



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO -
NOVIEMBRE 2019.”**

AUTORA:

LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO

DIRECTOR:

DR. ÁLVARO FERNANDO GONZÁLEZ ORTEGA

ASESOR:

DR. JORGE ANDRÉS TORRES JERVES

CUENCA – ECUADOR

AÑO 2020

**AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

Yo LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO con cedula de identidad número 1722603980, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019.”**, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, y transferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 Ley Orgánica de Educación superior.

Cuenca 23 de Enero de 2020



LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO

CI: 1722603980

CARTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO autor del trabajo de titulación **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca 23 de Enero de 2020



LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO


CI: 1722603980

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO con cédula de identidad número 1722603980, autor del trabajo de investigación previa a la obtención del título de médico, con el tema: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019.”**, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos recolectados permitirán conocer **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019.”**, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca 23 de Enero de 2020



LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO

CI: 1722603980

AGRADECIMIENTO

En estas líneas quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible esta investigación y que de alguna manera estuvieron conmigo en los momentos difíciles, alegres, y tristes.

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo; en primer lugar, agradezco a Dios por la vida y el permitirme culminar mis metas propuestas; merecen un reconocimiento especial mi madre y familia, que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco infinitamente a mi hermana que con sus palabras me hacía sentir orgullosa de lo que soy y de lo que le puedo enseñar.

A mis amigos, a todos con los que compartí dentro y fuera de las aulas, a los que se han convertido en amigos de vida y colegas, gracias por todo su apoyo y extender su mano en momentos difíciles.

A los maestros que me han visto crecer como persona, gracias por sus enseñanzas y formar parte de este gran logro. De igual forma, agradezco a mi director y asesor de tesis, gracias por compartir sus conocimientos, saber guiarme y por sus palabras de aliento, lo que ha permitido que hoy pueda culminar con éxito este trabajo.

DEDICATORIA

“A todos los pacientes que cursaron la fase final de su vida sin un cuidado apropiado, a todos los que hacen lo posible por aliviar cada síntoma y ayudan vivir mejor hasta el final.”

RESUMEN

Antecedentes: Los cuidados paliativos atienden el cuidado integral y multidisciplinario de los pacientes y de sus familiares tratando en lo posible de mejorar la calidad de vida cuando estos afrontan problemas asociados a enfermedades crónicas en etapa terminal donde no se logra recuperar la salud, ni retrasar la progresión de estas y solo se puede dar soporte.

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo marzo – noviembre 2019.

Metodología: Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y de corte transversal, con muestra probabilística de 187 estudiantes de cuarto (séptimo y octavo ciclo) y quinto año (noveno y décimo ciclo) de la Universidad Católica de Cuenca, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada (Palliative Care Knowledge Test (PCKT)) para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos, la edad, el sexo, año de carrera y lugar de procedencia. Los datos se analizaron en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24.0 evaluación.

Resultados: De los 187 estudiantes encuestados en el estudio, se obtuvo como nivel de conocimientos aceptables un porcentaje del 11.8%.

Conclusión: Existe diferencias en el nivel de conocimiento entre estudiantes, pero ningún grupo manifiesta un nivel aceptable, por esto se considera necesario la implementación de la asignatura de cuidados paliativos de manera obligatoria con el objetivo de aplicar correctamente los cuidados paliativos en los pacientes que cursan la etapa final de la vida.

Palabras clave: CUIDADOS PALIATIVOS, PCKT, ENFERMEDADES CRÓNICAS, ENFERMEDADES TERMINALES.

ABSTRACT

Background: Palliative care addresses the comprehensive and multidisciplinary care of patients and their families, trying as much as possible to improve the quality of life when they face problems associated with chronic diseases in the terminal stage, when it's not possible the recovery of a patient or delay the progression of the disease.

Objective: Determinate the level of knowledge about palliative care in medical students from the Catholic University of Cuenca in the March - November 2019 period.

Methodology: A quantitative, descriptive cross-sectional study was developed, with a probabilistic sample of 187 students in fourth (seventh and eighth cycle) and fifth year (ninth and tenth cycle) from the Catholic University of Cuenca, to whom a structured survey (Palliative Care Knowledge Test (PCKT)) was applied, to determine the level of knowledge about palliative care, age, sex, year of study and place of origin. The information obtained was analyzed in the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences) version 24.0 evaluation.

Results: From the 187 students surveyed in the study, 11.8% obtained what is considered as an acceptable level of knowledge.

Conclusion: There are differences in the level of knowledge among students, but no group shows an acceptable level, so it's considered necessary the implementation of a palliative care subject in order to correctly apply palliative care in patients who attend the final stage of life.

Keywords: PALLIATIVE CARE, PCKT, CHRONIC DISEASES, TERMINAL DISEASES.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CAPÍTULO I	8
1.1 INTRODUCCIÓN	8
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	12
CAPÍTULO II	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.2 Definición	15
2.3 Epidemiología	15
2.4 Objetivos de los Cuidados Paliativos	16
2.5 Aspectos Éticos y Legales sobre Cuidados Paliativos	17
2.6 Calidad de vida en Cuidados Paliativos	18
2.7 Control de Síntomas en Cuidados Paliativos	19
2.7.1 Dolor	20
2.7.2 Disnea	26
2.7.3 Síntomas Psicológicos o Psiquiátricos	29
2.7.4 Síntomas gastrointestinales	33
CAPÍTULO III	38
3. OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo general	38
3.2 Objetivos específicos	38
CAPÍTULO IV	39
4. DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1 Diseño general del estudio	39
4.1.1 Tipo de estudio	39
4.1.2 Área de estudio	39
4.1.3 Universo de estudio	39
4.1.4 Selección y tamaño de muestra	39
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	40
4.2.1 Criterios de inclusión	40

4.2.2 Criterios de exclusión	40
4.3.1 Método	41
4.3.2 Técnica.....	41
4.3.3 Instrumento.....	41
4.3.4 Plan de análisis de datos	41
4.3.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	42
4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
4.5 ACTIVIDADES Y RECURSOS	44
4.5.1 Cronograma de actividades.....	44
4.5.2 Recursos humanos	45
4.5.3 Recursos materiales.....	45
CAPÍTULO V	46
5. RESULTADOS	46
5.1 Cumplimiento del estudio	46
5.2 Análisis de resultados.....	46
CAPÍTULO VI.....	53
6. DISCUSIÓN.....	53
CAPÍTULO VII	56
7. Conclusiones y recomendaciones.....	56
7.1 Conclusiones.....	56
7.2 Recomendaciones.....	58
Bibliografía	59
ANEXOS	64

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos, deben su nombre a la palabra “pallium” (significa cubrir, calmar, dar alivio transitorio sin intención de cura), estos cuidados se enfocan en el manejo de los pacientes al final de la vida (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que los cuidados paliativos atienden y mejoran la calidad de vida de los pacientes y los familiares, que presentan enfermedades que limitan o acortan la vida y que se encuentren fuera de un tratamiento médico curativo, mediante la prevención, alivio del sufrimiento, evaluación y manejo de síntomas (2).

En la actualidad estos cuidados no solo están enfocados a la terapia farmacológica, sino también brindan apoyo psicológico y espiritual desde el momento del diagnóstico de la patología, hasta el final de la vida y durante el duelo; convirtiendo así al manejo de los cuidados paliativos en una misión importante para los servicios de salud (3).

Se estima que alrededor de 2 de cada 4 hospitalizaciones en las áreas públicas y privadas de salud se deben al incremento de enfermedades no transmisibles y limitantes de la vida que requieren de una atención integral y multidisciplinaria, que brinde soporte y mejore la calidad de vida en los pacientes mientras esta sea posible; por esta razón los cuidados paliativos cobran mayor importancia y la OMS sugiere, incrementar la enseñanza del tema al personal de salud, a alumnos de pregrado de las facultades de medicina y de las carreras afines (4,5).

En la actualidad se cuenta con un instrumento que permite evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en el personal de salud, el Palliative Care Knowledge Test (PCKT) se diseñó para evaluar una gama más amplia de conocimientos de cuidados paliativos, no solo aspectos clínicos sino espirituales y éticos yendo a la par con la orientación actual que presentan estos cuidados; no existen muchos estudios que se enfoquen en evaluar el conocimiento sobre este tema, lo que genera la necesidad de medir la eficacia de la preparación recibida tanto por los profesionales como por los estudiantes de medicina y carreras afines, con el propósito de mejorar o implementar los cuidados paliativos como una asignatura en las mallas curriculares de las facultades donde se forma el personal de salud (3,6).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados paliativos se enfocan en mejorar la calidad de vida de los pacientes como la de los familiares; se basan en: la prevención, alivio del sufrimiento, evaluación y manejo de síntomas atribuidos a las distintas patologías, apoyo psicosocial y espiritual, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, y durante el duelo (7,8).

Estos cuidados se aplican a pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal; considerando que estas afecciones no solo están asociadas al envejecimiento, sino también pueden presentarse a cualquier edad, surgiendo como una necesidad que se implemente los cuidados paliativos en la formación del personal de salud; convencionalmente se instaura tratamientos clínicos para cada patología, pero no se aborda el aspecto emocional que se requiere para estos pacientes (9,10).

En Alemania Weber et al, realizó un estudio donde aplicó 318 encuestas a los estudiantes de dos escuelas de medicina para evaluar la educación en torno a cuidados paliativos; obtuvo como resultado que tan solo el 33% de los participantes se sintió instruido para tratar los síntomas comunes en la etapa final de la vida (11).

En un estudio realizado por Molina et al en España, refiere que el 17.2% de la población mayor a 65 años requiere de cuidados paliativos, aun siendo este un país pionero en este tipo de cuidados, existen falencias en la instauración de un tratamiento paliativo adecuado para los pacientes que lo requieren (12).

En Ecuador, los cuidados paliativos aún no son aplicados correctamente en el abordaje de los pacientes en fase terminal, lo que genera un problema de salud. La población generalmente se encuentra en transición epidemiológica y se hace más longeva que sumada al padecimiento que le afecta, conlleva al requerimiento de más personal de salud, estudiantes de medicina y carreras afines, capacitados debidamente para manejo de cuidados paliativos (13).

En Quito se realizó un estudio donde se aplicaron encuestas a estudiantes de pregrado y postgrado de medicina familiar y se obtuvo que un 19.6% alcanzó notas aceptables en el resultado global de la evaluación; esto se atribuye, a que no existe una asignatura dispuesta como tal dentro de las facultades donde se forma el personal de salud; aquí solo se imparten temas sobre estos cuidados dentro de algunas cátedras afines o cómo materias optativas (14).

De manera general existen pocas investigaciones que se enfocan en el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes y en profesionales de salud lo que pone en evidencia la falta de instrucción sobre esta área en la práctica médica, que debe estar considerada dentro de la formación médica integral ya que se considera imprescindible conocer y manejar de manera adecuada a pacientes y familiares que presenten enfermedades que requieran de estos cuidados (15).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, marzo - noviembre 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La importancia de conocer y manejar los cuidados paliativos radica en el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas (5).

Weber et al, en su estudio aplicó 318 encuestas en dos escuelas de medicina en Alemania para evaluar su educación en torno a cuidados paliativos, solo el 33% se sintió suficientemente preparado para tratar los síntomas comunes de los pacientes en la etapa final de la vida (11).

En el estudio realizado por Rivadeneira y Elizalde en el 2019, se valoró el nivel de conocimientos mediante la aplicación de encuestas a estudiantes de medicina, se obtuvo un 19.6% de notas aceptables en el resultado global de la evaluación; recalcan además que en Ecuador actualmente las universidades no cuentan con una asignatura enfocada a cuidados paliativos como parte de la formación médica integral. Es importante reconocer la necesidad que existe en mejorar los conocimientos en estos cuidados para el beneficio de los pacientes con enfermedades avanzadas e incurables (14).

Por lo antes descrito, se considera importante brindar un resultado actual sobre el nivel de conocimientos relacionados a cuidados paliativos en los estudiantes; debido a que, en Ecuador y en las bases científicas de la Universidad Católica de Cuenca actualmente no existen estudios dirigidos a este tema, así se podrá identificar de manera específica las áreas de conocimientos en las que existen falencias sobre cuidados paliativos, para poder manejar de mejor forma las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y las de sus familiares; considerando que el compromiso en el tratamiento para pacientes con una enfermedad crónica o terminal no solo incurre en los especialistas (paliativistas, geriatras, etc.) sino también, en médicos recién graduados que mejorarán la calidad de vida en quienes requieran de estos cuidados en todos los niveles de atención (14,15).

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Los profesionales de las áreas de salud están en permanente en contacto con el sufrimiento humano y la muerte. Los pacientes terminales esperan obtener la ayuda necesaria para asumir y afrontar esa última etapa de la vida, así como los cuidados necesarios que les permitan mantener el mayor confort posible durante esos momentos difíciles (16).

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. Se destaca que los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familiares (2).

Los cuidados paliativos se iniciaron en el año la 1959, por la pionera Cicely Saunders, quien promovió la necesidad de que se implemente un hospicio para enfermos en fase terminal. Ella fue la primera en demostrar que el dolor no era solo físico, sino psicológico y espiritual; además se debía cuidar a los pacientes terminales. Así, Cicely dio sentido de vida a los pacientes en fase terminal, pues era muy hábil en tratar el dolor y atendiendo las otras necesidades del paciente (17).

Para el desarrollo de la educación en cuidados paliativos, en Japón, Nakazawa et al. en el 2009 desarrolló un cuestionario para la valoración de los conocimientos, donde se incluían cinco dominios: filosofía, dolor, disnea, síntomas psiquiátricos y gastrointestinales; fue aplicado en un hospital de manera general a médicos, enfermeras

y psicólogos de esta institución, obtuvo como resultado que el 85% del personal evaluado requería formación en estos cuidados (18).

En el 2017, en Nigeria, se presentó una evaluación en el conocimiento y la percepción hacia los cuidados paliativos entre los proveedores de atención médica en el estado de Rivers, el doctor Gracia Ker Eke et al, realizó un taller de conocimientos paliativos en el Hospital Docente de la Universidad de Port Harcourt, luego se empleó un cuestionario estructurado, anónimo y autoadministrado a 114 participantes, de los cuales el 50% había oído hablar previamente de cuidados paliativos, mientras que con las cátedras del taller se logró un mayor conocimiento acerca del tema (19).

Los cuidados paliativos son una herramienta indispensable para los profesionales de la salud y aún no figuran en las prioridades de salud de México, es por esto que Medina et al, evaluó el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos que tiene el personal de salud de los tres niveles de atención médica, el cual atiende a pacientes con enfermedades terminales o crónico-degenerativas con mal pronóstico; se obtuvo que solo el 7% de profesionales tenían resultados aceptables en conocimientos totales sobre el tema. En otro estudio mexicano, Fernando Nagore, efectuó una investigación que tuvo por objetivo, evaluar la atención al paciente en fase terminal a través de la simulación clínica; fueron analizados 137 médicos internos de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, dentro de los resultados obtenidos el 5.11% de los estudiantes mostraron competencia para la atención en cuidados paliativos (10,20).

En Perú, se evaluó el nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en los estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad San Cayetano Heredia en el año 2018. Para ello Germán Málaga, utilizó como instrumento una encuesta en una muestra de 132 estudiantes del sexto año, de los cuales el 90% de los participantes afirmaron que no tenían conocimiento de los cuidados paliativos ni habían realizado cursos para formación en estos cuidados (3).

En el estudio de Ramón Hilario, que evaluó los conocimientos y actitudes hacia el paciente con enfermedad terminal a 90 estudiantes de cuarto ciclo en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 25 de ellos tienen un nivel alto de conocimiento, 49 un nivel medio y el 16 un nivel bajo de conocimientos acerca de cuidados paliativos (1).

En Quito en el 2019, Rivadeneira y Elizalde realizaron aplicaron encuestas anónimas para su estudio a 499 estudiantes de la carrera de medicina entre 6to y 12vo semestre y a médicos del postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de forma aleatorizada. Se utilizó la encuesta desarrollada por Nakazawa et al, en el año 2009, “Palliative Care Knowledge Test”; se obtuvo el 19.6% de notas aceptables en el resultado global de la evaluación de conocimientos (14).

2.2 Definición

El Cuidado Paliativo, debe su nombre a la palabra “pallium” (significa cubrir, aliviar, mitigar, dar alivio transitorio sin intención de cura), tiene su origen en Reino Unido como respuesta a las necesidades insatisfechas de los pacientes al final de la vida y de sus familiares (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, que afrontan un problema asociado a enfermedades que se encuentran fuera de un tratamiento médico definitivo, mediante la prevención, alivio del sufrimiento, evaluación y manejo de síntomas atribuidos a las distintas patologías y otros problemas físicos; proporcionando apoyo psicosocial y espiritual, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, y durante el duelo (7,8).

2.3 Epidemiología

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos debido al envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas o con cáncer; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e

ingreso mediano y donde tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben (5,21).

La OMS cita además una amplia gama de patologías donde se requiere aplicar estos cuidados; por ejemplo: enfermedades cardiovasculares en un 38.5%, cáncer en un 34%, enfermedades respiratorias crónicas en el 10.3%, sida el 5.7% y diabetes el 4.6%, mientras que en las de menor proporción se incluye a la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos (2,22)

2.4 Objetivos de los Cuidados Paliativos

Según la OMS, los cuidados paliativos en la actualidad tienen como finalidad:(8).

- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- No proponen acelerar el proceso de muerte, ni lo retrasan.
- Integran aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente y a todos los involucrados en el abordaje de la enfermedad.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Los cuidados paliativos tienen éxito cuando se utiliza la comunicación como factor fundamental en el proceso y tratamiento de la enfermedad, logrando así ser beneficioso

el compartir criterios entre los pacientes, familiares, cuidadores y todo el equipo médico involucrado en un ambiente de cordialidad, respeto y confianza (23).

2.5 Aspectos Éticos y Legales sobre Cuidados Paliativos

Tener acceso a un diagnóstico certero, a la verdad, a decidir con conocimiento de causa y a que se le garantice apoyo; es un derecho que poseen todos los pacientes, más aun frente a la vulnerabilidad que puede provocar su enfermedad (24,25).

La asociación Húngara de Hospicios y Cuidados Paliativos de acuerdo con los principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) considera los siguientes aspectos éticos a tomarse en cuenta en los pacientes que reciben un tratamiento paliativo:(26)

- Recibir información detallada sobre su estado de salud, dialogar las opciones del manejo y el plan de cuidados, además de, respetar la opción de abandonar el tratamiento cuando el paciente lo crea necesario.
- Evaluar el riesgo-beneficio del tratamiento en cada decisión clínica, entender que el paciente tiene derecho a todos los cuidados, oferta de intervenciones y exámenes que se dispongan acorde a los recursos.
- Los pacientes tienen el derecho a decidir en relación sus cuidados de salud, en exámenes y tratamientos que se consideren, por esto, el consentimiento informado del paciente es un estricto requisito en una intervención médica.
- Si el paciente presenta una enfermedad calificada como terminal puede rechazar intervenciones para el rescate de la vida y dejar que la patología evolucione naturalmente, si él lo considera; puede además designar a otra persona para que ejerza ese derecho cuando lo crea conveniente y el mismo puede ser anulado en cualquier momento.

En el marco legal, el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador se relaciona a cuidados paliativos, indica que los pacientes deben ser informados oportunamente sobre alternativas a tratamientos y las intervenciones a realizarse en beneficio de su salud, así

como en sus distintos usos, efectos, costos y calidad; debe además recibir asesoría de personal de salud capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos, incluso los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna; esta labor se considera difícil ya en la práctica, debido a que para poder informar sobre un mal pronóstico de cualquier patología se requiere garantizar al paciente que no será abandonado en el tratamiento que requiera, se necesita además que pueda expresar sus preocupaciones y miedos para lograr una comunicación adecuada y se pueda brindar el apoyo emocional que necesita (27).

Por el contrario, se da, en la denominada “conspiración del silencio”, donde el paciente sospecha que padece una enfermedad terminal, pero existe un acuerdo por parte de familiares, amigos o profesionales de ocultar información al paciente sobre su estado de salud, pronóstico y gravedad de su patología para evitar que este muestre ansiedad, temor o confusión (27).

Para evitar estas situaciones se debe proporcionar información adecuada al paciente, al cuidador principal y a la familia, ya que, al existir una buena comunicación de parte y parte, se logrará establecer acuerdos en beneficio del tratamiento y los cuidados que requiere (27).

2.6 Calidad de vida en Cuidados Paliativos

Jocham et al, indica en su estudio que el personal de salud coincide en que el objetivo principal de los cuidados paliativos es, optimizar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables avanzadas mediante el control de los síntomas físicos y la atención a las necesidades psicológicas, sociales y espirituales del paciente. Por lo tanto, los cuidados paliativos logran la mejoría en la calidad de vida para los pacientes y sus familias; describe además que la calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional donde no existe un patrón de referencia medible, resulta difícil poder definir de manera específica; varía de persona a persona (28).

Según la OMS en la descripción de calidad de vida, no se basa en criterios subjetivos, ni a la medición objetiva de lo económico, sino a la satisfacción que este le provee al individuo (29).

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 que se identifican: el bienestar físico, psicológico, económico y social, el entorno, grado de independencia y el bienestar espiritual. Todos estos dominios se agrupan entre sí brindando un aspecto multidimensional para dar como resultado lo que se llama “calidad de vida” (5,28).

2.7 Control de Síntomas en Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos tienen como finalidad el manejo de los síntomas que causan malestar en un paciente en la fase final de la vida, por ejemplo: dolor, disnea, ansiedad o trastornos digestivos; es importante que exista una buena comunicación con el paciente y sus familiares para lograr un mejor control de la sintomatología acorde a las necesidades y se pueda establecer un plan terapéutico (30)

Cudennec et al, menciona que dependiendo de la naturaleza y el estadio de la enfermedad se debe realizar una valoración integral de los pacientes en esta etapa, donde no se habla simplemente de un paciente crónico, sino de un paciente crónico agudizado. Estos pacientes presentan un sinnúmero de síntomas que deben ser manejados; por ejemplo, en el caso de pacientes oncológicos, la localización del tumor, su grado, extensión y metástasis determinan la sintomatología (5,30).

En el estudio de Solano et al, se señala que no existe distinción en la sintomatología entre patologías que requieren de cuidados paliativos sean o no transmisibles; entre estas: cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad cardíaca,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o enfermedad renal y prevalecen aquí síntomas de dolor, depresión, ansiedad, confusión, astenia, disnea, insomnio, náusea, estreñimiento, diarrea y anorexia (5,22).

Esta sintomatología cambia con el tiempo ya sea por la evolución de la enfermedad, por los efectos adversos de las terapias utilizadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia), la respuesta al soporte paliativo del equipo y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores; es necesario entonces una valoración interdisciplinar para abordar todos los síntomas que aquejan a los pacientes (5).

En el anexo 1. Se presenta un algoritmo para la valoración sintomatológica en cuidados paliativos (5).

2.7.1 Dolor

El dolor es el principal motivo de consulta en medicina y aún más en pacientes en fase final de la vida, así la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define este síntoma como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión real, potencial o descrita en términos de tal lesión”; indica además que aunque no todos los pacientes puedan expresar esta sensación no significa que no la padezcan, la valoración del dolor es subjetiva (31,32).

Se presenta hasta en un porcentaje del 96% en cáncer, pero no solo esta sería la causa de este síntoma, sino puede presentarse también debido a una patología crónica, por consecuencia de técnicas diagnósticas, tratamientos (cirugía, quimioterapias), o relacionados con su adinamia y debilidad general causada por úlceras, dolores óseos, etc. Es común que en dolores crónicos se presenten otros síntomas concomitantes como depresión, alteraciones del sueño y disminución de las capacidades físicas (5,32).

El dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos significa más que solo una sensación nociceptiva, que incluye otros aspectos relacionados a la condición humana como: la personalidad, afectividad, emociones, y a las relaciones psicosociales que presentan (32).

2.7.1.1 Tipos de dolor

La clasificación del dolor puede hacerse en función de varios criterios:

Según el tiempo de duración:

- **Dolor agudo:** es de corta duración, en la mayoría de casos se relaciona a un daño de tejidos y desaparece con el manejo de este. Es notoriamente localizado y su intensidad depende del estímulo que lo provoca (33).
- **Dolor crónico:** su duración es de más de 3 o 6 meses, se alarga más allá del alivio de la lesión que lo causó o se relaciona a una afección crónica. La etiología, intensidad y evolución son muy variables (33).
- **Irruptivo:** aparece generalmente sobre un dolor crónico de forma inesperada o a veces se torna previsible para el paciente; su intensidad varía de moderada o intensa (5).

Según su origen:

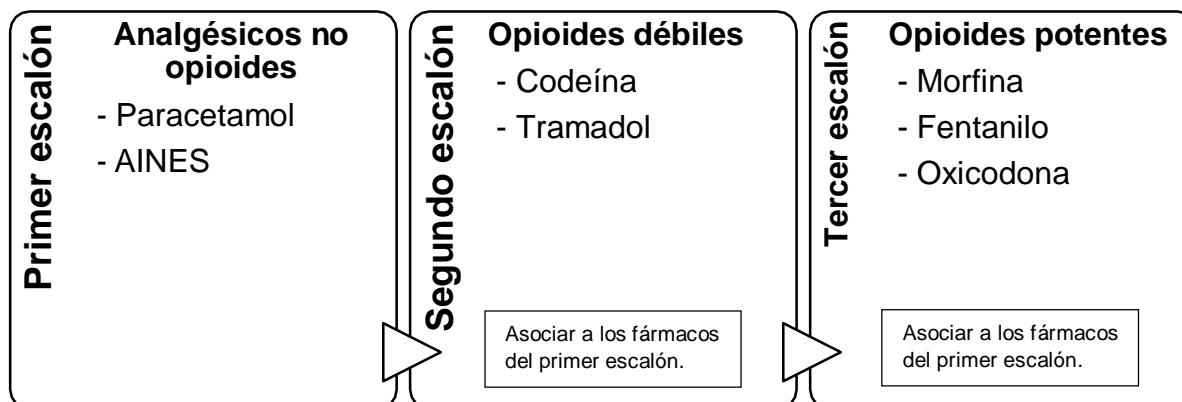
- **Dolor nociceptivo:** es producido por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (5,33).
 - **Dolor somático:** se produce cuando se estimulan los receptores de la piel, el sistema musculoesquelético o vascular, es bien localizado, generalmente es de tipo punzante; como sucede en el dolor óseo por metástasis (5,33).

- **Dolor visceral:** es producido por lesiones, distensión o compresión de órganos de la cavidad torácica o abdominal, es un dolor profundo, incesante y mal localizado, generalmente se irradia a zonas alejadas del punto de origen. Suele estar acompañado de otros síntomas como: náuseas, vómitos y sudoración (5,33).
- **Dolor neuropático:** es producido por un estímulo directo del sistema nervioso central (SNC) o una lesión de los nervios periféricos por lesión directa de estructuras nerviosas, es localizado según la lesión o causa, sea esta por invasión directa de un tumor, por quimioterapia o por infecciones de un paciente inmunodeprimido. Se presenta en la mayoría de pacientes como: prurito, hormigueo, punzadas, opresión o descargas eléctricas (5,33).
- **Dolor psicógeno** no es producido por estimulaciones nociceptivas ni alteraciones neuronales, sino por causa psíquica (depresión, hipocondría) (33).

2.7.1.2 Evaluación del dolor

Para el inicio de un tratamiento analgésico se requiere una valoración completa e integral del paciente donde se detalle, el tipo, la intensidad, cronología, causas y si presenta irradiación; en este apartado se utiliza las distintas escalas de evaluación del dolor que proporcionan de forma simple una apreciación de la intensidad en los pacientes. Se menciona las escalas más utilizadas:(33,34).

Imagen 3. Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud



Fuente: del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Farm Prof. 1 de enero de 2015;29(1):36-43.

Autores como Arco et al, Muriel y García mencionan que debería añadirse un cuarto escalón a esta escala debido a que en la práctica se enfrenta a pacientes con dolores crónicos que no ceden a terapias convencionales y requieren de técnicas intervencionistas; debido a que estos procesos desempeñan efectos analgésicos al regular o interrumpir la transmisión de los impulsos nerviosos (33).

Se debe tomar en cuenta en el uso de esta escala, que no es recomendable la asociación de analgésicos del mismo escalón debido a que solo producirán efecto placebo (30).

El segundo escalón de los opioides menores, está la codeína y tramadol. Es recomendado el uso de la codeína asociada a paracetamol por vía oral, por sus efectos de sinergismo; en cuanto al tramadol debe ser utilizado con discernimiento porque esta debido a que puede provocar confusión en el adulto mayor y porque son frecuentes sus efectos adversos. (30)

Dentro del área de cuidados paliativos, existen dolores de gran intensidad, que requieren de opioides mayores independiente de la edad, tiempo de vida o tipo de patología; aquí la morfina es el tratamiento de elección (30).

Debe tomarse muy en cuenta los principales efectos secundarios que estos fármacos producen, como: náuseas y vómitos (30% de los casos), el estreñimiento, bradipnea, depresión respiratoria, somnolencia, los trastornos psíquicos y cognitivos (confusión, alucinaciones, ansiedad paradójica), xerostomía, la sudoración, la hipotensión ortostática, retención urinaria, prurito e hipersudoración; para evitar estos es aconsejable la reducción de las dosis, rotación de fármaco, cambio de la vía por la que se administra o en definitiva la supresión del fármaco, al no ser posible se debe dar tratamiento sintomático para estos efectos (5,30).

En el anexo 2. Se presenta un algoritmo con pautas para el tratamiento del dolor en cuidados paliativos (5).

2.7.1.4 Analgésicos Adyuvantes: Se encuentran fármacos cuya función principal no es la analgesia, pero que desempeñan funciones como tales en varios tipos de dolor (5).

En cuidados paliativos se utilizan para fortalecer los efectos de los analgésicos (generalmente en opioides), disminuir sus dosis o en cuadros complejos de dolor (5).

Son muy necesarios en dolores neuropáticos o en metástasis óseas que provocan mucha dolencia, se emplean además el tratamiento de las comorbilidades del paciente en esta etapa de la enfermedad; por ejemplo, en la ansiedad o depresión asociada al dolor se utiliza antidepresivos (5).

Imagen 4. Fármacos coadyuvantes en el tratamiento del dolor.

Fármacos	Indicaciones
- Antidepresivos Tricíclicos: amitriptilina - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina	- Dolor neuropático - Dolor asociado a depresión o ansiedad
- Anticonvulsivantes: carbamazepina, gabapentina	- Dolor neuropático
- Corticoides: dexametasona, metilprednisolona, otros	- Astenia, anorexia, compresión medular, metástasis óseas, aumento de presión intracraneal, obstrucción intestinal
Relajantes musculares	- Dolor musculoesquelético / Espasmos
Benzodiazepinas	- Ansiedad asociada al dolor
Bifosfonatos: ácido zolendrónico	- Útiles en caso de metástasis óseas

Fuente: Ecuador M de SP. Cuidados paliativos: Guía de práctica clínica, adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.

2.7.1.5 Terapias alternativas o complementarias para el manejo del dolor

Arco et al y la guía de práctica clínica de cuidados paliativos del Ecuador, mencionan que muchos de los dolores pueden aliviarse al menos de forma parcial mediante otras medidas, como: fisioterapia, reposo, acupuntura, termoterapia, musicoterapia, electroestimulación (TENS), aromaterapia y masajes; estas pueden generar efectos positivos en el dolor y la ansiedad que presentan los pacientes (5,33).

2.7.2 Disnea

La Sociedad Torácica Americana (ATS) define a la disnea como la “sensación subjetiva de dificultad respiratoria, de intensidad variable y que guarda relación con factores fisiológicos, sociales, psicológicos y medioambientales” (36).

La disnea es un síntoma que provoca malestar y ansiedad al paciente, al entorno y a los profesionales de salud que le tratan. La prevalencia oscila entre el 30 y 90% en la fase

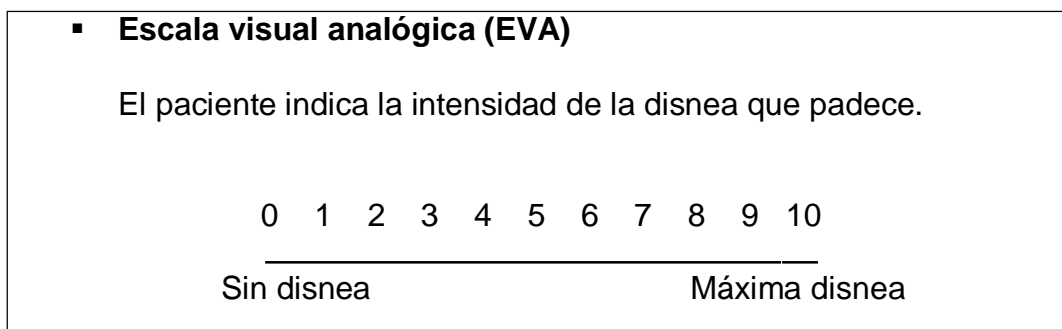
de final de la vida y en un 70% durante los últimos días de la vida; además esta altera de manera significativa la calidad de vida de los pacientes que la padecen (5).

2.7.2.1 Etiología y valoración

La disnea puede estar causada por derrames pleurales, restricción de oxígeno generada por la presión abdominal en los pacientes con ascitis a tensión o crecimiento abdominal, anemia grave, síndrome de anorexia-caquexia-astenia, síndrome de vena cava superior, arritmias, neumonía, fibrosis pulmonar, tromboembolia pulmonar, EPOC, asma, ansiedad y en pacientes con cáncer por: compresión del tumor en un bronquio principal, por debilidad muscular respiratoria, en linfangitis carcinomatosa y en tratamientos de quimioterapia, radioterapia o quirúrgicos (37).

La valoración de la disnea al igual que en otros síntomas, el objetivo es conseguir que el paciente exprese la intensidad y las molestias que pueden presentar. Para su evaluación generalmente se utiliza la escala visual análoga, herramienta que permite tener una clara orientación en la intensidad del cuadro y la respuesta a los tratamientos (38).

Imagen 5. Escala para medición de disnea



Fuente: Carvajal-Valdy G, Ferrandino-Carballo M, Salas-Herrera I. Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. Acta Médica Costarric. junio de 2016;53(2):79-87.

La intensidad de este síntoma es evaluada regularmente en algunas de las herramientas disponibles en cuidados paliativos como: ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), Numeric Rating Scale (NRS), STASS (Support Team Assessment Schedule) y la escala de Borg modificada; no obstante, se requiere más evidencia para su uso de forma rutinaria (5,39).

En el anexo 3. Se presenta la escala de disnea de Borg (40).

2.7.2.2 Tratamiento

El tratamiento óptimo para la disnea se enfoca en tratar las causas reversibles, pero cuando esto no es posible, se basa en tres elementos principales: oxigenoterapia, terapia farmacológica y medidas generales de apoyo (39).

Oxigenoterapia: su uso en pacientes sin hipoxia fue eficaz, pero no se describe al momento evidencia concluyente que apoye el uso del oxígeno en pacientes sin hipoxia. Se sugiere el uso de bigoterías nasales que se toleran mejor y son menos ansiógenas que las mascarillas (5).

Dentro de los tratamientos específicos se tratará la causa, siempre que sea posible; en la terapia farmacológica la morfina es el único medicamento que ha demostrado eficacia y relativamente una buena tolerancia en el control sintomático y paliativo de la disnea en la fase final de la vida (30).

Se debe utilizar broncodilatadores si el caso lo requiriere, parasimpaticolíticos en disneas acompañadas de secreciones bronquiales abundantes debido, a su efecto sedante central y antiespasmódico, la corticoterapia está indicada en situaciones de linfangitis carcinomatosa, fibrosis, síndrome de la vena cava superior o compresión de las vías

respiratorias y las benzodiazepinas también están indicadas en casos de ansiedad por sus efectos ansiolíticos y miorelajantes (30).

Las medidas generales a considerar en el manejo de la disnea incluyen: identificar el origen de los síntomas, mantener al paciente en espacios bien ventilados, posición cómoda que facilite una buena ventilación (semisentado), evitar exposición a irritantes como humo, contar con una atmósfera relajada, promover el acompañamiento al paciente con el fin de que le pueda tranquilizar en caso de que se presente una crisis, evitar comidas abundantes. Existen otras medidas como la deambulaci3n asistida con el uso de bastones, fisioterapia o ejercicios de respiraci3n (5,39).

En el anexo 4. Se presenta un algoritmo del tratamiento de disnea.

2.7.3 Síntomas Psicol3gicos o Psiquiátricos

2.7.3.1 Delirium

Es uno de los trastornos cognitivos más frecuentes en cuidados paliativos, se produce hasta en un 80% de casos y es un factor de mal pron3stico a corto plazo; está caracterizado por presentar una alteraci3n del estado de conciencia con p3rdida de memoria y una confusi3n espacial y temporal; esta se produce en un corto per3odo de tiempo (37).

Entre los subtipos cl3nicos de delirium se señaala: (37)

- **Hipoactivo:** predomina un estado de pasividad, confusi3n y somnolencia, el paciente se despierta muy poco y puede confundirse con depresi3n.
- **Hiperactivo:** predomina la agitaci3n psicomotora y conductual, paciente está alerta, confuso, con o sin alucinaciones, mioclonos o hiperalgesia.

- **Mixto:** se ve alternado entre delirium hipoactivo y el hiperactivo.

2.7.3.2 Etiología

Su etiología es multifactorial; varias de las causas son reversibles si se identifican y se aborda un tratamiento oportuno, se incluyen:(30).

Medicamentos (antibióticos, corticoesteroides, benzodiacepinas, opioides, etc.), Infecciones, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, falla orgánica (renal o hepática), supresión brusca de medicación, tumores cerebrales, hipoxemia, trastornos metabólicos, retención urinaria aguda, impactación fecal, anemia, dolores mal controlados entre otras condiciones médicas(15,37).

Se considera a este síntoma como un mal pronóstico en los pacientes en un estadio avanzado de cáncer.(37,41).

2.7.3.3 Valoración

El diagnóstico se realiza mediante el empleo de los criterios diagnósticos de la quinta edición del “Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-V)(41).

Imagen 6. Criterios diagnósticos del DSM-5

1. Alteración de la conciencia, atención, cambios en el afecto, alteración del ciclo sueño-vigilia (el paciente suele presentar somnolencia diurna y agitación nocturna)
2. Alteración en la cognición (desorientación, alteración de la memoria y el lenguaje, alteraciones perceptuales) que no se explica por una patología preexistente.
3. La alteración se presenta en un período corto de tiempo (horas o días); y la sintomatología tiende a desarrollarse durante el transcurso del día.
4. Evidencia de este trastorno en la historia clínica, examen físico y exámenes complementarios.

Fuente: Fuentes C, Schonffeldt M, Rojas O, de Los Ángeles Briganti M, Droguett M, Muñoz E, et al. DELIRIUM EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2017;28(6):855-65.

Dentro de la historia clínica (presencia de alucinaciones), en el examen físico (se buscará causas de delirium que puedan precipitar o agravarlo) y en exámenes complementarios (alteración en hemograma, glucosa, creatinina, iones, calcio, fósforo, magnesio y examen de orina u otras pruebas, como TAC y ECG), que se vean relacionados con la alteración (41).

Para el examen mental se puede utilizar también herramientas de evaluación como el Confusion Assessment Method (CAM); se aplica aún sin presencia de sintomatología de delirium, con el objetivo de lograr un diagnóstico y manejo precoz. (5,41).

En el anexo 5. Se presenta la escala de confusion assessment method (CAM) (42).

2.7.3.4 Tratamiento

La base del tratamiento radica en primer lugar, en tratar la causa que lo provoca, la aplicación de medidas generales y un tratamiento sintomático.(5,41)

Dentro de las medidas generales están: proporcionar un ambiente seguro, mantener el ritmo circadiano, no interrumpir el sueño nocturno, facilitar la orientación tiempo espacio (rutinas, relojes visibles, etc.), permitir acompañamiento familiar, procurar una nutrición, diuresis y evacuaciones adecuadas (15,41).

Tratamiento Farmacológico

- Neurolépticos: Haloperidol es el fármaco de elección en crisis agudas la dosis va de 5 a 20mg y de mantenimiento de 2,5 a 5 mg/8 o 12 horas, si en 30 minutos no se obtiene resultados, se sugiere la administración de una segunda dosis o se puede asociar con midazolam en dosis de 5 a 15 mg (37).
- Otros fármacos neurolépticos utilizados son: quetiapina a dosis inicial de 25-50 mg/día, risperidona en dosis de 0,25 a 3 mg/12 a 24 horas y olanzapina 2,5-10 mg/12 horas (37).
- En caso de confusión y agitación se puede iniciar el manejo con levomepromazina en dosis de 12,5 a 25 mg/4 a 6 horas o se puede iniciar con midazolam si se requiere (37).

En el anexo 6. Se presenta el algoritmo de tratamiento de delirium.

2.7.4 Síntomas gastrointestinales

Existen numerosos síntomas gastrointestinales que son comunes dentro de los cuidados paliativos, estos provocan importantes molestias y alteraciones en la calidad de vida de los pacientes (5,30).

Entre los síntomas más frecuentes se menciona

2.7.4.1 Xerostomía

Es la sensación subjetiva de boca seca que generalmente no se acompaña con disminución en la producción salival; es un síntoma frecuente en pacientes en la fase final de la vida y se considera importante su manejo debido a que la ausencia de saliva puede provocar ulceraciones e infecciones, además de hacer más difícil la alimentación y provocar una sensación desagradable para el paciente.(43)

2.7.4.1.1 Etiología

Entre las causas más frecuentes están: mucositis por quimioterapia o radioterapia, por fármacos como: opioides, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos o benzodiacepinas, por infecciones bucales como candidiasis, herpes, etc., por deshidratación y por causas psicológicas, como la ansiedad y depresión.(15,30)

2.7.4.1.2 Tratamiento

Los principios del tratamiento se basan en la búsqueda de la etiología:

- Si se conoce que este síntoma es debido a fármacos, se debe valorar la necesidad en el uso de los mismos (37).

- En medidas generales, se debe promover en los pacientes a limpiar diariamente la boca y eliminar los detritus. Para ello se utilizan enjuagues con soluciones desbridantes (bicarbonato, agua oxigenada, suero fisiológico o agua oxigenada). Si el paciente no lo puede realizar se le debe aplicar estas soluciones de forma delicada en los dientes (37).
- Aumentar la salivación: mediante la ingesta de pastillas de vitamina c, frutas (piña), caramelos sin contenido de azúcar o cubos de hielo aromatizados con limón (37).
- Prescribir saliva artificial (metilcelulosa) o el uso de pilocarpina que produce como efecto adverso, hiperhidrosis (37).

2.7.4.2 Náusea y Vómito

La náusea es una sensación desagradable y subjetiva de querer vomitar, que puede o no estar acompañada de este. Vómito o emesis en cambio se define como la expulsión súbita del contenido gastrointestinal a través de la boca, estos síntomas se producen cuando se estimula el “centro del vómito” en el sistema nervioso central, área postrema del cuarto ventrículo y están presentes alrededor del 40% en pacientes de etapas avanzadas (39,44).

2.7.4.2.1 Etiología

Dentro de sus causas se describe:

- **Debidas al cáncer:** hipertensión endocraneal por tumores primarios o metastásicos, irritación gastrointestinal, hemorragia, estreñimiento, aumento en la presión intracraneal, hepatomegalia, dolor, ansiedad, síndromes paraneoplásicos, alteraciones bioquímicas y otras (5,44).

- **Debidas al tratamiento:** con fármacos (analgésicos, antidepresivos, neurolépticos, antibióticos), por radioterapia y quimioterapia (5,44).
- **Concurrentes:** por patologías gástricas previas, oclusiones intestinales, estreñimiento, ectasia gástrica, infecciones y alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipopotasemia, hiponatremia) (5,44).
- **Otras:** relacionados a olores, sabores, alimentos, insistencia para que el enfermo coma, etcétera (5,44).

2.7.4.2.1 Tratamiento

Medidas generales: se recomienda una dieta blanda a tolerancia, que este fraccionada e incluya líquidos en abundante cantidad; siempre que sea posible se debe tratar las causas concomitantes (5,44).

Medidas farmacológicas: se recomienda utilizar procinéticos como la metoclopramida, fármacos de acción central como haloperidol o levomepromacina, fármacos de acción serotoninérgica como el ondansetrón y adyuvantes como la dexametasona (5,44).

En el anexo 7. Se presenta un algoritmo de profilaxis y manejo de vómitos en los pacientes de cuidados paliativos (5).

2.7.4.3 Estreñimiento o Constipación

El estreñimiento es un síntoma frecuente en el 65% de casos en pacientes de cuidados paliativos y se describe como un número menor en frecuencia o que presente una mayor dificultad de lo habitual para la evacuación de las deposiciones (5,45).

2.7.4.3.1 Etiología

Entre los factores que pueden provocar estreñimiento están:

- **Relacionadas a las patologías:** invasión o compresión intestinal, fecalomas, hemorroides, daño neurológico, diabetes, hipotiroidismo (15).
- **Relacionado con las condiciones del paciente:** adinamia, deshidratación, baja ingesta de alimentos y líquidos, desequilibrio hidroelectrolítico, incapacidad para llegar al baño o debilidad (15).
- **Fármacos:** opioides, anticolinérgico, neurolépticos, antidepresivos, antiácidos, hierro (15).

2.7.4.3.2 Tratamiento

Medidas generales: se trata en lo posible poder prevenir este síntoma, se sugiere adaptar la actividad física y movilización en cada paciente, una alimentación con alto contenido de fibra y una adecuada hidratación (5).

Medidas Farmacológicas: laxantes (ayudan en la estimulación del peristaltismo), senósidos (actúan como reblandecedores de heces), osmóticos (lactulosa), lubricantes: parafina líquida, glicerina, aumentadores del volumen fecal (metilcelulosa) si el paciente deambula (39).

2.7.4.4 Diarrea

Se define como deposiciones sueltas o de forma líquida que estén presentes en un número mayor al que realiza una persona en forma habitual (tres o más veces); este síntoma se presenta en frecuencia en un 30% en los pacientes en la fase final de la vida (5,46).

2.7.4.4.1 Etiología

La causa más común en estos pacientes se debe al uso de laxantes, al uso de otros fármacos (antibióticos, AINES o antiácidos), síndrome de mala absorción, quimioterapia, radioterapia, obstrucción intestinal e impactación fecal, tumores digestivos, gastroenteritis y otras infecciones (5).

2.7.4.4.2 Tratamiento

Identificada la causa, el manejo inicial se basa en una dieta apropiada con un aporte suficiente de líquidos y sales para evitar la deshidratación (5).

Medidas farmacológicas: la loperamida es el fármaco de elección con una dosis inicial de 4 mg, seguida de 2 mg luego de cada deposición y hasta que se logre la normalización del ritmo intestinal sin superar los 16 mg/día. Los opioides son muy utilizados en el tratamiento de la diarrea en cuidados paliativos, se debe a que estos fármacos aparte de ayudar en la analgesia del paciente, además provocan estreñimiento, lo que evita el uso de antidiarreicos adicionales (5,37).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo marzo – noviembre 2019.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, procedencia y año de carrera.
- Evaluar los conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina mediante la encuesta Palliative Care Knowledge Test.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los estudiantes según edad, sexo, procedencia y año de carrera.
- Identificar el nivel de conocimientos por áreas según el año de carrera.
- Establecer la necesidad de formación en cuidados paliativos.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Diseño general del estudio

4.1.1 Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y de corte transversal.

4.1.2 Área de estudio

La unidad de análisis empleada en este estudio fue la Universidad Católica de Cuenca, ubicada en la provincia de Azuay.

4.1.3 Universo de estudio

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.

Incluye a todos los estudiantes de Universidad Católica de Cuenca matriculados en cuarto (séptimo y octavo ciclo) y quinto año (noveno y décimo ciclo) de la carrera de medicina.

4.1.4 Selección y tamaño de muestra

El universo estimado es de 666 estudiantes y para la obtención de la muestra se utilizó la fórmula para un universo finito.

En la misma, los parámetros son los siguientes

N tamaño del universo, que para este estudio está estimado en 666 estudiantes entre cuarto y quinto año.

La p indica la prevalencia en que se reconoció como aceptable en un porcentaje del 19.6%, valor tomado como referencia del estudio realizado por Rivadeneira y Elizalde (14).

La q, va a representar la probabilidad de no ocurrencia.

La z es la constante para el nivel de confianza que será del 95%
Finalmente, la e, es el error muestral que será del 5% para este estudio.

$$n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times q}$$
$$n = 178$$

La n, será la muestra para este caso es de 178 estudiantes a evaluar, más el 5% de error, es igual a 178 + 9 es igual a 187.

Para poder realizar la selección de estudiantes se elaboró previamente una lista de estos y mediante el programa Epidat se realizó un muestreo aleatorio simple donde se seleccionaron a los estudiantes de cuarto y quinto año

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de séptimo a décimo ciclo de la facultad de medicina.
- Estudiantes que estén presentes en el momento de las encuestas.
- Estudiantes que firmen el consentimiento informado y que acepten formar parte del estudio.

4.2.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que se encuentren con alteración de la conciencia por alcohol u otras sustancias en el momento de la encuesta.

4.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

4.3.1 Método

El método que se utilizó para la recopilación de datos en este estudio fue mediante una encuesta.

4.3.2 Técnica

Con la consiguiente aprobación para la aplicación de este estudio en la universidad, se utilizó un instrumento ya validado en el país, dentro de esta los participantes tuvieron varias opciones de respuesta, además fue acompañado de preguntas relacionadas a los datos sociodemográficos. La encuesta fue anónima y tuvo también un consentimiento informado para la autorización de la investigación por parte de los estudiantes.

4.3.3 Instrumento

El instrumento utilizado fue la encuesta Palliative Care Knowledge Test, la cual evaluó las que se considera principales áreas en cuidados paliativos; tuvo veinticinco preguntas que determinaron si existe conocimientos sobre este tema en los estudiantes, además de una pregunta de opción donde se identificó la necesidad de la formación en esta rama de la medicina.

4.3.4 Plan de análisis de datos

La información recopilada en el presente estudio se ingresó a una base de datos en SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24.0 evaluación y codificada para manejo de sus variables.

Se tomará como “conocimiento aceptable” a un resultado total en la encuesta mayor o igual al 60% de respuestas correctas (15 respuestas correctas de 25 planteadas).

En la evaluación individual se considerará como aceptable cada parámetro de las diferentes áreas de cuidados paliativos (generalidades, dolor, disnea, síntomas psiquiátricos y gastrointestinales) con valores de:

- Generalidades de cuidados paliativos mayor a 3 respuestas correctas de las 5 planteadas.
- Dolor: mayor a 5 respuestas correctas de las 7 planteadas
- Disnea: igual 4 respuestas correctas de las 4 planteadas
- Psiquiatría: igual a 2 respuestas correctas de las 2 planteadas
- Gastrointestinal: mayor a 5 respuestas correctas de las 7 planteadas

En la pregunta 26 se valoró la necesidad que existe en la formación en el área de cuidados paliativos en pregrado.

Además, para en el análisis de los estudiantes según nivel de conocimientos se les dividió a estos considerándoles a los estudiantes de séptimo y octavo ciclo como cuarto año y a los estudiantes de noveno y décimo ciclo como quinto año.

4.3.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

En esta investigación se realizó el trámite para la aprobación del estudio en el comité de investigación y el comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca; se aplicó un instrumento ya validado en el país que duró aproximadamente 15 minutos; previo a esto se manifestó al estudiante acerca de los objetivos de esta investigación, se respondieron a todas las preguntas y dudas sin que estas interfirieran en las respuestas de la encuesta; se les indicó a los estudiante que deben leer primero el consentimiento para cerciorarse que realmente desean participar ya que al finalizarla se requerirá su firma en el consentimiento informado. Los datos obtenidos se utilizaron exclusivamente dentro la investigación y no se publicaron los datos confidenciales de los estudiantes como nombres o direcciones.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se realiza el estudio	Tiempo	Años cumplidos	Numérica
Año de carrera	Grado más elevado de estudios que cursa el estudiante	Académica	Matrícula	Cuarto año Quinto año
Ciclo de estudio	Ciclo de estudio que cursa el estudiante	Académica	Matrícula	1. 7mo ciclo 2. 8vo ciclo 3. 9no ciclo 4. 10mo ciclo
Género	Condición biológica que distingue en hombres y mujeres.	Fenotipo	Caracteres sexuales	1. Femenino 2. Masculino
Procedencia	Lugar de procedencia del individuo	Geográfica	Domicilio	1. Urbano 2. Rural
Conocimientos	Escala para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en el personal de salud.	Conocimientos teóricos	Encuesta Palliative Care Knowledge Test (PCKT)	1. SI 2. NO

Necesidad de formación en cuidados paliativos	Determinar la necesidad de los estudiantes en la formación sobre cuidados paliativos.	Criterio educativo	Pregunta opcional	1. Innecesaria 2. Poco necesario 3. Necesaria 4. Muy necesaria
--	---	--------------------	-------------------	---

4.5 ACTIVIDADES Y RECURSOS

4.5.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	TIEMPO									
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	
Selección del tema	X									
Elaboración del protocolo	X	X								
Aprobación y Presentación del protocolo				X						
Recolección de los datos					X					
Análisis e interpretación de los datos							X			
Elaboración y presentación de la información								X		
Presentación del informe final									X	

4.5.2 Recursos humanos

Directos	Director: Dr. Álvaro González Asesor: Dr. Jorge Torres Estudiante: Lady Sánchez
Indirectos	Estudiantes de medicina de la “Universidad Católica de Cuenca”

4.5.3 Recursos materiales

Rubro	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Horas de Internet	400	\$ 60 centavos	\$ 24
Hojas A4	4	\$ 5 dólares.	\$ 20
Impresiones	500	\$ 2 centavos	\$ 100
Anillado	5	\$ 1 dólar	\$15
Empastado	2	\$ 20 dólares	\$ 40
Alimentación	20	\$ 3 dólares	\$ 60
Movilización	40	\$ 1, 50 centavos	\$ 60
Trámites universitarios	1	\$ 5 dólares	\$ 55
Imprevistos			\$200
Total			\$ 574

Los gastos realizados en este estudio fueron solventados por la autora de la investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Se realizó la recopilación de datos mediante la aplicación de la encuesta Palliative Knowledge Care Test (PCKT) a 187 alumnos entre cuarto (séptimo y octavo ciclo) y quinto año (noveno y décimo ciclo) de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo, marzo - noviembre 2019.

Esta información fue ingresada a una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS y agrupada para el manejo de sus variables.

5.2 Análisis de resultados

Características Sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2019.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad agrupada	≤ 24 años	174	93.0%
	≥ 25 años	13	7.0%
Género	Femenino	115	61.5%
	Masculino	72	38.5%
Procedencia	Costa	35	18.7%
	Sierra	143	76.5%
	Oriente	9	4.8%
Año de carrera	Cuarto Año	89	47.6%
	Quinto Año	98	52.4%

Edad media: 22.47 ± 1,5

Fuente: Encuesta para recolección de datos

Autor: Lady Rayzza Sánchez Izquierdo

Interpretación: Dentro de la población encuestada la edad media fue de 22.47 años (± 1.58 DS) (R: 20 - 32 años). En relación al sexo el 61.5% fueron mujeres mientras que el

38.5% hombres. En la procedencia el 18.7% de la muestra pertenece a la región costa, el 76.5% a la sierra y el 4.8% al oriente.

La distribución de la muestra de acuerdo al año de carrera de los 187 estudiantes que participaron en el estudio, se obtuvo el 47.6% cursa cuarto año (séptimo y octavo ciclo), mientras que el 52.4% cursa quinto año (noveno y décimo ciclo).

Tabla 2. Nivel de conocimientos en total de la encuesta sobre cuidados paliativos de los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No aceptable	165	88.2%
Aceptable	22	11.8%
Total	187	100.0%

Fuente: Encuesta para recolección de datos

Autor: Lady Rayzza Sánchez Izquierdo

Interpretación: Concerniente al puntaje logrado en el total de la encuesta sobre cuidados paliativos, el 11.8% obtuvo 15 o más respuestas correctas para considerarse como conocimiento aceptable en la encuesta aplicada.

Tabla 3. Nivel de conocimientos por áreas sobre cuidados paliativos de los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2019.

Área/Conocimientos	No aceptable		Aceptable	
	n	%	n	%
Generalidades	31	16.6%	156	83.4%
Dolor	185	98.9%	2	1.1%
Disnea	187	100.0%	0	0.0%
Psiquiatría	135	72.2%	52	27.8%
Gastrointestinal	182	97.3%	5	2.7%

Fuente: Encuesta para recolección de datos

Autor: Lady Rayzza Sánchez Izquierdo

Interpretación: Del total de encuestados en las diferentes áreas que se incluyeron en este estudio tenemos, en el área de conocimientos generales sobre cuidados paliativos el 83.4% lograron más de 3 respuestas correctas de las 5 propuestas. En el área relacionada a dolor se obtuvo el 1.1% de encuestados lograron más de 5 respuestas correctas de las 7 propuestas. En el área de disnea se obtuvo el 100.00% como valor no aceptable ya que ningún estudiante acertó a las 4/4 respuestas. Dentro del área de psiquiatría el 27.8% lograron acertar las 2 dos preguntas propuestas. En relación al área gastrointestinal el 2.7% lograron 5 o más respuestas correctas de las 7 propuestas en este ítem.

Tabla 4. Relación entre edad, sexo, procedencia y año de carrera con el nivel de conocimientos en el total de la encuesta de los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2019.

Variables	Nivel de Conocimiento Total				CHI	P
	No aceptable		Aceptable			
	n	%	n	%		
Edad						
≤ 24 años	155	89.1%	19	10.9%	1.722	0.189
≥ 25 años	10	76.9%	3	23.1%		
Sexo						
Masculino	64	90.1%	7	9.9%	0.400	0.527
Femenino	101	87.1%	15	12.9%		
Procedencia						
Costa	30	85.7%	5	14.3%	0.264	0.876
Sierra	127	88.8%	16	11.2%		
Oriente	8	88.9%	1	11.1%		
Año de carrera						
Cuarto Año	77	86.5%	12	13.5%	0.483	0.487
Quinto Año	88	89.8%	10	10.2%		

Fuente: Encuesta para recolección de datos

Autor: Lady Rayzza Sánchez Izquierdo

Interpretación: En la evaluación total de la encuesta se obtuvo un resultado de conocimientos aceptables en los estudiantes ≤ 24 años de edad del 10.9%, mientras que el 89.1% tienen un nivel de conocimiento no aceptable; en cambio los estudiantes ≥ 25 años tienen un nivel de conocimiento aceptable del 23.1% y un 76.9% no aceptable.

De acuerdo al sexo se obtuvo como resultado para hombres un nivel de conocimientos del 9.9% y el 12.9% para mujeres; no se encontró asociación entre el sexo y el nivel del conocimiento (p: 0.527).

En el resultado de la evaluación y la procedencia, se obtuvo un nivel aceptable del 14.3% en los estudiantes procedentes de la costa, el 11.2% para la sierra y el 11.1% en los del oriente; no se encontró asociación de los conocimientos con el lugar de procedencia (p: 0.708).

El resultado del nivel de conocimientos en total de la encuesta en relación al año de carrera se obtuvo en cuarto año un conocimiento aceptable del 13.5% en contraste al 10.2% que obtuvo el grupo de quinto año; sin que exista asociación entre estos (p: 0.487).

Tabla 5. Relación entre el año de carrera y el nivel de conocimientos por áreas de cuidados paliativos de los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2019.

Aciertos por áreas		Año de Carrera			
		Cuarto Año		Quinto Año	
		N	%	n	%
Aciertos en generalidades	No aceptable	21	67.7%	10	32.3%
	Aceptable	68	43.6%	88	56.4%
Aciertos en dolor	No aceptable	87	47.0%	98	53.0%
	Aceptable	2	100.0%	0	0.0%
Aciertos en disnea	No aceptable	89	47.6%	98	52.4%
	Aceptable	0	0.0%	0	0.0%
Aciertos en psiquiatría	No aceptable	55	40.7%	80	59.3%
	Aceptable	34	65.4%	18	34.6%
Aciertos en gastrointestinal	No aceptable	87	47.8%	95	52.2%
	Aceptable	2	40.0%	3	60.0%

Fuente: Encuesta para recolección de datos

Autor: Lady Rayzza Sánchez Izquierdo

Interpretación: Se obtuvo diferencias significativas en el área de generalidades de cuidados paliativos donde el quinto año tuvo como conocimiento aceptable en un 56.4% a diferencia del cuarto año con un 43.6%; en el área de dolor existen diferencias significativas donde el grupo de cuarto año obtuvo un mejor nivel obteniendo el 100.0% mientras que el quinto año no obtuvo aciertos lo que representó el 0,00%; dentro del área de disnea no se obtuvo conocimiento aceptable en ningún año; de la misma manera se obtiene un mejor resultado por el grupo de cuarto año en el área de psiquiatría con un

65.4% en relación a quinto año un 34.6%; en el área gastrointestinal obtuvo un mejor resultado en quinto año con el 60% versus el 40% de cuarto año.

Tabla 6. Necesidad de formación en cuidados paliativos en los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Innecesaria	1	0.5%
Poco necesaria	4	2.1%
Necesaria	66	35.3%
Muy necesaria	116	62.0%
Total	187	100.0%

Fuente: Encuesta para recolección de datos

Autor: Lady Rayzza Sánchez Izquierdo

Interpretación: En cuanto a la necesidad de educación en cuidados paliativos en estudiantes de pregrado, se encontró que el 35.3 y el 62.8% consideró como necesaria y muy necesaria la formación en esta área médica.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Para atender a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o en fase terminal, Weber et al, menciona que se requiere de una educación médica exhaustiva, está debe abarcar habilidades, conocimientos y actitudes en el campo de los cuidados paliativos, esto se debe a que dentro de su estudio realizado en Alemania, en el año 2011, obtuvo que tan solo el 33% de los estudiantes que evaluó, están capacitados en este tema; considerándose así, que como parte de la formación académica integral en nuestro medio, también existe la necesidad de mejorar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos para que en la práctica profesional se pueda realizar un correcto abordaje de los pacientes que requieran de estos cuidados (11).

Al momento no existen datos en Ecuador sobre el número de instituciones que incluyen de forma obligatoria materias referentes a cuidados paliativos dentro de las mallas curriculares de las facultades de medicina; así en el estudio de Carrasco et al, expone que en cuarenta y tres países europeos, solo en trece se imparte un curso de cuidados paliativos en las escuelas de medicina, siendo una asignatura obligatoria solo en seis de ellos, pone en consideración además que la falta de instrucción en cuidados paliativos ha sido identificada como una barrera para el desarrollo de esta disciplina. (48).

Fraser et al, realizó un estudio aplicado en seis universidades de Estados Unidos, en su resultado indica que el 50% de los estudiantes encuestados se sienten preparados para el manejo de las distintas áreas sobre cuidados paliativos y afirma que, la formación en cuidados paliativos durante pregrado, debe tener un plan de estudios formal ya que mejora el tipo de respuesta de los estudiantes frente a estos casos (47).

En este estudio, los resultados sobre el nivel de conocimientos en cuidados paliativos, no fue favorable, solo el 11.8% de los encuestados obtuvo una nota igual o mayor a 15/25 aciertos que fue considerado como conocimiento aceptable, este resultado es mayor al obtenido en el estudio de Medina et al, donde aplicó el “Palliative Care Knowledge Test” en su adaptación al español a 144 personas del personal de salud en la ciudad de México y tan solo el 7% de los participantes lograron una nota aceptable; mientras que en el estudio de Rivera et al, quien aplicó el PCKT a 128 estudiantes de medicina en Perú el resultado del conocimiento fue favorable, donde 114 de los participantes obtuvo un puntaje mayor a 22/31 que calificó como bueno (3,10).

No existen diferencias significativas en relación a las variables sociodemográficas: edad, procedencia o año de carrera; en lo que respecta al nivel de conocimientos en correlación al sexo, en este estudio se demostró que existen diferencias porcentuales entre estas variables, alcanzando un resultado de conocimientos aceptables para mujeres de 68.2% y el 31.8% para hombres; en el estudio de Rivadeneira y Elizalde no se demostró que las mujeres posean un nivel de conocimientos mayor al de los hombres (14).

En los resultados de la encuesta por áreas, los estudiantes conocen sobre generalidades de cuidados paliativos logrando un 83.4% en este estudio, en contraste al 24.4% del estudio realizado en Quito; en estos estudios existe concordancia en la deficiencia de conocimientos dentro de las áreas de dolor y disnea; en el área de psiquiatría existe una pequeña pero porcentual diferencia entre el 27.8% del resultado de conocimientos en este estudio en comparación al 24.4% del resultado de Rivadeneira y Elizalde; en cuanto al área gastrointestinal se obtiene un mejor resultado en el estudio quiteño con un 4.6% en diferencia a este estudio que obtiene el 2.7% (14).

En lo que respecta al análisis del nivel de conocimientos por áreas en relación al año de carrera son llamativas las diferencias significativas que existen en el área de dolor donde el grupo de cuarto año (séptimo y octavo ciclo) obtuvo un mejor nivel obteniendo el

100.0% mientras que en quinto año (noveno y décimo ciclo) no se obtuvo aciertos lo que representó el 0,00%; dentro del área de disnea no se obtuvo conocimiento aceptable en ningún año, esto se atribuye a que los estudiantes no reciben cátedras enfocadas al manejo más no se orientan a como se deben paliar los síntomas; de la misma manera se obtiene un mejor resultado por el grupo de cuarto año en el área de psiquiatría con un 65.4.% en relación a quinto año un 34.6%. En el área gastrointestinal se obtuvo un mejor resultado en quinto año con el 60% en comparación del 40% de cuarto año.

Como en la publicación de Rivadeneira y Elizalde se esperaba exista un mayor porcentaje mientras mayor es el año de carrera, nivel académico o por las asignaturas que ya han sido aprobadas por los estudiantes en este caso, de pregrado y postgrado; llama la atención que este estudio se obtuvo un mejor nivel de conocimientos en el total de la encuesta en cuarto año, con el 13.5% en relación al resultado del grupo de quinto año que obtuvo el 10.2% (14).

En este estudio se planteó además, si existe la necesidad en la formación de cuidados paliativos, donde los estudiantes consideraron como necesario o muy necesario el aprendizaje de estos cuidados en un porcentaje del 97.3%, esto se ve relacionado al estudio realizado en el 2019 por Fortín et al, donde el 100% de estudiantes de las distintas universidades del Salvador consideraron importante incluir los cuidados paliativos dentro del plan de estudios de pregrado en medicina, esto se debe a la alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y terminales con su consecuente abordaje de síntomas y la limitada capacidad de poder brindar opciones curativas a los pacientes; se menciona además que al conocer sobre esta asignatura se ayuda a los pacientes a vivir más y de mejor manera, acompañados de un soporte integral, interdisciplinario y especializado para ellos y sus familiares. (49)

CAPÍTULO VII

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

Luego de la recolección, descripción y análisis de los datos se determina:

- Los estudiantes de la Universidad Católica del Cuenca no poseen un nivel de conocimientos apropiado en relación a cuidados paliativos.
- Existe un buen nivel de conocimientos de generalidades y psiquiatría en cuidados paliativos, en estas áreas los estudiantes tuvieron un mayor número de aciertos.
- Las áreas con mayor número de aciertos erróneos corresponden al manejo del dolor y a la sintomatología referente al área de disnea y gastrointestinal.
- Se evidenció que el manejo de disnea representa la principal falencia en los estudiantes evaluados.
- Los estudiantes de cuarto año (séptimo y octavo ciclo) tienen un mejor nivel de conocimientos en las áreas de dolor y psiquiatría mientras que quinto año (noveno y décimo ciclo) en las áreas de generalidades y sintomatología gastrointestinal.
- Estadísticamente existe un mejor nivel de aciertos totales y por áreas de conocimiento en estudiantes de sexo femenino en comparación al masculino.

- Se demostró que no existen diferencias significativas con la edad y procedencia en relación al nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos.

- Hay mejor nivel de conocimientos en cuidados paliativos en estudiantes de cuarto año (séptimo y octavo ciclo) en correlación con los estudiantes de quinto año (noveno y décimo ciclo).

- Se evidenció que no existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento de cuidados paliativos comparado al año de carrera.

- Existe la necesidad de incrementar el nivel académico de los estudiantes de pregrado en cuidados paliativos y capacitar en cómo abordar a estos pacientes.

7.2 Recomendaciones

- Implementar en la malla curricular como asignatura obligatoria de pregrado en la Universidad Católica de Cuenca a los cuidados paliativos en las carreras de medicina y en las facultades afines a esta.
- A los educandos y profesionales de la salud, se recomienda incrementar su conocimiento en temas relacionados a cuidados paliativos, con el fin mejorar la atención y realizar una adecuada derivación al nivel de salud que corresponde.
- Implementación de métodos educativos en cuidados paliativos como: aprendizaje con examen clínico y revisión de historias clínicas de pacientes, realizar videos educativos y entrevistas al paciente o a sus familiares.
- Enfatizar en la importancia de los Cuidados Paliativos dentro del manejo integral del paciente terminal, con la finalidad de brindar una atención de calidad en la etapa final de la vida.
- Fortalecer los temas de manejo dolor, sintomatología respiratoria, psiquiátrica y digestiva durante la formación médica.
- A largo plazo, se debería evaluar los conocimientos en todas las facultades de los profesionales de la salud con el fin de conocer la realidad que existe en abordaje de cuidados paliativos en el Ecuador

Bibliografía

1. Hilario Quispe R. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 1 de diciembre de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5713>
2. OMS | Cuidados paliativos [Internet]. WHO. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
3. Rivera Muñoz AE, Ordóñez Molero DA, Mateluna Paredes PC. Nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en alumnos de medicina de sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, año 2018. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2018 [citado 13 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1505>
4. Ignorosa-Nava CA, González-Juárez L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. Enferm Univ. 1 de julio de 2014;11(3):110-6.
5. Ecuador M de SP. Cuidados paliativos: Guía de práctica clínica, adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.
6. Sujatha R, Jayagowri K. Assessment of Palliative Care Awareness among Undergraduate Healthcare Students. J Clin Diagn Res JCDR. septiembre de 2017;11(9):JC06-JC10.
7. Domínguez-Marín AD. Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. Rev Hosp Juárez México. 15 de enero de 2017;83(3):64-5.
8. WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
9. OPS/OMS Ecuador - Revista informativa n° 33 / noviembre 2015 [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=586-revista-informativa-n-33-noviembre-2015&category_slug=comunicacion-social&Itemid=599
10. Medina Zarco LE, Cruz Casas AM de la, Sánchez Santaella ME, González Pedraza Avilés A. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Rev Espec Méd-Quirúrgicas. 2012;17(2):109-14.
11. Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based study. BMC Palliat Care. 23 de noviembre de 2011;10(1):19.

12. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J, Miquel-Novajra A. Attitudes and beliefs of Spanish families regarding their family members aged 75 years and over who live alone: a qualitative study. *BMJ Open*. 01 de 2019;9(4):e025547.
13. Estadísticas del cáncer [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2015 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
14. Rivadeneira Proaño DK, Elizalde Méndez FJ. 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. 26 de septiembre de 2019 [citado 10 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/16818>
15. Guía de manejo integral de cuidados paliativos, México [Internet]. [citado 14 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
16. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm Glob*. junio de 2009;(16):0-0.
17. Twycross R. MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS. *Acta Bioethica*. junio de 2000;6(1):27-46.
18. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*. diciembre de 2009;23(8):754-66.
19. Eke. Knowledge and perception of healthcare providers towards palliative care in Rivers State, Nigeria [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.phmj.org/article.asp?issn=0795-3038;year=2017;volume=11;issue=3;spage=156;epage=160;aulast=Eke>
20. López Mantecón AM, Machado Vázquez LI, Hernández Quintero O, Arvelo Figueredo M, González Hernández C, Reyes Méndez MC. Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología. *Rev Cuba Reumatol*. abril de 2014;16(1):5-14.
21. Cuidados paliativos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
22. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. enero de 2006;31(1):58-69.

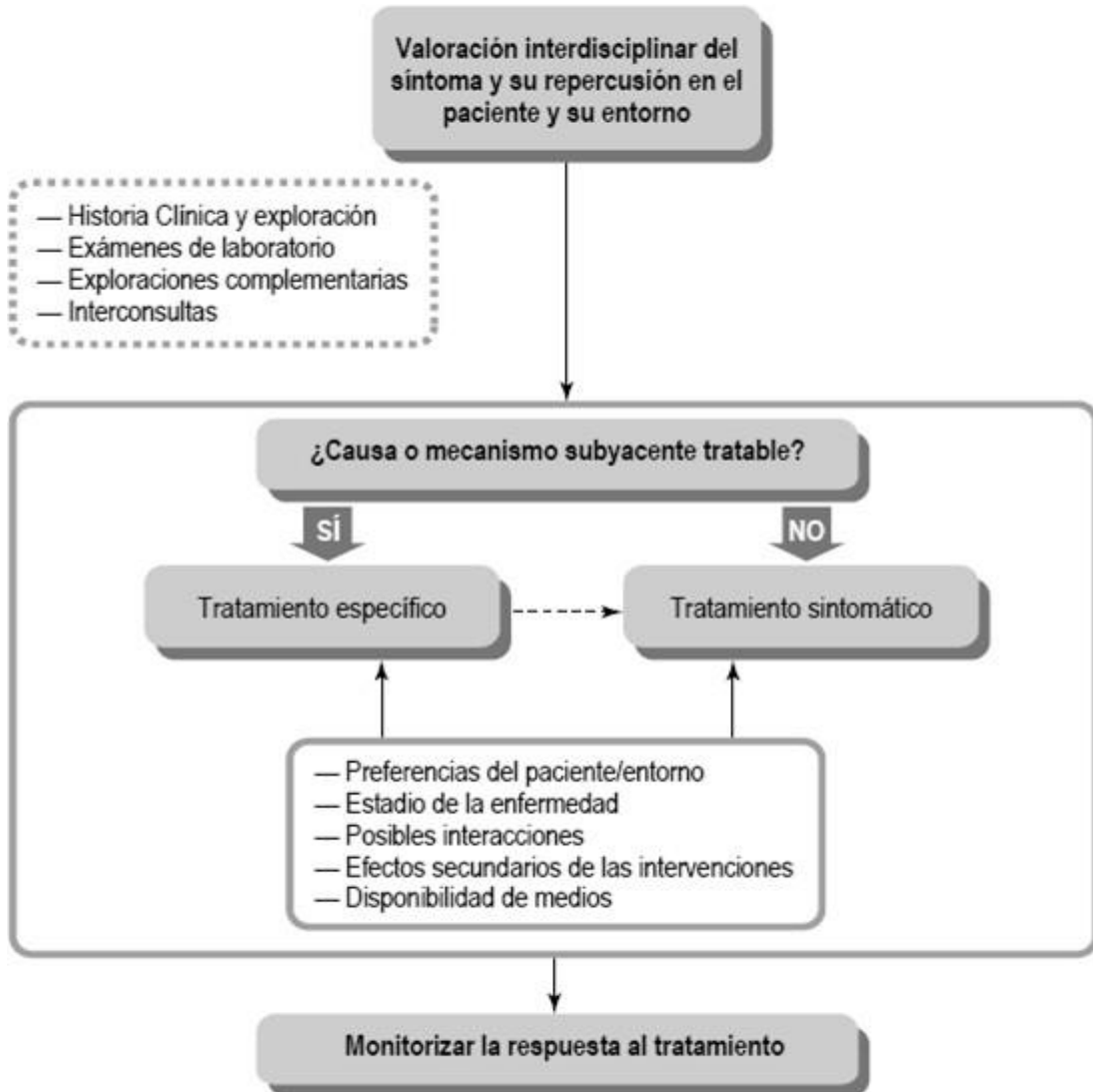
23. Llauradó Sanz G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Ene.* mayo de 2014;8(1):0-0.
24. Barbero J. [The patient's right to information: the art of communicating]. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Suppl 3:19-27.
25. Pereira Arana I. Cuidados paliativos: el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia; 2016. 91 p. (Documentos Dejusticia).
26. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30:113-28.
27. Lexis Finder. Ley Orgánica de Salud Ecuador [Internet]. Plataforma Profesional de Investigación Jurídica. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.lexis.com.ec/leyes-y-reglamentos-importantes/>
28. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs.* septiembre de 2016;15(9):1188-95.
29. WHO Q of LA. Calidad de vida. *Foro Mund Salud* 1996 174 385-387 [Internet]. 1996 [citado 2 de diciembre de 2019]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
30. Cudennec T, Moulias S, Teillet L. Cuidados paliativos y acompañamiento en geriatría. Ejemplo del caso francés. *EMC - Tratado Med.* 1 de septiembre de 2013;17(3):1-6.
31. Coutaux A. El dolor y su tratamiento en adultos. *EMC - Tratado Med.* 1 de febrero de 2019;23(1):1-15.
32. Aydede M. Defending the IASP Definition of Pain. *The Monist.* 2017;100(4):439–464.
33. del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farm Prof.* 1 de enero de 2015;29(1):36-43.
34. Astudillo Alarcón W, Díaz-Albo E, García Calleja JM, Mendinueta C, Granja P, Fuente Hontañón CD de la, et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional: international solidarity. *Rev Soc Esp Dolor.* mayo de 2009;16(4):246-55.
35. Villafaña J. Manejo del dolor y de los cuidados paliativos [Internet]. 2015 [citado 2 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=53251>

36. American Thoracic Society - COPD [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.thoracic.org/statements/copd.php>
37. Guía clínica de Control de síntomas en cuidados paliativos [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/>
38. Carvajal-Valdy G, Ferrandino-Carballo M, Salas-Herrera I. Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. *Acta Médica Costarric.* junio de 2016;53(2):79-87.
39. OPS / OMS - Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Guias-Manejo-Clinico-2012-Spa.pdf>
40. Tirado K, Villena M. DETERMINACIÓN DE DISTANCIA RECORRIDA Y VARIACIÓN DE PARÁMETROS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES, ANTES Y DESPUÉS DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS, EN NATIVOS Y RESIDENTES PERMANENTES DE ALTURA CLÍNICAMENTE SANOS. *Rev Médica Paz.* 2014;20(1):5-11.
41. Fuentes C, Schonffeldt M, Rojas O, de Los Ángeles Briganti M, Droguett M, Muñoz E, et al. DELIRIUM EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de noviembre de 2017;28(6):855-65.
42. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003
43. Varin D, Levy Soussan M, Chabert A. Cuidados paliativos en el adulto: aspectos clínicos. *EMC - Tratado Med.* 1 de junio de 2013;17(2):1-10.
44. Miranda Poma J, Ostios García L. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las náuseas y vómitos en el paciente oncológico. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 1 de mayo de 2017;12(34):2070-5.
45. Flores Cantisani JA, Lara Solares A, López M, Aréchiga G, Morgenstern D. Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México: manejo del estreñimiento inducido por opiáceos. Conclusiones de un grupo de expertos. *Rev Soc Esp Dolor.* 1 de noviembre de 2015;16(8):468-81.
46. OMS | Diarrea [Internet]. WHO. [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>
47. Fraser HC, Kutner JS, Pfeifer MP. Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med.* 2001;4(3):337-43.

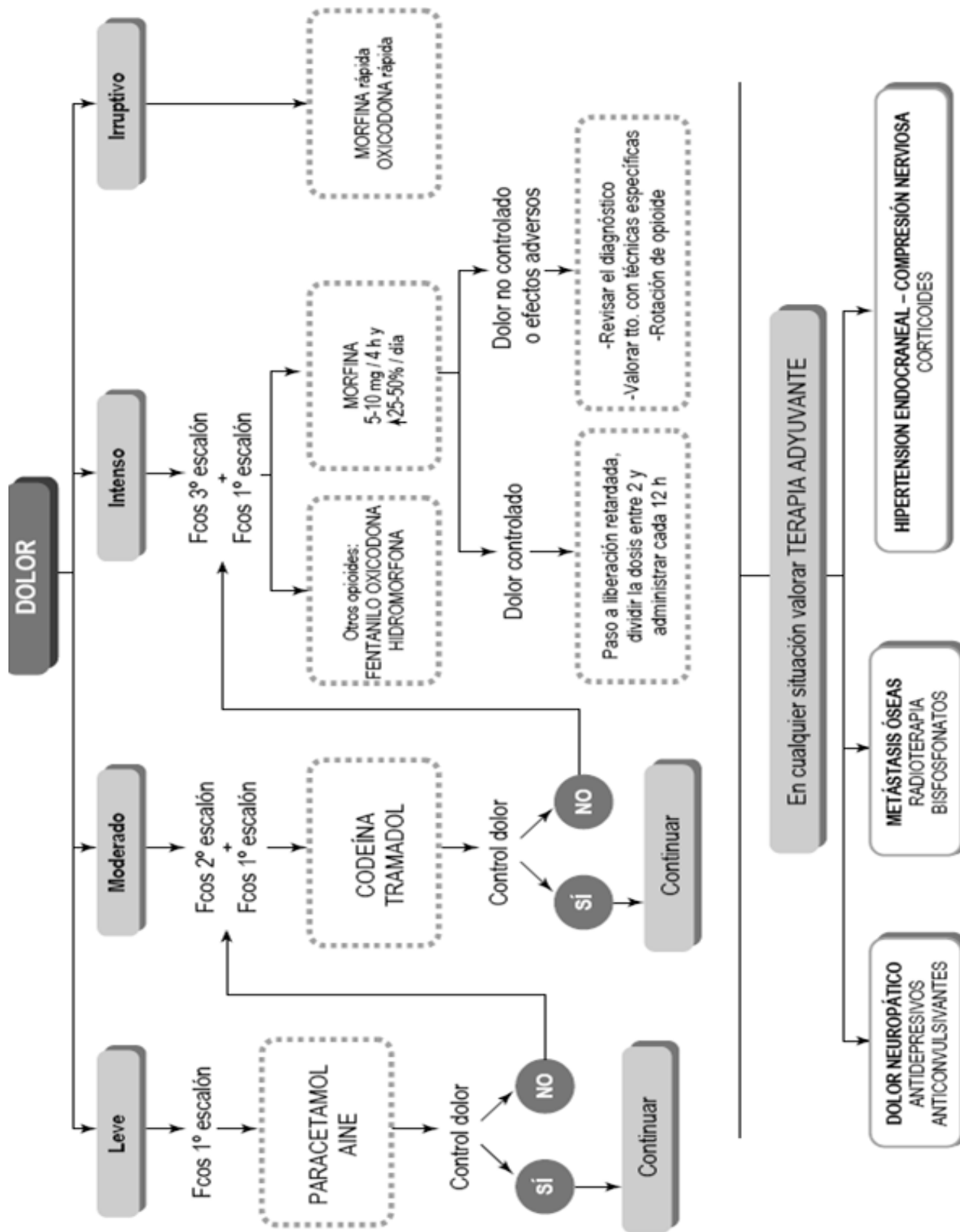
48. Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, et al. Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *J Pain Symptom Manage*. octubre de 2015;50(4):516-523.e2.
49. Fortín Magaña MA, Portillo Santamaría K, Gómez Casanovas J, López Saca M. Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *Educ Médica*. 1 de marzo de 2019;20:143-7.

ANEXOS

Anexo 1.



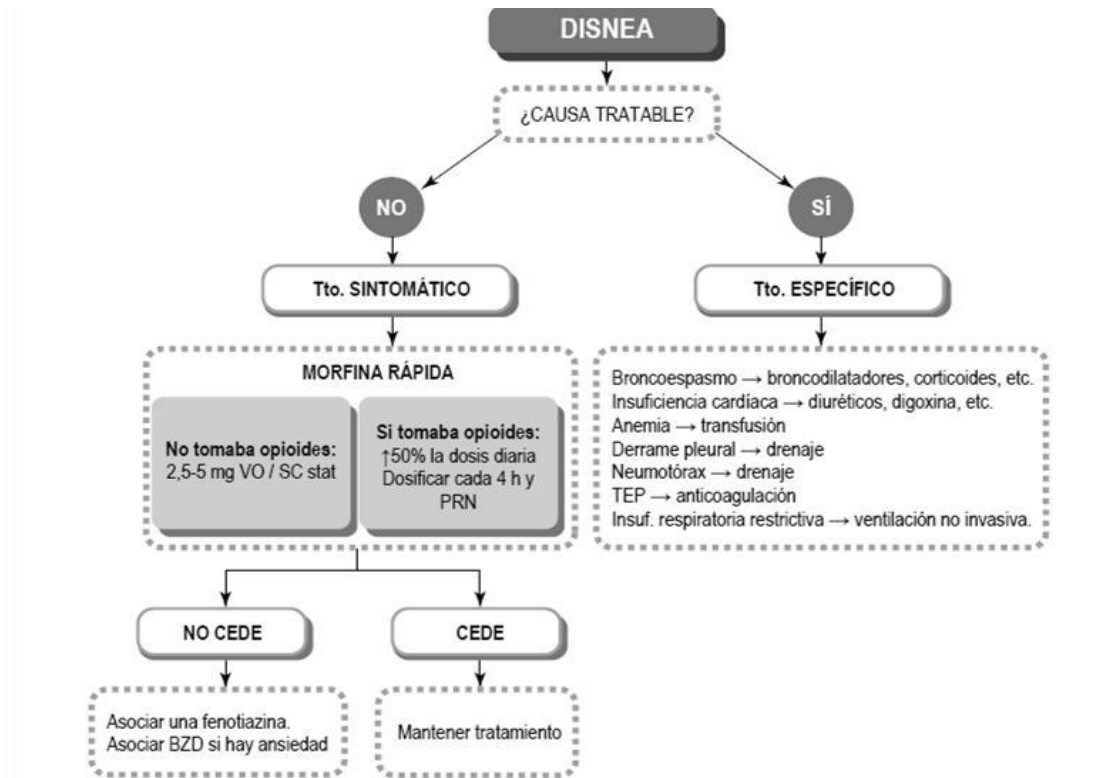
Anexo 2.



Anexo 3.

Escala de disnea de Borg	
1	Sin disnea
0.5	Muy, muy leve. Apenas se nota
2	Leve
3	Moderada
4	Algo severa
5	Severa
6	
7	Muy severa
8	
9	
10	Muy, muy severa (máximo)

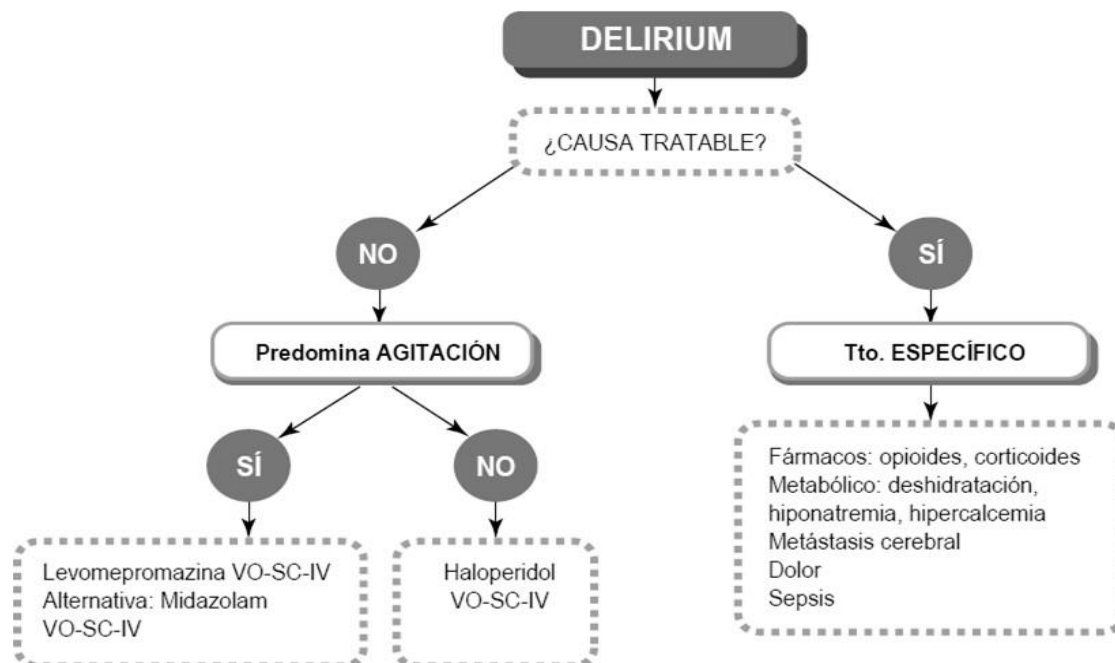
Anexo 4.



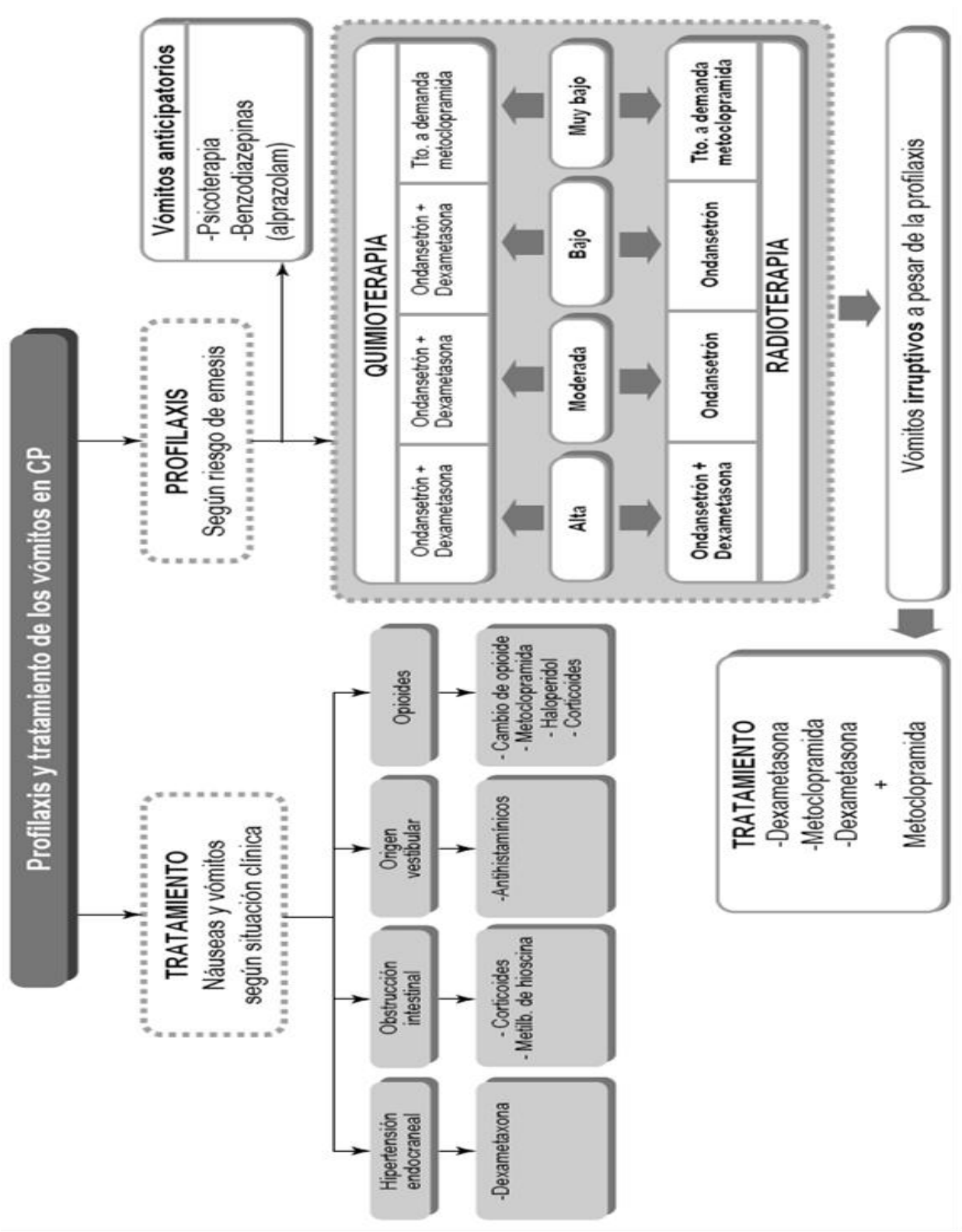
Anexo 5.

ESCALA- CAM (Confusion Assessment Method)
<p>1. Inicio agudo y curso fluctuante ¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente? ¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?</p>
<p>2. Desatención ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)</p>
<p>3. Pensamiento desorganizado ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, no tiene ideas claras? o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?</p>
<p>4. Alteración del nivel de conciencia ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente? 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales) 3. Letárgico (inhibido, somnoliento) 4. Estuporoso (es difícil despertar)</p>
<p>Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos</p>

Anexo 6.



Anexo 7.



Anexo 8.



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019.
Institución a la que pertenece el Investigador:	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Nombre del Investigador principal	LADY RAYZZA SANCHEZ IZQUIERDO
Datos del Investigador principal	Lrsi2@hotmail.com

<p>Descripción del proyecto de Investigación</p> <p>Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre “Nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, marzo - noviembre 2019.” Esta se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario para la recolección de datos, con la finalidad de evaluar los mismos.</p> <p>Antes de decidir si participa o no, usted debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.</p> <p>Una vez que usted haya comprendido el estudio y desea participar, entonces se le solicitará que firme esta hoja de consentimiento.</p> <p>Introducción: Los cuidados paliativos se definen como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo ya que existen múltiples patologías que llegan a un estadio donde no solo requieren manejo médico ya que muchas veces el mismo no logra recuperar la salud ni retrasar la progresión de estas y solo se puede dar soporte, de esta manera, el presente estudio pretende identificar la importancia sobre los conocimientos hacia estos cuidados, ya que de manera general, estudios sostienen que los conocimientos sobre cuidados paliativos por parte del personal de salud reflejan cifras bastante bajas independientemente de su formación y nivel de estudios proyectando los conocimientos sobre este tema a nivel estudiantil en beneficios de los mismos y de los pacientes que no han logrado aún recibir estos cuidados de forma adecuada.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none">• Todos los estudiantes de sexto a décimo ciclo de la facultad de medicina.• Estudiantes que estén presentes en el momento de las encuestas.• Estudiantes que firmen el consentimiento informado y que acepten formar parte del estudio. <p>Criterios de exclusión</p> <p>Estudiantes que se encuentren con alteración de la conciencia por alcohol u otras sustancias en el momento de la encuesta.</p>
--

<p>OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Determinar los conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo marzo – noviembre 2019.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS</p> <p>Una vez que usted acepte participar en este estudio y firme voluntariamente este consentimiento se le aplicará la encuesta previamente validada para evaluar sus conocimientos sobre cuidados paliativos.</p>
<p>RIESGOS Y BENEFICIOS</p> <p>Beneficios: La información que se obtenga será utilizada para beneficio de los profesionales de la salud y de la comunidad, mediante la formulación posterior de programas educativos y de intervención.</p> <p>Riesgos: La participación en esta investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.</p>
<p>CONFIDENCIALIDAD</p> <p>La información que se recogerá será totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta, estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio.</p> <p>En la recolección se le identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.</p> <p>Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones</p>
<p>AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)</p> <p>La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar o no en el estudio sin que exista perjuicio de ningún tipo. Además, usted puede retirarse del estudio cuando lo desee.</p>
<p>INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO</p> <p>Si posee alguna duda sobre esta investigación será atendido gustosamente comunicándose al número del responsable de la investigación descritos a continuación: 0982426161 o al correo electrónico: Lrsi2@hotmail.com</p>

<p>Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>
<p>Firma del participante:</p> <p>Número de cédula:</p> <p>Fecha:</p>
<p>Firma del Investigador:</p> <p>Fecha:</p>



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA
DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DE LA SALUD**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA VALORAR “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019.”

Edad: ____años **Género:** 1. F 2. M **Número de Encuesta:** _____

Ciclo de estudios:

1. 6to ciclo 2. 7mo ciclo 3. 8vo ciclo 4. 9no ciclo 5. 10mo ciclo

Procedencia: 1. Costa 2. Sierra 3. Oriente

Las siguientes preguntas están formuladas en base a conocimientos adquiridos durante la formación en los ciclos de pregrado.

PREGUNTAS SOBRE GENERALIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS

1. ¿Existe diferencia entre Medicina paliativa y cuidados paliativos?
SI ____ NO ____
2. ¿Los cuidados paliativos son exclusivos de pacientes oncológicos?
SI ____ NO ____
3. ¿Se pueden brindar cuidados paliativos en conjunto con otros tipos de terapia?
SI ____ NO ____
4. ¿La calidad de vida es subjetivo y varía entre persona y persona?
SI ____ NO ____
5. ¿La eutanasia se considera una medida de cuidados paliativos?
SI ____ NO ____

PREGUNTAS SOBRE DOLOR

6. ¿Los opioides suponen la primera línea de tratamiento para dolor oncológico?
SI _____ NO _____
7. ¿En dolor oncológico moderado la pentazocina es preferible a un opioide?
SI _____ NO _____
8. ¿En el uso conjunto de buprenorfina y pentazocina disminuyen el efecto analgésico de los opioides?
SI _____ NO _____
9. ¿Se puede usar fármacos antidepresivos o anticonvulsivos como parte de la terapia analgésica?
SI _____ NO _____
10. ¿El uso de opioides a largo plazo produce adicción?
SI _____ NO _____
11. ¿El incremento de la dosis de opioides puede conllevar a depresión respiratoria?
SI _____ NO _____
12. ¿Los opioides mejoran la expectativa de vida del paciente?
SI _____ NO _____

PREGUNTAS SOBRE DISNEA

13. ¿La morfina tiene un efecto favorable sobre la disnea?
SI _____ NO _____
14. ¿El uso constante de opioides conlleva a depresión respiratoria?
SI _____ NO _____
15. ¿Se relaciona la saturación de oxígeno con la intensidad de la disnea?
SI _____ NO _____

16. ¿Cómo trataría la secreción bronquial en pacientes terminales?
(1 respuesta correcta)
 - a. Fármacos anticolinérgicos

- b. Líquidos intravenosos
- c. Aspiración bronquial
- d. Nebulizaciones

PREGUNTAS SOBRE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

17. ¿Son efectivas las benzodiazepinas como tratamiento del delirium?

SI _____ NO _____

18. ¿La morfina podría causar delirium en enfermos terminales?

SI _____ NO _____

PREGUNTAS SOBRE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

19. ¿En caso de obstrucción abdominal se debe colocar una sonda nasogástrica?

SI _____ NO _____

20. ¿Las necesidades calóricas del paciente aumentan en la última etapa de la enfermedad?

SI _____ NO _____

21. En caso de que el paciente no tolere vía oral ¿Se debe manejar exclusivamente por vía intravenosa?

SI _____ NO _____

22. ¿Una infusión mayor a 1000ml/día pueden agravar los cuadros de derrame pleural o ascitis?

SI _____ NO _____

23. ¿Los corticoides mejoran la falta de apetito?

SI _____ NO _____

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)?

SI _____ NO _____

PREGUNTA DE OPINIÓN

1. Según Ud. Califique la necesidad de formación y entrenamiento en el área de cuidados paliativos en pregrado:
1. Innecesaria **2.** Poco necesaria **3.** Necesaria **4.** Muy necesaria

Firma: _____

Cédula: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Bibliografía

1. Nakazawa, et al; The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals, Palliative Medicine 2009, 23(8) 754-766. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648223>.
2. Medina Zarco L et al, Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos, Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas. 2012. 17 (2). Pag 109 - 144. Formato virtual (Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2012/vol17/no2/7.pdf>

**UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

Cuenca 23 de Enero del 2020

Sr. Dr.

Julio César Ojeda Sánchez

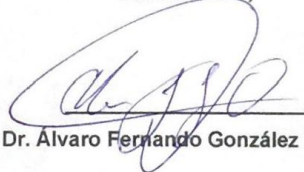
RESPONSABLE DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA
UCACUE

Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, MARZO - NOVIEMBRE 2019", realizado por la estudiante LADY RAYZZA SÁNCHEZ IZQUIERDO, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación de este. Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dr. Álvaro Fernando González Ortega

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 22/10/2019

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca:

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado
Conocimientos y actitudes sobre cuidados paliativos en los estudiantes de medicina de
la Universidad Católica de Cuenca marzo - noviembre 2019
Trabajo de titulación realizado por Lady Rayzza Sánchez Izquierdo
Código: Sá80ConME27



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE SERES
HUMANOS, UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**

Cuenca, 21 de octubre de 2019.


Señora Doctora.
Susana Peña Cordero
DECANA DE LA UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante SANCHEZ IZQUIERDO LADY RAYZZA de la Carrera de Medicina con CI: 1722603980, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA MARZO-NOVIEMBRE 2019". La Investigación será dirigida por el DR. ALVARO FERNANDO GONZALEZ ORTEGA, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.
Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



INFORME FINAL DE TITULACION Lady Sánchez

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

dof.gob.mx

Fuente de Internet

2%

2

clinicadelapresentacion.com.co

Fuente de Internet

2%

3

inger.gob.mx

Fuente de Internet

2%

4

apps.elsevier.es

Fuente de Internet

2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el/la estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El/la estudiante SANCHEZ IZQUIERDO LADY RAYZZA, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA MARZO-NOVIEMBRE 2019", obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DRA. ANDREA OCHOA/ DR. ANDRÉS ASTUDILLO
Director: DR. ÁLVARO GONZALEZ / Asesor: DR. JORGE TORRES

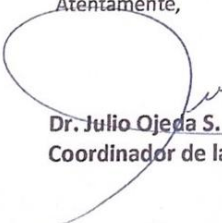
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

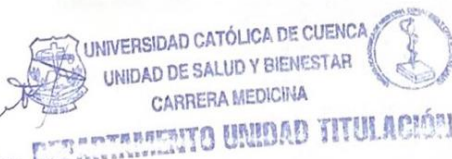
Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto, en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación el/la estudiante.


Atentamente,


Dr. Julio Ojeda S.

Coordinador de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



23 ENE 2020

RECIBIDO
HORA: 16:22 FIRMA: 

www.ucacue.edu.ec