

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

TEMA:

**Evaluación de conocimientos sobre cuidados paliativos en
los profesionales sanitarios del Hospital del Instituto
Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil**

AUTOR:

Rojas Fajardo Maritza Andrea

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TUTOR:

Dra. Quinto Briones Rina Mariuxi

Guayaquil, Ecuador

30 de mayo de 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Rojas Fajardo Maritza Andrea, como requerimiento para la obtención del título de Especialista en Cuidados Paliativos.

TUTORA

f. _____

Dra. Quinto Briones Rina Mariuxi

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Vallejo Martínez Mariana Concepción

Guayaquil, a los 30 del mes de mayo del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Rojas Fajardo Maritza Andrea

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Evaluación de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales sanitarios del Hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, previo a la obtención del título de Especialista en Cuidados Paliativos, ha sido desarrollada respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de mayo del año 2022

AUTORA

f. _____

Rojas Fajardo Maritza Andrea



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

AUTORIZACIÓN

Yo, Maritza Andrea Rojas Fajardo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Evaluación de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales sanitarios del Hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de mayo del año 2022

LA AUTORA:

f. _____

Rojas Fajardo Maritza Andrea

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	TRABAJO DE TITULACIÓN.docx (D139088390)
Submitted	2022-06-02T23:48:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	maritza.rojas@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	posgrados.medicina.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS DRA MERINO WORD.docx Document TESIS DRA MERINO WORD.docx (D138599418) Submitted by: martha.merino@cu.ucsg.edu.ec Receiver: posgrados.medicina.ucsg@analysis.orkund.com	 5
SA	tesis cuidados palatitvossin cuadros.docx Document tesis cuidados palatitvossin cuadros.docx (D55489421)	 7
SA	TESIS - Alexandra Gonzalez 15-05-2020.docx Document TESIS - Alexandra Gonzalez 15-05-2020.docx (D71509627)	 5
SA	Michelle campoverde.pdf Document Michelle campoverde.pdf (D97021253)	 1
W	URL: https://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients . Fetched: 2022-06-03T00:21:00.0000000	 1
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS NATHALIE LERQUE (1) FINAL (1) (1).docx Document TESIS NATHALIE LERQUE (1) FINAL (1) (1).docx (D128497896) Submitted by: gretel.lerque@cu.ucsg.edu.ec Receiver: posgrados.medicina.ucsg@analysis.orkund.com	 4

Agradecimiento

A Dios por entregarme su infinita fortaleza.

A mi familia, especialmente a mis padres por todo su amor y apoyo incondicional.

*A mis maestras y maestros por brindarme los conocimientos y la inspiración necesaria
para alcanzar este logro.*

Dedicatoria

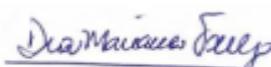
*Para todos aquellos quienes abrieron su corazón, entregaron su confianza y
caminamos juntos hasta sus últimos días.*



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. 

**DRA. MARIANA VALLEJO MARTÍNEZ
DIRECTORA DEL POSGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

f. 

**DRA. NANCY LINO GUTIERREZ
COORDINADORA DEL POSGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

f. 

**MD. MARITZA ANDREA ROJAS FAJARDO
OPONENTE**

Índice de Contenidos

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	2
1. EL PROBLEMA.....	2
1.1 Identificación, validación y planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema	4
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos	4
3 MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 Antecedentes de la investigación	5
3.2 Antecedentes internacionales	7
3.3 Antecedentes nacionales.....	10
3.4 Bases teóricas	11
4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	14
5 METODOLOGÍA.....	14
5.1 Justificación del método utilizado	14
5.2 Diseño de la investigación	15
5.3 Población de estudio y cálculo del tamaño de la muestra.....	15
5.4 Criterios y procedimientos de selección de participantes del estudio.....	16
5.5 Procedimiento de recolección de la información	16
5.6 Técnicas de recolección de información.....	17
5.7 Análisis estadístico y presentación de los resultados	18
5.8 Variables.....	19
5.8.1 Matriz de operacionalización de las variables	19
6. Presentación de Resultados	19
6.1 Cumplimiento del estudio	19
6.2 Distribución de las variables demográficas de la población de estudio.....	19
6.3 Validez y fiabilidad del cuestionario de medición.....	20
6.4 Características de la población de estudio	20
6.5 Nivel de conocimientos globales de la población de estudio	22
6.6 Conocimientos según dimensiones e ítems.....	23
6.7 Nivel de conocimientos según características demográficas y laborales.....	25
7 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	26

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
8.1 Conclusiones.....	33
8.2 Recomendaciones	33
9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	34
10. Referencias bibliográficas.....	35
11. ANEXOS	39
11.1 Formulario para recopilación de la información.....	39
11.2 Información complementaria	41

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio.....	20
Tabla 2 Perfil académico y unidad de servicio donde laboran los entrevistados.	21
Tabla 3 Distribución porcentual del nivel de conocimientos.....	22
Tabla 4 Puntaje sobre 100 obtenido por los entrevistados.	23
Tabla 5 Comparación de rangos promedios de conocimientos.....	25
Tabla 6 Análisis de correlación entre edad, años de experiencia profesional, años de experiencia laboral y nivel de conocimientos.....	26

Índice de anexos

11.1 Formulario para recopilación de la información	39
11.2 Información complementaria	41

Resumen

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los médicos del hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal mediante el test “The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE” de Yamamoto y colaboradores. Se incluyeron 180 médicos entre especialistas, residentes de postgrado y médicos generales, a quienes se entrevistó mediante un cuestionario autoaplicado. La muestra estuvo representada por una mediana de edad de 33 años (rango 25-74) y un 70% entre 25 a 35 años; predominio femenino (55.6%); 86.1% con funciones hospitalarias; el 83.3% con experiencia profesional < 10 años ($P < 0.001$) y un 90% con experiencia laboral en la institución < 10 años ($P < 0.001$).

Los conocimientos sobre Cuidados Paliativos del 82.8% ($n = 149$) de los entrevistados estuvieron entre el 40% y el 70% y únicamente el 2.8% ($n = 5$) superó 70%. Los ítems más puntuados fueron: consulta psiquiátrica ante ideas suicidas (95%), comunicación de malas noticias (95%), uso de ansiolíticos para angustia psicológica (85%), comunicación médico-paciente sin restricciones (84.4%), rotación de opioides (83.3%), etiología del delirium (82.2%), angustia y suicidio (81.7%), laxantes en terapia con opioides (78.3%), significado de cuidados paliativos (75%), uso de opioide asociado a otros analgésicos (72.2%) y uso de morfina en disnea (71.7%).

Palabras claves: conocimientos, cuidados paliativos, dolor, opioides.

Abstract

In order to determine knowledge about palliative care among the medical staff of the National Oncological Institute, SOLCA, Guayaquil, a descriptive observational cross-sectional study was carried out using “The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE” of Yamamoto et al., Spanish version. A total of 180 physicians including specialists, graduate residents and general practitioners, were interviewed using a self-applied questionnaire. The sample was represented by a median aged 33 years (range 25-74) and 70% between 25 and 35 years; female predominance (55.6%); 86.1% with in-hospital work; 83.3% with professional experience < 10 years ($P < 0.001$) and 90% with institutional experience < 10 years ($P < 0.001$).

The knowledge about Palliative Care of 82.8% ($n = 149$) were between 40% and 70% and only 2.8% ($n = 5$) exceeded 70%. The most scored items were: psychiatric consultation for suicidal ideas (95%), communication of bad news (95%), use of anxiolytics for psychological distress (85%), doctor-patient communication without restrictions (84.4%), opioid rotation (83.3%), etiology of delirium (82.2%), anguish and suicide (81.7%), laxatives in opioid therapy (78.3%), meaning of palliative care (75%), use of opioid associated with other analgesics (72.2%) and use of morphine in dyspnea (71.7%).

Keywords: knowledge, palliative care, pain, opioids.

INTRODUCCIÓN

1. EL PROBLEMA

1.1 Identificación, validación y planteamiento del problema

Los cuidados paliativos se crearon con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades amenazantes para la vida, así como proporcionar ayuda a sus familias mediante una estrategia de atención individualizada, pero al mismo tiempo integral que incorpora el apoyo psicológico, social y espiritual, en interactividad en todos los momentos del curso de la enfermedad, incluido el duelo.

Están diseñados para aliviar el dolor, como principal síntoma que produce sufrimiento; promocionar la vida considerando a su vez la muerte como un proceso natural sin intención de acelerar y mucho menos retrasar el proceso de transición; integrar elementos psicológicos, sociales y espirituales en los cuidados al paciente que debe vivir de la manera más activa posible hasta su deceso. Recientemente, con la propuesta de que los cuidados paliativos deben basarse en un equipo multidisciplinario que solvete por igual las necesidades del paciente y su familia, se espera una mejora en la calidad de vida y una influencia positiva sobre el curso de la enfermedad (1).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) las necesidades paliativas son altas y tienden al aumento en razón de la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población. Sin embargo, la prestación médica no parece ir acorde con las necesidades de sus pacientes y la falta de competencias, por parte de los profesionales de la salud, ya es notoria en ciertos campos. Uno de estos campos es la provisión de cuidados paliativos (2).

Esta falta de competencia estaría relacionada con la historia reciente de los cuidados paliativos que, aunque su filosofía se inició en la década de los sesentas en Londres y se implementó como servicio una década más tarde en algunos países de Europa y en los 80s en Canadá y los Estados Unidos, en los países latinoamericanos hasta la actualidad no ha logrado introducirse adecuadamente en las instituciones médicas y muy poco en los sistemas de salud (3).

A partir de los noventas se amplió en algunos países de la región, entre ellos Ecuador, el interés a mejorar la atención de los pacientes con enfermedades amenazantes para

la vida y en este sentido algunos países hasta han reformado el plan de estudios incluyendo como asignatura obligatoria la cátedra de los cuidados paliativos, no obstante, gran parte de profesionales sanitarios, particularmente los médicos, no fueron suficientemente motivados a incluir dentro de su ejercicio esta nueva tarea y los cuidados paliativos son un terreno en el que ejercen principalmente los especialistas en medicina del dolor y los oncólogos, en el caso concreto de las instituciones dedicadas a la atención de los pacientes afectados por el cáncer (4,5).

Los cuidados paliativos no son inherentes a ninguna patología específica, se convierten en indispensables cuando un padecimiento no tiene respuesta terapéutica o cuando el paciente va desmejorando gradualmente hasta que se convierte en dependiente de cierto tipo de atenciones específicas. Algunas enfermedades denominadas catastróficas como la insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, diabetes o cáncer, con frecuencia ocasionan problemas complejos que no pueden solucionarse con la terapéutica medicamentosa convencional y es en este contexto donde surge la medicina paliativa como una disciplina de carácter multidimensional (6).

Este carácter de disciplina multidimensional exige un desenvolvimiento en constante ampliación y renovación tanto de conceptos como de prácticas que exige de los profesionales sanitarios nuevas estrategias terapéuticas que provengan de la renovación de conocimientos, de enfoques clínicos más integrales, de la comprensión del dolor y angustia ajena, es decir, un accionar holístico que luego de identificar todas las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales del paciente, propicie una sobrevida de calidad (7).

Los cuidados paliativos como especialidad exigen un rigor académico para ejercerlo, no obstante, todo profesional sanitario que resuelve la consulta de pacientes con enfermedades potencialmente mortales debe poseer un nivel aceptable de conocimientos sobre este tipo de manejo y con mayor razón si se trata de una institución especializada en prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de la patología neoplásica como el hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, que por su condición de exclusividad debe contar con profesionales que cumplan un perfil determinado para cubrir con eficiencia la demanda de sus pacientes.

El cumplimiento o no de este perfil debe ser medido en términos cuantitativos y cualitativos en los ámbitos administrativo y técnico, como parte de la administración de

salud basada en la mejora continua de la calidad de servicios, uno de los paradigmas modernos de la gestión hospitalaria (8).

En el ámbito técnico como servicio médico docente-asistencial nos compete, la forma más idónea de evaluar el cumplimiento de este perfil es explorar el nivel de conocimientos sobre los cuidados paliativos no precisamente como especialidad sino como el sustrato indispensable con que el clínico actual debe orientar sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las percepciones de muchos profesionales sanitarios, no publicadas en la literatura científica, pero si conocidas a través de trabajos de titulación de pregrado y postgrado, en el sentido de que existen vacíos en el conocimiento básico de esta disciplina, motivaron la investigación en una muestra de médicos que atienden a pacientes oncológicos en el hospital más grande y mejor dotado del país en la tarea de la lucha contra el cáncer. Los resultados obtenidos son, sin duda, el sustrato indispensable para aproximarnos a un diagnóstico situacional que no lo conocíamos aún y un aporte a la información requerida para intentar algún tipo de intervención o para emprender mejoras en los espacios que lo necesiten.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre Cuidados Paliativos entre los profesionales médicos que ejercen en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA, Guayaquil?

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

2.1 Objetivo general

- Evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los médicos que atienden a pacientes oncológicos en el hospital del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA, Guayaquil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a los médicos que laboran en los servicios de prestación médica del hospital según: edad, sexo, nivel académico, área de trabajo, experiencia profesional y experiencia institucional.

- Evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales médicos que laboran en el hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil.
- Establecer si hay diferencias en el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales médicos según variables demográficas (sexo y edad), nivel académico, área donde laboran, experiencia profesional y experiencia institucional.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de la investigación

La evaluación de conocimientos en el ámbito de la educación médica, en todas las especialidades, se lleva a cabo como un requisito indispensable para la recertificación periódica del profesional y su mejor argumento es mantener la calidad de los servicios garantizando la idoneidad profesional, aunque este incremento de la exigencia no se acompañe ni de compensaciones económicas ni reconocimiento social (9). En casi todo el mundo, la valoración de la competencia profesional junto a la certificación y recertificación son procesos que los médicos cumplen periódicamente a través de un *board*, esto es una plataforma de toma de decisiones. En los Estados Unidos, en 1933, se estableció el American Board of Medical Specialties (Junta Estadounidense de Especialidades Médicas) y ha sido el programa pionero en la certificación y recertificación; en Canadá el programa de mantenimiento de la certificación para los especialistas lo administra el Colegio Real de Médicos y Cirujanos; en el Reino Unido, el General Medical Council y en Latinoamérica estas propuestas se vienen perfeccionando desde hace algunos años en México, Chile y Colombia (10).

El «fantasma de la recertificación» hace su aparición cuando hay conciencia de que practicamos una profesión en la cual los cambios que le afectan ocurren a una velocidad vertiginosa tanto en la relación con nuestros pacientes (ley de deberes y derechos de los pacientes) como en la generación de nuevos conocimientos y técnicas (medicina basada en evidencia). La obsolescencia progresiva que amenaza silenciosamente al ejercicio profesional es un síndrome, con muchas formas subclínicas, que puede pasar desapercibido si es que los médicos se resisten a reconocerlo y hasta ahora el único tratamiento efectivo para la obsolescencia del saber

y el actuar sigue siendo la educación continua como la mejor forma de acreditar la idoneidad (11).

En nuestro país, la recertificación ha sido un aspecto de interés para dos sociedades científicas, la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología (SEA) que ejecutó el procedimiento parcialmente antes de 2010 pero lo discontinuó (12) y la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna (AEMI) que viene laborando en el proceso desde antes de 2012 (13).

Recientemente, la creación del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) hizo posible la realización del examen de Habilitación para Ejercicio Profesional (EHEP) como parte del proceso que cumple con normas y responsabilidades del Estado para asegurar que los nuevos profesionales que se integran al Sistema Nacional de Salud en las carreras de Medicina, Odontología y Enfermería, posean los conocimientos necesarios para proteger la salud de todos los ecuatorianos (14).

Ahora bien, el tema de interés en la presente investigación no es precisamente la certificación, recertificación o acreditación en la especialidad de cuidados paliativos, sino más bien, una figura que toma uno de sus elementos de mayor relevancia, el nivel de conocimientos en cuidados paliativos con particular énfasis para el paciente oncológico en las dimensiones que se entiende actualmente (15). Estas dimensiones han sido aumentadas por unos autores y resumidas por otros. Para Yamamoto y colaboradores se centran en: filosofía de los cuidados paliativos, dolor oncológico, efectos secundarios de los opioides, disnea, náusea y vómito, angustia psicológica, delirium, comunicación y cuidados paliativos basados en la comunidad (16).

La literatura al respecto no es abundante dado que la medicina paliativa no figura en las prioridades de salud de muchos países, esto hace que en la mayoría de instituciones se adolezca de desconocimiento de las necesidades sociales, físicas, psicológicas y espirituales del paciente con enfermedades crónicas, incurables y terminales, y también de las necesidades de la familia que está poco incorporada a los esquemas de cuidados. En cierto modo, se reconoce a nivel global que los profesionales de la salud carecen de conocimientos sobre cuidados paliativos (17).

3.2 Antecedentes internacionales

Uno de los primeros formularios desarrollados como herramienta para medir el conocimiento sobre cuidados paliativos fue publicado en 1996 por la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ottawa, en Ontario - Canadá y aplicado únicamente a enfermeras. Su realización convocó un comité asesor, un amplio proceso de consulta, el desarrollo de un marco conceptual, la determinación del formato, generación de ítems y pruebas previas, pruebas piloto y pruebas adicionales del cuestionario (18).

Este instrumento y otros similares que fueron diseñados para evaluar el avance de los cuidados paliativos se han ido depurando cada vez más en sus dominios y en sus ítems acomodándose al perfil profesional en el que se aplicará. Desde entonces la cuantificación de conocimientos y destrezas sobre cuidados paliativos se fue extendiendo a otros grupos de cuidadores, entre ellos a los estudiantes de enfermería y medicina (19,20), a las auxiliares de enfermería (21,22), a las enfermeras (23,24) y finalmente a los médicos (25).

La aplicación del test en diversos grupos de cuidadores ha significado también una diversificación en su diseño y en este sentido el formulario utilizado para los médicos es el de contenido más amplio y complejo tanto en dominios como en ítems. El fundamento del test mantiene una estructura similar entre los autores en cuanto a la relevancia de los aspectos principales: filosofía de los cuidados paliativos, consideraciones sobre el dolor, cuidados sobre el uso de opioides y sus efectos, la disnea, los problemas psiquiátricos, los problemas gastrointestinales y la comunicación. No obstante, puede encontrarse ciertas diferencias en el orden e importancia de algunos ítems.

En todos los casos estos cuestionarios fueron debidamente validados, como herramientas metodológicas, en cada país en donde se aplicaron lo que incluye traducción con adaptación al idioma y cálculo de sensibilidad, especificidad y valor predictivo, como establece la metodología (26). En Japón se efectuó la validación para medir la efectividad de los programas educativos para enfermeras generales en la que participaron 940 enfermeras profesionales y se seleccionaron 18 ítems en 6 dominios: cuidado de la fase de agonía, cuidado centrado en el paciente y la familia, dolor, delirium, disnea y comunicación (27).

En España, Alemania y Francia, también se ha realizado la adaptación lingüística de varias de estas herramientas metodológicas y los resultados de su aplicación tienen como denominador común el que médicos y enfermeras adolecen de un nivel subóptimo de conocimientos sobre cuidados paliativos. La mayor parte de validaciones están relacionadas con la evaluación de los programas educativos y la clarificación de los conocimientos reales adquiridos (25).

En España, en el Centro de Salud Santa Olalla en el Área de Gestión Integrada Talavera de la Reina, Toledo, con la finalidad de detectar el interés del personal sanitario en recibir formación sobre cuidados paliativos se realizó un estudio transversal entre médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales, utilizando un cuestionario sobre conocimientos en la asistencia a pacientes terminales, con 22 ítems en 4 esferas: generalidades sobre cuidados paliativos, cuidados físicos, cuidados psicoemocionales y cuidados espirituales. El 86.8% de los entrevistados conocía bastante el significado de los cuidados paliativos, pero tan sólo el 3.8% se consideraba formado adecuadamente. El manejo no farmacológico de la disnea y el insomnio tuvo diferencias significativas donde los sanitarios no facultativos tuvieron los peores conocimientos. Los profesionales de medicina y enfermería tuvieron un nivel más alto de conocimientos. El deterioro cognitivo no fue bien identificado por auxiliares de enfermería. La esfera espiritual del paciente y sus familiares fue bien reconocida por todas las categorías encuestadas (28).

En la ciudad de México, la aplicación del formulario en el personal de los tres niveles de atención médica, que atiende a pacientes con enfermedades terminales o crónico degenerativas con mal pronóstico, encontró un 7% de resultados aceptables en conocimientos globales; 16.7% sobre dolor y 28.5% en conocimientos generales. Fueron significativas las diferencias según perfil profesional y áreas de conocimientos generales ($P = 0.004$), dolor ($P = 0.001$) y conocimientos totales ($P = 0.001$), así como según el sitio de trabajo y conocimientos de espiritualidad ($P = 0.034$) y dolor ($P = 0.002$) (17).

En un estudio transversal realizado con solicitantes de residencia médica en la Universidad Federal de São Paulo, Brasil, fueron invitados 3086 estudiantes a participar voluntariamente en una encuesta anónima y autoadministrada utilizando el

cuestionario de Nakasawa y colaboradores, que contiene 20 ítems sobre cuidados paliativos. Los resultados mostraron que, aunque el 99,2% pensó que era importante la educación en cuidados paliativos en el plan de estudios de medicina, sólo el 46,2% informó haber recibido educación en esa asignatura. El desempeño global de la prueba fue pobre, con una puntuación media de 10.7 (IC95% 7.7 – 13.7). Si bien las preguntas filosóficas fueron respondidas correctamente (81.8% de aciertos), la mayoría de participantes carecía de conocimientos en control de síntomas, 50.7% para dolor, 57.3% para disnea, 52.2% para problemas psiquiátricos y 43.4% para problemas gastrointestinales. Los médicos que ya habían concluido un programa de residencia previo y los que tenían experiencia previa con pacientes terminales obtuvieron mejores resultados ($P < 0.001$). El grupo de alto rendimiento (más del 50% de respuestas correctas) que había recibido más formación en cuidados al final de la vida, mostró mayor interés en aprender más sobre el tema, tenía un mejor sentido de preparación y más experiencia en el cuidado de pacientes terminales ($P < 0,001$). Los investigadores concluyeron que los médicos brasileños carecen no solo de conocimientos, sino también de formación en medicina del final de la vida. Factores importantes para mejorar los conocimientos sobre atención al final de la vida fueron la formación, el contacto con pacientes moribundos y la residencia médica previa. La formación se muestra como un factor clave en esta área del conocimiento. Por tanto, escuelas de medicina y programas de residencia brasileños deben enfocarse en mejorar la capacitación paliativa, especialmente en aquellas que involucran el contacto con pacientes terminales (29).

La experiencia de otros países latinoamericanos en las investigaciones sobre este tópico es similar. Los resultados de la aplicación de una encuesta al personal médico y de enfermería en el Hospital del Niño de Panamá sobre conocimientos en cuidados paliativos (30) así como entre los médicos residentes de la Pontificia Universidad Católica de Chile (31) concluyen que el nivel de conocimientos es deficiente, por lo que en la formación médica se hace indispensable incluir adiestramiento en esta área.

Los cuestionarios más utilizados en la literatura médica actual para medir conocimientos sobre cuidados paliativos en profesionales sanitarios son el de Nakasawa y colaboradores, de la Escuela de Ciencias de la Salud y Enfermería de la Universidad de Tokio - Japón, desarrollado en 2009, con cinco dominios y 20 ítems que incluyen: filosofía, dolor, disnea, problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales

(25), y el de Yamamoto y colaboradores, del Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Central Saku de Nagano, Japón, estructurado en base de nueve dominios y 33 ítems que incluyen: filosofía de los cuidados paliativos, dolor oncológico, efectos secundarios de los opioides, náusea y vómito, angustia psicológica, delirium, comunicación y cuidados paliativos basados en la comunidad (16).

Ambos han sido validados internacionalmente en países de habla hispana. En el presente estudio se aplicó el formulario de Yamamoto.

3.3 Antecedentes nacionales

En la búsqueda de investigaciones nacionales sobre evaluación de conocimientos en cuidados paliativos se ha identificado alguna información a nivel de la academia. En los repositorios digitales de las universidades públicas y privadas se encuentran algunos de estos reportes como trabajos de titulación en la carrera de medicina o tesis de especialidad en medicina familiar y comunitaria. La mayoría de resultados concuerda con los reportados por la literatura médica, aunque no precisamente en cuantía sino en el hecho de que los profesionales sanitarios de todo el mundo presentan importantes vacíos en el conocimiento y manejo de los cuidados paliativos.

La recopilación de Elizalde que incluyó a 499 estudiantes de la carrera de Medicina y de Postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de quienes el 24.9% había cursado la asignatura optativa de Cuidados Paliativos, además encontró que apenas el 19.6% del total de los encuestados alcanzó un nivel aceptable en el resultado global de la encuesta. Las deficiencias más notables se dieron en el manejo de la sintomatología respiratoria (3.2%) de manera que el 68.1% de los entrevistados aseguró no estar preparado para brindar atención paliativa (32).

Cevallos en su tesis de maestría en Bioética, de la Universidad del Azuay, encontró un 25% de 230 médicos entrevistados que laboran en el hospital regional de la Seguridad Social, con un nivel aceptable de conocimientos sobre cuidados paliativos. La puntuación media de conocimientos fue de 50.6% y sólo la cuarta parte de los entrevistados obtuvo una puntuación superior a 63%. Se encontró asociación entre nivel aceptable de conocimientos y tener más de 30 años, ser residente de postgrado, laborar en áreas clínicas y tener más experiencia profesional ($P < 0.05$) (33).

En el estudio de Sánchez que incluye 187 entrevistas a estudiantes de los años superiores de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, se encontró que sólo el 11.8% de ellos tuvo un nivel aceptable de conocimientos sobre cuidados paliativos. Los dominios con resultados más deplorables fueron: síntomas gastrointestinales (2.7%), dolor (1.1%) y disnea (0%). En el 23% de estudiantes mayores de 25 años el nivel de conocimientos fue más aceptable. No se encontró diferencias significativas en conocimientos entre los subgrupos según género, procedencia o año de la carrera (34).

Para Aldás, que en su tesis de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Central del Ecuador cuantificó los conocimientos sobre cuidados paliativos en el personal médico del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito en tres niveles de atención (establecidos por el MSP), los médicos entrevistados tienen una media de conocimientos superior al 60% (6 puntos sobre un máximo de 10). No obstante, encontró diferencias según los niveles de atención. En el primer nivel la media de conocimientos fue de 7.2 ± 0.25 , en el segundo, de 6.3 ± 0.25 y en el tercero de 7.7 ± 0.19 . La calificación de conocimientos se estableció según los siguientes puntos de corte: regular de 5 a 6, bueno de 7 a 8 y muy bueno de 9 a 10. Los conocimientos de los niveles 1 y 3 poseen similar distribución conformando un solo grupo y aunque el promedio más alto (bueno) correspondió al nivel tres, paradójicamente el más bajo se encontró en un hospital docente (35).

En concordancia con estos resultados el análisis realizado por Calle y Ordóñez, en su tesis de especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad del Azuay, reconoce que lo deseable como desempeño de los profesionales de la salud, en el manejo de conocimientos sobre cuidados paliativos, sería unos registros claros de “bueno” o de “excelente” (36).

3.4 Bases teóricas

El enfoque moderno sobre cuidados paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de "hospicios" en el Reino Unido, ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países. Ciertamente los cuidados paliativos multidisciplinares, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970 y alcanzaron su madurez y desarrollo en la

década de los 90, con una amplia diferencia, eso sí, de la realidad sanitaria de los países anglosajones con respecto de los países de habla hispana (37).

La influencia de la formación médica basada en conocimientos que define el manejo clínico del paciente y sus resultados es una percepción global defendida sobre todo por la farmacopea desde la más antigua y prestigiosa hasta la más novel o incipiente, entendiendo que la farmacopea es una herramienta fundamental que garantiza la calidad de los medicamentos y sus efectos, algo que sostienen las comunidades científicas, a manera de paradigma, en todo el mundo (38).

La prestación de servicios médicos conjuga dos elementos muy interdependientes y por tanto indispensables: la formación profesional, que se basa en conocimientos y destrezas, es decir teoría y práctica, y la capacitación continua que no es de índole curricular sino más bien una actualización permanente de conocimientos en respuesta a las demandas del paciente. Una suerte de aprendizaje en marcha (39).

En este escenario se inserta el aprendizaje de los cuidados paliativos, un conjunto de competencias que forma un equipo de atención que liderado por un médico incorpora a otros profesionales como enfermeras, algólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, líderes espirituales, etc. Además en los últimos años se ha planteado que deben formar parte de este equipo los cuidadores primarios (40).

El hecho de liderar un equipo multidisciplinario para encarar los cuidados de fin de la vida exige del médico una formación continua que se cumple generalmente a través de los espacios de docencia institucional o en otros de docencia en servicio. El papel del médico es clave para ofrecer atención de calidad al final de la vida, pero a menudo el profesional carece de los conocimientos y habilidades necesarios. Una exigencia indispensable para abordar esta brecha es que los programas de residencia deban contener opciones para la capacitación en cuidados paliativos. (41).

El concepto de tratamiento hospitalario se aplica a todas las enfermedades agudas, pero cuando se trata de enfermedades crónicas éstas deberán presentarse como graves e incurables para merecer terapia intrahospitalaria. Idealmente, un hospital de crónicos es un centro especializado destinado al internamiento de pacientes que responden a criterios de complejidad y sobre todo fragilidad para presentar una reagudización de un proceso crónico (42).

La medicina paliativa, en cambio, es la atención médica especializada para personas que tienen enfermedades graves que afectan la función orgánica, tienen elevado riesgo de mortalidad y que disminuyen la calidad de vida. Este impacto no sólo se manifiesta en los síntomas de los pacientes sino también en sus tratamientos y a su vez se relacionan con el estrés del cuidador. Consecuentemente, los cuidados paliativos mejoran el manejo de los síntomas del paciente, el abordaje de sus necesidades y de sus familias mejorando a su vez la calidad de vida de paciente y cuidador y reduciendo la utilización de servicios médicos. Cuando la sobrevida tiene un pronóstico de seis meses o menos los cuidados paliativos se proveen en el hospicio como el lugar más apropiado cuando el objetivo del cuidado es evitar la hospitalización y maximizar el tiempo en el hogar del paciente que va hacia la transición (43).

Como toda disciplina médica, el cumplimiento del rol de los cuidados paliativos requiere como condición indispensable que los encargados de proveerlos conozcan su objetivo, asuman su lógica, se adentren en sus dimensiones y desarrollen sus estrategias. Sin embargo, en la práctica clínica, este apoyo y manejo invaluable para el paciente y su familia, no son proporcionados por especialistas en medicina paliativa y cuidados paliativos sino por proveedores de atención primaria (44).

Es ampliamente conocido que cuando los médicos discuten con su paciente, de manera proactiva, las preocupaciones sobre el final de la vida, muchos pacientes eligen una atención centrada en su comodidad y alineada con sus valores para sus últimos días. Ya en 2006 fue reconocida la importancia de los cuidados paliativos en el ejercicio diario de la medicina, no obstante, muchos profesionales de la salud mantienen conceptos erróneos sobre los cuidados paliativos y esto constituye una barrera para que las necesidades de los pacientes sean identificadas y atendidas debidamente (45).

La provisión óptima de cuidados paliativos especializados requiere de un equipo interdisciplinario para cubrir completamente las necesidades del paciente y su familia. Personal de enfermería, trabajadores sociales, capellanes y farmacéuticos laboran junto con los médicos para resolver las manifestaciones clínicas de los enfermos y sobre todo las implicaciones psicosociales y espirituales. La supresión de síntomas (dolor, náusea, delirium, anorexia por fatiga, ansiedad y depresión), el apoyo psicosocial-espiritual (asesoramiento, trabajo social, cuidado pastoral, apoyo al

cuidador y duelo) y la toma de decisiones médicas (conciencia de pronóstico, planificación anticipada de la atención, comprensión de los resultados, definición de la calidad de vida y fijarse valores y metas) son los tres dominios claves de la medicina paliativa (45).

A pesar de que ya en 2014 en la resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud se instó a la OMS (2) y a sus estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud, enfatizando en la atención primaria, atención comunitaria y atención domiciliaria, hasta hoy los cuidados paliativos no son bien entendidos ni por los médicos ni los pacientes. Una encuesta llevada a cabo en los Estados Unidos en 2011 en un Centro para Avance de los Cuidados Paliativos encontró que el 70% de los estadounidenses entrevistados no tenía ningún conocimiento sobre los cuidados paliativos y que la mayoría de los profesionales equipararon erróneamente los cuidados paliativos con la atención al final de la vida (46).

Enfoques más recientes de la literatura médica sobre cuidados paliativos insisten en la necesidad de una integración temprana en la trayectoria de la enfermedad eso permite acceder con más oportunidad a los beneficios de los cuidados. De esta manera, una sistematización de las competencias de los proveedores de cuidados en atención primaria incluirá: 1) reconocimiento de la necesidad de atención paliativa, 2) pronóstico del padecimiento, 3) planificación anticipada de la atención, 4) evaluación y manejo de síntomas comunes y 5) la remisión a especialistas paliativos (45).

4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos, sobre Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos, que poseen los médicos del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, tiene diferencias según la especialidad y el servicio en el que laboran.

5 METODOLOGÍA

5.1 Justificación del método utilizado

En investigación, en general, el dato de cuantificación de una variable aleatoria, discreta o continua, puede conseguirse mediante diversos métodos. En investigación médica los métodos o diseños se refieren, casi siempre, a la búsqueda de relación

entre una variable denominada causa y otra variable denominada efecto lo que se comprueba a través del cumplimiento de una hipótesis de trabajo y el correspondiente análisis estadístico. Según esa relación los estudios tienen diferentes denominaciones y deben cumplir ciertos rigores. No obstante, en la investigación médica también se puede aproximar ideas como paso previo, y sustrato a la vez, de un planteamiento hipotético, en cuyo caso el alcance de la investigación es básicamente describir las variables en estudio, no requiere intervención alguna y tampoco busca relación de causalidad entre ellas. El procesamiento estadístico, de orden descriptivo también, aporta con la información indispensable como elemento generador de hipótesis (26).

Estos métodos descriptivos que dan nombre a todo un diseño son los más aptos cuando se trata de obtener, por ejemplo, una aproximación a un diagnóstico de salud en una muestra con proyección a una población, condición que los convierte en muy operacionales. Una de sus modalidades que se ha convertido en la actualidad en algo así como un punto de partida para realizar investigaciones analíticas y de intervención es el diseño transversal, un estudio observacional que en una sola cuantificación y generalmente mediante encuestas se obtiene la información requerida (47). Junto a los diseños de casos y controles y de cohortes son los básicos de la investigación epidemiológica. Los estudios transversales brindan una instantánea de una población al determinar tanto las exposiciones como los resultados en un punto de tiempo y con una sola medición (48). La presente propuesta metodológica se cumplió con este diseño.

5.2 Diseño de la investigación

- El método utilizado corresponde a un método observacional, porque no existe ningún tipo de intervención del investigador.
- Por la toma de datos, secuencial desde el primer entrevistado hasta el último, se trata de una recolección prospectiva.
- Por el número de ocasiones en que se midió las variables se trata de un estudio transversal porque se recabó la información en una sola ocasión.

5.3 Población de estudio y cálculo del tamaño de la muestra

Se consideró población de estudio a todos los profesionales médicos que laboran en el hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil.

Médicos de planta, médicos residentes de postgrado y médicos residentes asistenciales.

El tamaño de la muestra se calculó con las siguientes restricciones:

- a. Tamaño de la población: 334 médicos
- b. Nivel de confianza: del 95%
- c. Error tipo I: 5% (alfa 0.05)
- d. Proporción esperada del 50%. Según la literatura publicada, el nivel esperado de conocimientos sobre cuidados paliativos, en los médicos fluctúa entre un mínimo del 7% (17) y un máximo del 86.8% (28) por lo que se optó por realizar el cálculo asumiendo la máxima proporción, esto es del 50%. Eso asegura la obtención del máximo tamaño de muestra (26).
- e. Precisión del cálculo del 5% (variación del IC95% de la proporción esperada).

Realizando el cálculo con Epidat™ vers 3.1 en español para Windows™, un software de la Xunta de Galicia para análisis epidemiológico de datos tabulados, avalado por la Organización Panamericana de la Salud (49), el tamaño de la muestra fue de 179 participantes. Recopilamos información de 180 formularios provenientes de igual número de entrevistados.

5.4 Criterios y procedimientos de selección de participantes del estudio

- **Criterios de inclusión**

Los profesionales médicos que libre y espontáneamente expresaron su voluntad de participar en la investigación, previo consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión**

Los profesionales sanitarios que estuvieren cursando estudios de especialidad en cuidados paliativos, a la fecha de la entrevista.

5.5 Procedimiento de recolección de la información

Se cumplió el siguiente proceso:

- Aprobación del estudio por parte del Servicio de Docencia e Investigación del Hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil.
- Elaboración de un formulario para recopilación de la información, diseñado expresamente para el efecto (anexo 11.1). El formulario consta de dos

secciones: 1) las variables que caracterizan a la población de estudio y 2) los 33 ítems, con su respectivo instructivo para que el entrevistado escoja la respuesta más adecuada. Esta sección mide anónimamente los conocimientos de los profesionales entrevistados.

- Entrevista con los profesionales seleccionados a quienes se les informó sobre los propósitos de la investigación y la necesidad de proporcionar información sobre las características individuales: edad, sexo, nivel académico, especialidad, área en la que labora, experiencia profesional y experiencia institucional.
- Aplicación del consentimiento informado, en forma verbal, con la debida información sobre la necesidad de recabar información tanto por interés de los investigadores y por supuesto para beneficio de la institución. La aplicación del consentimiento informado se sujetó más a los criterios de cumplimiento del requisito fijado por la UCSG como parte del proyecto de investigación antes que al criterio de riesgo en los sujetos investigados. Una encuesta no siendo más que una entrevista en el contexto de la bioética debería ser considerada una excepción para la firma del consentimiento informado (50).
- La indagación sobre el grado de conocimientos fue manejada con reserva; para garantizar el anonimato y la credibilidad de la información esta sección de la entrevista fue motivada no como interrogatorio sino como opiniones sobre los ítems incluidos en cada dominio dado que posteriormente había la intención de convertirla en materia de conocimiento para el manejo clínico de los pacientes. La estrategia del anonimato está amparada en la necesidad de obtener información confiable, en la confidencialidad de los sujetos del estudio, en el debido respeto al tiempo y sin desestimar el orgullo de los sujetos del estudio (51).
- Ningún participante tuvo acceso al listado de ítems antes de realizar la entrevista ni tampoco conoció el formulario hasta después de terminada su participación.

5.6 Técnicas de recolección de información

Se utilizó el cuestionario de Yamamoto (anexo 11.1) del hospital de Saku, Nagano, Japón, validado en 2010 en 801 médicos (16).

El formulario incluye 33 preguntas dentro de 9 dominios: (1) filosofía de los cuidados paliativos, (2) dolor por cáncer, (3) efectos secundarios de los opioides, (4) disnea, (5)

náuseas y vómitos, (6) angustia psicológica, (7) delirium, (8) comunicación con respecto a los cuidados paliativos y (9) cuidados paliativos basados en la comunidad.

5.7 Análisis estadístico y presentación de los resultados

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos de un programa de computadora, el IBM-SPSS™ versión 26.00 en español para Windows™ y procesada mediante estadística descriptiva. Se aplican algunas pruebas inferenciales sin que por esto se modifique el diseño del estudio.

Para establecer la distribución de las variables de estudio se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Ninguna de las variables continuas tuvo distribución normal por tanto se describen mediante los estadísticos de distribución no paramétrica: mediana, moda, rango, valor mínimo y valor máximo. Las variables discretas se operacionalizaron en número de casos (n) y sus porcentajes (%).

Para la categorización del nivel de conocimientos se establecieron puntos de corte arbitrarios del 40.0% al 50.0%, del 50.1% al 60.0% y del 60.1% al 70.0%. Se consideró un nivel adecuado de conocimientos al que superó el 70%.

Para la comparación entre subgrupos, cuando se buscó asociación entre variables, se recurrió a la prueba de χ^2 y la prueba H de Kruskal Wallis, considerando la distribución no paramétrica de la variable que cuantifica los conocimientos. Se consideraron significativos los valores de $P < 0.05$.

Para determinar la confiabilidad y consistencia interna del formulario de Yamamoto y colaboradores, se realizó la prueba de Kuder-Richardson para cálculo del coeficiente alfa de Cronbach cuando se trata de variables dicotómicas y para buscar asociación entre variables continuas se utilizó la prueba de coeficiente de correlación de Pearson.

Los resultados se presentan en tablas simples de distribución de frecuencias y sus proporciones y en tablas de doble entrada para cruce de variables, para establecer asociación entre ellas.

5.8 Variables

5.8.1 Matriz de operacionalización de las variables

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Medición</i>	<i>Escala</i>
Sexo	Fenotipo que diferencia a la mujer del varón	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento	Años cumplidos	Continua
Experiencia profesional	Tiempo entre graduación e inicio de la investigación	Años de graduado	Continua
Experiencia institucional	Tiempo que labora en la institución	Años de trabajo	Continua
Nivel académico	Estudios cursados	Médico general Médico posgradista Médico especialista	Nominal
Unidad laboral	Área donde desempeña su trabajo	Hospitalización Ambulatorio	Nominal
Conocimientos sobre cuidados paliativos	Respuestas correctas en los ítems evaluados	Insuficiente Suficiente	Ordinal

6. Presentación de Resultados

6.1 Cumplimiento del estudio

Para obtener el tamaño de muestra previamente calculado se seleccionó de forma aleatoria a 180 médicos que laboran en la institución. Se utilizó una hoja de cálculo de Excel (MS Corporation™) que contenía el registro de un total de 334 médicos y se generó mediante un comando (ALEATORIO.ENTRE 1 y 334) una lista de 180 números que correspondió a los médicos seleccionados a los que, previa entrevista personal, se entregó una encuesta autoaplicada. Se recabó información de 180 formularios válidos y el análisis se realiza sobre ese número.

6.2 Distribución de las variables demográficas de la población de estudio

Aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov sobre la muestra, para examinar la distribución de las variables continuas edad, experiencia profesional, experiencia institucional y puntaje, como variable principal de análisis, se encontró que su

distribución no siguió la curva normal ($P < 0.001$). En adelante, el procesamiento de los datos se realiza con estadísticos no paramétricos.

La edad de la población de estudio tuvo una mediana de 33 años y una moda de 31 entre un mínimo de 25 y un máximo de 74 años.

La mediana de años de experiencia profesional fue de 5.5 con una moda de 6 años y un rango entre menos de 1 año y 38 años.

Los años de experiencia institucional tuvieron una mediana de 2.9 con una moda de 3 años y un rango entre menos de 1 año y 45 años.

6.3 Validez y fiabilidad del cuestionario de medición

La prueba de Kuder-Richardson, utilizada para evaluar la consistencia interna de un instrumento de medición cuando las escalas son dicotómicas, nos muestra que la confiabilidad en la correlación de los 33 ítems del formulario de Yamamoto y colaboradores, respondido por los participantes del estudio fue de 0.814, valor que en psicometría se traduce como fiabilidad y validez adecuadas para uso del instrumento metodológico (52).

6.4 Características de la población de estudio

A continuación, en la tabla 1 se presentan los resultados de las características obtenidas

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio.

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	100	55.6
Masculino	80	44.4
Edad (años)		
De 25 a 35	126	70.0
De 36 a 74	54	30.0
Experiencia profesional		
Menos de 10 años	150	83.3

Más de 10 años	30	16.7
<i>Experiencia institucional</i>		
Menos de 10 años	162	90.0
Más de 10 años	18	10.0

Hubo un predominio de profesionales mujeres con el 55.6%, sobrepasando a los varones con más del 11.2%.

El subgrupo de edad de los profesionales jóvenes de 25 a 35 años fue significativamente mayor, con el 70.0%, con respecto de los profesionales de 36 a 74 años ($P < 0.001$).

Por años de experiencia profesional el 83.3% tuvo menos de 10 años en tanto que el 16.7% correspondió a los profesionales graduados con más de años ($P < 0.001$).

Por años de experiencia laboral en la institucional el 90% tuvo menos de 10 años de trabajo y el 10% viene laborando más de 10 años ($P < 0.001$).

Tabla 2 Perfil académico y unidad de servicio donde laboran los entrevistados.

	Frecuencia	%
<i>Nivel académico</i>		
Médico general	38	21.1
Médico posgradista	71	39.4
Médico especialista	71	39.4
<i>Unidad de ejercicio laboral</i>		
Especialidades en hospitalización	155	86.1
Especialidades en ambulatorio	25	13.9

El 78.8% de los profesionales entrevistados del hospital de SOLCA Guayaquil ostenta nivel académico de especialista (39.4% con antecedente de especialidad y 39.4% posgradistas o especialidad en formación) y el 21.1% ejerce como médico general (médicos residentes asistenciales, médicos de personal y médicos de áreas fuera de hospitalización).

Las especialidades que se ejercen en hospitalización son ocupadas por el 86.1% de los entrevistados y las actividades que se ejercen en áreas ambulatorias o fuera de la sala de hospitalización (patología clínica, dermatología, imagenología, medicina laboral) por el 13.9%.

6.5 Nivel de conocimientos globales de la población de estudio

Tabla 3 Distribución porcentual del nivel de conocimientos.

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Menor al 40.0%	26	14.4
Del 40.0% al 50.0%	39	21.7
Del 50.1% al 60.0%	68	37.8
Del 60.1% al 70.0%	42	23.3
Del 70.1% al 100%	5	2.8

El 14.4% (n = 26) no alcanzo un puntaje superior al 40%. Así mismo, el 82.8% (n = 149) obtuvo una puntuación entre el 40% y el 70% del total, pero únicamente el 2.8% (n = 5) de los participantes superó el 70%.

Los 5 médicos que alcanzaron este puntaje, 3 mujeres y 2 hombres, laboraban en las áreas de hospitalización, 2 de ellos fueron especialistas en formación (posgradistas), 2 fueron médicos residentes asistenciales y 1 fue médico especialista. Por experiencia profesional 3 entrevistados tenían menos de 7 años y 2 más de 11 años. Por experiencia institucional 4 encuestados laboraban menos de 5 años y únicamente 1 venia laborando por 10 años.

6.6 Conocimientos según dimensiones e ítems

Tabla 4 Puntaje sobre 100 obtenido por los entrevistados.

Dimensiones del cuestionario y sus ítems	Respuestas correctas (%)
FILOSOFIA	
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.	75.0
2. En Ecuador, el 50% o menos de la población general cree que, si tiene cáncer, quiere sentirse seguro de recibir tratamiento contra el cáncer y vivir sin dolor severo.	28.9
3. El consumo total de opiáceos para el dolor es menor en Ecuador que en el Reino Unido, Canadá y Alemania.	13.3
DOLOR ONCOLOGICO	
4. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer peldaño de la escalera de alivio del dolor de la OMS.	48.9
5. Cuándo se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?	72.2
6. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.	62.2
7. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.	16.7
8. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.	20.0
9. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.	14.4
10. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.	83.3
11. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.	13.9
12. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.	46.7
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES	
13. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.	21.1
14. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.	78.3
15. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.	52.8
DISNEA	
16. Si un paciente tiene disnea, la PaO ₂ del paciente es inferior a 60 Torr (1 torr = 1mmHg)	23.3
17. La morfina es efectiva para la disnea.	71.7
18. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.	27.8
NÁUSEA Y VÓMITO	
19. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la histamina, la acetilcolina y la serotonina.	66.7
20. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.	47.2
21. La clorpromazina a veces causa acatisia.	24.4

ANGUSTIA PSICOLÓGICA

22. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.	81.7
23. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.	95.0
24. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.	85.0

DELIRIUM

25. El delirium se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.	82.2
26. Los benzodicepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirium.	31.1
27. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirium para que pueda dormir bien.	30.6

COMUNICACIÓN

28. Una pregunta abierta significa que no se puede responder con un simple "sí" o "no" y requiere una respuesta sin restricciones basada en los propios sentimientos del sujeto.	84.4
29. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.	95.0
30. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.	63.3

CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITARIOS

31. Hay un centro de apoyo para consultas en todos los centros oncológicos designados.	56.1
32. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.	52.2
33. Todas las clínicas designadas con función de cuidados paliativos domiciliarios tienen un sistema de 24 horas al día y 7 días.	47.8

Los puntajes mayores al 70% fueron: necesidad de consulta psiquiátrica frente a ideas suicidas (95%), cómo debe transmitir el médico una mala noticia al paciente (95%), uso de ansiolíticos para la angustia psicológica (85%), manejo sin restricciones de preguntas abiertas en la comunicación médico-paciente (84.4%), rotación de opioides (83.3%), etiología del delirium (82.2%), alto nivel de angustia psicológica y posibilidad de suicidio (81.7%), uso de laxantes junto con los opioides (78.3%), significado de los cuidados paliativos (75%), uso de opioide asociado a otros analgésicos (72.2%) y uso de la morfina en la disnea (71.7%).

6.7 Nivel de conocimientos según características demográficas y laborales

Tabla 5 Comparación de rangos promedios de conocimientos.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>valor P</i>
<i>Sexo</i>			
Femenino	100	91.3	0.803
Masculino	80	89.4	
<i>Edad (años)</i>			
25 a 35	126	90.8	0.898
36 a 74	54	89.7	
<i>Nivel académico</i>			
Médico Especialista	71	90.7	0.428
Médico Posgradista	71	95	
Médico General	38	81.5	
<i>Área donde labora</i>			
Sala de hospitalización	155	92.5	0.193
Ambulatorio	25	77.9	
<i>Unidad de labor intrahospitalaria</i>			
Unidad clínica	132	79.2	0.424
Unidad quirúrgica	23	71.1	
<i>Experiencia profesional</i>			
Menos de 10 años	150	91.7	0.470
Más de 10 años	30	84.2	
<i>Experiencia institucional</i>			
Menos de 10 años	162	90.5	0.987
Más de 10 años	18	90.3	

* Prueba H de Kruskal Wallis

Los rangos promedio según las variables demográficas y laborales tuvieron una distribución similar.

Tabla 6 Análisis de correlación entre edad, años de experiencia profesional, años de experiencia laboral y nivel de conocimientos

Nivel de conocimientos		
Edad	Correlación de Pearson	- 0,048
	Valor <i>P</i>	0,520
Experiencia institucional	Correlación de Pearson	- 0,004
	Valor <i>P</i>	0,963
Experiencia profesional	Correlación de Pearson	- 0,087
	Valor <i>P</i>	0,247

Adicionalmente, se aplicó la prueba de correlación de Pearson para buscar interdependencia entre las variables cuantitativas: edad del profesional, años de experiencia profesional y años de experiencia institucional con la variable nivel de conocimientos. No se encontró correlación.

7 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Desde los primeros estudios publicados a finales de siglo, uno de ellos en 1993, con los resultados de una investigación que midió los conocimientos entre docentes de un Centro Médico Nacional de la Ciudad de la Esperanza, California, Estados Unidos, donde se encontró un nivel menos que óptimo particularmente en el manejo del dolor de pacientes con enfermedades terminales, el panorama se presentaba sombrío (53).

De otro lado, la incorporación desde 1980, por la Organización Mundial de la Salud, de los cuidados paliativos, como parte del control del cáncer, dio origen a la necesidad de cubrir una demanda que hasta entonces correspondía únicamente a los centros oncológicos. En esa demanda se incluyen todos los prestadores de salud porque el concepto de cuidados paliativos, considerados como una rama más de la medicina, se amplió para atender a todos los pacientes portadores de enfermedades que amenazan la vida (54).

No obstante, la demanda de cuidados paliativos no ha sido cubierta con eficiencia debido en gran parte a que constituye un campo nuevo dentro de la clínica, pero más que nada debido a su desconocimiento por parte de médicos y enfermeras. Diversos estudios han puesto en claro que el nivel general de conocimientos sobre cuidados paliativos entre los profesionales sanitarios y también entre los no sanitarios es

realmente pobre. Aspecto a tenerse muy en cuenta cuando se sabe la influencia que tiene el conocimiento como base para una eficiente práctica clínica. Además, junto a los conocimientos deben valorarse creencias, actitudes y experiencias que conducen no solo procedimientos, sino también comportamientos del profesional durante la evaluación y el tratamiento a sus pacientes a través del abordaje físico, funcional, social y espiritual, dimensiones que hoy integran los cuidados paliativos (28).

Muchos de estos estudios que evalúan conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados paliativos se han realizado principalmente con enfermeras y auxiliares de enfermería. Esto se explicaría por el hecho de que la mayor parte de acciones en las residencias de los pacientes con enfermedad terminales recae sobre ellas. En efecto, en un estudio realizado con trabajadores de cuatro centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud en Toledo, España, el 71.7% de encuestas la respondieron auxiliares de enfermería, seguido por el 11.3% de enfermeras. Juntas fueron el 70% del personal sanitario participante (28).

En la atención hospitalaria, en cambio, los médicos se convierten en el centro de interés para evaluar conocimientos, por el hecho de que es el procurador y a veces ejecutor de las medidas terapéuticas que solventan las necesidades del enfermo, además por razones administrativas siempre es la cabeza del equipo multidisciplinario que propicia una atención holística, integrando los aspectos somáticos, emocionales, sociales y espirituales del paciente y su familia. Al respecto, el holismo cada vez va tomando más fuerza como una filosofía pues se trata de un «método para garantizar la atención a todas las partes de un paciente» (55).

La presente investigación respondió a este interés y aunque el diseño del estudio no permite comprobar hipótesis el planteamiento que justificó la propuesta fue explorar si el nivel de conocimientos sobre Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos que poseen los médicos del hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, tiene diferencias según la especialidad y el servicio en el que laboran.

Los resultados obtenidos concuerdan con los publicados por la literatura médica, aunque la forma de reportarlos difiere entre los investigadores. Al respecto, en la mayoría de reportes se señala un nivel generalmente en porcentaje, pero no hay una metodología uniforme para establecer categorías. Ioshimoto y colaboradores, en una investigación sobre cuidados sanitarios de fin de la vida establecieron una

categorización en cuatro grupos según el número de respuestas correctas: excelente de 100% a 76%, bueno de 75% a 51%, pobre de 50% a 26% y malo de 25% a 0% (56). Con esta referencia y estos puntos de corte Martín-Martín y colaboradores, en un conglomerado de 40 servicios de Salud de Atención Primaria de la Región de Murcia, encontraron un 67% de conocimientos buenos o excelentes en los médicos y enfermeros encuestados (24).

Otros investigadores encuentran valores muy dispares aunque se midió con escalas similares. Da Conceição en su evaluación a médicos residentes del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe, Brasil, encontró únicamente un 16% de residentes con conocimientos adecuados. Su rango para establecer este nivel fue que los entrevistados alcancen más del 71% de las respuestas correctas (57).

Para Sánchez-Holgado y colaboradores, que con un diseño transversal incluyó 65 trabajadores sanitarios: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales, el 86.8% de los encuestados conoce bastante bien o regular el significado de los cuidados paliativos, a pesar de que únicamente el 3.8% se considera formado en cuidados paliativos. El estudio utilizó un cuestionario de 22 ítems agrupados en 4 dimensiones: generalidades sobre paliativos, cuidados físicos al paciente, aspectos psicoemocionales y aspectos espirituales. Las respuestas tuvieron una escala ordinal de 4 puntos: mucho-regular-poco-nada. El procedimiento utilizado para la cuantificación quizá podría explicar la diferencia de puntajes (28).

Medina y colaboradores, en un estudio que incluyó 144 profesionales sanitarios de los tres niveles de atención, en instituciones de salud de la ciudad de México recurrieron al cálculo de promedios para el puntaje de cada área del conocimiento y encontraron que únicamente el 7% de entrevistados tenía resultados aceptables en conocimientos totales. Utilizaron el formulario de Nakasawa y colaboradores, validado internacionalmente desde 2014, cuyas áreas del conocimiento son: conocimientos generales, de familia, de espiritualidad, sobre dolor y de psiquiatría (17).

En los estudios nacionales la evaluación también toma criterios arbitrarios. Para Sánchez los conocimientos sobre cuidados paliativos son “aceptables” cuando cumplen un 60% del total, es decir cuando respondieron correctamente 15 de las 25 preguntas del formulario que aplicó. En la valoración global de conocimientos únicamente el 11.8% de entrevistados alcanzó esta puntuación y en algunos ítems de los cuidados

paliativos estos valores fueron más bajos aún, como en síntomas gastrointestinales (2.7%), dolor (1.1%) y disnea (0%) (34). Aldás, en su recopilación, que compara conocimientos sobre paliativos en tres niveles en la ciudad de Quito: atención primaria, hospital docente y centro de especialidades, utiliza el promedio como medida de evaluación. Sobre un máximo de 10 considera «bueno» el promedio mayor a 7.1 lo que equivaldría al 70% del valor máximo de la escala (35).

Por nuestra parte, para establecer el nivel de conocimientos seleccionamos puntos de corte arbitrarios: menor al 40.0%, del 40.0% al 50.0%, del 50.1% al 60.0% y del 60.1% al 70.0% y consideramos un nivel adecuado de conocimientos al que superó el 70%. El 14.4% (n = 26) de los entrevistados no alcanzó el 40%, el 82.8% (n = 149) obtuvo una puntuación entre el 40% y el 70% del total, pero únicamente el 2.8% (n = 5) de los participantes superó el 70% (tabla 3).

Como cifra representativa de la población de estudio la nuestra resulta ser la más baja de las reportadas. En este sentido, las interpretaciones que en las fuentes consultadas se dan a sus hallazgos nos parecen ciertamente mucho más arbitrarias que la nuestra, pues terminan afirmando que los conocimientos sobre cuidados paliativos en la mayoría de profesionales sanitarios estarían en un nivel medio, afirmación que al parecer no es mirada como un “problema a corregir” sino como una “realidad a esperar”.

Así lo deja ver un grupo de investigadores chilenos quienes seleccionaron una cohorte de 200 médicos residentes de los programas de posgrado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para medir conocimientos que abordaba aspectos relacionados con los cuidados paliativos, control de los síntomas y problemas del final de la vida. En el tratamiento del síndrome de anorexia-caquexia y delirium, aproximadamente el 50% de la cohorte obtuvo una puntuación media de 3 en una escala de 1 a 7 (31)

Como señalamos en párrafos anteriores, ninguno de los formularios diseñados para medir conocimientos sobre cuidados paliativos, validados internacionalmente, establece algún nivel (16,25). Aun ciertos formularios modificados de su versión original con la finalidad de incluir otras mediciones, como actitudes y prácticas para utilizarse en poblaciones geriátricas, no sugieren estandarización en su manejo cuantitativo (58). La mayor parte de investigadores, ya sea con una escala porcentual o su equivalente en promedio, coinciden que un valor igual o superior al 70% de la escala sea el punto

de corte para considerar un nivel aceptable. En ese sentido, creemos que es un criterio adecuado ajustarse a un mínimo requerido que para nuestro entendimiento debe ser el establecido legalmente para la promoción académica según la Ley Orgánica de Educación Superior (59). No sería procedente, aunque parezca justificable, conceder mérito a una formación que no alcanza el puntaje requerido y adolece, además, de vacíos en conceptos y destrezas indispensables para un perfil sanitario de calidad (60).

En la evaluación de las dimensiones y sus ítems los resultados varían en forma similar a los reportados por otros autores. De mayor a menor, en 11 de los 33 ítems (33.3% de la prueba), los puntajes mayores al 70% fueron: necesidad de consulta psiquiátrica frente a ideas suicidas (95%), cómo debe transmitir el médico una mala noticia al paciente (95%), uso de ansiolíticos para la angustia psicológica (85%), manejo sin restricciones de preguntas abiertas en la comunicación médico-paciente (84.4%), rotación de opioides (83.3%), etiología del delirium (82.2%), alto nivel de angustia psicológica y posibilidad de suicidio (81.7%), uso de laxantes junto con los opioides (78.3%), significado de los cuidados paliativos (75%), uso de opioide asociado a otros analgésicos (72.2%) y uso de la morfina en la disnea (71.7%).

Algunos de estos ítems también destacan en la literatura revisada, por ejemplo la comunicación y la disposición para dar noticias al paciente y su familia sobre su enfermedad (57) y el interés por los problemas psiquiátricos del paciente (24).

Las deficiencias más notables en la mayoría de estudios se presentan en el manejo de la sintomatología del paciente oncológico como dolor, disnea y trastornos gastrointestinales. En el estudio de Medina y colaboradores, únicamente el 16.7% tenía conocimientos adecuados sobre el manejo del dolor (17). Elizalde también encontró niveles bajos en conocimientos sobre dolor, disnea y trastornos gastrointestinales (32). Igualmente para Eyigor el dominio con menos respuestas correctas fue el dolor (61). Al parecer el temor a la adicción relacionada con el uso de opioides se mantiene en vigencia lo que se explicaría por la deficiencia en el manejo de morfina y otros opioides como lo reportan Tarazona y Espinoza (62). Esta "precaución excesiva" sobre la dependencia a opioides, el temor a la depresión respiratoria por el aumento de dosis como analgésicos y la posibilidad que la morfina sea causa de delirios, está más consolidada en los médicos residentes (57).

Cuando se compara el nivel de conocimientos entre médicos y profesionales no médicos la deficiencia en conocimientos sobre manejo del dolor y reconocimiento de la disnea es más notoria aún (28). No obstante, la mejor comprensión de la dimensión filosófica de los cuidados paliativos se encontró en las enfermeras y auxiliares de enfermería (57).

Tratando de encontrar si las características sociodemográficas o el perfil profesional de los entrevistados explicarían la deficiencia de conocimientos en cuidados paliativos, algunos autores se han extendido en análisis de asociación entre las posibles variables. Ninguno de los resultados muestra similitud entre autores y la asociación con ciertas variables son así mismo hallazgos indistintos. Para Tarazona y Espinoza (62) el sexo femenino ($P = 0.020$), ser profesional joven ($P = 0.017$) y tener más alto nivel académico ($P = 0.031$) fueron factores asociados al más alto nivel de conocimientos. Martín y colaboradores, en su análisis de modelos de regresión multidimensional encontraron que los años de ejercicio profesional y la experiencia laboral influyeron significativamente en el conocimiento global (24). En nuestros resultados, no se encontró asociación entre el nivel de conocimientos con edad, género, experiencia profesional, experiencia institucional, nivel académico y unidad de ejercicio laboral dentro de la institución.

Hemos trasladado al anexo 11.2 cuatro tablas que comparan los porcentajes obtenidos en conocimientos según áreas de trabajo (hospitalización vs ambulatorio), según nivel académico (médico especialista vs médico posgradista vs médico general), según sexo (femenino vs masculino) y según edad del profesional (25 a 35 años vs 36 a 74 años). Los porcentajes en todas las tablas y en los 33 ítems de las 9 dimensiones del formulario muestran una distribución similar. Las diferencias no fueron significativas, es decir que el área de trabajo, el nivel académico, la condición de género y la edad del profesional, son variables no asociadas al nivel de conocimientos.

Otros autores han reportado la edad temprana del médico, la formación de pregrado, años de práctica profesional, la formación continua y la experiencia laboral como factores asociados a un nivel más alto de conocimientos cuando se ha particularizado el análisis a determinados ítems. Estas investigaciones han incluido muestras de tamaño suficiente para aplicar modelos de regresión multidimensional (24). Según la metodología, los tamaños de muestra para pruebas de regresión logística deben tener

un mínimo de 10 unidades de análisis por cada ítem (63). En tal sentido, para análisis de regresión de 33 ítems requeriríamos una población de por lo menos 330 sujetos de investigación. Es ampliamente conocido que la confiabilidad en el análisis estadístico es directamente proporcional al tamaño de muestra (26).

En cuanto a las características sociodemográficas de nuestra población de estudio la única particularidad es que estuvo conformada sólo por médicos ya que son considerados los líderes de los equipos multidisciplinarios por lo cual deben poseer los conocimientos necesarios en Cuidados Paliativos para cumplir dicho rol. En tanto que en otros estudios se incluyeron otros profesionales no médicos como enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales (24,28).

En la distribución por sexo predominaron las mujeres con el 55.6%, característica que también se encontró en el estudio de Medina y colaboradores, donde las mujeres fueron el 76.4% (17), en el de Martín y colaboradores, el 61.5% (24) en el de Sánchez y colaboradores, el 92.8% (28), en el de Tarazona y colaboradores, el 59.7% (62) y en el de Conceição el 67% (57).

Según edad en la mayor parte de estudios fueron los profesionales jóvenes, tanto médicos como no médicos, el subgrupo más numeroso, situación que se explica porque la edad de las residencias médicas oscila entre 23 a 35 años, tanto asistenciales como de postgrado. La población mayor a los 40 años corresponde a los médicos institucionales, de planta, generalmente especialistas con dedicación exclusiva a su experticia. Al respecto, nuestro trabajo coincide con los publicados en la literatura siendo los profesionales jóvenes la mayor parte de la población de estudio (24).

La experiencia institucional en la mayor parte de reportes oscila entre 4 y 10 años con un rango ligeramente más amplio para la experiencia laboral, algo así como de 2 a 10 años. En nuestra recopilación la experiencia institucional tuvo una mediana de 2.9 años con un rango entre menos de 1 año y 45 años. La experiencia laboral tuvo una moda de 6 años y un rango entre menos de 1 año a 38 años.

Un criterio que constituye el denominador común de todas las fuentes consultadas es que la educación en medicina paliativa tiene serias deficiencias que deben ser superadas, se hace cada vez más importante en todos los niveles de atención que responde a una demanda creciente en función del incremento de la esperanza de

sobrevida, aun para los pacientes con enfermedades que amenazan su existencia. La percepción de más del 80% de 200 médicos residentes chilenos que fueron incluidos en un estudio para evaluar conocimientos, es que la formación en cuidados paliativos y del final de la vida debe ser obligatoria tanto en pregrado como en posgrado (31).

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 Conclusiones

- En relación a las características sociodemográficas la investigación determinó que la mayor parte de médicos encuestados se encontraron en el subgrupo de edad de profesionales jóvenes entre 25 a 35 años con predominio del sexo femenino; los médicos posgradistas y especialistas fueron la población predominante; el área de hospitalización destacó como área laboral entre los entrevistados; la experiencia profesional y la experiencia laboral se mantuvo en un rango menor a 10 años.
- El nivel de conocimientos sobre Cuidados Paliativos en los profesionales médicos del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil se mantuvo por debajo del nivel óptimo, únicamente el 2.8% (n = 5) de los profesionales que participaron en la investigación lograron un nivel adecuado de conocimientos. Los ítems de más alta puntuación fueron: necesidad de psiquiatra frente a ideas suicidas, cómo debe comunicar el médico malas noticias al paciente, uso de ansiolíticos para la angustia psicológica, preguntas sin restricción en la comunicación médico-paciente, rotación de opioides, etiología del delirium, angustia y posibilidad de suicidio, uso de laxantes en terapia con opioides, significado de los cuidados paliativos, uso de opioide asociado a otros analgésicos y uso de morfina en disnea.
- No hubo asociación entre las variables demográficas ni características laborales con el nivel de conocimientos.

8.2 Recomendaciones

- Si la experiencia de todos los autores es que el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales sanitarios está por debajo de los niveles óptimos, la reforma del currículo en esta área es indispensable no sólo en el posgrado sino desde el pregrado.

- Los contenidos indispensables deben ser los que reportan las deficiencias más notables en la mayoría de estudios, como el manejo del dolor, temores a la adicción, trastornos respiratorios y trastornos gastrointestinales.

9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Como es propio del diseño descriptivo observacional los resultados únicamente nos permiten aproximarnos a consideraciones hipotéticas y los hallazgos de asociación entre variables no tienen más que el carácter de generar una inquietud que encamine estudios analíticos en busca de causalidad. No obstante, la información obtenida es muy valiosa y constituye un diagnóstico situacional del nivel de conocimientos que en cuidados paliativos tienen los médicos del primer centro del Instituto Oncológico Nacional. La expectativa, sobre los valores encontrados, concuerda con los reportados por la literatura publicada al respecto.

10. Referencias

1. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. UGC de Cuidados Paliativos. [Online].; 2016 [cited 2022 Feb 20. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=paliativos>.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. SECPAL. Historia de los Cuidados Paliativos. [Online].; 2014. Available from: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1.
4. Lloyd-Williams M, MacLeod R. A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. *Med Teach*. 2004 Dec; 26(8): p. 683-90.
5. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. [Online].; 2012 [cited 2020 Febr 5. Available from: [https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica.pdf](https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf).
6. American Cancer Society. Atención Paliativa. [Online].; 2019 [cited 2022 Feb 20. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/quien-debe-recibir-el-cuidado-paliativo.html>.
7. Santacruz J, Martínez L. Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*. 2021; 4(2): p. 14-8.
8. Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco L, Bornstein T, Knebel E, et al. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. 1st ed. (USAID) ApeDIdEU, editor. Bethesda, MD; 2002.
9. Martín A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Atención Primaria*. 2002 Junio; 30(1): p. 45-56.
10. Jaramillo L. Propuesta para la recertificación de las especialidades médicas en Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2012; 41(Suplemento): p. 163S-169S.
11. Nazzari O. Certificación y recertificación de especialidades médicas. *Rev. Chilena Dermatol*. 2014; 30(1): p. 8-9.
12. SEA. Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología. [Online].; 2019 [cited 2022 Feb 20. Available from: <https://sea.org.ec/web/>.
13. AEMI. Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna. [Online].; 2019 [cited 2022 Feb 20. Available from: <https://aemi.med.ec/>.
14. CACES. Consejo de Aseguramiento de la calidad de la Educación Superior. [Online].; 2019 [cited 2020 Feb 20. Available from: <https://www.caces.gob.ec/examen-de-habilitacion-profesional/#>.
15. Pessini L, Berthacini L. Nuevas perspectivas en Cuidados Paliativos. *Acta Bioethica*. 2006; 12(2): p. 231-42.
16. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med*. 2013 Nov; 16(11): p. 1423-8.
17. Medina Z, Cruz C, Sánchez S. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Esp Med Quir*. 2012; 17(2): p. 109-14.
18. Ross M, McDonald B, J M. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs*. 1996 Jan; 23(1): p. 126-37.
19. Clark M, Owen S, Tholken M. Measuring student perceptions of clinical competence. *J Nurs Educ*. 2004 Dec; 43(12):548-54 Dec; 43(12): p. 548-54.
20. Adriaansen M, van Achterberg T. A test instrument for palliative care. *Int J Nurs Stud*. 2004 Jan; 41(1): p. 107-17.
21. Karacsony S, Chang E, Johnson A, Good A, Edenborough M. Measuring nursing assistants'

- knowledge, skills and attitudes in a palliative approach: A literature review. *Nurse Educ Today*. 2015 Dec; 35(12): p. 1232-9.
22. Karacsony S, Good A, Chang E, Johnson A, Edenborough M. An instrument to assess the education needs of nursing assistants within a palliative approach in residential aged care facilities. *BMC Palliat Care*. 2019 Jul 23;18(1):61. 2019 Jul 23; 18(1): p. 61.
 23. Prem V, Karvannan H, Kumar S, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, et al. Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *Indian J Palliat Care*. 2012 May; 18(2): p. 122-7.
 24. Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán M, Beltrán-Aroca C, Martín-de-Las-Heras S, Rubio L PCM. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 10; 18(9): p. 5031.
 25. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*. 2009 Dec; 23(8): p. 754-66.
 26. Argimón J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. Tercera Edición ed. Madrid: S. A. Elsevier España; 2004.
 27. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med*. 2010 Apr; 13(4): p. 427-37.
 28. Sánchez-Holgado J, Gonzalez-Gonzalez J, Torijano-Casalengua M. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Semergen Medicina de Familia*. 2016 January–February; 42(1): p. 19-24.
 29. Ioshimoto T, Shitara D, do Prado G, Pizzoni R, Sassi R, de Gois A. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020 Oct 2; 20(1): p. 339.
 30. Sánchez M, Precilla J. ¿Cómo nos sentimos y cuánto conocemos sobre algunas definiciones referentes a la muerte? *Rev Hosp Niño Panamá* 2003;19:41-47. *Rev Hosp Niño Panamá*. 2003; 19: p. 41-7.
 31. Vial C, Ibáñez L, Umaña V, Reyes D. Autoevaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes. *Rev Med Chile*. 2004; 132: p. 444-52.
 32. Elizalde F. Evaluación de los conocimientos en relación con cuidados paliativos en estudiantes de la Carrera de Medicina y Postgrado de Medicina Familiar de la PUCE. Trabajo de Titulación de Médico. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019.
 33. Cevallos T. Nivel de conocimientos de los problemas éticos y manejo de los cuidados paliativos por parte de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga. Tesis de Maestría en Bioética. Cuenca: Universidad del Azuay, Departamento de Postgrados; 2020.
 34. Sánchez L. Nivel de conocimientos sobre Cuidados Paliativos en estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca. Trabajo de Titulación de Médico. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Medicina; 2019.
 35. Aldás P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados paliativos dirigido al personal médico del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito en los distintos niveles de atención durante el periodo noviembre 2018-mayo 2019. Tesis de Especialista. Quito: Universidad Central del Ecuador, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; 2020.
 36. Calle K, Ordóñez P. Modelo Educativo sobre Cuidados Paliativos en el personal de salud del Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca. Tesis de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cuenca: Universidad del Azuay, Departamento de Postgrado; 2021.
 37. Hernández O, Arbelo M, Reyes M, Medina I, Chacón E. Nivel de información sobre cuidados

- paliativos en médicos residentes. *Educ Med Super*. 2015 ene-mar; 29(1): p. 14-27.
38. Rastogi S, Sharma S, Chauhan J, Saini P, Kumar R, et al. Pharmacopoeia roles and responses: A systemic resilience approach to COVID-19 pandemic. *Saudi Pharm J*. 2022 Feb 14.
 39. Sánchez-Mendiola M. La educación médica basada en competencias: ¿santo remedio o vino viejo en nueva botella? *Investigación en Educación Médica*. 2015 Enero-Marzo; 4(13): p. 1-2.
 40. Cabrera C, Arenas O, Bonilla M, Cortes L, Márquez I, Porta R, et al. Perfil del cuidador principal del enfermo atendido por equipos de Cuidados Paliativos: estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. *Medicina Paliativa*. 2000; 7(4): p. 140-4.
 41. Schroder C, Heyland D, Jiang X, Rocker G, Dodek P. Canadian Researchers at the End of Life Network. Educating medical residents in end-of-life care: insights from a multicenter survey. *J Palliat Med*. 2009 May; 12(15): p. 459-70.
 42. HSJDP. Unidad de Atención al Paciente con Pluripatología y Enfermedad Crónica. [Online].; 2022 [cited 2022 Feb 6. Available from: <https://hsjdpamplona.com/atencion-hospitalaria/unidad-de-cronico/>.
 43. Tatum P, Mills S. Hospice and Palliative Care: An Overview. *Med Clin North Am*. 2020 May; 104(3): p. 359-73.
 44. Benítez M, Salinas A, Martín J, Martínez L. Cuidados paliativos. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. *Atención Primaria*. 2002 Marzo; 29(4): p. 237-40.
 45. Buss M, Rock L, McCarthy E. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc*. 2017 Feb; 92(2): p. 280-6.
 46. Center to Advance Palliative Care. Public Opinion Research on Palliative Care. A Report Based on Research by Public Opinion Strategies. New York: Center to Advance Palliative Care; 2011.
 47. Noordzij M, Dekker F, Zoccali C, Jager K. Diseños de estudio en investigación clínica. *Nephron Clin Práctica*. 2009; 113(3): p. c218-21.
 48. Belbasis L, Bellou V. Introduction to Epidemiological Studies. *Methods Mol Biol*. 2018; 1793: p. 1-6.
 49. OPS. Epidat vers 3.1 [Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados].; 2006 [cited 2022 feb 6. Available from: <https://extranet.sergas.es/EPIWB/EPIWB/SolicitudEpidat.aspx?IdPaxina=62715&idv=1&lng=es>.
 50. Zúñiga C, Zúñiga-Hernández J. Excepciones al uso del consentimiento informado en investigación: ¿cuándo es esto posible en Chile? *Rev Med Chil*. 2019 Aug; 147(8): p. 1029-35.
 51. Sierles F. How to do research with self-administered surveys. *Acad Psychiatry*. 2003 Summer; 27(2): p. 104-13.
 52. Foster R. KR20 and KR21 for Some Nondichotomous Data (It's Not Just Cronbach's Alpha). *Educ Psychol Mea*. 2021 Dec; 81(6): p. 1172-202.
 53. Ferrell B, McGuire D, Donovan M. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *J Prof Nurs*. 1993 Mar-Apr; 9(2): p. 79-88.
 54. Del Río M, Palma A. Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U. C. Pontificia Universidad Católica de Chile*. 2007; 32(1): p. 16-22.
 55. PRACTICAL nursing.org. The importance of Holistic Nursing Care: How to Completely Care for your Patients. [Online].; 2022 [cited 2022 febrero 6. Available from: <https://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients>.
 56. Ioshimoto T, Shitara D, do Prado G, Pizzoni R, Hennemann R, Teixeira de Gois A. Education is an important factor in end-of-life care: Results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020; 20(339).
 57. da Conceição M, de Castro M, Coutinho C, Barros E, Machado D. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. *Rev. Bioét*. 2019 Ene/Mar; 28(1): p. 134-42.

58. Vu HTT NLNT, Nguyen T, Nguyen T, Nguyen H, Nguyen A, Pham T, et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 25; 16(15): p. 2656.
59. LOES. Ley Orgánica de Educación Superior. Registro Oficial Suplemento 298. Quito: Presidencia de la República; 2010.
60. Zancajo J. Propuesta de perfil competencial uniforme para los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*. 2001; 16(3): p. 208-14.
61. Eyigor S. Fifth-Year Medical Students' Knowledge of Palliative Care and Their Views on the Subject. *J Palliat Med*. 2013 Ago; 16(8): p. 941-5.
62. Tarazona-Pedrerros D, Espinoza-Rojas R. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de una Universidad en Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2021 Junio;(1814-5469).
63. Herrera A. Efecto del tamaño de muestra y la razón de tamaños de muestra en la detección de funcionamiento diferencial de los ítems. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona, Departamento de Metodología de las ciencias del comportamiento; 2005.

11. ANEXOS

11.1 Formulario para recopilación de la información

Conocimientos sobre Cuidados Paliativos

1. Fecha:	Edad	años
2. Sexo:	Femenino	Masculino	
3. Experiencia profesional..... años	Experiencia institucional		
4. Nivel académico: <i>Si marca en opción posgrado o especialista, especificar en la siguiente pregunta.</i>	Médico general.... Médico especialista		
	Posgrado		
5. Área laboral	Sala de hospitalización..... Fuera de sala.....		
6. Unidad laboral:	Oncología		
	Cirugía		
	Emergencia		
	Otra		
7. ¿Cuánto tiempo labora en SOLCA?		 años
8. ¿Cuántos años han transcurrido desde la obtención de su título de médico general o especialista?		 años

INSTRUCTIVO. Lea detenidamente la pregunta, luego marque la respuesta que considera correcta: V (verdadero), F (falso), NC (no conoce)

FILOSOFÍA			
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.	V	F	NC
2. En Ecuador, el 50% o menos de la población general cree que, si tiene cáncer, quiere sentirse seguro de recibir tratamiento contra el cáncer y vivir sin dolor severo.	V	F	NC
3. El consumo total de opioides para el dolor es menor en Ecuador que en el Reino Unido, Canadá y Alemania.	V	F	NC
DOLOR ONCOLOGICO			
4. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer peldaño de la escalera de alivio del dolor de la OMS.	V	F	NC
5. Cuándo se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?	V	F	NC
6. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.	V	F	NC
7. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.	V	F	NC
8. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.	V	F	NC
9. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.	V	F	NC
10. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.	V	F	NC
11. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.	V	F	NC
12. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.	V	F	NC
EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES			
13. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.	V	F	NC
14. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la	V	F	NC

mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.			
15. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.	V	F	NC
DISNEA	V	F	NC
16. Si un paciente tiene disnea, la PaO2 del paciente es inferior a 60 Torr (1 torr = 1mmHg)	V	F	NC
17. La morfina es efectiva para la disnea.	V	F	NC
18. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.	V	F	NC
NÁUSEAS Y VÓMITOS	V	F	NC
19. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la histamina, la acetilcolina y la serotonina.	V	F	NC
20. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.	V	F	NC
21. La clorpromazina a veces causa acatisia.	V	F	NC
ANGUSTIA PSICOLÓGICA	V	F	NC
22. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.	V	F	NC
23. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.	V	F	NC
24. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.	V	F	NC
DELIRIUM	V	F	NC
25. El delirium se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.	V	F	NC
26. Los benzodicepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirium.	V	F	NC
27. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirium para que pueda dormir bien.	V	F	NC
COMUNICACIÓN	V	F	NC
28. Una pregunta abierta significa que no se puede responder con un simple "sí" o "no" y requiere una respuesta sin restricciones basada en los propios sentimientos del sujeto.	V	F	NC
29. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.	V	F	NC
30. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.	V	F	NC
CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITARIOS	V	F	NC
31. Hay un centro de apoyo para consultas en todos los centros oncológicos designados.	V	F	NC
32. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.	V	F	NC
33. Todas las clínicas designadas con función de cuidados paliativos domiciliarios tienen un sistema de 24 horas al día y 7 días.	V	F	NC

11.2 Información complementaria

Conocimientos sobre Cuidados Paliativos según área de trabajo.

Dimensiones del cuestionario y sus ítems	En hospitalización	En ambulatorio
	Aciertos (%)	
<i>FILOSOFIA</i>		
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.	74.8	76.0
2. En Ecuador, el 50% o menos de la población general cree que, si tiene cáncer, quiere sentirse seguro de recibir tratamiento contra el cáncer y vivir sin dolor severo.	29.7	24.0
3. El consumo total de opioides para el dolor es menor en Ecuador que en el Reino Unido, Canadá y Alemania.	11.6	24.0
<i>DOLOR ONCOLOGICO</i>		
4. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer peldaño de la escalera de alivio del dolor de la OMS.	51.6	32.0
5. Cuándo se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?	72.3	72.0
6. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.	63.9	52.0
7. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.	16.8	16.0
8. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.	18.1	32.0
9. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.	14.2	16.0
10. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.	85.2	72.0
11. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.	14.8	8.0
12. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.	47.1	44.0
<i>EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES</i>		
13. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.	21.9	16.0
14. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.	82.6	52.0
15. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.	55.5	36.0
<i>DISNEA</i>		
16. Si un paciente tiene disnea, la PaO ₂ del paciente es inferior a 60 Torr (1 torr = 1mmHg)	25.2	12.0
17. La morfina es efectiva para la disnea.	76.8	40.0
18. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.	27.7	25

NÁUSEA Y VÓMITO

19. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la histamina, la acetilcolina y la serotonina.	70.3	44.0
20. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.	48.4	40.0
21. La clorpromazina a veces causa acatisia.	24.5	24.0

ANGUSTIA PSICOLÓGICA

22. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.	80.6	88.0
23. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.	95.5	92.0
24. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.	84.5	88.0

DELIRIUM

25. El delirium se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.	83.2	76.0
26. Los benzodiazepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirium.	32.3	24.0
27. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirium para que pueda dormir bien.	30.3	32.0

COMUNICACIÓN

28. Una pregunta abierta significa que no se puede responder con un simple "sí" o "no" y requiere una respuesta sin restricciones basada en los propios sentimientos del sujeto.	83.2	92.0
29. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.	95.5	92.0
30. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.	61.3	76.0

CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITARIOS

31. Hay un centro de apoyo para consultas en todos los centros oncológicos designados.	59.4	36.0
32. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.	56.1	32.0
33. Todas las clínicas designadas con función de cuidados paliativos domiciliarios tienen un sistema de 24 horas al día y 7 días.	50.3	32.0

Considerando como subgrupos de comparación a los profesionales que laboran en hospitalización con respecto de los que laboran en áreas ambulatorias, los puntajes obtenidos fueron similares, aunque con un ligero predominio del puntaje obtenido por los profesionales que ejercen su labor dentro de las salas hospitalarias.

Los aciertos sobre los ítems relacionados con la comunicación, el delirium, náusea y vómito, el dolor oncológico, disnea, el uso de opiáceos, efectos secundarios de los opioides y concepto de cuidados paliativos, sobrepasaron el 70%. La angustia psicológica del paciente que puede predisponerle al suicidio, así como la importancia que tiene al hecho de comunicarle al paciente sobre su enfermedad alcanzaron el 95%.

Conocimientos en Cuidados Paliativos según nivel académico.

Ítems del cuestionario de Yamamoto	Md. Posgradista n = 71	Md. Especialista n = 71	Md. General n = 38
	Aciertos (%)		
FILOSOFIA			
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.	66.2	83.1	76.3
2. En Ecuador, el 50% o menos de la población general cree que, si tiene cáncer, quiere sentirse seguro de recibir tratamiento contra el cáncer y vivir sin dolor severo.	28.2	33.8	21.1
3. El consumo total de opioides para el dolor es menor en Ecuador que en el Reino Unido, Canadá y Alemania.	11.3	18.3	7.9
DOLOR ONCOLOGICO			
4. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer peldaño de la escalera de alivio del dolor de la OMS.	53.5	50.7	36.8
5. Cuando se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?	73.2	74.6	65.8
6. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.	74.6	59.2	44.7
7. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.	16.9	19.7	10.5
8. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.	22.5	15.5	23.7
9. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.	11.3	11.3	26.3
10. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.	91.5	76,1	81.6
11. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.	18.3	8,5	15.8
12. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.	49.3	49.3	36.8
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES			
13. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.	16.9	19.7	31.6
14. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.	80.3	81.7	68.4
15. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.	50.7	56.3	50.0
DISNEA			
16. Si un paciente tiene disnea, la PaO ₂ del paciente es inferior a 60 Torr (1 torr = 1 mm Hg)	29.6	22.5	13.2
17. La morfina es efectiva para la disnea.	76.1	78.9	50.0
18. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.	22.5	33.8	26.3

NÁUSEA Y VÓMITO

19. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la histamina, la acetilcolina y la serotonina.	66.2	66.2	68.4
20. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.	43.7	53.5	42.1
21. La clorpromazina a veces causa acatisia.	22.5	23.9	28.9

ANGUSTIA PSICOLÓGICA

22. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.	80.3	84.5	78.9
23. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.	95.8	93.0	97.4
24. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.	87.3	83.1	84.2

DELIRIUM

25. El delirium se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.	84.5	77.5	86.8
26. Los benzodicepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirium.	32.4	28.2	34.2
27. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirium para que pueda dormir bien.	38.0	22.5	31.6

COMUNICACIÓN

28. Una pregunta abierta significa que no se puede responder con un simple "sí" o "no" y requiere una respuesta sin restricciones basada en los propios sentimientos del sujeto.	80.3	88.7	84.2
29. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.	97.2	91.5	97.4
30. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.	70.4	59.2	57.9

CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITARIOS

31. Hay un centro de apoyo para consultas en todos los centros oncológicos designados.	60.6	45.1	68.4
32. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.	53.5	53.5	50.0
33. Todas las clínicas designadas con función de cuidados paliativos domiciliarios tienen un sistema de 24 horas al día y 7 días.	56.3	32.4	60.5

Según nivel académico las tendencias se inclinan hacia los médicos posgradistas, quienes obtuvieron puntaje ligeramente más alto.

La tendencia general mantiene un puntaje por encima del 70% en las siguientes dimensiones e ítems: concepto de cuidados paliativos, el manejo del dolor con opiáceos, precauciones frente a los efectos secundarios y su manejo cuando se utilizan

opioide asociado a otros analgésicos, la presencia de disnea y uso de morfina, la angustia psicológica y la posibilidad de ideas suicidas, la necesidad de consulta psiquiátrica frente a ideas suicidas, el uso de ansiolíticos, la etiología del delirium, el manejo de la comunicación sin restricciones y la correcta transmisión de malas noticias, así como la información de malignidad.

Conocimientos sobre Cuidados Paliativos según género.

Ítems del cuestionario de Yamamoto	Femenino	Masculino
	Aciertos (%)	
FILOSOFIA		
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.	79.0	70.0
2. En Ecuador, el 50% o menos de la población general cree que, si tiene cáncer, quiere sentirse seguro de recibir tratamiento contra el cáncer y vivir sin dolor severo.	30.0	27.5
3. El consumo total de opioides para el dolor es menor en Ecuador que en el Reino Unido, Canadá y Alemania.	11.0	16.3
DOLOR ONCOLOGICO		
4. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer peldaño de la escalera de alivio del dolor de la OMS.	53.0	43.8
5. Cuando se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?	67.0	78.8
6. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.	62.0	62.5
7. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.	15.0	18.8
8. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.	13.0	28.7
9. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.	13.0	16.3
10. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.	81.0	86.3
11. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.	14.0	13.8
12. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.	54.0	37.5
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES		
13. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.	16.0	27.5
14. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.	86.0	68.8
15. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.	56.0	48.8
DISNEA		
16. Si un paciente tiene disnea, la PaO ₂ del paciente es inferior a 60 Torr (1 torr = 1 mm Hg)	17.0	31.3
17. La morfina es efectiva para la disnea.	71.0	72.5
18. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.	20.0	37.5
NÁUSEA Y VÓMITO		
19. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la histamina, la acetilcolina y la serotonina.	70.0	62.5

20. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.	52.0	41.3
21. La clorpromazina a veces causa acatisia.	20.0	30.0

ANGUSTIA PSICOLÓGICA

22. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.	81.0	82.5
23. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.	97.0	92.5
24. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.	88.0	81.3

DELIRIUM

25. El delirium se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.	87.0	76.3
26. Los benzodicepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirium.	28.0	35.0
27. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirium para que pueda dormir bien.	27.0	35.0

COMUNICACIÓN

28. Una pregunta abierta significa que no se puede responder con un simple "sí" o "no" y requiere una respuesta sin restricciones basada en los propios sentimientos del sujeto.	87.0	81.3
29. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.	96.0	93.8
30. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.	61.0	66.3

CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITARIOS

31. Hay un centro de apoyo para consultas en todos los centros oncológicos designados.	59.0	52.5
32. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.	55.0	50.0
33. Todas las clínicas designadas con función de cuidados paliativos domiciliarios tienen un sistema de 24 horas al día y 7 días.	55.0	38.8

Según el género tampoco se encontró diferencias significativas en los puntajes de las 9 dimensiones. Indistintamente, en algunos ítems las mujeres obtuvieron valores ligeramente más altos con una fluctuación entre 1% 18% y en otros, los varones con una fluctuación entre 1% y 15%. La tendencia general se repite en los mismos dominios que la tabla anterior.

Conocimientos sobre Cuidados Paliativos según edad del entrevistado.

Ítems del cuestionario de Yamamoto	De 25 a 35 años	De 36 a 74 años
	Aciertos (%)	
<i>FILOSOFIA</i>		
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.	75.4	74.1
2. En Ecuador, el 50% o menos de la población general cree que, si tiene cáncer, quiere sentirse seguro de recibir tratamiento contra el cáncer y vivir sin dolor severo.	26.2	35.2
3. El consumo total de opioides para el dolor es menor en Ecuador que en el Reino Unido, Canadá y Alemania.	11.9	16.7
<i>DOLOR ONCOLOGICO</i>		
4. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer peldaño de la escalera de alivio del dolor de la OMS.	47.6	51.9
5. Cuándo se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?	74.6	66.7
6. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.	64.3	57.4
7. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.	15.9	18.5
8. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.	23.0	13.0
9. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.	15.9	11.1
10. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.	86.5	75.9
11. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.	14.3	13.0
12. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.	46.0	48.1
<i>EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES</i>		
13. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.	19.8	24.1
14. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.	75.4	85.2
15. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.	52.4	53.7
<i>DISNEA</i>		
16. Si un paciente tiene disnea, la PaO ₂ del paciente es inferior a 60 Torr (1 torr = 1 mm Hg)	23.8	22.2
17. La morfina es efectiva para la disnea.	69.0	77.8
18. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.	23.0	38.9
<i>NÁUSEA Y VÓMITO</i>		
19. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la	65.1	70.4

histamina, la acetilcolina y la serotonina.		
20. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.	44.4	53.7
21. La clorpromazina a veces causa acatisia.	24.6	24.1

ANGUSTIA PSICOLÓGICA

22. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.	81.7	81.5
23. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.	96.0	92.6
24. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.	82.5	90.7

DELIRIUM

25. El delirium se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.	85.7	74.1
26. Los benzodiazepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirium.	34.9	22.2
27. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirium para que pueda dormir bien.	34.9	20.4

COMUNICACIÓN

28. Una pregunta abierta significa que no se puede responder con un simple "sí" o "no" y requiere una respuesta sin restricciones basada en los propios sentimientos del sujeto.	82.5	88.9
29. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.	96.0	92.6
30. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.	65.1	59.3

CUIDADOS PALIATIVOS COMUNITARIOS

31. Hay un centro de apoyo para consultas en todos los centros oncológicos designados.	61.1	44.4
32. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.	51.6	55.6
33. Todas las clínicas designadas con función de cuidados paliativos domiciliarios tienen un sistema de 24 horas al día y 7 días.	53.2	35.2

Los puntajes según edad de los entrevistados se distribuyeron en forma similar a los obtenidos según género, esto es, en algunos ítems los puntajes son más altos, indistintamente, para cualquiera de los subgrupos de 25 a 35 años o de 36 a 74 años.

De igual manera la tendencia general mantiene un puntaje por encima del 70% en las mismas dimensiones que las tablas anteriores: filosofía, dolor oncológico, efectos secundarios de los opioides, disnea, náusea y vómito, angustia psicológica, delirium y comunicación.

La dimensión sobre cuidados paliativos comunitarios, en todos sus ítems y en todas las tablas, no alcanzó el 70%, los valores fluctuaron entre un mínimo de 35.2% y un máximo de 61.1%.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rojas Fajardo Maritza Andrea**, con C.C: # **0105881379** autor/a del trabajo de titulación: **Evaluación de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales sanitarios del Hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de mayo de 2022



f. _____

Nombre: Rojas Fajardo Maritza Andrea

C.C: 0105881379

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Evaluación de conocimientos sobre cuidados paliativos en los profesionales sanitarios del Hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Rojas Fajardo Maritza Andrea		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Quinto Briones Rina Mariuxi		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en ciencias de la salud / Sistema de posgrado		
CARRERA:	Especialización en Cuidados Paliativos		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Cuidados Paliativos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de mayo de 2022	No. DE PÁGINAS:	52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cuidados paliativos, Formación médica, Profesionales sanitarios		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Conocimientos, cuidados paliativos, dolor, opioides, medicina, educación médica.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en los médicos del hospital del Instituto Oncológico Nacional, SOLCA, Guayaquil, se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal mediante el test "The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE" de Yamamoto y colaboradores. Se incluyeron 180 médicos entre especialistas, residentes de postgrado y médicos generales, a quienes se entrevistó mediante un cuestionario autoaplicado. La muestra estuvo representada por una mediana de edad de 33 años (rango 25-74) y un 70% entre 25 a 35 años; predominio femenino (55.6%); 86.1% con funciones hospitalarias; el 83.3% con experiencia profesional < 10 años (P < 0.001) y un 90% con experiencia laboral en la institución < 10 años (P < 0.001).</p> <p>Los conocimientos sobre Cuidados Paliativos del 82.8% (n = 149) de los entrevistados estuvieron entre el 40% y el 70% y únicamente el 2.8% (n = 5) superó 70%. Los ítems más puntuados fueron: consulta psiquiátrica ante ideas suicidas (95%), comunicación de malas noticias (95%), uso de ansiolíticos para angustia psicológica (85%), comunicación médico-paciente sin restricciones (84.4%), rotación de opioides (83.3%), etiología del delirium (82.2%), angustia y suicidio (81.7%), laxantes en terapia con opioides (78.3%), significado de cuidados paliativos (75%), uso de opioide asociado a otros analgésicos (72.2%) y uso de morfina en disnea (71.7%).</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-99-567-4809	E-mail: andrearojas.fj@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Aguilar Antonio		
	Teléfono: +593-99-845-2054		
	posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			