



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

TEMA:

**Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la
derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en
un hospital de Ecuador**

AUTOR:

Dra. Villao Recalde Andrea Carolina

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TUTOR:

Dra. Sandoya Onofre Lorena Alexandra

Guayaquil, Ecuador

16 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA**, como requerimiento para la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**.

TUTOR (A)

f. _____
DRA. SANDOYA ONOFRE LORENA

DIRECTORA DE LA ESPECIALIDAD

f. _____
DRA. VALLEJO MARTINEZ MARIANA

Guayaquil, 16 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA DERIVACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE ECUADOR** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 días del mes de mayo del año 2025

EL AUTOR (A)

f. _____
VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

AUTORIZACIÓN

Yo, **VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA DERIVACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE ECUADOR**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de mayo del año 2025

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA

REPORTE COMPILATIO



AGRADECIMIENTO

Con el siguiente trabajo de titulación finalizo esta etapa importante en mi carrera profesional, agradezco a Dios, fuente inagotable de fortaleza y sabiduría, quien guía cada uno de mis pasos y me sostiene en este camino de formación y servicio. Sin su luz, este logro no habría sido posible.

A mis padres, por ser mi pilar inquebrantable, por su amor eterno y por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la dedicación. A mis hermanos, por su apoyo constante, por ser mi refugio en los momentos de desafío y mi alegría en cada logro alcanzado.

Mi agradecimiento eterno a mi mejor amigo, quien siempre me acompaña, gracias por ver en mi cosas buenas que a veces no las veo, gracias por tu apoyo incondicional y por motivarme a ser mejor, gracias por todo David.

A mi amor, quien me abraza alentándome en cada etapa de este proceso y comparte conmigo la esperanza y la perseverancia necesarias para avanzar.

A mis docentes, quienes día a día me inspiran a alcanzar la excelencia, transmitiéndome no solo conocimientos, sino también el compromiso y la vocación de servicio que define nuestra profesión. Mi especial gratitud a la Dra. Mariana Vallejo, por su confianza, paciencia y por creer en mi capacidad de crecimiento profesional.

A mi tutora, cuyo acompañamiento y guía han sido fundamentales en este proceso, y a todos aquellos que hacen posible que los médicos ecuatorianos podamos continuar nuestra formación en nuestro país, cerca de nuestra gente y de nuestras raíces.

Gracias a cada persona que, de una u otra manera, ha sido parte de este camino. Este logro también es suyo.

DEDICATORIA

A Dios, mi guía y fortaleza, quien me acompaña día a día y me ha mostrado el camino que ha sido destinado para mí. A él le debo cada paso dado.

A mi madre, mi mayor inspiración, quien con su amor incondicional me motiva en los días buenos y en los grises, siempre presente, sosteniéndome con su ternura y sabiduría. A mi padre, porque, aunque pocas veces lo dice, sé que su orgullo y apoyo son inquebrantables. A mi hermana que amo inmensamente, quien me ha regalado la alegría más grande: el sueño de ser tía. Y a mi valiente hermano, cuyo compromiso y entrega por el prójimo son un ejemplo de amor a la humanidad.

A mi mejor amiga, Lisseth. Tu partida fue prematura, pero el tiempo no ha borrado nuestra amistad. Han pasado los años y aún te extraño. Siempre vivirás en mi corazón.

A David mi gran amigo, gracias por estar, por tu tiempo para escucharme, aconsejarme, gracias por tu invaluable compañía, espero que puedas contar conmigo, así como sé que puedo contar contigo.

Finalmente, dedico este trabajo al maravilloso equipo de SOLCA Guayaquil, quienes me abrieron las puertas para mi formación. Siempre los llevaré en mi corazón, en esta dedicatoria y en mi eterno agradecimiento.

ÍNDICE GENERAL

1	EL PROBLEMA	5
1.1	IDENTIFICACION, VALIDACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2	FORMULACION DEL PROBLEMA	7
2	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	7
2.1	OBJETIVO GENERAL	7
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3	MARCO TEORICO	8
3.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	8
3.2	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
3.3	ANTECEDENTES NACIONALES	10
3.4	BASES TEORICAS	11
3.4.1	Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos	11
3.4.2	Factores Sociodemográficos Asociados a la Derivación a Cuidados Paliativos	15
3.4.3	Factores Clínicos Asociados a la Derivación a Cuidados Paliativos	19
3.4.4	Modelos Pronósticos y Estrategias para Mejorar la Derivación a Cuidados Paliativos	28
4	FORMULACION DE LA HIPOTESIS.	32
5	METODOLOGIA	32
5.1	JUSTIFICACION DEL METODO UTILIZADO	32
5.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	34
5.2.1	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	34
5.3	VARIABLES	36
6	PRESENTACION DE RESULTADOS	38
6.1	Frecuencia de derivación a cuidados paliativos	38
6.2	Características sociodemográficas según derivación	39
6.2.1	Edad	39
6.2.2	Sexo	41
6.2.3	Escolaridad	42

6.2.4	Entorno socioeconómico	43
6.3	Características clínicas asociadas a la derivación	44
6.3.1	Grupo de cáncer	44
6.3.2	Estadio del cáncer	46
6.3.3	Comorbilidades	46
6.3.4	Quimioterapia y radioterapia	48
6.3.5	Cirugía y tipo de cirugía	49
6.3.6	Área de Internació ¹	50
6.3.7	Tiempo de hospitalización	50
6.3.8	Índice de Karnofsky	52
6.3.9	Índice ECOG	54
6.4	Factores Sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación a cuidados paliativos, Análisis Multivariante	55
7	CONCLUSIONES	57
8	RECOMENDACIONES	60
9	BIBLIOGRAFIA	63

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Resumen de Variables categóricas</i>	39
<i>Tabla 2. Grupo de Cánceres - Resumen</i>	45
<i>Tabla 3. Estadio de Cáncer - Resumen</i>	46
<i>Tabla 4. Quimioterapia y Radioterapia - Resumen</i>	48
<i>Tabla 5. Tipo de Cirugía - Resumen</i>	49
<i>Tabla 6. Área de internación de los participantes</i>	50
<i>Tabla 7. Tiempo de Hospitalización - Resumen</i>	51
<i>Tabla 8. ECOG - Resumen</i>	54

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Derivación a Cuidados Paliativos _____	38
Gráfico 2. Edad de Participantes en Histograma _____	40
Gráfico 3. Edad de los participantes agrupado por derivación a cuidados paliativos - Gráfico de Cajas _____	40
Gráfico 4. Sexo de los participantes _____	41
Gráfico 5. Sexo de los participantes agrupado por derivación a cuidados paliativos _____	42
Gráfico 6. Escolaridad agrupada por derivación a cuidados paliativos _____	43
Gráfico 7. Nivel Socioeconómico aproximado por lugar de residencia _____	43
Gráfico 8. Grupo de Cánceres agrupado por derivación a cuidados paliativos _____	45
Gráfico 9. Estadío de Cáncer agrupado por derivación a cuidados paliativos _____	46
Gráfico 10. Presencia de Comorbilidades _____	47
Gráfico 11. Presencia de Comorbilidades agrupada por derivación a cuidados paliativos _____	47
Gráfico 12. Quimioterapia y Radioterapia agrupada por Derivación a cuidados paliativos _____	48
Gráfico 13. Tiempo de Hospitalización agrupado por derivación a cuidados paliativos _____	51
Gráfico 14. Índice de Karnofsky - Histograma _____	53
Gráfico 15. Índice de Karnofsky agrupado por derivación a cuidados paliativos _____	53
Gráfico 16. Factores Sociodemográficos y clínicos asociados a derivación a cuidados paliativos (análisis de regresión logística, OR e IC 95%) _____	57

RESUMEN

El cáncer representa una de las principales causas de muerte en Ecuador, y su manejo en estadios avanzados requiere la integración de cuidados paliativos centrados en la calidad de vida. No obstante, la derivación a este tipo de atención continúa siendo limitada y muchas veces tardía. El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital especializado de Ecuador.

Se desarrolló un estudio observacional, analítico y retrospectivo en el Hospital SOLCA Núcleo Guayaquil, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes oncológicos fallecidos en 2023. Se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas, y se aplicaron análisis estadísticos bivariados y multivariados.

Los resultados mostraron que la derivación estuvo significativamente asociada en paciente con un índice de Karnofsky <50 (OR: 0.91; IC 95%: 0.87–0.94; $p < 0.001$), el ingreso por área de emergencia frente a otras áreas (OR: 0.03–0.11; $p < 0.001$) y una estancia hospitalaria de menos de 5 días (OR: 0.25; IC 95%: 0.08–0.77; $p = 0.015$). Se concluye que la valoración funcional y el contexto clínico inmediato influyen significativamente en la derivación, y su uso sistemático podría mejorar el acceso oportuno a cuidados paliativos.

Palabras Claves: *Cuidados paliativos, cáncer, derivación, escala de Karnofsky, estado funcional.*

ABSTRACT

Cancer remains one of the leading causes of mortality in Ecuador, and its management in advanced stages requires the integration of palliative care focused on quality of life. However, referrals to palliative services are often delayed or underutilized. This study aimed to analyze the sociodemographic and clinical factors associated with the referral of oncology patients to palliative care in a specialized hospital in Ecuador.

An observational, analytical, and retrospective study was conducted at SOLCA Guayaquil Cancer Center, reviewing medical records of cancer patients who died in 2023. Sociodemographic and clinical variables were collected, and bivariate and multivariate statistical analyses were performed.

Findings showed that referral to palliative care was significantly associated with functional status, particularly with the Karnofsky Index (OR: 0.91; 95% CI: 0.87–0.94; $p < 0.001$). Patients admitted through emergency services had a higher likelihood of referral compared to those hospitalized in other areas (OR range: 0.03–0.11; $p < 0.001$), while short hospital stays (<5 days) were associated with a lower probability of referral (OR: 0.25; 95% CI: 0.08–0.77; $p = 0.015$). The results highlight the relevance of structured, functional, and contextual assessments to improve early identification of patients in need of palliative care.

Keywords: *palliative care, cancer, referral, Karnofsky Index, functional status, clinical factors*

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial y continúa en ascenso, tanto en incidencia como en mortalidad (1). Su impacto no solo se mide por los años de vida perdidos, sino también por el sufrimiento que produce en quienes lo padecen y en sus familias (2). A medida que las estrategias terapéuticas evolucionan y se prolonga la sobrevida de los pacientes, se vuelve cada vez más necesario incorporar un enfoque integral que no solo busque prolongar la vida, sino también mejorar su calidad (3). En este contexto, los cuidados paliativos son una parte clave de la atención oncológica, enfocándose en aliviar el dolor, controlar los síntomas, ofrecer apoyo psicológico, espiritual y emocional desde el momento del diagnóstico, no solo en la etapa final de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud reconoce a los cuidados paliativos como un derecho humano, subrayando su rol fundamental en enfermedades crónicas avanzadas como el cáncer. Sin embargo, en muchos países de ingresos medios y bajos, su integración dentro de los sistemas de salud sigue siendo limitada (4). En estos contextos, la derivación a cuidados paliativos suele ocurrir de forma tardía, cuando el paciente ya presenta un deterioro significativo o se encuentra en las últimas fases de la vida, privándole de una atención oportuna que podría mejorar su confort y dignidad. Esta situación no es ajena a Ecuador, donde, a pesar de la existencia de normativas y lineamientos institucionales, aún se observan deficiencias en cuanto al acceso, cobertura y oportunidad de estos cuidados.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha propuesto políticas para impulsar los cuidados paliativos; sin embargo, su implementación presenta desigualdades notables. Muchos hospitales carecen de equipos especializados, protocolos estandarizados de derivación o herramientas de tamizaje funcional. Además, persisten barreras culturales, como la percepción de que lo paliativo equivale a abandono terapéutico o resignación ante la muerte. Estas limitaciones estructurales y socioculturales han

contribuido a que la derivación a cuidados paliativos siga siendo subutilizada o reservada para escenarios extremos.

Diversos estudios internacionales han demostrado que la derivación temprana a cuidados paliativos se asocia con múltiples beneficios: mejora la calidad de vida del paciente, reduce hospitalizaciones innecesarias, optimiza el uso de recursos y mejora la satisfacción tanto de los pacientes como de sus cuidadores (5). No obstante, para que estas intervenciones sean efectivas, es necesario identificar adecuadamente a los pacientes que pueden beneficiarse de este tipo de atención. En este sentido, se han propuesto múltiples factores clínicos y sociodemográficos como posibles determinantes para decidir la derivación a cuidados paliativos. Estos incluyen el tipo y estadio del cáncer, la presencia de comorbilidades, el estado funcional (medido por escalas como el ECOG o el Índice de Karnofsky), así como características personales como el sexo, la edad o el nivel educativo (6).

En este contexto, el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital de Ecuador. Para ello, se diseñó un estudio observacional, analítico y retrospectivo que incluyó una revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico oncológico fallecidos durante el año 2023 en el Hospital Oncológico SOLCA Guayaquil. Se recogieron datos sobre edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, tipo y estadio del cáncer, presencia de comorbilidades, tratamientos recibidos (quimioterapia, radioterapia, cirugía), estado funcional (ECOG e IK), área de internación, duración de hospitalización y si fueron o no derivados a cuidados paliativos. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis estadísticos univariados, bivariados y multivariados para determinar asociaciones significativas entre estas variables y la derivación.

La importancia de este estudio radica en que ofrece una mirada crítica y objetiva sobre el perfil de los pacientes oncológicos que acceden a cuidados paliativos en un hospital de referencia. Además, permite identificar posibles patrones de inequidad o falta de criterios estandarizados en la toma de

decisiones clínicas. Identificar si algunas características clínicas o sociodemográficas afectan la derivación puede ayudar a mejorar la equidad, el acceso y la calidad de la atención paliativa en el sistema de salud de Ecuador.

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron evidenciar que la derivación estuvo significativamente asociada con el estado funcional del paciente, el área de internación y el tiempo de hospitalización. Variables como el índice de Karnofsky, el ingreso por emergencia y las estancias hospitalarias intermedias fueron identificadas como predictores significativos de la derivación a cuidados paliativos. En cambio, factores como la edad, escolaridad o comorbilidades no mostraron relación significativa. Estos hallazgos aportan evidencia relevante para orientar el diseño de protocolos de tamizaje, capacitación del personal de salud y estrategias de sensibilización institucional.

En definitiva, la presente investigación no solo contribuye al conocimiento sobre los determinantes de la atención paliativa en el ámbito oncológico, sino que también plantea un llamado a transformar el enfoque asistencial, poniendo en el centro la calidad de vida del paciente. Garantizar una atención paliativa oportuna, justa y centrada en la persona es un desafío ético y clínico que requiere del compromiso de todos los actores del sistema de salud. Esta tesis representa un paso hacia ese objetivo, al aportar evidencia local que puede ser utilizada para mejorar prácticas, formular políticas y, sobre todo, ofrecer un cuidado más humano y digno a quienes enfrentan enfermedades oncológicas avanzadas.

1 EL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACION, VALIDACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disponibilidad temprana de servicios de cuidados paliativos en pacientes oncológicos constituye un reto global que impacta de manera significativa en la calidad de vida de aquellos que padecen una enfermedad avanzada. A pesar de la creciente evidencia sobre los beneficios de referir a estos servicios de manera temprana, en muchos países, incluyendo Ecuador, todavía hay un retraso importante en la derivación de los pacientes (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere la incorporación de cuidados paliativos desde las etapas iniciales del tratamiento oncológico, garantizando un enfoque que no solo mitigue el padecimiento físico, sino que también proporcione soporte emocional y social tanto al paciente como a su familia. Sin embargo, en la práctica clínica, estos cuidados todavía se ven como una opción solo para las etapas finales de la vida, lo que limita su aplicación y fomenta el uso de tratamientos agresivos que no ofrecen beneficios claros para el paciente. (8).

En Ecuador, se ha observado un incremento en la incidencia del cáncer, convirtiéndose en una de las causas primordiales de morbilidad y mortalidad. Información actualizada del Hospital Oncológico SOLCA Quito señala que en el año 2023 se atendieron más de 431,000 pacientes, de los cuales una considerable proporción fue remitida desde la Red Pública Integral de Salud y el sector privado. Se llevaron a cabo más de 10,000 quimioterapias ambulatorias y 3,500 intervenciones quirúrgicas, lo cual evidencia la elevada demanda de atención en el sistema de salud (9,10). Sin embargo, la incorporación de cuidados paliativos en este esquema continúa siendo restringida, con una cantidad limitada de pacientes que tienen acceso a estos servicios en el momento oportuno. En la mayoría de las situaciones,

se produce la derivación en etapas avanzadas, cuando las alternativas terapéuticas han sido agotadas y el deterioro del paciente es irreversible.

Las investigaciones llevadas a cabo en América Latina han detectado múltiples obstáculos que explican este fenómeno. Por ejemplo, la ausencia de formación en cuidados paliativos en los programas de especialización médica genera incertidumbre y resistencia entre los profesionales de la salud al momento de derivar a sus pacientes (11). Una investigación reveló que el 69.5% de los médicos residentes perciben sus conocimientos como insuficientes en este campo, lo cual contribuye a la percepción equivocada de que la incorporación de cuidados paliativos equivale a la renuncia al tratamiento activo. Adicionalmente, la presión social y cultural desempeña un papel crucial, dado que numerosas familias se resisten a aceptar este tipo de atención debido al estigma asociado con la "preparación para el fallecimiento".(12)

Alternativamente, las restricciones en infraestructura y recursos dentro del sistema de salud de Ecuador complican aún más el acceso a dichos servicios. A pesar de que se han instaurado políticas para fortalecer la atención paliativa, su implementación continúa siendo desigual y fragmentada. La carencia de unidades especializadas y la ausencia de personal debidamente formado disminuyen las posibilidades de que los pacientes reciban un tratamiento integral de sus síntomas desde una fase inicial de la enfermedad. En consecuencia, numerosos individuos terminan enfrentándose a un desenlace de vida marcado por dolor mal controlado, hospitalizaciones reiteradas y un impacto emocional devastador tanto para ellos como para sus familiares (13).

Las repercusiones de esta circunstancia son diversas. Desde el punto de vista del paciente, la demora en la asignación de cuidados paliativos se manifiesta en un control más deficiente del dolor y otros síntomas, lo que intensifica el padecimiento innecesario. Para los familiares, la repercusión emocional y la responsabilidad física de asumir el cuidado sin el respaldo de un profesional pueden ocasionar niveles elevados de estrés y ansiedad. En el ámbito sanitario, la falta de un enfoque paliativo precoz conduce a una

utilización ineficaz de los recursos, resultando en un aumento en la cantidad de hospitalizaciones evitables y obstinación terapéutica en las últimas semanas de vida (14).

En caso de que esta circunstancia no sea gestionada de manera apropiada, las proyecciones para los pacientes oncológicos en Ecuador continuarán siendo desfavorables en términos de calidad de vida y acceso a una atención digna en la fase final de su patología. Por consiguiente, la presente investigación tiene como objetivo identificar y examinar los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital de Ecuador. A partir de estos descubrimientos, se pretende elaborar estrategias con el fin de concienciar al personal sanitario, optimizar los protocolos de referencia y mejorar el acceso oportuno a estos servicios indispensables. Con este objetivo, se aspira a contribuir a un modelo de atención más humano, que respete la dignidad del paciente, disminuya el sufrimiento y asegure una mejora en la calidad de vida en las fases avanzadas de una enfermedad.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Qué factores sociodemográficos y clínicos determinan la probabilidad de derivación a cuidados paliativos en pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Ecuador?

2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital de Ecuador

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la frecuencia de derivación a cuidados paliativos en pacientes oncológicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos derivados y no derivados a cuidados paliativos.
- Describir las características clínicas (tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, comorbilidades) de los pacientes oncológicos y su asociación relación con la derivación a cuidados paliativos.
- Comparar las características sociodemográficas y clínicas entre los pacientes oncológicos derivados y no derivados a cuidados paliativos”

3 MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Múltiples estudios han evidenciado que la derivación oportuna a cuidados paliativos mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Sin embargo, en América Latina, y particularmente en Ecuador, esta práctica sigue siendo limitada y poco sistematizada. Las investigaciones disponibles señalan que factores como la falta de formación en cuidados paliativos, el desconocimiento del equipo de salud sobre los criterios de derivación, y las barreras socioculturales influyen en el acceso desigual a este tipo de atención. Estudios realizados en países vecinos han resaltado la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en la toma de decisiones relacionadas con la derivación, mostrando patrones de exclusión en poblaciones vulnerables, como pacientes de edad avanzada, con bajo nivel educativo o residentes en zonas rurales.

3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En los últimos años, diversos estudios han resaltado la importancia de la referencia oportuna a cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado, evidenciando su impacto en la calidad de vida, el control de síntomas y la optimización del uso de recursos sanitarios. Sin embargo, la integración temprana de estos cuidados sigue siendo un desafío en distintos sistemas de salud a nivel mundial. Investigaciones realizadas en Francia, Portugal y Corea del Sur han abordado este problema desde diferentes enfoques,

proporcionando evidencia que sustenta la necesidad de mejorar los criterios de referencia y reducir las barreras que obstaculizan la atención paliativa temprana.

En París, Francia, Barth et al. (2020) llevaron a cabo un estudio retrospectivo en un hospital terciario con el objetivo de analizar el perfil de los pacientes con cáncer avanzado al momento de su primera derivación a un programa integrado de cuidados onco-paliativos. Se examinó a 416 pacientes remitidos al programa entre 2011 y 2013. Se desarrolló un Índice de Precocidad (IP) para evaluar el intervalo entre la derivación y el fallecimiento en relación con el tiempo desde el diagnóstico de la incurabilidad. Los estudios muestran que incluir cuidados paliativos desde el principio ayuda a suavizar el tratamiento en la etapa final de la enfermedad, pero aún hay obstáculos que retrasan las referencias, especialmente en algunos tipos de cáncer como el de próstata. Este estudio encontró que usar programas integrados mejora la calidad de la atención al final de la vida y que el IP es una herramienta útil para evaluar cuándo hacer una derivación, basándose en los avances en tratamientos y en las necesidades de cada paciente (9).

Desde una perspectiva crítica, Santos y Reis-Pina (2019) en Lisboa, Portugal, analizaron las razones que explican el retraso en la referencia de pacientes con cáncer a cuidados paliativos y su impacto en la dignidad y calidad de vida de los pacientes. Tras revisar muchos documentos y hacer un análisis cuidadoso, encontraron que la falta de conocimiento, formación y capacitación en cuidados paliativos entre los profesionales de la salud, junto con el estigma negativo sobre estos servicios, afecta mucho a su derivación tardía. Su investigación subrayó que la integración temprana de los cuidados paliativos en el tratamiento oncológico no solo optimiza el control de síntomas, sino que también mejora la satisfacción del paciente y su familia, reduce los costos sanitarios y, en algunos casos, prolonga la supervivencia. Como medida correctiva, los autores enfatizaron la necesidad de incluir la formación en cuidados paliativos como parte integral del currículo de oncología, con el fin de garantizar una atención más holística y humanizada (10).

Por otro lado, en Seúl, Corea del Sur, Kim et al. (2022) desarrollaron un modelo de pronóstico para facilitar la referencia de pacientes oncológicos a cuidados paliativos al menos tres meses antes de su fallecimiento. A través de un estudio de cohorte prospectivo en un centro oncológico terciario, se analizaron 200 pacientes con una expectativa de vida menor a un año. El estudio encontró seis factores que están relacionados con una menor supervivencia. Estos son: un estado funcional malo (ECOG ≥ 2), no recibir quimioterapia, tener anorexia, tener pocos linfocitos ($< 12\%$), tener altos niveles de lactato deshidrogenasa (LDH ≥ 300 UI/L) y una medida del brazo menor a 23 cm. Basándose en estos factores, desarrollaron un modelo de predicción que tiene una precisión del 82% y un área bajo la curva (AUC) de 0.88. Este modelo demostró que los pacientes con una puntuación ≥ 4 tienen una mediana de supervivencia de 2.9 meses, mientras que aquellos con menor puntuación tienen una mediana de 11.3 meses. Los autores concluyen que este modelo podría servir como una herramienta eficaz para alertar a los oncólogos sobre el momento adecuado para la referencia a cuidados paliativos, evitando retrasos que puedan comprometer la calidad de vida de los pacientes (11).

En conjunto, estos estudios internacionales coinciden en señalar que la referencia tardía a cuidados paliativos sigue siendo una problemática global que afecta el bienestar de los pacientes oncológicos. Las barreras identificadas incluyen la falta de formación de los profesionales de la salud, la percepción errónea de los cuidados paliativos como una medida exclusivamente terminal y la ausencia de herramientas objetivas para determinar el momento óptimo de derivación. En este contexto, la investigación sobre la referencia temprana a cuidados paliativos es muy importante para crear estrategias que ofrezcan una atención completa y humana, garantizando que los pacientes reciban el apoyo que necesitan en el momento correcto de su enfermedad.

3.3 ANTECEDENTES NACIONALES

En el ámbito ecuatoriano, las investigaciones enfocadas en la transferencia de pacientes oncológicos a cuidados paliativos continúan siendo

restringidas, lo que constituye una brecha significativa en la comprensión y optimización de esta fase esencial del proceso de asistencia sanitaria. La evidencia existente indica que, en numerosos hospitales del país, la derivación no se lleva a cabo de forma sistemática ni se fundamenta en criterios clínicos estandarizados, sino que a menudo se rige por decisiones personales del equipo médico o por la percepción tardía del pronóstico. Este panorama reviste particular preocupación en pacientes diagnosticados con oncogénesis, quienes, debido a la complejidad de su patología y al agotamiento físico y emocional que conlleva, podrían obtener beneficios considerables de una intervención paliativa temprana e integral.

Paccha et al, en Machala, Ecuador (2025), realizaron una revisión sistemática de 41 estudios entre 2019 y 2023 para analizar las barreras que enfrentan pacientes y familias en el acceso a cuidados paliativos. Utilizando el método PRISMA y fuentes como PubMed, Scielo, Redalyc y Dialnet, identifican barreras estructurales, culturales, económicas e institucionales, siendo las más relevantes la escasez de personal capacitado, la limitada disponibilidad de opioides, los altos costos no cubiertos por los sistemas de salud y el desconocimiento profesional sobre estos cuidados. Además, el estigma cultural hacia la enfermedad terminal y las ideas erróneas sobre los tratamientos dificultan su aceptación. El estudio evidencia una marcada desigualdad en zonas rurales y poblaciones vulnerables, concluyendo que superar estas barreras requiere políticas públicas integrales, formación especializada y fortalecimiento del apoyo emocional, para garantizar una atención paliativa digna y humanizada (15).

3.4 BASES TEORICAS

3.4.1 Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos

El cáncer se identifica como una de las causas primordiales de morbilidad y mortalidad a nivel global, ejerciendo un impacto devastador no solo en los pacientes, sino también en sus familias y cuidadores. Enfrentar un diagnóstico oncológico avanzado conlleva una batalla no únicamente contra la patología, sino también contra el dolor, la angustia emocional y las restricciones funcionales que comprometen la calidad de vida. Dentro de

este marco, los cuidados paliativos se rigen como un componente indispensable en la atención holística del paciente, asegurando que el bienestar y la dignidad sean prioridades en todas las fases de la patología. No obstante, pese a los datos empíricos que corroboran su eficacia, la asignación a estos servicios continúa ocurriendo de forma tardía, cuando el padecimiento ha alcanzado niveles irreversibles (16). Entender la relevancia de los cuidados paliativos, su objetivo y los parámetros para su puesta en práctica es esencial para modificar la percepción de estos servicios y optimizar la calidad de la atención en pacientes oncológicos.

3.4.1.1 Definición y Principios de los Cuidados Paliativos

Las intervenciones de cuidados paliativos constituyen un enfoque terapéutico concebido para optimizar la calidad de vida de pacientes con afecciones severas, mediante la regulación de síntomas físicos, emocionales y espirituales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos "mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación apropiada y la terapia del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales". (17)

Esta definición subraya varios principios fundamentales. Inicialmente, los cuidados paliativos no tienen como objetivo acelerar ni postergar el deceso, sino ofrecer un soporte holístico que respete el proceso natural de la enfermedad. En segundo lugar, es imperativo que estos cuidados se inicien desde el diagnóstico de una enfermedad grave, no limitándose únicamente a la etapa terminal. Finalmente, se subraya una perspectiva multidisciplinaria, en la que médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales colaboran para tratar las variadas dimensiones del sufrimiento humano. (18)

En el contexto de los pacientes con enfermedades oncológicas, los cuidados paliativos desempeñan un papel fundamental en la administración de síntomas tales como el dolor, la fatiga, la disnea y la ansiedad, además de proporcionar soporte emocional tanto al paciente como a su marco familiar.

La implementación precoz no solo optimiza la calidad de vida, sino que también ha evidenciado una prolongación de la supervivencia en determinados casos, al minimizar hospitalizaciones innecesarias y tratamientos invasivos sin resultados clínicos.(19)

Es crucial distinguir entre los cuidados paliativos y las intervenciones al final de la vida. Aunque los primeros pueden ser incorporados en cualquier fase de la enfermedad severa, los segundos están específicamente orientados a los pacientes en la etapa final de su vida, cuando el tratamiento curativo ya no es viable. La ambigüedad entre ambos conceptos ha generado un estigma que demora la alusión a los cuidados paliativos, privando a los pacientes de una gestión apropiada de su patología en fases iniciales. (20)

3.4.1.2 Importancia de la Derivación Temprana a Cuidados Paliativos

La interpretación incorrecta de que los cuidados paliativos se limitan exclusivamente a los últimos días de vida ha restringido su implementación precoz, a pesar de la evidencia científica que respalda sus ventajas. Numerosos estudios han evidenciado que la incorporación de cuidados paliativos desde el diagnóstico avanzado de cáncer mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes, optimiza la gestión de síntomas y disminuye la carga emocional tanto para los pacientes como para sus cuidadores (21).

Una de las ventajas primordiales de la asignación temprana de cuidados paliativos radica en la mitigación del padecimiento físico. Los individuos diagnosticados con carcinoma avanzado manifiestan síntomas debilitantes tales como dolor crónico, disnea, náuseas, insomnio y fatiga extrema, los cuales pueden ser gestionados eficazmente por un equipo especializado en cuidados paliativos. Adicionalmente, se ha registrado una disminución en la ansiedad y la depresión, atribuible al apoyo psicológico y a la colaboración en la toma de decisiones respecto al desarrollo de la enfermedad (22).

Un elemento esencial para considerar es la repercusión en el bienestar emocional y la carga familiar. El cáncer impacta no solo al individuo afectado, sino también a su entorno inmediato, induciendo elevados grados

de angustia, incertidumbre y sobrecarga en los profesionales de la salud. La referencia puntual a los cuidados paliativos facilita que las familias obtengan dirección sobre cómo gestionar la situación, proporcionándoles instrumentos para abordar el proceso con mayor seguridad y menos padecimiento (23).

Desde una perspectiva de costos y eficacia del sistema sanitario, la incorporación precoz de cuidados paliativos ha evidenciado una reducción en la frecuencia de hospitalizaciones innecesarias, una disminución en la administración de tratamientos invasivos sin beneficio y una optimización en la utilización de recursos médicos. Pese a estos descubrimientos, aún subsisten obstáculos que impiden la identificación precoz, lo cual conlleva severas repercusiones para los pacientes. (24)

Cuando se produce una derivación tardía hacia cuidados paliativos, los pacientes experimentan un incremento en el dolor y sufrimiento, son sometidos a intervenciones invasivas sin objetivo clínico y se ven sometidos a hospitalizaciones prolongadas que comprometen su calidad de vida. En numerosas instancias, se evidencia un enfoque terapéutico que prolonga la agonía en lugar de proporcionar un desenlace digno y tranquilo. (25)

3.4.1.3 Protocolos y Criterios de Derivación a Cuidados Paliativos

Pese al aumento de las pruebas acerca de las ventajas de los cuidados paliativos, la mención a estos servicios continúa siendo inconstante y se basa en gran parte en la percepción del médico que trata. Para facilitar la estandarización del procedimiento, varias entidades han establecido criterios específicos para la derivación a cuidados paliativos, fundamentados en el estado clínico y funcional del individuo.

Las directrices a nivel global indican que cada paciente con cáncer avanzado debe ser sometido a evaluación para determinar su aptitud para cuidados paliativos. Desde una perspectiva clínica, la referencia debe ser considerada cuando el paciente exhibe un estado funcional comprometido, cuantificado mediante escalas como el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y el Karnofsky Performance Status (KPS). Un puntaje de ECOG superior a 2 o KPS inferior al 70% señala una capacidad disminuida para

realizar actividades cotidianas, lo que justifica la necesidad de intervenciones de cuidados paliativos (26).

El estado clínico también constituye un factor determinante en la derivación. Los individuos con patología metastásica o en fases avanzadas, donde el tratamiento curativo ya no es factible, deben ser remitidos para recibir atención sintomática y apoyo holístico. Además, la manifestación de síntomas refractarios tales como dolor agudo, disnea persistente, caquexia o ansiedad severa constituyen criterios que justifican la consulta inmediata.

No obstante, persisten numerosas barreras y obstáculos en la rápida derivación a cuidados paliativos. La falta de conocimiento por parte de los profesionales médicos respecto al momento óptimo para la consulta, el temor de los pacientes y familiares a aceptar cuidados paliativos, y la disponibilidad restringida de servicios especializados en ciertas regiones.

3.4.2 Factores Sociodemográficos Asociados a la Derivación a Cuidados Paliativos

La derivación a cuidados paliativos en pacientes oncológicos no es solo una decisión médica basada en la evolución clínica de la enfermedad. Existen factores sociales y demográficos que influyen de manera significativa en el momento, la frecuencia y hasta la posibilidad misma de acceder a estos servicios. La edad del paciente, su género y su nivel socioeconómico han sido identificados como variables clave que condicionan la equidad en la atención paliativa. Comprender estas diferencias no solo permite visibilizar desigualdades, sino también plantea el reto de rediseñar estrategias más justas y humanas para brindar una atención paliativa realmente integral y oportuna (27).

3.4.2.1 Edad y Derivación a Cuidados Paliativos

La edad ha sido ampliamente estudiada como un factor que influye en la derivación a cuidados paliativos. En la teoría, se podría esperar que los pacientes de edad avanzada, al tener una mayor carga de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia funcional, sean referidos con mayor frecuencia y de forma más oportuna. Sin embargo, en la práctica, la edad

puede jugar un doble papel: como indicador clínico de necesidad o, por el contrario, como una barrera implícita que lleva a una atención menos proactiva (28).

En muchos contextos, los adultos mayores con cáncer son referidos a cuidados paliativos en etapas muy avanzadas, cuando ya no hay margen para una intervención significativa. Esta situación puede responder a una percepción errónea de que el deterioro funcional y la progresión del cáncer forman parte "normal" del envejecimiento. Además, hay evidencia de que en algunos sistemas de salud, el acceso de las personas mayores a servicios especializados puede verse limitado por decisiones clínicas que priorizan tratamientos en pacientes más jóvenes, bajo el supuesto de un mejor pronóstico o mayor posibilidad de recuperación (29).

Estudios internacionales han confirmado esta paradoja. Investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica han mostrado que, si bien los adultos mayores representan una proporción importante de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, reciben cuidados paliativos con menor frecuencia o de forma más tardía que los pacientes más jóvenes. Este hallazgo resulta preocupante, ya que los adultos mayores suelen presentar una mayor carga de síntomas y una mayor necesidad de apoyo en la toma de decisiones médicas, emocionales y sociales (30).

En el caso de Latinoamérica, el fenómeno se agrava debido a sistemas de salud fragmentados, aún en desarrollo, donde los servicios paliativos son escasos y se concentran en zonas urbanas. En estos contextos, la edad puede funcionar como un filtro implícito de acceso, especialmente en personas mayores sin redes de apoyo familiar o con recursos limitados para movilizarse hacia los centros especializados (31).

Es fundamental replantear las estrategias de derivación desde una visión centrada en la necesidad real del paciente y no en su edad cronológica. La evidencia clínica y el criterio humanista deben prevalecer sobre juicios subjetivos que, muchas veces sin intención, reproducen formas de discriminación etaria. Integrar la valoración geriátrica como parte del enfoque

paliativo podría contribuir a una toma de decisiones más ajustada y justa (31).

3.4.2.2 Sexo y su Influencia en la Derivación

El género es otra variable que incide en la forma en que los pacientes acceden a cuidados paliativos, aunque muchas veces se pasa por alto en los análisis clínicos tradicionales. Múltiples estudios han evidenciado diferencias en la derivación a estos servicios entre hombres y mujeres, reflejando tanto patrones culturales como sesgos estructurales dentro de los sistemas de salud (32).

En varios estudios, se ha observado que las mujeres suelen acceder más frecuentemente a cuidados paliativos que los hombres. Esta diferencia puede explicarse, en parte, por factores sociales: las mujeres tienden a expresar más abiertamente sus necesidades emocionales y físicas, lo que facilita su identificación por parte del personal de salud. Además, en muchos contextos, las mujeres mantienen redes de apoyo social más activas, lo que favorece la búsqueda y aceptación de intervenciones paliativas (33).

No obstante, esta mayor presencia femenina en servicios paliativos no siempre se traduce en una mejor calidad de atención. Algunas investigaciones alertan sobre la posibilidad de que las mujeres sean derivadas más rápidamente a cuidados paliativos bajo una visión que tiende a minimizar sus expectativas de tratamiento activo, en contraposición a los hombres, quienes a veces reciben terapias agresivas durante periodos más prolongados, incluso cuando su pronóstico es similar o peor (34).

Este doble estándar puede estar influido por percepciones inconscientes del equipo médico, en las que se atribuyen a los varones mayores expectativas de lucha o de resistir tratamientos intensivos, mientras que se espera que las mujeres adopten una actitud más resignada ante el deterioro. Estas creencias, aunque sutiles, pueden condicionar el tipo y el momento de las decisiones médicas, perpetuando desigualdades basadas en estereotipos de género (35).

Desde una perspectiva ética y humanista, es indispensable que la derivación a cuidados paliativos no esté determinada por el género, sino por las verdaderas necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente. La capacitación en enfoque de género dentro del ámbito oncológico y paliativo puede ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones más justas y equilibradas.

3.4.2.3 Nivel Socioeconómico y Acceso a Cuidados Paliativos

El nivel socioeconómico del paciente es uno de los determinantes sociales más influyentes en el acceso a los cuidados paliativos. En teoría, la atención paliativa debería estar disponible para todos, sin distinción de ingreso, educación o lugar de residencia. En la práctica, sin embargo, las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad económica enfrentan más barreras para recibir estos servicios de forma oportuna y continua (36).

Estas barreras son de diversa índole. Por un lado, están las dificultades para acceder a centros de atención especializada, especialmente cuando se ubican en zonas urbanas alejadas de las comunidades rurales o periurbanas. En muchos casos, los pacientes deben desplazarse largas distancias, incurriendo en gastos que no están cubiertos por los sistemas de salud. Además, los medicamentos para el alivio del dolor, como los opioides, pueden estar disponibles solo en centros de alta complejidad, lo que restringe su acceso a quienes tienen los recursos o los contactos necesarios (37).

Por otro lado, el nivel educativo también juega un papel crucial. Las personas con bajo nivel de instrucción pueden tener dificultades para comprender la naturaleza de los cuidados paliativos, sus beneficios y su compatibilidad con otras formas de tratamiento. Esto puede llevar a que rechacen o posterguen la aceptación de estos servicios, lo que termina deteriorando su calidad de vida en etapas avanzadas (38).

La evidencia confirma que el nivel socioeconómico influye no solo en el acceso, sino también en la calidad de los cuidados paliativos que se reciben. En muchos sistemas de salud, los servicios disponibles para personas de

bajos recursos están subfinanciados, cuentan con menor personal capacitado y presentan una alta rotación del personal. Esto contrasta con los servicios privados o de fundaciones, donde los pacientes acceden a atención más personalizada, programas integrales y apoyo domiciliario (39).

Frente a esta realidad, es urgente desarrollar políticas públicas que promuevan la equidad en el acceso a cuidados paliativos. Esto incluye la creación de unidades paliativas en hospitales públicos de segundo y tercer nivel, la capacitación de equipos locales en comunidades vulnerables y la garantía del suministro continuo de medicamentos esenciales para el alivio del dolor. Además, se requiere una campaña de sensibilización dirigida a la población general, que permita comprender que los cuidados paliativos no son un lujo, sino un derecho humano básico ante el sufrimiento evitable (39).

Solo cuando se rompan las barreras económicas y educativas se podrá garantizar que cada persona con cáncer, sin importar su condición social, tenga acceso a una atención paliativa oportuna, compasiva y de calidad. La equidad en salud no se logra igualando recursos, sino reconociendo las diferencias y actuando con justicia para compensarlas.

3.4.3 Factores Clínicos Asociados a la Derivación a Cuidados Paliativos

Los factores clínicos juegan un papel decisivo en el proceso de derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos. Más allá de la edad o el contexto social, la evolución de la enfermedad, las condiciones médicas acompañantes y las decisiones terapéuticas influyen directamente en el momento en que se considera adecuada la atención paliativa. Comprender estos elementos permite tomar decisiones más informadas, sensibles y centradas en el bienestar del paciente, especialmente cuando la enfermedad ya ha rebasado los márgenes del tratamiento curativo.

3.4.3.1 Tipo y Estadío del Cáncer

El tipo de cáncer y su estadio al momento del diagnóstico son dos de los determinantes clínicos más influyentes en la derivación a cuidados paliativos. En general, los pacientes con cáncer en estadio avanzado

presentan una carga sintomática mayor, una calidad de vida más deteriorada y una menor expectativa de supervivencia, factores que justifican una referencia temprana a cuidados paliativos. Sin embargo, en la práctica médica, no todos los tipos de cáncer reciben la misma consideración al momento de activar estos servicios (40).

Existen diferencias notorias entre los tumores sólidos y los hematológicos en cuanto a la frecuencia y el momento de la derivación. Por ejemplo, los pacientes con cáncer de pulmón, páncreas o hígado suelen ser derivados a cuidados paliativos con mayor frecuencia y de manera más temprana, debido al rápido deterioro clínico que suele caracterizar estas patologías. Por otro lado, los pacientes con leucemias o linfomas avanzados, a pesar de cursar con una carga de síntomas importante, muchas veces no son referidos oportunamente. Esto puede estar relacionado con la naturaleza fluctuante de estas enfermedades y con la posibilidad de respuesta a tratamientos intensivos incluso en etapas avanzadas (41).

Estudios internacionales han documentado esta disparidad. Una investigación realizada en Francia evidenció que los pacientes con cáncer de próstata eran derivados significativamente más tarde que aquellos con cáncer pulmonar, a pesar de compartir un pronóstico limitado. Esta diferencia no obedece únicamente a criterios clínicos, sino también a la percepción del equipo médico sobre la agresividad del tumor y las expectativas de respuesta terapéutica. La falta de protocolos específicos para cada tipo de cáncer también contribuye a esta variabilidad, generando inequidades en el acceso a cuidados paliativos (42).

En países como Ecuador, donde el acceso a cuidados especializados aún enfrenta limitaciones estructurales, estas diferencias pueden acentuarse. En muchos hospitales, los recursos paliativos se destinan prioritariamente a pacientes con tumores sólidos avanzados, mientras que otros tipos de cáncer quedan rezagados. Esto impone la necesidad urgente de estandarizar criterios de referencia que reconozcan la complejidad clínica más allá del tipo tumoral y que respondan a la experiencia vivida del paciente, su dolor, su funcionalidad y sus deseos.

3.4.3.2 Comorbilidades y su Impacto en la Derivación

La presencia de enfermedades crónicas asociadas, conocidas como comorbilidades, es otro factor determinante en la derivación a cuidados paliativos. Muchas personas con cáncer, especialmente en edades avanzadas, viven con múltiples condiciones de salud como hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca. Estas enfermedades, cuando se combinan con un diagnóstico oncológico, aumentan la vulnerabilidad del paciente y pueden acelerar el deterioro funcional. (43)

Desde una perspectiva clínica, la multimorbilidad representa un reto importante. Los tratamientos oncológicos pueden exacerbar otras condiciones preexistentes, o bien, estas enfermedades pueden limitar las opciones terapéuticas disponibles. Por ejemplo, un paciente con cáncer avanzado y enfermedad renal puede no tolerar ciertos quimioterápicos, lo que obliga a considerar alternativas menos agresivas. En estos escenarios, los cuidados paliativos ofrecen una vía para atender de manera integral los síntomas, priorizando el confort y la calidad de vida (44).

Sin embargo, la presencia de comorbilidades no siempre se traduce en una derivación temprana. En ocasiones, se considera que las enfermedades crónicas son parte del "panorama habitual" del paciente, y no se valoran como un indicador de mayor necesidad paliativa. Esta subestimación puede llevar a que la referencia se retrase hasta que el deterioro sea evidente, limitando las oportunidades de intervención efectiva (45).

Además, la multimorbilidad complejiza la toma de decisiones clínicas, ya que involucra la evaluación de múltiples variables simultáneamente. Los médicos deben ponderar no solo la evolución del cáncer, sino también el impacto funcional y emocional de las enfermedades coexistentes. En muchos casos, la falta de herramientas claras para abordar esta complejidad lleva a decisiones conservadoras, donde se posterga la atención paliativa en espera de una mayor "claridad diagnóstica" (46).

Abordar esta realidad requiere un cambio en el enfoque clínico. La atención paliativa debe considerarse una estrategia de soporte para todos los pacientes con enfermedades complejas, y no solo una opción final cuando todo lo demás ha fallado. La formación del personal de salud en evaluación geriátrica integral, manejo de síntomas múltiples y comunicación en contextos de incertidumbre puede ser clave para mejorar la calidad de la derivación en pacientes con comorbilidades.

3.4.3.3 *Tratamiento Recibido y Cuidados Paliativos*

El tipo de tratamiento oncológico que recibe un paciente también influye notablemente en la decisión de referirlo a cuidados paliativos. En muchos casos, los tratamientos agresivos como la quimioterapia, la radioterapia o las cirugías complejas se prolongan incluso en etapas avanzadas de la enfermedad, postergando la implementación de cuidados paliativos que podrían aportar mayor alivio y dignidad (47).

Existe una creencia persistente, tanto entre médicos como en pacientes, de que continuar con tratamientos activos es una forma de "luchar" contra la enfermedad. Esta narrativa, si bien entendible desde una perspectiva emocional, puede obstaculizar la transición hacia un enfoque paliativo, especialmente cuando la evidencia indica que los tratamientos ya no ofrecen beneficios claros y pueden generar efectos adversos significativos.

Numerosos estudios han señalado que la administración de quimioterapia en las últimas semanas de vida está asociada con una peor calidad de vida, mayor uso de recursos hospitalarios y un sufrimiento innecesario. Sin embargo, la presión social, el temor a decepcionar al paciente o a su familia, y la dificultad para comunicar el cambio de enfoque terapéutico, hacen que los cuidados paliativos sean postergados.

El rol del oncólogo es clave en este proceso. Son ellos quienes, en muchos casos, lideran la toma de decisiones terapéuticas y quienes tienen la oportunidad de proponer la incorporación de cuidados paliativos como parte del plan de atención integral. Para ello, es necesario que cuenten con herramientas de comunicación efectivas, que sepan identificar los límites del

tratamiento activo y que comprendan que derivar a cuidados paliativos no significa abandonar al paciente, sino acompañarlo desde una mirada más humana y realista.

En este sentido, se han desarrollado modelos de atención integrados, en los que los cuidados paliativos se introducen de forma paralela al tratamiento activo desde el inicio del diagnóstico de cáncer avanzado. Estos modelos han demostrado mejores resultados en términos de control de síntomas, satisfacción del paciente y menor uso de intervenciones invasivas al final de la vida. Su adopción en contextos como el ecuatoriano puede marcar una diferencia sustancial en la calidad de la atención oncológica (48).

La transición de un enfoque curativo a uno paliativo no debe verse como una derrota, sino como una evolución natural del proceso terapéutico. Cuando se hace de manera oportuna, consciente y con el acompañamiento adecuado, representa un acto de respeto profundo hacia el paciente y sus decisiones. En última instancia, el tratamiento más efectivo no siempre es el más agresivo, sino el que mejor responde a las necesidades reales de quien vive la enfermedad.

3.4.3.4 Estado Funcional (ECOG/KPS) y Derivación a Cuidados Paliativos

La evaluación del estado funcional de un paciente es una herramienta esencial en el proceso de toma de decisiones clínicas, especialmente cuando se trata de valorar la pertinencia de los cuidados paliativos. A través de instrumentos como la escala de desempeño del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y el Karnofsky Performance Status (KPS), los profesionales de la salud pueden estimar con mayor precisión la capacidad de un paciente para desenvolverse en su vida diaria, así como su grado de dependencia y el impacto global de la enfermedad en su funcionalidad. Estas escalas, más allá de los números que representan, permiten humanizar el enfoque clínico al situar al paciente como sujeto activo, con limitaciones concretas que requieren una atención ajustada a su realidad.

El ECOG es una escala sencilla que clasifica el estado funcional del paciente desde el nivel 0 (totalmente activo) hasta el 5 (muerte). El KPS, por su parte, ofrece un rango más detallado que va del 100% (sin síntomas ni limitaciones) hasta el 0% (fallecimiento), y es especialmente útil para evaluar cambios progresivos en el estado general del paciente. Ambas herramientas son utilizadas en oncología no solo para definir la elegibilidad para tratamientos activos, sino también para identificar el momento oportuno para la transición hacia una atención paliativa (49).

En contextos donde la evolución de la enfermedad oncológica es impredecible y las decisiones deben tomarse con sensibilidad y prontitud, el estado funcional se convierte en un indicador objetivo que permite anticiparse al deterioro clínico. Cuando un paciente presenta un ECOG igual o mayor a 2, o un KPS igual o inferior al 70%, se considera que tiene una capacidad reducida para realizar actividades de la vida diaria, lo que suele asociarse con un pronóstico limitado y una mayor necesidad de apoyo paliativo (50).

Estudios previos han demostrado una correlación directa entre un estado funcional bajo y una menor expectativa de vida. En investigaciones realizadas en centros oncológicos de referencia, se ha observado que los pacientes con KPS por debajo del 50% tienen una sobrevida media de apenas semanas, incluso si continúan recibiendo tratamientos activos. Esta información debería ser suficiente para motivar una evaluación paliativa inmediata; sin embargo, en la práctica, la referencia a cuidados paliativos se retrasa con frecuencia, incluso en pacientes con deterioro funcional evidente (51).

Este retraso puede atribuirse, en parte, a una visión fragmentada de la atención médica, donde la decisión de derivar a cuidados paliativos no se integra como parte del proceso terapéutico, sino que se considera solo cuando ya no hay otra opción. En muchos casos, los equipos médicos continúan enfocándose en tratamientos oncológicos agresivos, sin considerar que el paciente ya no cuenta con la reserva física necesaria para tolerarlos. Esta desconexión entre el estado funcional real del paciente y las

decisiones clínicas adoptadas genera sufrimiento innecesario y priva al paciente de una atención más compasiva y adaptada a sus necesidades.

Evaluar el estado funcional, por tanto, no debe verse como un trámite administrativo, sino como una oportunidad para redefinir el enfoque del tratamiento y abrir el diálogo con el paciente y su familia sobre expectativas realistas, prioridades personales y calidad de vida. Al incluir esta evaluación de forma sistemática, es posible identificar de manera temprana a los pacientes que se beneficiarían de un acompañamiento paliativo, mejorando no solo su bienestar físico, sino también su equilibrio emocional y espiritual.

El uso adecuado de estas escalas también permite una planificación más eficiente de los recursos sanitarios. Por ejemplo, en unidades de cuidados paliativos, conocer el estado funcional permite anticipar necesidades específicas como asistencia en la alimentación, movilización o soporte respiratorio, facilitando la organización del equipo interdisciplinario. Asimismo, en el ámbito hospitalario, permite tomar decisiones más acertadas sobre la pertinencia de internamientos prolongados, procedimientos invasivos o derivaciones a cuidados domiciliarios (52).

Es importante reconocer que, aunque las escalas ECOG y KPS son herramientas valiosas, no deben utilizarse de forma aislada. Su interpretación debe contextualizarse dentro de una evaluación clínica integral que considere también los síntomas, el estado emocional, las redes de apoyo y los deseos del paciente. La mirada humanizada del profesional de salud sigue siendo insustituible en este proceso (53).

En definitiva, el estado funcional es mucho más que un número o una categoría. Es el reflejo de cómo la enfermedad afecta la vida cotidiana del paciente y, por tanto, debe ser una guía fundamental en la toma de decisiones compasivas y centradas en la persona. Incluir de manera sistemática la evaluación funcional en la práctica clínica representa un paso firme hacia una atención paliativa más oportuna, justa y profundamente humana.

3.4.3.5 Tiempo de Hospitalización y Referencia a Cuidados Paliativos

Las hospitalizaciones prolongadas y recurrentes en pacientes con cáncer avanzado son, con frecuencia, un indicio de que el curso de la enfermedad ha entrado en una etapa crítica. Estas estancias repetitivas reflejan no solo la fragilidad clínica del paciente, sino también la dificultad del sistema de salud para ofrecer una atención más integrada, centrada en el control de síntomas y el acompañamiento paliativo. En este contexto, el análisis del tiempo de hospitalización cobra especial relevancia como un factor clínico que puede y debe guiar la toma de decisiones hacia la derivación a cuidados paliativos (54).

Cuando un paciente oncológico es hospitalizado una y otra vez por complicaciones derivadas de su enfermedad —dolor no controlado, infecciones, desnutrición, insuficiencia respiratoria, entre otras— se abre una ventana de oportunidad para replantear el enfoque terapéutico. Cada ingreso hospitalario representa un momento crítico no solo desde lo médico, sino también desde lo humano: una señal de alarma que invita a reflexionar si continuar con intervenciones curativas es lo más adecuado o si ha llegado el momento de priorizar el confort, la dignidad y la calidad de vida (55).

Numerosos estudios han mostrado que las hospitalizaciones prolongadas o frecuentes en pacientes oncológicos suelen preceder a la fase terminal de la enfermedad. La acumulación de ingresos en cortos períodos de tiempo, especialmente cuando no se logra una recuperación significativa, es un indicador de mal pronóstico y de una elevada carga sintomática. En lugar de insistir en nuevas terapias o procedimientos invasivos, estos episodios deben ser leídos como un llamado a integrar cuidados paliativos que acompañen al paciente y su familia en la toma de decisiones más conscientes y compasivas (56).

Lamentablemente, en muchos entornos hospitalarios, esta interpretación no ocurre de forma sistemática. La dinámica asistencial tiende a enfocarse en resolver el episodio agudo que motivó la hospitalización, sin detenerse a analizar el patrón global de la enfermedad. Como resultado, se pierde la oportunidad de iniciar un enfoque paliativo en un momento en que aún

podría marcar una diferencia significativa. Esto no solo afecta al paciente, sino que también incrementa el uso de recursos hospitalarios, generando un costo emocional y económico elevado para el sistema de salud y las familias (57).

Existen varios factores que explican la recurrencia de hospitalizaciones en pacientes oncológicos. Uno de los más relevantes es la falta de un plan de cuidados estructurado fuera del entorno hospitalario. Muchos pacientes no cuentan con seguimiento ambulatorio regular, equipos de atención domiciliaria ni orientación adecuada sobre el manejo de síntomas en casa. Esto lleva a que cualquier crisis, por menor que sea, termine convirtiéndose en un ingreso hospitalario. La ausencia de educación para el autocuidado o de redes de apoyo también limita la posibilidad de resolver estas crisis en un entorno menos invasivo (57).

Además, los propios profesionales de la salud pueden sentirse inseguros al manejar pacientes en fases avanzadas sin recurrir a la hospitalización. En ocasiones, el ingreso se convierte en una forma de "ganar tiempo" ante la incertidumbre, postergando la conversación sobre el pronóstico y el enfoque paliativo. Esta dinámica se ve alimentada por la falta de protocolos claros para la derivación, y por la percepción errónea de que los cuidados paliativos deben reservarse únicamente para los últimos días de vida (58).

Es fundamental transformar la forma en que se interpretan las hospitalizaciones repetidas en pacientes con cáncer. Más allá de un signo de fracaso terapéutico, deben ser vistas como una oportunidad para detener el curso clínico intensivo y abrir un espacio de diálogo con el paciente y su familia. Este diálogo debe centrarse en comprender sus prioridades, aliviar sus miedos y ofrecerles alternativas de atención que reduzcan el sufrimiento y permitan transitar esta etapa con mayor serenidad.

La implementación de equipos de cuidados paliativos dentro de los hospitales puede facilitar esta transición. Estos equipos pueden intervenir durante la hospitalización para realizar una evaluación integral del paciente, identificar necesidades no atendidas, establecer objetivos realistas de cuidado y planificar la continuidad de la atención fuera del hospital. Su

presencia también permite capacitar al personal médico y de enfermería sobre cuándo y cómo realizar una derivación oportuna.

Del mismo modo, la creación de protocolos institucionales que incluyan el tiempo y frecuencia de hospitalizaciones como criterios de alerta para la referencia a cuidados paliativos puede generar un cambio positivo en la práctica clínica. Al estandarizar este proceso, se reduce la variabilidad en la toma de decisiones y se garantiza que más pacientes reciban una atención compasiva y centrada en su calidad de vida.

En última instancia, lo que está en juego no es solo el número de días que un paciente pasa hospitalizado, sino el sentido que esos días tienen para él y su entorno. Una atención que reconoce el valor del tiempo vivido, que respeta el ritmo del paciente y que prioriza su bienestar por encima de la tecnificación sin propósito, es una atención verdaderamente humana. Y esa atención comienza, muchas veces, por mirar con otros ojos las hospitalizaciones repetidas y decidir, con valentía y empatía, cuándo es momento de acompañar desde lo paliativo.

3.4.4 Modelos Pronósticos y Estrategias para Mejorar la Derivación a Cuidados Paliativos

En la práctica clínica, una de las decisiones más delicadas es determinar el momento adecuado para derivar a un paciente oncológico a cuidados paliativos. Esta decisión no solo implica una evaluación médica, sino también un acto profundamente humano, en el que se reconocen los límites del tratamiento curativo y se abraza una atención centrada en el bienestar, el consuelo y la dignidad. Para facilitar este proceso y evitar retrasos innecesarios, se han desarrollado diversos modelos pronósticos y herramientas clínicas que buscan guiar al profesional de la salud, complementando su juicio clínico con criterios objetivos. Además, la formación y sensibilización de los equipos médicos se vuelve una estrategia clave para transformar la cultura asistencial, aún muy centrada en el paradigma curativo (59).

3.4.4.1 Modelos existentes para predecir la necesidad de cuidados paliativos

En las últimas décadas, se han propuesto múltiples modelos para ayudar a los médicos a predecir cuándo un paciente con cáncer se beneficiaría de los cuidados paliativos. Uno de los más destacados es el Índice de Precocidad (IP), desarrollado en Francia, que considera el tiempo entre el diagnóstico de incurabilidad y el momento de la derivación a cuidados paliativos. Este modelo permite evaluar si la referencia ocurrió dentro de un marco temporal que haya permitido una atención paliativa efectiva, y ha demostrado ser útil para identificar áreas de mejora en la práctica clínica (60).

Otro enfoque importante es el uso de modelos multivariantes basados en factores clínicos pronósticos. Por ejemplo, un estudio realizado en Corea del Sur desarrolló un modelo de predicción utilizando seis variables: estado funcional deteriorado (ECOG ≥ 2), ausencia de quimioterapia activa, presencia de anorexia, linfopenia, niveles elevados de lactato deshidrogenasa y circunferencia del brazo reducida. Este modelo, con una precisión del 82% y un AUC de 0.88, permitió clasificar a los pacientes en alto o bajo riesgo de fallecer en los próximos tres meses, facilitando decisiones más informadas sobre la derivación (61).

Además, existen escalas generales como el Palliative Performance Scale (PPS) o el Palliative Prognostic Score (PaP), que combinan datos clínicos y funcionales para estimar la supervivencia a corto plazo en pacientes con enfermedades avanzadas. Estas herramientas han sido validadas en diferentes contextos y permiten identificar de manera objetiva cuándo los pacientes pueden beneficiarse de una atención paliativa más intensiva (62).

No obstante, es importante señalar que, si bien estos modelos ofrecen un soporte valioso, no deben reemplazar el juicio clínico ni el diálogo con el paciente. La predicción de la evolución de una enfermedad siempre tiene un margen de incertidumbre, y por ello los modelos deben entenderse como guías complementarias, no como sentencias matemáticas. La sensibilidad del médico, su capacidad de escucha y la comprensión del contexto

individual siguen siendo elementos esenciales en el proceso de derivación (63).

3.4.4.2 Herramientas clínicas para la toma de decisiones en la derivación

Junto a los modelos pronósticos, se han desarrollado diversas herramientas clínicas que permiten estandarizar el proceso de derivación a cuidados paliativos y facilitar la identificación de pacientes en necesidad de estos servicios. Una de las más conocidas es el SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), que ofrece una lista de indicadores clínicos y funcionales que sugieren un deterioro progresivo y una necesidad creciente de atención paliativa (64).

El uso del SPICT ha demostrado mejorar la identificación temprana de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, y ha sido adaptado a distintos idiomas y contextos culturales. Su ventaja principal radica en su simplicidad: cualquier profesional de salud puede aplicarlo durante una consulta médica o durante la hospitalización, guiando así una conversación más profunda sobre las metas del cuidado y el futuro clínico del paciente (65).

Otra herramienta de valor es la llamada Pregunta de Sorpresa: “¿Me sorprendería que este paciente muriera en los próximos 12 meses?”. Aunque subjetiva, esta pregunta ha sido validada como un punto de partida efectivo para iniciar el enfoque paliativo. Si la respuesta es “no”, se debe considerar seriamente la posibilidad de integrar cuidados paliativos dentro del plan de atención (66).

También existen guías clínicas que sugieren criterios más específicos según el tipo de enfermedad. En oncología, por ejemplo, se recomienda considerar la derivación cuando hay progresión tumoral a pesar de tratamientos activos, deterioro funcional sostenido, síntomas refractarios o múltiples hospitalizaciones en un corto período. Estas guías ayudan a romper con la inercia terapéutica y promueven decisiones centradas en el confort del paciente (67).

Lo esencial en el uso de estas herramientas es que no solo orientan la acción médica, sino que fomentan una cultura institucional en la que la atención paliativa no es vista como el último recurso, sino como una opción válida y necesaria desde etapas tempranas de la enfermedad.

3.4.4.3 Estrategias para mejorar la sensibilización de los profesionales de la salud

A pesar de la disponibilidad de modelos y herramientas, la derivación a cuidados paliativos sigue siendo tardía en muchos casos. Esto evidencia una barrera más profunda: la falta de sensibilización y formación del personal de salud en el enfoque paliativo. La medicina moderna, centrada históricamente en la curación y la tecnología, ha dejado poco espacio para el abordaje del sufrimiento, la escucha activa y el acompañamiento compasivo. Cambiar esta realidad requiere estrategias formativas y culturales sostenidas en el tiempo (68).

Una de las primeras acciones necesarias es incorporar la formación en cuidados paliativos dentro del currículo de las carreras de medicina, enfermería y otras profesiones de la salud. No se trata solo de transmitir conocimientos técnicos, sino de fomentar una actitud ética y empática ante la enfermedad incurable. Esta formación debe incluir habilidades de comunicación, manejo del duelo, trabajo en equipo interdisciplinario y respeto por la autonomía del paciente (69).

Además, es fundamental realizar capacitaciones continuas para los profesionales en ejercicio, especialmente en hospitales y centros oncológicos. Estas capacitaciones pueden centrarse en el uso de herramientas de evaluación, en la identificación de pacientes candidatos, y en la toma de decisiones éticas en contextos de alta complejidad. El acompañamiento por parte de equipos de cuidados paliativos puede servir también como un modelo de buenas prácticas y como apoyo a los equipos tratantes (70).

Otra estrategia poderosa es visibilizar los beneficios de la atención paliativa a través de la experiencia directa. Cuando un profesional de salud observa

cómo mejora la calidad de vida de un paciente tras recibir cuidados paliativos, su percepción cambia. De igual forma, compartir historias de pacientes que han tenido una experiencia positiva puede generar un cambio profundo en la manera en que se concibe esta etapa de la atención.

También es importante promover la creación de protocolos institucionales claros, que integren criterios objetivos para la derivación, de manera que no todo dependa del criterio individual. La existencia de protocolos permite disminuir la variabilidad clínica, asegura una atención más equitativa y facilita el trabajo colaborativo entre oncólogos, médicos generales y equipos paliativos (71).

Finalmente, no se debe perder de vista que mejorar la derivación a cuidados paliativos también implica un cambio cultural en la sociedad. Hablar de la muerte, del dolor y del sufrimiento sigue siendo un tabú en muchas comunidades. Fomentar una cultura del cuidado, donde el final de la vida se viva con respeto, acompañamiento y dignidad, es una tarea que trasciende los muros del hospital y alcanza a todos los sectores sociales

4 FORMULACION DE LA HIPOTESIS.

Hipótesis nula (H_0): No existe asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos y el momento de derivación.

Hipótesis alternativa (H_1): Existe asociación entre esos factores y el momento de derivación.

5 METODOLOGIA

5.1 JUSTIFICACION DEL METODO UTILIZADO

La metodología escogida para esta investigación se ajusta a la naturaleza intrínseca del problema de investigación, dado que se requiere producir pruebas objetivas sobre los factores que inciden en la asignación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos. La selección de un diseño

cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal se basa en la finalidad de examinar datos auténticos, previamente documentados, con el objetivo de identificar correlaciones entre variables sociodemográficas y clínicas con la derivación oportuna (o no) a cuidados paliativos.

El enfoque metodológico cuantitativo posibilita la recolección y análisis sistemático de datos objetivos, promoviendo la cuantificación de frecuencias, comparaciones y relaciones estadísticas entre variables. Este método resulta particularmente beneficioso en las investigaciones sanitarias que demandan la identificación de patrones, tendencias y factores predictivos en extensos grupos poblacionales.

La naturaleza observacional de la investigación se justifica dado que no se busca intervenir ni alterar el curso clínico de los pacientes, sino observar y examinar cómo se ha implementado la derivación a cuidados paliativos en un entorno hospitalario auténtico. Esto posibilita la evaluación del comportamiento del sistema sanitario en respuesta a esta necesidad, evitando la introducción de sesgos derivados de una intervención experimental.

En el contexto de una investigación retrospectiva, se utilizarán registros preexistentes —específicamente, las historias clínicas de pacientes oncológicos fallecidos en el año 2023 en el Hospital SOLCA Núcleo Guayaquil— lo que permitirá acceder a un volumen significativo de información sin la necesidad de un seguimiento prospectivo exhaustivo. Este diseño se caracteriza por su eficiencia en términos de tiempo y recursos, permitiendo el análisis integral del curso clínico de cada paciente hasta el diagnóstico definitivo.

La elección de emplear un corte transversal facilita la configuración de un panorama general del fenómeno durante un período específico, identificando correlaciones entre variables en el instante de la manifestación clínica (deceso). A pesar de que este método no facilita la determinación de causalidad, resulta beneficioso para identificar patrones y factores que

requieren un análisis exhaustivo en futuras investigaciones longitudinales o prospectivas.

En última instancia, la naturaleza analítica de la investigación es crucial para cumplir con el objetivo general, que no se circunscribe a la descripción de las características de los pacientes, sino que aspira a establecer correlaciones significativas entre los factores sociodemográficos (edad, género, estrato socioeconómico) y clínicos (tipo de cáncer, estado, comorbilidades, estado funcional, tratamientos recibidos, hospitalizaciones) con la asignación a cuidados paliativos. Este análisis posibilitará la identificación de posibles inequidades, puntos críticos para la toma de decisiones clínicas y oportunidades de optimización en los procedimientos de cuidado paliativo.

5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de los datos: Retrospectivo
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal
- Según la intención estadística: Analítica, inferencial

5.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

La población objetivo de este estudio estuvo constituida por los 459 pacientes oncológicos fallecidos en el Hospital SOLCA Núcleo Guayaquil durante el año 2023, de acuerdo con el censo institucional de defunciones. Esta base sirvió como fuente primaria para la identificación de posibles participantes del estudio.

Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se conformó la población de estudio definitiva con 224 pacientes, cuyas historias clínicas contenían la información necesaria para el análisis de las variables planteadas. Estos casos fueron seleccionados para presentar registros completos y cumplir con las condiciones metodológicas requeridas.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico confirmado de cáncer.
- Fallecidos en el Hospital SOLCA Núcleo Guayaquil entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023.
- Historias clínicas que contienen información completa sobre: Tipo y estadio del cáncer, Presencia de comorbilidades, Tratamiento oncológico recibido, Estado funcional (ECOG o KPS), Tiempo de hospitalización, Registro de derivación (o no) a cuidados paliativos

Criterios de exclusión

- Pacientes derivados a cuidados paliativos exclusivamente por causas no oncológicas.
- Casos no registrados oficialmente en el censo de defunciones del hospital.
- Pacientes que fallecieron dentro de las primeras 24 horas de ingreso hospitalario, debido a que no contaron con oportunidad clínica suficiente para establecer una evaluación integral ni considerar la derivación a cuidados paliativos.

Procedimiento de selección de participantes

La identificación de los casos se realizó a partir del censo institucional de funciones del año 2023, proporcionado por el Departamento de Estadística del Hospital SOLCA Guayaquil. A partir de esta base de 459 pacientes fallecidos, se llevó a cabo una revisión individual y sistemática de las historias clínicas, tanto físicas como digitales.

Se utilizó una ficha de verificación estructurada, diseñada por el investigador, para registrar de manera uniforme el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Esta herramienta facilitó el proceso de clasificación y permitió filtrar los casos válidos para conformar la muestra final de 224 pacientes.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, en virtud del diseño retrospectivo del estudio y la disponibilidad real de registros clínicos completos. Este procedimiento garantizó la pertinencia y solidez de los datos recolectados, permitiendo desarrollar un análisis confiable sobre los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en el contexto hospitalario ecuatoriano.

5.3 VARIABLES

<i>Variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Definición operativa</i>	<i>Categorías / Rangos</i>	<i>Escala de medición</i>
Derivación a cuidados paliativos	Dicotómica	Registro clínico de derivación a cuidados paliativos.	Sí = 1 / No = 0	Nominal
Edad	Continua	Edad cronológica del paciente al momento del ingreso.	Valor numérico (años)	Cuantitativa continua
Sexo	Categórica	Sexo biológico del paciente.	Masculino / Femenino	Nominal
Escolaridad	Categórica	Nivel educativo alcanzado por el paciente.	Primaria / Secundaria / Superior	Ordinal
Nivel socioeconómico	Categórica	Zona de residencia como aproximación de nivel económico.	Urbana / Rural	Nominal
Grupo de cáncer	Categórica	Clasificación agrupada del tipo de cáncer.	Mama/genital / Digestivo / GU / Hematológico / SNC / Otros	Nominal
Estadio del cáncer	Categórica	Estadio clínico de la enfermedad oncológica.	I / II / III / IV	Ordinal
Comorbilidades	Dicotómica	Presencia o ausencia de	Sí / No	Nominal

		enfermedades concomitantes.		
Quimioterapia	Dicotómica	Registro de si el paciente recibió quimioterapia.	Sí / No	Nominal
Radioterapia	Dicotómica	Registro de si el paciente recibió radioterapia.	Sí / No	Nominal
Cirugía	Dicotómica	Registro de si el paciente fue sometido a cirugía.	Sí / No	Nominal
Grupo de cirugía	Categórica	Clasificación agrupada del tipo de cirugía realizada.	Ginecológica / Digestiva / Urológica / Otros	Nominal
Área de internación	Categórica	Área de hospitalización durante el episodio clínico.	Emergencia / Hospitalización / UCI / Intermedios	Nominal
Tiempo de hospitalización	Categórica ordinal	Duración de la estancia hospitalaria en días.	<5 días / 5–10 días / >10 días	Ordinal
ECOG	Dicotómica	Clasificación funcional del paciente en dos grupos (0–2 vs 3– 4).	0–2 / 3–4	Nominal
Índice de Karnofsky (IK)	Continua	Escala funcional continua del paciente (0 a 100).	Valor numérico de 0 a 100	Cuantitativa continua

6 PRESENTACION DE RESULTADOS

El presente estudio incluyó a un total de 224 pacientes oncológicos, con el objetivo de analizar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación a cuidados paliativos en un hospital de Ecuador. A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos planteados, con un enfoque descriptivo, comparativo y analítico.

6.1 Frecuencia de derivación a cuidados paliativos

De la muestra total, 75 pacientes (33.5%) fueron derivados a cuidados paliativos, mientras que 149 pacientes (66.5%) no lo fueron. Esta proporción pone en evidencia que aproximadamente uno de cada tres pacientes oncológicos en el contexto hospitalario recibió atención paliativa especializada, mientras que los demás fueron manejados bajo otros enfoques terapéuticos, a pesar del diagnóstico oncológico.

Derivación a Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos

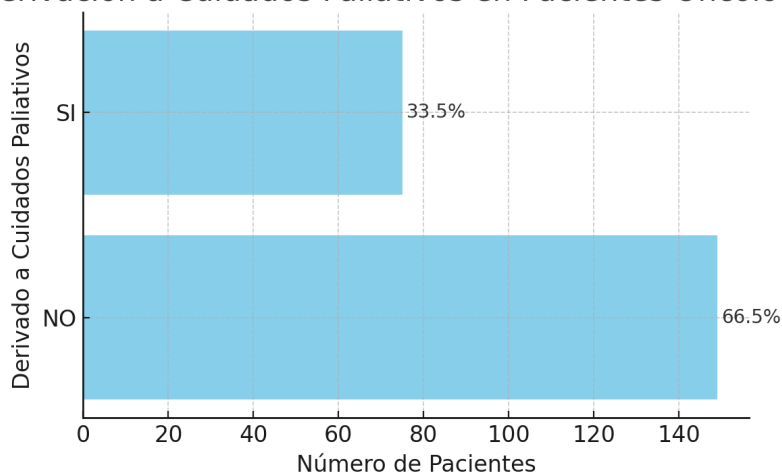


Gráfico 1. Derivación a Cuidados Paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.2 Características sociodemográficas según derivación

Tabla 1. Resumen de Variables categóricas

Variable	Categoría	Frecuencia General	Sí (n)	Derivación a CP			P valor
				No (n)	Sí (%)	No (%)	
SEXO	FEMENINO	128	53	75	41,4	58,6	0.0058
	MASCULINO	96	22	74	22,9	77,1	0.0058
ESCOLARIDAD	NO ESCOLARIDAD	6	1	5	16,7	83,3	0.824
	PRIMARIA	70	23	47	32,9	67,1	0.824
	SECUNDARIA	115	39	76	33,9	66,1	0.824
	SUPERIOR	33	12	21	36,4	63,6	0.824
NIVEL SOCIOECONOMICO	RURAL	50	12	38	24	76	0.149
	URBANA	174	63	111	36,2	63,8	0.149

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.2.1 Edad

La edad de los pacientes osciló entre 19 y 91 años, con una media general de 60.6 años (± 15.3). Al comparar los grupos, los pacientes derivados a cuidados paliativos presentaron una media de edad de 60.1 años, mientras que los no derivados registraron una media de 60.9 años. Esta diferencia fue estadísticamente no significativa ($p = 0.716$), lo que sugiere que la edad, por sí sola, no influyó de forma determinante en la decisión de derivar o no a cuidados paliativos. La distribución etaria entre ambos grupos fue homogénea, como lo reflejaron los diagramas de dispersión, cajas y barras con errores estándar.

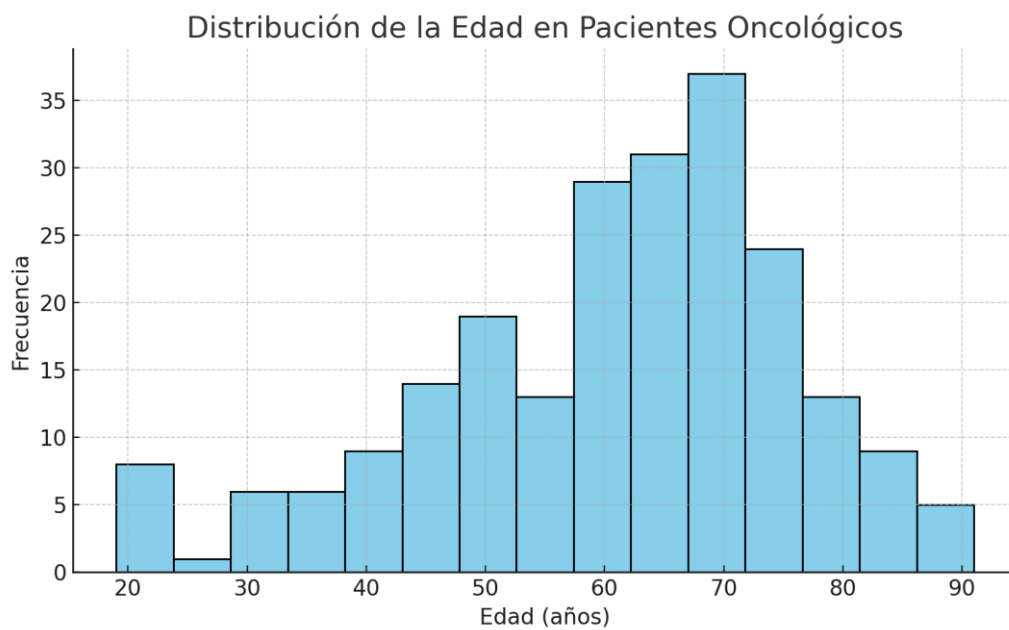


Gráfico 2. Edad de Participantes en Histograma

Fuente: Base de Datos Solca 2024

Elaboración Propia

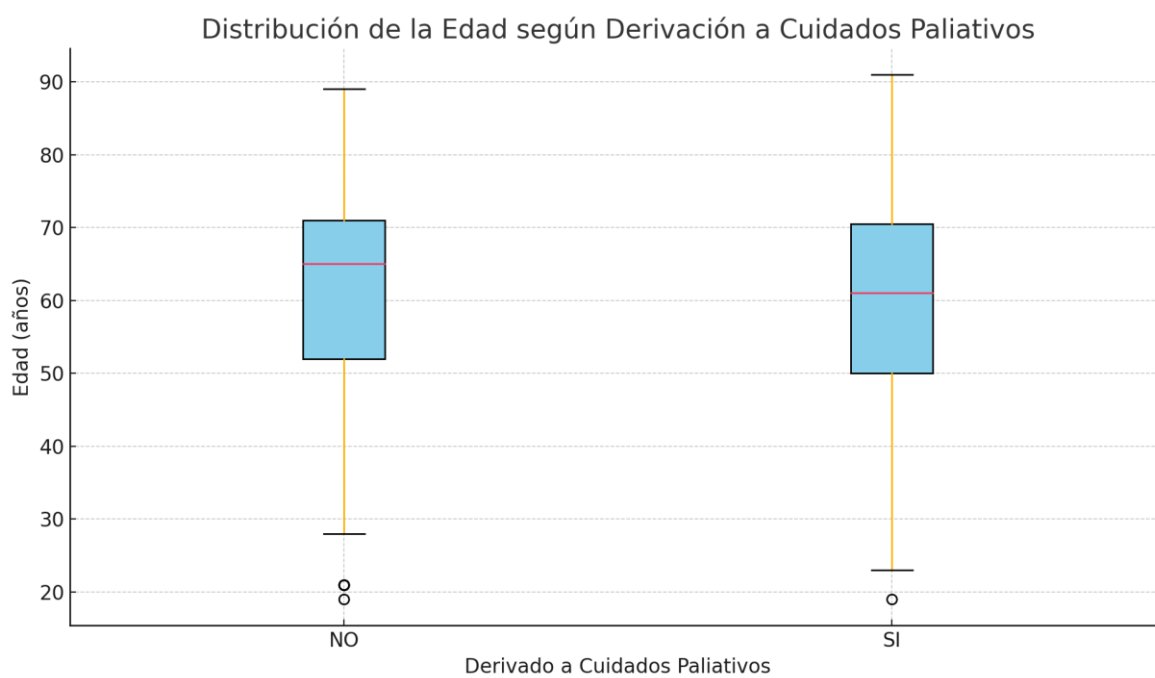


Gráfico 3. Edad de los participantes agrupado por derivación a cuidados paliativos - Gráfico de Cajas

Fuente: Base de Datos Solca 2024

Elaboración Propia

6.2.2 Sexo

En cuanto al sexo, el 57.1% de los pacientes fueron mujeres y el 42.9% hombres. La derivación a cuidados paliativos fue significativamente más frecuente en mujeres (41.4%) que en hombres (22.9%), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.0058$). Este hallazgo sugiere una posible influencia de género en las decisiones clínicas relacionadas con el acceso a cuidados paliativos, ya sea por percepción de vulnerabilidad, curso clínico, o respuesta emocional al tratamiento.

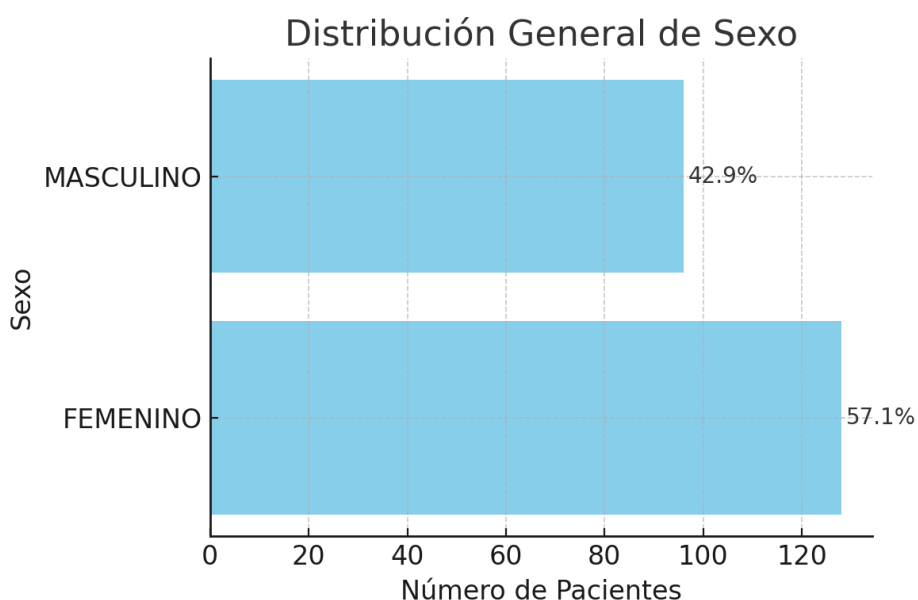


Gráfico 4. Sexo de los participantes

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

Distribución de Sexo según Derivación a Cuidados Paliativos

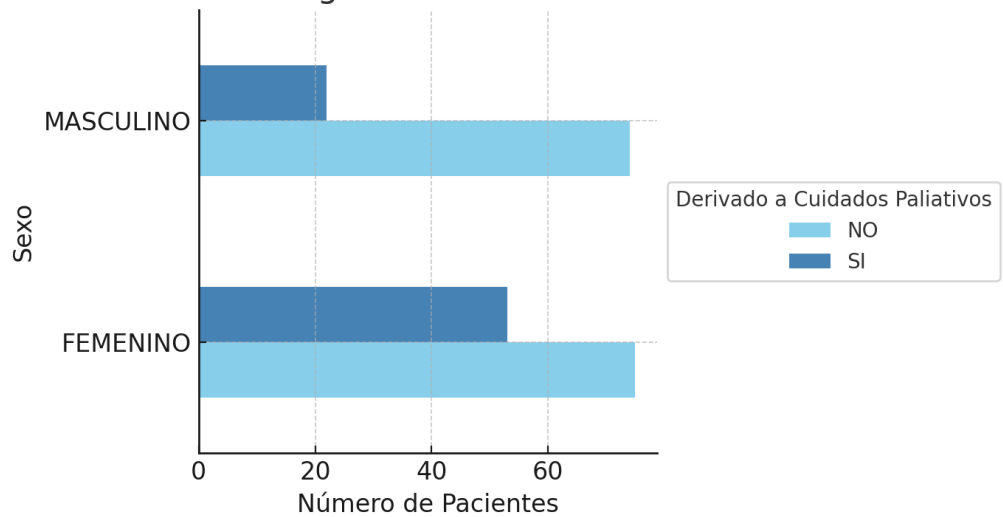


Gráfico 5. Sexo de los participantes agrupado por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.2.3 Escolaridad

La mayoría de los pacientes tenía educación secundaria (51.3%), seguido de educación primaria (31.3%) y superior (14.7%). Un pequeño porcentaje (2.7%) no tenía escolaridad formal. Al analizar esta variable en relación con la derivación a cuidados paliativos, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($p = 0.824$). Esto sugiere que el nivel educativo no fue considerado, de forma explícita o implícita, como un criterio para el acceso a cuidados paliativos.

Distribución de Escolaridad según Derivación a Cuidados Paliativos

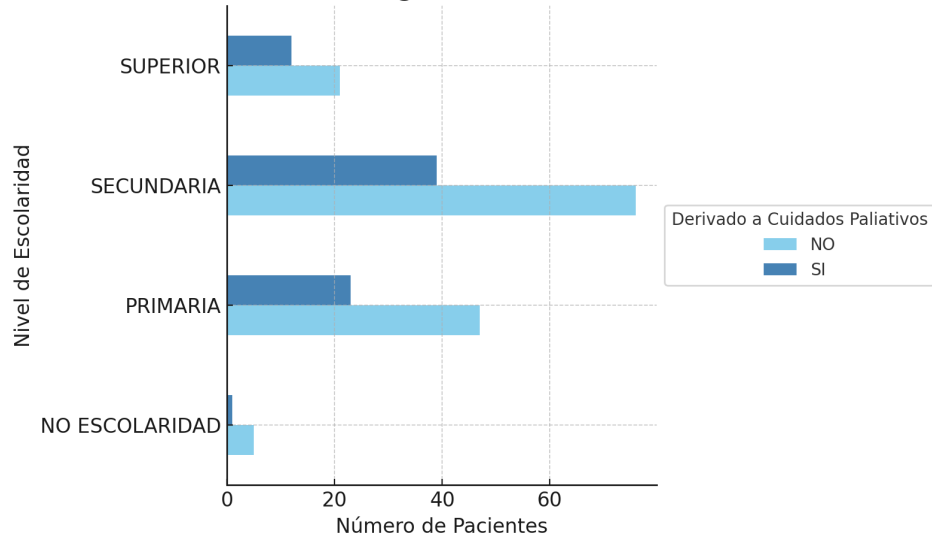


Gráfico 6. Escolaridad agrupada por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.2.4 Entorno socioeconómico

En cuanto al entorno socioeconómico, el 77.7% de los pacientes provenía de zonas urbanas, mientras que el 22.3% era de zonas rurales. La derivación fue más frecuente en el grupo urbano, pero la diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0.149$). Estos datos permiten concluir que el nivel socioeconómico, representado por el área de residencia, no tuvo un impacto claro en la decisión de remitir a cuidados paliativos.

Distribución del Nivel Socioeconómico según Derivación a Cuidados Paliativos

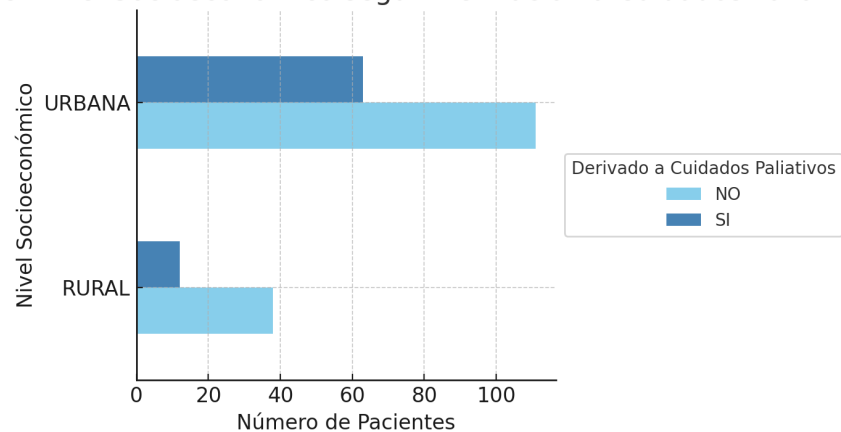


Gráfico 7. Nivel Socioeconómico aproximado por lugar de residencia

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3 Características clínicas asociadas a la derivación

6.3.1 Grupo de cáncer

Al analizar la distribución general de los diagnósticos oncológicos según su grupo, los cinco tipos más frecuentes fueron:

En primer lugar, el cáncer de mama y genitales femeninos, que representó el 25,4% de los casos ($n = 57$); seguido muy de cerca por el cáncer gastrointestinal, con el 25% ($n = 56$); el cáncer hematológico, con el 17% ($n = 38$); el cáncer de cabeza y cuello, con 4,9% ($n = 11$); y finalmente el cáncer del sistema nervioso central (SNC), con un 2,7% ($n = 6$). Estas cinco categorías concentraron la mayor carga de enfermedad oncológica en la población analizada.

Al desagregar los datos por derivación a cuidados paliativos, se observaron diferencias importantes entre los distintos grupos. El mayor porcentaje de derivación se registró en pacientes con cáncer de mama y genitales femeninos, de los cuales el 50,9% fueron remitidos a este tipo de atención. Le siguió el cáncer gastrointestinal, con una derivación del 39,3%, y el cáncer del SNC, con el 33,3%. Por el contrario, los pacientes con cáncer hematológico presentaron la tasa de derivación más baja, con apenas un 5,3% de casos remitidos a cuidados paliativos.

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0.0012$), lo que sugiere que el tipo de cáncer influye directamente en la probabilidad de ser derivado a cuidados paliativos, posiblemente debido al pronóstico, el curso clínico de la enfermedad o las necesidades específicas de manejo de cada grupo oncológico. Estos hallazgos destacan la necesidad de protocolos diferenciados de derivación según el tipo de cáncer.

Tabla 2. Grupo de Cánceres - Resumen

Grupo de Cáncer	Frecuencia General	Sí (CP)	No (CP)	% Sí	% No
Cáncer de SNC / Sistema Nervioso	6	2	4	33,3	66,7
Cáncer de cabeza y cuello	11	2	9	18,2	81,8
Cáncer de mama y genitales femeninos	57	29	28	50,9	49,1
Cáncer gastrointestinal	56	22	34	39,3	60,7
Cáncer hematológico	38	2	36	5,3	94,7
Cáncer metastásico o sin especificar	2	0	2	0	100
Cáncer respiratorio / torácico	27	7	20	25,9	74,1
Cáncer urológico	19	7	12	36,8	63,2
Otro	1	1	0	100	0
Sarcomas y musculoesqueléticos	7	3	4	42,9	57,1

Fuente: Base de Datos Solca 2024

Elaboración Propia

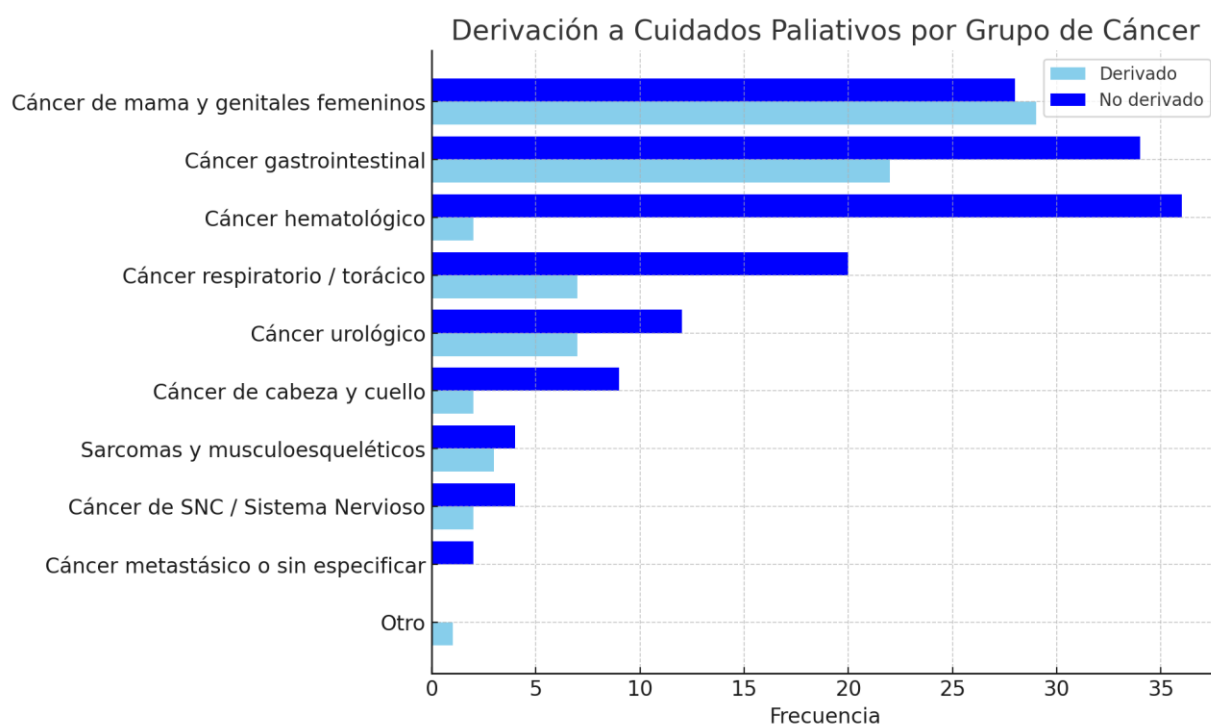


Gráfico 8. Grupo de Cánceres agrupado por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024

Elaboración Propia

6.3.2 Estadio del cáncer

La mayoría de los pacientes se encontraba en estadio IV (67.4%), seguido del estadio III (31.7%) y un pequeño grupo en estadio II (0.9%). La derivación fue significativamente más frecuente en aquellos con estadio IV, reflejando una asociación estadísticamente significativa entre el estadio clínico y la derivación a cuidados paliativos ($p = 0.0016$). Esto sugiere que, en este contexto hospitalario, el avance de la enfermedad fue un criterio clave para la decisión de remitir a cuidados paliativos.

Tabla 3. Estadio de Cáncer - Resumen

<i>Estadio de Cáncer</i>	<i>Frecuencia General</i>	<i>Sí (CP)</i>	<i>No (CP)</i>	<i>% Sí</i>	<i>% No</i>
II	2	1	1	50	50
III	71	12	59	16,9	83,1
IV	151	62	89	41,1	58,9

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

Distribución del Estadio del Cáncer según Derivación a Cuidados Paliativos

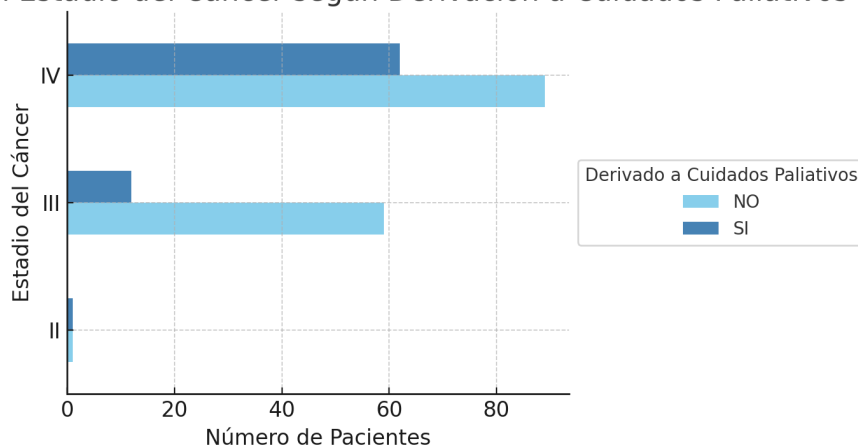


Gráfico 9. Estadío de Cáncer agrupado por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.3 Comorbilidades

El 63.4% de los pacientes presentaban comorbilidades, mientras que el 36.6% no las tenían. Al comparar ambos grupos según la derivación, no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.548$), lo que indica que la presencia o ausencia de enfermedades crónicas adicionales no influyó de manera significativa en la derivación.

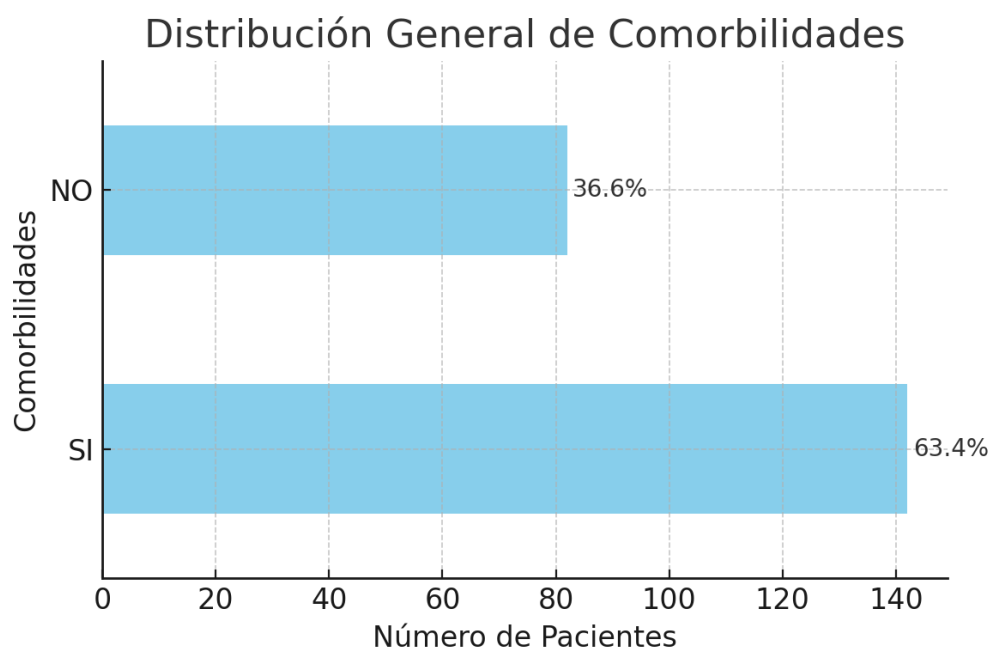


Gráfico 10. Presencia de Comorbilidades

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

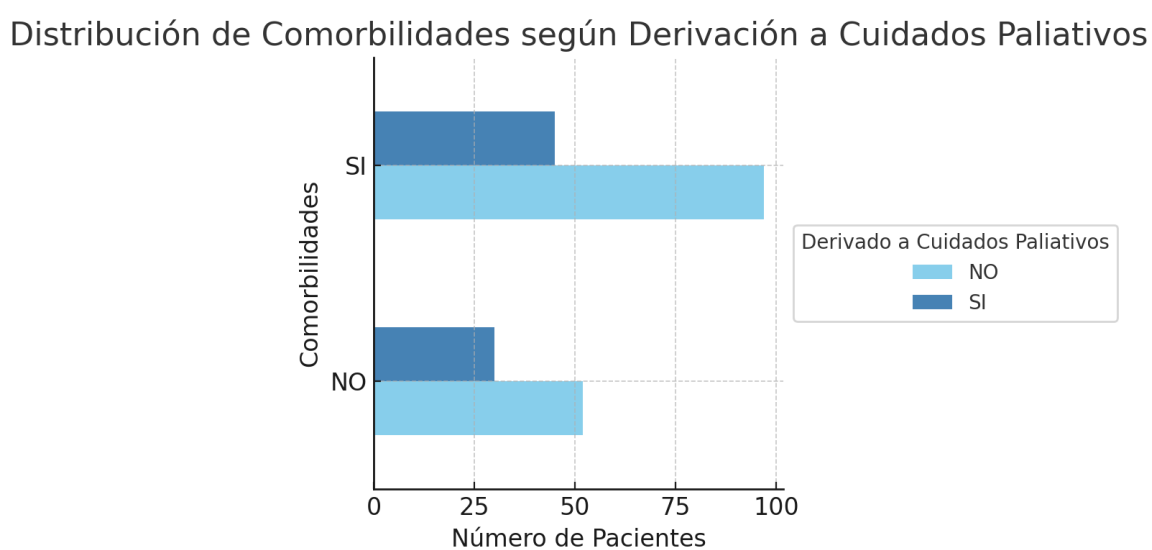


Gráfico 11. Presencia de Comorbilidades agrupada por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.4 Quimioterapia y radioterapia

La mayoría de los pacientes recibió quimioterapia (72.3%), mientras que solo el 16.5% recibió radioterapia. Ninguna de estas terapias mostró una asociación significativa con la derivación a cuidados paliativos ($p = 1.000$ para quimioterapia, $p = 0.966$ para radioterapia). Estos resultados sugieren que la decisión de derivación no estuvo condicionada por el tipo de tratamiento oncológico recibido, al menos en términos estadísticos.

Tabla 4. Quimioterapia y Radioterapia - Resumen

Variable	Categoría	Frecuencia General	Sí (CP)	No (CP)	% Sí	% No	Valor p
QUIMIOTERAPIA	NO	62	21	41	33,9	66,1	1
	SI	162	54	108	33,3	66,7	
RADIOTERAPIA	NO	187	62	125	33,2	66,8	0,9661
	SI	37	13	24	35,1	64,9	

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

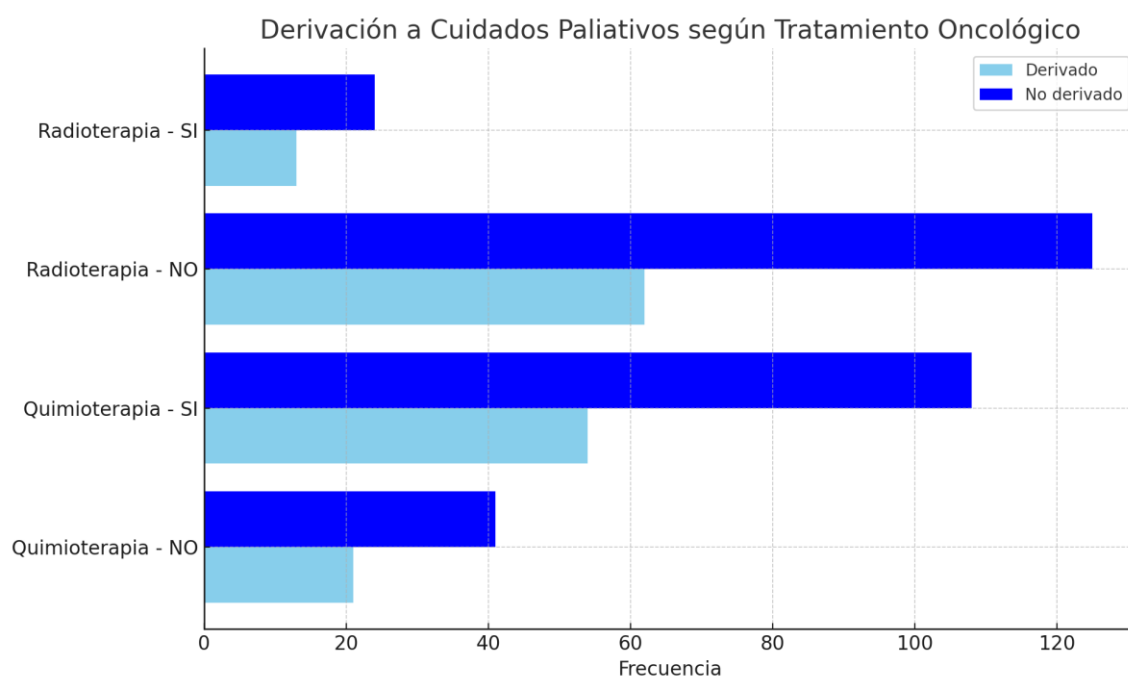


Gráfico 12. Quimioterapia y Radioterapia agrupada por Derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.5 Cirugía y tipo de cirugía

Respecto a la intervención quirúrgica, el 48.2% de los pacientes fueron operados. No se encontró una relación significativa entre haber recibido cirugía y la derivación ($p = 0.923$). Sin embargo, al analizar solo a los pacientes que fueron sometidos a cirugía ($n = 108$), se identificó que el tipo más frecuente fue la cirugía digestiva (29.6%), seguida por cirugía ginecológica y de mama (19.4%), y cirugía urológica (13.0%). Este análisis específico permite comprender mejor el abordaje quirúrgico dentro de esta cohorte y resalta el tipo de intervenciones más utilizadas en pacientes oncológicos.

Tabla 5. Tipo de Cirugía - Resumen

Tipo de Cirugía	Frecuencia General	Sí (CP)	No (CP)	% Sí	% No
Cirugía de cabeza y cuello / tiroides	6	1	5	16,7	83,3
Cirugía digestiva	32	9	23	28,1	71,9
Cirugía ginecológica y de mama	21	9	12	42,9	57,1
Cirugía musculoesquelética	3	2	1	66,7	33,3
Cirugía torácica	8	4	4	50	50
Cirugía urológica	14	6	8	42,9	57,1
Exploratoria / sin especificar	8	3	5	37,5	62,5
Exéresis tumoral general	9	1	8	11,1	88,9
Neurocirugía / columna	5	2	3	40	60
Otro	2	0	2	0	100
Sin cirugía	116	38	78	32,8	67,2

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.6 Área de Internación

En cuanto al área de internación de los pacientes oncológicos, se identificó que la mayor proporción fue atendida en el área de emergencia, con 91 casos, representando el 40,6% del total. Le siguió la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con 67 pacientes (29,9%), la Unidad de Cuidados Intermedios con 35 casos (15,6%), y finalmente el área de hospitalización con 31 pacientes (13,8%).

Al analizar la derivación a cuidados paliativos según el área de internación, se observó que el mayor porcentaje de derivación se dio en pacientes atendidos en emergencia, donde el 60.4% fueron derivados. En contraste, los pacientes hospitalizados presentaron una derivación del 35,5% , y los atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios del 17,1% . Por otro lado, en la UCI, solo el 4,5% de los pacientes fueron derivados a cuidados paliativos, a pesar de tratarse de un entorno de alta complejidad.

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (valor $p = 0.0001$), lo cual sugiere que el área de internación influye considerablemente en la probabilidad de ser derivados a cuidados paliativos. Este hallazgo podría reflejar distintas clínicas dinámicas, decisiones terapéuticas, o barreras estructurales en torno a la integración de los cuidados paliativos en áreas críticas como la UCI.

Tabla 6. Área de internación de los participantes

Área de Internación	Frecuencia General	Sí (CP)	No (CP)	% Sí	% No
EMERGENCIA	91	55	36	60,4	39,6
HOSPITALIZACION	31	11	20	35,5	64,5
UCI	67	3	64	4,5	95,5
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	35	6	29	17,1	82,9

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.7 Tiempo de hospitalización

La mayoría de los pacientes estuvo hospitalizada menos de 5 días (63.4%), mientras que el 18.3% permaneció entre 5 y 10 días y otro 18.3% más de 10

días. Se encontró una asociación altamente significativa entre la duración de la hospitalización y la derivación a cuidados paliativos ($p = 0.0007$). Los pacientes con hospitalizaciones más prolongadas fueron derivados con mayor frecuencia, lo que podría reflejar un mayor grado de complejidad clínica, un peor estado funcional o una evolución desfavorable que motivó la intervención del equipo de cuidados paliativos.

Tabla 7. Tiempo de Hospitalización - Resumen

<i>Tiempo de Hospitalización</i>	<i>Frecuencia General</i>	<i>Sí (CP)</i>	<i>No (CP)</i>	<i>% Sí</i>	<i>% No</i>
Entre 5 y 10 días	41	18	23	43,9	56,1
Menos de 5 días	142	35	107	24,6	75,4
Más de 10 días	41	22	19	53,7	46,3

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

Distribución del Tiempo de Hospitalización según Derivación

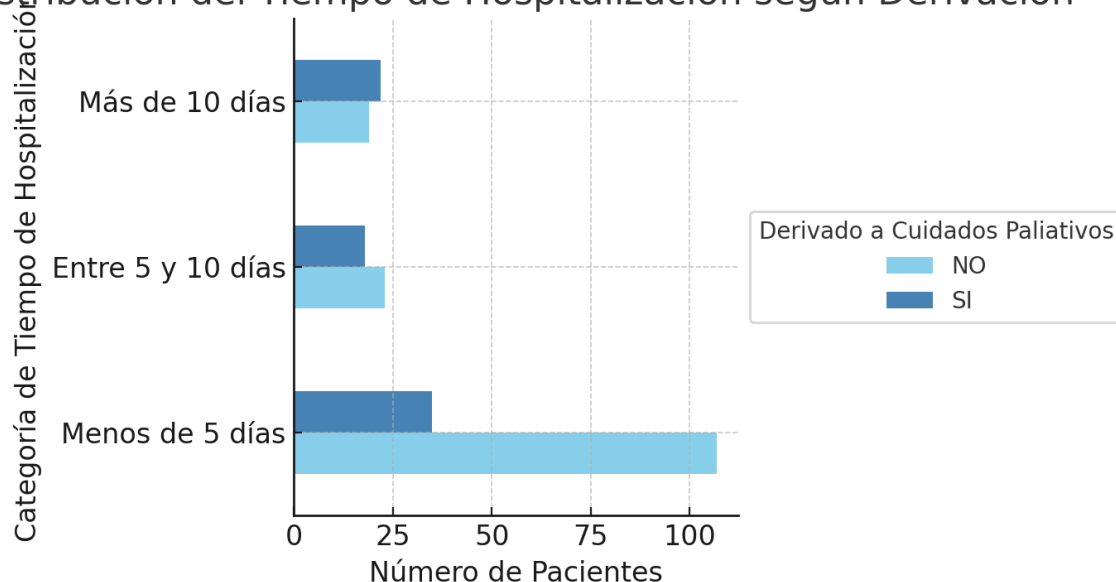


Gráfico 13. Tiempo de Hospitalización agrupado por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.8 Índice de Karnofsky

El análisis del estado funcional mediante el Índice de Karnofsky (IK) mostró diferencias significativas entre los pacientes derivados y no derivados a cuidados paliativos. En el análisis general, la mayoría de los pacientes presentaron un IK entre 50 y 70 puntos, con una media global de 62,8 puntos.

Al comparar los grupos, los pacientes derivados a cuidados paliativos presentaron una media de IK de 51.3 (± 15.2), mientras que los no derivados alcanzaron una media de 67.7 (± 11.0). Esta diferencia fue estadísticamente significativa según la prueba de Mann-Whitney U ($p < 0.00001$), indicando que los pacientes con menor nivel funcional eran derivados con mayor frecuencia.

Para una mejor comprensión clínica, se categorizaron los puntajes del IK en tres grupos:

- IK ≥ 70 : pacientes funcionales o con mínima dependencia
- IK entre 50 y 69: dependencia moderada
- IK < 50 : dependencia severa o estado debilitado

El análisis agrupado mostró que el 75.6% de los pacientes con IK < 50 fueron derivados a cuidados paliativos, mientras que solo el 7.7% de los pacientes con IK ≥ 70 lo fueron. Este patrón evidencia una relación directa entre el deterioro funcional severo y la indicación de cuidados paliativos, siendo el IK una herramienta clínicamente útil para sustentar decisiones de derivación.

En conjunto, los resultados respaldan el uso del Índice de Karnofsky como un criterio objetivo y clínicamente relevante para identificar pacientes que podrían beneficiar del enfoque paliativo, especialmente en contextos hospitalarios donde la progresión funcional marca el curso del tratamiento.

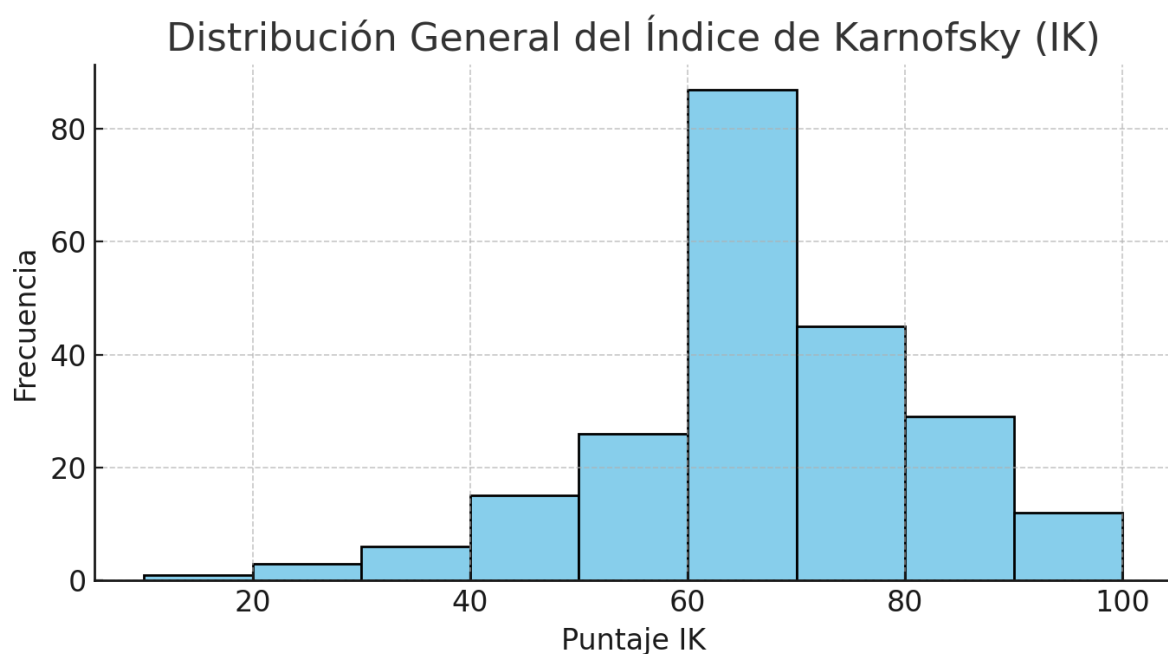


Gráfico 14. Índice de Karnofsky - Histograma

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

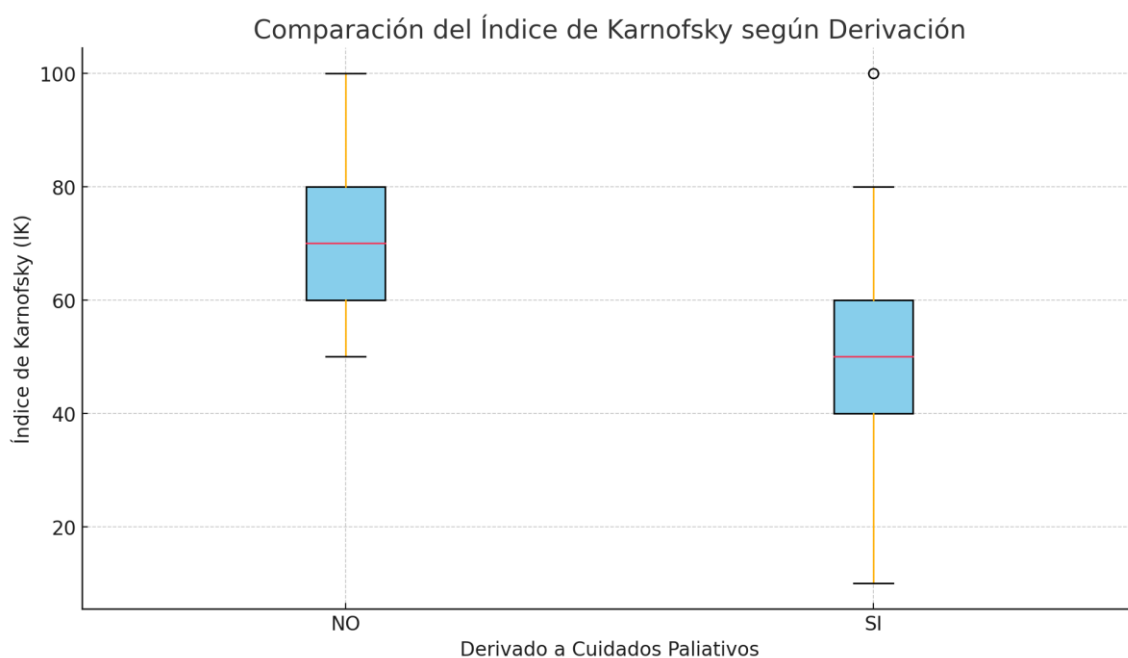


Gráfico 15. Índice de Karnofsky agrupado por derivación a cuidados paliativos

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.3.9 Índice ECOG

En la evaluación funcional de los pacientes mediante el índice ECOG, se observó una distribución variable por grados. El Grado I fue el más frecuente, con 77 pacientes (34.4%), seguido por el Grado II con 91 casos (40.7%). Los Grados III y IV fueron menos frecuentes, con 34 y 15 pacientes respectivamente, mientras que el Grado 0 fue el menos común, con apenas 7 casos registrados.

Al analizar la derivación a cuidados paliativos según cada grado, se evidenció una tendencia ascendente en la proporción de pacientes derivados conforme aumentaba el grado de deterioro funcional. En Grado 0, solo el 14.3% fue derivado; en Grado I, la proporción disminuyó aún más, a 7.8%. Sin embargo, a partir del Grado II, la derivación se incrementó notablemente, alcanzando el 35.2%. Esta tendencia fue aún más marcada en Grado III, donde el 64.7% de los pacientes fueron derivados, y se intensificó en el Grado IV, donde el 93.3% de los pacientes recibió atención paliativa.

Esta progresión revela una relación directa entre el nivel de dependencia funcional y la decisión clínica de derivación. El análisis estadístico confirmó que esta diferencia fue estadísticamente significativa (valor $p < 0.0001$), destacando la utilidad del índice ECOG como un criterio objetivo y confiable para identificar pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo integral.

Tabla 8. ECOG - Resumen

<i>ECOG</i>	<i>Frecuencia General</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>% Sí</i>	<i>% No</i>
Grado 0	7	1	6	14,3	85,7
Grado I	77	6	71	7,8	92,2
Grado II	91	32	59	35,2	64,8
Grado III	34	22	12	64,7	35,3
Grado IV	15	14	1	93,3	6,7

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

6.4 Factores Sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación a cuidados paliativos, Análisis Multivariante

Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria con el objetivo de identificar los factores asociados a la derivación a cuidados paliativos en pacientes oncológicos. La variable dependiente fue la derivación (sí/no). Inicialmente se considerarán múltiples variables sociodemográficas y clínicas con significancia previa o relevancia clínica; Sin embargo, para mejorar la estabilidad y la capacidad explicativa del modelo, se ajustó un modelo reducido incluyendo únicamente las variables estadísticamente significativas y clínicamente coherentes.

El modelo final incluyó tres variables principales : el índice de Karnofsky (IK) como medida continua del estado funcional del paciente ; el área de internación , que fue una variable categórica con varias categorías (emergencia , hospitalización , cuidados intermedios y como medida continua del estado funcional del paciente; el área de internación , que fue una variable categórica con varias categorías (emergencia, hospitalización, cuidados intermedios y UCI); y el tiempo de hospitalización , también categorizado (menos de 5 días, entre 5 y 10 días, y más de 10 días). Es importante aclarar que, aunque el modelo resultante incluyó múltiples coeficientes (uno por cada categoría), conceptualmente estas variables son consideradas de forma unitaria, ya que sus categorías se introducen al modelo como variables dummy para comparar con una categoría de referencia.

El modelo mostró un ajuste adecuado, con una prueba de verosimilitud global estadísticamente significativa (Omnibus test, $p < 0.00001$) y un pseudo R^2 de McFadden de 0.445 , lo cual indica que el modelo explicó aproximadamente el 44.5% de la variabilidad en la derivación. Además, todas las estimaciones convergieron adecuadamente, lo que respalda la robustez del modelo.

Entre los hallazgos principales, se identificó que el índice de Karnofsky (IK) se comprometió de forma inversa con la derivación a cuidados paliativos: por cada punto adicional en la escala (mejor funcionalidad), la probabilidad de

ser derivado disminuyó en un 9%, con un OR de 0,91 (IC 95%: 0,87–0,94, $p < 0,001$). Esto refleja que los pacientes con mayor deterioro funcional eran más frecuentemente derivados.

El área de internacionalización también mostró diferencias significativas. En comparación con los pacientes ingresados por emergencia (categoría de referencia), aquellos hospitalizados en sala convencional presentaron una probabilidad significativamente menor de ser derivados (OR: 0.11, IC 95%: 0.03–0.38, $p = 0.0004$), al igual que los pacientes atendidos en unidades de cuidados intermedios (OR: 0.08, IC 95%: 0.02–0.30, $p = 0.0002$) y en la UCI (OR: 0,03, IC 95%: 0,007-0,12, $p < 0,001$). Este hallazgo sugiere que la derivación ocurre con mayor frecuencia desde el área de emergencia, posiblemente por el contexto agudo y decisivo en el que se reciben muchos pacientes oncológicos avanzados.

Finalmente, el tiempo de hospitalización también fue una variable influyente. Los pacientes con estancias breves (menos de 5 días) presentaron una probabilidad significativamente menor de ser derivados a cuidados paliativos (OR: 0,25, IC 95%: 0,08–0,77, $p = 0,0158$), en comparación con aquellos cuya estancia fue de entre cinco y diez días. Esta relación podría reflejar casos menos complejos o con menor tiempo disponible para activar decisiones paliativas durante internaciones cortas.

En conjunto, estos resultados muestran que el estado funcional (IK), el entorno asistencial y la duración de la hospitalización fueron factores determinantes en la derivación a cuidados paliativos. El modelo ajustado no solo fue estadísticamente significativo, sino que también ofrece información relevante para mejorar los criterios clínicos de derivación, promoviendo una atención más oportuna y centrada en las necesidades del paciente oncológico avanzado.

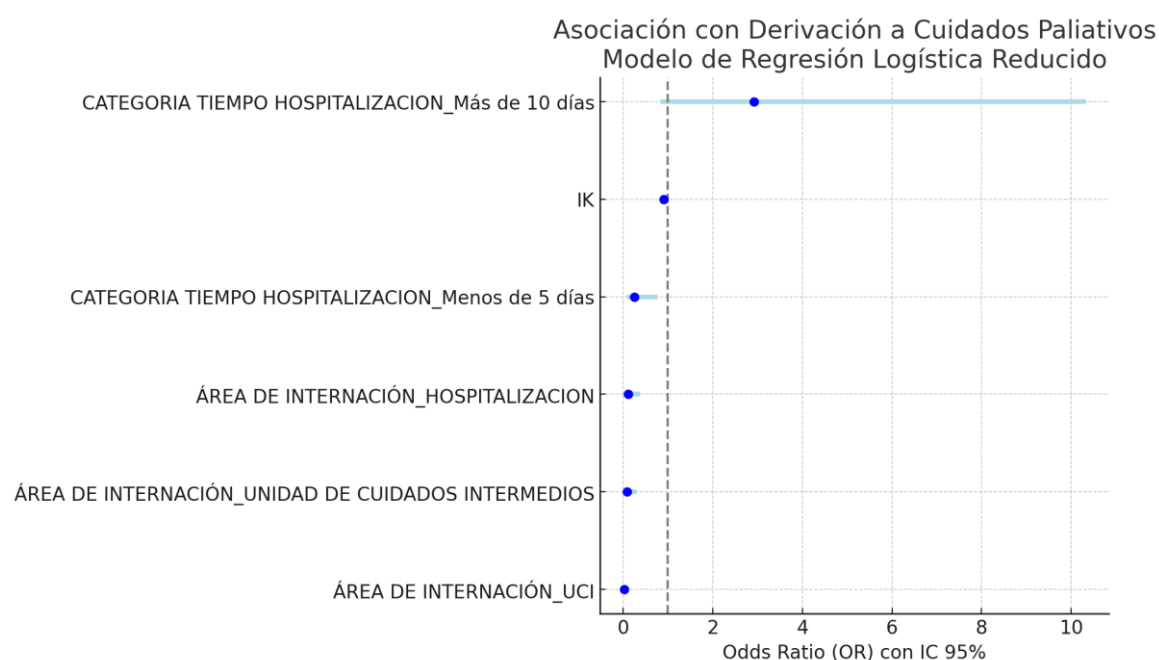


Gráfico 16. Factores Sociodemográficos y clínicos asociados a derivación a cuidados paliativos (análisis de regresión logística, OR e IC 95%)

Fuente: Base de Datos Solca 2024
Elaboración Propia

7 CONCLUSIONES

El presente estudio permitió identificar los principales factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación a cuidados paliativos en pacientes oncológicos hospitalizados. A través del análisis de una cohorte de 224 pacientes, se obtuvo un panorama integral sobre qué características influyeron de forma significativa en la decisión clínica de activar un enfoque paliativo.

En relación con los factores sociodemográficos, el sexo fue la única variable que mostró una diferencia significativa. Las mujeres fueron derivadas con mayor frecuencia a cuidados paliativos que los hombres, lo que podría estar relacionado con un mayor nivel de comunicación sobre síntomas, mayor aceptación del enfoque paliativo o incluso posibles sesgos inconscientes en la toma de decisiones clínicas. En contraste, otras variables como la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico no mostraron asociación con la derivación. Esto sugiere que, en este grupo, la derivación no estuvo

determinada por el nivel educativo ni por la condición económica, lo cual puede interpretarse de forma positiva, al indicar un acceso equitativo en función de la necesidad clínica más que de factores sociales.

En cuanto a los factores clínicos, uno de los hallazgos más importantes fue la relación entre el tipo de cáncer y la derivación. Los pacientes con cáncer de mama y genitales femeninos, así como aquellos con tumores del tracto digestivo, fueron derivados con mayor frecuencia. Por el contrario, los pacientes con neoplasias hematológicas tuvieron tasas de derivación considerablemente más bajas. Esta diferencia podría explicarse por la evolución más prolongada o impredecible de algunos tipos de cáncer, por el abordaje terapéutico distinto que requieren, o por barreras percibidas en la integración del enfoque paliativo en ciertos servicios.

El estadio clínico de la enfermedad también fue un factor determinante. A mayor estadio, mayor fue la probabilidad de derivación. Los pacientes en estadio IV fueron, de forma clara, los que más frecuentemente accedieron a cuidados paliativos. Esto respalda el criterio clínico de considerar la extensión de la enfermedad como un elemento central para activar la atención paliativa, especialmente cuando las posibilidades de tratamiento curativo son limitadas o nulas.

Uno de los aspectos más relevantes del estudio fue el análisis funcional. Se confirmó que el deterioro del estado funcional es un predictor importante de derivación. Los pacientes con grados altos de dependencia según el índice ECOG y puntajes bajos en el índice de Karnofsky fueron significativamente más derivados. En el análisis multivariante, el índice de Karnofsky se mantuvo como una de las variables más sólidas. Se observó que, por cada punto adicional en esta escala, la probabilidad de derivación disminuyó en un 9%, con un odds ratio de 0.91 (IC 95%: 0.87–0.94). Esto indica que los profesionales de la salud priorizaron la derivación en pacientes con mayor nivel de deterioro funcional, lo cual es clínicamente coherente, ya que estos son los pacientes que más se benefician de un enfoque paliativo.

Además del estado funcional, el contexto clínico también influyó significativamente. Se identificó que el área de internación tuvo un papel

importante en la derivación. En comparación con los pacientes atendidos en emergencia, quienes ingresaron a hospitalización convencional, cuidados intermedios o UCI fueron derivados con menor frecuencia. En términos de riesgo, los pacientes hospitalizados presentaron una reducción del 89% en la probabilidad de ser derivados (OR: 0.11; IC 95%: 0.03–0.38), mientras que quienes se encontraban en cuidados intermedios presentaron una reducción del 92% (OR: 0.08; IC 95%: 0.02–0.30), y los que estaban en UCI una reducción del 97% (OR: 0.03; IC 95%: 0.007–0.12). Estos datos sugieren que la derivación a cuidados paliativos se da con mayor frecuencia en contextos críticos como la emergencia, posiblemente porque es allí donde se concentran las decisiones más urgentes o terminales, mientras que en otras áreas asistenciales se puede dar continuidad a tratamientos más prolongados.

Por último, la duración de la hospitalización también se asoció con la derivación. Se encontró que los pacientes con estancias hospitalarias menores a cinco días fueron derivados con menor frecuencia que aquellos con estancias de duración intermedia. Esta categoría presentó un odds ratio de 0.25 (IC 95%: 0.08–0.77), lo que indica que tuvieron una reducción del 75% en la probabilidad de recibir cuidados paliativos. Esto puede deberse a que en estancias breves hay menos tiempo para identificar el perfil paliativo o para iniciar el proceso de derivación formal.

En conjunto, los resultados del análisis multivariado permitieron establecer que el estado funcional, el área de internación y el tiempo de hospitalización fueron los factores más influyentes en la derivación a cuidados paliativos. La inclusión del índice de Karnofsky en el modelo refuerza la necesidad de incorporar herramientas objetivas en la toma de decisiones clínicas. Además, las diferencias observadas según el entorno de atención y la duración de la estancia hospitalaria evidencian la importancia de contar con protocolos institucionales que promuevan la identificación oportuna de pacientes candidatos a cuidados paliativos, independientemente del área donde se encuentren. Implementar estos criterios de forma sistemática puede contribuir a garantizar un enfoque más justo, oportuno y centrado en la dignidad de los pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas.

8 RECOMENDACIONES

A la luz de los hallazgos obtenidos en este estudio, se hace evidente la necesidad de establecer cambios sustanciales en la manera en que se identifica y deriva a pacientes oncológicos hacia cuidados paliativos dentro del ámbito hospitalario. La derivación no debe entenderse como una decisión aislada, sino como parte de un proceso integral, basado en criterios objetivos, sensibilización del equipo de salud y una comprensión profunda de las necesidades reales del paciente. Por lo tanto, se plantean las siguientes recomendaciones, estructuradas desde una mirada práctica, reflexiva y orientada a la mejora de la calidad asistencial.

- Se recomienda institucionalizar la evaluación sistemática del estado funcional como parte del protocolo de ingreso y seguimiento de todo paciente oncológico. Herramientas como el Índice de Karnofsky o el ECOG deben ser aplicadas de forma rutinaria, no únicamente como instrumentos de evaluación pronóstica, sino como criterios fundamentales para valorar la indicación de un enfoque paliativo. El presente estudio demostró que el deterioro funcional se asocia significativamente con la derivación, por lo que su registro regular facilitaría decisiones clínicas más oportunas y basadas en la evidencia.
- Desarrollar protocolos de tamizaje paliativo estandarizados, que puedan ser activados en diferentes áreas del hospital, especialmente en emergencia, hospitalización y unidades de cuidados intensivos. Estos protocolos deben integrar no solo el estado funcional, sino también el estadio del cáncer, la evolución clínica reciente, la presencia de comorbilidades y la respuesta a tratamientos previos. La ausencia de guías claras puede derivar en decisiones tardías o subjetivas, y en consecuencia, en oportunidades perdidas para brindar atención paliativa en el momento adecuado.
- Otra recomendación importante es fortalecer la formación continua del personal de salud en cuidados paliativos, no solo desde el enfoque

médico, sino también desde una perspectiva multidisciplinaria. El hecho de que la derivación se haya concentrado principalmente en el área de emergencia sugiere que muchos equipos aún no integran plenamente el enfoque paliativo en otras áreas del hospital. Capacitar al personal para reconocer signos de sufrimiento, deterioro funcional y criterios de irreversibilidad, puede ampliar las oportunidades de intervención paliativa y evitar que estas decisiones se concentren únicamente en situaciones críticas o terminales.

- De igual forma, se recomienda mejorar la comunicación con pacientes y familiares sobre la naturaleza de los cuidados paliativos, ya que uno de los mayores obstáculos para su implementación temprana es el estigma que rodea este tipo de atención. Muchas veces se asocia lo paliativo con la renuncia a la atención o con la inminencia de la muerte, cuando en realidad se trata de una estrategia terapéutica activa, centrada en aliviar el sufrimiento, promover el confort y preservar la dignidad del paciente. Fomentar una cultura de diálogo honesto, empático y fundamentado puede facilitar la aceptación y el entendimiento del enfoque paliativo.
- En términos estructurales, se recomienda ampliar la cobertura de los equipos de cuidados paliativos dentro del hospital, permitiendo que tengan presencia y disponibilidad no solo en consulta externa, sino también en las salas de hospitalización, cuidados intermedios y UCI. Una mayor cercanía del equipo paliativo con las áreas clínicas permitiría realizar intervenciones conjuntas, valorar casos complejos en tiempo real y asegurar la continuidad del cuidado desde el ingreso hasta el alta o el final de la vida.
- Asimismo, se propone diseñar estrategias específicas para estancias hospitalarias breves, ya que se evidenció que los pacientes con internaciones de corta duración fueron menos derivados. Esto puede deberse a la falta de tiempo suficiente para una evaluación integral o a la subestimación de las necesidades paliativas en pacientes cuya

evolución es rápida. Herramientas de detección precoz y flujos de derivación más ágiles podrían contrarrestar este fenómeno.

- Finalmente, se alienta a realizar nuevas investigaciones multicéntricas y longitudinales que permitan validar estos hallazgos en otros contextos y niveles de atención. Ampliar la mirada hacia lo comunitario, lo ambulatorio y los cuidados domiciliarios es fundamental para entender la experiencia paliativa en su totalidad. Así también, se sugiere revisar y fortalecer los sistemas de registro clínico institucional, garantizando que variables clave como la funcionalidad, el estadio de enfermedad, los tratamientos recibidos y la evolución clínica estén debidamente documentadas y disponibles para la toma de decisiones.

En conjunto, estas recomendaciones buscan promover un modelo de atención más justo, humanizado y centrado en la persona. Reconocer que los cuidados paliativos no son una renuncia, sino una expresión de cuidado activo, ético y compasivo, debe ser el pilar sobre el cual se construyan las nuevas prácticas asistenciales en el manejo integral del paciente oncológico.

9 BIBLIOGRAFIA

1. Brown JS, Amend SR, Austin RH, Gatenby RA, Hammarlund EU, Pienta KJ. Updating the Definition of Cancer. *Mol Cancer Res.* 1 de noviembre de 2023;21(11):1142-7.
2. Carlson LE, Ismaila N, Addington EL, Asher GN, Atreya C, Balneaves LG, et al. Integrative Oncology Care of Symptoms of Anxiety and Depression in Adults With Cancer: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* octubre de 2023;41(28):4562-91.
3. Islami F, Guerra CE, Minihan A, Yabroff KR, Fedewa SA, Sloan K, et al. American Cancer Society's report on the status of cancer disparities in the United States, 2021. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(2):112-43.
4. Santacruz JG, Gil LFM. Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Rev Nutr Clínica Metab.* 2021;4(2):14-8.
5. Chelazzi C, Ripamonti CI. How early should be “Early Integrated Palliative Care”? *Support Care Cancer.* 19 de diciembre de 2023;32(1):41.
6. Chen L, Sleeman KE, Bradshaw A, Sakharang W, Mo Y, Ellis-Smith C. The Use of Person-Centered Outcome Measures to Support Integrated Palliative Care for Older People: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 1 de agosto de 2024;25(8):105036.
7. Hausner D, Tricou C, Mathews J, Wadhwa D, Pope A, Swami N, et al. Timing of Palliative Care Referral Before and After Evidence from Trials Supporting Early Palliative Care. *The Oncologist.* 1 de abril de 2021;26(4):332-40.
8. Yen YF, Lee YL, Hu HY, Sun WJ, Ko MC, Chen CC, et al. Early palliative care: the surprise question and the palliative care screening tool—better together. *BMJ Support Palliat Care.* 1 de junio de 2022;12(2):211-7.
9. Martínez MV, Lino N, Quinto R. Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. *Oncol Ecuad.* 30 de diciembre de 2017;27(3):238-52.

10. Villavicencio D. MÁS DE 431 MIL PACIENTES ATENDIDOS EN SOLCA QUITO [Internet]. Solca Núcleo de Quito. 2024 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://solcaquito.org.ec/en-ecuador-la-incidencia-de-cancer-en-los-ultimos-anos-ha-modificado-su-situacion-epidemiologica-presentandose-casos-con-mas-frecuencia-en-hombres-y-mujeres-desde-los-65-anos/>
11. Pergolizzi J, LeQuang JAK, Wagner M, Varrassi G. Challenges in Palliative Care in Latin America: A Narrative Review. *Cureus*. 16(5):e60698.
12. Hernández Quintero OT, Arbelo Figueredo M, Reyes Mendes MC, Medina González I, Chacón Reyes EJ. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. *Educ Médica Super*. marzo de 2015;29(1):14-27.
13. Aliaga Chávez RA, Bustamante Coronado ,Reina Isabel, Chumbes Sipan ,Mirna Liliana, Grados Sánchez ,Oswaldo Abelardo, Paredes Pascual ,Ricardo Rómulo, Salinas Paz ,José Luis, et al. Current state and future perspectives for palliative care in Latin America with a special focus on Peru. *Future Oncol*. 1 de abril de 2023;19(12):855-62.
14. Parajuli J, Hupcey JE. A Systematic Review on Barriers to Palliative Care in Oncology. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de noviembre de 2021;38(11):1361-77.
15. Tamay CLP, Rueda EYR, Salinas SMS, Ponce M del RC. Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: Perspectivas de pacientes y familias. *Más Vita*. 12 de marzo de 2025;7(1):8-25.
16. Caglayan A, Redmond S, Rai S, Rabbani RD, Ghose A, Sanchez E, et al. The integration of palliative care with oncology: the path ahead. *Ann Palliat Med* [Internet]. 11 de octubre de 2023 [citado 2 de abril de 2025];12(6). Disponible en: <https://doi.org/10.21037/apm-22-1154>
17. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumaran N, Bensemmane S, van Dusseldorp I, et al. Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med*. 1 de diciembre de 2021;47(12):1415-25.

18. Krakauer EL. Palliative Care: Toward a More Responsive Definition. En: MacLeod RD, Van den Block L, editores. Textbook of Palliative Care [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado 2 de abril de 2025]. p. 115-9. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-48991-4_1
19. Connor SR. Global Aspects of Palliative Care. En: MacLeod RD, Van den Block L, editores. Textbook of Palliative Care [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado 2 de abril de 2025]. p. 31-9. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-48991-4_4
20. Dzierżanowski T. Definitions of palliative care – narrative review and new proposal. *Med PaliatywnaPalliative Med.* 2022;13(4):187-200.
21. Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers.* 18 de febrero de 2022;14:1047.
22. Davis MP, Vanenkevort EA, Elder A, Young A, Ordonez IDC, Wojtowicz MJ, et al. When does early palliative care influence aggressive care at the end of life? *Support Care Cancer.* 1 de junio de 2022;30(6):5371-9.
23. Alcalde J, Zimmermann C. Stigma about palliative care: origins and solutions. *ecancermedicalscience.* 28 de abril de 2022;16:1377.
24. Luta X, Ottino B, Hall P, Bowden J, Wee B, Droney J, et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care.* 23 de junio de 2021;20(1):89.
25. Enguidanos S, Cardenas V, Wenceslao M, Hoe D, Mejia K, Lomeli S, et al. Health Care Provider Barriers to Patient Referral to Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Med.* 1 de septiembre de 2021;38(9):1112-9.
26. Hess LM, Smith ,David, Cui ,Zhanglin L., Montejano ,Leslie, Liepa ,Astra M., Schelman ,William, et al. The relationship between Eastern Cooperative Oncology Group performance status and healthcare resource utilization among patients with advanced or metastatic colorectal, lung or gastric cancer. *J Drug Assess.* 15 de diciembre de 2021;10(1):10-7.

27. de Oliveira Valentino TC, Paiva BSR, de Oliveira MA, Hui D, Paiva CE. Factors associated with palliative care referral among patients with advanced cancers: a retrospective analysis of a large Brazilian cohort. *Support Care Cancer*. 1 de junio de 2018;26(6):1933-41.
28. Burt J, Raine R. The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review. *Age Ageing*. 1 de septiembre de 2006;35(5):469-76.
29. Nelson KE, Wright R, Peeler A, Brockie T, Davidson PM. Sociodemographic Disparities in Access to Hospice and Palliative Care: An Integrative Review. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de noviembre de 2021;38(11):1378-90.
30. Frasca M, Orazio S, Amadeo B, Sabathe C, Berteaud E, Galvin A, et al. Palliative care referral in cancer patients with regard to initial cancer prognosis: a population-based study. *Public Health*. 1 de junio de 2021;195:24-31.
31. Jackson I, Jackson N, Etuk A. Trends, Sociodemographic and Hospital-Level Factors Associated With Palliative Care Utilization Among Multiple Myeloma Patients Using the National Inpatient Sample (2016-2018). *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de agosto de 2022;39(8):888-94.
32. Wong AD, Phillips SP. Gender Disparities in End of Life Care: A Scoping Review. *J Palliat Care*. 1 de enero de 2023;38(1):78-96.
33. Tobin J, Rogers A, Winterburn I, Tullie S, Kalyanasundaram A, Kuhn I, et al. Hospice care access inequalities: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 1 de junio de 2022;12(2):142-51.
34. Yang SL, Woon YL, Teoh CCO, Leong CT, Lim RBL. Adult palliative care 2004–2030 population study: estimates and projections in Malaysia. *BMJ Support Palliat Care*. 1 de mayo de 2022;12(e1):e129-36.
35. Gott M, Morgan T, Williams L. Gender and palliative care: a call to arms. *Palliat Care Soc Pract*. 1 de enero de 2020;14:2632352420957997.

36. French M, Keegan T, Anestis E, Preston N. Exploring socioeconomic inequities in access to palliative and end-of-life care in the UK: a narrative synthesis. *BMC Palliat Care*. 21 de noviembre de 2021;20(1):179.
37. Iqbal J, Moineddin R, Fowler RA, Krzyzanowska MK, Booth CM, Downar J, et al. Socioeconomic Status, Palliative Care, and Death at Home Among Patients With Cancer Before and During COVID-19. *JAMA Netw Open*. 27 de febrero de 2024;7(2):e240503.
38. Abel J, Kellehear A, Mills J, Patel M. Access to palliative care reimaged. *Future Healthc J*. 1 de noviembre de 2021;8(3):e699-702.
39. Davies JM, Maddocks M, Chua KC, Demakakos P, Sleeman KE, Murtagh FEM. Socioeconomic position and use of hospital-based care towards the end of life: a mediation analysis using the English Longitudinal Study of Ageing. *Lancet Public Health*. 1 de marzo de 2021;6(3):e155-63.
40. Castro JA, Hannon B, Zimmermann C. Integrating Palliative Care into Oncology Care Worldwide: The Right Care in the Right Place at the Right Time. *Curr Treat Options Oncol*. 1 de abril de 2023;24(4):353-72.
41. Bevins J, Bhulani N, Goksu SY, Sanford NN, Gao A, Ahn C, et al. Early Palliative Care Is Associated With Reduced Emergency Department Utilization in Pancreatic Cancer. *Am J Clin Oncol*. mayo de 2021;44(5):181.
42. Boddaert MS, Pereira C, Adema J, Vissers KCP, Linden YM van der, Raijmakers NJH, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. *BMJ Support Palliat Care*. 1 de mayo de 2022;12(e1):e137-45.
43. Quinn KL, Wegier P, Stukel TA, Huang A, Bell CM, Tanuseputro P. Comparison of Palliative Care Delivery in the Last Year of Life Between Adults With Terminal Noncancer Illness or Cancer. *JAMA Netw Open*. 4 de marzo de 2021;4(3):e210677.
44. Community-based short-term integrated palliative and supportive care reduces symptom distress for older people with chronic noncancer conditions

compared with usual care: A randomised controlled single-blind mixed method trial. *Int J Nurs Stud.* 1 de agosto de 2021;120:103978.

45. Beernaert K, Cohen J, Deliëns L, Devroey D, Vanthomme K, Pardon K, et al. Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: A population-based study. *Respir Med.* 1 de noviembre de 2013;107(11):1731-9.

46. Kawashima A, Evans CJ. Needs-based triggers for timely referral to palliative care for older adults severely affected by noncancer conditions: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Palliat Care.* 9 de marzo de 2023;22(1):20.

47. Mathews J, Hannon B, Zimmermann C. Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology. *Curr Treat Options Oncol.* 8 de abril de 2021;22(5):44.

48. Jabbari A, Sohrabi K, Niarraees Zavare AS. Hospital-Based Palliative Care Models: Advantages and Limitations. *J Health Adm.* 10 de julio de 2021;24(2):45-58.

49. Azam F, Latif MF, Farooq A, Tirmazy SH, AlShahrani S, Bashir S, et al. Performance Status Assessment by Using ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Score for Cancer Patients by Oncology Healthcare Professionals. *Case Rep Oncol.* 25 de septiembre de 2019;12(3):728-36.

50. Bergerot CD, Philip EJ, Bergerot PG, Hsu J, Dizman N, Salgia M, et al. Discrepancies between genitourinary cancer patients' and clinicians' characterization of the Eastern Cooperative Oncology Group performance status. *Cancer.* 2021;127(3):354-8.

51. McNair KM, Zeitlin D, Slivka AM, Lequerica AH, Stubblefield MD. Translation of Karnofsky Performance Status (KPS) for use in inpatient cancer rehabilitation. *PM&R.* 2023;15(1):65-8.

52. dos Santos Barros V, Bassi-Dibai D, Guedes CLR, Morais DN, Coutinho SM, de Oliveira Simões G, et al. Barthel Index is a valid and

reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care*. 12 de julio de 2022;21(1):124.

53. Are Prognostic Scores Better Than Clinician Judgment? A Prospective Study Using Three Models. *J Pain Symptom Manage*. 1 de octubre de 2022;64(4):391-9.

54. Dr., Jonathan, Yeh C, Dra, Arielle, Urman R, et al. Different Associations Between Inpatient or Outpatient Palliative Care and End-of-Life Outcomes for Hospitalized Patients With Cancer. *JCO Oncol Pract*. abril de 2022;18(4):e516-24.

55. Davis MP, Van Enkevort EA, Elder A, Young A, Correa Ordonez ID, Wojtowicz MJ, et al. The Influence of Palliative Care in Hospital Length of Stay and the Timing of Consultation. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de diciembre de 2022;39(12):1403-9.

56. Courtright KR, Madden V, Bayes B, Chowdhury M, Whitman C, Small DS, et al. Default Palliative Care Consultation for Seriously Ill Hospitalized Patients: A Pragmatic Cluster Randomized Trial. *JAMA*. 16 de enero de 2024;331(3):224-32.

57. Quinn KL, Stukel TA, Campos E, Graham C, Kavalieratos D, Mak S, et al. Regional collaborative home-based palliative care and health care outcomes among adults with heart failure. *CMAJ*. 26 de septiembre de 2022;194(37):E1274-82.

58. Gonzalez-Jaramillo V, Fuhrer V, Gonzalez-Jaramillo N, Kopp-Heim D, Eychmüller S, Maessen M. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: A systematic review. *Palliat Support Care*. agosto de 2021;19(4):474-87.

59. Fung MY, Wong YL, Cheung KM, Bao KHK, Sung WWY. Prognostic models for survival predictions in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*. 1 de marzo de 2025;24(1):54.

60. Grant M, de Graaf E, Teunissen S. A systematic review of classifications systems to determine complexity of patient care needs in palliative care. *Palliat Med.* 1 de abril de 2021;35(4):636-50.
61. Allende-Pérez S, Rodríguez-Mayoral O, Peña-Nieves A, Bruera E. Performance status and survival in cancer patients undergoing palliative care: retrospective study. *BMJ Support Palliat Care.* 1 de mayo de 2024;14(e1):e1256-62.
62. Blum M, Zeng L, Gelfman LP. Prognostic performance of the Karnofsky Performance Status for predicting in-hospital mortality among unselected patients who receive palliative care consultations. *Palliat Med.* 1 de febrero de 2024;38(2):279-80.
63. Pochettino F, Visconti G, Godoy D, Rivarola P, Crivelli A, Puga M, et al. Association between Karnofsky performance status and outcomes in cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin Nutr ESPEN.* 1 de abril de 2023;54:211-4.
64. Bergholtz H, Weibull A, Raunkjær M. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™) in a Danish healthcare context: translation, cross-cultural adaptation, and content validation. *BMC Palliat Care.* 24 de marzo de 2022;21(1):41.
65. Piers R, Brauwer ID, Baeyens H, Velghe A, Hens L, Deschepper E, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool prognostic value in older hospitalised patients: a prospective multicentre study. *BMJ Support Palliat Care.* 1 de noviembre de 2024;14(e2):e1928-35.
66. Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care.* 1 de noviembre de 2024;14(e2):e1909-18.
67. Pini S, Hackett J, Taylor S, Bekker HL, Kite S, Bennett MI, et al. Patient and professional experiences of palliative care referral discussions from cancer services: A qualitative interview study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2021;30(1):e13340.

68. Sleeman KE, Timms A, Gillam J, Anderson JE, Harding R, Sampson EL, et al. Priorities and opportunities for palliative and end of life care in United Kingdom health policies: a national documentary analysis. *BMC Palliat Care*. 14 de julio de 2021;20(1):108.
69. Stone P, Vickerstaff V, Kalpakidou A, Todd C, Griffiths J, Keeley V, et al. Prognostic tools or clinical predictions: Which are better in palliative care? *PLOS ONE*. 28 de abril de 2021;16(4):e0249763.
70. Tsao L, Kwete XJ, Slater SE, Doyle KP, Cuong DD, Khanh QT, et al. Effect of Training on Physicians' Palliative Care-Related Knowledge and Attitudes in Vietnam. *J Pain Symptom Manage*. 1 de agosto de 2023;66(2):146-59.
71. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliat Med*. 1 de abril de 2022;36(4):680-97.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA**, con C.C: # 0930112123 autora del trabajo de titulación: **Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital de Ecuador** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de mayo del 2025

f. _____

VILLAO RECALDE ANDREA CAROLINA

C.C: 0930112123



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital de Ecuador		
AUTOR(ES)	Villao Recalde Andrea Carolina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Sandoya Onofre Lorena Alexandra		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado/ Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Cuidados Paliativos		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Cuidados Paliativos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	71
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cuidados Paliativos, Oncología, Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cuidados Paliativos, Cáncer, Derivación, Escala de Karnofsky, Estado Funcional, Factores Clínicos		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El cáncer representa una de las principales causas de muerte en Ecuador, y su manejo en estadios avanzados requiere la integración de cuidados paliativos centrados en la calidad de vida. No obstante, la derivación a este tipo de atención continúa siendo limitada y muchas veces tardía. El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la derivación de pacientes oncológicos a cuidados paliativos en un hospital especializado de Ecuador. Se desarrolló un estudio observacional, analítico y retrospectivo en el Hospital SOLCA Núcleo Guayaquil, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes oncológicos fallecidos en 2023. Se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas, y se aplicaron análisis estadísticos bivariados y multivariados. Los resultados mostraron que la derivación estuvo significativamente asociada a un índice de Karnofsky <50, ingreso por emergencia y estancias hospitalarias cortas. Se concluye que la valoración funcional y el contexto clínico inmediato influyen significativamente en la derivación, y su uso sistemático podría mejorar el acceso oportuno a cuidados paliativos.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 97 964 0049	E-mail: andrea.villao@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Mariana Concepción Vallejo Martínez Teléfono: +593 99 808 9192 E-mail: mariana.vallejo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			