el tiempo que lo mejor sería morirme	Me siento triste casi todo el tiempo
SI	656	602	696	789	604
NO	182	209	162	71	208
Sin respuesta	22	49	2	0	48

n:860

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente ambulatorio – INC

Gráfica 6 Distribución porcentual de las necesidades de soporte en salud mental de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 8

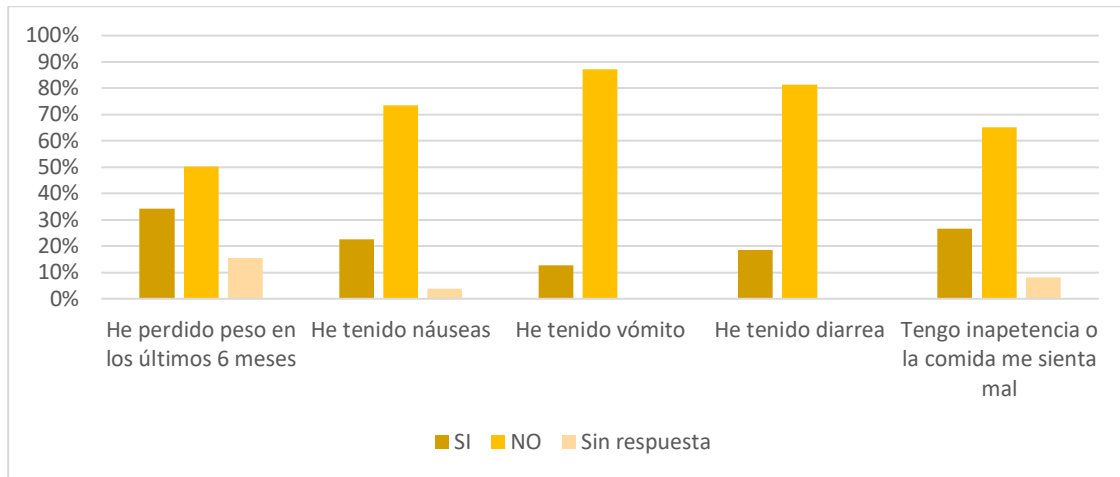
En la Tabla y gráfica superiores, se muestra el dominio de necesidades emocionales que direccionan a interacción con equipo de salud mental (psicología), 76% considera necesario la ayuda psicológica, 70% tiene preocupaciones que no le dejan dormir; 81% la mayor parte del tiempo se siente asustada y no logra tranquilizarse; 92% piensa casi todo el tiempo que lo mejor sería morir y un 70% se siente triste casi todo el tiempo.

Tabla 8 Preguntas sobre necesidades de soporte nutricional de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.

RESPUESTA	He perdido peso en los últimos 6 meses	He tenido náuseas	He tenido vómito	He tenido diarrea	Tengo inapetencia o la comida me sienta mal
SI	294	194	110	160	230
NO	432	632	750	700	560
Sin respuesta	134	34	0	0	70

n:860 Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente ambulatorio

Gráfica 7 Distribución porcentual de las necesidades de soporte nutricional de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 9

En la Tabla y gráfica superiores, se muestra el dominio de necesidades de soporte nutricional, el 34% ha perdido peso en los últimos 6 meses; 23% ha tenido náuseas; 13% ha tenido vómito; 19% ha tenido diarrea y el 27% tiene inapetencia o la comida le sienta mal.

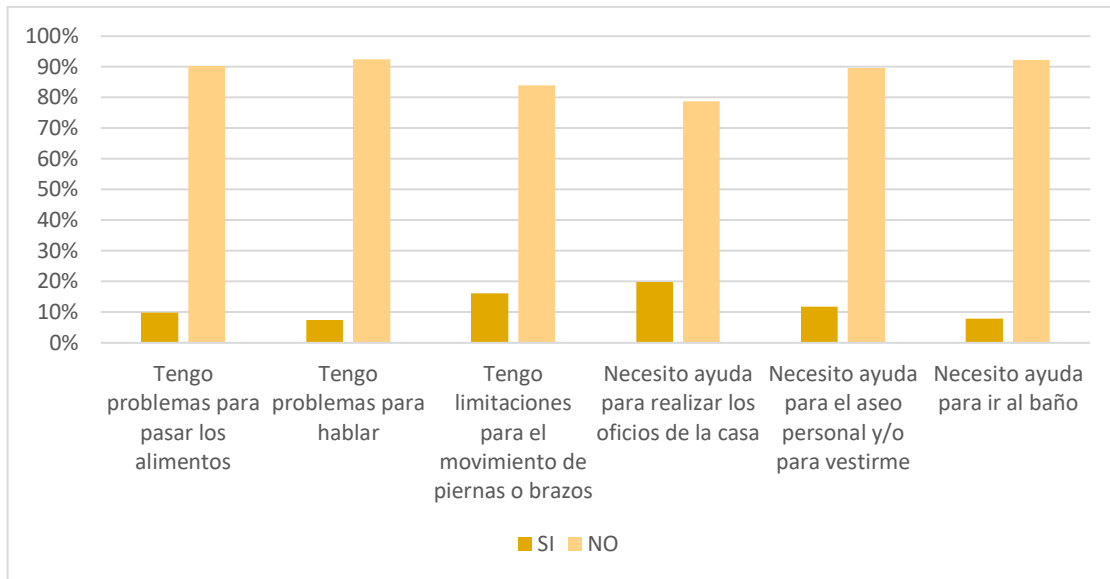
Tabla 9 Preguntas sobre necesidades funcionales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.

RESPUESTA	Tengo problemas para pasar los alimentos	Tengo problemas para hablar	Tengo limitaciones para el movimiento de piernas o brazos	Necesito ayuda para realizar los oficios de la casa	Necesito ayuda para el aseo personal y/o para vestirme	Necesito ayuda para ir al baño
SI	84	64	138	171	90	67
NO	776	796	722	678	770	793
Sin respuesta	0	0	0	11	0	0

n:860

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente ambulatorio – INC

Gráfica 8 Distribución porcentual de las necesidades funcionales de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 10

En la tabla y gráfica previas, se muestra el dominio de necesidades funcionales que direccionan a interacción con equipo de rehabilitación oncológica. Para detectarse la necesidad, cada paciente debía contestar al menos 3 respuestas positivas. De esta manera se obtuvo que el 10% tiene problemas para pasar los alimentos; 7% tiene problemas para hablar; 16% tiene limitaciones para mover piernas o brazos; 20% necesita Ayuda para hacer los oficios en casa; 10% necesita ayuda para aseo personal y/o para vestirse; y 8% necesita ayuda para ir al baño.

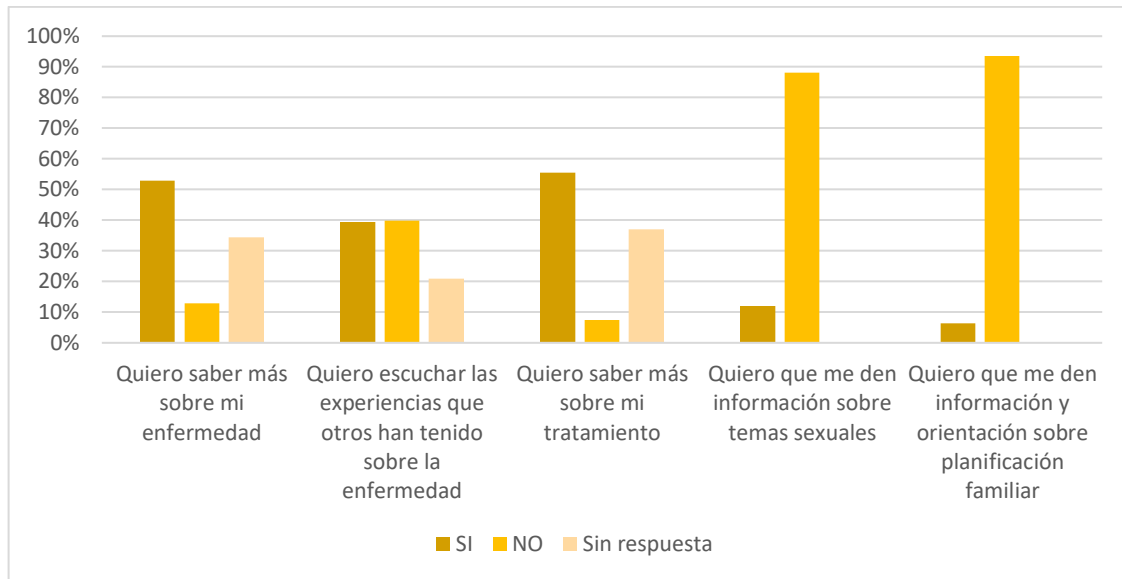
Tabla 10 Preguntas sobre necesidades en educación de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.

RESPUESTA	Quiero saber más sobre mi enfermedad	Quiero escuchar las experiencias que otros han tenido sobre la enfermedad	Quiero saber más sobre mi tratamiento	Quiero que me den información sobre temas sexuales	Quiero que me den información y orientación sobre planificación familiar
SI	455	339	478	103	55
NO	110	342	64	757	805
Sin respuesta	295	179	318	0	0

n:860

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente ambulatorio – INC

Gráfica 9 Distribución porcentual de las necesidades de educación de la población ambulatoria atendida en el INC entre 2015 y 2018.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 11

En la Tabla 11 y gráfica 9, se muestra el dominio de necesidades de educación; el 53% quiere saber más sobre la enfermedad; 39% quiere escuchar experiencias que otros pacientes han tenido sobre la enfermedad; 56% quiere saber más sobre el tratamiento del cáncer; 12% quiere información sobre temas sexuales y un 6% quiere recibir información y orientación sobre planificación familiar.

3.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

3.3.1. Caracterización de población

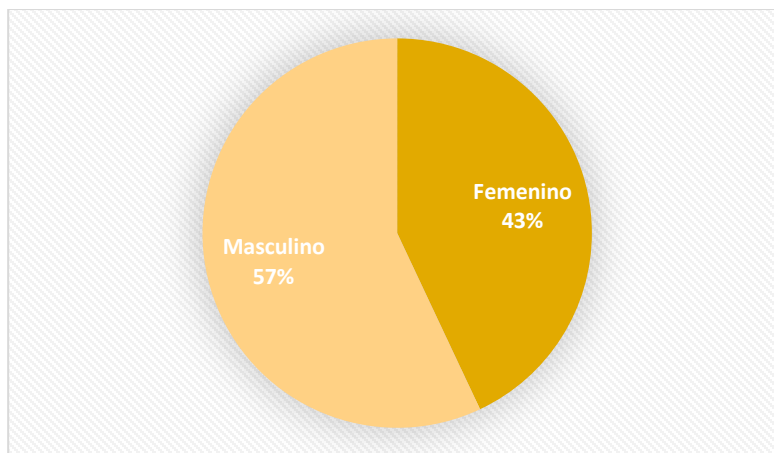
El estudio en pacientes hospitalizados se realizó entre septiembre y noviembre del 2021 e incluyó 129 pacientes con un 43% de participación del sexo femenino y 3 años más que el promedio respecto al sexo masculino.

Tabla 11 Distribución por edad promedio y sexo de la población hospitalizada atendida entre septiembre y noviembre del 2021.

Sexo	n	Edad promedio
Femenino	56	56
Masculino	73	50
Total	129	53

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente hospitalizado – INC

Gráfica 10 Edad promedio y sexo de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 12

3.3.2. Resultados principales de la encuesta

Se encuestó sobre 5 tipos de necesidades o problemas que podían tener los pacientes para acceder a todos los servicios de soporte oncológico ofertados durante una hospitalización. Obteniendo los siguientes resultados que se pueden ver en las tablas a continuación:

Tabla 12 Identificación de necesidades generales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.

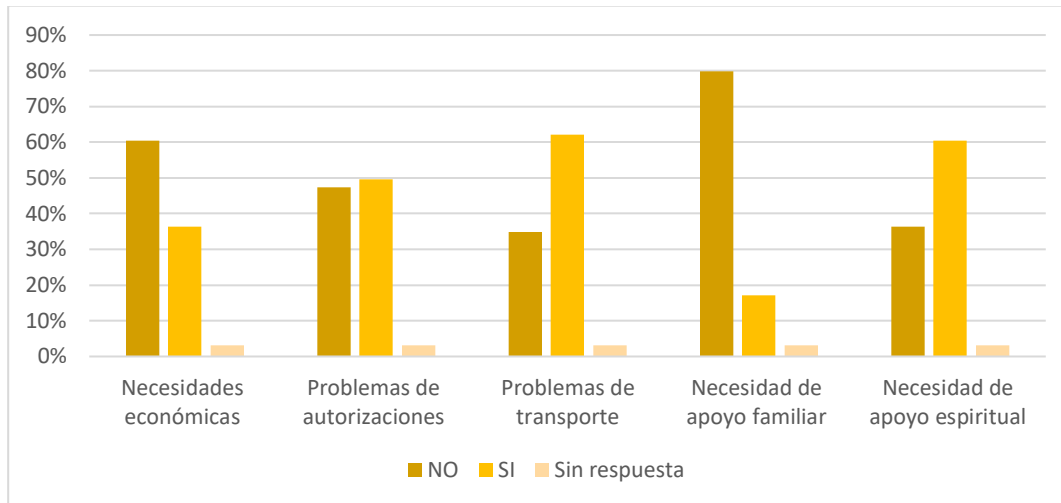
Respuesta	Necesidades económicas	Problemas de autorizaciones	Problemas de transporte	Necesidad de apoyo familiar	Necesidad de apoyo espiritual
NO	78	61	45	103	47
SI	47	64	80	22	78

Sin respuesta	4	4	4	4	4
----------------------	---	---	---	---	---

n: 129

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente hospitalizado – INC

Gráfica 11 Distribución porcentual de necesidades generales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 13

En la tabla y gráfica anteriores, se muestra el dominio de necesidades generales dentro de las cuales evidenciamos que el 36% tiene necesidades económicas; 50% tiene problemas con las autorizaciones; 62% tiene problemas con el transporte para llegar al INC; 17% tiene necesidades de apoyo familiar y el 60% tiene necesidades de apoyo espiritual.

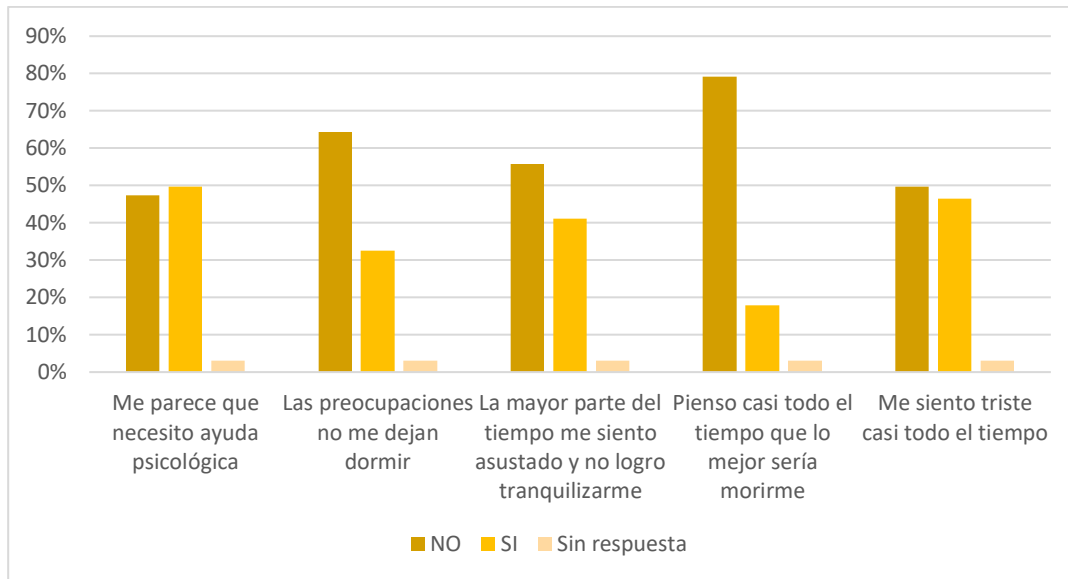
Tabla 13 Preguntas sobre necesidades de salud mental de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.

Respuesta	Me parece que necesito ayuda psicológica	Las preocupaciones no me dejan dormir	La mayor parte del tiempo me siento asustado y no logro tranquilizarme	Pienso casi todo el tiempo que lo mejor sería morirme	Me siento triste casi todo el tiempo
NO	61	83	72	102	65
SI	64	42	53	23	60
Sin respuesta	4	4	4	4	4

n: 129

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente hospitalizado – INC

Gráfica 12 Distribución porcentual de necesidades de salud mental de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 14

En la tabla y gráfica superiores, se muestra el dominio de necesidades emocionales que direccionan a interacción con equipo de salud mental (psicología), 50% considera necesario la ayuda psicológica, 33% tiene preocupaciones que no le dejan dormir; 41% la mayor parte del tiempo se siente asustada y no logra tranquilizarse; 18% piensa casi todo el tiempo que lo sería morir y un 47% se siente triste casi todo el tiempo.

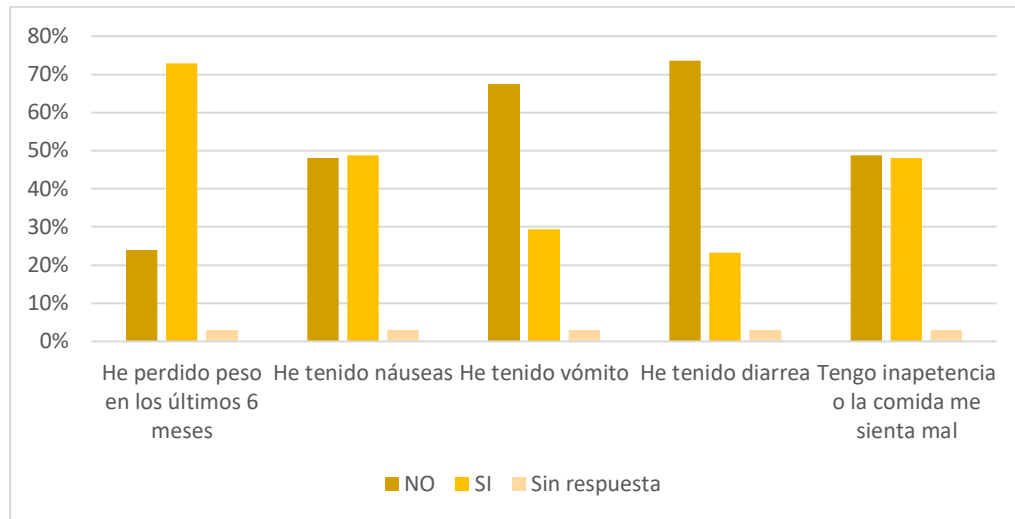
Tabla 14 Preguntas sobre necesidades de soporte nutricional de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.

Respuesta	He perdido peso en los últimos 6 meses	He tenido náuseas	He tenido vómito	He tenido diarrea	Tengo inapetencia o la comida me sienta mal
NO	31	62	87	95	63
SI	94	63	38	30	62
Sin respuesta	4	4	4	4	4

n: 129

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente hospitalizado – INC

Gráfica 13 Distribución porcentual de necesidades de soporte nutricional de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 15

En la tabla 15 y gráfica 13, se muestra el dominio de necesidades de soporte nutricional, el 73% ha perdido peso en los últimos 6 meses; 49% ha tenido náuseas; 29% ha tenido vómito; 23% ha tenido diarrea y el 48% tiene inapetencia o la comida le sienta mal.

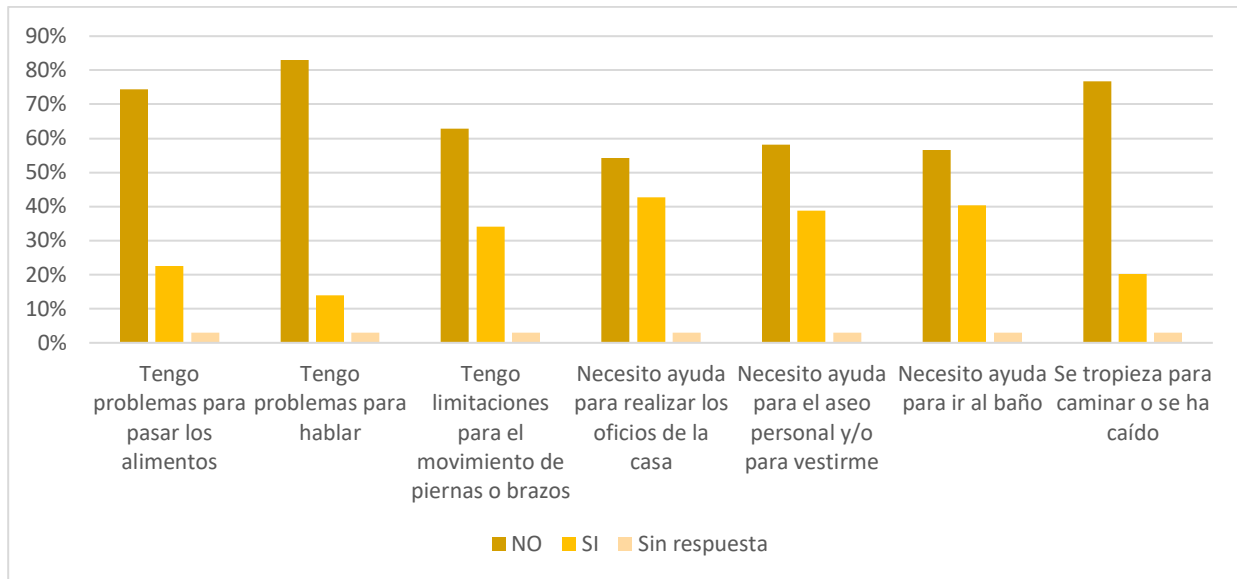
Tabla 15 Preguntas sobre necesidades funcionales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.

Respuesta	Tengo problemas para pasar los alimentos	Tengo problemas para hablar	Tengo limitaciones para el movimiento de piernas o brazos	Necesito ayuda para realizar los oficios de la casa	Necesito ayuda para el aseo personal y/o para vestirme	Necesito ayuda para ir al baño	Se tropieza para caminar o se ha caído
NO	96	107	81	70	75	73	99
SI	29	18	44	55	50	52	26
Sin respuesta	4	4	4	4	4	4	4

n: 129

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente hospitalizado – INC

Gráfica 14 Distribución porcentual de necesidades funcionales de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 16

En la tabla y gráfica previa, se muestra el dominio de necesidades funcionales que direccionan a interacción con equipo de rehabilitación oncológica, por lo menos debe tener 3 respuestas positivas. 22% tiene problemas para pasar los alimentos; 14% tiene problemas para hablar; 34% tiene limitaciones para mover piernas o brazos; 43% necesita ayuda para hacer los oficios en casa; 39% necesita ayuda para aseo personal y/o para vestirse; 40% necesita ayuda para ir al baño y 20% se tropieza para caminar o se ha caído.

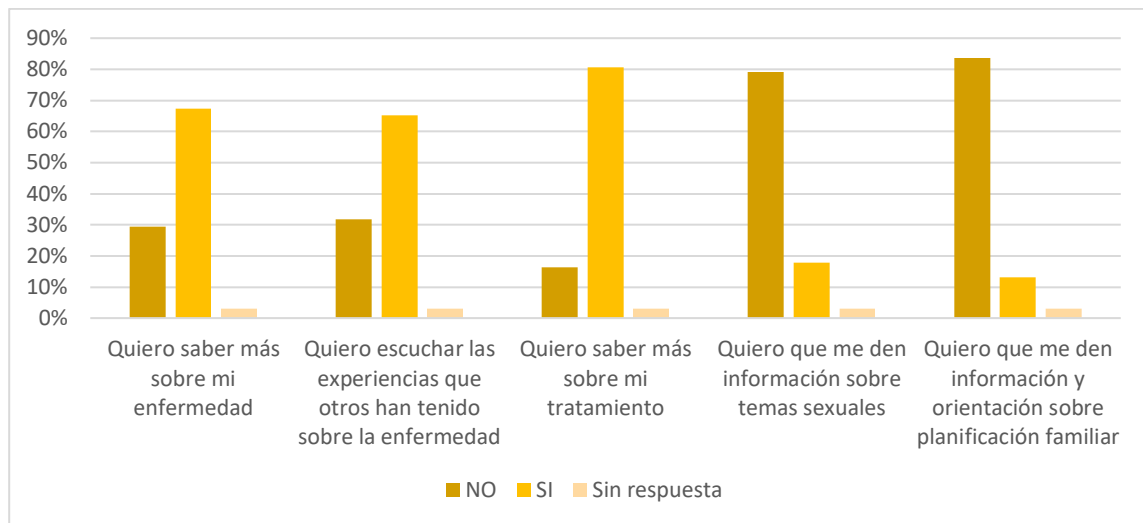
Tabla 16 Preguntas sobre necesidades de educación de la población hospitalizada atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021.

Respuesta	Quiero saber más sobre mi enfermedad	Quiero escuchar las experiencias que otros han tenido sobre la enfermedad	Quiero saber más sobre mi tratamiento	Quiero que me den información sobre temas sexuales	Quiero que me den información y orientación sobre planificación familiar
NO	38	41	21	102	108
SI	87	84	104	23	17
Sin respuesta	4	4	4	4	4

n: 129

Fuente: Construcción propia de los autores con base en la encuesta de tamización de necesidades del paciente hospitalizado – INC

Gráfica 15 Distribución porcentual de necesidades en educación de la población atendida en el INC entre septiembre y noviembre de 2021



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 17

En la Tabla 17 y gráfica anterior, se muestra el dominio de necesidades de educación; el 67% quiere saber más sobre la enfermedad; 65% quiere escuchar experiencias que otros pacientes han tenido sobre la enfermedad; 81% quiere saber más sobre el tratamiento del cáncer; 18% quiere información sobre temas sexuales y un 13% quiere recibir información y orientación sobre planificación familiar.

3.4. RESULTADO PRUEBA PILOTO ENCUESTA DE CONOCIMIENTO Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Con el fin de validar la encuesta y hacer los ajustes pertinentes se realizó una prueba sobre las necesidades percibidas por los Profesionales de la Salud la cual se llevó a cabo el 23 de noviembre 2022, a través de la red social de WhatsApp se compartió el enlace de Forms construido con los ítems a evaluar.

Se envió a 10 Profesionales de forma aleatoria obteniendo respuesta por parte de 8/10 (80%)

La pregunta número 1: El momento del ciclo vital en que se encuentra actualmente es:

El 100% de la población se encontraba en el momento del ciclo vital del Adulto (27 a 59 años)

La pregunta 2: La categoría que describe su relación con el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., fue:

6 (75%) Profesionales en Enfermería que hicieron la aclaración “Profesional en Enfermería Especializada” que corresponde a Enfermeras Oncólogas, motivo por el cual se adicionará la opción de Profesional en Enfermería Oncológica

1 (12,5%) Auxiliar de Enfermería

1 (12,5%) Médico Especialista

La pregunta 3: Defina en sus palabras para Ud. qué significa el Soporte Oncológico Integral, las respuestas fueron las siguientes:

Respuesta de Profesional Especializado en Enfermería:

“Es el tratamiento integral al paciente adicional o a la par del tratamiento médico quirúrgico de la enfermedad, que permite que éste tenga mejor desenlace para el paciente y su familia”

“Son las acciones en atención en salud que van paralelo al tratamiento médico quirúrgico que permite que éste tenga mejor impacto para el paciente y su vida”

Respuesta de Profesional Universitario

“Es el servicio que brinda el Instituto Nacional de Cancerología a los pacientes, son servicios que ayudan al paciente en diferentes aspectos de su vida, en ámbitos como el dolor, trabajo social, su parte emocional, capacidad de funcionamiento, educación, etc.”

Respuestas Profesionales en Enfermería:

“La atención interdisciplinaria del paciente Oncológico con el objetivo de brindar al paciente la atención integral del paciente Oncológico”

“Los servicios que apoyan las consultas de base del paciente brindando un soporte para la atención optima del paciente”

“Soporte Oncológico es un equipo de salud que interviene en el cuidado oportuno e integral del paciente en la familia actividades diarias del paciente, calidad, de vida”

Respuesta de Auxiliar de Enfermería

“Son las áreas que dan apoyo, para la rehabilitación del paciente, trabajo interdisciplinario”

Respuesta de Médico Especialista:

“Hace referencia a todas aquellas actividades (generadas desde la experticia de diferentes áreas de las profesiones de la salud) que buscan no sólo responder a las necesidades del paciente y su familia entorno a la enfermedad oncológica sino anticipar y prevenir complicaciones de la enfermedad o del tratamiento y en aquellos que controlan y/o superan la enfermedad, promover el reintegro a la vida laboral, productiva y plena”

La pregunta 4: Cuál(es) considera Ud. es/son los componentes que garantizan el Soporte Oncológico Integral (puede elegir uno o más de uno si lo considera)

Los resultados presentados por el Forms de Microsoft son:

100% Dolor y Cuidado Paliativo

100% Rehabilitación

100% Salud Mental (Psicología/Psiquiatría)

100% Soporte Metabólico y Nutrición

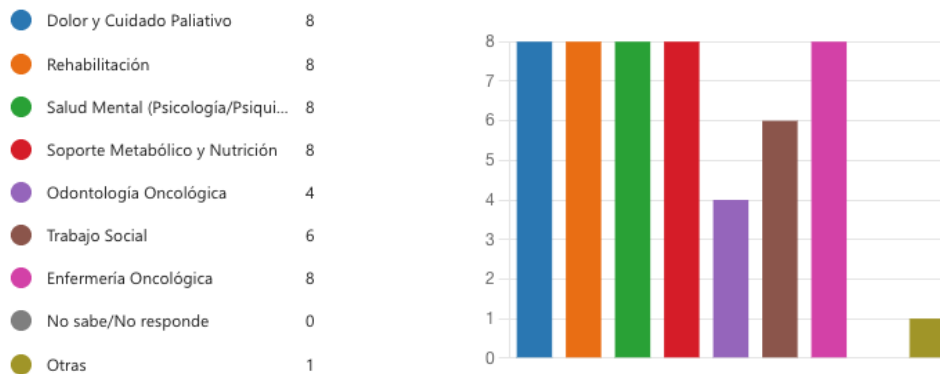
100% Enfermería Oncológica

75% Trabajo Social

50% Odontología Oncológica

12,5% Otras (consejería espiritual, programas de voluntariado)

Ilustración 3 Componentes que garantizan el Soporte Oncológico Integral en el INC



Fuente: Piloto Encuesta de Conocimiento y Necesidades de los Profesionales de la Salud. Generado por Forms Microsoft

La pregunta 5: que es de respuesta abierta, Para Ud. ¿Qué significa prehabilitación en cáncer?, Ninguno de los participantes respondió, suponemos que los participantes prefieren preguntas de selección múltiple para identificar aquella definición que se acerque a su concepto y de esta manera elegir la respuesta o existe un desconocimiento del tema de prehabilitación en cáncer, motivo por el cual se elimina de la encuesta.

La pregunta 6: ¿Cuál es el momento de participación del Equipo de Soporte Oncológico?

Las respuestas obtenidas se representan en la gráfica de barras (información parametrizada para presentación de esta manera desde Forms). Donde se identifica:

75% En fase de diagnóstico de cáncer

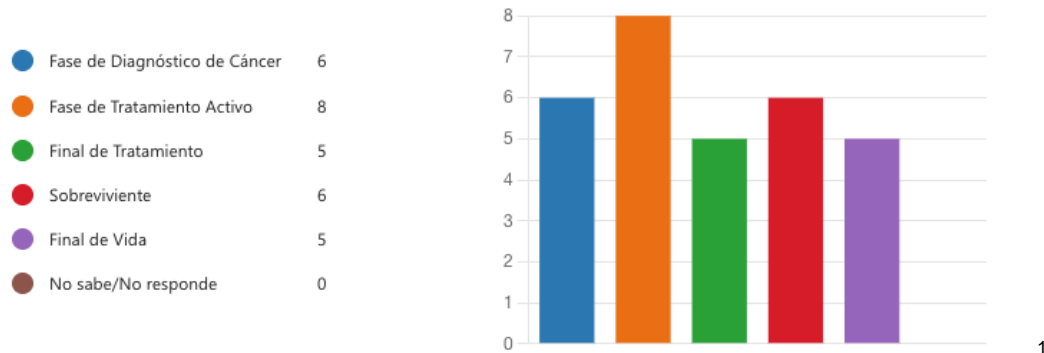
100% Fase de tratamiento activo

62,5% Final de Tratamiento

75% Sobreviviente

62,5% Final de vida

Ilustración 4 Momento de participación del Equipo de Soporte Oncológico



Fuente: Piloto Encuesta de Conocimiento y Necesidades de los Profesionales de la Salud. Generado por Forms Microsoft

Se puede interpretar sobre el concepto dentro de los Profesionales de la transversalidad de participación del Equipo de Soporte Oncológico la cual está clara en el tratamiento activo, sin embargo, con pobre fuerza en las fases iniciales correspondientes a Diagnóstico del Cáncer, sobreviviente y final de vida.

La pregunta 7: ¿Qué aspectos adicionales a los que ya existen en el INC considera Ud. limitan la prestación de atención integral en cáncer? No se obtuvieron respuestas, si bien era una pregunta con opciones de selección múltiple ninguno de los ítems fue seleccionado, se recibió la sugerencia de colocar ninguna de las anteriores.

3.5. RESULTADOS DE ENCUESTA ANÓNIMA DE CONOCIMIENTO Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Resultados de encuesta anónima de conocimiento y necesidades de los Profesionales de Salud, instrumento que fue ajustado posterior a la prueba piloto, quedando conformada por seis (6) preguntas, así:

Consentimiento: “Esta es una encuesta anónima que forma parte de un trabajo de grado el cual tiene el objetivo de construir un Modelo de Atención en Salud de Soporte Oncológico con un enfoque de Prehabilitación (prevención secundaria y terciaria) que busca conocer cuál es su percepción como Profesional del área de la salud del Instituto Nacional de Cancerología frente a las necesidades que Ud. tiene para garantizar un tratamiento integral.

A continuación, encontrará preguntas relacionadas de opción múltiple y abiertas. Agradecemos su participación y el diligenciamiento completo de la misma.”

La encuesta anónima fue respondida por setenta y un (71) personas, ocupando un tiempo promedio para el desarrollo de esta de aproximadamente 5min 42 seg para finalizar su diligenciamiento.

Pregunta 1. Momento del ciclo vital en que se encuentra actualmente es:

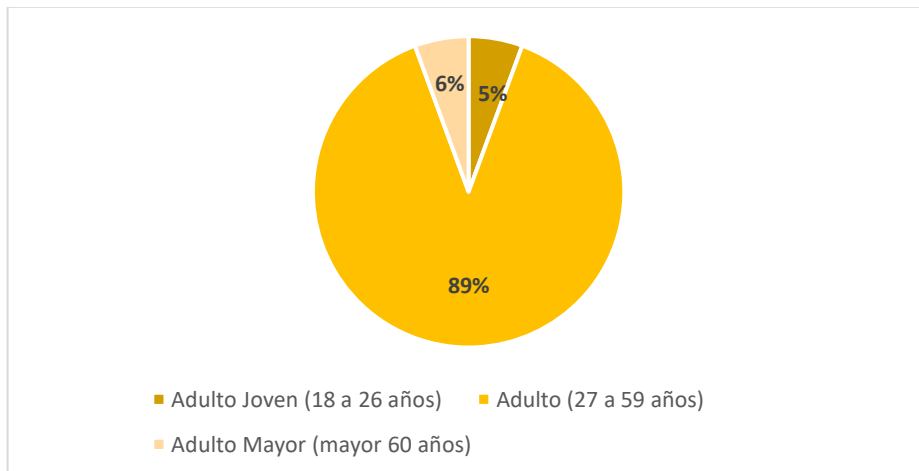
Tabla 17 Momento del ciclo vital de los encuestados

Momento del Ciclo Vital	n	%
Adulto Joven (18 a 26 años)	4	5,6%
Adulto (27 a 59 años)	63	88,7%
Adulto Mayor (mayor 60 años)	4	5,6%

n=71

Fuente: Construcción propia de los autores con base en encuesta de conocimiento y necesidades de los profesionales de la salud

Gráfica 16 Distribución de la población encuestada por ciclo vital



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 18

El 88,7% (63) de la población correspondían al momento del ciclo vital del adulto (27 a 59 años). La población restante se encuentra en los ciclos de adulto joven y adulto mayor en un cálculo aproximado de 5,6% cada uno.

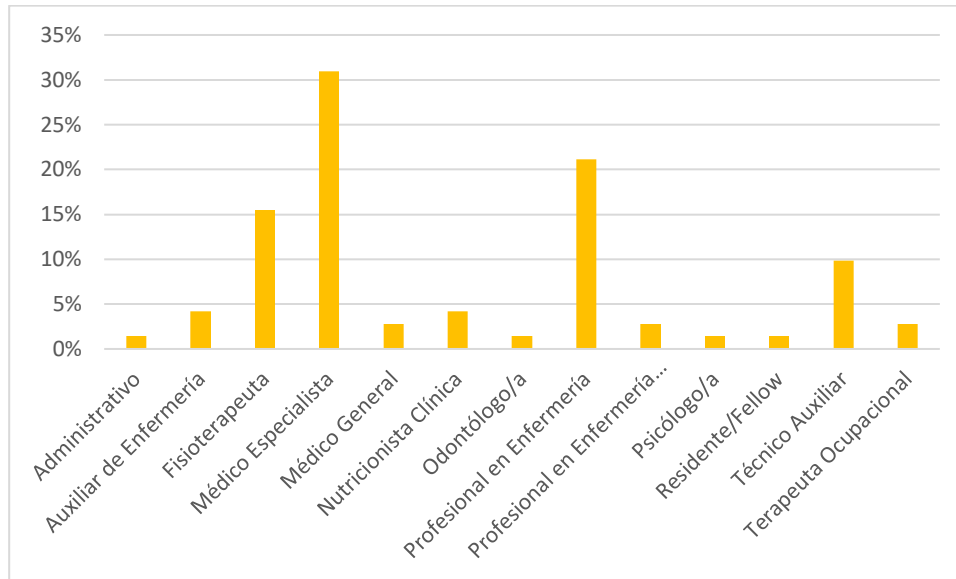
Pregunta 2. La categoría que describe su relación con el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 18 Perfil profesional de los encuestados

Perfil	n
Administrativo	1
Auxiliar de Enfermería	3
Fisioterapeuta	11
Médico Especialista	22
Médico General	2
Nutricionista Clínica	3
Odontólogo/a	1
Profesional en Enfermería	15
Profesional en Enfermería Especializado	2
Psicólogo/a	1
Residente/Fellow	1
Técnico Auxiliar	7
Terapeuta Ocupacional	2

n=71

Fuente: Construcción propia de los autores con base en encuesta de conocimiento y necesidades de los profesionales de la salud

Gráfica 17 Distribución porcentual del perfil profesional de los encuestados

Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 19

El personal que participó en el diligenciamiento de la encuesta como se muestra en la Tabla 15 el 31% (22) fueron Médicos Especialistas en áreas de oncología diferentes a rehabilitación, 15,5% (11) fisioterapeutas; 21,1% (15) Profesionales en Enfermería; 9,9% (7) Técnicos auxiliares; 4,2% (3) nutricionistas clínicas; 2,8% (2) terapeutas ocupacionales; 2,8% (2) médicos generales pertenecientes al área de urgencias (GAICA); 2,8% (2) profesionales en enfermería especializada (enfermeras oncólogas); 1,4% (1) psicólogo; 1,4% (1) residente/fellow y 1,4% (1) odontólogo.

Pregunta 3. Defina en sus palabras para Ud. qué significa el Soporte Oncológico Integral

Ilustración 5 Recopilación de palabras utilizadas por los encuestados para la definición de Soporte Oncológico Integral



Fuente: Construcción propia de los autores con base en encuesta de conocimiento y necesidades de los profesionales de la salud

Pregunta 4. Cuál(es) considera Ud. es/son los componentes que garantizan el Soporte Oncológico Integral (puede elegir uno o más de uno si lo considera)

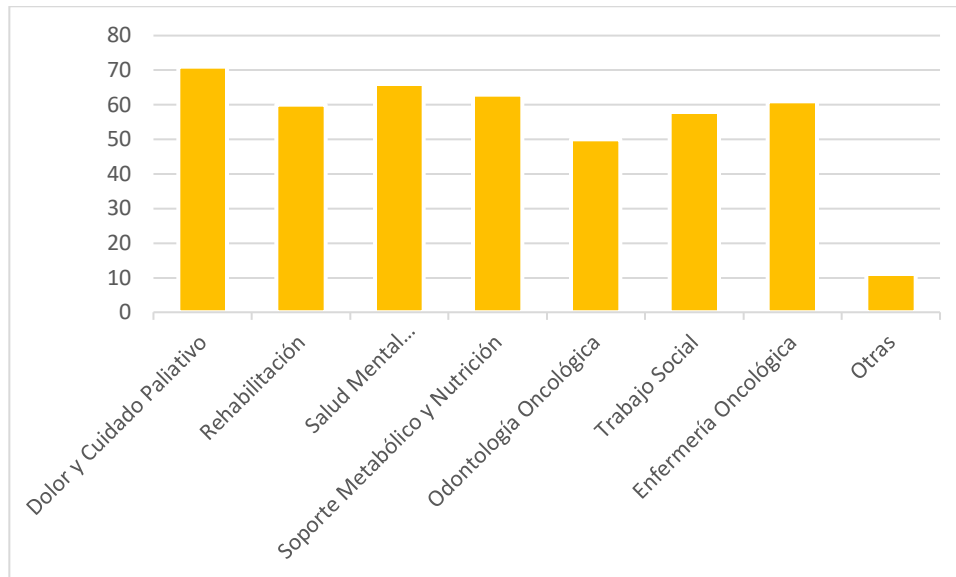
Tabla 19 Componentes del Soporte Oncológico Integral considerados por los encuestados

Componente Soporte Oncológico	n
Dolor y Cuidado Paliativo	71
Rehabilitación	60
Salud Mental (Psicología/Psiquiatría)	66
Soporte Metabólico y Nutrición	63
Odontología Oncológica	50
Trabajo Social	58
Enfermería Oncológica	61
Otras	11

n=71

Fuente: Construcción propia de los autores con base en encuesta de conocimiento y necesidades de los profesionales de la salud

Gráfica 18 Distribución porcentual de los componentes que debe incluir el soporte oncológico de acuerdo con los encuestados



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 20

Para los encuestados los componentes que garantizan el soporte oncológico integral corresponden a los servicios de Dolor y Cuidado Paliativo (100%); Salud Mental (Psicología – Psiquiatría) (93%); Soporte metabólico y nutrición (88,7%); Enfermería Oncológica (85,9%); Rehabilitación (84,5%) y Trabajo Social (81,7%).

Para un porcentaje bajo correspondiente 70,4% odontología oncológica es un servicio que integrado a los previamente descritos garantizarían la integralidad de la atención.

Un 15,5% consideran otras alternativas que garantizarían la integralidad en el soporte oncológico como la vinculación de servicio tratante, otras disciplinas como infectología, apoyo espiritual, trabajo conjunto con otros pacientes para compartir experiencias.

Pregunta 5. ¿Cuál es el momento de participación del Equipo de Soporte Oncológico?

Tabla 20 Momento de participación del equipo de soporte oncológico

Fase	n
Diagnóstico de Cáncer	13
Diagnóstico de Cáncer; Tratamiento Activo; Final de Tratamiento	5

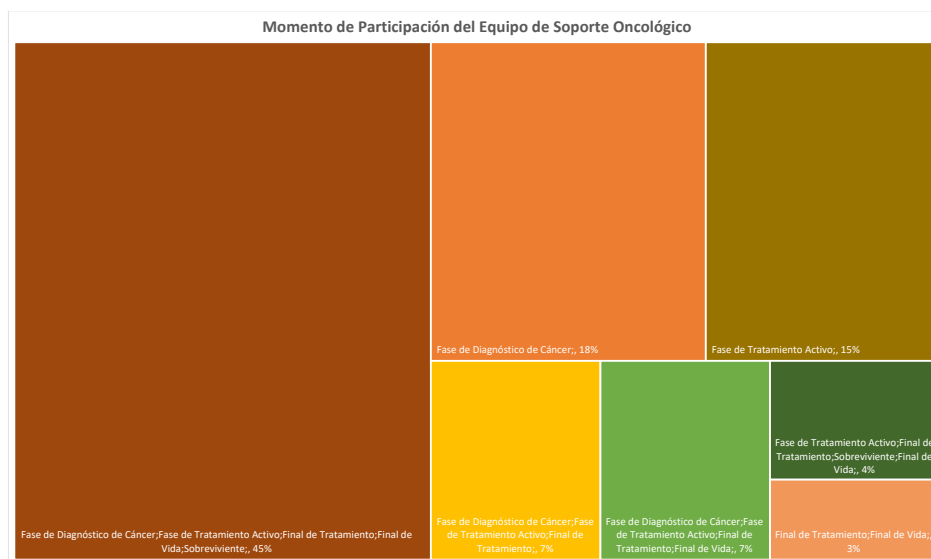
Diagnóstico de Cáncer; Tratamiento Activo; Final de Tratamiento; Final de Vida	5
Diagnóstico de Cáncer; Tratamiento Activo; Final de Tratamiento; Final de Vida; Sobreviviente	32
Tratamiento Activo	11
Tratamiento Activo; Final de Tratamiento; Sobreviviente; Final de Vida	3
Final de Tratamiento; Final de Vida	2
n=71	

Fuente: Construcción propia de los autores con base en encuesta de conocimiento y necesidades de los profesionales de la salud

Respecto al momento de participación del equipo de soporte oncológico para los encuestados consideran:

- Como único momento la fase de diagnóstico de cáncer 18,3% (13)
- Como único momento la fase de tratamiento activo 15,5% (11)
- Como único momento la fase de final de tratamiento/final de vida 2,8% (2)
- Transversalidad de la participación del equipo de soporte oncológico en el 63,38% (45) en cada una de las fases de tratamiento del cáncer, es decir desde la fase de diagnóstico hasta el sobreviviente y/o final de vida.

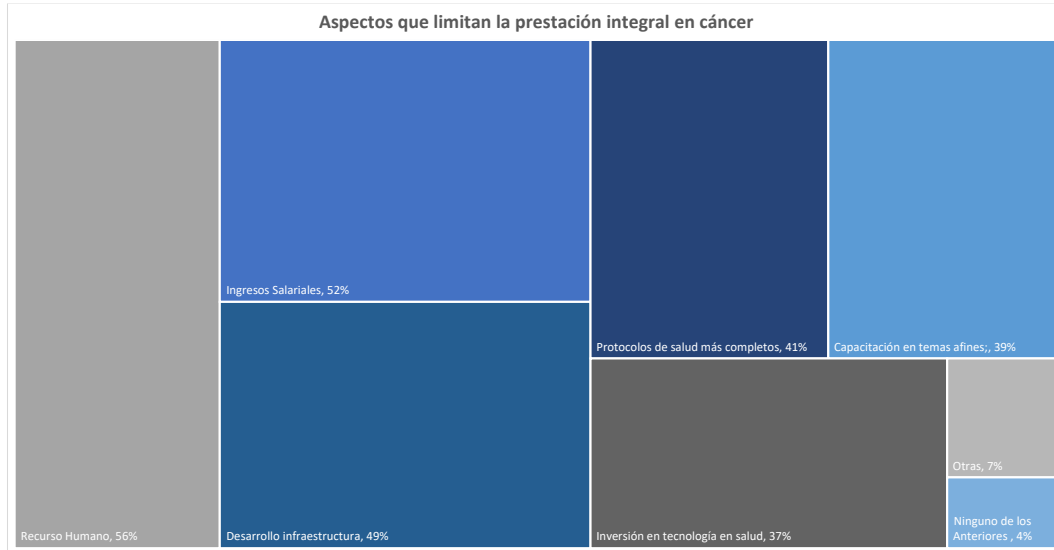
Ilustración 6 Momento de participación del equipo de soporte oncológico



Fuente: Construcción propia de los autores con base en Tabla 21

Pregunta 6. ¿Qué aspectos adicionales a los que ya existen en el INC considera Ud. limitan la prestación de atención integral en cáncer? (puede elegir uno o más de uno si lo considera)

Ilustración 7 Distribución de aspectos que limitan la prestación integral en cáncer



Fuente: Construcción propia de los autores con base en encuesta de conocimiento y necesidades de los profesionales de la salud

En la ilustración 8, se representan de forma esquemática aquellos aspectos adicionales a los que existen se considera que limitan la prestación de la atención integral en cáncer en su orden la disponibilidad de recurso humano capacitado (56%); ingresos salariales de los profesionales (52%); desarrollo de infraestructura (49%); protocolos de salud más completos (41%); capacitación en temas afines (39%); inversión en tecnología en salud (37%); Otras (7%) estas últimas corresponde a convenios con aseguradoras, barreras de acceso entre algunas descritas.

3.6. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INC)

3.6.1. Oferta de servicios de salud del Instituto Nacional de Cancerología (INC)

El Instituto Nacional de Cancerología oferta la atención del equipo de Soporte Oncológico Integral el cual está conformado por los servicios listados en la tabla a continuación:

Tabla 21 Caracterización de servicios ofertados por el Instituto Nacional de Cancerología (INC)

Servicio	Recurso humano	Código	Descripción	Ámbito de atención
Dolor y Cuidado Paliativo	Coordinador Servicio	820243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	CONSULTA EXTERNA
	Médicos Especialistas en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo (5)	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	CONSULTA EXTERNA
	Enfermera Profesional (2)	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	HOSPITALIZACION
	Aux. Administrativa (1)	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	MIXTO
		890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	HOSPITALIZACION
Nutrición y Soporte Metabólico	Coordinador Servicio	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	CONSULTA EXTERNA
	Médico Especialista en Soporte Metabólico (1)	890306	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETEICA	CONSULTA EXTERNA
	Nutricionista clínica (5)	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	HOSPITALIZACION
	Enfermera Profesional (1)	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	HOSPITALIZACION
	Aux. Administrativa (1)	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	MIXTO
		890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	MIXTO

Servicio	Recurso humano	Código	Descripción	Ámbito de atención
		890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	HOSPITALIZACION
		890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	HOSPITALIZACION
		966101	INFUSION DE ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA	HOSPITALIZACION
		990105	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	MIXTO
		990205	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	MIXTO
Salud Mental (Psicología - Psiquiatría)	Coordinador Servicio	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
	Médico Especialista en Psiquiatría (3)	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
	Psicólogo Clínico (3)	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
	Auxiliar Administrativo (1)	890308	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
		890397	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
		890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	HOSPITALIZACION
		890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	HOSPITALIZACION
		940901	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGIA	MIXTO
		943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	MIXTO
		944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	MIXTO

Servicio	Recurso humano	Código	Descripción	Ámbito de atención
		944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	MIXTO
		944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA	MIXTO
		990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	MIXTO
		990206	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	MIXTO
		890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	CONSULTA EXTERNA
		890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	CONSULTA EXTERNA
		890384	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	CONSULTA EXTERNA
		890385	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	CONSULTA EXTERNA
		890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	HOSPITALIZACION
		890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	HOSPITALIZACION
		941101	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRIA	MIXTO
		943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	MIXTO
		944001	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA	MIXTO
		944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRIA	MIXTO
		944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA	MIXTO

Servicio	Recurso humano	Código	Descripción	Ámbito de atención
Odontología Oncológica	Odontólogo Oncólogo Adulto (1)	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
	Odontólogo Pediatra (1)	890304	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	CONSULTA EXTERNA
		890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	HOSPITALIZACION
		890604	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	HOSPITALIZACION
		890704	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	URGENCIAS
		990103	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	MIXTO
		990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	MIXTO
Enfermería Oncológica	Profesional en Enfermería (174)	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA
		890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA
		890405	INTERCONSULTA POR ENFERMERIA	HOSPITALIZACION
		890605	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA	HOSPITALIZACION
		990104	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	MIXTO
		990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	MIXTO
Trabajo Social	Profesional Trabajo Social (13)	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	CONSULTA EXTERNA

Servicio	Recurso humano	Código	Descripción	Ámbito de atención
		890309	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	CONSULTA EXTERNA
		890409	INTERCONSULTA CON TRABAJO SOCIAL	HOSPITALIZACION
		890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	HOSPITALIZACION
		990107	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	MIXTO
		990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	MIXTO
Servicio de Rehabilitación y Terapias	Médico Especialistas (5)	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	CONSULTA EXTERNA
	Profesional en Fisioterapia (6)	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	CONSULTA EXTERNA
	Profesional en Fonoaudiología (4)	890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	HOSPITALIZACION
	Profesional en Terapia Ocupacional (2)	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	MIXTO
	Profesional en Terapia Respiratoria (28)	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	MIXTO
		890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	HOSPITALIZACION
		890411	INTERCONSULTA CON FISIOTERAPIA	HOSPITALIZACION
		890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	HOSPITALIZACION
		890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	HOSPITALIZACION

Servicio	Recurso humano	Código	Descripción	Ámbito de atención
		931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	MIXTO
		933501	TERAPIA REHABILITACION PULMONAR	MIXTO
		933601	TERAPIA REHABILITACION CARDIOVASCULAR	MIXTO
		937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	MIXTO
		937201	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA	MIXTO
		937202	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ	MIXTO
		937203	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCION	MIXTO
		938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	MIXTO

Fuente: Construcción propia de los autores con base en información del INC

3.6.2. Identificación de necesidades del Instituto Nacional de Cancerología (INC)

Con el fin de definir cuáles son las necesidades que tiene el Instituto Nacional de Cancerología (INC) para asegurar la implementación de la ruta de soporte oncológico se realizó una entrevista estructurada a subdirectora de atención médica y docencia del Instituto Nacional de Cancerología.

A continuación, se transcriben las preguntas y respuestas de esta entrevista.

Moderador: *“Esta entrevista corresponde a uno de los objetivos del trabajo de grado de la maestría en Administración en Salud en la cual pretendemos conocer la percepción como profesional quien desempeña funciones de liderazgo y toma de decisiones administrativas y de alta gerencia dentro de la organización, en este caso del Instituto Nacional de Cancerología. El tema del trabajo de grado es el diseño de un modelo de atención de soporte oncológico integral con un enfoque en prehabilitación. La información que se obtiene a través de este medio se presentará relacionando el perfil, mas no datos personales que serán confidenciales para los investigadores y el tutor del trabajo de grado.*

- *Pregunta: ¿Cómo define usted la atención integral en el cáncer?”*

Respuesta de la entrevistada: *“Si bien los modelos de atención en cáncer en el mundo defienden la posibilidad de hacer confirmación diagnóstica, estadificación, manejo, soporte en rehabilitación y cuidados paliativos, dentro de una mirada única y en un plan de tratamiento que permitan llevar una línea de temporalidad verificable y medible, trazable. El entendimiento en el día a día de esto no es tan fácil de poner a la práctica, lo que debería entenderse como un modelo de atención integral debería ser un continuo de manejo para una patología que se convirtió en una patología crónica más allá del concepto de lo que sería una enfermedad mortal como antes se concebía el cáncer en el cual diferentes actores deben intervenir en grupo e intervenir en diferentes momentos dentro de esa trazabilidad para la resolución y acompañamiento durante su enfermedad. El detalle es que en el papel, creo yo, suena muy bonito, pero la ejecución es compleja, entre otras porque, nuestro modelo de funcionamiento, y no me refiero a la institución como tal sino al entendimiento de cómo hemos llegado a ser especialistas, no necesariamente entiende el concepto de la toma de decisiones conjunta sino del fraccionamiento de mi experticia con la experticia del otro y hay dos puntos en cáncer que parecieran diluirse bien sea porque la gente realmente entrenada es muy poca o porque no han tenido la suficiente permeación de lo que es la importancia de lo que hacen y es todo lo que es grupo de soporte oncológico y todo lo que es el grupo de prevención terciaria de rehabilitación y cuidados paliativos, manejo crónico y fin de vida. En la medida en la que estos dos extremos sean tan pocos y de alguna manera tan débiles en su permeación en lo que es el sistema de salud hace que la base del control del cáncer en nuestro país está asentada casi que exclusivamente en el diagnóstico y en el tratamiento inicial y no en un continuo lo cual hace cada vez más doloroso o más poco eficaz el manejo de los grupos de soporte de cuidados paliativos y de rehabilitación”.*

- Moderador pregunta: *“¿Dentro del modelo que se tiene definido acá en la institución, que es un modelo centrado en el paciente, considera usted que el modelo que está propuesto para la institución materializa esa atención integral?”*

Respuesta de la entrevistada: *“Creo que parcialmente. Hay un paso que nos hace falta dar y es la construcción real de las unidades funcionales con la experticia de la gente por patologías. Inicialmente cuando arranca la creación de las unidades funcionales en Europa se concebía con una mirada transversal de la patología con una gestora o un gestor que podía ser de diferente experticia pero que en muchos de los sitios en Europa en Center era un enfermero oncólogo en la cual concurrían los especialistas para esa patología y hay algunas patologías con mucha frecuencia en la cual lograr la experticia es fácil pero hay patologías con muy baja frecuencia en las cuales lograr la experticia es muy difícil lo que hace que lograr hacer unidades funcionales bajo*

el concepto de una patología para países como el nuestro que tienen tan poco talento humano formado pues sea complejo de manejar básicamente por esa disparidad en la experticia para el manejo. Eso hace que, aunque nosotros pretendemos que esto ocurra realmente hay un paso que hace falta y es la constitución de las unidades funcionales reales en las cuales yo bajo la estructura de un grupo de patologías o una patología de alta frecuencia o de baja frecuencia, pero de alta morbilidad establezca grupos que solo se dediquen a eso y generen niveles de manejo adecuados y puedan hacer esa trazabilidad en el tiempo que es una de las cosas que realmente para Colombia creo que es un gran reto. Nuestro sistema de salud que tiene unas grandes bondades tiene un problema grande con relación al fraccionamiento y la no posibilidad de hacer un seguimiento de la información lo que me complica para hacer una trazabilidad real de lo que ocurre con ese paciente en el tiempo y de los puntos de intervención de lo que yo debí haber ejecutado para lograr una trazabilidad mejor. Por muchas razones, por la distribución geográfica de los sitios de atención, por las redes que tienen cada una de las de las EAPBs a las cuales los pacientes están agendados, la disminución del talento humano en algunas cosas que deben ser regulares. Un llamado a atención grande a nutrición y salud mental del paciente oncológico son temas que no se han manejado, que no se han profundizado en el país y que deben ser permanentes durante la línea del tiempo del manejo del paciente oncológico y de la familia”.

- Moderador pregunta: *“Dentro de lo que tiene que ver en esa línea del tiempo y en esa trazabilidad de interacción que tiene el equipo de salud con el paciente, ¿considera usted que cuál es el momento, hablando del equipo de soporte que es complementario a la atención del paciente con cáncer, es el momento en que debe participar o es oportuno la interacción con el paciente dentro de esa línea de atención?”*

Respuesta de la entrevistada: “Debería ser todo en el primer día. O sea, el ingreso del paciente debería contar no solamente con el enfoque terapéutico o diagnóstico de la patología tratante. Sino que ese mismo día de ingreso hay una cantidad de cosas que se deben hacer y entre otras, es donde debe intervenir por primera vez todos los grupos implicados en el soporte oncológico. Toda la parte de nutrición, de salud mental, de rehabilitación, para poder realmente hacer un plan de trabajo conjunto. No esperar a que el grupo tratante necesite que nutrición se lo ponga a punto para hacerle una gran cirugía o que el grupo de rehabilitación reciba tardíamente en su posoperatorio a un paciente de cáncer de seno para hacer toda la parte de rehabilitación de su miembro inferior, de su miembro superior, cuando lo pudieron haber hecho antes de la cirugía para poder montar un plan de manejo de rehabilitación para ese paciente en el posoperatorio. Yo sí creo que debería ocurrir en el primer día. Lo que uno ve en los centros de alta complejidad de

afuera, no lo he visto en ningún otro lado acá, los pacientes llegan y es como si les cayera la plaga, todos caen encima. Entonces usted llega, su primer acercamiento es con una enfermera que organiza su carpeta, pone a punto todos los documentos que usted trae, empieza a hablar algunas cosas de lo que son los derechos, los deberes, eso tarda alrededor de una hora, donde hace un acercamiento a lo que es la institución en la cual va a estar y lo que se va a enfrentar, y va organizando toda esta parte documental. Pasan luego a las unidades funcionales, en donde se ve en conjunto dependiendo del tipo de paciente, se ve en conjunto con el grupo de oncología clínica, el grupo quirúrgico si amerita una aproximación de su patología dentro de esa unidad funcional si es un tema quirúrgico, se despliega entonces toda la parte de por ejemplo si el paciente requiere un PET, si requiere una lectura de patología, todo eso se hacen el mismo día en un día, todo eso se hace en un mismo día no es mandarlo a que vaya y recoja las placas y venga después, no, el paciente llega con todo y, inmediatamente en esa misma mañana llega el grupo de psicología, el grupo de nutrición, el grupo de rehabilitación, en la gran mayoría de las veces alguien de dolor y cuidados paliativos, en la gran mayoría de las veces alguien desde la concepción de humanización y espiritualidad y, al final del día, el paciente sale entendiendo a que institución llegó, entendiendo que patología tiene, teniendo algún tipo de expectativa en cuanto a lo que va a ser su plan de manejo que no en todos los casos se da en especial en los que requieren una confirmación más allá porque no traen todo y con un plan establecido de seguimiento que es una de las cosas críticas también cuando yo tengo fraccionamiento porque el PET me lo hacen en un lado, el oncólogo me lo ve en el otro, me lo operan en otro lado, eso permite que en los centros de atención tengan integrados protocolos de investigación y muchos de los pacientes que asisten a estos centros donde como le digo todos intervienen en un mismo día, puedan también tener la opción de que a lo mejor puedan participar en un proyecto de investigación para una línea de manejo novedosa o interesante acerca de su patología que es un paso que Colombia no ha dado porque tenemos como sociedad una concepción errónea de lo que es participar en un proyecto de investigación como pacientes que es otro tema que hay que trabajar dentro del ofrecer adecuadamente recursos, no solamente me refiero a tratamientos novedosos en relación a la terapéutica de quimioterapia o de eso sino también a tratamientos novedosos en términos de apoyo psicológico, rehabilitación, hay una cantidad de cosas que se hacen desde la mirada de investigación y que pueden cambiar la dinámica de manejo de muchos pacientes”.

- Moderador comenta: “En esa línea que es en la que estamos incursionando en el Instituto con la creación de la línea de prehabilitación se ha hecho el ejercicio de interacción de lo que llevamos con los pacientes de lesiones de tejidos blandos pero específicamente

mama, se ha tenido una aproximación con pacientes con cáncer de cabeza y cuello y en gastroenterología oncológica y hemos tenido experiencias buenas, sin embargo, frente al conocimiento por parte de las aseguradoras de esa línea de aproximación se entra en conflicto para lograr la aprobación o autorización de la prestación de esos servicios frente al probable desconocimiento del impacto que tienen esas aproximaciones”.

Respuesta de la entrevistada: “Yo creo que el recurso que se forma en estos extremos del cáncer primero es muy escaso pero lo otro no ha tenido la visibilización suficiente. Hay una cosa que el país ha sido muy tímido y es el concepto de auspicios que existen en otras partes del mundo y que hacen que ese continuo no necesariamente tenga que ser todo aquí. Reino Unido tiene dos cosas super interesantes dentro de esa línea del tiempo uno la asesoría genética que es una cosa que también hay que incorporar en la medida en la que cada vez tenemos más patologías oncológicas relacionadas con marcadores genéticos o marcadores moleculares donde tienen una terapéutica específica, esa asesoría, esa consejería genética en los casos en los que se detecta algo es una cosa en la que debemos formar talento humano. Consejería genética no es ser genetista, es una persona que se forma en eso, en Reino Unido son enfermeros, y que hacen esa aproximación y que entonces agilizan también la posibilidad de que alguien acceda a una prueba genética o a una prueba molecular o el grupo familiar dentro del manejo, uno es esa parte y otro es la del final, la del manejo crónico que no necesariamente tiene que ser inmerso en un hospital y que tiene diferentes niveles. Esos auspicios tienen un componente emocional mucho más tranquilo que las 4 paredes de un centro de cáncer pero que permiten tener el flujo de la información, ósea esos auspicios tienen un sistema de información conectado con esto, eso hace que los pacientes para control de dolor, para control de sus terapias, puedan estar más cerca a sus sitios de residencia y no necesariamente grandes desplazamientos a los sitios oncológicos. Ese paso Colombia no lo ha dado, de hecho, ha sido muy complejo el entendimiento por parte de las EAPBs en relación con el manejo domiciliario que es uno de los pilares de las patologías crónicas no solamente del cáncer sino de todas las patologías crónicas en donde podríamos hacer una adecuada intervención al interior de las casas. Mucho de lo que la gente esperaría de un sistema de salud pareciera que está al inicio, la gente quiere que le hagan diagnóstico temprano, quiere que le vean rápidamente, quiere que... , pero nadie se acuerda del último lado, donde yo necesito un control, necesito un seguimiento, pero no necesariamente necesita, pero la información realmente debe fluir. O sea yo como tratante de una paciente con cáncer de cuello uterino debo saber que tengo una paciente en tal lado, que está en progresión, que está adecuadamente controlada en su dolor y la tengo en el radar por si en algún momento debo hacer toca hacer alguna cosa de abordaje terapéutico para su progresión, pero no necesariamente tiene

que estar aquí, ni necesariamente tiene que ver nuevamente toda esta tragedia, hay cosas que yo puedo como sitios satélites para cuidado crónico, manejo del dolor y fin de vida y mucho de lo que es el reacondicionamiento. Como esto es una enfermedad crónica hay un paso grande que es lo que tiene que ver con el reacondicionamiento para la vida familiar y la vida laboral. Hay gente que puede volver a su vida laboral perfectamente, pero necesita algunas cosas que tiene que trabajar con relación a su movilidad, al manejo de ostomías por ejemplo que es complejo pero que todo es entrenable siempre y cuando yo tenga un buen flujo por ejemplo para las colostomías de las bolsas, del entrenamiento, de que la gente se sepa cambiar los canales, todo eso. Creo que hay puntos que hemos dejado dentro de esa línea del tiempo que pudieron manejarse y que realmente son de soporte. En la medida en que sigamos centrados en que la oncología es el tratamiento, se nos diluyen cosas que son vitales en el resultado final del paciente oncológico. Si yo hago una mega cirugía de una linfadenectomía y no hago nada para el posible linfedema o cuando tiene el linfedema pues la señora realmente no la mejoré”.

4. DISCUSIÓN

El cáncer en Colombia ocupa el tercer lugar en causas de mortalidad, con una prevalencia de cerca del 20%, mayor predominio en mujeres y entre las edades de 44 y 64 años (Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Epidemiología y Demografía, 2022), lo cual contrasta con los resultados de nuestro estudio en los que se evidencia mayor proporción de hombres en una edad mayor a 65 años con más de la mitad de los pacientes atendidos para los años revisados, sin embargo, en la población total si hay mayor cantidad de mujeres en edades más jóvenes. Esta diferencia puede estar ligada a diferentes razones como los tipos de cáncer evaluados, la limitación de atención por la emergencia del COVID 19 direccionada a los pacientes con mayores requerimientos en salud y el tipo de población con asignación de atención en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el hecho de que el Instituto Nacional de Cancerología sea referente para pacientes con cáncer en estadios avanzados o con tratamientos limitados.

El Observatorio Nacional de Cáncer define (Observatorio Nacional de Cáncer - Guía Metodológica, 2018), que las deficiencias ambientales, laborales y las condiciones socioeconómicas bajas, entre otras, influyen los desenlaces del paciente con cáncer. En nuestro estudio, se evidenció que más de la mitad de los pacientes atendidos fueron de estratos 2 o menor y que cerca del 13% no tenían registrado su estrato socioeconómico, posiblemente porque las opciones de respuesta no se ajustaron a las posibilidades, teniendo en cuenta que también se atienden usuarios de procedencia rural. Adicionalmente, en cuanto al nivel educativo, cerca del 50% de los pacientes han cursado hasta básica secundaria, lo cual, teniendo en cuenta la edad promedio, indica que más de la mitad de los pacientes no cursa con ninguna profesión y por lo tanto tiene mayor posibilidad de tener ingresos económicos bajos lo cual limita además su posibilidad de mantener una dieta adecuada, incrementa el riesgo de consumo de sustancias como el tabaco y afecta la posibilidad de acudir de manera regular a los controles médicos requeridos.

Respecto a las EAPBs de los pacientes, al ser el Instituto Nacional de Cancerología un referente nacional para el manejo del cáncer llama la atención que se encuentran 71 registros diferentes que incluyen régimen subsidiado, contributivo y especiales que incluye además EPS de población indígena, gran reto para el INC dado que debe ajustar la prestación de sus servicios para así garantizar la atención a todo tipo de pacientes teniendo en cuenta su georreferenciación y su etnia, entre otras características. Adicionalmente, dentro de este listado, se encuentran EPS que han sido intervenidas o liquidadas (Estrada Rudas, 2022) y que han requerido redistribución de sus

afiliados lo cual incrementa el riesgo de no atención con la respectiva interrupción del tratamiento y controles mientras se cumple el trámite administrativo para la reasignación al INC según los convenios.

En cuanto a la tamización de necesidades de los pacientes ambulatorios y hospitalizados, se encontraron algunas similitudes en ciertos aspectos. Los problemas de autorizaciones, seguido de las dificultades en transporte y las necesidades económicas fueron los 3 primeros dominios en su orden para los pacientes ambulatorios, sin embargo, para los pacientes hospitalizados se evidenció que prevalecieron las necesidades económicas sobre las de autorizaciones y en tercer lugar las de transporte lo cual está muy ligado a la condición socioeconómica de los pacientes atendidos, siendo estos pertenecientes a un régimen de aseguramiento subsidiado en su mayor proporción.

Esto indica que, si bien estas necesidades no se presentaron en igual distribución para ambos grupos, si son las mismas, lo cual implica que las estrategias planteadas deberán estar ajustadas si no a disminuir, al menos a no incrementar los costos para el paciente ni el número de transportes y, además, se debe resolver el trámite de autorizaciones para los servicios que se van a considerar dentro de la ruta. Los tres dominios están enfocados básicamente en el acompañamiento por trabajo social. La necesidad de apoyo espiritual está incluida dentro del soporte oncológico como un programa especial liderado por Enfermería dentro de la Institución de Salud (Programa de Atención al Duelo), en la encuesta 1 de cada 3 pacientes aproximadamente lo requiere, esta necesidad debe hacerse visible de forma directa para los líderes de este Programa Especial de enfermería y así realizar un abordaje oportuno de este requerimiento manifestado por los pacientes.

Referente a la indagación de los dominios específicos para las especialidades de soporte oncológico se encuentra que más del 70% de los pacientes ambulatorios y de los hospitalizados respondieron que consideran requieren apoyo psicológico y presentan alteración del patrón del sueño, deseos de muerte, intranquilidad y tristeza lo cual es esperado como reacción ante el diagnóstico (Singer, 2018) con mayor prevalencia de ideas de muerte que pueden llevar a suicidios, haciendo que el apoyo psicológico sea necesario en todos los pacientes atendidos en el instituto incluso en aquellos que respondieron inicialmente "NO" a la encuesta de tamización dadas las condiciones cambiantes en la línea de tiempo para la atención del cáncer. Y la tamización del riesgo de suicidio, de forma directa por parte del equipo de salud mental.

En el dominio de soporte nutricional, se evidencia que en los pacientes ambulatorios los síntomas que más se presentan son la pérdida de peso y la inapetencia o sensación de que lo que come le sienta mal, contrario a los pacientes hospitalizados que presentan casi todos los síntomas con predominio de vómito y náuseas que son causales de hospitalización por riesgo de deshidratación y descompensación, posiblemente relacionado con efectos secundarios de los tratamientos propios del cáncer. Estos resultados orientan a la necesidad de la tamización del riesgo nutricional para definir las orientaciones para así definir las características del soporte nutricional para la totalidad de los pacientes hospitalizados y la valoración en casos específicos ambulatorios según los síntomas o los signos que se presenten durante el seguimiento por el oncólogo clínico.

Para el siguiente dominio referente a las necesidades funcionales en los dos tipos de pacientes, ambulatorio e intrahospitalario, las mayores dificultades se presentan para mover las extremidades, hacer oficios en casa y tareas de autocuidado. Estos síntomas dependerán de la estructura afectada, los efectos secundarios de los tratamientos específicos del cáncer que favorecen el desarrollo de diferentes síndromes de alteración funcional adicional a aquellos cambios fisiológicos relacionados con la baja movilidad ocasionando algún grado de desacondicionamiento del paciente con un comportamiento en el tiempo configurando una trayectoria funcional variable en las características de su desempeño autónomo por lo que se hace necesaria una valoración inicial a todos los pacientes y la definición desde la especialidad de rehabilitación oncológica el estado funcional basal, identificación y categorización del riesgo así como la presentación de síndromes de alteración funcional potencialmente controlables para así definir los objetivos de intervención además de orientar la aplicación de las mejores estrategias terapéuticas (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria) y/o vinculación de disciplinas complementarias. Así mismo, y aunque las dificultades en deglución se presentaron en cerca del 10% de los pacientes, la terapia de fonoaudiología deberá estar presente como opción de tratamiento para quienes presenten síntomas asociados a su diagnóstico, tratamiento o como consecuencia de tratamientos de quimioterapia y radioterapia a nivel de cabeza y cuello, así como aquellos pacientes con disfunción asociada a intubaciones prolongadas desde el primer contacto con la institución de salud.

Referente al último dominio que corresponde a las necesidades educativas del paciente, están enfocadas en el conocimiento de su patología, las experiencias de otros pacientes y la información sobre su tratamiento. Diferentes estudios han encontrado que la educación en el paciente con cáncer es un elemento fundamental desde como entiende y afronta su enfermedad, la toma de

decisiones informadas e incluso afecta los desenlaces y complicaciones propios de la patología (Padrinos, y otros, 2018) por lo que se hace necesario que la educación sea un componente fundamental en todas las consultas, adaptado a su nivel educativo, sus creencias y sus preferencias, y además, se deberán facilitar espacios para la interacción entre pacientes en los que puedan contar sus experiencias y resolver dudas.

En la segunda parte del estudio relacionada con la percepción de las necesidades y conocimientos de los profesionales de la salud que conforman el equipo de soporte oncológico, se evidencia que 9 de cada 10 se encuentran en el ciclo vital adultos, con una pequeña proporción de adultos jóvenes y adultos mayores con predominio de enfermeras jefes, médicos especialistas y fisioterapeutas. Sin embargo, llama la atención que el equipo que respondió la encuesta está conformado por 71 personas, pero por año del quinquenio evaluado se atendieron a más de 450 pacientes por mes y que hay ciertas especialidades que cuentan con menos cantidad de personal lo cual puede impactar en la oportunidad de la atención de los pacientes.

Adicionalmente, a pesar de que el equipo trabaja a diario en este tipo de atención, se evidencia que solo el 100% asocia el equipo de soporte oncológico a dolor y cuidados paliativos pero para el resto de las especialidades hay diferentes porcentajes, además que, más del 70% de los encuestados considera que odontología debería estar incluido en este equipo y hay sugerencias de otras profesiones como el apoyo espiritual, infectología e incluso grupos de apoyo conformados por pacientes, por lo que es importante transmitir estos requerimientos al equipo directivo para evaluar ajustes de personal.

En relación a cuando debería ingresar el equipo de soporte oncológico a la atención del paciente un poco más del 60% considera que debe hacer parte del tratamiento en todas las etapas desde el diagnóstico hasta la supervivencia pero llama la atención que aún hay algunos conceptos sobre que la participación está limitada en el estadio del final de la vida, lo cual implica necesidad de educación a los profesionales y ajustes en las indicaciones de direccionamiento al equipo de soporte oncológico desde el diagnóstico.

Como última pregunta se indagó a los encuestados sobre que consideraban limitaba su atención dentro del equipo de soporte oncológico, encontrando que más de la mitad evidencian que hay poca disponibilidad de personal que concuerda con la relación hecha a la disponibilidad actual de profesionales y el promedio de pacientes valorados en la institución, que se requiere mejores

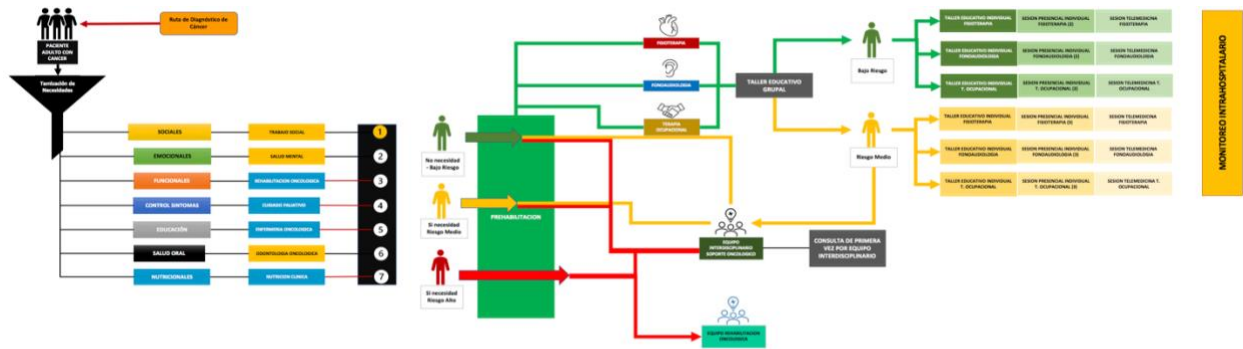
ingresos salariales, ajustes de infraestructura y mayor capacitación, temas que también como parte de la creación de la ruta serán escalados al equipo directivo como percepciones que desde los profesionales de la salud pueden limitar una atención integral a los pacientes.

En la última parte de nuestro estudio se realizó una entrevista a la Subdirectora de atención médica y docencia del Instituto Nacional de Cancerología en la que se indagó sobre la percepción de las necesidades institucionales para poder garantizar la correcta atención del equipo de soporte oncológico a todos los pacientes, encontrando que hace referencia a varios dominios que por un lado pueden ir a lo correspondiente a la clínica del cáncer y por otro lado son los dominios que corresponden a ese ser humano que se ve afectado a consecuencia de la enfermedad en el cual el equipo de soporte brindaría esas alternativas de vigilancia, monitoreo, y de alguna manera control no solamente como equipo sino también para lograr el empoderamiento del paciente frente al reconocimiento de sus posibles cambios. En la entrevista se resalta la necesidad del trabajo del talento humano interdisciplinario desde la formación de las carreras, lo correspondiente a algunas dinámicas de funcionamiento del mismo sistema en la existencia de unos centros de menor complejidad pero que faciliten el acceso y manejo de pacientes, así como la necesidad de contar con un sistema único de información y el flujo de información en todos los niveles. Estos resultados son complementarios a lo referido por los profesionales de la salud y que más allá de la definición de una ruta para el Instituto, requieren además un acoplamiento con otros niveles de atención y el ajuste de las políticas nacionales de salud referentes a temas como la historia electrónica única, o la georreferenciación para el agendamiento de las citas de atención a los pacientes e incluso la revisión y ajuste de los programas de formación académica centrados en el trabajo coordinado con múltiples disciplinas.

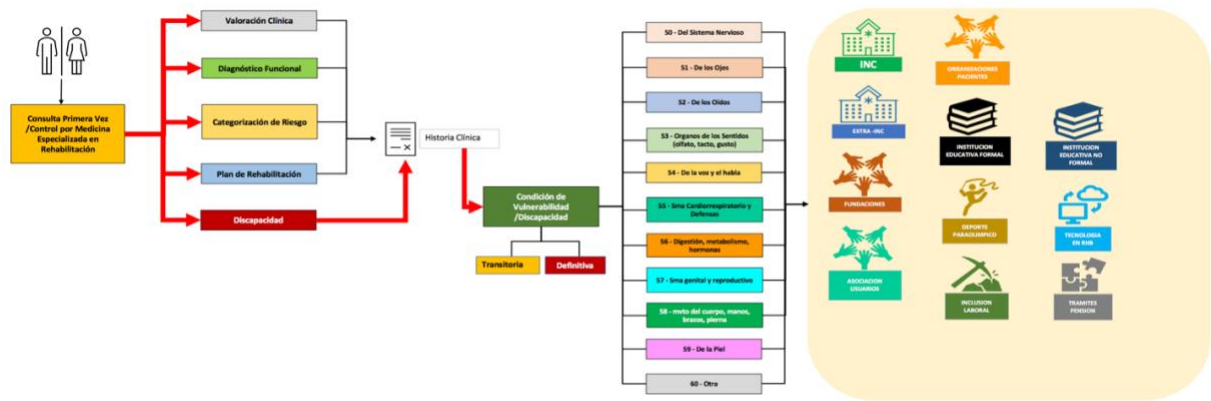
5. DISEÑO DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ADULTO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CON ENFOQUE EN PREHABILITACIÓN

Se adjunta en formato Excel (anexo 4) el diseño de la Ruta de Atención Integral al paciente con diagnóstico de cáncer con enfoque de prehabilitación la cual inicia desde el ingreso del paciente con diagnóstico confirmado de cáncer al Instituto Nacional de Cancerología y finaliza con el cambio de la condición de riesgo a paciente con alto riesgo (ruta roja). Esta ruta continúa con la ruta de atención del paciente con cáncer ya establecido por el Instituto. Su descripción completa se encuentra dentro del detalle del modelo.

Ilustración 8 Diseño de la ruta de atención



Modelo Soporte Oncológico Integral - Enfoque en Prehabilitación



Ruta Roja - Rehabilitación en Cáncer

Fuente: Construcción propia de los autores

6. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Para el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. el modelo de cuidado al paciente con cáncer, ver Ilustración 10, mediante la gestión tecnológica y administrativa, con el manejo interdisciplinario y de soporte oncológico facilitan una gestión de la enfermedad, “*busca brindar el mejor estándar de cuidado dentro del sistema de salud.... A fin lograr una atención más ordenada y orientada en resultados favorables al paciente*” (Murillo Moreno , Raul Hernando; Acosta Peñaloza, Jesus Antonio; Wiesner Ceballos, Carolina; Perez Acevedo, Juan Jose; Piñeros, Marion; Orozco, Martha;, 2014), obteniendo resultados en la satisfacción del paciente, supervivencia global y calidad de vida.

Ilustración 9 Modelo de Cuidado al Paciente con Cáncer.

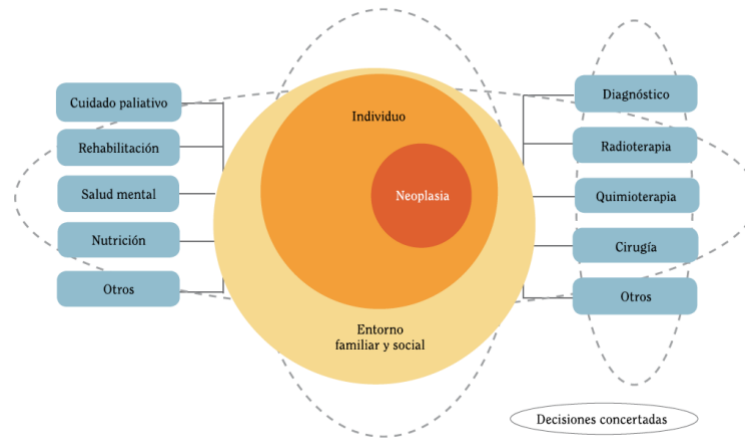


Fuente: Cuidado del Paciente con Cáncer. Serie de Documentos Técnicos INC. Número 5. Año 2014

Este modelo de atención centrado en el paciente con diagnóstico de cáncer así como su entorno familiar y social, (ver Ilustración 11), se tienen decisiones concertadas multidisciplinarias correspondientes a diagnóstico y tratamientos específicos en cáncer, dentro de esta aproximación se engrana la participación del Equipo de Soporte Oncológico conformado por Rehabilitación Oncológica y Terapias (física, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia respiratoria); dolor y

cuidado paliativo; salud mental (psicología – psiquiatría); nutrición clínica y Soporte metabólico; odontología oncológica, trabajo social y enfermería oncológica.

Ilustración 10 Decisiones concertadas en la atención del cáncer.



Fuente: Cuidado del Paciente con Cáncer. Serie de Documentos Técnicos INC. Número 5. Año 2014

Para lograr el enlace con el equipo multidisciplinario de Soporte Oncológico se obtiene mediante el diligenciamiento de un instrumento de tamización de necesidades del paciente adulto con cáncer que contiene a manera de lista de chequeo unas preguntas orientadoras en la evaluación de dominios de aspectos sociales, emocionales, nutricionales, funcionales, sintomáticos, salud oral y necesidades de educación percibidas por el paciente, herramienta de evaluación que es susceptible de aplicación de forma ambulatoria (consulta externa) e intrahospitalaria, haciendo visible la integralidad de la atención en la institución de salud considerando que existen variables que deben ser identificadas de forma oportuna dado que influyen en el seguimiento de las indicaciones médicas, finalización de tratamientos oncológicos independiente de la intención curativa o paliativa, que puedan dificultar el diagnóstico, tratamiento oportuno de recaídas y manejo de complicaciones tardías. (Murillo Moreno , Raul Hernando; Acosta Peñaloza, Jesus Antonio; Wiesner Ceballos, Carolina; Perez Acevedo, Juan Jose; Piñeros, Marion; Orozco, Martha;, 2014).

Aquel paciente de primera vez en el INC atendido ambulatoriamente, que sea adulto con diagnóstico de cáncer confirmado previo a la valoración por parte de alguna de las Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT), en la sala de espera se le es aplicado el instrumento de tamización para el paciente adulto con cáncer por parte de una Auxiliar de Enfermería capacitada en el diligenciamiento de esta lista de chequeo dividida en unos dominios específicos que identifican las necesidades: social, emocional, nutricional, carga sintomática, funcional,

odontología oncológica y necesidades en educación. Una vez diligenciado este instrumento dentro del Sistema de Información (SAP) a los Médicos Especialistas de las Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT) se les despliega un mensaje en una ventana de diálogo que anuncia aquellas necesidades identificadas, donde el Profesional de la Salud (médico especialista) le dará clic sobre la pertinencia o no, al darle respuesta positiva esto está ligado a la generación automática de las órdenes clínicas que direccionan a cada una de las disciplinas que conforman el equipo de soporte oncológico.

Estas órdenes clínicas de primera vez son visibles dentro del Sistema de Información SAP para de esta manera hacer la identificación oportuna además del correspondiente agendamiento para la atención correspondiente por parte del área a la cual se está direccionando.

Cada uno de los dominios chequeados está ligado a unidades transaccionales (códigos de procedimientos de salud – CUPS) correspondientes a Trabajo Social, Psicología, Nutrición Clínica, Rehabilitación, Dolor y Cuidado Paliativo, Enfermería Oncológica y Odontología Oncológica. En el escenario ambulatorio corresponden a CUPS de primera vez con cada una de las disciplinas mientras que en el escenario intrahospitalario los CUPS corresponden a Interconsultas.

Los dominios que componen el instrumento de tamización de necesidades se presentan en la Ilustración 12.

Ilustración 11 Instrumento de Tamización de Necesidades en el paciente adulto con diagnóstico de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Necesidades Sociales		SI/NO
Los problemas económicos le impiden cumplir con las citas médicas		NR
Las autorizaciones han sido demoradas		NO
Es difícil el transporte al INC		SI
Me falta apoyo familiar		NO
Necesidades Emocionales		SI/NO
Me siento triste casi todo el tiempo		
Pienso casi todo el tiempo que lo mejor sería morirme		
La mayor parte del tiempo me siento asustado y no logro tranquilizarme		
Las preocupaciones no me dejan dormir		
Me parece que necesito ayuda psicológica		
Necesidades Nutricionales		SI/NO
He perdido peso los últimos 6 meses		
He tenido náuseas		
He tenido vómito		
He tenido diarrea		
Tengo inapetencia o la comida me sienta mal		
Sintomáticas		SI/NO
Tengo dolor		
Tengo tratamiento para el dolor		
Necesidades Funcionales		SI/NO
Tengo problemas para pasar los alimentos		
Tengo problemas para hablar		
Tengo limitaciones para el movimiento de piernas o brazos		
Necesito ayuda para realizar los oficios de la casa		
Necesito ayuda para el aseo personal o para vestirme		
Necesito ayuda para ir al baño		
Tengo dificultad para caminar (tropezos y/o caídas)		
Necesidades Salud Oral		SI/NO
En los últimos 3 meses ha tenido evaluación Odontológica		SI
Recibirá tratamiento de radioterapia en cabeza y cuello		
Recibirá tratamiento con Quimioterapia		
Necesidades Educación		SI/NO
Quiero saber más sobre mi enfermedad		
Quiero escuchar las experiencias que otros han tenido sobre la enfermedad		
Quiero saber más sobre mi tratamiento		
Quiero que me den información sobre temas sexuales		
Quiero que me den información y orientación sobre planificación familiar		

Fuente: Manual de Soporte Oncológico del Adulto con Cáncer. INC

- **Dominio Social** que direcciona a la interacción con Trabajo Social, con por lo menos uno de los aspectos seleccionados obliga al contacto con esta disciplina para la realización del informe social para así identificar aquellas variables de vulnerabilidad social conocer las características de la red de apoyo así como el tipo de aseguramiento en salud para la correspondiente asesoría en temas de autorizaciones que facilite el acceso a los servicios contemplados dentro de la atención en salud en la Institución.
- **Dominio Emocional** compuesto por ítems que direccionan al contacto con representantes del equipo de salud mental (psicología) la evaluación específica de pertinencia de evaluación por esta área, así como la categorización del riesgo de suicidio además de brindar el acompañamiento correspondiente en la línea de atención del cáncer para cada uno de los momentos del ciclo vital, donde se interviene de forma individual el paciente y su familia.

- **Dominio Nutricional** deben ser seleccionados por lo menos dos de los ítems descritos pérdida de peso y/o inapetencia además de cualquiera de los síntomas gastrointestinales relacionados para su evaluación y correspondiente tamización de riesgo nutricional para así brindar una orientación en aspectos de alimentación a cada uno de los pacientes y sus familias o cuidador (es).
- **Dominio de carga sintomática** donde se hace énfasis en la presencia y grado de control del dolor, si se está recibiendo tratamiento farmacológico, de esta manera facilitar el direccionamiento por parte de Dolor y Cuidado Paliativo.
- **Dominio Funcional** deben ser seleccionados por lo menos tres ítems para la correspondiente valoración por la Especialidad en Rehabilitación Oncológica para así precisar la condición de riesgo funcional relacionado con el estado basal y los aspectos de riesgos asociados al cáncer, así como los tratamientos específicos en el cáncer. La ventaja de esta evaluación integral en la consulta de Rehabilitación Oncológica permite hacer una valoración clínica, diagnóstico funcional, categorización de riesgo, definición de plan de rehabilitación, categorización de discapacidad sea transitoria o definitiva para establecer la ruta de atención
- **Dominio de Odontología Oncológica** obliga a la interacción con esta disciplina siempre y cuando en los últimos 3 meses NO haya tenido valoración por odontología aunado a riesgo asociado a quimioterapia sistémica y radioterapia en cabeza y cuello.
- **Dominio de Educación** compuesto por ítems relacionados con el conocer más del cáncer, efectos relacionados con los tratamientos específicos (cirugía oncológica, radioterapia y quimioterapia sistémica), experiencias de otros pacientes en relación con la enfermedad además de temas relacionados con planificación familiar, salud sexual y reproductiva, programas de educación liderados desde Enfermería Oncológica.

La tamización de necesidades del paciente con cáncer identifica tres categorías de pacientes: (1) paciente sin autopercepción de necesidades (riesgo bajo); (2) paciente con autopercepción de necesidades sin impacto en desempeño (riesgo medio) y (3) paciente con autopercepción de necesidades y con impacto en desempeño (riesgo alto).

El paciente sin autopercepción de necesidades y con percepción de necesidades sin impacto en desempeño activan la atención por la ruta verde denominada Prehabilitación.

El paciente con autopercepción de necesidades con impacto en desempeño con alta probabilidad de tener alguna condición de discapacidad asociada a cáncer o tener una discapacidad previa al desarrollo del cáncer activa la ruta de atención roja correspondiente a la de Rehabilitación en cáncer.

La ruta verde de Prehabilitación capta los pacientes de riesgo bajo y medio, activa la interacción con un equipo multidisciplinario consolidado que aplica instrumentos clínicos para la estratificación e identificación del riesgo funcional de acuerdo a la patología oncológica y los tratamientos específicos definidos por las especialidades tratantes, interviene de forma individual y colectiva con estrategias de educación, orientación en ejecución de actividades terapéuticas presenciales y de forma remota con empleabilidad de recursos en Telemedicina, establece las herramientas para el monitoreo en el tiempo, activa la atención oportuna ante el riesgo materializado para modular su impacto en la calidad de vida y así facilitar mejores desenlaces oncológicos y funcionales de forma individual en el paciente con el direccionamiento de estos pacientes a la ruta amarilla de riesgo medio para la correspondiente valoración por equipo interdisciplinario de soporte oncológico y/o rehabilitación oncológica según sea el caso.

Este equipo multidisciplinario liderado desde el Servicio de Rehabilitación Oncológica con el enfoque de PREHABILITACIÓN hace una búsqueda activa de pacientes mediante la interacción con la figura de las Enfermeras Gestoras de las Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT) quienes hacen un direccionamiento de pacientes para la correspondiente categorización de riesgo, orientación a talleres educativos en temas específicos relacionados con los efectos secundarios del cáncer y de los tratamientos oncológicos para recibir asesoría en la identificación temprana de grandes síndromes de alteración funcional, modulación de síntomas, remisión a otras disciplinas según la pertinencia. Garantizando un monitoreo en la capacitación y en el logro del mantenimiento de la autonomía del paciente.

Dentro de la ruta de prehabilitación se define un momento de monitoreo para verificación de aprendizaje y grado de entendimiento, así como seguimiento a las indicaciones que permiten mantener autonomía y desempeño tanto en actividades básicas como instrumentales, ante la identificación de desviaciones que impactan la calidad de vida, se activa la ruta de atención amarilla (riesgo medio) o ruta roja (riesgo alto).

En la ruta roja (riesgo alto) en la cual se direcciona a la evaluación por parte del equipo interdisciplinario de Soporte Oncológico o Rehabilitación Oncológica, en esta línea se hace una valoración clínica, se identifican diagnósticos funcionales, se hace categorización de riesgo funcional. En los casos de identificación formal de condiciones de discapacidad (condición de vulnerabilidad) se hace la correspondiente categorización en severidad, temporalidad y sistema(s) comprometido(s) para así construir el plan de rehabilitación integral para ser ejecutado en la Institución de Salud y/o la activación de redes de prestación de salud de acuerdo con las características particulares de cada paciente.

7. CONCLUSIONES

- El paciente con diagnóstico de cáncer requiere un modelo de atención en soporte oncológico con enfoque en Prehabilitación que le brinde herramientas para mantener las condiciones de autonomía para las Actividades Básicas Cotidianas (ABC) y las Actividades de la Vida Diaria (AVD), lo empodere en el conocimiento oportuno, en la autogestión previa orientación técnica además del reconocimiento de situaciones que requieran el contacto con Profesionales de la Salud Competentes.
- Este modelo permite la identificación temprana de condiciones de discapacidad no relacionadas con el cáncer y su tratamiento para definir intervenciones que optimicen su estado basal previo al inicio de los tratamientos oncológicos, disminuyendo el riesgo de mayor deterioro funcional o empeoramiento de su calidad de vida.
- Para los Profesionales de la Salud, el modelo de atención de soporte oncológico integral con enfoque en Prehabilitación, otorga un espacio de interacción entre las diferentes disciplinas de conocimiento del área de la salud con la experticia técnica que confiere el ámbito oncológico y las situaciones asociadas de los tratamientos en el cáncer, lo que optimiza el monitoreo de la condición clínica y funcional del paciente con una periodicidad que se ajuste a la dinámica del comportamiento del cáncer según el ciclo vital.
- El modelo de soporte oncológico integral con enfoque en prehabilitación permite la preparación del equipo de atención en salud frente a los probables cambios funcionales asociados al cáncer y su tratamiento, de tal manera que se seleccionen con oportunidad las estrategias terapéuticas de forma organizada y escalonada según la severidad del compromiso.
- El modelo de atención de soporte oncológico integral con enfoque en Prehabilitación pretende descongestionar el alto volumen de demanda de atención por la consulta externa de especialidades como rehabilitación oncológica, dolor y cuidado paliativo y nutrición clínica ya que brinda oportunidad de abordaje de condiciones de riesgo para cada paciente según su diagnóstico oncológico considerando la(s) estructura(s) afectada(s) y la probable alteración de otros sistemas de acuerdo al tratamiento oncológico específico.
- La implementación de este modelo de soporte oncológico integral con enfoque en Prehabilitación obliga a la articulación de todas las disciplinas involucradas, al engranaje con las guías de práctica clínica adoptadas por la Institución en el manejo del cáncer sumado a la necesidad de conocimiento claro por parte del equipo directivo de la Institución

de salud sobre el proceso de atención del paciente para así definir correctamente la ejecución de la ruta.

- Se espera que este modelo tenga un impacto en la regulación del costo en la atención en salud para los pacientes con diagnóstico de cáncer, lo que hace necesario un análisis financiero y estadístico que evalúe su factibilidad y viabilidad, y según este resultado, el considerar este modelo como referente para ser replicado en otras instituciones de salud a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Action, R. i. (2019). *World Health Organization*. Obtenido de www.who.int: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
- Ayala de Calvo, L., & Sepulveda Carrillo, G. (Enero de 2017). Necesidades de Cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enfermería Global*(45), 353 - 368.
- Boletín de Servicios Oncológicos. (2019). *Instituto Nacional de Cancerología*. Obtenido de https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/2019.Boletin%20de%20servicios%20Oncologicos%20v1.0
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P., & Boyes, A. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88 (1), 217 - 25.
- cancer.org | 1.800.227.2345. (s.f.). *American Cancer Society*. Recuperado el Enero de 2023, de American Cancer Society: <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/managing-costs/economic-impact-of-cancer.html>
- Carrieri, D., Peccatori, F. A., & Boniolo, G. (2018). Supporting Supportive Care in Cancer: The ethical importance of promotig a holistic conception of quality of life. *Crit Rev Oncol Hematol*, 131, 90 - 95.
- Centro Nacional de Consultoria. (2021). Obtenido de <https://www.centronacionaldeconsultoria.com/>: https://www.centronacionaldeconsultoria.com/_files/ugd/c967c2_e1861728efc949328bb752020519237f.pdf
- Cuidados Paliativos*. (20 de Agosto de 2020). Recuperado el Enero de 2023, de WHO: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psychooncology*, 13(8), 562 - 76.
- Estrada Rudas, C. (07 de Octubre de 2022). Salud: En el país hay 16 EPS en proceso de liquidación y 10 más vigiladas por Supersalud. *La República*.
- Evans Webb, M., Murray, E., Younger Z., W., Goodfellow, H., & Ross, J. (2021). The Supportive Care Needs of Cancer Patients: a Systematic Review. *J Cancer Educ*, 36(5), 899 - 908.
- Fernandez, J. (22 de 06 de 2021). www.minsalud.gov.co. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-y-Cancerologico-integran-plan-de-salud-publica-y-control-del-cancer.aspx>
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, C. d. (2021). *Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2020*. Bogotá.
- Franklin, D. J. (2007). Cancer rehabilitation: challenges, approaches, and new directions. *Phys Med Rehabil Clin n Am*, 18(4), 899 - 924.

- Gamble, G. L., Gerber, L. H., Spill, G. R., & Paul, K. L. (Mayo de 2011). The future of cancer rehabilitation: emerging subspecialty. *Am J Phys Med Rehabil* 90, 90(5 (Suppl 1)), S76-87.
- Hui, D., Hoge, G., & Bruera, E. (2021). Models of supportive care in oncology. *Curr Opin Oncol*, 33, 259 - 266.
- Instituto Nacional de Cancerología. (11 de 11 de 2022). Obtenido de Conozca sobre el cáncer. Publicaciones: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones>
- Kevorkian, C. G. (2018). The History of Cancer Rehabilitation. En M. Stubblefield, *Cancer Rehabilitation - Principles and Practice*. Springer Publishing Company.
- Le Saux, O., Lapotre-Aurelle, S., Watelet, S., Castel-Kremer, E., Lecardonnel, C., Murard-Reeman, F., & Falandry, C. (2018). Systematic review of care needs for older patients treated with anticancer drugs. *Journal of Geriatric Oncology*, 9, 441 - 450.
- Magasi, S., Marshall, H. K., Winters, C., & Victorson, D. (2022). Cancer Survivors' Disability Experiences and Identities: A Qualitative Exploration to Advance Cancer Equity. *Int J Environ Res Public Health*, 19.
- Marzo-Castillejo, M., Guiriguet Capdevila, C., & Coma Rendon, E. (2021). The impact of COVID-19 on cancer diagnosis delay: possible consequences. *Aten Primaria*, 53(9). doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102142>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Epidemiología y Demografía. (2022). *MORTALIDAD EN COLOMBIA PERIODO 2020 - 2021*. Bogotá, D.C.
- minsalud.gov.co*. (2018). Obtenido de Biblioteca Digital: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Murillo Moreno, Raul Hernando; Acosta Peñaloza, Jesus Antonio; Wiesner Ceballos, Carolina; Perez Acevedo, Juan Jose; Piñeros, Marion; Orozco, Martha;. (2014). Modelo de Cuidado del Paciente con Cáncer. En *Serie Documentos Técnicos INC Número 5* (pág. 33). Bogotá.
- Naciones Unidas. (2021). *un.org*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Observatorio Nacional de Cáncer - Guía Metodológica. (2018). *minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-cancer.pdf>
- OPS. (2020). *www.paho.org*. Obtenido de Programa de Cáncer: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15716:country-cancer-profiles-2020&Itemid=72576&lang=es
- OPS. (Marzo de 2021). *www.paho.org*. Obtenido de La Carga de Cánceres Malignos: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>
- Padnos, L., Bennett, R., Kosiorek, H., Dueck, A. C., Northfelt, D., Mikhael, J., . . . Khera, N. (2018). Living with Cancer: an Educational Intervention in Cancer Patients Can Improve Patient-Reported Knowledge Deficit. *J Cancer Educ*, 33(3), 653 - 659.

- Paliativos, L. p. (2016). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamnts-cuidis-paliatvs-gral-pediatrc.pdf>
- Richardson, A., Medina, J., Brown, V., & Sitzia, J. (2007). Patients' needs assesment in cancer care: a review of assessment tools. *Support Care Cancer* , 1125 - 1144.
- Ruales, J. (2004). Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atencion de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33 - 39.
- Saigi-Rubio, F., Torrent-Sellens, J., Robles, N., Perez Palaci, J. E., & Baena, M. I. (2021). *Estudio sobre telemedicina internacional en América Latina: Motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Salud, O. M. (s.f.). *www.who.int*. Obtenido de Cáncer: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Silver, J., & Baima, J. (2013). Cancer Prehabilitation: An opportunity to Decrease Treatment-Related Morbidity, Increase Cancer Tretment Options, and Improve Physical and Psychological Health Outcomes. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 92(8), 715 - 727.
- Singer, S. (2018). Psychosocial Impact of Cancer. *Recent Results Cancer Res*, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_1\(210\)](https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_1(210)), 1 - 11.
- SISPRO. (Marzo de 2022). Obtenido de Carga de la enfermedad, Cáncer: https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/indicadores/Paginas/carga_cancer.aspx
- sispro.gov.co*. (03 de 2022). Obtenido de Observatorios: https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta_integral_cuellouterino.aspx
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2020). *Posicionamiento SEOM sobre la Telemedicina*. Madrid.
- The Cost of Cancer. (s.f.). *treatcancer.com*. Recuperado el Enero de 2023, de <https://treatcancer.com/blog/cost-of-cancer/>
- Tipos de Tratamiento del Cáncer, NIH. (s.f.). *Instituto Nacional del Cancer*. Recuperado el Enero de 2023, de Instituto Nacional del Cancer (NIH): <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- WHO. (2020). Obtenido de Global Cancer Observatory: <https://gco.iarc.fr/>
- WHO. (2020). Obtenido de Global Cancer Observatory: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=ranking&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=15&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&gro
- www.cancer.gov.co*. (1 de Enero de 2006). Obtenido de <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones>

www.minsalud.gov.co. (03 de 2022). Obtenido de Comunicaciones:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-y-Cancerologico-integraran-planes-de-salud-publica-y-control-del-cancer.aspx>

Yun-Jen Chou, R., Hsuan-Ju Kuo, R. M., & Shiow-CHing Shun, R. P. (Noviembre de 2018). Cancer Prehabilitation Programs and Their Effects on Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*, 45(6), 726 - 736.

ANEXOS

Anexo 1: Copia del instrumento de tamización de necesidades del paciente adulto con cáncer de la IPS (Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.)

DOMINIO	Pregunta
Problemas Prácticos	5 Los problemas económicos le impiden cumplir con las citas médicas 6 Las autorizaciones han sido demoradas 7 Es difícil el transporte al Instituto (INC) 8 Me falta apoyo familiar 9 Quiero recibir apoyo espiritual
Estado Emocional	10 Me siento triste casi todo el tiempo 11 Pienso casi todo el tiempo que lo mejor sería morirme 12 La mayor parte del tiempo me siento asustad@ y no logro tranquilizarme 13 Las preocupaciones no me dejan dormir 14 Me parece que necesito ayuda psicológica
Valoración Nutricional	15 He perdido peso los últimos 6 meses 16 He tenido náuseas 17 He tenido vómito 18 He tenido diarrea 19 Tengo inapetencia o la comida me sienta mal
Valoración de Dolor	20 Tengo dolor (calificación Escala Visual Análoga) 21 Tengo tratamiento para el dolor

Valoración Funcional	<p>22 Tengo problemas para pasar los alimentos</p> <p>23 Tengo problemas para hablar</p> <p>24 Tengo limitaciones para el movimiento de piernas o brazos</p> <p>25 Necesito ayuda para realizar oficios de la casa</p> <p>26 Necesito ayuda para el aseo personal o para vestirme</p> <p>27 Necesito ayuda para ir al baño</p> <p>28 Tengo dificultad para caminar (caídas, tropiezos)</p>
Odontología	<p>29 En los últimos tres (3) meses ha tenido evaluación Odontológica</p> <p>30 Recibirá tratamiento de radioterapia en Cabeza y Cuello</p> <p>31 Recibirá tratamiento con quimioterapia</p>
Educación	<p>32 Quiero saber más sobre mi enfermedad</p> <p>33 Quiero escuchar las experiencias que otros han tenido sobre la enfermedad</p> <p>34 Quiero saber más sobre mi tratamiento</p> <p>35 Quiero que me den información sobre temas sexuales</p> <p>36 Quiero que me den información y orientación sobre planificación familiar</p>

Anexo 2. Imágenes de cuestionario enviado vía correo electrónico a los profesionales de la salud



Enviar

Anexo 3. Oficio de Declaración de Conflicto de Interés

Yo, **MIGUEL MAURICIO MORENO CAPACHO**, cédula **71335969**, mayor de edad, Médico y Cirujano, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Especialista en Rehabilitación Oncológica. Residente en la ciudad de Bogotá, Colombia. Funcionario del **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E.**, declaro que no tengo ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, en relación con la ejecución de ningún proyecto.

Me comprometo ante el Comité Ético Científico de INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E y ante la Comisión Nacional de Investigación en Salud (CONIS) a comunicarles de manera inmediata, si por alguna razón me enfrentara a un conflicto de interés, que pueda afectar el desarrollo de mis investigaciones.

Dado el día **06 de junio de 2022**, Bogotá D.C. Colombia.

MIGUEL MAURICIO MORENO CAPACHO, MD

C.C. 71.335.969