

# Trabajo de grado para optar al título de Especialistas en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos

## Título:

### Características demográficas, clínicas y necesidades paliativas en pacientes indígenas con cáncer atendidos en el INC, 2012-2022

**Autores:** Claudia Agamez Insignares<sup>1</sup>, Marta Ximena León<sup>2</sup>, Natalia Botero Jaramillo<sup>3</sup>, Lina Ospina Chaparro<sup>4</sup>, Miguel Zamir Torres<sup>5</sup>

## Resumen

### Objetivo

Describir los factores demográficos y clínicos relacionados con las necesidades paliativas en población indígena con cáncer atendida en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) entre 2012 y 2022.

### Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal que incluyó pacientes indígenas mayores de 18 años con diagnóstico oncológico que consultaron al Instituto Nacional de Cancerología entre enero de 2012 y diciembre de 2022. Se revisaron historias clínicas electrónicas y se recolectaron variables demográficas, clínicas y de necesidades paliativas. La información fue sistematizada en REDCap y verificada por un monitor de investigación. Se realizó análisis univariado y bivariado con correlación de Spearman, V de Cramer, chi-cuadrado y razones de prevalencia con IC95%.

### Resultados

Se analizaron 208 pacientes, 131 (62,98%) mujeres, mediana de edad 56 años. La mayoría procedía de Bogotá (37,5%), pertenecía a estratos bajos (98%) y al régimen subsidiado (66,35%). Los cánceres más frecuentes fueron mama (12,98%) y cérvix (12,5%). El 37,02% recibió tratamiento con intención paliativa. El 46,63% presentó dolor, el 25,48% usó opioides y el 29,33% fue valorado por cuidados paliativos. Variables clínicas como estadio, intención paliativa y dolor se asociaron con mayor necesidad de atención paliativa. Procedencia fuera de Bogotá y mayor escolaridad disminuyeron la probabilidad de recibir valoración por cuidados paliativos y analgesia.

---

<sup>1</sup> Médica especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos- Instituto Nacional de Cancerología

<sup>2</sup> Médica especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos- Universidad de La Sabana

<sup>3</sup> Residente de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos- Universidad de La Sabana e Instituto Nacional de Cancerología

<sup>4</sup> Residente de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos- Universidad de La Sabana e Instituto Nacional de Cancerología

<sup>5</sup> Médico epidemiólogo, asesor Metodológico- Instituto Nacional de Cancerología

## **Conclusiones**

La población indígena con cáncer atendida en el INC presenta necesidades paliativas, sin embargo, presentando vulnerabilidad social y de acceso dadas por las características socioculturales. Las variables clínicas, especialmente estadio del cáncer, la intención paliativa en los tratamientos y dolor, fueron determinantes en la demanda de atención.

**Palabras clave:** Cáncer, Cuidados paliativos, indígenas, Necesidades en salud.

## **Aportes a la teoría o la práctica de salud pública.**

Este estudio evidencia las necesidades paliativas de pacientes indígenas con cáncer, resalta desigualdades sociales y de acceso, y señala la importancia de políticas públicas y modelos interculturales que garanticen atención integral y equitativa en salud.

## **Introducción**

Colombia reconoce tres etnias desde su política interior: indígenas; negros, afrodescendientes y raizales, y los gitanos romaníes. La etnia indígena reúne al menos 87 pueblos según el censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), ubicados a lo largo del territorio nacional, organizados en 733 resguardos, con lenguajes (64 lenguas nativas) e identidades culturales propias. El censo de 2018 para Colombia, dio cuenta de 1.905.617 indígenas que representaban un 4% de la población, siendo 50,1% mujeres, y 49,9% hombres, adultos mayores un 5,8% y víctimas del conflicto armado un 19%. Los cuatro pueblos indígenas más numerosos son Wayuu, Zenú, Nasa y Pastos que concentran el 58,1% de la totalidad de los indígenas. (1)

En relación con el estado actual de salud de estos pueblos indígenas, con la ley 691 de 2001 se vincularon al sistema general de salud con una cobertura del 82%, perteneciendo el 98% al régimen subsidiado de salud (2). En relación con el cáncer, pese a la ausencia de estadísticas específicas, la literatura señala una prevalencia mayor de cánceres prevenibles en comunidades indígenas, respecto de los no indígenas. La prevalencia del cáncer es de un 3%, frente a otros problemas de salud más prevalentes como las enfermedades del sistema digestivo, las infecciosas y parasitarias (1). Correlacionando la ubicación territorial de las etnias indígenas con la distribución y concentración de servicios oncológicos y en cuidados paliativos, se reconoce un déficit importante, con una población que también tiene necesidades paliativas (3).

Con respecto a las investigaciones sobre cuidados paliativos, cáncer e indígenas, países como Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá concentran la mayor parte de estudios, esto relacionado a la presencia de grupos étnicos en sus territorios, el avance en políticas públicas de salud con enfoque diferencial. Sin embargo, los estudios resaltan problemas relacionados con el diagnóstico tardío

de cáncer en indígenas, un uso menor de los servicios en cuidados paliativos, por ejemplo, los nativos de Norteamérica usan los cuidados del hospicio en un 0,4% frente a un 86,8% de población caucásica (4). Por tanto, las diferencias étnicas condicionan la atención de pacientes con enfermedades graves y limitantes para la vida. Los pacientes indígenas tienen una mayor probabilidad de que su dolor sea evaluado y tratado de forma inadecuada y tienen mayores dificultades en la comunicación con el personal de salud, así como una menor posibilidad de acceder a los cuidados paliativos (5).

En Colombia no cuenta con estadísticas ni estudios con enfoque étnico ni diferencial que permitan identificar las necesidades en cuidado paliativo, ni el acceso a los servicios especializados. Pese a que existen algunos estudios que dan cuenta de las comunidades indígenas en relación con el cáncer (6,7), otros en relación con la muerte (8), ninguno de ellos da cuenta de los cuidados paliativos. Este estudio pretende aportar al conocimiento actual sobre los cuidados paliativos, el cáncer y los pueblos indígenas, mediante una caracterización de los aspectos demográficos y clínicos, y de las necesidades paliativas, realizando adicionalmente, análisis que permitan correlacionar los elementos que inciden en el desarrollo y la atención de dichas necesidades paliativas, en el Instituto Nacional de Cancerología, reuniendo los datos de una década entera.

### **Metodología**

Se presenta un estudio descriptivo de corte transversal, en que se incluyeron pacientes indígenas mayores de 18 años con diagnóstico oncológico que consultaron al Instituto Nacional de Cancerología, entre enero de 2012 y diciembre de 2022, y se excluyeron aquellos que no tuvieron al menos una atención clínica o la ficha social. Se tomó la población total que cumplieran con los criterios de inclusión. La población indígena fue identificada mediante un instrumento de ficha social diligenciado por trabajo social en el Instituto, identificando mediante el reconocimiento del propio sujeto su pertenencia a una de las tres etnias reconocidas en Colombia (Indígena, afrodescendientes (incluye negritudes, raizales y palenqueros), y gitanos romaníes).

El censo de los pacientes indígenas que consultaron al Instituto Nacional de Cancerología se obtuvo por medio de oficina de Planeación del Instituto y se revisaron los registros de historias clínicas electrónicas. Se recolectaron los datos de las variables demográficas, clínicas relativas al diagnóstico oncológico, comorbilidades, tratamientos y funcionalidad, y las propias de las necesidades paliativas tales como valoración por la especialidad de cuidado paliativo, trabajo social, salud mental, administración de analgesia, adecuación del esfuerzo terapéutico, y activación de protocolo fin de vida, además, como síntomas paliativos relevantes se seleccionaron el dolor y la disnea, teniendo en cuenta la alta prevalencia e importancia clínica de los mismos. La información se almacenó y se sistematizó en el programa REDCap por parte de los investigadores, y para

asegurar la calidad de la recolección, fue verificada por un monitor de investigación dispuesto por el Instituto.

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas y clínicas. La caracterización de la población indígena se efectuó, para las variables cualitativas, mediante frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (mediana) y dispersión (MAD), dado el incumplimiento del supuesto de normalidad. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis bivariados para explorar la relación entre variables: en el caso de variables cuantitativas, se utilizó la correlación de Spearman; y para las variables cualitativas, la magnitud de la relación se evaluó con la V de Cramer y la significancia estadística con la prueba chi-cuadrado. Finalmente, desde un enfoque epidemiológico, se estimaron medidas de asociación mediante la razón de prevalencia (RP) con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Para todos los análisis se estableció un nivel de significancia del 5%.

Este estudio se hizo respetando los principios bioéticos y la normatividad internacional vigente, especialmente la declaración de Helsinki y las pautas éticas para la investigación biomédica preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas –CIOMS–, y la normativa nacional. Tuvo aprobación del comité de ética en investigaciones tanto del Instituto Nacional de Cancerología como de la Universidad de la Sabana, y se hizo protección de la información y de la identidad de los sujetos cuyas historias clínicas fueron consultadas.

## **Resultados**

Se recolectaron en total 208 pacientes de los cuales 131 (62,98%) eran mujeres. Con una mediana de edad de 56 años (rango de 19 a 86 años). La procedencia fue principalmente de regiones como Bogotá 78 (37,5%), seguido de Orinoquía 40 (19,23%) y Amazonía 30 (14,42%); concentrados principalmente (63,46%) en áreas urbanas. La mayor parte de la población se encontraba desempleada 114 (54,8%); la pertenencia a estratos bajos (uno a tres) fue de 204 (98%). Con respecto al estado civil 69 (33,17%) estaban casados y 56 (26,92%) en unión libre. La mayoría no tenía escolaridad 71 (34,13%), seguido de un 58 (27,88%) con básica primaria. Con respecto al régimen de afiliación 138 (66,35%) pertenecían al régimen subsidiado, frente a 68 (32,69%) del régimen contributivo y 2 (1%) a regímenes especiales. Con respecto a los pueblos indígenas específicos, 4 (1,92%) pertenecían al pueblo Wayuu, 1 (0,48%) al pueblo Nasa, 8,17% pertenecía a 17 diferentes pueblos y no se obtuvo registro en 191 (89%) de los casos.

En cuanto al tipo de cáncer, los principales diagnósticos corresponden al cáncer de mama (12,98%), cérvix (12,5%), colorrectal (5,77%), próstata (5,77%) y otros 57,21%), con una proporción de pacientes en estadio I (25,96%) y IV (20,67%), al

momento del diagnóstico. Sólo un 6,73% de los pacientes presentaban un segundo diagnóstico oncológico y más de la mitad (56,73%) presentaban comorbilidades o complicaciones. En relación con los tratamientos oncológicos, el 56,25% recibió quimioterapia, el 49,04% radioterapia, y el 62,02% fue sometido a cirugía oncológica. 37,02% de los casos el abordaje terapéutico tuvo una intención paliativa (ver tabla 1).

El 46,63% de los pacientes reportaron dolor. Al analizar la escala ENA (Escala Numérica del Dolor), se observó que la mayoría refirió ausencia de dolor (ENA = 0) en el 55,29% de los casos, un 13,94% presentó dolor leve (ENA = 1) y con dolor intenso 4 (1,92%) (ENA=10). El uso de opioides fue sólo de 53 (25,48%), con un consumo dado por la dosis equivalente de morfina con un valor central de 25 mg (rango de 6,47 a 43,53 mg). El opioide de mayor uso fue la morfina (9,13%), seguido del tramadol (5,77%) y la hidromorfona (5,29%). También se documentó el uso de analgésicos no opioides como acetaminofén (23,56%) y neuromoduladores (11,06%), lo cual evidencia un manejo multimodal del dolor

Las escalas funcionales revelaron que el 42,31% de los pacientes tenía un ECOG 0, y un 37,02% tenía un ECOG 1. En el índice de Karnofsky (IK), el valor más frecuente fue 100 (40,87%), seguido por 90 (28,85%). Existe una correlación inversa y significativa entre ambas escalas (coeficiente de correlación = -0,96,  $p < 0,0001$ ), lo que valida su relación inversa esperada: a mayor deterioro funcional (ECOG), menor puntaje en el IK. La mayoría de los pacientes 182 (87,5%) no fallecieron hospitalizados, un 12,5% lo hizo durante la hospitalización. En cuanto a la valoración de necesidades paliativas, la evaluación por el equipo de cuidado paliativo se presentó solo en 61 (29,33%) pacientes, a pesar de que el 42,31% requería analgesia, el 6,25% requirieron manejo en disnea, el 10,58% ameritaba adecuación del esfuerzo terapéutico, un 5,29% se encontraba en proceso de fin de vida. Otras valoraciones complementarias a la atención paliativa fueron la de trabajo social, 201 (96,63%), y en menor proporción salud mental 51 (24,52%).

La relación de las variables sociodemográficas con las necesidades paliativas demostró que ser mujer se asoció con una mayor prevalencia de ser valorada por cuidados paliativos y por salud mental, además de recibir analgesia y tener una adecuación del esfuerzo terapéutico. Proceder de fuera de Bogotá disminuyó la frecuencia de ser valorado por cuidados paliativos y de recibir analgesia. Tener algún grado de escolaridad disminuyó la probabilidad de prevalencia para ser valorado por salud mental y de recibir analgesia. Se encontró además una tendencia a tener menos necesidades paliativas en la población con afiliación al régimen contributivo, pero el valor no fue estadísticamente significativo (ver tabla 2).

Los pacientes que más se asociaron a tener necesidades paliativas, fueron aquellos sometidos a quimioterapia y radioterapia. A su vez que la intención terapéutica de estos fuera paliativa estuvo relacionado con el tener mayores necesidades, así como a experimentar más dolor, tener un mayor uso de opioides

y a fallecer hospitalizados. Esto se relaciona con ser valorados por cuidados paliativos, y también por salud mental, y a una mayor oportunidad de recibir analgesia.

Los pacientes indígenas que tuvieron mayor asociación con la adecuación del esfuerzo terapéutico fueron aquellos sometidos a quimioterapia, con tratamientos con intención paliativa, con dolor, uso de opioides y que fallecieron hospitalizados. En consonancia, la atención al final de la vida tuvo relación con pacientes que presentaron dolor, tenían uso de opioides y su tratamiento se encontraba con intención paliativa. La disnea como uno de los síntomas paliativos relevantes, tuvo una asociación estadística alta con el dolor, con el fallecer hospitalizado y con recibir tratamientos con intención paliativa (Ver tabla 3).

La fuerza de asociación de las variables relacionadas se evaluó a través de la V de Cramer, evidenció que las variables sociodemográficas con relación a las necesidades paliativas, como el área de procedencia (ruralidad) con un estadio mayor del cáncer no tuvieron asociación significativa (V de Cramer 0,21  $p=0,07$ ). Con respecto al sexo, se encontró que si bien, en proporción las mujeres presentaban en más frecuencia dolor (V de Cramer 0,15,  $p=0,02$ ), uso de analgesia en general (V de Cramer 0,15,  $p=0,04$ ) y uso de opioides (V de Cramer: 0,01,  $p=0,87$ ), la asociación con respecto al sexo fue no significativa. Con respecto al régimen de afiliación, no hubo relación del mismo con ser valorado por cuidado paliativo (V de Cramer 0,09,  $P=0,35$ ), trabajo social (V de Cramer 0,04,  $P=0,69$ ), salud mental (V de Cramer 0,05,  $P=0,88$ ), uso de analgesia (V de Cramer 0,10,  $P=0,37$ ), cuidados al fin de vida (V de Cramer 0,07,  $P=0,42$ ), adecuación del esfuerzo terapéutico (V de Cramer 0,05,  $P=0,70$ ) ni tratamiento de la disnea (V de Cramer 0,06,  $P=0,59$ ).

Las variables clínicas en relación con las necesidades paliativas fueron las que tuvieron una mayor fuerza de asociación. Una de ellas fue el estadio del cáncer, en que se encontró que entre mayor el estadio, los pacientes tuvieron más dolor (V de Cramer 0,31  $p=0,001$ ), por tanto, más requerimiento de analgesia (V de Cramer 0,41  $p=0,0005$ ), y un mayor uso de opioides (V de Cramer 0,34  $p=0,0005$ ). Es de resaltar que la valoración por cuidados paliativos tuvo una mayor fuerza de asociación con el tratamiento del dolor no opioide (V de Cramer 0,65,  $p=0,0005$ ), con la presencia de dolor (V de Cramer 0,56,  $p=0,0005$ ) y con la intención paliativa (V de Cramer 0,47,  $p=0,0005$ ). Entre las variables propias de las necesidades paliativas aquellas que tuvieron una mayor dependencia fueron la valoración por cuidados paliativos con el uso de analgesia, la adecuación del esfuerzo terapéutico con el fin de vida, y el fin de vida con el tratamiento sintomático como disnea (Ver gráfico 1).

## **Discusión**

Al comparar los resultados de esta investigación con las estadísticas nacionales del DANE, se encontró que la población indígena con cáncer son en su mayoría mujeres adultas (1). Esto pudiera hablar de una mayor prevalencia en el género

femenino asociado a cánceres transmisibles y prevenibles como el de cérvix. En relación con la procedencia, aunque la mayoría de indígenas en Colombia provienen de sectores rurales (79,58%), en esta investigación encontramos que los indígenas con cáncer de este estudio provienen en su mayoría de entornos urbanos y de la ciudad de Bogotá, seguido de otras regiones como Orinoquía y Amazonía, lo cual también dista de la distribución nacional de indígenas concentrados en Guajira, Córdoba, Cauca y Nariño (9,10). Estos datos pudieran demostrar que, al encontrarse el Instituto Nacional de Cancerología en la ciudad de Bogotá, la mayor parte de indígenas se encuentran asentados allí, muchos de ellos deben trasladar su lugar de residencia bien sea por la enfermedad misma, o por fenómenos migratorios internos como el desplazamiento forzado, la búsqueda de educación y oportunidades laborales (11). A nivel sociodemográfico, la identificación de los participantes como población indígena se basó en el autorreconocimiento consignado en la ficha institucional, sin contar con la posibilidad de identificar el pueblo o etnia específica, lo que limita la precisión de la caracterización y resalta la necesidad de incluir esta información en los datos que registra la institución.

Con relación al sistema de aseguramiento, se encontró que en el país la mayor parte de indígenas pertenecen al régimen subsidiado (98%), frente a los resultados de nuestro estudio (66,35%) (1). En el análisis bivariado, se encontró una tendencia a que ser del régimen contributivo era un factor protector al desarrollo de necesidades paliativas, lo cual explica una mayor prevalencia de indígenas del régimen contributivo recibiendo atención al cáncer en relación porcentual con una población que en su mayoría pertenece al régimen subsidiado. Sin embargo, es importante reconocer que en los últimos años ha venido aumentando la cobertura al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la población indígena, con la ley 691 de 2001 y la posibilidad de creación de Entidades Prestadoras de Salud (EPS) por parte de cabildos indígenas (Decreto 220 de 2001) (2).

La baja escolaridad, los bajos ingresos y el desempleo mayoritario en la población colombiana es concordante con la literatura internacional, y que muestra una mayor vulnerabilidad de los pueblos indígenas (12). Aunque estas variables caracterizan a la población indígena con cáncer, en el análisis bivariado, no tuvieron peso en relación con el desarrollo de necesidades paliativas. En relación con otras características demográficas, las comunidades indígenas tuvieron factores protectores como el estado civil y el hablar español, ya que en su mayoría contaban con el manejo de la segunda lengua lo que disminuye las barreras en la atención, diferente de otros casos como es el mexicano (12).

Con respecto a las variables clínicas, los pueblos indígenas tienen una mayor tasa de incidencia de tumores prevenibles (por estilos de vida como consumo de tabaco, o por causas infecciosas como de cérvix) con respecto a no indígenas, asociado a factores sociales, conductuales y ambientales y a la falta de acceso a

servicios médicos, pese a que la carga global del cáncer sea menor en los pueblos indígenas (2).

La población indígena con cáncer que consulta al Instituto Nacional de Cancerología (INC) presenta un perfil clínico complejo y multifactorial. A pesar de que solo el 6,73% tenía diagnósticos oncológicos concomitantes, más de la mitad de los pacientes (56,73%) cursan con comorbilidades o complicaciones, lo cual refuerza la necesidad de un enfoque paliativo temprano e integral, como lo recomienda la SECPAL para pacientes con enfermedades avanzadas, incurables y sintomatología fluctuante (13).

En cuanto a las intervenciones terapéuticas, se evidenció una alta frecuencia de tratamientos activos: el 56,25% recibió quimioterapia, el 49,04% radioterapia y el 62,02% cirugía oncológica. Sin embargo, es relevante que en el 37,02% de los casos, la intención del tratamiento fue paliativa, lo que subraya la coexistencia de necesidades clínicas no solo curativas sino también de alivio sintomático, apoyo psicosocial y decisiones compartidas respecto al plan terapéutico (10).

Respecto al dolor fue reportado por 46,63%, siendo uno de los síntomas más prevalentes en enfermedad oncológica. La Escala Numérica del Dolor (ENA) reveló que un 26,92% presentó dolor leve (ENA = 1-3) y un porcentaje menor de 5,28% reportó dolor grave (ENA = 7-10). El dolor es un tema poco explorado en los pueblos indígenas (14) y al ser considerado como una experiencia moldeada por la cultura, las comunidades indígenas lo experimentan de una manera diferente, en donde interviene la espiritualidad y la historia traumática de la comunidad. Se identifica la preferencia de ellos por optar por otras formas de alivio, que incluyen opciones diferentes a los opioides, estrategias no farmacológicas y medicina tradicional (15-16). En este estudio se encontró que el uso de analgesia fue de un 42%, siendo levemente más bajo con respecto a prevalencia del dolor, y frente al uso de opioides que fue de un 25,48%. Esto contrasta con datos de la población no indígena que registra una prevalencia de uso de opioides mayor de un 61,4% (13), y con los estudios de Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos, donde se advierte un mayor riesgo de toxicidad y trastorno por consumo de opioides asociado a comunidades indígenas, lo que se encuentra relacionado con la vulnerabilidad social, los conflictos culturales y la adicción (17).

El opioide más usado fue morfina seguido de tramadol e hidromorfona, con una amplia variabilidad en el rango de las dosis. En contraste el opioide más usado en población no indígena fue el tramadol, seguido de la morfina y de la hidromorfona (13). También se documentó el uso de acetaminofén y neuromoduladores, lo cual evidencia un manejo multimodal del dolor y la necesidad de ofrecer otras opciones analgésicas (15). En estudios como el de Keerthana et al. Sobre la población tribal, se identificó que el dolor es un factor clave que moviliza la atención sanitaria, pero su tratamiento está limitado por la disponibilidad de medicamentos, la accesibilidad, y la falta de adecuación cultural en la atención (18).

Las escalas funcionales reflejan una población en relativa buena condición funcional: un 42,31% tenía un ECOG 0 y un 37,02% un ECOG 1, mientras que en el índice de Karnofsky (IK), el 40,87% presentaba un puntaje de 100 y el 28,85% de 90. La correlación inversa significativa entre ambas escalas valida su aplicabilidad cruzada. Este hallazgo es relevante, pues evidencia que incluso pacientes funcionalmente independientes pueden tener necesidades paliativas importantes que no siempre se identifican oportunamente (19).

Un dato destacable es que el 87,5% de los pacientes no fallecieron hospitalizados, lo cual puede interpretarse como un posible indicador de redes de soporte, voluntades anticipadas o limitaciones en el acceso hospitalario. Solo el 29,33% fue evaluado por el equipo de cuidados paliativos este dato llama la atención pues el 42,31% requería analgesia, el 10,58% ameritaba adecuación del esfuerzo terapéutico y el 5,29% se encontraba en proceso de fin de vida. Esto muestra una brecha en la oportunidad de atención donde es necesario evaluar si es por falta de ajuste en protocolos o secundario a fallas de acceso dado el tipo de población y sus limitaciones socioculturales (2,19).

Desde una perspectiva integral, hubo un alto abordaje por trabajo social (96,63%), lo que sugiere una sensibilidad institucional hacia los determinantes sociales de la salud en esta población sin embargo llama la atención una falta de registro de la etnia en un 89% de los pacientes lo cual podría indicar falta de profundización en la entrevista que podría acercarnos a una descripción más exacta de la población atendida. El escaso acceso a valoración en salud mental (24,52%) y el subregistro de síntomas como disnea (solo en 6,25%) reflejan una atención aún centrada en el síntoma físico predominante y no en una evaluación multidimensional, como recomiendan los modelos actuales de cuidados paliativos interculturales (18,19).

En relación con el desarrollo de necesidades paliativas y variables sociodemográficas, se encontró que ser mujer aumentaba el riesgo de presentar necesidades paliativas, principalmente aquellas relacionadas con recibir atención paliativa y por salud mental, el recibir analgésicos y el tener una adecuación del esfuerzo terapéutico. En la mujer indígena los cánceres de mayor prevalencia fueron el de mama y cérvix, y en general más mujeres indígenas ingresaron en estadios avanzados III y IV 56 (42,7%) frente a los hombres 28 (28%), aunque distinto de otros estudios, esta población general ingresó más tempranos, y no avanzados (6). La mujer indígena presenta mayor morbilidad y mortalidad por cáncer, relacionado con pobres condiciones de salud, y barreras de acceso estructurales económicas, sociales, y culturales (7,8) incluso no es un fenómeno circunscrito a Colombia, sino a países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda (9). Además, los estudios también señalan que las mujeres suelen expresar más sus síntomas y buscar atención médica con mayor frecuencia, facilitando así una mayor identificación de necesidades paliativas (10, 19)

El hecho de proceder de fuera de Bogotá disminuyó la probabilidad de recibir cuidados paliativos y de recibir analgesia lo cual refuerza la noción de desigualdad territorial en el acceso a servicios especializados, ya documentada previamente en estudios sobre comunidades indígenas (10,20,21).

De igual manera, tener algún grado de escolaridad se asoció con una menor probabilidad de ser valorado en salud mental y de recibir analgesia, lo cual podría interpretarse como un sesgo perceptivo o de priorización clínica, dado que aquellos con menor escolaridad pueden exhibir más expresiones somáticas o verbales que faciliten la identificación de sufrimiento psíquico o físico por parte del equipo tratante (18,20).

En las variables clínicas, haber recibido quimioterapia o radioterapia se relaciona con mayor probabilidad de recibir atención paliativa, al igual que tener una intención terapéutica paliativa, presentar dolor, uso de opioides, y fallecer hospitalizado. Estos resultados reafirman la alta carga sintomática y complejidad clínica como determinantes de mayor intervención paliativa (12,19).

En cuanto a la adecuación del esfuerzo terapéutico, se asociaron significativamente los pacientes con quimioterapia, intención paliativa, dolor, uso de opioides y muerte hospitalaria. Esta relación sugiere que los criterios clínicos objetivos como la sintomatología severa y la progresión oncológica guían decisiones relacionadas con la limitación terapéutica. La disnea, aunque poco prevalente, tuvo fuerte asociación con dolor, muerte hospitalaria y tratamiento con intención paliativa, lo que la posiciona como un síntoma clave para identificar necesidades complejas no solo físicas, sino también existenciales.

Entre las variables con mayor peso en cuanto a la atención en final de vida fueron: dolor, uso de opioides e intención paliativa, lo cual concuerda con las recomendaciones internacionales sobre los criterios clínicos para el abordaje de fase terminal (19).

El análisis no encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio y el área de procedencia. Si bien este resultado sugiere que el acceso al diagnóstico no varía según procedencia urbana/rural, la literatura sí documenta importantes brechas en continuidad de cuidado, seguimiento paliativo y acceso a medicamentos según el territorio (12). En Colombia, los pueblos indígenas en zonas rurales enfrentan interrupciones frecuentes en el tratamiento, ausencia de equipos móviles y carencias en redes de referencia (1,9). La correlación estadísticamente significativa entre estadios más avanzados y mayor presencia de dolor refuerza la evidencia clínica sobre la carga sintomática progresiva en cáncer avanzado, especialmente en contextos donde el tratamiento curativo no es viable y el manejo del dolor se vuelve central (19). Asimismo, el hallazgo de una asociación más fuerte entre estadio y uso de analgesia es clínicamente relevante.

El abordaje de necesidades paliativas para comunidades indígenas implica a futuro crear modelos de cuidado que entiendan las culturas indígenas, que se anticipen a las posibles barreras de acceso (distancia y dispersión geográfica, lenguaje, escolaridad, ingresos, desconocimiento de la enfermedad y de los cuidados paliativos, entre otros); que promuevan la promoción del respeto al paciente, su familia y comunidad, toma de decisiones compartidas y participación activa del paciente y su comunidad, con una comunicación efectiva y una adecuación de los servicios para que sean culturalmente seguros (22).

Pese a que este estudio busca llenar un vacío en la literatura sobre indígenas, cuidados paliativos y cáncer en Colombia, se limita a estudiar pacientes indígenas que consultaron al Instituto Nacional de Cancerología, y su alcance está dado en describir y analizar sin hacer comparaciones empíricas con sujetos no indígenas. Adicionalmente no se incluyó a población pediátrica, y se evidenció una ausencia de información en aspectos socioculturales, demográficos y clínicos de gran relevancia como el pueblo específico, la inclusión de otros síntomas y necesidades paliativas, la mortalidad fuera de la institución, entre otros. El diseño metodológico del estudio y la fuente primaria de recolección de datos (historia clínica), no permite identificar información culturalmente relevante como significados y creencias en relación con el cáncer, la muerte, la experiencia subjetiva del dolor y el sufrimiento, la medicina tradicional indígena, los rituales y la cultura de cuidado. Por lo que se plantea la importancia a futuro de estudios que incluyan metodologías cualitativas o diseños mixtos, que amplíen el alcance a pacientes indígenas fuera de la institución, que realicen abordajes comparativos entre comunidades indígenas, étnicas y con población no indígena.

## Conclusión

La población indígena con cáncer atendida en el INC presenta necesidades paliativas similares a la población general, pero mantiene condiciones de vulnerabilidad ligadas a factores socioculturales y de acceso. Las variables clínicas, especialmente el estadio, la intención paliativa de los tratamientos y la presencia de dolor, fueron determinantes en la demanda de atención. Sin embargo, la baja cobertura de cuidados paliativos evidencia brechas significativas en la oportunidad de atención. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de políticas públicas y modelos interculturales que reduzcan inequidades y garanticen una atención integral y culturalmente pertinente.

## Tablas y gráficos

| Variable | Características sociodemográficas y clínica | Promedio % (Número) |
|----------|---|---------------------|
|----------|---|---------------------|

|                       |                 |             |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| Edad                  | Años            | 55.17 años  |
| Sexo                  | Femenino        | 62.98 (131) |
|                       | Masculino       | 37.2 (77)   |
| Área de procedencia   | Urbano          | 63.46 (132) |
|                       | Desempleado     | 36.54 (76)  |
|                       | Empleado        | 54.8 (114)  |
|                       | Independiente   | 4.8 (10)    |
|                       | Informal        | 0.1 (19)    |
|                       | No registra     | 4.8 (10)    |
| Ocupación             | Pensionado      | 22.6 (47)   |
| Estrato               | 1               | 3.8 (8)     |
|                       | 2               | 70.19 (146) |
|                       | 3               | 22.12 (46)  |
|                       | 4               | 5.77 (12)   |
|                       |                 | 1.92 (4)    |
| Habla español         | Sí              | 93.75 (195) |
|                       | No registra     | 6.25 (13)   |
| Escolaridad           | Sin escolaridad | 34.13 (71)  |
|                       | Con escolaridad | 60.57 (126) |
|                       | No registra     | 5.29 (11)   |
| Régimen de afiliación | Subsidiado      | 66.35 (138) |
|                       | Contributivo    | 32.69 (68)  |
|                       | Otro            | 0.96 (2)    |
| ECOG                  | 0               | 42.31 (88)  |
|                       | 1               | 37.02 (77)  |
|                       | 2               | 14.42 (30)  |
|                       | 3               | 4.81 (10)   |
|                       | 4               | 1.44 (3)    |
| Tipo de cáncer        | Mama            | 12.98 (27)  |
|                       | Cérvix          | 12.5 (26)   |
|                       | Colorrectal     | 5.77 (12)   |
|                       | Próstata        | 5.77 (12)   |
|                       | Estómago        | 5.29 (11)   |
|                       | Otros           | 57.69 (120) |
| Estadio del cáncer    | I               | 25.96 (54)  |
|                       | II              | 17.79 (37)  |
|                       | III             | 19.71 (41)  |
|                       | IV              | 20.67 (43)  |
|                       | No aplica       | 6.73 (14)   |

Estadio del cáncer

|                                     |             |             |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
|                                     | No registra | 9.13 (19)   |
|                                     | Sí          | 37.98 (79)  |
| Tratamiento con intención paliativa | No          | 62.98 (131) |
|                                     | Sí          | 46.63 (97)  |
| Dolor                               | No          | 53.37 (111) |
|                                     | Sí          | 29.33 (61)  |
| Valoración por cuidados paliativos  | No          | 70.67 (147) |

Tabla 1. Características demográficas y clínica de los pacientes indígenas.

| Variables                        | Valoración por cuidados paliativos RP (IC 95%) | Valoración por trabajo social RP (IC 95%) | Valoración por salud mental RP (IC 95%) | Analgesia RP (IC 95%)    | Fin de vida RP (IC 95%) | Adecuación del esfuerzo terapéutico RP (IC 95%) |
|----------------------------------|--|---|---|--------------------------|-------------------------|---|
| Femenino                         | <b>1.65 (1.01, 2.72)</b>                       | 1.03 (0.97, 1.09)                         | <b>2.41 (1.28, 4.53)</b>                | <b>1.48 (1.03, 2.14)</b> | 5.88 (0.77, 45.04)      | <b>3.72 (1.14, 12.17)</b>                       |
| Rural                            | <b>0.57 (0.34, 0.94)</b>                       | 1.01 (0.96, 1.06)                         | 0.59 (0.34, 1.04)                       | 0.9 (0.64, 1.26)         | 0.39 (0.09, 1.74)       | 0.65 (0.27, 1.59)                               |
| Procedencia fuera de Bogotá      | <b>0.48 (0.31, 0.73)</b>                       | 1.05 (0.99, 1.12)                         | 0.62 (0.39, 1)                          | <b>0.69 (0.5, 0.94)</b>  | 0.5 (0.16, 1.58)        | 0.6 (0.27, 1.32)                                |
| Estrato (1 al 3)                 | 1.18 (0.21, 6.51)                              | <b>0.97 (0.94, 0.99)</b>                  | 0.98 (0.18, 5.44)                       | 1.71 (0.31, 9.38)        | NA                      | 0.41 (0.07, 2.36)                               |
| No hablar español                | 1.05 (0.45, 2.45)                              | 1.04 (1.01, 1.07)                         | 0.94 (0.34, 2.61)                       | 1.5 (0.95, 2.38)         | NA                      | 0.71 (0.1, 4.9)                                 |
| Estar empleado                   | 0.81 (0.46, 1.41)                              | 1.01 (0.95, 1.06)                         | 0.89 (0.49, 1.62)                       | 0.72 (0.46, 1.12)        | 0.3 (0.04, 2.36)        | 0.3 (0.07, 1.27)                                |
| Tener una pareja                 | 1.11 (0.68, 1.82)                              | 1 (0.95, 1.06)                            | 0.87 (0.52, 1.46)                       | 0.96 (0.68, 1.37)        | 0.63 (0.19, 2.08)       | 0.78 (0.33, 1.8)                                |
| Tener algún grado de escolaridad | 0.66 (0.44, 1)                                 | 0.99 (0.94, 1.04)                         | <b>0.59 (0.37, 0.93)</b>                | <b>0.62 (0.45, 0.85)</b> | 0.68 (0.21, 2.14)       | 0.99 (0.43, 2.24)                               |

|                                    |                   |                   |                   |                  |                  |                   |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Pertenecer al régimen contributivo | 0.78 (0.49, 1.27) | 0.98 (0.93, 1.04) | 0.93 (0.55, 1.55) | 0.85 (0.6, 1.21) | 0.45 (0.1, 2.03) | 0.76 (0.31, 1.86) |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|

Tabla 2. Razones de prevalencia en las variables sociodemográficas con las necesidades paliativas.

| VARIABLES              | Valoración por Cuidados Paliativos RP (IC 95%) | Valoración por trabajo social RP (IC 95%) | Valoración por Salud Mental RP (IC 95%) | Recibir Analgesia RP (IC 95%) | Final de Vida RP (IC 95%)   | Adecuación del esfuerzo terapéutico RP (IC 95%) | Tratamiento de Disnea RP (IC 95%) |
|------------------------|--|---|---|-------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| Quimioterapia          | <b>3.97 (2.13, 7.37)</b>                       | 1 (0.95, 1.05)                            | <b>2.53 (1.41, 4.54)</b>                | <b>3.79 (2.33, 6.14)</b>      | <b>3.5 (0.78, 15.8)</b>     | <b>2.64 (1.01, 6.9)</b>                         | <b>4.28 (0.97, 18.82)</b>         |
| Radioterapia           | <b>1.98 (1.26, 3.11)</b>                       | 1.01 (0.96, 1.06)                         | <b>1.48 (0.91, 2.42)</b>                | <b>1.65 (1.18, 2.3)</b>       | 0.59 (0.18, 1.97)           | 1.25 (0.56, 2.76)                               | 0.65 (0.22, 1.92)                 |
| Cirugía oncológica     | 0.68 (0.45, 1.03)                              | 1.01 (0.95, 1.06)                         | 0.69 (0.43, 1.11)                       | 0.59 (0.43, 0.8)              | 0.51 (0.16, 1.62)           | 0.61 (0.28, 1.35)                               | 0.18 (0.05, 0.65)                 |
| Intención Paliativa    | <b>4.4 (2.71, 7.14)</b>                        | 1.03 (0.99, 1.08)                         | <b>2.43 (1.5, 3.93)</b>                 | <b>2.84 (2.04, 3.93)</b>      | <b>17.01 (2.22, 130.35)</b> | <b>7.66 (2.69, 21.8)</b>                        | <b>9.36 (2.13, 41.11)</b>         |
| Dolor                  | <b>10.49 (4.73, 23.29)</b>                     | 1.01 (0.96, 1.06)                         | <b>2.29 (1.37, 3.83)</b>                | <b>4.16 (2.71, 6.38)</b>      | <b>5.15 (1.14, 23.26)</b>   | <b>3.89 (1.49, 10.15)</b>                       | <b>13.73 (1.82, 103.69)</b>       |
| Uso de Opioides        | <b>6.99 (4.44, 10.99)</b>                      | 1.02 (0.97, 1.07)                         | <b>2.6 (1.65, 4.09)</b>                 | <b>4.22 (3.17, 5.64)</b>      | <b>5.12 (1.56, 16.79)</b>   | <b>2.44 (1.12, 5.31)</b>                        | <b>4.68 (1.6, 13.68)</b>          |
| Falleció hospitalizado | <b>2.09 (1.35, 3.21)</b>                       | 0.95 (0.85, 1.06)                         | 1.11 (0.56, 2.21)                       | <b>2.06 (1.55, 2.73)</b>      | <b>31.5 (7.2, 137.83)</b>   | <b>7 (3.38, 14.49)</b>                          | <b>15.75 (5.22, 47.49)</b>        |

Tabla 3. Razones de prevalencia en las variables clínicas con las necesidades paliativas.

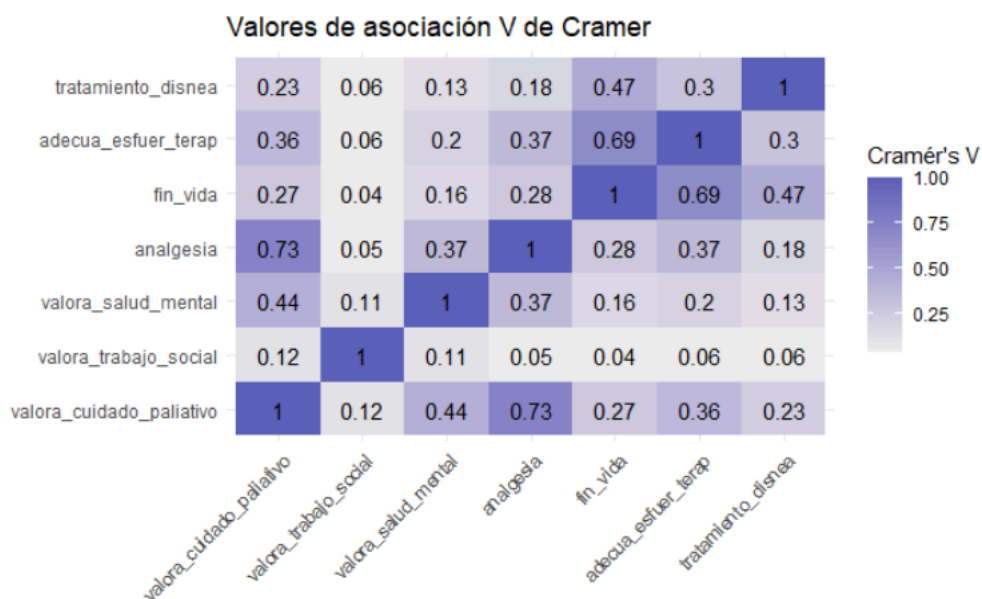


Gráfico 1. V de Cramer de las variables relativas a las necesidades paliativas

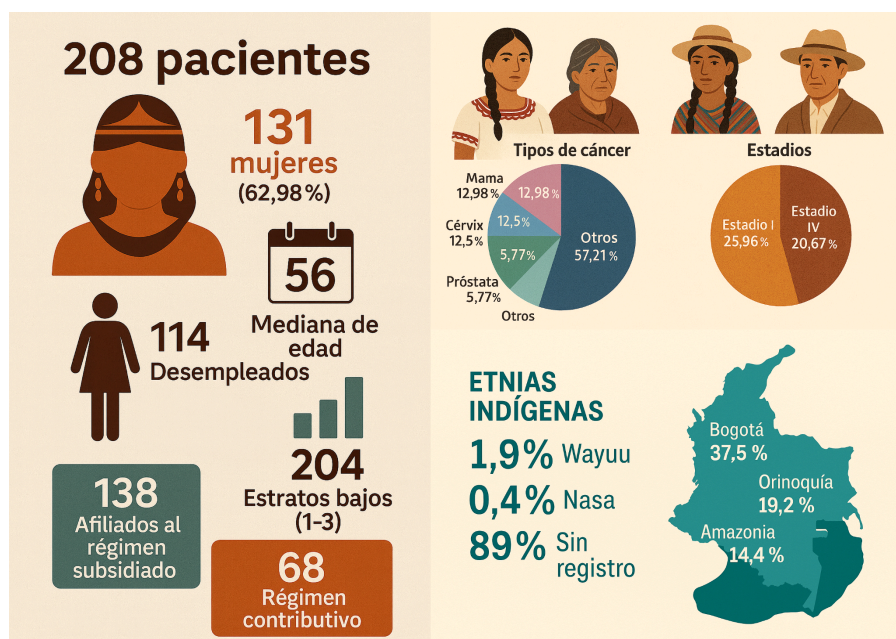


Gráfico 2. Resultados de la caracterización demográfica y clínica de los pacientes indígenas con cáncer

### Referencias bibliográficas

1. Cubillos, JC; Matamoros, M; Perea, SA.. Boletines poblacionales: Población Indígena Oficina de Promoción social. Bogotá D.C. DANE, agosto, 2020
2. Salazar L, Benavides M y Valencia S. Papel de la interculturalidad en el control del cáncer en pueblos indígenas. Investigaciones Andina; 2018; 20(36): 123-43.
3. Estado Actual de los Cuidados Paliativos en Colombia. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos OCCP. Reporte Técnico 2021 (Preliminar) Edición 5 - Febrero, 2022 Bogotá, Colombia ISBN: 2805-6671 (Digital)
4. Isaacson MJ. Addressing palliative and end-of-life care needs with Native American elders. Int J Palliat Nurs. 2 de abril de 2018;24(4):160-8.
5. Rhodes RL, Barrett NJ, Ejem DB, Sloan DH, Bullock K, Bethea K, et al. A Review of Race and Ethnicity in Hospice and Palliative Medicine Research: Representation Matters. Journal of Pain and Symptom Management. noviembre de 2022;64(5):e289-99.
6. Cortés C. Representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu, en prestadores de servicios de salud y en tomadores de decisión del municipio de Uribia del Departamento de La Guajira, Colombia [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/57026/35421080.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ocampo C. Percepciones sociales del cáncer en población indígena NASA del resguardo de López André, Caloto, Cauca. RediCES. 2021;
8. Arboleda Sarmiento JC, Vargas-Escobar LM, Fiscal Idrobo LM, López Posada KJ, Mejía Rendon YT. Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica. cuid [Internet]. 2019 [citado 5 de enero de 2024];(54). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/96337>
9. DANE. Población Indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. Septiembre 16 de 2019. Departamento Nacional de Estadística.
10. Sandoval Castaño, Edna Aurora. Perfil de salud de la población indígena y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

11. Subred Integrada de Servicios Sur Occidente. E.S.E. Análisis de condicionales, calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá, 2023. Autoridades Tradicionales de los Pueblos Indígenas de Bogotá a través del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá. DC, 2024.
12. Saldaña M, Ascencio L y Rangel, N. Características de la población indígena en México en cuidados paliativos por cáncer. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. [Serie en internet] 2014 mayo [citado mayo 2014];4(3); 268-284 [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com>
13. Antolinez-Portillo Ana Milena, Pérez-Sánchez Pedro Pablo, Molina-Arteta Bilen Margarita, López-Daza David. Consumo de opioides en pacientes hospitalizados en un centro oncológico. *rev.colomb.cancerol*. [Internet]. 2017 Dec [cited 2025 Dec 17]; 21( 4 ): 194-201.
14. Oliveira PR, Pereira LV, da Silva Carvalho Vila V, et al. Pain management in indigenous and tribal peoples: a scoping review protocol. **BMJ Open**. 2023;13(8):e068111. doi:10.1136/bmjopen-2022-068111.
15. Miller ET, Abu-Alhaja DM. Cultural influences on pain perception and management. *Pain Manag Nurs*. 2019 Jun;20(3):183–184. doi:10.1016/j.pmn.2019.04.006.
16. Mittinty MM, Hedges J, Jamieson L. Building evidence to reduce inequities in management of pain for Indigenous Australian people. *Scand J Pain*. 2021;22(2):356–364. doi:10.1515/sjpain-2021-0173. PMID:34898133.
17. Gala N, Dobischok S, Bernett P, Parker DG, O’Callahan A, Zentner D, Huson K, Tomaro J, Wendt DC. Indigenous peoples and medications for opioid use disorders: a scoping review. *Psychol Addict Behav*. 2025;39(7):577–590. doi:10.1037/adb0001085. Epub 2025 Jul 28. PMID:40720284.
18. Keerthana S, Kubendran A. Need and challenges of palliative care in tribal people: a qualitative analysis. *BMC Palliat Care*. 2025;24:76. 20
19. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Guía de Cuidados Paliativos*. Madrid: SECPAL; 2020. 17

20. Escobar JP, Corrales DA, Escobar M, Ríos LE, Álvarez AJ. Situación de salud de las comunidades indígenas nasas. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2002;20(2):35–49.
21. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Enfoque diferencial para Víctimas Indígenas. Bogotá: UARIV; 2020.
22. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):21. doi:10.1186/s12904-019-0404-y. PMID:30764810; PMCID:PMC6376644.