



**Departamento de Posgrados  
Maestría en Bioética**

**“Nivel de conocimientos de los problemas éticos y manejo de los cuidados paliativos por parte de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga”.**

**AUTOR:**

Teodoro Edison Cevallos Sarmiento

**DIRECTOR:**

Sebastián Valverde Martínez PHD

**Cuenca - Ecuador  
2020**

**DEDICATORIA**

El presente trabajo de titulación es dedicado a Dios que me ha dado la oportunidad y bendición de poder realizar esta maestría, a mi esposa Jhoana junto con mis hijos Francisco y Sofía quienes me dieron su apoyo, su amor para culminar con éxito esta etapa.

**Teodoro Cevallos Sarmiento**

### **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todos los profesores y personal administrativo de la Universidad del Azuay.

A Dios por permitirme realizar este posgrado y crecer como profesional, al igual que mi familia quienes estuvieron presentes dándome su apoyo, cariño y alentándome en esta etapa profesional de mi vida.

Quiero agradecer de manera especial a mi director de trabajo de titulación el Dr. Sebastián Valverde Martínez por compartir sus conocimientos y ser una guía para lograr este objetivo.

**Teodoro Cevallos Sarmiento**

## RESUMEN

**Antecedentes:** En el siglo XX se han generado cambios en la demografía de la población mundial, siendo uno de los de mayor impacto el aumento en la esperanza de vida; y como consecuencia, el aumento de enfermedades incapacitantes y terminales, que generan invalidez y dependencia y suponen un impacto importante en la Salud Pública de los países.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos de los problemas éticos y del manejo de los cuidados paliativos, por parte de los médicos de un hospital de tercer nivel.

**Metodología:** Estudio observacional y transversal. Se realizó un cuestionario ad hoc y el cuestionario PEACE-Q adaptado a los médicos de las áreas clínicas, quirúrgicas y pediátricas del Hospital José Carrasco Arteaga.

**Resultados:** Se completaron 230 cuestionarios. Al evaluar el nivel de conocimientos en bioética, se objetivó que el 18% tenían buenos conocimientos y el 82% tenían conocimientos insuficientes en este campo; además, se observó una relación entre estos conocimientos y la edad de los encuestados. Cuando se valoró el nivel de conocimientos en cuidados paliativos, se observó que el 25% tenía buenos conocimientos y que el 75% tenían pocos conocimientos; también se observaron diferencias en relación con la edad, los años de experiencia como médico, el cargo desempeñado en el hospital y el área de trabajo.

**Conclusiones:** Existe un bajo nivel de conocimientos acerca de los problemas éticos y sobre el manejo de los cuidados paliativos por parte de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, bioética, problemas éticos, manejo terapéutico.

## ABSTRACT

**Background:** In the twentieth century, changes in the demography of the world population have been generated, one of the most impactful being the increase in life expectancy; and as a consequence, the increase in disabling diseases that generate disability and dependency and imply an important impact on the Public Health of the countries.

**Objective:** Analyze the level of knowledge of the ethical problems and the management of palliative care, by physicians of a tertiary hospital.

**Methodology:** An ad hoc questionnaire and the adapted PEACE-Q questionnaire were completed by the doctors of the clinical, surgical, and pediatric areas of the José Carrasco Arteaga Hospital.

**Results:** two hundred and thirty questionnaires were completed. When evaluating the level of knowledge in bioethics, 18% of the studied cohort had good knowledge and 82% had insufficient knowledge in this field; furthermore, a relationship between this knowledge and the age of the respondents was observed. When the level of knowledge in palliative care was assessed, it was observed that 25% had good knowledge and that 75% had scarce knowledge. Differences were also observed in relation to age, years of experience as a doctor, the position held in the hospital, and the field of work.

**Conclusions:** There is a low level of knowledge about ethical problems and about the management of palliative care by the doctors of the José Carrasco Arteaga Hospital.

**Keywords:** palliative care, bioethics, ethical problems, therapeutic management.

Translated by



**ÍNDICE DE CONTENIDO**

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
1. INTRODUCCION .....	10
1.1. Estado del arte y marco teórico.....	11
1.2. Preguntas de investigación y / o Hipótesis .....	13
1.3. Objetivos .....	13
Objetivo general .....	13
Objetivos específicos .....	13
2. CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS .....	14
2.1. Enfoque del estudio: cuantitativo y observacional.....	14
2.2. Tipo de estudio:.....	14
2.3. Área de estudio: .....	14
2.4. Universo: .....	14
2.4.1. Población de estudio .....	14
2.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	14
2.6. Diseño del muestreo o experimentos y análisis estadístico .....	14
2.6.1. Instrumento.....	14
2.8. Supuestos y riesgos .....	15
3. CAPÍTULO 2: RESULTADOS .....	16
4. CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN.....	26
5. CONCLUSIÓN .....	30
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	31
7. ANEXOS .....	33

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, TABLAS Y ANEXOS

### ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Distribución de las puntuaciones de conocimiento en bioética. ....	19
Ilustración 2. Distribución de las puntuaciones de conocimientos en cuidados paliativos (PEACE).....	19
Ilustración 3. Conocimientos de bioética y edad.....	21
Ilustración 4. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con la edad de los médicos encuestados. ....	23
Ilustración 5. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con la experiencia como médicos en años.....	23
Ilustración 6. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con el cargo que desempeña en el hospital. ....	24
Ilustración 7. Conocimiento de cuidados paliativos en relación con el área de trabajo en el hospital. ....	24
Ilustración 8. Conocimiento de cuidados paliativos en relación con la universidad de formación de pregrado. ....	25
Ilustración 9. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con el sexo de los médicos encuestados. ....	25

**ÍNDICE DE TABLAS.**

Tabla 1. Características de los médicos encuestados. ....	16
Tabla 2. Formación y conocimientos previos de los médicos encuestados. ....	17
Tabla 3. Distribución de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios.....	18
Tabla 4. Conocimientos de bioética en relación con las características de los encuestados. .....	20
Tabla 5. Conocimientos de cuidados paliativos (cuestionario PEACE) en relación con las características de la población estudiada.....	22

**ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1. Características sociodemográficas y cuestionario ad hoc sobre conocimientos en bioética en relación con los cuidados paliativos.....	33
Anexo 2. Cuestionario PEACE-Q adaptado.....	38

## 1. INTRODUCCION

La palabra bioética aparece en 1970 y recibe un impulso a través de los informes de Belmont en 1978 y los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress en 1979. De esta manera quedan establecidos cuatro principios que posteriormente consolidarán los derechos fundamentales de la vida: la beneficencia, la no maleficencia, la libertad (autonomía) y la igualdad (justicia) (1).

Los cuidados paliativos se definen como una actividad multidisciplinar que engloba los aspectos médicos, sociales, psicológicos, éticos y organizativos, y que se encargan de la atención de pacientes con pronóstico de vida limitado y de sus familias (2). La atención al final de la vida necesita un modelo asistencial interdisciplinario basado en el compromiso de coordinación y corresponsabilidad de los diferentes niveles asistenciales, ya sea de recursos sanitarios convencionales como paliativos y los cuales deben respaldarse en los principios bioéticos antes mencionados (2).

En Ecuador, a pesar de contar con una Constitución que garantiza el derecho a la salud y al cuidado basado en un Plan del Buen Vivir, al parecer únicamente existe la voluntad política de iniciar el proceso de capacitación, formación de profesionales y de fortalecer el sistema público ampliando su cartera de servicios con la oferta de cuidados paliativos; sin embargo, esta voluntad política únicamente permanece en un Acuerdo Ministerial que tras el cambio de autoridades nunca se ejecutó (2, 3).

Según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y por ello, lleva a la muerte en un tiempo variable, generalmente en un plazo inferior a seis meses. Esta es progresiva, con síntomas intensos de causa multifactorial, ocasionando gran dolor físico como psicológico, en el paciente como en su familia (4).

En base a lo mencionado, es importante entender la transición de la ética del curar a la ética del cuidar, reconocer que el paciente tiene una enfermedad terminal incurable que no responde al tratamiento, siendo preciso dirigir los objetivos al cuidado de los enfermos. El manejo terapéutico de estos pacientes requiere acciones integrales e individualizadas. Este tipo de acciones deben enfocarse en el paciente, pero también en su familia, además de las personas que participan activamente en el cuidado, brindando medidas de apoyo y educación (3).

Al ser conscientes de esta realidad, creemos que es importante investigar el nivel de conocimientos de los problemas éticos y del manejo de los cuidados paliativos que estarían

aplicando los médicos dentro de los hospitales públicos de nuestra ciudad, en el caso concreto en el Hospital José Carrasco Arteaga. Además, si estos son fruto de una formación reglada o son el resultado empírico de una necesidad imperiosa, ante el número creciente de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, envejecimiento o cáncer (4-6).

### **1.1. Estado del arte y marco teórico**

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el manejo integral de la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, mediante el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Es importante reconocer la necesidad de los cuidados paliativos y, por lo tanto, el desarrollo de estrategias educativas para profesionales del campo de la salud; además, de una previsión y provisión de servicios y normas sobre la planificación, actividad asistencial y programas de investigación (7, 8).

Los cambios demográficos, como el aumento de la esperanza de vida o de la prevalencia de enfermedades crónicas y del cáncer, nos guían actualmente a la “filosofía del cuidado”, enfocada en mejorar la calidad de vida del enfermo siendo necesario un trabajo multidisciplinar, en el que, tanto médicos, enfermeros y cuidadores, entre otros, deben actuar mediante aspectos bioéticos dependientes de las decisiones y de la voluntad del paciente y sus familiares (8).

Los diferentes países al ser conscientes de esta realidad reconocen que la labor asistencial médica y social se ven obligadas a generar cambios estratégicos en su organización y prestaciones de sus servicios de salud. En este aspecto existen países como España e Inglaterra que ya han generado dichos cambios en los diferentes niveles de formación, creando la especialidad en Cuidados Paliativos, especialmente en el cuidado de pacientes oncológicos. Esta necesidad de asistir a esta población tan vulnerable se convierte en un derecho, independientemente de la formación que tenga el personal de salud, razón por la cual, el conocimiento en cuidados paliativos es ahora un reto para la mayoría de los sistemas sanitarios (9, 10).

En Ecuador, la historia de los cuidados paliativos data desde 1996 en donde fundaciones privadas inician actividades de cuidado de enfermos, desarrolladas por personal voluntario. De esta forma permanece, hasta que en el año 2007 se dicta el primer diplomado en cuidados paliativos dirigido al personal de enfermería. En 2009, inicia el primer curso de posgrado en esta rama, dirigido exclusivamente a enfermería (11). En la actualidad, existe una universidad que dentro del programa de pregrado incluye cuidados paliativos como

materia obligatoria, mientras que en dos universidades se encuentra la formación como optativa en las facultades de Enfermería y Psicología (12). No existe como oferta de posgrado en las Facultades de Medicina. Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, en Ecuador existe el siguiente número de instituciones que ofertan asistencia en cuidados paliativos: tres residencias tipo hospicio, distribuidas en Quito, Cuenca y Guayaquil, y dos instituciones que ofrecen cuidados domiciliarios. No se tienen servicios comunitarios que brinden este tipo de atención, tampoco es posible encontrarla en hospitales de segundo nivel. En cuanto a hospitales de tercer nivel, se identifican dos unidades de cuidados paliativos, ambas en los Hospitales de SOLCA, una en Guayaquil y otra en Quito. En ambos centros, el equipo multidisciplinario se encuentra formado por fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos, flebólogos y nutricionistas (13).

En el metaanálisis publicado por Carrasco et al. en 2017 sobre cuidados paliativos en España, se observa que sólo el 50% de la población susceptible de recibir estos cuidados tiene acceso. Además, que existe un 27% de profesionales con dedicación no completa y/o sin formación avanzada (15% médicos, 59% enfermeros, 26% psicólogos y 48% trabajadores sociales), por ello, la atención integral y multidisciplinaria es insuficiente. Solo el 25% de los centros cuentan con psicólogos y trabajadores sociales, los cuales dedican menos del 50% de su tiempo a los cuidados paliativos (14). En 2018 Zamora et al. publicaron una encuesta a pacientes terminales y a sus familiares, pudiendo determinarse que existió un alto nivel de malestar emocional en el 88% de los pacientes; mientras que en los cuidadores evaluados existían niveles elevados de ansiedad, con sobrecarga del cuidador en el 80% de los casos (15).

#### **Instrument The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE**

En 2008 en Japón, se estableció un programa nacional de educación médica continua en cuidados paliativos primarios. La evolución de dicho programa se basa en evaluaciones continuas acerca de su eficacia. Yamamoto et al., desarrollaron y validaron una herramienta para cuantificar el nivel de conocimiento sobre diferentes áreas de cuidados paliativos, por la cual podría medirse el efecto del programa educativo (16).

El instrumento consta de 33 ítems, divididos en los siguientes 9 dominios: filosofía de cuidados paliativos, dolor por cáncer, efectos secundarios de los opioides, disnea, náuseas y vómitos, angustia psicológica, delirio, comunicación sobre cuidados paliativos y cuidados paliativos basados en la comunidad. Los autores de este instrumento luego de validarlo recomiendan utilizarlo para evaluar el conocimiento sobre cuidados paliativos entre los médicos, así como, para los programas de educación en cuidados paliativos primarios (16).

## **1.2. Preguntas de investigación y / o Hipótesis**

¿Cuál es el nivel de conocimientos de los problemas éticos y del manejo de los cuidados paliativos entre los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga?

## **1.3. Objetivos**

### **Objetivo general**

- Determinar el nivel de conocimientos de los problemas éticos y manejo de los cuidados paliativos de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar a la población de estudio.
- Conocer el nivel de conocimiento de los problemas éticos de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Conocer el nivel de conocimiento del manejo de los cuidados paliativos de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Relacionar el nivel de conocimientos con las características de la población de estudio.

## 2. CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. **Enfoque del estudio:** cuantitativo y observacional.

2.2. **Tipo de estudio:** descriptivo y transversal.

2.3. **Área de estudio:** Áreas clínicas, quirúrgicas y pediátricas del Hospital José Carrasco Arteaga.

2.4. **Universo:** Médicos residentes y tratantes del Hospital José Carrasco Arteaga.

2.4.1. **Población de estudio:** Se trabajó con una muestra propositiva y de conveniencia que usó a todos los médicos residentes y tratantes que laboren en las áreas clínicas, quirúrgicas, pediátricas y otras áreas diferentes que trabajen directamente con pacientes que requieran de cuidados paliativos en el Hospital José Carrasco Arteaga.

El tamaño muestral calculado para una población finita de 404 médicos, con un nivel de confianza de 95%, un error tipo I o alfa del 5% y una probabilidad del 60% (esperando que los encuestados tuvieran un conocimiento mínimo en los cuestionarios del 60%). Se estimaron necesarias 215 encuestas como mínimo. En total se enviaron 230 cuestionarios por las posibles pérdidas de los individuos encuestados.

### 2.5. Criterios de inclusión y exclusión

#### Inclusión:

- Encontrarse en servicio activo durante el periodo de recolección de datos.
- Brindar asistencia en su práctica habitual a pacientes en situación de cuidados paliativos.

#### Exclusión:

- No se consideran criterios de exclusión en este estudio.

### 2.6. Diseño del muestreo o experimentos y análisis estadístico

#### 2.6.1. Instrumento

Se utilizaron dos cuestionarios concomitantemente:

- El primero un cuestionario ad hoc con: los datos sociodemográficos de la población a estudio y las preguntas acerca del conocimiento de bioética en relación con los cuidados paliativos (anexo 1).
- El segundo, un cuestionario validado y adaptado para este estudio (anexo 2). En español no se encontró un instrumento que evaluara el nivel de conocimientos que tiene el personal de salud sobre cuidados paliativos; por ese motivo, se utilizó un cuestionario de origen japonés, validado y aceptado internacionalmente. *The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE: Reliability and Validity of an Instrument* (16) ha sido utilizado previamente en Latinoamérica en estudios similares al nuestro (17).

Para ponderar los conocimientos, se calificó cada cuestionario sobre 100%, según las respuestas acertadas correctamente y según el número de preguntas que tiene cada cuestionario, siendo el 0 la menor calificación y 100 la calificación máxima. Para considerar que el nivel de conocimientos es bueno, se debe obtener un mínimo de 60% en el total de la nota, de lo contrario se considera que el sujeto tiene bajos conocimientos. Al aplicar el Cuestionario PEACE-Q adaptado, es importante aclarar que las respuestas marcadas como “no sé” constituyen una respuesta incorrecta, de acuerdo con el manual de instrucciones de dicho instrumento.

Por la epidemia de Covid-19, se aplicó estos cuestionarios por medio de la herramienta digital **formularios de Google**, la cual fue enviada individualmente a los correos electrónicos de los participantes. A cada uno de los encuestados, se les invitó a resolver el cuestionario de forma voluntaria. Todos los datos se recolectaron de manera anónima.

### **2.7. Tipo de análisis de la información**

Se elaboró una base de datos en Excel y se realizó un análisis descriptivo. Se calcularon frecuencias y porcentajes. Estas respuestas se presentaron en tablas y gráficos. Posterior a ello, se utilizó para su análisis inferencial el software estadístico SPSS 23. La prueba que se utilizó para evaluar el nivel de conocimientos y su relación con las variables sociodemográficas fue Chi cuadrado. El valor de  $p < 0.05$  se consideró significativo.

### **2.8. Supuestos y riesgos**

Al realizar un análisis técnico de las posibles situaciones que impliquen riesgo para los participantes, se ha determinado que no existen dichos riesgos; pues, se trata de una investigación descriptiva, donde no se realizará ninguna intervención en los participantes.

Para poder garantizar la privacidad de los participantes en la presente investigación, se incluyó en el encabezado del instrumento de recolección, una cláusula de privacidad y confidencialidad de los datos.

### 3. CAPÍTULO 2: RESULTADOS

Se enviaron 230 encuestas y la participación fue del 100%. Al analizar las características de la población estudiada (tabla 1), el 41.7% de los participantes fueron menores de 30 años. En la relación entre hombres y mujeres, los porcentajes son similares. Respecto a la formación universitaria de los médicos, un 49% procedía de la Universidad de Cuenca, seguidos por la Universidad Católica con un 36.5%, la Universidad del Azuay con un 7,4% y otras universidades con un 7%. De los médicos participantes, un 35% tenía más de 10 años de experiencia y un 50% menos de 5 años de experiencia; además, de toda la serie, un 61% fueron residentes y el 39% tratantes. Respecto a la actividad asistencial, el 51.7% pertenecían a las áreas clínicas, un 22.6% a las áreas quirúrgicas y el 17.4% a las áreas pediátricas.

**Tabla 1. Características de los médicos encuestados.**

Características de la población		n	%
<b>Edad (años)</b>	<b>&lt; 30</b>	96	41.7
	<b>31 - 35</b>	54	23.5
	<b>36 - 40</b>	16	7.0
	<b>40 - 45</b>	44	19.1
	<b>&gt; 45</b>	20	8.7
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	114	49.6
	<b>Mujer</b>	116	50.4
<b>Experiencia como médico (años)</b>	<b>0 a 3</b>	47	20.4
	<b>3 a 5</b>	67	29.1
	<b>5 a 10</b>	36	15.7
	<b>&gt; 10</b>	80	34.8
<b>Institución de Formación</b>	<b>Universidad Católica de Cuenca</b>	84	36.5
	<b>Universidad de Cuenca</b>	113	49.1
	<b>Universidad del Azuay</b>	17	7.4
	<b>Otra</b>	16	7.0
<b>Cargo en el Hospital</b>	<b>Residente</b>	140	60.9
	<b>Tratante</b>	90	39.1
<b>Area de trabajo</b>	<b>Áreas clínicas</b>	119	51.7
	<b>Áreas quirúrgicas</b>	52	22.6
	<b>Áreas pediátricas</b>	40	17.4
	<b>Otras</b>	19	8.3

Al consultar a los médicos sobre sus conocimientos previos sobre bioética y cuidados paliativos (tabla 2), el 43.5% afirmó estar calificado para el manejo de cuidados paliativos, a pesar de que solo un 27% había participado en un programa de formación en este campo. De todas formas, el 99.6% considera necesario una mayor formación / actualización en cuidados paliativos. De los participantes, solo el 31% ha tenido algún tipo de formación en bioética, pero todos los encuestados concuerdan en la necesidad de poseer estos conocimientos, ya que les ayudaría a la toma de decisiones enfocadas en la bioética. La eutanasia resultó ser el dilema ético más frecuente, según los médicos entrevistados.

**Tabla 2. Formación y conocimientos previos de los médicos encuestados.**

<b>Formación y conocimientos previos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>¿Usted ha participado o está participando en un programa de formación en bioética?</b>	<b>Si</b>	72	31.3
	<b>No</b>	158	68.7
<b>¿Cree que sería necesario poseer conocimiento en este campo, para tomar decisiones éticas apoyadas en fundamentos de bioética?</b>	<b>Si</b>	230	100.0
<b>De los siguientes ítems. ¿Cuál considera que es el dilema ético más frecuente frente a tratamientos paliativos?</b>	<b>Eutanasia</b>	89	38.7
	<b>Respeto de las creencias religiosas</b>	29	12.6
	<b>Autonomía del paciente y su familia</b>	83	36.1
	<b>Tratamiento con efectos secundarios</b>	4	1.7
	<b>Principio de veracidad</b>	25	10.9
<b>¿Cree usted estar calificado para el tratamiento y manejo de los cuidados paliativos?</b>	<b>Si</b>	100	43.5
	<b>No</b>	130	56.5
<b>¿Usted ha participado o está participando en un programa de formación en cuidados paliativos?</b>	<b>Si</b>	62	27.0
	<b>No</b>	168	73.0
<b>¿Cree usted qué necesita una mayor formación / actualización en cuidados paliativos?</b>	<b>Si</b>	229	99.6
	<b>No</b>	1	0.4

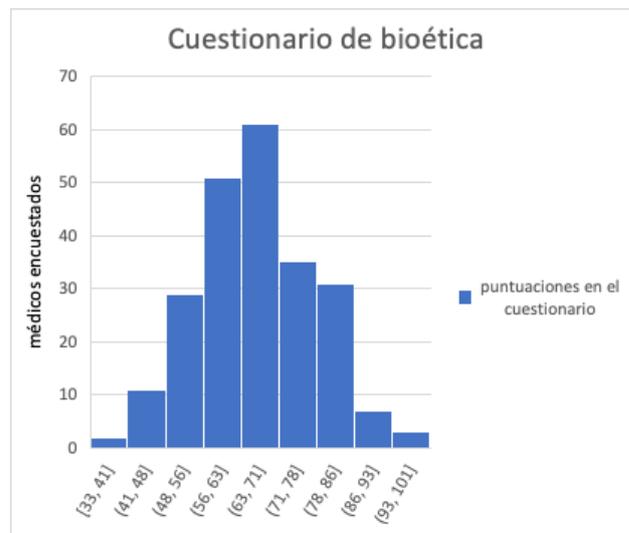
En la tabla 3 y en los gráficos 1 y 2 podemos observar los resultados generales de los cuestionarios. Al analizar los resultados del cuestionario de bioética, se objetivó que un 18% tiene buenos conocimientos y un 82% tiene pocos conocimientos en este campo; si bien, la media de puntuación en este cuestionario fue de 65.9%, podemos observar que solo un 25% de los encuestados tiene una puntuación superior a 75 (Q3).

Al aplicar el cuestionario PEACE-adaptado, los resultados fueron inferiores. La puntuación media fue de 50.6% y solo la cuarta parte de los encuestados obtuvieron una puntuación superior a 63%. En general se considera, que un 25% tiene buenos conocimientos y que un 75% tiene pocos conocimientos sobre cuidados paliativos.

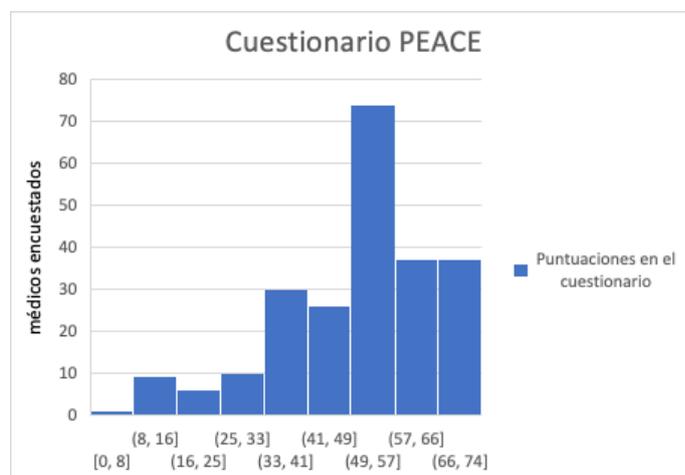
**Tabla 3. Distribución de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios.**

		<b>puntuación de conocimientos en cuidados paliativos (PEACE)</b>	<b>desviación estándar</b>	<b>puntuación de conocimientos en bioética</b>	<b>desviación estándar</b>
	<b>media</b>	50,6	14,2	65,9	13,1
<b>Cuartiles</b>	<b>Q1</b>	44,4		58,3	
	<b>Q2</b>	51,9		66,7	
	<b>Q3</b>	62,9		75	
	<b>Rango intercuartílico</b>	18,5		16,7	
	<b>Pocos conocimientos</b>	172	74,8	189	82,2
	<b>Buenos conocimientos</b>	58	25,2	41	17,8

**Ilustración 1. Distribución de las puntuaciones de conocimiento en bioética.**



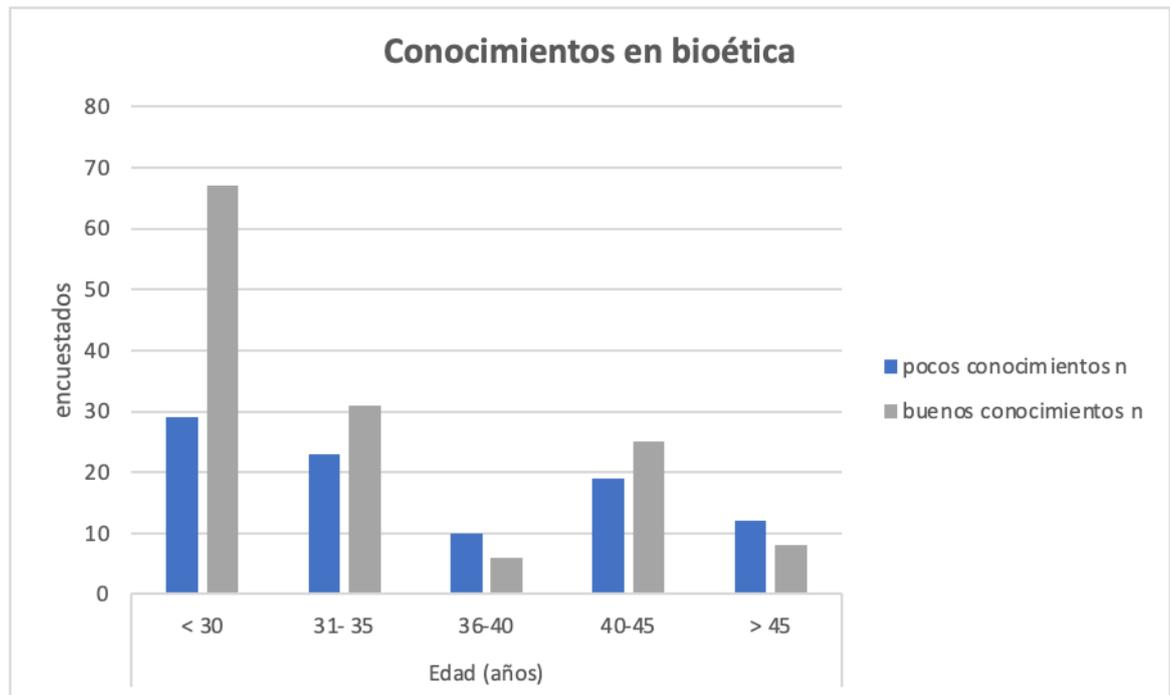
**Ilustración 2. Distribución de las puntuaciones de conocimientos en cuidados paliativos (PEACE).**



Al analizar el nivel de conocimientos en bioética con las variables sociodemográficas de los encuestados (tabla 4), obtuvimos que al considerar la edad de los participantes el valor de p fue de 0,029. Como se puede observar en la tabla 4 y en el grafico 3, los médicos con buenos conocimientos son: en menores de 30 años el 69,8%, en el rango de 31 a 35 años el 57,4%, entre 40 a 45 años el 56,8% y en mayores a 45 años el 40%.

**Tabla 4. Conocimientos de bioética en relación con las características de los encuestados.**

variables		Conocimientos en bioética				Total	p valor
		pocos conocimientos		buenos conocimientos			
		n	%	n	%		
Edad (años)	< 30	29	30,2	67	69,8	96	0,029
	31- 35	23	42,6	31	57,4	54	
	36-40	10	62,5	6	37,5	16	
	40-45	19	43,2	25	56,8	44	
	> 45	12	60,0	8	40,0	20	
Total		93	40,4	137	59,6	230	
Sexo	Hombre	44	38,6	70	61,4	114	0,573
	Mujer	49	42,2	67	57,8	116	
Total		93	40,4	137	59,6	230	
Años de experiencia como médico	0 a 3	20	42,6	27	57,4	47	0,114
	3 a 5	19	28,4	48	71,6	67	
	5 a 10	17	47,2	19	52,8	36	
	> 10	37	46,3	43	53,8	80	
Total		93	40,4	137	59,6	230	
Institución de formación	Universidad Católica de Cuenca	34	40,5	50	59,5	84	0,869
	Universidad de Cuenca	44	38,9	69	61,1	113	
	Universidad del Azuay	7	41,2	10	58,8	17	
	Otra	8	50,0	8	50,0	16	
Total		93	40,4	137	59,6	230	
Cargo en el Hospital	Residente	52	37,1	88	62,9	140	0,205
	Tratante	41	45,6	49	54,4	90	
Total		93	40,4	137	59,6	230	
Area de trabajo	Areas Clínicas	41	34,5	78	65,5	119	0,079
	Areas Quirúrgicas	22	42,3	30	57,7	52	
	Areas Pediátricas	23	57,5	17	42,5	40	
	Otra	7	36,8	12	63,2	19	

**Ilustración 3. Conocimientos de bioética y edad.**

A continuación, se describirán los resultados de la tabla 5, en relación con el análisis de los conocimientos en cuidados paliativos y las características de la población. Es importante señalar que en todas las variables estudiadas la proporción de quienes tienen pocos conocimientos es superior y en algunas variables de forma considerable, a aquellos que tienen buenos conocimientos, coincidiendo con los resultados de la tabla 3.

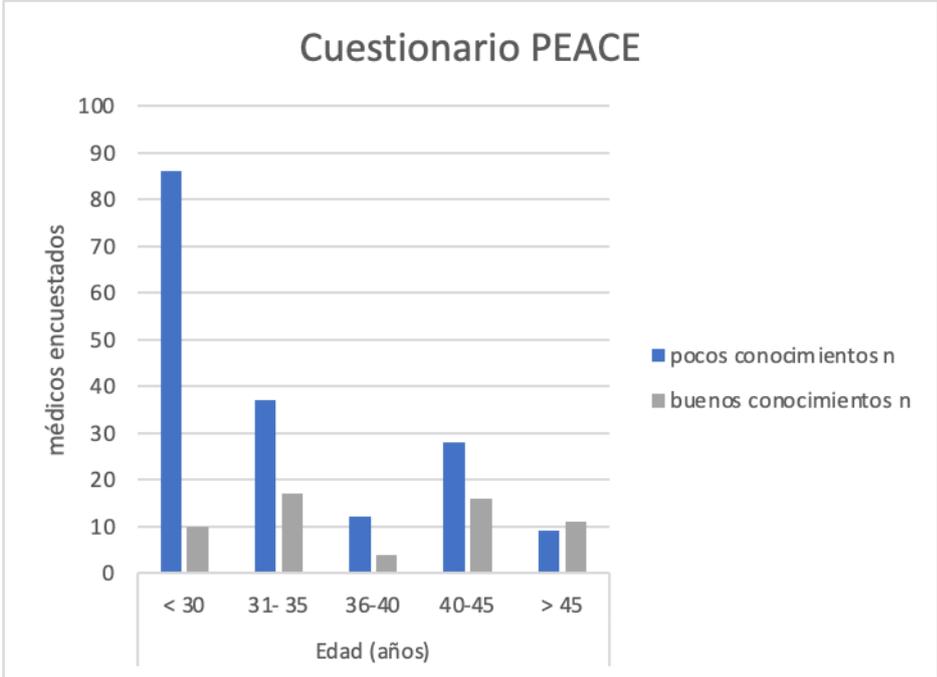
Cuando se analizó la variable sexo (gráfico 9), el porcentaje entre los dos grupos fue muy similar, y el valor de p superior a 0,05. Al evaluar la institución de formación de los médicos (gráfico 8), el porcentaje de médicos con pocos conocimientos fue mayor en la Universidad del Azuay, pero el valor de p en fue superior a 0,05. Por otro lado, al evaluar edad y en los años de experiencia de los médicos, el valor de p fue de 0.0001 en ambos casos (gráficos 4 y 5). En relación con la edad observamos que en menores de 30 años el 89,6% tienen pocos conocimientos, mientras que en mayores de 45 años esta cifra desciende al 45%. Si tomamos la experiencia como médicos, podemos ver que en médicos de 0 a 3 años de experiencia solo un 17% tienen buenos conocimientos, sin embargo, en el grupo de más de 10 años de experiencia este valor asciende a 38,8%.

Cuando se evaluó el cargo que desempeña el médico en el hospital, se observó que el 12,9% de los residentes tienen buenos conocimientos, cifra que asciende al 44,4% en los médicos tratantes, con una  $p=0.0001$  (gráfico 6). Finalmente, al evaluar las distintas áreas de atención, en las áreas clínicas el 31,1% tienen buenos conocimientos, con descenso de este valor en las áreas quirúrgicas con un 21,2% y por último en las áreas pediátricas con un 10%, el valor de p fue de 0.047 (gráfico 7).

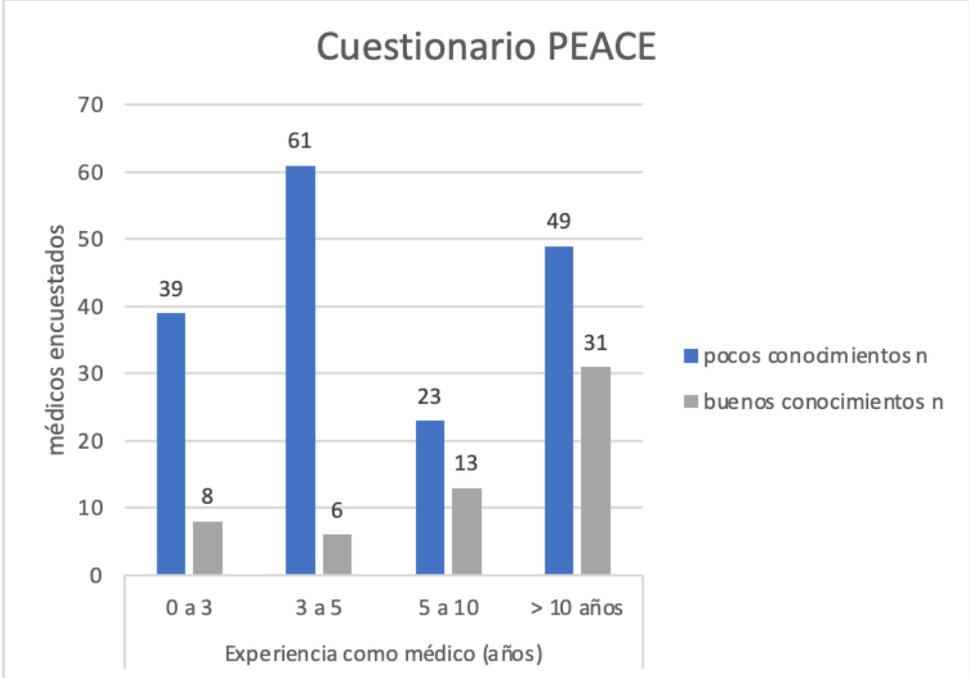
**Tabla 5. Conocimientos de cuidados paliativos (cuestionario PEACE) en relación con las características de la población estudiada.**

variables		Conocimientos en cuidaos paliativos (PEACE)				Total	p valor
		pocos conocimientos		buenos conocimientos			
		n	%	n	%		
Edad (años)	< 30	86	89,6	10	10,4	96	0,0001
	31- 35	37	68,5	17	31,5	54	
	36-40	12	75,0	4	25,0	16	
	40-45	28	63,6	16	36,4	44	
	> 45	9	45,0	11	55,0	20	
Total		172	74,8	58	25,2	230	
Sexo	Hombre	88	77,2	26	22,8	114	0,404
	Mujer	84	72,4	32	27,6	116	
Total		172	74,8	58	25,2	230	
Experiencia como médico (años)	0 a 3	39	83,0	8	17,0	47	0,0001
	3 a 5	61	91,0	6	9,0	67	
	5 a 10	23	63,9	13	36,1	36	
	> 10 años	49	61,3	31	38,8	80	
Total		172	74,8	137	59,6	230	
Institución de formación	Universidad Católica de Cuenca	65	77,4	19	22,6	84	0,41
	Universidad de Cuenca	80	70,8	33	29,2	113	
	Universidad del Azuay	15	88,2	2	11,8	17	
	Otra	12	75,0	4	25,0	16	
Total		172	74,8	58	25,2	230	
Cargo en el Hospital	Residente	122	87,1	18	12,9	140	0,0001
	Tratante	50	55,6	40	44,4	90	
Total		172	74,8	58	25,2	230	
Area de trabajo	Areas Clínicas	82	68,9	37	31,1	119	0,047
	Areas Quirúrgicas	41	78,8	11	21,2	52	
	Areas Pediátricas	36	90,0	4	10,0	40	
	Otra	13	68,4	6	31,6	19	
Total		172	74,8	58	25,2	230	

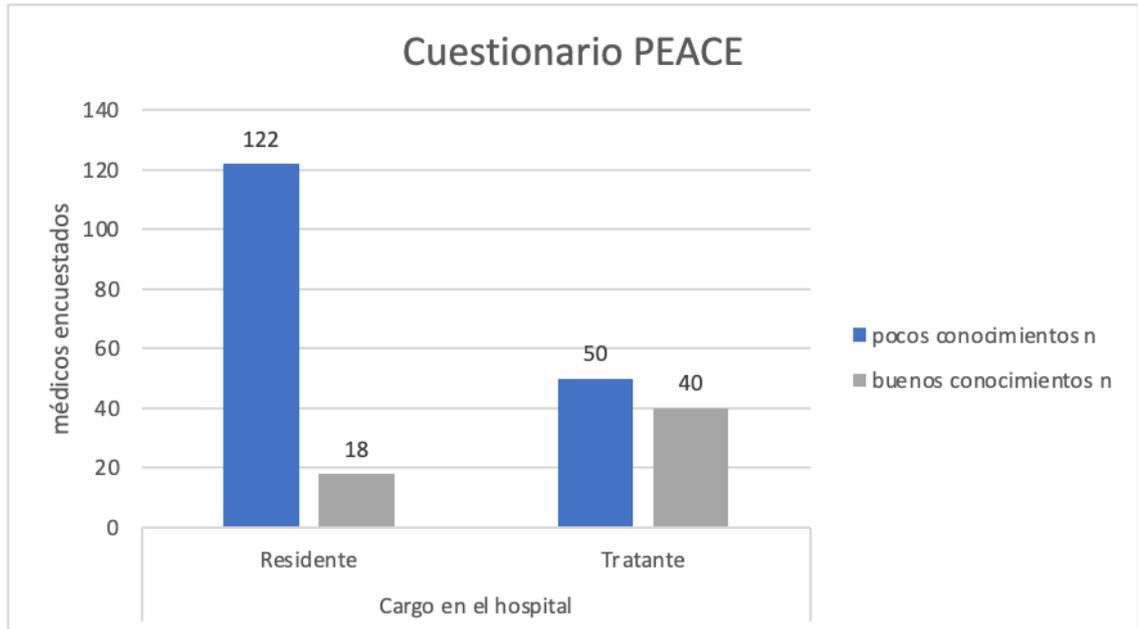
**Ilustración 4. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con la edad de los médicos encuestados.**



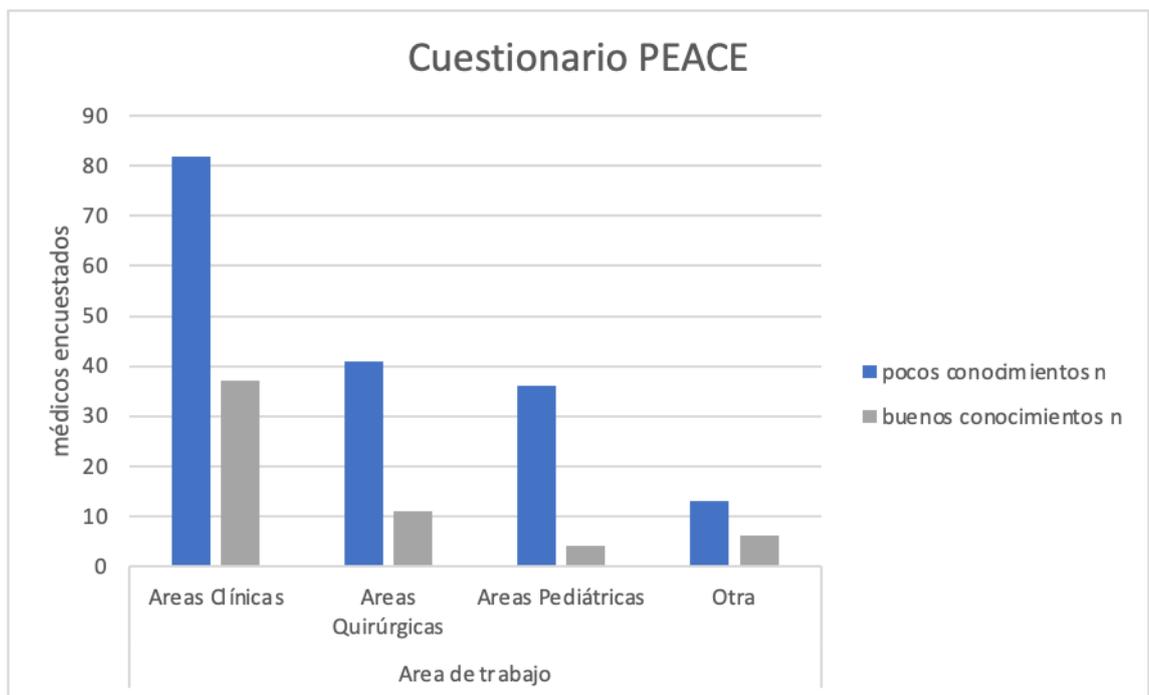
**Ilustración 5. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con la experiencia como médicos en años.**



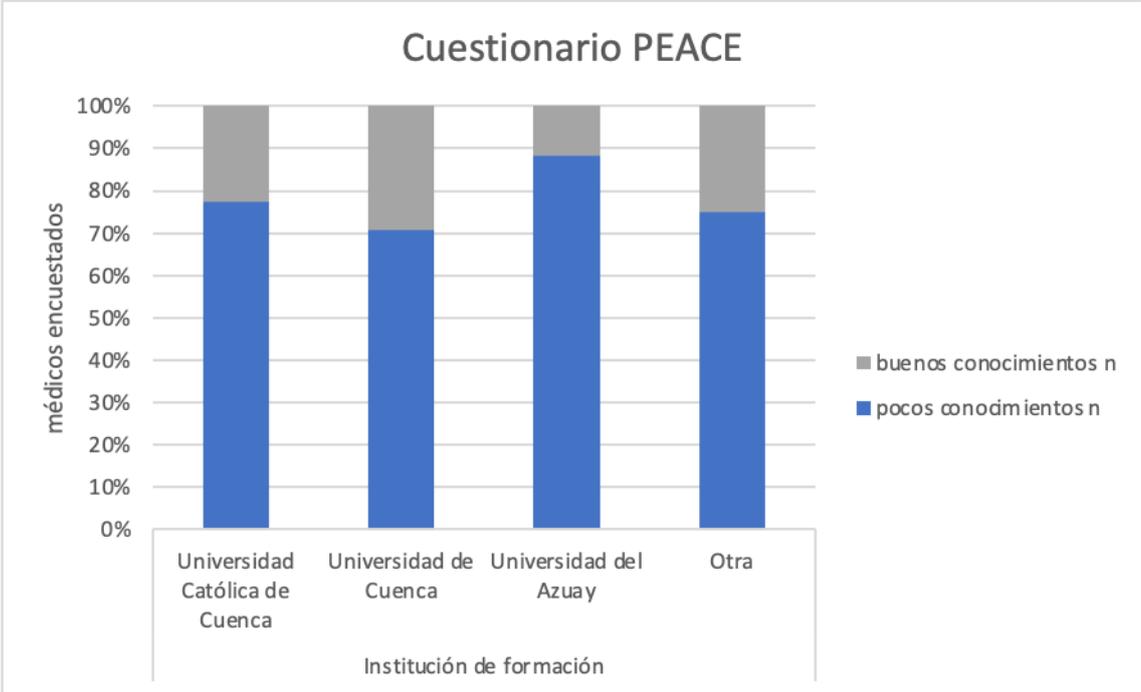
**Ilustración 6. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con el cargo que desempeña en el hospital.**



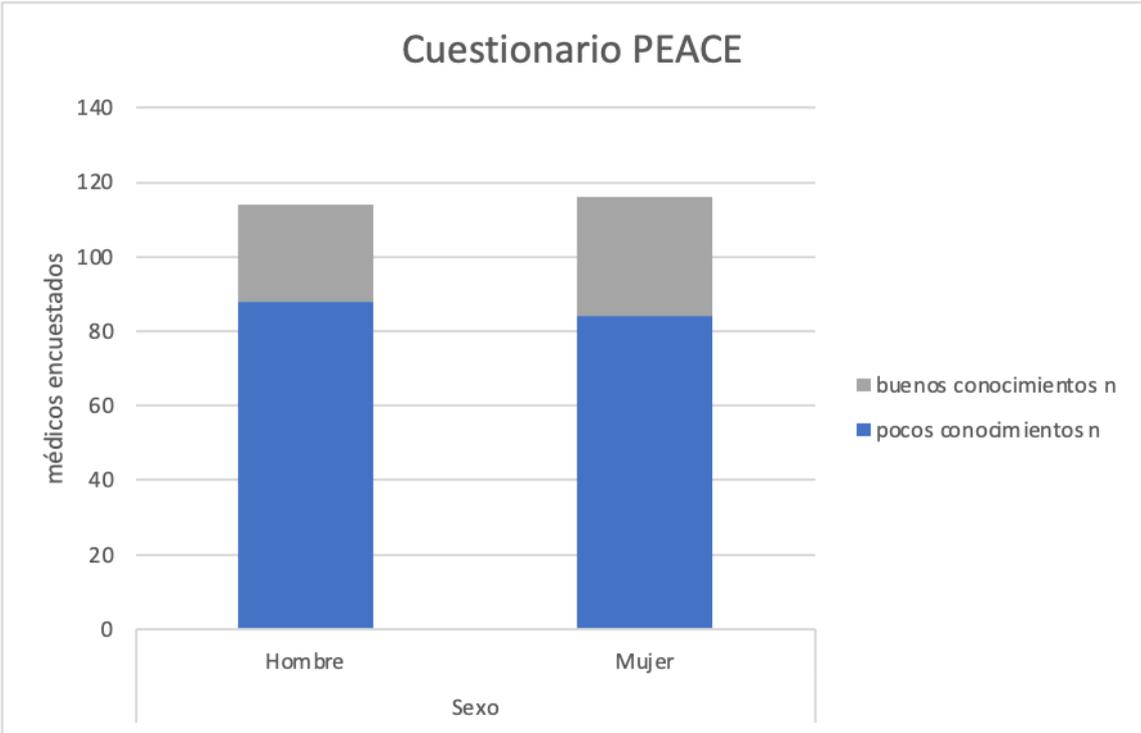
**Ilustración 7. Conocimiento de cuidados paliativos en relación con el área de trabajo en el hospital.**



**Ilustración 8. Conocimiento de cuidados paliativos en relación con la universidad de formación de pregrado.**



**Ilustración 9. Conocimientos de cuidados paliativos en relación con el sexo de los médicos encuestados.**



#### 4. CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue mostrar el nivel de conocimientos sobre bioética y cuidados paliativos en un hospital de tercer nivel. El hospital en cuestión es un centro de referencia de la región, en donde frecuentemente ingresan pacientes gravemente enfermos o con enfermedades no curables, por lo tanto, existe mayor posibilidad de que sean susceptibles de requerir cuidados paliativos. Por este motivo consideramos que fue un buen escenario para realizar este estudio.

El hallazgo principal del estudio fue, que los médicos participantes tienen un conocimiento insuficiente en bioética y en cuidados paliativos, probablemente esto es debido, a la falta de programas de posgrado en esta área en la región e incluso en el país. En general, en este trabajo demostramos que los conocimientos en cuidados paliativos son limitados, lo cual está en concordancia con lo publicado en 2014, en la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, la primera que trató sobre los cuidados paliativos. En esta asamblea se reconoció la limitada disponibilidad de servicios de cuidados paliativos en buena parte del mundo, así como, el enorme sufrimiento de millones de pacientes y sus familias que podría evitarse si se brindase este servicio. Se hizo énfasis en la necesidad de crear o reforzar, según proceda, sistemas de salud que incluyan la asistencia paliativa como componente integral del tratamiento de las personas en la totalidad del proceso asistencial. De los nueve puntos que recomendó a los Estados Miembros a realizar, el cuarto se relacionaba en incluir los cuidados paliativos como componente integral dentro de los programas de educación continua y formación, ofrecidos al personal de salud (17).

En nuestro estudio, en primer lugar, se buscó conocer los conocimientos previos en bioética y cuidados paliativos. De los médicos encuestados, el 68.7% afirmaron no haber participado en un programa de formación en bioética, mientras que todos los encuestados reconocieron la importancia de poseer estos conocimientos para su práctica diaria. Estos resultados son similares a los expuestos por otros investigadores, quienes evaluaron las actitudes bioéticas de los médicos y observaron que solo un 24% tenían formación en esa área (18). Otro grupo (19), en su trabajo sobre investigación científica y su inclusión en las ciencias de la salud, preguntó a los participantes sobre la importancia de la disciplina de bioética en la carrera de medicina, solo un 2% la consideraba innecesaria y el 98% destacó su importancia. Otro estudio en la misma línea (20), interrogó a estudiantes de medicina y médicos, aquí se pudo conocer que el 87.7% consideró imprescindible tener en cuenta los aspectos éticos en el ejercicio de su profesión, ya que afirmaron que la formación en bioética puede ser necesaria para enfrentar conflictos en su carrera profesional.

Cuando se les consultó acerca de sus conocimientos en cuidados paliativos, el 43.5% afirmó estar cualificado para el manejo de cuidados paliativos, a pesar de ello, solo un 27% había participado en un programa de formación en esta rama; sin embargo, el 99.6% consideró necesaria una mayor formación o actualización en cuidados paliativos. Como podemos observar, el personal de salud en su mayoría reconoce no estar capacitado para un manejo integral de los cuidados paliativos. Estos resultados ya han sido publicados previamente, en un estudio sobre el manejo de cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario (21). En este trabajo, el 78% de los encuestados afirmaron que no recibieron formación suficiente sobre los cuidados paliativos durante la formación de grado, mientras que, el 70% no se siente preparado para el manejo de pacientes en cuidados paliativos (21). En otro estudio similar, el 86% de los médicos entrevistados afirmaron conocer “bastante o regular” el significado de los cuidados paliativos, pero solo un 3.8% se consideraron formados en cuidados paliativos (22).

La eutanasia ha constituido un tema controversial dentro del campo médico durante décadas. En esta investigación lo pudimos constatar, ya que resultó ser el dilema ético más frecuente según los médicos entrevistados. En otras investigaciones (23), la eutanasia tiene un papel preponderante en la tradición deontológica en medicina, donde se la ha colocado por fuera de los estándares éticos de la profesión y en el caso de los enfermos terminales, el médico asume únicamente el rol de la asistencia del paciente, ayudándolo a morir dignamente acorde con sus propios valores. Este tema ha sido debatido en varias legislaciones y sigue aún en revisión por comités de bioética de varios países e instituciones. Otro aspecto importante sobre todo en Latinoamérica, son las creencias religiosas de los pacientes y su familia. En este aspecto, el 94.4% de los médicos respondió respetarlas al momento de tomar decisiones en los cuidados paliativos. Ya han sido publicados trabajos en esta línea (24), en donde se analizan la espiritualidad y la bioética, se considera importante la espiritualidad dentro de la relación médico-paciente e involucra al médico en las creencias de sus pacientes, como única forma de contribuir a una mejor toma de decisiones clínicas.

Al analizar los resultados del cuestionario de bioética, se objetivó que el 18% de los encuestados tenían buenos conocimientos y el 82% conocimientos insuficientes en este campo; estos datos pueden compararse con otras publicaciones (24), donde solo un 12% de los médicos entrevistados respondieron adecuadamente los problemas propuestos en un cuestionario validado de bioética (24). Nuestro resultado, aparte de ser preocupante, insta al personal sanitario en contacto con estos enfermos, a mejorar su formación en esta área; y a las autoridades sanitarias y universitarias a brindar herramientas para la capacitación de estos profesionales.

En nuestro trabajo, la edad se asoció con el nivel de conocimientos en bioética, donde los menores de 30 años tenían mejores conocimientos que los otros grupos etarios, esto puede deberse a una mayor actualización y acceso a la formación continua presencial o en plataformas digitales. Otra investigación (13), analiza los modelos educativos formales y no formales del contexto salud, donde estas herramientas son utilizadas mayoritariamente por profesionales jóvenes que continúan con el proceso de formación profesional y humanística, seleccionando un conocimiento apropiado obtenido de fuentes confiables y serias de la asignatura de bioética, necesaria para la formación integral del equipo profesional que lidera el fortalecimiento de la salud.

Al aplicar el cuestionario de conocimientos en cuidados paliativos, los resultados fueron inferiores en relación con el cuestionario de bioética. En el estudio se encontró, que solo una cuarta parte de los participantes tenían buenos conocimientos en esta área. Estos resultados son comparables con los de otros autores (13), donde se obtuvo que solo el 28.5% de los profesionales de la salud, tuvo conocimientos generales en cuidados paliativos y concluyeron que estos profesionales evaluados requieren capacitación integral en cuidados paliativos con un enfoque bioético para la atención digna y humana del paciente terminal.

Al evaluar los conocimientos en cuidados paliativos en relación con las características de los médicos entrevistados, se encontraron diferencias en la edad y en los años de experiencia de los médicos, donde se observa que, a más edad y experiencia, se adquieren más conocimientos. En la misma línea se observó que los residentes tienen menos conocimientos en relación con los tratantes. Sin duda, la experiencia por simple lógica permite que se adquieran más conocimientos; pero, lo que llama la atención, es que si bien, a más edad más conocimientos, en todos los grupos etarios los conocimientos en cuidados paliativos siguen siendo insuficientes. En varios estudios podemos encontrar resultados comparables, en uno se observó que los médicos tratantes tienen mejores conocimientos que los residentes (26); y en otro, que los residentes de cirugía adquieren más conocimientos según avanzan en la residencia (24). De todas formas, en estas investigaciones aquí expuestas, al igual que en nuestro estudio, los conocimientos en cuidados paliativos siguen siendo limitados para las necesidades de nuestra población.

En nuestra investigación también encontramos diferencias en los conocimientos en cuidados paliativos y las distintas áreas de atención hospitalaria, donde las áreas clínicas tenían un mayor conocimiento, seguidas por las áreas quirúrgicas y finalmente las áreas pediátricas. Probablemente esto se debe a la experiencia (en número de pacientes) en cuidados paliativos que se manejan en cada una de estas áreas. Si bien, no hemos podido observar esta comparación en otros artículos, si tenemos datos de publicaciones acerca del manejo pediátrico, los cuales están alineados con nuestros resultados, donde los

conocimientos en cuidados paliativos son deficientes y los profesionales necesitan una mayor formación (26).

No es realista esperar, que con aumentar el número de especialistas en cuidados paliativos se vayan a satisfacer las necesidades emergentes. Existe una mayor probabilidad, de que la solución se obtenga a través de la expansión del conocimiento y de las capacidades de los profesionales de la salud en general, por lo cual, se hace necesario conocer el nivel de conocimientos del personal ya referido, para que a partir de esto, se establezcan programas bien delineados de capacitación-acción, que permitan mejorar la calidad de vida y el bienestar del enfermo crónico-degenerativo o en estado terminal; así como, proporcionar apoyo a su familia, que frecuentemente se siente desprotegida y sin el conocimiento suficiente para enfrentar la enfermedad.

La Bioética es un campo interdisciplinario en expansión constante ante las contradicciones, conflictos y dilemas que se generan con el desarrollo y la innovación en distintas vertientes del conocimiento y la tecnología (27). De igual manera, los cuidados paliativos consisten en un campo activo e integral diseñado para mejorar la calidad de vida, del paciente sin posibilidad de curación y sus familias, mediante una evaluación y un tratamiento adecuado para aliviar el dolor y los síntomas de la etapa avanzada de una enfermedad, proporcionar apoyo psicosocial y espiritual en todas las etapas, desde el diagnóstico de una enfermedad incurable hasta el período de duelo familiar (28) (29).

### **Limitaciones del estudio**

Debido a que no existe en la literatura médica, un instrumento validado en español que evalúe el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos que tiene el personal de salud, se utilizó un cuestionario de origen japonés, validado y aceptado internacionalmente; somos conscientes que será necesario validar dicho instrumento en nuestro idioma, si se pretende utilizarlo en estudios de intervención relacionados con cursos de capacitación sobre el tema.

## 5. CONCLUSIÓN

- Existe un bajo nivel de conocimientos acerca de los problemas éticos y sobre el manejo de los cuidados paliativos por parte de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga.
- La edad es la única variable que influyó en los conocimientos de bioética, a menor edad, mayores conocimientos presentó la población estudiada.
- Al evaluar los conocimientos en el manejo de los cuidados paliativos se observó: a mayor edad y experiencia laboral se tienen mayores conocimientos; los médicos residentes tienen menos conocimientos que los tratantes; y en las áreas clínicas se tiene un mayor conocimiento, seguidas por las áreas quirúrgicas y las pediátricas sucesivamente.
- Es necesario implementar un programa formal de formación de posgrado en bioética y en cuidados paliativos, para tratar de disminuir las necesidades encontradas en nuestro estudio.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales JA, Nava G, Esquive J, Díaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias de la Salud Área Académica de Medicina Área Académica de Farmacia. 2011.14–38 p.
2. Bátiz, J., Loncán, P. Problemas éticos a final de la vida. Gaceta Médica de Bilbao. 2006;103(2):41-45. Disponible en : <https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>.
3. Gómez-García M. La bioética en los cuidados paliativo. Universidad De Cantabria: Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla.” 2014.
4. Cárdenas I. Cuidados al fin de la vida en geriatría. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2015; 26(4):315–21.
5. Ribera-Casado J. Geriatría y cuidados paliativos: algunas reflexiones. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(2):89–93.
6. Gorchs Font N, Espauella Panicot J. Formación de cuidados paliativos en Geriatría. “De profesor a facilitador”. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1999;34(92):9253–8.
7. Slachevsky CA, Abusleme MT, Arenas-Massa A. Cuidados paliativos en personas con demencia severa: reflexiones y desafíos. Revista médica de Chile. 2016;(1):94-101.
8. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de mama metastásico: Cuidados paliativos. [Internet]. 2019 [Consultado 2020 Sep 27]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-mama-metastásico/cuidados-paliativos>.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Un nuevo informe de la OMS impulsa los esfuerzos por abordar las principales causas de mortalidad urbana [Internet]. 2019 [Consultado 2020 Sep 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/new-who-report-to-bolster-efforts-to-tackle-leading-causes-of-urban-deaths>.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Noncommunicable Diseases Progress Monitor [Internet]. 2017. (Consultado el 26 de diciembre de 2018) disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=2976DC6D3812F92F1C0C4C0C4AD0BFCC?sequence=1>
11. Ministerio de Salud Pública (MSP). Cifras de Ecuador – Cáncer de Mama. [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Sep 27]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/cifras-de-ecuador-cancer-de-mama>.
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Diabetes y enfermedades hipertensivas entre las principales causas de muerte en el 2013. Ecuador en cifras. [Internet]. 2013 [Consultado 2020 Sep 27]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-y-enfermedades-hipertensivas-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-el-2013>.
13. Trujillo-De los Santos Z, Paz-Rodríguez F, Sánchez- Guzmán MA, Nava-Galán G, Zamora-Ruiz P, García-Pastrana C, et al. Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud, ante la muerte y el trabajo emocional. Revista Mexicana de Neurociencia. 2013;14(1):8-13.
14. Carrasco JM. Atención al final de la vida y cuidados paliativos en España. Otro reto para la salud pública. [Internet]. 2017. [Consultado 2020 Sep 27]. Disponible en: <http://repisalud.isciii.es/handle/20.500.12105/7470>.
15. Zamora-Muñoz MJ, Priego-Valladares M, Van-der-Hofstadt-Román CJ, Portilla-Sogorb J, Rodríguez-Marín J. Malestar emocional de pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital. Medicina Paliativa. 2018;25(3):191–4. DOI: 10.1016/j.medipa.2017.03.006 \*
16. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The Palliative Care Knowledge Questionnaire for PEACE: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. Journal of Palliative Medicine. 2013,16(11):1423-1428. <http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0112>.
17. Asamblea Mundial de la Salud (AMS). Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (No. WHA67. 19). 2014.

- [Consultado 2020 Sep. 27] Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-sp.pdf?ua=1).
18. Medina-Zarco LE, de-la-Cruz-Casas AM, Sánchez-Santaella ME, González-Pedraza-Avilés A. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2012; 17(2):109-114.
  19. Del Castillo-Salazar D, Rodríguez-Abrahantes T. La ética de la investigación científica y su inclusión en las ciencias de la salud. *Acta Medica del Centro*. 2018;12(2):213-227.
  20. Becerril EH, Coffin-Cabrera N, Medina CM, De-Lourdes M, Rentería J, Sierra AV. Hacia una bioética médica: ¿Vocación o formación?. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2015;13(4):18.
  21. da-Conceição V, de-Castro-Vasconcelos C, Coutinho-Leal-Telino J, Barros-Guedes V, Machado-Pimentel M. Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario. *Rev bioét*. 2019;27(1):134–76.
  22. Sánchez-Holgado J, Gonzalez-Gonzalez J, Torijano-Casalengua ML. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Rev Semergen*. 2016;42(1):19–24.
  23. Rodríguez-Almada H, González-González D. La eutanasia en debate. *Revista Médica del Uruguay*. 2019;35(3):1-4.
  24. Velázquez-Aviña J, Pulido-Cejudo A, Ruíz-Suárez M, Hurtado-López LM. Medición del conocimiento de bioética en residentes y médicos de base de cirugía general del Hospital General de México. *Cir Gen*. 2011;33(4):248–54.
  25. Bettazzoli N. A didactic model for teaching bioethics: didactic constructivism and narrative imagination. The co-construction of critical judgments, narration, and representation of emotions and feelings. *Procedia-Social and behavioral sciences*. 2015;174:2174-2183. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.02.018>.
  26. Mota-Hernández R, Paredes-Téllez MA, Rivas-Ruiz R. Conocimiento de cuidados paliativos pediátricos del personal de salud de un hospital de tercer nivel Villanueva-García. *Revista Conamed*. 2017;22(4): 179-184.
  27. Fernández-Espíndola M, Martins-Rodríguez A, Sousa-Holme-Machado KM, Sá Fortes-Silva-Gebrim AP, Silva-Frota R. Bioética e cuidados paliativos. In *Congresso Interdisciplinar-ISSN: 2595-7732*. 2017. <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/cifaeg/article/view/486>.
  28. Garrido de-Andrade C, Geraldo da-Costa SF, Limeira-López ME. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2523-2530. <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/2523-2530/>
  29. De-Oliveira JR, Ferreira AC, De-Rezende NA, De-Castro LP. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2016;(3):364–73.

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Características sociodemográficas y cuestionario ad hoc sobre conocimientos en bioética en relación con los cuidados paliativos.

#### Cláusula de Confidencialidad y Privacidad

La información del presente estudio de investigación es confidencial y todos los derechos a la misma que serán divulgados al equipo investigador, permanecerán como propiedad de este equipo. El equipo investigador tiene la obligación de salvaguardar esta información. Además, tendrá derecho sobre la información para poder utilizarla con fines de docencia o investigación, ya sea en el presente estudio o en estudios posteriores relacionados o derivados del mismo.

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos será totalmente privada. Solamente el equipo investigador tendrá acceso a todos sus datos que se recogerán ANONIMIZADOS, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni número de cédula.

Con todo lo expuesto anteriormente, ¿está de acuerdo en participar en el presente estudio?

Si\_                      No\_

<b>Edad (años)</b>	
<30	—
31-35	—
36-40	—
40-45	—
>45	—
<b>Sexo</b>	
Hombre	—
Mujer	—

<p><b>Años de experiencia como médico</b></p> <p>0-3 años    —</p> <p>3-5 años    —</p> <p>5-10 años   —</p> <p>&gt;10 años   —</p>
<p><b>Institución de formación</b></p> <p>Universidad Católica de Cuenca _</p> <p>Universidad de Cuenca           —</p> <p>Universidad del Azuay           —</p> <p>Otra                                   —</p>
<p><b>Residente</b>    —</p> <p><b>Tratante</b>     —</p> <p><b>Área de especialidad en la que trabaja</b></p> <p>Área Clínicas    —</p> <p>Área Quirúrgica —</p> <p>Área Pediátrica —</p> <p>Otra               —</p>
<p><b>Especifique su especialidad</b>  —</p> <p><b>Sin área de especialización</b>  —</p>

1.- ¿Cree que usted está calificado para el tratamiento y manejo de los cuidados paliativos?

Si\_\_ No\_\_

2.- ¿Usted ha participado o está participando en un programa de formación en bioética?

Si\_\_ No\_\_

3.- ¿Usted ha participado o está participando en un programa de formación en cuidados paliativos?

Si\_\_ No\_\_

**4.- ¿Cree usted de que necesita una mayor formación/actualización en cuidados paliativos?**

Si\_\_ No\_\_

**5.- ¿Cree que sería necesario poseer conocimiento en este campo para tomar decisiones éticas apoyadas en fundamentos de Bioética?**

Si\_\_ No\_\_

**6.- De los siguientes ítems. ¿Cuál considera que es el dilema ético más frecuente frente a tratamientos paliativos?**

- a) Eutanasia \_\_
- b) Respeto a las creencias religiosas \_\_
- c) Autonomía del paciente y su familia \_\_
- d) Tratamientos con efectos secundarios \_\_
- e) Principio de veracidad \_\_

**7.- ¿Qué principios éticos aplica o aplicaría en cuidados paliativos?**

- a) Justicia \_\_
- b) Autonomía \_\_
- c) No maleficencia \_\_
- d) Beneficencia\_\_
- e) Todos\_\_
- f) No tengo claro sus definiciones\_\_

**8.- ¿Respetas las creencias religiosas del paciente y su familia cuando toma decisiones en cuanto a los procedimientos paliativos en la fase final de la vida?**

Si\_\_ No\_\_

**9.- ¿Es lo mismo eutanasia que sedación en un paciente paliativo?**

Si\_\_ No\_\_

**10.- Si su paciente o la familia le proponen la posibilidad de aplicar la eutanasia activa ante el sufrimiento en la etapa final de la vida ¿Lo consideraría como posibilidad?**

Si\_\_ No\_\_

**11.- Para usted la calidad de vida en un paciente paliativo significa:**

- a) Disminuir el sufrimiento.
- b) Poseer todo lo necesario para vivir dignamente.
- c) Estar con la familia en estado de armonía.

d) Otro: \_\_\_\_\_

**12.- ¿En qué casos recomendaría sedar al paciente?**

- a) Cuando los analgésicos no cumplen su función y la enfermedad está muy avanzada.
- b) En el momento que el paciente lo solicite.
- c) Cuando existe demasiada intranquilidad por parte de la familia.
- d) No estoy de acuerdo con la sedación.
- e) Otro: \_\_\_\_\_

**13.- Como profesional cuándo se hace necesario la toma de una decisión en un paciente cerca del final de la vida le da prioridad:**

- a) A las exigencias de la familia.
- b) Al bienestar del paciente.
- c) Piensa en aspectos legales.
- d) Al código deontológico.
- e) Otro: \_\_\_\_\_

**14.- Cuando proporciona cuidados paliativos a un paciente en la etapa final de la vida ¿Qué le preocupa más?**

- a) La persona humana y su dignidad.
- b) La angustia que padece ante el medio a morir.
- c) Respetar su autonomía.
- d) El sufrimiento de la familia.
- e) Otro: \_\_\_\_\_

**15. El principio de doble efecto consiste en:**

- a) Intervenciones que al producir un bien tienen el riesgo de provocar, en forma secundaria, una reacción negativa.
- b) Obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.
- c) Procurar que el paciente tenga una muerte digna.
- d) No sé lo que significa.
- e) Otro: \_\_\_\_\_

**16. Un paciente previo a su muerte le confiesa que no solo tiene cáncer sino que de base se le diagnosticó SIDA hace 2 años. Él pide que no diga nada a su esposa aún al morir él. Como profesional y sabiendo que la esposa tiene riesgos de padecer la enfermedad y no ser tratada a tiempo usted decide:**

- a) Callar el secreto para siempre.
- b) Esperar a que muera para reunir a la esposa y un equipo interdisciplinar para comunicárselo.
- c) Se lo dice antes de que el paciente muera para que haya tiempo de resolver el dilema entre ellos. sin consentimiento del paciente.
- d) Trabajaría intensamente con el paciente para tratar de ayudarlo a platicar de este problema previo a su muerte.
- e) Consultar a un especialista en Bioética.
- f) No le importaría cualquiera de las respuestas.

**17. En la práctica diaria de Cuidados Paliativos ocurre la oposición de la familia a comunicar al ser querido su estado avanzado de enfermedad. La postura suya sería:**

- a) Respetar la decisión de la familia.
- b) Considerar. sobre todo. los derechos del paciente al principio de veracidad.
- c) Utilizaría una técnica que proteja al moribundo (comunicación progresiva. parcial en un principio y de acuerdo con respuesta a la terapia familiar continuar con más información) y a la vez que prevenga un posible dilema familiar durante el duelo.
- d) Consultar a un especialista en Bioética.

**18. Usted es consultado por el personal de Cuidados Intensivos sobre un paciente con insuficiencia renal, cardíaca y pulmonar, infección de difícil control, anomalías de coagulación (facilidad de sangrado) y daño cerebral. El paciente se encuentra intubado y la familia pide desconexión del ventilador.**

- a) Esto es eutanasia y considera rotundamente fuera de su alcance actuar haciendo esta medida.
- b) No tendría dilema el retirar de forma inmediata el tubo endotraqueal.
- c) No lo retiraría. pero recomendaría dar exclusivamente medidas proporcionadas. retirando: cualquier medicamento que mantenga la función cardíaca y presión arterial. retiraría antibióticos. alimentación parenteral. Continuaría parámetros del ventilador a niveles fisiológicos. aunque esto cause desaturación y continuaría sedación y analgesia.
- d) Consultar a un especialista en Bioética.
- e) Otro: \_\_\_\_\_

**Anexo 2. Cuestionario PEACE-Q adaptado.**

ITEMS	SI	NO	NC
<b>FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS</b>			
1. Los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.			
<b>DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS</b>			
2. Cuando el dolor es intenso se utiliza como analgésico inicial uno de los medicamentos del tercer paso de la escala de alivio del dolor de la OMS.			
3. Cuándo se prescriben opiáceos inicialmente. ¿Se deben suspender todos los analgésicos no opiáceos?			
4. La morfina se utiliza de manera segura en un paciente con insuficiencia renal.			
5. La dosis de rescate de opiáceo es el 5% de la dosis diaria total.			
6. Debido a que la tolerancia no ocurre para la náusea inducida por opiáceos se debe prescribir un antiemético para todos los pacientes.			
7. La dosis total de opiáceos diarios aumenta en un 10% si no se alivia el dolor.			
8. Se debe considerar la rotación o el cambio de opiáceos cuando sea difícil aumentar la dosis de opiáceos debido a un efecto adverso.			
9. Alrededor del 10% de los pacientes con dolor inicial controlado tienen dolor irruptivo.			
10. Deben evitarse los procedimientos dentales invasivos durante el tratamiento con bifosfonatos.			
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES</b>			
11. Las náuseas y/o vómitos inducidos por los opiáceos se producen en el 80% o más de los pacientes que toman opiáceos.			
12. Es necesario utilizar un laxante junto con los opiáceos orales porque la mayoría de los pacientes que toman opiáceos experimentan estreñimiento.			
13. Los opiáceos causan adicción en un 0.2% o menos de los pacientes con cáncer bajo un cuidadoso monitoreo.			

<b>DISNEA</b>			
14. La morfina es efectiva para la disnea.			
15. Si la temperatura ambiente se mantiene más alta (caliente) un paciente con disnea a menudo experimenta alivio.			
<b>NÁUSEAS Y VÓMITOS</b>			
16. Los neurotransmisores del centro de vómitos son la dopamina, la histamina, la acetilcolina y la serotonina.			
17. Cuando la causa principal de las náuseas es la hipercalcemia, la administración de bifosfonatos es un tratamiento útil para aliviar las náuseas.			
<b>ANGUSTIA PSICOLÓGICA</b>			
18. Cuando un paciente tiene un alto nivel de angustia psicológica se recomienda que los clínicos examinen si el paciente tiene una idea suicida.			
19. Cuando el paciente tiene ideas suicidas se recomienda la consulta psiquiátrica.			
20. Un ansiolítico es uno de los medicamentos útiles para los pacientes con angustia psicológica.			
<b>DELIRIO</b>			
21. El delirio se produce debido a drogas o etiologías orgánicas.			
22. Los benzodiazepinas deben utilizarse como primera línea para el tratamiento del delirio.			
23. Es mejor tener la habitación a oscuras para un paciente con delirio para que pueda dormir bien.			
<b>COMUNICACIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS</b>			
24. Cuando el médico transmite una mala noticia debe preguntar al paciente acerca de su preocupación y comprensión sobre la enfermedad.			
25. Es mejor utilizar repetidamente la palabra "cáncer" cuando se informa al paciente sobre su malignidad.			

<b>CUIDADOS PALIATIVOS BASADOS EN LA COMUNIDAD</b>			
26. Existe un centro de apoyo de consultas en todos los hospitales de nuestra ciudad.			
27. Todos los pacientes con enfermedades terminales y menores de 40 años pueden acceder a una atención continua de su enfermedad a largo plazo.			

---

Dr. Teodoro Cevallos Sarmiento

**Firma de responsabilidad**

(Estudiante)

---

Dr. Sebastián Valverde Martínez

**Firma de responsabilidad**

(Director)