



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE TEJERA
VALENCIA ESTADO CARABOBO PERIODO 2023/2024

AUTOR: DRA. RUTH MORA P.

VALENCIA, JUNIO 2025



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE TEJERA
VALENCIA ESTADO CARABOBO PERIODO 2023/2024**

AUTOR: DRA. RUTH MORA P.

TUTOR: DR. FRANCISCO SOSA CABEZA

VALENCIA, JUNIO 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

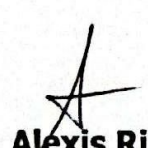
CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE TEJERA VALENCIA ESTADO CARABOBO PERIODO 2023/2024

Presentado para optar al grado de **Especialista en CIRUGÍA GENERAL** por el (la) aspirante:

MORA P., RUTH D
C.I. V.- 25.063.308

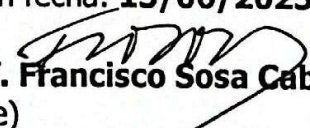
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): **Francisco M Sosa C.**, titular de la C.I V.-8839486, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **13/06/2025**


Prof. Alexis Riera

C.I. 7498941
Fecha 13/06/2025

TEG: 12-25


Prof. Francisco Sosa Cabeza
(Pdte)

C.I. 8.839.486.
Fecha 13/06/25




Prof. Javier Rodriguez

C.I. 20037745
Fecha 13/06/25

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	18
RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS.....	23



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



**CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE LOS
RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DOCTOR
ENRIQUE TEJERA VALENCIA
ESTADO CARABOBO PERIODO 2023/2024**

AUTOR: DRA. RUTH MORA P.
TUTOR DR. FRANCISCO SOSA CABEZA
FECHA: JUNIO 2025

RESUMEN

A lo largo de la historia de la civilización, la postura sobre la muerte ha cambiado con el paso del tiempo, por lo que la medicina paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado. **Objetivo:** Analizar el conocimiento y la percepción sobre cuidados paliativos entre los residentes de postgrado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período 2023/2024. **Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo, transversal, utilizando frecuencias relativas. **Resultados:** Participaron 110 médicos residentes. El 58% mujeres y el 57% se encontraba en el rango de edad de 26 a 30 años. La edad promedio fue 28 años, desviación estándar 10.53 años, valor mínimo 20 años y máximo 35 años. La especialidad que predominó fue la cirugía general con el 38% y 45% refirieron ser del tercer año de residencia. En cuanto a la autoevaluación sobre CP un 74% afirmaron no haber recibido informaciones suficientes sobre pacientes en situación terminal mientras cursaban la carrera de grado. En lo que se refiere a la percepción de los residentes sobre CP en la categoría de “comunicación” arrojó que el 81% tuvieron un nivel de conocimiento bueno. Sin embargo, en los residentes hay un desconocimiento del índice de Karnofsky (KPS). En la evaluación global del nivel de conocimiento de CP el 64 % en la especialidad de cirugía general tuvo un nivel de conocimiento bueno sobre CP. Por último, si se encontró asociación entre el nivel de conocimiento CP y el tipo de programa de especialización cursado. **Conclusiones:** Los residentes de la CHET reconocen que sus conocimientos en CP son escasos y su enseñanza sistematizada debe estar en los programas de pregrado y postgrado.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Educación Médica, Conocimiento y Percepción.



UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DIRECTORATE OF POSTGRADUATE STUDIES
SPECIALIZATION PROGRAM IN GENERAL SURGERY
HOSPITAL CITY "DR. ENRIQUE TEJERA"



KNOWLEDGE AND PERCEPTION ABOUT PALLIATIVE CARE AMONG
POSTGRADUATE RESIDENTS OF THE DOCTOR ENRIQUE TEJERA VALENCIA
HOSPITAL CITY CARABOBO STATE PERIOD 2023/2024

AUTHOR: DR. RUTH MORA P.
TUTOR: DR. FRANCISCO SOSA CABEZA
DATE: JUNE 2025

ABSTRACT

Throughout the history of civilization, the attitude toward death has changed over time, so palliative medicine is the study and management of patients with progressive and advanced diseases in whom the prognosis is limited. **Objective:** Analyze the knowledge and perception of palliative care among postgraduate residents at the Dr. Enrique Tejera Hospital City in the period 2023/2024. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study is carried out, using relative frequencies. **Results:** 110 resident doctors participated. 58% were women and 57% were in the age range of 26 to 30 years. Age had an average of 28 years, standard deviation of 10.53 years, minimum value 20 years and maximum 35 years. The specialty that predominated the most was general surgery with 38% and 45% reporting being in the third year of residency. Regarding self-assessment about PC, 74% stated that they had not received sufficient information about patients in a terminal situation while they were studying their degree. Regarding the residents' perception of CP in the "communication" category, it showed that 81% had a good level of knowledge. However, among residents there is a lack of knowledge of the Karnofsky index (KPS). In the global assessment of the level of knowledge of PC, 64% (27 resident physicians) in the specialty of general surgery had a good level of knowledge about palliative care. Finally, an association was found between the level of CP knowledge and the type of specialization program taken. **Conclusions:** CHET residents recognize that their knowledge in CP is scarce and its systematized teaching should be in undergraduate and graduate programs.

Keywords: Palliative Care, Medical Education, Knowledge and Perception.

INTRODUCCIÓN

La medicina paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y no existe tratamientos curativos, el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia.^(1,2)

Durante la edad media el llamado “rito de la habitación” donde se acontecía una reunión por quien se encontraba próximo a morir junto con sus familiares, con la disposición de arreglar los asuntos personales y espirituales, era llamado: La buena muerte; la muerte es manejada como un fenómeno extraño y vergonzoso y deja de ser una muerte esperada, acompañada.⁽²⁾

Hasta el siglo XIX el alivio de los síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico ya que las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural; en el siglo XX la medicina cambio de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y cura de las enfermedades, es así como la medicina está orientada a curar y prolongar las expectativas de vida de la población más que velar por la calidad de ésta.⁽³⁾

La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. (Twycross), tiene por objeto reafirmar la importancia de la buena calidad de vida hasta el final, reconoce que la muerte es un proceso natural y no se busca ni adelantar ni posponer la muerte. Se opone por lo tanto a la eutanasia, la OMS definió este tipo de atención como el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo. Son de especial relevancia el control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales.⁽⁴⁾

Hoy en día la sociedad moderna no acepta la muerte como un hecho natural que tiene lugar en el orden biológico de las cosas, por lo que muchos pacientes fallecen en los hospitales, entornos fríos sin privacidad y la intimidad necesaria para atender la agonía, el acompañamiento familiar y el duelo posterior.⁽⁵⁾ Por lo que la sociedad ha cambiado la orientación de la vida y la muerte, ya el proceso de morir ha sufrido cambios, desplazándose progresivamente desde el hogar y la familia hacia el médico y los centros hospitalarios. Sin embargo, los centros hospitalarios con

todo su dispositivo técnico, están orientados hacia un objetivo principal que es el mantenimiento o restablecimiento de la salud, existe una cierta tendencia a acudir a fallecer en el hospital.⁽⁵⁾

El servicio de urgencias o emergencias hospitalario, destinado a la atención de los problemas urgentes médico-quirúrgicos durante las 24 horas del día está siendo uno de los afectados por esta tendencia.^(5,6) y son perjudicados estos pacientes terminales, sucede porque no siempre se logra este reenfoque de la atención médica, debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con un paciente oncológico, y también, por el profundo impacto que causa sobre el personal de salud la proximidad de la muerte.⁽⁷⁾

En Estados Unidos hay una incorporación creciente de las competencias de CP en médicos residentes de cirugía, con documentación sobre un mayor beneficio con el entrenamiento en CP en actitudes, conocimientos y percepciones.⁽⁷⁾ En 2020, el grupo de cirugía de la Universidad de Michigan, en Estados Unidos, estableció que existía competencia en un 58,8 % de los residentes para tratar o referir pacientes a CP, e ilustró sobre la deficiencia en los métodos de entrenamiento en Cuidados Paliativos.⁽⁸⁾ Así mismo, existe reconocimiento por parte de los médicos residentes acerca de la necesidad de formación en CP en cirugía, como parte de su exposición futura a pacientes que demandan esta atención en salud.⁽⁸⁾

El cáncer en varios países de América Latina se diagnostica en etapas avanzadas en una proporción importante de casos, en la mayoría de estos pacientes existe un deterioro significativo del estado de salud. Esto produce un importante incremento de costos de servicios de salud, siendo un problema crucial en países de bajos o medianos recursos económicos, donde los recursos son limitados y su distribución inadecuada.⁽⁹⁾ Ejemplo de esta situación es el fallecimiento de pacientes con enfermedades crónicas en servicios de emergencia o unidades de cuidados intensivos, describiéndose el alto costo y sufrimiento para el paciente y la familia. En general existen muy pocos datos locales sobre costos en enfermedades terminales o cuidados paliativos.⁽⁹⁾

América Latina y el Caribe no se escapan a esta situación, se estima que en los próximos años cerca de 1 millón de personas necesitarán cuidados paliativos en la región. La mayoría de los pacientes oncológicos, fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere.^(9,10)

Existen estudios que muestran que los pacientes prefieren pasar los últimos días de sus vidas en su domicilio, acompañados de su entorno familiar: Lo cuidados domiciliarios traen beneficios:

- a) Para el paciente: Se mantiene en un ambiente conocido, íntimo. Puede realizar tareas laborales, conservar hábitos y mantener hobbies. Sin horarios. Alimentación más variada.
- b) Para la familia: participación activa, en el cuidado del paciente, se integran y hacen los cuidados con mayor tranquilidad.
- c) Para el sistema de salud: Bajan las hospitalizaciones largas y de alto costo. Se disminuye la posibilidad de tratamientos innecesarios y se evita el riesgo de encarnizamiento terapéutico.⁽¹¹⁾

Ante todo, el problema de la atención domiciliaria, la conjunción de los cuidados paliativos y los sistemas domiciliarios requiere vocación de servicio, organización de los sistemas de salud y conocimientos científicos adecuados y actualizados. La utilización de sistemas domiciliarios organizados trae beneficios a los pacientes, disminuyendo hospitalizaciones largas y de alto costo, disminuyendo consultas innecesarias a servicios de urgencia y también disminuyendo el riesgo de tratamientos innecesarios y la posibilidad de caer en “encarnizamiento terapéutico”. La atención domiciliaria requiere de coordinación entre el equipo de salud, equipo domiciliario y familia.⁽¹²⁾

Los médicos éticamente estamos obligados a saber reconocer cuando un paciente se encuentra en alguna de estas etapas finales de la evolución de su enfermedad, también debemos aprender a superar nuestros propios temores respecto a la muerte, para así poder ser útiles a los pacientes durante su tránsito a la misma.⁽¹⁷⁾ Hoy en día existe mucha información respecto a la evolución de las enfermedades, de escalas funcionales que permiten conocer el pronóstico de un paciente, por lo que no hay excusas para un inadecuado manejo de estos. Lo que, si es cierto, es que todo médico debe siempre gr su conducta con la mayor empatía posible. Ahí está el secreto, en hacer y tratar a sus pacientes, como les gustaría trataran con ellos.⁽¹⁷⁾

Deben ser capaces de informar a pacientes y familiares sobre la situación real de la enfermedad y no enfrascarse en luchas absurdas contra la naturaleza, intentando tratamientos sin sentido, que no cambiaran la evolución, ni el pronóstico y que muchas veces llevaran a caer en un encarnizamiento terapéutico inaceptable.⁽¹⁸⁾

Los autores Marcos Vinícius da Conceição & Maiane Cássia de Castro Vasconcelos, en un estudio realizado en Brasil titulado: *Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario*, concluyendo que gran parte de los médicos consideraron no haber recibido, durante la carrera de grado, información suficiente sobre pacientes en situación terminal, y sólo una parte ínfima presentó altos índices de acierto en los interrogantes específicos. Estos resultados sugieren lo deficiente que es la formación médica respecto de los cuidados paliativos, pues las buenas intenciones no bastan: es necesario poseer nociones mínimas y aplicarlas de forma correcta.⁽¹³⁾

Asimismo, Diagama-Restrepo, S.; Vega-Peña, N. V.; León-Delgado, M. X. en su investigación llamada: *Percepción sobre la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia*. Donde se demostró que ni el aprendizaje recibido, ni el año de entrenamiento tuvieron efecto en el nivel percibido de conocimiento. Las competencias en cuidados paliativos, sus métodos y la calidad del aprendizaje son deficientes a nivel de postgrado en Colombia, por lo que es necesario implementar estrategias pedagógicas en los currículos de estudios de los programas de formación de cirujanos.⁽¹⁴⁾

Mientras que en a nivel nacional los autores García et al., en su estudio de cuidados paliativos en cáncer ginecológico, en al año 2021, expusieron que, en una encuesta hecha a médicos residentes de ginecológica oncología, el 75 % señaló que, habían atendido a más de 12 pacientes en estado terminal, y solo el 42 % informó, que se le enseñó explícitamente a comunicarle a una paciente que estaba falleciendo, por ende, hay poca capacitación de médicos sobre cómo dar malas noticias a pacientes y como perciben la entrega y el impacto de tales noticias.⁽¹⁵⁾

El cáncer constituye en Venezuela una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, hasta tanto, que una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer, los resultados evidencian que, la mortalidad por cáncer para ambos géneros en el año 2023 sería de 32.229 defunciones, lo que implica un aumento de 24,74% con respecto al año 2016 (año base), cuando hubo un total de 25.836 muertes. En este sentido, la tasa de mortalidad pasó de 82,49 defunciones por cada 100.000 habitantes en el año 2016 a 95,55 para el año 2023.⁽¹⁶⁾

Ahora bien, antes de enfocarse en cómo se deberían tratar a estos pacientes terminales, primero se debes tener claro lo que significa el ser un paciente terminal. En los inicios de este concepto se

asociaba este término al de un paciente oncológico, quien no tenía posibilidades de más tratamientos y en el cual la posibilidad real de muerte estaba muy próxima. Hoy en día está claro que este grupo de pacientes es mucho más amplio, que incluye por supuesto a los pacientes neoplásicos, pero también a todos los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas que deterioran su salud hasta comprometerles la existencia y calidad de vida.⁽¹⁷⁾

Ciertamente ya no hay opciones terapéuticas de tipo curativo, aun cuando la posibilidad real de su muerte no este cercana en el tiempo. Por lo que es llamado “Paciente Terminal Terapéutico”, así que los esfuerzos en el tratamiento de estos pacientes, deben ir dirigidos a obtener el mayor alivio de los síntomas y mejoramiento de calidad de vida restante, así como darle toda la información al paciente para que esté plenamente consciente de su futura propia extinción.⁽¹⁷⁾

Finalmente, todo paciente terminal terapéutico progresará su enfermedad, con mayor deterioro de su salud hasta llegar a un estado agónico o premortem, conociéndose esta condición como, “Paciente Terminal Biológico”. Llegado a este punto en la evolución de su enfermedad. Por ende, la preocupación como médicos conocedores de que el tiempo de vida se terminó, debería ser el de no prolongar la agonía con tratamientos inútiles e innecesarios, sino el de mejorar la calidad de su muerte. La cual es una parte fundamental de la vida misma, y por lo tanto también se debe acabar con un buen final; sin mayor sufrimiento y lo más digna posible.⁽¹⁷⁾

Los médicos éticamente están obligados a saber reconocer cuando un paciente se encuentra en alguna de estas etapas finales de la evolución de su enfermedad, y a su vez aprender a superar sus propios temores respecto a la muerte, para así poder ser útiles a los pacientes durante su tránsito a la misma.⁽¹⁷⁾ Hoy en día existe mucha información respecto a la evolución de las enfermedades, de escalas funcionales que permiten conocer el pronóstico de un paciente, por lo que no hay excusas para un inadecuado manejo de estos. Lo que, si es cierto, es que todo médico debe siempre guiar su conducta con la mayor empatía posible.⁽¹⁷⁾

Ahí está el secreto, en hacer y tratar a sus pacientes, como le gustaría que trataran con ellos. Deben ser capaces de informar a los pacientes y a los familiares sobre la situación real de la enfermedad; y no enfrascarse en luchas absurdas contra la naturaleza, intentando tratamientos sin sentido, que no cambiaran la evolución, ni el pronóstico y que muchas veces llevaran a caer en un encarnizamiento terapéutico inaceptable.⁽¹⁷⁾

Sin dejar de un lado, que la mala noticia medica afecta al paciente en su totalidad, este deberá iniciar un proceso de adaptación ante el nuevo estado, en el que se ve ubicado repentinamente, normalmente, los encargados de dar esa mala noticia son los médicos, que como dije anteriormente suelen estar preparados para hablar de tratamiento y curaciones, pero no lo suelen estar para dar las malas noticias. ⁽¹⁷⁾

La autonomía de una persona dependerá de lo que conozca de sí mismo, así que ocultarle la verdad a un paciente con una enfermedad terminal, implica faltarle el respeto y constituye un insulto a su inteligencia, así como vulnerarle su derecho a la verdad sobre su salud lo cual es condenado por el código de deontología médica venezolana. ⁽¹⁷⁾

De manera específica, en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), se han efectuado pequeños esfuerzos para el manejo de pacientes oncológicos, siendo esta la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, y debe ser una de las actividades fundamentales de los equipos de atención primaria (APS). Permite que todos los ciudadanos, sin discriminación, puedan acceder a estos cuidados. Cada vez se da mayor importancia a la calidad de la asistencia sanitaria desde una perspectiva integral. Esto adquiere especial relieve al final de la vida, situación en la que la persona se vuelve más vulnerable y necesita más ayuda. ⁽¹⁷⁾

Lo expuesto anteriormente motiva a profundizar el estudio de este tema, por lo que se estableció realizar esta investigación en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, en el Servicio de Cirugía General del Estado Carabobo, a los residentes de postgrado y tiene como alcance la caracterización del abordaje y manejo paliativo en pacientes oncológicos adultos. A nivel temporal, la investigación está centrada durante el período comprendido entre enero de 2023 y enero del 2024. Para lo cual se estableció como **Objetivo General**: Analizar el conocimiento y la percepción sobre cuidados paliativos entre los residentes de postgrado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período 2023/2024. **Objetivos Específicos**: a) Caracterizar la muestra e identificar la relación del conocimiento en cuidados paliativos en tres esferas: conocimientos, aspectos psicosociales, estudios académico y experiencia en cuidados paliativos. b) Describir el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en la muestra estudiada “según la especialidad cursada”. c) Evaluar la percepción sobre la aplicación de cuidados paliativos como residente de

postgrado desde su especialidad. d) Relacionar el nivel de conocimiento y la percepción sobre el cuidado paliativo según el tipo de programa de especialización cursado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, utilizando frecuencias relativas. la investigación se desarrolla en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) durante todo el año 2024. La población estuvo constituida por residentes en las especialidades: medicina interna, traumatología, cirugía general y anestesiología. No obstante, se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia con sujetos voluntarios, por lo que se obtuvo un total de 110 médicos residentes, las cuales aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: ser médico residente, expresar su voluntad de participar en la encuesta y pertenecer al postgrado como alumno regular, y en perspectiva, enfatiza la importancia del conocimiento médico a los pacientes que se encuentran con diagnóstico oncológico con o sin tratamiento neoadyuvante que ameritan manejo paliativo.

Criterios de exclusión: guardias, vacaciones o licencias, o la no disposición a participar en el estudio.

Los datos de la investigación fueron obtenidos previo a la autorización del Departamento de Postgrado, y del Comité de Bioética (Anexo I), mediante un cuestionario sobre los conocimientos en la asistencia a pacientes terminales. Los residentes que aceptaron participar en la investigación firmaron el documento de consentimiento libre e informado (Anexo II), que garantiza el total anonimato para los participantes del estudio, puesto que se utilizaron como complemento en el cuestionario, la caracterización de la muestra con variables como el sexo, la edad, categoría profesional (residentes), dividida en categorías, y el año de residencia; no se incluyeron más variables identificativas, con el fin de no vulnerar su carácter confidencial. (Anexo III).

Posteriormente se envía la encuesta diseñado bajo la técnica de responder anónimamente a un cuestionario constituido por (15) interrogantes de preformado en la plataforma de Google Forms, con socialización por medios electrónicos, con preguntas simple y de fácil comprensión, para

poder determinar el nivel de conocimiento y percepción sobre cuidados paliativos entre los residentes de postgrado de la CHET periodo 2023/2024, orientado en conocer el abordaje y manejo de residentes a pacientes con enfermedades oncológicas terminales en la perspectiva de los cuidados paliativos teniendo en cuenta las implicaciones éticas. (Anexo IV).

Una vez completada la encuesta por los participantes en el estudio, los resultados fueron recogidos por la misma profesional tras una semana de su entrega. Por lo que la variable en estudio fue el nivel de conocimiento acerca de cuidados paliativos. El conocimiento percibido global se adquiere por la información ofrecida durante el curso de postgrado. Se mide con la cantidad de respuestas acertadas en el cuestionario. La puntuación total es sobre un total de 15 preguntas: malo (0 a 3 respuestas correctas), regular (6 a 10 respuestas correctas), bueno (11 a 15 respuestas correctas). Se desgrega los conocimientos en diferentes áreas y se clasifican en variables intervinientes. Esta variable es de tipo categórica (sí o no).

La información obtenida fue sistematizada en una tabla maestra en Microsoft®Excel 2010, a través del paquete estadístico PAST versión 3.17, las cuales fueron analizadas con técnicas estadísticas descriptiva invariada a partir de tablas de contingencias. A la edad se le realizó la prueba de Shapiro- Wilk para establecer si se ajustaba o no a la normalidad. En vista de tener distribución gaussiana, se describe con la media, la desviación estándar, valor mínimo- máximo. También se buscó determinar si había diferencias o no, de tipo significativo, entre el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en la muestra estudiada y la especialidad cursada, a través de la Prueba de la U de Mann Whitney.

Todas las pruebas utilizadas en los análisis estadísticos antes referidos, tienen como criterio de error de azar, un valor menor o igual al 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS ENCUESTADOS (n=110).

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 25	21	19%
*26 a 30	63	57%
31 a 35	26	24%
36 a 40	-	-
TOTAL	110	100%
GENERO		
*Femenino	64	58%
Masculino	46	42%
TOTAL	110	100%
ESPECIALIDADES		
*Cirugía general	42	38%
Traumatología y ortopedia	28	25%
Medicina interna	25	23%
Anestesiología	15	14%
TOTAL	110	100%
AÑO DE RESIDENCIA		
1er año	37	34%
2do año	15	13%
*3er año	49	45%
4to año	9	8%
TOTAL	110	100%

***Estadísticamente significativo $p < 0,05$**

La muestra seleccionada fue de 110 médicos residentes de la CHET incluidas en el estudio, cuyo grupo de edad predominante fue el de 26 a 30 años con 57% (63 médicos residentes). La edad tuvo un promedio de 28 años, Mientras que el 58% (64 médicos residentes) eran femeninas con predominio estadísticamente significativo ($p = 0,00$); 38% (42 médicos residentes) son de la especialidad de cirugía general ($p = 0,00$), el 45% (49 médicos residentes) refirieron ser del tercer año de residencia ($p = 0,03$). (TABLA 1: $p = 0,00$).

**Tabla 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE LOS
RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CHET**

#	AUTOEVALUACIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS (CP)	(n=110)				Valor –p
		SI		NO		
		F	%	F	%	
1	Recibí información suficiente sobre pacientes en situación terminal durante la carrera de grado.	29	26	81	74	p= 0,01*
2	Conozco la definición de la OMS de cuidados paliativos	63	57	47	43	p= 0,26
3	¿Cree Usted Que Los Cuidados Paliativos a Pacientes Terminales Deberían Ser Manejados En Un Centro Hospitalario?	57	52	53	48	p= 0,08
4	¿Todos Los Pacientes Terminales Deberían De Recibir Los Cuidados Paliativos?	86	78	24	22	p= 0,02*
5	¿Los Médicos Residentes Son Los Profesionales Responsables De Brindar Los Cuidados?	51	46	59	54	p= 0,10
6	Aprendí técnicas de comunicación y de postura médica para dar “malas noticias”	85	77	25	23	p= 0,01*
7	¿Conoce usted el índice de karnofsky?	35	32	75	68	p= 0,05
8	¿Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad?	49	45	61	55	p= 0,02*
9	La comunicación de malas noticias se debe dar solo cuando la familia lo soliciten.	42	38	68	62	p= 0,05
10	¿Religiosidad es lo mismo que espiritualidad?	33	30	77	70	p= 0, 05
11	¿Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo?	21	19	89	81	p= 0,00*

***Estadísticamente significativo <0,05**

En cuanto a la autoevaluación sobre cuidados paliativos, 74% (81 médicos residentes) afirmaron no haber recibido informaciones suficientes sobre pacientes en situación terminal mientras cursaban la carrera de grado. En relación a si todos los pacientes terminales deberían de recibir los cuidados paliativos el 78% (86 médicos residentes) respondieron de forma correcta. Ahora bien, cuando se les preguntó sobre técnicas de comunicación y de postura médica para dar malas noticias, 77% (85 médicos residentes) afirmaron haber aprendido tales competencias. De igual forma, un 55% (61 médicos residentes) expusieron los cuidados paliativos no se dan en cualquier etapa de la enfermedad. En el último ítem el porcentaje fue aún mayor, con un 81% (89 médicos residentes) que no estuvieron de acuerdo que la medicina paliativa y cuidados paliativos son lo mismo. (TABLA 2: $p= 0,05$).

Tabla 3. PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CHET DURANTE EL PERIODO 2023/2024

#	COMUNICACIÓN	(n=110)				Valor –p
		SI		NO		
		F	%	F	%	
12	¿Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento?	89	81	21	19	p= <00,01*
13	¿La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente?	53	48	57	52	p= <0,06

*Estadísticamente significativo $<0,05$

En la percepción de los residentes sobre los elementos claves a tener en cuenta en los cuidados paliativos, un 81% (89 médicos residentes) afirmaron que es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento. En relación con si la muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente, un 52% (57 médicos

residentes) ambos grupos señalaron en un porcentaje equivalente lo que se describe como una incomprensión del tema.

(TABLA 3: $p=0,03$).

Tabla 4. PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA DIMENSIÓN DE
MANEJO DEL DOLOR DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CHET DURANTE EL
PERIODO 2023/2024

#	MANEJO DEL DOLOR	(n=110)				Valor -p
		SI		NO		
		F	%	F	%	
14	¿Durante la fase final de una enfermedad, los fármacos para el dolor se pueden administrar en casa?	97	88	13	12	p= 0,00*
15	¿Sufrimiento y dolor físico son el mismo término?	34	31	76	69	p= 0,05

*Estadísticamente significativo $<0,05$

En las cuestiones específicas en la tabla 4 enfocada en la percepción de los profesionales presentaron un alto porcentaje de aciertos en el dominio “manejo del dolor”. En el primer ítem expresa que, durante la fase final de una enfermedad, los fármacos para el dolor se pueden administrar en casa, fue considerada correcta por el 88% (97 médicos residentes) con una estadística significativa. En el segundo ítem, que interrogaba sobre si el sufrimiento y dolor físico son el mismo término, el porcentaje de aciertos fue del 69% (76 médicos residentes) no estuvieron de acuerdo, Hubo diferencia importante entre los porcentajes de respuestas correctas de los grupos estudiados (TABLA 4: $p=0,04$).

**Tabla 5. EVALUACIÓN GLOBAL DEL CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CHET
PERIODO 2023/2024**

NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	BUENO		REGULAR		MALO		n=110	Valor -p
	F	%	F	%	F	%		
Cirugía general	27	64	10	24	5	12	n=42	<0,02*
Traumatología	10	36	14	50	4	14	n=28	
Medicina interna	9	36	10	40	6	24	n=25	
Anestesiología	8	53	3	20	4	27	n=15	

*Estadísticamente significativo <0,05

*Nota: BUENO (11 a 15 respuestas correctas); REGULAR (6 a 10 respuestas correctas), MALO (0 a 3 respuestas correctas)

Entre tanto, de los 42 residentes, el 64 % (27 médicos residentes) en la especialidad de cirugía general tenía un nivel de conocimiento BUENO sobre cuidados paliativos. Por lo tanto, se puede decir que los médicos residentes de postgrado de cirugía general de la CHET conocen bien las generalidades del CP, este universo engloba e incluye a los R3, y se presenta los malos con un 12 %, como los residentes de primer año Sin embargo, el 50 % (14 médicos residentes) en la especialidad de traumatología fue de un nivel REGULAR, demostrando un menor nivel de conocimientos en la definición de la OMS de cuidados paliativos; atención de los pacientes terminales en un centro hospitalario, en la comunicación y el manejo del dolor. Tan solo el 27% (4 médicos residentes) tuvo un nivel MALO; puesto que la mayoría presentó un desconocimiento del índice de karnofsky (KPS) muy empleada en oncología para expresar de forma reducida el estado funcional de salud y la calidad de vida de un paciente, entre tanto el servicio de anestesiología tuvo un nivel de conocimiento bueno 54% (8 médicos residentes) reconociendo sobre el tema del manejo del dolor en casa, por lo cual Hubo diferencia importante entre los porcentajes de respuestas correctas de los grupos estudiados. (TABLA 5: p=0,002).

DISCUSIÓN

Los cuidados paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud. ^(2,6,7) La necesidad de su implementación no deja dudas: se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud. ^(2,8-10)

Sin embargo, el conocimiento médico viene enfrentando un proceso de fragmentación: especialidades y subespecialidades; subdividen el cuerpo humano en partes cada vez más pequeñas y las tornan objeto de estudio de innumerables áreas médicas. ^(3,5-13) Muchas veces, en medio de esta subdivisión creciente, el médico presume que tiene poder sobre la enfermedad y la muerte. No obstante, cuando la enfermedad no cede al tratamiento, y el paciente se encamina hacia la muerte, surge la figura del médico no preparado, que no sabe lidiar con cuestiones esenciales al cuidado del paciente sin posibilidad de cura. ⁽¹³⁾ Sin embargo, los cuidados paliativos todavía no se abordan en las facultades médicas. Varios estudios enfatizan que tanto estudiantes de medicina como médicos ya egresados no reciben orientaciones sobre cuidados paliativos. ⁽¹⁶⁾

Ahora bien, la presente investigación que tuvo como objetivo principal analizar el conocimiento y la percepción sobre cuidados paliativos entre los residentes de postgrado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período 2023/2024, y tuvo como alcance la caracterización del abordaje y manejo paliativo en pacientes oncológicos adultos. En la cual se encontró que los participantes del estudio la prevalencia fue del género femenino; lo cual nos hace pensar que en las últimas décadas ha aumentado el número de profesionales en salud femeninas hasta llegar a alcanzar una igualdad al otro género, concordando con otros estudios realizados como el de Marcos Vinícius da Conceição & Maiane Cássia de Castro Vasconcelos, en el año 2019, realizado en Brasil, donde se evidenció una tendencia del personal femenino entre los encuestados. ⁽¹³⁾

De igual forma, en el estudio hubo un resultado peculiar en cuanto a la autoevaluación sobre cuidados paliativos, lo cual arrojó que el 74% de médicos residentes afirmaron no haber recibido informaciones suficientes sobre pacientes en situación terminal mientras cursaban la carrera de grado, concordando con los resultados del trabajo publicado en Colombia por Restrepo et. al., en

el año 2024 ⁽¹⁴⁾ donde demostraron que los métodos y la calidad del aprendizaje son deficientes a nivel de postgrado en Colombia, lo que hace indispensable implementar estrategias pedagógicas en los currículos de estudios de los programas de formación de medicina, existiendo la necesidad de nuevos estudios sobre el tema. ^(13, 14)

En la investigación se demostró que el dominio es insuficiente en los contenidos, por los residentes y, asimismo, es insuficiente el dominio metodológico que tienen los profesores, a pesar de que la totalidad de ellos considera su importancia en la formación de los médicos residentes. Esta afirmación puede ser explicado por el hecho de que el 64 % de los médicos residentes de la CHET en estudio, en la especialidad de cirugía general, conocen bien algunas de las generalidades del CP, a diferencia de las otras especialidades.

Sin embargo, los médicos residentes de la CHET de la presente investigación, se estableció que no hay una buena identificación en el manejo de la escalera analgésica de la OMS, y un desconocimiento del índice de karnofsky (KPS) empleado para expresar de forma reducida el estado general de salud y la calidad de vida de un paciente. Los residentes reconocen que sus conocimientos CP son escasos y su enseñanza sistematizada debe estar en los programas de pregrado y postgrado. Lo cual tuvo similitud con la investigación realizado por García et al. 2021, indicó que el 75% de los médicos de la muestra no recibieron una formación adecuada sobre cuidados paliativos. ⁽¹⁵⁾

Además, se puede decir que la muestra 110 médicos residentes durante el periodo de 2023-2024 de este estudio estuvo conformada por médicos de diversas especialidades. En el programa de residencia médica de la CHET no existe la especialidad o residencia en oncología, lo que puede haber modificado el resultado final de la investigación, pues se sabe que en estas categorías el tema de los cuidados paliativos es bastante discutido.

Existe un bajo dominio general de los conocimientos en temas de Cuidados Paliativos. Casi la totalidad de ellos obtuvieron resultados de regular o mal en la exploración general de estos temas. Las mayores deficiencias encontradas fueron en el dominio de: la identificación de las enfermedades tributarias de cuidados paliativos tanto oncológicas como no oncológicas, en el manejo de la escalera analgésica de la OMS para el dolor y en las indicaciones de la morfina para el tratamiento del dolor. El mayor porcentaje de los residentes reconocen que sus conocimientos

sobre los cuidados paliativos son escasos y su enseñanza debería formar parte tanto en los programas de formación de pregrado como posgrado.

CONCLUSIONES

- Se llega a la conclusión que los cuidados paliativos aún no están integrados en los programas de formación académica del sector salud, por lo que es importante tener el conocimiento en primer nivel de atención.
- Se establece en el estudio que de los médicos residentes de postgrado en la CHET de ambos sexos en las especialidades: medicina interna, traumatología, cirugía general y anestesiología, a través de un muestreo no aleatorio por conveniencia con sujetos voluntarios, 46 fueron excluidos del estudio por no cumplir con los criterios del estudio.
- La muestra de tipo aleatoria fue de 110 médicos residentes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, los cuales corresponde al 70% de la población en estudio.
- Se concluye que, del total de 110 médicos residentes, el sexo predominante fue el femenino con un 58%. De igual forma, el 57 % se encontraba en el rango de edad de 26 a 30 años. La edad promedio 28 años, desviación estándar 10.53 años, La especialidad que mayor predominio fue la cirugía general con el 38% y 45% refirieron ser del tercer año de residencia, siendo la mitad de ellos del tercer año.
- Se demostró que, en cuanto a la autoevaluación sobre cuidados paliativos, 74% (81 médicos residentes) afirmaron no haber recibido informaciones suficientes sobre pacientes en situación terminal mientras cursaban la carrera de grado.
- En lo que se refiere a la percepción de los residentes sobre los elementos claves a tener en cuenta en los cuidados paliativos, en la categoría de “comunicación” arrojó que el 81% (89 médicos residentes) tuvieron un nivel bueno, afirmando que es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento. También, los profesionales presentaron un alto porcentaje de aciertos en el dominio “manejo del dolor”, con un 88% (97 médicos residentes), afirmando que los fármacos para el dolor se pueden administrar en casa.

- Sin embargo, se concluye que los médicos residentes de la CHET, tienen un desconocimiento del índice de karnofsky (KPS) empleado para expresar de forma reducida el estado general de salud y la calidad de vida de un paciente.
- En base a los datos obtenidos, la evaluación global del nivel de conocimiento de CP, se establece que el 64 % (27 médicos residentes) en la especialidad de Cirugía General tuvo un nivel de conocimiento BUENO sobre cuidados paliativos. Por lo tanto, se puede concluir que los médicos residentes del postgrado cirugía general, CHET conocen bien las generalidades del CP, estos hallazgos son relevantes por la perspectiva de docencia oncológico como parte del proceso educativo durante el postgrado académico
- Se puede concluir que se encontró diferencia entre el nivel de conocimiento CP y el tipo de programa de especialización cursado, cirugía general, medicina interna, traumatología y anestesiología. (test de correlación), resultado que fue más alto entre los residentes del 3 año de CG, el cual se debe al entrenamiento y clases recibidas durante el último año por especialista de cirugía oncológica.
- Es importante destacar el alcance de nuestro estudio, ya que este representa uno de los primeros reportes en este grupo de médicos muy relacionado a los cuidados paliativos y contribuye al conocimiento de la realidad y necesidad regional.

RECOMENDACIONES

- Realizar más estudios con un mayor número de médicos residentes, incrementando así el tamaño de la muestra y realizar pruebas estadísticas inferenciales que permitan comparar el nivel de conocimiento y la percepción sobre el tema de los cuidados paliativos CP, y a su vez fortalecer las competencias de los profesionales de la salud con este tipo de pacientes terminales o crónicos oncológicos.

Se subraya la necesidad imperiosa de reevaluar y fortalecer la formación en cuidados paliativos de los médicos residentes en la CHET.

- Así mismo, se debería mejorar la formación en este tema de los médicos de otras especialidades, para garantizar la respuesta a las crecientes demandas y desafíos de la atención médica actual.
- Es necesario incluir, el conocimiento de los cuidados paliativos en el pensum de estudio de las distintas especialidades, todas ellas manejarán el contacto con el paciente en estado terminal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Barón, Manuel. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer. Madrid. España: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 131.
2. Centeno, C. Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [documento en internet] [consultado 30 mayo 2024]. Disponible en: http://www.masterpaliativos.com/ArchivosFTP/BackupXII/course_files/Taller_Marzo_2010/Bibliografia/MovHospice.pdf
3. Reyes MC. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Ed. Ciencias Médicas. 2009;(279):51-4.
4. Strand Jacob J, KamdarMihir M, Carey Elise C. La importancia de los cuidados paliativos Mayo Clin Proc. 2013;88(8):859-65.
5. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M. Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1ra. ed. Houston: IAHPC Press; 2013.
6. Benítez-Rosario MA. Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos Med Clin (Barc). 2003;121(8):297-8.
7. Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2005. [consultado 25 ago 2013]. Disponible en: http://www.secuidadospaliativosal.com/guia_cuidados_paliativos/index.php?acc=dos
8. Bonanno AM, Kiraly LN, Siegel TR, Brasel KJ, Cook MR. Surgical palliative care training in general surgery residency: An educational needs assessment. Am J Surg. 2019;217:928-31. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.01.008>
9. Astudillo W., Mendinueta C. Astudillo E. Medicina Paliativa. Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su familia. EUNSA, Barañain, 5ª Edición, 2008.
10. Quintero OTH, Figueredo MA, Mendes MCR, González CIM, Reyes EJC. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. Educ Méd Super [Internet]. 2015 [acceso 12 fev 2019];29(1):14-27. Disponible: <https://bit.ly/2SJ0pua>
11. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nr7qPPRPj96JcWw5gpp6bTH/?format=pdf&lang=es> R, Muñoz E, Rubio A. Anular o acortar los primeros peldaños de la Escalera Analgésica de la OMS. RevSocEsp Dolor. 2008;15(1):0-0.
12. Rosell Puig W, Más M, García M. La enseñanza integrada necesidad histórica de la educación en las ciencias médicas. EducMed Super. 2002;16(3):196-203.

13. Francisco Sosa Cabeza. Hibrys – medica reflexiones de un cirujano oncólogo, ediciones rubiano. Calidad de vida!!! y calidad de muerte???¿El Paciente terminal,cuando debemos parar? Capítulo 7- página -37 , Filuc/2024.
14. Marcos Vinícius da Conceição, Maiane Cássia de Castro Vasconcelos, Caio José Coutinho Leal Telino , Erik Vinícius Barros Guedes, Deborah Mônica Machado Pimentel. Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario. Rev. bioét. (Impr.). 2019; 27 (1): 134-42.
15. Diagama-Restrepo, S.; Vega-Peña, N. V.; León-Delgado, M. X. en su investigación llamada: Percepción sobre la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia. Revista Colombia. Cir. 2024; 39:209-17. <https://doi.org/10.30944/20117582.2444>.
16. Viviana García, Franco Calderaro Di Ruggiero*,Johatson Freytez, Ernesto Lara Velásquez. Cuidados paliativos en cáncer ginecológico. Artículo Original. Gaceta Médica. Caracas 2021;129(Supl 4):S746-S757DOI: 10.47307/GMC.2021.129.s4.11
17. Luis G. Capote Negrin. Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. Revista venezolana de Oncología. v.18 n.4 Caracas-Venezuela. 2016.
18. Francisco Sosa Cabeza. Tiempos de vivir – tiempos de morir reflexiones de un cirujano oncólogo sobre la vejez, la enfermedad y la muerte en su oficio profesional. Editorial: Talleres Cosmográfica C.A octubre 2012.

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN DIRIGIDA POR: RUTH MORA

Yo, _____ Cédula de Identidad N° _____ declaro en calidad de participante y/o representante, que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada:

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE TEJERA VALENCIA ESTADO CARABOBO PERIODO 2023/2024

Este es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo del Comité de Investigación y Ética de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Entiendo que este estudio busca conocer el nivel de conocimiento y la percepción sobre cuidados paliativos entre los residentes de postgrado en la CHET en paciente oncológico adultos. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sé que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Si, acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma del Participante y/o Representante

Fecha: ____/____/____

ANEXO II

FICHA PATRONÍMICA

☐ Nombre y Apellido: _____

☐ Edad: _____ años.

☐ Género: M _____ / F _____

☐ Médico residente:

- Primer año. _____
- Segundo año. _____
- Tercer año. _____
- Cuarto año. _____

☐ Especialidad:

- Cirugía general.
- Anestesiología.
- Medicina Interna.
- Traumatología.

ANEXO III

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

*****ALGUNAS CONSIDERACIONES:**

- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.
- La información obtenida con la entrevista será de uso exclusivo para este trabajo de investigación.
- La intervención del entrevistado será anónima en la consolidación de la información.
- La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.
- Al participar en este estudio, el entrevistado responderá con libertad y en sus términos las preguntas realizadas por el entrevistador. También podrá entregar información adicional que considere pertinente para el objeto de la investigación.

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CP

AUTOEVALUACIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS					
ITEMS	SI	NO	RC*	N	%
1. Recibí información suficiente sobre pacientes en situación terminal durante la carrera de grado.					
2. Conozco la definición de la OMS de cuidados paliativos.					
3. ¿Cree Usted Que Los Cuidados Paliativos A Pacientes Terminales Deberían Ser Manejados En Un Centro Hospitalario?					
4. ¿Todos Los Pacientes Terminales Deberían De Recibir Los Cuidados Paliativos?					
5. ¿Los Médicos Residentes Son Los Profesionales Responsables De Brindar Los Cuidados?					
6. Aprendí técnicas de comunicación y de postura médica para dar “malas noticias”					
7. ¿Conoce usted el índice de karnofsky?					
8. ¿Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad?					
9. La comunicación de malas noticias se debe dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten.					
10. ¿Religiosidad es lo mismo que espiritualidad?					
11. ¿Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo?					

Tabla 3. PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CHET DURANTE EL PERIODO 2023/2024

Ítems analizado con respuesta correcta			RC*	N	%
COMUNICACIÓN	SI	NO			
1. ¿Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento? 2. ¿La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente?					

Tabla 4. PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA DIMENSIÓN DE MANEJO DEL DOLOR DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA CHET DURANTE EL PERIODO 2023/2024

Ítems analizado con respuesta correcta			RC*	N	%
DOLOR	SI	NO			
1. ¿Durante la fase final de una enfermedad, los fármacos para el dolor se pueden administrar en casa? 2. ¿Sufrimiento y dolor físico son el mismo término?					

EVALUACIÓN GLOBAL DEL CONOCIMIENTO		TOTAL	%
PUNTAJE			
BUENO	(11 a 15 respuestas correctas)		
REGULAR	(6 a 10 respuestas correctas)		
MALO	(0 a 3 respuestas correctas)		

PREGUNTAS Y RESPUESTAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Recibí información suficiente sobre pacientes en situación terminal durante la carrera de grado.	SI	NO
Conozco la definición de la OMS de cuidados paliativos. rpta: la organización mundial de la salud (oms) define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias. se centran en aliviar el sufrimiento y prevenirlo	SI	NO
¿Cree Usted Que Los Cuidados Paliativos A Pacientes Terminales Deberían Ser Manejados En Un Centro Hospitalario? rpta: (tiempo de vivir, tiempo de morir cap 49 derecho a una muerte digna) todos los seres humanos tienen derecho a la vida e integridad física y moral, sin que pueda ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos, a menudo son vulnerados los derechos humanos, cuando se le somete a encarnizamiento terapéutico, extrayéndolos, de su entorno familiar, manteniéndolos en condiciones que degradan la dignidad de la persona en nuestra jurisdicción venezolana, en el código de Deontología médica, aprobado por la federación médica venezolana, cap. 4 del enfermo terminal se expone artículo 26. El médico debe evitar la indicación de exámenes injustificados, lo mismo que hospitalizaciones innecesarias, evitara también la reclusión en las unidades de cuidados intensivos, para el tratamiento de afecciones susceptibles y para la atención de enfermos en la fase final de una afección irreversible. artículo 79. El enfermo tiene derecho a exigir que durante su tránsito final no exceda la "ciencia" el "arte" de la medicina. En otras palabras: que el conocimiento científico y las habilidades técnicas del médico no excedan en momento alguno el carácter humano de la ayuda profesional	SI	NO
¿Todos Los Pacientes Terminales Deberían De Recibir Los Cuidados Paliativos? rpta: Si bien originalmente los Cuidados Paliativos surgieron para los enfermos oncológicos, por el bienestar que generan se utilizan cada vez más en otras patologías crónicas: cardiopatías, enfisema, ictus, cirrosis, demencia, etc., porque éstas comparten muchos síntomas comunes que pueden beneficiarse del enfoque terapéutico paliativo Por lo que Los Cuidados Paliativos se aplican a pacientes oncológicos y no oncológicos que se encuentren en estado avanzado. https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/PREGUNTAS-Y-RESPUESTAS-SOBRE-PALIATIVOS.pdf	SI	NO
¿Los Médicos Residentes Son Los Profesionales Responsables De Brindar Los Cuidados paliativos? rpta: (tiempo de vivir, tiempo de morir cap54 manejo del paciente terminal la agonía) poca preparación del personal médico, y paramédico, en el manejo del paciente terminal, esto es algo de esperarse si vemos que en las facultades de medicina venezolanas no existen en el pensum de estudios nada relacionado, con el manejo del paciente terminal, por lo que el médico en general no está preparado para manejar estos tipos de pacientes , salvo a las excepciones, de los colegas autodidácticos, motivados por su práctica particular, y cúmulos de experiencias , propias de las especialidades que manejan pacientes con mortalidades elevadas, (ejemplo: oncología, gerontología, enfermedades crónicas etc.	SI	NO

Aprendí técnicas de comunicación y de postura médica para dar “malas noticias” rpta: (tiempo de vivir, tiempo de morir cap33 como dar malas noticias). Normalmente los encargados de dar esa mala noticia son los médicos, que suelen estar preparados para hablar de tratamientos y curaciones, pero no lo suelen hacer para dar malas noticias.	SI	NO
¿Conoce usted el índice de Karnofsky? rpta: La escala o índice de Karnofsky (KPS) consiste en un escala numérica del 0 al 100, muy empleada en oncología para expresar de forma reducida el estado general de salud y la calidad de vida de un paciente. Se trata de un método habitual para evaluar su capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas. A menor cifra, peor estado de salud.	SI	NO
¿Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad? Los Cuidados Paliativos están dirigidos a pacientes con enfermedad en etapa avanzada donde el tratamiento médico no es curativo ni detiene o enlentece el curso de la enfermedad terminal.	SI	NO
La comunicación de malas noticias se debe dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten. rpta: La comunicación de malas noticias es fundamental para el desarrollo del plan de trabajo con el paciente.	SI	NO
¿Religiosidad es lo mismo que espiritualidad? rpta: Espiritualidad significa: aquello que otorga un significado definitivo a la vida de una persona, mientras que la religiosidad, se refiere a la religión que profesa y como la vive en su vida.	SI	NO
¿Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo? rpta: La Medicina Paliativa es una rama de la medicina que se encarga de manejo integral de pacientes con enfermedades en estado avanzado donde el tratamiento médico no es curativo ni detiene o enlentece el curso de la enfermedad. Los Cuidados Paliativos son las medidas necesarias tomadas para garantizar una mejor calidad de vida del paciente, familia y cuidador durante la progresión de la enfermedad. https://repositorio.upch.edu.pe/sequence=4&isAllowed=y	SI	NO
¿Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento? rpta: Los cuidados paliativos incentivan la participación activa de los familiares, informando de las decisiones terapéuticas solicitan consentimiento.	SI	NO
La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente rpta: Se debe evitar la “Conspiración de silencio”, fortaleciendo la relación médico paciente y respetando siempre la autonomía del paciente, así como darle toda la información al paciente para que esté plenamente consciente de su futura próxima extinción	SI	NO

¿Durante la fase final de una enfermedad, los fármacos para el dolor se pueden administrar en casa? rpta: Entre los diversos aspectos en que se puede subdividir a los cuidados paliativos, el dolor, es sin duda uno de los más complejos. En la práctica, muchos pacientes con síntomas álgicos pueden necesitar atención médica domiciliaria y no sólo en hospitales de referencia, sino en cualquier institución de salud con puertas abiertas. Pero los médicos, en general, no especialistas poseen el mínimo de conocimiento sobre el dolor. https://www.scielo.br/j/bioet/a/nr7qPPRPj96JcWw5gpp6bTH/?format=pdf&lang=es	SI	NO
¿Sufrimiento y dolor físico son el mismo término? rpta: Hay que distinguir el dolor del sufrimiento. El dolor es orgánico, físico o corporal, que cualquier ser animal es capaz de experimentar, mientras que el sufrimiento está enraizado en la naturaleza humana, de origen psicosocioespiritual, asociado a nuestra condición de seres pensantes. Debemos también ser capaces de diferenciar las múltiples variedades de sufrimientos que podemos encontrar: social, emocional, espiritual y físico. El médico suele enfocarse en el sufrimiento físico, a veces solo en la agudización de ese sufrimiento, pero puede quedar corto en la atención integral. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662024000100207	SI	NO