

Cuidados Paliativos una especialidad en Ecuador

*Correspondencia:

mcvallejom@hotmail.es

Dirección: R4GC+936. Instituto Oncológico Nacional, Avda. Pedro Menéndez Gilbert, junto a la Cdla. Dr. Juan Tanca Marengo, Guayaquil CP: 090505. Teléfono [593] (04) 371-8300. Ext 2120.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: 18 de Junio 2022

Aceptado: 23 de Julio, 2022

Publicado: 24 de Agosto, 2022

Editor: Dra. Evelyn Valencia Espinoza

Cita:

Vallejo M. Cuidados Paliativos una especialidad en Ecuador. Rev. Oncol. Ecu 2022;32(2):266-275.

DOI: <https://doi.org/10.33821/637>

 Copyright Vallejo M, et al. This article is distributed under the terms of [Creative Commons Attribution License BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution citing the source and the original author.

Palliative Care a specialty in Ecuador

Mariana Concepción Vallejo Martínez¹

1. Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Solca – Guayaquil

DOI: 10.33821/637

Perspectiva de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos (CP) o medicina paliativa, especialidad nueva y creciente con un papel muy definido e importante; ha cosechado algunos éxitos, pero tiene que responder satisfactoriamente a nuevos retos para sobrevivir, prosperar y lograr convertirse en una aliada de la medicina curativa y poder interactuar al mismo tiempo para mejorar la atención a los pacientes y familia que se enfrentan a enfermedades complejas como el cáncer.

Actualmente es mucho lo que se sabe sobre CP, pero este conocimiento no está beneficiando a las personas que lo necesitan debido al escaso formación académica. Para que los CP se incorporen a un sistema de salud es necesario establecer cuatro componentes fundamentales (Figura 1).

1. **Políticas.** - Establecer políticas que integren los CP en el plan de salud nacional.
2. **Disponibilidad de fármacos.** - Mejorar la disponibilidad y acceso a los opioides que permita aumentar el cupo de opioides de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) del país.
3. **Educación.** Convencer al público, comunidad, profesionales sanitarios, y a los políticos, incluir los programas de CP en pregrado y posgrado.
4. **Implementación.** Crear nuevos puestos de CP a dedicación completa, y dotar de la infraestructura para centros de referencia de excelencia, incluyendo cuidado domiciliario que se vayan replicando.

Todo esto permitirá hacer una estimación de la necesidad para el adecuado desarrollo de los CP [1, 2].

El surgimiento de los cuidados paliativos a través de la (OMS)

Los CP han avanzado significativamente en el sistema de salud, la organización mundial de la salud (OMS) en la resolución WHA 67.19 exhortó a todos los estados miembros a mejorar el acceso a los CP a través de los sistemas de salud enfocándolo como eje central [3, 4].

Un documento de posición oficial sobre promoción global de los CP presentado en el 2018 reafirma la responsabilidad de los sistemas de salud frente a los CP. Y posiciona a los mismos, como un derecho básico de la persona y familia que requiera de CP en cualquier enfermedad invalidante generadora de sufrimiento. También insta al desarrollo de una educación para profesionales y público en general. La OMS en el 2019 realiza una encuesta sobre enfermedades no transmisibles en 194 países, reportando que la financiación para CP está disponible en el 68 % de los países, de los cuales el 40% informa que los servicios de CP llegaron únicamente a la mitad de los pacientes que lo necesitan en los países de Europa y de altos ingresos. Además, reporta que solo el 14% de los pacientes reciben CP al final de la vida [5-8].

Arias et al, en el análisis sobre las tendencias de los servicios de CP especializados, revela en los últimos 14 años, existe una ausencia de registros oficiales nacionales o regionales en Europa, para describir el estado de los CP especializados como prestación de servicios ya sea como atención domiciliaria o equipo de apoyo hospitalario [9].

La American Society for Clinical Oncology (ASCO), en un paso a favor del acceso a CP especializados, en el 2016 actualizó la guía sobre la integración de los "Cuidados paliativos precoces" proporcionando recomendaciones actualizadas a los médicos oncólogos, pacientes, cuidadores, familiares, amigos e inclusive especialistas de cuidados paliativos [10, 11].

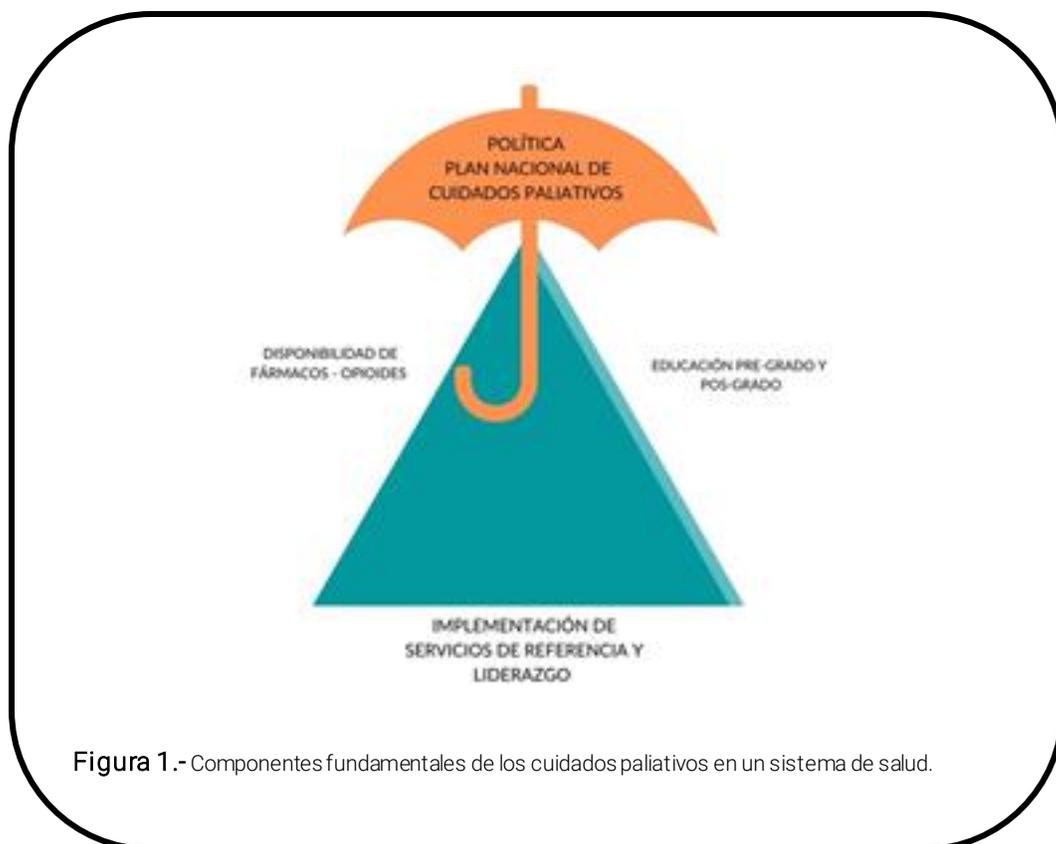


Figura 1.- Componentes fundamentales de los cuidados paliativos en un sistema de salud.

En contraste, en Latinoamérica solo el 4% de las personas tenían acceso a los CP, de acuerdo con el Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica publicada online en el 2012. Estos datos incrementan el interés en los CP en la región y la creación de servicios de especialidad, tomando en cuenta, que se prevé un aumento mundial del 87% en el sufrimiento grave relacionado con la salud susceptible de intervención oportuna de los CP para el 2060 [12, 13].

Cuidados paliativos como especialidad médica

Los CP promulgan nuevos patrones y algoritmos pretendiendo dar lugar a nuevos escenarios. Es así que en el 2018 se celebró el aniversario de los 30 años de la medicina paliativa reconocida como especialidad médica. Se ha logrado mucho, pero falta aún más, para disminuir la brecha de desigualdad (profesional/pacientes), así lo enfatiza García, en su revisión sobre una visión a largo plazo de los CP [14].

El interés de posicionar a esta especialidad como un recurso y un derecho se ve reflejada en la revisión de Centeno et al, 2007. El estudio abarcó a 52 países que ofertaban los CP como especialidad, encontrando que estos tenían certificación oficial en solo siete de esos países. En cinco países del Reino Unido e Irlanda, los CP se había convertido en una subespecialidad consistente en una segunda especialización tras la certificación en una especialidad completa (Polonia (1999), Rumanía (2000), Eslovaquia (2005), Alemania (2006) y Francia (2007)). Más adelante, en otros diez países (República Checa, Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Islandia, España, Malta, Israel y Letonia), también se posicionó a los CP como una subespecialidad [15-17].

El atlas de Latinoamérica recogió información de la situación de los CP, en 19 países latinoamericanos reportando que solo cinco países tienen acreditación oficial como especialidad y/o subespecialidad médica. La primera acreditación se obtuvo en Colombia en 1998 [18].

Los cuidados paliativos en Ecuador

Este editorial tiene como propósito dar a conocer el desarrollo de los CP en el Ecuador desde la informalidad hasta la especialidad médica de posgrado. La iniciativa de los CP en el Ecuador empieza en los años 90 en las ciudades más grandes Quito y Guayaquil, centrados al inicio en las residencias tipo hospicio dedicados a mediana y larga estancia y/o cuidados hasta el fallecimiento. En Guayaquil se comenzó asistiendo a pacientes con cáncer, siendo este un servicio de exclusividad en el hospital de tercer nivel de atención SOLCA Matriz, que inició su labor en consulta externa complementada con apoyo domiciliario y actualmente con una disponibilidad de 8 camas, para poder efectuar de manera eficiente la transición de hospital a casa con planes establecidos.

Marco legal de los cuidados paliativos

La Constitución de la República del Ecuador del 2008 obliga y la sociedad demanda la atención de CP en el sistema de salud público, por ello el Ministerio de salud Pública (MSP), expidió el acuerdo Ministerial número 101, el 9 de febrero del 2011, el mismo que reafirma que es su responsabilidad, organizar en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, la conformación y funcionamiento de servicios de CP integrales con enfoque intercultural que ga-

ranticen el derecho de los pacientes en etapa avanzada, terminal, aliviando el dolor, el sufrimiento; abordando los aspectos emocionales, sociales, físicos y espirituales; incluyendo a los familiares en la toma de decisiones [19, 20].

El MSP ha elaborado, el plan Nacional de CP 2015-2017, la guía práctica clínica de CP 2014, la norma de atención de CP 2015, Guía práctica clínica de dolor oncológico 2017, y la Política Nacional de CP 2021-2026, cuyo objetivo es permitir la rectoría y financiamiento de los servicios de asistencia paliativa de manera integrada en el sistema Nacional de Salud (SNS) [21].

La Especialidad en Ecuador

La formación de especialistas a nivel de posgrado en el contexto paliativo permitirá conjugar la docencia con la investigación y de posesionar esta última como elemento clarificador para la formación de cuadros académicos capaces de responder a las necesidades de los pacientes y del país, reformando el pensamiento que se requiere para consolidar una sociedad del buen vivir [22, 23].

Se realiza un estudio de pertinencia de los CP en Guayaquil, analizando la demanda como carrera Universitaria utilizando la herramienta diseñada por R. Wenk, socializada por la Asociación Latinoamericana de CP en su página web [24-27] (Figura 2).

La especialidad una realidad

Son muchos los factores y procesos que han participado en la puesta en marcha de la especialidad de CP como se ha relatado anteriormente, esto surge como producto de la combinación del ímpetu, el deseo, la necesidad, la obligación, no solo de la persona, del líder, sino también del Gobierno, la Universidad y el Hospital. Teniendo como objetivo principal cubrir las necesidades paliativas de las personas que enfrentan enfermedades que amenazan la vida y generan sufrimiento, y formando especialistas con alto espíritu de colaboración, humanismo y entrega en esta nueva disciplina médica que tiene mucho camino por recorrer.

En la actualidad se cuenta con material académico de gran relevancia sobre los CP gestionado por especialistas nacionales, en los que se ha contribuido directa o indirectamente (Figura 3).

Consciente de todo lo expuesto SOLCA Matriz firma un compromiso académico para ofertar la especialidad de Cuidados Paliativos presentando a la comunidad en general el primer posgrado; este programa tiene unas duraciones de 3 años, 12.000 horas académicas, distribuidas en tres unidades de organización básica, disciplinar y de titulación (Figura 4). Se encuentran centradas en actividades prácticas, guardias y asistenciales en las que el residente adquiere conocimientos de especialidad, reforzando su aprendizaje en la participación o elaboración de jornadas, conversatorios, asistencia a congresos con interacción activa, presentación de posters relacionados a la especialidad, supervisadas y apoyadas por el personal docente.

Este posgrado comenzó en el 2018 y terminó con éxito en el 2022 brindando a la comunidad 8 especialistas en CP con una experticia en el tratamiento de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales no oncológicas y oncológicas. Finalmente, la formación culmina con la sustentación del proyecto de tesis que lo faculta como especialista en Cuidados Paliativos.

Necesidad estimada de Cuidado Paliativo ®

Tasa de mortalidad (por 1000 habitantes) 4.40

Causas de muerte

Cardiovascular 30.8 % Cáncer 14.1 % Diabetes 10.4 % Digestiva 7.3 % Lesiones 8 % Respiratoria 1.32 % Otras no-comunicables 4.79 %

Guayas, Ecuador

26 de abril de 2018

Población 4207610

Muertes por año, de todas las causas: 18513

60 % se beneficiarían con Cuidado Paliativo » 11108 pacientes, 22216 cuidadores

Pacientes		
741	<p>GRUPO C (5% - 10%) SITUACIÓN COMPLICADA Sufrimiento intenso Internación en camas específicas o asignadas</p>	Nivel 3 CP especializado
3703	<p>GRUPO B (25% - 30%) SITUACIÓN COMPLEJA Sufrimiento moderado Consultorio, domicilio internación general</p>	Nivel 2 CP general
10367	<p>GRUPO A (60% - 70%) SITUACIÓN SIMPLE Sufrimiento leve Consulta telefónica, consultorio, domicilio internación</p>	Nivel 1 Orientación en CP

Muertes por cáncer por año: 2610

80 % se beneficiarían con Cuidado Paliativo » 2088 pacientes, 4176 cuidadores

<http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>

Información provista por INEC

Fuente <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>

Fundación FEMEB

Diseño funcional: R Wenk - Desarrollo: DaniloEE

Figura 2. Estimación de la demanda de los cuidados paliativos en relación al número de profesional y paciente.



Figura 3.- Contribuciones académicas que han permitido fortalecer la especialidad.

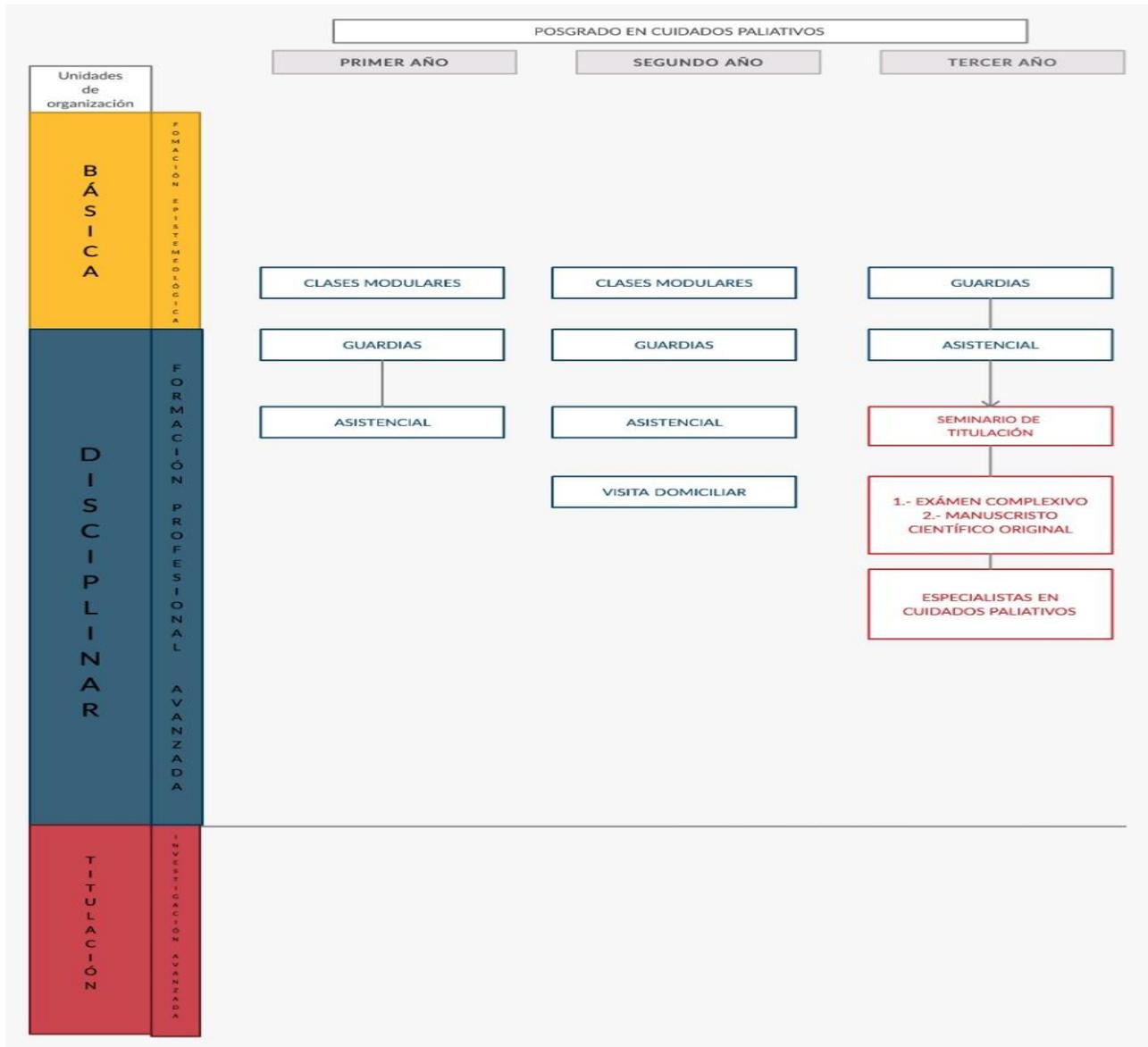


Figura 4.-Diagramación del programa académico con sus tres unidades de organización.

Nota del Editor

La Revista Oncología Ecu permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Conclusiones

El formar especialistas en función de la necesidad como país, es un logro histórico porque permite tener conocimiento del modelo básico integral de atención e identificar las necesidades multidimensionales de la persona, familia y/o cuidador inmediato, identificando preferencias, valores y toma de decisiones anticipadas, así como atención en el duelo además de potenciar la red de salud en los diferentes niveles de atención.

Abreviaturas

CP: Cuidados paliativos.

Información administrativa

Archivos Adicionales

Ninguno declarado por la autora.

Agradecimientos

Los autora agradece al departamento de docencia del Instituto Oncológico Nacional, Dr. Juan Tanca Marengo, de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Solca –Guayaquil.

Fondos

La autora no recibió ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo.

Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

Declaraciones

Aprobación del comité de ética

No aplica a estudios observacionales con revisión de bases de datos o historias clínicas.

Consentimiento para publicación

No aplica para estudios que no publican imágenes explícitas como tomografías, resonancias, imágenes de exámenes físicos.

Conflictos de interés

Los autores declaran que ellos no tienen ningún conflicto de competencia o interés.

Referencias

1. Gálvez González María, Muñumel Alameda Graciela. Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index Enferm* 2010;19(2-3):191-195. **SU:** scielo.isciii.es.
2. Arias N, Garralda E, De Lima L, Rhee JY, Centeno C. Global Palliative Care and Cross-National Comparison: How Is Palliative Care Development Assessed? *J Palliat Med*. 2019 May;22(5):580-590. **doi:** 10.1089/jpm.2018.0510. Epub 2019 Jan 7. **PMID:** [30615544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30615544/).
3. WHO PC. Stanford School of Medicine. [Online].; 2020 **SU:** palliative.stanford.edu.
4. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care*. 2017 Feb 20;10:1178224216688887. **doi:** 10.1177/1178224216688887. **PMID:** [28469439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469439/); **PMCID:** PMC5398324.
5. Köberich S, Ziehm J, Farin E, Becker G. Barriers and Facilitators to Palliative Care of Patients with Chronic Heart Failure in Germany: A Study Protocol. *J Public Health Res*. 2015 Jul 16;4(2):556. **doi:** 10.4081/jphr.2015.556. **PMID:** [26425500](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26425500/); **PMCID:** PMC4568429.
6. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, Centeno C. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Apr;59(4):794-807.e4. **doi:** 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009. Epub 2019 Nov 22. **PMID:** [31760142](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31760142/); **PMCID:** PMC7105817.
7. Narro JR. Guía de manejo Integral de cuidados paliativos. Primera ed. Reyes P, editor. Mexico; 2018.
8. Arias-Casais N, López-Fidalgo J, Garralda E, Pons JJ, Rhee JY, Lukas R, de Lima L, Centeno C. Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliat Med*. 2020 Sep;34(8):1044-1056. **doi:** 10.1177/0269216320931341. Epub 2020 Jun 10. **PMID:** [32519584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32519584/); **PMCID:** PMC7388149.
9. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Finn JI, Paice JA, Peppercom JM, Phillips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017 Jan;35(1):96-112 **doi:** 10.1200/JCO.2016.70.1474. Epub 2016 Oct 28. **PMID:** [28034065](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034065/).
10. Smith T. The Integration of palliative care into standar oncology care. *Journal Clinical Oncology*. 2012; 30.

11. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en latinoamerica Edicion Cartografica 2021. Ediciones de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos –ACLP. Houston, TX 77007, USA. 2013. ISBN: 978-0-9834597-3-6. SU: cuidadospaliativos.org
12. García-Baquero Merino MT. Palliative Care: Taking the Long View. *Front Pharmacol*. 2018 Oct 16;9:1140. doi: 10.3389/fphar.2018.01140. PMID: [30386237](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30386237/); PMCID: PMC6198353.
13. Centeno C. Documento de posición oficial sobre promoción global de cuidados paliativos. *Journal of Medicine*. 2018 Sept; 21(10).
14. Centeno C, Noguera A, Lynch T, Clark D. Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries. *Palliat Med*. 2007 Dec;21(8):683-7. doi: 10.1177/0269216307083600. PMID: [18073254](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18073254/).
15. Centeno C, Lynch T, Garralda E, Carrasco JM, Guillen-Grima F, Clark D. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005-2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliat Med*. 2016 Apr;30(4):351-62. doi: 10.1177/0269216315598671. Epub 2015 Jul 31. PMID: [26231421](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231421/); PMCID: PMC4800456.
16. Dumanovsky T, Augustin R, Rogers M, Lettang K, Meier DE, Morrison RS. The Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals: A Status Report. *J Palliat Med*. 2016 Jan;19(1):8-15. doi: 10.1089/jpm.2015.0351. Epub 2015 Sep 29. PMID: [26417923](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26417923/); PMCID: PMC4692111.
17. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 (2ª ed.). Houston: IAHPC Press.
18. Reglamento. Quito: MSP, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Normatización; 2015.
19. MSP. Manual del modelo de atención integral de salud-MAIS. In MSP. Marco conceptual del modelo de atención integral -MAIS. FCI. Quito; 2018. p. 40-49.
20. Ministerio de salud pública. Plan N429-tercer Suplemento, lunes 2 de febrero de 2015:3
21. Larrea E. El currículo de la educación superior desde la complejidad sistémica: Estudio de pertinencia para las carreras universitarias, CES, Salinas (2014). San Gregorio. 2016 Diciembre ;(14).
22. Baque Hidalgo J, Vallejo Martínez M, Frias-Toral. Propuesta de modelo integral de intervención terapéutica paliativa en salud. *Revis Bionatura* 2022;7(2) 12. <http://dx.doi.org/10.21931/RB/2022.07.02.12>
23. Vallejo M, Lino N, Quinto R. Estudio de pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. *Rev. Oncol. Ecu* 2017;27(3):238-252. doi: [998927](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/998927/)
24. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. ALCP. Informe de Gestión 2020-2021. cuidadospaliativos.org.