



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2 CON MEDICINA FAMILIAR EN SALINA CRUZ OAXACA EN EL PERIODO 2023

KNOWLEDGE OF PALLIATIVE CARE IN HEALTH PERSONNEL
OF THE GENERAL HOSPITAL OF ZONE NO. 2 WITH FAMILY
MEDICINE IN SALINA CRUZ, OAXACA IN THE PERIOD 2023

Dr. Erick Arturo Cervantes Iturbe

Universidad Autónoma Benito Juárez De Oaxaca.

Dra. Yetnalessi Ortiz Chávez

Universidad Autónoma Benito Juárez De Oaxaca.

Lic. Daniela Rincón Peregrino

Universidad Autónoma Benito Juárez De Oaxaca.

Dra. Patricia Paulina Morgan Reyes

Universidad Autónoma Benito Juárez De Oaxaca.

Conocimientos de cuidados paliativos en personal de salud del hospital general de zona 2 con medicina familiar en salina cruz oaxaca en el periodo 2023

Dr. Erick Arturo Cervantes Iturbe¹

iturbe.erkj@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-5698-3024>

Universidad Autónoma Benito Juárez De
Oaxaca.

Salina Cruz Oaxaca, México

Dra. Yetnalessi Ortiz Chávez

yetnageriatria16@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6488-3591>

Universidad Autónoma Benito Juárez De
Oaxaca.

Salina Cruz Oaxaca, México

Lic. Daniela Rincón Peregrino

psic.danielarincon@outlook.es

<https://orcid.org/0009-0008-3686-3883>

Universidad Autónoma Benito Juárez De
Oaxaca.

Salina Cruz Oaxaca, México

Dra. Patricia Paulina Morgan Reyes

paumorgan31@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-5075-2341>

Universidad Autónoma Benito Juárez De
Oaxaca.

Salina Cruz Oaxaca, México

RESUMEN

Los Cuidados Paliativos son esenciales para mejorar la calidad de vida de pacientes terminales y sus familias, al abordar problemas físicos, psicosociales y espirituales asociados con enfermedades graves. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los conocimientos en cuidados paliativos del personal de salud del Hospital General de Zona No. 2 con Medicina Familiar en Salina Cruz, Oaxaca, durante 2023. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal utilizando el cuestionario PCKT-SV, aplicado a 110 participantes, incluyendo médicos generales, especialistas, residentes, internos, y personal de enfermería. El 82.7% del personal no cuenta con formación académica formal en cuidados paliativos, reflejando una notable brecha educativa. Los resultados del cuestionario evidenciaron un conocimiento global del 60.3%, con variaciones por dominio: filosofía (81.3%), dolor (55.61%), disnea (50.91%), delirium (60.45%) y trastornos gastrointestinales (66.14%). La mayoría de los participantes tenían entre 20 y 30 años y provenían de la UABJO (59.8%). Se concluye que los Cuidados Paliativos no están integrados de forma adecuada en los programas de formación académica del sector salud. Es fundamental fortalecer la educación en este ámbito para mejorar la atención en el primer nivel y optimizar la calidad de vida en las etapas terminales de los pacientes.

Palabras clave: cuidados paliativos, conocimiento, cáncer

¹ Autor principal

Correspondencia: iturbe.erkj@gmail.com

Knowledge of palliative care in health personnel of the general hospital of zone no. 2 with family medicine in salina cruz, oaxaca in the period 2023

ABSTRACT

Palliative Care is essential for improving the quality of life of terminal patients and their families by addressing physical, psychosocial, and spiritual issues associated with serious illnesses. This study aimed to assess the knowledge of palliative care among healthcare personnel at the General Hospital of Zone No. 2 with Family Medicine in Salina Cruz, Oaxaca, during 2023. An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted using the PCKT-SV questionnaire, applied to 110 participants, including general practitioners, specialists, residents, interns, and nursing staff.

A significant gap in education was identified, as 82.7% of the personnel lacked formal academic training in palliative care. The questionnaire results revealed an overall knowledge score of 60.3%, with variations across domains: philosophy (81.3%), pain (55.61%), dyspnea (50.91%), delirium (60.45%), and gastrointestinal disorders (66.14%). Most participants were between 20 and 30 years old and graduated from UABJO (59.8%). The study concludes that Palliative Care is not adequately integrated into the academic training programs of the healthcare sector. Strengthening education in this field is crucial to improving primary care services and enhancing the quality of life during the terminal stages of patients.

Keywords: palliative care, knowledge, cancer

Artículo recibido 09 noviembre 2024

Aceptado para publicación: 10 diciembre 2024



INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la civilización, la postura sobre la muerte ha cambiado con el paso del tiempo. Durante la edad media el llamado “rito de la habitación” donde se acontecía una reunión por quien se encontraba próximo a morir junto con familiares, con la disposición de arreglar sus asuntos personales y espirituales, era el llamado: La buena muerte; Con la primera guerra mundial comienza el llamado “muerte prohibida” donde la muerte es manejada como un fenómeno extraño y vergonzoso y deja de ser una muerte esperada, acompañada. Hasta el siglo XIX el alivio de los síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico ya que las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural; En el siglo XX la medicina cambio de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y cura de las enfermedades, es así como la medicina está orientada a prolongar las expectativas de vida de la población más que velar por la calidad de ésta. (1).

El término Hospice se acuñó en la Europa del siglo XI y hacía referencia a una estancia o albergue en donde se proporcionaba refugio, alimento y descanso a viajeros o peregrinos cansados, exhaustos o enfermos (2).

Los cuidados paliativos modernos comenzó en Inglaterra, Cicely Saunders, enfermera británica, nació en 1918, a la edad de 33 años inicio su carrera de medicina, en 1957 obtuvo una beca para investigar el tratamiento del dolor en enfermos incurables, fue la primera especialista en el manejo de los síntomas de pacientes moribundos e inició en gran Bretaña el movimiento Hospicio que suponía un nuevo concepto de abordaje global para enfrentarse a una gran variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales. Este movimiento nació en St Christopher Hospice en Londres y posteriormente se extendió por todo el mundo, fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y argumentando que la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todo el mundo tiene derecho (3).

Historia de los cuidados paliativos en México

En la década de los setentas, se fundó la primera clínica del dolor en México 1972 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán(INCMNSZ), 1973 nace la clínica de dolor del hospital civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, 1979 inicia la gestión de la Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del dolor(AMETD), 1981 se crea la clínica multidisciplinaria del dolor del



Instituto Nacional de Cancerología(INCAN), 1985 los cursos monográficos del INCAN y el INCMNSZ incluyeron los cuidados paliativos, 1988 al apoyo de la OMS y OPS México recibe el primer embarque de morfina, 1992 se instala la primera unidad de cuidados paliativos del país en el hospital civil de Guadalajara, 1998 la UNAM acepta los cursos de Alta Especialidad en Medicina para la Especialización en clínica del dolor, en 1999 se crea una clínica de Cuidados Paliativos (CP) dentro del servicio de clínica del dolor del HGM. En el 2000 se establece formalmente el área de cuidados paliativos de la clínica del dolor del INCMNSZ, con el reconocimiento anual de la internacional association for Hospice and palliative care. Se estable un programa nacional de cuidados paliativos PALIAR. En la década del 2010-2018 Human Rights Watch realizo en México un estudio donde identifica que el acceso a los servicios de cuidados paliativos y de medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor es limitado; Con respecto a la educación sobre cuidados paliativos en México antes del 2011 se carecía de cursos universitarios dirigidos a médicos, en materia de cuidados paliativos, en marzo del 2011 se imparte el primer curso de alta especialidad en medicina paliativa con aval de la Universidad Nacional Autónoma de México exclusivamente a especialistas en anestesiología. En 2014 se abren 2 sedes más en el hospital general Dr. Manuel Gea González, y en el HGM. Así como también la UNAM incluye formalmente la asignatura de dolor para médicos en formación en 4to año de pregrado, con módulo de cuidados paliativos, siendo de carácter opcional.

Legalidad de cuidados paliativos

En 1996 la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) realizo un consenso para analizar, proponer y modificar la regulación y el control de opioides en el país, dicho consenso se llamó Grupo Cocoyoc, el que formo la declaración de mismo nombre, donde se analizan el marco jurídico y epidemiológico, las reformas de control y prescripción de estupefacientes; El 10 de octubre del 2007 en la gaceta parlamentaria se publicó las iniciativas de la ley de la comisión de salud de la cámara de diputados para modificar la ley general de salud, con modificación del artículo 3° en la que se establece como garantía de los mexicanos el tratamiento integral del dolor y materia de cuidados paliativos: donde se establecen la inclusión de atención paliativa como parte de las actividades del personal de salud, incorporación de los cuidados paliativos al segundo y tercer nivel de atención, disminución de las restricciones para la prescripción de opiáceos, reconocimiento de las enfermedades



en estado terminal, proporcionar atención ambulatoria o domiciliaria al enfermo terminal y apoyo a los familiares de un enfermo terminal.

El 22 de diciembre del 2008 fue publicado en el diario de la federación la NOM-011-SSA-3-2014 Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Con el objetivo establecer los criterio y procedimientos mínimos indispensables que permitan prestar a través de equipos inter y multidisciplinario de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal y proporcionarle bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte.

El consejo de Salubridad General con fundamento en los artículos 4° de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, toda persona tiene derecho a la salud, de acuerdo con las fracciones II y XXVII Bis del artículo 3° de la ley general de salud, la atención médica y el tratamiento integral del dolor son materia de Salubridad General; Que de conformidad con la fracción IV del artículo 33, de la Ley General de Salud, las actividades de atención medica paliativas, incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor y los síntomas físicos y emocionales por parte del equipo profesional multidisciplinario Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la guía del manejo integral de cuidados paliativos.

Los Cuidados Paliativos se definen según la OMS como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes adultos, niños y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y los problemas, sean estos del orden físico, psicosocial o espiritual.

La Calidad de vida relacionada a la salud se refiere al estado de salud y la calidad de vida en la enfermedad, involucra a la sensación de los síntomas de autocuidado personal, aspectos emocionales como ansiedad y depresión, al tratamiento y a las relaciones sociales.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define a los cuidados paliativos como una concepción global, activa y continuada que comprenden la atención de los aspectos físicos, psíquicos,



sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y sus familiares.

La Asociación Internacional de Cuidados Paliativos y Hospicios (AICPH) de acuerdo al consenso 2019, define a los cuidados paliativos como “el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con un sufrimiento grave relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave y especialmente de aquello cerca del final de la vida, su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores” incluye prevención, identificaciones evaluación y manejo, proporciona apoyo a la familia, es aplicable durante todo el curso de enfermedad, no pretende acelerar ni posponer la muerte, afirma la vida y reconoce la muerte como un proceso natural.

Se define como Enfermedad grave a la condición que conlleva un alto riesgo de mortalidad impactando negativamente en la calidad de vida y la función diaria y/o es onerosa en síntomas, tratamiento y estrés del cuidador.

Los elementos fundamentales que definen una enfermedad terminal son: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, Pronóstico de vida inferior a 6 meses, impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico con la muerte.

El CANCER, SIDA, enfermedades de moto neurona, insuficiencia específica orgánica como renal, cardíaca, hepática cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. La atención en el enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los cuidados paliativos; La calidad de vida y el confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas consideradamente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los cuidados paliativos, cuyos instrumentos básicos son: el control de síntomas, apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia, Cambios en la organización que permitan el trabajo interdisciplinar, equipo profesional con formación específica y apoyo adicional.

Según bases de datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). El cáncer representa la mayor carga clínica, social y económica en todo el mundo, el riesgo de desarrollar cáncer 0-74 años es del 20,2%, en el 2018 se han diagnosticado un total de 18



millones de nuevos casos, los tres más frecuentes son los cánceres de pulmón, mama y próstata; los cánceres de colon y recto serían el tercer cáncer más frecuente; El cáncer es la segunda causa mundial de muerte después de la cardiopatía isquémica, convirtiéndose en la primera causa en el año 2060.

El cáncer de mama femenino es la principal causa de incidencia mundial en 2020 con 2,3 millones de casos nuevos, y la quinta causa de mortalidad mundial, seguido del cáncer de pulmón con 2,2 millones de casos nuevos y 1,8 millones de muertes representa el segundo cáncer más diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer en 2020. El cáncer colorrectal con 1,9 millones de casos nuevos ocupa el 3er lugar en términos de incidencia pero el segundo en mortalidad, el Cáncer de próstata con un estimado de 1,4 millones de casos nuevos, es el segundo más frecuente y la quinta causa de muerte por Cáncer en hombre en 2020, cáncer de estómago ocupa el quinto lugar en incidencia y cuarto en mortalidad a nivel mundial, el cáncer primario de hígado es el sexto Cáncer más diagnosticado y la tercera causa principal de muerte a nivel mundial en 2020 y el segundo de mortalidad en hombres.

Los pacientes con Cáncer tienen importantes necesidades de atención de apoyo a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, la Asociación Multinacional de Cuidados de Apoyo en Cáncer (MASCC) la definió la atención de apoyo: como la prevención y el manejo de los efectos adversos del cáncer y su tratamiento, esto incluye el manejo de los síntomas físicos y psicológicos y los efectos secundarios en todo el trayecto desde el diagnóstico, incluida la mejora de la rehabilitación y la supervivencia.

Los pacientes con algún tipo de cáncer en etapa terminal experimentan síntomas que varían según el tipo de cáncer, el estadio, el tratamiento y las comorbilidades presentes en cada uno de ellos, pese a los avances de la medicina el dolor sigue siendo el síntoma habitual en el paciente oncológico, un 30-40% padecen dolor al momento del diagnóstico y en estadios avanzados su frecuencia incrementa a 60-100%.

Hay múltiples causas que pueden generar dolor las cuales son dolor por invasión tumoral, secundario al tratamiento, asociado al tumor, y por enfermedad coincidente, clasificando el dolor en nociceptivo, neuropático y dolor mixto.

Varios ensayos controlados aleatorios han proporcionado evidencia de que la participación temprana de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer en estadio avanzado se asocia a una mejor calidad de vida, menos síntomas depresivos, una atención menos agresiva al final de la vida, una mejor conciencia pronóstica longitudinal y una supervivencia más prolongada.

Aunque la escala analgésica de la OMS es muy utilizada, cerca del 40-50% de los casos de dolor por cáncer, tienen alivio inadecuado debido a su naturaleza multifactorial, La eficacia de terapias alternativas en el tratamiento de dolor por cáncer, como terapia de masaje ha demostrado que aumenta la circulación sanguínea y linfática, disminuye la inflamación y el edema, relaja los músculos, aumenta los niveles de dopamina y serotonina; así como la acupuntura auricular es efectiva para reducir el dolor sometidos a quimioterapia, así como mejoramiento de la función inmune a través de la modulación de la actividad de las células NK, con la estimulación del punto de refuerzo inmunológico ST36.

En el tratamiento farmacológico, los opioides son el pilar del manejo del dolor por cáncer, durante los últimos días de vida existen desafíos para la administración de estos medicamentos por vía oral, por la incapacidad para tragar del paciente, con lo que se prefiere la vía parenteral, subcutánea y rectal; la morfina es el opioide más utilizado sin embargo hay que estar en vigilancia y realizar la reevaluación de la respuesta al tratamiento por la neurotoxicidad.

Otros fármacos de utilidad como la ketamina, lidocaína, paracetamol y AINES pueden ser considerados en pacientes seleccionados siempre valorando los riesgos beneficios.

Los medicamentos adyuvantes se utilizan para el tratamiento del dolor nociceptivo y neuropático el cual afecta 20-40% de pacientes con cáncer, causados por la quimioterapia; existen dos tipos: los antidepresivos como la duloxetina con disminución 30% del dolor, la venlafaxina, con un 75% de alivio a los síntomas; Y el segundo los anticonvulsivos como la pregabalina siendo favorable para el tratamiento de dolor neuropático del cáncer.

Los ciclos cortos de radioterapia paliativa han demostrado ser altamente efectivos para la reducción del dolor, y proporciona un medio no invasivo para disminuir la dependencia a opioides. Siendo recomendada en las guías de ASTRO para el tratamiento del cáncer de páncreas.

La disnea es el segundo síntoma más común en paciente oncológicos en fase terminal, la evidencia reciente para el manejo farmacológico de la disnea es manejo de oxígeno, los opioides y las benzodiacepinas; El oxígeno se puede usar para tratar la hipoxia con niveles de saturación de oxígeno menor a 92%, las benzodiacepinas en dosis bajas se usan para paliar la disnea, disminuyendo la respuesta del tronco encefálico a la hipoxia y a la hipercapnia; las benzodiacepinas se utilizan para la disnea refractaria en especial paciente que ya toman opioides y cuando la ansiedad empeora.



La terapia de sedación paliativa se ha descrito para aliviar el sufrimiento intolerante de los síntomas refractarios mediante una reducción en la conciencia del paciente, la terapia varía el nivel de sedación leve, intermedia y profunda, la clase de medicamento que se utiliza son las benzodiacepinas tipo midazolam y clonazepam, antipsicóticos, opioides e hipnótico.

Otros de los síntomas que aquejan a pacientes en etapas terminales es la caquexia, causada por cambios en los hábitos intestinales, endocrinos, metabólicos, del sueño y trastornos psicológicos, la nutrición paliativa debe implementarse en las primeras etapas, las calorías, las proteínas y los nutrientes deben ofrecerse por vía oral, así como también considerar la alimentación enteral o parenteral. La tos afecta en un 65% de pacientes en cáncer de pulmón, y se puede utilizar dosis bajas de opioides débiles como la codeína, antitusivos, y anticolinérgicos, así como también análogos de GABA; otro síntoma es la broncorrea el cual se define como la producción de más 100ml de secreción pulmonar por día, el principal tratamiento incluye bromuro de ipratropio inhalado, anticolinérgico, atropina al 1% y corticoesteroides.

Las náuseas y vómito se pueden abordar con metoclopramida y haloperidol oral 1.5mg cada 24hrs; el estreñimiento está muy presente en personas mayores frágiles debido a la dieta limitada, musculatura debilitada y el uso frecuente de opioides, evitar suplementos de fibra, utilizar los laxantes estimulantes ya que mejoran la peristalsis como el macrogol.

La xerostomía, la candidiasis oral y la disfagia son las 3 afecciones orales más comunes en paciente paliativos, su diagnóstico y tratamiento temprano minimiza el dolor y sufrimiento, se observa que el 40% de los pacientes pierden su capacidad para comunicar sus necesidades de salud oral, para la candidiasis se encontró que una dosis única de fluconazol de 150mg por vía oral es efectiva, se observa mejoría de la disfagia con la acupuntura e indometacina y aerosol alivia el dolor.

La integración temprana de los cuidados paliativos en el momento de un diagnóstico avanzado de cáncer mejora la atención al paciente; los equipos de cuidados paliativos trabajan de forma estrecha con otros especialistas como fisioterapeuta, psicólogos, nutricionista, acupuntura, musicoterapia y masajista.

Los criterios de ASCO 2017 recomendaron que cualquier paciente con cáncer avanzado, hospitalizado, ambulatorio debe de recibir servicios de cuidados paliativos dedicados idealmente más tempranos en el



transcurso de la enfermedad, simultáneamente con el tratamiento activo y dentro de las primeras 8 semanas de diagnóstico.

Aunque se ha producido avances en los últimos años, las prácticas de cuidados paliativos en atención primaria sigue siendo incipientes debido a la discontinuidad de la atención, la dificultad de los cuidados paliativos con alta demandas de costos-infraestructura, número insuficiente de visitas a domicilio por profesionales de la salud, capacitación profesional deficiente y un enfoque multidisciplinarios limitados; en un monitoreo del proceso de muerte y duelo, la comunicación de malas noticias entre otros temas de cuidados paliativos rara vez se abordan en la capacitación de los servicios de salud.

Es esencial que el profesional de salud conozca y sepa utilizar las principales escalas utilizadas en lo cuidados paliativos.

La OMS recomienda incorporar los cuidados paliativos como componente en la política y programas de atención de salud, en Latinoamérica este hecho es aún deficiente, sin embargo, uno de los retos para lograr este objetivo es la falta de educación de los profesionales de salud en el nivel de pregrado y programas de educación médica continua.

Es primordial que los profesionales que tratan enfermos en el final de la vida precisan saber cuáles son sus objetivos, como pueden conseguirlos y, sobre todo que estén fundamentados para asistir al enfermo como se merece en este proceso de final de sus días; Las habilidades y capacidades de los trabajadores de salud con respecto a Cuidados Paliativos siguen siendo insuficientes, debido a la limitación del acceso, asistencia y servicio de los cuidados paliativos en todo el mundo. La hoja de ruta de la OMS hacia cuidados paliativos propone introducir 3 niveles de educación en cuidados paliativos, básico para médicos de atención primaria, intermedio para profesionales de atención secundaria y terciaria para especialista.

Es necesario conocer el nivel de conocimiento del personal de salud, para que se establezcan programas de capacitación-acción a través de expansión de conocimientos que permitan mejorar la calidad de vida y el bienestar del enfermo en estado terminal.

Palliative care Knowledge Test Spanish Version. (PCKT-SV), El instrumento fue diseñado y validado por Nakazawa, colaboradores en 2009, se utilizó en un estudio comparativo en Japón en el 2009 y 2015, posteriormente, en España se realizó la traducción, adaptación transcultural y validación al castellano,



como parte de una tesis doctoral de la universidad de Málaga en 2021. El cual es una prueba que comprende 20 ítems de opción de falso y verdadero; que evalúan aspectos de cuidados paliativos para médicos y enfermeras, diseñada en base a 5 dominios que incluyen filosofía (2 ítems), dolor (6 ítems) disnea(4 ítems), trastornos psiquiátricos(4 ítems) y trastornos gastrointestinales (4 ítems), la puntuación total para la respuesta correcta es 20.

La presente investigación se justifica debido a la creciente demanda de pacientes con enfermedades terminales, que aquejan a nuestro país, entre las que predomina el cáncer, que tiene una magnitud considerable, y se encuentra dentro de las principales causas de muerte, se estima aproximadamente 18 millones de personas son diagnosticadas con cáncer cada año, y 9.6 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad.

Con esto viene la necesidad desesperada de cuidados paliativos adecuados, para apoyar a los pacientes durante su tratamiento del cáncer y a través de la supervivencia y la atención al final de la vida, pese a los avances en los últimos años, las prácticas de cuidados paliativos aún son incipiente y cuando ocurren presentan límites como discontinuidad de la atención, el alto costo, la infraestructura, el número insuficiente de profesionales de la salud, la formación profesional insuficiente.

Los cuidados paliativos son cuidados centrados en el paciente y la familia con el objetivo de optimizar la calidad de vida anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento, proporcionando el manejo integral de los pacientes que enfrentan enfermedades incurables, independiente de su edad, pronóstico y diagnóstico, así como se centran en cuestiones que involucran la angustia de los síntomas, la capacidad de comunicarse y toma de decisiones.

La participación temprana de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer en estadio avanzado se asocia a una mejor calidad de vida, menos síntomas depresivos, una atención menos agresiva al final de la vida, una mejor conciencia pronóstica longitudinal y una supervivencia más prolongada.

Planteamiento del problema

El desarrollo de los cuidados Paliativos en Latinoamérica ha sido errático, y sin un patrón definido, los distintos países están en distintas etapas de desarrollo, según la clasificación de Wright et al. 11 países están en etapa 3 con prestación aislada de servicio y 6 países en integración preliminar con los servicios de salud estándar.

En México no existe una cobertura total de servicios de salud, se encuentra multifraccionado, el 70% de la población cuenta con seguridad social mediante diversas instituciones. Por ley todo paciente tiene acceso a cuidados paliativos, pero en realidad es restringido por factores geográficos, ya que estos servicios se han desarrollado principalmente en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y en el Distrito Federal.

Se han identificado 7 Hospitales que cuentan entre 5-10 camas en primer nivel de atención, 34 unidades de cuidados paliativos en hospitales de 2do nivel, y 10 unidades hospitalarias de tercer nivel, 4 son exclusivos de cuidados paliativos y 6 comparten actividad con clínica del dolor.

En nuestro estado de Oaxaca, se cuenta con el Centro de Oncología y Radioterapia de Oaxaca, donde se concentra toda la población, En el Istmo de Tehuantepec se cuenta con una organización de asociación civil: VIDA ALTERNATIVA CUIDADOS PALIATIVOS, como alternativa donde brindan apoyo y atención pacientes terminales.

En el Hospital General n°2 con Medicina Familiar en la ciudad de Salina Cruz, no existe el servicio de cuidados paliativos, se cuenta con el servicio de Oncología quirúrgica y oncología médica sin darse abasto de la creciente demanda donde su prevalencia ha aumentado en las últimas 2 décadas de pacientes de enfermedades terminales, tanto en consulta externa como en hospitalización, y servicio de urgencias.

En México existen 3 modalidades de formación de postgrado en cuidados paliativos, como Alta especialidad en cuidados paliativos, maestría en cuidados paliativos, y subespecialidad en medicina paliativa y del dolor. En formación de pregrado existen 54 facultades y escuelas de medicina acreditadas y 20 no acreditadas, 5 de estas facultades incluyen cuidados paliativos en sus planes de estudios, 2 de carácter obligatorio y 3 como área opcional.

Cuando el final de la vida de una persona tiene su origen en una enfermedad terminal, su salud y entorno se ve afectada irreversiblemente,

Por lo cual es de suma importancia como prestadores de servicio en el área de la salud tener el conocimiento de que son los cuidados paliativos, e identificar de forma temprana el sufrimiento de paciente, así como la evaluación y tratamiento de los síntomas físicos y psicológico, para mejorar su estado de salud, minorando las diversas sintomatologías que aqueja a todo paciente en etapa terminal, o en su caso morir con dignidad.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento en cuidados paliativos del personal de salud del hospital general de zona con medicina familiar número 2 en Salina Cruz Oaxaca en el periodo 2023??

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar los conocimientos en Cuidados Paliativos en el personal de salud en el Hospital General de zona número 2 con Medicina Familiar en Salina Cruz Oaxaca en el periodo 2023.

Objetivo específico:

Analizar el nivel de conocimientos en Cuidados Paliativos en el personal de salud, del Hospital General de zona con unidad Medico Familiar número 2 en Salina Cruz Oaxaca.

Determinar los factores socio demográficos y de formación laboral que influyen en el desconocimiento de cuidados paliativos.

Elaborar un plan de capacitación para la concientización en cuidados paliativos en caso de tener resultado no favorable en conocimiento de CP, sobre los 5 dominios del cuestionario (PCKT-SV) con personal de salud en el Hospital General de zona número 2 con Medicina Familiar en Salina Cruz Oaxaca.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis verdadera:

Existe el desconocimiento de cuidados paliativos en el personal de salud del Hospital General de zona n° 2 con Medicina Familiar en Salina Cruz Oaxaca.

Hipótesis nula:

Existe el conocimiento de cuidados paliativos en personal de salud del Hospital General de zona n°2 con Medicina Familiar en Salina Cruz Oaxaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión:

Médicos generales, médicos familiares, médicos no familiares adscritos de las diferentes especialidades, de turno matutino y vespertino, personal de enfermería, médicos residentes de la especialidad de medicina familiar, médicos internos de pregrado del Hospital General de zona N°2 con Medicina

Familiar en Salina Cruz Oaxaca. que aceptaron realizar la evaluación de forma voluntaria bajo consentimiento informado del tema conocimiento de cuidados paliativos.

Criterios de exclusión:

personal en el área de salud que no aceptó participar de forma voluntaria para responder la evaluación del tema conocimiento de cuidados paliativos.

Personal de área médica y enfermería de turno nocturno y jornada acumulada.

Criterios de eliminación:

No ser personal de salud que se incluyen en el estudio.

participantes que no complementaron la evaluación.

Población:

Medico adscritos de las diferentes especialidades médicas en el turno matutino y vespertino, como son: medicina interna, geriatría, traumatología, ginecología, oncología, rehabilitación, pediatría, urología, urgencias; así como médicos residentes de la especialidad de medicina familiar, médicos internos de pregrado, personal de enfermería.

Lugar de estudio

La investigación se llevó a cabo Hospital General de zona con Medicina Familiar, número 02 “Francisco J. Macín Domínguez”, calle Nicolás Bravo Esquina Cuauhtémoc N°1 colonia Hidalgo Oriente, CP: 70610. Salina Cruz Oaxaca.

Tiempo de estudio: El periodo de esta investigación es del periodo comprendido de octubre 2022 a diciembre 2023.

Tamaño de muestra: El tamaño de muestra fue a conveniencia utilizando la fórmula para población finita. determinado en base al personal de salud de turno matutino y vespertino del Hospital de General de zona n°2 con Medicina Familiar.

Se trata de una investigación cuya acción saber los conocimientos en cuidados paliativos al personal de salud del HGZ N°2 con Medicina Familiar.

Observacional: ya que se estudiaron a personal de salud de HGZ 2 con MF.

Transversal: la recopilación de datos se realizó en un momento concreto o periodo determinado, una sola ocasión. por medio de un cuestionario; Palliative Care Knowledge Test (PCKT-SV) versión en



español, desarrollada por Nakazawa y colaboradores (universidad de Tokio) 2009. Así como un cuestionario de factores sociodemográficos.

Análisis estadístico

Finalizada la aplicación del instrumento para la recopilación de datos, se generó la base de datos en SPSS (Versión 21). Se capturaron todas las respuestas de los sujetos, etiquetando respuestas correctas e incorrectas. Posteriormente, con la herramienta calcular variable se obtuvo la suma global de aciertos para poder calcular la media.

El análisis descriptivo se realizó a partir de la obtención de medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes y la media de acierto. Además, se utilizó la prueba t de Student para identificar diferencias de medias en variables dicotómicas, la ANOVA de un factor para variables categóricas y la correlación de Spearman para identificar relación entre la media global (nivel de conocimiento) y las variables demográficas, tomando como nivel de significación 0.05.

Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación se apega a lo propuesto en el Código de Núremberg (20 agosto 1947), toda vez que los participantes tengan la capacidad legal de firmar un consentimiento informado, para tal efecto se les proporcionó la naturaleza, duración y objetivos del estudio, con el fin de que puedan tomar una decisión consciente, sin que existan factores coercitivos, y evitar todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, y así proteger al sujeto experimental; la investigación se realizó por un grupo calificado de médicos que cuentan con experiencia clínica diagnóstica en cuidados paliativos, así como en el área de investigación, en caso de que uno de los participantes lo solicite podrá abandonar la evaluación.

En este protocolo de investigación se conservan los principios morales, éticos y legales en apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada en febrero de 1987, y reformada en abril de 2014; hace referencia principalmente a los aspectos éticos que garantice la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. título segundo, capítulo 1, En el artículo 13-16; en el artículo 17, fracción I, nos indica que el estudio se considera como una investigación sin riesgo puesto que será el estudio documental, observacional y descriptivo. En el título sexto de las ejecuciones de la investigación en las instituciones de atención a la salud, Capítulo único contenido en

los artículos 113 al 120 se llevará acabo de acuerdo a los lineamientos y procedimientos de un protocolo de investigación, así como también acorde a los códigos internacionales de ética y bioseguridad así como también los Principios éticos para la investigación médicas en los seres humanos La declaración de Helsinki adoptados por la 18 asamblea mundial Helsinki, publicada en Finlandia en 1964, y enmendado por la 29 asamblea Medica mundial Tokio, Japón octubre 1975; hasta su última revisión de la 64ª Asamblea General, Fortaleza Brasil octubre 2013.

El protocolo de estudio se presentó ante el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) del Hospital General de zona N°2 Salina Cruz Oaxaca, así como al Comité de Ética en la investigación, mediante el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) el cual se evaluó, dictaminó y fue autorizado con el número de registro R-2023-2001-021.

El estudio de investigación cumple con los principios recomendados por la declaración de Helsinki, las buenas prácticas clínicas y la normatividad institucional en materia de investigación; así también se cubren los principios de: Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Equidad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes, ya que el presente estudio contribuirá a identificar el nivel de conocimiento de cuidados paliativos en el personal de salud adscrito a este Hospital.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-20212 que establece que los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, este proyecto de investigación cumple con los criterios normativos, administrativos y éticos que debe de cumplir los investigadores, así como la presentación y autorización para llevarlo a cabo ante el comité de investigación delegacional, así como su cumplimiento de la investigación concluida.

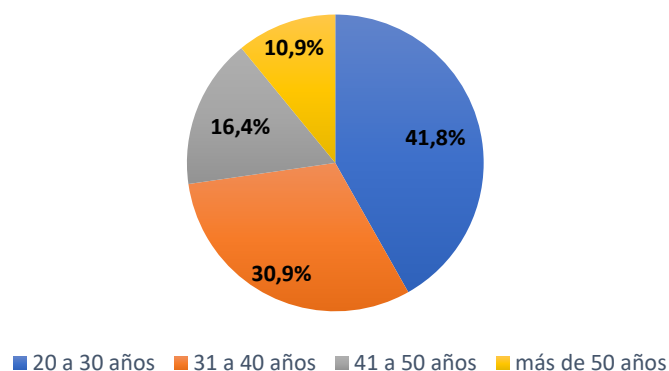
La información del personal de salud será manejada con confidencialidad y resguardada (físicamente y en formato electrónico) en el área que los comités consideren con la finalidad de cumplir en las potenciales supervisiones de COFEPRIS y CONBIOÉTICA.

RESULTADOS

El instrumento fue aplicado a 110 sujetos, de los cuales, como se observa en la Gráfica 1, la mayoría (41.8%) se encuentran en el rango de edad de 20 a 30 años, seguidos del grupo de 31 a 40 años (30.9%), por lo que se puede considerar que la muestra obtenida es relativamente joven, el porcentaje de sujetos con una edad mayor a 41 años es menor al 27.3%.

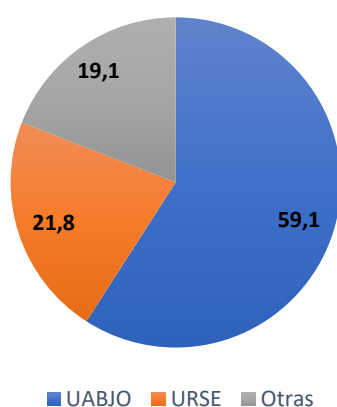


Gráfica 1. Distribución por edad



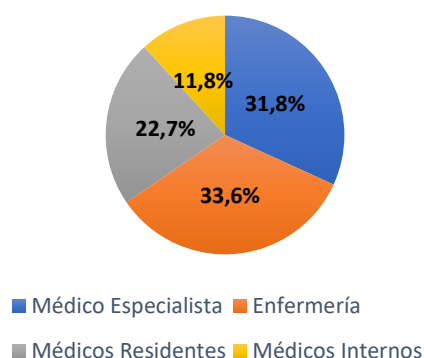
De la muestra obtenida, 49 (44.5%) son hombres y 61 (55.5%) mujeres. Como se muestra en la Gráfica 2, en su mayoría provienen de la UABJO (59.1%), mientras que el resto se divide entre la URSE (21.8%) y otras instituciones (19.1%).

Gráfica 2. Distribución por escuela



Con relación a la formación académica en Cuidados Paliativos, la gran mayoría (82.7%) expresó no contar con este tipo de formación, en tanto que solo el 17.3% afirmó contar con ella. En cuanto a la profesión de los sujetos (ver Gráfica 3), se puede observar que la mayor parte (33.6%) son enfermeros, seguidos en proporción muy similar de Médicos especialistas (31.8%) y Médicos residentes (22.7%), mientras que el grupo más pequeño corresponde a Médicos internos (11.8%).

Gráfica 3. Distribución por profesión



Asimismo, la mayoría de la muestra, poco más del 74.5% se encuentra en un rango de 1 a 5 años laborables (ver Tabla 1), mientras que solo el 4.5% corresponde al grupo de 11 a 15 años y 2.7% de 16 a 20 años.

Tabla 1. Distribución por años laborables

Rango de años	Frecuencia (N)	Porcentaje
1 a 5 años	82	74.5%
6 a 10 años	20	18.2%
11 a 15 años	5	4.5%
16 a 20 años	3	2.7%

En cuanto a la distribución por área de servicio (ver Tabla 2), la mayoría se encuentra en el área de Hospitalización (40.0%), seguida de Consulta Externa (28.2%) y finalmente Urgencias (17.3%) y Quirófano (14.5%).

Tabla 2. Distribución por área de servicio

Área	Frecuencia (N)	Porcentaje
Hospitalización	44	40.0%
Quirófano	16	14.5%
Urgencias	19	17.3%

Consulta Externa	31	28.2%
------------------	----	-------

Finalmente, casi la totalidad de la muestra (94.5%) manifestó no contar con capacitación actual.

Como valoración global de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, se tiene que solo en once afirmaciones se obtuvo un porcentaje de acierto igual o superior al 60% (1, 2, 3, 8, 12,13, 14, 15, 18,19 y 20). Asimismo, se observa que solo se obtuvo un ítem con un porcentaje de acierto mayor a 80%. Por el contrario, los ítems con porcentajes iguales o menores a 40, es decir, los más bajos son el 4, 7 y 10, todos ellos relacionados de alguna manera con el uso de opioides. Además, la media global de aciertos se sitúa en 12.06 (ver Tabla 3), tomando en cuenta que el puntaje máximo es de 20, con una desviación típica de 3.04.

Dominio de Filosofía

Este dominio se integra por dos afirmaciones,1y2.

Dominio de Dolor

Este dominio incluye 6 afirmaciones, que van de la 3,4,5,6,7, 8.

Dominio de Disnea

Este dominio integra las cuatro afirmaciones 9,10,11,12.

Dominio de Delirium

Con relación a este dominio, integrado por cuatro afirmaciones 13,14,15,16.

Dominio de Gastrointestinales

Integrado por cuatro afirmaciones 17,18,19,20.

Tabla 3. Media de aciertos global

	N	Media	Desv. típ.	Varianza
Aciertos total	110	12.0636	3.04486	9.271
N válido (según lista)	110			

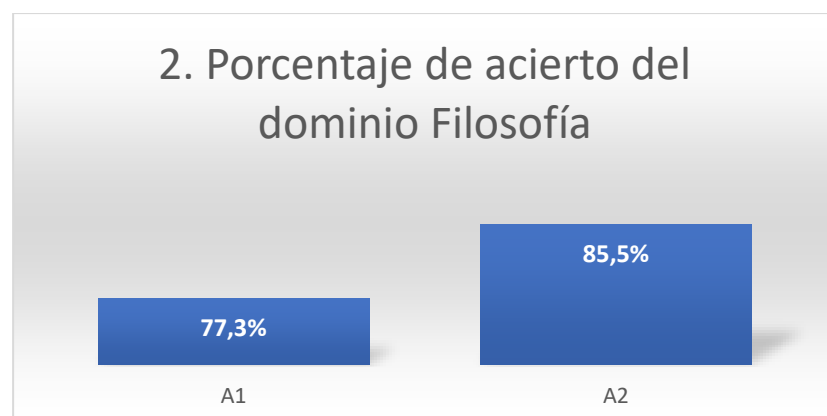
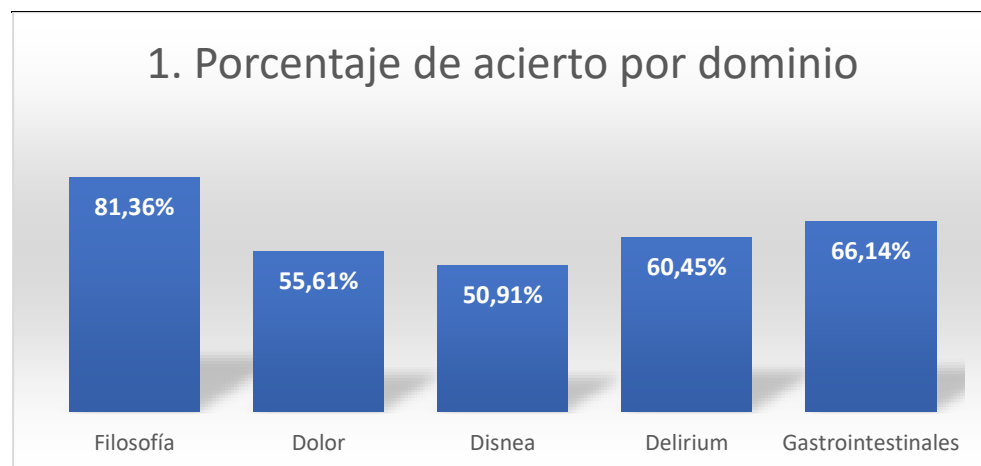
Por otra parte, tal y como se observa en la Tabla 4, solamente en los dominios de Filosofía, delirium y Gastrointestinales se obtuvo un porcentaje de acierto mayor a 60, mientras que, en Dolor y Disnea el

porcentaje obtenido refleja falta de conocimiento en dichos temas por parte del personal de salud, siendo el dominio de Disnea el más bajo y filosofía el más alto.

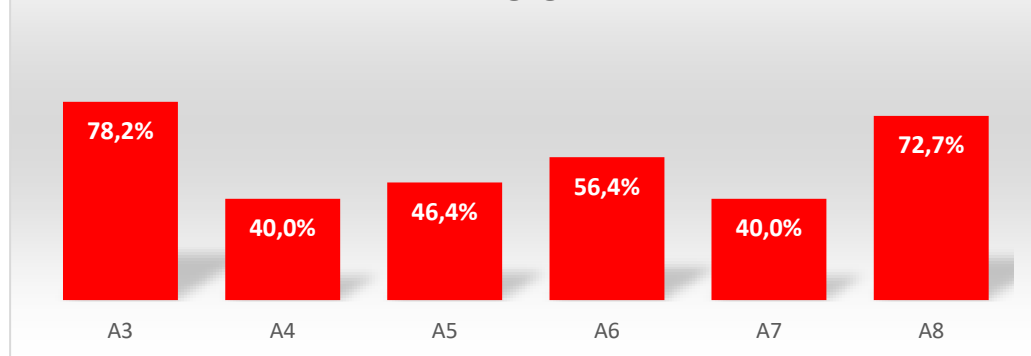
Como consecuencia de lo anterior, el porcentaje de acierto del conjunto de afirmaciones es del 60.32%.

Tabla 4. Porcentaje de acierto por dominio

Dominio	Porcentaje de acierto
Filosofía	81.36%
Dolor	55.61%
Disnea	50.91%
Delirium	60.45%
Gastrointestinales	66.14%
Total del instrumento	60.32%



3. Porcentaje de acierto del dominio Dolor



Como se puede observar en la Tabla 5, el grupo de edad que obtuvo la media de aciertos más alta es el de 41 a 50 años (13.16), sin embargo, el resultado es similar a los grupos de 20 a 30 y de 41 a 50, diferenciándose en buena media del grupo mayor a 50 años, cuya media es la más baja (10.3).

Tabla 5. Media de acierto por edad

Rango de edad	N	Media	% de acierto	Desviación típica	Mínimo	Máximo
20 a 30 años	46	11.8696	59.35%	3.08119	6.00	20.00
31 a 40 años	34	12.0882	60.44%	3.35178	7.00	20.00
41 a 50 años	18	13.1667	65.83%	2.57248	8.00	19.00
Más de 50 años	12	11.0833	55.42%	2.42930	8.00	15.00

Con relación al sexo (Tabla 6) del personal de salud, puede apreciar un puntaje mayor en el hombre (13.04) que el de mujeres (11.27).

Tabla 6. Media de acierto por sexo

Sexo	N	Media	% de acierto	Desviación típ.
Hombre	49	13.0408	44.5	3.50570
Mujer	61	11.2787	55.5	2.36736

En cuanto a la escuela de procedencia (Tabla 7), se observa que el personal proveniente de la UABJO obtuvo un resultado más alto (12.4) en comparación a los de la URSE (11.5) y de las demás instituciones (11.4).

Tabla 7. Media de acierto por escuela

Escuela	N	Media	% de acierto	Desviación típica	Mínimo	Máximo
UABJO	65	12.4769	62.38%	3.31242	6.00	20.00
URSE	24	11.5000	57.50%	2.57074	7.00	16.00
Otras	21	11.4286	57.14%	2.54109	7.00	19.00

Por otra parte, en la Tabla 8, los resultados muestran que la media de acierto es más alta para el personal que expresó no contar con formación académica en Cuidados Paliativos (12.5).

Tabla 8. Media de acierto por Formación académica en CP

Formación_académica_CP	N	Media	% de acierto	Desviación típ.
Sí	19	12.5263	62.63%	3.32279
No	91	11.9670	59.84%	2.99426

Con relación a la profesión del personal de salud (Tabla 9), se identificó que el grupo de Médicos Especialistas alcanzó la media más alta (12.9), en contraste, el grupo más bajo fue el de enfermería (11.18).

Tabla 9. Media de acierto por profesión

Profesión	N	Media	% de acierto	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Médico Especialista	35	12.9143	64.57%	3.64910	7.00	20.00
Médicos Residentes	25	12.4615		2.96129	9.00	19.00
de medicina familiar			62.31%			
Médicos internos de	13	11.9600		2.52455	8.00	19.00
pregrado			59.80%			
Enfermería	37	11.1892	55.95%	2.60169	6.00	17.00

Como se observa en la Tabla 10, con relación a la variable años laborables, de los cuatro grupos solamente el que corresponde de 6 a 10 años obtuvo un resultado superior (12.95), mientras que el grupo de 11 a 15 años obtuvo el resultado más bajo (11.40).

Tabla 10. Media de acierto por años laborables

Rango de años	N	Media	% de acierto	Desviación típica	Mínimo	Máximo
1 a 5 años	82	11.8780	59.39%	2.99131	6.00	20.00
6 a 10 años	20	12.9500	64.75%	3.36350	8.00	20.00
11 a 15 años	5	11.4000	57.00%	2.30217	8.00	14.00
16 a 20 años	3	12.3333	61.67%	3.78594	8.00	15.00

Para el caso del área de servicio donde se desempeña el personal (Tabla 11), se identificó que el resultado más alto fue obtenido por el grupo de hospitalización seguido por Quirófano, en tanto, que los grupos con media de acierto más baja fueron consulta externa (11.9) y urgencias (11.2).

Tabla 11. Media de acierto por área de servicio.

Área de servicio	N	Media	% de acierto	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hospitalización	44	12.4773	62.39%	3.32355	7.00	20.00
Quirófano	16	12.1250	60.63%	3.57538	7.00	19.00
Urgencias	19	11.2105	56.05%	2.27496	6.00	15.00
Consulta Externa	31	11.9677	59.84%	2.76265	8.00	19.00

Como se observa en la Tabla 12, el personal que mencionó no haber recibido capacitación actual obtuvo un resultado más alto (12.09) en comparación con el grupo que expresó sí haber recibido o tomado capacitación (11.5).

Tabla 12. Media de acierto por capacitación actual.

Capacitación actual	N	Media	% de acierto	Desviación típ.
Sí	6	11.5000	57.50%	2.58844
No	104	12.0962	60.48%	3.07675

En las pruebas para identificar diferencias significativas en las medias de acierto, mediante la prueba t de Student y ANOVA de un factor, se obtuvieron niveles de significación superiores a 0.05, por lo que se asume que no hay diferencias estadísticamente significativas relacionadas con las variables demográficas.

Finalmente, solo se identificó correlación entre la Formación académica en cuidados paliativos y la media total de aciertos, con un nivel de significación igual a 0.048 y un coeficiente de correlación de 0.201, lo que significa que tiene un sentido positivo y una intensidad baja.

Comprobación de hipótesis

Como hipótesis de trabajo se formuló lo siguiente:

H: Existe el desconocimiento de cuidados paliativos en el personal de salud del Hospital General de zona n° 2 con Medicina Familiar en Salina Cruz Oaxaca.

En tanto que la hipótesis nula expresa lo siguiente:

H₀: Existe el conocimiento de cuidados paliativos en personal de salud del Hospital General de zona n°2 con Medicina Familiar en Salina Cruz Oaxaca.

A partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta, se obtuvo un 60.32% de aciertos y una media de 12.06, de un total de 20, en el conjunto de las afirmaciones, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Lo cual quiere decir que existe desconocimiento por parte del personal de salud del Hospital referido sobre el tema de cuidados paliativos.

DISCUSIÓN

A partir de la revisión de la literatura, se pudo identificar que los estudios enfocados a medir el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos, en general, son escasos. Se han realizado algunas investigaciones con estudiantes universitarios del área médica, sin embargo, con personal de salud en activo ha sido más difícil encontrar algunos referentes.

En España se presentó en 2021 una tesis doctoral cuya finalidad fue conocer el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos por parte de médicos y enfermeras. El instrumento se aplicó a 561 participantes. De acuerdo con el estudio, la muestra participante obtuvo mejores porcentajes de acierto en los ítems 15 (92.5%), 2 (84.3%) y 1 (71.3%). Por el contrario, los resultados más bajos se obtuvieron en los ítems 6 (18.5%), 7 (21.6%) y 4 (28.2%). Asimismo, el porcentaje global de acierto se ubicó en 53.7%, en tanto

que la media fue de 10.7. En los dominios de Filosofía y Disnea se obtuvo las puntuaciones más altas, mientras que en el de Dolor se obtuvo la más baja.

A partir del análisis inferencial se identificaron diferencias significativas en las medias de acierto entre hombres (11.24) y mujeres (10.48), entre profesionales médicos (11.85) y enfermeros (9.16), entre quienes sí recibieron formación continuada (12.4) y quienes no (10.01). No se detectó diferencia significativa en la media de aciertos de aquellos que sí recibieron formación en CP (10.94) y los que no (10.7). En cuanto a las pruebas de correlación, no se identificó relación entre la edad y años de ejercicio profesional con el nivel de conocimientos. (36)

Al comparar estos resultados, con los de la presente investigación, se pueden apreciar algunas similitudes, por ejemplo, los ítems con porcentajes de acierto más alto fueron el 2 (85.45%), 3 (78.18) y 1 y 20 (77.27%), mientras que los más bajos son 4 y 7 con 40% y el 10 (35.45%). La media de aciertos es ligeramente más alta, pero no sobresaliente (12.06) y el porcentaje global de aciertos apenas se sitúa en zona aprobatoria con 60.32%. Hay coincidencia en el dominio con resultados más altos (Filosofía), sin embargo, en los demás dominios no se sigue el mismo patrón, puesto que el resultado más bajo se obtuvo en Disnea, dominio que en la investigación española obtuvo un puntaje alto. Asimismo, solo se identificaron diferencias significativas en la media de una variable demográfica, y ninguna correlación con el nivel de conocimientos.

Un estudio realizado en México y publicado en 2012, con la finalidad de evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos del “personal de salud de los tres niveles de atención médica a cargo de pacientes con enfermedades terminales o crónico-degenerativas sobre cuidados paliativos” (37). La muestra estuvo integrada por 144 sujetos, 51.4% con perfil de enfermería y 30.6% de medicina, 59% con estudios de licenciatura o posgrado. Se aplicó un instrumento de 25 ítems, validado para evaluar conocimientos sobre el tema. El porcentaje de conocimiento fue bajo, ya que solo el 7% obtuvo un resultado aceptable, cuando se tomó como criterio un mínimo de 75%. Se identificaron diferencias significativas en el nivel de conocimientos totales a partir de la variable perfil profesional. En este sentido, nuestra investigación coincide con los bajos resultados obtenidos en el nivel de conocimiento. Otra investigación similar, realizada en España y publicada en 2013, se enfocó a medir el nivel de conocimientos en cuidados paliativos por parte del personal sanitario. Participaron 65 sujetos, entre

médicos, enfermeros, fisioterapeutas, y otros perfiles, y se aplicó un instrumento integrado por 22 ítems con una escala de cuatro niveles de valoración. En general, los resultados muestran que el personal de salud considera útil el conocimiento sobre cuidados paliativos y están interesados en recibir formación. No se identificaron diferencias significativas a partir de la profesión ni de la formación en cuidados paliativos.

Finalmente, otra investigación publicada en 2017 y realizada con 159 profesionales de enfermería de un hospital español para medir el nivel de conocimientos en cuidados paliativos, para ello se aplicó el cuestionario Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), integrado por 20 ítems, se obtuvo un promedio de 54% de aciertos y se identificaron diferencias significativas relacionadas con la formación y los años de experiencia. (38)

Como se observa, en las diferentes investigaciones revisadas se coincide de manera consistente en resultados bajos o no aceptables, además, no hay uniformidad al identificar diferencias significativas o correlación con el nivel de conocimientos.

CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta, se obtuvo un 60.3% de aciertos y una media de 12.0, de un total de 20, en el conjunto de las afirmaciones, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Lo cual quiere decir que existe desconocimiento por parte del personal de salud del Hospital referido sobre el tema de cuidados paliativos.

Se llega a la conclusión que los cuidados paliativos aun es una disciplina joven, no integrada en los programas de formación académica del sector salud, por lo que es importante tener el conocimiento de cuidados paliativos en primer y segundo nivel de atención.

En la actualidad existe una creciente demanda de enfermedades crónicas, cáncer, enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares, que en su mayoría van a requerir de cuidados paliativos.

Es pieza fundamental para mejorar la calidad de vida en la última etapa de un paciente terminal, al reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los síntomas que aparecen y que inciden en el bienestar del paciente, así como la valoración multifactorial del paciente y su familia. Sin embargo, las habilidades y capacidades del personal de salud en cuidados paliativos son insuficientes por lo que se tiene que implementar la educación en cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención.

El PCKT-SV permite conocer los conocimientos adquisitivos de las actividades formativas en cuidados paliativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Del Río MI, et al. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Bol Esc Med UC Pontif Univ Católica Chile. 2007;32(1).

Covarrubias-Gómez A, Otero-Lamas M, Templos-Esteban LA, Soto-Pérez-de-Celis E. Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Sep 16];42(2):122-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048479032019000200122&lng=es.

Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2006 Abr [citado 2022 Sep 17];13(3):143-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462006000300001&lng=es.

Covarrubias-Gómez A, Otero-Lamas M, Templos-Esteban LA, Soto-Pérez-de-Celis E. Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Sep 17];42(2):122-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048479032019000200122&lng=es

Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A. Cronología de eventos hacia una reforma legislativa en materia de dolor y cuidados paliativos. Rev Mex Anesthesiol. 2008; 31:328-33.

Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2014 Dic 9 [citado 2022 Sep 17]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#gsc.tab=0.

Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos. Diario Oficial de la Federación. 2004 Dic 26.

World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2017 [citado 2022 Sep 17]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>.



- Revista Médica del Hospital General de México [Internet]. Cuidados paliativos en México [citado 2022 Sep 17]. Disponible en: <https://www.elsevier.es>.
- Pérez Redondo B, García de la Torre Revuelta M, Petronila Gómez L. Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2022 Sep 17];30(1):6-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100006&lng=es.
- International Association for Hospice & Palliative Care [Internet]. Definición de cuidados paliativos [citado 2022 Sep 17]. Disponible en: <https://hospicecare.com>.
- Kelley AS. Definición de "enfermedad grave". J Palliat Med. 2014 Sep;17(9):985. doi: 10.1089/jpm.2014.0164.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Disponible en: <https://www.secpal.org>.
- Mattiuzzi C, Lippi G. Epidemiología actual del cáncer. J Epidemiol Glob Salud. 2019 Dic;9(4):217-22. doi: 10.2991/jegh.k.191008.001.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. Cancer CA J Clin. 2021 May;71(3):209-49. doi: 10.3322/caac.21660.
- Hui D, Hoge G, Bruera E. Modelos de cuidados de apoyo en oncología. Curr Opin Oncol. 2021 Jul;33(4):259-66. doi: 10.1097/CCO.0000000000000733.
- Garrido L. Manejo del dolor en cáncer. Rev Méd Clín Las Condes. 2013;24(5):661-6. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70205-0.
- Hui D, Bruera E. Integración de los cuidados paliativos en la trayectoria de la atención del cáncer. Nat Rev Clin Oncol. 2016 Mar;13(3):159-71. doi: 10.1038/nrclinonc.2015.201.
- Lopes-Júnior LC, Rosa GS, Pessanha RM, et al. Eficacia de las terapias complementarias en el tratamiento del dolor por cáncer en cuidados paliativos: una revisión sistemática. Rev Lat Am Enfermagem. 2020 Sep;28:e3377. doi: 10.1590/1518-8345.4213.3377.
- Azhar A, Hui D. Manejo de los síntomas físicos en pacientes con cáncer avanzado durante las últimas semanas y días de vida. Cancer Treat Rev. 2022 Jul;54(3):661-70. doi: 10.4143/crt.2022.143.



- Scarborough BM, Smith CB. Manejo óptimo del dolor para pacientes con cáncer en la era moderna. *Cancer CA J Clin*. 2018 May;68(3):182-96. doi: 10.3322/caac.21453.
- Coveler AL, Mizrahi J, Eastman B, et al. Manejo del dolor asociado al cáncer de páncreas. *Oncologist*. 2021 Jun;26(6):e971-82. doi: 10.1002/onco.13796.
- Estrella A, Boland JW. Actualizaciones en cuidados paliativos: avances recientes en el manejo farmacológico de los síntomas. *Clin Med (Lond)*. 2018 Feb;18(1):11-6. doi: 10.7861/clinmedicine.18-1-11.
- Beller EM, van Driel ML, McGregor L, et al. Sedación farmacológica paliativa para adultos con enfermedades terminales. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan;1(1):CD010206. doi: 10.1002/14651858.CD010206.pub2.
- Oliveira EP, Medeiros Junior P. Cuidados paliativos en medicina pulmonar. *J Bras Pneumol*. 2020;46(3):e20190280. doi: 10.36416/1806-3756/e20190280.
- Mitchell G. Prescripción racional en cuidados paliativos comunitarios. *Aust Prescr*. 2021 Apr;44(2):45-8. doi: 10.18773/austprescr.2021.001.
- Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Problemas de salud bucal entre pacientes paliativos y con enfermedades terminales: una revisión sistemática integrada. *BMC Oral Health*. 2020 Mar;20(1):79. doi: 10.1186/s12903-020-01075-w.
- Swami M, Case AA. Cuidados paliativos efectivos: ¿Qué implica? *Oncologist*. 2018 Apr;32(4):180-4. PMID: 29684230.
- Justino ET, Kasper M, Santos KDS, et al. Cuidados paliativos en atención primaria de salud: revisión del alcance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020 Jul;28:e3324. doi: 10.1590/1518-8345.3858.3324.
- Wenka R, de Lima L, Mutto E, et al. Encuentro sobre educación de cuidados paliativos en Latinoamérica: recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Med Paliat*. 2016;23(1):42-8.
- Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization Public Health Model: A Roadmap for Palliative Care Development. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb;55(2 Suppl):S6-S13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.030.



- De la Cruz Casas AM, González Pedraza A, Sánchez Santaella ME, Medina Zarco L. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Esp Med Quir* [Internet]. 2012;17(2):109-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278008>.
- Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos: por qué, dónde, qué, quién, cuándo, cómo. *BMC Anesthesiol*. 2018 Aug;18(1):106. doi: 10.1186/s12871-018-0574-9.
- Hui D, Bruera E. Modelos de prestación de cuidados paliativos para pacientes con cáncer. *J Clin Oncol*. 2020 Mar;38(9):852-65. doi: 10.1200/JCO.18.02123.
- López García M. Nivel de Conocimiento en Cuidados Paliativos de Médicos y Enfermeras: Validación Transcultural de una Herramienta de Evaluación [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10630/24197>.
- Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2847. doi: 10.1590/1518-8345.1610.2847.
- Medina Zarco L, De la Cruz Casas AM, Sánchez Santaella ME, González Pedraza A. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Esp Med Quir*. 2012;17(2):109-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122h.pdf>.
- Justino ET, Kasper M, Santos KDS, Quaglio RC, Fortuna CM. Cuidados paliativos en la atención primaria de salud: revisión de alcance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020 Jul;28:e3324. doi: 10.1590/1518-8345.3858.3324.
- Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos: por qué, dónde, qué, quién, cuándo, cómo. *BMC Anesthesiol*. 2018 Aug;18(1):106. doi: 10.1186/S12871-018-0574-9.
- Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2847. doi: 10.1590/1518-8345.1610.2847.

