

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

ESCUELA DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

“NECESIDADES DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SALVADOR
2022”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

JACQUELINE MICHELLE ALVARADO PRIETO

GRACIELA BEATRIZ RIVERA MEDRANO

ANA MARCELA MENÉNDEZ RIVERA

ASESOR:

DR. SAMUEL HENRIQUEZ

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

ENERO DE 2024

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
A. Situación problemática.....	2
B. Enunciado del problema.....	5
C. Objetivos de la investigación.....	5
D. Contexto de la investigación.....	6
E. Delimitación del tema.....	6
F. Justificación.....	6
G. Factibilidad.....	8
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
A. Situación actual de los cuidados paliativos.....	8
Teorías de la medicina paliativa.....	11
Cuidados paliativos como un derecho humano.....	12
Signos y síntomas del paciente con enfermedad crónica avanzada.....	14
Necesidades del paciente con enfermedad crónica avanzada.....	15
Control de síntomas.....	15
Atención de nutrición en cuidados paliativos.....	16
Atención de psicología en cuidados paliativos.....	17
Atención de trabajo social en cuidados paliativos.....	17
Apoyo espiritual en cuidados paliativos.....	18
Fisioterapia en cuidados paliativos.....	19
Voluntariado en cuidados paliativos.....	19
Enfermedades que constituyen necesidad de cuidados paliativos.....	19
Mortalidad de enfermedades que constituyen necesidad de cuidados paliativos.....	20
Prevalencia de enfermedades que constituyen necesidad de cuidados paliativos.....	21
Cuidados Paliativos: Un enfoque integrado para cumplir con los ODS de la Agenda 2030.....	22
Cuidados Paliativos en Salud Pública.....	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
A. Enfoque y tipo de investigación.....	24

B. Sujetos y Objeto de estudio	25
1. Unidades de análisis, población	25
C. Técnicas, materiales e instrumentos	26
1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información	26
2. Instrumentos de registro y medición.....	27
Matriz de congruencia	27
D. Aspectos éticos	27
E. Estrategias de utilización de resultados.....	28
F. Cronograma de actividades	28
G. Presupuesto	28
H. Limitantes.....	29
I. Fortalezas	29
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	29
A. Resultados	29
B. Análisis descriptivo.....	30
C. Discusión de resultados.....	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	35
ANEXOS	42
Anexo 1: Hospitales de la red de salud pública en El Salvador incluidos en la investigación	42
Anexo 2: Enfermedades Lancet clasificadas con código CIE-10	44
Anexo 3: Matriz de congruencia	46
Anexo 4: Cronograma de actividades.....	49
Anexo 5: Presupuesto	50
Anexo 6: Enfermedades con el factor multiplicador	51
Anexo 7. Egresos vivos en hospitales nacionales en El Salvador durante el 2022	53
Anexo 8. Egresos fallecidos en hospitales nacionales en El Salvador durante el 2022.....	55
Anexo 9. Estimación de la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes egresados de los hospitales nacionales durante el 2022.....	57
Anexo 10. Tasa de necesidad de cuidado paliativo por condición específica a nivel nacional.....	59
Anexo 11. Tasa de necesidad de cuidados paliativos por departamento	61

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sus constantes bendiciones sobre mi vida y trayectoria profesional. A mi madre Jacqueline Prieto y a mi padre Amílcar Alvarado, por esforzarse y participar en mi educación con responsabilidad. A mi hermana María José, por su apoyo incondicional; y a todos los familiares cercanos a mi persona. De igual manera, agradezco a Fernando Guzmán, por su total disposición en motivar y acompañar mis proyectos. A mi equipo de trabajo, por la comprensión, empeño y cariño demostrado. También agradezco a todos los docentes que han contribuido en mi formación académica de este nivel alcanzado y a los jueces que evaluaron este trabajo e hicieron posible la realización de este estudio.

Jacqueline Alvarado

Agradezco a Dios y las oportunidades que a lo largo de mi vida me ha brindado. A mis padres por su apoyo constante en todos los ciclos de mi vida. A mis abuelas y a todos los familiares que me han acompañado con sus palabras de aliento durante este proceso. Mi especial agradecimiento a Rodrigo Ayala cuyo apoyo ha sido crucial en estos dos años. A mi equipo de trabajo por su perseverancia y arduo trabajo. A los docentes y demás integrantes de la escuela de posgrados que hacen posible la evaluación de este estudio.

Ana Marcela Menéndez

Agradezco a Dios por sus múltiples cuidados, a mi familia por ser mi apoyo incondicional en todos los proyectos que emprendo, su presencia es valiosa para mí. A mi equipo de trabajo por brindarme su amistad y por su dedicación, su esfuerzo y su compromiso en la realización de este estudio. A los docentes, asesores y jurados que han sido parte fundamental en este proceso de investigación.

Graciela Rivera

RESUMEN

Dada la relevancia de disponer de información nacional precisa acerca de las necesidades de cuidados paliativos en El Salvador y ante la falta de un documento actualizado con datos estadísticos que refleje la cantidad de pacientes que necesitan atención paliativa, este estudio tiene como objetivo estimar la necesidad de cuidados paliativos en la población de El Salvador en el año 2022, proporcionando información clave para la planificación y asignación eficiente de recursos. Se empleó la metodología desarrollada por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos, para evaluar 27 condiciones de salud con mayor probabilidad de requerir atención paliativa. Para la clasificación de esas condiciones y la realización de cálculos posteriores, se utilizaron los códigos de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Además, se utilizó la base de datos del Sistema de Morbilidad en Línea (SIMMOW) de la Red Nacional de Servicios del Ministerio de Salud (MINSAL). En El Salvador, se identificó que 40,177 personas necesitaron atención paliativa en 2022, siendo los Traumatismos (S00-99) los que encabezaron la lista, seguidos de traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (T00-98), así como neoplasias malignas (C00-97). La mayoría de los casos se concentraron en los departamentos de Santa Ana, Morazán y La Paz, mientras que la minoría se encontró en Cabañas. Este estudio logró estimar las necesidades de cuidado paliativo en El Salvador por diagnósticos y departamentos, evidenciando que la mayoría de las demandas corresponden a enfermedades no oncológicas.

Palabras clave: Necesidades; Cuidados Paliativos; El Salvador.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos se han convertido en una intervención fundamental de la atención médica a nivel mundial, esta atención se enfoca en brindar apoyo integral a pacientes que enfrentan enfermedades crónicas evolutivas avanzadas, siendo el objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, utilizando tratamiento para el alivio del sufrimiento físico, emocional y psicológico asociado a estas condiciones.

Mediante la presente investigación, se pretendió estimar la necesidad de atención de cuidados paliativos en la población salvadoreña. Para realizar dicha estimación se construyó el conocimiento por medio de la aplicación de la fórmula creada por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos, basada en un listado de condiciones de salud clasificadas por dicha comisión como enfermedades que producen dolor y sufrimiento.

La investigación se realizó con información de fuente secundaria, el Sistema de Morbilidad en Línea (SIMMOW) de la Red Nacional de Servicios del Ministerio de Salud (MINSAL), obteniendo información de los registros de egreso de pacientes de la red de hospitales nacionales. La información obtenida en los resultados es de interés para las instituciones de salud que trabajan en la implementación de políticas y programas que tengan como objetivo brindar atenciones en cuidados paliativos.

La investigación se compone de cinco capítulos, el Capítulo I aborda el Planteamiento del problema que incluye la Situación problemática, el Enunciado del problema, los Objetivos así como el Contexto y la Justificación, el Capítulo II contiene la Fundamentación teórica con la información básica de cuidados paliativos que sustenta la investigación, el Capítulo III presenta la Metodología de la investigación que se explica las características metodológicas con las que se llevó a cabo el estudio, el Capítulo IV contiene el Análisis de la información presentando los resultados y la discusión de estos, finalmente el Capítulo V presenta las Conclusiones y Recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

Históricamente los cuidados paliativos tienen su origen en la Edad Media, donde los hospicios brindaban atención a las personas enfermas y moribundas. Originalmente, los hospicios eran lugares de refugio y alimento para los peregrinos y extranjeros. La terminología "cuidados paliativos" apareció por primera vez en Francia en 1842 en referencia a los hospicios, aunque en francés, la palabra "hospice" significa hospital, lo que provocó cierta confusión. Para evitar esta confusión, Balfour Mount acuñó el término "cuidados paliativos" en lugar de "hospice" para su uso en Canadá (1).

En la segunda mitad del siglo XX, Inglaterra adoptó el término "medicina paliativa" para describir esta disciplina médica, que se convirtió en una subespecialidad médica aceptada a finales de la década de 1980. Se cree que la palabra "paliativo" proviene del término latino "pallium", que significa manto o cubierta, haciendo referencia a la acción de aliviar síntomas o sufrimientos. En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer, siendo esta la primera mención oficial de dicha terminología por parte de esta agencia de Naciones Unidas (1).

Según la definición de la OMS, los cuidados paliativos (CP) se refieren a un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan problemas relacionados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor, así como otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. El propósito es lograr la mejor calidad de vida para el paciente y su familia. Muchos de los aspectos relacionados con los CP son aplicables en etapas tempranas de la enfermedad, junto con tratamientos específicos (2).

Por su lado, el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos describe los CP como la atención dirigida a pacientes con enfermedades graves o mortales, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida al aliviar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y su tratamiento. Además, los CP tienen en cuenta la persona en su totalidad, abordando problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad. El objetivo principal es prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de manera temprana y efectiva para lograr un mayor bienestar del paciente, con o sin la necesidad de curar la enfermedad (3).

Del mismo modo, Zurriarán define la medicina paliativa como una atención enfocada en cuidar y acompañar al paciente en su proceso de muerte, sin tener como objetivo acelerar dicho proceso. Los CP buscan reducir el sufrimiento del paciente y brindar medios para que la muerte sea más llevadera. Paliar implica aliviar el dolor, lo que reconoce la importancia de la vida, aunque se acepta que la muerte es una realidad inevitable de la condición humana (4).

En la actualidad, hay un debate bioético en torno al derecho a morir con dignidad. La medicina paliativa se presenta como una alternativa que se enfoca en el tratamiento integral de una persona con enfermedad terminal en todas sus dimensiones (4). En este sentido, Guevara-López señala que los CP no se limitan únicamente a los tratamientos médicos y farmacológicos que se ofrecen a los pacientes terminales, sino que también abarcan todas las atenciones proporcionadas por un equipo transdisciplinario competente (5).

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos explica que los CP no aceleran ni retrasan el proceso de la muerte, sino que son un sistema integral de soporte para el paciente, la familia y la comunidad. Además, la organización destaca que los CP promueven la vida y reconocen la muerte como un proceso natural, con el objetivo de mantener la mejor calidad de vida posible hasta el momento del fallecimiento (1).

La OMS ha resaltado la importancia de los CP para mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares al enfrentar problemas físicos, psicosociales o espirituales relacionados con una enfermedad potencialmente mortal. Además, ha presentado datos y análisis que demuestran la escasa proporción de personas que reciben atención paliativa a nivel mundial, así como las dificultades para acceder a estos servicios, especialmente en países con bajos y medianos ingresos (6).

En concordancia, señala que actualmente 40 millones de personas en todo el mundo necesitan atención paliativa, pero solo el 14% de ellas la recibe. Entre las razones que pueden explicar esta situación se mencionan la regulación excesivamente restrictiva de medicamentos paliativos importantes como la morfina, la falta de capacitación y conciencia sobre cuidados paliativos entre los profesionales de la salud, y que el 78% de las personas que necesitan atención paliativa (aproximadamente 31 millones) viven en países de ingresos bajos y medios (6).

Las enfermedades que requieren CP son aquellas que causan dolor y sufrimiento intenso a los pacientes. Estas enfermedades suelen ser crónicas y progresivas, y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Según la Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief, algunas de las enfermedades que suelen requerir cuidados paliativos incluyen el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades neurológicas, enfermedades renales y enfermedades hepáticas, entre otras (7).

A pesar de los avances en la medicina moderna, la atención al sufrimiento asociado a la enfermedad sigue siendo insuficiente en muchas partes del mundo. Hospitales, universidades y sistemas de salud se centran en la enseñanza y tratamiento de las enfermedades en lugar de centrarse en el bienestar de los enfermos. Los CP, que buscan aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes, no han recibido

la atención ni los fondos necesarios en comparación con disciplinas más jóvenes dedicadas al manejo de enfermedades (8).

Por todo lo anterior, la ejecución de la presente investigación se justificó, ya que ofrece información que contribuye al planteamiento de estrategias para mejorar los servicios de cuidados paliativos, lo que conlleva una mejora en la calidad de vida de los pacientes que sufren enfermedades crónicas evolutivas avanzadas.

B. Enunciado del problema

Ante la problemática previamente descrita, la investigación pretende responder la pregunta: ¿Cuál fue la necesidad de cuidados paliativos en la población de El Salvador en el año 2022?

C. Objetivos de la investigación

Para lograr responder la pregunta de investigación, se planteó como objetivo general:

Estimar la necesidad de cuidados paliativos en la población de El Salvador en el año 2022.

Y se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar el número de pacientes con diagnóstico de las enfermedades definidas por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022.

2. Identificar el número de muertes a causa de las enfermedades definidas por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022.

3. Aplicar la fórmula creada por la Comisión Lancet de Cuidados Paliativos para estimar la necesidad de atención en Cuidados Paliativos en El Salvador durante el 2022.

D. Contexto de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo en El Salvador. La investigación se centró en realizar un análisis descriptivo de un grupo específico de enfermedades, utilizando las estadísticas vitales proporcionadas por el Sistema de Información de Morbimortalidad en Web (SIMMOW) correspondientes al período de tiempo del año 2022. Se recopilaron datos únicamente de los hospitales de la red pública (ver Anexo 1) para realizar una estimación de las necesidades de cuidados paliativos en la población salvadoreña.

E. Delimitación del tema

El estudio se delimitó en el año 2022 y se centró en el territorio salvadoreño. Durante la investigación, se realizó un análisis y la interpretación de datos procedentes de los registros de egresos, tanto de pacientes vivos como fallecidos, provenientes de los hospitales nacionales. Este enfoque proporcionó un marco contextual específico para examinar detalladamente la información relevante y obtener conclusiones significativas sobre la situación de la necesidad de cuidados paliativos en ese período y en ese espacio específico.

F. Justificación

La relevancia de estudiar la necesidad de cuidados paliativos en El Salvador se destaca debido al creciente envejecimiento de la población y al aumento de

enfermedades crónicas, según fuentes del Ministerio de Salud (MINSAL). Estos factores han generado una demanda creciente de atención especializada para los pacientes que sufren enfermedades crónicas avanzadas en el país.

A partir del año 2013 se han inaugurado progresivamente Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos en los hospitales nacionales de segundo y tercer nivel. En la actualidad, el Hospital La Divina Providencia es el único centro dedicado exclusivamente a brindar atención especializada a pacientes que requieren cuidados paliativos. La situación representa un desafío significativo debido al incremento en el número de personas que necesitan este tipo de atención en consecuencia con el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y el envejecimiento de la población.

El Sistema Integrado de Salud de El Salvador ha tomado medidas importantes a través del MINSAL al diseñar programas de atención para pacientes avanzados con enfermedades oncológicas y no oncológicas, los cuales incluyen cuidados paliativos como parte de sus servicios. Además, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social ha implementado la "Estrategia de Atención e Ingreso Domiciliario de Cuidados Paliativos", un modelo integral de atención domiciliaria que aborda a pacientes con enfermedades crónicas y complejas avanzadas, incluyendo también a sus familias. A pesar de esto, la falta de infraestructura adecuada para atender a estos pacientes en etapas avanzadas sigue siendo una limitación importante.

Cada individuo que enfrenta una enfermedad avanzada merece recibir cuidados paliativos que alivien su dolor y mejoren su bienestar físico, emocional y espiritual. El acceso a un trato digno y a una calidad de vida óptima en todo momento es un derecho humano fundamental, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad. Lamentablemente, no todas las personas en El Salvador tienen esta oportunidad, lo que resalta aún más la importancia de abordar de manera efectiva y urgente la necesidad de cuidados paliativos.

Por lo tanto, es necesario centrar los esfuerzos en la promoción y expansión de los cuidados paliativos en El Salvador. La atención adecuada a pacientes con

enfermedades crónicas evolutivas avanzadas no solo mejora la calidad de vida de los afectados, sino que también alivia la carga que recae sobre el sistema de salud, reduciendo las hospitalizaciones prolongadas y los procedimientos innecesarios.

G. Factibilidad

La realización de la investigación fue factible debido a la disponibilidad de información pertinente relacionada con la temática de estudio. Se pudo llevar a cabo gracias a la presencia de recursos tanto profesionales como económicos, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo de la investigación. La existencia de un equipo multidisciplinario y de los fondos necesarios proporcionó el respaldo necesario para llevar a cabo el estudio de manera efectiva.

Un elemento crucial para la obtención de datos necesarios fue la utilización de la Oficina de Información y Respuesta (OIR) como canal de comunicación. La OIR sirvió como un medio eficaz para solicitar la información requerida, estableciendo así una vía de comunicación efectiva con fuentes pertinentes. Su respuesta contribuyó significativamente al progreso y la calidad de la investigación, al asegurar el acceso a la información necesaria para abordar los objetivos planteados.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Situación actual de los cuidados paliativos

Los cambios en la estructura de la población que provocan que haya más personas mayores y por lo tanto un aumento en las enfermedades crónicas y múltiples, están llevando a todos los sectores de la salud a tener que atender a pacientes con patologías más avanzadas y al final de la vida (9). El cuidado paliativo, que se centra en mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas, no solo es beneficioso para los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas avanzadas, sino también para muchas otras personas (10).

A nivel mundial, hay una gran variación en cuanto a la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas (6). En

la mayoría de los casos, son los países de bajos y medianos ingresos los que enfrentan los mayores desafíos para satisfacer las necesidades de cuidados paliativos de sus poblaciones (6). En estos países, los recursos limitados y la falta de capacitación y políticas específicas son algunos de los principales obstáculos para brindar servicios de cuidados paliativos de calidad (6).

En estos contextos, los pacientes y sus familias pueden no recibir un abordaje multidimensional que les permita recibir soluciones específicas y adecuadas a cada necesidad (11). Como consecuencia, se pueden presentar deficiencias en el control sintomático, en el cuidado y defensa de la dignidad del paciente, en la calidad de vida, en la preparación para la muerte, en la atención familiar y en la asistencia coordinada y continua (11). Todo ello puede generar un aumento en el sufrimiento y una disminución en la calidad de vida de los pacientes, lo que no solo impacta en su bienestar, sino también en el de sus familias (11).

En América Latina, el cáncer, el VIH-SIDA y la demencia son las principales enfermedades que requieren de cuidados paliativos. Sin embargo, es importante destacar que cada país de la región tiene diferencias en cuanto a las necesidades específicas de atención en cuidados paliativos. El desarrollo de los cuidados paliativos en América Latina es heterogéneo, presentando una gran variabilidad entre los diferentes países de la región (8). Por ejemplo, países como Uruguay, Costa Rica y Chile cuentan con el mayor porcentaje de equipos asistenciales de cuidados paliativos en relación con el número de habitantes, mientras que otros países aún se encuentran en una etapa incipiente en el desarrollo de estos servicios (8).

En cuanto a la capacitación en cuidados paliativos para médicos a nivel de especialidad y/o subespecialidad, en la región de América Latina son pocos los países que ofrecen formación oficial en este ámbito. Aunque hay alternativas como diplomados o maestrías, su disponibilidad es desigual. Por lo que resulta fundamental impulsar la formación en cuidados paliativos a nivel regional, a través

del análisis de casos clínicos y el intercambio de experiencias entre los diferentes países (8).

En muchos países de América Latina, los cuidados paliativos carecen de leyes y políticas sanitarias que los regulen y promuevan, lo que puede resultar en un acceso limitado a estos servicios por parte de los pacientes que los requieren. Sin embargo, algunos países como Colombia, México, Costa Rica, Chile y Perú han avanzado en la creación de normativas para los cuidados paliativos (8). Cabe destacar que, en Chile, la ley se enfoca exclusivamente en pacientes con patologías oncológicas (12).

En El Salvador, se ha registrado la existencia de un total de 25 equipos de cuidados paliativos, lo que corresponde a una tasa de 3,9 equipos por millón de habitantes. De estos equipos, 21 son intrahospitalarios, mientras que 3 son exclusivamente extrahospitalarios, ya sea en domicilios, consultas comunitarias o en hospicios. Además, se cuenta con 1 equipo mixto que actúa tanto dentro como fuera del hospital, incluyendo unidades de cuidados paliativos y equipos móviles (6).

En la región latinoamericana, la disponibilidad de equipos especializados en cuidados paliativos para pacientes pediátricos es muy limitada. Los datos muestran que en el país solo hay un equipo de cuidados paliativos pediátricos en toda la región, lo que equivale a una tasa de 0,6 recursos por millón de habitantes menores de 15 años. Esto implica que no se están satisfaciendo las necesidades únicas y específicas de atención paliativa de dicha población, las cuales requieren de un cuidado especializado para garantizar una calidad de vida óptima (6).

En El Salvador, existe una Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas y sus familias. Sin embargo, a pesar de contar con esta estrategia, aún no se ha implementado una Ley Nacional específica para los Cuidados Paliativos en el país. Por lo que es importante que el país trabaje en la implementación de políticas y leyes que promuevan y garanticen el acceso a estos cuidados de calidad (8).

En cuanto a la formación en cuidados paliativos, los datos muestran que solo el 14% de las facultades de Medicina en la región latinoamericana ofrecen una asignatura independiente de cuidados paliativos. En el caso de Enfermería, Psicología y Trabajo Social, la situación es aún más preocupante, ya que ninguna de estas disciplinas cuenta con una asignatura independiente de cuidados paliativos en la mayoría de las facultades del país. Esto evidencia la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de la salud en el ámbito de los cuidados paliativos, para poder garantizar una atención de calidad a los pacientes (8) (13).

La distribución de opioides en El Salvador es limitada, y en el último informe se registró una distribución de 28,3 kg, lo que equivale a una tasa de 4,4 mg DME (Dosis Morfina Equivalente) por cápita. La tasa es muy baja en comparación con otros países de la región, lo que indica una posible limitación en el acceso a medicamentos analgésicos opioides para el control del dolor en pacientes con enfermedades avanzadas y una necesidad importante por seguir trabajando en la mejora de la distribución y el acceso a los opioides (8).

Teorías de la medicina paliativa

La primera mención a la terminología “cuidados paliativos”, viene de Francia en el año 1842, con expresa relación a hacia los denominados “hospicios”. Sin embargo, en francés, la palabra “hospice” es sinónimo de hospital, por lo que, para evitar confusiones, Balfour Mount acuñó la expresión cuidados paliativos en lugar de hospice para ser usada en Canadá. Durante la segunda mitad del siglo XX, Inglaterra decidió denominar medicina paliativa a la disciplina que a finales de la década de los 80 sería aceptada como una subespecialidad médica (1).

La Medicina Paliativa es la atención activa y total a los pacientes y a sus familias, por parte de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. La palabra "paliativa" deriva del vocablo latino *pallium*, que significa manta o cubierta. Así,

cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son "tapados" o "cubiertos" con tratamientos específicos, como, por ejemplo, analgésicos y antieméticos.

Sin embargo, la Medicina Paliativa es mucho más amplia y profunda que la "sintomatología". El término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales. La Medicina Paliativa es distinta de la geriatría y a la atención de pacientes crónicos, dos especialidades con las que frecuentemente se la compara (14).

Se establecen tres modelos de atención policéntrico enfocado de acuerdo con la complejidad de los pacientes y el escenario de atención. En primer lugar, están los cuidados paliativos primarios los cuales los provee el personal de salud a través del tratamiento sintomático inicial y de soporte, se lleva a cabo en todos los niveles de atención. En segundo lugar, están los cuidados paliativos secundarios los cuales se llevan a cabo por equipos especializados en cuidado paliativo en pacientes con necesidades más complejas de cuidado, tanto en el ámbito intrahospitalario como en la consulta externa. En tercer lugar, están los cuidados paliativos terciarios los cuales se desempeñan como servicio tratante de los pacientes con necesidades más complejas de atención (15).

Cuidados paliativos como un derecho humano

En la década de 1960, surgieron críticas y malestar en torno al tratamiento de los pacientes con enfermedades avanzadas, una preocupación que destacaba la falta de atención y el abandono por parte de los profesionales de la salud. Este problema se manifestaba especialmente en el contexto de salas de urgencias, habitaciones de hospital y unidades de cuidados intensivos (UCI), donde los pacientes a menudo experimentaban sus últimos momentos rodeados de máquinas y tubos, en lugar de la calidez y la compañía de seres queridos (16).

La ética de los principios, que se estableció en 1978 en Estados Unidos, ha emergido como una corriente fundamental en la bioética actual. Beauchamp y Childress propusieron este enfoque basado en cuatro principios bioéticos clave: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (17). Estos principios brindan un marco sistemático para la reflexión ética, guiando la toma de decisiones en situaciones médicas complejas. La aplicación de estos principios implica analizar cómo, cuándo y qué principios deben prevalecer.

En el caso de enfermedades tratables, donde el paciente se encuentra en una etapa salvable, el objetivo principal es preservar la vida. Aquí, la beneficencia, que busca el beneficio del paciente, debe priorizarse sobre la no maleficencia, evitando cualquier acción perjudicial. Las medidas de tratamiento, como diálisis, amputaciones, ventilación mecánica o trasplantes, se consideran apropiadas para mejorar la salud y prolongar la vida.

En cambio, cuando la enfermedad ya no responde a tratamiento curativo y la muerte es inevitable, el enfoque cambia hacia el alivio del sufrimiento. En este contexto, la no maleficencia, que busca evitar daños, toma precedencia. La autonomía del paciente, aunque en muchos casos limitada debido a la gravedad de la enfermedad, sigue siendo un principio relevante. Sin embargo, dada la dificultad del paciente grave para tomar decisiones lúcidas, la autonomía se ejerce a través de la red de apoyo, especialmente la familia, en decisiones consensuadas.

El principio de justicia no debe primar sobre la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía, pero, aun así, se debe considerar al tomar decisiones finales. Es esencial respetar los derechos de todas las partes involucradas, ya que ninguna decisión ética debería perjudicar a los profesionales de la salud o a los pacientes (17).

Los cuidados paliativos, en esta perspectiva ética, se postulan como un derecho humano. La construcción de modelos de atención al final de la vida implica la

formación de recursos humanos competentes tanto ética como técnicamente. Además, se necesita sensibilizar a los gestores de la salud, tanto en el ámbito público como privado, para establecer políticas nacionales específicas que aborden no solo la búsqueda de una mejor calidad de vida, sino un final de vida digno para los pacientes.

En el contexto de El Salvador, se destaca la ausencia de una ley nacional específica para cuidados paliativos y la falta de legislación que respalde intervenciones específicas para el final de la vida. La Ley para la prevención, control y atención de los pacientes con cáncer es actualmente la única legislación disponible. Esta ley tiene como objetivo asegurar el acceso universal e integral para las personas con cáncer, abordando aspectos como la prevención, detección temprana, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación. Sin embargo, su alcance se limita a las manifestaciones de cáncer, sin abordar de manera explícita las necesidades de pacientes con otras enfermedades graves (18).

Signos y síntomas del paciente con enfermedad crónica avanzada

En este grupo de pacientes se observan parámetros no específicos como la pérdida progresiva de peso corporal, la reducción de proteínas plasmáticas y la pérdida funcional, especialmente en lo que respecta a las actividades diarias: dificultad para la locomoción, ayuda para la alimentación utilizando nutrición enteral, parenteral, la incontinencia fecal y vesical.

Los signos y síntomas prevalentes de una persona que padece una enfermedad crónica avanzada son dolor, disnea, fatiga, delirium, confusión mental, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, estreñimiento, pérdida de apetito, somnolencia, malestar e insomnio, además de estados emocionales como ansiedad y depresión (19) (20).

Necesidades del paciente con enfermedad crónica avanzada

Los cuidados paliativos se enfocan en la persona integralmente, trata los síntomas físicos además de abordar también los problema psicológicos, sociales y espirituales que la persona experimenta en el proceso de enfermedad (3).

Alrededor del 75% de las personas morirá a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas, tras un proceso evolutivo con crisis, alta necesidad y demanda de atención, frecuentes decisiones de carácter ético clínico y elevado uso de los servicios sanitarios y sociales. El número de personas que necesitan CP es difícil de determinar; se deben considerar varios factores, incluidos la gravedad de la enfermedad, la carga de los síntomas y los objetivos de la atención (9).

Cada vez existe más evidencia en la literatura médica de que un gran número de enfermos, en los servicios de salud, tiene un control inadecuado de síntomas, ya sea como parte integral de los cuidados curativos o en el abordaje al final de la vida. La toma de decisiones para el manejo del paciente grave, impacta en las interacciones interpersonales, familiares, médicas y en las medidas tendientes a decidir el mejor manejo (21).

En América Latina y el Caribe se estima que en los próximos años cerca de un millón de personas necesitan cuidados paliativos en la región. La mayoría de estos pacientes fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere (22). El desarrollo de un plan de cuidados paliativos puede iniciarse de forma conjunta con la atención habitual al paciente durante su trayectoria de enfermedad, y para aliviar o controlar los síntomas refractarios (23).

Control de síntomas

Entre los principios para el control sintomático están: evaluar antes de tratar, esto conlleva establecer un tratamiento basado en el mecanismo fisiopatológico implícito

en el síntoma, no omitiendo dar una explicación sencilla al paciente y su familia sobre el síntoma, las causas y el tratamiento propuesto para su alivio, incluyendo también la explicación de las posibles medidas no farmacológicas que puedan contribuir a la mejoría del síntoma presente (24).

El tratamiento de los síntomas debe establecerse de forma individualizada para cada paciente, trazando una estrategia terapéutica que incluya la supervisión y monitoreo de los síntomas de manera que se pueda seguir ordenadamente la evolución del paciente (24).

Los síntomas físicos frecuentemente presentados por los estos pacientes son: dolor, náuseas y vómitos, falta de apetito, debilidad, somnolencia, disnea, estreñimiento, insomnio, astenia y en ocasiones fiebre; además de manifestaciones psicológicas tales como ansiedad y depresión (25) (26).

Uno de los síntomas más importantes que es necesario atender oportunamente en los pacientes en cuidados paliativos es el dolor, el cual es evaluado utilizando la escalera analgésica elaborada por la Organización Mundial de la Salud, para el tratamiento del dolor se emplean diversos analgésicos como la Morfina, Tramal, Fentanil, Oxiconona, Metadona entre otros (25).

Atención de nutrición en cuidados paliativos

La nutrición desempeña un papel esencial en la vida humana, no solo físicamente mediante la ingesta de nutrientes, sino también en aspectos familiares, sociales y culturales. Culturalmente, la alimentación se vincula estrechamente con la salud y el bienestar, generando preocupación cuando los pacientes avanzados enfrentan dificultades para alimentarse. En el ámbito de los cuidados paliativos, es crucial implementar un plan nutricional integral, evaluando siempre la relación entre beneficios y riesgos. Una nutrición adecuada puede influir significativamente en la supervivencia y calidad de vida del paciente y su familia, considerando la patología subyacente (27).

El manejo nutricional debe ser individualizado e integrarse adecuadamente en el manejo multidisciplinar del paciente, se debe respetar la autonomía del paciente, tener en consideración las preferencias de éste asimismo comunicar y educar a la familia y paciente sobre el soporte nutricional adecuado según el diagnóstico (28).

Atención de psicología en cuidados paliativos

En casos de enfermedad crónica avanzada, la carga emocional y mental tanto para pacientes como para sus familias es significativa. Por ende, el abordaje psicológico es esencial en el cuidado paliativo. La asistencia de un profesional psicológico ayuda a manejar la ansiedad, desesperanza, tristeza y otras emociones presentes en pacientes y sus familias a lo largo de la evolución de la enfermedad, incluyendo los últimos días y brindando apoyo durante el duelo familiar de manera continua (29).

En el abordaje psicológico a través de la escucha acompaña los aspectos subjetivos de la enfermedad y contribuye a que el paciente pueda tomar decisiones respecto del final de vida (30). El psicólogo en cuidados paliativos lleva a cabo diversas intervenciones, como la Historia longitudinal y el apoyo en comunicación de malas noticias. También se destaca la importancia de la participación del equipo en jornadas de autocuidado, dirigidas por un psicólogo externo al equipo interdisciplinario (24).

Atención de trabajo social en cuidados paliativos

En enfermedades avanzadas, la dinámica familiar se desequilibra, dejando a la familia vulnerable y con problemas sociales. La asistencia del trabajo social es esencial en el equipo de cuidados paliativos (31).

Los trabajadores sociales abordan las necesidades sociales del paciente y la familia mediante un diagnóstico de la realidad familiar. Identifican factores de riesgo, priorizan necesidades y separan problemas que no pueden abordarse (32).

Tras la evaluación integral inicial el trabajador social plantea objetivos a seguir para atender a las diferentes problemáticas reconocidas (32).

Además, a través del trabajo social se orienta efectivamente al paciente y su familia sobre los recursos sociosanitarios disponibles y se realiza la respectiva coordinación con otros servicios que puedan llegar a ser necesarios (33).

Apoyo espiritual en cuidados paliativos

La espiritualidad, reconocida por la Organización Mundial de la Salud en cuidados paliativos, sirve como fuente de significado durante enfermedades graves. Se vincula con la búsqueda del sentido de la vida, el propósito individual y la conexión entre la persona y lo sagrado (34).

La espiritualidad no debe confundirse con la religiosidad, la espiritualidad en cuidados paliativos es vista como un recurso de afrontamiento que genera bienestar, ofrece serenidad en la toma de decisiones importantes y en general mejora la calidad de vida del paciente y su familia (35). La religiosidad abarca rituales y cultos que conectan a la persona con el ser supremo según su credo. Tanto la espiritualidad como la religiosidad son aspectos culturalmente significativos que deben abordarse en pacientes de cuidados paliativos (24).

En cuidados paliativos, es esencial considerar las creencias religiosas y prácticas espirituales de los pacientes, en especial durante los últimos días, basándose en los principios de autonomía y beneficencia. Herramientas de evaluación como HOPE (esperanza, religión organizada, prácticas personales, efecto) y FICA (fe, importancia, comunidad religiosa, asistencia) facilitan este abordaje (35).

Fisioterapia en cuidados paliativos

La fisioterapia en cuidados paliativos busca mejorar el bienestar del paciente y su familia mediante técnicas especializadas. El fisioterapeuta promueve la actividad corporal, fortalece habilidades para la autonomía, y brinda terapia ocupacional y orientación a cuidadores y familiares (36).

La intervención fisioterapéutica produjo cambios en la sintomatología y calidad de vida en un estudio realizado en pacientes con cáncer avanzado que recibían cuidados paliativos (37).

Voluntariado en cuidados paliativos

El voluntariado en cuidados paliativos respalda al equipo de atención al ofrecer acompañamiento a pacientes y familias, atendiendo diversas necesidades tanto en instalaciones de salud como en domicilios (38). Los voluntarios, guiados por principios bioéticos, destacan por su humanidad, hospitalidad y cooperación. Sus funciones abarcan acompañamiento, ayuda al cuidador principal, organización de actividades de entretenimiento y fortalecimiento de la conexión entre paciente, familia y personal de salud, bajo la coordinación del equipo de cuidados paliativos (38).

Enfermedades que constituyen necesidad de cuidados paliativos

Las enfermedades que constituyen la necesidad de cuidados paliativos son aquellas que tienen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, así como en su capacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas (39). Estas enfermedades pueden ser crónicas, progresivas e incurables, y pueden afectar a personas de todas las edades y de cualquier país (39).

De acuerdo con La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos, las enfermedades más comunes que requieren cuidados paliativos incluyen neoplasias malignas, enfermedades cerebrovasculares, VIH-SIDA, demencia, neumopatías, entre otras

(9). Estas enfermedades pueden ser dolorosas y debilitantes, lo que puede hacer que los pacientes se sientan aislados y solos (19). Los cuidados paliativos están diseñados para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas de su enfermedad y a mejorar su calidad de vida (39) (9).

La necesidad de cuidados paliativos no se limita a pacientes con cáncer, sino que es esencial para cualquier persona que experimente dolor crónico o discapacidades significativas, independientemente de la causa de su enfermedad (40). En Latinoamérica, a pesar de que se ha avanzado en la atención paliativa para pacientes con cáncer, aún hay un déficit en el abordaje de pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria. Además, la atención en áreas rurales y en ciudades más alejadas es insuficiente (39).

Es importante reconocer la necesidad de ampliar los cuidados paliativos para incluir a pacientes con enfermedades que no son exclusivamente cáncer, y para abordar las desigualdades en la atención paliativa entre áreas urbanas y rurales (39). La atención paliativa no solo beneficia al paciente, sino que también brinda apoyo a la familia y a los cuidadores (19). Es necesario trabajar en conjunto para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su ubicación o tipo de enfermedad, reciban la atención paliativa que merecen (19).

Mortalidad de enfermedades que constituyen necesidad de cuidados paliativos

Según las estadísticas del Departamento de Anestesiología, Centro de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad del Cauca en Colombia, el porcentaje de personas que fallecen por enfermedades que requieren cuidados paliativos al final de sus vidas varía significativamente entre países, oscilando entre el 38% y el 74%. Este rango de cifras indica que hay una necesidad global urgente de atención paliativa y que la calidad de la atención paliativa disponible puede variar ampliamente de un país a otro (40).

Las causas de estas muertes varían según la edad de los pacientes. Las enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y demencia son más comunes en los pacientes mayores, mientras que el VIH/SIDA afecta principalmente a los pacientes más jóvenes. No obstante, las neoplasias malignas son una parte importante de las causas de muerte en todas las edades de quienes necesitan cuidados paliativos (40).

En Colombia, estos estimados son un indicador claro del desafío que enfrentan los países, sin importar su nivel de ingresos. Por lo tanto, es probable que las necesidades de cuidados paliativos sean similares en países de altos y medianos ingresos. Esta alta mortalidad destaca la importancia de los cuidados paliativos en el manejo de los síntomas y el bienestar de los pacientes, y la necesidad de fortalecer los sistemas de salud para proporcionar atención paliativa adecuada a todos los que la necesitan (40) (4).

Prevalencia de enfermedades que constituyen necesidad de cuidados paliativos

El Instituto Nacional de Estadística publicó en 2015 datos relevantes sobre la población española fallecida, donde se destaca que, de los 950 fallecidos, el 43,9% eran pacientes susceptibles de cuidados paliativos. Además, el 66,4% estaban identificados como tales. Estos resultados sugieren que todavía existe una brecha en la identificación de pacientes que requieren cuidados paliativos en España (41).

Según los datos del mismo estudio, las patologías más frecuentes en la población con necesidad de cuidados paliativos fueron cáncer, demencias y Alzheimer, EPOC e insuficiencia cardíaca. En particular, el cáncer representó el 61,9% de los casos y fue la patología más identificada, mientras que la identificación de pacientes con demencias y Alzheimer fue significativamente menor, con un 20,5% de los casos identificados (41).

En comparación con los hombres pacientes susceptibles de cuidados paliativos, las mujeres presentaban una menor incidencia de cáncer y EPOC, pero una mayor prevalencia de demencias. Sin embargo, la población identificada como paliativa no mostró diferencias significativas en cuanto a la distribución de patologías por sexo (41).

De acuerdo a las estadísticas de prevalencia de enfermedades que requieren cuidados paliativos en Chile, se estima que el 38,5% de los adultos que necesitan estos cuidados padecen enfermedades cardiovasculares, el 34% cáncer, el 10,3% enfermedades respiratorias crónicas, el 5,7% SIDA y el 4,6% diabetes. Estas son las enfermedades más comunes que requieren atención paliativa, sin embargo, hay muchas otras afecciones que también pueden requerir estos cuidados, como la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, artritis (12).

Entre los esfuerzos realizados para medir la cantidad de población con necesidad de atención en cuidados paliativos, La comisión Lancet de Cuidados Paliativos ha priorizado una serie diversa de condiciones físicas que incluyen enfermedades oncológicas y no oncológicas tales como diagnósticos neurológicos, infecciones, enfermedades crónicas no transmisibles entre otros. (Ver anexo 2)

Cuidados Paliativos: Un enfoque integrado para cumplir con los ODS de la Agenda 2030

En el año 2015, la Organización de Naciones Unidas (ONU) aprobó la Agenda 2030, una iniciativa global destinada a mejorar la calidad de vida en todo el mundo, con el compromiso de no dejar a nadie atrás. Aunque la Agenda no menciona directamente la atención en cuidados paliativos, el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 (ODS N.º 3) se centra en "garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades" (42)

La desigualdad en el acceso a los cuidados paliativos se equipara a la disparidad en la distribución de recursos, generando diferencias injustas entre individuos y

grupos a nivel nacional e internacional. A pesar de que la Agenda 2030 no aborda explícitamente este servicio, la meta 8 del ODS N.º 3 busca lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, incluyendo la protección contra riesgos financieros y el acceso a servicios de salud esenciales y medicamentos seguros y asequibles para todos (42).

Este enfoque insta a los Estados Parte a tomar medidas que garanticen un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, lo que abarca específicamente los cuidados paliativos. Sin embargo, la realidad en muchos países latinoamericanos, como Colombia, Costa Rica, Chile, México, Perú y Uruguay, revela una implementación insuficiente de la legislación y políticas públicas existentes. Esto conduce a una falta de apoyo profesional adecuado para los pacientes y sus familias. (43)

Cuidados Paliativos en Salud Pública

La carga de sufrimiento grave relacionado con la salud es enorme y podría aliviarse en gran medida con cuidados paliativos y alivio del dolor. Alrededor de 25,5 millones de los 52,2 millones de personas que murieron en 2015 experimentan sufrimiento grave relacionado con la salud, y otros 35,5 millones experimentaron sufrimiento grave relacionado con la salud debido a condiciones que amenazan la vida y limitan la vida. Un número desproporcionado (más del 80%) de estos 61 millones de individuos vive en países de bajos y medianos ingresos con acceso severamente limitado a cuidados paliativos, incluso morfina oral para el alivio del dolor. Además, casi 2,5 millones de niños en todo el mundo mueren necesitando cuidados paliativos y alivio del dolor, y más del 90% de las muertes pediátricas asociadas con el sufrimiento grave relacionado con la salud son evitables. Estos son algunos de los hallazgos más destacados del informe de La Comisión Lancet sobre el Acceso Global a cuidados paliativos y alivio del dolor. (44)

Desde el punto de vista de la salud pública la cual está ligada a la epidemiología socio natural la cual retoma el concepto de que las necesidades humanas

fundamentales son finitas, pocas y clasificables; se habla de que la salud deviene en un atributo de la especie humana y en una necesidad fundamental de la misma, susceptible de ser realizada si son concretadas otras necesidades fundamentales de la especie y de ser explícitamente superadas la enfermedad y la alineación, con el soporte de acciones especializadas, dentro de un proceso que implica constante tensión entre consolidación y cambio. La salud como toda necesidad humana fundamental, presenta dos posibles formas de existencia, la primera es la forma de realización la segunda es la forma de no realización de mala salud o de carencia de esta. (45)

La salud pública en un país no podrá ser completa ni brindar un bienestar de manera realizada. Si al individuo que sufre de una condición de salud que le produce dolor y no tiene acceso a un sistema de salud que brinde cuidados paliativos de manera universal. La construcción de la salud de forma realizada es un componente fundamental de la salud pública y por lo tanto los diferentes sistemas de salud deben asegurar las terapias del dolor como un derecho fundamental para el bienestar de las personas y sus familias.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

La investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, adoptando un carácter observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se categoriza como cuantitativa debido a la recopilación de datos con el objetivo de medirse numéricamente y realizar un análisis estadístico, lo que posibilitó comprender el comportamiento de las variables.

Se caracteriza por ser observacional y descriptiva, ya que las investigadoras recolectaron datos de los fenómenos estudiados sin intervenir en las variables. Para ello, utilizaron fuentes secundarias, específicamente la base de datos del Sistema

de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW). La investigación adoptó un diseño transversal, ya que la medición de todas las variables se realizó en un único y determinado periodo de tiempo.

El estudio tuvo un enfoque retrospectivo, ya que las investigadoras abordaron la información de un grupo de sujetos en los cuales el desenlace ya había ocurrido, analizando el efecto hacia la causa. Este enfoque temporal implica que la investigación se llevó a cabo en un momento posterior a los eventos estudiados.

B. Sujetos y Objeto de estudio

1. Unidades de análisis, población

Unidad de análisis:

- El registro de datos de egresos de cada paciente que presentó en el 2022 alguna de las enfermedades priorizadas por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos.
- El registro de datos de egresos de cada paciente que falleció a causa de las enfermedades priorizadas por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos en el 2022.

Población:

Todos los pacientes que estuvieron ingresados en hospitales nacionales (Ver anexo 1) que padecieron las enfermedades en estudio o fallecieron a causa de ellas durante el 2022. En la investigación, no hubo muestra ya que se tomaron en cuenta la totalidad de los datos proporcionados.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Datos de pacientes con diagnóstico de enfermedades priorizadas por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos o fallecidos por estas:

- Población femenina y masculina.

- Nacionalidad salvadoreña.
- Edad mayor de 18 años.

Criterios de exclusión:

Datos de pacientes con diagnóstico de enfermedades priorizadas por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos o fallecidos por estas:

- Mujeres embarazadas.
- Edad menor de 18 años.
- Extranjeros.

Se excluyó a mujeres embarazadas y menores de 18 años, con la finalidad de llevar a cabo un análisis enfocado en población adulta, dado que este grupo representa el mayor porcentaje demográfico de población en el país actualmente, lo cual se comprueba al observar la tendencia de amplitud de la pirámide poblacional en estos rangos de edad. (46)

Variables e indicadores

- Enfermedades en estudio.
- Muertes a causa de las enfermedades en estudio.

C. Técnicas, materiales e instrumentos

1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

La técnica utilizada consistió en la observación; en el procedimiento, se solicitó la información del Sistema de Información de Morbimortalidad en la Web (SIMMOW) a la Oficina de Información y Respuesta del Ministerio de Salud de El Salvador (OIR). La solicitud abarcó una base de datos que contenía el registro de pacientes atendidos en los hospitales de la red nacional de salud durante el año 2022 y que habían sido diagnosticados, ya sea como pacientes vivos o fallecidos, con alguna de las condiciones diagnósticas en estudio

2. Instrumentos de registro y medición

El instrumento de registro fue una matriz en Microsoft Excel 365 que contenía las diferentes condiciones diagnósticas en estudio, con los datos del número total de egresos (vivo o fallecido) detallando el hospital nacional en el que el paciente estuvo ingresado, edad, sexo, procedencia, condición de egreso (vivo o fallecido).

Matriz de congruencia

La matriz de congruencia muestra los objetivos específicos y revela la correlación congruente entre los elementos fundamentales de la investigación, que incluyen unidades de análisis, variables, conceptualización de las variables, operacionalización de las variables, indicadores, técnicas e instrumentos. (Ver anexo 3)

D. Aspectos éticos

El equipo de investigación se comprometió a mantener la confidencialidad de los datos proporcionados por el Ministerio de Salud de El Salvador, respetando los principios éticos fundamentales de la Medicina, como la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, a lo largo de todo el estudio.

La obtención de datos se llevó a cabo mediante los canales de comunicación ya establecidos con el Ministerio de Salud, y se presentó el anteproyecto para su evaluación ante el Comité Nacional de Ética de Investigación en Salud.

Se garantizó la protección de la información y la fuente de datos, asegurando que el conjunto de datos sería utilizado exclusivamente con fines de investigación para generar conocimiento, sin poner en riesgo la integridad física o mental de los usuarios y manteniendo el anonimato de la información.

Los resultados de la investigación fueron compartidos con las autoridades del Ministerio de Salud, y el material estará disponible en la biblioteca central de la Universidad Evangélica de El Salvador (UEES) para su consulta por parte de la comunidad universitaria y otros interesados en el tema.

La base de datos que se utilizó para realizar el análisis de la información fue analizada exclusivamente por las investigadoras. Toda la información fue confidencial y protegida.

E. Estrategias de utilización de resultados

Los resultados obtenidos a partir de esta investigación se utilizarán de la siguiente manera:

Exposición de los resultados de la investigación ante La Comisión Evaluadora de la Universidad Evangélica de El Salvador (UEES), como paso previo a la culminación de la Maestría en Salud Pública.

Entrega a la biblioteca central de la UEES una copia del documento impreso y digital, para que esté disponible a la comunidad universitaria, e impulse el conocimiento científico en torno a la importancia en la necesidad de cuidados paliativos.

Entrega de informe de resultados a entidad correspondiente del Ministerio de Salud (MINSAL).

Gestión de publicación del artículo de investigación en una revista científica.

F. Cronograma de actividades

El cronograma de las actividades, muestra las tareas llevadas a cabo durante la realización de la investigación conforme al cronograma establecido por la Universidad Evangélica de El Salvador, abarcando el período desde agosto hasta enero del año en curso. (Ver anexo 4)

G. Presupuesto

El presupuesto ofrece una estimación de los recursos económicos utilizados en la ejecución de la investigación, abarcando los insumos necesarios para llevar a cabo las actividades planificadas. (Ver anexo 5)

H. Limitantes

La calidad de los datos puede verse comprometida si los profesionales de la salud no registran la información en el sistema de manera certera, precisa y completa. Además, los datos proporcionados por el Ministerio de Salud únicamente están integrados por egresos hospitalarios nacionales en el año 2022; no se incluyen datos de otros servicios hospitalarios ni de otros establecimientos que componen el sistema de salud, por lo tanto, los resultados demuestran parcialmente la representación de la necesidad de atención en cuidados paliativos en la población salvadoreña.

I. Fortalezas

La investigación aporta información novedosa y relevante para la toma de decisiones en salud pública en lo que respecta a la atención en cuidados paliativos. Asimismo, los datos analizados representan una contextualización de la problemática en estudio en cada departamento del país, proporcionando un parámetro de la situación lo cual contribuye a la discusión de las posibles intervenciones oportunas a realizar en las políticas públicas de salud.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A. Resultados

Al obtener la información utilizando Microsoft Excel se contabilizó la cantidad de pacientes con registro de egreso vivo por las condiciones diagnósticas en estudio, posteriormente se contabilizó la cantidad de pacientes con registro de egreso fallecido por las condiciones diagnósticas en estudio, finalmente con los datos anteriores se aplicó la fórmula creada por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos para calcular la estimación de las necesidades de cuidados paliativos en el país:

*Necesidades de cuidados paliativos por enfermedad específica =
Fallecidos por enfermedad en el año de estudio multiplicador específico +
Sobrevivientes por enfermedad en el año de estudio multiplicador específico. **

* Multiplicador específico. (Ver anexo 6)

La información se analizó y se presenta separada por condición de origen oncológico, no oncológico y traumatismos, a nivel de país y por departamentos.

B. Análisis descriptivo

La totalidad de datos que se obtuvieron de los registros de egresos de pacientes vivos y fallecidos por las diferentes condiciones en estudio en los hospitales nacionales fue de 47,518, en edades entre los 18 hasta los 112 años, con un promedio de 55 años, predominantemente del sexo masculino con 55.1%, el femenino 44.9%. Del total de egresos registrados, el número de pacientes que presentaron condiciones oncológicas fue de 8,499 lo cual representa el 18%, del grupo de pacientes con condiciones no oncológicas el total fue de 23,108 representando el 49% y finalmente del grupo de pacientes con registro de traumatismos fue 15,911 número que se traduce en el 33%.

Al analizar la información dividiendo el grupo entre los conjuntos de poblaciones oncológicas y no oncológicas, se obtuvo una razón de 1 paciente oncológico por cada 5 no oncológicos.

Con respecto al objetivo 1, en el que se buscó identificar el número de pacientes con diagnóstico de las enfermedades priorizadas por La Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador durante el 2022, se encontró que el número de pacientes con registro de egreso vivo con diagnóstico de estas enfermedades, fue de 42,745. Se observó que la condición diagnóstica en la categoría de Traumatismos (CIE10: S00-99), es la que representó la mayoría de

pacientes con un 25.95%, seguido de la Insuficiencia renal (CIE10: N17-19) con un 20.85%, Neoplasias malignas (CIE10: C00-97) con un 16.61%, Otros traumatismos (CIE10: T00-98) con un 8.93%, Enfermedades cerebrovasculares (CIE10: I60-69) con un 4.43% y la Insuficiencia cardiaca (CIE10: I50) con un (4.42%). El 80% de los casos de egresos vivos se atribuyen a estas seis principales condiciones de salud.

Los porcentajes menores observados en este grupo fueron los diagnósticos Aterosclerosis (CIE10:I70), Trastornos musculoesqueléticos (CIE10:M00-97) ambos con una representación del 0.01% y la Desnutrición, Parálisis cerebral y otros síndromes (CIE10:E40-46) con 0.06%. (Ver anexo 7)

Al analizar los registros de egresados vivos con diagnóstico de las enfermedades definidas por La Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos y clasificarlos según el sexo, se destaca que las mujeres conformaron el 45.3%, con un total de 19,361 egresos vivos, mientras que los hombres representaron el 54.7%, con un total de 23,384 egresos vivos. En cuanto a la edad promedio de este grupo, se observa que el grupo femenino tiene una media de 56.8 años, mientras que el grupo masculino exhibe una media de 51 años.

En relación al objetivo 2, cuyo fin fue identificar el número de muertes a causa de las enfermedades priorizadas por La Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022, se observó que el total de egresos fallecidos con diagnóstico de dichas enfermedades durante el 2022 fue de 4,773. De este grupo a nivel nacional se documentó que la Insuficiencia Renal (CIE10: N17-19) ocupa el primer lugar como causa de egreso fallecido, representando el 18.25% del total de registros, seguidas por las Neoplasias malignas (CIE10: C00-97) con un 14.83% y las Enfermedades del hígado (CIE10: K70-77) con un 12.70%. Estas tres categorías en conjunto abarcan aproximadamente el 45.78% de los casos.

Al ampliar la perspectiva, se observa que las enfermedades cerebrovasculares (CIE10:I60-69) contribuyen con un 9.91%, los traumatismos (CIE10:S00-99) con un 8.97%, y las enfermedades respiratorias (CIE10:J95-99) con un 3.46%. En este contexto, se revela que el 80% de los casos de egresos fallecidos están asociados con estas seis principales condiciones de salud. En dicho año, las cifras más bajas corresponden al 0.13% para la parálisis cerebral y otros síntomas paralíticos (CIE10:G80-83), al 0.10% para los trastornos extrapiramidales y del movimiento (CIE10:G20-26), y al 0.02% para la demencia (CIE10:F00-04).

Al analizar los registros de egresados fallecidos con diagnóstico de las enfermedades definidas por La Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos y clasificarlos según el sexo, se destaca que las mujeres conformaron el 41.20%, con un total de 1,968 defunciones, mientras que los hombres representaron el 58.80%, con un total de 2,805 muertes. En cuanto a la edad promedio de los egresados fallecidos, se observa que el grupo femenino tiene una media de 64.2 años, mientras que el grupo masculino exhibe una media de 57.4 años. (Ver anexo 8)

En respuesta al objetivo 3, orientado a aplicar la fórmula creada por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos para estimar la necesidad de atención en Cuidados Paliativos en El Salvador durante el 2022, se estimó que el total de la necesidad de cuidado paliativo fue de 40,177 para dicho periodo, el dato fue estimado haciendo uso de la fórmula establecida por La Comisión Lancet. La condición que encabeza el porcentaje de necesidad de cuidado paliativo fueron los Traumatismos (CIE10:S00-99) con un porcentaje de 56% seguido por otro grupo de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (CIE10:T00-98) con 19.4% y en tercer lugar las neoplasias malignas (CIE10:C00-97) con un 19.3%. Las tres condiciones mencionadas conforman el 94% del total de las necesidades de cuidados paliativos en El Salvador. (Ver anexo 9)

Al analizar la información utilizando el estimado de la necesidad de cuidados paliativos, dividiendo el grupo entre los conjuntos de poblaciones oncológicas y no

oncológicas, se obtuvo una razón de 1 paciente oncológico por cada 4 no oncológicos.

Asimismo, se evaluó la tasa de necesidad de cuidados paliativos de cada condición por cada 100,000 habitantes, la tasa brinda la proporción de personas que requieren atención en cuidados paliativos para la población de El Salvador en el año 2022. Observándose que la tasa necesidad de Traumatismos (CIE10:S00-99) es de 506 por cada 100,000 habitantes, es decir 506 personas en El Salvador por cada 100,000 habitantes necesitaron cuidados paliativos. La segunda tasa más elevada fueron los Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (CIE10:T00-98) la cual fue de 177 personas por cada 100,000 habitantes que requirieron de cuidados paliativos. La tasa de neoplasias malignas (CIE10:C00-97) fue de 175 personas por cada 100,000 habitantes. En cuarto lugar, las enfermedades cerebrovasculares (CIE10:I60-69) tienen una tasa de 13 por cada 100,000 habitantes. (Ver anexo 10)

Los datos recopilados para las tasas de necesidad de cuidado paliativo por departamento mostraron los siguientes datos, Santa Ana tiene una tasa de 973 por cada 100,000 habitantes, siendo los traumatismos (CIE10:S00-99) la condición que más necesidad de cuidados paliativos requiere. Morazán tiene la segunda tasa más elevada de necesidad de cuidados paliativos siendo esta de 971 por cada 100,000 habitantes que al igual que Santa Ana los traumatismos (CIE10:S00-99) poseen la mayor necesidad de cuidados paliativos. En tercer lugar, el departamento de La paz tiene una tasa de necesidad de cuidados paliativos de 933 por cada 100,000 habitantes, siendo la condición de traumatismo (CIE10:S00-99) la más elevada seguida de neoplasias malignas (CIE10:C00-97). (Ver anexo 11)

C. Discusión de resultados

En El Salvador, se identificó que la mayoría de las necesidades de cuidado paliativo no provienen exclusivamente de enfermedades oncológicas. Las principales

condiciones fueron neoplasias malignas, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal, tuberculosis multirresistente y VIH/SIDA. Además, se observó una proporcionalidad entre la densidad poblacional de los departamentos y la demanda de cuidado paliativo, siendo los departamentos más poblados los que presentan una mayor necesidad.

En contraste, España registró en 2015 que el 61,4% de los pacientes identificados con necesidades de cuidado paliativo se asociaron principalmente con cáncer, y en menor proporción otras condiciones de salud como demencias y Alzheimer, EPOC e insuficiencia cardiaca. A diferencia de El Salvador, donde las enfermedades no oncológicas representaron la mayoría de la necesidad de cuidados paliativos. (43)

En Chile, según informes de la OPS y la OMS en 2021, las principales patologías que generan necesidades de cuidado paliativo son enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, SIDA y Diabetes Mellitus. Estos resultados sugieren similitudes con El Salvador en términos de diversidad de patologías, pero con una orientación hacia enfermedades cardiovasculares más destacada en Chile. (13)

Costa Rica comparte similitudes con El Salvador al demostrar que la mayoría de las necesidades de cuidado paliativo surgen de enfermedades no oncológicas. Además, al igual que en El Salvador, Costa Rica experimenta una alta demanda de cuidado paliativo debido a traumatismos. Este hallazgo distingue a Costa Rica y El Salvador de los datos observados en España y Chile, donde los traumatismos no se presentan como la causa principal de la necesidad de atención en cuidados paliativos.

En contraste con Costa Rica, las necesidades de cuidados paliativos en El Salvador no son directamente proporcionales con la densidad poblacional dado que en Costa Rica las provincias con mayor número de pobladores presentan mayor número de necesidad de atención de cuidados paliativos (47).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Según la metodología propuesta por La Comisión Lancet de Cuidados Paliativos, con datos de los egresos de los hospitales nacionales se estima que, en El Salvador, 40,177 personas requirieron atención paliativa en el 2022, la mayoría de las necesidades fueron a causa de enfermedades no oncológicas.

Según el estimado de la necesidad de cuidados paliativos, en este grupo se obtuvo una razón de 1 paciente oncológico por cada 4 no oncológicos.

En el grupo de las condiciones no oncológicas, se encuentran predominantemente los traumatismos seguido de enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia renal.

Los departamentos con las tasas más elevadas de necesidad de atención en cuidados paliativos son Santa Ana, Morazán y La Paz. Se observa que las necesidades de cuidado paliativo en el país no guardan una proporción directa con la densidad poblacional de cada departamento.

Recomendaciones

Es crucial que se adopten medidas efectivas para mejorar la implementación de las políticas existentes, asegurando así que los cuidados paliativos sean accesibles de manera equitativa para todos, en línea con los principios de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Fortalecer las políticas de salud pública dirigidas a la implementación y desarrollo del servicio de atención en cuidados paliativos, para lo cual es esencial asignar recursos financieros oportunos, desarrollar infraestructuras especializadas y establecer estándares de calidad.

Promover la formación básica y especializada de recursos profesionales en salud en conocimientos de cuidados paliativos, en respuesta a la necesidad de atención

documentada para superar desafíos y asegurar una atención de calidad y digna hacia los pacientes.

Realizar futuras investigaciones sobre el tema en cuestión, que permitan refinar los datos sobre la estimación de la necesidad de atención de cuidados paliativos, con información de otros establecimientos de salud en el país. Asimismo, incluyendo a la población pediátrica y a mujeres embarazadas con sus características propias.

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

1. Reyes MSC. Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI. *Utopía Prax Latinoam.* 2021;26(93):225-41.
2. Covarrubias-Castro A, Santillán-Paredes H. Sedación paliativa. *Rev Mex Anesthesiol.* 6 de junio de 2019;42(S1):8-10.
3. Cuidados paliativos para la persona con cáncer - NCI [Internet]. 2023 [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>
4. Zurriarán RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Pers Bioét.* 3 de diciembre de 2019;23(2):180-93.
5. Guevara-López UM. Cuidados paliativos integrales, integrados, sistémicos en la atención primaria a la salud. *Rev Mex Anesthesiol.* 30 de octubre de 2019;42(4):245-6.
6. Cuidados paliativos [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet.* abril de 2018;391(10128):1391-454.

8. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica 2020.pdf [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>
9. Ayala-Salinas RA, Ponce-Gómez G, Carmona-Mejía B, Ayala-Salinas RA, Ponce-Gómez G, Carmona-Mejía B. Necesidades de cuidados paliativos en el Paciente Crónico Degenerativo Complejo. *Enferm Glob.* 2023;22(69):167-92.
10. ¿Qué es el cuidado paliativo? [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/que-es-el-cuidado-paliativo.html>
11. Connor S. *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition.* 2020.
12. Chile: Nueva ley consagra como Derecho Universal el Acceso a Cuidados Paliativos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>
13. Fortín Magaña MA, Portillo Santamaría K, Gómez Casanovas J, López Saca M. Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *Educ Médica.* 1 de marzo de 2019;20:143-7.
14. Twycross R. MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS. *Acta Bioethica.* junio de 2000;6(1):27-46.
15. Santacruz JG, Gil LFM. Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Rev Nutr Clínica Metab* [Internet]. 2021 [citado 3 de abril de 2023];4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
16. Floriani CA. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. *Cad Saúde Pública.* 22 de septiembre de 2021;37:e00264320.

17. Arce García MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 1 de noviembre de 2006;38:79-84.
18. Centro de Documentación Judicial [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.jurisprudencia.gob.sv/busqueda/showFile.php?bd=2&data=DocumentosBoveda%2FD%2F2%2F2020-2029%2F2021%2F05%2FE71EA.PDF&number=946666&fecha=25/05/2021&numero=LEY=PARA=LA=PREVENCION,=CONTROL=Y=ATENCION=DE=LOS=PACIENTES=CON=CANCER&cesta=0&singlePage=false%27>
19. Ceconello L, Erbs EG, Geisler L. Conductas éticas y el cuidado al paciente terminal. *Rev Bioét*. junio de 2022;30(2):405-12.
20. Bittencourt NCC de M, Santos KA, Mesquita MG da R, Silva VG da, Telles AC, Silva MM da, et al. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado 3 de abril de 2023];25(4). Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452021000400701&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
21. Laucirica-Hernández CO, García-Güell A, Castro-Junco I, Abreu-Alonso D, Herrera-Suárez A, Sangroniz-Viart T. Cuidados paliativos al final de la vida: visión comparativa en dos décadas. 2022;44(5).
22. Parodi JF, Morante R, Hidalgo L, Carreño R. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horiz Méd Lima*. enero de 2016;16(1):69-74.
23. Martínez-Litago E, Martínez-Velasco MC, Muniesa-Zaragozano MP. Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. *Rev Clínica Esp*. 1 de diciembre de 2017;217(9):543-52.
24. Escobar GB. MINISTERIO DE SALUD.

25. Saca JML, Escobar ATF, Carrillo F de M, Paz MAR, Deras CEM. Caracterización de pacientes que reciben cuidados paliativos en una unidad privada no hospitalaria en El Salvador. *Apunt Bioét.* 31 de julio de 2020;3(1):64-71.
26. Tuca-Rodriguez A, Gómez-Batiste X, Espinosa-Rojas J, Martínez-Muñoz M, Codorniu N, Porta-Sales J. Structure, organisation and clinical outcomes in cancer patients of hospital support teams in Spain. *BMJ Support Palliat Care.* diciembre de 2012;2(4):356-62.
27. Muscogiuri G, Barrera L, Carignano M de los A, Ceriani FI. Nutritional recommendations in palliative care for patients with advanced diseases and at the end of life. *Rev Nutr Clínica Metab [Internet].* 21 de marzo de 2021 [citado 4 de abril de 2023];4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
28. Cárdenas D. ¿Cómo alimentar al paciente en cuidados paliativos? Una revisión narrativa. *Rev Nutr Clínica Metab [Internet].* 2021 [citado 4 de abril de 2023];4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
29. Hernández RM, Salas-Gonzalez DN, Hernández RM, Salas-Gonzalez DN. Importancia del rol del Psicólogo en los cuidados paliativos. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna.* septiembre de 2019;6(2):90-1.
30. Di Donato MDLM, Giusti SD, Amigone Forte J. Cuidados paliativos: el rol del psicólogo en el abordaje interdisciplinario. En *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*; 2020 [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-007/653>
31. Agrafojo Betancor E. El trabajo social en cuidados paliativos. *Med Paliativa.* julio de 2014;21(3):89-90.
32. Vanzini L. El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Doc Trab Soc Rev Trab Acción Soc.* 2010;(47):184-99.

33. Moro Yerpas M del P, Lerena Tejón I. El trabajador social como agente de cambio en cuidados paliativos. *Doc Trab Soc Rev Trab Acción Soc.* 2011;(49):270-6.
34. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev Bioét.* abril de 2016;24(1):165-75.
35. Esperandio M, Leget C. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Rev Bioét.* septiembre de 2020;28(3):543-53.
36. Pereira Rodríguez JE. Rol de la fisioterapia en los cuidados paliativos. *Mov Científico.* 2019;13(2):55-66.
37. Ángel Bustos IC, Lopera Muñeton C, Betancur Bedoya SP, Grajales Toro S. Efectos de la intervención fisioterapéutica en la calidad de vida y el control de síntomas de los pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. Una revisión sistemática. *Med Paliativa [Internet].* 2021 [citado 4 de abril de 2023];28. Disponible en: <http://gestormedpal.inspiranetwork.com/fichaArticulo.aspx?iarf=683768748235-410274190169>
38. [voluntariado-en-cuidados-paliativos.pdf](#) [Internet]. [citado 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2018/12/voluntariado-en-cuidados-paliativos.pdf>
39. Cuidados paliativos en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas>
40. Calvache JA, Gil F, de Vries E, Calvache JA, Gil F, de Vries E. How many people need palliative care for cancer and non-cancer diseases in a middle-income country? Analysis of mortality data. *Colomb J Anestesiología [Internet].* diciembre de 2020 [citado 4 de abril de 2023];48(4). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-33472020000400201&lng=en&nrm=iso&tlng=en

41. Martínez Ríos I, López Alonso SR, Martín Caravante S, Morales Infante L, Soriano Ruiz SI, Martínez García AI, et al. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. *An Sist Sanit Navar*. diciembre de 2018;41(3):321-8.
42. UNDP [Internet]. [citado 11 de enero de 2024]. Objetivo 3: Salud y Bienestar | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>
43. Pichardo-García LMaG, Villanueva-Sáenz SE. Cuidados paliativos: un derecho humano fundamental en la atención en salud en Latinoamérica. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*. 13 de diciembre de 2022;26(1):9487.
44. Knaul F, Bhadelia A, Rodríguez N, Arreola-Ornelas H, Zimmermann C. The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions. *Lancet Glob Health*. 1 de marzo de 2018;6:S5-6.
45. La epidemiología socionatural en el nuevo milenio | ISBN 978-99923-49-37-3 - Libro [Internet]. [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789992349373/la-epidemiologia-socionatural-en-el-nuevo-milenio/>
46. Oficina Nacional de Estadística y Censos [Internet]. [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://onec.bcr.gob.sv/poblacion-y-estadisticas-demograficas/>
47. Picado-Ovares JE, Solórzano-Morera F, Picado-Ovares JE, Solórzano-Morera F. Necesidades de atención en cuidado paliativo de Costa Rica según provincia. *Acta Médica Costarric*. junio de 2021;63(2):113-21.

ANEXOS

Anexo 1: Hospitales de la red de salud pública en El Salvador incluidos en la investigación

Hospital de la red pública	
Región Occidental de Salud	
1	Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana
2	Hospital Nacional Arturo Morales, Metapán, Santa Ana.
3	Hospital Nacional de Chalchuapa, Santa Ana
4	Hospital Nacional Dr. Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate.
5	Hospital Nacional Dr. Francisco Menéndez, Ahuachapán.
Región Central de Salud	
6	Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango.
7	Hospital Nacional de Nueva Concepción, Chalatenango.
8	Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, La Libertad.
Región Metropolitana de Salud	
9	Hospital Nacional Rosales.
10	Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez
11	Hospital Nacional El Salvador
12	Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández, Zacamil, Mejicanos, San Salvador.
13	Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro, San Bartolo, San Salvador.
14	Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez, Soyapango, San Salvador.
15	Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar, Dr. José Antonio Saldaña, San Salvador.
Región Paracentral de Salud	
16	Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, Cojutepeque, Cuscatlán.

17	Hospital Nacional de Suchitoto, Cuscatlán.
18	Hospital Nacional de Sensuntepeque, Cabañas
19	Hospital Nacional de Ilobasco, Cabañas.
20	Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca, La Paz.
21	Hospital Nacional Santa Gertrudis, San Vicente

Región Oriental de Salud

22	Hospital Nacional Dr. Jorge Arturo Mena, Santiago de María, Usulután.
23	Hospital Nacional San Pedro, Usulután.
24	Hospital Nacional de Jiquilisco, Usulután.
25	Hospital Nacional Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez, Ciudad Barrios, San Miguel.
26	Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel.
27	Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel.
28	Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores, San Francisco Gotera, Morazán.
29	Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión.
30	Hospital Nacional de La Unión, La Unión.

*Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: Enfermedades Lancet clasificadas con código CIE-10

Códigos CIE-10	Listado de diagnósticos en estudio
A98,98,99	Fiebres hemorrágicas
A15-19	Tuberculosis multirresistente
B20-24	VIH/SIDA
C00-97	Neoplasias malignas (Excepto C91-95)
C91-95	Leucemia
F00-04	Demencia
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (Meningitis)
G20-26	Trastornos extrapiramidales y del movimiento
G30-32	Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso
G35-37	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso
G40-41	Trastornos episódicos (Epilepsia)
G80-83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
I60-69	Enfermedades cerebrovasculares
I05-09	Cardiopatías reumáticas crónicas
I25	Cardiopatía isquémica crónica
I42	Cardiomiopatía
I50	Insuficiencia cardiaca
J40-47	Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior
J60-70	Enfermedades pulmonares por agentes externos
J80-84	Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio
J95-99	Otras enfermedades del sistema respiratorio
K70-77	Enfermedades del hígado

N17-19	Insuficiencia renal
S00-99, T00-98, V01-Y98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
I70	Ateroesclerosis
M00-97	Trastornos musculoesqueléticos
E40-46	Desnutrición

*Fuente: The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief. Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. Background document. Technical note and data appendix for report. (Internet). 2017. Recuperado de:
https://www.mia.as.miami.edu/_assets/pdf/Data%20appendix%20LCGAPCPC%20Oct122017_ONLINE-DRAFT%2012OCT17.pdf

Anexo 3: Matriz de congruencia

Tema: “Necesidades de atención en cuidados paliativos en El Salvador 2022”

Enunciado del problema: ¿Cuál fue la necesidad de atención en Cuidados Paliativos en El Salvador en 2022?

Objetivo general: Estimar la necesidad de cuidados paliativos en la población de El Salvador en el año 2022.

Objetivos específicos	Unidades de análisis	Variables	Conceptualización de las variables	Operacionalización de las variables	Indicadores	Técnica	Instrumento														
Identificar el número de pacientes con diagnóstico de las enfermedades definidas por la Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022.	Registro de pacientes con diagnóstico de alguna de las enfermedades en estudio.	Listado de enfermedades identificadas por la Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022.	Enfermedad: Implica una perspectiva multidimensional que abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales y funcionales. *	<table border="1"> <tr><td>A96,98,99</td><td>Fiebres hemorrágicas</td></tr> <tr><td>A15-19</td><td>Tuberculosis multirresistente</td></tr> <tr><td>A15-20</td><td>Tuberculosis</td></tr> <tr><td>B20-24</td><td>VIH/SIDA</td></tr> <tr><td>C00-97</td><td>Neoplasias malignas</td></tr> <tr><td>C91-95</td><td>leuceemia</td></tr> <tr><td>F00-04</td><td>Demencia</td></tr> </table>	A96,98,99	Fiebres hemorrágicas	A15-19	Tuberculosis multirresistente	A15-20	Tuberculosis	B20-24	VIH/SIDA	C00-97	Neoplasias malignas	C91-95	leuceemia	F00-04	Demencia	Número de personas registradas que padecen alguna de las enfermedades en estudio.	Observación	Ficha de observación
A96,98,99	Fiebres hemorrágicas																				
A15-19	Tuberculosis multirresistente																				
A15-20	Tuberculosis																				
B20-24	VIH/SIDA																				
C00-97	Neoplasias malignas																				
C91-95	leuceemia																				
F00-04	Demencia																				
Identificar el número de muertes a causa de las enfermedades definidas por la Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022.	Registro de pacientes fallecidos a causa de alguna de las enfermedades en estudio.	Listado de enfermedades identificadas por la Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos en El Salvador en el 2022 como causa de muerte.	Causa de muerte: Implica una perspectiva más amplia y busca identificar los factores subyacentes y evitables que contribuyen a la pérdida de vidas. *	<table border="1"> <tr><td>G00-09</td><td>Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (sarampión, tétanos, rabia, encefalitis y meningitis)</td></tr> <tr><td>G20</td><td>enfermedad de Parkinson</td></tr> <tr><td>G21-23; G30-32; G36-37; G80-83</td><td>Otras enfermedades neurológicas</td></tr> </table>	G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (sarampión, tétanos, rabia, encefalitis y meningitis)	G20	enfermedad de Parkinson	G21-23; G30-32; G36-37; G80-83	Otras enfermedades neurológicas	Número de personas registradas que fallecieron a causa de alguna de las enfermedades en estudio.	Observación	Ficha de observación								
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (sarampión, tétanos, rabia, encefalitis y meningitis)																				
G20	enfermedad de Parkinson																				
G21-23; G30-32; G36-37; G80-83	Otras enfermedades neurológicas																				

<p>Aplicar la fórmula creada por la Comisión Lancet de Cuidados Paliativos para estimar la necesidad de atención en Cuidados Paliativos en El Salvador durante el 2022.</p>	<p>Registro de pacientes en estudio.</p>	<p>Listado de enfermedades identificadas por la Comisión Lancet que requieren atención en cuidados paliativos como causa de morbilidad o causa de muerte.</p>	<p>Necesidad de atención en Cuidados Paliativos: Es la presencia de sufrimiento y síntomas complejos que afectan la calidad de vida de las personas con enfermedades graves y avanzadas, así como de sus familias. *</p>	<table border="1"> <tr> <td>G21-23; G30-32; G36-37; G80-83</td> <td>Otras enfermedades neurológicas</td> </tr> <tr> <td>G40-41</td> <td>Trastornos episódicos (epilepsia)</td> </tr> <tr> <td>I60-69</td> <td>enfermedades cerebrovasculares</td> </tr> <tr> <td>I05-09</td> <td>Cardiopatías reumáticas</td> </tr> <tr> <td>I10-15</td> <td>Enfermedades hipertensivas</td> </tr> <tr> <td>I42</td> <td>Cardiomiopatía</td> </tr> <tr> <td>I50</td> <td>Insuficiencia cardíaca</td> </tr> <tr> <td>I25</td> <td>Enfermedad cardíaca isquémica</td> </tr> <tr> <td>J44</td> <td>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</td> </tr> <tr> <td>J40-43; J47; J60-70; J80-84; J95-J99</td> <td>Otras enfermedades respiratorias</td> </tr> <tr> <td>K70-73; K75-K77</td> <td>Otras enfermedades hepáticas</td> </tr> <tr> <td>K74</td> <td>Cirrosis</td> </tr> <tr> <td>N17-19</td> <td>Falla renal</td> </tr> <tr> <td>P07</td> <td>Bajo peso al nacer y prematuridad.</td> </tr> <tr> <td>P10-P15</td> <td>Trauma al nacer.</td> </tr> <tr> <td>Q00-99</td> <td>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías</td> </tr> <tr> <td>S00-99; T00-T98; V01-Y98</td> <td>Causas externas: Traumatismos, envenenamientos</td> </tr> </table>	G21-23; G30-32; G36-37; G80-83	Otras enfermedades neurológicas	G40-41	Trastornos episódicos (epilepsia)	I60-69	enfermedades cerebrovasculares	I05-09	Cardiopatías reumáticas	I10-15	Enfermedades hipertensivas	I42	Cardiomiopatía	I50	Insuficiencia cardíaca	I25	Enfermedad cardíaca isquémica	J44	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	J40-43; J47; J60-70; J80-84; J95-J99	Otras enfermedades respiratorias	K70-73; K75-K77	Otras enfermedades hepáticas	K74	Cirrosis	N17-19	Falla renal	P07	Bajo peso al nacer y prematuridad.	P10-P15	Trauma al nacer.	Q00-99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	S00-99; T00-T98; V01-Y98	Causas externas: Traumatismos, envenenamientos	<p>Observación</p>	<p>Ficha de observación</p>
G21-23; G30-32; G36-37; G80-83	Otras enfermedades neurológicas																																							
G40-41	Trastornos episódicos (epilepsia)																																							
I60-69	enfermedades cerebrovasculares																																							
I05-09	Cardiopatías reumáticas																																							
I10-15	Enfermedades hipertensivas																																							
I42	Cardiomiopatía																																							
I50	Insuficiencia cardíaca																																							
I25	Enfermedad cardíaca isquémica																																							
J44	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)																																							
J40-43; J47; J60-70; J80-84; J95-J99	Otras enfermedades respiratorias																																							
K70-73; K75-K77	Otras enfermedades hepáticas																																							
K74	Cirrosis																																							
N17-19	Falla renal																																							
P07	Bajo peso al nacer y prematuridad.																																							
P10-P15	Trauma al nacer.																																							
Q00-99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías																																							
S00-99; T00-T98; V01-Y98	Causas externas: Traumatismos, envenenamientos																																							

	y algunas otras consecuencias de causa externa
I70	Aterosclerosis
M00-97	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
E40-46	Desnutrición

*Concepto de enfermedad según Comisión Lancet.

Anexo 4: Cronograma de actividades

Actividades	agosto				septiembre				octubre				noviembre				diciembre				enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación con asesor			■	■																	■			
Capítulo I				■	■	■																		
Capítulo II				■	■	■																		
Capítulo III																								
Presentación comisión evaluadora							■	■	■															
Revisión de observaciones de comisión evaluadora y entrega de anteproyecto de investigación con observaciones superadas a asesor para su aprobación									■	■														
Presentación ante comité de ética de investigación										■	■	■												
Validación de instrumentos de recolección de datos										■	■	■												
Recolección de información											■	■	■	■										
Capítulo IV															■	■								
Capítulo V																			■	■				
Entrega borrador de informe final																				■				
Entrega informe final																					■			
Presentación de informe final ante comisión evaluadora																							■	■

*Fuente: Elaboración propia

Anexo 5: Presupuesto

Insumos	Presentación	Cantidad	Precio Unitario	Costo total anual
Energía eléctrica	Servicio mensual	3 residencias	\$50.00 aprox.	1800
Internet	Contrato de internet residencial mensual	3	30	1080
Uso de computadora	Laptop	3	1500	4500
Licencia de Office	Programa	3	110	330
Suscripción anual de Zoom	Aplicación	1	149	149
Uso de teléfono móvil	Contrato de Llamadas telefónicas y plan de navegación mensual	3	30	1080
Impresiones	Documentos de solicitud de información	5	0.5	2.5
Lapiceros	----	6	0.45	2.7
Páginas de papel bond	----	50	0.02	1
Gasolina	Galones	15	5	75
Total				9020.2

*Elaboración propia a partir de la consideración de los costos de los insumos previamente adquiridos y a través de un análisis de mercado basado en la información recopilada durante la fase inicial del levantamiento presupuestario.

Anexo 6: Enfermedades con el factor multiplicador

Código CIE-10	Morbilidad	Multiplicador egresos vivos	Multiplicador egresos fallecidos
A98,98,99	Fiebres hemorrágicas	0,5	1
A15-19	Tuberculosis multirresistente	0,9	1
B20-24	VIH/SIDA	0,5	1
C00-97	Neoplasias malignas (Excepto C91-95)	1	0,9
C91-95	Leucemia	0	0,9
F00-04	Demencia	0,1	0,8
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (Meningitis)	0	0,3
G20-26	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	0,1	0,65
G30-32	Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	0	0,65
G35-37	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso	0	0,65
G40-41	Trastornos episódicos (Epilepsia)	0	0,5
G80-83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	0	0,5
I60-69	Enfermedades cerebrovasculares	0,15	0,65
I05-09	Cardiopatías reumáticas crónicas	0	0,65
I25	Cardiopatía isquémica crónica	0	0,05
I42	Cardiomiopatía	0	0,4
I50	Insuficiencia cardiaca	0	0,4
J40-47	Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	0	0,5
J60-70	Enfermedades pulmonares por agentes externos	0	0,5
J80-84	Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio	0	0,5

J95-99	Otras enfermedades del sistema respiratorio	0	0,5
K70-77	Enfermedades del hígado	0	0,3
N17-19	Insuficiencia renal	0	0,45
S00-99	Traumatismos	2	0,3
T00-98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2	0,3
V01-Y98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2	0,3
I70	Aterosclerosis	0	0,35
M00-97	Trastornos musculoesqueléticos	2	0,7
E40-46	Desnutrición	0	1

*Fuente: The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief. Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. Background document. Technical note and data appendix for report. (Internet). 2017. Recuperado de: https://www.mia.as.miami.edu/_assets/pdf/Data%20appendix%20LCGAPCPC%20Oct122017_ONLINE-DRAFT%2012OCT17.pdf

Anexo 7. Egresos vivos en hospitales nacionales en El Salvador durante el 2022

Código CIE-10	Morbilidades	Cantidad de casos	Representación Porcentual de Casos
S00-99	Traumatismos	11094	25,95%
N17-19	Insuficiencia renal	8911	20,85%
C00-97	Neoplasias malignas	7100	16,61%
T00-98	Otros traumatismos	3819	8,93%
I60-69	Enfermedades cerebrovasculares	1894	4,43%
I50	Insuficiencia cardíaca	1890	4,42%
J40-47	Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	1768	4,14%
K70-77	Enfermedades del hígado	1724	4,03%
G40-41	Trastornos episódicos	1379	3,23%
C91-95	Leucemia	606	1,42%
B20-24	VIH SIDA	434	1,02%
J80-84	Otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio	409	0,96%
I25	Cardiopatía isquémica crónica	400	0,94%
I42	Cardiomiopatía	381	0,89%
A15-19	Tuberculosis multirresistente	355	0,83%
J95-99	Otras enfermedades del sistema respiratorio	146	0,34%
G20-26	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	68	0,16%
F00-04	Demencia	66	0,15%
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	56	0,13%
J60-70	Enfermedades pulmonares por agentes externos	53	0,12%

G35-37	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso	47	0,11%
G30-32	Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	43	0,10%
I05-09	Cardiopatías reumáticas crónicas	33	0,08%
E40-46	Desnutrición	32	0,07%
G80-83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	27	0,06%
M00-97	Trastornos musculoesqueléticos	5	0,01%
I70	Aterosclerosis	5	0,01%
Total de egresos vivos		42745	100,00%

*Elaboración propia a partir de los datos brindados por el Ministerio de Salud.

Anexo 8. Egresos fallecidos en hospitales nacionales en El Salvador durante el 2022

Código CIE-10	Morbilidades	Cantidad de casos	Representación Porcentual de Casos
N17-19	Insuficiencia renal	871	18,25%
C00-97	Neoplasias malignas	708	14,83%
K70-77	Enfermedades del hígado	606	12,70%
T00-98	Otros traumatismos	570	11,94%
I60-69	Enfermedades cerebrovasculares	473	9,91%
S00-99	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	428	8,97%
J95-99	Otras enfermedades del sistema respiratorio	165	3,46%
I25	Cardiopatía isquémica crónica	136	2,85%
J60-70	Enfermedades pulmonares por agentes externos	124	2,60%
I50	Insuficiencia cardíaca	115	2,41%
J80-84	Otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio	103	2,16%
J40-47	Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	95	1,99%
B20-24	VIH SIDA	86	1,80%
C91-95	Leucemia	85	1,78%
I42	Cardiomiopatía	57	1,19%
A15-19	Tuberculosis multirresistente	48	1,01%
G40-41	Trastornos episódicos	29	0,61%
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	23	0,48%
E40-46	Desnutrición	17	0,36%
G35-37	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso	10	0,21%
G30-32	Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	6	0,13%

I05-09	Cardiopatías reumáticas crónicas	6	0,13%
G80-83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	6	0,13%
G20-26	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	5	0,10%
F00-04	Demencia	1	0,02%
M00-97	Trastornos musculoesqueléticos	0	0,00%
I70	Aterosclerosis	0	0,00%
Total de egresos vivos		42745	100,00%

*Elaboración propia a partir de los datos brindados por el Ministerio de Salud.

Anexo 9. Estimación de la necesidad de cuidados paliativos en los pacientes egresados de los hospitales nacionales durante el 2022

Código CIE-10	Morbilidad	Conteo	Mult.	Conteo	Mult.	NCPE	Porcentaje de NCPE
S00-99	Traumatismos	11094	2	428	0,3	22316,4	56.00%
T00-98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	3819	2	570	0,3	7809	19.40%
C00-97	Neoplasias malignas (Excepto C91-95)	7100	1	708	0,9	7737,2	19.30%
N17-19	Insuficiencia renal	8911	0	871	0,45	391,95	1.00%
I60-69	Enfermedades cerebrovasculares	1894	0,15	473	0,65	591,55	1.00%
B20-24	VIH/SIDA	434	0,5	86	1	303	1.00%
A15-19	Tuberculosis multirresistente	355	0,9	48	1	367,5	1.00%
I50	Insuficiencia cardiaca	1890	0	115	0,4	46	0.00%
J40-47	Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	1768	0	95	0,5	47,5	0.00%
K70-77	Enfermedades del hígado	1724	0	606	0,3	181,8	0.00%
G40-41	Trastornos episódicos (Epilepsia)	1379	0	29	0,5	14,5	0.00%
C91-95	Leucemia	606	0	85	0,9	76,5	0.00%
J80-84	Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio	409	0	103	0,5	51,5	0.00%
I25	Cardiopatía isquémica crónica	400	0	136	0,05	6,8	0.00%
I42	Cardiomiopatía	381	0	57	0,4	22,8	0.00%
J95-99	Otras enfermedades del sistema respiratorio	146	0	165	0,5	82,5	0.00%
G20-26	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	68	0,1	5	0,65	10,05	0.00%
F00-04	Demencia	66	0,1	1	0,8	7,4	0.00%
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (Meningitis)	56	0	23	0,3	6,9	0.00%
J60-70	Enfermedades pulmonares por agentes externos	53	0	124	0,5	62	0.00%
G35-37	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso	47	0	10	0,65	6,5	0.00%
G30-32	Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	43	0	6	0,65	3,9	0.00%
I05-09	Cardiopatías reumáticas crónicas	33	0	6	0,65	3,9	0.00%
E40-46	Desnutrición	32	0	17	1	17	0.00%

G80-83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	27	0	6	0,5	3	0.00%
I70	Ateroesclerosis	5	0	0	0,35	0	0.00%
M00-97	Trastornos musculoesqueléticos	5	2	0	0,7	10	0.00%
A98,98,99	Fiebres hemorrágicas	0	0.5	0	1	0	0.00%
V01-Y98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	0	2	0	0,3	0	0.00%
Total		42745		4773		40177,15	100.00%

Mult: Multiplicador, NCPE: Necesidad de Cuidados Paliativos Estimada,

*Elaboración propia a partir de los datos brindados por el Ministerio de Salud.

Anexo 10. Tasa de necesidad de cuidado paliativo por condición específica a nivel nacional

Código CIE-10	Morbilidad	Total NCPE	Tasa de Necesidad de CP por condición específica por cada 100,000 habitantes
S00-99	Traumatismo	22,316,4	505,98
T00-98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	7809	177,05
C00-97	Neoplasias malignas (Excepto C91-95)	7737,2	175,43
I60-69	Enfermedades cerebrovasculares	591,55	13,41
N17-19	Insuficiencia renal	391,95	8,89
A15-19	Tuberculosis multirresistente	367,5	8,33
B20-24	VIH/SIDA	303	6,87
K70-77	Enfermedades del hígado	181,8	4,12
J95-99	Otras enfermedades del sistema respiratorio	82,5	1,87
C91-95	Leucemia	76,5	1,73
J80-84	Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio	51,5	1,17
J40-47	Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	47,5	1,08
I50	Insuficiencia cardíaca	46	1,04
I42	Cardiomiopatía	22,8	0,52
E40-46	Desnutrición	17	0,39
G40-41	Trastornos episódicos (Epilepsia)	14,5	0,33
G20-26	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	10,05	0,23
M00-97	Trastornos musculoesqueléticos	10	0,23
F00-04	Demencia	7,4	0,17
G00-09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (Meningitis)	6,9	0,16

I25	Cardiopatía isquémica crónica	6,8	0,15
G35-37	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso	6,5	0,15
G30-32	Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	3,9	0,09
I05-09	Cardiopatías reumáticas crónicas	3,9	0,09
G80-83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	3	0,07
A98,98,99	Fiebres hemorrágicas	0	0,00
V01-Y98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	0	0,00
I70	Aterosclerosis	0	0,00
<hr/> Totales		40177	

NCPE: Necesidad de Cuidados Paliativos Estimada, CP: Cuidados Paliativos.

*Elaboración propia a partir de los datos publicados por la DYGESTIC y los datos brindados por el Ministerio de Salud.

Anexo 11. Tasa de necesidad de cuidados paliativos por departamento

Departamento	Total de la necesidad de cuidado paliativo estimada	Total Población 2022	Tasa de Necesidad de CP por departamento por cada 100,000 habitantes
Santa Ana	3.792,6	389.666	973
Morazán	1.219,9	125.679	971
La Paz	2.291,3	245.461	933
El Salvador	40.177,2	4.410.531	911
Ahuachapán	2.486,3	277.401	896
Sonsonate	2.927,9	343.257	853
Cuscatlán	1.451,3	179.711	808
San Salvador	8.807,1	1.294.446	680
La Libertad	3.814,6	586.073	651
Chalatenango	1.862,3	117.271	1.588
La Unión	2.194,1	138.594	1.583
Usulután	2.837,5	227.445	1.248
San Miguel	3.840,3	307.846	1.247
San Vicente	1.440,0	118.975	1.21
Cabañas	1.212,3	109.704	1.105

CP: Cuidados Paliativos.

*Elaboración propia a partir de los datos publicados por la DYGESTIC y los datos brindados por el Ministerio de Salud.