

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TEMA:**

**Validación y adaptación transcultural de una herramienta de evaluación del conocimiento en cuidados paliativos en profesionales de la salud del Hospital Oncológico SOLCA - Guayaquil.**

**AUTOR:**

**Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**

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

**TUTOR:**

**Dra. Bonilla Sierra Patricia**

**Guayaquil, Ecuador**

**27 de mayo del 2025**



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 **Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Dra. Bonilla Sierra Patricia.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dra. Vallejo Martínez Mariana Concepción.**

**Guayaquil, a los 27 del mes de mayo del año 2025.**



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, **Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Validación y adaptación transcultural de una herramienta de evaluación del conocimiento en cuidados paliativos en profesionales de la salud del Hospital Oncológico SOLCA -Guayaquil.** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**, ha sido desarrollado 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 27 del mes de mayo del año 2025**

**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Validación y adaptación transcultural de una herramienta de evaluación del conocimiento en cuidados paliativos en profesionales de la salud del Hospital Oncológico SOLCA -Guayaquil.** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 27 del mes de mayo del año 2025.**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_  
**Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**

# REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

## TESIS COMPLETO 1.0 con firmas-signed

4%  
Textos  
sospechosos



4% Similitudes  
< 1% similitudes entre comillas  
1% entre las fuentes mencionadas  
10% Idiomas no reconocidos (ignorado)  
8% Textos potencialmente generados por  
la IA (ignorado)

Nombre del documento: TESIS COMPLETO 1.0 con firmas-signed.pdf  
ID del documento: 1e20401651b7f10ed9d80192bfe2b7232e3afa  
Tamaño del documento original: 1,36 MB

Depositante: Mariana Concepción Vallejo Martínez  
Fecha de depósito: 6/6/2025  
Tipo de carga: Interface  
fecha de fin de análisis: 6/6/2025

Número de palabras: 16.953  
Número de caracteres: 131.616

Ubicación de las similitudes en el documento:



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, quien ha sido mi fortaleza, sustento y guía en cada etapa de esta travesía. Su orientación ha sido mi principal apoyo y en Él encuentro la razón y el propósito de cada acción que emprendo día a día.

A mi familia, mi fuente constante de inspiración, debido a su amor incondicional, su respaldo silencioso y su presencia firme que me motiva a esforzarme y avanzar, incluso en las circunstancias más adversas.

A mis pacientes, verdaderos maestros de vida, dado que cada uno, con su historia, me ha enseñado el valor de la humanidad, la compasión y la imperativa necesidad de formación, no solo en el ámbito profesional, sino también en el sentido humano.

A mis maestros les expreso mi reconocimiento por la generosidad con la que comparten sus conocimientos, su experiencia y por el esfuerzo que realizan para contribuir a nuestra formación.

En particular a la Dra. Mariana Vallejo por su apoyo constante durante mi formación, a la Ing. Leyda Jaramillo y la Dra. Patricia Bonilla, quienes han tenido un papel esencial en la elaboración de esta investigación.

## DEDICATORIA

A todos aquellos que en algún momento dudan de sí mismos, que han sentido que sus circunstancias no son las ideales para alcanzar sus sueños, les digo con el corazón que sí es posible.

Con fe en Dios, que todo lo puede, y creyendo en uno mismo, es posible avanzar, incluso cuando el camino parece incierto; porque los desafíos que ya hemos superado nos recuerdan que siempre es posible seguir adelante.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>1</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	2
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.5 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>4</b>
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 HISTORIA Y DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS. ....	4
2.2 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	5
2.3 FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS. ....	5
2.4 HERRAMIENTAS PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS. ....	7
2.4.1 Cuestionario PCKT-SV. ....	7
2.5 ASPECTOS BÁSICOS DE CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ....	8
2.5.1 Filosofía. ....	8
2.5.2 Dolor oncológico. ....	9
2.5.3 Síntomas respiratorios. ....	17
2.5.4 Síntomas psiquiátricos. ....	18
2.6 REFERENTES EMPÍRICOS .....	19

2.6.1 Antecedentes de la investigación. ....	19
2.6.2 Antecedentes internacionales .....	20
2.6.3 Antecedentes nacionales .....	21
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>24</b>
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	24
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO .....	24
3.1.1 Adaptación transcultural .....	24
3.1.2 Análisis por grupo de expertos.....	24
3.1.3 Estudio piloto. ....	25
3.2 PARTICIPANTES.....	25
3.2.1 Panel de expertos.....	25
3.2.2 Participantes del estudio piloto. ....	25
3.3 INSTRUMENTO.....	26
3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ....	27
3.4.1 Validación de la herramienta.....	27
3.4.2 Análisis descriptivo de la muestra. ....	28
3.4.3 Consideraciones éticas.....	28
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>30</b>
4. RESULTADOS.....	30
4.1 VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO PCKT-SV...30	
4.1.1. Adaptación lingüística y cultural del instrumento.....	30
4.1.2 Validez de contenido: coeficiente V de Aiken.....	32
4.1.3 Fiabilidad interna. ....	33

ELABORACION: Los investigadores .....	34
4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTUDIO. ....	34
4.2.1 Características sociodemográficas. ....	34
4.2.2 Evaluación del nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos..	36
4.2.3 Análisis de la escala de conocimiento sobre cuidados paliativos.	38
4.2.3 Comparación del grado de conocimiento con variables. ....	41
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>43</b>
DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	43
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>LIMITACIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS .....</b>	<b>49</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorías del tratamiento del dolor oncológico.....	13
<b>Tabla 2.</b> Fármacos coadyuvantes.....	17
<b>TABLA 3.</b> Matriz de operacionalización de las variables. ....	29
<b>Tabla 4</b> Cambios realizados en el cuestionario PCKT-SV. ....	31
<b>Tabla 5:</b> Índice de validez de contenido.....	33
<b>Tabla 6</b> Coeficiente Kuder-Richardson 20 del cuestionario PCKT-SV .....	33
<b>Tabla 7.</b> Validez de los criterios: experiencia laboral y capacitación continua sobre cuidados paliativos.....	34
<b>Tabla 8.</b> Características demográficas de los profesionales de la salud evaluados.....	35
<b>Tabla 9.</b> Nivel de conocimiento global de los profesionales de la salud.....	36
<b>Tabla 10.</b> Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos distribuidos según la formación. ....	37
<b>Tabla 11.</b> Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y profesión.....	38
<b>Tabla 12.</b> Cuestionario PCKT-SV validado a contexto ecuatoriano aplicado en los profesionales de la salud.....	39
<b>Tabla 13.</b> Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y experiencia laboral.....	41
<b>Tabla 14.</b> Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y capacitación en los últimos 5 años. ....	42
<b>Tabla 15.</b> Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y capacitación en pregrado. ....	42

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Vía de expresión del dolor. ....	9
<b>Figura 2.</b> Herramientas de evaluación del dolor. ....	12
Figura 3. Nueva adaptación de la escalera analgésica de la OMS (55). ....	14
<b>Figura 4.</b> Diagrama de cajas del puntaje del cuestionario según la formación. .....	37

## RESUMEN

**Introducción.** Un nivel adecuado de conocimientos en cuidados paliativos se asocia con una mejor calidad de atención brindada a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. El test de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT-SV permite identificar el nivel de conocimientos sobre temas básicos de cuidados paliativos; sin embargo, no se ha validado transculturalmente ni analizado su utilidad en otro contexto. **Objetivo.** Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud del Hospital Oncológico Solca – Guayaquil sobre cuidados paliativos, utilizando la herramienta de evaluación del conocimiento PCKT-SV. **Materiales y métodos.** Se llevó a cabo la adaptación transcultural y lingüística del cuestionario PCKT-SV con la participación de 248 profesionales de la salud. Se analizó la validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken y la fiabilidad interna con el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20). **Resultados:** Los resultados mostraron, índice de consistencia interna y confiabilidad similar a los obtenidos por la versión original del CPKT SV. **Conclusión:** El cuestionario PCKT-SV, adaptado al contexto ecuatoriano, es una herramienta validada para evaluar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** conocimiento, formación, cuidados paliativos, validación transcultural.

## ABSTRACT

**Introduction.** An adequate level of palliative care knowledge is associated with improved quality of care for patients with advanced chronic illnesses. The PCKT-SV palliative care knowledge test identifies the level of knowledge on basic palliative care topics; however, it has not been cross-culturally validated nor has its usefulness been analyzed in other contexts. **Objective.** To determine the level of palliative care knowledge among healthcare professionals at the Solca Oncology Hospital in Guayaquil using the PCKT-SV knowledge assessment tool. **Materials and methods.** A cross-cultural and linguistic adaptation of the PCKT-SV questionnaire was carried out with the participation of 248 healthcare professionals. Content validity was analyzed using the Aiken V coefficient and internal reliability with the Kuder-Richardson 20 coefficient (KR-20). **Results:** The results showed an internal consistency index and reliability similar to those obtained with the original version of the CPKT-SV. **Conclusion:** The PCKT-SV questionnaire, adapted to the Ecuadorian context, is a validated tool for assessing the level of knowledge about palliative care among healthcare professionals.

**KEY WORDS:** knowledge, training, palliative care, cross-cultural validation.

# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES

La Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos define los cuidados paliativos como un cuidado activo, holístico e integral para las pacientes que padecen un sufrimiento severo debido a enfermedades crónicas avanzadas, especialmente a aquellos en etapa terminal de la enfermedad. (1) Su propósito principal es incrementar la calidad de vida del paciente y la familia mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento de síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales desde el del diagnóstico de la enfermedad (2).

La OMS calcula que alrededor de 40 millones de personas a nivel mundial requieren cuidados paliativos cada año, debido al aumento en la esperanza de vida y, en consecuencia, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, menos del 10% de los individuos tiene acceso a estos servicios y en América Latina este porcentaje es aún menor, llegando apenas al 7% (3). Una de las principales barreras para su implementación es la limitada formación y sensibilización del personal de salud (4).

Diversos estudios internacionales y a nivel nacional han evidenciado deficiencias en conocimientos sobre cuidados paliativos en profesionales sanitarios. En Alemania, Weber y colaboradores llevaron a cabo una investigación que mostró que solo el 33% de los estudiantes del último año de medicina se sintió capacitado para tratar los síntomas comunes en la etapa final de la vida (5). En España, un estudio con el cuestionario PCKT aplicado a médicos y enfermeras del primer nivel de atención reveló un conocimiento intermedio, pero con debilidades específicas en competencias psicoemocionales y control de dolor (6).

En Ecuador, se ha incorporado la asignatura de cuidados paliativos en los planes de estudio de medicina. Sin embargo, solo en cuatro de veintidós facultades la han incluido de manera obligatoria (7). Esto impide que los profesionales sanitarios, en particular los médicos, tengan la formación y

motivación necesarias para integrar los cuidados paliativos en su práctica profesional (7). Un estudio realizado en Quito revela que los estudiantes del último año de la carrera de medicina y del posgrado de medicina familiar tienen un bajo nivel de conocimiento, especialmente en el manejo de sintomatología respiratoria (8).

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En Ecuador, se evidencian brechas significativas en el conocimiento de los principios fundamentales de los cuidados paliativos por parte de los profesionales de salud(9). Esta deficiencia impacta negativamente en la capacidad del personal sanitario para proporcionar una atención integral, oportuna y centrada en el paciente, especialmente en instituciones que atienden patologías oncológicas como el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA, Guayaquil.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de profesionales de la salud del hospital Solca – Guayaquil?

## **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que el número de casos de cáncer en la Región de las Américas se incrementará hasta los 6,7 millones en 2045 (10). Dado que el cáncer es una enfermedad que amenaza la vida, requiere una atención integral centrada en el paciente.(3) Por lo cual todos los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que laboran en instituciones dedicadas al tratamiento de patologías neoplásicas, deben ser evaluados en cuanto a su nivel de conocimientos sobre principios esenciales de los cuidados paliativos. Esta evolución resulta indispensable para garantizar una atención adecuada y para reconocer oportunamente la necesidad de derivación a equipos especializados.

La educación constituye un pilar para mejorar la práctica clínica. No obstante, para diseñar intervenciones educativas, es imprescindible entender qué elementos de los cuidados paliativos dominan los profesionales de la salud y cuáles demandan esfuerzo (11). Con este objetivo se validó un instrumento

para evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de la salud.

En este contexto, es necesario identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre cuidados paliativos. Esto permitirá proponer estrategias educativas que fortalezcan las competencias del personal sanitario y que se proporcione una atención de mayor calidad, más humana y acorde a las necesidades del paciente y la familia.

### **1.5 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud del Hospital Oncológico Solca – Guayaquil sobre cuidados paliativos, utilizando la herramienta de evaluación del conocimiento PCKT-SV.

### **1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Adaptar y validar transculturalmente la herramienta de evaluación del conocimiento PCKT- SV, de López y colaboradores, como instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en profesionales de la salud del hospital Solca Guayaquil.
- Describir la población en estudio a partir de las variables sociodemográficas en relación al nivel de conocimiento.
- Determinar las fortalezas y debilidades en el conocimiento sobre cuidados paliativos.
- Desarrollar recomendaciones y estrategias de formación en cuidados paliativos.
- Disponer de un instrumento útil y válido en nuestro país para medir el conocimiento adquirido, dirigido a los profesionales médicos y enfermeros de un hospital oncológico.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 HISTORIA Y DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS.**

Los cuidados paliativos tienen su origen formal en la década de 1960, con las contribuciones de Cicely Saunders y el surgimiento del movimiento de "hospicios" en el Reino Unido. El Hospicio Christopher, creado en 1967 en Londres y dedicado a la investigación y atención de pacientes, estableció un precedente al demostrar que controlar los síntomas, comunicarse efectivamente y acompañar considerando la dimensión emocional, social y espiritual puede mejorar significativamente la vida de los pacientes con enfermedades en etapa terminal y la de sus familias (12).

En 1980, la OMS reconoce a los cuidados paliativos e incorpora en su programa de control de cáncer. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud incorporó los cuidados en sus programas de asistencia sanitaria y promovió su implementación progresiva en los sistemas de salud de América Latina.(13) La OPS y la OMS conceptualizan los cuidados paliativos como una modalidad de atención integral orientadas a mejorar la calidad de vida de los individuos que padecen enfermedades crónicas avanzadas. Este enfoque busca prevenir y reducir el sufrimiento mediante la detección oportuna, evaluación y tratamiento de problemas físicos, psicosociales y espirituales del paciente y la familia (3).

Actualmente, se acepta ampliamente que la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas debe tener un enfoque paliativo. Su equipo de atención médica desempeña un papel fundamental en identificar tempranamente el sufrimiento y aliviar síntomas comunes. Sin embargo, cuando los pacientes enfrentan situaciones de mayor complejidad como síntomas de difícil manejo, síntomas refractarios, necesidades psicosociales o espirituales, es indispensable la intervención de equipos especializados en medicina paliativa (14).

## 2.2 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

El objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia (10).

Los objetivos establecidos son:

- ✓ Tratamiento de los síntomas físicos, de las necesidades emocionales, sociales, espirituales.
- ✓ Comunicación efectiva mediante la escucha activa, validación de emociones que garantizan la participación activa en la toma de decisiones de su tratamiento.
- ✓ Garantizar la continuidad de la asistencia, instaurando mecanismos de coordinación entre todos los niveles de atención (15).

## 2.3 FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS.

El conocimiento sobre los componentes fundamentales que integran los cuidados paliativos es indispensable para proporcionar una atención integral y centrada en el paciente. Es indispensable que cada profesional de la salud comprenda el concepto de los cuidados paliativos, el abordaje de los síntomas más frecuentes en enfermedades avanzadas o en fase terminal. La comprensión adecuada de estos conceptos es indispensable para aliviar síntomas y brindar soporte en la toma de decisiones (16).

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) establece una estructura escalonada para la formación en cuidados paliativos:

- **Nivel A:** Se refiere a la educación básica destinada a todos los profesionales sanitarios durante su formación universitaria y también a aquellos profesionales que son capaces de cuidar a pacientes en situación paliativa de manera esporádica. Duración: sería apropiada una duración entre 20 y 40 horas (17).
- **Nivel B:** Está dirigido a aquellos profesionales que atienden de manera regular a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en cualquiera de las áreas de las subespecialidades de la medicina interna. Recomiendan un periodo de formación mínimo de 1 mes en un programa asistencial de cuidados paliativos (17).
- **Nivel C:** Está dirigido a empleados de unidades de atención paliativa, que necesitan una capacitación avanzada y enfocada en la práctica

clínica especializada. El programa educativo de un nivel avanzado debe garantizar que los alumnos acrediten entre 40-50 créditos o 2 años de educación y una estancia mínima de 2 o 3 meses en programas asistenciales con experiencia en cuidados paliativos (18).

### **2.3.1 Formación en cuidados paliativos en el pregrado de medicina.**

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos han enfatizado la necesidad que los cuidados paliativos sean incorporados de forma obligatoria en los programas académicos universitarios como parte fundamental de la formación de los profesionales de la salud.(19,20) La capacitación en este ámbito es considerada un componente esencial para garantizar una atención de calidad a las pacientes con enfermedades avanzadas (21). La formación en cuidados paliativos debe iniciarse de los niveles básicos de la enseñanza, permitiendo que el profesional en formación reflexione sobre sus propias actitudes ante la muerte y comprenda que el acompañamiento al paciente y su familia durante el proceso de final de vida forma parte integral de su responsabilidad social (18).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos propone directrices específicas para la incorporación de cuidados paliativos en los programas universitarios de salud. Entre recomendaciones abarca distintos aspectos:

- **Contenido:** se sugiere incluir temas como los principios y la estructura de los cuidados paliativos, tratamiento del dolor y de otros síntomas, aspectos psicológicos y habilidades de comunicación, el concepto de sufrimiento, bioética y muerte digna.
- **Momento:** recomienda que se dicte durante los últimos años de formación.
- **Método de enseñanza:** Recomiendan una enseñanza interactiva, mediante supuestos prácticos y casos clínicos.
- **Duración:** una duración mínima de un crédito teórico y otro práctico (22).

## **2.4 HERRAMIENTAS PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

Las competencias cognitivas y las habilidades de los profesionales de la salud que brindan atención al final de la vida ejercen un impacto significativo en la calidad de la atención médica brindada. Se ha evidenciado que la autoevaluación de las competencias adquiridas favorece al desarrollo de habilidades de cuidados paliativos de los médicos y enfermeras (23).

Uno de los instrumentos más utilizados en enfermería es el *Palliative Care Quiz for Nursing* (PCQN), validado originalmente por Ross et al. y adaptado posteriormente en diferentes contextos, incluyendo América Latina. Este instrumento, exclusivo para enfermeras, fue validado en español en 2017 y consta de 20 ítems que evalúan el conocimiento teórico en filosofía de cuidados paliativos, manejo del dolor y otros síntomas (24).

En 2009, Nakazawa y colaboradores desarrollaron y validaron el Test de Conocimientos sobre Cuidados Paliativos (PCKT-SV) con el objetivo de evaluar el conocimiento tanto de médicos como de enfermeras. Esto permitió valorar los efectos del programa formativo a gran escala (25). Este cuestionario fue aplicado en Japón para valorar el impacto de un programa de capacitación en cuidados paliativos dirigido a 57.664 médicos. Posteriormente, en 2021, López y colaboradores hicieron traducción y adaptaron al español (6).

### **2.4.1 Cuestionario PCKT-SV.**

Es un instrumento útil para medir el conocimiento de médicos y enfermeras hispanohablantes sobre cuidados paliativos y es adecuado para evaluar la efectividad de las actividades de formación en cuidados paliativos. Fue originalmente desarrollado por Nakazawa y colaboradores y adaptado al español por López M. et al. en el 2021 (6) (25). Este cuestionario consta de 20 ítems y evalúa el conocimiento teórico sobre cuidados paliativos en cinco dimensiones:

- Filosofía (2 preguntas).
- dolor (6 preguntas).

- Disnea (4 preguntas).
- Problemas psiquiátricos (4 preguntas).
- Problemas gastrointestinales (4 preguntas).

Cada ítem es de tipo verdadero/falso. Las respuestas correctas reciben un punto, siendo 20 puntos el puntaje posible. A mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento(26).

El cuestionario se validó con un grupo de 561 médicos y enfermeras. La versión en español se obtuvo mediante un proceso que incluyó traducción, retraducción y revisión por expertos y un estudio piloto. Los resultados mostraron índices de consistencia interna y confiabilidad similares a los obtenidos por la versión original del PCKT. El cuestionario obtuvo un coeficiente de consistencia interna KR-20 de 0,81 y la validez de contenido un valor global de 0,85 que indica una fuerte evidencia de validez en los ítems del instrumento (6)

## **2.5 ASPECTOS BÁSICOS DE CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**

### **2.5.1 Filosofía.**

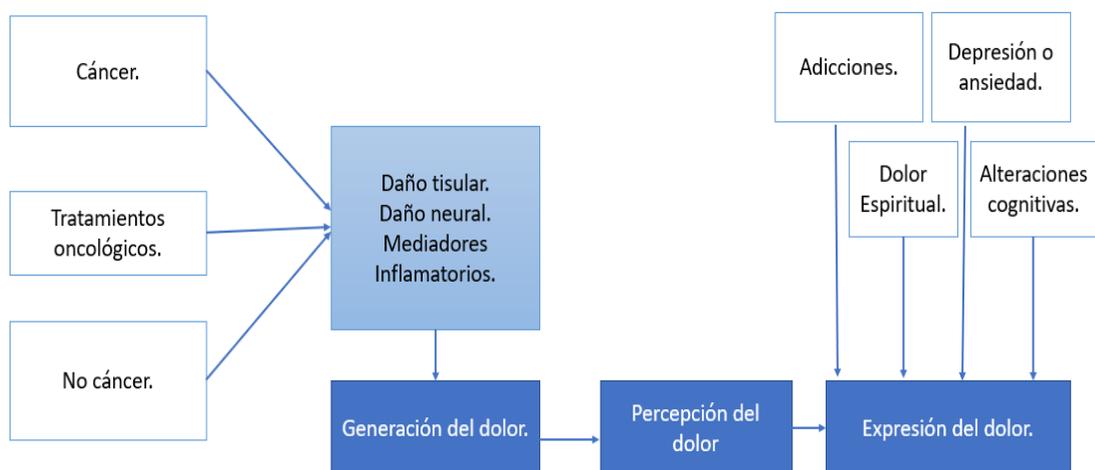
Los cuidados paliativos no se definen por un órgano específico, la edad del paciente o el tipo de enfermedad, sino por una evaluación del pronóstico probable y se enfocan a una atención integral de las necesidades individuales de la persona y su entorno familiar, independientemente del pronóstico clínico. Su propósito principal es ofrecer una atención a lo largo del proceso de una enfermedad progresiva (27).

La transición entre el enfoque curativo y el paliativo no debe entenderse como un cambio abrupto, sino como un proceso progresivo que se adapta a las condiciones clínicas del paciente. La atención debe adaptarse a las necesidades individuales del paciente con el objetivo de preservar la dignidad, aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida más que en un plazo específico de supervivencia esperada (28).

### 2.5.2 Dolor oncológico.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia o se asemeja a una lesión tisular real o potencial (29). Esta definición evidencia que el dolor puede manifestarse en diversas dimensiones. No se trata únicamente de una sensación provocada por la activación de los nociceptores, sino que también implica la presencia de otros factores sociales, emocionales y espirituales, tal como se ilustra en la Figura 1 (30).

**Figura 1.** Vínculos de manifestación del dolor.



Adaptado de Hui, D, Bruera (31)

La prevalencia del dolor oncológico varía en función del estadio de la enfermedad. Se estima que es del 24 al 30 % en estadios iniciales y alcanza un 60 a 90 % en la fase avanzada (32)(33). El diagnóstico y tratamiento es una dificultad, ya que involucra el estudio en conjunto de sus dos componentes:

- **El componente físico:** los efectos del tumor y las consecuencias del tratamiento oncológico específico.
- **El componente no físico:** el sufrimiento emocional, socioeconómico y espiritual (34).

### 2.5.2.1 Clasificación del dolor oncológico.

Según la Clasificación Internacional de enfermedades en su 11va edición, el dolor crónico asociado al cáncer se divide en dos grupos:

1. **Dolor crónico relacionado con el cáncer o metástasis:** comprende el dolor debido a la progresión tumoral o la invasión a estructuras anatómicas.
2. **Dolor crónico posterior al tratamiento del cáncer:** es consecuencia de las intervenciones terapéuticas. Dentro de esta categoría se reconoce dos subtipos:
  1. Polineuropatía crónica dolorosa ocasionada por quimioterapia.
  2. Dolor crónico posterior a la radioterapia (35)

Adicionalmente, se clasifica el dolor oncológico en función de su localización, cronología, curso y fisiopatología del dolor:

**Localización:** área anatómica donde se ubica el dolor.

**Cronología:** *agudo:* con duración menor a 6 meses, y *crónico,* con duración superior a 6 meses (36).

**Curso:** incluye el dolor continuo, caracterizado por ser constante en la zona afectada y dolor irruptivo, definido como una exacerbación transitoria de dolor crónico bien controlado; se caracteriza por tener una intensidad de moderada a severa y tiene una duración menor de 30 minutos (37).

**Desde el enfoque de la neurofisiología:** se ha clasificado en dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico (37).

**Dolor nociceptivo:** ha sido categorizado en somático y visceral (38).

- **Dolor somático:** se origina por la activación de los nociceptores en la piel o en los tejidos profundos debido a metástasis óseas, afectación músculo-esquelética, afectación miofascial o tras una intervención quirúrgica. Se caracteriza por ser un dolor tipo continuo, bien localizado, de naturaleza opresiva (39).
- **Dolor visceral:** se produce por compresión, infiltración o distensión de una víscera torácica o abdominal. Se caracteriza por ser un dolor continuo o cólico y en algunas ocasiones es referido a la zona cutánea circundante debido a la inervación (39).

**Dolor neuropático:** se manifiesta como consecuencia de una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso central o periférico. Habitualmente se manifiesta como descargas paroxísticas con sensación de quemazón, o como pinchazos o hormigueo. El daño neurítico puede inducir cambios a nivel central que contribuyen a la persistencia del dolor, hiperalgesia o alodinia (38) (40).

**Dolor nociplástico:** no se conoce por completo su mecanismo etiopatogénico, pero se atribuye a la alteración en el procesamiento sensorial del sistema nervioso central y en la modulación del dolor (41). A menudo se manifiesta en conjunto con otros factores como fatiga, alteraciones del sueño, deterioro cognitivo, hipersensibilidad a los estímulos externos y alteraciones del estado de ánimo (42).

#### **2.5.2.2 Diagnóstico y evaluación.**

La evaluación del dolor implica explorar diversas características clínicas del dolor: intensidad, duración, localización, irradiación, tipo de dolor, factores desencadenantes. Esta evaluación debe iniciarse desde el momento del diagnóstico y mantenerse a lo largo del tiempo mediante revisiones periódicas, especialmente en casos de cambios en el estado clínico o al iniciar un nuevo tratamiento (43).

Las escalas de evaluación del dolor representan métodos convencionales para medir la intensidad del dolor. Esto permite cuantificar cómo percibe el paciente su dolor. La escala análoga visual, la escala numérica y la escala de dolor de caras revisada son las herramientas de medición más usadas en contextos clínicos y de investigación (**Figura 2**). Para su aplicación, es indispensable que el paciente se encuentre con condiciones cognitivas apropiadas que garanticen su capacidad para cooperar (44).

La pérdida de habilidades para comunicarse y la dificultad para medir el dolor los ancianos con demencia avanzada son problemas importantes. Por eso se utilizan otras herramientas, como la escala PAINAD-Sp para identificar el dolor de manera efectiva. (45).

**Figura 2.** Herramientas de evaluación del dolor

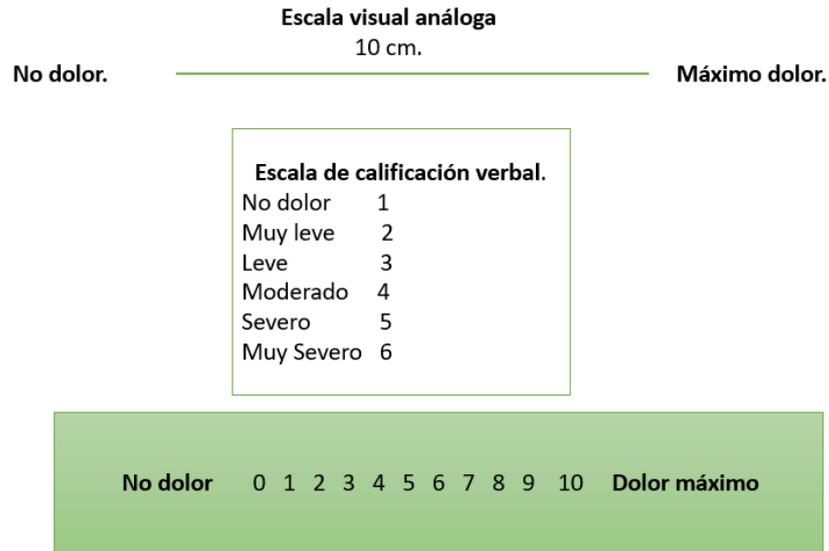


Tabla tomada de Fallon (46)

Además, es necesario evaluar el riesgo de opioides antes del tratamiento con opioides. Este riesgo puede ser identificado desde la primera consulta, mediante el uso de herramientas de detección como SOAPP-R (*Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised*) u ORT (*Opioid Risk Tool*). Estas herramientas buscan predecir qué pacientes pueden presentar abuso en el futuro y requieren un seguimiento más frecuente (47,48).

### **2.5.2.3 Tratamiento del dolor oncológico.**

El abordaje terapéutico del dolor en pacientes con cáncer empieza por médicos de atención primaria, en caso de ser de difícil manejo o refractaria, debe ser manejada por especialistas de terapia del dolor y/o cuidados paliativos. Los objetivos principales son: disminuir del dolor entre un 30 y 50% respecto al valor inicial, prevenir y tratar los efectos adversos del tratamiento y maximizar la funcionalidad del paciente (49).

La Tabla 1 sintetiza las diferentes modalidades para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico.

**Tabla 1.** Categorías del tratamiento del dolor oncológico.

TABLA 1. Categorías del tratamiento del dolor oncológico.	
Farmacológica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analgésicos opioides.</li><li>• Analgésicos no opioides.</li><li>• Adyuvantes analgésicos.</li></ul>
Intervencionista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inyecciones terapéuticas.</li><li>• Bloqueos nerviosos.</li><li>• Terapias implantables.</li></ul>
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ejercicios terapéuticos.</li><li>• Terapia ocupacional.</li><li>• Hidroterapia.</li><li>• Tratamientos para desórdenes específicos (linfedema).</li></ul>
Psicología	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervenciones psicoeducativas</li><li>• Terapia cognitiva-conductual.</li><li>• Terapia de relajación.</li><li>• Otras formas de psicoterapia.</li></ul>
Integrativa <b>(complementaria o alternativa)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura.</li><li>• Masaje.</li><li>• Física o movimiento.</li><li>• Otras.</li></ul>

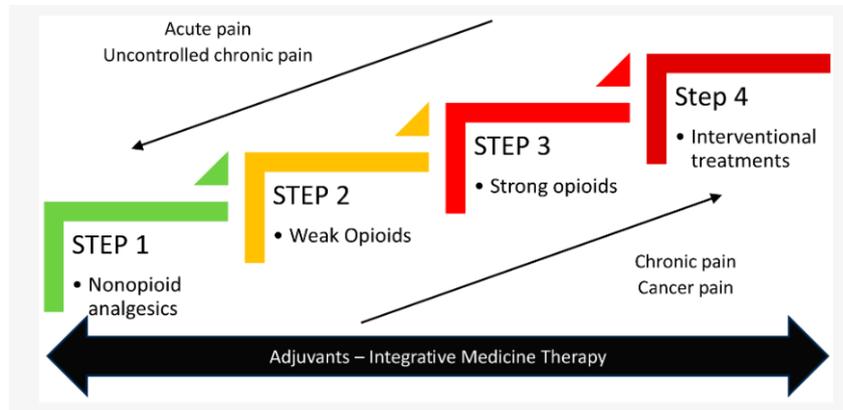
Tabla tomada de Guillen(49)

### **Tratamiento farmacológico.**

Para el manejo del dolor, usamos la escalera analgésica, término creado en 1984 por la OMS, al que se han efectuado revisiones y modificaciones sucesivas y ahora tiene cuatro escalones, como se muestra en la Figura 3. **Figura 1** Los tres primeros se basan en el uso de fármacos analgésicos (paracetamol y AINE, opioides débiles y opioides mayores), mientras que el cuarto escalón quedaría reservado para técnicas intervencionistas (37). El

cuarto paso de la escalera de la OMS debe considerarse antes de que aparezca el dolor refractario e incluso antes de la aplicación del paso 3, ya que algunos pacientes podrían beneficiarse de estrategias terapéuticas más personalizadas (50).

**Figura 3.** Nueva adaptación de la escalera analgésica de la OMS (51).



El paracetamol y los AINE están universalmente aceptados como parte del tratamiento del dolor oncológico en cualquier etapa de la escala analgésica de la OMS.

### **Paracetamol**

El paracetamol es el medicamento de elección en los dos primeros pasos de la escala analgésica de la OMS. En el contexto del cáncer, se sabe que el paracetamol es efectivo en pacientes con dolor leve. Sin embargo, no existe certeza de si agregar paracetamol a pacientes con dolor asociado a cáncer moderado a intenso que reciben opioides presenta algún beneficio (52,53). Las prácticas internacionales son heterogéneas. En Europa, los pacientes con dolor asociado a cáncer que inician opioides potentes se mantienen con paracetamol, mientras que, en Norteamérica, el paracetamol se suspende (53).

### **AINES.**

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos orales están indicados para el dolor oncológico leve o moderado; en caso de dolor moderado, se usan en conjunto con opioides no potentes. Es importante monitorear y reevaluar el uso a largo plazo de inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 debido a su toxicidad significativa a nivel gastrointestinal y renal. Aunque no hay evidencia

científica acerca de que la administración de AINE junto con un opiáceo como la morfina sea beneficiosa (54).

Pese a la escasez de evidencia, las guías de oncología en España respaldan el uso combinado de AINES y opioides para el manejo del dolor oncológico leve a moderado. Sin embargo, es importante ajustar el tratamiento a las demandas particulares de cada paciente (46).

## **OPIOIDES**

Los opioides son la base del tratamiento del dolor oncológico moderado a intenso; su uso es necesario para un alivio adecuado del dolor, pero siempre se deben considerar sus posibles efectos nocivos (51).

Los opioides se dividen según su potencia (opioides débiles o potentes) o en función de su mecanismo de acción (agonistas puros, parciales y antagonistas puros). Se considera a la morfina como el opioide de referencia, tanto en la práctica clínica como para determinar la equivalencia de otros opioides (55).

Los analgésicos opioides actúan sobre los receptores opioides mu, kappa y delta del sistema nervioso central y periférico. Su efecto en el receptor presináptico es bloquear los canales de calcio en las terminaciones aferentes nociceptivas, lo que impide la liberación de neurotransmisores como el glutamato y la sustancia P. A nivel postsináptico, facilitan la apertura de los canales de potasio, que provocan una hiperpolarización de la membrana celular que eleva el umbral para la propagación del estímulo nociceptivo. (56,57).

## **OPIOIDES DÉBILES**

Entre los opioides débiles, el tramadol es el más frecuentemente utilizado y suele ser combinado con analgésicos no opioides tales como paracetamol/acetaminofén y/o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (46).

### **Tramadol**

Es un analgésico con afinidad por los receptores opioides e incide en la acción de la noradrenalina y la serotonina en la sinapsis. Está indicado para el dolor oncológico moderado e intenso. Se metaboliza por el CYP2D6, lo que

aumenta el potencial de interacciones farmacológicas, y su eliminación es por vía renal (58).

### **OPIOIDES POTENTES**

Los opioides potentes ( morfina, oxicodona, hidromorfona y el fentanilo) estan indicados para el tratamiento del dolor de moderada a severa intensidad. Su administración debe iniciarse con dosis bajas y se aumentarla gradualmente hasta obtener un equilibrio óptimo entre una analgesia satisfactoria y los efectos secundarios tolerados (46).

La recomendación de reservar los opioides potentes exclusivamente para el tercer escalón de la escalera de la OMS ha sido objeto de debate, ya que investigaciones han demostrado que más del 50% de los pacientes requieren avanzar del segundo al tercer nivel en un periodo inferior a dos semanas, debido a una modulación inadecuada del dolor. En consecuencia, se ha propuesto como alternativa terapéutica el uso de opioides potentes en lugar de opioides débiles para el tratamiento del dolor moderado a severo (59,60).

En este contexto, la morfina se mantiene como el fármaco de elección en el tratamiento del dolor oncológico moderado a severo. Como alternativas, igualmente efectivas, se encuentran la oxicodona y la hidromorfona en fórmulas de liberación inmediata. (61).

### **COADYUVANTES.**

Son medicamentos cuya indicación primaria no es el tratamiento del dolor, pero poseen efecto analgésico en ciertos contextos clínicos. Su uso está indicado en la neuropatía inducida por quimioterapia y el dolor óseo secundario a metástasis. En este contexto se pueden utilizar como tratamientos de primera línea o en combinación con opioides.

Los medicamentos más frecuentemente utilizados son antidepresivos y anticonvulsivos, ansiolíticos, neurolépticos, esteroides y bisfosfonatos.(49)

Los cuales se describen en la Tabla 2.

**Tabla 2. Fármacos coadyuvantes.**

Clase	Fármaco	Farmacocinética	Metabolismo	Eliminación
Antidepresivos	Amitriptilina	Se requieren de 2 a 3 semanas de tratamiento para iniciar su acción antidepresiva	Amplio metabolismo hepático por medio del citocromo P450 (CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19 y CYP3A4)	Predominantemente renal, alrededor de 80% de forma inactiva
Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina	Duloxetina	Se absorbe bien por vía oral y alcanza concentraciones máximas a las 6 h. La biodisponibilidad es de 32% a 80% (media de 50%), y la distribución del 96%	Su metabolismo es dependiente de la enzima CYP1A2, CYP2D6 y, posteriormente, sometida a un metabolismo de conjugación	En pacientes con enfermedad renal en fase terminal, los valores de concentración máxima y área bajo la curva son elevados. En insuficiencia hepática moderada (Child Pugh clase B), concentración plasmática 2.3 veces mayor
Anticonvulsivantes	Gabapentina	La absorción ocurre en el intestino delgado	Su metabolismo hepático es mínimo	Se elimina vía renal, se excreta por la orina tanto por filtración glomerular como por secreción tubular activa. Su aclaramiento renal es de 125 ml / min
	Pregabalina	Su absorción es dosis dependiente. Su biodisponibilidad es de 90% e independiente de la dosis y frecuencia de administración	Metabolismo casi nulo	Excreción renal como fármaco casi intacto
Antagonistas NMDA	Ketamina		Su metabolismo hepático es mínimo	Se excreta renalmente Presenta cierta reabsorción tubular. Su aclaramiento renal es de 70 ml / min

Tabla tomada de Guillen(49)

### 2.5.3 Síntomas respiratorios.

#### Disnea

La disnea es un síntoma común en pacientes con cáncer avanzado y es más frecuente en el cáncer de pulmón, con una prevalencia del 74% de los casos. La disnea es un síntoma angustiante no solo para los pacientes, sino también para sus familias. Tiene un impacto significativo en la calidad de vida. La etiología de la disnea en pacientes con cáncer es diversa e incluye cáncer de pulmón primario y metastásico, derrame pleural maligno, obstrucción severa de las vías respiratorias, atelectasia, linfangitis carcinomatosa y síndrome de la vena cava superior. En ocasiones, un mismo paciente presenta múltiples causas de disnea simultáneamente (62).

Al evaluar a un paciente con disnea, es necesario considerar un diagnóstico diferencial amplio y aplicar un enfoque estructurado para la investigación y el tratamiento, teniendo siempre presentes los objetivos de atención del paciente. En pacientes oncológicos que se quejan de disnea nueva o que empeora, es importante considerar la tromboembolia venosa en el diagnóstico diferencial, independientemente de cuánto tiempo haya estado viviendo el

individuo con cáncer o recibiendo tratamiento. El riesgo de TEV es más alto en los primeros 3 a 6 meses después del diagnóstico, pero sigue siendo significativamente mayor que en la población general durante toda la trayectoria de la enfermedad (63).

El primer paso para controlar la disnea es la identificación y corrección de cualquier causa o causas subyacentes. Sin embargo, muchos pacientes tendrán causas de disnea que no se pueden corregir, o la disnea será refractaria a pesar del tratamiento apropiado de las causas subyacentes (64). Para esos pacientes, los opioides son la base del tratamiento independientemente de la causa de la disnea. La efectividad de los opioides para aliviar la disnea se limita a las formulaciones orales y parenterales; no se debe utilizar la terapia con opioides nebulizados. Se puede lograr un alivio efectivo con dosis tan bajas como 10 mg diarios de morfina oral, y se observa un efecto techo más allá de los 30 mg diarios de morfina oral (56).

**TOS:** En pacientes oncológicos tiene una etiopatogenia multifactorial, puede originarse por el propio tumor, los tratamientos recibidos o condiciones comórbidas. (62). Cuando la tos interfiere el descanso nocturno, se puede considerarse codeína, iniciando con 15 mg y aumentando progresivamente hasta un máximo de 60 mg cada seis horas. Además, investigaciones recientes han demostrado que fármacos como gabapentina o pregabalina pueden ser eficaces, iniciando con dosis bajas (75 mg/día) y ajustando según tolerancia y respuesta clínica hasta 300 mg/día (65).

#### **2.5.4 Síntomas psiquiátricos.**

El delirium es una complicación neuropsiquiátrica, en pacientes con accidentes cerebrovasculares, en la unidad de cuidados intensivos y en pacientes que están al final de la vida, principalmente en pacientes con cáncer avanzado. La característica esencial para el diagnóstico es una alteración en la atención y la conciencia durante un corto período de tiempo con una gravedad fluctuante a lo largo de un día, así como una alteración en la cognición. (66)

El delirio se ha categorizado en tres subtipos clínicos: hipoactivo, hiperactivo y mixto. En el delirio hipoactivo, los pacientes se ven letárgicos y somnolientos, responden a las preguntas lentamente, no inician movimientos y tienen una conciencia disminuida de su entorno. Las características más comunes del subtipo hiperactivo son inquietud, agitación, hipervigilancia, alucinaciones y delirios. Los pacientes con el subtipo mixto exhiben aspectos alternados de los subtipos hipoactivo e hiperactivo. Las fluctuaciones en los signos o síntomas pueden provocar intervalos lúcidos que coinciden con la evaluación del médico, lo que lleva a un diagnóstico erróneo.

El tratamiento del delirio se presenta tradicionalmente como dos enfoques diferentes: no farmacológico y farmacológico. Sin embargo, esta división es incorrecta, porque el enfoque no farmacológico es el tratamiento de elección, y se deben incluir fármacos solo en caso de agitación intensa (67). La sedación paliativa puede ser necesaria en casos de delirium agitado refractario (68).

## **2.6 REFERENTES EMPÍRICOS**

### **2.6.1 Antecedentes de la investigación.**

Los estudios sobre la evaluación de la competencia profesional comenzaron a desarrollarse desde finales de la década del 70 y principios del 80. Países como Alemania, Estados Unidos, Francia e Inglaterra fueron pioneros en este campo. Esta evaluación implicaba una valoración integral de los conocimientos, habilidades y actitudes del profesional de salud; en esencia. Se trata de conocer lo que el individuo conoce y es capaz de ejecutar en su práctica académica y laboral (11).

Uno de los modelos más reconocidos para valorar la competencia clínica es la propuesta por Miller, quien plantea una estructura piramidal compuesta por cuatro niveles. En la base se encuentra el nivel “saber”, que representa los conocimientos fundamentales que el profesional de salud debe adquirir durante su formación. El siguiente nivel es el “saber cómo”, que implica la habilidad de acceder a la información, analizarla e interpretarla y transformarla a un plan diagnóstico o terapéutico. El tercer nivel “mostrar cómo” implica un aumento en la dificultad en la evaluación de la competencia clínica, puesto

que en este nivel se contempla el comportamiento clínico. Finalmente, el nivel superior “hacer” corresponde a la ejecución práctica en el entorno real del ejercicio profesional (69).

Para evaluar los parámetros de los niveles más bajos de esta pirámide, que son los conocimientos teóricos y su uso básico, se suelen emplear exámenes escritos como formatos de preguntas de opción múltiple o de verdadero/falso. Estas herramientas bien diseñadas no solo permiten medir la capacidad de memorización, sino también evaluar el grado de comprensión y aplicación del conocimiento en situaciones clínicas sencillas (69).

El propósito principal de estas evaluaciones es contribuir al desarrollo continuo de los profesionales de la salud, preparándolos para desempeñar con eficacia y eficiencia sus funciones. La supervisión y evaluación del proceso formativo, tanto en pregrado como en posgrado, forman parte de una estrategia integral de educación permanente que abarca a todos los actores del sistema de salud. Esta estrategia busca fortalecer la competencia profesional con el objetivo de mejorar la calidad de atención médica y, de manera indirecta, elevar la calidad de vida de la población general(70).

### **2.6.2 Antecedentes internacionales**

La evaluación del conocimiento en cuidados paliativos tiene su origen en el siglo XX, en paralelo con el reconocimiento formal de esta disciplina como parte esencial de la atención sanitaria. En 1996 surge el primer instrumento estandarizado para valorar de forma objetiva el conocimiento de los cuidados paliativos en estudiantes de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ontario en Canadá. Esta herramienta nace con el objetivo fundamental de evaluar las necesidades educativas y la eficacia de los programas educativos destinados a aumentar el conocimiento de los cuidados paliativos (24).

Posteriormente, en Japón, Nakazawa y colaboradores desarrollan en el 2009 el *Palliative Care Knowledge Test* (PCKT), una herramienta confiable destinada a medir conocimientos en médicos y enfermeros sobre aspectos fundamentales de los cuidados paliativos, como su filosofía, manejo del dolor, la disnea, trastornos psiquiátricos y gastrointestinales. El cuestionario fue originalmente desarrollado en inglés y posteriormente adaptado al idioma

español por López García y colaboradores en 2022 (25). En este proceso de validación, la versión en español (PCKT-SV) se aplicó a una muestra de 561 profesionales de la salud en España (335 médicos y 226 enfermeros) de atención primaria, obteniéndose una puntuación promedio de 10.67 sobre 20, lo que reflejó un nivel de conocimiento general intermedio. El análisis psicométrico mostró una consistencia interna aceptable ( $KR-20 = 0.72$ ) y una fuerte validez de contenido, lo que respalda el uso de este instrumento como una herramienta válida y útil para la evaluación formativa en cuidados paliativos(6)

En Alemania, Weber et al. llevaron a cabo un estudio basado en encuestas dirigido a estudiantes de medicina en su último año de formación. Los resultados mostraron que tan solo el 33% de los participantes se sentía capacitado para manejar los síntomas frecuentes en la etapa final de la vida, lo que evidencia significativos vacíos en la formación médica respecto a los cuidados paliativos (5). De igual manera, en México, un estudio realizado por Uranga y colaboradores en 2023 identificó que el nivel de conocimiento sobre el cuidado paliativo es deficiente en los licenciados en enfermería de un Hospital General (71).

En República Dominicana, un estudio observacional y descriptivo realizado en el Hospital General de la Plaza de la Salud, en Santo Domingo, evaluó el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos especialistas clínicos. Los resultados revelaron que el 58,5% de los participantes presentaban un nivel de conocimiento medio. Aunque la mayoría (89,4%) comprende el principio fundamental de alivio del sufrimiento, un alto porcentaje, el 75%, no había recibido formación específica en cuidados paliativos. Además, el 69% no lograba identificar a los pacientes que se podrían beneficiar de este tipo de atención. Esto muestra la necesidad de crear programas de formación organizados que aborden sus debilidades y usar herramientas estandarizadas para mejorar la atención paliativa en entornos clínicos (72).

### **2.6.3 Antecedentes nacionales**

En Ecuador, la investigación llevada a cabo por Sánchez y colaboradores en la Universidad de Cuenca evaluó el nivel de conocimiento en cuidados

paliativos entre estudiantes de pregrado de medicina, empleando el cuestionario Palliative Care Knowledge Test (PCKT). La investigación incluyó 187 alumnos de cuarto y quinto año y los resultados mostraron que únicamente el 11,8 % alcanzó un nivel de conocimiento considerado aceptable. Este resultado pone de manifiesto la insuficiente formación dentro del plan de estudios de pregrado y subraya la necesidad urgente de incorporar un programa formal de cuidados paliativos en la educación médica a nivel universitario (73).

En Quito, Rivadeneira y colaboradores aplicaron encuestas anónimas a 499 estudiantes de pregrado y postgrado de medicina familiar de la Universidad Pontificia Católica del Ecuador, a través de un proceso aleatorio. Se empleó la encuesta desarrollada por Nakazawa, "Palliative Care Knowledge Test", y se determinó que tan solo el 19.6% alcanzó notas aceptables en el resultado global de la evaluación. Esta situación se debe a que no hay una materia específica que enseñe los principios básicos de cuidados paliativos en las facultades de medicina, ya que estos temas solo se abordan en algunas cátedras relacionadas o como materias optativas (8).

En 2021, Hidalgo y colaboradores llevaron a cabo un estudio a la población general sobre cuidados paliativos en Ecuador para evaluar el conocimiento de la población general sobre cuidados paliativos. Mediante un diseño transversal descriptivo, se encuestó a 257 personas entre septiembre de 2019 y enero de 2020, utilizando un cuestionario en línea anónimo. Los resultados revelaron que, si bien el 78,6 % de los participantes había oído hablar de los cuidados paliativos, el 68,8 % tenía un conocimiento limitado o moderado sobre el tema. Se identificaron conceptos erróneos comunes, como la creencia de que los cuidados paliativos se brindan únicamente al final de la vida o exclusivamente en instituciones especializadas. Factores como el nivel educativo, la formación en cuidados paliativos, la ocupación relacionada con la salud y el género se asociaron significativamente con el nivel de conocimiento. Esta investigación destaca la necesidad de implementar estrategias educativas para mejorar la comprensión y el acceso a los cuidados paliativos en el sistema de salud de Ecuador (74).

Cevallos, en una tesis de maestría en bioética desarrollada en la Universidad del Azuay, identificó el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en 230

médicos del hospital regional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Los resultados revelaron que solo el 25 % de los participantes logró alcanzar un nivel considerado aceptable de conocimientos, una puntuación promedio de 50,6 %. Solo una cuarta parte de los encuestados obtuvo calificaciones superiores al 63 %. Además, se encontró una relación significativa entre tener un nivel competente de conocimiento y factores como el tiempo de trabajo, residir en un posgrado, trabajar en áreas clínicas y tener más experiencia profesional ( $p < 0,05$ )(75).

Aldas evaluó el nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico perteneciente a los tres niveles de atención del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito. Los resultados mostraron que el primer nivel obtuvo una media de  $7,2 \pm 0,25$ ; el segundo,  $6,3 \pm 0,25$ ; y el tercero,  $7,7 \pm 0,19$ . Según los criterios establecidos en el estudio, las calificaciones se clasificaron como regulares (5,6), buenas (7,8) y muy buenas (9,10) (76).

En la Universidad Nacional de Loja se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes y docentes de la carrera de Enfermería. La investigación de diseño transversal incluyó una muestra de 109 participantes, conformada por 92 estudiantes de pregrado y 17 docentes. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado sobre conocimientos en cuidados paliativos. Los resultados indicaron que el 58,7 % de los estudiantes y el 52,9 % de los docentes presentaban un nivel bajo de conocimiento en esta área. Estos hallazgos evidencian la necesidad de reforzar la formación académica en cuidados paliativos dentro del currículo de enfermería, con el fin de mejorar la preparación del personal de salud y la calidad de la atención brindada a pacientes en etapa terminal (77).

Las investigaciones sobre el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de estudiantes y profesionales de salud evidencian la falta de instrucción en esta área dentro de la práctica médica. Esta formación debería incluirse en el currículo médico, ya que es imprescindible conocer y manejar adecuadamente a pacientes y familiares con enfermedades que requieran estos cuidados.

## **CAPÍTULO III**

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

**3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:** Primero se llevó a cabo una adaptación transcultural mediante el test de comprensión y adaptación lingüística. Posteriormente, para la validación del cuestionario PCKT-SV en médicos y enfermeras, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal.

#### **3.1.1 Adaptación transcultural**

Para la adaptación transcultural de la herramienta de evaluación PCKT-SV, se llevó a cabo un proceso de comprensión y adaptación lingüística. En una primera etapa, los participantes accedieron a la versión original del cuestionario en formato digital y procedieron a completarlo de forma individual. Previamente, todos los expertos invitados a participar firmaron el consentimiento informado, autorizando su participación en la presente investigación.

Posteriormente, se realizó una entrevista cognitiva estructurada utilizando el método “pensar en voz alta”, lo cual permitió recoger información cualitativa relacionada con la comprensión, coherencia y claridad de los ítems del cuestionario. Durante la entrevista se formularon preguntas para conocer su opinión en el diseño y la estructura del cuestionario y preguntas específicas relacionadas con la interpretación y comprensión de cada ítem. Además, se brindó a los participantes la oportunidad de señalar cualquier duda o sugerencia que considere relevante y que no hubiera sido abordada previamente. Con base en las observaciones obtenidas, se incorporaron ajustes al contenido de los ítems, garantizando su equivalencia semántica, contextual y conceptual de la herramienta en el nuevo entorno cultural.

#### **3.1.2 Análisis por grupo de expertos.**

En una segunda sesión con el panel de expertos, se les solicitó evaluar cada ítem del cuestionario de conocimiento en cuidados paliativos en función de cuatro criterios: suficiencia, grado de coherencia, relevancia y calidad. Para

esta valoración, se utilizó una escala tipo Likert de 4, siguiendo el formato propuesto por Ventura León, donde:

1. No cumple con el criterio.
2. Cumplimiento bajo.
3. Cumplimiento medio.
4. Alto nivel de cumplimiento.

### **3.1.3 Estudio piloto.**

En este estudio participaron 248 profesionales de la salud (médicos y licenciados en enfermería) del Hospital Oncológico de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer “Dr. Juan Tanca Marengo” -SOLCA. El instrumento se envió vía correo electrónico y WhatsApp para que sea llenado de forma anónima y confidencial; fue aplicado en un único momento.

A Todos los participantes se les informo previamente sobre los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad de la información recopilada. La participación fue voluntaria y se formalizo mediante un consentimiento informado.

## **3.2 PARTICIPANTES**

### **3.2.1 Panel de expertos.**

Mediante muestreo intencional, se seleccionó a siete profesionales de la salud ecuatorianos con especialización o maestría en cuidados paliativos y con experiencia de más de 5 años en la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Se consideró la representación por género y edad.

### **3.2.2 Participantes del estudio piloto.**

El universo estuvo conformado por 696 profesionales de la salud pertenecientes a distintas áreas del hospital, incluyendo médicos y licenciados en enfermería.

Las participantes pertenecían a las siguientes categorías:

- Licenciados en enfermería de consulta externa, hospitalización y emergencia.
- Médicos posgradistas de hospitalización y emergencia.

- Médicos residentes de hospitalización y emergencia.
- Médicos especialistas de emergencia y hospitalización.

El cálculo del tamaño se realizó considerando los siguientes criterios y restricciones:

- a. **Tamaño de la población (N):** 696
- b. **Nivel de confianza:** 95%
- c. **Error tipo I ( $\alpha$ ):** 5%
- d. **Desviación estándar:** 5%

#### **Criterios de inclusión.**

- Profesionales de salud en funciones dentro del Hospital Oncológico de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer “Dr. Juan Tanca Marengo” - SOLCA - Guayaquil.
- Experiencia laboral mínima de 1 año.
- Aceptación de consentimiento informado.
- Disponibilidad de tiempo para llenado de cuestionarios.

#### **Criterios de exclusión.**

- Personal administrativo.
- Rechazo del consentimiento informado.
- Cuestionarios incompletos.

**Lugar de investigación.** Se desarrolló en el Hospital Oncológico de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer “Dr. Juan Tanca Marengo” -SOLCA, ubicado en la ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas, Ecuador.

**Período de investigación:** El estudio se ejecutó en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre del 2024 y el 31 de enero del 2025.

### **3.3 INSTRUMENTO.**

El instrumento empleado fue un cuestionario compuesto por cuatro secciones:

- a. Información introductoria sobre el objetivo del estudio.
- b. Consentimiento informado.
- c. Variables sociodemográficas y de formación profesional.
- d. Cuestionario PCKT-SV.

EL PCKT-SV es un instrumento originalmente desarrollado por Nakazawa y colaboradores y adaptado al español por López M. et al en el 2021 (6)(25). Este cuestionario consta de 20 ítems y evalúa el conocimiento teórico sobre cuidados paliativos en cinco dimensiones:

- Filosofía (2 preguntas).
- dolor (6 preguntas).
- Disnea (4 preguntas).
- Problemas psiquiátricos (4 preguntas).
- Problemas gastrointestinales (4 preguntas).

Cada ítem es de tipo verdadero/falso. Las respuestas correctas reciben un punto, siendo 20 puntos el puntaje posible. A mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento(6).

### **3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

#### **3.4.1 Validación de la herramienta.**

Se realizó un análisis descriptivo transversal con 248 médicos y enfermeros de un hospital oncológico, utilizando el PCKT-SV e identificando problemas de comprensión y posteriormente se analizó las pruebas psicométricas para su validación:

#### **Medida de fiabilidad.**

La consistencia interna de los ítems del cuestionario PCKT-SV se evaluó mediante el índice Kuder–Richardson 20.0, apropiado para escalas con respuestas dicotómicas.

#### **Análisis de validez de contenido**

La validez del contenido fue establecida por consenso de expertos. Se realizó un test de comprensión y adaptación lingüística y posteriormente se evaluó el contenido. Los expertos seleccionados evaluaron la suficiencia, el grado de coherencia, la relevancia y la calidad de cada ítem incluido en el PCKT-SV.

### **Análisis de validez de criterio.**

La validez de criterio, en su variante concurrente- convergente, fue evaluada mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mediante la evaluación de la relación entre el puntaje de conocimiento en cuidados paliativos y dos variables: capacitación continúa recibida en cuidados paliativos y la experiencia en esta área. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 22. Para el análisis estadístico en Windows™, se consideró  $p < 0,05$  como significativo.

### **3.4.2 Análisis descriptivo de la muestra.**

En el análisis descriptivo se calcularon medidas de tendencia central (media), dispersión (desviación estándar) y se presentaron resultados mediante tablas de frecuencia y gráficos.

En el análisis inferencial, se aplicó la prueba t de Student para comparar las medias de conocimiento según variables como profesión, formación en cuidados paliativos y años de experiencia. Las diferencias que se consideran estadísticamente significativas son aquellas cuyas  $p < 0,05$ . La categorización del nivel de conocimiento se estableció basándose en estudios previos en la que se establece una puntuación 14 sobre 20 puntos, como punto de corte para considerar conocimiento suficiente o adecuado (78,79). Con base a este criterio, se establecieron tres niveles de conocimiento:

- 1-9 puntos: nivel bajo de conocimiento.
- 10-13 puntos: conocimiento intermedio.
- 14 o más puntos: conocimiento alto o eficiente.

### **3.4.3 Consideraciones éticas**

Los datos de identificación personal y las bases de datos fueron codificadas y resguardados en computadora destinada exclusivamente a la investigación. Los participantes recibieron información sobre los objetivos del estudio. La participación fue voluntaria y se formalizó con la aceptación del consentimiento informado para participar en el estudio. El estudio contó con la aprobación de las autoridades del servicio de docencia e investigación del Hospital SOLCA, Guayaquil.

### 3.4.4 Operacionalización de las variables.

**TABLA 3.** Matriz de operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Medición	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento.	Años	Continua.
Sexo	Fenotipo que diferencia a la mujer del varón.	Masculino Femenino.	Nominal
Profesión	Ocupación especializada que requiere formación académica y habilidades específicas.	Médico. Licenciado en enfermería.	Nominal
Experiencia laboral en cuidados paliativos	Tiempo entre graduación e inicio de la investigación.	Años	Continua.
Capacitación en cuidados paliativos. Pregrado. Posgrado.	Formación académica o técnica orientada a desarrollar conocimientos y habilidades.	SI NO	Nominal
Conocimiento en Cuidados Paliativos	Respuestas correctas en los ítems evaluados de la Encuesta PCKT-SV.	1-9: bajo. 10-13: intermedio 14 o más: suficiente	Ordinal.

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

Con el objetivo de disponer de una herramienta válida para evaluar el nivel de conocimiento en cuidados paliativos en Ecuador, se realizó la adaptación transcultural y lingüística del cuestionario PCKT-SV. Una vez validado el instrumento, se aplicó y se determinó el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud del hospital Solca – Guayaquil.

#### 4.1 VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO PCKT-SV.

##### 4.1.1. Adaptación lingüística y cultural del instrumento.

En esta etapa participaron siete profesionales de la salud, tres hombres y cuatro mujeres con edades comprendidas entre 33 y 60 años. Seis de ellos eran médicos y una licenciada en enfermería.

Como resultado del proceso de adaptación lingüística y cultural, se llevaron a cabo diversos ajustes o cambios en los ítems del cuestionario original, con el fin de garantizar pertinencia y comprensión en el contexto clínico ecuatoriano. Los cambios realizados se muestran en la *Tabla 4* :

**Tabla 4** Cambios realizados en el cuestionario PCKT-SV.

<b>PREGUNTA ORIGINAL</b>	<b>CAMBIO</b>	<b>PREGUNTAS CON CAMBIOS.</b>
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse <b>la pentazocina</b> con más frecuencia que un opioide.	Se cambia la pentazocina por el tramadol.	4. Cuando el dolor por cáncer es leve moderado debería utilizarse <b>el tramadol</b> con más frecuencia que un opioide mayor.
6. El efecto de los opioides mayores disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocina o hidroclicloruro de buprenorfina.	Se elimina pentazocina o hidroclicloruro.	6. El efecto de los opioides mayores disminuye cuando se utilizan conjuntamente con buprenorfina.
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	Se añade severa.	9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea <b>severa</b> en pacientes con cáncer.
12. Los fármacos anticolinérgicos o escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	Se elimina la palabra o y se añade como el bromuro de hioscina y la.	12. Los fármacos anticolinérgicos <b>como el bromuro de hioscina y la</b> escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.
15. Algunos pacientes en fase terminal requerirán	Se cambia continua por paliativa.	15. Algunos pacientes en fase terminal requerirán sedación

sedación continua para aliviar el sufrimiento.		<b>paliativa</b> para aliviar el sufrimiento.
16. En paciente con cáncer terminal, la morfina es con frecuencia una de las causas de delirio.	Se cambia delirio por delirium.	16. En paciente con cáncer terminal, la morfina es con frecuencia una de las causas de <b>delirium</b> .
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.	Se cambia vía intravenosa periférica por acceso venoso periférico.	18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener <b>un acceso venoso periférico</b> .
19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	Se cambia esteroides por corticoides.	19. Los <b>corticoides</b> mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos.	Se cambia perfusión por hidratación y moribundos por final de vida.	20. La <b>hidratación</b> intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes <b>al final de la vida</b> .

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores

#### 4.1.2 Validez de contenido: coeficiente V de Aiken.

En una segunda sesión con el panel de expertos, se procedió a evaluar cada ítem del cuestionario en función de cuatro criterios: suficiencia, grado de coherencia, relevancia y calidad, utilizando la escala propuesta por Ventura León, donde uno no cumple con el criterio y cuatro indica alto nivel de cumplimiento (80).

El índice de validez de contenido total (CVI) fue de 0,93 lo que se interpreta como excelente como se muestra en la tabla 5.

**Tabla 5:** Índice de validez de contenido.

Ítem	Calidad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	IVC_TOTAL
1	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
2	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
3	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
4	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
5	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
6	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
7	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
8	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
9	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
10	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
11	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
12	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
13	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
14	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
15	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
16	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
17	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
18	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
19	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93
20	0,95	0,9	0,9	0,95	0,93

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

#### 4.1.3 Fiabilidad interna.

Para evaluar la consistencia interna del cuestionario, se empleó el coeficiente Kuder-Richardson 20, recomendado para escalas con preguntas de respuesta dicotómica.

**Tabla 6** Coeficiente Kuder-Richardson 20 del cuestionario PCKT-SV

Característica evaluada	Método utilizado	Valor obtenido	Nivel de referencia	de Interpretación
Consistencia interna	Coeficiente KR-20	0,7	$\geq 0.70$	Aceptable
Tipo de ítems	Dicotómicos (0 = incorrecto 1 = correcto)	—	—	—
Número total de ítems	—	20	—	—
Número de participantes	—	248	—	—

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

#### 4.1.4 Validez de criterio concurrente-convergente.

Para evaluar la validez de criterio del instrumento, se analizaron dos variables: experiencia laboral y capacitación en cuidados paliativos durante los últimos 5 años.

Los resultados evidenciaron que la variable experiencia laboral mostró un valor p de 0,007, lo que demuestra diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los grupos con y sin experiencia. Este resultado sugiere que dicho criterio permite discriminar adecuadamente entre los grupos, contribuyendo así a la validez del instrumento.

**Tabla 7.** Validez de los criterios: experiencia laboral y capacitación continua sobre cuidados paliativos.

Variables de criterio	Validez de criterio		Prueba t-student
	Promedio		Valor p
	No	Si	
¿Tiene experiencia en cuidados paliativos?	13,47	14,67	,007
¿Ha recibido formación en cuidados paliativos?	13,30	14,40	0,09

FUENTE: Matriz de datos.

ELABORACION: Los investigadores

## 4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTUDIO.

Se analizó una muestra de 248 profesionales de la salud del hospital SOLCA Guayaquil, a quienes se les aplicó la herramienta de evaluación PCKT–SV para medir el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos. El estudio comprende el periodo de diciembre de 2024 a enero de 2025.

### 4.2.1 Características sociodemográficas.

Del total de participantes, el 68% fueron mujeres y el 32% hombres. El grupo etario más frecuente con el 37% fue de 30 a 34 años; seguido por el 28% de 35 a 39 años. De acuerdo con la profesión, el 62% son licenciados en enfermería, el 23% médicos postgradistas, el 15% médicos especialistas y el 1% médicos residentes. Estos datos se presentan la Tabla 8.

En relación con la educación sobre los cuidados paliativos, el 71% de los profesionales contestaron no haber recibido formación en dicha disciplina durante el pregrado. Sin embargo, el 54% indicó haber recibido capacitación de cuidados paliativos durante los últimos 5 años, mientras que el 46% contestó no haber recibido ninguna capacitación.

Respecto a la experiencia laboral general, el tiempo promedio de experiencia laboral en la profesión fue de 8 años. En cuanto a la experiencia específica en cuidados paliativos, el 65% señaló no tener experiencia laboral en cuidados paliativos, y un 35% sí contaba con experiencia directa en el manejo de pacientes paliativos. El tiempo promedio de experiencia en cuidados paliativos fue de 4 años.

**Tabla 8.** Características demográficas de los profesionales de la salud evaluados.

Datos demográficos		No.	%	Media
Sexo	Femenino.	170	68,5%	
	Masculino.	78	31,5%	
Edad				35
Grupo etario	Menores a 29 años	44	17,7%	
	De 30 a 34 años	92	37,1%	
	De 35 a 39 años	70	28,2%	
	Mayores a 40 años	42	16,9%	
Profesión	Licenciado en enfermería.	153	61,7%	
	Medico Especialista.	36	14,5%	
	Medico Posgradista.	56	22,6%	
	Medico Residente.	3	1,2%	
<b>Educación</b>				
¿Recibiste formación en Cuidados Paliativos durante tu pregrado?	No.	177	71,4%	
	Si.	71	28,6%	
¿Has recibido formación en Cuidados Paliativos (cursos, congresos, talleres), dentro de los últimos 5 años?.	No.	115	46,4%	
	Si.	133	53,6%	
<b>Experiencia laboral</b>				
¿Cuántos años de experiencia laboral tienes en tu profesión?.				8
Tienes experiencia laboral en Cuidados Paliativos?	No.	162	65,3%	
	Si.	86	34,7%	
¿Cuántos años de experiencia tienes en esta área?				4

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores

#### 4.2.2 Evaluación del nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos.

##### Nivel global de conocimiento de los profesionales de la salud.

El 52 % de los profesionales de la salud obtuvo un nivel de conocimiento en cuidados paliativos alto o eficiente, seguido del 38 % que alcanzó un nivel intermedio y solo el 10 % de los participantes presentó un nivel de conocimiento bajo, como se muestra en la Tabla 9.

**Tabla 9.** Nivel de conocimiento global de los profesionales de la salud.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PROFESIÓN					
	MEDICOS		LICENCIADOS EN ENFERMERÍA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo (1-9 puntos).	4	17,0%	20	83,0%	24	9,7%
Intermedio (10- 13).	41	43,0%	54	57,0%	95	38,3%
Alto o eficiente. (14 o más puntos)	50	39,0%	79	61,0%	129	52,0%
Total.					248	100%

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

##### Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos distribuidos según la formación.

De acuerdo con la tabla 10 podemos indicar que el 52% de los licenciados en enfermería tienen un nivel de conocimiento eficiente; el 59% de los médicos postgradistas tienen un nivel de conocimiento eficiente y el 50% de los médicos especialistas tienen un nivel moderado.

**Tabla 10.** Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos distribuidos según la formación.

Profesión	Nivel de conocimiento							
	Eficiente		Moderado		Bajo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Licenciado en enfermería	79	51,6%	54	35,3%	20	13,1%	153	100%
Medico Especialista	16	44,4%	18	50,0%	2	5,6%	36	100%
Medico Posgradista	33	58,9%	22	39,3%	1	1,8%	56	100%
Medico Residente	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%

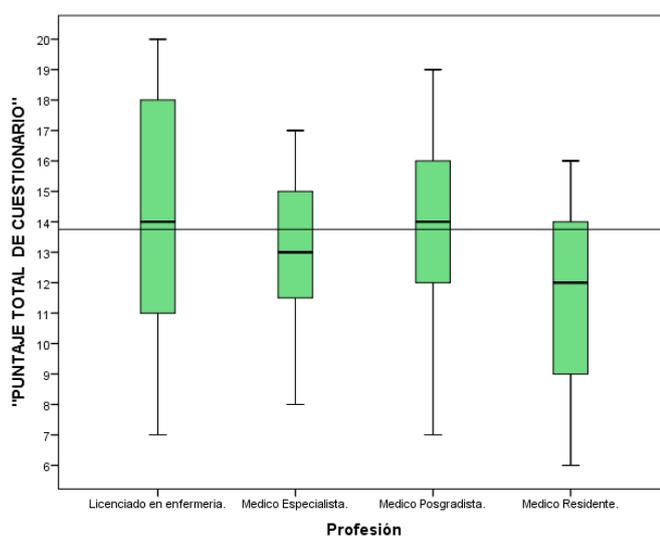
**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

### Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos distribuidos según puntaje del cuestionario PCKT-SV.

En el diagrama de cajas (Figura 4) se puede observar la mediana de la puntuación total del cuestionario en cada grupo de profesional, observándose que el 50% de los médicos residentes tuvieron una puntuación total del cuestionario menor a 12/20; el 50% de los médicos especialistas tuvieron una puntuación total del cuestionario menor a 13/20; el 50% de los médicos postgradistas y licenciados de enfermería tuvieron una puntuación total del cuestionario mayor a 14/20.

**Figura 4.** Diagrama de cajas del puntaje del cuestionario según la formación.



**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

### Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y profesión.

Se aplicó la prueba estadística t-Student para determinar si existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre médicos y licenciados de enfermería.

En la Tabla 11 se presentan los valores p obtenidos tanto para el puntaje total de cuestionario como para cada una de sus dimensiones. Se identificaron diferencias significativas en las dimensiones problemas respiratorios (p 0,013) y problemas psiquiátricos (p 0,000), siendo valores menores al nivel de significancia 0,05. Estos hallazgos permiten afirmar que los médicos obtuvieron mejor calificación en la dimensión síntomas respiratorios y los licenciados de enfermería obtuvieron mejor calificación en los problemas psiquiátricos.

**Tabla 11.** Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y profesión.

Dimensión	Profesión		Prueba t-student
	Promedio		Valor p
	Licenciado en enfermería	Médico	
<b>Total</b>	14,02	13,67	,432
Filosofía	1,76	1,84	,208
Dolor	3,76	3,55	,210
Síntomas respiratorios	2,66	3,03	,013
Problemas Psiquiátricos	2,93	2,48	,000
Síntomas gastrointestinales	2,90	2,77	,369

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

#### 4.2.3 Análisis de la escala de conocimiento sobre cuidados paliativos.

Se presenta a continuación el análisis descriptivo del número y porcentaje de respuestas correctas e incorrectas a los ítems que forman cada una de las cinco dimensiones del cuestionario. En la Tabla 12 se presentan los resultados, y a continuación una descripción detallada de las fortalezas y debilidades en relación al conocimiento sobre cuidados paliativos.

**Tabla 12.** Cuestionario PCKT-SV validado a contexto ecuatoriano aplicado en los profesionales de la salud.

Dimensión	Resultados de los participantes				
	Correcto		Incorrecto		
	No.	%	No.	%	
<b>Filosofía</b>					
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.	F	218	87,9%	30	12,1%
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.	F	227	91,5%	21	8,5%
<b>Dolor</b>					
3. Uno de los objetivos del tratamiento de dolor es conseguir el descanso nocturno.	V	196	79,0%	52	21,0%
4. Cuando el dolor por cáncer es leve- moderada debería utilizarse el tramadol con más frecuencia que un opiode mayor.	V	184	74,2%	64	25,8%
5. Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINES.	F	160	64,5%	88	35,5%
6. El efecto de los opioides mayores disminuye cuando se utilizan conjuntamente con buprenorfina.	V	85	34,3%	163	65,7%
7. El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción.	F	102	41,1%	146	58,9%
8. El uso de opiode no altera el tiempo de supervivencia.	V	186	75,0%	62	25,0%
<b>Síntomas respiratorios</b>					
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea severa en pacientes con cáncer.	V	200	80,6%	48	19,4%
10. Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.	F	177	71,4%	71	28,6%
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.	F	110	44,4%	138	55,6%
12. Los fármacos anticolinérgicos como el bromuro de hioscina y la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	V	208	83,9%	40	16,1%
<b>Problemas Psiquiátricos</b>					
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	V	131	52,8%	117	47,2%
14. Las benzodiacepinas son eficaces para controlar el delirium.	F	70	28,2%	178	71,8%
15. Algunos pacientes en fase terminal requerirán sedación paliativa para aliviar el sufrimiento.	V	242	97,6%	6	2,4%
16. En paciente con cáncer terminal, la morfina es con frecuencia una de las causas de delirium.	F	134	54,0%	114	46,0%
<b>Síntomas gastrointestinales</b>					
17. En las fases finales de cáncer es necesario una mayor ingesta calórica en comparación a fases iniciales.	F	180	72,6%	68	27,4%
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener un acceso venoso periférico.	F	206	83,1%	42	16,9%
19. Los corticoides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	V	163	65,7%	85	34,3%
20. La hidratación intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes al final de la vida.	V	157	63,3%	91	36,7%

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

### Filosofía.

Esta dimensión analiza la importancia de los cuidados paliativos y en qué momento deben proporcionarse. Se obtuvieron altos porcentajes de respuesta correcta. El 88% considera que los cuidados paliativos pueden ser proporcionados a pacientes con o sin tratamientos curativos disponibles, por otro lado, el 92% de los participantes considera que los cuidados paliativos pueden ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.

## **Dolor.**

En esta dimensión se observa mucha variabilidad en las respuestas obtenidas. El 79% de los participantes tiene claro el objetivo del tratamiento de dolor; el 74% reconoce que el tramadol está indicado para el dolor oncológico leve-moderado; el 65% reconoce que cuando se toman los opioides de forma programada se puede utilizar con AINES; 66% desconoce que el efecto de los opioides mayores disminuye en combinación con buprenorfina; el 59% considera erróneamente que el uso prolongado de opioides produce adicción y el 75% reconoce que el uso de opioides no modifica el tiempo de supervivencia.

## **Problemas respiratorios.**

Existe un considerable conocimiento respecto a los síntomas respiratorios: el 81% conoce la utilidad de la morfina para aliviar la disnea severa en pacientes con cáncer; el 71% sabe que los opioides que se consumen de forma programada no tienen relación con la depresión respiratoria; sin embargo, el 56% indicaron de manera errónea que los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea; y el 84% de los participantes conocen la utilidad de los fármacos anticolinérgicos.

## **Problemas psiquiátricos.**

EL 98% conoce que paciente en fase terminal en ocasiones requiere sedación paliativa para aliviar el sufrimiento; el 53% reconocieron que la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico reduce el malestar del paciente; el 54% reconoce que la morfina no es una de las causas más frecuentes de delirium, sin embargo, el 72% desconoce que las benzodiazepinas no son eficaces para controlar el delirium.

## **Problemas gastrointestinales.**

En esta dimensión: el 83% conoce las vías alternativas en pacientes incapaces de mantener un acceso venoso periférico; así también, el 66% contestó de forma correcta que los corticoides mejoran el apetito en pacientes

con cáncer avanzado y el 63% conoce que la hidratación intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes al final de la vida.

#### 4.2.3 Comparación del grado de conocimiento con variables.

Con el objetivo de analizar la influencia de la experiencia laboral y la formación en cuidados paliativos en el nivel de conocimiento de los participantes, se aplicó la prueba estadística t-Student para muestras independientes.

#### Relación entre nivel de conocimiento y la experiencia laboral en cuidados paliativos.

En la Tabla 13 se presentan los valores p correspondientes al puntaje total del cuestionario y a cada uno de sus dimensiones. Para el puntaje total se obtuvo un valor p de 0,007, lo que indica que los profesionales con experiencia laboral en cuidados paliativos tienen mejor calificación que aquellos sin experiencia laboral. De igual manera, se observaron diferencias estadísticamente significativas, en las dimensiones, problemas respiratorios y gastrointestinales, valores de p de 0,037 y 0,034 respectivamente, lo que sugiere una correlación positiva entre experiencia en cuidados paliativos y un mayor nivel de conocimiento en estas dimensiones específicas.

**Tabla 13.** Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y experiencia laboral.

Dimensión	Experiencia laboral en Cuidados Paliativos		Prueba t-student
	Promedio		Valor p
	No	Si	
<b>Total</b>	13,47	14,67	,007
Filosofía	1,77	1,84	,296
Dolor	3,56	3,91	,051
Síntomas respiratorios	2,69	3,01	,037
Problemas Psiquiátricos	2,70	2,87	,158
Síntomas gastrointestinales	2,74	3,05	,034

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

#### Relación entre nivel de conocimiento con la capacitación en los últimos 5 años.

Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las dimensiones dolor (p 0,02), problemas psiquiátricos (0,04) y gastrointestinales (p 0,01). Estos hallazgos permiten afirmar que el grupo que sí recibió capacitación en cuidados paliativos en los últimos 5 años obtuvo mejor calificación en las dimensiones dolor, problemas psiquiátricos y gastrointestinales que el grupo que no recibió capacitación. Estos datos se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 14.** Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y capacitación en los últimos 5 años.

Dimensión	¿Has recibido formación en Cuidados Paliativos (cursos, congresos, talleres), dentro de los últimos 5 años?.		Prueba t-student
	Promedio		Valor p
	No	Si	
<b>Total</b>	13,30	14,40	0,09
Filosofía	1,74	1,84	0,20
Dolor	3,57	3,78	0,02
Síntomas respiratorios	2,62	2,96	0,17
Problemas Psiquiátricos	2,68	2,83	0,04
Síntomas gastrointestinales	2,70	2,98	0,01

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

#### **Relación entre nivel de conocimiento con la capacitación durante el pregrado.**

En la Tabla 15 se muestra el valor p obtenido del puntaje total de cuestionario y de la puntuación para cada dimensión analizada, observándose que el valor p no es menor al nivel de significancia, por lo que se puede concluir que la variable capacitación de cuidados paliativos durante el pregrado no tiene un impacto en el nivel del conocimiento de los profesionales de la salud.

**Tabla 15.** Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y capacitación en pregrado.

Dimensión	¿Recibiste formación en Cuidados Paliativos durante tu pregrado?		Prueba t-student
	Promedio		Valor p
	No	Si	
<b>Total</b>	14,01	13,59	,381
Filosofía	1,79	1,82	,633
Dolor	3,74	3,54	,272
Síntomas respiratorios	2,81	2,79	,906
Problemas Psiquiátricos	2,81	2,63	,152
Síntomas gastrointestinales	2,86	2,82	,783

**FUENTE:** Matriz de datos.

**ELABORACION:** Los investigadores.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Hemos adaptado y validado transcultural y lingüísticamente el cuestionario PCKT-SV al español ecuatoriano, asegurando una adecuada validez de contenido y consistencia interna para el constructo.

El cuestionario PCKT-SV versión española fue traducido, adaptado y validado al español en el 2021 por López y colaboradores, y como estudio piloto evaluó los conocimientos sobre cuidados paliativos en profesionales de la salud de atención primaria en España(6). Este cuestionario consta de veinte preguntas sobre aspectos básicos de cuidados paliativos, pero hace referencias a pentazocina y terminología que no son de uso común en Ecuador. Por lo cual se realizó una adaptación lingüística y validación transcultural del cuestionario PCKT-SV. De manera interesante encontramos que las pruebas psicométricas para la adaptación y validación transcultural del PCKT-SV al contexto ecuatoriano muestran valores similares a la versión española. La validez de contenido se midió con el coeficiente V de Aiken global, con un índice de validez de 0,93, similar al de López (0,85) y al de Cavalheir (0,83) (81). La consistencia interna calculada mediante la fórmula de Kuder Richardson 20.0 fue de 0,701, demostrando una confiabilidad similar al PCKT-SV español (0,81) (6).

López García y colaboradores, en una revisión sistémica, en el que se analizó las propiedades psicométricas de doce cuestionarios para medir habilidades y conocimientos de los médicos en cuidados paliativos, concluyo que el cuestionario PCKT debería ser la opción preferida para la evaluación, siempre y cuando los estudios sobre las propiedades de medición tengan una buena calidad metodológica (82). Por lo cual consideramos que el cuestionario PCKT SV validado al contexto ecuatoriano es una herramienta válida para evaluar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre los profesionales de la salud.

Los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) mostraron un nivel suficiente de conocimientos en cuidados paliativos; el 52% alcanzo un nivel

alto (>14 puntos), 38% un nivel intermedio (10-13 puntos) y el 10 % un nivel bajo (<10 puntos). Estos hallazgos son similares a los reportados en la literatura científica, aunque existen diferencias en la forma de presentación de los resultados y sean por medio de porcentajes, puntajes totales o por categorías de clasificación. El nivel de conocimiento observado en este estudio fue superior al reportado en investigaciones realizadas en España, en médicos y enfermeros de atención primaria, obtuvieron un nivel intermedio con una media de 10.7 puntos y en México donde se registró un conocimiento global del 60.3% equivalente aproximadamente a una media de 12 puntos. (6,79) Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que la población evaluada en el presente estudio corresponde a un hospital de tercer nivel, a diferencia de los estudios mencionados a los estudios mencionados que fueron realizados en personal sanitario de atención primaria.

Al evaluar el conocimiento de cuidados paliativos en función de las dimensiones, se observó que los médicos y enfermeras obtuvieron mayores niveles de aciertos en las preguntas relacionadas con la filosofía (89%) y problemas gastrointestinales (70%), mientras que la dimensión con menor proporción de respuestas correctas fue la relacionada con el manejo del dolor (61%). Estos resultados son similares a los hallazgos reportados por López et al., quienes identificaron mayores niveles de conocimiento en las dimensiones de filosofía y menor en la dimensión dolor (6). En su estudio, López atribuye los bajos puntajes en esta última dimensión al desconocimiento del uso de la pentazocina, un opioide que no es frecuentemente manejado por los médicos de atención primaria en España y sugirió cambiar por otro fármaco de uso más frecuente en investigaciones futuras. En concordancia con esta recomendación, en la presente investigación se reemplazó la pentazocina por tramadol, un opioide menor utilizado para el tratamiento del dolor oncológico leve a moderado, lo que permitió una mayor tasa de respuestas correctas en los ítems relacionados a este medicamento. Sin embargo, en otros ítems de la dimensión del dolor, se observan bajos niveles de aciertos, lo que podría atribuirse a un conocimiento insuficiente sobre el manejo del dolor y no exclusivamente al desconocimiento de un fármaco específico.

Al analizar los ítems de forma individual, se observaron altos porcentajes de aciertos en el ítem 15 (97.6 %), 2 (91.5 %) y 1 (87,9 %) lo que indica una adecuada comprensión de los principios generales de los cuidados paliativos. Por el contrario, los ítems 6 (34,3 %), 7 (41.1 %) y 11 (44.4 %) reflejaron menor nivel de conocimiento, lo que sugiere debilidades específicas que requieren capacitación.

La experiencia laboral y la formación en cuidados paliativos influyen estadísticamente sobre el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud. La experiencia laboral en cuidados paliativos se asocia de una manera significativa con un mayor conocimiento en las dimensiones de problemas respiratorios ( $p$  0,037) y gastrointestinales ( $p$  0,034). Las capacitaciones en los últimos cinco años demostraron significancia estadística en las dimensiones dolor, problemas psiquiátricos y gastrointestinales ( $p$ 0,02, 0,04 y 0,01). Cevallos, al identificar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en médicos del hospital regional, también reportó una relación significativa entre experiencia profesional y nivel de conocimiento ( $p < 0,05$ )(75). Por lo contrario, no se encontró una relación significativa haber recibido formación de cuidados paliativos durante la carrera universitaria y el nivel de conocimiento actual. Estos hallazgos no corresponden con los obtenidos por Mosich (2017), en los cual, los médicos que habían recibido cuidados paliativos durante su formación, obtuvieron una puntuación superior en el conocimiento en comparación con aquellos que no habían recibido educación (83). De igual forma Lopez en España demostró que la formación en pregrado era un factor determinante en el rendimiento del cuestionario (6). Esto podría atribuirse a los programas educativos europeos instaurados en la formación universitaria durante el periodo de pregrado. En este contexto, para optimizar la formación de los futuros profesionales sería necesario establecer una formación específica en cuidados paliativos en todas las instituciones universitarias. Los criterios curriculares de formación deben ser de acuerdo con las exigencias establecidas por La Asociación Europea de Cuidados Paliativos, con el fin de garantizar el mismo nivel de formación y competencias en todos los países (19).

## **CONCLUSIONES**

El cuestionario PCKT-SV de conocimiento sobre cuidados, es un instrumento válido, apropiado y confiable para medir el conocimiento de médicos y enfermeras que laboren en Ecuador y es adecuado para evaluar la efectividad de formación en cuidados paliativos.

El nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos que predomina en los profesionales de la salud del Hospital Oncológico Solca Guayaquil es el nivel alto seguido de intermedio. Las dimensiones con mayor proporción de respuestas correctas fueron la filosófica y problemas gastrointestinales, mientras que los problemas psiquiátricos presentaron el mayor número de errores. Las variables capacitación continua en los últimos cinco años y la experiencia profesional en cuidados paliativos mostraron asociación significativa. En contraste, la formación en pregrado no mostró asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento evaluado.

## **LIMITACIONES.**

La presente investigación tiene población limitada (profesional sanitario de un hospital oncológico) por lo que existe la necesidad de realizar más estudios con la realización de estudios multicéntricos donde se puedan observar poblaciones mas amplias con diferentes características que permitan analizar la fiabilidad del cuestionario en diferentes niveles de atención.

## RECOMENDACIONES

Desarrollar estrategias de evaluación periódica del conocimiento en cuidados paliativos utilizando herramientas validadas como el cuestionario PCKT-SV para identificar brechas específicas y orientar acciones de mejora continua.

Implementar programas de educación continua, dirigidos a médicos y enfermeros del Hospital Solca Guayaquil, con énfasis en las dimensiones con menor nivel de aciertos, como el manejo del dolor oncológico, mitos de opioides y el manejo de problemas psiquiátricos.

Diseñar estrategias de educación institucional accesible, como boletines o materiales visuales, que aclaren conceptos erróneos encontrados en el estudio, como el uso de benzodiazepinas para el delirium, la relación entre disnea y saturación de oxígeno y los mitos sobre los opioides.

Fortalecer la formación en cuidados paliativos desde el pregrado incorporando esta asignatura de forma obligatoria en los currículos de la medicina, enfermería y otras carreras de ciencias de la salud. Para su adecuada implementación, se sugiere seguir las directrices de la SECPAL Y EAPC, que promueven una formación básica, estructurada y transversal en cuidados paliativos como parte fundamental de la formación de los profesionales sanitarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

- 1 Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Definición consensuada de Cuidados Paliativos [Internet]. [consultado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidados-paliativos/>.
- 2 Velásquez-Manrique A, Benavides-Luyo C, Chaupi-Rojas S, Andahua-Inuma S, Andrade-Acuña M, Sánchez-Ruiz R, et al. Identificación de requerimiento de cuidados paliativos en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna de un Hospital de Referencia Peruano. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2023 ene 15 [consultado 29 de octubre de 2023];23(1):52–60. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.V22I3.4621>.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos - OPS/OMS [Internet]. [consultado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
- 4 Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. ACCPaliativos [Internet]. [consultado 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.accpaliativos.com/>.
- 5 Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany towards palliative care: An interinstitutional questionnaire-based study. BMC Palliat Care [Internet]. 2011 nov 23 [consultado 12 de julio de 2024];10(1):1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-19>.
- 6 Lopez-Garcia M, Rubio L, Gomez-Garcia R, Sanchez-Sanchez F, Miyashita M, Medina-Abellan MD, et al. Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. BMJ Support Palliat Care [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Aug 20];12(3):324–31. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2019-002182> PMID: 32321727

7. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 [Internet]. 2ª ed. 2020 [consultado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>.
8. Cabezas C, Rivadeneira D. Evaluación de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de Medicina y posgrado en la PUCE, marzo-julio 2019. REDI [Internet]. 2019 [citado 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://redi.cedia.edu.ec/document/230395>
9. Vallejo Martínez M, Lino N, Quinto R. Estudio de pertinencia de los cuidados paliativos en Ecuador. Oncología (Ecuador) [Internet]. 2017 Dic 30 [consultado el 23 de mayo de 2025];27(3):238–252. Disponible en: <https://doi.org/10.33821/241ResearchGate>.
10. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos en América Latina - ECHO [Internet]. [consultado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cuidados-paliativos-america-latina-echo>.
11. Champin D. Evaluación por competencias en la educación médica. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 [consultado el 23 de mayo de 2025];31(3):566–571. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/96SciELO>  
Perú+5Universidad Pablo de Olavide+5RPMESP+5.
12. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo [Internet]. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos; [consultado el 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>  
cuidadospaliativos.org+1ResearchGate+1.
13. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos: datos y cifras [Internet]. 2020 [consultado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

14. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The world health organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2002 Aug 1 [cited 2025 Apr 19];24(2):91–6. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2) PMID: 12231124
15. Govern de les Illes Balears. Estrategia de Cuidados Paliativos - Principios y valores [Internet]. [consultado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.caib.es/sites/curespaliatives/es/principios\\_y\\_valores-44319/](https://www.caib.es/sites/curespaliatives/es/principios_y_valores-44319/).
16. Gómez-Batiste X, González-Olmedo MP, Maté J, et al. Principios básicos de la atención paliativa en personas con enfermedades crónicas y sus familias. Observatorio Qualy – Institut Català d'Oncologia [Internet]. 2011 [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc\\_principios\\_basicos\\_de\\_la\\_atencion\\_paliativa\\_vf.pdf](https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_principios_basicos_de_la_atencion_paliativa_vf.pdf).
17. Espín Paredes E, Albavera Hernández C. Características de la enseñanza de cuidados paliativos en el currículo de pregrado de medicina en las universidades mexicanas. *LATAM Rev Latam Cienc Soc Humanid* [Internet]. 2024 Jun 15 [consultado el 27 de mayo de 2025];5(3). Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2225>.
18. Valles Martínez P, García Salvador I. Medicina Paliativa. *Med Paliat* [Internet]. 2013 [consultado el 10 de mayo de 2025];20(3):111–114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.003>.
19. Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC). Recomendaciones para el desarrollo de la especialidad en medicina paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para la Formación Médica [Internet]. [consultado el 16 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/236000877\\_Recomendaciones\\_de\\_la\\_Asociacion\\_Europea\\_de\\_Cuidados\\_Paliativos\\_EAPC\\_para\\_el Desarrallo\\_de\\_la\\_Especialidad\\_en\\_Medicina\\_Paliativa\\_Informe\\_del\\_Grupo\\_de\\_Trabajo\\_de\\_la\\_EAPC\\_para\\_la\\_Formacion\\_Medica](https://www.researchgate.net/publication/236000877_Recomendaciones_de_la_Asociacion_Europea_de_Cuidados_Paliativos_EAPC_para_el Desarrallo_de_la_Especialidad_en_Medicina_Paliativa_Informe_del_Grupo_de_Trabajo_de_la_EAPC_para_la_Formacion_Medica).

20. Boceta Osuna J. Grupo de trabajo SECPAL sobre formación médica en medicina paliativa en la universidad española. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2025 May 16];23(2):53–4. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIPA.2016.02.001>
21. Trelis Navarro J, Gómez-Batiste Alentorn X, Borrell Busquets R, Guerra Córdoba R. Cuidados paliativos en oncología. *Jano: Medicina y humanidades* [Internet]. 1996 [consultado el 10 de mayo de 2025];50(1164):42–46.
22. Wenk R, De Lima L, Mutto E, Berenguel Cook M, Centeno C. Enseñanza de cuidado paliativo en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud: aspectos técnicos. Intercambio de experiencias de Europa y América Latina [Internet]. [consultado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/3/Reporte%20sobre%20el%20encuentro%20de%20educacion%20en%20CP%20-%20Buenos%20Aires%20Noviembre%202012.pdf>.
23. Rodríguez Carranza R. La evaluación del conocimiento en medicina. *Rev Educ Super* [Internet]. 2008 [citado 27 de mayo de 2025];37(147):31–42. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-27602008000300003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602008000300003).
24. Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs* [Internet]. 1996 [cited 2025 May 10];23(1):126–37. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1996.TB03106.X>, PMID: 8708208
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. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216309106871> [Internet]. 2009 Jul 31 [cited 2023 Aug 24];23(8):754–66. <https://doi.org/10.1177/0269216309106871> PMID: 19648223

26. Rubio L, López-García M, Gaitán-Arroyo MJ, Martín-Martín J, Santos-Amaya I. Palliative care undergraduate education: Do medical and nursing students need more skills in ethical and legal issues? *Med Hypotheses*. 2020 Sep 1;142:110138. <https://doi.org/10.1016/J.MEHY.2020.110138> PMID: 32739605
27. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Clasificación de servicios de cuidados paliativos. Anexo 1 [Internet]. [consultado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/23\\_Anexo.pdf](https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/23_Anexo.pdf) [cuidadospaliativos.org](https://cuidadospaliativos.org).
28. Astudillo W, Orbegozo A, Díaz Albo E, Bilbao Z P. Los cuidados paliativos, una labor de todos. 1ª ed. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007. [Todocoleccion+3Paliativos](https://www.todocoleccion.com/3Paliativos) Sin Fronteras+3cuidadospaliativos.org+3.
29. International Association for the Study of Pain. Terminología [Internet]. [consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>.
30. Khosravi Shahi P, del Castillo Rueda A, Pérez Manga G. Manejo del dolor oncológico. *An Med Interna (Madrid)* [Internet]. 2007 [consultado el 1 de mayo de 2025];24(11):554–7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n11/revision1.pdf> [SciELO España+1RIULL+1](https://scielo.isciii.es/).
31. vLeiva-Vásquez O, Pérez-Cruz P, vLeiva-Vásquez O, Pérez-Cruz P. Paracetamol como coadyuvante a opioides fuertes en dolor oncológico moderado a intenso: ¿es realmente efectivo? *Rev Med Chil* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2025 May 2];149(6):899–905. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000600899> PMID: 34751349
32. Castany AB, Rigol TS, Ferrés MC, Serrarols Soldevila M, Oller Piqué R, Gómez-Batiste X. Atención Primaria Prevalencia y características clínicas del dolor en pacientes con enfermedad crónica avanzada. *Aten Primaria*

[Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 25];55:102741. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102741>

33 López Castro R. Prevalencia del dolor en enfermos oncológicos. Dolor irruptivo. Medicina Paliativa [Internet]. 2015 May 1 [cited 2025 Apr 25];22:2–9. [https://doi.org/10.1016/S1134-248X\(15\)30002-1](https://doi.org/10.1016/S1134-248X(15)30002-1)

34. Fernández A, Rodríguez Cardona X, Cardenas Rey CJ, Moreno-Quijano C, Rodriguez Martínez CH. Using a multimodal approach to manage difficult visceral cancer pain: A case study. SAGE Open Med Case Rep [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 May 1];11:2050313X231157483. <https://doi.org/10.1177/2050313X231157483> PMID: 36890802

35. International Association for the Study of Pain. Estructura de la clasificación CIE-11 [Internet]. [consultado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/structure-of-the-icd-11-classification/>.

36. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa J, et al. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Med Paliat [Internet]. 2020 [consultado el 25 de abril de 2025];27(3):203–210. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000300203](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203).

37. Jara Sánchez C, Beato Zambrano C. Dolor oncológico. Revisiones en cáncer, ISSN 0213-8573, Vol 34, N° 4, 2020 (Ejemplar dedicado a: Tratamiento de soporte y calidad de vida del paciente oncológico (I)), págs 212-220 [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 25];34(4):212–20.

38. González JJO. Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. Rev Finlay [Internet]. 2021 Nov 30 [consultado el 26 de abril de 2025];11(4):412–422. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1064/2037>Revista Finlay.

39. León MX, Santa-Cruz JG, Martínez-Rojas S, Ibatá-Bernal L, León MX, Santa-Cruz JG, et al. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). Revista mexicana de anestesiología [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 26];42(1):45–55.

40. Erazo A, Solís V, Aura D. Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2016 [consultado el 26 de abril de 2025];15(4):1–100. Disponible en: [https://www.gamo-smeo.com/previous/archivos/2016/GAMO\\_V15\\_No4-2016.pdf](https://www.gamo-smeo.com/previous/archivos/2016/GAMO_V15_No4-2016.pdf).
41. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Dolor nociplásico: hacia una comprensión de las condiciones dolorosas prevalentes. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2098–110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5) PMID: 34062144
- 42 Alcántara Montero A, Pacheco de Vasconcelos SR, Castro Arias A. Dolor nociplástico y sensibilización central en pacientes con dolor crónico: actualizando conceptos y terminología. *Aten Primaria* [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 May 9];56(4):102898. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2024.102898> PMID: 38401337
43. León MX, Santa-Cruz JG, Martínez-Rojas S, Ibatá-Bernal L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2019 [citado 26 de abril de 2025];42(1):45–55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84793>
44. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L, Vicente-Herrero MT, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2018 [consultado el 2 de mayo de 2025];25(4):228–236. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/RESED.2018.3632/2017>.
45. Rodríguez Martínez C, Parra Cubides SL, Rodríguez Campos LF, Pérez PP. Soporte y cuidados paliativos en cáncer [Internet]. Bogotá: Grupo Distribuna; 2024 [consultado el 27 de mayo de 2025]. ISBN: 978-628-7673-43-4. Disponible en: <https://www.accpaliativos.com/wp-content/uploads/2024/12/Libro-Soporte-y-cuidados-paliativos.pdf>.
46. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice

Guidelines†. *Annals of Oncology* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2025 May 2];29:iv166–91. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDY152> PMID: 30052758

47. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, et al. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain*. 2007 Jul;130(1–2):144–56. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ANEST/108384>

48. Cheatle M, Compton P, Dhingra L, Wasser T, O'Brien CP. Development of the revised opioid risk tool to predict opioid use disorder in patients with chronic non-malignant pain. *J Pain*. 2019 Jul;20(7):842–51. doi:10.1016/j.jpain.2019.01.007.

49. Guillén Núñez MR, Plancarte Sánchez R, Hernández Porras BC, Juárez Lemus ÁM, Sámano García M, González Cázares AI. Oncoguía del manejo del dolor en cáncer 2023. *Lat Am J Clin Sci Med Technol* [Internet]. 2023 Oct 20 [consultado el 2 de mayo de 2025];5(1):36–46. Disponible en: <https://doi.org/10.34141/LJCS9313870>.

50. Allano G, George B, Minello C, Burnod A, Maindet C, Lemaire A. Strategies for interventional therapies in cancer-related pain—a crossroad in cancer pain management. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2025 May 2];27(8):3133–45. <https://doi.org/10.1007/S00520-019-04827-9>, PMID: 31093769

51. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Current Oncology* 2023, Vol 30, Pages 6838-6858 [Internet]. 2023 Jul 18 [cited 2025 May 2];30(7):6838–58. <https://doi.org/10.3390/CURRONCOL30070500> PMID: 37504360

52. Vardy J, Agar M. Nonopioid drugs in the treatment of cancer pain. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2025 May 2];32(16):1677–90. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.8356>, PMID: 24799483

53. Corsi O, Pérez-Cruz PE. Is it useful to add acetaminophen to high-potency opioids in cancer-related pain? *Medwave* [Internet]. 2017 May 4 [cited 2025 May 2];17(Suppl2):e6944. <https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2017.6944> PMID: 28525527
54. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 Jul 12;2020(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012638.PUB2>
55. Katzung BG, Kruidering-Hall M, Tuan RL, Vanderah TW, Trevor AJ. Analgésicos y antagonistas de opioides. En: Katzung & Trevor, *Farmacología. Examen & revisión*. 13ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2021. Capítulo 31. [Internet]. [consultado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3116&sectionid=265805757>.
56. Cohen B, Ruth LJ, Preuss C V. Opioid Analgesics. *StatPearls* [Internet]. 2023 Apr 29 [cited 2025 May 2]; PMID: 29083658
57. Sah D, Shoffel-Havakuk H, Tsur N, Uhelski ML, Gottumukkala V, Cata JP. Opioids and Cancer: Current Understanding and Clinical Considerations. *Current Oncology* 2024, Vol 31, Pages 3086-3098 [Internet]. 2024 May 30 [cited 2025 May 2];31(6):3086–98. <https://doi.org/10.3390/CURRONCOL31060235> PMID: 38920719
58. Prommer EE. Tramadol: does it have a role in cancer pain management? *J Opioid Manag* [Internet]. 2005 [cited 2025 May 2];1(3):131–8. <https://doi.org/10.5055/JOM.2005.0032>, PMID: 17315416
59. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Current Oncology* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 May 2];30(7):6838. <https://doi.org/10.3390/CURRONCOL30070500> PMID: 37504360
60. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based

recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* [Internet]. 2012 Feb [cited 2025 May 2];13(2). [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70040-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70040-2) PMID: 22300860

61. Cohen B, Ruth LJ, Preuss CV. Opioid Analgesics. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459161/>.

62. Borsini E, Montes Onganía A, De Muria M, Finn B, Golpe R. Abordaje paliativo en enfermedades respiratorias avanzadas. *Respirar* [Internet]. 2023 Dic;15(4). [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.55720/respirar.15.4.5>.

63. Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology* [Internet]. 2020 [cited 2025 May 3];27(3):142. <https://doi.org/10.3747/CO.27.6413> PMID: 32669923

64. Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. *J Palliat Med* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2025 May 3];15(1):106. <https://doi.org/10.1089/JPM.2011.0110> PMID: 22268406

65. Vertigan AE, Kapela SL, Ryan NM, Birring SS, McElduff P, Gibson PG. Pregabalin and speech pathology combination therapy for refractory chronic cough a randomized controlled trial. *Chest* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 May 3];149(3):639–48. <https://doi.org/10.1378/chest.15-1271> PMID: 26447687

66. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 May 3];6(1):90. <https://doi.org/10.1038/S41572-020-00223-4> PMID: 33184265

67. Oh ES, Needham DM, Nikoos R, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Antipsychotics for preventing delirium in hospitalized adults a systematic review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2025 May 3];171(7):474–84. [https://doi.org/10.7326/M19-1859/SUPPL\\_FILE/M19-1859\\_SUPPLEMENT.PDF](https://doi.org/10.7326/M19-1859/SUPPL_FILE/M19-1859_SUPPLEMENT.PDF) PMID: 31476766

68. Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez Insignares C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Revista Colombiana de Cancerología. 2021 Sep 23;26(1):3–13. <https://doi.org/10.35509/01239015.702>

69. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance [Internet]. Acad Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63–7 [consultado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2400509/>

70. Urbina Laza O, Otero Ceballos M, Soler Cárdenas S. Evaluación de la competencia profesional del personal de Enfermería en Neonatología. Educación Médica Superior [Internet]. 2004 [cited 2025 Apr 10];18(2):1–1.

71. Jazmín C, Montero U, Ruiz González E, Vega GP, En D, Educativa T. Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. European Scientific Journal, ESJ [Internet]. 2023 Apr 29 [cited 2025 Apr 11];19(12):17–17. <https://doi.org/10.19044/ESJ.2023.V19N12P17>

69. Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez Insignares C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Revista Colombiana de Cancerología. 2021 Sep 23;26(1):3–13. <https://doi.org/10.35509/01239015.702>.

70. Urbina Laza O, Otero Ceballos M, Soler Cárdenas S. Evaluación de la competencia profesional del personal de Enfermería en Neonatología. Educación Médica Superior [Internet]. 2004 [citado 10 de abril de 2025];18(2):1–1. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revedumed/ed-2004/ed042a.pdf> (si tienes enlace, incluirlo).

71. Jazmín C, Montero U, Ruiz González E, Vega GP, En D, Educativa T. Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. European Scientific Journal, ESJ [Internet].

2023 Apr 29 [citado 11 de abril de 2025];19(12):17. Disponible en: <https://doi.org/10.19044/ESJ.2023.V19N12P17>.

72. Luna Sánchez YM, Ordoñez Gil JF. Nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en los médicos especialistas clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana, en el período abril-junio 2024 [Internet]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2024 [cited 2025 Apr 11].

73. García-Espinosa P. Percepción y nivel de conocimientos de los estudiantes de Medicina sobre los cuidados paliativos. *Rev Científica Estudiantil*. 2021.

74. Hidalgo-Andrade P, Mascialino G, Miño D, Mendoza M, Marcillo AB. Knowledge of Palliative Care in Ecuador. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Apr 30 [citado 17 de abril de 2025];18(9):4840. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/IJERPH18094840>

75. Cevallos Sarmiento TE. Nivel de conocimientos de los problemas éticos y manejo de los cuidados paliativos por parte de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga. 2020 [citado 16 de abril de 2025].

76. Aldás Bayas PX. 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 [Internet]. Quito: UCE; 2020 [citado 17 de abril de 2025].

77. Alvear Jumbo M. Evaluación de conocimientos relacionados con cuidados paliativos en estudiantes y docentes de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. 2025 Feb 25 [citado 17 de abril de 2025].

78. Fadaei S, Azizzadeh Forouzi M, Miyashita M, Faleh AJ, Dehghan M. Palliative care knowledge and self-efficacy: a comparative study between intensive care units and general units nurses. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2024 Dec 1 [citado 19 de mayo de 2025];23(1):246. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/S12904-024-01580-7>

79. Iturbe EAC, Chávez YO, Peregrino DR, Reyes PPM. Conocimientos de cuidados paliativos en personal de salud del hospital general de zona 2 con medicina familiar en salina cruz Oaxaca en el periodo 2023. *Ciencia Latina*

Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024 Dec 5 [cited 2025 May 18];8(6):582–611. [https://doi.org/10.37811/CL\\_RCM.V8I6.14706](https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V8I6.14706)

80. Merino-Soto C, Merino-Soto C. Intervalos de confianza para la diferencia entre coeficientes de validez de contenido (V Aiken): una sintaxis SPSS. Anales de Psicología [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2025 May 14];34(3):587–90. <https://doi.org/10.6018/ANALES.34.3.283481>

81. Libardi EC, Luiz AB, Gutierrez BAO. Validación del instrumento BONN Palliative Care Knowledge Test para profesionales de atención primaria de salud. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 Nov 4 [citado 18 de mayo de 2025];33:e20230408. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0408EN>

82. López-García M, Rubio L, Martín-de-las-Heras S, Suárez J, Pérez-Cárceles MD, Martín-Martín J. Instruments to measure skills and knowledge of physicians and medical students in palliative care: A systematic review of psychometric properties. Med Teach [Internet]. 2022 [cited 2025 May 23];44(10):1133–45. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2067033>;SUBPAGE:STRING:ACCESS PMID: 35486883

83. Mosich V, Sellner-Pogány T, Wallner J. PKT – Palliative competence test for physicians: Design and validation of a questionnaire to assess knowledge and specific self-efficacy expectations of physicians in palliative care. Schmerz [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2025 May 23];31(4):375–82. <https://doi.org/10.1007/S00482-016-0180-Z>/METRICS PMID: 27975118



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel** con C.C: # 0706245966 autora del trabajo de titulación: **Validación y adaptación transcultural de una herramienta de evaluación del conocimiento en cuidados paliativos en profesionales de la salud del Hospital Oncológico 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, **27 de mayo de 2025.**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel**

C.C: **0706245966**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Validación y adaptación transcultural de una herramienta de evaluación del conocimiento en cuidados paliativos en profesionales de la salud del Hospital Oncológico SOLCA - Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Miñarcaja Gualancañay Mirian Maribel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Bonilla Sierra Patricia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado/ Escuela De Graduados En Ciencias De La Salud		
CARRERA:	Especialización En Cuidados Paliativos		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialización En Cuidados Paliativos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de mayo de 2025	No. PÁGINAS:	DE 61
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cuidados paliativos, Formación médica, Profesionales de la salud.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Conocimiento, formación, cuidados paliativos, validación transcultural.		

#### RESUMEN/ABSTRACT

**Introducción.** Un nivel adecuado de conocimientos en cuidados paliativos se asocia con una mejor calidad de atención brindada a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. El test de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT-SV permite identificar el nivel de conocimientos sobre temas básicos de cuidados paliativos; sin embargo, no se ha validado transculturalmente ni analizado su utilidad en otro contexto. **Objetivo.** Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud del Hospital Oncológico Solca – Guayaquil sobre cuidados paliativos, utilizando la herramienta de evaluación del conocimiento PCKT-SV. **Materiales y métodos.** Se llevó a cabo la adaptación transcultural y lingüística del cuestionario PCKT-SV con la participación de 248 profesionales de la salud. Se analizó la validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken y la fiabilidad interna con el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20). **Resultados:** Los resultados mostraron, índice de consistencia interna y confiabilidad similar a los obtenidos por la versión original del CPKT SV. **Conclusión:** El cuestionario PCKT-SV, adaptado al contexto ecuatoriano, es una herramienta validada para evaluar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** conocimiento, formación, cuidados paliativos, validación transcultural.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES:	<b>Teléfono:</b> +593982949644	<b>E-mail:</b> mirian.minarcaja@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	<b>Nombre:</b> Vallejo Martínez Mariana <b>Teléfono:</b> +593-4- 0998089192 <b>E-mail:</b> mariana.vallejo@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):	