

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
DE LOS ESTUDIANTES DE SEXTO AÑO DE LA CARRERA
DE MÉDICO Y CIRUJANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA –USAC-”**

**Estudio observacional, descriptivo transversal prospectivo
realizado en estudiantes que cursaron el Ejercicio
Profesional Supervisado –EPS- Hospitalario en junio del 2014**

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Alicia José Alvarado Rodríguez
Lucía Alexandra González Joya
Hassen Elías Alejandro Aguirre Chacón**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2014



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Alicia José Alvarado Rodríguez	200710292
Lucía Alexandra González Joya	200710501
Hassen Elías Alejandro Aguirre Chacón	200810124

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

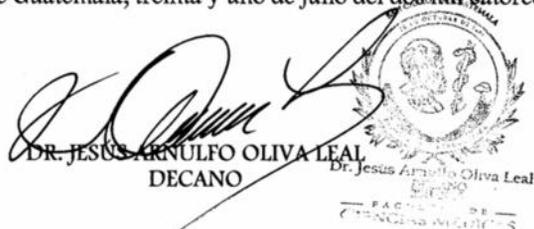
“CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS PALLIATIVOS
DE LOS ESTUDIANTES DE SEXTO AÑO DE LA CARRERA
DE MÉDICO Y CIRUJANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA –USAC–”

Estudio observacional, descriptivo transversal prospectivo
realizado en estudiantes que cursaron el Ejercicio
Profesional Supervisado –EPS– Hospitalario en junio del 2014

Trabajo revisado por el Dr. Adolfo Enrique Pérez Jordán, tutorado por la Dra. Miriam Barillas Aragón quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, treinta y uno de julio del dos mil catorce


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

Dr. Jesus Arnulfo Oliva Leal
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Alicia José Alvarado Rodríguez	200710292
Lucía Alexandra González Joya	200710501
Hassen Elias Alejandro Aguirre Chacón	200810124

han presentado el trabajo de graduación titulado:

“CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS ESTUDIANTES DE SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA –USAC-”

Estudio observacional, descriptivo transversal prospectivo realizado en estudiantes que cursaron el Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- Hospitalario en junio del 2014

El cual ha sido revisado y corregido y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, treinta y uno de julio del dos mil catorce.

Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 31 de julio del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Alicia José Alvarado Rodríguez

Lucía Alexandra González Joya

Hassen Elias Alejandro Aguirre Chacón



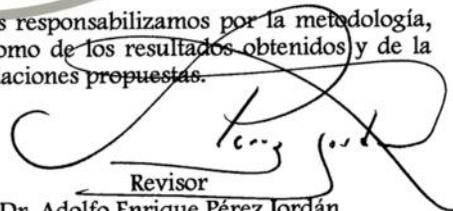
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
DE LOS ESTUDIANTES DE SEXTO AÑO DE LA CARRERA
DE MÉDICO Y CIRUJANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA –USAC-”

Estudio observacional, descriptivo transversal prospectivo
realizado en estudiantes que cursaron el Ejercicio
Profesional Supervisado –EPS- Hospitalario en junio del 2014

Del cual como revisor, tutor y asesora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


tutora
Dra. Miriam Barillas Aragón
Firma y sello


Revisor
Dr. Adolfo Enrique Pérez Jordán
Firma y sello
Reg. de personal 960632

Miriam Barillas Aragón
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 7158

DR. ENRIQUE PÉREZ JORDÁN MSg
Medicina Interna
Colegiado 8674

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

Agradecimiento especial:

En primer lugar a Dios por elegirnos para ser lo que el día de hoy con tanto esfuerzo hemos alcanzado, porque es Él la fuente de toda sabiduría e inteligencia, porque entre los tesoros que puso en nosotros al momento de nuestra creación, eligió esto tan hermoso llamado Medicina.

En segundo lugar a nuestro asesor el Dr. Enrique Pérez Jordán por su gran ayuda en la realización de nuestra tesis, por su apoyo agilizando los trámites de la misma y sobre todo por hacer tiempo en su agitado horario para atendernos siempre que necesitáramos de su ayuda.

En tercer lugar nuestra asesora la Dra. Miriam Barillas Aragón por ayudarnos desde la concepción de la primera idea hasta la transformación de la misma en nuestra tesis, por su guía y porque siempre estuvo allí para decirnos que estábamos cerca de nuestra meta, y porque finalmente hoy podemos decir: “lo hicimos”.

Alicia José Alvarado Rodríguez

Lucía Alexandra González Joya.

Hassen Elías Alejandro Aguirre Chacón

Dedico este acto,

A Dios, por permitirme llegar a este punto, por guiarme y demostrarme su inmenso amor en este largo trayecto.

A mi padre, José Luis Alvarado Álvarez por darme su apoyo y amor incondicional, por siempre estar a mi lado, guiarme y apoyarme durante los momentos más difíciles, gracias por ser una inspiración en mi vida.

A mi madre, Berta Alicia Rodríguez, por ser un pilar e inspiración en mi vida, gracias por nunca soltar mi mano y siempre estar a mi lado, dándome un empujoncito cuando las cosas se tornaban difíciles, gracias por tu amor y comprensión.

A mis hermanos, María José, José Luis y Sofía, por su amor, apoyo y comprensión.

A mis tías, por estar a mi lado, gracias por su apoyo y por siempre consentirme durante estos años.

A Mikey, por ser un gran primo, por siempre apoyarme, consentirme y acompañarme a lo largo de este camino.

A mis viejitas, por su amor y apoyo, por ser una inspiración en mi vida.

A mi familia, por su apoyo y cariño.

A mis amigos, a todos aquellos que formaron parte de todos estos años, cada uno logro marcar una diferencia en mi, gracias por comprender cuando decía “no puedo estoy de turno”.

A esas personas especiales, Alexandra González gracias por tu amistad, por ser una loca, por ponerle alegría a mi vida y lograr que este largo viaje, fuera divertido, porque siempre estemos juntas en las buenas y en las malas. A Daniel por apoyarme durante el último paso de esta etapa.

A mi querido Colegio María Inmaculada, por ser la base a esta aventura que emprendí hace 7 años.

A mis queridas Madres, por sus enseñanzas y regaños, por ser una guía en el camino, que me preparo y sirvió a lo largo de estos 7 años.

A mi Alma Mater, por ser mi segunda casa, y por ser parte de este sueño que ahora se cumple.

Al Hospital General San Juan de Dios y Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por ser parte de mi formación, por las personas que los albergan, los médicos, médicos residentes y pacientes por permitirme adquirir conocimientos a través de ellos.

Gracias a todos, ahora sí puedo decir “Lo Logre”, un pequeño paso ante este mundo lleno de posibilidades.

Alicia José Alvarado Rodríguez

Una persona muy sabia me dijo que este momento es para agradecer a las personas que han sido trascendentales en este camino, por lo tanto este acto se lo dedico:

A Dios Primero por darme la certeza de que este es mi camino, ser mi luz, mi guía, mi fuerza, por dame vida e ilusión para recorrerlo y por permitirme culminar este paso de una manera tan dichosa al lado de mis amigos y con el apoyo de mi familia.

A mis padres Rogelio González y Lucia Joya de González por motivarme a seguir adelante, por apoyarme, por permitir cumplir este sueño, por sufrir y celebrar a mi lado cada pequeño logro y porque sin su esfuerzo yo no podría estar aquí.

A mi hermana Tatiana González, por ser mi “mostro” favorito, por ser tan única y especial por ser un gran apoyo, por las incontables veces que me ayudó sin importar el esfuerzo que requiriera

A mis ángeles del Cielo, Papa Roge quien fue mi inspiración para seguir esta carrera y Mama Lolo quien espero que este muy orgullosa porque no solo fue mi sueño sino el suyo también.

A mis tías y tíos Nidia, Chiqui, Maco y Carlos Manuel, “chato”, por su gran ayuda y apoyo en mi formación, por su comprensión, porque ustedes también son parte de este logro.

A mis hermanos de otra madre, Alejandra Juárez y Marco Aurelio Juárez por su ayuda, su apoyo, su compañía, por ser simple y sencillamente mis incondicionales.

A mi compañera de viaje y mejor amiga Alicia Alvarado por haber reído y llorado conmigo por haber compartido tantas alegrías y penas en este tiempo, por las aventuras y las peleas, los consejos, las risas, los desacuerdos por ser sal y pimienta en mi vida.

A La Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser mi otra casa, mi Alma Mater, por formarme como profesional y a mis catedráticos y colegas, increíbles maestros, algunos buenos amigos gracias por todas las horas que invirtieron en mí, por sus consejos fuera de las aulas y sus conocimientos dentro.

A mis amigos, compañeros de estudio, de aventuras, de lagrimas, de fotos, de apodos, Mis Gatos panza arriba, por todo su cariño, consejos y amistad, por tantos momentos increíbles.

A mis ángeles de la tierra porque no importa lo mucho o lo poco que hayan estado en mi vida, su cariño, su apoyo, sus cuidados y mimos, me han ayudado a no desmayar, por eso gracias por echarme porras: Gustavo y Grethel Illescas, doña Susy, Tesh, Laurita, Mery, Chaito, Wendy, Roxy, Agosto, Tiko, Alejandro, Guayo, Dineli, Jeniffer y Josue.

A los mejores libros que conocí, mis pacientes que hicieron de mí una mejor persona, una mejor medico y en algunos casos que me dieron la dicha de llamar amigos.

Al Hospital General San Juan de Dios por ser quien me presentó la realidad de la medicina y me hizo que me enamorara más de esta noble profesión.

Lucia Alexandra González Joya

Dedico:

A Dios primero por la fuerza, inteligencia, sabiduría e infinito apoyo en cada una de las etapas de mi carrera, porque alimentó mi cuerpo cuando tuve hambre, me lleno de energía cuando tuve sueño, tomó mi mano cuando me sentí quebrantado y estuvo conmigo en las noches más frías y desoladas, en los momentos más críticos, cuando pensé que ya no podía, cuando el camino se hacía más estrecho Él me sostuvo, se lo dedico por haberme escogido para ser instrumento suyo.

A mi familia por creer desde el principio que podía, a mi mamá y a su esposo quien me ayudo en cada uno de los años de mi carrera, a mi abuelo quien me dio mi primer estetoscopio cuando aún no había entrado a la carrera, a mis hermanos, a mi papá, en fin a toda mi familia porque en cada uno de estos años nunca dudaron de lo que podía hacer, porque siempre han creído en mí y han formado un pilar en mi alma que me dice que puedo hacer cualquier cosa que me proponga.

A mi otra familia, la que está formada por todas las personas que Dios puso a mi alrededor para estar conmigo, Melany mi novia y mejor amiga, quien cree en mí más que nadie y me hace pensar que soy verdaderamente bueno, a su mamá y sus hermanas, al tío Ricardo y su familia por hacerme sentir parte de sus vidas, se los dedico por ser las personas que me han dado palabras de aliento, que me han ayudado en cada una de las etapas de mi vida, en cada momento que converge en un “hoy” muy hermoso.

A mis compañeros, quienes compartieron conmigo este complicadísimo, duro, trágico y sobre todo bello camino llamado “Medicina”, desde sus inicios en un salón de Biología, hasta pasar por una Navidad estudiando Fisiología, quienes fueron mi único contacto con el resto del mundo durante estos años, con quienes me desvelaba a distancia dándonos mutuo apoyo, a Jessica con quien nos apoyamos entre Anatomía y Fisiología, a Albita que me ha enseñado lo fuerte que es realmente querer vivir la vida que deseamos y pelear por ella, a Gaby y a Susseth con quien compartí el mejor año de nuestra carrera, a Martín que aunque ya no está con nosotros con él seguimos siendo cien, y a Octavio que es mi amigo con quien siempre he podido contar y sé que así seguirá siendo.

A nuestro revisor el Dr. Enrique Pérez Jordán por toda su ayuda, por su enseñanza y porque siempre estuvo de nuestro lado.

A mi Madrina la Dra. Miriam Barillas Aragón por sus enseñanzas durante mi electivo y por su ayuda durante la realización de nuestra tesis.

A mi Padrino el Dr. Jesús Oliva Leal por darme siempre su apoyo, pero sobre todo por su amistad.

A mi Alma Mater, a sus catedráticos que tanto me enseñaron, y a toda una vida de recuerdos que con cariño quedan guardados entre sus muros.

Hassen Elías Alejandro Aguirre Chacón.

RESUMEN

OBJETIVO: evidenciar el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos (CP). **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encontraban en el momento del estudio realizando el examen profesional supervisado hospitalario, mediante un estudio observacional, descriptivo transversal prospectivo en dicha población, por medio de un muestreo no probabilístico, con un enfoque y diseño de investigación cuantitativo transversal, utilizando el método de recolección de datos por encuesta. **RESULTADOS:** El 100% de la población encuestada posee un nivel insatisfactorio de generalidades sobre CP; el 100% de la población encuestada posee un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre CP en base al test PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos); en cuanto a conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor la población encuestada presentó 0% de conocimientos; y el 88% de la población encuestada considera una necesidad prioritaria la implementación de los CP en el Pensum de estudios de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. **CONCLUSIONES:** los estudiantes encuestados poseían un nivel de conocimientos generales insatisfactorios sobre CP; de acuerdo al test "Palliative Care Knowledge Examination" (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos) poseían un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre CP; los estudiantes poseían 0% de conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor; y el 88% de los encuestados consideró una necesidad prioritaria la implementación de CP en el Pensum de estudios de la carrera.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos, nivel de conocimiento, manejo del dolor.

ÍNDICE

1	INTRODUCCION	1
2	OBJETIVOS	5
3	MARCO TEÓRICO	7
	3.1 Conocimiento	7
	3.1.1 Evaluación del conocimiento	10
	3.2 Cuidados Paliativos	11
	3.3 Medicina Paliativa	13
	3.4 Enfermedad Terminal	14
	3.5 Historia de Cuidados Paliativos	15
	3.5.1 Orígenes	15
	3.5.2 Expansión internacional	19
	3.5.3 Inicio y desarrollo en Guatemala	21
	3.6 Aspectos psicológicos de Cuidados Paliativos	23
	3.6.1 Impacto emocional	23
	3.6.2 Proceso de adaptación	24
	3.7 Aspectos espirituales en Cuidados Paliativos	25
	3.8 Principios éticos de los cuidados Paliativos	25
	3.8.1 Principio de la proporcionalidad terapéutica	27
	3.8.2 Principio del doble efecto del manejo del dolor y la supresión de la conciencia	28
	3.8.3 La virtud de la veracidad	29
	3.8.4 El deber de la prevención	30
	3.8.5 Principio de no-abandono	30
	3.9 Diferencia entre Medicina Geriátrica y Cuidados Paliativos	30
	3.10 Conocimientos sobre Cuidados Paliativos	31
	3.11 Paliative Care Knowledge Examination (Examen de conocimientos sobre Cuidados paliativos)	32
4	POBLACIÓN Y MÉTODOS	33
	4.1 Tipo y diseño de la investigación	33
	4.2 Unidad de análisis	33

4.3 Población y muestra	33
4.3.1 Población	33
4.4 Métodos y técnicas de muestreo	34
4.5 Muestra	34
4.6 Selección de sujetos de estudio	34
4.7 Definición y operacionalización de variables	35
4.8 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	36
4.8.1 Técnica de recolección de datos	
4.9 Procedimientos	36
4.10 Instrumentos	37
4.11 Procesamiento y análisis de datos	39
4.11.1 Procesamiento	39
4.11.2 Análisis de datos	39
4.12 Hipótesis	40
4.13 Límites de la investigación	40
4.13.1 Obstáculos (riesgos y dificultades)	40
4.13.2 Alcances	41
4.14 Aspectos éticos de la investigación	41
4.14.1 Principios éticos generales	41
4.14.2 Pautas éticas para la realización a nivel comunitario	42
5 RESULTADOS	43
6 DISCUSIÓN	47
7 CONCLUSIONES	49
8 RECOMENDACIONES	51
9 APORTES	53
10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
11 ANEXOS	59

1. INTRODUCCIÓN

Se tiene la percepción que el conocimiento es algo más amplio, profundo y rico que los datos y la información. De acuerdo con Davenport y Prusack, es necesario proporcionar una definición pragmática y de trabajo que permita entender el significado de conocimiento. (1)

Por lo que se define que “El conocimiento es una mezcla fluida de experiencias, valores, información contextual y apreciaciones expertas que proporciona un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y aplica en las mentes de los conocedores. En las organizaciones está, a menudo, embebido no sólo en los documentos y bases de datos, sino también en las rutinas organizacionales, en los procesos, prácticas y normas. (2)

Los Cuidados Paliativos (CP) o también llamados Medicina Paliativa (MP), es la rama de la medicina que según define la Organización Panamericana de la Salud “mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. (3)

A nivel mundial se reconoce hoy en día la MP como una rama más de la medicina, con un campo de aplicación clínica, social, religiosa, ética y económica fundamental. Conociendo que actualmente Guatemala sufre un cambio epidemiológico de enfermedades infecciosas a crónico-degenerativas, el conocimiento sobre Cuidados Paliativos debe de ser básico en los estudiantes de medicina.

El estudiante de sexto año en el ejercicio profesional supervisado hospitalario (EPSH) dentro del sistema nosocomial se convierte en el agente de salud que de forma casi invariable tiene el primer contacto con el paciente, debiendo de esta manera identificar al enfermo con patología terminal y tomar la primera decisión en su tratamiento para su adecuado manejo. Por este motivo es importante determinar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de

Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pues dado que son el primer contacto en salud con los enfermos, necesitan tener una adecuada preparación para dar las primeras líneas de tratamiento o referir a los pacientes con el especialista adecuado, así como también por ser la etapa final de su formación, poseer las herramientas necesarias para poder ser un médico integral, con conocimientos básicos sobre todas las áreas de la medicina, pero al no estar incluido en el pensum de estudios de la carrera ningún programa sobre CP entonces plantea las siguientes preguntas ¿Poseen un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre CP los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano? ¿Es necesario reforzar el nivel de conocimientos sobre CP? ¿Cuál es el porcentaje de alumnos que consideran una necesidad prioritaria la implementación de CP en el pensum de estudios?

El presente trabajo se trató de un estudio observacional, descriptivo transversal prospectivo en el que se realizó un análisis de los conocimientos sobre CP que poseían los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursaron el EPSH durante los meses de febrero a julio en el año 2014, encontrando que el 100% de la población encuestada poseía un nivel insatisfactorio de generalidades sobre Cuidados Paliativos, el 100% de la población encuestada poseía un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre Cuidados Paliativos en base al test PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos), en cuanto a conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor la población encuestada presentó 0% de conocimientos, y en el última área evaluada se encontró que el 88% de la población encuestada consideró una necesidad prioritaria la implementación de los CP en el pensum de estudios de la carrera, con lo cual se aceptó la hipótesis planteada que exponía: “Los estudiantes de sexto de año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan la rotación de ejercicio profesional supervisado hospitalario poseen conocimientos insatisfactorios sobre Cuidados Paliativos”, concluyendo entonces que los estudiantes encuestados poseían un nivel de conocimientos generales insatisfactorios sobre CP; de acuerdo al test “Palliative Care Knowledge Examination” (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos) poseían

un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre CP; los estudiantes poseían 0% de conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor; y el 88% de los encuestados consideró una necesidad prioritaria la implementación de CP en el pensum de estudios de la carrera.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- 2.1.1 Describir el nivel de conocimiento que poseen sobre Cuidados Paliativos los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentren cursando durante el mes de febrero a julio el ejercicio profesional supervisado hospitalario.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Determinar el nivel de conocimientos generales sobre Cuidados Paliativos que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentren en el momento del estudio realizando el ejercicio profesional supervisado hospitalario.
- 2.2.2 Determinar el nivel de conocimiento específico sobre Cuidados Paliativos que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentren en el momento del estudio realizando el ejercicio profesional supervisado hospitalario.
- 2.2.3 Estimar el porcentaje de conocimiento sobre evaluación y manejo del dolor que poseen de acuerdo a las preguntas contestadas correctamente los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 2.2.4 Estimar el porcentaje de la población estudiada que considera una necesidad prioritaria la implementación de Cuidados Paliativos en el Pensum de estudios de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Conocimiento

Se tiene la percepción que el conocimiento es algo más amplio, profundo y rico que los datos y la información. De acuerdo con Davenport y Prusack, es necesario proporcionar una definición pragmática y de trabajo que permita entender el significado de conocimiento. (1)

Por lo que se define que *“El conocimiento es una mezcla fluida de experiencias, valores, información contextual y apreciaciones expertas que proporciona un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y aplica en las mentes de los conocedores. En las organizaciones está, a menudo, embebido no sólo en los documentos y bases de datos, sino también en las rutinas organizacionales, en los procesos, prácticas y normas* (2)

Con esta definición se expresa el conocimiento como algo valioso y al mismo tiempo difícil de manejar, se muestra como algo que no es simple y nítido, sino que presenta una mezcla de elementos, los que lo hace más difícil de valorar.

Dentro de la definición de conocimiento se puede encontrar, que existen diferentes tipo de conocimientos, que se puede asociar con el saber vulgar, el cual no se demuestra, ni se explica, este se asocia a una creencia o a una mera opinión; el saber filosófico, el cual es crítico e indaga en el porqué del porqué de las cosas, llegando a las últimas causa o primeros principio y el conocimiento científico el cual se basa en un saber racional e intersubjetivo, que tiene una estructura lógica (2)

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto así como de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Por lo que para adquirir un conocimiento se deben tomar ciertos elementos lo cuales se citan a continuación:

- **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda,

opinión y certeza. Su función consiste en aprender el objeto y capturar de las propiedades de éste.

Ñ **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Estos pueden ser reales o irreales.

Ñ **Medio:** Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Y estos son:

- **Experiencia interna:** esta consiste en darnos cuenta de lo que existe en nuestra interioridad, esta constituye una certeza primaria es decir que en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
- **Experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- **La Razón:** Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos, los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.

Ñ **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprende su objeto, además se puede decir que es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.

La Teoría del conocimiento muestra una reflexión crítica sobre el conocimiento, mostrando que el "conocimiento" se puede entender de tres formas diferentes: (4)

- La facultad de conocer, que la estudiará la Antropología.
- La actividad de conocer, que la estudiará la psicología.
- El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes). Este constituye el objeto material de la Teoría del Conocimiento, que es constituido por aquellos problemas que la reflexión sobre el conocimiento, como tal, nos plantea, su alcance y los límites del conocimiento.

Según la teoría de conocimiento, podemos decir que este es un proceso de carácter dialogal, de nosotros (el sujeto), con algo, lo conocido (el objeto), que se mediatiza por la conciencia; que el conocimiento siempre es un fenómeno consciente, que siempre supone una dualidad, sujeto-objeto, y que no puede existir un proceso cognoscitivo, sin esa dualidad. (4)

Mediante esto se observa que el conocimiento adquiere múltiples modalidades las cuales son:

- **Conocimiento intuitivo:** conocimiento inmediato, el cual filósofos como Henri Bergson lo consideran como la modalidad propia del conocimiento metafísico.
- **Conocimiento mediato:** es aquel conocimiento que se realiza por medio de una serie de inferencias y razonamientos.
- **Conocimiento a priori:** en este no se toma contenidos propios del conocimientos, sino como aquel que se forma independientemente a las experiencias, ya que se considera como formalidades provenientes del sujeto.
- **Conocimiento "a posteriori":** conocimiento que según Kant se encuentra basado en las experiencias del sujeto.

El conocimiento es una representación mental de la realidad y como la información se puede transmitir, mediante métodos que se utilicen para construir o generar conocimiento, el conocimiento se divide en:

- **Conocimiento vulgar:** es el conocimiento en el cual no se delimita un objeto, no explica sus causas y no utiliza un método, este se basa primordialmente en la experiencia y también en sentimientos, costumbres y creencias.
- **Conocimiento científico:** este conocimiento delimita su objeto de estudio, además explica las causas del comportamiento de el objeto de estudio, este se encuentra organizado sistemáticamente mediante una manera metódica, y se basa en la experimentación y la razón, en los cuales exista fundamentos o justificación o comprobación de lo que se afirma.

- **Conocimiento filosófico:** se define como el conocimiento más abarcador, en el que incluso toma como objeto de estudio la nada, este conocimiento según Aristóteles, es el saber de los primeros principios y las últimas causas, ya que es un saber sin supuestos, y que no parte ni llega a causas intermedias, es de tipo metódico, que además teoriza el problema del método, y se encuentra basado en la razón, pero también en la intuición y se debe fundamentar debidamente en lo que afirma con rigor racional.

3.1.1 Evaluación del conocimiento

La evaluación es el proceso de juzgamiento de la calidad del trabajo, estableciendo un criterio, y seguida por la asignación de un valor que representa tal calidad. Este juicio se hace en relación al logro del currículo y objetivos, expectativas y resultados, usando la información recogida mediante una variedad de herramientas de valoración. (5)

También se conoce por evaluación de conocimiento al medio que permite observar y describir con mayor precisión los aspectos cuantitativos y cualitativos de la estructura, el proceso y el producto de la educación. Su finalidad es facilitar una predicción y un control lo más exacto posible del proceso educativo. (1)

Mediante esta evaluación se considera el conocimiento como satisfactorio, promedio e insatisfactorio.

- **Conocimiento satisfactorio:** es aquel que cumple con la finalidad esperada, del mayor porcentaje de acierto en la evaluación y según el estudio "Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based Study" (4), se considera satisfactorio, cuando se obtiene un resultado de 28 respuestas correctas en el test.
- **Conocimiento promedio:** es aquel conocimiento que se encuentra en la media del porcentaje, es decir que sobresale ante el conocimiento insatisfactorio, pero no logra

superar el nivel satisfactorio; según el estudio, se considera conocimiento promedio cuando se obtiene un resultado medio entre 20 y 27 respuestas correctas.

- **Conocimiento insatisfactorio:** conocimiento el cual se encuentra por debajo del nivel esperado, según el estudio, considera un conocimiento insatisfactorio, a aquel que obtiene un resultado de 19 o menos respuestas correctas.

3.2 Cuidados paliativos

Son los cuidados, que brindan los equipos de salud a las personas afectadas por enfermedades crónicas, avanzadas o progresivas como el cáncer u otras patologías neurodegenerativas, etc., los cuales su finalidad es garantizar el alivio del dolor y sufrimiento, además de proporcionar una digna calidad de vida. (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». Destacando que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. (3)

Posteriormente, la OMS amplió la definición de cuidados paliativos, definiéndolo como el **Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.** (3)

Los cuidados paliativos tienen como principios u objetivos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.

- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.(7)

Además de estas definiciones dadas por la OMS, existe el concepto otorgado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los cuales basan a los cuidados paliativos mediante una concepción global, activa y viva de la terapéutica, en la que su atención comprende aspectos, físicos, emocionales, espirituales y sociales, de aquella personas que presenten una enfermedad terminal, basando sus objetivos en el bienestar y promoción de autonomía y dignidad para los enfermos y familia, mediante el control de síntomas, apoyo emocional, cuando exista una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin la posibilidad de respuesta ante un tratamiento específico, en el cual exista una muerte inminente, esto basándose ya sea causado por

un cáncer, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o cualquier otra enfermedad crónica degenerativa.(3)

3.3 Medicina paliativa

Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida". (7)

La OMS agrega: "La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias... la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso natural... no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes... integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo". (OMS, 1990). (8)

Tiene como finalidad la atención de los pacientes y de sus familias, por parte de un equipo profesional y multidisciplinario, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta.

La palabra "paliativa" deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son "tapados" o "cubiertos" con tratamientos específicos, como por ejemplo, analgésicos y antieméticos. Sin embargo, la Medicina Paliativa es mucho más amplia y profunda, este término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales

El Paliativista vela por la vida y reconoce que el morir es un proceso normal. No busca ni acelerar ni posponer la muerte, además se opone firmemente a la eutanasia.

Dentro de sus principales objetivos, se pueden mencionar:

- Aliviar el dolor y los otros síntomas molestos que presentan los pacientes.

- Brindar atención psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima.
- Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente.

La finalidad de esta rama es evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo de este modo, al paciente, un tipo de atención apropiada a sus necesidades. En varias ocasiones se ha catalogado como medicina “de baja tecnología y alto contacto”. Sin embargo la Medicina Paliativa no se opone a la tecnología de la medicina moderna, pero busca asegurar que sea el amor y no la ciencia la fuerza que oriente la atención al paciente.

Las investigaciones y los tratamientos de alta tecnología solo se utilizan cuando sus beneficios superan claramente las posibles cargas. La ciencia se utiliza al servicio del amor y no viceversa.

3.4 Enfermedad terminal

Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, la enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable. La cual es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento tanto físico, como psicológico, para el paciente como la familia. (8)

Para establecer una enfermedad como enfermedad terminal se debe tomar en cuenta una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son:

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

Dentro de este grupo de enfermedades podemos incluir, el cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardiaca, hepática etc.) las cuales cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

3.5 Historia de cuidados paliativos

3.5.1 Orígenes

En la Antigua Grecia (siglos IV y V antes de Cristo), la tradición hipocrática recomendaba no tratar con enfermos incurables y terminales, ya que eran consideradas castigos divinos, y al tratarlas se podía desafiar a los dioses, que así habían castigado al mortal. (9)

En Europa, desde el siglo IV, existieron instituciones cristianas y fue en el periodo de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios. En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este.

En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento, ahí los enfermos eran cuidados, pero como la ciencia no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo quedaba proporcionarles ayuda espiritual.

Estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para los moribundos.

En el siglo XII San Bernardo ya utilizaba la palabra hospice para señalar el lugar donde llegaban los peregrinos. San Vicente de Paúl, entre 1581 a 1660, crea hospicios en toda Francia destinados a gente de escasos recursos económicos. (9)

Durante la Edad Media existía la llamada “muerte doméstica”. El moribundo, consciente de su deceso, invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el llamado “rito de la habitación”. Todos participaban de esta particular ceremonia dirigida por la persona que iba a morir. Esto se basaba en la “buena muerte”, que es aquella que ocurría junto a los seres queridos y que era anticipada por el moribundo, pudiendo éste disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales.

Con base en esto inicia el movimiento de los hospicios los cuales tienen auge a finales del siglo XIX, por estas fechas igualmente el desarrollo de la ciencia médica y los nuevos descubrimientos terapéuticos para poder curar las enfermedades, empiezan a darse, provocando en los médicos un cambio profesional; hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador, y con estos avances, cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en “manos de Dios”, sino en las suyas.(9)

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar. La mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad.

En el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. Dicha palabra tiene sus raíces en el latín y proviene de hospes que significa huésped. Otra persona que continúa con este movimiento es Mme. Jeanne Garnier, quien con la ayuda de la Asociación de Mujeres del Calvario crea hospicios o calvaries. En 1899, en la ciudad de Nueva York, Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital. En la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos. (9)

Una hermana Irlandesa de la caridad abre en Dublín Our Lady's Hospice, en el año de 1879. Para 1948 se instalan casas protestantes en Londres, el St. Luke's Home for the Dying Poor es una de ellas. En este lugar Cicely Saunders trabaja durante siete años de voluntaria.

La evolución de la medicina toma un papel importante en el surgimiento de la medicina y los cuidados paliativos, ya que hasta el siglo XIX, la finalidad de la medicina era el alivio de los síntomas y el tratamiento de las enfermedades pero durante el siglo XX la medicina cambia de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades. De esta manera, y en relación a importantes avances técnicos y al aumento general de las expectativas de vida de la población, el manejo sintomático fue relegado a segundo plano e incluso despreciado por la comunidad médica.(9)

Es así como no es sorprendente que en la actualidad, la medicina esté orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que a velar por la calidad de ésta como objetivo en sí mismo. (10)

Existen dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia: Cicely Saunders y Elizabeth Kübler Ross.

Cicely Saunders nació el 22 de Junio de 1918, en Barnet al sur de Londres. Provenía de familia acomodada donde no era bien visto que estudiara enfermería, por lo que inicia sus estudios en Oxford de Política, Filosofía y

Economía. En 1939, con la separación de sus padres y el inicio de la segunda Guerra Mundial estudia enfermería y concluye sus estudios en el año de 1944, en la escuela del St. Thomas's Hospital Nightingale School de Londres

Cicely Saunders siempre fue una excelente enfermera, pero esta actividad resultaba perjudicial para su salud, ya que presentaba problemas de espalda. Los médicos le aconsejaron que realizara en otro tipo de tareas; toma la decisión de ingresar de nueva cuenta a Oxford, esta vez para estudiar trabajo social. En este ramo conoce, en 1947, a David Tasman, un polaco judío que se encontraba en fase terminal con un cáncer avanzado. David contaba en esas fechas con 40 años de edad. Se enamoran, él da un sentido más a su vida, ya que se encontraba solo. Juntos comenzaron a pensar que hacía falta un sitio diferente a un hospital para atender a pacientes terminales, tratar el dolor; donde fueran cuidados con más amor, ayudados por personal capacitado para atender otras necesidades.

Termina sus estudios en 1957. Durante siete años se dedica a la investigación del cuidado a pacientes terminales con la finalidad de hacer algo para solucionar la situación de abandono en la que se encontraban estos enfermos en los grandes hospitales. (9)

Elizabeth Kübler Ross nació en Suiza, fue profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago, comenzó en Estados Unidos la atención sistemática de los enfermos terminales. Propuso modos de aproximación a sus ansiedades. De ahí surgió su primer libro: Sobre la muerte y los moribundos, publicado en 1969. En él describe los cinco estadios psicológicos en los pacientes terminales, durante el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones como: Negación – Aislamiento – Rabia – Negociación – Depresión.

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados

obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo.(8)

En 1975 Penson y Fisher crean la primera “Unidad de Cuidados Continuados” en Christchurch Hospital en Dorset. Al mismo tiempo comienza a funcionar el Macmillan Nursing Service para “cuidados Domiciliarios” y los “Equipos de soporte” para los hospitales. En 1977 nace la denominada “Medicina Paliativa” actualmente reconocida por el colegio de Médicos como especialidad en el Reino Unido. (10)

El Término CUIDADOS PALIATIVOS o MEDICINA PALIATIVA, que viene a sustituir a cuidados tipo HOSPICE, es acuñado en el Hospital Royal Victoria de Canadá (Belfor Mount 1977). (10)

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve su contenido como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales. (9)

La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS data del año 2002: “cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

Su fin es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. (11)

3.5.2 Expansión internacional

La historia de los cuidados paliativos y su expansión a todo el mundo, tiene su principal influencia en el año de 1970, durante el cual se producen tres hechos importantes que determinan la evolución de los cuidados paliativos. (9)

- Se desarrolla la visita domiciliaria.
- El cuidado al paciente en centros de día.
- Equipos de soporte en los hospitales.

Con el éxito del St. Christopher Hospice se sentó un precedente, el cual permite que el movimiento Hospice se expandiera a través del mundo, además de ellos a partir de 1987 la Medicina Paliativa es reconocida como especialidad, no sólo en el Reino Unido, sino también en Austria, Polonia y Canadá. En septiembre del 2006 el American Board of Medical Subspecialties otorga a la Medicina Paliativa finalmente el status de sub especialidad

Seguido de gran Bretaña, Estados Unidos inaugura en el año 1974 el primer hospice, pero es hasta 1980 que Medicare reconoce los cuidados paliativos, dentro de las atenciones medicas, sin embargo a diferencia de Gran Bretaña, en Estados unidos estos hospicios se centran en programas de atención domiciliaria.

Y es con esto con lo que se inicia el comienzo en el desarrollarse los Cuidados Paliativos en Canadá y a finales de la década, en Europa. A mediados de los ochenta, se incorporaron países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente a mediados de los noventa lo hicieron algunos países de América Latina, entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile. (11)

Hoy en día existen numerosas asociaciones internacionales de Cuidados Paliativos y alrededor de una decena de Revistas Científicas dedicadas al tema, además de esto la investigación de nivel académico enfocada a la

Medicina Paliativa ha tenido un desarrollo creciente en los últimos años, lo que ha permitido sostener su status de subespecialidad emergente. Con ello se han publicado artículos sobre la situación de los Cuidados Paliativos en países como Australia, Suecia, Uganda, Turquía, Filipinas, Singapur, India, China y Taiwán, Japón, Indonesia e Israel.

3.5.3 Inicio y desarrollo en Guatemala

En Guatemala los Cuidados Paliativos se iniciaron en mayo de 1998 con la llegada del primer especialista en Cuidados Paliativos, Estuardo Giovanni Sánchez Muñiz, quien inició la atención domiciliar de Hospice.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) y la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) comenzaron a funcionar simultáneamente en el año 2005 a cargo de Eva Duarte y Silvia Rivas respectivamente. Inicialmente cada servicio contó con un solo profesional y ahora cuentan con equipos multidisciplinarios que atienden pacientes hospitalizados, ambulatorios y prestan atención domiciliar. (12)

Hitos en el desarrollo de los Cuidados Paliativos:

- 1998 Se inicia la prestación privada de Cuidados Paliativos domiciliarios.
- 2005 Se inician programas de Cuidados Paliativos en el Instituto de Cancerología (INCAN) y la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) con hospitalización y consulta externa. Se realizan eventos aislados de atención, educación y difusión. (13)
- 2008 Se inician gestiones para la revisión de normativas relacionadas con el acceso y disponibilidad a los opioides en una colaboración entre paliativistas y la Sección de Estupefacientes y Psicotrópicos del Ministerio de Salud.

- 2009 Cuidados Paliativos se introducen en el plan de estudio de la facultad de medicina de la Universidad Mariano Gálvez (privada) como curso obligatorio (teórico y práctico).
- 2011 Se presenta a la Dirección General de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines una propuesta para modificar la Norma Técnica 17-2002 y mejorar el acceso a opioides. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la Escuela de Estudios de Postgrado, aprueba el Estudio de Especialización en Cuidados Paliativos, en Cooperación con el Instituto de Cancerología (INCAN) con el Aval de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). (13)
- 2012 Se inicia la Especialización en Cuidados Paliativos. Se crea la Comisión Nacional de Cuidados Paliativos, mediante un Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En enero 24 de 2012 salió al mercado local por primera vez la cápsula de morfina oral de liberación inmediata de 30mg. En Guatemala no existe acreditación oficial, pero si un proceso en marcha para certificar a los médicos dedicados a Cuidados Paliativos. (13)

Hasta ahora los médicos que ofrecen Cuidados Paliativos son reconocidos por el hospital donde laboran como paliativistas, sin título oficial, permitiendo su desempeño en esta área. El proceso de acreditación podría ser acelerado por el programa de Maestría de Cuidados Paliativos que está en planeación. En el año 2012 se realizó el primer curso del estudio de Especialización en Cuidados Paliativos a cargo de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala y el Instituto de Cancerología con el aval del Colegio de Médicos y Cirujanos. Este curso tuvo una duración de 9 meses (368 horas) y fue impartido en forma semi-presencial

incluyendo clases teóricas, ejercicios, estudios dirigidos, evaluaciones e investigación. Cuarenta médicos concluyeron este curso.

El Estudio de especialización en Cuidados Paliativos no otorga el grado de especialista, ni de maestría. En Guatemala existen nueve facultades de medicina y una de ellas incluye Cuidados Paliativos en sus planes de estudio como curso obligatorio de Atención Ambulatoria Pre-hospitalaria.

El curso consiste en una rotación de 5 semanas en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Cancerología INCAN para estudiantes de cuarto año y es evaluado en el examen final de graduación para obtener el título de Médico y Cirujano en esa Universidad. No hay Cuidados Paliativos en otras facultades no médicas. (13)

En Guatemala se identificaron 2 docentes para la cátedra de Cuidados Paliativos en Medicina, y uno de facultades no médicas.

3.6 Aspectos psicológicos en cuidados paliativos

El duelo es una reacción compleja emocional, cognitiva y perceptiva que acompaña la pérdida, además este envuelve la separación dolorosa de alguien o algo que hemos amado mucho y duele profundamente, por lo que es necesario el apoyo psicosocial.

El aspecto psicológico de los cuidados paliativos, se dividen en el paciente y la familia, primero observaremos este aspecto en el paciente, el cual toma en cuenta, el impacto emocional y el proceso de adaptación. (17)

3.6.1 Impacto emocional

Es el conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales más o menos intensas que la persona manifiesta ante la percepción de la muerte inminente, y los problemas que ocasiona esta situación como resultado de apreciarla como amenazadora y también desbordante de los propios recursos.

El impacto emocional estará determinado por la naturaleza de la enfermedad, su evolución y el efecto que exista sobre el paciente. Además de los tratamientos y sus efectos secundarios. Así como la relación que exista entre el paciente y la familia.(19)

3.6.2 Proceso de adaptación

La adaptación está precedida por etapas las cuales son:

- Negación
- Ira, enfado, cólera
- Pacto o negociación
- Depresión
- Aceptación
- Depresión preparatoria

Sin embargo hay que tomar en cuenta que no todos los pacientes, pasan por todas las etapas y existen otros que saltan las etapas, ya que cada persona posee un medio de adaptación ante la enfermedad.(18)

Los familiares de paciente con enfermedades terminales, pueden presentar las siguientes características:

- Depresión, apatía y tristeza
- Sentimiento de culpabilidad
- Inseguridad
- Angustia y ansiedad
- Miedos y temores
- Sentimiento de impotencia

3.7 Aspectos espirituales cuidados paliativos

La espiritualidad significa algo diferente para cada persona, la puede ofrecer sentido y propósito a algo que de otro modo lo desafía, que permite aprender a reconocer el miedo a morir y asumir la realidad del decaimiento físico.

La espiritualidad puede ofrecer la capacidad para perdonar, librar de la ansiedad acerca de lo que uno deseó pero no pudo vivir y acerca de los aspectos de la muerte que son temidos. Así como, a encontrar alegría en las relaciones con la familia y amigos del pasado y del presente. A experimentar, con humildad, satisfacción por lo conseguido y a tener esperanza en el Absoluto. (20)

Dentro de la espiritualidad, se puede incluir los funerales los cuales permiten la ocasión para expresar y validar el duelo, que a su vez proporciona la oportunidad para reflexionar sobre la propia mortalidad, reafirman la identidad étnica o religiosa, enfatizan la cohesión de la familia, y la oportunidad para examinar la naturaleza de la vida dentro de un grupo cultural.

3.8 Principios éticos de los cuidados paliativos

El personal de salud se ve enfrentado con frecuencia a problemas de naturaleza ética en cuanto al cuidado de pacientes con necesidad de cuidados paliativos. Entre ellos se puede mencionar la toma de decisiones acerca de la conveniencia de revelar el diagnóstico y el pronóstico, utilizar procedimientos de alimentación o hidratación artificial, el mantener o suspender ciertas terapias médicas, el tratar eventuales enfermedades intercurrentes (infecciones, accidentes vasculares, etc.), de recurrir a medidas de soporte vital.(20)

A continuación se mencionan algunos de los principios éticos generalmente aceptados en los diversos códigos de ética médica y que tienen especial relevancia en Medicina Paliativa. Los principios de inviolabilidad de la vida humana, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de veracidad, de prevención y de no-abandono. Inviolabilidad de la vida humana

El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre consigo mismo y con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.(20)

En el debate bioético contemporáneo sobre el final de la vida humana se suele afirmar que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Basándose en una peculiar concepción del respeto a la libertad individual (autonomía) del paciente se propone entender el derecho a una muerte digna como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia (20)

Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a arrogarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufrente. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin. La concepción hipocrática es la que subyace a la práctica de la Medicina Paliativa contemporánea. El informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud establece que entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están el “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal” y “establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga”.(20)

Estos objetivos corresponden a una concepción del derecho a morir con dignidad no como un derecho a morir, sino como un derecho a una forma de morir. La expresión denota, entonces, una exigencia ética.

3.8.1 Principio de proporcionalidad terapéutica

Parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida humana es el deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena. Pero es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino solo aquellas que le ofrezcan una razonable probabilidad de beneficio. Más difícil resulta responder a la pregunta sobre la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos. En un intento por ofrecer una guía que ayude a distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, se ha propuesto la clásica distinción entre medidas “ordinarias” y “extraordinarias”, doctrina que hoy se conoce mejor como principio terapéutico o principio de proporcionalidad terapéutica. (21)

Este principio sostiene que existe la obligación moral de implementar solo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple se consideran “desproporcionadas” y no son moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si en un caso particular una intervención médica es o no moralmente obligatoria se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud moral de omitir aquellas intervenciones que puedan reportar beneficios para el paciente particular, pues ello representaría una forma de eutanasia, por omisión de un beneficio terapéutico para el paciente. Para verificar si esta relación de “debida proporción” se cumple o no en determinada situación, es necesario confrontar el tipo de terapia –su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación– con los resultados esperables. Es decir, los elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son, entre otros:

- La utilidad o inutilidad de la medida.

- Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios.
- El pronóstico con y sin la implementación de la medida.
- Los costos (en sentido amplio): cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc.

3.8.2 Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

El uso de opioides y otras drogas que pueden alterar el estado de vigilia del paciente es habitual en Medicina Paliativa. No es infrecuente que el recurso a este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas –como hipotensión, depresión respiratoria, etc. – podrían representar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar, en primer lugar, que cuando se utilizan en forma adecuada, los efectos secundarios de estas drogas no son tan frecuentes como se solía afirmar en el pasado. (22)

Sin embargo, aun cuando en algún caso se pueda prever la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa que usar estas terapias sea moralmente reprobable. Se aplica aquí el clásico principio ético conocido como doble efecto o voluntario indirecto. Este principio señala algunas condiciones que deben darse para que un acto que tiene dos efectos –uno bueno y uno malo– sea moralmente lícito.

Estas condiciones son:

- Que la acción sea en sí misma buena o al menos indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado.
- Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo.

- Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

3.8.3 La virtud de la veracidad

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales.

Por lo tanto, en términos generales, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones, respetando de esa forma la autonomía del paciente. Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En estas circunstancias, no es inusual – especialmente en Latinoamérica– se opta por una actitud paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Ello podría suponer caer en la “conspiración del silencio”, que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una injusticia, pues lo priva del derecho a ejercer su autonomía. (22)

Por otro lado, existen circunstancias en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un paciente determinado en atención al principio de no-maleficencia. Este podría ser, por ejemplo, el caso de pacientes con una depresión severa aún no adecuadamente tratada.

Por tanto, la comunicación de la verdad médica debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre el qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe informar. En el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, guiados por la virtud de la prudencia.(22)

3.8.4 El deber de prevención

Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas.(23)

3.8.5 Principio de no-abandono

Exceptuando casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo es inadecuado. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación empática es, muchas veces, la mejor forma de lograr que el paciente recapacite.

Este principio ético nos previene también frente a una forma más sutil de abandono. La atención de pacientes terminales confronta necesariamente con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirse. Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia. El ethos de la Medicina Paliativa nos recuerda que, incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar.

3.9 Diferencia entre medicina geriátrica y cuidados paliativos

La Geriátrica el griego Geron = vejez, y tría= curación; es la rama de la Medicina que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez; es una parte de la Gerontología. (24)

La geriatría se ocupa de la enfermedad en el organismo que envejece, donde la frontera que separa el propio envejecimiento biológico de la patología es a veces difícil de delimitar. La salud del anciano se encuentra a menudo en un equilibrio inestable, donde las manifestaciones de la enfermedad, sus consecuencias y su evolución, tienen un carácter peculiar y están poderosamente influidas por el entorno físico, familiar, social y asistencial en el que se desenvuelve ese anciano.(24)

En pocas palabras es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos y terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos.

Los Cuidados paliativos se dedican al estudio y manejo de pacientes con una enfermedad avanzada de pronóstico limitado y su objetivo es mejorar la calidad de vida y la prevención de sufrimiento.

Los Cuidados paliativos pueden conseguir elevar la calidad de vida que permanece y son para muchos enfermos, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos específicos, el único abordaje realista y humano en sus difíciles circunstancias.

Los Cuidados Paliativos son programas de tratamiento destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden por más tiempo al tratamiento curativo e intentar controlar no solo el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan en plenitud sus últimos meses o días y tengan una muerte digna. (7)

3.10 Conocimiento sobre cuidados paliativos

Es un concepto amplio, de cierta manera nuevo en la práctica diaria, este conocimiento se basa en la información y conceptos que se posee sobre, a qué se refiere cuidados paliativos, en que, es aquella medicina que está enfocada, en el alivio de las personas que no tengan un tratamiento curable para la enfermedad que padezcan, además de conocer las normas y principios que rigen el tratamiento y el manejo de estos pacientes, mediante la guía de esta medicina.

De igual manera conocer a qué tipo de paciente se encuentra dirigida y sobretodo conocer las bases y principios de la misma, porque toma auge en la sociedad actual este tipo de medicina, su importancia y finalidad.

3.11 Palliative care knowledge examination (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos),

Es un test que fue diseñado por THE ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION por medio del programa NATIONAL RESIDENCY END OF LIFE EDUCATION PROJECT (proyecto nacional de residencia de educación para el final de la vida) desde 1998, trabajando con más de 350 residencias en Estados Unidos, con el fin de mejorar la preparación para la obtención de la certificación por El Consejo de la Acreditación sobre Educación Médica Posgraduada (ACGME), la cual es solicitada a los residentes de todas las especialidades médicas en Estados Unidos. Este test evalúa el conocimiento específico en cuidados paliativos, consiste en 36 preguntas de respuesta múltiple, que evalúa 4 aspectos: evaluación y manejo del dolor, síntomas y síndromes no dolorosos, comunicación y ética y cuidados terminales, son 11 casos cortos en los que se pide que respondan las preguntas. La evolución y el manejo del dolor es el componente de mayor evaluación y consiste en 4 casos que presentan dolor crónico asociado a metástasis, artritis, enfermedad vascular periférica avanzada, crisis de células falciformes. Los diferentes ítems se enfocan en la diferencia de los tipos de dolor (neuropático, visceral, somático y vascular) la elección de analgésicos adecuados, conversión de dosis entre analgésicos y vías de administración y manejo de los efectos adversos. (16)

Los otros 3 aspectos a evaluar, síntomas y síndromes no dolorosos, comunicación y ética y cuidados terminales, están distribuidos en los 7 casos restantes, donde se abordan todos los aspectos restantes. Estos se enfocan en situaciones terminales resultados de cáncer de hígado y de mama, enfermedad renal y SIDA. Los síntomas de la progresión de la enfermedad, que frecuentemente se entienden menos incluyen la droga terapia para la anorexia/caquexia y la hiperglicemia maligna, complicaciones comunes del fallo multiorgánico.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Se trata de un estudio observacional, descriptivo con enfoque cuantitativo y diseño transversal prospectivo en el que se realizó un análisis de los conocimientos que poseen los estudiantes que cursan el EPS de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala en la rotación de EPS hospitalario en los meses de Febrero a Julio de 2014 durante el mes de Junio del año 2014.

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo: Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital Nacional de Cuilapa y Hospital Pedro de Betancourt Antigua Guatemala en el mes de junio del año 2014.

4.2.2 Unidad de análisis: Datos proporcionados por los 146 estudiantes que cursaron sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la rotación de EPS hospitalario en los meses de febrero a julio de 2014, que fueron registrados en el instrumento diseñado para el efecto.

4.2.3 Unidad de información: Los 77 estudiantes que aceptaron realizar el estudio que cursaron sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la rotación de EPS hospitalario en los meses de febrero a julio de 2014 durante el mes de junio del año 2014.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población: Los 146 estudiantes que cursaron sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la rotación de EPS hospitalario en los meses de febrero a julio de 2014.

4.4 Métodos y técnicas de muestreo:

El muestreo es **no probabilístico** ya que todos los que conforman la población que cuentan con las características necesarias se tomaran para el estudio y Voluntario pues se solicitará la participación voluntaria por medio de un consentimiento informado.

4.5 Muestra

Se toman los 77 estudiantes que aceptaron realizar el estudio que cursaron sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la rotación de EPS Hospitalario en los meses de febrero a julio de 2014 durante el mes de junio de 2014.

4.6 Selección de los sujetos de estudio

Se incluyen los 77 estudiantes que firmaron el consentimiento informado y aceptaron realizar el test “palliative care knowledge examinatio” (examen de conocimientos sobre cuidados paliativos) que cursaron sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la rotación de EPS Hospitalario en los meses de febrero a julio de 2014 durante el mes de junio de 2014.

4.7 Definición y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera médico y cirujano de la Universidad San Carlos de Guatemala	Todo lo que el estudiante de sexto año conoce en un momento dado, sobre que son los cuidados paliativos, sus objetivos y finalidad.	<p>conocimiento satisfactorio cuando el encuestado tiene al menos 28 respuestas correctas.</p> <p>Promedio: se considera conocimiento satisfactorio cuando el encuestado tiene de 20 a 27 respuestas correctas.</p> <p>Insatisfactorio: se considera conocimiento satisfactorio cuando el encuestado tiene 19 o menos respuestas correctas.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Discreta</p>	Razón	<p>Insatisfactorio</p> <p>Promedio</p> <p>satisfactorio</p>
Porcentaje de la población estudiada que considera una necesidad prioritaria la implementación de cuidados paliativos.	Forma de expresar un número como una fracción que tiene el número de 100 como denominador, se usa para definir relaciones entre dos cantidades, de forma que el tanto por ciento de una cantidad, donde tanto es un número se refiere a la parte proporcional de ese número, de unidades de cada 100 de esa cantidad.	De toda la población encuestada, la cantidad de estudiantes que considera una necesidad prioritaria la implementación de cuidados paliativos.	<p>Cuantitativa</p> <p>Continua</p>	Razón	<p>Si considera</p> <p>No considera</p>

4.8 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.8.1 Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fué la encuesta, utilizando el test: **PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION** (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos), del Proyecto de Residencia Nacional de Educación Para el Final de la Vida.

4.9 Procedimientos

- Se procedió a informar a los catedráticos de los hospitales: Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital Nacional de Cuilapa, Hospital Pedro de Betancourt Antigua Guatemala donde los encuestadores acordaron una fecha para realizar el test Palliative Care Knowledge Examination cada encuestador se desempeñó en el departamento y hospital asignado al azar actuando de la siguiente manera:
 - Identificaron a los Estudiantes de 6to años de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
 - Se les convocó un día, previamente aprobado por las autoridades correspondientes, donde se realizó el test Palliative Care Knowledge Examination, se dió una breve explicación sobre el tema y la razón del estudio.
- Luego de dar la información se dio el consentimiento informado, para que los posibles participantes del estudio procedieran a leerlo y firmarlo, se resolvieron las dudas sobre el contenido de la hoja de consentimiento informado luego se preguntó si deseaba participar en la investigación. Si la respuesta fue afirmativa, el médico investigador agradeció la participación y le solicitó a los encuestados que proporcionaran su firma. Si la respuesta fue negativa, el investigador agradeció el tiempo empleado por el estudiante para escuchar la información del estudio.

- Una vez obtenida la firma de los participantes en las hojas de consentimiento informado, el médico investigador proporcionó el test Palliative Care Knowledge Examination, a cada participante para que pudiera resolverlo y solicitó su opinión al respecto del tema.
- Finalizada la realización del test de todos los participantes de los diferentes hospitales, cada médico investigador reunió los test, llenados por los participantes del estudio y procedió a calificarlos, mediante el método de evaluación proporcionado por el test, y la interpretación de la importancia del tema por parte del participante, para el análisis ulterior de toda la información.

4.10 Instrumento

Se utilizó el test **PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION** (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos), el cual fue diseñado para el proyecto de residencia nacional de educación para el final de la vida, que evalúa el conocimiento en cuidados paliativos, consiste en 36 preguntas de respuesta múltiple, que evalúa 4 aspectos: evaluación y manejo del dolor, síntomas y síndromes no dolorosos, comunicación y ética y cuidados terminales, son 11 casos cortos en los que se pide que respondan las preguntas. La evolución y el manejo del dolor es el componente de mayor evaluación y consiste en 4 casos que presentan dolor crónico asociado a metástasis, artritis, enfermedad vascular periférica avanzada, crisis de células falciformes. Los diferentes ítems se enfocan en la diferencia de los tipos de dolor (neuropático, visceral, somático y vascular) la elección de analgésicos adecuados, conversión de dosis entre analgésicos y vías de administración y manejo de los efectos adversos.

Los otros 3 aspectos a evaluar, síntomas y síndromes no dolorosos, comunicación y ética y cuidados terminales, están distribuidos en los 7 casos restantes, donde se abordan todos los aspectos restantes. Estos se enfocan en situaciones terminales resultados de cáncer de hígado y de mama, enfermedad renal y SIDA. Los síntomas de la progresión de la enfermedad, que frecuentemente se entienden

menos incluyen la droga terapia para la anorexia/caquexia y la hiperglicemia maligna, complicaciones comunes del fallo multiorganico.

La calificación de mismo fué, primero se tomó en cuenta los primeros 4 casos para determinar el conocimiento sobre el dolor, que se consideró como satisfactorio si el encuestado respondió 13 preguntas de manera correcta e insatisfactorio si respondió 12 o menos preguntas de manera correcta; Luego ya se tomaron en cuenta todos los casos para dar una calificación general sobre el conocimiento sobre cuidados paliativos interpretada así:

- Entre 20 y 27 respuestas correctas se consideró conocimiento promedio.
- 28 respuestas correctas se consideró conocimientos satisfactorios.
- Menor o igual a 19 preguntas correctas se consideró conocimiento insatisfactorio.

Originalmente el instrumento se encontraba en inglés, por lo que se realizó traducción al español, la confidencialidad del estudiante es necesaria para mantener los aspectos éticos de la investigación, por lo que se asignó un número de boleta que correspondió con el consentimiento informado para preservar la misma.

Seguido de la calificación se trabajaron los porcentajes de estudiantes que se encontraban en los diferentes niveles de conocimientos.

A todos los encuestados se le preguntó si consideran una necesidad prioritaria los conocimientos en cuidados paliativos, con lo que se sacó un porcentaje.

También se hizo una encuesta de 5 preguntas sobre generalidades de medicina paliativa, y se interpretó como poseen conocimiento los estudiantes que obtuvieron una calificación del 80% correcto.

4.11 Procesamiento y Análisis de Datos

4.11.1 Procesamiento

Los investigadores que participaron en el estudio procedieron a calificar el test en base a la clave del mismo. Luego, los investigadores procedieron a ingresar los datos obtenidos a una base de datos en el Software Microsoft Excel, la cual contenía toda la información en forma digital de todas los test que fueron contestados, con lo que se procedió a analizarlos.

4.11.2 Análisis de datos

Posteriormente a la calificación del test, se interpretó la calificación, primero se tomaron en cuenta los primeros 4 casos para determinar el conocimiento sobre el dolor, que se consideró como satisfactorio si el encuestado respondió 13 preguntas de manera correcta e insatisfactorio si respondió 12 o menos preguntas de manera correcta; Luego ya se tomó en cuenta todos los casos para dar una calificación general sobre el conocimiento sobre cuidados paliativos interpretada así:

- Entre 20 y 27 respuestas correctas se consideró conocimiento promedio.
- 28 respuestas correctas se consideró conocimientos satisfactorios.
- Menor o igual a 19 preguntas correctas se consideró conocimiento insatisfactorio.

Seguido de la calificación se trabajaron los porcentajes de estudiantes que se encontraron en los diferentes niveles de conocimientos.

A todos los encuestados se le preguntó si consideran una necesidad prioritaria los conocimientos en cuidados paliativos, con lo que se sacó un porcentaje de los que consideran que si y los que no lo consideran.

También se hizo una encuesta de 5 preguntas sobre generalidades de medicina paliativa, y se interpretó como poseen conocimiento los estudiantes que obtuvieron una calificación del 80% correcto.

Al finalizar la decisión estadística se procedió a concluir sobre los resultados.

Estos resultados fueron incluidos en el informe final del trabajo de graduación, el cual fue evaluado por la Unidad de Trabajos de Graduación.

4.12 Hipótesis

Los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala poseen conocimientos insatisfactorios sobre Cuidados Paliativos.

4.13 Límites de la investigación

4.13.1 Obstáculos (riesgos y dificultades)

Dentro de los obstáculos a los cuales nos enfrentamos al realizar la investigación encontramos:

- a. Falta de colaboración por parte de los estudiantes de medicina al rehusarse a la realización del test, ya que este evaluara su conocimiento sobre un tema determinado.
- b. Falta de colaboración por parte de las autoridades para poder evaluar a los estudiantes.
- c. Debido a que el instrumento original se encuentra en inglés, hubo dificultad para la comprensión al momento de realizar la traducción.

4.13.2 Alcances

- Conocer el nivel de conocimiento de los Estudiantes de medicina de la universidad de San Carlos de Guatemala, sobre medicina paliativa y su utilización en la atención de los pacientes.
- El estudio se llevó a cabo en los hospitales donde se encuentren ejerciendo su EPS hospitalario los estudiantes de 6to año de la universidad de San Carlos de Guatemala, en el mes de junio de 2014.
- El estudio buscó evidenciar ya sea que si existen conocimientos sobre el tema o la deficiencia de los mismos con el fin de sentar un precedente y poder hacer cambios para mejorar la situación.

4.14 Aspectos éticos de la investigación

4.14.1 Principios éticos generales

La investigación que se propone realizar cumple con 3 principios éticos básicos que debe respetar una investigación en seres humanos que son: respeto a las personas, beneficencia y justicia.

Respeto a las personas: Se respeta a los estudiantes de 6to año de medicina pues ellos son los que deciden si quieren o no participar en el estudio, si es así, firman el consentimiento informado, para mantener la confidencialidad de la información, derecho inherente del grupo a investigar y se les proporciona la garantía de no ser expuestas a daño físico, psicológico o moral y/o al abuso mediante la realización de la misma.

Beneficencia: La investigación no conlleva riesgos para los participantes, sin embargo proporciona grandes beneficios, ya que el participante al momento de realizar el test, podrá darse cuenta si posee el conocimiento sobre medicina paliativa, lo cual podrá impulsar a la búsqueda de estos conocimientos.

Justicia: Se brindará la misma atención a todos los participantes, es decir se establecerá justicia distributiva lo, ya que se garantizara un trato equitativo, sin importar si aceptan o no participar en la investigación.

4.14.2 Pautas éticas para realización a nivel comunitario

Categoría I: Sin riesgo ya que el estudio a realizarse será de manera observacional, mediante la realización de encuestas a los Estudiantes de 6to año de medicina que cursan la rotación de EPS hospitalario en los hospitales Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan de Dios, el Hospital Roosevelt, Hospital nacional de Cuilapa y Hospital Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala durante el mes de abril de 2014.

5. RESULTADOS

El estudio fue realizado en estudiantes de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que cursaban en el momento de la recolección de datos la rotación de ejercicio profesional supervisado hospitalario, encontrándose los siguientes resultados :

Cuadro 1

Datos generales de los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala

	Hospital General San Juan de Dios	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Hospital Nacional Pedro de Bethancourt	Hospital Roosevelt	Hospital Nacional de Cuilapa	Total
Sexo Masculino	17	4	3	19	0	43
Sexo Femenino	14	4	6	10	0	34
Total	31	8	9	29	0	77

Fuente: Datos Obtenidos mediante la realización de examen de conocimientos de cuidados paliativos y encuesta sobre generalidades de cuidados paliativos a los estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el mes de junio de 2014.

Cuadro 2

Nivel de conocimientos generales sobre cuidados paliativos de los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala

	Nivel	F	%	Total
<80%	Insatisfactorio	77	100	77
>80%	Satisfactorio	0	0	0
Total				77

Fuente: Datos Obtenidos mediante la realización de examen de conocimientos de cuidados paliativos y encuesta sobre generalidades de cuidados paliativos a los estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el mes de junio de 2014.

Cuadro 3

Nivel de conocimientos específico sobre Cuidados Paliativos de los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala de acuerdo al test PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos)

	Nivel	F	%	Total
≤ 19	Insatisfactorio	77	100	77
20 - 27	Promedio	0	0	0
28 - 36	Satisfactorio	0	0	0
Total				77

Fuente: Datos Obtenidos mediante la realización de examen de conocimientos de cuidados paliativos y encuesta sobre generalidades de cuidados paliativos a los estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el mes de junio de 2014.

Cuadro 4

Porcentaje de conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor de los estudiantes de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala

	Nivel	F	%	Total
0 - 12	Insatisfactorio	77	100	77
13-16	Satisfactorio	0	0	0
Total				77

Fuente: Datos Obtenidos mediante la realización de examen de conocimientos de cuidados paliativos y encuesta sobre generalidades de cuidados paliativos a los estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el mes de junio de 2014.

Cuadro 5

Consideración de necesidad prioritaria de la implementación de los cuidados paliativos en el pensum de estudios.

Necesidad	F	%	Total
Si	68	88	68
No	9	12	9
Total			77

Fuente: Datos Obtenidos mediante la realización de examen de conocimientos de cuidados paliativos y encuesta sobre generalidades de cuidados paliativos a los estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el mes de junio de 2014.

6. DISCUSIÓN

De los estudiantes encuestados el 100% presentaron un nivel insatisfactorio de conocimientos generales sobre CP, esto basándonos en que conocimiento es algo más amplio, profundo y rico que los datos y la información y de acuerdo con Davenport y Prusack, es necesario proporcionar una definición pragmática y de trabajo que permita entender el significado de conocimiento (1), por lo que entonces basándonos en los resultados obtenidos y de acuerdo a que en el pensum de estudios de la carrera Médico y Cirujano no hay alguna unidad didáctica podemos entonces entender el por qué del resultado obtenido, ya que es reflejo de un área de carencia sobre esta rama de la medicina en nuestra Facultad.

De los estudiantes encuestados el 100% presentaron un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre CP de acuerdo al test PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos), el cual fue diseñado por THE ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION por medio del programa NATIONAL RESIDENCY END OF LIFE EDUCATION PROJECT (proyecto nacional de residencia de educación para el final de la vida) desde 1998, trabajando con más de 350 residencias en Estados Unidos, con el fin de mejorar la preparación para la obtención de la certificación por El Consejo de la Acreditación sobre Educación Médica Posgraduada (ACGME), la cual es solicitada a los residentes de todas las especialidades médicas en Estados Unidos (16), lo cual es preocupante debido a que tomando en cuenta que muchos médicos egresados de la Universidad de San Carlos buscan especializarse en otros países de acuerdo a lo obtenido podemos notar que se encuentran en gran desventaja por un conocimiento insatisfactorio, lo cual se debe a que no hay ningún programa en nuestro país que prepare a los médicos para tratar a pacientes con enfermedades terminales.

Sabiendo que son los cuidados los que se brindan a las personas afectadas por enfermedades crónicas, avanzadas o progresivas como el cáncer u otras patologías neurodegenerativas, etc., los cuales su finalidad es garantizar el alivio del dolor y sufrimiento, además de proporcionar una digna calidad de vida. (5) los conocimientos sobre la evaluación y manejo del dolor son sumamente importantes y el 100% de la

población encuestada poseen 0% de conocimientos sobre esto, lo que evidencia una deficiencia severa en un tema sumamente importante no solo en cuidados paliativos sino que en el síntoma principal de consulta en muchos casos.

El 88% de la población estudiada considera una necesidad prioritaria la implementación de Cuidados Paliativos en el Pensum de estudios de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo que nos indica que la población estudiada desea actuar de acuerdo al principio de proporcionalidad terapéutica, que se describe como parte integral del imperativo ético de respetar y promover la vida humana es el deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena (21) por lo que tener conocimientos este caso implicaría tener los recursos para cuidar la salud.

Son los cuidados, que brindan los equipos de salud a las personas afectadas por enfermedades crónicas, avanzadas o progresivas como el cáncer u otras patologías neurodegenerativas, etc., los cuales su finalidad es garantizar el alivio del dolor y sufrimiento, además de proporcionar una digna calidad de vida. (5)

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursaron la rotación de ejercicio profesional supervisado hospitalario entre los meses de febrero a julio del año 2014 poseían conocimientos generales sobre Cuidados Paliativos insatisfactorios.
- 7.2 Los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursaron la rotación de ejercicio profesional supervisado hospitalario entre los meses de febrero a julio del año 2014 de acuerdo al test PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION (examen de conocimientos sobre Cuidados Paliativos) poseían un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre Cuidados Paliativos.
- 7.3 Los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursaron la rotación de ejercicio profesional supervisado hospitalario entre los meses de febrero a julio del año 2014 poseen 0% de conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor.
- 7.4 El 88% de los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursaron la rotación de ejercicio profesional supervisado hospitalario entre los meses de febrero a julio del año 2014 consideró una necesidad prioritaria la implementación de Cuidados Paliativos en el Pensum de estudios de la carrera.

8. RECOMENDACIONES

A la Facultad de Ciencias Médicas:

- 8.1 Implementar en el pensum de la carrera un programa de Cuidados Paliativos con vista a mejorar la atención a los pacientes con enfermedad terminal.
- 8.2 Implementar una rotación de 15 días en algún centro que proporcione Cuidados Paliativos dentro de las rotaciones de cuarto o quinto año de la carrera de Ciencias Médicas.
- 8.3 Implementar los Cuidados paliativos desde primer año en unidades didácticas como Psicología, Propedéutica médica, Ciencias clínicas, Fisiología, Farmacología, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría.

A los Estudiantes

- 8.4 Formas alternativas para ampliar sus conocimientos en Cuidados Paliativos con fin de estar mejor preparados para la atención de sus pacientes.

9. APORTES

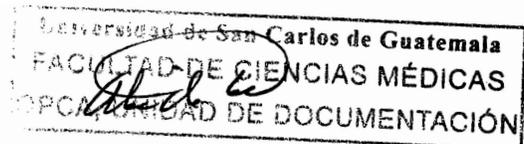
1. Se envió en una carta dirigida a Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala los resultados obtenidos en este estudio, haciendo constar además el porcentaje de estudiantes que al momento de ser encuestados consideró una necesidad prioritaria la implementación de los Cuidados Paliativos en el pensum de estudios, esto con el fin de que se considere la inclusión de los mismos en la formación de futuros Médicos. (anexo 5.)

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valhondo D. Gestión del conocimiento, del mito a la realidad. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2010.
2. José ET. Conocimiento, pensamiento y lenguaje: una introducción a la lógica y el pensamiento científico. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2006
3. Organización mundial de la salud. Cuidados paliativos. [en línea] Ginebra: OMS; 2014. [citado 5 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
4. Mercaba.org. Teoría del Conocimiento [en línea] [S.l]: Mercaba.org [citado 23 May 2014]. Disponible en: <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>
5. Lafourcade PD. Evaluación de los aprendizajes. Madrid: Cincel; 1977.
6. Cuidadospaliativosbolivia.wordpress.com. Cuidados paliativos como un derecho humano [en línea] Bolivia: cuidadospaliativosbolivia.wordpress.com, 2013 [citado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://cuidadospaliativosbolivia.wordpress.com/2013/02/07/carta-de-praga-cuidados-paliativos-como-un-derecho-humano/>
7. Cuidadospaliativos.info. Grupo de trabajo de cuidados paliativos [en línea] Castilla y León: Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León; 2014 [citado 5 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>.
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de la medicina paliativa en España [en línea] Santander: SECPAL; 2014 [citado 5 Mar 2014]. Disponible en: http://www.secpal.com/presentacion/cp_spain.pdf.
9. del Río I, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina [en línea] 2007 [citado 3 Mar 2014]; 1(32): 7. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>.
10. Callahan D. Death and the research imperative. NEJM [en línea] 2000 [citado 5 Mar 2014]; 342 (9): 654-656. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200003023420910>

11. Montes GA. Historia de los cuidados paliativos. Revista Digital Universitaria (México). [en línea] 2006 [citado 5 Mar 2014]; 7(4):9. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf.
12. Bustamante LM, Duarte ER, del Valle B, Rivas SE. Colaboradores. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica [en línea] Guatemala: ALPC; 2012 [citado 5 Mar 2014]. Disponible en: http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/13_Guatemala.pdf
13. Castañeda S. Cuidados paliativos en el adulto mayor. [diapositivas] Guatemala; 2014.
14. Rodríguez P. Cuidados paliativos en el enfermo terminal. Revista de Estudios Médicos Humanísticos (Santiago, Chile). [en Línea] 2005 [citado 1 Mar 2014]; 11: 221. Disponible en: http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ENFERMO-REVISTA-ARSMEDICA-pdf_1.pdf.
15. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cáncer. Cuidados paliativos [en línea] Buenos Aires: MSAL; 2014 [citado 3 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/cuidados-paliativos>.
16. Weber M, Schmiedel S, Friedemann N, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care. [en línea] Alemania: BMC Palliative Care; 2011 [citado 5 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/19>
17. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. Arch Intern Med [en línea] 1981 [citado 5 Mar 2014]; 141(8): 1062 -1064. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7247591>
18. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [en línea] Santander: SECPAL; 2014 [citada 3 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>.
19. Babón P. Aspectos psicológicos cuidados paliativos. [diapositivas] Santa Lucía, España: Slideplayer.com.es; 2009

20. Bátiz J. Ética en el tratamiento del dolor en cuidados paliativos [en línea] Santurtzi, España: osakidetza.euskadi.net; 2013 [citada 3 Mar 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhbas05/es/contenidos/informacion/hbas_actividad_docencia/es_hbas/r01hRedirectContenidos/informacion/hbas_ad_noticias_novedades/es_hbas/adjuntos/etica_trata_dolor.pdf
21. García V. Origen y evolución de la clínica del dolor. Rev Mex Anest. 2002; 25:15-18.
22. Aries P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus Ediciones; 1983.
23. Jaimes AM, Ortiz D. Gerontología, geriatría y medicina interna [en línea] México; FACMED; 2014 [citada 27 Feb 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05_Gerontologia.pdf.



11. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

1. ¿Qué Son los Cuidados Paliativos?

Es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida

2. ¿Cuáles son los componentes de la "Medicina Paliativa"?

Físico, social, espiritual, emocional

3. Mencione 3 objetivos de la Medicina Paliativa

- **Aliviar el dolor y los otros síntomas molestos que presentan los pacientes.**
- **Brindar atención psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible.**
- **Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima.**
- **Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente**

4. ¿Existen en Guatemala programas de Cuidados Paliativos y Donde?

Si existen desde el 2005 en INCAN Y UNOP

5. ¿Cuál es la finalidad de la Medicina Paliativa?

La atención de los pacientes y de sus familias, por parte de un equipo profesional y multidisciplinario, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta

“PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION (EXAMEN DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS)”

Un hombre de 72 años con cáncer de pulmón y metástasis a los huesos tiene dolor cada vez más fuerte en la cadera izquierda. El dolor comenzó hace 6 a 8 semanas, inicialmente controlado con tabletas de acetaminofén/ codeína (percocet), usan 4-6 tabletas a l día, en las pasadas 2 semanas el dolor ha empeorado, ahora toma 12 tabletas al día con alivio parcial del dolor solamente. El dolor es contante y bien localizado, no hay dolor referido.

(Preguntas 1-6)

1. El dolor en aumento de este paciente, probablemente representa:
 - a. Nuevo inicio de depresión
 - b. Adicción a los opiáceos
 - c. Tolerancia a los opiáceos
 - d. Empeoramiento de las metástasis**
2. El dolor de este hombre se describe mejor como
 - a. Dolor neuropatico
 - b. Dolor somático**
 - c. Dolor vascular
 - d. Dolor visceral
3. Cuando se esperaría que un paciente reporte el mayor efecto analgésico después de tomar una dosis de acetaminofen/oxicodona (percocet)
 - a. 30-45 minutos
 - b. 60-90 minutos**
 - c. 120-150 minutos
 - d. 180 a 210 minutos
4. El paso más apropiado en la drogo terapia de este paciente seria discontinuar Percocet y comenzar con:
 - a. Hidrocodona oral (Vicodin, lortab)
 - b. Hidromorfona oral (Dilaudid)

- c. **Morfina oral de larga acción (MS contin, Oralmorph SR)**
 - d. Meperidina oral (demerol)
5. El único analgésico adyuvante más adecuada para este paciente es:
- a. Amitriptilina (elavil)
 - b. Gabapentina (neurotin)
 - c. **Ibuprofeno**
 - d. Lorazepam (ativan)
6. Para este paciente escoja el único y más apropiado medicamento para prevenir constipación
- a. Docusate (colace)
 - b. Bisacodyl (Ducolax)
 - c. Lactulosa (chronulac)
 - d. **Senna Concentrado (Senokot) con o sin docusate**

Una mujer de 27 años con SDA nota n dolor urente a lo largo de ambas plantas de los pies. El dolor ha estado presento por 4 meses y está empeorando. Hay una sensación de adormecimiento frecuente, el dolor limita su habilidad para caminar. Ella recientemente comenzó a tomar acetaminofen con codeína. 2 tabletas cada 4 horas. Ella refiere que la medicina no le alivia el dolor y la hace sentir somnolienta. (Preguntas 7-8)

7. El dolor de esta mujer se describe mejor como
- a. **Dolor neuropatico**
 - b. Dolor somático
 - c. Dolor vascular
 - d. Dolor visceral
8. El siguiente paso y más apropiado en la drogo terapia para este paciente sería prescribirle
- a. **Amitriptilima (Elavil)**
 - b. Ibuprofeno

- c. Opiodes de larga duración (MS Contin o parches de fentanyl)
- d. Lorazepam (Ativan)

Una mujer de 54 años es hospitalizada por una exacerbación de artritis reumatoide. Ella tiene dolor crónico de espalda media y espalda baja por fractura por compresión de columna inducida por cortico esteroides. Usted le prescribe una preparación de morfina oral de larga duración (MS Contin) and y morfina oral de corta duración (MSIR) para dolor irruptivo. (Preguntas 9-13)

9. La paciente le pregunta qué tan frecuentemente puede tomar la morfina oral de corta duración. Su mejor respuesta sería decir tan seguido como:

- a. **Cada 2 horas**
- b. Cada 4 horas
- c. Cada 6 horas
- d. Cada 8 horas

10. Luego de la primera dosis de morfina la paciente presenta nausea. Cuál de los siguientes enunciados al respecto de la nausea mientras se toman opiáceos es verdadero

- a. La nausea por los opiáceos se debe a distensión intestinal y estimulación del nervio vago
- b. Nausea por los opiáceos es usualmente acompañada de comezón
- c. Nausea por los opiáceos representa alergia a la droga
- d. **La Nausea por los opiáceos resuelve en la mayoría de pacientes en los primeros 7 días**

11. La primera noche luego de que la paciente iniciara con morfina, la enfermera lo llama para reportar que su frecuencia respiratoria cayó a 6-8 respiraciones por minuto, su consejo es:

- a. Administrar 0.2mg de naloxona (1/ 2 amp de Narcan)
- b. Administrar 0.4mg de naloxona (1 amp de Narcan)
- c. **Evaluar el estado de conciencia**
- d. Evaluar la respuesta pupilar

12. En el tercer día de hospitalización se decide discontinuar la morfina de larga duración y comenzar a usar parches de fentanyl, los niveles de analgésicos terapéuticos no deben esperarse después de la primera aplicación del parche de fentanil hasta:

- a. 2-6 horas
- b. 7-12 horas
- c. 13-24 horas**
- d. 25 a 36 horas

13. comparado con la morfina, cuál de los siguientes opioides resulta más frecuentemente en depresión respiratoria clínicamente significativa:

- a. Hidrocodona
- b. Hidromorfona
- c. Metadona**
- d. Oxycodona

Una mujer de 63 años es hospitalizada con enfermedad vascular periférica avanzada y presenta gangrena en varios dedos del pie. Ella ha tenido dolor crónico en ambos pies, manteniéndose en buen control del dolor como paciente externo con un régimen de morfina oral de larga duración de 180mg cada 12 horas y de vez en cuando hidromorfona para dolor irruptivo. La paciente necesita estar en NPO para procedimiento quirúrgico (preguntas 14-16)

14. cuando se convierte de morfina oral a morfina intravenosa, en una dosis equivalente, la conversión de la dosis más adecuada es:

- a. 3mg oral = 9mg IV
- b. 3mg oral = 3mg IV
- c. 3mg oral = 1mg IV**
- d. 3mg oral = 0.3mg IV

15. Convertir una dosis iv de morfina a una dosis equivalente de analgesia iv de hidromorfona, la conversión mas apropiada de la dosis sería

- a. 1mg de morfina = 4mg de hidromorfona
- b. 1mg de morfina = 1mg de hidromorfona
- c. 1mg de morfina = 0.50mg de hidromorfona
- d. 1mg de morfina = 0.5 mg de hidromorfona**

16. En el segundo día post operatorio la paciente está utilizando la misma infusión de morfina de la pregunta 14, La vía IV se ha coagulado. La enfermera sugiere cambiar la infusión Iv a Subcutánea, la conversión más apropiada sería

- a. 1mg IV = 0.5 mg SC
- b. 1mg IV = 1.0 mg SC**
- c. 1mg IV = 2 mg SC
- d. 1mg IV = 4mg SC

Un hombre de 24 años es hospitalizado por una crisis de células falciformes. En casa usa ibuprofen e hidrocodona/acetaminofen (vicodin) para el dolor episódico. Los analgésicos actualmente son: Meperidina (demerol) 75mg e hidroxizina (vistaril) 25mg IV cada 3hrs prn por dolor severo. En el tercer día de hospitalización el continua teniendo dolor fuerte y solicita medicamentos cada 2hrs. La enfermera piensa que el paciente aumenta la apariencia del dolor (se queja) cuando ellas entran a la habitación. (Preguntas 17 y 18)

17. Cuáles de las siguientes intervenciones no es apropiada

- a. Cambiar la meperidina a morfina intravenosa
- b. reducir el intervalos de meperidina a cada 2 horas**
- c. prescribir parches calientes en las áreas de dolor severo.
- d. enseñar a la relajación y la imaginación guiada

18. cuál de las siguientes características de la historia previa y actual de este paciente sería el mayor indicador de adicción a las drogas (dependencia psicológica)

- a. una necesidad que aumenta con el tiempo
- b. quejarse de dolor más de lo esperado para un problemas medico dado
- c. desarrollo de síndrome de abstinencia cuando se detiene el tratamiento

d. evidencia de consecuencias negativas por el uso de la droga.

Una mujer de 67 años con cáncer de páncreas con metástasis al hígado llega a su clínica con su esposo. En las pasadas 4 semanas ella ha perdido el apetito y presenta pérdida de peso constante. Ella pasa más del 75% del día en cama o acostada en el sillón porque se siente fatigada. Su oncólogo indica no hay ningún papel para su posterior quimioterapia. (Preguntas 19-24)

19. afuera de la clínica el esposo de la paciente lo detiene y le dice si tiene más malas noticias, por favor no se las diga a mi esposa- ella se derrumbara-“¿Cómo debería de manejar el pedido del esposo de limitar las “malas noticias?

- a. preguntarle al esposo si la familia/amigos/clero que podría ser mejor dando las malas noticias
- b. preguntarle al esposo si el entiende el principio de “la autonomía del paciente”
- c. preguntarle al esposo que tipo de información piensa el que se le puede dar a la paciente
- d. decirle al esposo que le cuente mas sobre sus preocupaciones**

20. el mejor factor predictivo para determinar el pronóstico en pacientes con cáncer metastasico es:

- a. habilidad funcional**
- b. numero de lesiones metastasicas
- c. albumina en el suero
- d. la intensidad del dolor

21. el paciente le preguntan “¿entonces cuanto tiempo piensa que tengo?, Tras un nuevo debate con el paciente y su esposo usted confirma que quieren hablar de su pronóstico. El mejor enfoque es para decirles que:

- a. en promedio los pacientes con su condición viven un aproximado de 6 a 9 meses.

- b. Solo Dios puede determinar cuánto tiempo tiene que vivir
- c. que piensa que su tiempo es corto, solo unas pocas semanas o meses.**
- d. que usted realmente no puede decir cuánto tiempo le queda.

22. la paciente le pregunta ¿hay algo que pueda tomar para mejorar mi apetito?

¿Cuál de las siguientes drogas ha demostrado mejorar el apetito en pacientes con cáncer avanzado?

- a. Estrógenos conjugados
- b. Haloperidol
- c. Lorazepan
- d. Acetato de megesterol**

23. Al hablar con el paciente, se decide que este sería un buen momento para hablar de referencia para la atención de hospicio en casa. Bajo el beneficio de hospicio de Medicare, lo cual no se requiere uno de los siguientes criterios de admisión:

- a. un certificado de un médico registrado
- b. un orden de no resucitar (DNR)**
- c. Pronostico de 6 meses o menos
- d. el enfoque se limita a cuidados paliativos, y enfoque orientado a síntomas

24. El esposo pregunta sobre los servicios de soporte del hospicio. Como parte d los beneficios de un hospicio de cuidados en casa, cuál de los siguientes no es provisto

- a. Programa de duelo para las familias sobrevivientes
- b. cuidado del paciente durante la noche**
- c. pago de todos los medicamentos relacionados a la enfermedad terminal
- d. visitas de enfermeras especializadas

Un paciente de 74 años, anurico, con fallo renal en etapa final, ha estado recibiendo hemodiálisis 3 veces a la semana por 7 años. Ella está considerando parar la diálisis, ya que es cada vez más una carga debido a las infecciones, los problemas de acceso vascular y la fatiga. (Preguntas 25-27)

25. la paciente quiere saber cuánto tiempo podría sobrevivir si para la diálisis. La mejor respuesta sería:

- a. entre 2 y 3 días
- b. alrededor de una semana**
- c. Solo Dios puede determinar cuánto tiempo puede vivir
- d. no hay manera de saber con seguridad

26. La paciente le dice que le gustaría estar en casa cuando muera. Su hijo pregunta sobre los líquidos intravenosos - ¿necesitaremos fluidos intravenosos en casa?- ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la hidratación con fluidos intravenosos en la última de vida es verdad?

- a. mantener hidratación IV mejorará el manejo del dolor
- b. mantener hidratación IV prevendrá la boca seca
- c. Detener la hidratación IV llevará a dolorosos calambre musculares
- d. detener hidratación IV disminuirá la disnea asociada con la insuficiencia renal**

27. 4 días luego de irse a casa, la enfermera que lo visita lo llama y dice que el paciente estuvo despierto la mayor parte de la noche, está bastante inquieto y sigue tratando de salirse de la cama. Su discurso ininteligible, solo está orientado en persona. Ella esta afebril y sin signos de focalización. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre el tratamiento de síntomas complejos (delirio terminal) es cierto?:

- a. los familiares deben salir de la habitación para disminuir la agitación del paciente

- b. **El empeoramiento paradójico de esta condición puede ocurrir después de la administración de un tranquilizante menor (por ejemplo Ativan o Valium)**
- c. Poner al paciente en un cuarto oscuro ayuda a disminuir los estímulos sensoriales y reducir la agitación
- d. la droga de elección es un agente anti colinérgico.

Un hombre de 40 años es un paciente externo con disnea en aumento. El fue diagnosticado VIH positivo hace 12 años y ahora tiene sarcoma de Kaposi en la piel y los pulmones. Este paciente dejó de tomar antirretrovirales hace 9 meses por la intolerancia a los efectos secundarios. Al examen físico tiene una frecuencia respiratoria de 20 a 24 respiraciones, la placa de rayos X de tórax muestra múltiples metástasis pulmonares. Siguiendo el examen el paciente dice “terminemos con esto, póngame a dormir y déjeme morir” (Preguntas 28-30)

28. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la depresión al final de la vida es verdad
- a. La depresión clínica es una etapa normal en el proceso de muerte
 - b. La depresión asociada a VIH es más difícil de tratar que en pacientes con cáncer
 - c. **El sentimiento de desesperanza/no tener valor son indicadores de una depresión clínica**
 - d. El grado de perturbación del sueño y del apetito es predictivo para la respuesta al tratamiento con antidepresivos.

29 ¿Cuál de los siguientes enunciados, con respecto a los pacientes con enfermedades terminales, es el más cercano a la definición de “suicidio medicamente asistido”?

- a. Parar la administración de fluidos intravenosos en pacientes que ya no tolera medicamentos PO
- b. **Escribir una prescripción de una dosis letal de un medicamento que un paciente puede usar al momento que elija**

- c. Aumentar la dosis de morfina intravenosa con la intención de deprimir la respiración al punto de muerte
- d. Omitir la ventilación mecánica por petición del paciente que puede decidir

30 La droga de elección para tratar la disnea de este paciente es:

- a. Anti colinérgicos/antimuscarínicos (escopolamina)
- b. Antidepresivos (amitriptilina)
- c. Antihistamínicos (benadryl)
- d. Analgésicos opioides (morfina)**

Un paciente de 75 años es trasladado a su servicio desde un hogar de ancianos por tos, fiebre y cefalea. La placa de Rayos X de tórax muestra un gran infiltrado pulmonar y derrame pleural de tamaño moderado. El paciente se encuentra en pleno uso de sus capacidades mentales. Su manejo inicial incluye el uso de antibióticos IV, hacer una Punción lumbar y una toracentesis.

31 ¿Cuál de los siguientes debe de ser discutido con el paciente antes de iniciar la terapia para asegurar el consentimiento del paciente?

- a. Ninguno, el consentimiento está implícito cuando los pacientes son trasladados del hogar de ancianos.
- b. Solo la punción lumbar
- c. Solo la punción lumbar y la toracentesis
- d. La toracentesis, la punción lumbar y los antibióticos IV**

32. Todo lo siguiente debe estar presente para establecer que este paciente tiene la capacidad de toma de decisiones **Excepto:**

- a. capaz de razonar, evaluar las opciones de tratamiento
- b. puede expresar una elección entre las opciones de tratamiento
- c. está orientado en tiempo, espacio y persona**

- d. entiende el significado de la información relativa a circunstancias personales

Una mujer de 60 años tiene cáncer de seno con metástasis a huesos y pleura. Su esposo la trae a la clínica, argumentando que en la semana anterior ha notado fatiga, sed, y necesidad frecuente de orinar. Al examen físico esta deshidratada, letárgica pero irritable, no signos de focalización.

33. El diagnóstico más probable de este nuevo problema es:

- a. metástasis a cerebro
- b. hipercalcemia**
- c. hiperglicemia
- d. sepsis

34. en la siguiente semana ella se deteriora, se encuentra inconsciente, la familia decide que no se justifica terapia más agresiva. La familia notifica que la paciente tiene respiraciones roncadas y muy ruidosas y le preguntan si hay algún tratamiento. Usted determina que la causa es retención de secreciones orofaríngeas ("el estertor de la muerte). La mejor clase de fármacos para el tratamiento del estertor es:

- a. anti colinérgicos/ antimuscarínicos (escopolamina)**
- b. benzodiazepinas (lorazepam)
- c. butirofeno (haloperidol)
- d. analgésicos opioides (morfina)

35. 2 días después la paciente muere. A usted lo llaman para dictaminar la muerte. Cuando entra a la habitación, hay 4 miembros de la familia alrededor de la cama, cada uno sosteniendo y acariciando a la mujer. ¿Cuál de los siguientes no es apropiado durante este encuentro?

- a. **pedirle a la familia que dejen la habitación mientras realiza su dictamen**
- b. ofrecerse a quitar todo el equipo médico (mascararas de oxigeno, líneas IV)
- c. quedarse callado por un momento y ofrecer consuelo a la familia
- d. ofrecerse a contactar a miembros de la familia que no estan presentes.

36. 3 meses luego de la muerte de la paciente, su esposo llega a su oficina. El dice que a veces el piensa que su esposa está en la casa hablándole, que imagina escuchar su voz, ha ganado 10 libras desde la muerte de su esposa, pero de otra manera se siente bien. El está preocupado de “estar enloqueciendo”. Estos síntomas son más consistentes con:

- a. Duelo complicado
- b. depresión mayor
- c. **duelo normal**
- d. trastorno psicótico.

- i. ¿Considera usted una necesidad prioritaria la implementación de Cuidados Paliativos en el Pensum de estudios de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala?

1. Consentimiento informado

Título del protocolo: Conocimientos sobre Cuidados Paliativos que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Subtítulo del Protocolo: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, a realizarse en estudiantes que cursan el Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario de

sexto año de la carrera Médico y Cirujano, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el mes de junio del año 2014.

Investigadores: Hassen Aguirre, Alexandra Gonzalez, Alicia Alvarado

Sede donde se realizará el estudio: Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital Pedro Betancourt, Hospital Nacional de Cuilapa y Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de Investigación Médica. Antes de decidir si participa o no, debe leer, conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya leído y comprendido el estudio y si usted desea y acepta participar, entonces se le pedirá que firme libre y voluntariamente ésta forma de consentimiento.

2. Justificación del estudio:

Los Cuidados Paliativos o también llamados Medicina Paliativa, es la rama de la Medicina que según define la Organización panamericana de la Salud “mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

A nivel mundial se reconoce hoy en día la Medicina Paliativa como una rama más de la Medicina, con un campo de aplicación clínica, social, religiosa, ética y económica fundamental.

El Médico Interno dentro del sistema hospitalario se constituye en el agente de salud que de forma casi invariable tiene el primer contacto con el paciente, debiendo de esta manera identificar al enfermo con patología terminal y tomar la primera decisión en su tratamiento, o referirlo al especialista para su adecuado manejo.

Tomando en consideración la prevalencia de la enfermedad terminal en nuestro país, la mortalidad derivada de las mismas y que actualmente el pensum de la carrera de médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos no contempla ningún curso acerca de éstos en ninguna de sus etapas de formación, se justifica la realización de éste estudio para evidenciar la necesidad de formar profesionales en éste campo para brindar atención calificada a un grupo de pacientes y sus familias poseedores del derecho a vivir bien y a una muerte digna, así como al acompañamiento de sus seres queridos en el duelo.

3. Objetivos del estudio:

3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento que poseen sobre Cuidados Paliativos los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentren en el momento del estudio realizando el examen profesional supervisado hospitalario.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Determinar el nivel de conocimientos generales sobre Cuidados Paliativos que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentren en el momento del estudio realizando el ejercicio profesional supervisado hospitalario.
- 3.2.2 Determinar el nivel de conocimiento específico sobre Cuidados Paliativos que poseen los estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentren en el momento del estudio realizando el ejercicio profesional supervisado hospitalario.
- 3.2.3 Estimar el porcentaje de conocimiento sobre evaluación y manejo del dolor que poseen de acuerdo a las preguntas contestadas correctamente los

estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

3.2.3 Estimar el porcentaje de la población estudiada que considera una necesidad prioritaria la implementación de Cuidados Paliativos en el Pensum de estudios de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

4. Beneficios del estudio

En Guatemala no existen estudios previos sobre el tema, por lo que al realizar el estudio se evidenciaría la realidad actual y se podrán tomar medidas necesarias para e beneficio tanto de las promociones futuras como de los pacientes que necesitan este tipo de atención pero por la falta de conocimiento de promociones pasadas no la reciben adecuadamente.

5. Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará un test que consta de 36 preguntas, sobre casos cortos sobre cuidados paliativos.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Hoja de Respuestas

1	A	B	C	D
2	A	B	C	D
3	A	B	C	D
4	A	B	C	D
5	A	B	C	D
6	A	B	C	D
7	A	B	C	D
8	A	B	C	D
9	A	B	C	D
10	A	B	C	D
11	A	B	C	D
12	A	B	C	D
13	A	B	C	D
14	A	B	C	D
15	A	B	C	D
16	A	B	C	D
17	A	B	C	D
18	A	B	C	D
19	A	B	C	D
20	A	B	C	D
21	A	B	C	D
22	A	B	C	D
23	A	B	C	D
24	A	B	C	D
25	A	B	C	D
26	A	B	C	D
27	A	B	C	D
28	A	B	C	D
29	A	B	C	D
30	A	B	C	D
31	A	B	C	D
32	A	B	C	D
33	A	B	C	D
34	A	B	C	D
35	A	B	C	D
36	A	B	C	D

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Derechos Reservados, Comisiones de Investigación y Ética, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Guatemala, Julio 2014

Junta Directiva Facultad de Ciencias Médicas

Presente

Apreciables miembros de Junta Directiva Facultad de Ciencias Médicas:

Deseándoles éxitos en sus labores, por este medio nosotros, Hassen Elías Alejandro Aguirre Chacón, Alicia José Alvarado Rodríguez y Lucia Alexandra Gonzales Joya, como estudiantes de pensum cerrado de la carrera de Ciencias médicas y realizadores de la tesis “Conocimientos Sobre Cuidados Paliativos Que Poseen Estudiantes De Sexto Año De La Carrera Médico Y Cirujano De La Universidad De San Carlos De Guatemala. Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, que se realizo en estudiantes de sexto año de la carrera Médico y Cirujano, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el mes de junio del año 2014.”, obteniendo los siguientes resultado:

1. El 100% de la población encuestada posee un nivel insatisfactorio de generalidades sobre Cuidados Paliativos.
2. El 100% de la población encuestada posee un nivel insatisfactorio de conocimientos sobre Cuidados Paliativos en base al test **PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE EXAMINATION**.
3. En cuanto a conocimientos sobre evaluación y manejo del dolor, el 100% de la población encuestada posee un nivel de conocimientos insatisfactorio.
4. El 88% de la población encuestada considera una necesidad prioritaria la implementación de los Cuidados Paliativos en el Pensum de estudios de la carrera Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Y de acuerdo a los resultados anteriormente obtenidos, recomendamos implementar en el pensum de la carrera un programa de Cuidados Paliativos con vista a mejorar la atención a los pacientes con enfermedad terminal, tomando en cuenta que el 88% de los estudiantes

de sexto año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas, consideran una necesidad su implementación.

Agradeciendo su atención, nos despedimos sin otro particular

Hassen Elías Alejandro

Aguirre Chacón

Alicia José

Alvarado Rodríguez

Lucia Alexandra

Gonzales Joya