

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN CON  
CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA  
DE MEDICINA, ENTRE SEXTO Y DÉCIMO SEGUNDO  
SEMESTRE Y POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, EN  
EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO Y JULIO 2019,  
QUITO – ECUADOR**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO

CIRUJANO

AUTORES:

Francisco Xavier Elizalde Méndez,

Daniela Karina Rivadeneira Proaño

DIRECTOR:

Dra. Carmen Elena Cabezas

QUITO-ECUADOR 2019

## **TÍTULO**

Evaluación de los conocimientos en relación con cuidados paliativos en estudiantes de la carrera de medicina, entre sexto y décimo segundo semestre y postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el periodo comprendido entre marzo y julio 2019, Quito – Ecuador

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres Francisco y Narcisa, por ser mi mayor ejemplo, por todo apoyo y el amor que me brindan siempre y por acompañarme en cada paso de mi vida, este logro es para ustedes.

A mis hermanos Francisco y Kathy, por ser mis mejores amigos y mi mayor inspiración para esforzarme cada día y por todo el ánimo que me dan siempre para seguir adelante.

A mis abuelitos por ser mis segundos padres, por sus enseñanzas y el gran apoyo que me han brindado durante todos estos años de carrera.

A Francisco Xavier, por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos, por ayudarme a superar cada obstáculo, por crecer conmigo durante todos estos años de carrera, gracias por ser el mejor compañero de vida.

A la Dra. Carmen Cabezas, gracias por confiar en nosotros y por el apoyo durante todo este proceso.

Daniela Rivadeneira P.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por ser mi mayor inspiración y ejemplo en cada paso que doy, no existen palabras para agradecer su amor incondicional. Su legado vivirá por siempre en mí.

A mi hermana María José, por sus cuidados y amor, siempre he tenido la suerte de encontrar en ti una cariñosa hermana, amiga entrañable y un amor de madre. Gracias por darme el mejor regalo de la vida, mi sobrino Juan Pablo.

A mi hermano Pedro Damián, por ser mi mayor cómplice y mejor amigo, gracias por siempre estar para mí en todo momento y permitirme crecer con tu guía y protección.

A mi familia y amigos por su gran cariño y apoyo a lo largo de este largo camino, sin su constante apoyo y cariño nada de esto sería posible.

A Daniela Karina, mi compañera de vida, por su gran amor y apoyo incondicional, gracias por alegrar mis días.

A la Dra. Carmen Elena Cabezas, gracias por su gran apoyo, consejos y ejemplo profesional y humanitario.

A todos los docentes que participaron en mi formación académica, gracias por hacer de mi un médico de calidad y una mejor persona.

Francisco Elizalde M.

## DEDICATORIA

*“Para todos aquellos que cursaron sus últimos  
momentos sin un cuidado adecuado”*

Contenido	
<b>Lista de Tablas.</b>	<b>1</b>
<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo I:</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Introducción</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Justificación</b>	<b>6</b>
<b>Capitulo II: Marco Teórico</b>	<b>8</b>
<b>2. Cuidados paliativos</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Definición</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Historia</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Epidemiología</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Objetivos</b>	<b>11</b>
<b>2.5 Organización de los cuidados paliativos</b>	<b>12</b>
<b>2.6 Ética en Cuidados Paliativos</b>	<b>14</b>
<b>2.7 Paciente terminal</b>	<b>16</b>
<b>2.8 Predicción de la supervivencia</b>	<b>16</b>
<b>3. Calidad de vida</b>	<b>18</b>
<b>4. Dolor</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Definición</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Fisiopatología del dolor</b>	<b>21</b>
<b>5. Tipos de dolor</b>	<b>22</b>
<b>5.1 Según su duración</b>	<b>22</b>
<b>5.1.1 Dolor agudo</b>	<b>22</b>
<b>5.1.2 Dolor crónico</b>	<b>23</b>
<b>6. Dolor Total</b>	<b>24</b>
<b>7. Herramientas comunes en la evaluación del dolor</b>	<b>25</b>
<b>7.1. Escalas unidimensionales</b>	<b>25</b>
<b>8. Manejo del Dolor</b>	<b>26</b>
<b>8.1 Escalera analgésica</b>	<b>26</b>
<b>8.1.1 Cuarto escalón</b>	<b>28</b>
<b>8.2 Analgésicos no opioides</b>	<b>28</b>
<b>8.2.4 Recomendaciones en el uso de AINEs</b>	<b>29</b>
<b>8.3 Analgésicos Opioides</b>	<b>29</b>
<b>8.3.10 Uso clínico</b>	<b>31</b>
<b>9. Síntomas respiratorios</b>	<b>32</b>
<b>9.1 Disnea</b>	<b>32</b>

9.1.1 Etiología.....	33
9.1.2 Fisiopatología.....	34
9.1.3 Tratamiento.....	34
9.2 Tos.....	35
9.2.1 Tratamiento.....	36
10. Síntomas psicológicos y psiquiátricos.....	37
10.1 Delirium.....	37
10.1.2 Diagnostico.....	38
10.1.3 Tratamiento.....	39
10.1.5 Sedación terminal.....	41
11. Sintomatología gastrointestinal.....	41
11.1 Xerostomía.....	41
11.3 Estreñimiento.....	42
11.4 Diarrea.....	43
12. Formación en Cuidados Paliativos en el plan de estudios en el mundo.....	44
Capítulo III.....	46
13. Materiales y métodos.....	46
13.1 Problema del estudio.....	46
13.2 Objetivos del estudio.....	46
13.2.1 Objetivo general.....	46
13.2.2 Objetivos específicos.....	46
13.3 Hipótesis.....	46
13.4 Definición de variables.....	47
13.5 Muestra.....	47
13.7 Recolección de información.....	50
13.7.1 Selección de muestra.....	50
13.7.2 Criterios de inclusión.....	50
13.7.4 Formato de recolección de datos.....	51
13.7.5 Plan de análisis de datos.....	51
13.8. Aspectos bioéticos.....	52
13.9 Aspectos administrativos.....	53
13.9.1 Recursos humanos.....	53
13.9.2 Equipos.....	53
14. Resultados.....	54
14.1 Características sociodemográficas.....	54
14.2 Análisis Univariado.....	55

<b>14.3 Análisis Bivariado</b> .....	56
<b>14.3 Tablas de Resultados</b> .....	60
<b>Capítulo V</b> .....	74
<b>15. Discusión</b> .....	74
<b>16. Limitaciones</b> .....	77
<b>Capítulo VI</b> .....	78
<b>17. Conclusiones</b> .....	78
<b>Capítulo VII</b> .....	80
<b>18. Recomendaciones</b> .....	80
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	81
<b>ENCUESTA</b> .....	84

## Lista de Tablas.

Tabla 1: Operacionalización de variables.....	47
Tabla 3: Tamaño muestral pregrado e internado.....	48
Tabla 4: Tamaño muestral postgrado de medicina familiar y comunitaria.....	49
Tabla 5: Tamaño muestral total.....	49
Tabla 6: Distribución de muestra.....	54
Tabla 7: Características sociodemográfica.....	60
Tabla 8: Frecuencia de optativa según el sexo.....	60
Tabla 9: Conocimientos aceptable por esferas en el total de la población.....	61
Tabla 10: Comparación de medias en pregrado (sexto a decimo semestre).....	61
Tabla 11: Comparación de medias internado rotativo (decimoprimeros a decimosegundos) .....	62
Tabla 12: Comparación de medias posgrado de medicina familiar y comunitaria.....	63
Tabla 13: Nivel de conocimiento por esferas en hombres y mujeres.....	65
Tabla 14: Autoevaluación de nivel de conocimientos en hombres y mujeres.....	65
Tabla 15: Puntaje total en hombres y mujeres.....	65
Tabla 16: Nivel de conocimientos por esferas entre quienes cursaron y no la optativa de cuidados paliativos.....	66
Tabla 17: Autoevaluación del conocimiento en quien cursaron y no la optativa de cuidados paliativos.....	67
Tabla 18: Puntaje total optativa y sin optativa.....	67
Tabla 19: Nivel de conocimiento por esfera, pregrado e internado rotativo.....	68
Tabla 20: Autoevaluación de nivel de conocimientos pregrado e internado rotativo.....	69
Tabla 21: Puntaje total pregrado e internado rotativo.....	69
Tabla 22: Nivel de conocimiento por esfera internado rotativo y postgrado.....	70
Tabla 23: Autoevaluación de nivel de conocimientos internado rotativo y posgrado de medicina familiar.....	71
Tabla 24: Puntaje total internado rotativo y posgrado de medicina familiar.....	71
Tabla 25: Nivel de conocimiento por esfera pregrado e internado vs posgrado de medicina familiar.....	72
Tabla 26: Autoevaluación de nivel de conocimientos pregrado e internado vs postgrado. .....	73
Tabla 27: Resultado total pregrado e internado vs postgrado.....	73

## **Resumen**

Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes que afrontan enfermedades potencialmente mortales, mediante estrategias multidisciplinarias para prevenir y aliviar el sufrimiento a través de un adecuado manejo que no solo abarca una terapia farmacológica del dolor sino también aspectos relacionados con el ámbito psicosocial y espiritual, vinculados con la enfermedad. Dada la importancia de la formación en cuidados paliativos y ante la falta de estudios que retraten la realidad de los mismos en Ecuador y Latinoamérica se llevó a cabo un estudio descriptivo del nivel de conocimientos en cuidados paliativos en la Pontificia Universidad católica del Ecuador.

## **Objetivo**

Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina y postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el periodo marzo-julio 2019.

## **Metodología**

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de encuestas anónimas, aplicadas a 499 estudiantes de la carrera de medicina entre 6to y 12vo semestre y médicos del postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de forma aleatorizada. Para lo cual se adaptó una encuesta desarrollada por Nakasawa et al, en el año 2009, "Palliative Care Knowledge Test".

## **Resultados**

De entre 499 estudiantes encuestados de los cuales el 24.9% cursaron la materia optativa de cuidados paliativos apenas el 19.6% (n=98) alcanzaron notas aceptables en el resultado global de la encuesta, con una deficiencia notable en cuanto al manejo de sintomatología

respiratoria, con tan solo 3.2% de estudiantes que lograron obtener una nota aceptable. El 68.1% (n=340) refirieron no sentirse lo suficientemente preparados para manejar pacientes durante su etapa final de la vida. De entre aquellos que cursaron una materia de cuidados paliativos se evidenció una mejor autopercepción de sus conocimientos en comparación con aquellos que no la realizaron. Se demostró un mejor nivel de conocimientos en los estudiantes de posgrado en relación con estudiantes de pregrado e internado rotativo, de igual manera existe una mayor tasa de aciertos en los estudiantes que cursaron la materia de cuidados paliativos durante su formación médica.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Si bien existe un mejor nivel de conocimiento entre estudiantes de posgrado en comparación con los estudiantes de pregrado e internado rotativo, ninguno de los grupos demuestra un nivel aceptable de conocimientos o confianza en cuanto al manejo de pacientes terminales se refiere. Por lo cual creemos necesaria la creación e implementación de un plan de estudios en el cual conste la materia de cuidados paliativos de manera obligatoria. De igual manera creemos fundamental crear conciencia sobre la importancia de la correcta aplicación de los cuidados paliativos con el objetivo de brindar una buena calidad de vida en los pacientes cursando la etapa final de la vida.

## **Abstract**

Palliative care seeks to improve the quality of life of patients facing life-threatening diseases through multidisciplinary strategies to prevent and alleviate suffering through proper management that not only covers a pharmacological therapy of pain but also aspects related to the psychosocial environment and spiritual, linked with the disease. Given the importance of training in palliative care and in the absence of studies that portray their reality in Ecuador and Latin America, a descriptive study of the level of knowledge in palliative care was carried out at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## **Objective**

To determine the level of knowledge about palliative care in the undergraduate students of the medicine and postgraduate degree in family medicine of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador in the period March-July 2019.

## **Methodology**

A cross-sectional descriptive study was carried out through the application of anonymous surveys, applied to 499 students of the medicine career between 6<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> semester and postgraduate doctors of family medicine of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador in a randomized manner. For which a survey developed by Nakasawa et al, in 2009, "Palliative Care Knowledge Test" was adapted.

## **Results**

Among 499 students surveyed, only 24.9% of them took the optional palliative care subject. Only 19.6% (n = 98) achieved acceptable marks in the overall survey result, with a notable deficiency in the management of respiratory symptoms, with only 3.2% of students who managed to get an acceptable grade. 68.1% (n = 340) reported not feeling

sufficiently prepared to handle patients during their final stage of life. Among those who attended a palliative care subject, there was a better self-perception of their knowledge compared to those who did not. A better level of knowledge was demonstrated in graduate students in relation to undergraduate and rotating internship students, in the same way there is a higher success rate in students who studied palliative care during their medical training.

### **Conclusions and recommendations**

Although there is a better level of knowledge among postgraduate students compared to undergraduate and rotary internship students, none of the groups demonstrate an acceptable level of knowledge or confidence regarding the management of terminal patients. Therefore, we believe it is necessary to create and implement a curriculum in which the subject of palliative care is mandatory. In the same way, we believe it is essential to raise awareness about the importance of the correct application of palliative care in order to provide a good quality of life for patients attending the final stage of life.

## **Capítulo I:**

### **1.1 Introducción**

La definición de cuidados paliativos ha sufrido varios cambios a lo largo del tiempo, desde un concepto básico enfocado a evitar exclusivamente el dolor físico, a un planteamiento más integral cuya finalidad es mejorar la calidad de vida del paciente y de la gente que lo rodea en el contexto de una enfermedad potencialmente letal. Su objetivo es prevenir y evitar el sufrimiento basándose en la identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuado de los problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales, por lo cual es necesario un equipo interdisciplinario (OMS, n.d.). (Mantecón et al., 2014)

Al igual que su definición, el campo al que pueden ser aplicados los cuidados paliativos ha cambiado en los últimos años, pues ya no se consideran exclusivos de patologías oncológicas.

### **1.2 Justificación**

Como parte de la formación médica integral es indispensable abordar y manejar los cuidados paliativos al igual que reconocer la necesidad de mejorarlos para pacientes con enfermedades avanzadas e incurables.

En el estudio realizado en Alemania por Weber et al. basado en la aplicación de una encuesta, se buscó evaluar la base de conocimientos sobre cuidados paliativos de los estudiantes de medicina del último año, en este estudio se evidenció que solo un tercio de los participantes respondió más del 50% de las preguntas correctamente., en el mismo estudio se menciona que solo un pequeño porcentaje de estudiantes de medicina adquirieron el conocimiento y la experiencia suficientes en cuidados paliativos durante el transcurso de su carrera y la mayoría de la población encuestada apoyo la introducción

de cuidados paliativos dentro del plan de estudios de pregrado. (Weber, Schmiedel, Nauck, & Alt-Epping, 2011)

El estudio realizado por Fraser et al, aplicó una encuesta a estudiantes de medicina de niveles superiores de seis escuelas de medicina de Estados Unidos para evaluar su educación en torno a cuidados paliativos, solo el 50% se sintió suficientemente preparado para tratar los síntomas comunes del final de la vida (Weber et al., 2011)

En la actualidad, no existe una materia estructurada sobre cuidados paliativos dentro de la formación académica de las facultades de medicina del Ecuador. Si bien es cierto algunos temas sobre cuidados paliativos son abordados de manera superficial durante el transcurso de la carrera o como materia optativa, sin embargo no han sido incorporados dentro de la malla curricular, ya que no forma parte obligatoria del plan de estudios.(Cuevas-Feliz, 2013)(Ordoñez Molero, Diego Alejandro Rivera Muñoz, Andrés Eduardo Mateluna Paredes, 2018)

En la presente investigación se busca evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de pregrado y postgrado, debido a que en Ecuador no se cuenta con suficiente información de estudios que analicen la formación para esta disciplina durante la carrera médica, por lo cual se busca brindar un enfoque inicial sobre los conocimientos actuales de los estudiantes en este campo.

## **Capítulo II: Marco Teórico**

### **2. Cuidados paliativos**

#### **2.1 Definición**

El término paliativo se origina del latín “pallium”, cuyo significado es cubierta o manto, su traducción al castellano se orienta hacia el acto de aliviar. Contextualizando estos términos se puede entender que en el momento en que una enfermedad agota sus opciones terapéuticas los síntomas ocasionados por la misma pueden ser “tapados”. (Babarro, 2010)

La OMS plantea a los cuidados paliativos como una estrategia cuyo fin es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de sus allegados en el contexto de una enfermedad potencialmente letal mediante la identificación oportuna, evaluación y tratamiento adecuado, tanto del dolor como de alteraciones físicas, psicosociales o espirituales. (OMS, n.d.)

Se debe diferenciar entre Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos. Siendo el primero el quehacer de los galenos en lo relacionado a esta disciplina, en cambio los Cuidados Paliativos engloban una intervención multidisciplinaria no exclusiva de médicos, ya que intervienen psicólogos, trabajadores sociales, representantes religiosos y personal de enfermería. (del Rio & Palma, n.d.)

## **2.2 Historia**

La historia de los cuidados paliativos surge en la edad media con la creación de los primeros hospicios. Denominados así por el término “hospitium”, latín para un sentimiento cálido que un huésped experimentaba en un lugar físico determinado. Los primeros hospicios se registran en el imperio bizantino, en el Mediterráneo oriental, desde donde se expandieron hacia Roma y posteriormente a una gran parte de Europa. (del Rio & Palma, n.d.)

Durante el transcurso de la Edad Media estos lugares estaban destinados al albergue de peregrinos, niños en orfandad o adultos mayores, algunos de los cuales padecían enfermedades de diferente pronóstico. Por lo que su tarea iba más allá de brindar un techo y comida a extranjeros, ya que se dedicaba a la atención y cuidados de estos. A pesar de su buena acogida la mayoría de los hospicios fueron clausurados luego de la reforma en el siglo XVIII.

En 1842 en Francia el termino hospicio vuelve a surgir esta vez con un objetivo más específico de cuidado a moribundos. Posteriormente, gracias al devoto trabajo de las hermanas de la caridad irlandesa se fundan los hospicios de “Our Ladys Hospice” en Dublín año 1879 y “St Josephs Hospice” en Londres año 1905.

Más tarde en el año 1967 Dame Cicely Saunders funda el “St Christophers Hospice” en Londres, donde inicia el denominado Movimiento de Hospicio Moderno donde por primera vez se evidencia que el correcto control de la sintomatología del paciente en combinación con una comunicación eficaz y acompañamiento espiritual, social y emocional influyen positivamente en la calidad de vida tanto del paciente como de su familia durante la fase terminal de una enfermedad. Cabe destacar que en esta institución se realizó por primera vez trabajos de investigación y apoyo que se enfocaban en la

familia del enfermo. Por lo cual se considera a Saunders pionera de esta área de atención. De igual manera, su publicación “The Management of Patients in the Terminal Stage” forma parte de las bases para el posterior desarrollo de los Cuidados Paliativos.

Debido a que la palabra “hospice” en francés puede ser traducida a “hospital” se decide acuñar el termino Cuidados Paliativos con la finalidad de evitar confusiones. Posteriormente, en 1987 los Cuidados Paliativos pasa a ser considerada una subespecialidad de la medicina en Gran Bretaña. En el año 2006 el American Board of Medical Subspecialites reafirma los Cuidados Paliativos como subespecialidad médica.

A pesar de que la OMS introduce el concepto de Cuidados Paliativos en función de un programa de control de cáncer en el año 1980, no es hasta 1995 que la Organización Panamericana de Salud (PAHO) lo oficializa en sus programas asistenciales.

Los Cuidados Paliativos en sus inicios se los consideraba un movimiento médico-social deslindado de la medicina académica, debido a que esta última se enfocaba especialmente en la patología mas no en el bienestar del paciente y calidad de vida afectada por la misma. Con el pasar de los años este movimiento logro ganarse la aprobación e inclusión dentro de la academia médica. En la actualidad, se han creado varias asociaciones internacionales y numerosas revistas científicas de Cuidados Paliativos.

Actualmente los Cuidados Paliativos se han expandido a lo largo de los 5 continentes, se reportan aproximadamente 8000 servicios de Cuidados Paliativos activos en 100 países.

### **2.3 Epidemiología**

En el contexto de una población que atraviesa por un envejecimiento progresivo asociado a una disminución de la tasa de mortalidad y natalidad, al igual que un mejor manejo de enfermedades infecciosas y aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se hace evidente la necesidad de una atención focalizada en la persona más que en la enfermedad, misma que debe ser de calidad y costo-efectiva, con la finalidad de brindar una vida y muerte digna. (MSP, 2014)

En los últimos años se ha reportado un aumento en la esperanza de vida, que actualmente bordea los 80 años de vida. Este cambio trae consigo un aumento de la prevalencia de enfermedades, en su mayoría no transmisibles, mismas que ameritan cuidados paliativos. La OMS publicó en el año 2018 las principales patologías que requieren cuidados paliativos, destacando que contrario a la creencia popular son los pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares (38,5%) los principales beneficiarios de los Cuidados Paliativos, seguido por patologías oncológicas con 34%, enfermedades crónicas respiratorias en un 10,3%, SIDA con 5.7% y Diabetes Mellitus con 4,6%. En un menor porcentaje se mencionan a pacientes con patologías hepáticas crónicas, Parkinson, esclerosis múltiple, demencias, condiciones autoinmunes etc. (OMS, n.d.)

Aproximadamente 40 millones de personas necesitan Cuidados Paliativos de los cuales el 78% de adultos pertenecen a países con bajo o mediano nivel de ingresos. Se estima que el 98% de los niños que ameritan estos cuidados pertenecen a países subdesarrollados y aproximadamente 50% de estos niños se encuentran en África. (OMS, n.d.)

### **2.4 Objetivos**

A pesar de que en sus inicios el principal objetivo de los cuidados paliativos era aliviar la sintomatología que agobia a los pacientes terminales, en la actualidad se habla de

objetivos más amplios y profundos. Es decir, un enfoque global del enfermo que incluye las afecciones físicas, psicológicas, espirituales y sociales.

Por lo cual sus objetivos son:

- Aplacar el dolor y toda sintomatología capaz de producir sufrimiento
- Brindar apoyo espiritual y psicológico a enfermos en etapa terminal, con la finalidad de que puedan prepararse para su muerte de la forma más completa posible
- Crear un sistema de apoyo que brinde al paciente una vida activa y creativa, brindando autonomía e integridad personal.
- Ayudar a la familia a conllevar de mejor manera la dolencia del enfermo y manejar de manera adecuada el duelo.

Tanto la medicina, como los cuidados paliativos están a favor de la vida y toman a la muerte como un proceso natural. Por lo que es importante destacar que su objetivo no es postergar la muerte, ni mucho menos precipitarla. Por lo tanto, desaprueba la eutanasia.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo rescatar o restablecer una parte olvidada de la medicina, que no se enfoca en la curación de la enfermedad, si no en cuidar y confortar al enfermo. Se debe recordar que la medicina nació de la necesidad de brindar consuelo y acompañamiento a enfermos y moribundos a pesar de que esta función se vea opacada por los grandes avances tecnológicos y académicos en cuanto a la resolución (curación) de las enfermedades. (del Rio & Palma, n.d.)(Babarro, 2010)

## **2.5 Organización de los cuidados paliativos**

Con la finalidad de asegurar la disponibilidad y acceso de los pacientes a cuidados paliativos, ya sean a nivel hospitalario o ambulatorio, es necesaria una correcta

organización de los diferentes componentes que lo conforman. Por lo que se han desarrollado varios modelos organizativos.

- En la cama del enfermo: Puede ser aplicado a pacientes hospitalizados, ya sea en un hospital, unidad de cuidados paliativos o unidades de salud independientes, con la condición de que estas últimas al no estar localizadas en un hospital sean capaces acceder a los servicios hospitalarios en caso de ser necesario, por ejemplo: sintomatología física o emocional de difícil control, manejo de la etapa terminal de la enfermedad, brindar un descanso apropiado a los cuidadores. (MSP, 2014)
- Servicio comunitario: Este modelo se basa en la atención del paciente en su domicilio, existen algunas variantes de este modelo, en algunas de estas modalidades la atención domiciliaria no es brindada directamente por el especialista en cuidados paliativos, ya que este último guía a cuidadores, familiares y al médico de la familia en el cuidado del paciente. De igual manera, existen modelos donde el especialista acude personalmente al domicilio del paciente para brindar la atención. (Doyle & Woodruff, 2008)
- Equipos hospitalarios: Operan tanto en hospitales generales como de especialidad, por lo general como parte de una unidad de cuidados paliativos, cuentan con un equipo multidisciplinario. Brindan apoyo en cuidados paliativos a pacientes localizados en los diferentes servicios del hospital. Sus funciones no se limitan a la atención y educación de pacientes y familiares, ya que también se dedican a la capacitación del personal de diferentes áreas en lo relacionado a cuidados paliativos. (Doyle & Woodruff, 2008)

Si bien existen varios modelos de organización de cuidados paliativos. La asociación internacional de hospicios y cuidados paliativos, IAHPIC por sus siglas en inglés, recomienda que los países de bajos ingresos deberían desarrollar su propio modelo de

Cuidados Paliativos o en base a las necesidades de sus pacientes y la disponibilidad de recursos para su atención.

El trabajo en equipo es una parte fundamental para poder brindar cuidados paliativos de calidad, dicho equipo por lo general se encuentra integrado por un médico, personal de enfermería, trabajadores sociales y entidades religiosas, aunque vale destacar que no se limita a estos. Cada uno de sus componentes cumplen con una función determinada e igual de importante. Para su correcto funcionamiento existen varias pautas como son: cada integrante debe contar con especialidad en su campo, deben compartir un mismo objetivo y participar de planes educativos y de asistencia, mantener un desarrollo continuo de investigación y autocrítica con la finalidad de mejorar el servicio brindado. (Babarro, 2010)

## **2.6 Ética en Cuidados Paliativos**

Se debe recordar que la ética en los Cuidados Paliativos es igual que en la medicina en general con la connotación de un mayor desafío a regirse por la misma en un enfermo terminal. mismo que nace de la creencia de que compartir con un paciente su verdadero pronóstico y condición conllevara a un estado de desesperanza y depresión, negándole así los beneficios del compartir sus miedos y enfrentarse de mejor manera al inevitable final.(Twycross & Frer, 2000)

Las bases éticas de los Cuidados Paliativos se cimientan en la premisa de que una persona que atraviesa una enfermedad en fase terminal no debe ser tomado como un residuo biológico y que no amerita intervención alguna debido a que no posee posibilidades de curación.

Existen varios planteamientos y acercamientos hacia la bioética en la etapa final de la vida, todos igual de válidos, si bien la mayoría se rigen a la bioética principialista

norteamericana con sus principios básicos (justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía). De entre varias propuestas se puede destacar la que realiza la Asociación Húngara de Hospicios y Cuidados Paliativos donde se propone lo siguiente: (Pessini, 2006)

- Se debe respetar la autonomía del paciente tanto en opciones de tratamiento como prioridades y objetivos, es decir formular junto al paciente el plan de cuidados procurando brindar la mayor cantidad de información al paciente y respetar la eventual decisión de abandono del plan por parte de este.
- El equipo debe valorar el riesgo/beneficio del tratamiento tomando en cuenta el derecho del paciente al mejor tratamiento posible en relación con los recursos existentes.
- Es derecho del paciente recibir asistencia médica de calidad, mantener su dignidad y sentirse respaldado. De igual manera tienen derecho a un buen control del dolor y alivio del sufrimiento.
- El enfermo tiene derecho a recibir información detallada acerca de su situación, resultados y oferta terapéutica. Este último incluye medidas alternativas.
- El consentimiento informado es necesario previo a cualquier tipo de intervención.
- El paciente tiene derecho de negarse a medidas de mantenimiento o resucitación. En caso de incapacidad el paciente tiene la potestad de elegir a otra persona que tome esas decisiones.
- Debe existir un respaldo escrito de cada decisión tomada.

## **2.7 Paciente terminal**

Este término en un inicio era exclusivo de pacientes oncológicos y posteriormente se extendió hacia otras patologías con similares características. Según la OMS y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, enfermedad terminal es toda patología para la que no existen una terapéutica curativa o capaz de enlentecer el progreso de la misma, por lo tanto, conlleva a la inminente muerte del paciente, por lo general en menos de 6 meses. Debe ser progresiva, con sintomatología intensa y provoca un gran sufrimiento en el paciente y su familia e incluso en su equipo terapéutico. (Mengual & Cardona, n.d.)

## **2.8 Predicción de la supervivencia**

El pronóstico de vida de un paciente es necesario para la toma de decisiones de un paciente terminal. Tanto a nivel terapéutico, como organizacional y de recursos e incluso pueden llegar a afectar directamente el ejercicio de la autonomía del paciente. Se ha demostrado que los enfermos terminales que tiene una idea realista de su pronóstico con menor frecuencia son sometidos a procedimientos invasivos o medidas terapéuticas radicales, por ende, su plan de tratamiento se enfoca de manera casi exclusiva en su plan de vida. (García, Salas, Escolano, Solsona, & González, 2013)

Gracias al concepto moderno de “trayectoria de la muerte” (grafico 1) se puede tener una idea más clara de un pronóstico de supervivencia. Como se puede observar en la figura 1b los pacientes oncológicos sufren un descenso gradual en su salud por un tiempo relativamente prolongado hasta cierto “punto” donde su estado de salud decae notablemente. Es sobre ese “punto” donde los cuidados paliativos deben ejercer su mayor accionar.

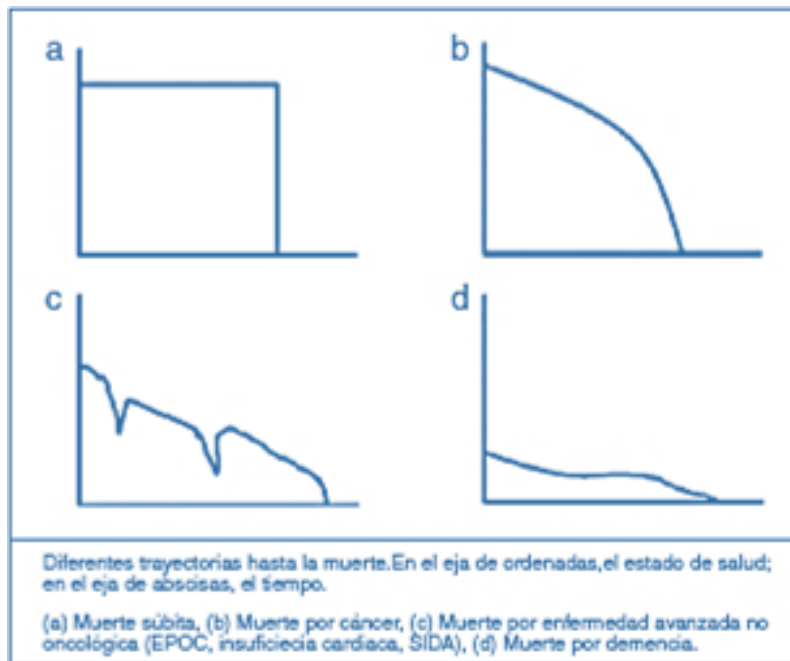


Gráfico 1: Trayectorias hasta la muerte, adaptado de la guía de práctica clínica "cuidados paliativos" MSP 2014

El juicio clínico se podría definir como el primer instrumento que sirve para obtener un pronóstico, mismo que a pesar de sus limitaciones no debe subestimarse. La mayor limitante del juicio clínico al momento del pronóstico surge del optimismo de los médicos, quienes tienden a sobreestimar la supervivencia de los pacientes terminales. Esta sobreestimación se relacionaba con la relación médico-paciente, a mayor tiempo de relación y menor distancia entre citas subsecuentes el pronóstico se torna más impreciso, por lo que se recomienda solicitar una segunda opinión médica para definir un pronóstico certero. Este sesgo es más frecuente en pacientes oncológicos frente a otras patologías terminales. (García et al., 2013)

Entre los factores pronósticos de supervivencia en pacientes oncológicos se puede destacar el Karnofsky (bajo nivel funcional), alteraciones cognitivas, disnea, pérdida de peso, disfagia y anorexia. Existe también una herramienta denominada "Palliative Prognostic Score" misma que clasifica a los pacientes oncológicos en 3 grupos, en base a la supervivencia en 30 días: menor a 30%, entre 30-70% y mayor a o70%. Incluye datos

como un conteo de línea blanca, porcentaje de linfocitos sumado a los factores ya descritos. A pesar de que no tiene validez en cánceres hematológicos es el recomendado por la European Association for Palliative Care (MSP, 2014)

En pacientes no oncológicos la escala de Walter nos brinda el riesgo de mortalidad en un año pasados los 70 años de vida, para esto se basa en 6 variables: sexo masculino, comorbilidades, índice Katz modificado, diagnóstico de cáncer, creatinina mayor a 3 mg/dl, albumina menor a 3,4 g/dl. (MSP, 2014)

De igual manera, existen herramientas que pueden usarse en pacientes con o sin diagnóstico oncológico, la escala de CARING, cuyo objetivo es determinar que pacientes son candidatos a Cuidados Paliativos al momento de su ingreso a una unidad médica, sus variables son sencillas, como número de ingresos a hospitales o unidades de cuidados intensivos y en base a eso darnos un estimado de la mortalidad en el año posterior al ingreso. Se desarrolló en Estados Unidos de América y aún no cuenta con los estudios de validación para usarse en otras poblaciones. (MSP, 2014)

### **3. Calidad de vida**

Uno de los objetivos específicos de los cuidados paliativos, es optimizar la calidad de vida del paciente. La OMS define a calidad de vida como la manera en que una persona distingue la posición que ocupa dentro de un ámbito cultural, social y en todo lo que relaciona con los valores que le rodean, tomando en cuenta todo lo que corresponde a sus perspectivas, criterios y preocupaciones, todo esto equilibrado por su: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, el entorno social que la rodea así como también por factores ambientales y creencias personales. (OMS, 1996) Es decir, incluye tanto elementos objetivos como subjetivos, al igual que experiencias sociales y colectivas. (OMS, 1996)

Existen dos perspectivas para comprender el concepto de calidad de vida, el primero se define como un concepto en el que se menciona cómo es la vida del individuo y todos los aspectos generales que engloban la misma, el segundo concepto se enfoca en aspectos de la atención médica abarcando diversos síntomas.

La definición de calidad de vida comprende un concepto amplio, dentro de los cuales existen varios aspectos importantes como son la satisfacción, la felicidad, la moral, los afectos positivos y negativos. Algunos autores han hecho énfasis en la normalidad, analizando la calidad de vida como la probabilidad de vivir una vida normal, otros se enfocan más en un componente afectivo, toma de decisiones por uno mismo, la relación y contacto con familiares o amigos, autoestima y un estado de ánimo básico de felicidad.(MSP, 2014)

El concepto de calidad de vida se ha ido modificando durante el tiempo, para Platón y Aristóteles la felicidad estaba muy relacionada con la calidad de vida. En este contexto la felicidad representaba vivir y tener éxito, sin embargo, Aristóteles se categorizó como uno de los primeros filósofos en relacionar la calidad de vida con la diferencia entre la experiencia de vida del individuo y sus expectativas. (Casta, C, Antonio, Tamayo, & Lozano, 2015)

Para describir la calidad de vida de un individuo, no debe basarse en criterios subjetivos tanto de profesionales de salud como de personas que rodean su entorno, tampoco se relaciona con la medición objetiva de condiciones sociales o económicas, por ejemplo, dentro de estas medidas objetivas no se toma en cuenta el monto de ingresos que recibe el individuo, sino la satisfacción que estos le proporcionan.(OMS, 1996)

Existen seis dominios que reflejan el concepto sobre la calidad de vida y que han sido adaptados a la medicina paliativa según la Organización Mundial de la Salud, entre los

cuales se menciona: El bienestar físico, psicológico, material y social, el entorno, grado de independencia y el factor espiritual(Casta et al., 2015). Todos estos dominios se agrupan entre si brindando un aspecto multidimensional para dar como resultado lo que se llama “calidad de vida”.

Al evaluar la calidad de vida, se debe tomar en cuenta varios de los factores que se relacionan con los diferentes entornos en los que se desarrolla el ser humano como son el componente religioso, espiritual, psicológico, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico, así como el impacto que estos ejercen sobre la autonomía de cada individuo. (OMS, 1996)(Babarro, 2010)

1. Físico; donde se engloban aspectos relacionados con salud, como dolor, sueño, descanso, energía.
2. Material o entorno; servicios básicos, recursos económicos, calidad de la vivienda, actividades recreativas, entorno físico (ruido, contaminación, clima), disponibilidad y calidad de transporte. Calidad y disponibilidad de alimentos.
3. Grado de independencia: capacidad de trabajo, autonomía, movilidad, dependencia a procedimientos o medicación, actividades diarias
4. Social: actividad sexual, relaciones interpersonales, redes de apoyo.
5. Psicológico; sentimientos (positivos y negativos), autoestima, imagen y apreciación negativa, capacidad de concentración y aprendizaje, memoria.
6. Espiritual: creencias religiosas, espiritualidad.

## **4. Dolor**

### **4.1 Definición**

Al hablar sobre cuidados paliativos, uno de los factores determinantes para analizar es el dolor; La organización internacional para el estudio del dolor (IASP) lo define como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular potencial o real, descrito en términos de dicho daño.” (Aydede, 2017), de igual manera dicha organización aclara ciertas pautas, como que el hecho de que una persona no pueda expresar dicha experiencia desagradable no significa que no sienta dolor, el dolor siempre es subjetivo y da como resultado una experiencia desagradable con un componente emocional. (Aydede, 2017)

### **4.2 Fisiopatología del dolor**

De forma clásica se puede resumir la fisiopatología del dolor en 4 procesos básicos:

(Patricia H. Berry, Edward C. Covington, June L. Dahl, Jeffrey A. Katz, & Christine Miaskowski, 2001)

- **Transducción:** la conversión de la energía de un nocivo térmico, mecánico o estímulo químico en energía eléctrica (impulsos nerviosos) por receptores sensoriales denominados nociceptores.
- **Transmisión:** la transmisión de estas señales nerviosas del sitio de transducción a la médula espinal y hacia el cerebro.
- **Percepción:** la apreciación de las señales que llegan en estructuras superiores como una sensación desagradable (dolor).
- **Modulación:** inhibición descendente del cerebro que regula la transmisión nociceptiva a nivel de la médula espinal.

Las diferentes vías de la fisiología del dolor se describen en el gráfico 2

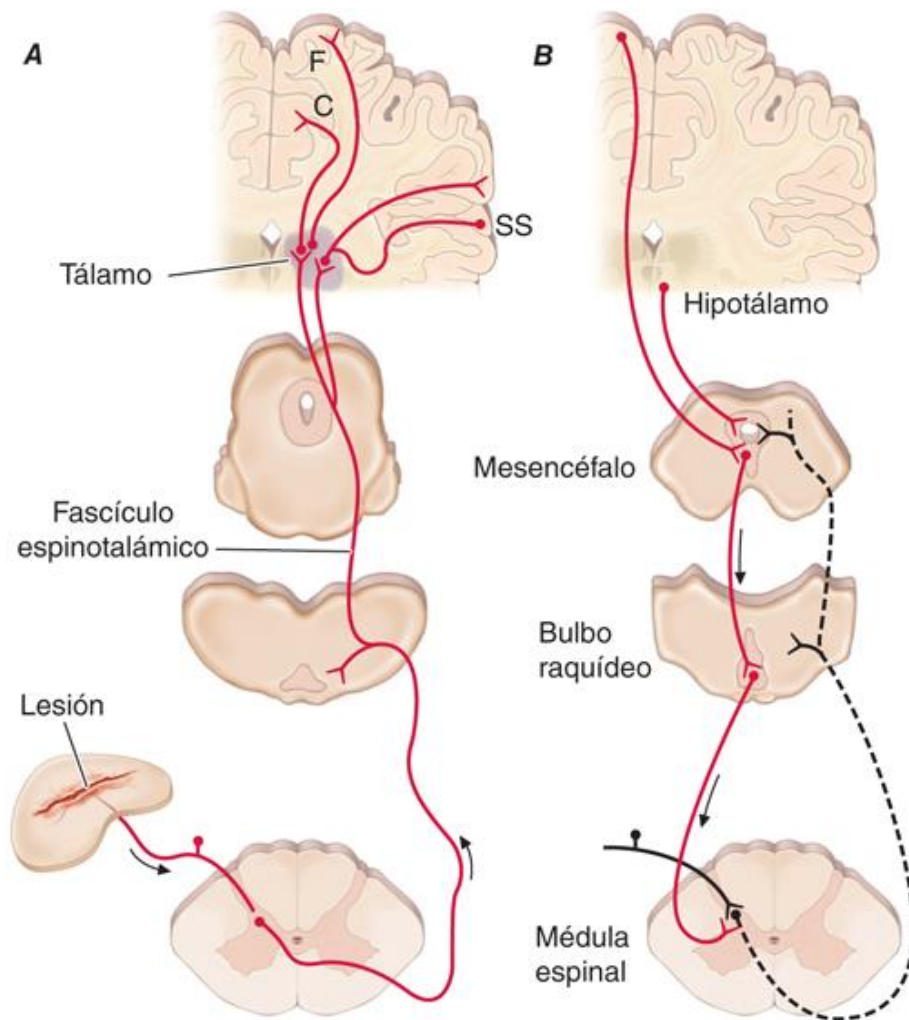


Gráfico 2: Vías del dolor Fuente: Dennis L. Kasper, Anthony S, Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L, Longo, J Larry Jamson, Joseph Loscalzo: Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e: [www.accessmedicina.com](http://www.accessmedicina.com).

## 5. Tipos de dolor

### 5.1 Según su duración

#### 5.1.1 Dolor agudo

El dolor agudo cumple una importante función biológica, ya que advierte sobre el potencial o la extensión de la lesión. Una gran cantidad de reflejos de protección (por ejemplo, la retirada de una extremidad dañada, espasmos musculares, respuestas autónomas) a menudo lo acompañan. Sin embargo, la “respuesta hormonal del estrés” provocada por una lesión aguda también puede tener efectos físicos y emocionales adversos. Incluso breves intervalos de estimulación dolorosa

pueden inducir sufrimiento, remodelación neuronal y dolor crónico; los comportamientos asociados (por ejemplo, posturas anormales, reclinación excesiva) pueden contribuir aún más al desarrollo del dolor crónico. Por lo tanto, cada vez se presta más atención a la prevención agresiva y al tratamiento del dolor agudo para reducir las complicaciones, incluida la progresión a estados de dolor crónico. (Patricia H. Berry et al., 2001)

### **5.1.2 Dolor crónico**

En un inicio el dolor crónico estaba definido como un dolor que se extiende 3 o 6 meses más allá del inicio o más allá del período esperado de curación. Sin embargo, las nuevas definiciones diferencian el dolor crónico del dolor agudo basado en algo más que el tiempo. El dolor crónico ahora se reconoce como un dolor que se extiende más allá del período de curación, con niveles de patología identificada que a menudo son bajos e insuficientes para explicar la presencia y / o la extensión del dolor. El dolor crónico también se define como un dolor persistente que “interrumpe el sueño y la vida normal, deja de cumplir una función de protección y, en cambio, degrada la capacidad funcional y de salud. Por lo tanto, a diferencia del dolor agudo, el dolor crónico no tiene ningún propósito adaptativo. El dolor crónico puede ser nociceptivo, neuropático o ambos y puede ser causado por una lesión (por ejemplo, traumatismo, cirugía), afecciones malignas o una variedad de afecciones crónicas que no ponen en peligro la vida (por ejemplo, artritis, fibromialgia, neuropatía). El dolor crónico puede aparecer de novo sin causa aparente, y varios factores patógenos y físicamente alejados de su causa pueden perpetuarlo. Los factores ambientales y afectivos también pueden exacerbar y perpetuar el dolor crónico, lo que lleva a la discapacidad y al comportamiento inadaptado. (Patricia H. Berry et al., 2001)

## **6. Dolor Total**

El dolor cumple un rol determinante sobre la calidad de vida de un enfermo terminal, el dolor total, término descrito por primera vez por C. Saunders, con la finalidad de describir la capacidad que tiene el dolor de abarcar todos los aspectos de la vida de quien lo padece, está constituido por los siguientes componentes: (Astudillo, Mendinueta, Astudillo, Gabilondo, & Beecher, 1999)

1. Físico: daño tisular, propiamente dicho
2. Emocional: depresión, insomnio, fatiga crónica, enfado
3. Social: afecta relaciones interpersonales, problemas económicos
4. Espirituales: sensación de culpa, inseguridad ante la muerte

El dolor total demuestra la necesidad de procurar una terapia multidisciplinaria en relación a los cuidados paliativos, ya que un manejo adecuado no debe comprender solo medidas médicas (Sarah et al., 2015). El objetivo del manejo debe englobar todos los aspectos previamente descritos, es decir, tratar en lo posible de satisfacer todas las necesidades psicosociales y espirituales del sujeto, brindándole una sensación de pertenencia, dignidad e integridad. (Astudillo et al., 1999)

El dolor total comprende ciertas características que afectan de manera global varios aspectos de la vida de la persona, para poder estudiarlo es esencial mantener una buena relación médico paciente, en la cual se muestre el interés y tiempo necesario para poder abordar de manera minuciosa todos los síntomas que afecten la vida del paciente. Parte de este abordaje, comprenden una historia clínica detallada en la que se incluya todos los factores que desencadenan o alivian el dolor, el impacto que este tiene a nivel funcional, efectos psicológicos, mecanismos que lo producen, así como también los pensamientos que tiene el paciente sobre el dolor y su manera de controlarlo. Se debe analizar de forma

integral el entorno que rodea al paciente, enfermedades de base, tratamientos aplicados y pronóstico. También es importante evaluar otros síntomas diferentes al dolor, el estado de ánimo, función cognitiva, presencia de depresión, histeria, simulación, entre otros. Con este amplio abordaje se logrará brindar un tratamiento muchos más completo evitando así solamente el uso de analgésicos.

El dolor oncológico es generalmente crónico y puede variar con episodios agudos, permanece por meses o años, pueden coexistir más de dos tipos de dolor ocasionados por una lesión en común, afectando el entorno familiar del paciente, así como personal, generándose sentimientos de intranquilidad, sufrimiento y desesperanza lo cual implica también alteraciones funcionales.

Es importante realizar un buen manejo de los síntomas en el paciente con dolor crónico, ya que muchos de estos pueden tener una escasa atención y falta de manejo, se debe tomar medidas que acompañen el tratamiento farmacológico, reconociendo los síntomas oncológicos, psicosociales que constituyen un peligro o amenaza para el paciente y que deben ser tratados de manera prioritaria así como también tratar de aumentar el nivel de satisfacción personal del paciente con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

## **7. Herramientas comunes en la evaluación del dolor**

### **7.1. Escalas unidimensionales**

Las escalas de calificación proporcionan un medio simple para que los pacientes califiquen la intensidad del dolor. Las escalas típicas utilizan descriptores numéricos (por ejemplo, 0-10), verbales o visuales que permiten cuantificar el dolor o el alivio del dolor. La herramienta debe ser apropiada para el estado de desarrollo, físico, emocional y cognitivo del paciente, así como confiable, válida y fácil de usar.

**Escala visual analógica (EVA):** Esta escala es la más conocida y empleada en la práctica clínica, consiste en una línea de 10 cm, con anclajes en cada extremo. Uno de los extremos está marcado como “sin dolor” y el otro está marcado como “el dolor es tan malo como podría ser” o “lo peor que se pueda imaginar”. El paciente marca el lugar en la línea para indicar su intensidad de dolor. El clínico luego mide la línea con una regla y asigna una puntuación. (Patricia H. Berry et al., 2001)

Existen otras escalas si bien menos utilizadas igual de útiles que la EVA ya descrita. Se enumeran a continuación:

- Escala de calificación numérica (NRS)
- Herramienta de evaluación inicial del dolor
- Inventario breve del dolor (BPI)
- Cuestionario de dolor de McGill (MPQ)

## **8. Manejo del Dolor**

### **8.1 Escalera analgésica**

Conocida también como “escalera del dolor de OMS” fue descrita por primera vez en el año 1984 en Ginebra publicada oficialmente por la Organización Mundial de la Salud en 1986 como respuesta a la necesidad de un protocolo para manejo del dolor oncológico. Este planteamiento se basa en la administración progresiva de analgésicos en relación con la evolución del dolor en el contexto de una buena calidad de vida. Esta estrategia puede lograr un buen control del dolor hasta en un 80% de los casos. (Astudillo et al., 1999)

Para un correcto uso de la escala analgésica se debe tomar en cuenta las siguientes premisas: (Díaz, 2005)

- La correcta evaluación y cuantificación del dolor es vital para un correcto manejo del mismo. Siendo la escala visual analógica (EVA) una de las principales

herramientas para este fin.

- Para ascender en la escala es necesario el fallo del escalón previo, tomando en cuenta que se debe iniciar por el primer escalón. En caso de ascenso se puede combinar los fármacos o coadyuvantes de los escalones previos con el escalón actual.
- En caso de falla terapéutica en algún escalón es posible intercambiar por otro fármaco de la misma familia o nivel que no logren un manejo analgésico adecuado. Con excepción del tercer escalón.
- No debemos dudar en escalar en la analgesia en caso de falla terapéutica.
- El uso de coadyuvantes se relaciona con el origen del dolor, por lo que no se deben suspender cuando se escale en la analgesia.
- No existen beneficios de combinar opioides débiles y potentes
- Debemos tener un plan terapéutico en caso de un dolor irruptivo.

La escalera analgésica de la OMS se describe esquemáticamente en el gráfico 3:

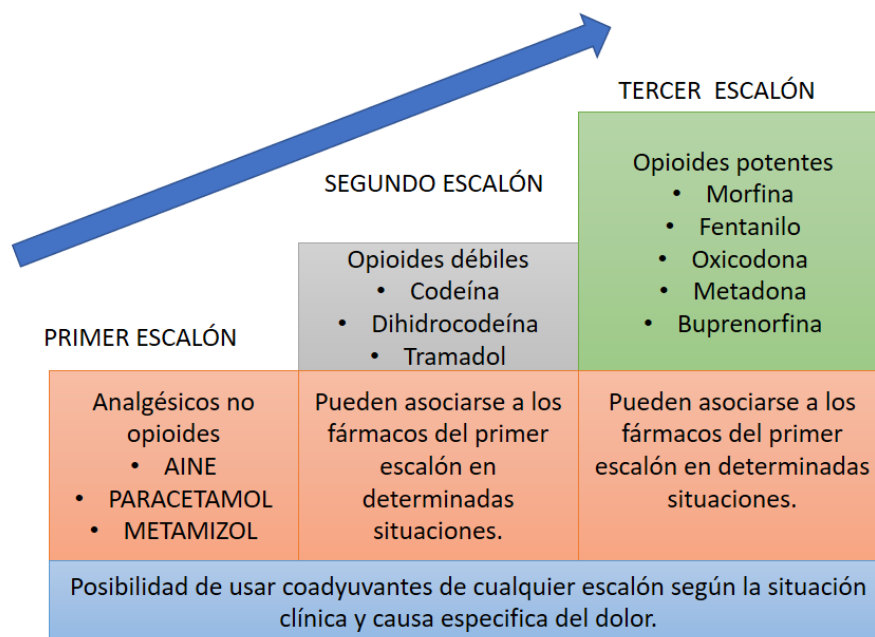


Gráfico 3: Escalera analgésica OMS. Fuente: Dolor en el Paciente Oncológico II.

### **8.1.1 Cuarto escalón**

Cuando nos encontramos con pacientes que padecen dolor crónico que no responde a terapias convencionales, se debe pensar en la posibilidad de emplear terapias neuromoduladoras, mismas que son parte del cuarto nivel de analgesia. Estas técnicas cumplen con un efecto analgésico al modular la transmisión de los impulsos nerviosos o interrumpir dicha transmisión.

Las técnicas más destacadas son:

- Radiofrecuencia pulsada y aplicación periférica de medicamentos.
- Fármacos epidurales.
- Estimulación nerviosa percutánea.
- Bombas de infusión intrarraquídea.
- Ablación de nervios periféricos.
- Estimulación cerebral y cortical.

### **8.2 Analgésicos no opioides**

En este amplio grupo de fármacos se incluyen la familia de los AINES, paracetamol y metamizol, los cuales representan algunos de los fármacos más prescritos y automedicados.

Son fármacos con efecto antiinflamatorio, analgésico y antipirético, mismos que conforman un grupo heterogéneo de compuestos, que rara vez se relacionan químicamente. A pesar de esto último, muchas de las veces comparten acciones terapéuticas y efectos secundarios, se diferencian entre sí por su eficacia y toxicidad relativas, por ejemplo, el paracetamol tiene un excelente efecto antipirético y analgésico,

pero carece de efecto antiinflamatorio, por el contrario, el diflusal posee un buen efecto antiinflamatorio y analgésico, pero mala capacidad antipirética.

#### **8.2.4 Recomendaciones en el uso de AINEs**

Dada la posibilidad de toxicidad por estos fármacos se recomienda utilizar AINEs con una vida media corta, ya que estos alcanzan concentraciones terapéuticas relativamente rápido y tienen menor probabilidad de acumularse que los que poseen vida larga. (Susan B & Trevor, n.d.)

A pesar de que la eficacia de este grupo de analgésicos es similar, debido a la variabilidad individual es posible que ciertas personas respondan mejor a una familia que a otra, de igual manera existe el riesgo de intolerancia. Por lo cual, en caso de mala respuesta o intolerancia se recomienda cambiar de familia hasta encontrar el fármaco ideal.

Debido a la gran afluencia de nuevos fármacos al mercado se recomienda utilizar los que lleven mayor tiempo en circulación, ya que se dispone de mayor información en cuanto a su perfil de seguridad. (Muriel, Santos, & Sánchez-Montero, n.d.-a)

Debido a que el uso concomitante de dos AINES no ha demostrado un aumento de su potencial analgésico, aumentando considerablemente el riesgo de una reacción adversa, no se recomienda utilizar dos AINES de manera simultánea.

### **8.3 Analgésicos Opioides**

Los opiáceos actúan sobre los receptores de opioides: mu ( $\mu$ ), sigma ( $\sigma$ ), kappa ( $\kappa$ ), ya sea como antagonista o agonista parcial, tanto a nivel de sistema nervioso central como en musculo digestivo liso, vascular y pupilar. (Susan B & Trevor, n.d.)

Cada receptor opiáceo cumple con funciones específicas, siendo así los receptores tipo  $\mu$  los que al ser estimulados brindan un efecto analgésico supraespinal, euforia, miosis y depresión respiratoria. Los receptores kappa brindan una analgesia menos potente y un efecto sedante, mientras que los receptores sigma producen alucinaciones al ser estimulados. (Susan B & Trevor, n.d.)

Se puede clasificar a los opioides de diferentes formas, una de ellas es por su efecto sobre los receptores, siendo estos: (Muriel, Santos, & Sánchez-Montero, n.d.-b)

- Agonistas puros: actúan sobre los receptores tipo  $\mu$ .
- Agonistas parciales: similares a los agonistas puros, pero con una actividad menor, cuando se dan en combinación con agonistas puros pueden comportarse como antagonistas.
- Agonistas-antagonistas: poseen un efecto agonista sobre los receptores kappa y un efecto que varía entre agonista u antagonista sobre receptores tipo  $\mu$ . Por lo cual el efecto farmacológico dependerá de la afinidad del fármaco por los receptores.
- Antagonistas puros: poseen afinidad por todos los receptores opioides, pero con una mayor afinidad por los tipos  $\mu$ .

Otra forma de clasificarlos es la potencia, siendo estos: opiáceos menores y opiáceos mayores. Una de sus mayores diferencias la presencia de techo analgésico en los menores, mismo que no se describe en los mayores.

Los opiáceos ejercen su función dependiendo de la familia a la que pertenecen, siendo el caso de los agonistas puros, estos producen analgesia por su acción sobre los receptores específicos acoplados a la proteína G localizadas a nivel del sistema nervioso central, en las estructuras relacionadas con la transmisión y regulación del dolor. Sin embargo, se debe

recordar que los opiáceos pueden tener una función agonista, antagonista o mixta sobre dichos receptores por lo cual su espectro de acción no se limita a la analgesia y varía entre fármacos. (Susan B & Trevor, n.d.)

Una vez que el fármaco se acopla al receptor presente en las neuronas este produce dos efectos, el primero, cerrar los conductos de calcio en las terminaciones presinápticas disminuyendo así la liberación de transmisores entre los que encuentran el glutamato, principal aminoácido excitador liberado en terminación nociceptivas, y otros como la sustancia P, serotonina y noradrenalina. El segundo, consiste en hiperpolarizar la membrana abriendo los canales de potasio y bloqueando las neuronas postsinápticas.

Existen circuitos neuronales que habitualmente son regulados por opioides endógenos, mismos que en caso de dolor liberan péptidos opioides endógenos. Posterior a la administración exógena de opioides estos estimulan la liberación de dichos péptidos endógenos, multiplicando así el efecto analgésico. Por ejemplo, la administración de morfina (afín a receptor mu) desencadena la liberación de péptidos opioides endógenos con función sobre receptores alfa y kappa, lo cual potencia el efecto analgésico de la morfina.

No existe evidencia de drogodependencia en pacientes en tratamiento de dolor crónico, sin embargo, existe un mínimo riesgo por lo cual todo paciente con prescripción de opioides debe ser observado, con especial énfasis en aquellos con historial previo de abuso de sustancias.

### **8.3.10 Uso clínico**

Los opiáceos son considerados potentes analgésicos con un efecto notable sobre dolor intenso y constante. Los opioides cumplen un rol determinante en manejo del dolor oncológico o asociado a enfermedades terminales, en donde el dolor debe ser

manejado con carácter más intensivo debido a las características de este. En varias investigaciones llevadas a cabo en centros de cuidados paliativos se determinó que esquemas establecidos y regulares de administración de opioides brindan un mejor control del dolor, que la administración según demanda del paciente. Esto conllevó al desarrollo de fármacos de liberación prolongada para brindar analgesia más estable y prolongada.

Los fármacos opiáceos pueden ser parte del tratamiento del edema agudo de pulmón, su función es mejorar la disnea gracias a la disminución de la ansiedad producida por la sensación de falta de aire y por su efecto sobre el tono arterial y venoso lo cual disminuye la precarga y poscarga. Dicho efecto vasomotor es de especial utilidad en el infarto agudo de miocardio.

En algún punto solía ser frecuente el uso de opiáceos para suprimir el reflejo de la tos, mismo que se lograba con dosis menores a las utilizadas para analgesia, sin embargo, en la actualidad el uso como antitusígeno de los opiáceos es casi inexistente debido al desarrollo de nuevos fármacos sin potencial adictivo.

Debido a su efecto sobre la motilidad intestinal los opiáceos sirvieron como tratamiento en casos de diarrea, esta utilidad clínica en la actualidad ha sido sustituida por nuevos fármacos como la loperamida o difenoxilato, mismos que cuentan con un efecto nulo sobre el sistema nervioso central.

## **9. Síntomas respiratorios**

### **9.1 Disnea**

La Sociedad Torácica Americana (ATS por sus siglas en inglés) define la disnea como la sensación subjetiva de dificultad respiratoria de intensidad variable. Esta guarda relación con factores fisiológicos, sociales, psicológicos y medioambientales. Su prevalencia en

pacientes terminales oscila entre el 30-40% en cáncer, 65-70% en pacientes bronco-génicos, 85% en cuadros de insuficiencia cardiaca congestiva y supera el 90% en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (MSP, 2014)

En pacientes cursando Cuidados Paliativos la valoración de la disnea puede ser llevada a cabo por una escala visual analógica, de esta manera tendremos una orientación en la intensidad del cuadro y su respuesta a tratamientos. Se debe recordar que la correlación entre la intensidad de la disnea con la hipoxia es baja, por lo cual no recomienda la evaluación por medio de pulsioximetría o gasometría de forma rutinaria. Se ha determinado que las escalas más adecuadas para la valoración de la disnea son: la escala de Borg modificada, Numeric Rating Scale (NRS). No obstante, se requiere más evidencia para su uso rutinario en cuidados paliativos. (MSP, 2014)

### 9.1.1 Etiología

Su etiología es múltiple y se puede clasificar en: pulmonar, cardiovascular y sistémicas. (Babarro, 2010) (cuadro 3)

Compromiso Pulmonar	Compromiso Cardiovascular	Causas sistémicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltración parénquima pulmonar por cáncer o metástasis</li> <li>• Tumor pleural</li> <li>• Derrame pleural</li> <li>• Neumonía</li> <li>• TEP</li> <li>• EPOC</li> <li>• Obstrucción Bronquial</li> <li>• Linfangitis</li> <li>• Fibrosis</li> <li>• Neumotórax</li> </ul> <p>Relacionados a tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumectomía</li> <li>• Lobectomía</li> <li>• Post Radioterapia</li> <li>• Post Quimioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICC</li> <li>• Derrame pericárdico</li> <li>• Cardiopatía Isquémica</li> <li>• Síndrome de Vena cava superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia</li> <li>• Caquexia</li> <li>• Ascitis a tensión</li> <li>• Dolor</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Enfermedades neuromusculares</li> <li>• Acidosis metabólica</li> <li>• Hepatomegalia</li> </ul>

### **9.1.2 Fisiopatología**

La descripción de la fisiopatología de la disnea es compleja y aun no del todo clara, dentro de los mecanismos que se sospechan participan en la disnea se encuentran: (MSP, 2014)

- Aumento del esfuerzo respiratorio para vencer una resistencia: obstrucción, derrame pleural.
- Incremento del esfuerzo muscular: caquexia, fatiga muscular.
- Aumento de necesidad tisular de oxígeno: hipoxia, anemia.

### **9.1.3 Tratamiento**

Dentro de las medidas generales en el manejo de la disnea se puede incluir: mantener un flujo de aire continua en la habitación, evitar exposición a irritantes como humo, mantener siempre alguien con el paciente con la finalidad de tranquilizar al paciente en caso de que se presente una crisis. Existen otras como la rehabilitación pulmonar cuyo objetivo es evitar el desacondicionamiento físico y fomentar el ahorro de energía. Otras, como la deambulaci3n con uso de bastones o asistida por andaderas, fisioterapia con vibraci3n o ejercicios de respiraci3n no cuentan con evidencia que respalden su uso rutinario, no obstante, se han mostrado 3tiles en ciertas patologías específicas. (MSP, 2014)

En cuanto al oxigeno como tratamiento para la disnea, existe una revisi3n sistemática que concluye que existe una leve evidencia de que el oxígeno suplementario podría ser 3til para mejorar la disnea, sin embargo, no es en todos los pacientes y no existe manera de saber con certeza que pacientes se verán

beneficiados por el mismo, no existe evidencia de que el oxígeno suplementario sea de ayuda en la disnea en pacientes sin hipoxia. (MSP, 2014)

Los opioides suponen la medida más efectiva en el manejo sintomático de la disnea. Su efectividad está comprobada por vía oral y parenteral, la forma nebulizada no cuenta con evidencia suficiente para su empleo. Los fármacos aprobados para manejo de la disnea son: morfina, diamorfina y dihidrocodeina. (MSP, 2014)

El mecanismo por el cual los opioides mejoran la disnea no está dilucidado, pero se asocia a la disminución de la sensibilidad al CO<sub>2</sub> por el centro respiratorio y a la hipoxia en los quimiorreceptores. La disminución de precarga, la vasodilatación, menor consumo de oxígeno y su efecto ansiolítico también cumplen un rol determinante en el manejo de la disnea. (Babarro, 2010)

El uso de benzodiazepinas no cuenta con evidencia para mejorar el cuadro de disnea. Los corticoides sistémicos son útiles en ciertos cuadros de disnea, como los asociados a EPOC, asma, obstrucción tumoral de vía aérea. (MSP, 2014)

## **9.2 Tos**

La tos se define como: un reflejo cuya finalidad es proteger la vía aérea al expulsar elementos extraños o secreciones presentes en la misma. Esta puede estar presente entre un 4% a 86% de pacientes con neoplasia pulmonar y entre un 23%-37% de otras patologías neoplásicas. En patologías pulmonares crónicas se presenta aproximadamente en el 59% de los casos. (MSP, 2014)

Su etiología es amplia y se resumen en el cuadro 4.

Causas no malignas	Causas Malignas
<p>Infecciosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección viral tracto respiratorio superior</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Bronquitis, bronquiectasias</li> <li>• Síndrome de Descarga Posterior</li> </ul> <p>Enfermedad Vía Aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• EPOC</li> </ul> <p>Irritantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuerpo extraño</li> <li>• Tabaco</li> <li>• Reflujo gastroesofágico</li> </ul> <p>Aspiración Recurrente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de neurona motora</li> <li>• Esclerosis múltiple</li> </ul> <p>Cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IC izquierda</li> </ul> <p>Drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA</li> </ul>	<p>Obstrucción vía aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad endobronquial</li> <li>• Enfermedad pleural (derrame pleural, mesotelioma)</li> </ul> <p>Enfermedad intersticial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfangitis</li> </ul> <p>Enfermedad Metastásica</p> <p>Secuela de tratamiento antineoplásico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonitis actínica</li> <li>• Quimioterapia</li> </ul>

Cuadro 2:: Causas de Tos, adaptado de "Manual CTO de medicina y cirugía 9na edición"

La tos en pacientes terminales puede ser con o sin producción. El tratamiento estará enfocado a la no productiva, ya que en caso de haber producción esto favorecerá la expectoración de secreciones bronquiales.

### 9.2.1 Tratamiento

Al ser la tos un síntoma con una etiología tan amplia, su tratamiento inicialmente se enfocará en la determinación de su causa para su tratamiento específico. En el caso de encontrar una tos productiva lo que se busca es mantener el reflejo tusígeno intacto y fluidificar la secreción para facilitar su excreción, para esto se puede utilizar fármacos como la acetilcisteína, bromhexina o soluciones hipertónicas por medio de nebulizaciones o por vía inhalatoria. (Babarro, 2010)

En caso de tos no productiva, se pueden emplear antitusígenos, ya sean centrales (opiáceos, clobutinol) o periféricos (antihistamínicos, broncodilatadores). En

cuanto a los opioides todos poseen efecto antitusígeno, destacando por excelencia la codeína, su efecto antitusígeno esta mediado por los receptores tipo mu. La dosis de opiáceos como antitusígeno es menor a su dosis analgésica, siendo de 10-20 mg cada 4-6 horas para la codeína. En caso de que un paciente ya se encuentre bajo un régimen de opiáceos y debute con tos, se debe cambiar de opiáceo mas no añadir otro al esquema. (MSP, 2014)

## **10. Síntomas psicológicos y psiquiátricos**

### **10.1 Delirium**

El delirium o síndrome confusional agudo se puede definir como un estado agudo de deterioro cognitivo que conlleva a una alteración en el nivel de conciencia, grado de intención, estado sueño-vigilia, psicosis y alteración del comportamiento. El delirium supone un problema frecuente en enfermos terminales, aparece entre un 28%-83% de dicho grupo, aunque este valor puede aumentar hasta en 90% en los últimos días de vida, su presencia determina un peor pronóstico. (MSP, 2014)

Se describen 3 grandes grupos de delirium: hipoactivo, hiperactivo y mixto.

- Delirium hipoactivo: se caracteriza por un estado de alerta disminuido, enlentecimiento psicomotor, letargo y desconexión con el medio que rodea al paciente. Pese a ser la forma más común de delirium suele pasar inadvertido.
- Delirium hiperactivo; también llamado hiperalerta, comprende un estado de agitación, hiperactividad, ideas delirantes e incluso alucinaciones. Cerca del 25% de los casos de delirium en pacientes terminales son hiperactivos.
- Delirium mixto; se caracteriza por periodos intercalados de hiperactividad e hipoactivos.

### 10.1.2 Diagnostico

El diagnostico comienza con la sospecha clínica, misma que debe existir ante la presencia de cualquier cambio agudo en el estado cognitivo o estado de alerta del paciente. Debido a su gran variabilidad en cuanto a intensidad de síntomas, es posible que ciertos cuadros demenciales pasen desapercibidos, ya que su sintomatología puede ser leve y evidenciarse solo como dificultad para conciliar el sueño o intranquilidad y ser atribuidas erróneamente a la enfermedad de base.

Para el diagnostico se basa en los criterios del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” quinta edición (DSM-V), mismo que se resume en el cuadro 5.

Criterios Diagnósticos para el delirium	
DSM-V	
A.	Alteración de la atención (por ejemplo, para cambiar o focalizar la atención) y de la conciencia.
B.	La alteración se desarrolla en un corto espacio de tiempo (entre horas o pocos días) y presenta una importante fluctuación a lo largo de los días.
C.	Una añadida alteración cognitiva (empeoramiento de la memoria, de la orientación, del lenguaje, de la percepción, etc.)
D.	La alteración de los criterios A y C no pueden ser explicados por otro trastorno neurocognitivo previamente establecido o en desarrollo y que no ocurre en el contexto de una situación de disminución de la vigilia como puede ser un coma.
E.	Debe haber evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en las pruebas de laboratorio de que las alteraciones psicológicas son consecuencia directa de otra condición médica, exposición a tóxicos o a su retirada reciente o que posea un carácter multifactorial.

Cuadro 3: Criterios diagnósticos para delirium, adaptado de “DSM-V”.

### **10.1.3 Tratamiento**

Usualmente, el delirium se presenta poco antes de la muerte del paciente terminal, por lo que el objetivo terapéutico con estos pacientes es el de mejorar su calidad de vida, controlando el dolor y mantener en lo posible al paciente calmado y conectado con su ambiente. (Babarro, 2010)

Existen ciertas medidas no farmacológicas que cumplen una función de prevención en pacientes con riesgo de desarrollar delirium, así como de aminorar la intensidad de los síntomas en pacientes con un cuadro ya instaurado. Se ha demostrado que estas medidas pueden prevenir hasta en un 40% el desarrollo de delirium en pacientes no terminales. De entre estas medidas se puede destacar: (Babarro, 2010)

- Uso de estímulos de orientación; reloj, calendario, luz solar
- Higiene del sueño; música relajante, masajes suaves, evitar en lo posible procedimientos o terapias en la noche
- Apoyo sensorial; lentes, audífonos
- Compañía por parte de cuidadores o de preferencia familiares
- Promover la deambulaci3n
- Manejo oportuno y prevenci3n de deshidrataci3n
- Control eficaz del dolor
- Vigilancia del tr3nsito intestinal y diuresis
- Control de farmacia evitando en lo posible usar f3rmacos asociados al desarrollo de delirium
- Educar a familiares y cuidadores con la finalidad de diagnosticar tempranamente el delirium

En cuanto al manejo farmacológico, existen varias opciones y esquemas, siendo los neurolepticos los fármacos de primera elección, sobre todo en cuadros hiperactivos. Su uso en cuadros hipoactivos sigue siendo tema de discusión. Entre los fármacos más utilizados se encuentran:(Babarro, 2010)

- Haloperidol; fármaco neuroleptico de alta potencia, con excelente relación costo-efectividad y perfil de seguridad por lo que es considerado de primera elección. Su administración en caso de agitación leve a moderada es a dosis bajas en adultos mayores (0.5 mg vía oral cada 8-12 horas), mientras que en personas jóvenes la dosis puede ser mayor (1-2 mg vía oral cada 8-12 horas). En casos severos se puede administrar 1-2 mg por vía intravenosa o subcutánea reevaluando al paciente cada 30 min, repitiendo dosis en caso de ser necesario.
- Clorpromazina; solía utilizarse como neuroleptico de baja potencia, sin embargo, debido a sus efectos anticolinérgicos e hipotensores actualmente se encuentra en desuso.
- Neurolepticos de nueva generación: igual de efectivos que el haloperidol con menos efectos adversos, sobre todo extrapiramidales. Dos fármacos destacan de este grupo: La risperidona se utiliza en dosis de 0.25 a 0.5 mg cada 12 horas y la quetiapina con dosis de 12.5 a 25 mg día.

Se debe tener especial cuidado en el uso de neurolepticos en pacientes con alteraciones hidroelectrolíticas, debido al riesgo del desarrollo de arritmias. De igual, manera existe el riesgo de presentar un síndrome neuroleptico maligno que se compone de catatonía, hiperpirexia y rigidez, y si bien el riesgo es muy bajo, sus consecuencias son graves.

### **10.1.5 Sedación terminal**

En un 30% de pacientes moribundos, en los que el manejo no es posible mediante el uso de neurolépticos, se puede emplear sedantes, los más usados son las benzodiazepinas como el midazolam o lorazepam. Estos fármacos tienen un efecto de deterioro marcado sobre el estado de conciencia y alerta. Por lo cual, se debe discutir con anterioridad en caso de que se presente la necesidad de su administración si la decisión del paciente y su familia es la de cursar sus últimas horas en un estado de sedación o si prefieren mantener la capacidad de comunicarse. Vale destacar, que la sedación realizada correctamente no afecta la sobrevivencia del paciente. (Babarro, 2010)

## **11. Sintomatología gastrointestinal**

Los síntomas digestivos afectan a una gran proporción de pacientes en la fase paliativa de la enfermedad. Estos síntomas pueden surgir de la enfermedad en sí o como efectos secundarios del tratamiento, en particular de la quimioterapia contra el cáncer. La mayoría de estos síntomas son prevalentes, a menudo persistentes y perjudiciales para la calidad de vida de los pacientes afectando tanto su confort físico, su entorno emocional y social. El buen manejo de los síntomas implica una evaluación rutinaria y un seguimiento de la respuesta al tratamiento a lo largo del tiempo. (Abernethy, Jane L, & Zafar, 2011)

Dentro los principales síntomas gastrointestinales podemos destacar los siguientes:

### **11.1 Xerostomía**

La xerostomía se define como la sensación subjetiva de sequedad de la boca, puede producirse por varios mecanismos los cuales incluyen factores que comprometen el centro salival, factores relacionados con la estimulación autonómica o factores relacionados con las glándulas salivales. Esta condición constituye un síntoma muy

frecuente en los pacientes de cuidados paliativos y su prevalencia se estima en un 60% a 88% en pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas y progresivas.

La xerostomía tiene implicaciones físicas, sociales y psicológicas ya que la saliva tiene un papel importante en el mantenimiento de las condiciones fisiológicas de la boca, porque no solo humidifica las mucosas de la cavidad oral, sino que posee propiedades lubricantes las cuales ayudan a tragar, hablar y previenen otros daños causados por agentes microbiológicos mecánicos y nocivos. (Feio, Sapeta, Feio, & Sapeta, 2005) La xerostomía puede estar asociada con el desarrollo de caries, ulceraciones en la mucosa oral, desarrollo de candidiasis.

### **11.2 Náusea y vómito**

La náusea es una experiencia completamente subjetiva, definida como “la sensación que precede inmediatamente al vómito”. A menudo es referida como el deseo inminente de vomitar. Vómito o emesis se define como “la evacuación rápida y enérgica de los contenidos gástricos en forma retrógrada desde el estómago hasta la boca”. (Miller, 2011)

El vómito se produce por la interacción de procesos neurales, hormonales y musculares mioeléctricos gastrointestinales. La náusea en cambio tiende a producirse por la activación de sitios corticales. (Argente & Alvarez, 2005)

Las náuseas y vómitos son síntomas frecuentes en pacientes terminales con o sin tratamiento, ocurren entre el 6% y 68% de los pacientes oncológicos. En pacientes con SIDA, otras enfermedades crónicas, como insuficiencia cardíaca o renal, el porcentaje varía entre el 30 % y 50%. (MSP, 2014)

### **11.3 Estreñimiento**

El estreñimiento se presenta en una gran proporción de pacientes en cuidados paliativos. Ciertos factores, como la inmovilidad, el tipo de dieta, trastornos metabólicos, el uso

prolongado de fármacos especialmente los opioides, ponen en manifiesto la elevada prevalencia. (MSP, 2014) El estreñimiento afecta hasta al 48% de todos los pacientes que reciben cuidados paliativos, y hasta al 87 % de los pacientes que reciben cuidados paliativos que también toman opioides. El uso de laxantes es parte fundamental del tratamiento, ya que otras medidas como el ejercicio físico o el tipo de alimentación en pacientes que reciben cuidados paliativos son difíciles de aplicar.

Las medidas no farmacológicas como una dieta rica en fibra, ingesta suficiente de líquidos y laxantes orales también se han utilizado tradicionalmente; se prefieren los estimulantes (por ejemplo, bisacodilo) y / o los ablandadores de heces (por ejemplo, lactulosa). (A, B, Star, & Boland, 2018)

#### **11.4 Diarrea**

La diarrea constituye otro síntoma común en los pacientes que reciben cuidados paliativos, sin embargo, es menos frecuente que el estreñimiento en especial en pacientes oncológicos. Su prevalencia puede llegar hasta el 30%; en el caso de pacientes con SIDA puede presentarse hasta en el 90%. Dadas las diversas causas de diarrea entre los pacientes con cáncer avanzado y la disponibilidad de terapias específicas, es necesaria una evaluación cuidadosa de la causa subyacente.

Los pacientes deben rehidratarse por vía oral, o cuando sea apropiado, mediante infusión parenteral. En los casos de diarrea de gran volumen, existe la posibilidad de una deshidratación muy rápida con riesgo de deterioro prerrenal o incluso, en casos extremos, shock son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la diarrea. (Cherny, 2019)

## **12. Formación en Cuidados Paliativos en el plan de estudios en el mundo.**

La realidad en Cuidados Paliativos en Latinoamérica es incierta, debida a la poca disponibilidad de información o estudios que retraten el nivel de conocimiento relacionados a los cuidados paliativos. De entre los pocos datos relevantes, podemos destacar la existencia de diversos programas académicos en América Latina, que abarcan clases a nivel de pregrado, posgrado, diplomados, maestrías, pasantías, etc. Sin embargo, la disponibilidad de programas de educativos continúa siendo insuficiente. (Babarro, 2010)

En la encuesta realizada por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos se reveló que la educación en Cuidados Paliativos tanto en pregrado como posgrado, no ha logrado alcanzar un nivel suficiente en cuanto a la preparación de profesionales de la salud. (Babarro, 2010)

A nivel mundial, la enseñanza de Cuidados Paliativos varía considerablemente, se pueden describir tres grandes grupos de opciones en cuanto a la conformación de los planes de estudios. En el primero, la formación consta formalmente dentro de la malla académica, como es el caso de la universidad de Tampere en Finlandia. Un segundo grupo, en el cual el tema es proporcionado por varias disciplinas ocultas en el plan de estudios. Y un tercer grupo, en los cuales no se ha desarrollado un plan de estudios formal en relación con el cuidado durante el final de la vida, lo que constituye una limitación para el progreso de los Cuidados Paliativos. (Lehto, Hakkarainen, & Saarto, 2017)

Otra característica que varía mucho y determina notablemente el nivel y la calidad de la atención paliativa la supone la obligatoriedad o no de la asignatura durante la carrera médica. Por ejemplo, países como Reino Unido, Israel, Noruega, Bélgica, Francia, Austria, Alemania e Irlanda han incluido la materia de Cuidados Paliativos en todas sus

escuelas de medicina, y en su gran mayoría esta se plantea como una asignatura obligatoria. (Woitha & Elsner, 2019) Por otro lado, países como: Portugal, Suecia, Republica checa, Grecia, Rusia, Italia dicha materia es considerada opcional. (Woitha & Elsner, 2019)

Dada la importancia de los Cuidados Paliativos durante la formación médica, varias universidades en Europa cuentan con un plan de estudios estandarizado en dicha área, integrando esta asignatura como una nueva disciplina debido a que muchas de estas universidades se guían bajo las directrices planteadas por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. Estas recomendaciones no solo sirven de guía para una correcta orientación de los planes ya establecidos, si no para la creación de planes de estudio en aquellas escuelas que no cuenten con uno. Vale destacar el ejemplo de la Universidad de Tampere, en Finlandia, la cual hasta el momento constituye una de las primeras escuelas en establecer un plan de estudios formal en cuidados paliativos. (Lehto et al., 2017)

## Capítulo III

### 13. Materiales y métodos

#### 13.1 Problema del estudio

¿Cuáles son los conocimientos, que sobre los cuidados paliativos tienen los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina y postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador?

#### 13.2 Objetivos del estudio

##### 13.2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina y postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el periodo marzo-julio 2019.

##### 13.2.2 Objetivos específicos

- Establecer las diferencias entre estudiantes que han cursado por materias electivas relacionadas con cuidados paliativos en base a su nivel de conocimiento.
- Determinar las falencias en la formación en torno a cuidados paliativos
- Comparar nivel de conocimientos entre pregrado y postgrado de medicina familiar y entre los diferentes niveles de estos.

#### 13.3 Hipótesis

- El nivel de conocimiento de los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina de la PUCE es insuficiente, mientras que en postgrado de medicina familiar se encuentran mejor preparados sobre temas referentes a cuidados paliativos.
- Existe un mejor nivel de conocimiento en estudiantes que hayan cursado materia optativa en cuidados paliativos en relación con los que no recibieron dicha clase.

### 13.4 Definición de variables

<b>Operacionalización de variables</b>			
<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Indicador</b>
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Masculino Femenino	/ proporción
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Edad cronológica en años cumplidos	Media, desviación estándar
<b>Semestre</b>	Cualitativa	Semestre en curso	Proporción
<b>Optativa en cuidados paliativos</b>	Cualitativa	Si / No	Proporción
<b>Puntaje de componentes de encuesta</b>	Cuantitativa	Porcentaje de respuestas correctas	de Media, desviación estándar

Tabla 1: Operacionalización de variables

### 13.5 Muestra

Se tomó como universo, todos los estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador entre sexto y décimo segundo semestre, matriculados en el periodo marzo-julio 2019 y médicos postgradistas de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria del mismo período.

Para calcular la muestra, se procedió a calcular un porcentaje significativo de cada semestre y postgrado por separado. Utilizando la siguiente formula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Donde:

N = tamaño de la población

e = margen de error igual al 5%

z = puntuación z que para un nivel de confianza del 95% da como resultado 1,96

Lo que nos dio como resultado los siguientes datos:

<b>Pregrado</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Número de estudiantes matriculados</b>	<b>Tamaño de muestra calculado</b>
<b>Sexto</b>	115	89
<b>Séptimo</b>	75	63
<b>Octavo</b>	98	79
<b>Noveno</b>	52	46
<b>Decimo</b>	86	71
<b>Internado</b>	149	108
<b>Total:</b>	575	456

Tabla 2: Tamaño muestral pregrado e internado rotativo.

<b>Postgrado medicina familiar y comunitaria</b>	
<b>Numero de postgradistas</b>	<b>Tamaño de muestra</b>
<b>89</b>	<b>73</b>

*Tabla 3: Tamaño muestral postgrado de medicina familiar y comunitaria.*

<b>Tamaño muestral total.</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Tamaño de muestra</b>
<b>Pregrado</b>	<b>456</b>
<b>Postgrado</b>	<b>73</b>
<b>Total</b>	<b>529</b>

*Tabla 4: Tamaño muestral total.*

### **13.6 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo transversal, aplicado a los estudiantes de la carrera de medicina entre 6to y 12vo semestre y médicos del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mediante el uso de encuestas anónimas aplicadas por los autores.

## **13.7 Recolección de información**

### **13.7.1 Selección de muestra**

La muestra fue seleccionada de manera aleatoria entre estudiantes de la carrera de medicina entre 6to y 12vo semestre y médicos del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de entre toda la población 499 cumplieron con los criterios de inclusión descritos a continuación.

### **13.7.2 Criterios de inclusión**

En el presente estudio se incluyó estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador entre sexto y décimo segundo semestre, matriculados en el periodo marzo-julio 2019 y médicos postgradistas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

### **13.7.3 Criterios de exclusión**

Se excluyeron a todos aquellos participantes que cumplieran con las siguientes características:

- Estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica que no deseen participar en el estudio
- Postgradistas que no deseen participar en el estudio
- Estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica que no se encuentren presentes los días de aplicación de las encuestas
- Postgradistas que no se encuentren presentes los días de aplicación de las encuestas

### **13.7.4 Formato de recolección de datos**

Para el proceso de recolección de datos, se tradujo y adaptó la encuesta, “Palliative Care Knowledge Test” (PCKT) desarrollada en 2009 por Nakasawa et al. Se adjunta en anexos. Dicha adaptación fue validada por opinión de expertos y sometida a pruebas piloto para comprobar su viabilidad, utilidad y coherencia. (Nakazawa et al., 2009)

### **13.7.5 Plan de análisis de datos**

La información recopilada en el presente estudio fue ingresada en una base de datos en Microsoft Excel y codificada para manejo de sus variables.

Con fines prácticos se definió como “nota aceptable” un resultado total en la encuesta con un valor mayor o igual al 60% de aciertos (15 aciertos de 25 posibles). Se procedió a valorar como aceptable cada esfera de las diferentes áreas de cuidados paliativos (conceptual, dolor, disnea, psiquiátricos y gastrointestinal) con un valor individual:

- Filosofía > 3 aciertos de 5 posibles
- Dolor > 5 aciertos de 7 posibles
- Disnea = 4 aciertos de 4 posibles
- Psiquiatría = 2 aciertos de 2 posibles
- Gastrointestinal > 5 aciertos de 7 posibles

En cuanto a la pregunta 26 de opinión se procedió agrupar en 2 grupos, grupo 1 “poco preparado” y grupo 2 “regular”, en este último se agruparon los estudiantes que consideraron su nivel de preparación como “regular” y “muy preparados” en

dicha encuesta. Se realizó esta agrupación para dicotomizar variables y aplicar la prueba de chi-cuadrado.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables demográficas. Las variables continuas, definidas mediante medidas de tendencia central, no central y de dispersión. Las variables cualitativas mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas con IC del 95%.

La comparación entre proporciones se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado. La significación estadística se establece en 0,05 cuando se contrastan las hipótesis. En el caso de los grupos con 5 o menos participantes se procedió a determinar la significancia mediante la prueba exacta de Fisher. Se utilizó la prueba de t para muestras independientes para el análisis de medias en las diferentes esferas.

El análisis y procesamiento de los datos se realizó mediante el Software IBM SPSS Statisticsv.25.

### **13.8. Aspectos bioéticos**

El presente estudio se desarrolló en estudiantes de medicina y postgradistas de la Pontificia Universidad Católica, de quienes, con previo consentimiento de participar en el estudio, se recolectó su información mediante el uso de encuestas.

Tomando en cuenta que este proceso no conllevó medidas experimentales, ni infringe las normas bioéticas internacionales, el estado de salud presente o futuro de los participantes no se verá afectado.

Al tratarse de una encuesta anónima, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

De igual manera, al hacer énfasis en la utilidad social del presente estudio, este brindará un dato manifiesto sobre la formación de los estudiantes de la facultad de medicina de la PUCE, en lo que se refiere al tema de Cuidados paliativos. Estos datos deberán ser indispensables para la toma de decisiones en cuanto a la implementación formal en el plan de estudios de la carrera de la asignatura relacionada con cuidados paliativos.

### **13.9 Aspectos administrativos**

#### **13.9.1 Recursos humanos**

Para el presente estudio fue necesaria la tutoría de la Dra. Carmen Elena Cabezas, médico de familia, docente a tiempo completo de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y directora de este trabajo de titulación. Adicionalmente se contó con el apoyo de la Dra. Ximena Pozo, médico familiar, máster en cuidados paliativos y docente de la Facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quien validó la encuesta aplicada.

Las encuestas fueron aplicadas por los autores del presente trabajo de titulación: Daniela Rivadeneira P. y Francisco Elizalde M. estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

#### **13.9.2 Equipos**

Computador Portátil

Fotocopiadora

## Capítulo IV

### 14. Resultados

#### 14.1 Características sociodemográficas

Se aplicó la encuesta sobre Cuidados Paliativos a 499 estudiantes cursando entre sexto a decimosegundo nivel de pregrado de la carrera de Medicina y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el periodo de marzo a julio 2019.

Dentro de la población encuestada el 38.1% (n=190) fueron hombres mientras que el 61.9% (n=309) mujeres. La edad media fue de 23.98 años (+/- 3.32 DS) (R= 20-35 años). (Tabla 6)

La distribución de la muestra según el nivel que cursaba al momento de la encuesta se describe en la Tabla 5.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje (%)
sexto semestre	72	14,4%
séptimo semestre	64	12,8%
octavo semestre	79	15,8%
noveno semestre	46	9,2%
decimo semestre	71	14,2%
internado rotativo	102	20,4%
Posgrado	65	13,0%
<b>Total</b>	<b>499</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 5: Distribución de muestra.

El 24.9% (n=108) de la muestra de pregrado cursó materia de cuidados paliativos mientras que el 74.9% (n=325) negaron haber realizado dicha materia hasta el momento de la encuesta. No existió diferencia significativa entre hombres y mujeres para realizar o no la materia (p=152). (Tabla 7)

#### **14.2 Análisis Univariado.**

Del total de encuestados (n=499), en la esfera de filosofía el 82.2% (n=430) obtuvieron más de 3 aciertos de 5 posibles. En la esfera de dolor se obtuvo un 5.6% (n=28) de encuestados obtuvieron más de 5 aciertos de 7 posibles. En cuanto a la esfera de disnea, apenas el 3.2% (n=16) lograron una nota aceptable en dicha categoría. De la esfera de psiquiatría el 24.4% (n=122) alcanzaron un puntaje aceptable. Respecto a la esfera de gastrointestinal el 4.6% (n=23) consiguieron 5 o más aciertos en las 7 preguntas de dicha categoría. Referente al puntaje total de la encuesta, el 19.6% (n=98) cumple con el requisito de 15 o más aciertos para considerarse como nota aceptable en la encuesta aplicada. (Tabla 8)

En cuanto a la autoevaluación de conocimiento, se encontró que el 31.9% (n=159) describieron su conocimiento como bueno o muy bueno en contraste con el 68.1% (n=340) quienes refirieron sentirse poco preparados en el área de cuidados paliativos.

Para lograr definir las falencias en la formación de los encuestados se procedió a realizar una prueba t para muestras independientes para comparar medias. Con lo cual se pudo evidenciar que en el grupo de pregrado (sexto a decimo semestre), la esfera de disnea no alteraba la media del puntaje total de la muestra (p=0.189), a

diferencia de las esferas de: filosofía ( $p=0.000$ ), dolor ( $p=0.000$ ), psiquiatría ( $0.000$ ) y gastroenterología ( $0.000$ ). (Tabla 9)

En el grupo de internado rotativo (décimoprimer a décimosegundo semestre) se encontró que las medias no se veían afectadas por el resultado de la esfera dolor ( $p=0.261$ ), mientras que las demás esferas obtuvieron valores significativos: filosofía ( $p=0.000$ ), psiquiatría ( $p=0.012$ ), gastrointestinal ( $p=0.004$ ), no obstante, la esfera de disnea no fue valorable debido a que contaba con un valor igual a 0. (Tabla 10).

En la población de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria las variables filosofía ( $p=0.345$ ) y gastrointestinal ( $p=0.053$ ) no producían diferencias significantes en la media del resultado total, mientras que las esferas, dolor ( $p=0.000$ ), disnea ( $0.000$ ), psiquiatría ( $p=0.000$ ) si modificaban la media del resultado. (Tabla 11)

### **14.3 Análisis Bivariado**

Luego de un análisis bivariado de los resultados de la encuesta, se determinó que no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con el nivel de conocimiento, exceptuando la esfera de dolor, en la cual las mujeres demostraron un mejor nivel 8.4% ( $n=26$ ) en comparación con 1.1% ( $n=2$ ) en el grupo de hombres ( $p=0.000$ ) (Tabla 12). En cuanto a la autoevaluación de conocimiento no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres. (Tabla 13) Evaluando el resultado total de la encuesta no existen diferencias significativas según el sexo. (Tabla 14).

En cuanto a los estudiantes de pregrado que cursaron Cuidados paliativos versus los que no lo hicieron, obtuvieron mejores resultados los estudiantes que si la cursaron en las esferas de dolor ( $p=0.000$ ) y gastrointestinal ( $p=0.004$ ) (Tabla 15). En el resto de las esferas no existió diferencia significativa. (Tabla 15). El 65.7% ( $n=71$ ) de los estudiantes que cursaron cuidados paliativos autoevalúan su conocimiento como regular o muy preparado, mientras que solo el 15% ( $n=49$ ) de los que no cursaron dicha materia consideran su conocimiento como regular ( $p=0.000$ ). (Tabla 16) De igual manera, vale destacar que el 40.7% ( $n=44$ ) de los que recibieron la asignatura obtuvieron un puntaje aceptable (mayor a 15) en contraste con un 7% ( $n=24$ ) de notas aceptables en el grupo que no recibió la optativa ( $p=0.000$ ). (Tabla 17)

Además se realizó un análisis bivariado de los resultados de las encuestas entre pregrado (sexto semestre hasta decimo semestre) y el internado rotativo (decimo primero y décimo segundo semestre), se encontró que existe un mejor nivel de conocimiento en la esfera de filosofía siendo favorable para los estudiantes del grupo de pregrado con 87.3% ( $n=290$ ) de notas aceptables en comparación con un 77.5% ( $n=79$ ) en el grupo de internado rotativo ( $p=0.014$ ). En el resto de las esferas no se encontró diferencias significativas (Tabla 18) En estos grupos no se encontró diferencias significativas en cuanto a su autopercepción de sus conocimientos. (tabla 19) De igual manera, no existió diferencia significativa entre el resultado total de ambos grupos. (Tabla 20)

Se comparó los grupos de internado rotativo, con el grupo de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, encontrando un nivel mayor de conocimientos en postgrado para las esferas de filosofía con un 93.8% ( $n=61$ ) en contraste con

un 77.5% (n=79) en el grupo de internos (p=0.005) (tabla 21), con respecto a la esfera disnea el grupo de postgrado demostró mejor nivel con un 23.1% (n=15) en comparación con 0% (n=0) en grupo de internado validado por una p=0.000 obtenida mediante la prueba exacta de Fisher (Tabla 21) No existió diferencias significativas en las esferas dolor y gastrointestinal, sin embargo, se puede describir una tendencia a mejores resultados en la esfera de psiquiatría en estudiantes de postgrado con 35.4% (n=23) versus un 21.6% (n=22) en internado rotativo (p=0.05) (Tabla 21)

Se encontró diferencia significativa en cuanto a la autoevaluación de los conocimientos en el grupo de postgrado con un 60% (n=39) que catalogó su nivel de preparación como regular o muy preparado en comparación con un 32.4% (n=33) de los estudiantes de internado rotativo (p=0.000) (Tabla 22). Respecto al resultado total de la encuesta, se demostró que existe un mejor resultado global de la encuesta en el grupo de postgrado con 46.2% (n=30) notas aceptables en contraste con un 20% (n=20) en el internado rotativo (p=0.000). (Tabla 23)

Para el siguiente análisis se procedió a comparar los resultados de pregrado (incluido el internado rotativo) versus el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, encontrando diferencias significativas en las esferas de disnea con un 23.1% (n=15) de resultados aceptables en posgrado en contraste con un 0.2% (n=1) en pregrado (prueba exacta de Fisher, p=0.000, de igual manera existe un mejor nivel de conocimientos en la esfera de psiquiatría con notas aceptables en 35.4% (n=23) de la población de postgrado versus un 22.8% (n=99) en pregrado (p=0.028) (Tabla 24). En la esfera de filosofía existe una tendencia hacia mejor

nivel por parte de posgrado con un 93.8% (n=61) en comparación del 85% (n=369) en pregrado (p=0.055 para la prueba exacta de Fisher). (Tabla 24)

Referente a la autovaloración de su nivel, el 60% (n=39) describió su preparación como regular o muy buena en el grupo de posgrado en contraste con el grupo correspondiente a pregrado con 27.6% (n=120) (p=0.000). (Tabla 25)

En cuanto al resultado total de la encuesta, el 46.2% (n=30) del grupo de posgrado obtuvo una nota aceptable, contrastando con un 15.7% (n=68) en el grupo de pregrado (p=0.000). (Tabla 26)

### 14.3 Tablas de Resultados

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Edad media</b>	<b>Edad mínima</b>	<b>Edad Máxima</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Hombres</b>	183	36,7%				
<b>Mujeres</b>	301	60,3%				
<b>total</b>	499	100%	23,98	20	35	3,32

*Tabla 6: Características sociodemográfica.*

	<b>TOTAL</b>		<b>MUJERES</b>		<b>HOMBRES</b>		<b>CHI</b>	<b>P</b>
<b>SEXO</b>	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Con optativa</b>	108	24,9%	72	27,3%	36	21,3%	2,056	0,152
<b>Sin optativa</b>	325	74,9%	192	72,7%	133	78,7%		

*Tabla 7: Frecuencia de optativa según el sexo.*

<b>Esfera/conocimiento aceptable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Filosofía</b>	122	24,4%
<b>Dolor</b>	28	5,6%
<b>Disnea</b>	16	3,2%
<b>Psiquiatría</b>	122	24,4%
<b>Gastrointestinal</b>	23	4,6%
<b>Total</b>	98	19,6%

*Tabla 8: Conocimientos aceptable por esferas en el total de la población.*

	<b>PREGRADO</b>								
	(n=)	Aceptable	%	Media	No aceptable	%	Media	t	p
<b>Filosofía</b>	332	290	87,3%	13,19	42	12,7%	11,02	5,869	0.00
<b>Dolor</b>	332	19	5,7%	17,05	313	94,3%	12,67	8,756	0.00
<b>Disnea</b>	332	1	0,3%	16	331	99,7%	12,91	1,315	0,189
<b>Psiquiatría</b>	332	77	23,2%	13,75	255	76,8%	12,67	3,621	0.00
<b>Gastrointestinal</b>	332	16	4,8%	15,88	316	95,2%	12,77	5,372	0.00

*Tabla 9: Comparación de medias en pregrado (sexto a decimo semestre).*

<b>INTERNADO ROTATIVO</b>									
	(n=)	Aceptable	%	Media	No aceptable	%	Media	t	p
<b>Filosofía</b>	102	79	77,5%	13,92	23	22,5%	11,57	4,412	0,000
<b>Dolor</b>	102	4	3,9%	14,75	98	96,1%	13,34	1,13	0,261
<b>Disnea*</b>	102	0	0,0%		102	100,0%	13,39	NO	VALORABLE
<b>Psiquiatría</b>	102	22	21,6%	14,55	80	78,4%	13,08	2,556	0,012
<b>Gastrointestinal</b>	102	3	2,9%	17,33	99	97,1%	13,27	2,927	0,004

*Tabla 10: Comparación de medias internado rotativo (decimoprimer a decimosegundo)*

<b>POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b>									
	(n=)	Acceptable	%	Media	No aceptable	%	Media	t	p
<b>Filosofía</b>	65	61	93,8%	15,41	4	6,2%	41	0,952	0,345
<b>Dolor</b>	65	5	7,7%	20	60	92,3%	14,93	4,279	0.000
<b>Disnea</b>	65	15	23,1%	17,8	50	76,9%	14,58	4,306	0.000
<b>Psiquiatría</b>	65	23	35,4%	17,43	42	64,6%	2,429	5,217	0.000
<b>Gastrointestinal</b>	65	4	6,2%	18	61	93,8%	15,15	1,97	0,053

*Tabla 11: Comparación de medias postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.*

**NIVEL DE CONOCIMIENTO POR ESFERAS EN HOMBRES Y MUJERES**

	TOTAL		Mujeres		Hombres		CHI	P
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Filosofía</b>								
<b>Aceptable</b>	430	86,2%	268	86,7%	162	85,3%	0,231	0,645
<b>No aceptable</b>	69	13,8%	41	13,3%	28	14,7%		
<b>Dolor</b>								
<b>Aceptable*</b>	28	5,6%	26	8,4%	2	1,1%		0.000
<b>No aceptable</b>	471	94,4%	283	91,6%	188	98,9%		
<b>Disnea</b>								
<b>Aceptable</b>	16	3,2%	9	2,9%	7	3,7%	0,226	0,635
<b>No aceptable</b>	483	96,8%	300	97,1%	183	96,3%		
<b>Psiquiatría</b>								
<b>Aceptable</b>	122	24,4%	74	23,9%	48	25,3%	0,11	0,74
<b>No aceptable</b>	377	75,6%	235	76,1%	142	74,7%		
<b>Gastrointestinal</b>								
<b>Aceptable</b>	23	4,6%	18	5,8%	5	2,6%	2,729	0,099
<b>No aceptable</b>	476	95,4%	291	94,2%	185	97,4%		

\* significancia obtenida por prueba exacta de Fisher

Tabla 12: Nivel de conocimiento por esferas en hombres y mujeres

<b>Autoevaluación de nivel de conocimiento en hombres y mujeres</b>								
	Mujer		Hombre		CHI	p		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Poco</b>	340	68,1%	211	68,3%	129	67,9%	0,008	0,928
<b>Regular/Muy preparado</b>	159	31,9%	98	31,7%	61	32,1%		

Tabla 13: Autoevaluación de nivel de conocimientos en hombres y mujeres

<b>Puntaje total en hombres y mujeres</b>								
	Mujer		hombre		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Aceptable</b>	98	19,6%	65	21%	33	17%	1,003	0,317
<b>No aceptable</b>	401	80,4%	244	79%	157	83%		

Tabla 14: Puntaje total en hombres y mujeres

<b>Nivel de conocimientos por esferas entre estudiantes que realizaron cuidados paliativos y quienes no lo hicieron</b>								
<b>Optativa vs sin optativa</b>			no realizo optativa		realizo optativa		CHI	P
<b>Filosofía</b>	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Aceptable</b>	369	85,0%	274	84,0%	95	88,0%	0,976	0,323
<b>No aceptable</b>	65	15,0%	52	16,0%	13	12,0%		
<b>Dolor*</b>								
<b>Aceptable</b>	23	5,3%	3	0,9%	20	18,5%		0,00
<b>No aceptable</b>	411	94,7%	323	99,1%	88	81,5%		
<b>Disnea*</b>								
<b>Aceptable</b>	1	0,2%	0	0,0%	1	0,9%		0,249
<b>No aceptable</b>	433	99,8%	326	100,0%	107	99,1%		
<b>Psiquiatría</b>								
<b>Aceptable</b>	99	22,8%	69	21,2%	30	27,8%	2,014	0,156
<b>No aceptable</b>	335	77,2%	257	78,8%	78	72,2%		
<b>Gastrointestinal</b>								
<b>Aceptable</b>	19	4,4%	9	2,8%	10	9,3%	8,184	0,004
<b>No aceptable</b>	415	95,6%	317	97,2%	98	90,7%		

\* significancia obtenida por prueba exacta de Fisher

Tabla 15: Nivel de conocimientos por esferas entre quienes cursaron y no la optativa de cuidados paliativos.

**Autoevaluación de nivel de conocimientos optativa y sin optativa**

	Recibió optativa		No recibió optativa		CHI	p		
	(n=)	%	(n=)	%				
<b>Poco</b>	314	72,4%	37	34,3%	277	85,0%	104,282	0.000
<b>Regular/muy preparado</b>	120	27,6%	71	65,7%	49	15,0%		

*Tabla 16: Autoevaluación del conocimiento en quien cursaron y no la optativa de cuidados paliativos*

**Puntaje total optativa y sin optativa**

	Sin optativa		Con optativa		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%				
<b>Aceptable (mayor 15)</b>	68	15,7%	24	7%	44	40,7%	68,404	0.000
<b>No aceptable</b>	366	84,3%	302	93%	64	59,3%		

*Tabla 17: Puntaje total optativa y sin optativa*

<b>Nivel de conocimiento por esfera pregrado vs internado</b>								
	Pregrado		Internado Rotativo		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Filosofía</b>								
<b>Aceptable</b>	369	85,0%	290	87,3%	79	77,5%	6,004	0,014
<b>No aceptable</b>	65	15,0%	42	12,7%	23	22,5%		
<b>Dolor*</b>								
<b>Aceptable</b>	23	5,3%	19	5,7%	4	3,9%		0,617
<b>No aceptable</b>	411	94,7%	313	94,3%	98	96,1%		
<b>Disnea*</b>								
<b>Aceptable</b>	1	0,2%	1	0,3%	0	0,0%		1
<b>No aceptable</b>	433	99,8%	331	99,7%	102	100,0%		
<b>Psiquiatría</b>								
<b>Aceptable</b>	99	22,8%	77	23,2%	22	21,6%	0,177	0,732
<b>No aceptable</b>	335	77,2%	255	76,8%	80	78,4%		
<b>Gastrointestinal*</b>								
<b>Aceptable</b>	19	4,4%	16	4,8%	3	2,9%		0,583
<b>No aceptable</b>	415	95,6%	316	95,2%	99	97,1%		

*\* significancia obtenida por prueba exacta de Fisher*

*Tabla 18: Nivel de conocimiento por esfera, pregrado e internado rotativo.*

**Autoevaluación de nivel de conocimientos pregrado e internado rotativo**

	pregrado		internado		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%				
<b>Poco</b>	314	72,4%	245	73,8%	69	67,6%	1,474	0,225
<b>Regular/muy preparado</b>	120	27,6%	87	26,2%	33	32,4%		

*Tabla 19: Autoevaluación de nivel de conocimientos pregrado e internado rotativo.*

**Puntaje total pregrado e internado rotativo.**

	pregrado		Internado rotativo		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%				
<b>Aceptable (mayor 15)</b>	68	15,7%	48	14,5%	20	20,0%	1,566	0,211
<b>No aceptable</b>	364	84,3%	284	85,5%	80	80,0%		

*Tabla 20: Puntaje total pregrado e internado rotativo.*

<b>Nivel de conocimiento por esfera internado rotativo y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria</b>								
	Internado		postgrado		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Filosofía</b>								
<b>Aceptable</b>	140	83,8%	79	77,5%	61	93,8%	7,874	0,005
<b>No aceptable</b>	27	16,2%	23	22,5%	4	6,2%		
<b>Dolor*</b>								
<b>Aceptable</b>	9	5,4%	4	3,9%	5	7,7%		0,313
<b>No aceptable</b>	158	94,6%	98	96,1%	60	92,3%		
<b>Disnea*</b>								
<b>Aceptable</b>	15	9,0%	0	0,0%	15	23,1%		0,000
<b>No aceptable</b>	152	91,0%	102	100,0%	50	76,9%		
<b>Psiquiatría</b>								
<b>Aceptable</b>	45	26,9%	22	21,6%	23	35,4%	3,85	0,05
<b>No aceptable</b>	122	73,1%	80	78,4%	42	64,6%		
<b>Gastrointestinal*</b>								
<b>Aceptable</b>	7	4,2%	3	2,9%	4	6,2%		0,433
<b>No aceptable</b>	160	95,8%	99	97,1%	61	93,8%		

\* significancia obtenida por prueba exacta de Fisher

Tabla 21: Nivel de conocimiento por esfera internado rotativo y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

<b>Autoevaluación de nivel de conocimientos internado rotativo y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria</b>								
	internado		postgrado		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%			(n=)	%
<b>Poco</b>	95	56,9%	69	67,6%	26	40,0%	12,37	0.000
<b>Regular/muy preparado</b>	72	43,1%	33	32,4%	39	60,0%		

*Tabla 22: Autoevaluación de nivel de conocimientos internado rotativo y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria*

<b>Puntaje total internado rotativo y posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria</b>								
	internado		postgrado		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%			(n=)	%
<b>Aceptable (mayor 15)</b>	50	29,9%	20	20%	30	46,2%	13,337	0.000
<b>No aceptable</b>	117	70,1%	82	80%	35	53,8%		

*Tabla 23: Puntaje total internado rotativo y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria*

<b>Nivel de conocimiento por esfera pregrado e internado vs postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria</b>								
	Pregrado e internado		postgrado		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Filosofía</b>								
<b>Aceptable</b>	430	86,2%	369	85,0%	61	93,8%	3,693	0,055
<b>No aceptable</b>	69	13,8%	65	15,0%	4	6,2%		
<b>Dolor</b>								
<b>Aceptable</b>	28	5,6%	23	5,3%	5	7,7%	0,611	0,434
<b>No aceptable</b>	471	94,4%	411	94,7%	60	92,3%		
<b>Disnea*</b>								
<b>Aceptable</b>	16	3,2%	1	0,2%	15	23,1%		0,000
<b>No aceptable</b>	483	96,8%	433	99,8%	50	76,9%		
<b>Psiquiatría</b>								
<b>Aceptable</b>	122	24,4%	99	22,8%	23	35,4%	4,839	0,028
<b>No aceptable</b>	377	75,6%	335	77,2%	42	64,6%		
<b>Gastrointestinal*</b>								
<b>Aceptable</b>	23	4,6%	19	4,4%	4	6,2%		0,523
<b>No aceptable</b>	476	95,4%	415	95,6%	61	93,8%		

*Tabla 24: Nivel de conocimiento por esfera pregrado e internado vs postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria*

<b>Autoevaluación de nivel de conocimientos pregrado e internado vs postgrado Medicina Familiar y Comunitaria</b>								
	Pregrado e internado		Postgrado		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Poco</b>	340	68,1%	314	72,4%	26	40%	27,251	0.000
<b>Regular/muy preparado</b>	159	31,9%	120	27,6%	39	60%		

*Tabla 25: Autoevaluación de nivel de conocimientos pregrado e internado vs postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria*

<b>Resultado total pregrado e internado vs postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria</b>								
	Pregrado e internado		post		CHI	P		
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%		
<b>Aceptable (mayor 15)</b>	98	19,6%	68	15,7%	30	46,2%	33,291	0.000
<b>No aceptable</b>	401	80,4%	366	84,3%	35	53,8%		

*Tabla 26: Resultado total pregrado e internado vs postgrado.*

## Capítulo V

### 15. Discusión

Como parte de la formación médica integral es indispensable abordar y manejar los Cuidados paliativos, al igual que reconocer la necesidad de mejorar los mismos, para pacientes con enfermedades avanzadas e incurables.

Dicho eso, se puede calificar como desalentador el dato obtenido en el presente estudio, de que tan solo el 24.9% de los encuestados cursaron la materia de cuidados paliativos. Si bien no se cuenta con datos locales sobre la cantidad de universidades en el Ecuador o América Latina que incluyen de forma obligatoria materias referentes al tema, el estudio de Woitha et al. nos brinda una idea de la realidad del tema en Europa, en donde se demostró que, entre 43 países, solo 28 (65%) incluyen Cuidados paliativos en su plan de estudios en al menos una de sus universidades, sin embargo, en apenas 6 universidades, dicha materia se contempla como obligatoria. (Woitha & Elsner, 2015)

No se demostró que las mujeres posean un nivel de conocimientos mayor al de los hombres, de igual manera el hecho de ser mujer no influyó en la decisión del estudiante de cursar o no una materia de cuidados paliativos.

Hasta la fecha de publicación de este trabajo de investigación no se cuenta con trabajos relacionados al nivel de conocimientos de cuidados paliativos en Ecuador, por lo cual para la presente discusión se compararon los resultados del presente estudio con los descritos por Weber et al. en Alemania. Donde aplicaron una adaptación de la prueba de “The Palliative Care Knowledge Test” a 318 estudiante de 2 universidades alemanas. (Weber et al., 2011)

También se tomó como referencia el estudio de Fraser et al. aplicado a 262 estudiantes de 6 escuelas de medicina en Estados Unidos de América (Fraser, Kutner, M.S.P.H, & Pheifer, 2001).

De igual manera se comparó los resultados con los encontrados por Medina et al. en un estudio aplicado a 144 profesionales de salud de México. (Medina, Casas, & Sanchez, 2012)

El presente estudio al haber sido aplicado a 499 estudiantes y postgradistas implica una población de estudio más grande, con la diferencia de que todos pertenecen a una misma institución, comparado con los estudios ya mencionados.

Dentro de los resultados se contrastó la autoevaluación de conocimientos, en la cual el estudio demostró que un 31.9% de los encuestados se sentía moderada o altamente preparado en temas referentes a cuidados paliativos, mientras que en el estudio de Weber et al demostraron que un 10% de estudiantes se sentían confiados con sus conocimientos, en contraste con un 50% de estudiantes en el estudio de Fraser et al que refirieron sentirse lo suficientemente preparado para tratar a pacientes cursando su etapa final de vida.(Fraser et al., 2001; Weber et al., 2011)

En el estudio de Fraser et al, se describe que los estudiantes que contaban con materias afines a Cuidados Paliativos implementadas en su plan de estudio se sintieron un 34% más preparados en comparación con quienes no contaban con dichas materias durante su formación. Dato que coincide con los datos de nuestro estudio donde se evidencia un mayor nivel de confianza (65.7%) en quienes realizaron materias electivas de cuidados paliativos en contraste con un 15% de confianza en quienes no las realizaron. (Fraser et al., 2001).

Esta asociación en cuanto al nivel de conocimientos y el haber cursado o no una materia optativa, coincide con la descrita por el estudio de Lehto et al. realizado en Finlandia. En dicho estudio, los estudiantes que cursaron y aprobaron el curso opcional de cuidados paliativos obtuvieron mejores promedios con una media de 2.66 en contraste con una media de 1.33 en los estudiantes sin dicha optativa. (Lehto et al., 2017)

Con los antecedentes descritos se puede asegurar sin lugar a duda, que el hecho de haber cursado un curso relacionado al manejo de pacientes terminales no solo brinda a quien lo realiza una mayor confianza al momento de poner en práctica su conocimiento, sino que también mejora significativamente el nivel de conocimiento en dichos temas.

Al analizar los resultados de Medina et al. quienes realizan un análisis por esfera de conocimiento, demostrando un 16.7% de notas aceptables en cuanto a dolor en contraste con un 5.6% determinado en el presente estudio. Cabe destacar que la esfera de psiquiatría la población estudiada logró un mayor porcentaje de puntajes aceptables (24.4%) en comparación 5.6% en el estudio mexicano. (Medina et al., 2012)

Posterior a los análisis por esferas en el grupo estudiado, se determinó que aquellos estudiantes pertenecientes a pregrado fallaban en la esfera de disnea, llama la atención que este dato no se mantiene en el grupo de internado rotativo en el cual la principal falencia la supone el manejo del dolor. Se puede atribuir este dato a la relación entre el conocimiento obtenido hasta el momento de la encuesta y el tiempo transcurrido desde que cursaron con temas referentes a dichas esferas. Podemos suponer que los estudiantes de pregrado tienen un conocimiento más reciente en materia de dolor, debido a que dicha materia es dictada en quinto semestre, mientras que el caso de sintomatología respiratoria y disnea propiamente dicha es dictado en decimo semestre.

Como era esperado, se demostró que los estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria demostraron un nivel más alto de conocimientos en comparación con los estudiantes de pregrado e internado rotativo. Dicho dato puede ser atribuido al nivel académico más avanzado de los postgradistas sumado a un lado más humano e integral que brinda la formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Algo que también se ve reflejado en un mayor grado de seguridad en cuanto a sus conocimientos por parte de los futuros especialistas.

Se logró determinar que del total de encuestados tan solo el 19.6% de la población alcanzó más del 60% de aciertos. En comparación con un 33% de estudiantes que lograron más del 50% de aciertos en el estudio alemán (weber et al.), de igual manera en el presente estudio el resultado es mayor al descrito por Medina et al en el cual apenas 9% de los encuestados lograron una nota aceptable. (Medina et al., 2012; Weber et al., 2011)

## **16. Limitaciones**

Dentro de las limitaciones del presente estudio se puede comentar la incapacidad de incluir toda la muestra previamente calculada, debido a que la totalidad de estudiantes no se encontraba al momento de la aplicación de la encuesta, por lo cual fueron excluidos del estudio. De igual manera, por cuestiones técnicas no fue posible estratificar a los estudiantes de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria según su año de formación.

Los investigadores creemos que hubiera sido importante incluir una pregunta de opinión sobre la necesidad de implementar a la materia de cuidados paliativos en el plan de estudios de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## Capítulo VI

### 17. Conclusiones

Luego de llevar a cabo la recolección de datos y el consecuente análisis estadístico se puede concluir que:

- Los estudiantes de pregrado y postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador no cuentan con un nivel adecuado de preparación en torno a Cuidados paliativos.
- Existen un nivel superior de conocimientos estadísticamente significativo en estudiantes que han cursado materias electivas de cuidados paliativos a lo largo de su formación, en comparación con quienes no las han realizado.
- Se demuestra que aquellos estudiantes que realizaron la asignatura de Cuidados paliativos se sienten mejor preparados en cuanto al manejo de la sintomatología general de pacientes cursando enfermedades terminales.
- Los estudiantes de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria refirieron sentirse mejor preparados en temas de cuidados paliativos en comparación con estudiantes de pregrado e internado rotativo.
- En la población en general se evidenció un mayor porcentaje de error en el manejo de la sintomatología referente a disnea.

- Dentro del grupo de pregrado, conformado por estudiantes de sexto a décimo semestre, se evidenció que la disnea supone la principal falencia en cuanto a su formación.
- En el grupo de Internado Rotativo (décimo primero y décimo segundo semestre), se determinó que el manejo del dolor en pacientes con enfermedades terminales es la principal falencia en su formación
- En estudiantes de posgrado Medicina Familiar y Comunitaria se evidenció que los temas referentes a filosofía y gastrointestinal conforman su principal falla en cuanto a temas de cuidados paliativos.
- Se demostró que no existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento de cuidados paliativos entre estudiantes de pregrado e internado rotativo.
- Se evidenció un mejor nivel de conocimientos en cuidados paliativos en estudiantes de postgrado Medicina Familiar y Comunitaria en relación con los estudiantes de Internado Rotativo.
- Al momento de comparar al grupo de pregrado incluido Internado Rotativo con postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria se demostró un mayor nivel de conocimientos en los estudiantes del grupo de postgrado en cuanto a Cuidados paliativos.

## Capítulo VII

### 18. Recomendaciones

- Desarrollar e implementar un plan de estudios formal de Cuidados paliativos como requisito obligatorio dentro del syllabus de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, así como en otras facultades de medicina del Ecuador.
- A los estudiantes y profesionales de la salud, recomendamos fortalecer los temas referentes a cuidados paliativos, mediante: talleres, cursos de actualización, congresos o autoformación. Con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida en pacientes terminales.
- Enfatizar en la importancia de los Cuidados Paliativos dentro del manejo integral del paciente terminal, con la finalidad de lograr brindar una atención de calidad en la etapa final de la vida.
- Fortalecer los temas de manejo sintomatología respiratoria durante la formación médica.
- Realizar un estudio que englobe al resto de facultades de medicina del Ecuador y profesionales de la salud con la finalidad de caracterizar la realidad de la atención en cuidados paliativos en el Ecuador.

## BIBLIOGRAFIA

- A, A. A. S., B, J. W. B., Star, A., & Boland, J. W. (2018). Updates in palliative care – recent advancements in the pharmacological management of symptoms. *Clinical Medicine*, 18(1), 11–16.
- Abernethy, A. P., Jane L, W., & Zafar, S. Y. (2011). Management of gastrointestinal symptoms in advanced cancer patients: The rapid learning cancer clinic model. *National Institutes of Health*, 4(1), 36–45. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e32833575fd>.Management
- Argente, H. A., & Alvarez, M. E. (2005). *Semiología Médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica*. (E. M. Panamericana, Ed.) (1era ed.).
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Gabilondo, S., & Beecher, H. K. (1999). Principios básicos para el control del dolor total R E V I S I Ó N S U M M A R Y. *Rev Soc Esp Dolor*, 6, 29–40.
- Aydede, M. (2017). Defending\_the\_IASP\_definition. *The Monist*, 100(4), 1–31.
- Babarro, A. A. (2010). *Medicina Paliativa Y Cuidados Continuos*. (A. Palma B., P. Taboada R., & F. Nervi O., Eds.) (primera ed).
- Casta, C., C, G. J. O. S., Antonio, M., Tamayo, N., & Lozano, J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150–156.
- Cherny, N. I. (2019). Evaluation and Management of Treatment-Related Diarrhea in Patients with Advanced Cancer : A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(4), 413–423. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.007>
- Cuevas-Feliz, C. S. (2013). Nivel de conocimiento en cuidados paliativos de los profesionales de Atención Primaria. Identificación de factores asociados. Retrieved from <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/TFM-Cesar-Santiago-Cuevas.pdf>
- del Rio, I., & Palma, A. (n.d.). CUIDADOS PALIATIVOS : HISTORIA Y DESARROLLO, (1).
- Díaz, F. P. (2005). Dolor Tipos de dolor y escala terapéutica de la O . M . S . Dolor iatrogénico. *Oncología Radioterápica*, 28(3), 33–37.
- Doyle, D., & Woodruff, R. (2008). *International Association for Hospice & Palliative Care*

*Promoting Hospice & Palliative Care Worldwide The IAHPC Manual of Palliative Care 2nd Edition.*

- Feio, M., Sapeta, P., Feio, M., & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port*, 18, 459–466.
- Fraser, H. C., Kutner, J. S., M.S.P.H, & Pheifer, M. P. (2001). Senior Medical Students' Perceptions of the Adequacy of Education on End-of-Life Issues. *Journal of Palliative Medicine*, 4(3), 337–343.
- García, M. F., Salas, N. Q., Escolano, R. V., Solsona, S., & González, P. (2013). Medicina Paliativa Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzazado. *Medicina Paliativa*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.06.004>
- Lehto, J. T., Hakkarainen, K., & Saarto, T. (2017). Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliative Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0182-8>
- Mantecón, L., Marta, A., Vázquez, M., Iván, L., Odalys, H. Q., Mónica, A. F., ... Cristina, M. (2014). Revista Cubana de Reumatología Exploration of the knowledge on palliative cares in the Rheumatology Center. *Revista Cubana de Reumatologia*, 5–14.
- Medina, L. E., Casas, A. M. de la C., & Sanchez, M. E. (2012). Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Esp Med Quir*, 17(2), 109–114.
- Mengual, F. B., & Cardona, R. B. (n.d.). Paciente terminal. In *Guía de Actuacion clínica en A. P.*
- Miller, J. (2011). Treating nausea and vomiting in palliative care : a review. *Clinical Interventions in Aging*, 1(6), 243–259.
- MSP. (2014). *Adopcion de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS. noviembre* (Direccion). Quito. Retrieved from <http://salud.gob.ec>
- Muriel, C., Santos, J., & Sánchez-Montero, F. J. (n.d.-a). Tema 6. Farmacología de los analgésicos no opiáceos. In *Master del dolor*.
- Muriel, C., Santos, J., & Sánchez-Montero, F. J. (n.d.-b). Tema 7. Farmacología de los analgésicos opiáceos. In *Master del dolor*.
- Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, 23(8), 754–766. <https://doi.org/10.1177/0269216309106871>

- OMS. (n.d.). Cuidados paliativos. Retrieved February 9, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- OMS. (1996). ¿Qué calidad de vida?: Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mundial de La Salud*, 17 (4), 385–387. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.12.003>
- Ordoñez Molero, Diego Alejandro Rivera Muñoz, Andrés Eduardo Mateluna Paredes, P. C. (2018). *NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ALUMNOS DE MEDICINA DE SEXTO AÑO DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, LIMA, PERÚ, AÑO 2018 TRABAJO*. Unioversidad Peruana Cayetano Heredia. Retrieved from <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1505>
- Patricia H. Berry, P. (college of nursing), Edward C. Covington, M., June L. Dahl, P., Jeffrey A. Katz, M., & Christine Miaskowski, R. (2001). *Pain : Current understanding of assessment, management, and treatments*. National Pharmaceutical Council.
- Pessini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica*, 12(2), 231–242.
- Sarah, D., Regueira, M., David, M., Pérez, F., Jesús, M. De, & Pérez, D. (2015). Escalera analgésica en el tratamiento del dolor oncológico Analgesic stairway in the treatment of oncological pain. *Revista Electronica Dr. Zoilo E, Marinello Vidaurreta*, 40(12).
- Susan B, M., & Trevor, A. J. (n.d.). *Farmacología básica y clínica*. (K. Bertram G, Ed.) (11va ed.).
- Twycross, R., & Frer, D. M. F. (2000). MEDICINA PALIATIVA : FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS. *Acta Bioethica*, (1), 29.
- Weber, M., Schmiedel, S., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2011). Knowledge and attitude of final - Year medical students in Germany towards palliative care - An interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliative Care*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-19>
- Woitha, K., & Elsner, F. (2015). Palliative Care Medical Education in European Universities : A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development, 50(4). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019>
- Woitha, K., & Elsner, F. (2019). Palliative Care Medical Education in European Universities : A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development, 50(4). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019>



### Disnea

13. ¿La morfina tiene un efecto favorable sobre la disnea? **V ( ) F ( )**
14. ¿El uso constante de opioides conlleva a depresión respiratoria? **V ( ) F ( )**
15. ¿Se relaciona la saturación de oxígeno con la intensidad de la disnea? **V ( ) F ( )**
16. ¿Como trataría la secreción bronquial en pacientes terminales? (*1 respuesta correcta*)
- a) Fármacos anticolinérgicos
  - b) Líquidos intravenosos
  - c) Aspiración bronquial
  - d) Nebulizaciones

### Psiquiátricos

17. ¿Son efectivos las benzodiazepinas como tratamiento del delirium? **V ( ) F ( )**
18. ¿La morfina podría causar delirium en enfermos terminales? **V ( ) F ( )**

### Gastrointestinal

19. ¿En caso de obstrucción abdominal se debe colocar una sonda nasogástrica?  
**V ( ) F ( )**
20. ¿Las necesidades calóricas del paciente aumentan en la ultima etapa de la enfermedad? **V ( ) F ( )**
21. En caso de que el paciente no tolere vía oral ¿Se debe manejar exclusivamente por vía intravenosa?  
**V ( ) F ( )**
22. ¿Una infusión mayor a 1000cc/día pueden agravar los cuadros de derrame pleural o ascitis? **V ( ) F ( )**
23. ¿Los corticoides mejoran la falta de apetito? **V ( ) F ( )**
24. ¿En pacientes con íleo, el uso de metoclopramida? (*1 respuesta correcta*)
- a) Mejora el cuadro
  - b) Empeora el cuadro
  - c) No tiene efecto alguno
25. ¿La hidratación intravenosa mejora la xerostomía (boca seca)? **V ( ) F ( )**

### Opinión

26. ¿Qué tan preparado se siente en cuanto cuidados Paliativos?
- a) Poco preparado
  - b) Regular
  - c) muy bien preparado