



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

*NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA
ATENCIÓN DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.*

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. JUAN HERNANDEZ DIEZ DE SOLLANO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. VEGA MENDOZA SANTA



CIUDAD DE MÉXICO 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

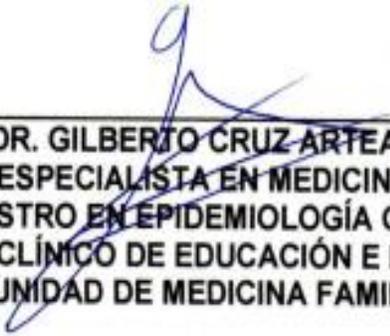
DIRECTORA DE TESIS



**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

VoBo



**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

VoBo



**DRA. DANAE PEREZ LOPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres,

Por todas sus enseñanzas, por amarme, creer y tener confianza en mí, eso hizo de mí una mejor persona. Siempre seguiré el ejemplo de ambos y espero algún día poder llegar a ser tan perfecto como ustedes lo son para mí.

A mi tutora,

Por el tiempo invertido en las revisiones y sugerencias para poder finalizar mi tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCION	11
MARCO TEÓRICO	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
OBJETIVOS	25
HIPÓTESIS	26
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES.....	40
LIMITACIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA.	43
ANEXOS.	47

RESUMEN.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Hernández-Diez de Sollano Juan ¹, Vega-Mendoza Santa²

1. Residente de tercer año en Medicina Familiar. UMF20 IMSS.

2. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. UMF20 IMSS.

Para que los pacientes no se vean involucrados en procedimientos ni tratamientos que no mejorarán su pronóstico ni su estado general, es necesario que los médicos familiares tengan conocimiento suficiente de los cuidados paliativos para poder ofrecerlos una calidad de vida con o sin estado terminal. **Objetivo** Determinar el nivel de conocimiento del personal médico en la atención de pacientes con EPOC que requieren cuidados paliativos en el primer nivel de atención. **Metodología:** Estudio analítico en 81 médicos de UMF20, ambos turnos. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta de datos generales, laborales, antecedente de capacitación e instrumento expreso de conocimiento de cuidados paliativos en EPOC. Estadística descriptiva. **Resultados:** Conocimiento general en EPOC bajo 10.2%, medio 52.5%, alto 37.3%. Conocimiento de calidad de vida 72.8%, severidad 47.5% y tratamiento 89.8%. Características de conocimiento medio: edad de 31 a 40 años 41.9%, femeninas 71%, médicos familiares 67.7%, turno matutino 64.5% y antigüedad laboral de 6 a 10 años 41.9%. **Conclusiones:** El conocimiento de médicos para manejo del EPOC es de medio a alto, sin embargo, se requiere capacitación en cuanto a la severidad del padecimiento para mejorar el estado clínico del paciente.

Palabras claves: EPOC, cuidados paliativos, conocimiento, médicos.

SUMMARY.

LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE MEDICAL PERSONNEL IN THE CARE OF PATIENTS WITH COPD WHO REQUIRE PALLIATIVE CARE IN THE FIRST LEVEL OF CARE.

Hernández-Diez de Sollano Juan 1, Vega-Mendoza Santa2

1. Third-year resident in Family Medicine. UMF20 IMSS.

2. Family Physician, Master of Science in Education. UMF20 IMSS.

So that patients are not involved in procedures or treatments that will not improve their prognosis or general condition, it is necessary that family doctors have sufficient knowledge of palliative care to be able to offer them a quality of life with or without condition terminal. Objective To determine the level of knowledge of medical personnel in the care of patients with COPD who require palliative care at the first level of care. **Methodology:** Analytical study in 81 doctors from UMF20, both shifts. With prior informed consent, a survey of general and employment data, prior training, and an express instrument of knowledge of palliative care in COPD was applied. Descriptive statistics. **Results:** General knowledge in COPD low 10.2%, medium 52.5%, high 37.3%. Knowledge of quality of life 72.8%, severity 47.5% and treatment 89.8%. Characteristics of average knowledge: age from 31 to 40 years 41.9%, female 71%, family doctors 67.7%, morning shift 64.5% and work seniority from 6 to 10 years 41.9%. **Conclusions:** The knowledge of doctors for the management of COPD is medium to high, however training is required regarding the severity of the disease to improve the clinical status of the patient.

Keywords: COPD, palliative care, knowledge, doctors.

***NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA
ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.***

Registro ante el comité: R-2020-3511-047

INTRODUCCIÓN.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) refieren en el enfermo terminal la aparición de síntomas que le provocan gran impacto emocional, a la familia e incluso en el equipo terapéutico. Estos síntomas se encuentran asociados con la presencia de la muerte y señalan como objetivos básicos el control del dolor, así como el abordaje de diversos problemas orgánicos, psicológicos y/o espirituales. Además, es de interés el apoyo emocional del paciente y su familia; incluyendo el bienestar y la calidad de vida.

No es factible especular que con el incremento del número de especialistas en cuidados paliativos se logren satisfacer las necesidades emergentes; existe una mayor probabilidad de que la solución se obtenga a través de la expansión del conocimiento y de las capacidades de los profesionales de la salud en general. Por lo que resulta indispensable evaluar el nivel de conocimientos de los médicos involucrados para que a partir de esto se establezcan programas bien delineados de capacitación-acción, que permitan mejorar la calidad de vida y bienestar del enfermo crónico-degenerativo o en estado terminal; así como proporcionar apoyo a su familia, que frecuentemente se siente desprotegida y sin el conocimiento suficiente para enfrentar la enfermedad.

En los estudios previamente realizados se denota una gran dificultad en los médicos para establecer el pronóstico de los pacientes con enfermedades terminales o limitantes para la vida, principalmente en EPOC. Este panorama podría motivar a los familiares de los pacientes a solicitar intervenciones de sostén no indispensables o sin beneficio clínico demostrado.

Ante la creciente necesidad de estos cuidados en nuestro país, secundado por el cambio en las legislaciones vigentes, que obliga al sector sanitario a brindar una atención paliativa de calidad, se hace evidente la necesidad de formación del

personal en cuestiones de cuidados paliativos que durante la última década han adquirido mayor peso. El personal de salud de las instituciones no cuenta con suficiente capacitación en estos temas, por lo que es necesario evaluar el nivel de conocimiento que se posee para poder dirigir estrategias educativas adecuadas en enfermedades no terminales como EPOC.

En México al no contar con servicios de cuidados paliativos en hospitales de segundo y primer nivel para la atención cuando el paciente se encuentra en etapa terminal el manejo recae en los médicos tratantes, sin posibilidad de realizar un análisis de casos. Detectar estados terminales en pacientes oncológicos como no oncológicos representa una difícil tarea, y lo es aún más en los pacientes ancianos con baja reserva homeostática, ya que se manifestará con síndromes geriátricos como inmovilidad, desnutrición, demencia avanzada. Como lo demuestra un estudio en la ciudad de México, el 87% de los médicos sabe definir qué es una enfermedad terminal; sin embargo, el médico que atiende a los pacientes con enfermedades no oncológicas en etapas terminales, pero no es capaz de determinar cuáles serían los criterios para cambiar el enfoque terapéutico de curativo a paliativo.

El realizar este estudio permitirá identificar de manera objetiva el nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico de esta UMF. Por lo que se podrán identificar áreas de oportunidad con el objetivo de aumentar su capacitación mejorando su competencia ante este problema y poder proporcionar atención a todos los pacientes que lo requieran. De esta forma, mejorar la calidad de vida de manera individual y familiar con abordaje multidimensional de acuerdo a sus necesidades y, finalmente, disminuyendo los costos en la atención sanitaria.

MARCO TEÓRICO.

El aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas es un fenómeno mundial y uno de los grandes logros de la humanidad en el siglo XX. Para esto los adelantos socio-sanitarios y económicos como puede ser la potabilización del agua, mayor higiene, educación, mejoras en la nutrición, vacunación contra enfermedades epidémicas y los avances médicos, han sido los factores más determinantes del reciente incremento de la supervivencia media.¹

Sin embargo, al aumentar la esperanza de vida se incrementa también de forma paralela la presencia de enfermedades crónicas-degenerativas en la población, las cuales representaron el 63% de las defunciones a nivel mundial; lo que se traduce en 36 millones de muertes, esta cifra se espera pueda elevarse hasta 55 millones en el 2030. Dentro de las diez principales causas de defunción en los últimos registros del INEGI en la población mayor de 65 años se encuentran ocho padecimientos crónicos degenerativos, solo un proceso infeccioso y accidentes.² Tal es la dimensión de este gran reto, que la OMS publicó en 2005 un informe en el que insiste que los sistemas de salud de todo el mundo, diseñar y establecer estrategias adecuadas para enfrentar la cronicidad, reorientando los sistemas de atención sanitaria.³

En cuanto a México las cosas no son muy diferentes, la esperanza de vida al nacer es 5.3 años más elevada para las mujeres en relación con los hombres, igual a lo observado en la mayoría de las regiones del mundo. La vida media se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, se prevé que en el 2050 la esperanza de vida será de 80 años. En esta transición demográfica y epidemiológica las enfermedades crónicas o no transmisibles, se han convertido en la principal causa de muerte, por lo tanto, definamos cuales son estas: afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles son:⁴

- Enfermedades cardiovasculares (los infartos del miocardio o accidentes cerebrovasculares, por ejemplo)
- Cáncer
- Enfermedades respiratorias crónicas (como la neumopatía obstructiva crónica o el asma)
- Enfermedades metabólicas (diabetes, enfermedad renal crónica).

Alrededor del 75% de las personas en los países en desarrollo o desarrollados económicamente morirá a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas, tras un proceso evolutivo con crisis frecuentes, alta necesidad y demanda de atención, frecuentes decisiones de carácter ético - clínico y alta frecuentación de los servicios sanitarios y sociales.⁴

Dentro de las primeras cosas a realizar son aclarar la diferencia entre el paciente enfermo avanzado y terminal, estos dos términos implican una semántica problemática y conceptual ya que muchas veces se utilizan de forma indistinta, por lo que diferenciarla es difícil; el enfermo avanzado es aquel en quien se documenta progresión de enfermedad sin que las terapias específicas surtan efecto; lo que lo convertirá en un enfermo terminal por tanto la enfermedad terminal, se define como una situación irreversible para recuperar la salud, se reciba o no tratamiento, cuando los recursos ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y se estima que el fallecimiento se producirá en un periodo de tres a seis meses.⁵ Ambos términos son vagos pues difícilmente puede definirse cuando un paciente ha pasado de una etapa a la otra.⁶

Por tanto, las enfermedades crónico degenerativas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e invariablemente fatales, siguen la historia natural de estas patologías y todos los pacientes que no fallezcan por otra causa cumplirán criterios de terminalidad. En este concepto la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) establece los siguientes criterios generales para definir al paciente terminal:⁷

- Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Una vez ubicado al paciente en estado terminal se requiere que el personal de salud lleve a cabo acciones específicas para paliar el dolor y otros síntomas asociados con la enfermedad para así mejorar su calidad de vida mediante el alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual del propio paciente y sus familiares, que repercute en la calidad de vida del paciente y de la familia. Una vez en esta situación, se trata de evitar que la muerte del enfermo crónico ocurra en el abandono, sin medios para afrontar el tránsito hacia ella.⁸

Ante la necesidad de conocer más sobre la enfermedad terminal, en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales. La definición otorgada por la OMS de los cuidados paliativos es la siguiente: “El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.”⁹

Para llevar a cabo el fortalecimiento de cuidados paliativos, en la 67ª Asamblea mundial de salud de la OMS de mayo de 2014 se delinearon las

acciones a seguir en cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida considerando que en el mundo unos 40 millones de personas tienen necesidades de atención paliativa por año, No obstante, la OMS reporta que una de cada 10 personas que necesitan CP los reciben.¹⁰ El objetivo de esta estrategia es ofrecer una atención socio-sanitaria integrada que responda de manera multidisciplinaria a las necesidades de los pacientes, desde la prevención y la promoción de la salud hasta la atención y rehabilitación funcional. La OMS destaca asimismo la importancia del enfoque en el paciente, mediante la implicación y corresponsabilidad en la gestión de su enfermedad, fomentando su participación, educación sanitaria y autoayuda. Estos aspectos garantizarán la sostenibilidad del sistema sanitario, ya que se espera que puedan promover importantes mejoras en términos de resultados de salud a través de un uso más eficiente de los recursos sanitarios y sociales.¹¹

El inicio de los cuidados paliativos, se sustenta en leyes, encontrando también un desconocimiento de su existencia, aun cuando es responsabilidad de los profesionales conocer esta información. Es importante destacar la existencia de varios factores que pueden explicar la falta de desconocimiento. En primer lugar, las leyes vigentes en materia de Cuidados paliativos, son políticas públicas que el gobierno ha apoyado recientemente y, más allá de su poca difusión, hay que añadir la falta de visión en la capacitación del personal en materia de cuidados paliativos. En segundo lugar, la Ley de voluntad anticipada (con nueve años de vigencia) resulta poco difundida, a pesar de ser una defensa a la autonomía y protección contra la obstinación terapéutica. Como tercer factor tenemos que el gobierno no esté interesado en que sus profesionales de la salud conozcan la existencia de estas leyes, a pesar de que esté incluido dentro del reglamento de la Ley general de salud, lo que le otorga obligatoriedad de su cumplimiento. Y basados en este aspecto, ante cualquier problema legal «la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento» y esto nos lleva al cuarto factor, el desinterés tácito en conocer la legislación en salud por parte de los profesionales de la salud.¹²

Desde la perspectiva del marco legal, se han aplicado diversas reformas de salud en apoyo a los cuidados paliativos. En el 2008, se decreta la Ley de voluntad anticipada, que impulsa entre otros aspectos los cuidados paliativos. Sánchez Barroso atribuye el origen de la voluntad anticipada a dos causas: al reconocimiento de la importancia del consentimiento informado debido a la introducción de la autonomía individualista a la medicina y al temor de los pacientes hacia el encarnizamiento terapéutico y a la prolongación de los sufrimientos. La voluntad expresada se considera como una herramienta del equipo médico, ya que así se conocen los deseos, intereses e inquietudes, pero principalmente la escala de valores, lo que nos orienta para ofrecer una atención médica de excelencia clínica y moral. En el 2009, se realiza una reforma en el artículo 184 de la Ley General de Salud donde se adiciona el artículo 166 bis que contiene la Ley Federal en materia de cuidados paliativos, el cual constituye un respaldo legal para que los cuidados paliativos se ofrezcan a toda la población. En diciembre de 2014, el Consejo de Salubridad General emitió un acuerdo donde se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos. Pero a pesar de esto falta implementar un plan de capacitación específico dirigido al personal de salud e incorporar a los programas de estudio de pregrado y posgrado la formación en cuidados paliativos para cumplir con el programa nacional.¹²

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos, es mejorar la calidad de vida, que se define solo dos palabras: bienestar individual. Este bienestar involucra componentes subjetivos y objetivos que podrían agruparse en 5 dominios principales: físico, material, social, emocional, desarrollo y actividad.¹³

El manejo que se realiza en los pacientes de cuidados paliativos está orientado a tratar al paciente cómo un todo, en donde no sólo se maneje lo físico, sino también en el ámbito psicosocial aprendiendo a manejar al paciente con base a su comportamiento en la comunidad, incluyendo a su familia. En los objetivos individuales de los cuidados paliativos podemos enumerar las siguientes:¹⁴

- Alivian el dolor y otros síntomas que acompañan las etapas finales de la vida
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- No intentan acelerar ni retrasar la muerte
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo
- Utilizan un enfoque de equipo para resolver las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida y pueden influir también de forma positiva en el curso de la enfermedad

Parte de la educación sanitaria, debería ser implementar la atención paliativa en fases tempranas de una enfermedad que amenaza la vida, para que se pueda combinar el tratamiento curativo con el paliativo. Ello no quiere decir que si el paciente está ya en una etapa terminal no pueda ser beneficiado por esta combinación de tratamientos. Además, la introducción a este tipo de Atención debe ser gradual e individualizada para cada uno de los pacientes, para saber en qué momento ofertar el inicio de los mismos.¹⁴

Se estima que anualmente, 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. A nivel mundial, de las personas que necesitan asistencia paliativa sólo un 14% la recibe. Según un estudio realizado en 2011, los servicios de asistencia paliativa sólo estaban integrados adecuadamente en 20 países, de 234 países, territorios y regiones, en tanto que el 42% de las naciones carecía de ese tipo de servicios y un 32% sólo contaba con servicios aislados de asistencia paliativa.¹⁵

Estudios de 234 países, territorios y regiones demuestran que los servicios de asistencia paliativa solo estaban bien organizados en 20 países, 32% solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados y el 42% de los países carecía totalmente de este tipo de atención y solo el 14 % de la población a nivel mundial puede tener acceso a ellos¹⁶, esto ocurre por diversos motivos: el limitado número de centros dedicados exclusivamente a este campo, la falta de conocimiento de los cuidados paliativos en el personal de salud, ya que el mismo personal piensa que los cuidados paliativos son sinónimo de muerte¹⁷, los médicos no paliativistas no entienden el objetivo de derivar a este servicio, todo esto derivado de la falta de educación en el morir y en su proceso durante la licenciatura de medicina.¹⁸

Puesto que los médicos son los principales encargados de guiar el manejo de pacientes con enfermedades crónico degenerativas es necesario que tengan un adecuado conocimiento en cuidados paliativos, sin embargo, la mayoría de los médicos a nivel mundial no reciben la educación pertinente en este ámbito en la licenciatura, ni en los diversos posgrados.¹⁹

En América Latina se han identificado algunos factores que obstaculizan la atención paliativa: la pobreza, una cobertura inadecuada de los servicios de salud, el alto coste o la falta de disponibilidad de opioides y otros medicamentos, la falta de conocimientos y entrenamiento para el tratamiento del dolor y la administración de cuidados paliativos, la falta de compromiso político para realizar las reformas educativas y de salud necesarias.²⁰

La medicina paliativa no figura en las prioridades del sistema de salud de México; existe un gran desconocimiento sobre las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente en estado terminal, así como de sus familias.²¹

Detectar estados terminales en pacientes oncológicos como no oncológicos representa una difícil tarea y lo es aún más en los pacientes ancianos con baja reserva homeostática, ya que se manifestará con síndromes geriátricos como inmovilidad, desnutrición, demencia avanzada.²² Como lo demuestra un estudio realizado en un hospital que atiende pacientes geriátricos y enfermos crónicos en la ciudad de México, el 87% de los médicos sabe definir qué es una enfermedad terminal; sin embargo, el médico que atiende a los pacientes con enfermedades no oncológicas en etapas terminales no es capaz de determinar cuáles serían los criterios para cambiar el enfoque terapéutico de curativo a paliativo.²³ Para ser aplicables desde las fases tempranas de la enfermedad y dejar en claro que los tratamientos paliativos y curativos no son mutuamente excluyentes. Nos parece que estas bases permiten proponer que son muchos los pacientes candidatos a un programa de cuidados paliativos, incluyendo a aquellos con procesos crónicos en estados avanzados, como EPOC una de las patología más frecuentes en nuestra atención diaria en donde los últimos 20 años, los avances en el tratamiento de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) han mejorado la supervivencia incluso entre los que se encuentran en las fases más avanzadas de la enfermedad, como, por ejemplo, los que precisan oxigenoterapia domiciliaria. Esta situación, que en principio debe considerarse positiva, ha propiciado la aparición de importantes problemas clínicos relacionados con el establecimiento del techo terapéutico y del pronóstico de algunos pacientes. En este contexto se plantea el tratamiento paliativo, cuyas actuaciones van dirigidas a mejorar el control de los síntomas, la comunicación, la actividad física y el apoyo emocional, a fin de conseguir la máxima calidad de vida posible. El tratamiento paliativo se asocia a las fases avanzadas de la historia natural de una enfermedad, pero es importante subrayar que en los pacientes con EPOC no determina necesariamente la inmediatez del final, este camino puede ser largo, por lo tanto mejorar el tratamiento de las fases avanzadas de la EPOC tiene un impacto directo en la calidad de la asistencia que se ofrece al paciente, pero además tiene un impacto positivo en el conjunto del sistema sanitario: reducción de los ingresos hospitalarios, desplazamiento de la atención desde el hospital a la comunidad y,

finalmente, menos ingresos innecesarios y no previstos en las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, muchos pacientes con EPOC están sin diagnosticar y una parte de los diagnosticados no cumple los criterios adecuados, resulta muy difícil saber el número real de pacientes con EPOC clasificados como muy grave, aunque se estima que podría oscilar entre el 3 y el 15% del total.²⁴

En el caso de EPOC existen diversas limitaciones para su ingreso a estos programas. Entre ellas, destaca la dificultad para establecer el pronóstico preciso ya que los modelos predictivos son inexactos a nivel individual. Se han ideado diversos métodos que intentan determinar qué pacientes se encuentran en situación terminal; sin embargo, buscar la precisión en el pronóstico puede transformarse en un proceso complejo y difícil, donde no se sabe qué ocurrirá y, por ende, no se toman decisiones.²⁵

Además de definir quien se encuentra con una patología terminal, agregando conceptos propios de la EPOC, en su última actualización la SEPAR2 agregó la etapa 5 a las ya conocidas, la que fue denominada “Final de la vida paciente muy sintomático”, que incluye, entre otros parámetros: grado de obstrucción ($VEF1 < 30\%$), disnea, nula actividad física, número de hospitalizaciones y presencia de insuficiencia respiratoria habitualmente hipercápnic. Independiente de todas las normas existentes o que pudieran darse, la decisión de iniciar cuidados para el control de síntomas no debe basarse en la esperanza de vida ni en datos numéricos, sino en las necesidades que presenta un paciente terminal en relación a sus expectativas, su visión sobre calidad de vida y la forma en que sus familiares la enfrentan. Esto requiere la valoración periódica de los síntomas y la incorporación progresiva de las medidas de paliación, sin abandonar el tratamiento reglado de la enfermedad de base. Esto, porque resulta difícil, a veces imposible, prever el pronóstico de las fases finales de la EPOC, siendo a nuestro juicio imprescindible anticiparse a ellas.²⁶

Algunos de los criterios para identificar al paciente que puede fallecer en los siguientes 6-12 meses son los siguientes:²⁷

- VEF1 < 30%
- Escasa actividad física
- Dependencia de otros para las actividades básicas de la vida diaria
- No se viste cada día
- No puede subir unos pocos escalones sin parar
- Camina menos de 30 min al día

Consumo de recursos sanitarios

- Tres o más exacerbaciones graves en el año anterior
- Más de 21 días internado en hospital en el año anterior

Afectación del estado general

- Comorbilidades
- Índice de masa corporal menor de 21 kg/m²
- Disnea 3-4 escala MRC
- Valores índice BODE 7 a 10

Situaciones personales y sociales

- Edad avanzada
- Depresión
- Vive solo (sin pareja).

Indiscutiblemente si los pacientes con EPOC no mueren antes, requerían cuidados paliativos, siendo esta una de las principales afecciones que requieren cuidados paliativos, por lo que se necesita más información al respecto para así iniciarlo tempranamente.²⁸

Así el personal podría tener un espíritu humanístico y estar sensibilizado, concientizado, familiarizado y capacitado para poder otorgar estos cuidados especializados ²⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los cuidados paliativos buscan dar alivio a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como el EPOC cuando ya no existe cura. La obstinación terapéutica impide a los enfermos concluir su vida de forma digna y sin sufrimiento. Para que los pacientes no se vean involucrados en procedimientos ni tratamientos que no mejorarán su pronóstico ni su estado general, es necesario que los médicos familiares tratantes tengan el conocimiento suficiente de los cuidados paliativos para poder ofrecerlos en primer nivel de atención con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En la literatura revisada, no se encontraron artículos de investigación científica que hagan referencia al nivel de conocimiento sobre el paciente con EPOC que requiere cuidados paliativos, por lo anterior surge la siguiente ***pregunta de investigación pregunta:***

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal médico en la atención de pacientes con EPOC que requieren cuidados paliativos en el primer nivel de atención?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar el nivel de conocimiento del personal médico en la atención de pacientes con EPOC que requieren cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las características clínico-demográficas de los médicos familiares
- Identificar las características laborales de los médicos familiares.
- Conocer el nivel de conocimiento de los médicos de la UMF20 sobre los cuidados paliativos del paciente con EPOC
- Describir el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas y laborales de los médicos familiares.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Los médicos especialistas en Medicina Familiar de la UMF20 IMSS poseen un nivel de conocimiento adecuado sobre la atención de pacientes con diagnóstico de EPOC que requieren cuidados paliativos.

SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS.

Lugar del estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” del Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de primer nivel de atención. Con un horario de atención: turno matutino de 8:00 a 14:00 horas, y turno vespertino de 14:00 a 20:00 horas. Ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Código Postal 07760, en la Alcaldía Gustavo A. Madero de la Ciudad de México.

Población de estudio: Médicos de primer nivel del IMSS

Grupo de estudio: Médicos de primer nivel de la UMF 20, IMSS

Periodo de estudio: Octubre del 2020

TIPO DE ESTUDIO.

Tipo de investigación.

Descriptiva (no intervencional).

Tipo de intervención.

Observacional.

Temporalidad.

Prospectivo.

Método de observación.

Transversal.

Tipo de diseño.

Corte transversal.

Tipo de análisis.

Descriptivo

CRITERIOS DE LOS PARTICIPANTES

Criterios de inclusión.

- Médicos adscritos a la UMF No. 20, IMSS.
- Médicos que desearon participar sin coerción alguna en el estudio previa firma del consentimiento informado
- Médicos con cualquier categoría contractual.
- Médicos ambos sexos y ambos turnos

Criterios de no inclusión.

- Médicos que no se encontraron presentes en el momento del estudio por incapacidad, sustitución de trabajador a trabajador, licencia o falta.
- Médicos que desearon participar en el estudio, pero no firmaron el consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- Médicos que decidieron participar inicialmente en el estudio pero que por cualquier motivo decidieron retirar su participación del mismo.
- Cuestionarios que no contestaron adecuadamente.
- Encuestas incompletas

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA TIPO DE MUESTREO

Debido a las características propias del estudio se decidió una muestra convencional no probabilística mediante la inclusión de todos médicos que cumplieron los criterios de inclusión. Se conoce que la UMF No. 20 cuenta con 81 médicos distribuidos de la siguiente manera:

Médicos por categoría y turno que laboran en la UMF 20				
Turno	Base	02	08	Móvil
Matutino	41	2	5	2
Vespertino	21	8		2
Total	62	10	5	4

Y se complementó la muestra con los médicos que decidieron participar y cumplieron los criterios de inclusión.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables de estudio:

Nivel de cuidados paliativos del paciente con EPOC conocimiento **edad, sexo, categoría contractual, antigüedad laboral, turno laboral.**

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable y escala de medición	Unidad de Medida
Nivel de conocimiento	Capacidad que se tiene de saber y entender lo que se plantea en relación a los cuidados paliativos del paciente con EPOC	Mediante el instrumento de exprofeso de cuidados paliativos el grado de nivel de conocimiento del médico para cuidados paliativos Alto: 80% y más (aciertos 14 a 17) Medio: 60 a 79% (aciertos 10 a 13) Bajo: 59% y menos (aciertos 9 y menos)	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo

Edad	Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento un ser vivo.	Se preguntará al médico su edad en el momento de la encuesta	Cuantitativa Discreta	25, 26, 27, 28, 29...
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Se preguntará al médico su sexo al momento de la encuesta	Cualitativa nominal dicotómica	-Masculino -Femenino
Categoría contractual	Cada uno de los grados en una profesión.	Grado o jerarquía asignada por la institución de acuerdo a su profesión.	Cualitativa nominal	-Médico general -Médico familiar
Antigüedad laboral	Número de años que posee en determinado trabajo	Número de años cumplidos como médico profesional en IMSS	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,5,6....
Turno laboral	Periodo en el que se desarrolla una actividad o se desempeña un cargo.	Periodo de tiempo durante el cual el médico ofrece atención médica.	Cualitativa nominal	-Matutino -Vespertino

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Previa autorización de los comités de ética e investigación correspondientes, así como de las autoridades académicas y directivas. Se procedió a formular cuestionario exprofeso, cuya finalidad fue conocer las variables sociodemográficas, nivel de conocimiento de definiciones básicas y de escalas de uso común en cuidados paliativos, se solicitó de su participación a los médicos para poder aplicar encuesta previo consentimiento informado en el periodo en que se realizó la encuesta; se informó a cada uno de los médicos el motivo sobre el cual se realizó el estudio y en que consistió.

Se entregaron consentimiento informado y encuesta a cada uno de los médicos, al término se revisó que la misma estuviera contestada de manera completa y

posteriormente se agradeció a cada uno de los médicos por el tiempo y la ayuda que brindaron.

Teniendo todas las encuestas se realizó el análisis de los datos y graficas que nos permitieron observar de una manera más práctica los datos arrojados.

Instrumento:

El cuestionario ex profeso que incluyo todas las variables contempladas por la misma. Fue diseñado y realizado por el Residente de tercer año en Medicina Familiar Juan Hernández Diez de Sollano, ya que en la bibliografía revisada no se encontró ningún instrumento específico basado únicamente a cuidados paliativos en EPOC; conto con un apartado de datos generales del encuestado y un cuestionario de 17 ITEMS sobre reconocimiento de criterios de terminalidad y el manejo en EPOC en la misma fase, estos ITEMS son de respuesta múltiple de los cuales tendrán que elegir la respuesta correcta; por lo que el instrumento se evaluó como pregunta correcta e incorrecta y se obtuvo un promedio de las respuestas correctas obtenidas calificándolo en Alto , Medio y Bajo, dependiendo del número de preguntas correctas obtenidas por cada médico encuestado; para calificar en nivel Alto debieron contestar correctamente más del 80% , es decir, 14 o más preguntas correctas; para calificar en nivel Medio debieron contestar correctamente del 60 % al 79%, es decir, de 10 a 13 preguntas correctas; y para calificar en nivel Bajo debieron contestar correctamente menos del 59%, es decir, 9 o menos preguntas correctas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizo estadística descriptiva en donde las variables cuantitativas fueron de tendencia central y las variables cualitativas fueron de porcentajes y frecuencias.

RESULTADOS.

En los 59 médicos evaluados se observó una media de edad 41.4 ± 8.9 años de edad, mínima de 25 años y Máxima de 65 años, el intervalo de 41 a 50 años con 40.7% (24) y de 31 a 40 un 39% (23), y en su mayoría femeninas el 76.3% (45).

Tabla 1

Tabla 1. Características demográficas de los médicos.

Características	N=59	%
Edad		
30 años y menos	6	10.2
31 a 40 años	23	39.0
41 a 50 años	24	40.7
51 a 60 años	3	5.1
61 años y mas	3	5.1
Sexo		
Masculino	14	23.7
Femenino	45	76.3

Fuente: Encuesta a médicos UMF20

De los 59 médicos evaluados, 44 (74.6%) son médicos familiares, en su mayoría del turno matutino en un 59.3% (35), con una antigüedad en un intervalo de 6 a 10 años en un 35.6% (21). Tabla 2.

Tabla 2. Características laborales de los médicos

Características	N=59	%
Categoría laboral		
Medico familiar	44	74.6
Médico general	15	25.4
Turno		
Matutino	35	59.3
Vespertino	24	40.7
Antigüedad		
Menor a 1 año	5	8.5
1 a 5 años	8	13.6
6 a 10 años	21	35.6
11 a 15 años	9	15.3
16 a 20 años	9	15.3
21 años y mas	7	11.9

Fuente: Encuesta a médicos UMF20

En nivel de conocimientos se observó una media de 12 ± 2.67 aciertos correctos, con un intervalo de 9.4 y 14.6, encontrándose dentro del nivel de conocimiento medio. Tabla 3.

Tabla 3. Evaluación general de Nivel de conocimiento.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	MEDIA	DE	MINIMA	MAXIMO
Nivel Medio	12	2.67	4	17

Fuente: Encuesta a médicos UMF20

Los médicos presentan nivel de conocimiento medio en un 52.5% (31), del cual de las áreas de conocimiento fue con calidad de vida en donde el 72.9% (43) con conocimiento; severidad de la enfermedad sin conocimiento 52.5% (31) y tratamiento 89.8% (53) con conocimiento. Tabla 4.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de cuidados paliativos

Nivel de conocimiento	N=59	%
Conocimiento general		
Bajo	6	10.2
Medio	31	52.5
Alto	22	37.3
Áreas de conocimiento		
Calidad de vida		
Si	43	72.9
No	16	27.1
Severidad		
Si	28	47.5
No	31	52.5
Tratamiento		
Si	53	89.8
No	6	10.2

Fuente: Encuesta a médicos UMF20

Los médicos con conocimiento bajo con un 33.3% (2) en los intervalos de 41 a 50 años y de 51 a 60 años, en su mayoría femeninas c 83.3% (5), médicos familiares en un 66.7% (4), con predominio del turno matutino en un 83.3% (5) y una antigüedad de 21 años y más en un 33.3% (2). Tabla 5y 6.

Los médicos con conocimiento medio con un 41.9% (13) en el intervalo de 31 a 40 años y de 38.7% (12) en el intervalo de 41 a 50 años, en su mayoría femeninas con un 71% (22), médicos familiares en un 67.7% (21), con predominio del turno matutino en un 64.5% (20) y una antigüedad de 6 a 10 años en un 41.9% (13). Tabla 5y 6.

Los médicos con conocimiento medio con un 41.9% (13) en el intervalo de 31 a 40 años y de 38.7% (12) en el intervalo de 41 a 50 años, en su mayoría femeninas con un 71% (22), médicos familiares en un 67.7% (21), con predominio del turno matutino en un 64.5% (20) y una antigüedad de 6 a 10 años en un 41.9% (13). Tabla 5y 6.

Los médicos con conocimiento alto con un 45.5% (10) en el intervalo de 41 a 50 años y de 40.9% (9) en el intervalo de 31 a 40 años, en su mayoría femeninas con un 81.8% (18), médicos familiares en un 86.4% (19), con predominio del turno vespertino en un 54.5% (12) y una antigüedad de 6 a 10 años en un 31.8% (7). Tabla 5y 6.

Tabla 5. Nivel de conocimiento de cuidados paliativos y características demográficas de los médicos

Características	Nivel de conocimiento		
	Bajo N (%)	Medio N (%)	Alto N (%)
Edad			
30 años y menos	1(16.7)	3(9.7)	2(9.1)
31 a 40 años	1(16.7)	13(41.9)	9(40.9)
41 a 50 años	2(33.3)	12(38.7)	10(45.5)
51 a 60 años	2(33.3)	1(3.2)	0(0)
61 años y mas	0(0)	2(6.5)	1(4.5)
Sexo			
Masculino	1(16.7)	9(29)	4(18.2)
Femenino	5(83.3)	22(71)	18(81.8)

Fuente: Encuesta a médicos UMF20

Tabla 6. Nivel de conocimiento de cuidados paliativos y características laborales de los médicos

Características laborales	Nivel de conocimiento		
	Bajo	Medio	Alto
	N (%)	N (%)	N (%)
Categoría laboral			
Medico familiar	4(66.7)	21(67.7)	19(86.4)
Médico general	2(33.3)	10(32.3)	3(13.6)
Turno			
Matutino	5(83.3)	20(64.5)	10(45.5)
Vespertino	1(16.7)	11(35.5)	12(54.5)
Antigüedad			
Menor a 1 año	1(16.7)	0(0)	4(18.2)
1 a 5 años	0(0)	4(12.9)	4(18.2)
6 a 10 años	1(16.7)	13(41.9)	7(31.8)
11 a 15años	1(16.7)	6(19.4)	2(9.1)
16 a 20 años	1(16.7)	5(16.1)	3(13.6)
21 años y mas	2(33.3)	3(9.7)	2(9.1)

Fuente: Encuesta a médicos UMF20

DISCUSION.

Los cuidados paliativos son la parte de la medicina que se encarga de ofrecer atención médica a todos los pacientes que se encuentran ante una enfermedad terminal, que es el final común de las enfermedades crónico degenerativas. En este estudio se determinó que el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en EPOC esperando que los médicos encargados de la atención de estos pacientes tuviesen el suficiente conocimiento para poder ofrecer una mejor calidad de vida y de muerte y de esta manera mejorar el estado clínico del paciente.

En este estudio se identificó un nivel de conocimiento medio del 52.5% en los médicos, seguido de un nivel alto 37.3% y nivel bajo 10.2%.

Medina y cols³⁰ en su estudio *nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos* encontraron que, en su muestra de 144 trabajadores de la salud, 76.4% del sexo femenino, 41.7% en un grupo de edad de 30 a 41 años, el 22.2% con una antigüedad laboral menor de 5 años. **Sánchez y cols**³¹ en su análisis de la *percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud*. Encontraron que el 92.8% son mujeres, 32.1% en un grupo de edad de 42 a 53 años, 40.4% con una antigüedad laboral menor de 5 años y mismo porcentaje de 5 a 10 años, 50%. En nuestros resultados observamos diferencia con ambos autores en cuanto al sexo con un 45% de participación femenina, 40.7% con una edad entre 41 y 50 años, 35.6% con una antigüedad laboral mayor siendo de 6 a 10 años y un 52.5% con nivel de conocimientos medio puede traspolarse a lo del autor que es aceptable.

Medina y cols³² En su estudio *Conocimientos de los enfermeros del hospital Neumológico Benéfico Jurídico sobre cuidados paliativos*, el 72.7% presenta adecuado conocimiento sobre pacientes con EPOC que requieren cuidados paliativos, 72% tienen conocimientos sobre calidad de vida en pacientes con

EPOC y cuidados paliativos y el 30.3% conoce tratamiento para el control de la disnea. **Sánchez y cols**³¹ con un conocimiento regular general de conocimientos y de estos el 90% tiene adecuado conocimiento sobre tratamiento de la disnea. En nuestros resultados observamos hasta un 52.5% con nivel de conocimientos medio y el 89% con conocimientos sobre tratamiento de disnea sin embargo con baja identificación de la severidad del padecimiento con menos del cincuenta por ciento que esto puede afectar la calidad de vida y apego al tratamiento.

CONCLUSIONES.

Los cuidados paliativos surgen para poder proporcionar la ayuda tanto física como espiritual que necesitan las personas que atraviesan estos procesos, sin embargo, el principal obstáculo para recibir cuidados paliativos es un deficiente nivel de conocimiento en el personal médico, lo que impide poder identificar el momento en el que es necesario cambiar el enfoque terapéutico a paliativo en los pacientes.

Identificamos un pobre nivel de conocimiento de cuidados paliativos en el personal médico con ello se abre un área de oportunidad para implementar un programa de educación en cuidados paliativos en paciente con EPOC (por el número de pacientes de dicha enfermedad atendidos en esta unidad), para todos los médicos encargados de la atención de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

- La edad de los médicos fue de 41 a 50 años en un 40.7% y del sexo femenino en un 76.3%
- En la categoría laboral el 74.6% fueron Médicos Familiares, turno matutino 59.3% y antigüedad laboral de 6 a 10 años.
- En nivel de conocimiento se observó una media de 12 ± 2.67 aciertos correctos, en nivel medio de conocimiento. En cuanto a los diferentes grados el nivel medio 52.5% de los médicos, nivel alto 37.3% y nivel bajo 10.2%
- Características de nivel medio de conocimiento fueron médicos un 41.9% de 31 a 40 años y 38.7% de 41 a 50 años, femeninas un 71%, médicos familiares el 67.7%, turno matutino 64.5% y antigüedad laboral de 6 a 10 años 41.9%.
- Se corrobora nuestra hipótesis en cuanto a que los médicos presentan un nivel de conocimiento de medio a alto.

LIMITACIONES.

Se requiere mayor participación de los médicos en cuanto a la investigación que se realice de conocimientos en la práctica diaria para poder obtener mejores resultados y hacer planes de mejora.

RECOMENDACIONES.

- Realizar indagaciones continuas de conocimiento en cuidados paliativos en EPOC, para mejorar la atención médica y calidad de vida de los pacientes.
- Brindar información sobre EPOC y cuidados paliativos de manera integrada en médicos familiares para poder atender de manera integral a estos pacientes.
- Realizar estrategias de capacitación en unidades de primer nivel en cuidados paliativos, en específico para pacientes con EPOC, ya que se observó una baja de conocimiento en severidad lo que no permite reconocer estas áreas de atención; y al proporcionar capacitación al personal mejoraremos la calidad de vida en los pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gómez BX, Martínez MM, Blay C, Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med 2014; (28): 302-11
2. INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido en el Distrito Federal; México octubre 2017 (Consultado mayo 2019) ; Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>
3. OMS. 67º Asamblea mundial de la salud; Ginebra Suiza 2014 (Consultado mayo 19); Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67-rec1/a67_2014_rec1-sp.pdf
4. OMS. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030; Junio 2013 (Consultado mayo 19); Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
5. Galindo-Huerta. Conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos. Revista de enfermería INNSS. Agosto 2017; (5): P 70-74
6. Addington H, Higginson J. Palliative care for non-cancer patients. Oxford University Press. New York. 2015; (7) Pp.1-10
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos; Julio 2016 (consultado marzo 2019); Disponible en: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5C>

8. Arteaga LE, Gordillo AV, Méndez AS, Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos. Secretaría de Salud, 2010;
9. OMS. WHO Media Centre Fact sheet N°402; July 2015 (consultado mayo 19); <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
10. INCLAN G. Plan de Cuidados Paliativos- Atención a pacientes en la fase final de la vida; 2006 (consultado mayo 2016)
11. Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, artículo 166 Bis 3-VI. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009
12. Fernandez C, Effect of a palliative care program on trends in intensive care unit utilization and do-not-resuscitate orders during terminal hospitalizations. [Rev Bras Ter Intensiva](#). 2018; 30(3): 308–316
13. OMS. Centro de prensa. Cuidados paliativos; Julio de 2015 (consultado en mayo 2019); Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es>
14. Mazanec P, Daly BJ, Pitorak EF, Kane D, Wile S, Wolen J. A new model of palliative care for oncology patients with advanced disease. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2017; (11):324–31
15. Fundamentos de la creación del Programa de cuidados paliativos del GCBA; Boletín oficial de la Ciudad de Buenos Aires; 22 de marzo de 2010 (consultado mayo 2019);
16. OMS. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030 (consultado mayo 2019); Disponible

en:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf

17. Rolando B, Actitudes de médicos y enfermeras ante el modelo de atención al paciente con enfermedad crónica. Revista Finlay Cuba. 2015; (6): 34-36
18. Hall S, Petkova H, Tsourous A, Costantini M, Higginson I. Palliative Care for Older People: Better Practices. Denmark: Who Regional Office for Europe. 2016;(9): 221-24
19. Lynch S, Clark D. Mapping levels of palliative care development. Journal of pain and symptom management. 2015; (6): 1094-106.
20. Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Tercera Edición. New York, USA: Oxford University Press; 2004. P 85-87
21. Saunders C, Oxford Textbook of Palliative Medicine..Tercera Edición. New York, USA: Oxford University Press; 2016 p 356-58
22. Artaza B, Méndez C, Holder M. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2015; 83- 84
23. Medina Z, Cruz A, Sánchez S. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2012; (2):109-114
24. Escarrabill J, Soler J, Carme H. Recommendations for End-Of-Life Care in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Archivos de Bronconeumología. 2009; 45 (6):297–303.
25. Guía de práctica clínica cuidados paliativos 2018, CENETEC, México 2018.

26. Reyes G, Cantú G. ¿Los médicos cuentan con herramientas suficientes para dar la orden de “no reanimar”? Aspectos bioéticos en la atención del paciente terminal. *Rev Esp Méd Quir.* 2013; (18): 114-122
27. Costantini M, Higginson M. Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica terminal. *Rev Chil Enf Respir.* 2014; (30): 20-26
28. Tripodoro V. Cuidados paliativos, El final de la vida en pacientes respiratorios crónicos. *Revista Argentina de Medicina Respiratoria.* 2004; (4): 48-53
29. Cárdenas T, Torres V, Tovalín A. Hospital versus home death: Results from the Mexican health and aging study. *Pain Symptom Manage.* 2011; (5): 880
30. Medina Z, Cruz C, Sánchez S, Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Revista Española Médico Quirúrgica.* 2012; (2): 109-114.
31. Sánchez H, González G, Torijano C, Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Semergen.* 2016; 42(1):19-24.
32. Medina G, Chacon R, Hernández Q, Conocimientos de los enfermeros del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico sobre cuidados paliativos. *Medisur.* 2015; 13(4)10-18.

ANEXOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(MEDICO)
(Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS MEDICOS PARTICIPANTES EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.</i>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2020.
Número de registro:	R-2020-3511-047
Justificación y objetivo del estudio:	En México al no contar con servicios de cuidados paliativos en hospitales de segundo nivel, el declarar que un paciente se encuentra en etapa terminal solo recae en los médicos tratantes, sin posibilidad de realizar un análisis de casos. Al realizar este estudio en cuando al EPOC se puede identificar de manera objetiva el nivel de conocimiento de cuidados paliativos del personal médico de esta UMF, de esta forma se podrán identificar áreas de oportunidad para aumentar su capacitación mejorando su competencia ante este problema y poder proporcionar atención a todos los pacientes que lo requieran, y mejorar la calidad de vida de manera individual y familias con abordaje multidimensional de acuerdo a sus necesidades, trayendo consigo beneficios como disminuir costos en la atención sanitaria. El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento del personal médico en la atención de pacientes con EPOC que requieren cuidados paliativos en el primer nivel de atención
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta. Al momento de realizarle la encuesta tomare aproximadamente 30 minutos del tiempo destinado a su consulta médica. No existen otros inconvenientes, ya que solo se te aplicara la encuesta en un solo momento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá ningún beneficio directo en la participación en el estudio. Se espera que los resultados contribuyan a determinar el conocimiento de los médicos sobre cuidados paliativos en pacientes con EPOC, para de esta manera sugerir estrategias que puedan implementarse en primer nivel que favorezcan los conocimientos que pueden aplicar los médicos a los pacientes para otorgar una atención de calidad e integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso que usted solicite sus resultados, se le entregaran de manera personal y previa cita, y en caso necesario programar una capacitación en conjunto con la Coordinación de Educación si así lo desea.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificara de ninguna

manera la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA Médico Especialista en Medicina Familia. Matrícula 11660511. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20.
Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 55874422 Ext. 15368/15368. drasanta.vega0473@yahoo.com.mx / santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores:

HERNANDEZ DIEZ DE SOLLANO JUAN, Médico Residente Segundo año de Medicina Familiar, Matrícula 98087382, UMF 20 IMSS Calzada Vallejo 576 Col. Magdalena de las Salinas. México, Ciudad de México, C.P. 07760
Correo electrónico: juanhds14@gmail.com, Teléfono:5534201927, 55874422 ext. 15320

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de Medico encuestado

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COPEPRIS 19 CI 09 017 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Jueves, 19 de noviembre de 2020

Mtra. Santa Vega Mendoza

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO EN LA ATENCION DE PACIENTES CON EPOC QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3511-047

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

10/11/2020

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°20 VALLEJO
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD**

(Anexo 2)

**CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR CUIDADOS PALIATIVOS ANTE
PACIENTES CON EPOC EN EL PERSONAL MEDICO DE LA UMF 20”**

Folio: _____

INSTRUCCIONES: lea las siguientes preguntas y responda cada una de ellas sin dejar ninguna pregunta en blanco

DATOS GENERALES

Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Cuál es tu categoría contractual en el IMSS:

Médico familiar ()

Medico General ()

Turno en que labora: _____

Antigüedad laboral en el IMSS: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario, subraye la respuesta que considere adecuada en relación al enunciado presentado. No olvide contestar cada una de las preguntas, si presenta alguna duda solicitar apoyo con el investigador.

1.- ¿Qué enunciado, considera es el adecuado para inicio de los cuidados paliativos en el paciente con EPOC?

- a) Me sorprendería si el paciente falleciera en los siguientes 12 meses.
- b) Me sorprendería si el paciente falleciera en los siguientes 18 meses
- c) Me sorprendería si el paciente falleciera en los siguientes 24 meses
- d) Me sorprendería si el paciente falleciera en los siguientes 30 meses.

2.- ¿Cuál es la definición del “final de la vida”?

- a. Periodo comprendido desde el diagnostico de enfermedad terminal hasta la muerte
- b. Periodo comprendido al cumplir criterios de terminalidad hasta la muerte
- c. Periodo comprendido desde la pérdida de funcionalidad e independencia hasta la muerte
- d. Período comprendido inmediato previo a la muerte

3.- Valor de FEV1 en pacientes con EPOC, que indica que el paciente puede fallecer en los próximos 12 meses.

- a) +30%
- b) -30%
- c) +20%
- d) -20%

4.-Criterio(s) de mal pronóstico asociado(s) al grado de dependencia funcional que en pacientes con EPOC?

- a) Dependencia de otros para las actividades básicas de la vida diaria
- b) No se viste cada día
- c) No puede subir unos pocos escalones sin parar
- d) Anda menos de 30 min al día
- e) Todas las anteriores

5.- ¿Cuántas exacerbaciones que ameriten hospitalización en un año, son considerados en los criterios de terminalidad de la EPOC

- a) Tres o más exacerbaciones graves (visitas a urgencias y/o hospitalizaciones) en el año anterior
- b) Tres o más exacerbaciones graves (visitas a urgencias y/o hospitalizaciones) en los seis meses previos

- c) Cuatro o más exacerbaciones graves (visitas a urgencias y/o hospitalizaciones) en el año anterior
- d) Cuatro o más exacerbaciones graves (visitas a urgencias y/o hospitalizaciones) en los seis meses anteriores.

6.- El índice de BODE es una escala útil de evaluación en el paciente con EPOC. ¿Qué evalúa?

- a) Body mass index, airflow Obstruction, Dysnea and Exercicio capacity index) evalúa cuatro variables en el EPOC: El VEMS, los metros caminados en el test de marcha de 6 min, el índice de masa corporal y el grado subjetivo de disnea (MMRC escala)
- b) Body mass index, airflow Obstruction, and Exercicio capacity index) evalúa tres variables en el EPOC: El VEMS, los metros caminados en el test de marcha de 6 min, el índice de masa corporal y el grado subjetivo de disnea (MMRC escala)
- c) Body mass index, Dysnea and Exercicio capacity index) evalúa tres variables en el EPOC: El VEMS, los metros caminados en el test de marcha de 6 min, el índice de masa corporal y el grado subjetivo de disnea (MMRC escala)

7.- En un paciente con EPOC en estado terminal, ¿Qué grado esperas encontrar según la escala MRC modificada?

- a. 2
- b. 3
- c. 4
- d. 5

8.-En relación a las manifestaciones clínicas de un paciente con EPOC, ¿cuál de las siguientes opciones de EPOC severo sugiere inicio de cuidados paliativos.?

- a) disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores
- b) disnea de pequeños esfuerzos con respuesta adecuada a broncodilatadores
- c) disnea de reposo con adecuada o leve respuesta a broncodilatadores
- d) disnea de pequeños esfuerzos con respuesta escasa a moderada a broncodilatadores

9.- ¿Cuáles son los medicamentos que son más útiles en los cuidados paliativos en pacientes con EPOC para el alivio sintomático de la disnea?

- a. Oxígeno suplementario con mascarilla
- b. Antidepresivos tricíclicos
- c. Opioides
- d. Oxígeno suplementario con puntas nasales

10.- ¿Qué parámetros de la dinámica respiratoria, identifica a un paciente con EPOC con enfermedad terminal?

a) hipoxemia, pO₂ 65mm Hg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 90% con oxígeno suplementario, o hipercapnia pCO₂ 60 mmHg

b) hipoxemia, pO₂ 60mm Hg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 89% con oxígeno suplementario, o hipercapnia pCO₂ 30 mmHg

c)hipoxemia, pO₂ 70mm Hg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 91% con oxígeno suplementario, o hipercapnia pCO₂ 70 mmHg

d)hipoxemia, pO₂ 55mm Hg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 88% con oxígeno suplementario, o hipercapnia pCO₂ 50 mmHg

11.- En un paciente con EPOC ¿Cuáles son las características de la pérdida de peso para considerarse de mal pronóstico?

a) Pérdida de peso no intencionada del 10% en el último año

b) Pérdida de peso del 30% intencionado en los últimos 3 meses

c)Pérdida de peso no intencionada de más del 10% durante los últimos 6 meses

d)Pérdida de peso del 5% en los últimos 30 días

12.- Frecuencia cardíaca considerada como criterio de terminalidad en un paciente con EPOC

a) Taquicardia de >100 ppm en reposo

b) Taquicardia de > de 130 ppm al realizar pequeños esfuerzos

c) Frecuencia cardíaca de 90 en reposo

d)Frecuencia cardiaca de >150 al realizar pequeños esfuerzos

13.- ¿Qué valora la escala MRC (Modified Medical Research Council)?

a) Nivel de calidad de vida

b) Grado de disnea

c)Grado de insuficiencia cardiaca de origen pulmonar

d)Características del esputo

14.- ¿Qué evalúa el cuestionario COPD Assessment Test (CAT) ?

a) Nivel de calidad de vida

b) Grado de disnea

c)Grado de insuficiencia cardiaca de origen pulmonar

d)Características del esputo

15.- Medida adecuada por el personal de salud, respecto al cuidador del paciente con EPOC en fase terminal

a) Cuidar al cuidador

b) Exigirle estar al cuidado del paciente las 24 horas

c)Solicitar que le administre los medicamentos en hora y dosis indicadas

d)Concientizarlo de que su paciente va a morir

16.- ¿Componentes de la profesionalización del especialista en cuidados paliativos en pacientes con EPOC?

a) Principios éticos, control de síntomas generales, promover una muerte pronta al paciente

b) Valoración únicamente por parte del médico tratante, habilidades comunicativas, aplicación de medicamentos

c)Valoración y tratamiento del dolor y de la disnea, trabajo en equipos multidisciplinarios, habilidades comunicativas

d)Control de síntomas generales, realizar los procedimientos invasivos necesarios para mantener al paciente con vida, disposiciones legales vigentes

17.- ¿En la ansiedad presentada en paciente con EPOC, que tratamiento farmacológico está indicado y cuáles son las medidas más apropiadas a realizar?

a) IMAOS, rehabilitación pulmonar

b) Fluoxetina, rehabilitación pulmonar, ventilación mecánica no invasiva

c) Antidepresivos tricíclicos, ventilación mecánica pulmonar, ventilación mecánica no invasiva

d) ISRS, rehabilitación pulmonar.