



ORIGINAL

Conocimiento de los estudiantes de medicina sobre los cuidados paliativos

Patricio García-Espinosa^{*1}, Miguel Emanuel Navarrete-Juárez² y Edgar Botello-Hernández³

¹*Clinica de Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos. Instituto Mexicano del Seguro Social. UMAE 25, San Nicolás de los Garza, México.* ²*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.* ³*Neurologic Surgery (Research Trainee). Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, EE. UU.*

Recibido el 16 de febrero de 2022

Aceptado el 20 de enero de 2023

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, pregrado, educación, medicina.

Resumen

Introducción: La historia de los cuidados paliativos es extensa, pues se remonta a los hospicios medievales de la Europa antigua, para posteriormente centrarse en su desarrollo como lugares de acompañamiento para los enfermos en la etapa final de la vida; son considerados como un derecho y parte fundamental de la salud al estar entrelazados con los conceptos de dignidad humana, los principios de autonomía humana y de calidad de vida.

Objetivo: Se buscó la realización de un estudio relativo al conocimiento de la disciplina de Cuidados Paliativos por parte de los estudiantes de la carrera de médico cirujano y partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, además de la percepción hacia esta disciplina.

Metodología: Estudio del tipo transversal y descriptivo, utilizando un cuestionario a partir del Palliative Care Knowledge Test (Prueba de Conocimiento de Cuidados Paliativos, PCKT) distribuido por medios electrónicos, requiriendo del consentimiento informado de los estudiantes para ser incluidos; aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron divididos en 3 grupos.

Resultados: Se incluyeron 201 estudiantes; 115 se encontraban en el grupo de 10.º > semestre, 26 en el grupo de 1-5.º y el resto en el de 6-9.º; 84 habían recibido alguna formación en cuidados paliativos como materia optativa al no encontrarse dentro del marco curricular. Los temas de farmacología fueron los más desconocidos para los estudiantes de los 3 grupos, además de existir inexperiencia sobre cuándo debe iniciarse este tipo de cuidados.

Conclusión: Se encontró la necesidad de incluir los cuidados paliativos dentro de las materias de tipo curricular para la adquisición de competencias de la disciplina como las relativas a dar malas noticias y cuidados al final de la vida, con el objetivo de establecer mejores áreas de preparación para los futuros profesionales médicos.

*Autor para correspondencia:

Patricio García Espinosa

Clinica de Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos. Avda. Fidel Velázquez s/n. Mitras Nte. 64180, Monterrey, N. L., México.

Correo electrónico: patricio.garciaes@uanl.edu.mx

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2023.1323/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Medical students' knowledge of palliative care

KEYWORDS

Palliative care, undergraduate, education, medical.

Abstract

Introduction: The history of palliative care is extensive, dating back to the medieval hospices of ancient Europe, to later focus on its development as a place of accompaniment for the sick at the end of life; it is considered a right and a fundamental part of health as it is intertwined with the concepts of human dignity, the principles of human autonomy and quality of life.

Objective: The aim was to carry out a study on the knowledge of the discipline of Palliative Care by students of the “médico cirujano y partero” career of the Medicine Faculty from the Universidad Autónoma de Nuevo León, in addition to the perception towards this discipline.

Methodology: Cross-sectional and descriptive study, using a questionnaire based on the Palliative Care Knowledge Test (PCKT) distributed electronically, requiring the informed consent of the students to be included; those meeting the inclusion criteria were divided into 3 groups.

Results: A total of 201 students were included; 115 were in the 10th > semester group, 26 in the 1st-5th group and the rest in 6th-9th; 84 had received some training in palliative care as an elective subject as it was not within the curricular framework. Pharmacology topics were the most unfamiliar to the students in the 3 groups, in addition to inexperience about when this type of care should be initiated.

Conclusion: It was found necessary to include palliative care within the curricular subjects for the acquisition of competencies of the discipline such as those related to giving bad news and end-of-life care; with the aim of establishing better areas of preparation for future medical professionals.

García-Espinosa P, Navarrete-Juárez ME, Botello-Hernández E. Conocimiento de los estudiantes de medicina sobre los cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2023;30:3-10.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos (CP) son una disciplina con una extensa historia. La disciplina actual se acompaña de nombres notables como el de Cicely Saunders, madre de la medicina paliativa moderna quien buscaba una atención integral del paciente al final de la vida, afrontar necesidades y aumentar la visibilidad de estas mismas, junto a otros como Balfour Mount en Canadá y Jeanne Gardnier¹. En general su historia comienza a partir de los hospicios durante la edad media, centros de refugio y acompañamiento, reformados en el siglo XIX y modernizados, como ocurriría con el St. Christopher's Hospice en Londres, Inglaterra, en 1967, el mismo que se considera el lugar donde los CP fueron enfocados hacia sus actividades actuales².

En el siglo XX se inicia la formalización científica de la disciplina, incluyendo actividades como la investigación y la docencia, entrándose en las necesidades del paciente y su familia, en el ámbito emocional, social, espiritual y biológico e incorporando el altruismo, en principio a través del voluntariado y actualmente con las llamadas comunidades compasivas, siendo en 1987 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce los CP como disciplina acompañante de la oncología, para posteriormente introducir el informe técnico 804 de la OMS en 1990, siendo redefinidos en el 2002 como el cuidado activo e integral de pacientes

cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas^{2,3}. Requiere un equipo multidisciplinario, compuesto por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, tanatólogos e incluso clérigos².

Como consecuencia del alargamiento en la esperanza de vida y secundario a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, se ha encontrado un aumento en la necesidad de CP en la población. A pesar de los avances en el área, su acceso sigue presentando una brecha global, siendo sus principales barreras, falta de acceso a educación, políticas restrictivas y/o carencia de estas, estigmatización y falta de medicamentos. Se estima que alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo requieren CP anualmente, con el propósito de lidiar con enfermedades activas, progresivas y avanzadas^{4,5}, buscando alivio, prevención del sufrimiento y calidad de vida; sin embargo, en la actualidad, solo un 14 % de aquellos que los requieren tienen acceso a nivel mundial^{4,5}.

En México, su legislación empieza en 2009, con el artículo 166 bis 3 de la Ley General de Salud, dando lugar al programa PALIAR (Programa Nacional de Cuidados Paliativos) en el 2010, haciendo a los CP de carácter obligatorio y asegurándolo en el artículo 4 constitucional, permitiendo el derecho a la protección a la salud, calidad de vida y su dignificación^{6,7}. En el año 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el carácter obligatorio de estos, siendo reforzado

una vez más, y en el año 2018 se recalcó la necesidad de su introducción como materia curricular en las facultades del área de la salud. Solamente se observa como materia optativa en 13 de 109 facultades de medicina del país, careciendo de obligatoriedad inclusive en la Universidad Nacional Autónoma de México⁸.

Se buscó la realización de un estudio relativo al conocimiento de los CP por parte de los estudiantes de medicina (EM, estudiantes de pregrado que no han obtenido título a nivel licenciatura, incluyendo 1-12.º semestre y médicos pasantes del Servicio Social) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (U.A.N.L.) con el objetivo de describir la percepción de CP, conocimientos básicos de los mismos y subrayando un área de oportunidad que implica la investigación en los mismos, recalcando un punto vulnerable a nivel curricular en universidades mexicanas, que puede ser desarrollado y optimizado.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal entre los meses de agosto a octubre del año 2021, y se requirió pertenecer a la carrera de médico cirujano y partero de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L.; fueron excluidos estudiantes de otras facultades y/o universidades.

Se reunió una población de 7500 de estudiantes de medicina (EM), compuesta desde primer año hasta el año de servicio social (médicos que han completado la educación en medicina, internado rotatorio de pregrado, pero que necesitan un año extra en prácticas comunitarias para titularse [MPSS]); se obtuvo muestra por conveniencia, realizando el cuestionario en Google Forms, y se consiguió un instrumento de realización propia incluyendo 48 reactivos; se hizo llegar un enlace invitando a participar, especificando el propósito e importancia del estudio en redes sociales. Fue requerido consentimiento informado, mayoría de edad y autorización para divulgación de datos para ser incluidos. Se eliminarían aquellos que no completaron la encuesta en su totalidad.

Variables y recolección de datos

Para la realización de la encuesta (Anexos) se ejecutó una búsqueda bibliográfica para identificar puntos a evaluar. Se incluyeron variables sociodemográficas y el instrumento Palliative Care Knowledge Test (PCKT) validado al español a partir del instrumento original, usado para evaluar conocimiento de áreas de la salud en CP⁹⁻¹¹, el cual cuenta con 30 ítems que abarcan campos de filosofía, farmacología y sintomatología. Su índice de validez es de 0,87, con consistencia interna de 0,741 y fiabilidad de 0,81, por lo que se considera una herramienta adecuada¹².

Se evaluó la percepción de aquellos estudiantes que estaban cursando desde el 6.º semestre en adelante (pues cuentan con conocimiento farmacológico y experiencias clínicas en el caso de alumnos de 10.º, 11.º y 12.º), evaluada a partir del cuestionario de Allende-Pérez y cols.¹³.

Por las características de la carrera de medicina se decidió dividir la muestra obtenida en 3 grupos: el primero, con alumnos de formación preclínica (1.º-5.º semestre), con

conocimiento en ciencias básicas; el segundo, con alumnos de formación clínica (6.º-9.º semestre) con conocimiento de bioética, farmacología y materias clínicas; y el tercero, con alumnos de formación práctica (10.º-MPSS) con experiencia clínica.

Análisis estadístico

Se confeccionó una base de datos en Excel, se analizaron las variables mediante el software IBM SPSS versión 26.0¹⁴. En la estadística descriptiva se reportaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para variables cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y dispersión; en la estadística inferencial se evaluó distribución de la muestra con la prueba Kolmogórov-Smirnov. Se compararon variables categóricas con Chi cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher. Para la comparación entre grupos independientes se utilizaron T de Student y/o U de Mann Whitney. Se emplearon coeficientes de correlación de Pearson y Spearman para identificar el grado de asociación entre variables continuas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza al 95 % como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Se obtuvo autorización del Comité de Ética del Trabajo Final de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L., además de la del Comité de Ética e Investigación, se consultó por consentimiento informado virtual, se aseguró protección y confidencialidad de datos, y se cumplieron los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. A la información no se le dio otro propósito, únicamente para el requerido en la investigación. Los EM fueron invitados a participar voluntariamente, no recibieron ninguna compensación económica, material o académica.

RESULTADOS

Un total de 201 (100 %; no hubo excluidos ni eliminados) EM fueron evaluados. De los 3 grupos planteados, aquellos de semestres avanzados fueron los más representados, 115 (57,2 %) alumnos entre 10.º semestre hasta MPSS; las mujeres constituyeron la mayoría total con 117 (54,4 %) al igual que en cada uno de los grupos evaluados. Los grupos etarios variaron del grupo asignado, para los EM 1.º-5.º, 15 (57,7 %) de 26 estudiantes tenían entre 20-21 años, en el segundo grupo; aquellos con 20-21 años y 22-23 años, contaron 27 (45 %) estudiantes cada uno. Finalmente, en el tercer grupo, la mayoría estuvo entre 22-23 años, con 63 (54,8 %) EM. En cuanto a los grupos que habían cursado materias optativas enfocadas en manejo del dolor y CP, un total de 84 (41,8 %) habían recibido alguna formación en CP, mientras que un total de 54 (26,9 %) no habían cursado ninguna optativa afín (Tabla I).

Con relación a la escala PCKT, aquellos de semestres superiores tuvieron un mayor aprovechamiento. Dentro de las preguntas con significación estadística orientada hacia el tercer grupo, se encontraron 18 de 30 pregun-

Tabla I. Características de la población.

	Semestre 1.º-5.º N = 26 (%)	Semestre 6.º-9.º N = 60 (%)	Semestre 10.º-MPSS N = 115 (%)
Género			
Masculino	12 (46,2)	18 (30)	52 (45,2)
Femenino	13 (50)	41 (68,3)	63 (54,8)
Otro	1 (3,8)	1 (17)	
Edad			
18-19	10 (38,5)	1 (17)	
20-21	15 (57,7)	27 (45)	2 (1,7)
22-23		27 (45)	63 (54,8)
24 o más	1 (3,8)	5 (8,3)	50 (43,5)
Materia optativa			
CP		30 (50)	54 (47)
Manejo de dolor		15 (25)	22 (19,1)
Ninguna	24 (100)	15 (25)	39 (33,9)
Curso extra CP			
Sí	8 (30)	11 (18,3)	24 (20,9)
¿Medicina Paliativa y CP son lo mismo?			
Sí	2 (7,7)	9 (15)	20 (17,4)
No	15 (57,7)	46 (76,7)	87 (75,7)
Necesidad de formación y entrenamiento en CP			
Moderada		3 (5)	7 (6,1)
Muy necesaria	2 (7,7)	19 (31,7)	21 (18,3)
Totalmente necesaria	24 (92,3)	38 (63,3)	87 (75,7)

Se excluyeron respuestas con menor porcentaje.

CP: cuidados paliativos. MPSS: médico pasante en servicio social.

tas con $p < 0,05$. Conocer las características de los CP ($p = 0,001$) y la percepción de entrenamiento en CP muy necesario o totalmente necesario ($p = 0,048$) fueron halladas como significativas respecto a respuestas correctas. El haber seguido un curso extracurricular no se mostró significativo ($p = 0,406$); los reactivos con menor porcentaje de aciertos fueron “los Cuidados Paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad”, obteniendo el tercer grupo un porcentaje menor a 50%; el segundo grupo un 18,3% y el primero 26,9%. Sobre el uso de opioides en disnea “Se debe usar morfina para el alivio de la disnea”, el 26,1% del tercer grupo acertaron, el 16,7% del segundo y el 23,1% del primero, siendo no significativo. “La saturación de oxígeno se correlaciona con la intensidad de la disnea” obtuvo bajo aprovechamiento; de cualquier manera, el tercer grupo mostró un aprovechamiento significativo sobre la no relación directa entre disnea y desaturación de oxígeno. “La morfina se usa de manera segura en pacientes con insuficiencia renal”, “En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapas iniciales”, “El uso de opioides influye en el tiempo de supervivencia” y “El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce adicción” tuvieron bajo porcentaje de acierto; reactivos de farmacología fueron las que tuvieron mayor cantidad de “no sé” (Tabla II).

Dentro de los resultados de la percepción de preparación, aplicados al grupo 3, se encontró que la mayoría, 56 (50%), de los EM definiría CP como calidad de vida, considerado como un punto a favor de la buena preparación; la mayoría había tenido contacto con pacientes a final de su vida (71,4%) y a pesar de esto, 102 (91,1%) los EM consideraban no estar preparados para abordarlos, la mayoría no conocía ninguna técnica para dar malas noticias (67%); la tristeza y sentirse poco capaz serían sentimientos que acompañarían a los futuros médicos cuando tengan que acompañar a un paciente en sus últimos días (51,8%), señalando la poca habilidad a la hora del abordaje de este tipo de cuidados; la mayoría reconocía las voluntades anticipadas como un tipo de conocimiento relativo a los CP; habían recibido clases de CP y solamente uno (0,9%) consideraba que la materia no debería ser obligatoria (Tabla III).

DISCUSIÓN

Los EM del segundo y tercer grupo representan a aquellos que ya habían estudiado materias básicas, clínicas e incluso prácticas, sin embargo, fueron los que en 3 preguntas no obtuvieron más del 50% de aciertos. Menos del 30% reconocía la morfina como tratamiento farmacológico de disnea,

Tabla II. Palliative Care Knowledge Test.

	Semestre 1.º-5.º N = 26 (%)	Semestre 6.º-9.º N = 60 (%)	Semestre 10.º-MPSS N = 115 (%)	p
GENERALIDADES				
<i>¿Solo son aplicables a pacientes oncológicos?</i>				0,015
No	20 (76,9)	37 (78,3)	100 (87)	
<i>No se deberían brindar con el tratamiento oncológico</i>				0,049
Falso	20 (76,9)	46 (76,7)	103 (89,6)	
<i>Objetivo principal, asegurar calidad de vida del paciente, familia y cuidador</i>				< 0,001
Verdadero	21 (80,8)	60 (100)	114 (99,1)	
<i>Aceleran y facilitan el proceso de morir</i>				< 0,001
No	21 (80,8)	56 (93,3)	111 (96,5)	
<i>Se dan en cualquier etapa de la enfermedad</i>				< 0,001
Sí	7 (26,9)	11 (18,3)	57 (49,6)	
BIOÉTICA, RESPETO Y COMUNICACIÓN				
<i>Comunicar malas noticias solo cuando familia o paciente lo soliciten</i>				0,001
Falso	24 (92,3)	39 (65)	99 (86,1)	
<i>Solo hablar de muerte con la familia para proteger al paciente</i>				< 0,001
Falso	21 (80,8)	48 (80)	112 (97,4)	
ESPIRITUALIDAD				
<i>Espiritualidad es esencia, origen del ser y sentido a la vida</i>				< 0,001
Sí	15 (57,7)	53 (88,3)	109 (94,8)	
<i>Las creencias del paciente influyen en las decisiones</i>				< 0,001
Sí	23 (88,5)	57 (95)	113 (98,3)	
<i>Saturación de oxígeno se correlaciona con intensidad de disnea</i>				0,001
Falso	7 (26,9)	6 (10)	43 (37,4)	
<i>Esteroides incrementan apetito en pacientes con cáncer avanzado</i>				< 0,001
Sí	2 (7,7)	25 (41,7)	59 (51,3)	
<i>Una de las metas del manejo del dolor es obtener calidad de sueño</i>				0,003
Verdadero	23 (88,5)	55 (91,7)	115 (100)	
FARMACOLOGÍA				
<i>¿Morfina es segura en insuficiencia renal?</i>				< 0,001
No	3 (11,5)	31 (51,7)	53 (46,1)	
No sé	22 (84,5)	16 (21,7)	19 (16,5)	
<i>Morfina, primera elección para delirium</i>				0,022
Falso	16 (61,5)	48 (80)	98 (85,2)	
<i>¿Opioides afectan supervivencia?</i>				<0,001
No	6 (23,1)	31 (51,7)	63 (54,8)	
No sé	15 (57,7)	8 (13,3)	13 (11,3)	
<i>¿Opioides inducen adicción?</i>				< 0,001
No	1 (3,8)	4 (6,7)	17 (14,8)	
No sé	10 (38,5)	1 (1,7)	2 (1,7)	
<i>Al iniciar opioides, ¿suspender todos los analgésicos?</i>				< 0,001
No	6 (23,1)	40 (66,7)	87 (75,7)	
No sé	18 (69,2)	8 (13,3)	6 (5,2)	
<i>Rotar opioides cuando sea difícil aumentar dosis debido a eventos adversos</i>				< 0,001
Sí	13 (50)	54 (90)	107 (93)	
No sé	13 (50)	6 (10)	5 (4,3)	

Se excluyeron resultados no significativos.
MPSS: médico pasante en servicio social.

Tabla III. Percepción y conocimientos en estudiantes con práctica clínica.

	Semestre 10.º-MPSS N = 115 (%)
<i>¿Cómo definiría CP?</i>	
Calidad de vida	56 (50)
Equipo multidisciplinario	25 (22,3)
Calidad de la muerte	22 (19,6)
<i>¿En sus prácticas universitarias ha estado en contacto con pacientes al final de la vida?</i>	
Sí	80 (71,4)
<i>¿Se siente capacitado para tratar un paciente al final de la vida?</i>	
No	102 (91,1)
<i>¿Conoce una técnica para dar malas noticias?</i>	
No	75 (67)
<i>¿Se siente capacitado para dar una mala noticia?</i>	
Muy capaz	7 (6,3)
Regularmente capaz	68 (60,7)
Incapaz	32 (28,6)
<i>¿Cómo se sentiría en caso de acompañar a un paciente en situación paliativa?</i>	
Capacitado	21 (18,8)
Ansioso	16 (14,3)
Triste	32 (28,6)
Poco capaz	26 (23,2)
Normal	12 (10,7)
<i>¿Sabe qué es una voluntad anticipada?</i>	
Sí	97 (86,6)
<i>¿Ha recibido clases de CP?</i>	
Sí	63 (56,3)
<i>¿Considera necesario una materia de CP como obligatoria?</i>	
Sí	99 (88,4)
Tal vez	12 (10,7)

Se excluyeron respuestas con menos porcentajes.

CP: cuidados paliativos. MPSS: médico pasante en servicio social.

por actuar en la percepción. Menos del 45 % dominaba que la disnea no se relacionada con niveles de saturación de oxígeno necesariamente, por su calidad de síntoma, lo que limitaba las medidas farmacológicas como únicas, siendo necesarias otras medidas no farmacológicas como el acercamiento a una ventana para su abordaje¹⁵⁻¹⁹. Además, menos del 40 % reconoció que, en pacientes oncológicos terminales, el aporte calórico no aumentaba, sino que tiende a disminuir y que la visualización de una cantidad grande de comida puede quitarles el apetito. Por este motivo, la dieta se distribuye en 5 comidas deseables¹⁹⁻²². Se encontró desconocimiento sobre la morfina en insuficiencia renal, que requiere ajuste debido a sus vías de metabolismo y eliminación²³⁻²⁶. Al mismo tiempo, se ignora que los CP deben iniciarse tan pronto se tenga un diagnóstico de enfermedad grave, que cuente con un pronóstico de vida limitado, por lo que pueden iniciarse en cualquier momento, de preferencia desde el diagnóstico^{1,27,28}. Se encuentra arraigada la creencia de

que los opioides generan adicción, además del problema de la tolerancia en el dolor crónico, probablemente propiciada por la crisis de los opioides en EE. UU., contrario a lo ocurrido en México donde su prescripción y suministro es limitado en alrededor del 60 % de la población que los requiere, siendo un reto que superar según la OMS, al enfatizar el estigma que existe alrededor de estos, prohibiciones y/o regulaciones estrictas y accesibilidad limitada^{1,29-32}. Los conocimientos de bioética, respeto y comunicación hacia el paciente y la familia, etc., mostraron ser excelentes; podría atribuirse a la introducción de bioética en la U.A.N.L. Además de ética y cultura de la legalidad de manera temprana en la carrera, incluyendo los principios bioéticos como rectores de la práctica médica: autonomía como respeto a la vida y la existencia de voluntades anticipadas, ejemplificando la importancia de las materias curriculares para los EM. En cuanto a la práctica, los resultados son similares a lo reportado por Allende-Pérez y cols.¹³ incluyendo factores

sociodemográficos como edad, mujeres como las más representadas, definición de CP como calidad de vida en un 38,6 % frente a un 50 % de nuestra muestra, siendo la definición más frecuente. Un 63,4 % de su población no se consideró capaz de llevar a cabo el manejo del paciente al final de la vida; nosotros encontramos un 91,1 %. Un 78,4 % de su población se consideró moderadamente capaz de dar malas noticias, mientras que la nuestra fue de 60,7 %. Un 56,3 % de nuestra población tuvo entrenamiento en CP frente a un 37,6 % de su población; un 88,2 % refirió la necesidad de materia obligatoria; un 88,4 % de nuestra población lo consideró; se recalca que, a pesar de menor entrenamiento en CP, un mayor porcentaje de su población se consideraba capaz de dar malas noticias, lo cual puede ser porque un 50,3 % de su población recibió entrenamiento en esto, mientras que un 33 % de nuestra población conocía una técnica. La población reconoce la necesidad de la impartición de CP para los EM, lo cual es consistente con lo encontrado por autores como Pieters y cols. quienes mostraron en su población un 45,5 % de percepción inadecuada de la enseñanza de CP, con un 59,6 % refiriendo no estar preparado para atender a un paciente al final de la vida, y con resultados en PCKT con un 48 % de su población con, al menos, la mitad de las respuestas correctas; un 60 % reconoció la necesidad de integrar los como materia curricular³³. Oliveira y cols. mencionaron que un 88,2 % de su población no se consideraba preparada para atender pacientes al final de la vida, un porcentaje similar al de nuestra población; un 70,4 % refería no saber dar malas noticias, similar al 67 % encontrado por nosotros; un 100 % reconoció la importancia y necesidad de incluirlo como materia curricular³⁴. Un estudio en Ecuador reveló que un 68,1 % de su población, compuesta por residentes y EM, refería no sentirse listos para manejar a un paciente al final de la vida, solo un 20 % habían conseguido una puntuación aceptable sobre conocimientos de CP, concluyendo como necesaria su introducción curricular³⁵. Carmona-Espinazo y cols. demostraron mejoría de conocimiento teóricos después de conferencias de CP, mejora en actitud, y sugiriendo su introducción dentro del plan curricular para EM³⁶.

CONCLUSIÓN

Los CP representan una parte importante del manejo del paciente en la actualidad, su implementación es obligatoria, al igual que su introducción como materia curricular, aunque esto no se ha dado en ninguna de las universidades de medicina en México. Es remarcable que su estudio puede llevar a la adquisición de habilidades de alto valor para los EM y futuros médicos, generando mayor autoconfianza a la hora de abordar a pacientes al final de la vida, menor posibilidad de caer en la obstinación terapéutica y mejor atención para pacientes y cuidadores. El conocimiento de manera general en nuestra población demostró ser bueno en diferentes apartados del cuestionario, sobre todo por los alumnos de grados más avanzados. Sin embargo, existen aspectos que es necesario corregir, enfocar y mejorar dentro de estos cuidados. Indudablemente es grande el número de alumnos que sienten ansiedad y/o tristeza de enfrentarse a esta situación, pero tarde o temprano lo harán y es deber de las autoridades de salud, de enseñanza e incluso gubernamentales favorecer la adquisición de las mejores competencias clínicas para lograrlo.

REFERENCIAS

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care. London, UK: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020 [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
2. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina UC, PUC. 2007 [recuperado 15 Dic 2021];32:16-22. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
3. World Health Organization. Palliative care. 2007 [recuperado 23 May 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44024>
4. Doyle D, Woodruff R. Education and training for service staff. En: The IAHPC manual of palliative care. 3rd ed. Houston, Texas: IAHPC Press; 2013 [recuperado 15 Dic 2021]. p. 112-3. Disponible en: <https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>
5. Radbruch L, de Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:754-64.
6. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Reforma publicada DOF 22-06-2017 [actualizado Dic 2017; recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf
7. Diario Oficial de la Federación. Ley Federal Mexicana en Materia de Cuidados Paliativos. Anexo 3: Programa Nacional de Cuidados Paliativos [actualizado Dic 2017; recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00C.pdf
8. Consejo de Salubridad General. México. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. Ciudad de México. 60/78, 83/85, 96/100 y 108/111 [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/cuidados_paliativos/Final_guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
9. Lopez-García M, Rubio L, Gomez-García R, Sanchez-Sanchez F, Miyashita M, Medina-Abellan MD, et al. Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. *BMJ Support Palliat Care.* 2022;12:324-31.
10. Ordóñez Molero DA, Rivera Muñoz AE, Mateluna Paredes PC. Nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en alumnos de medicina de sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, año 2018 [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1505>
11. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med.* 2009;23:754-66.
12. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol.* 1975;28:563-75.
13. Allende-Pérez S, Alanis-Cho A, Delgado-Fernández A, Peña-Nieves A, Verástegui-Avilés E. Conocimientos básicos y percepciones en cuidados paliativos en médicos de pregrado de la Universidad Nacional Autónoma de México: un estudio transversal. *Med Paliat.* 2020;27:71-8.
14. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2017 [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ibm.com/support/pages/how-cite-ibm-spss-statistics-or-earlier-versions-spss>
15. Carvajal-Valdy G, Ferrandino-Carballo M, Salas-Herrera I. Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. *Acta Méd Costarric.* 2011;53:79-87.
16. Peiffer C. Morphine-induced relief of dyspnea: What are the mechanisms? *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184:867-9.

17. Smallwood N, Le B, Currow D, Irving L, Philip J. Management of refractory breathlessness with morphine in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*. 2015;45:898-904.
18. Soffler MI, Rose A, Hayes MM, Banzett R, Schwartzstein RM. Treatment of acute dyspnea with morphine to avert respiratory failure. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14:584-8.
19. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Guía de cuidados paliativos, España. 2014 [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
20. Suárez-Pérez AJ. Alimentación del paciente de cáncer en fase avanzada y terminal: consideraciones éticas y recomendaciones prácticas. *Rev Hum Med*. 2006;6:1-9.
21. Valcárcel-Sancho FJ. Tratamiento de la anorexia y caquexia en el paciente terminal. *Oncología (Barc.)*. 2005;28:29-32.
22. Vallejo-Martínez M, Baque Hidalgo JE. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. *Rev Nutr Clin Metab*. 2021;4:71-7.
23. Narváez Tamayo MA, Castañeda de la Lanza C, O Shea Cuevas GJ, Lozano Herrera J, Castañeda Martínez C. Paciente con enfermedad renal: manejo del dolor. *Gaceta Mex Oncol*. 2015;14:335-41.
24. Davis MP, Pasternak G, Behm B. Treating chronic pain: An overview of clinical studies centered on the buprenorphine option. *Drugs*. 2018;78:1211-28.
25. Dalal S, Chitneni A, Berger AA, Orhurhu V, Dar B, Kramer B, et al. Buprenorphine for chronic pain: A safer alternative to traditional opioids. *Health Psychol Res*. 2021;9:27241.
26. Choudhury K, Dasgupta P, Paul N, Choudhury KB, Roy B, Maity S. A comparative study of transdermal buprenorphine and oral morphine in the treatment of chronic pain of malignant origin. *Indian J Palliat Care*. 2018;24:500-4.
27. Macchi, MJ, Pérez MV, Alonso JP. Planificación de los cuidados en el final de la vida: perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. *Sex, Salud Soc (Rio J)*. 2020;35: 218-36.
28. Martínez-Litago E, Martínez-Velasco MC, Muniesa-Zaragozano MP. Cuidados paliativos y atención al final de la vida en los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2017;217:543-52.
29. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. 2.a ed. [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>
30. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, de Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al; Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391:1391-454.
31. Montiel-Jarquín AJ, Domínguez-Cid M, Romero-Figueroa MS, García-Cano E, Barragán-Hervella R, Culebro-Trujillo R, et al. Distribución de morfina y opioides. *Prensa Med Arg*. 2017;103:230-7.
32. Sesma-Vázquez S, Gómez-Dantés O, Wirtz VJ, Castro-Tinoco M. Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos en hospitales públicos de México en 2009. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 4:470-9.
33. Pieters J, Dolmans DHJM, Verstegen DML, Warmenhoven FC, Courtens AM, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Palliative care education in the undergraduate medical curricula: Students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliat Care*. 2019;18:72.
34. Oliveira S, Santiago LM, Dourado M. Conhecimento sobre Cuidados Paliativos em Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. *Acta Med Port*. 2021;34:250-7.
35. Rivadeneira Proaño DK, Elizalde Méndez FJ. Evaluación de los conocimientos en relación con cuidados paliativos en estudiantes de la carrera de Medicina, entre sexto y décimo segundo semestre y postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el periodo comprendido entre marzo y julio 2019, Quito-Ecuador (Bachelor's thesis, PUCE-Quito) [recuperado 15 Dic 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16818/EVALUACION%20DE%20LOS%20CONOCIMIENTOS%20EN%20RELACION%20CON%20CUIDADOS%20?sequence=1&isAllowed=y>
36. Carmona-Espinazo F, López-Sáez JB, Torres-Recio MJ, Lorenzo-Peñuelas A. El reto de comenzar a impartir cuidados paliativos en una facultad de medicina. ¿Es útil esta materia para los futuros médicos? *Med Paliat*. 2018;25:1-6.