



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No.

1

Evaluación del nivel de conocimientos de los cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina Familiar con adscripción al Hospital Regional con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.

Número de registro SIRELCIS R-2020-1702-047

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

SÁNCHEZ DÍAZ JORGE

ASESORES DE TESIS:

M.A. de S.S.P CALVO ALVAREZ DALIA SAMIRA
M.C.S ROMERO PASCUAL IVON.



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.

Evaluación del nivel de conocimientos de los cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina Familiar con adscripción al Hospital Regional con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

SÁNCHEZ DÍAZ JORGE

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL ÓOAD MORELOS

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD ÓOAD MORELOS

DRA. MARIA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD ÓOAD MORELOS.

DRA. GLADHIS RUÍZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD HGR C/MF No 1

DRA. ROSALBA MORÁLES JAÍMES.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR HGR C/MF No 1

ASESORES DE TESIS

M.A. de S.S.P CALVO ALVAREZ DALIA SAMIRA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR HGR C/MF No 1

M.C.S ROMERO PASCUAL IVON.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA

Evaluación del nivel de conocimientos de los cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina Familiar con adscripción al Hospital Regional con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

SÁNCHEZ DÍAZ JORGE
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE DEL JURADO
(NOMBRE DEL MÉDICO).
CARGO Y ADSCRIPCIÓN

SECRETARIO DEL JURADO
(NOMBRE DEL MÉDICO).
CARGO Y ADSCRIPCIÓN

VOCAL
M.A. de S.S.P CALVO ALVAREZ DALIA SAMIRA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR HGR C/MF No 1

VOCAL
M.C.S ROMERO PASCUAL IVON.
ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA

Índice General

TÍTULO:.....	3
Resumen:	3
Marco Teórico	4
Marco Conceptual.....	4
Cuidados paliativos:	4
Instrumento:.....	13
Marco referencial.....	15
Justificación:.....	18
Planteamiento del problema:	19
Pregunta de investigación:.....	21
Objetivos:	21
Objetivo general:	21
Objetivos específicos:.....	21
Hipótesis:	21
Material y métodos:	22
Universo de trabajo:.....	22
Recolección de datos:	22
Tamaño de muestra:.....	23
Criterios de Inclusión:	23
Criterios de Exclusión:	23
Criterios de Eliminación:.....	23
Algoritmo de protocolo:	24
Tabla de variables:.....	25
Plan de análisis:	28
Consideraciones éticas:.....	28
Recursos, financiamiento y factibilidad:.....	31
Resultados.....	33
Discusión.....	39
Conclusión:	42
Cronograma de actividades	43
Anexos:.....	44
Bibliografía:.....	46

TÍTULO:

“Evaluación del nivel de conocimientos de los cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina Familiar con adscripción al Hospital Regional con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.”

Resumen:

Antecedentes: En México y el mundo existe gran prevalencia y tendencia al alza de enfermedades crónicas, muchas veces estas enfermedades no tienen un tratamiento curativo, aquí cobran importancia los cuidados paliativos. Se ha observado una deficiencia importante por parte de los Médicos Familiares en proveer el alivio de dolor para un trato humanizado en el paciente terminal y su familia y, es necesario que un equipo multidisciplinario y especializado conduzca de manera adecuada esta etapa. **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento acerca de los cuidados paliativos en los médicos residentes de medicina familiar del HGR C/MF No. 1, de Cuernavaca, Morelos. **Material y Métodos:** Se trata de un estudio transversal descriptivo, realizado durante el 2020, en todos los médicos residentes de medicina familiar, mediante una encuesta semiestructurada, además de la escala de Palliative Care Knowledge Test, modificado por Vinicius, categorizándolos de acuerdo al porcentaje de aciertos en insatisfactorio, aceptable, deseable, y excelente. Posteriormente se realizó el análisis estadístico por medio del programa Stata 14.0, los resultados de las variables cuantitativas se presentaron en medidas de tendencia central y dispersión y frecuencias en las cualitativas. **Experiencia del grupo:** El investigador principal es médico especialista en Medicina Familiar con vasta experiencia en la elaboración de protocolos, metodología de la investigación y manejo de base de datos. Enfermera especialista con experiencia en desarrollo de múltiples proyectos de investigación y residente de segundo año de Medicina Familiar.

Marco Teórico

Marco conceptual.

Cuidados paliativos:

Generalidades:

La medicina paliativa es la atención activa y total de los pacientes y sus familias por parte de un equipo multiprofesional cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino “pallium”, que significa “manta” o “cubierta”. Cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos; por ejemplo, con analgésicos y antieméticos. Sin embargo, la medicina paliativa es mucho más amplia y profunda que la mera “sintomatología”¹. De acuerdo a la “American Cancer Society” los cuidados paliativos es la atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades graves, se enfocan en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero no tienen el objetivo de curar la enfermedad ². La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un abordaje para mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares que enfrentan una enfermedad amenazadora para la vida, con la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, de la evaluación minuciosa y del tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya afección es curable. La medicina y los cuidados paliativos ofrecen un “cuidado terminal intensivo”. Requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible, que consume mucho tiempo¹.

Los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son aliviar el dolor y otros síntomas molestos de los pacientes, atender psicológica y espiritualmente a los enfermos terminales para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible, ofrecer un apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima, y por último brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el periodo de duelo. Los cuidados paliativos no buscan acelerar ni posponer la muerte, la

medicina paliativa afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal, pero se opone firmemente a la eutanasia³.

Algo también importante de reconocer en el enfoque de los cuidados paliativos es que el ser humano es integral: alma, cuerpo, materia y espíritu. Una realidad que no podemos separar en sus distintos componentes. Puede ser útil didácticamente presentar por separado las dimensiones de la persona humana, pero con la conciencia de que se trata sólo de un esquema que nos ayuda en la reflexión y la relación de ayuda³.

Es importante identificar en el ser humano cinco dimensiones o aspectos: Dimensión corpórea, intelectual, emocional, relacional y espiritual.

Bayés y Borrás (2005) afirman que, atendiendo a las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL en 1993, resalta la necesidad de una atención integral que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; y a la Guía de criterios de Calidad en Cuidados Paliativos en el 2002, que apunta a que el paciente tiene necesidades tanto físicas como emocionales, espirituales y sociales, que han de ser evaluadas en el momento de realizar la anamnesis y exploración física completa; es imperativo que tratemos de delimitar el ámbito de este concepto si uno de los objetivos de los cuidados paliativos debe consistir, tal como se ha subrayado al principio, en atender las necesidades espirituales de los enfermos, siendo el objetivo último de los cuidados paliativos ayudar a las personas a morir en paz⁴.

La mayoría de los padecimientos crónicos en nuestro país, tales como enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), SIDA (5.7%) y diabetes (4.6%) requieren cuidados paliativos, en cuanto a las enfermedades cardiovasculares la mortalidad temprana está incrementada cuando aparecen síntomas de falla cardíaca congestiva recurrente en reposo (Clase IV de la NYHA, y fracción de eyección de 20% o menos), falla cardíaca congestiva con síntomas persistentes, aún con tratamiento óptimo, en pacientes refractarios al tratamiento, cada uno de los siguientes factores ha demostrado disminuir la sobrevida futura: arritmias supra-ventriculares o ventriculares sintomáticas, historia de paro cardíaco y reanimación o síncope inexplicable, embolismo cerebral cardiogénico, enfermedad concomitante por VIH. ⁴

Las ENT (enfermedades no transmisibles) matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. De esas muertes, 15 millones son prematuras (en personas de 30 a 70 años), y siete millones se producen en países de ingresos bajos y medios-bajos. En ese contexto, el cáncer representa la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad, siendo el tabaquismo el principal factor de riesgo, el cual ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por dicha patología. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. En México, en el 2015 se registraron 655 mil defunciones, de las cuales el 13% (que representa a más de 85,150 defunciones) fueron por cáncer⁴.

Origen de los cuidados paliativos en el mundo:

Los cuidados paliativos comenzaron en Londres en los años 60s y que rápidamente se fue extendiendo, primero por el mundo anglosajón y luego por Europa y otros países. Los cuidados paliativos recuperan la forma más profunda de comprender y atender al paciente terminal que late en la medicina. Son respuesta al descontento de los profesionales y de la sociedad que estaban ignorando necesidades claves de alivio del sufrimiento para el enfermo avanzado e incurable y para su familia. Necesidades que habían quedado escondidas quizá detrás de la búsqueda de progreso científico y de los avances técnicos que la medicina ha experimentado en el siglo XX⁵.

La doctora Cicely Saunders (Premio Templenton en 1981) promueve un primer centro médico dedicado a la atención de enfermos terminales que marcaría la referencia a imitar para todo el mundo. En sus orígenes se percibe el sentimiento profundamente cristiano de los cuidados paliativos. Así se explica en el acta fundacional de este primer centro de paliativos⁵.

Historia de los cuidados paliativos en México

Los cuidados paliativos nacieron en México en el año de 1989, a partir de un impulso de Silvia Allende Pérez en el Instituto de Cancerología de México D.F.⁶.

En el año de 1990 se inició un nuevo programa en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN); el programa de atención domiciliaria y consulta externa de cuidados paliativos⁶.

Uno de los hechos históricos más relevantes en nuestro país fue el sucedido en 1992 en el Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” en el cual se abrió la primera unidad de cuidados paliativos por Gustavo Montejó Rojas en conjunto con la Dra. Silvia Allende, además elaboraron el plan de trabajo sobre cuidados paliativos y que más tarde fue presentado y aprobado por Eduardo Bruera coordinador de Cuidados Paliativos de la OMS⁶.

México además incluye en el 2009 la Ley en Materia de Cuidados paliativos en el artículo 166 Bis en el cual se pretende salvaguardar los derechos al enfermo terminal⁷. Establece que es obligación del estado proveer de cuidados paliativos al enfermo terminal. Posterior a esta modificación se creó el Sistema Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) como parte de un programa más amplio llamado Sistema Integral de Calidad en la Salud (SICALIDAD), programa que es dependiente de la Secretaría de Salud, además la Secretaría de Salud ha impulsado aún más los cuidados paliativos creando una iniciativa llamada Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CINSHAE). El objetivo de esta comisión es reunir mensualmente a los representantes de cada hospital para que comuniquen avances, dificultades y éxitos en los programas de cuidados paliativos⁶.

De acuerdo al Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, Edición Cartográfica 2013, se menciona que México cuenta aproximadamente con 20-40 médicos por cada 10 000 habitantes y destina de 6-7% de PIB a la salud, siendo de los países que menos invierte en salud en Latinoamérica. Sin embargo, en el 2012 respecto a los cuidados paliativos cuenta con aproximadamente 47 equipos de cuidados paliativos de atención domiciliaria y cuenta con una certificación para los médicos anestesiólogos por el Consejo Mexicano de Anestesiología, el cual certifica como Médico Algólogo y Paliativista desde el 2010, en el 2019 se integra como una nueva especialidad médica.

Enfoques:

Los cuidados paliativos se enfocan en el control de los síntomas para conseguir una mejoría del bienestar de las personas, es un intento de aliviar las complicaciones de una enfermedad terminal actuando directamente sobre estos, aunque la causa de la patología no está contralada. El tratamiento de cada paciente va dirigido al nivel del sufrimiento. Se dan diferentes modelos terapéuticos los cuales van dirigidos a brindar al paciente un alivio total, o de no ser así un nivel máximo de alivio posible⁸. Se basan básicamente en tres

modelos dominantes de prestación de cuidados paliativos que son: cuidados paliativos hospitalarios, comunidad cuidados paliativos y hospicio⁹.

Los equipos de cuidados paliativos del hospital brindan consultas al médico tratante o asumen la supervisión primaria de la atención, según las preferencias del médico remitente. Las consultas se realizan en el entorno de pacientes hospitalizados, la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el departamento de emergencias (DE). Los cuidados paliativos comunitarios incluyen una gama de modelos diseñados para satisfacer las necesidades de las personas gravemente enfermas y sus familias, fuera del hospital. Los cuidados paliativos se pueden proporcionar en el hogar del paciente, en un hogar de ancianos, en un centro de vida asistida o en una clínica ambulatoria, como el consultorio de un médico, la unidad de diálisis o el centro oncológico. La atención de hospicio es un modelo de prestación de cuidados paliativos bien conocido e integral, pero en los Estados Unidos se limita a los pacientes con enfermedades terminales que aceptan renunciar a la cobertura del seguro para el tratamiento de la enfermedad. El beneficio de hospicio define la elegibilidad de hospicio como apropiada para los pacientes cuando dos médicos certifican un pronóstico de 6 meses de vida si la enfermedad sigue su curso habitual, y el paciente (o el tutor o familiar responsable) acepta renunciar a la cobertura del seguro o al tratamiento en la enfermedad terminal⁹.

Tipos:

Los tipos de cuidados paliativos van enfocados a las fases de una enfermedad terminal⁸.

- a) Fase inicial o etapa inicial de estabilidad: la cual sería cuando el paciente no presenta síntomas intensos ni alteraciones de su estado funcional. El tipo de cuidado paliativo que se puede brindar al paciente usualmente puede ser ambulatorio con citas espaciadas
- b) Segunda fase sintomática o estado de complicaciones generadoras de sufrimiento, con un mayor o menor grado de alteración funcional dependiendo de cada paciente. Se puede llevar ambulatoriamente, pero con una vigilancia más estrecha por si incrementa o disminuya el dolor se puede ajustar las dosis.
- c) La tercera etapa es una etapa en declive, esta se caracteriza por estar presentes complicaciones continuamente, y existe un deterioro funcional que altera la actividad diaria del paciente.

- d) La cuarta etapa es la fase agonizante o final donde están presentes signos intensos del proceso final, con gran deterioro de la situación funcional del paciente, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con pronóstico de 1-5 días. La evolución de una a otra etapa puede ser de manera repentina o de forma paulatina.

En la tercera y cuarta etapa se puede manejar con consultas domiciliarias si así desea el paciente o en manejo intrahospitalario cuidando el aspecto humanístico y ético en todo el proceso y poder brindarle al paciente el mejor manejo posible⁸.

Importancia del cuidado paliativo en los pacientes terminales

Actualmente los trabajadores de la salud especialistas en cuidados paliativos trabajan realizando modelos de atención complementarios dependiendo de la complejidad de la enfermedad, con la finalidad de que cada paciente reciba la atención que dé respuesta a sus necesidades de salud, de manera individual, integral y sistematizada¹⁰. Su importancia además radica en la necesidad del enfermo de ser orientado basada en una teoría Humanística, que significa preservar su integridad física, moral, emocional y espiritual, por medio de cuidados objetivos y flexibles¹¹.

La medicina y los cuidados paliativos buscan evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del paciente con enfermedad terminal. A pesar de haber sido descrita como “de baja tecnología y alto contacto”, la medicina y los cuidados paliativos no se oponen intrínsecamente a la tecnología de la medicina moderna, pero busca asegurar que sea el amor y no la ciencia la fuerza que oriente la atención al paciente. Las investigaciones y los tratamientos de alta tecnología solo se utilizan cuando sus beneficios superan claramente las posibles cargas. La ciencia se utiliza al servicio del amor y no viceversa. La medicina paliativa es un intento por restablecer el rol tradicional de los médicos y enfermeras: “curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”¹.

La trascendencia que tienen los cuidados paliativos es muy importante y no contar con estos conocimientos básicos durante nuestra formación como profesional de la salud en este campo te inhabilita para poder brindar una atención integral a los pacientes¹².

Conocer los aspectos importantes en los cuidados paliativos, permite en la atención primaria brindarles a los pacientes y familias actividades de educación familiar para los

cuidadores principales, apoyo informativo y emocional del paciente y familia, actividades en el duelo, con asesoramiento de las unidades de cuidados paliativos.

Capacitación en Cuidados Paliativos

El Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, tiene como objetivo el establecer los contenidos básicos de carácter introductorio en cuidados paliativos para capacitar personal de salud de atención primaria a través de un programa de educación continua interprofesional que se oferte en sedes regionales de la República Mexicana en colaboración de docentes profesionales de la salud en atención paliativa, esto con la finalidad de contribuir a la formación de equipos multidisciplinarios, primordialmente al binomio médico-enfermera para atención ambulatoria y/o domiciliaria y con un enfoque integrador, centrado en el paciente con enfermedad avanzada, progresiva y/o en fase terminal y de sus familias, favoreciendo cambio de actitud y enfoque integrador¹³.

Además este curso integra 5 competencias que permiten desarrollar las habilidades y destrezas que debe tener el trabajador de la salud del primer nivel que son: Trabajo profesional interdisciplinario y relaciones interpersonales, comunicación asertiva: habilidad para preparar la mejor estrategia de comunicación, utilizando un lenguaje empático, claro, veraz y respetuoso para informar de forma eficiente, y establecer, mantener y concluir una relación terapéutica, manejo adecuado del expediente clínico, conocimiento básico de tecnologías de información, trasmisión de conocimientos y facilitamiento en la toma de decisiones, aplicación de herramientas necesarias para la evaluación y control de síntomas, elaboración de documentos de consentimiento informado y directrices anticipadas, manejo de intervención en crisis¹³.

El Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria integra los siguientes siete pasos: Sensibilizar, identificar las necesidades de atención paliativa, capacitar recursos humanos, conformar estructura operativa en el entorno local, implementar atención paliativa básica, integrar redes locales de atención, evaluar el impacto de la capacitación en resultados en salud¹³.

Además de contemplar los 5 dominios fundamentales:

- Dominio I: Definición, objetivos y principios de los cuidados paliativos.
- Dominio II: Identificación y control de síntomas en cuidados paliativos.
- Dominio III: Atención psicológica, social y espiritual.
- Dominio IV: Gestión, coordinación y uso de recursos para la salud.
- Dominio V: Docencia e investigación¹³.

Panorama en cuidados paliativos y las estrategias de educación:

En la Guía de cuidados paliativos del 2018 en México se establece: “Será de carácter obligatorio contar con el aval de una institución de educación superior para el desarrollo de cursos de posgrado y educación continua en cuidados paliativos, para técnicos y profesionales de la salud de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, rehabilitadores, inhalo-terapeutas y otras disciplinas afines, así como para los no profesionales de la salud, como cuidadores y voluntarios”⁴.

La educación es uno de los pilares más importantes dentro de la prestación de los servicios en cuidados paliativos, a través de ella se transmiten los valores, principios, actitudes, gustos y sentimientos que dan la personalidad y filosofía del cuidado paliativo. Los pacientes paliativos y sus familias son una población altamente desprotegida y vulnerable, obligando a los profesionales de la salud a atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales con toda la capacidad posible⁴.

En todo el mundo, y particularmente en los países desarrollados, el número de personas mayores está aumentando, agregando presión sobre muchos temas de política sanitaria, así como importantes cuestiones financieras y éticas¹⁴.

Conforme aumenta la esperanza de vida, muchas personas viven pasados los 65 años y hasta edades muy avanzadas, de este modo el número de mayores aumenta de forma espectacular. Las poblaciones europeas, países desarrollados y regiones menos desarrolladas están envejeciendo. Junto con el envejecimiento de la población, los tipos de enfermedades por las cuales las personas padecen y fallecen también cambian. Las personas mueren, cada vez más, como resultado de enfermedades crónicas graves como son las enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares (incluyendo ictus), enfermedades crónicas e infecciosas respiratorias y cáncer y enfermedades reemergente¹⁴. Sería difícil determinar con certeza una enfermedad como principal causa de muerte, ya que muchos ancianos padecen diversas afecciones que pueden contribuir en su conjunto a la muerte. La demencia es un ejemplo de una afección que normalmente es menos diagnosticada¹⁴.

Hasta hace poco tiempo no se ha reconocido el papel de las personas que atienden a los mayores gravemente enfermos. Hay poco conocimiento oficial relativo a sus necesidades, aunque varía considerablemente el papel que desempeñan. Dicho papel puede incluir tareas de carácter íntimo como aseo, ayuda a la persona a vestirse e ir al baño, o tareas como tener que levantarles. Esta clase de cuidados son prestados por personas de parentesco muy cercano, a menudo viven en la misma casa y están

motivados por el amor y el deseo de mantener a la persona mayor fuera de una institución¹⁵.

Tradicionalmente, los cuidados paliativos han sido dirigidos con más frecuencia a las personas que padecen cáncer y no a las enfermedades crónicas no transmisibles, en parte porque el curso de la enfermedad es más predecible y por tanto se pueden reconocer y planear las necesidades de los pacientes y de sus familias. Una consecuencia de esto ha sido la percepción de que los cuidados paliativos son relevantes solo en las últimas semanas de vida y pueden ser proporcionados sólo por servicios especializados. Por lo que además de apoyar el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, hay que encontrar el camino para apoyar a las personas con enfermedades crónicas graves o con múltiples problemas crónicos de larga duración y tener en cuenta lo impredecible de la muerte¹⁵.

Estudios sistemáticos muestran evidencias claras de que los pacientes requieren la información precisa, que muchas veces no reciben la información suficiente y adecuada a su nivel sociocultural y que actualmente médicos y enfermeras tienen una capacidad limitada para detectar las necesidades de los pacientes¹⁶⁻¹⁷.

La formación e investigación son dos grandes aspectos que deben estar concebidos en los programas de formación de los equipos de cuidados paliativos.

En nuestro escenario actual es necesario integrar en los programas de educación en postgrado y pregrado conocimientos adecuados en cuidados paliativos ya que la sociedad cada vez necesita más de personal con formación en cuidados paliativos, además que cuenten con formación en aspectos emocionales.

Entre otras medidas se recomiendan las siguientes: establecimiento y mejoría de los currículos existentes, creación de estándares formativos y certificación de la competencia, aumento de los programas asistenciales y de su implicación en la docencia, aumento de contenidos paliativos en libros y revistas y desarrollo de estancias formativas en unidades de cuidados paliativos.¹⁷

Es necesario integrar en los programas de posgrado, sobre todo de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Geriátrica. Las estancias en unidades suponen un método excelente de aprendizaje, tal como afirma la recomendación de la Sociedad Americana de Oncología Clínica para sus especialistas en periodo formativo¹⁸.

Evaluación del conocimiento en cuidados paliativos:

Se han intentado evaluar muchas áreas respecto a los cuidados paliativos entre ellas son de interés las escalas que se han desarrollado para medir el nivel de conocimientos, actitudes ante la muerte o ambas. Entre ellas se encuentran el Rotterdam MOVE2PC, la PCQN, la PCKT, la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester o la escala Bugen de afrontamiento a la muerte, por citar algunas, sin embargo la mayoría de ellas fueron escritas en un idioma diferente al español lo que obstaculiza la validez y confiabilidad de su aplicación en población hispanoamericana, sin embargo la PCKT (Palliative Care Knowledge Test) ha sido previamente validada en población hispanohablante en su versión adaptada al español y utilizada en estudios publicados con anterioridad en nuestro país.

Instrumento:

Instrumento de evaluación del conocimiento en cuidados paliativos: Escala Palliative Care Knowledge Test (PCKT)

Esta escala (Palliative Care Knowledge Test) fue desarrollada y validada por Nakazawa et al en 2009 y modificado por Vinicius para la evaluación de los conocimientos sobre cuidados paliativos entre los profesionales de la salud. Esta escala consta de 23 preguntas con 6 subclases: filosofía de los cuidados paliativos (2 preguntas, 1 y 2), dolor (6 preguntas, del 3 al 8), disnea (4 preguntas, del 9 al 12), problemas psiquiátricos (4 preguntas, del 13 al 16), problemas gastrointestinales (4 preguntas, del 17 al 20), y Comunicación (3 preguntas, del 21 al 23). Teniendo dos posibilidades de respuesta: verdadero y falso¹⁹. El instrumento a utilizar fue modificado por por Vinicius y colaboradores para incluir 20 ítems del PCKT y agregando 3 ítems con un subtema de comunicación, esta se va a categorizar de acuerdo a su porcentaje de aciertos en nivel de conocimiento insatisfactorio (menos al 50%), aceptable (50-70%), deseable (71-80%), y excelente (más del 80%) conocimiento²⁰.

Validez y confiabilidad de Palliative Care Knowledge Test (PCKT)

El PCKT es un instrumento diseñado y validado en Japón durante el año 2009 por Nakazawa y colaboradores. Se encontró que la colaboración intraclase en la examinación test-retest fue de 0.88 y el coeficiente KR-20 de consistencia interna fue 0.81¹⁹. En el año 2017 en la revista CONAMED se evalúa la validez y confiabilidad del PCKT mediante una adaptación en español realizada por expertos clínicos con experiencia en anestesiología y

terapia del dolor, demostrando que tiene una confiabilidad aceptable de 0.81, los cinco subconjuntos poseen una correlación intraclase que oscila entre 0.61 y 0.82, considerado aceptable, con un Alpha de Cronbach's de 0.87²¹. En el año 2012 el instrumento en una versión adaptada de 25 preguntas fue utilizado en México por Lilia Medina y colaboradores en el estudio Nivel de conocimiento del personal de salud sobre cuidados paliativos²¹.

Marco referencial

La formación de los médicos en México hoy en día no tiene un enfoque bien definido en materia de cuidados paliativos. En nivel universitario la enseñanza sobre los cuidados paliativos es prácticamente escasa o nula. En el estudio del postgrado son pocas las sedes que integren los cuidados paliativos como parte de su plan de estudios¹².

El artículo de nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes de la Dra. Hernández-Quintero O. y asociados publicado en el año 2015 observaron que la totalidad de residentes participantes fueron 46, que realizaban atención secundaria de distintas especialidades como medicina interna, reumatología, cirugía, cuidados intensivos, medicina física y rehabilitación, pediatría y ginecología. De los residentes que encuestaron acerca de su percepción de nivel de cuidados paliativos, el 30.4% considera que son suficientes y el 69.5% reconoce que son escasos, lo cual refleja la necesidad de implementar en la formación de los profesionales de la salud la adquisición de destrezas y habilidades en el área de los cuidados paliativos¹².

Un artículo de gran relevancia para este tema es “Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un Hospital Universitario” un estudio transversal, descriptivo del autor Vinicius en Brasil realizado en el año 2017, publicado en el año 2019, con 96 encuestados. En cuanto a la autoevaluación sobre cuidados paliativos, 75 médicos (78%) afirmaron no haber recibido informaciones suficientes sobre pacientes en situación terminal mientras cursaban la carrera de grado. En relación con el manejo adecuado de enfermos con dolor, 62 profesionales (65%) admitieron no tener conocimientos suficientes. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre técnicas de comunicación y postura médica para dar malas noticias, 70 médicos (73%) afirmaron haber aprendido tales competencias. Por lo cual el estudio resalta que la mayoría de los médicos (más del 70%) afirmaron que no recibieron información suficiente sobre los cuidados paliativos durante la formación de grado. Posterior al análisis de todas las preguntas, sólo el 7% de la muestra presentó una evaluación excelente con un porcentaje de aciertos del 80% de las preguntas²⁰.

El artículo de una revista cubana de reumatología, titulado “Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el centro de reumatología” realizado en el año 2011 por López Mantecón y colaboradores, observaron en relación a los resultados sobre el nivel de información que tienen los médicos de cuidados paliativos que el 64.5% de los encuestados tienen un bajo nivel de conocimientos sobre los aspectos generales de los

cuidados paliativos. Del total de los encuestados solo 11, que representa en el estudio un 35.5% de la muestra, demostraron un nivel medio de conocimientos en relación al tema y ninguno posee elementos suficientes para clasificar como poseedores de niveles altos de conocimientos de cuidados paliativos²⁴. Este artículo demostró que no se encontraron diferencias significativas en las necesidades de aprendizaje sobre CP en la especialidad de reumatología comparadas con otras, sin embargo se considera que la formación en sus preceptos debe establecerse tanto en la enseñanza de pre como de postgrado²⁵.

Por último, el artículo nivel de conocimiento del personal de salud sobre cuidados paliativos de Medina y asociados publicado en el año 2012²¹ nos da una visión amplia acerca de este tema. Este estudio observacional, transversal y analítico tomo una muestra de todo el personal que labora en las clínicas de diabetes y módulos gerontológicos de las unidades de primer nivel, así como al personal de extensión hospitalaria, clínica del dolor, oncología y geriatría del segundo y tercer nivel de atención de las unidades que participaron. En el estudio se aplicó una ficha de identificación de datos sociodemográficos, y un cuestionario adaptado, elaborado y validado en Japón por Nakazawa y colaboradores¹⁹, que mide el conocimiento sobre cuidados paliativos con enfoque al manejo del dolor entre los profesionales de la salud. El tamaño de muestra fueron 144 trabajadores de la salud. En los resultados se obtuvo que el 7 % del personal de la salud obtuvo resultados aceptables en conocimientos totales; el 16.7% en conocimientos sobre el dolor, y 28.5% en conocimientos generales. Los integrantes del estudio concluyeron que se identificó la necesidad de capacitar al personal de salud. Se observó que el nivel de conocimientos de médicos y enfermeras es bajo, todavía es menor en los otros profesionales de la salud, lo que pone en manifiesto la necesidad de capacitar a estos profesionales para así obtener mejores logros del equipo multidisciplinario²¹.

En el año 2017 la CONAMED diseñó un estudio descriptivo, con una selección aleatoria simple, se obtuvo una población de 92 enfermeros del municipio de Sabinas Hidalgo N.L. Se seleccionaron por medio de un muestreo aleatorio simple con una muestra final de 77 enfermeros. Se utilizó la versión en español del "Palliative Care Knowledge Test" para evaluar el conocimiento de los cuidados paliativos. Los datos se analizaron con el uso del SPSS versión 23. Obteniendo como resultados un porcentaje medio de respuestas correctas identificado sobre conocimiento de cuidados paliativos en la muestra total fue de 35%, lo cual se considera bajo; en este mismo estudio se validó el

instrumento utilizado, el cual fue traducido por expertos clínicos con experiencia médica en anestesiología y terapia del dolor, para el proceso de validación se eligió un grupo de estudio de 10 enfermeros con el fin de verificar si comprendían los términos utilizados en cada pregunta con la posibilidad de realizar modificaciones para garantizar claridad y comprensión del contenido, las cuales no fueron necesarias³.

Un estudio de la residencia de medicina familiar de la Universidad Dalhousie donde evaluaron a los residentes de nuevo ingreso y los que egresan en donde se destaca que los residentes de medicina familiar en cuanto a sus conocimientos y actitudes con los enfermos terminales identifican la necesidad de una buena comunicación médico-paciente, para el alivio del sufrimiento y para el apoyo de los pacientes y sus familias. Durante este estudio se encontró que el 58% de los residentes tienen un conocimiento satisfactorio de los cuidados paliativos motivo por el cual nos vamos a basar en este artículo para realizar nuestra hipótesis. Recomienda que dentro de los programas de residencia deban estar incluidos los cuidados paliativos para mejorar aún más estas actitudes y habilidades. Específicamente, recomienda encontrar oportunidades para que aprendan estrategias de control de síntomas. Estas oportunidades debieran obtenerse en los consultorios de medicina familiar, durante las visitas domiciliarias, mientras se atiende a pacientes hospitalizados, o en experiencias especializadas como cuidados paliativos, medicina interna y cirugía. También importante desarrollar seminarios académicos, situaciones de aprendizaje en grupos pequeños basados en problemas u oportunidades de auto instrucción. Entendiendo que todos los médicos que enseñan deben dar el ejemplo a los alumnos de que cuidar es tan importante y tan gratificante profesional y personalmente como curar.²⁵

Justificación:

En México y el mundo existe una gran prevalencia y una tendencia al alza de enfermedades crónicas, se prevé que en un futuro estas y otras enfermedades irán en aumento debido al incremento en la esperanza de vida, las curvas poblacionales con tendencia a la longevidad, la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, el desarrollo de cada vez más frecuente de neoplasias, enfermedades respiratorias crónicas y SIDA. Por otra parte, México amerita una mayor disponibilidad en la atención de los enfermos que pudieran requerir cuidados paliativos; en el país se tiene una deficiencia importante por parte de los profesionales de la salud en proveer el alivio de dolor para un trato humanizado y para el paciente terminal y su familia, por lo cual, es necesario que un equipo multidisciplinario y especializado conduzca de manera adecuada esta etapa.

Recientemente, en el 2019 se publicó el Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, que tiene como objetivo establecer los contenidos básicos en cuidados paliativos para capacitar personal de salud de atención primaria ante la importante necesidad de profesionalizar a trabajadores de la salud en cuidados paliativos, ya que se ha observado que los programas contra las patologías crónicas tienen poco impacto en la prevención primaria enfocándose primordialmente en el tratamiento curativo que en muchos de los casos es inexistente.

El médico familiar, de manera específica es el coordinador entre los niveles asistenciales y mantiene un seguimiento adecuado y continuo de los pacientes, tanto en las consultas diarias como en las visitas domiciliarias, en especial con enfermedades terminales. Sin embargo, solo unas pocas unidades de primer nivel de atención son las que cuentan con servicios de cuidados paliativos, por lo que es imprescindible que los programas de formación de médicos residentes contengan temas relacionados al cuidado del paciente terminal y su familia, que permitan un enfoque completo y la mejor atención posible y que al terminar su formación como Médicos Familiares tengan una visión más completa acerca del abordaje de este tipo de pacientes.

El residente médico de la especialidad de Medicina Familiar cumple con una doble función en la medicina paliativa. La primera es que, dentro del mapa curricular amerita observar en el medio en el que se desenvuelve el paciente, así como conocer el entorno

familiar, social y ambiental del mismo. Esta especialidad es la única que integra a la familia como parte de la identidad del paciente al involucrarlos de manera activa dentro del padecimiento del enfermo, incluso al final de la vida.

Indagar en los conocimientos del médico residente de medicina familiar está justificado, debido a que la adquisición de competencias y habilidades en el área de cuidados paliativos depende de un aparato teórico y práctico que les proporcione experiencia mediante el conocimiento de la historia clínica y familiar del paciente, de manera integral, accesible, coordinándose con el equipo multidisciplinar y la participación de la comunidad y la familia.

No hay estudios en nuestro entorno que describan el nivel de conocimiento de los residentes de Medicina Familiar del IMSS, por lo que este trabajo permitirá realizar recomendaciones para la implementación de estrategias educativas para el desarrollo de competencias en el contexto de esta área, otorgando herramientas a los médicos residentes para enriquecer su formación para su futuro actuar como médicos familiares y de esta manera mejorar la calidad de la educación de los futuros médicos especialistas de primer nivel que atenderán a la mayor parte de la población mexicana.

Planteamiento del problema:

Los cuidados paliativos ofrecen a los pacientes terminales el alivio del dolor cuando el tratamiento ya no es curativo; sin embargo, en el mundo solo son recibidos por alrededor del 14% de las personas que los necesitan, de las cuales el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo y mediano de acuerdo a cifras de la OMS. Actualmente, se conoce que la mayoría de los padecimientos que requiere de este tipo de cuidados son enfermedades crónicas de acuerdo a la Guía de Manejo de Cuidados Paliativos, asimismo, se puede observar que son patologías que diariamente se tratan en la consulta de Medicina Familiar, como: padecimientos cardiovasculares 38.5%, cáncer 34%, enfermedades respiratorias crónicas 10.3%, VIH/SIDA 5.7%, diabetes un 4.6%, entre otras y muchos de estos pacientes, fallecen diariamente sin poderles asegurar una atención integral con los cuidados paliativos correspondientes.

En México desde los años 60's se inicia la formación de médicos con enfoque en el manejo del dolor y atención del enfermo terminal, sin embargo, no es hasta el siglo XXI, en diciembre de 2014 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, Nom-011 SSA3- 2014, criterios para la atención de enfermos en situación

terminal a través de los cuidados paliativos, acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de Cuidados Paliativos. No obstante, en los programas de universidades formadoras de médicos generales, en su mayoría no se incluye ninguna materia que permita la formación integral para la atención del enfermo terminal y los cuidados paliativos en el pregrado. Esto de igual forma ocurre en los programas de formación de médicos familiares lo cual no incluyen los Cuidados paliativos como parte de su programa operativo.

Los médicos familiares tienen la responsabilidad de dirigir la atención de los pacientes terminales en nuestro país, inclusive la visita domiciliaria de los enfermos crónicos con pronósticos desfavorables; sin embargo y, a pesar de que es de vital importancia que todos cuenten con los conocimientos de atención en cuidados paliativos como se establece en el Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, se observa en el actuar médico deficiencias en los conocimientos de este tipo de cuidados, con la omisión de otorgar una atención integral y de calidad a estos pacientes y sus familias.

La OMS menciona que la falta de formación y de concientización sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento y acceso de los mismos y no existe evidencia de un estudio que mida los conocimientos de este a nivel mundial, ni suficiente a nivel nacional. El conocimiento escaso acerca de cuidados paliativos hace en el actuar del Médico Familiar referencias inadecuadas a servicios como oncología y neurología, aunado a esto el uso excesivo de AINES (antiinflamatorios no esteroideos) en pacientes que requieren cuidados paliativos, dificulta y retrasa su manejo.

En la consulta diaria se puede observar que los tres niveles de atención tienen conocimientos deficientes de cuidados paliativos, esto parece ser debido a la poca o nula enseñanza de estos durante su formación. Por lo tanto, se llega a la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de investigación:

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina Familiar, del HGR C/MF No. 1, de Cuernavaca, Morelos?

Objetivos:

Objetivo general:

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de los cuidados paliativos en los médicos residentes de medicina familiar del HGR C/MF No. 1, de Cuernavaca, Morelos.

Objetivos específicos:

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los médicos residentes de medicina familiar del HGR /MF1
- Caracterizar aspectos académicos de los médicos residentes de medicina familiar del HGR /MF1
- Identificar en los médicos residentes de medicina familiar del HGR C/MF No. 1, de Cuernavaca, Morelos cursos previos de cuidados paliativos.

Hipótesis:

- El nivel de conocimientos de cuidados paliativos es insatisfactorio, en al menos el 58% de los médicos residentes de medicina familiar en el HGR C/MF No.1, de Cuernavaca, Morelos. IMSS²⁵.

Material y métodos:

Objeto de estudio: epidemiológico

Fuente de datos: Primaria

Tiempo en el que se estudia el evento: transversal.

Control de las variables: observacional.

Fin o propósito: descriptivo

Diseño: transversal, descriptivo.

Universo de trabajo:

Todos los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar adscritos Hospital general regional con Medicina Familiar No 1 Cuernavaca Morelos en el periodo de octubre a diciembre del 2020.

Recolección de datos:

Es un estudio transversal, descriptivo, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia previo a consentimiento informado autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud. Este se realizó en 3 momentos.

En el primer momento el residente pidió permiso a las autoridades docentes de realizar un cuestionario autoaplicable a los residentes de medicina familiar, misma que aplicó al cierre del seminario de investigación, explicando la finalidad del trabajo de investigación con una duración aproximada de 15 minutos, aclarando dudas de los participantes y notificándoles que no fue coercitivo.

En el segundo momento se solicitó su consentimiento informado a los residentes de medicina familiar, para poder otorgar el cuestionario, explicando las instrucciones de llenado y aclarando las dudas del instrumento. El tiempo aproximado de llenado fue de 15 minutos sin ninguna presión al realizarlo.

El tercer momento conllevó la realización del cuestionario por los participantes. En el caso de que algún residente falte, se le preguntó de manera personal si quería participar en el estudio, y se reagendo la aplicación del cuestionario previo a consentimiento informado. Los residentes que se encontraron en el servicio social al momento de tomar la muestra, y quisieron participar en el proyecto se les envió el cuestionario vía correo electrónico con el

consentimiento informado para su realización. Posteriormente el residente envió sus resultados escaneando el documento.

El cuestionario se estructuró de la siguiente manera: primera parte por aspectos sociodemográficos de los residentes, la segunda parte está conformada por el instrumento validado por Nakasawa y modificado por Vinicius, con 23 preguntas con 6 subclases: filosofía de los cuidados paliativos (2 preguntas, 1 y 2), dolor (6 preguntas, del 3 al 8), disnea (4 preguntas, del 9 al 12), problemas psiquiátricos (4 preguntas, del 13 al 16), problemas gastrointestinales (4 preguntas, del 17 al 20), y comunicación (3 preguntas, del 21 al 23). Teniendo dos posibilidades de respuesta: verdadero y falso. La descripción del nivel de conocimientos de los médicos residentes se realizó con cada referencia utilizando porcentajes para cada categoría de conocimiento. El instrumento que se utilizó en el estudio fue modificado por Vinicius y colaboradores para incluir 20 ítems del PCKT y agregando 3 ítems con un subtema de comunicación, esta se evaluó de acuerdo a su porcentaje de aciertos en nivel de conocimiento insatisfactorio (menos al 50%), aceptable (50-70%), deseable (71-80%), y excelente (más del 80%) conocimiento.²⁰

Tamaño de muestra:

No se realizó cálculo del tamaño de muestra dado que se incluyó a todos los 60 residentes de medicina familiar de HGR1 con MF. Se estimó tomar en cuenta el 20% de no participación y se realizó un cálculo del poder de la muestra con los que finalmente participaron en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Ser médico residente de medicina familiar adscrito al Hospital general regional con Medicina Familiar No 1 Cuernavaca Morelos que desee participar.

Criterios de exclusión:

No existen criterios de exclusión.

Criterios de eliminación:

- Que no haya completado las preguntas de manera completa del instrumento.
- Residentes que se dieron de baja posterior a la realización de la encuesta.

Algoritmo de protocolo:

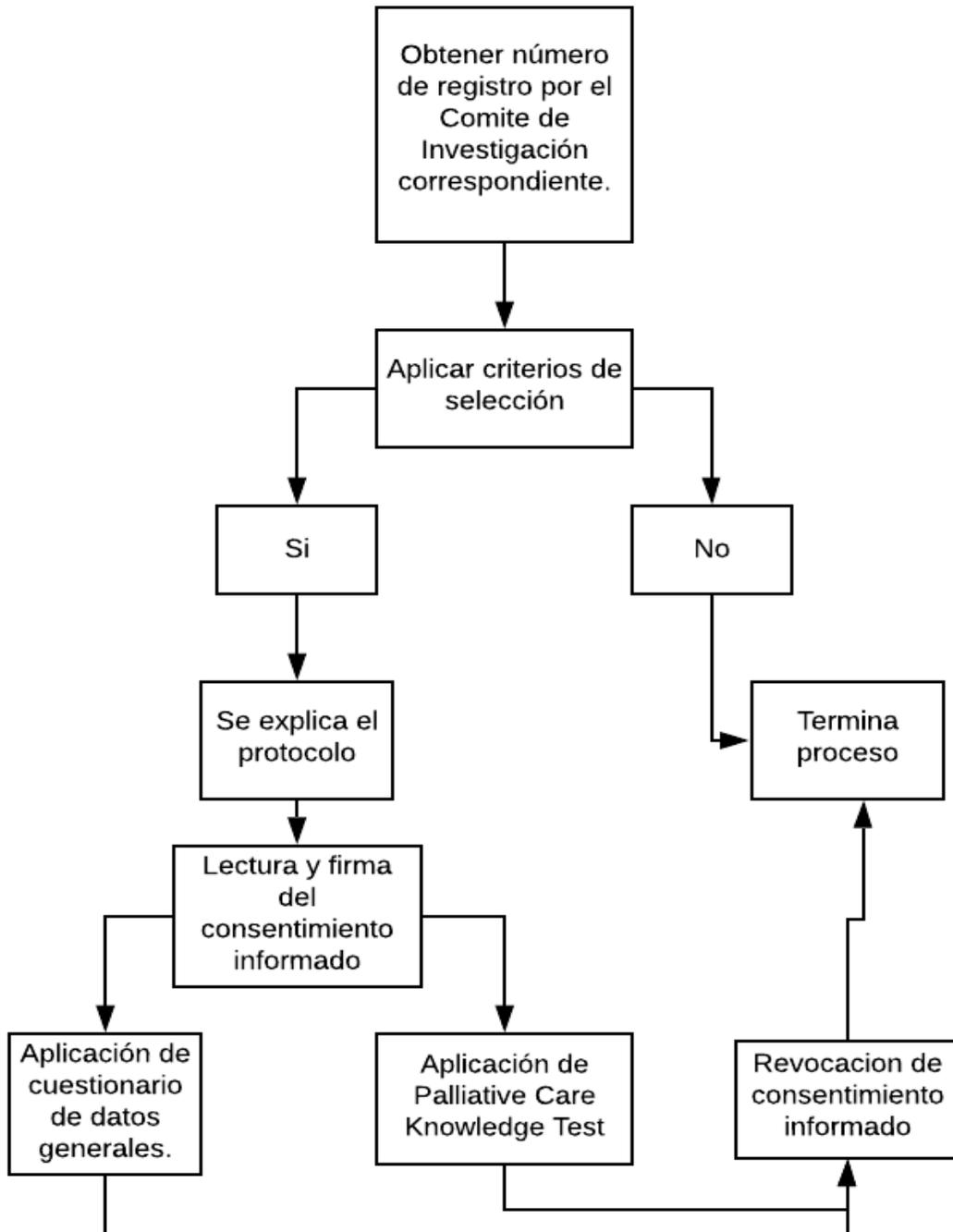


Tabla de variables:

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador.	Unidad de medición
Nivel de conocimiento	Dependiente	Grado para comprender y conocer por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas enfocado a cuidados paliativos en médicos residentes de medicina familiar.	De acuerdo al puntaje obtenido en la Escala Palliative Care Knowledge Test modificado por Vinicius y colaboradores se va a medir el nivel de conocimiento de cuidados paliativos en los participantes del estudio.	Cuantitativo re escalada a Cualitativa ordinal politómica	Insatisfactorio: (menos del 50%) Aceptable (50-70%) Deseable: (71-80%) Excelente: (más del 80%)
Sexo	Covariable	La totalidad de las características de la estructura reproductiva, las funciones, el fenotipo y el genotipo.	De acuerdo a lo que la persona mencione en la Cédula de identificación.	Cualitativa nominal dicotómica	1: Masculino 2: Femenino
Edad	Covariable	Tiempo que ha vivido una persona.	De acuerdo a los años cumplidos en el momento de la tomar el cuestionario en la Cédula de identificación.	Cuantitativa discreta	Años Cumplidos.
Religión	Covariable	Un conjunto de creencias sobre la naturaleza, la	De acuerdo a la religión que	Cualitativa nominal	Cedula de identificación.

		causa y el propósito del universo, especialmente cuando se considera como la creación de una agencia sobrehumana. Por lo general, implica observancias devocionales y rituales y, a menudo, un código moral para la conducción de los asuntos humanos.	profese en el momento de realizar el cuestionario en la cedula de identificación.	politómica	1: Católica 2: Cristiana 3: Testigo de Jehová 4: Ateo
Estado civil	Covariable	Un parámetro demográfico que indica el estado de una persona con respecto al matrimonio, el divorcio, la viudez, la soltería, etc.	De acuerdo al estado civil que se encuentre el participante en el momento de realizar el cuestionario en la cédula de identificación.	Cualitativa nominal politómica	Cédula de identificación. 1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre 4: Viudo
Nivel de Residente	Covariable	Grado académico respecto al curso de especialización de residencias médicas.	De acuerdo al año que este cursando el residente al momento de realizar el cuestionario en la cedula de identificación.	Cualitativa ordinal politómico	Cédula de identificación. 1: Residente de primer año 2: Residente de segundo año 3: Residente de tercer año
Curso previo de cuidados paliativos.	Covariable	Se llevó a cabo previamente un curso relacionado a cuidados paliativos	De acuerdo a si tomo un curso previamente el participante al momento de	Cualitativa nominal dicotómico	Cédula de identificación. 0: No 1: Si

			realizar el cuestionario en la cedula de identificación.		
--	--	--	---	--	--

Plan de análisis:

Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos en Microsoft Excel, el análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA versión 13.

Se realizó análisis descriptivo, a las variables cualitativas calculándose frecuencia y proporciones, a las variables cuantitativas, se les cálculo medidas de tendencia central y de dispersión.

Consideraciones éticas:

De acuerdo a las disposiciones en materia de investigación se estableció este protocolo bajo el siguiente marco legal:

LEY GENERAL DE SALUD: Título Quinto. Investigación para la salud, Capítulo único.

ARTICULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

Además, bajo el REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, en materia de Investigación para la Salud y la Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la **DECLARACIÓN DE HELSINKI 2013** como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD EN SERES HUMANOS, 2016.

PAUTA 1. Valor social y científico, y respeto a los derechos.

Para ser éticamente aceptable, la investigación relacionada con la salud con seres humanos, incluida la investigación con muestras de tejidos o datos humanos, debe tener un valor social. El valor social y científico de una investigación puede ser difícil de cuantificar, pero generalmente se sustenta en tres factores: la calidad de la información que ha de producirse, su pertinencia para abordar problemas de salud importantes, y su contribución a la formulación o evaluación de intervenciones, políticas o prácticas que promuevan la salud de la persona o la salud pública. Para que una investigación relacionada con la salud tenga valor social, es esencial que su diseño sea científicamente sólido y que ofrezca un medio para generar información que de otra manera no podría obtenerse.

PAUTA 3. Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación.

La distribución equitativa de los beneficios y las cargas en la selección de las poblaciones de un estudio requiere que los beneficios de la investigación se distribuyan de forma justa y que ningún grupo o clase de personas asuma una parte mayor que su cuota justa de los riesgos o las cargas por su participación en la investigación.

PAUTA 4. Beneficios individuales y riesgos de una investigación.

Los participantes en una investigación relacionada con la salud a menudo se ven expuestos a una variedad de intervenciones o procedimientos, muchos de los cuales entrañan algún riesgo, los procedimientos incluyen encuestas y entrevistas, exámenes clínicos, monitoreo, etc, así como los métodos usados en la realización de la investigación, como la aleatorización. En términos generales, el riesgo ha de entenderse

como el estimado de dos factores: primero, cuán probable es que un participante sufra un daño físico, psicológico, social de otro tipo; y segundo, cuál es la magnitud o importancia de ese daño. Una investigación tiene una variedad de posibles beneficios individuales, entre ellos está generar conocimiento necesario para proteger y promover la salud de los futuros pacientes.

Relación riesgo-beneficio:

Los posibles riesgos durante la realización del estudio fueron mínimos, debido a que al tratarse de sujetos que pudieran considerarse población vulnerable debido a que son médicos que se encuentran en formación y subordinados a un coordinador académico, sin embargo, los investigadores no se encontraron con ninguna relación directa en cuanto al programa operativo de su especialidad por lo que no existe conflicto de interés alguno, coacción o influencia indebida, solo se pedirán datos generales sociodemográficos y un test de conocimiento sobre cuidados paliativos, siempre protegiendo la identidad de los participantes mediante un número de identificación que solo conocía el investigador.

Los beneficios de participar en el estudio fueron que aquellos residentes que resultaron con nivel insatisfactorio de conocimiento en el cuestionario estructurado, se le proporciono un tríptico con información básica para complementar su conocimiento en cuidados paliativos este fue impreso con los links para adquirir de manera electrónica la información más actual acerca de los cuidados paliativos, además de una ponencia con la información más reciente acerca de los cuidados paliativos en México y en el mundo y mostrar las principales fuentes en las que se pueda consultar información práctica que pueda ayudar en su quehacer diario como médico familiar.

Se garantizó la confidencialidad de los datos, solo identificándolo por la matrícula en el instrumento, datos que solo fueron utilizados para fines de investigación y sin otorgar la información a jefes superiores o a la coordinación de educación. Por otra parte, toda la base de datos estuvo en una sola computadora que fue resguardada por el residente, calificando en ese mismo momento, si es que el puntaje obtenido fue bajo se le dio de manera confidencial garantizando así que no fuera utilizado para otros fines.

Obtención del consentimiento informado:

Después de aplicar los criterios de selección fueron invitados a participar en el estudio aquellos que los cumplían, se explicó de forma detallada la información respecto a los procedimientos, los beneficios y riesgos de la investigación, respondiendo a las preguntas que surgieron sobre el estudio de investigación, se dio por escrito el consentimiento informado antes de iniciar el estudio, que fue firmado y fechado por el sujeto de investigación o su representante legal y se otorgó una copia del mismo.

Uso de datos

La información que se obtuvo en este estudio es solo de uso exclusivo para este proyecto de investigación, fueron evaluados los cuestionarios por los investigadores, mismos que fueron resguardados por los mismos y vaciados en una base de datos, fueron protegidos los datos en una computadora personal la cual se encuentra con actualizaciones de sistema operativo y antivirus que no permitieron vulnerabilidades para robo de información y se encuentra bloqueada por una contraseña personal identificada solo por los investigadores; el nombre del participante no se solicitó en el instrumento de evaluación y no fue depositado en la base de datos, solo se anexo al cuestionario el número de matrícula.

Control de calidad:

El PCKT es un instrumento diseñado y validado en población hispanohablante. Se encontró que la colaboración intraclase en la examinación test-retest fue de 0.88 y el coeficiente KR-20 de consistencia interna fue 0.81. En el año 2017 en la revista CONAMED se evaluó la validez y confiabilidad del PCKT mediante una adaptación en español realizada por expertos clínicos con experiencia en anestesiología y terapia del dolor, demostrando que tiene una confiabilidad aceptable de 0.81, los cinco subconjuntos poseen una correlación intraclase que oscila entre 0.61 y 0.82, considerado aceptable, con un Alpha de Cronbach's de 0.87, por lo cual es un instrumento apropiado para la evaluación el conocimiento en cuidados paliativos en este protocolo.

Recursos, financiamiento y factibilidad:

Recursos Humanos

- 1.-Residentes de Medicina Familiar.
- 2.-El propio investigador.
- 3.-Asesores metodológico.

Recursos materiales

- Computadora, papelería de oficina.
- Software Windows vista, programa Excel.
- Cuestionarios y base de datos
- Impresora, hojas, copias, lápices, borradores y carpetas

Recursos Financieros.

La papelería, hardware y software fue proporcionada por los investigadores, el resto de los recursos financieros fue proporcionado por la institución de salud a través de las becas asignadas a los investigadores.

Resultados

De los 60 médicos que se tenía previsto, 6 no aceptaron participar en el estudio por lo que el poder estadístico con ese tamaño de muestra fue superior al 80%.

De los 54 médicos residentes que se investigaron se observaron las siguientes variables sociodemográficas, una mediana de edad de 30 años con un rango de edad que va desde los 28 a los 33 años, mujeres (74.1%), solteros con un 61.1%, hubo homogeneidad en los grupos de residencia distribuyéndose de manera equilibrada. En cuanto a la escolaridad solo el 1.9% contaba con maestría y cursos previos sobre cuidados paliativos con un 3.7%. Por otra parte, el puntaje en los participantes oscilaba entre aceptable e insatisfactorio (96.3%), ningún participante alcanzó el nivel de excelencia. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Características de la población

Variable	Valor
Edad* (años)	30(28-33)
Grado**	
Primer año	21(38.9%)
Segundo año	19(35.2%)
Tercer año	14(25.9%)
Escolaridad	
Licenciatura	53 (98.2%)
Maestría	1 (1.9%)
Religión	
Católica	45 (83.3%)
Cristiana	2 (3.7%)
Ateo	4 (7.4%)
Agnóstica	2 (3.7%)
Judía	1 (1.9%)
Sexo	
Masculino	14(25.9%)
Femenino	40(74.1%)
Estado civil	
Soltero	33(61.1%)

Casado	13(24.1%)
Unión libre	8(14.8%)
Cursos previos	
No	52(96.3%)
Si	2(3.7%)
Puntaje de la Escala Palliative Care Knowledge Test***	56.9 ±9
Insatisfactorio	12(22.2%)
Aceptable	40(74.1%)
Deseable	2(3.7%)

*mediana con rangos ** porcentaje *** media con su desviación estándar n:54

En esta tabla podemos observar los porcentajes adquiridos de los participantes por cada pregunta del cuestionario previamente realizado, obteniendo el porcentaje de respuestas correctas e incorrectas.

Las preguntas con mayor número de aciertos fueron la 21 con un 98.15%, la pregunta 2 donde dice que los cuidados paliativos no deben ser brindados con tratamiento para el cáncer y la pregunta número 22 con las informaciones que los pacientes y las familias solicitan y el grado en que los pacientes y las familias participan en la toma de decisiones pueden cambiar de acuerdo con el curso de la enfermedad y la condición. En cuanto a las preguntas con menos aciertos es la 23 que no deben brindarse informaciones inciertas al paciente o la familia pues pueden causar ansiedad adicional con un 7.41% y la pregunta número 4 y con un porcentaje de 11.11%. Tabla 2

Tabla 2. Respuestas Ítems analizados con respuestas correctas

Área	Preguntas	Respuesta correcta	Porcentaje
Filosofía	1.- Los cuidados paliativos sólo deben ser brindados a los enfermos que no disponen de tratamientos curativos	40	74.07%
	<u>2.- Los cuidados paliativos no deben ser brindados junto con tratamientos para el cáncer</u>	<u>50</u>	<u>92.59%</u>
Dolor	3.- Cuando los opioides son tomados de forma regular, los anti-inflamatorios esteroides no deben ser usados	36	66.67%
	<u>4.- El uso a largo plazo de opioides puede, muchas veces, inducir dependencia</u>	<u>6</u>	<u>11.1%</u>
	5.- El uso de opioides no influye en el tiempo de supervivencia	36	66.67%
	6.- Los opioides son las drogas de primera elección en el manejo del paciente con dolor	46	85.19%
	7.- Algunos medicamentos antidepresivos y anticonvulsivos ayudan a aliviar el dolor del cáncer	49	90.74%
	8.- El uso de laxantes es eficaz en la prevención de la constipación inducida por opiáceos	46	85.19%
Disnea	<u>9.- El aumento de la dosis de opioides debe ser limitado porque la depresión respiratoria puede tener lugar como un efecto colateral</u>	<u>6</u>	<u>11.11%</u>
	10.- La morfina debe ser utilizada para aliviar la disnea en pacientes con cáncer	14	25.93%
	11.- Los niveles de saturación de oxígeno están correlacionados con la disnea	14	25.93%
	12.- Las drogas anticolinérgicas o el bromhidrato de escopolamina son eficaces para el alivio de las secreciones bronquiales	43	79.63%
Problemas psiquiátricos	13.- Si la temperatura ambiente fuera mantenida más alta (caliente), los pacientes con disnea frecuentemente experimentan alivio	24	44.44%
	14.- Los benzodiazepinas deben ser eficaces para el delirium	29	53.70%
	15.- Algunos pacientes terminales necesitarán sedación continua para aliviar el sufrimiento	47	87.04%

	16.- La morfina es frecuentemente causante de delirium en enfermos terminales o en pacientes con cáncer	17	31.48%
Problemas gastrointestinales	17.- El delirium tiene lugar frecuentemente en pacientes que son propensos a síntomas mentales	18	33.33%
	18.- En los estadios terminales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en relación con los estadios iniciales	27	50%
	19.- Los esteroides deben mejorar el apetito entre los pacientes con cáncer avanzado	17	31.48%
	20.- La infusión intravenosa no será eficaz para aliviar la boca seca en pacientes terminales	35	68.81%
Comunicación	<u>21.- La habilidad de la comunicación puede aprenderse</u>	<u>53</u>	<u>98.15%</u>
	<u>22.- Las informaciones que los pacientes y las familias solicitan y el grado en que los pacientes y las familias participan en la toma de decisiones pueden cambiar de acuerdo con el curso de la enfermedad y la condición</u>	<u>49</u>	<u>90.74%</u>
	<u>23.- No deben brindarse informaciones inciertas al paciente o a la familia, pues pueden causar ansiedad adicional</u>	<u>4</u>	<u>7.41%</u>

Al hacer el cruce de variables al indagar el grado de residencia con el nivel de conocimientos se observa que no existe diferencia entre los grupos de comparación, siendo esta diferencia no estadísticamente significativa. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre el grado y nivel de conocimientos

Grado	Inaceptable	Aceptable	Deseable	p*
n=54				
Primero	5 (23.8%)	16 (76.2%)	0(0%)	0.692
Segundo	3(15.8%)	15 (78.9%)	1(5.3%)	
Tercero	4(28.6%)	9 (64.3%)	1(7.1%)	

*Chi2

Lo mismo ocurre al realizar el cruce entre escolaridad y la religión asociada con el nivel de conocimientos notándose que existe una disparidad en el tamaño de muestra al comparar ambas variables, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Ver Tabla 4 y 5)

Tabla 4. Relación entre la Escolaridad y nivel de conocimiento

Escolaridad	Inaceptable	Aceptable	Deseable	p*
n=54				
Licenciatura	12(22.6%)	39(73.6%)	2(3.8%)	0.837
Maestría	0(0%)	1(100%)	0(0%)	

*Chi2

Tabla 5. Relación entre la Religión y nivel de conocimiento

Religión	Inaceptable	Aceptable	Deseable	p*
n=54				
Católica	10(22.2%)	33(73.3%)	2(4.4%)	0.886
Cristiana	0(0%)	2(100%)	0(0%)	
Ateo	2(50.0%)	2(50.0%)	0(0%)	
Agnóstica	0(0%)	2(100%)	0(0%)	
Judía	0(0%)	1(100%)	0(0%)	

*Chi2 n:54

Se observa en el sexo femenino tiene mejor conocimiento en comparación con el masculino, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el Sexo y nivel de conocimiento

Sexo	Inaceptable	Aceptable	Deseable	p*
n=54				
Masculino	2(14.3%)	12(85.7%)	0(0%)	0.454
Femenino	10(25.0%)	28(70.0%)	2(5.0%)	

*Chi2 n:54

No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de conocimiento con el estado civil de los participantes. (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Relación entre el estado civil y nivel de conocimiento

Estado civil	Inaceptable	Aceptable	Deseable	p*
n=54				
Soltero	9(27.3%)	23(69.7%)	1(3.0%)	0.419
Casado	3(23.1%)	9(69.2%)	1(7.7%)	
Unión libre	0(0%)	8(100%)	0(0%)	

*Chi2 n:54

Cuando comparamos cursos previos y el nivel de conocimientos no encontramos diferencias estadísticamente significativas (Ver Tabla 8). Al realizar el cruce entre curso previo y escolaridad se observaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, al hacer la corrección de Yates estas no fueron estadísticamente significativas. (Ver Tabla 9)

Tabla 8. Relación entre curso previo y nivel de conocimiento

Curso previo	Inaceptable	Aceptable	Deseable	p*
No	11(21.2%)	39(75.0%)	2(3.9%)	0.619
Si	1(50.0%)	1(50.0%)	0(0%)	

*Chi2 n:54

Tabla 9. Relación entre curso previo y escolaridad

Curso previo	Licenciatura	Maestría	p*
No	52(100%)	0(0.00%)	0.000
Si	1(50.0%)	1(50.0%)	

*Chi2 n:54

Discusión

En México y el mundo existe una tendencia al alza de enfermedades crónicas, debido al incremento en la esperanza de vida, las curvas poblacionales con tendencia a la longevidad, la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, el desarrollo de cada vez más frecuente de neoplasias, enfermedades respiratorias crónicas y SIDA. En México se tiene una deficiencia importante por parte de los profesionales de la salud en proveer el alivio de dolor para un trato humanizado y para el paciente terminal y su familia (13).

Pocas unidades de primer nivel de atención son las que cuentan con servicios de cuidados paliativos, por lo que es imprescindible que los programas de formación de médicos residentes contengan temas relacionados al cuidado del paciente terminal y su familia, que permitan un enfoque completo y la mejor atención posible y que al terminar su formación como Médicos Familiares tengan una visión más completa acerca del abordaje de este tipo de pacientes. El conocimiento en médicos residentes en el país no ha sido explorado.

El presente estudio se llevó a cabo en 54 médicos residentes cursando la especialidad de Medicina Familiar durante el año 2020, adscritos al HGR c/MF No. 1. Cuernavaca, Morelos, México. El grupo de estudio tenía una mediana de edad de 30 años con un rango de 28-33 años, el 74.1% de los participantes fueron mujeres, solteros un 61.1%, los participantes por grado de residencia se distribuyeron de manera equilibrada. Únicamente el 1.9% tenía un postgrado y el 3.7% tenía cursos previos sobre cuidados paliativos. Ningún participante alcanzó el nivel de excelencia, el 22.2% tuvo un resultado insatisfactorio, el 74.1% aceptable y el 3.8% deseable. Al comparar las variables como; grado de residencia, posgrados terminados, religión, sexo, estado civil o cursos previos, con el nivel de conocimientos obtenido en los médicos residentes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los cruces.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio comparten la idea de la importancia de evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en los trabajadores de la salud; López Mantecón et al (24), realizaron un estudio en el año 2011, sobre el nivel de información que tienen los médicos de cuidados paliativos se observó que el 64.5% de los encuestados tienen un bajo nivel de conocimientos sobre los aspectos generales de los cuidados paliativos. Solo 11 encuestados, que representa en el estudio un 35.5% de la muestra, demostraron un nivel medio de conocimientos en relación al tema y ninguno posee elementos suficientes para clasificar como poseedores de niveles altos de

conocimientos de cuidados paliativos. Nakazawa et al (19), en su estudio se aplicó una ficha de identificación de datos sociodemográficos, y un cuestionario adaptado, elaborado y validado, aplicado a 144 trabajadores de la salud. En los resultados se obtuvo que el 7% del personal de la salud obtuvo resultados aceptables en conocimientos totales; el 16.7% en conocimientos sobre el dolor, y 28.5% en conocimientos generales. Concluyendo un nivel bajo de conocimientos en el personal de salud por lo que los integrantes del estudio concluyeron que se identificó la necesidad de capacitar al personal de salud. En el año 2017 el COMAMED (3) diseñó un estudio descriptivo, con una selección aleatoria simple, se obtuvo una población de 92 enfermeros del municipio de Sabinas Hidalgo N.L. Seleccionados por muestreo aleatorio simple con una muestra final de 77 enfermeros. Se evaluaron con "Palliative Care Knowledge Test" para evaluar el conocimiento de los cuidados paliativos, 35% tuvieron un desempeño considerado bajo.

En la Universidad Dalhousie (25) donde evaluaron a los residentes de nuevo ingreso y los que egresan en donde se destaca que los residentes de medicina familiar durante este estudio se encontraron que el 58% de los residentes tienen un conocimiento satisfactorio, encontrando en nuestro estudio un porcentaje considerablemente más alto que en la mayoría de los estudios descritos con 74.1% del nivel de conocimiento deseable o satisfactorio, sin embargo, con ningún puntaje de excelencia y con un bajo porcentaje en cuanto a un resultado deseable (3.2%), lo que nos refleja la necesidad que comparten los autores previamente citados de capacitar al personal de salud en relación a cuidados paliativos.

En un hospital universitario; Marcos Vinicius y colaboradores (20) realizaron una autoevaluación a los médicos residentes, esta encuesta se enfoca en aspectos académicos del residente los cuales reportaron tener deficiencias importantes en sus conocimientos sobre cuidados paliativos, pero no se describió si habían recibido cursos previos de esta materia, no realizamos una autoevaluación, no obstante en nuestro estudio pudimos observar relaciones entre el nivel de conocimiento y las variables sociodemográficas, cursos previos, etc, sin embargo, estas relaciones no fueron estadísticamente significativas.

Muy probablemente en los residentes encuestados no se observó diferencias estadísticamente significativas al comparar si tenían cursos previos o no, debido a que el 98.2% de residentes no tuvo cursos previos vs el 3.7% de los residentes afirmó haber tomado un curso previo de cuidados paliativos.

Este estudio otorga a la bibliografía una descripción del panorama del nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en el estado de Morelos, México, mismo que no hay registro previo en nuestro estado en el personal de salud del primer nivel, sin embargo, nuestro estudio cuenta con limitaciones que citar; es un estudio con una población pequeña, donde se incluyó únicamente a un grupo de médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, adscritos a un hospital de Cuernavaca, Morelos, lo que pudiera dificultar la validez externa de nuestros hallazgos. No se realizó un análisis detallado de las diferentes áreas o dominios del conocimiento alrededor de los cuidados paliativos, lo que podría limitar la identificación precisa de áreas de oportunidad de los participantes.

La mayoría de los estudios no realizaron un análisis en el cual consideraran las posibles interacciones entre las variables sociodemográficas estudiadas, cursos previos y el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos, a pesar de que el estudio fuese transversal descriptivo decidimos realizar un análisis para estimar las posibles relaciones entre dichas variables estudiadas, encontrado que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las comparaciones, lo que da fortaleza metodológica al estudio.

Los hallazgos de nuestro estudio nos alientan, al observar que el nivel de conocimientos en nuestra muestra supero las proporciones descritas en otros artículos, pudiendo deberse a una mayor atención de las instituciones en los últimos años respecto a los cuidados paliativos, sin embargo, no se ha conseguido un desempeño que se pueda considerar óptimo para desempeñar una atención de calidad a los pacientes que requieren cuidados paliativos, es necesario realizar estudios con mayor fortaleza metodológica y para poder ampliar el panorama en nuestro país, que nos permita evaluar el nivel de conocimiento de manera más detallada y precisa.

Conclusión:

El 77.8% de los participantes tuvieron un desempeño en la prueba aceptable y deseable, no hubo resultados excelentes. Los residentes del HGR c/MF No. 1, de Cuernavaca, Morelos, México, tuvieron un desempeño por arriba de la media reportada en otros estudios de nivel de conocimiento en cuidados paliativos. Entre otros aspectos que podemos destacar que encontramos que la media de edad fue de 30 años, participaron Mujeres en un 74.1%, el cual su solo un 1.9% contaban con Maestría, y el 3.7% acepto haber tomado un curso de cuidados paliativos previo. Sin embargo, los resultados reflejan aun deficiencias en el nivel de conocimiento necesario para otorgar una atención de calidad a los pacientes terminales, por lo cual se recomienda que dentro de los programas de residencia deban estar incluidos los cuidados paliativos para mejorar aún más estas actitudes y habilidades. Estas oportunidades debieran obtenerse en los consultorios de medicina familiar, durante las visitas domiciliarias, mientras se atiende a pacientes hospitalizados, o en experiencias especializadas como cuidados paliativos, medicina interna y cirugía. También es importante desarrollar seminarios académicos, situaciones de aprendizaje en grupos pequeños basados en problemas u oportunidades de autoaprendizaje. Entendiendo que cuidar es tan importante y tan gratificante profesional y personalmente como curar.

Recomendaciones

- Incluir dentro de los programas de residencia la enseñanza de cuidados paliativos.
- Implementar seminarios académicos con enfoque en cuidados paliativos.
- Poner en práctica talleres de aprendizaje en grupos pequeños basados en problemas u oportunidades de autoaprendizaje, con una orientación hacia cuidados paliativos.

Cronograma de actividades

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: Evaluación del nivel de conocimientos de los cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina Familiar con adscripción al Hospital Regional con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos en el año 2020.

Elaborado por: Jorge Sanchez Diaz, Residente de Medicina Familiar. Asesor Principal: Dra. Dalia Samira Calvo Alvarez, Médico Familiar con maestría en servicios de administración de salud pública, Adscrita al UMF 1 Cuernavaca Mor. Romero Pascual Ivon Enfermera Especialista en Medicina de Familia Adscrita a UMF No. 20, M.E.

Enero 2020 – Diciembre 2020															
	Enero 2020	Febrero 2020	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Junio 2021
Revisión de Literatura	X	X	X	X	X	X	X								
Redacción Del Protocolo	X	X	X	X	X	X	X								
Primera Revisión		X													
Segunda Revisión								X							
Envío para autorización del proyecto									X	X	X				
Aplicación De Prueba												X			
Captura De Datos													X		
Limpieza De Datos													X		
Análisis De Datos														X	
Redacción De Resultados														X	
Presentación De Resultados															X

Anexos:



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Se le hace una cordial invitación a participar en el protocolo de investigación, el cual se describe en los siguientes apartados. Siéntase con el derecho y la libertad de decidir participar o no participar de acuerdo a lo que usted desea.

Nombre del estudio:

Nivel de conocimientos de los cuidados paliativos en médicos residentes de Medicina de Familiar con adscripción al Hospital Regional con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.

Patrocinador externo (si aplica):

Ninguno

Lugar y fecha:

Cuernavaca, Morelos.

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

En el mundo y en México existe una gran prevalencia, con una tendencia al alza de enfermedades crónicas y cáncer, con un desenlace fatal en muchos casos. En México en el año 2015 se registraron 655 mil defunciones, las cuales el 13% (85,150 defunciones) fueron por cáncer.

En el país como sucede en la mayoría de los países de ingreso medio, los programas contra el cáncer están orientados a la prevención y tratamiento del mismo. Sin embargo, la mayor parte de las neoplasias son diagnosticadas en etapas avanzadas con pocas posibilidades de tratamiento curativo. Una amplia gama de enfermos requiere cuidados paliativos. La mayoría de los padecimientos crónicos en nuestro país tales como enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), SIDA (5.7%) y diabetes (4.6%) requieren cuidados paliativos.

El médico familiar de manera específica es el coordinador entre los niveles asistenciales y mantener un seguimiento adecuado y continuo de los pacientes, por lo cual es imprescindible que tanto los programas de pregrado y postgrado contengan temas relacionados al cuidado del paciente terminal y por supuesto de sus familias. Por lo que el conocimiento del nivel de conocimiento en este tema puede servir como una ventana de oportunidad para fortalecer nuestras debilidades en cuanto a cuidados paliativos. Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento acerca de los cuidados paliativos en los médicos residentes de Medicina Familiar del HGR C/MF No. 1, de Cuernavaca, Morelos.

Procedimientos:

Se les realizará un cuestionario sobre los conocimientos en cuidados paliativos mediante el PCKT (Palliative Care Knowledge Test) modificado por Vinicius y colaboradores, esta escala consta de 23 preguntas con 6 subclases: filosofía de los cuidados paliativos (2 preguntas, 1 y 2), dolor (6 preguntas, del 3 al 8), disnea (4 preguntas, del 9 al 12), problemas psiquiátricos (4 preguntas, del 13 al 16) y problemas gastrointestinales (4 preguntas, del 17 al 20), y comunicación (3 preguntas, del 21 al 23). Teniendo dos posibilidades de respuesta: verdadero, falso, que tomara aproximadamente 10 min, y se solicitaran datos en una ficha de identificación con algunos datos sociodemográficos.

Posibles riesgos y molestias:

Este protocolo es de riesgo mínimo, su identidad estará protegida todo el tiempo y se le otorgará un folio el cual solo reconocerá la relación el investigador, misma que tendrá a su resguardo en un archivo digital personal, al que no tiene acceso más que el investigador responsable, su resultado será entregado de manera personal, con su respectivo folio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al participar en el estudio usted tendrá su resultado de manera personal, señalando las ventanas de oportunidad y se otorgará un tríptico básico con los conocimientos necesarios para tener acceso a la información esencial en el campo de los cuidados paliativos, además de una ponencia a cerca de la información más reciente acerca de los cuidados paliativos en México y en el mundo y mostrar las principales fuentes en las que se pueda consultar información práctica que pueda ayudar en su quehacer diario como médico familiar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados obtenidos se le proporcionarán al momento al residente de manera confidencial y personal.

Participación o retiro:

Usted puede dejar de participar en el estudio en el momento que lo desee sin tener ningún tipo de repercusión.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos utilizados en este experimento serán con fines de investigación, a cada residente se le otorgará un número de folio y con este número se realizará la captura de la información en la base de datos, de tal manera que el nombre del paciente no aparecerá en ningún análisis dentro de la o las bases de datos analizadas. Sólo el investigador tendrá acceso a los expedientes de los pacientes.

Beneficios al término del estudio:

Resultado de la prueba y tríptico informativo impreso con los links para adquirir de manera electrónica la información mas actual acerca de los cuidados paliativos.

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

Investigador responsable. M en A.S.S.P. Dalia Samira Calvo Álvarez. E-Mail: samira_calvo@hotmail.com

Investigadores asociados: Enfermera Especialista en Medicina de Familia Romero Pascual Ivon E-Mail: ivon.romero@imss.gob.mx_ Médico Residente Sanchez Diaz Jorge E-Mail: georgemp3c@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17018 del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Col. Flores Magón, C.P. 62450, Municipio de Cuernavaca, Morelos. Tel. 7773155000, extensión 51315, correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@gmail.com

Nombre, firma y huella del sujeto

Nombre, firma y huella de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 2

Clave: 2810-009-013

Instrumento de Recolección de Datos

Cedula de identificación:

No de Folio:

Matricula: _____ Edad: _____ Grado: _____

Escolaridad: _____ Religión: _____

Sexo: Masculino Femenino Edo. Civil: _____

¿Ha tomado algún curso previo de cuidados paliativos?: Si No

Cuestionario:

Responde con sí o no las siguientes preguntas, marcando con una cruz en el recuadro correspondiente:

PREGUNTA	Verdadero	Falso
1.- Los cuidados paliativos sólo deben ser brindados a los enfermos que no disponen de tratamientos curativos		
2.- Los cuidados paliativos no deben ser brindados junto con tratamientos para el cáncer		
3.- Cuando los opioides son tomados de forma regular, los anti-inflamatorios esteroides no deben ser usados		
4.- El uso a largo plazo de opioides puede, muchas veces, inducir dependencia		
5.- El uso de opioides no influye en el tiempo de supervivencia		
6.- Los opioides son las drogas de primera elección en el manejo del paciente con dolor		
7.- Algunos medicamentos antidepresivos y anticonvulsivos ayudan a aliviar el dolor del cáncer		
8.- El uso de laxantes es eficaz en la prevención de la constipación inducida por opiáceos		
9.- El aumento de la dosis de opioides debe ser limitado porque la depresión respiratoria puede tener lugar como un efecto colateral		
10.- La morfina debe ser utilizada para aliviar la disnea en pacientes con cáncer		
11.- Los niveles de saturación de oxígeno están correlacionados con la disnea		
12.- Las drogas anticolinérgicas o el bromhidrato de escopolamina son eficaces para el alivio de las secreciones bronquiales		
13.- Si la temperatura ambiente fuera mantenida más alta (caliente), los pacientes con disnea frecuentemente experimentan alivio		
14.- Los benzodiacepinas deben ser eficaces para el delirium		
15.- Algunos pacientes terminales necesitarán sedación continua para aliviar el sufrimiento		
16.- La morfina es frecuentemente causante de delirium en enfermos terminales o en pacientes con cáncer		
17.- El delirium tiene lugar frecuentemente en pacientes que son propensos a síntomas mentales		
18.- En los estadios terminales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en relación con los estadios iniciales		
19.- Los esteroides deben mejorar el apetito entre los pacientes con cáncer avanzado		
20.- La infusión intravenosa no será eficaz para aliviar la boca seca en pacientes terminales		
21.- La habilidad de la comunicación puede aprenderse		
22.- Las informaciones que los pacientes y las familias solicitan y el grado en que los pacientes y las familias participan en la toma de decisiones pueden cambiar de acuerdo con el curso de la enfermedad y la condición		
23.- No deben brindarse informaciones inciertas al paciente o a la familia, pues pueden causar ansiedad adicional		

Bibliografía:

1. Palma BA, Nervi F, Taboada P. Medicina paliativa y cuidados continuos. 3 Ed. Barcelona; Ediciones UC, 2010.
2. American Cancer Society. Tratamientos y efectos secundarios, atención paliativa. 2019. Disponible en:<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/guia-de-cuidado-de-apoyo.html>
3. Guevara- Valtier MC, Santos-Flores JM, Santos-Flores I, et al. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y Segundo nivel de atención para la salud. Rev CONAMED. 2017; 22(4): 170-173. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79259>
4. Consejo de salubridad General. Guía de Manejo Integral de cuidados paliativos. México; Instituto Nacional de Cancerología ,2018.
5. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020. Lancet. 1997; 349 (9064): 1498-1504. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9167458/>
6. Allende-Pérez SR, Montes de Oca-Peréz B, Nakashima Paniagua Y. Atlas de cuidados paliativos Latinoamérica México. Houston; IAHP Press, 2012. Disponible en :https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/15_Mexico.pdf
7. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica 2013. Houston: IAHP Press, 2013. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>
8. Benitez del Rosario MA, Asencio Fraile. Fundamento y objetivos de los cuidados paliativos. Aten. Prim. 2002; 29(1): 50-52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fundamentos-objetivos-los-cuidados-paliativos-13025587>
9. Aldridge M, Hasselaar J, Garralda E, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care. Palliat Med.. 2016; 30(3): 224–239. Disponible en : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216315606645>
10. Fernández-Lopez A, Reyes-Sanz A, Cía Ramos R, et al. Criterios y niveles de complejidad en cuidados paliativos. Medicina Paliativa 2008 ; 15(5): 287-292. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319306868_Criterios_y_niveles_de_complejidad_en_Cuidados_Paliativos

11. Santos Miria CL, Pagliuca Lorita MF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos al portador de cáncer: reflexiones según la visión de paterson y zderad . Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007 15(2): 350-354, Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000200024&script=sci_abstract&tlng=es
12. Hernández-Quintero OT, Arbelo-Figueroa M, Reyes-Mendes MC, Medina-González I, Chacón Reyes EJ. Educación Médica Superior. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. Educ Med Super. 2015; 29(1):14-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100004&lng=es.
13. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Capacitación en cuidados paliativos para equipos de primer contacto en atención primaria. Dirección General de Calidad y educación en Salud. 2016. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/programa_cuidados_paliativos.pdf
14. Rachel Richardson. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer. *Effective Health Care Bulletin*. CO: Editor NHS; 2000. Disponible en: <https://www.guidelinesinpractice.co.uk/nhs-centre-for-reviews-and-dissemination/300454.article>.
15. Cardoso Lunar N, Cardoso J-A. Educación en cuidados paliativos. GerolInfo. 2013; 8(2): pg. 1-14. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2013/08/educacion-en-cuidados-paliativos.pdf>
16. McNamara, B, Rosenwax, LK., Holman, CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32 (1): 32: 5-12. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0885392406002508?token=92D22E7CC66ED9B50D5A4212F234BEC3A22479C3BEB62CAB08DC415E1FBB799082ECA2C288FB250CFDA51AA3BFDB9716>
17. Shaw EA, Marshall D, Howard M, et al. A systematic Review of Postgraduate Palliative Care Curricula. *J Palliat Med*. 2010; 13(9):1091-108. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0034>
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Editor Ministerio de sanidad, política social e igualdad centro de publicaciones. 2011. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
19. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health

- professionals. Palliat Med. 2009; 23(8):754-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26710620_The_Palliative_Care_Knowledge_Test_Reliability_and_validity_of_an_instrument_to_measure_palliative_care_knowledge_among_health_professionals
20. Vinícius da Conceição M, Cássia de Castro Vasconcelos M, Coutinho Leal Telino CJ, et al. Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario. Rev. Bioét. 2019; 27(1): 134-42. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n1/es_1983-8042-bioet-27-01-0134.pdf
21. Medina ZLE, Cruz CAM, Sanchez ME, et al. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Rev Esp Méd Quir. 2012; 17(2): 109-114. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122h.pdf>
22. World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. INT: WHO; 2014 [acceso 8 jun 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
23. Pastrana T, Lima L, Wenk R, et al. Atlas de Cuidados paliativos de Latinoamerica. Houston: IAHPC Press; 2012. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf>
24. López-Mantecón AM, Machado-Vázquez LI, Hernández-Quintero O, et al. Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología. Rev Cuba Reumatol. 2014; 16(1): 5-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000100002&lng=es.
25. Burge F, MCintyre P, Kaufman D, et al. Family Medicine Residents' Knowledge and Attitudes about End-of-life Care. J Palliat Care 2000; 16(3): 5-12 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/12303292_Family_Medicine_Residents'_Knowledge_and_Attitudes_about_End-of-life_Care