



Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.

**CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS  
PALIATIVOS DE PERSONAL MÉDICO  
QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE TULA DE ALLENDE, HIDALGO EN 2013.**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN:

**TANATOLOGIA**

PRESENTAN:

**ARACELI RAMOS ESTRADA  
LAURA RAMOS ALONSO**

ASESOR: Mtro. Víctor Hugo Bolaños Macías



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C.

## DEDICATORIA

A mi Padre por haberme dado la vida, por protegerme durante todo mi camino y regalarme una maravillosa familia.

A mi papá José Carmen, que con su partida me dejó sus valiosas enseñanzas para enfrentarme a la vida.

A mi inolvidable amiga Rosy por enfrentarse con valentía a la muerte y por ese gran amor que me dio.

A mi sobrino Alejandrito, porque gracias a ti conocí el verdadero amor al prójimo, por ser un guerrero en la batalla contra la enfermedad, con eterno e inolvidable amor.

Araceli Ramos Estrada

## AGRADECIMIENTO

A mis hijas Suyin y Elean que son una bendición que Dios me ha dado. Gracias por su amor, comprensión y por ser los motivos de mi vida.

A Eleazar por su paciencia, comprensión y apoyo.

A mi Madre y hermanos por su amor y comprensión.

Al Maestro Víctor Hugo Bolaños Macías, director de tesina por su asesoramiento a la realización de la misma y por transmitir sus conocimientos.

Con sincero y total agradecimiento para maestros del Diplomado y compañeros de grupo quienes con sus conocimientos hicieron posible el logro de una meta más en mi vida.

A la Sra. Marina por todas sus atenciones durante el diplomado.

Con gratitud y amor para Alex y Laurita porque me transmiten fortaleza y amor a la vida.

Araceli Ramos Estrada

## DEDICATORIA

Gracias a mi Padre Celestial por su infinito amor, por darme fortaleza, por ser mi guía y compañero, por la oportunidad de mirar otro amanecer lleno de luz, por el hermoso regalo de ser madre de dos maravillosos hijos.

A mis dos grandes amores por ser mi inspiración para cursar el diplomado en Tanatología.

A mi amada Lupita un ángel hermoso que Dios me regalo, para llenar mi vida de alegría y amor.

A mi amado Alex un ser maravilloso que Dios envió para iluminar mi vida, mi maestro, mi compañero que a través de su sonrisa aprendí lo que significa la alegría de vivir, y de sus ojos llenos de luz, el interés tan vivo que hay que tener, para buscar el lado bueno a un momento difícil.

Gracias mis dos grandes amores por su gran lección de vida, de fe, amor, fortaleza y valentía, ayudándome a descubrir mi misión y a vivir cada momento de mi existir.

Los amo.

Laura Ramos Alonso

## AGRADECIMIENTO

A mis padres Esperanza y José Guadalupe gracias por darme la vida, por abrigarme con su amor, por estar siempre a mí lado en los momentos de alegría y tristeza, por transmitirme su fortaleza para que yo siguiera adelante a pesar de las adversidades. Los amo.

A mi esposo Alejandro por los maravillosos hijos que tuvimos, por los momentos de alegría, por apoyarme en los momentos de mayor sufrimiento, soledad, tristeza, que a pesar de tu sufrimiento siempre has estado a mi lado. Gracias mi amor por no dejarme desfallecer. Te amo.

A mi hermana, hermanos, cuñadas y sobrinos, gracias por todos los momentos maravillosos que hemos compartido, por acompañarme con amor y fortaleza en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi prima Araceli y Eleazar porque me han tendido la mano para levantarme y brindado un hombro para llorar cuando lo he necesitado, gracias por su amor, comprensión y motivación para que concluyera este diplomado.

Al Maestro Víctor Hugo Bolaños Macías mi agradecimiento y admiración por ayudarme a tener un reencuentro en esta nueva vida, por enseñarme a entender y comprender la muerte. Gracias por compartir sus sabios conocimientos.

A los profesores de la Asociación Mexicana de Tanatología un agradecimiento especial por sus enseñanzas, respeto y humanidad.

A mis compañeros del diplomado gracias por su respeto, comprensión y por los momentos maravillosos que compartimos.

A la Sra. Marina por sus atenciones a lo largo del diplomado.

Laura Ramos Alonso

## INDICE

Introducción _____	7
Justificación _____	8
Objetivo General _____	9
Objetivos Específicos _____	9
Encuesta _____	10
Planteamiento del problema _____	11
Cuerpo de la Obra _____	13
Hipótesis _____	23
Método _____	24
Resultados _____	25
Discusión _____	27
Conclusiones _____	28
Bibliografía _____	29
Anexos _____	31
Autores _____	46

## **Introducción**

La atención que el paciente acude solicitando en las unidades hospitalarias, en busca de salud, confort, comprensión, atención médica o simplemente para ser escuchado es mayor cuando el paciente sabe que se enfrenta a la muerte, sin embargo esta desesperación es atraída por el equipo tratante, quien ante la desesperación del dilema vida-muerte, decide tomar la decisión de aplicar todos los conocimientos médicos y de equipo de sostén que este a su alcance con la finalidad de curar, cuando esto no es posible el médico se enfrasca en una lucha desigual ante la muerte no para sanar al paciente, para mantener con vida un paciente importando únicamente entregar al siguiente turno un cuerpo con los monitores indicando que mantiene signos vitales.

En la actualidad el hospital cuenta con el Programa de Voluntad Anticipada, sin embargo el médico tiene miedo de diagnosticar al paciente como terminal.

Ante este dilema surge la necesidad de investigar si el médico tiene conocimiento sobre Cuidados Paliativos.

## **Justificación**

La población mundial y nacional enfrenta el reto de los grandes adelantos científicos, ante el cual la esperanza de vida se incrementa constantemente, enfrentando los retos de llegar a edades mayores a los 70 años, con lo cual las enfermedades terminales se incrementan constantemente enfrentando al paciente a asumir su muerte poco a poco cada día sin la esperanza de una cura efectiva, ya que únicamente se controlan algunos de los signos y síntomas.

Debido al incremento en la mortalidad y morbilidad de los pacientes, es necesario conocer si los médicos del hospital tienen conocimiento sobre los cuidados paliativos, ya que no existe ningún estudio en el personal sobre este tema.

## **Objetivo General**

Identificar si el personal médico del hospital General de Tula de Allende, Hidalgo, tiene conocimiento sobre Cuidados Paliativos

## **Objetivos Específicos**

Identificar si los médicos del hospital están capacitados en cuidados paliativos,

Identificar si los médicos del Hospital aplican los conocimientos sobre cuidados paliativos,

Identificar si el médico puede cuantificar el dolor en el paciente terminal.

## **Encuesta**

Se aplicó una encuesta anónima a 74 médicos para evaluar el conocimiento que tienen sobre cuidados paliativos en el enfermo terminal, el instrumento constó de 14 reactivos con preguntas cerradas, el análisis mostró que el personal médico no tiene conocimientos sobre los cuidados paliativos, que en la currícula de formación universitaria no existe como materia, sin embargo el médico infiere que la aplicación de cuidados paliativos es una opción ante el paciente en estado terminal, se observa que el médico no se coordina para una mejor atención en cuidados paliativos, sin embargo señala que él mismo aceptaría morir en casa en un programa de Cuidados Paliativos.

Se requiere mayor investigación sobre el tema para proponer un cambio en la currícula universitaria.

Palabras clave: Enfermo terminal, cuidados paliativos, conocimiento

## **Planteamiento del Problema**

En Tula de Allende, Hidalgo de 2011 a 2013 fallecieron 351 personas, de las cuales 194 fallecieron en dicha unidad hospitalaria, que comprenden al 55 % del total de fallecimientos, siendo la causa principal Diabetes Mellitus y sus complicaciones seguido de Tumores Malignos y Enfermedades del Corazón, patologías que pertenecen al grupo de Enfermedades Terminales.

De estos paciente en 2013 acudió una paciente con diagnostico de Cáncer de Mama con dictamen de paciente irreuperable, solicitando la paciente su inclusión al Programa de Voluntad Anticipada, este caso fue enviado al Servicio de Medicina Interna y en Coordinación con el Medico responsable del programa de Voluntad Anticipada fue llevado al Comité de Ética, donde se dictamina también como irreuperable, siendo de inmediato incluido al programa dando amplia información y beneficios del mismo, así como indicar al paciente que será visitado dos veces por semana por el equipo de Voluntad Anticipada de la Jurisdicción Sanitaria siguiendo el protocolo del programa, en ambulancia se transporta al paciente a su domicilio acompañado del médico coordinador y enfermera del equipo de la Unidad hospitalaria quienes instalan a la paciente en su domicilio dando las indicaciones necesarias a paciente y familia, posteriormente paciente y familia solicitan al coordinar médico del programa acuda al domicilio a platicar con la paciente, quien acude en múltiples ocasiones a dialogar con paciente y familia sobre diferentes tópicos, proporcionando apoyo al paciente en el manejo del dolor y otros síntomas, establecer un programa que no acelere la muerte, pero tampoco la posponga, además diferentes temas como la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal, iintegrar los aspectos psicológicos y espirituales, ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

El día del fallecimiento la familia de la paciente notifico al médico solicitando su presencia y acompañamiento en el domicilio, siendo recibido amablemente por la familia quienes dan las gracias por la atención recibida, dando por concluida satisfactoriamente la actividad.

Por lo cual surge la necesidad de investigar cual es el conocimiento que se tiene sobre cuidados paliativos en el personal de la unidad, buscando información bibliográfica, encontrando que no existe ningún estudio dentro de la institución por lo cual se decide iniciar un protocolo para dar respuesta a esta pregunta.

## Cuerpo de la Obra

Durante el desarrollo de nuestras actividades en la experiencia personal que tenemos como estudiantes de Tanatología, nos dimos cuenta que el personal no aplica los conocimientos que sobre Cuidados Paliativos existen actualmente en Medicina y que al enfrentar al paciente en etapa terminal, en estado terminal o el paciente con enfermedad terminal, le da miedo por desconocimiento tomar la decisión de declararlo incurable porque considera que el hacerlo traerá como consecuencia abandonar al paciente a su suerte, ante la angustia que le causa la muerte toma la opción de aferrarse al pensamiento científico aprendido en la Universidad apoyado en el Juramento Hipocrático que realiza al final de la carrera donde señala;

“Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, absteniéndome de cometer todo mal y toda injusticia<sup>1</sup>.”, bajo este precepto el medico egresado entiende que debe preservar la vida a toda costa, aun del propio paciente y descarga su frustración ante la enfermedad aplicando una serie innecesaria de procedimientos, medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo terminal teniendo como consecuencia desgaste físico, emocional y económico en el paciente, familia; además en el personal y la institución incremento el gasto por consumo de recursos humanos, físicos y financieros, en una paciente que no volverá a ser sano, cuyo único destino es la muerte próxima.

En la formación curricular de las diversas Universidades formadoras de recursos en salud no existen materias como Cuidos paliativos o Tanatología, Ética o Bioética lo cual da como resultado que el alumno egresado tenga grandes deficiencias en estas áreas humanísticas.

En países desarrollados, la mayoría (71%) de los pacientes mueren en instituciones, especialmente hospitales y sólo 24% en la casa; sin embargo, al preguntarle a los pacientes terminales dónde preferirían morir, la gran mayoría eligió su casa<sup>2</sup>.

En las instituciones de salud existen grandes problemas económicos, al sector público no se otorgan los recursos necesarios para llevar a cabo todos los programas asociados a la crisis mundial y al desempleo generado, los estratos económicos superiores buscan atención a la salud en el sector público, que trae como consecuencia una mayor demanda y un mayor gasto de insumos no programados.

En el periodo comprendido de 2011 a 2013 se registraron 351 defunciones en Tula de Allende, Hidalgo, si analizamos las cuatro primeras causas encontramos diabetes mellitus, Tumores malignos, Enfermedades del corazón y Enfermedades del hígado, las cuales se identifican como enfermedades terminales.

“Estos padecimientos, junto con el SIDA, las enfermedades renales y deficiencias pulmonares, se consideran terminales y, generalmente, se acompañan de un pronóstico poco alentador”<sup>3</sup>

De acuerdo a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos define como la **“Enfermedad Terminal”** con una serie de características con los elementos fundamentales:

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

Pronóstico de vida inferior a 6 meses<sup>4</sup>”

Enfermedad terminal. Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva<sup>3</sup>

Los pacientes con enfermedades incurables o malignas son generalmente reconocidos como pacientes con enfermedad terminal. Esto significa que existe evidencia objetiva de actividad y progresión de una enfermedad que amenaza la vida, y que ninguna terapia puede revertir el proceso o producir una remisión. Sin embargo, para otras enfermedades que no tienen curación, es mucho más complejo catalogar de “terminalidad” a un enfermo. Es mucho más difícil definir la etapa final de procesos o insuficiencias tales como la cardíaca o la respiratoria, la enfermedad de Parkinson y los accidentes vasculares cerebrales, diabetes mellitus o hipertensión arterial

El avance de la ciencia y el conocimiento de la enfermedad a permitido que la población mundial sea mas longeva, lo cual a permitido que las enfermedades crónicas se manifiesten en forma exuberante produciendo en muchos casos pacientes con incapacidades, ya que no existe cura eficiente para ellas, lo que se hace es paliar, lo que ha dado auge primero a la medicina preventiva y en forma secundaria a la geriatría sin embargo al instaurarse la patología esta va deteriorando poco a poco el organismo cuando hay tratamiento y precipitadamente cuando no existe, así surge la necesidad de que un nuevo grupo de expertos trate a este paciente con una enfermedad incurable lo cual se logra con el especialista en Cuidados Paliativos.

**Se define al Paciente Terminal** como “Aquel enfermo con un padecimiento agudo, subagudo o más habitualmente crónico, de curso inexorable y sujeto sólo a manejo paliativo”. El Manual de Ética del American College of Physicians lo considera como “paciente cuya condición se cataloga como irreversible reciba o no tratamiento y que muy probablemente fallecerá en un periodo de tres a seis meses<sup>5</sup>”.

"Es necesario comprender que el estado terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte y que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones a consecuencia de una enfermedad la cual no responde a los tratamientos específicos, y se acompaña en todos los ordenes que lo determinan como un ser bio-psico-social, cuyo fin último es la muerte de la persona. Estos fenómenos estarán comprendidos dentro de un período aproximado y no mayor de seis meses.

**El Paciente en Estado Terminal** es aquel paciente que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que lo llevará a la muerte en un período aproximado de 6 meses, sin descartar la falla aguda que acorte este período <sup>6</sup>

### **Que son los cuidados paliativos**

“Son los cuidados activos totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo”. La Medicina Paliativa es la especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento de estos enfermos. Son sus objetivos: mantener o mejorar su calidad de vida y dar apoyo a sus familias en esta fase y durante el duelo. Se conocen también como cuidados intensivos de bienestar, porque procuran facilitar todo lo que sea capaz de reducir o evitar el sufrimiento al moribundo, bien a través de medios preventivos, curativos o rehabilitadores, e incluso, en ocasiones, con terapias intervencionistas- por ejemplo, un drenaje en la disnea por un derrame pleural- sin intentar alargar innecesariamente su supervivencia<sup>7</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos,

sociales y espirituales es primordial». Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de Cuidados Paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales»<sup>8</sup>

La etapa final de la vida de un enfermo se acompaña, por lo general, de un gran impacto físico, emocional y social para el afectado y su familia, por lo que las metas básicas de la paliación son: la búsqueda de su bienestar a través de un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, el alivio y la prevención del sufrimiento con el mayor respeto a su dignidad y autonomía y el apoyo a su familia, para que se enfrenten mejor a la futura muerte y al duelo.

**Para la OMS, el tratamiento paliativo tiene por objeto:**

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal;
- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte, ni tampoco la posponga;
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos;
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente;
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

## **Necesidades de los enfermos en la fase final de la vida**

**Fisiológicas.**- Buen control sintomático.

**Pertenencia.**- Estar en manos seguras. Sentirse útil. No experimentar ser una carga.

**Amor.**- Poder expresar afecto y recibirlo.

**Comprensión.**- Explicación de los síntomas y la enfermedad. Oportunidad para discutir el proceso de fallecer

**Aceptación.**- Cualquiera que sea su ánimo y sociabilidad.

**Autoestima.**- Participar en la toma de decisiones, sobre todo cuando aumente su dependencia de otros. Oportunidad para dar y recibir.

**Espirituales.**- Búsqueda del significado y propósito de la vida. Deseo de reconciliación – perdón y afirmación de valores particulares y comunes<sup>9</sup>

Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino complementarios teniendo como objetivo principal el bienestar del paciente

Debemos recordar que el enfermo es un ser autónomo que tiene derecho a decidir sobre sí mismo y por tanto, ha de ser informado adecuadamente sobre cualquier actuación médica, a elegir entre las diferentes alternativas e incluso a negarse al tratamiento.<sup>10</sup>

Aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico.

Una vez agotados de forma razonable aquellos tratamientos específicos que se disponen, entramos por tanto en una situación de progresión de enfermedad, dirigiéndose los objetivos terapéuticos a la promoción del confort del enfermo y su familia. El único papel del tratamiento específico será pues ayudar en este sentido; por ejemplo, la radioterapia en las metástasis óseas, colocar una sonda para de comprensión gástrica.

**La calidad de vida y confort** de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

- **Control de síntomas:** Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
- **Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico,** estableciendo una relación franca y honesta.
- **Cambios en la organización,** que permitan el trabajo interdisciplinario y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
- **Equipo interdisciplinario,** ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de estos apartados que constituyen verdaderas disciplinas científicas. Es requisito indispensable el adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

**Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:**

Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente y la familia.

**El enfermo y la familia son la unidad a tratar.**

La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

**La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo** tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.

Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación, porque siempre hay algo que hacer por el paciente y la familia.

**Crear una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación que influya de manera decisiva en el control de síntomas.** La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

#### **Control de síntomas.**

Evaluar antes de tratar, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.

La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro

adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.

Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.

**Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo** (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del Paciente.

La rigurosidad y minuciosidad de nuestra actuación tendrá una traducción clínica evidente en nuestros pacientes sobre su nivel de confort, siendo necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar nuestra estrategia de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas<sup>4</sup>.

Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

Ante retos semejantes la atención al paciente en estado terminal o con una enfermedad terminal, recibe poco apoyo para el desarrollo de Programas como el de Cuidados Paliativos, sin que los directivos logren comprender que aplicar Cuidados Paliativos es el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas, el principal objetivo es el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas sociales y espirituales.

Buscando mejoría en la calidad de vida del paciente, la familia y el equipo de salud además disminución de costo porque el paciente es atendido en instituciones

especializadas o en casa, se le retiran aquellos insumos que carecen de función terapéutica, utilizando aquellos cuya función es lograr la mejoría de la calidad de vida del paciente, teniendo como objetivos: alivio al dolor y otros síntomas no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, y reafirmar la importancia de la vida.

En médicos y enfermeras hay preocupación por obtener conocimientos en cuidados paliativos, como servicios especializados estos se localizan en grandes centros de investigación como los Institutos de 3er nivel, por considerarlo conocimiento de alta especialidad, sin embargo los cuidados paliativos deben ser aplicados en el 3er nivel, en el 2do nivel, 1er nivel y en el

hogar del paciente por la familia o cuidadores capacitados y asesorados por un equipo responsable.

Es por esto que consideramos importante identificar el conocimiento sobre cuidados paliativos para el personal médico del Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo, con la finalidad de diseñar estrategias educativas al personal con el objetivo de proporcionar atención integral de calidad al paciente y familiares ante la enfermedad terminal.

## **Hipótesis**

Los médicos del Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo tienen conocimiento sobre Cuidados Paliativos

## **Método**

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, para identificar el conocimiento sobre cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal, en médicos que laboran en el hospital General de Tula de Allende, Hidalgo de segundo nivel. Unidad de observación.- El médico

**Problema bioético.-** Ninguno.

**Tamaño de la muestra.-** Debido al número de médicos que laboran en los hospitales se decidió realizar el estudio tomando como tamaño de muestra el censo de médicos adscritos

**Criterios de inclusión.-** Todos los médicos de base y honorarios que laboran en el hospital en los diferentes turnos.

**Criterio de exclusión.-** el resto de personal de la unidad.

**Criterios de eliminación.-** Los médicos que no contesten el instrumento.

Para obtener la información se diseñó un instrumento. Se anexa al final.

La información fue recolectada en una tabla de Excel para su procesamiento, debido al tipo de estudio los resultados se presentan en forma de variables cualitativas, la información se presenta en forma de tablas.

## Resultados

Se aplicaron 74 encuestas a personal médico se observa que el 80 % procesan la religión católica, 10 % cristianos 10 % ateos.

Nadie de los encuestados manifestó haber recibido algún tipo de instrucción formal en la currícula universitaria sobre cuidados paliativos.

14 médicos manifestaron haber participado en un curso sobre cuidados paliativos es decir únicamente el 18.9 %.

4 médicos que corresponde al 5.4 % acudió a algún curso sobre tanatología.

De los 74 médicos, 18 que corresponde al 24.3 % manifestó conocer que es una enfermedad terminal médicos que significan el 75.7 % manifestó no saber que es una enfermedad terminal.

Únicamente 38 médicos que corresponde el 51.3 % pudo identificar al paciente en estado terminal, lo cual señala que el 48.7 % no puede identificarlo, lo cual señala la falta de conocimiento en la mitad del personal.

Ante un paciente con diagnóstico de enfermedad terminal 36 médicos que significa el 48.6 % manifestaron que no hay nada que hacer, médicos que corresponde al 37.8 % que debe incorporarse a un programa de cuidados paliativos y el 13.6 % que representa a médicos refirieron que los cuidados paliativos no sirven para nada, lo cual pone de manifiesto el gran desconocimiento sobre cuidados paliativos que se manifiesta a través de estas respuestas.

40 médicos que corresponde al 54 % refiere que en el paciente es estado terminal la prioridad es tratar las enfermedades agregadas. 46 % que corresponde a 34 médicos señala que lo mejor es controlar los síntomas, esto apoya el gran desconocimiento que tiene el personal sobre los cuidados paliativos.

El 67 % que corresponde a 50 médicos manifiesta que el paciente terminal no presenta dolor; 36 % de los médicos que corresponde a 27 refiere no saber medir el dolor en el paciente terminal, mostrando que el médico es incapaz de identificar que el paciente siente dolor, pero demuestra nuevamente la falta de conocimiento al no saber aplicar las escalas para medir el dolor.

Sin embargo es importante señalar que 67 médicos que corresponde al 90 % refiere que es primordial tratar el dolor.

El 71 % refiere rechazar en su persona la aplicación de todos los procedimientos para mantener y prolongar la vida en caso de ser ellos el paciente terminal y el 73 % estaría de acuerdo en ingresar a un programa de cuidados paliativos.

Cuando se les pregunto sobre en que lugar preferiría morir en caso de ser él paciente; 5% no contesto, 6 médicos que corresponde al 8 % manifestaron preferir morir con el apoyo científico en un hospital, el 23% siendo 17 médicos sólo en casa, 22 médicos que es el 30% en el hospital en un programa de cuidados paliativos, el 34% que representa a 25 médicos refirieron preferir estar en ese momento en casa en un programa de cuidados paliativos.

## Discusión

De los datos analizados se observa claramente que el médico no cuenta con una formación curricular universitaria sobre cuidados paliativos, uno de cada 5 médicos ha asistido a cursos de tanatología, sin embargo únicamente el 5% de los médicos han participado en algún curso de cuidados paliativos, esto se puede explicar por la falta de interés de autoridades y el propio personal ante el desconocimiento de las ventajas en calidad de vida que tienen los cuidados paliativos en el paciente, familia y la institución, la cual no ha realizado el análisis objetivo donde manifiesta las ventajas como disminución del tiempo de estancia, menor utilización de equipo de soporte, disminución en el uso de insumos y medicamentos, disminuir el desgaste físico emocional en el personal médico y para-médico.

En el personal médico hay poco interés en el autoaprendizaje de los Cuidados Paliativos, motivo por el cual desconocen términos como enfermedad terminal, paciente en estado terminal que los lleva a hacer uso irracional de los recursos, implicando así mismo un dispendio en gastos y recursos emocionales al propio paciente, la familia, la institución y su propia persona ya que son ellos los responsable del paciente, al dictaminar al paciente como terminal se realizan las coordinaciones necesarias y el trabajo en el paciente se divide entre mas personal, aligerando la carga emocional que representa, brindando mayor comodidad al paciente, familia y personal médico ante un evento tan desgastante como es el proceso de la muerte.

Es de llamar la atención que los médicos no se coordinen para cumplir lo anterior, así mismo el médico esta conciente en no querer para sí recibir la obstinación terapéutica, aunque ellos la estén llevando a cabo, tienen conocimiento implícito que incorporarse a un programa de cuidados paliativos es bueno para los pacientes en estado terminal o con enfermedad terminal y aun para ellos mismos, pero no realizan una promoción de dichos programas por la falta de aprendizaje y conocimiento sobre el tema.

## **Conclusiones**

Es preciso integrar a la currícula universitaria de formación de recursos para la salud, la materia de Cuidados Paliativos.

Hay que cambiar el actuar de los médicos, concientizar que no es lo mismo llevar al paciente con el apoyo médico técnico científico hasta la antesala muerte, así como el proceso del nacimiento, la muerte es un proceso que llega a su tiempo, la medicina no lucha en contra de ella no podemos luchar contra un enemigo que no conocemos, que nunca la venceremos y tenemos que aprender de ella.

Deben aceptar que la función del médico es, curar, paliar y siempre consolar siendo una obligación proporcionar cuidados humanísticos, por eso la necesidad de la formación en cuidados paliativos, los cuales ayudarán a dar una atención con mayor calidad en el proceso de morir.

Es necesario realizar una campaña intensiva sobre conocimiento y aprendizaje de Cuidados Paliativos a todos los niveles, sin perder la objetividad que estos serán proporcionados por personal médico y para-médico calificado.

Se requiere hacer una investigación con un tamaño de muestra más grande de médicos y de otros hospitales para poder hacer una inferencia válida al personal médico.

## Bibliografía

- 1.- Juramento Hipocrático
- 2.- Guerrero I, Cuidados paliativos; Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 193-195
- 3.- Programa Nacional de Salud 2007-2011. Secretaría de Salud. México.
- 4.- Guía De Cuidados Paliativos *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* SECPAL [www.secpal.com](http://www.secpal.com)
- 5.- El Manual de Ética del American College of Physicians
- 6.- Fundamentos de Tanatología Médica. Rebolledo Mota, J. Federico. México, Distribuidora y Editora Mexicana, 2003. 367p..
- 7.- Sociedad Europea de Cuidados Paliativos
- 8.- Organización Mundial de la Salud (OMS) Manual de Cuidados paliativos 2008
- 9.- *Principios Generales de los Cuidados Paliativos Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*  
Wilson Astudillo A. y Carmen Mendieta A.
- 10.- Carta de los Derechos de los pacientes
- 11.- Rodríguez Rodríguez, Nancy Y; Ruiz Valdés, Yulai; Carvajal Herrera, Ailyn; Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos Rev. Cub. Enferm; 23(4), oct.-dic. 2007
- 12.- A. García-Labattut; F. Tena; J. Díaz; R. Pajares; J. Sandoval; J. González; M.A. Taberna; A. García; H. Abdel-Hadi; F.J. Pérez; L. Fernández; M. Vázquez. Nivel de conocimiento sobre las Unidades de Cuidados Intensivos y los médicos intensivistas entre los ciudadanos de Castilla y León Med. Intensiva v.30 n.2 Madrid mar. 2006
- 13.- Paula Vial C, Patricio Ibáñez L, Alfredo Umaña V, María Margarita Reyes D, Paola Viviani, Flavio Nervi O; Autoevaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes. Rev Méd Chile 2004; 132: 445-452
- 14.- Jaime Duclos H; La muerte: un momento de paz y de confianza. Rev Méd Chile 2005; 133: 983-986

15.- Pedro Manuel Navarro Ferrer; Blanca Rosa Pérez Labrada; Noilán Parada López; Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(1-2)

16.- Pérez Manga G. Información al enfermo oncológico. Los límites de la verdad tolerable (II). [serie en Internet]. 2001 [citado 30 marzo 2005]; 9(2): [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://www.fonedo.com/noticias/24/2001/09/2.shtml>

17.- Razones del sí a la vida y del no a la eutanasia. [serie en Internet]. 2005 [citado 30 marzo 2005] [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.unav.es/capellania/muerte\\_digna/textos/euta.htm4](http://www.unav.es/capellania/muerte_digna/textos/euta.htm4)

18.- Gómez Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS. 2004: 23-7.

## ANEXOS

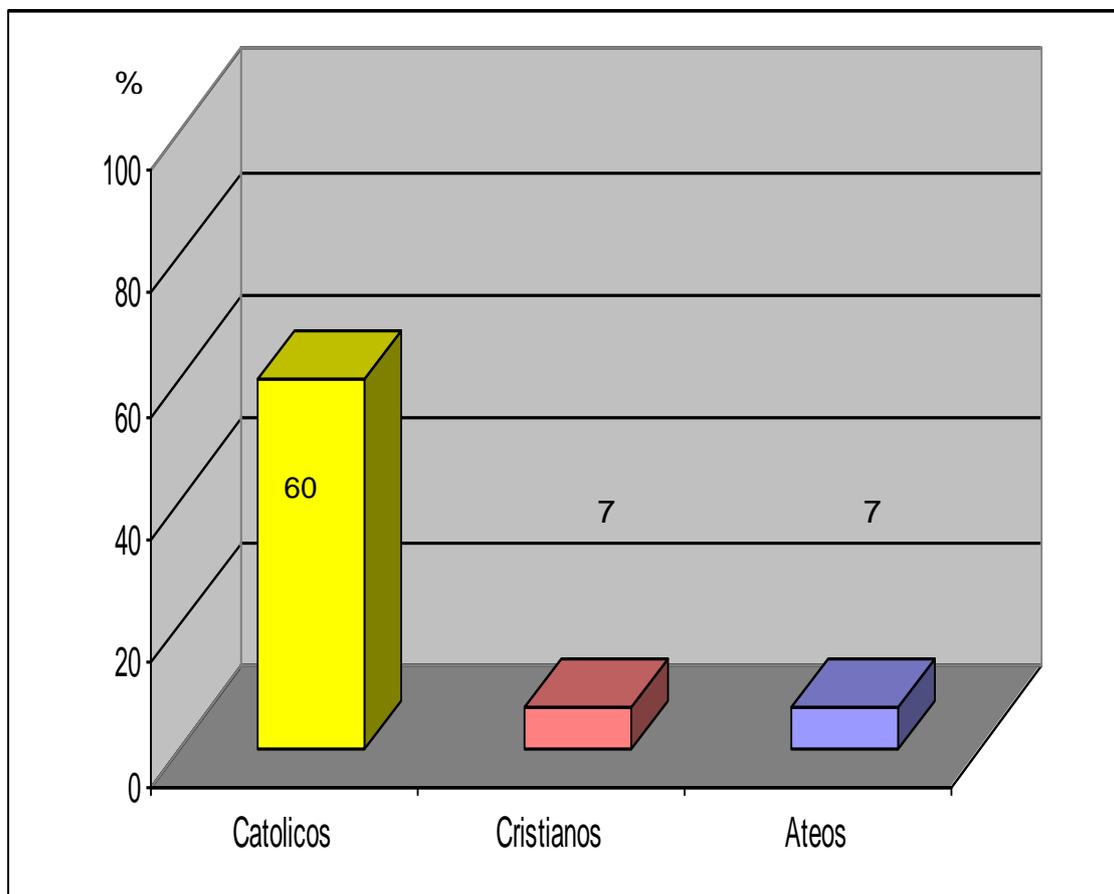
### ANEXO 1 LA MORTALIDAD.

No.	CAUSA	CIE	CANT	%	TASA
1	Diabetes mellitus	e11-14	65	18,52	59,4
2	Tumores malignos	c00-c97	49	13,96	44,8
3	Enfermedades del corazón	i00-i52	45	12,82	41,1
4	Enfermedades del hígado	k70-k77	30	8,55	27,4
5	Influenza, gripe y neumonía	j10-j18	21	5,98	19,2
6	Enfermedades cerebro vasculares	i60-i69	17	4,84	15,5
7	Accidentes	v01-x59	11	3,13	10,1
8	Agresiones	x85-y09	7	1,99	6,4
9	Malformaciones congénitas, deformidades	q00-q99	6	1,71	5,5
10	afecciones del periodo perinatal	p00-p96	6	1,71	5,5
11	Desnutrición	e40-e46	6	1,71	5,5
12	Insuficiencia renal	n17-n19	6	1,71	5,5
13	Epilepsia	g40-g41	6	1,71	5,5
14	Enfermedad pulmonar crónica obstructiva	j44	4	1,14	3,7
15	Alcoholismo	f102	4	1,14	3,7
16	Anemias		4	1,14	3,7
17	Lesiones auto inflingidas	x60-x84	3	0,85	2,7
18	Bronquitis crónica y no especificada	J40-j43 j45-j46	3	0,85	2,7
19	Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio		8	2,28	7,3
20	Las demás causas		50	13,11	14,24
	Total		351	100	320,9

Fuente: Jurisdicción Sanitaria 2013

## ANEXO 2

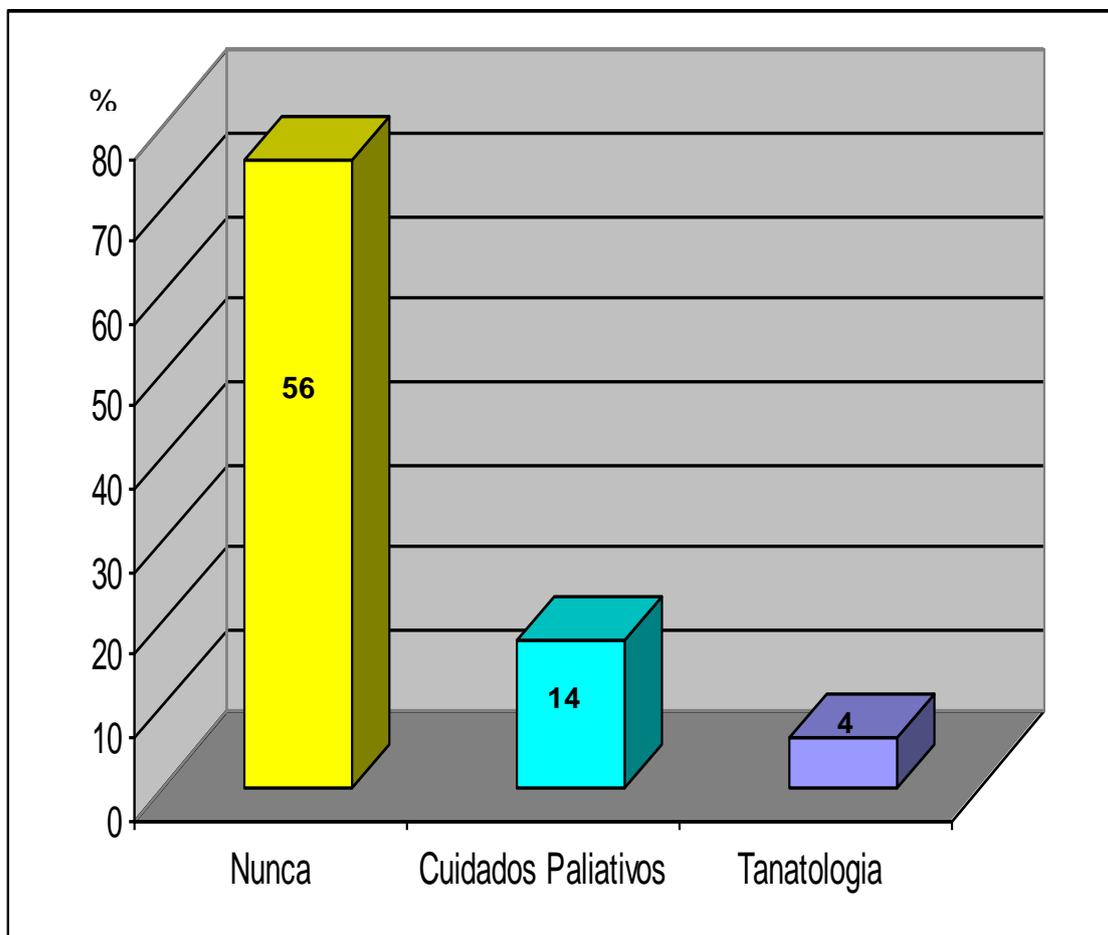
Gráfica comparativa de Religión que profesan



Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”

### ANEXO 3

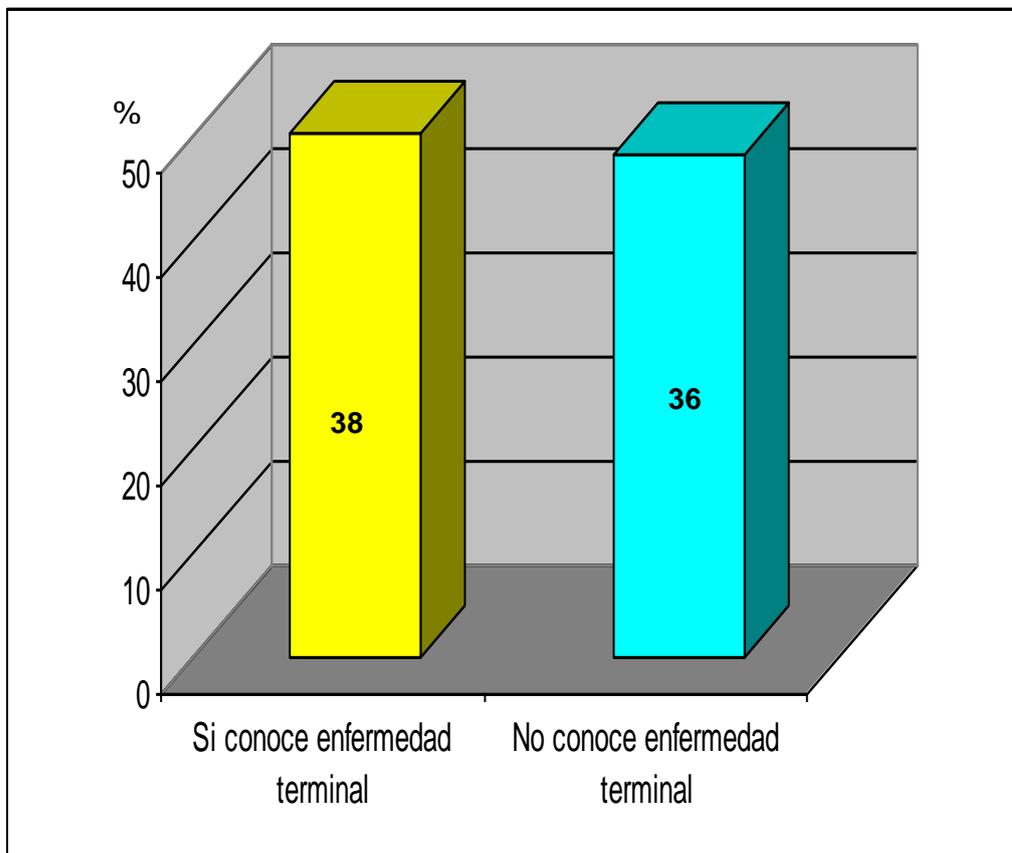
Gráfica comparativa de médicos que no han asistido a un curso



Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende en 2013”

#### ANEXO 4

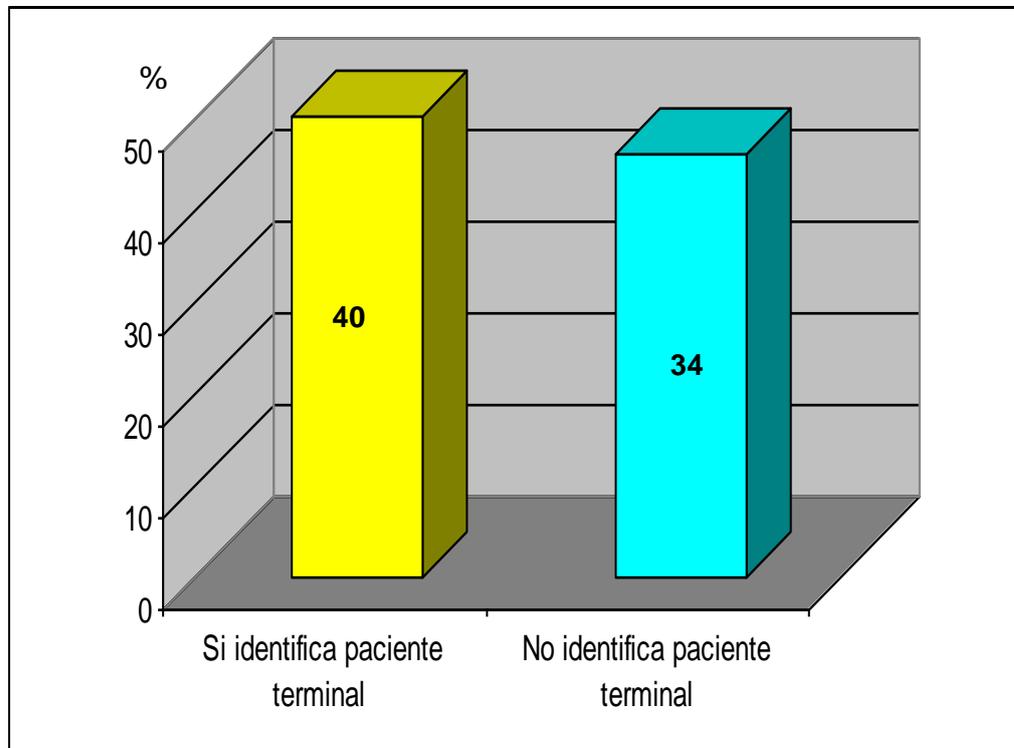
Gráfica comparativa de médicos que manifestaron conocer que es una enfermedad terminal



Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”

## ANEXO 5

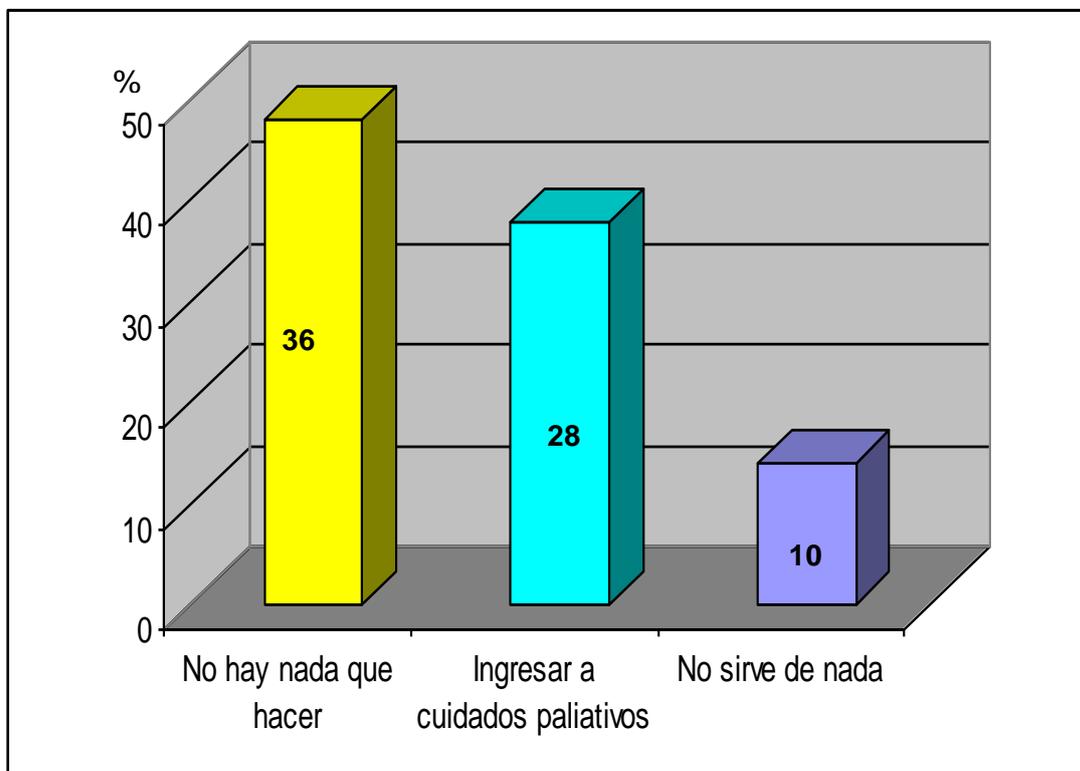
Gráfica comparativa de Personal que identifica al paciente en estado terminal



**Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”**

## ANEXO 6

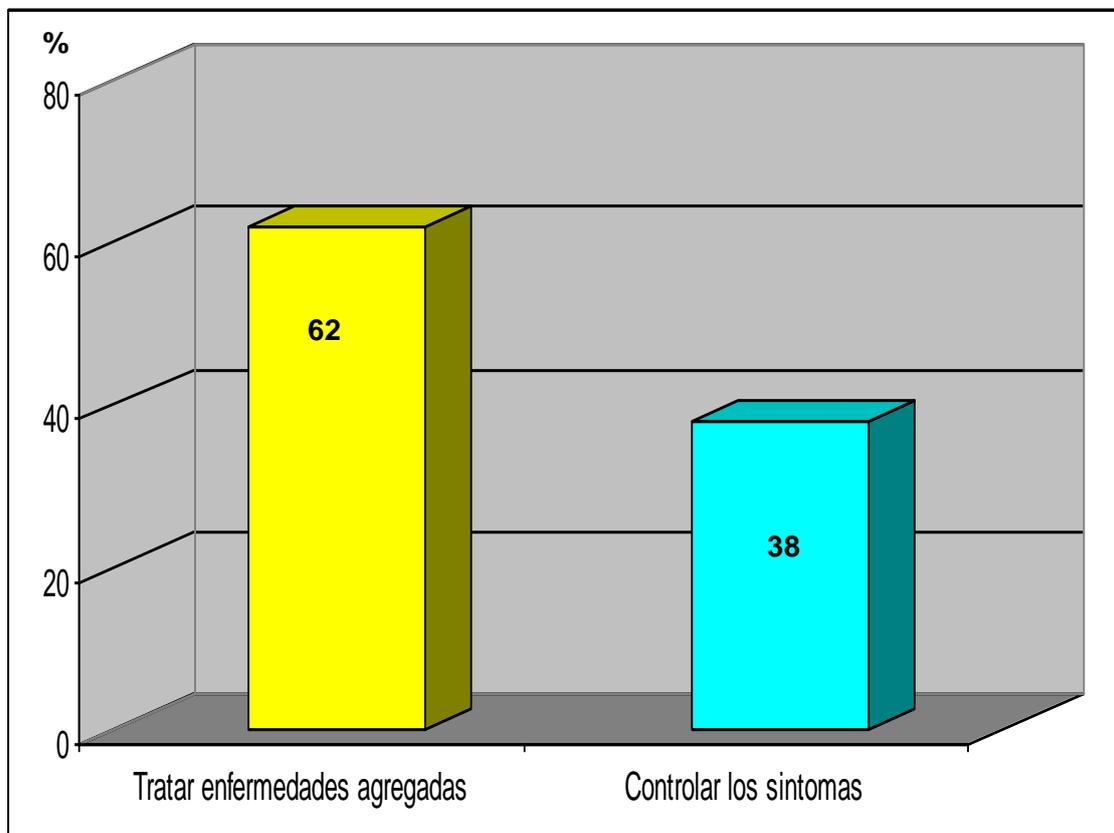
Gráfica comparativa de Personal que identifica que hacer ante un paciente con enfermedad terminal.



**Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende en 2013”**

## ANEXO 7

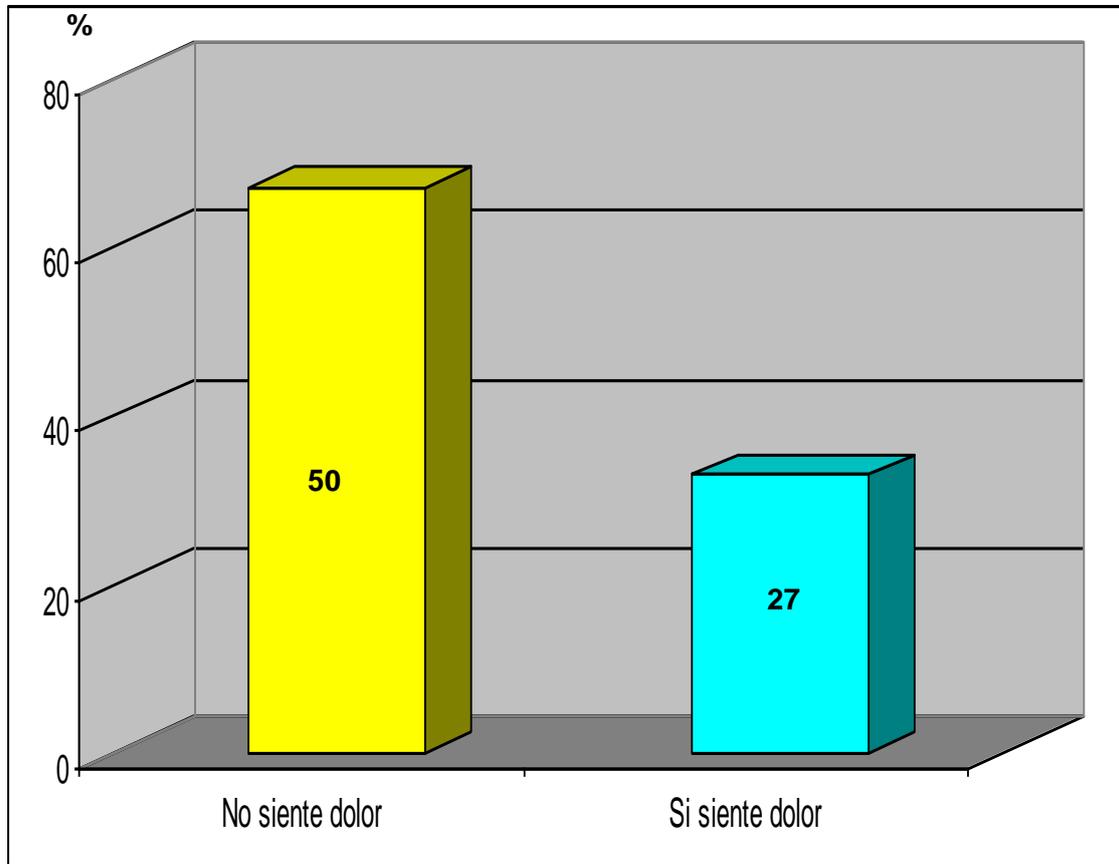
Gráfica comparativa que es mas importante en el tratamiento del paciente terminal.



**Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General en Tula de Allende en 2013”**

## ANEXO 8

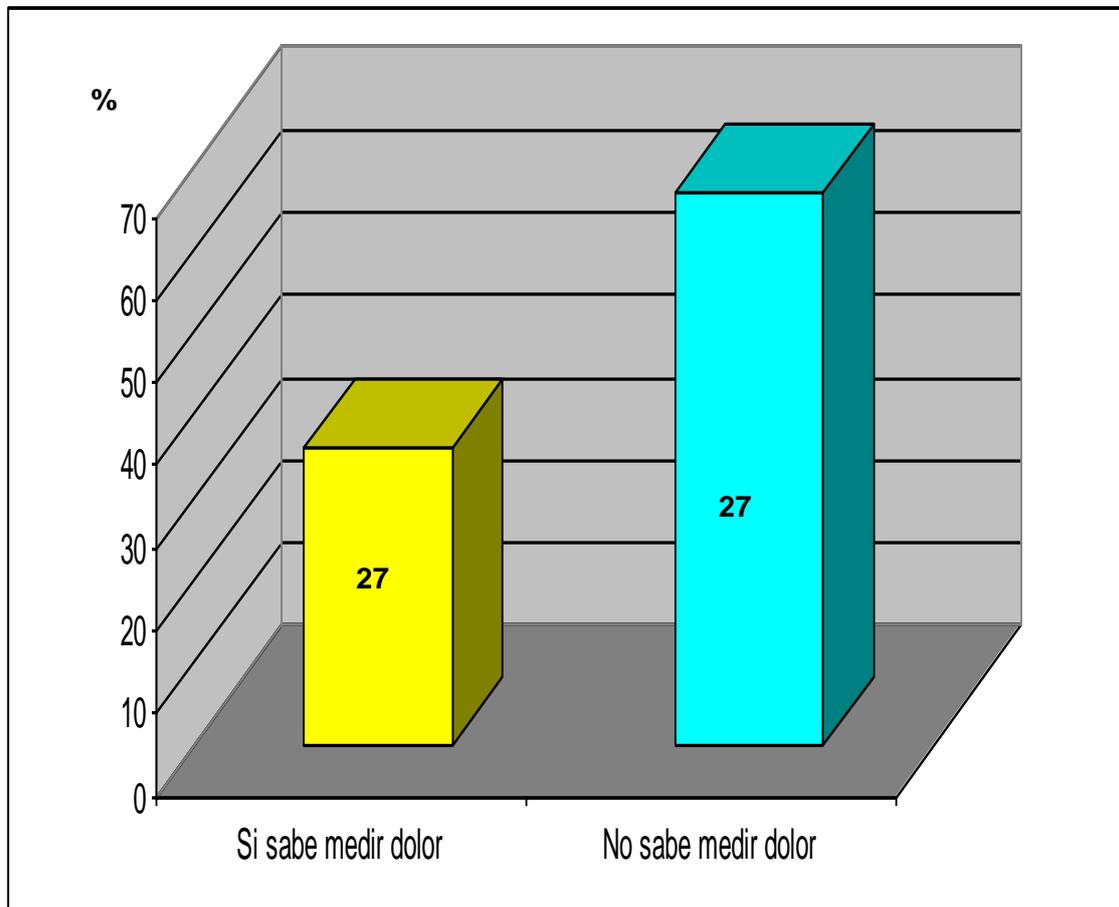
Gráfica comparativa el paciente terminal siente dolor



**Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”**

## ANEXO 9

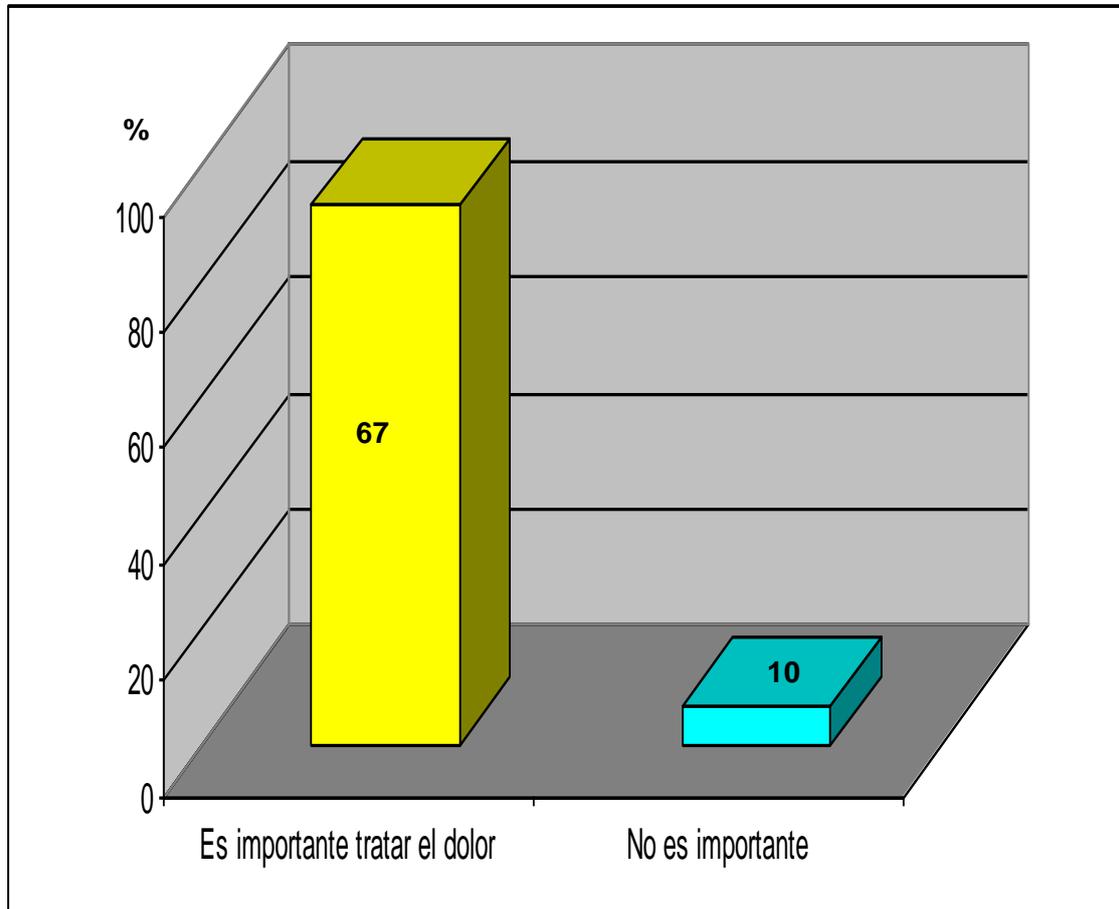
Gráfica comparativa el medico sabe medir el dolor



**Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”**

## ANEXO 10

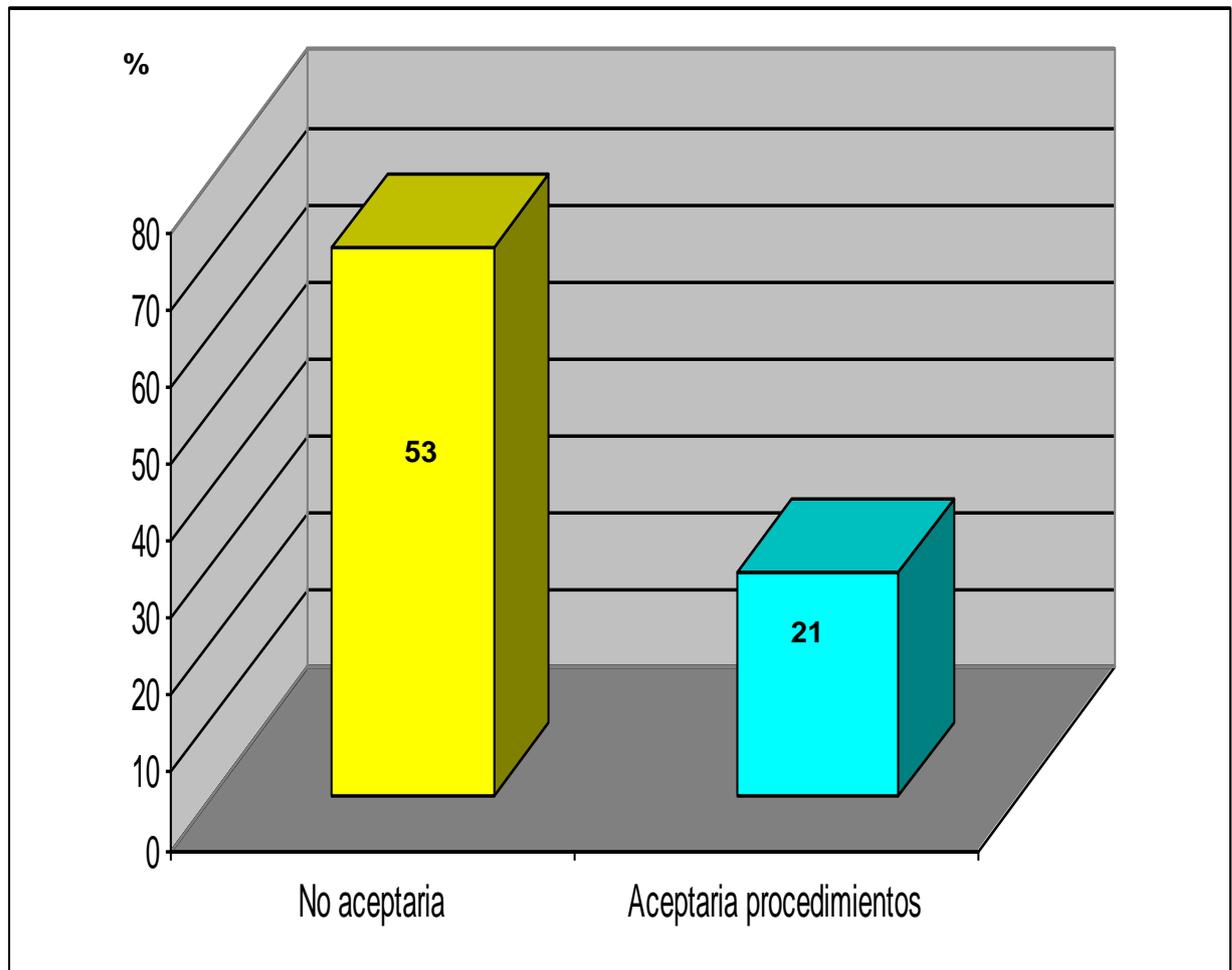
Gráfica comparativa sobre es importante tratar el dolor



Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”

## ANEXO 11

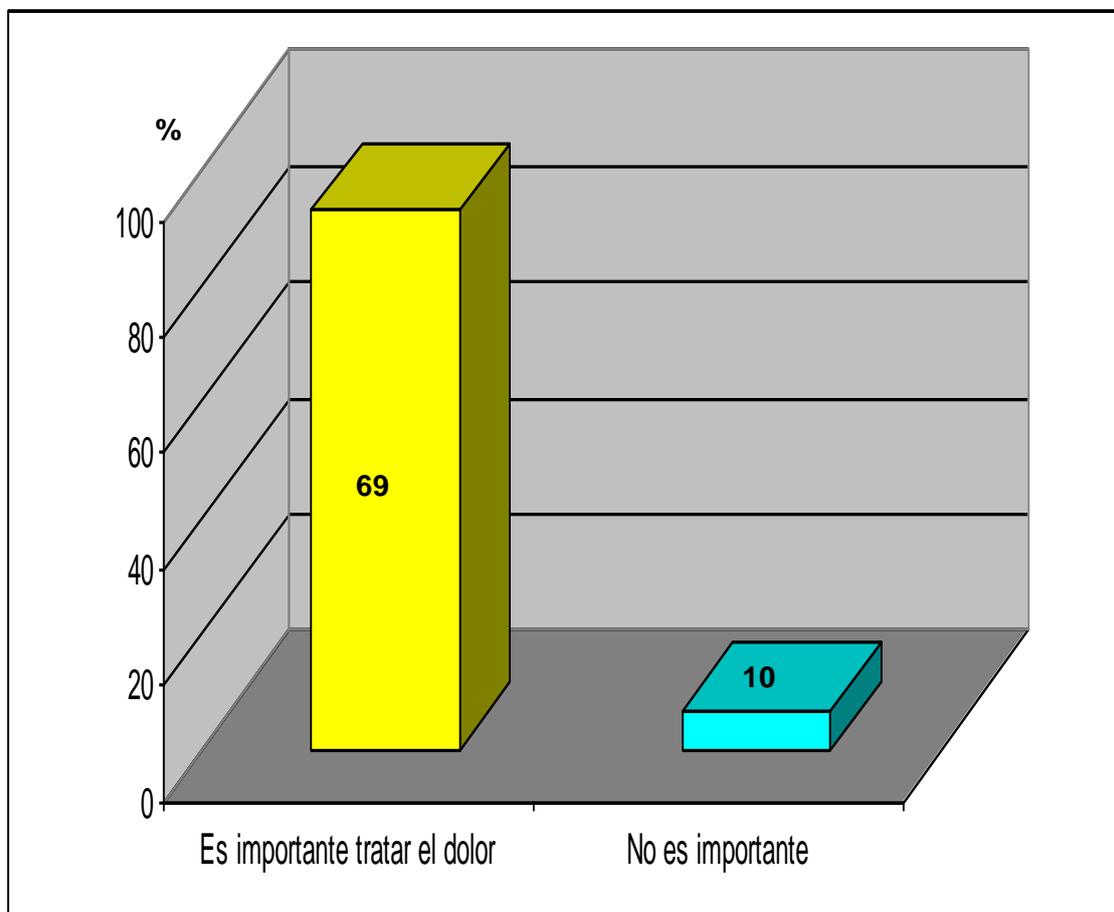
Gráfica comparativa aceptaría que en su persona se aplicaran todos los procedimientos para mantener la vida



Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”

## ANEXO 12

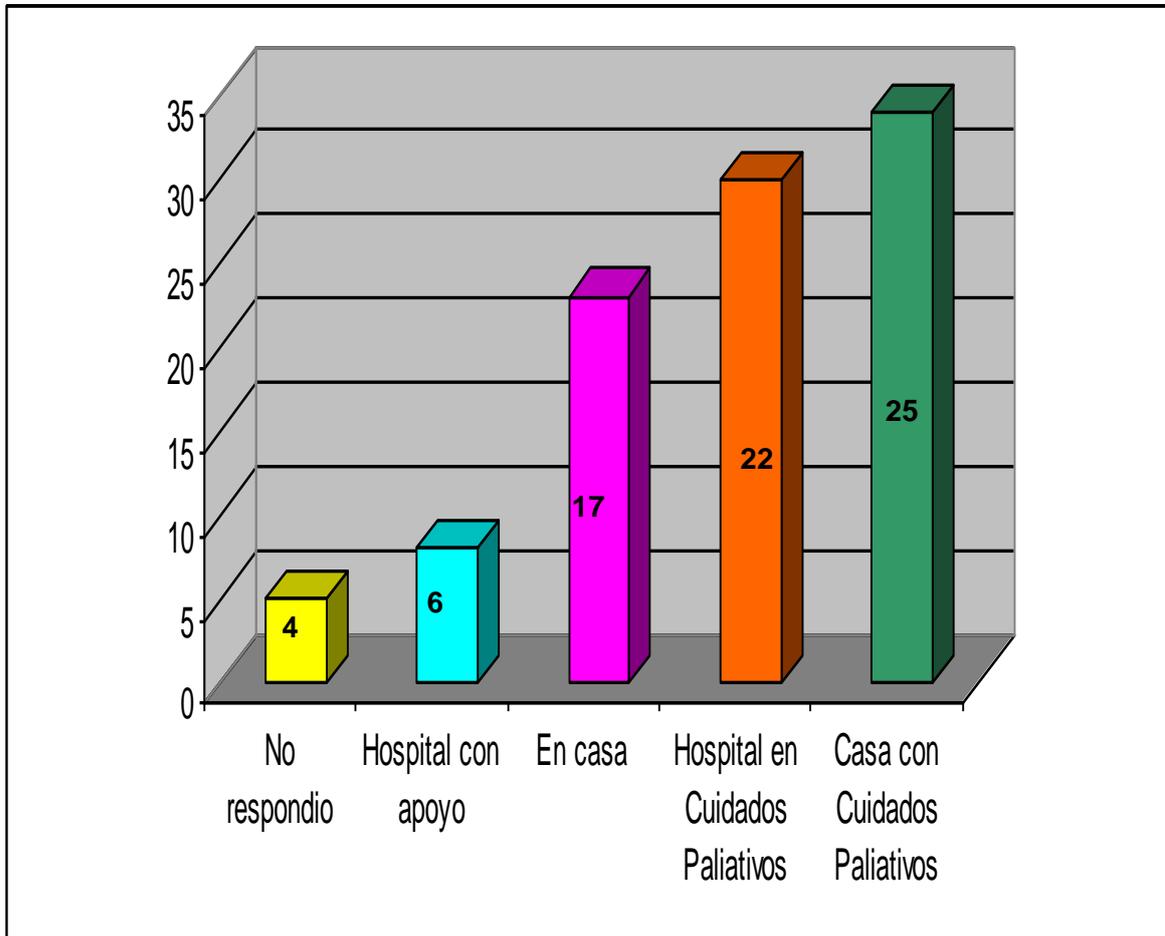
Gráfica comparativa en médicos sobre la i importancia del dolor



**Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”**

### ANEXO 13

Gráfica comparativa en Médico sobre en su persona en que lugar preferiría morir



Fuente: Encuesta Investigación “Conocimiento sobre Cuidados Paliativos de Personal Médico que labora en el Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo en 2013”

## ANEXO 14 INSTRUMENTO

### “Conocimiento del personal médico en cuidados paliativos”

#### Señale con un círculo o complete la oración

Edad:      Sexo Masculino   Femenino   Grado máximo: Licenciatura Especialidad  
Maestría

Religión: Católico   Cristiano   Ateo   Otro \_\_\_\_\_

Profesión Ginecólogo, traumatólogo, Internista, Cirujano Pediatra, Anestesiólogo,  
Médico Familiar y/o Médico General.

1.- ¿Durante la carrera existía alguna asignatura sobre cuidados paliativos?

No      Si      ¿Cuál?

2.- ¿Ha asistido a cursos de cuidados paliativos?

Si      No

3.- ¿Ha asistido a cursos de Tanatología?

Si      No

4.- ¿Que es enfermedad terminal?

No lo se

5.- ¿Que es un paciente en estado terminal?

No lo se

6.- ¿Ante un paciente con diagnostico de enfermedad terminal?

- a) No hay nada más que hacer
- b) Deber integrarse a un programa de cuidados paliativos
- c) Cuidados paliativos no sirve para nada

7.- ¿Ante un paciente en estado terminal su prioridad es tratar las enfermedades agregadas que se presentan?

Si      No

8.- ¿Considera usted que lo mejor es controlar los síntomas?

Si No

9.- ¿Considera que el paciente con enfermedad terminal siente dolor?

No Si

10.- ¿Puede medir el dolor?

Si No

11.- ¿En el paciente con enfermedad terminal considera que es importante tratar el dolor?

Si No

12.- ¿Si usted fuera un paciente terminal, estaría de acuerdo en que le apliquen todos los métodos modernos para mantener y prolongar la vida?

No Si

13.- ¿Aceptaría lo incluyeran en un programa de cuidados paliativos?

No Si

14.- ¿Si usted fuera diagnosticado como paciente en enfermedad Terminal, le gustaría morir en?

a) Hospital con todo el apoyo científico, médico y mecánico con el fin de prolongar la vida

b) Hospital en un programa de cuidados paliativos

c) En casa

d) En casa en un programa de cuidados paliativos

# **AUTORES**

**ARACELI RAMOS ESTRADA**

**LAURA RAMOS ALONSO**

## **TITULO DE LA OBRA**

**CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE  
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE TULA DE ALLENDE, HIDALGO EN 2013.**

**GENERACION 2012-2013**