

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD "LUIS FELIPE MONCADA"
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN



Monografía

Para optar al título de Licenciatura en Anestesia y Reanimación

Tema:

Nivel de conocimiento, hábitos y prácticas en cuidados paliativos de los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, brindan a las pacientes del servicio de oncología en el hospital Bertha calderón Roque , en el segundo semestre 2014

Autores: Br. Nadia Alyeri Nabhan Guadamuz

Br. Mirllen Jasmery González Fuentes

Tutor (a): Dr. Álvaro Danilo López Leiva.

Medico Anestesiólogo.

Managua, Febrero 2015

INDICE

I.RESUMEN.....	
II. INTRODUCCION	1
III. OBJETIVOS:.....	2
IV. MARCOTEORICO	3
V. DISEÑO METODOLOGICO	32
VI. RESULTADOS	45
VII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	61
VIII. CONCLUSIONES.....	63
IX. RECOMENDACIONES	64
X. BIBLIOGRAFIA.....	65
XI. ANEXOS	67

Agradecimiento:

Le agradecemos a Dios por habernos permitido culminar nuestra investigación y estudios universitarios, a nuestros padres por habernos dado apoyo y soporte durante nuestra carrera, a nuestros profesores por guiarnos, a nuestro tutor: Dr. Álvaro Leiva por habernos inspirado, motivado e instruido en la dirección adecuada para culminar nuestra formación.

Dedicatoria:

Primeramente a la entidad divina que nos guía y resguarda, a nuestros padres, tutor, maestros y amigos que nos brindaron su apoyo incondicional, su tiempo y colaboración.

I. Resumen:

La presente investigación se realizó en el hospital Bertha Calderón Roque, periodo comprendido en el segundo semestre 2014, donde participaron médicos residentes con nivel académico R1, R2, R3 y R4. Seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión propios de la investigación con el propósito de conocer el nivel de conocimiento, hábitos y práctica en cuidados paliativos que poseen los residentes de ginecología y obstetricia del servicio de oncología. Para ello fue necesario el llenado de un cuestionario sobre conocimientos, luego se realizó el llenado de una ficha observacional que comprendía la categoría de hábitos de la misma manera se llenó una ficha observacional de prácticas. Y Se realizó una entrevista grupal. Finalmente se logró identificar un déficit en relación a conocimientos, hábitos y prácticas en cuidados paliativos. El estudio se justificó por el valor teórico que posee, utilidad práctica y relevancia social. Se sustenta de acuerdo a la normativa 039 del ministerio de salud de Nicaragua.

Metodológicamente el trabajo investigativo se aborda desde la perspectiva del estudio que abarca conocimientos, actitudes, y prácticas (CAP) con la aplicación de un diseño de investigación de campo donde la población estuvo formada por 33 médicos residentes, de los cuales se tomó una muestra del 100%.

II.INTRODUCCION

El impacto de una enfermedad terminal puede tomar distintos aspectos, según los factores predominantes. La normativa 039 de cuidados paliativos establece alineamientos para la organización de servicios como medidas terapéuticas para aliviar la sintomatología más frecuente en las pacientes oncológicas. Las enfermedades neurodegenerativas han inducido a la necesidad de desarrollar programas para mejorar la calidad de vida.

En las prácticas médicas se considera los cuidados paliativos un factor importante para mejorar la calidad de vida, se observó un déficit en conocimiento, hábitos y prácticas en cuidados paliativos del personal médico residente de la especialidad de ginecología y obstetricia que laboran en el servicio de oncología en el hospital Bertha calderón

En Nicaragua existe una estrategia nacional de cáncer que contiene una referencia explícita a la presentación de cuidados paliativos, no hay plan o programa nacional de estos mismos, pero existen iniciativas aisladas que intentan elaborarlo.

La asistencia sanitaria para una muerte digna es también uno de los principales objetivos de la medicina actual, con la misma relevancia que a prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. La disponibilidad y avances técnicos en el ámbito de cuidados paliativos, ha aumentado de forma considerable en distintas facetas (diagnostica, terapéutica y organizativa) aliviar el sufrimiento del paciente en situación terminal implica valorar y entender de modo integral las necesidades del paciente y su familia ante la muerte.

Con los resultados obtenidos a raíz de este estudio se logró establecer que existen un vacío de información, tanto en conocimientos como hábitos y prácticas de los médicos residentes a estudio.

III. Objetivo:

Conocer el nivel de conocimiento, hábitos y prácticas de cuidados paliativos que personal médico residente de la especialidad de ginecología y obstetricias le brinda a las pacientes del servicio de oncología en el hospital Bertha calderón Roque, en el segundo semestre 2014.

Objetivos específicos

- Mencionar las características de los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia en relación a nivel académico y experiencia en cuidados paliativos.
- Medir el nivel de conocimiento que posee el personal médico residente de la especialidad de ginecología y obstetricia en cuidados paliativos.
- Determinar los hábitos del personal médico residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia en cuidados paliativos respecto a la terapia analgésica
- Definir las de prácticas que realiza el personal médico residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia en el tratamiento paliativo.

VI.MARCO TEORICO:

Cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) 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.

Componentes:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.

- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Los cuidados paliativos deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas. Por otro lado, el duelo puede requerir atención durante una fase prolongada. Así, la transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

(Paliativos, Consultado: 20 de noviembre de 2009.)

Organización de una unidad de Servicio de Cuidados Paliativos

Todo establecimiento de salud donde se atienden pacientes que presentan enfermedades en etapa terminal debe disponer de un espacio para el servicio de cuidados paliativos, las dimensiones físicas y el mobiliario de las mismas se debe apegar a lo recomendado en el Manual de Habilitación del Ministerio de Salud.

En todo establecimiento de salud se debe disponer de un recurso humano capacitado en el manejo de estos pacientes y aunque no exista la Unidad de Cuidados Paliativos

Recursos Humanos Involucrados en la Atención de Cuidados Paliativos:

Idealmente se deberá contar con:

- Médico con entrenamiento en cuidados paliativos
- Odontólogo
- Personal de enfermería
- Nutricionista
- Psicólogo
- Trabajador social
- Rehabilitador
- Voluntarios: o Guía Espiritual u Organizaciones civiles y no gubernamentales o Líderes comunitarios u Otros Como mínimo se acepta:
- Médico
- Personal de enfermería
- Trabajador social

Bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Tomar en cuenta la importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, bienestar, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales de la salud, la familia y la comunidad, así como de medidas organizativas que proporcionen la seguridad y promoción de la comodidad del enfermo.

Evaluación del paciente que requiere cuidados paliativos Una forma para evaluar al paciente consiste en la evaluación de varios dominios, que explican la variabilidad de la carga y de preferencias al final de la vida. Pretende evaluar seis dominios: físicos, emotivos (y cognoscitivos, aspectos relacionados a la autonomía, la comunicación, apoyo social y económico y finalmente aspectos relacionados a la existencia. (Paliativos, Consultado: 20 de noviembre de 2009.)

Control de Síntomas:

Revisiones sistemáticas han evaluado la prevalencia de síntomas en paciente con cáncer terminal así como pacientes con enfermedades crónicas. En una primera revisión (donde se incluyeron 44 estudios y 25,074 pacientes)¹ identificaron 37 síntomas evaluados al menos en cinco estudios. Los cinco síntomas que con más frecuencia ocurren en más del 50% de los pacientes fueron: - Fatiga, - Dolor, - Pérdida de la energía, - Debilidad, y - Pérdida del apetito. Durante las dos

últimas semanas de la vida fueron frecuentes: - Pérdida significativa de peso, - Dolor, - Nausea, y - Menos frecuente los síntomas urinarios. (W, 2007)

Principios Generales para lograr un Control de Síntomas:

1. Evaluar antes de tratar.

a. Evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener la enfermedad y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.).

b. Evaluar la intensidad, impacto físico, impacto emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

2. Explicar las causas de estos síntomas: a. Utilizar términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.

b. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.

3. Toda estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende, que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas.

4. Deberá fijarse plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

5. 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 el trabajo para poder comparar nuestros resultados.

6. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escuchar, sonreír, promover la terapia ocupacional, utilizar el contacto físico, entre otros), todo ello contribuye no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además eleva 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. 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. (TwycrossRg L. S., 1999; 16)

Gastrointestinal:

1. Nauseas y Vómitos:

Son síntomas frecuentes en los pacientes en estado terminal, una revisión sistemática donde se incluyeron 6 estudios demostró que la nausea ocurre en el 17% de pacientes con cáncer incurable y el vómito en el 13 % de ellos; los pacientes presentaban dicho síntomas de 1 a 2 veces por semana.

Evaluación:

La nausea es un síntoma y el paciente lo auto reporta (exceptuando en los casos de deterioro cognitivo), sin embargo el vomito es objetivo (por lo tanto constituye un síntomas) y puede medirse el volumen, la frecuencia y consistencia del vomito. Se puede utilizar la evolución clínica o una simple escala visual análoga o una escala numérica. (#5:)

Tratamiento: La náusea y el vómito puede tratarse según la etiología del mismo y la causa de este

Etiología Medicamento Dosis y vía de administración en niños Dosis y vía de administración en adultos y niños mayores de 12 años

Inducida por opioides Haloperidol es el fármaco de primera línea en niños
Clorpromacina 12.5 - 50 mcg/ Kg PO HS* o BID (hasta 15mg/día) No se utiliza
1.5 mg HS ó 2.5-5 mg en 24 hrs 25 mg al día Metoclopramida 0.5 - 1 mg PO
C/6-8 hrs. Máximo 10 mg 10-20 mg c/6 hrs o 30 a 80 mg en 24 hrs Agonistas 5-HT₃
Ondasetron 8mg ó 5 mg/m² IV o 12-24mg/día oral. 1 mg IV stat y luego 1 mg IV BID.

No utiliza Quimioterapia y Radioterapia Ondasetron 8mg ó 0.15 mg/Kg IV; 8 mg c/8 hrs PO o IV Granisetron 12-24mg/día PO. 1 mg stat y luego 1 mg BID
Dexametazona 1 mg IV stat, 1 mg IV BID 4 mg c/hrs PO o IV

Para el tratamiento de la náusea y el vómito existen medidas no farmacológicas entre ellas:

- Evitar olores fuertes
- Evitar la ingesta de comida grasosa y condimentada
- Proporcionar alimentos helados (por ejemplo: sorbetes, gelatinas, otros) - Administrar pequeñas porciones de alimento y fraccionar el número de comidas.
- Que el alimento sea vistoso y estimule al paciente para alimentarse. - Favorecer un ambiente familiar y cómodo para el paciente.

Medidas Generales:

- Interrogar al paciente o a los padres en casos de los niños sobre sus hábitos defecatorios ya que éstos varían de paciente a paciente.

- Explorar por datos que sugieran obstrucción intestinal (radiografía de abdomen), impactación fecal, desgarros o fisuras anales. En caso que se identifique obstrucción intestinal se deberá referir a un establecimiento de mayor resolución en salud y valorar de forma multidisciplinaria con todos los especialistas que se requieran.

- Identificar la causa subyacente y tratarla adecuadamente.

- Aumentar la ingesta de líquidos: agua, jugos de frutas, ya que en ocasiones el aporte de fibra puede estar contraindicado en paciente con sub-oclusión u obstrucción intestinal.

- Aumentar la movilidad del paciente de ser posible.

- Optimizar el acceso al baño.

- Estimular hábitos defecatorios regulares en especial después de las comidas.

- Se debe iniciar con medicamentos orales de primera elección y después pasar a las preparaciones rectales de ser necesario.

- En pacientes con que reciben opioides debe prevenirse el estreñimiento y mantenerlos por el tiempo que dure el tratamiento con opioides.

Diarrea:

Es un síntoma menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal, exceptuando en los enfermos con HIV/SIDA (se ha descrito en un 10% de los pacientes en etapa terminal). La causa más frecuente en los pacientes oncológicos es el uso de laxante. Se debe investigar la causa de diarrea antes de indicar un anti diarreico.

Uso de laxante Descontinuar el laxante o revisar dosis
Fármacos: Antibiótico
Aines, hierro y anti-ácido: Descartar colitis pseudomembranosa por clostridiumdifficile e indicar metronidazol: Niños: 35mg/Kg/día en tres dosis

Adultos: 400 mg BID por 7 a 14 días, Suspender el fármaco asociado Impactación fecal Desimpactación rectal o evacuación manual Radioterapia Ondrasetron, aspirina. Mal-absorción Enzimas pancreáticas.

Tumores Desimpactación rectal En caso de cáncer rectal con tenemos administrar enemas de corticoesteroides.

Diarreas secretoras de causa inespecífica Loperamida:

- Niños menores de 12 años: 2 mg/cada 8 horas.
- Niños mayores de 12 años y adulto: 4 mg/3-4 veces al día Codeína:
- Niños menores de 12 años: 0.5-1 mg/kg/dosis cada 4-6 horas (dosis máxima hasta 60 mg)
- Niños mayores de 12 años y adulto: 30 mg dosis cada 8 hrs (dosis máxima hasta 300 mg) Morfina si es necesario.

Anorexia y Caquexia:

Es un síntoma presente en el 70% de los pacientes con enfermedad avanzada. Anorexia se define como la ausencia o pérdida del apetito; la caquexia resulta de una excesiva pérdida de peso, mayor del 5% del peso previo en los últimos 6 meses. Esta no solo se relacionó con la anorexia si no con excesivo catabolismo de la grasa y de la masa muscular.(Yavuzsen T, J ClinOncol 2005;)

Ambas condiciones se encuentran en muchos pacientes en enfermedad terminal. Las causas tratables de la anorexia y de la caquexia deben ser identificadas y tratarse. Entre las causas reversibles de anorexia, ligadas al cáncer se pueden mencionar: - Trastornos dispépticos: asociados con candidiasis oral, esofagitis por reflujo, dolor. - Mucositis - Alteraciones del gusto - Nausea y vómito - Dolor - Estasis gástrica - Metabólica: hipercalcemia, hiperazoemia - Estreñimiento - Inducida por el tratamiento: quimioterapia y radioterapia. - Depresión - Debilidad

cognoscitiva. El tratamiento de la anorexia y caquexia comprende medidas generales y farmacológicas. Para el abordaje de estos síntomas debe considerarse el pronóstico del paciente (de años a meses; meses a semanas, días en pacientes terminales).

La anorexia en las últimas semanas de vida del paciente no debe tratarse. Los fármacos utilizados para estimular el apetito son:

- Progesteronas: utilizados únicamente en adultos. Aumenta el apetito y el aporte calórico, sin embargo se han asociado a riesgo de problemas trombo-embólico, hiperglicemia, hipertensión, hipogonadismo y supresión de las glándulas suprarrenales. Dentro de este grupo se recomienda el acetato del megestrol¹⁴, algunos estudios han demostrado que el acetato de megestrol incrementa el peso a expensa de la grasa y no a la masa del músculo del magro. La dosis inicial es de 160 mg oral día, aumentar cada dos semanas hasta que se consiga el efecto deseado, o hasta que los efectos secundarios limitan el ascenso de la dosis y en este caso debe suspender. Para uso de este fármaco debe evaluarse adecuadamente por costos elevados del mismo.

- Corticoesteroides: en niños son los de elección para el tratamiento de la anorexia, sin embargo, debido a los efectos secundarios como alteración de la conducta e irritabilidad su efecto se limita a una o dos semanas. Se recomienda dexametaxona de 2 a 4 mg al día. En adultos pueden proporcionar una mejoría temporal del apetito e ingesta de alimentos, este fármaco debe reservarse para pacientes en muy malas condiciones de salud y que el beneficio de utilizar el mismo supere al riesgo, en aquellas personas que además se utilice este medicamento con fines analgésicos y antieméticos. (2007)

- Otros agentes que han demostrado algunos efectos positivos sobre aumento del apetito y de peso incluyen: Mirtazapine en la depresión, o Talidomida en cáncer y VIH-SIDA avanzados, o Metoclopramida 10 mg cada 6 horas en casos de saciedad precoz, estasis gástrica por su efecto proquinético. (Oncol, 1996;)

La conducta e irritabilidad su efecto se limita a una o dos semanas. Se recomienda dexametaxona de 2 a 4 mg al día. En adultos pueden proporcionar una mejoría temporal del apetito e ingesta de alimentos, este fármaco debe reservarse para pacientes en muy malas condiciones de salud y que el beneficio de utilizar el mismo supere al riesgo, en aquellas personas que además se utilice este medicamento con fines analgésicos y antieméticos.

- Otros agentes que han demostrado algunos efectos positivos sobre aumento del apetito y de peso incluyen:

- Mirtazapine en la depresión.
- Talidomida en cáncer y VIH-SIDA avanzados.
- Metoclopramida 10 mg cada 6 horas en casos de saciedad precoz, estasis gástrica por su efecto proquinético.

Medidas Generales:

- Identificar las causas reversibles y tratarlas. O Manejar en conjunto con nutricionista.
- Preparación adecuada de los alimentos: raciones pequeñas, fraccionadas 6-7 tomas de los alimentos que el paciente prefiera.
- Debe procurarse un ambiente calmo, relajado no apurar la paciente.
- De preferencia que el paciente tome sus alimentos con el resto de la familia (p.ej: en el comedor), cuando sea posible.
- En los niños se puede cambiar las horas de la comida, el lugar, hacer la comida más divertida. Debe tomarse en cuanto el momento del día donde el niño tenga más apetito.

- Tranquilizar al paciente sobre la normalidad de presentar sensación de saciedad precoz.
- Mejorar la apariencia, consistencia y olor del alimento.
- Reducir al mínimo las restricciones alimenticias.
- Tomar en cuenta los aspectos sociales, culturales y religiosos.
- Favorecer a la hidratación.
- Considerar suplementos nutricionales.

Cuidado de la Boca:

Son múltiples las alteraciones de los problemas bucales en el paciente terminal, uno de los más frecuentes es la sequedad de la boca que se presenta hasta en el 70% de los pacientes. El objetivo del tratamiento se basa en:

- 1) control y prevención del dolor.
- 2) mantener la mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos para evitar la aparición de infecciones y promocionar el confort.
- 3) eliminar las placas bacterianas y restos alimenticios para evitar la halitosis.

Debe realizarse un exhaustivo examen físico de la boca para detectar problemas que pueden pasar desapercibidos y ocasionar molestia, dificultad para la alimentación inclusive anorexia. Una adecuada higiene bucal es fundamental para la calidad de vida del paciente en terapia paliativa. Por lo tanto el personal médico y paramédico debe educar al paciente y la familia sobre los diferentes métodos y utensilios para garantizar o preservar la higiene bucal. Recomendaciones Generales:

- Evaluar por odontólogo para que ayude a determinar y tratar adecuadamente el problema bucal.

- Utilizar cepillo infantil, suave tanto para los dientes como para la lengua. En caso de no poderse utilizar el anterior se puede limpiar la cavidad oral con torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa. Es más inefectivo para eliminar la placa pero puede ser más cómodo y de ayuda para la humidificación y ante signos de sangrado.

- Después de las comidas se debe realizar higiene bucal (cepillado o enjuague normal).

- Mantener húmeda la cavidad oral con pequeños sorbos de agua.

- Para la higiene de después de las comidas, cepillado y enjuague normal. Pueden utilizarse con una frecuencia de cada 2-4 horas o bien una solución base de vaselina líquida, manzanilla y hielo; ha demostrado ser útil y eficaz en estados más terminales o agónicos, aunque la vaselina puede ser desagradable por su viscosidad.

- Para eliminar el sarro utilizar el peróxido de hidrógeno diluido (excepto en estomatitis), perborato sódico que no puede ser tragado, solución de bicarbonato sódico, muy efectivo pero de gusto desagradable (no puede ser utilizado en tratamientos anti fúngicos) o un pequeño fragmento de vitamina C.

- Enjuagues antisépticos: 10-20mL de solución colutorio, 4 mL de xilocaina al 2%, bicarbonato de sodio 20mL, agua destilada 50 mL y nistatina 20 mL. Estos enjuagues son beneficiosos en pacientes con mucositis y moniliasis oral.

- Ketoconazol oral en casos de candidiasis; aunque los síntomas desaparezcan a los 7 días es necesario continuar con el tratamiento durante 14 días.

- El uso de anestésicos locales sobre úlceras dolorosas antes de cada comida, como la xilocaína (lidocaína). - Brindar cuidados especiales cuando se utiliza

prótesis. Si el paciente presenta candidiasis, éstas últimas deberán sumergirse en solución de hipoclorito al 1% si no tiene metal o en solución de nistatina en caso contrario.

- Gargarismos de povidona yodada al 7,5% en los casos de halitosis por boca

Séptica y/o neoplasia oral.

Hipo:

Se produce como resultado de los espasmos diafragmáticos secundaria a la irritación del diafragma. Usualmente se asocia a hepatomegalia y distensión gástrica.

Tratamiento del Hipo según la Causa Distensión gástrica

Metoclopramida:

- Niños: 10 mg cada 6 horas. - Niños mayores de 12 años y adultos: 10 mg cada 6 horas. Domperidona: - Niños: 200 a 400 mcg cada 8 horas - Adultos: 10 mg cada 6 horas oral Fraccionar la dieta en pequeñas porciones Uso de anti-flatulentos como hidróxido de aluminio a dosis de 5-10 mL cada 6 horas en niños y adultos.

Relajación del musculo liso Nifedipina: - Niños: 0.25-0.5mg/Kg dosis PRN - Adultos: 5 mg PRN o tres veces al día oral.

Suprimir el reflejo del hipo Clorpromacina: - Niños: no se utiliza. - Adultos: 25 mg PO diario. Suprimir la irritación a nivel central por tumores intracraneales

Dexametazona (dosis altas): - Niños: 1-4 mg BID PO. - Adultos: 16 mg día PO.

Fenitoina: - Niños: 1.5-2.5 mg/kg - Mayores de 12 años y menor de 18 años: 75-150 mg hora sueño - Adultos: 200-300 mg hora sueño. Carbamacepina: - Niños: 5 mg/kg en la noche o 2.5 mg/kg BID (max 10mg/Kg BID) - Mayores de 12 años y Adultos: 100 mg cada 8 horas e ir aumento según respuesta.

Neuro-psiquiátrico

1. Ansiedad y Depresión: Medidas generales: - Se le debe proporcionar al paciente sea niño(a) o adulto el ambiente adecuado y la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones. - El uso de técnicas de relajación.

- La musicoterapia.

- Brindar consejería al paciente y su familia (en casos de pacientes pediátricos a los padres). Medidas farmacológicas: Se deben combinar los medicamentos con medidas no farmacológicas.

La ansiedad puede ser resultado de la depresión por lo que en estos casos debe valorarse tratamiento antidepresivo. Los niños pueden experimentar períodos breves de ansiedad o ataques de pánico, por lo que deben considerarse para el manejo benzodiacepina de vida media corta como el midazolam; para los ataques de pánico puede considerarse el uso de lorazepam y en casos de trastornos de mayor duración considerar el diazepam.

Tratamiento:

Midazolam Niños y adultos: 100mcgr/Kg por vía IV/SC 500mcgr/Kg PO (dosis máxima 10mg) Cuidado en pacientes con falla renal (reducir dosis), hepática, insuficiencia cardíaca.

Lorazepam 25-50 mcgr/Kg dosis única. En niños no se necesita exceder dosis de 0.5-1mg/día; Adultos máximo 4mg/día. Cuidado en pacientes con falla renal, hepática, distress respiratorio.

Diazepam 1mes-12 años: 50-100mcgr/Kg BID-QID >12 años y adultos: 2.5-5mg BID-QID Crea dependencia

El diagnóstico de la depresión en niños con enfermedad terminal puede ser difícil debido a las manifestaciones de la enfermedad de base, por lo que en la mayoría

de los pacientes pueden pasar desapercibida y por lo tanto no se trata. Se debe tomar en cuenta la observación de los padres y responsables, y apoyarse con el psicólogo infantil. La depresión en adulto al igual que en el niño requiere la evaluación por el psicólogo, en algunos casos además se utilizan las medidas farmacológicas. (D., Ann InternMed 2008)

La amitriptilina, aunque ya no se considera un fármaco de primera línea para el tratamiento de la depresión en niños puede constituir la elección en pacientes que presentan también alteraciones del sueño y dolor. La dosis indicada es de 0.5-1mg/Kg por la noche. Se recomienda hacer incrementos graduales de 25% de la dosis cada 2-3 días, con una dosis máxima de 2mg/kg/día.

2. Insomnio: El insomnio puede ser el origen de alteraciones físicas y psíquicas además que su presencia empeora condiciones subyacentes. Las alteraciones del sueño son un problema común entre los pacientes con cáncer. Se calcula que cerca del 50% de los pacientes se encuentran afectados con este problema. En estos pacientes el proceso tumoral, el dolor, la hospitalización, los tratamientos, la ansiedad y la depresión aumentan el riesgo de padecer insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia; sin embargo muchos facultativos brindamos apoyo en este sentido a los pacientes en estado terminal.

Dosis de benzodiacepina para el tratamiento del insomnio.

Midazolam Niños y adultos: 100mcgr/Kg por vía IV/SC 500mcgr/Kg PO (dosis máxima 10mg) Cuidado en pacientes con falla renal (reducir dosis), hepática, insuficiencia cardíaca.

Lorazepam 25-50 mcgr/Kg dosis única. En niños no se necesita exceder dosis de 0.5-1mg/día; Adultos máximo 4mg/día. Cuidado en pacientes con falla renal, hepática, distress respiratorio.

Diazepam 1mes-12 años: 50-100mcgr/Kg BID-QID >12 años y adultos: 2.5-5mg BID-QID Crea dependencia

Atención a la Familia

El impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos enfermo-familia) como en relación con el entorno social y circunstancias de vida del enfermo:

- Personalidad y circunstancias personales del enfermo.
- Naturaleza y calidad de las relaciones familiares.
- Reacciones y estilos de convivencia del enfermo y familia en pérdidas anteriores. - Estructura de la familia y su momento evolutivo.
- Nivel de soporte de la comunidad.
- Problemas concretos, calidad del habitación, etc. (disputas familiares, herencias)
- Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar la atención: situación económica de la familia que permita asumir los costos que se generan (material de curas o comodidad, medicación, miembros de la familia que dejan de trabajar), condiciones básicas de habitabilidad y comodidad de la vivienda (agua, higiene, etc.); la familia debe estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados (curas sencillas, cambios posturales, etc.).

Trabajo del equipo en la atención de la familia;

1. Valorar si la familia puede emocional y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo.

2. Planificar la integración plena de la familia, y lo haremos mediante: la educación, soporte práctico y emocional de la familia.

3. Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo). Este trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de crisis. Información clara y precisa, que le permita participar en la medida de sus posibilidades son: alimentación, higiene, cuidados directos del enfermo, cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, administración de fármacos, pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.

Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal y respuestas.

La asistencia del paciente en su domicilio genera una pesada carga para sus familiares, además de un estado de sufrimiento sobreañadido, por cuanto es más estrecha la participación en su angustia y sufrimiento.

Los sentimientos de impotencia y culpabilidad son frecuentes: de impotencia porque se sienten desarmados ante una enfermedad fatalmente mortal, de la que ignoran casi todo y, de culpabilidad porque afloran en ellos, tras el agotamiento, sentimientos de desear que la situación se resuelva cuanto antes, que son absolutamente normales.

Por ello debemos comprender las distintas dinámicas a nivel del grupo familiar, de forma de poder intervenir en la interrelación propia que este grupo plantea, en la búsqueda de mejorar la calidad de los vínculos que, por multiplicidad de factores pueda estar entorpeciendo u obstaculizando la evolución del tratamiento con el paciente terminal. Trabajar con la muerte en un paciente descompensado, con una familia desestructurada por la incertidumbre y el miedo, puede conducir a modalidades sumamente conflictivas y necesitadas de un abordaje específico.

Calidad de vida:

Según la definición de cuidados paliativos de la OMS (OMS, 2012), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. Fue diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente.

La escala ECOG (Oken, 1982.) Valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

- ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
- ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.

- ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además

De las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.

- ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.

- ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.

- ECOG 5: Paciente fallecido.

Instrumentos básicos para mejorar la calidad de vida y bienestar de nuestros pacientes antes de su muerte son:

1. 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 la promoción de la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).

2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.

3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.

4. Equipo interdisciplinario, ya que es muy difícil planear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.
5. Adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

Evaluación del paciente que requiere cuidados paliativos

Una forma para evaluar al paciente consiste en la evaluación de varios dominios, que explican la variabilidad de la carga y de preferencias al final de la vida. Pretende evaluar seis dominios: físicos, emotivos (y cognoscitivos, aspectos relacionados a la autonomía, la comunicación, apoyo social y económico y finalmente aspectos relacionados a la existencia.

Control de Síntomas

Revisiones sistemáticas han evaluado la prevalencia de síntomas en paciente con cáncer terminal así como pacientes con enfermedades crónicas. En una primera revisión (donde se incluyeron 44 estudios y 25,074 pacientes)¹ identificaron 37 síntomas evaluados al menos en cinco estudios. (Teunissen SCCM W. W., 2007) Los cinco síntomas que con más frecuencia ocurren en más del 50% de los pacientes fueron:

- Fatiga,
- Dolor,
- Pérdida de la energía,
- Debilidad,
- Pérdida del apetito.

Durante las dos últimas semanas de la vida fueron frecuentes:

- Pérdida significativa de peso
- Dolor
- Nausea
- Menos frecuente los síntomas urinarios.

Principios Generales para lograr un Control de Síntomas:

1. Evaluar antes de tratar.

a. Evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener la enfermedad y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.).

b. Evaluar la intensidad, impacto físico, impacto emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

2. Explicar las causas de estos síntomas:

a. Utilizar términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.

b. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.

3. Toda estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende, que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas.

4. Deberá fijarse plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

5. 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 el trabajo para poder comparar nuestros resultados.

6. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escuchar, sonreír, promover la terapia ocupacional, utilizar el contacto físico, entre otros), todo ello contribuye no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además eleva 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.

Evaluación del Dolor:

El dolor debe evaluarse diariamente y de una forma simple utilizando diferente escala, la más usada es:

ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE DOLOR - EVAD

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con Una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. (2007)

Sin dolor _____ Máximo dolor

Así mismo existen condiciones que pueden modificar el umbral del dolor.

Condiciones que modifican el umbral del dolor

Bajan el umbral	Incrementan el umbral
Disconfort	confort
Insomnio	sueño
Fatiga	reposo
Ansiedad	fisioterapia
Preocupación	comunicación/ apoyo
Enojo	empatía con el personal
Tristeza	buen humor
Depresión	inclusión social y capacidad de expresar emociones

Tratamiento:

Medidas no farmacológicas:

Como parte integral del dolor, existen medidas no farmacológicas que pueden complementar el tratamiento del paciente. Usualmente incluyen una combinación de terapia física y psicológica. Estas intervenciones deben estar a cargo del personal de psicología y rehabilitación entrenado para este fin.

Medidas farmacológicas:

Los principios para la analgesia son:

- Administrar el analgésico correcto a la dosis correcta y en el tiempo correcto - Administrar la ruta más apropiada (cuando sea posible oral)
- Alcanzar las dosis máximas antes de cambiar a otro fármaco.
- Considerar siempre la co-analgesia.
- Considerar dosis de rescates para picos de dolor, calcular el 25% de la dosis del opiode de base.

En caso de que el opiode sea morfina las dosis de rescate no deben realizarse con menos de una hora de tiempo entre ellas.

- Para todos los fármacos opioides realizar titulaciones.
- Manejar los efectos adversos.
- Un facultativo es quien debe de tomar el papel de prescriptores de opioides.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el manejo del dolor se basa en el sistema de tres escalones de acuerdo a la intensidad el dolor.

Cuando el dolor es leve se sugiere utilizar fármacos no opioides combinados con adyuvantes según el caso, si el dolor persiste o es moderado hay que utilizar los fármacos de la escala dos; y si el dolor se mantiene o incrementa de intensidad recurrir a los fármacos del escalón tres.

Fármacos adyuvantes utilizados para el manejo del dolor en cuidados paliativos:

- a) Dolor óseo metastásico: radioterapia, antiinflamatorios no esteroideos (Aines), bifosfonato (ácido zoledronico y ácido ibandronico).
- b) Compresión medular: radioterapia y corticoides (dexametasona 10-25 mg y luego 2-10 mg cada 6horas).

- c) Cefalea secundaria a hipertensión endocraneana y metástasis: alta dosis de corticoides (dexametasona 5-10 mg luego 1-4 mg cada 6 horas).
- d) Infiltración visceral y de tejido blando: dosis baja o moderadas de corticoides (dexametasona 5 a 10 mg luego 1-4 mg cada 6 horas), diuréticos si hay edema, Aines.
- e) Espasmos vesicales/rectales: oxibutinina (0.2 mg/kg/dosis 2-4 veces/día, incrementar a 5 mg 4 veces/día para >5 años); clorpromacina para tenesmo rectal.
- f) Neuralgia pos-herpética: anticonvulsivantes tal como la carbamazepina y gabapentina, antidepresivos tricíclicos tal como la amitriptilina.
- g) Espasmo muscular: usualmente mejora tratando la causa y generalmente puede ser con intervenciones no farmacológicas. Sin embargo si el dolor espasmódico no mejora, utilizar un relajante muscular. Puede ser un agente sedante como la ciclobenzaprine en dosis inicial de 5 mg oral tres veces al día, si lo tolera se puede incrementar hasta 10 mg tres veces al día. Una alternativa puede ser el diazepam 0.12-0.8 mg/kg/día diario en dosis divididas cada 6 a 8 horas.
- h) La sobredosis del opiáceo: diluya una ampolla del naloxone de 0.4 mg en 10 mL de solución salina. Administre 0.5 mL (que equivale a 0.02 mg) cada 30 a 60 segundos hasta que se observe la mejoría de los síntomas. Prepárese para repetir este proceso (el período de algunos opiáceos es más largo que el del naloxone). Si el paciente no responde en un periodo de 10 minutos, considere otra razón del cambio en su estado neurológico.

Neoplasia

Es una alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor. El cáncer se origina cuando las células normales se transforman en cancerígenas, es decir, adquieren

la capacidad de multiplicarse descontroladamente e invadir tejidos y otros órganos.

Dolor oncológico

La International Association for the Study of Pain define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión física real o potencial o que se describe como ocasionada por tal lesión [1]. El dolor, por lo tanto, no es tan sólo una experiencia sensorial sino también una experiencia subjetiva emocional que a veces está desligada de la lesión orgánica aparente. El dolor se puede entender a partir de cuatro categorías: nocicepción, percepción del dolor, sufrimiento y comportamiento. La nocicepción es la detección de la lesión física por transductores especializados unidos a fibras Aδ y que Clasificación del dolor oncológico (manejo del dolor oncológico, 2007) Dolor basal Dolor continuo, que precisa una medicación pautada, no a demanda, por lo general progresiva y siempre con la posibilidad de tener que administrar para su control, dosis "de rescate" o fármacos coadyuvantes, ante su reactivación. Crisis de dolor irruptivo: Son exacerbaciones transitorias, rápidas incluso fugaces sobre el dolor basal, que puede y debe estar controlado con la medicación pautada.

Se pueden clasificar a su vez como:

- Dolor incidental: de causa desencadenante conocida (con mayor frecuencia algún movimiento concreto) que se debe "prevenir" con dosis de analgesia extra. El éxito terapéutico radica en la prevención que es la circunstancia que lo define, hoy día disponemos de medicación que nos permitirá amortiguar este dolor. Lo padecen hasta un 65% de los pacientes terminales.
- Dolor irruptivo espontáneo: la diferencia fundamental es que no tiene desencadenante y no es previsible al no obedecer a un patrón fijo por tanto se trata una vez iniciados los síntomas con dosis extra de analgesia, que nos interesa que tengan el mínimo tiempo de latencia entre la toma y el efecto analgésico.

Dolor por fallo final de dosis: Cuando hemos pautado la medicación al paciente después de un tiempo variable nos va a referir que el dolor empieza antes de tener la siguiente toma de analgésico, ante esta circunstancia las opciones son dos, o bien incrementar la dosis de analgésicos o con más frecuencia acortar el tiempo interdosis. Dolor neuropático: Sus principales características se han comentado en la clasificación anterior. Dolor iatrogénico: Dolor oncológico originado por los tratamientos a los que se somete el paciente, principalmente radioterápicos (radiodermatitis, mucositis, dolores neuropáticos y/o quimioterápicos (mucositis, dolor neuropático).

Dolor refractario: Hasta un 15% del dolor oncológico es resistente a morfínicos, precisando para su tratamiento técnicas propias de las unidades del dolor. Sin embargo, debemos tener en cuenta antes de clasificar a un dolor como refractario que según el estudio DOME, aún no informamos bien por escrito; no se nos entiende bien; no evaluamos bien, no empleamos bien los tratamientos no farmacológicos y no empleamos adecuadamente los tratamientos farmacológicos. De lo que se infiere que algún dolor clasificado como refractario no lo es y sólo se trata de una mala orientación terapéutica.

Tratamiento del dolor oncológico

Primer escalón: Corresponde a los analgésicos no opioides (AINE, metamizol y paracetamol). Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo. No se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes AINE.

Segundo escalón: Corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína, dihidrocodeína y tramadol.

Tercer escalón: Está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía IM, IV o subcutánea (con

posibilidad de usarla en bombas de infusión). Otros son el fentanilo, la oxicodona, etc. El tratamiento del dolor ha de ser individualizado. Se ha de seleccionar el fármaco más adecuado al tipo de dolor y se ha de administrar a las dosis correctas y durante el tiempo adecuado, de tal forma que se logra un mayor alivio con menos efectos secundarios

V.DISEÑO METODOLOGICO:

Tipo de estudio: observacional cuali-cuantitativo basado en metodología CAP (conocimientos actitudes y practicas).

Área de estudio:

Se realizara en el Hospital Bertha Calderón Roque en el segundo semestre 2014, ubicado del centro comercial Zumen 1 cuadra al oeste, Managua – Nicaragua.

Área de conocimiento:

Conocimientos, hábitos y prácticas de cuidados paliativos en pacientes terminales.

Población:

La población del estudio corresponde a médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia del hospital Bertha calderón Roque.

Muestra: probabilística, usando 3 métodos de recolección de datos.

-Preguntas.

- Entrevista.

-Lista de chequeo.

Se lograron evaluar en la prueba de selección múltiple, entrevista y lista de chequeos a 32 residentes ya que el resto de los residentes se negaron rotundamente a participar.

Criterios de inclusión

- Estar presente en el hospital al ser aplicado el cuestionario.
- Llenar voluntariamente el instrumento de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

No aplica

Criterios de eliminación

No aplica

Variable dependiente:

El nivel de conocimiento, tipo de hábitos que se utilizan y tipo de prácticas en cuidados paliativos que los médicos residentes de ginecología y obstétrica poseen para atender pacientes en etapa terminal.

Variables independientes:

- Nivel académico y vivencia en cuidados paliativos.
- Nivel de conocimiento de médicos residentes.
- Tipos de hábitos de médicos residentes.
- Tipos de prácticas de médicos residentes

Matriz de Operacionalizacion de variables e indicadores (MOVI)

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	U.MED
<p>Características generales.</p> <p>Nivel académico</p> <p>Experiencia</p>	<p>Nivel académico: Año académico de la residencia en Ginecología y Obstetricia que cursa al momento de la entrevista.</p> <p>Experiencia: Semanas de práctica en cuidados paliativos.</p>	<p>Año académico cursado</p> <p>Semanas de experiencia</p>	<p>Residente año 1</p> <p>Residente año 2</p> <p>Residente año 3</p> <p>Residente año 4</p> <p>Semanas de experiencia laboral en cuidados paliativos.</p>	<p>ordinal</p> <p>numérica</p>	<p>Encuesta entrevista</p>
<p>Nivel de conocimiento en cuidados paliativos</p>	<p>Conocimientos logrados en cuidados paliativos y de acuerdo a la normativa 039 Ministerio de Salud de Nicaragua.</p>	<p>Porcentaje de respuestas correctas. Logro del conocimiento sobre la</p>	<p>X ± DE</p> <p>Sabe</p> <p>Sabe cómo</p>	<p>numérica</p> <p>categorica</p> <p>ordinal</p>	<p>cuestionario</p>

		Normativa 039.			
Hábitos	Comportamiento repetido regularmente del personal médico residente en cuidados paliativos según lo establecido en la normativa 039 Ministerio de salud de Nicaragua.	Porcentaje de respuestas correctas. Hábitos obtenidos de acuerdo a la Normativa 039.	X ± DE Demuestra cómo	Numérica Categoría ordinal	Observación I lista de chequeo Expediente.
Prácticas	Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas del personal médicos residentes en cuidados paliativos según la normativa 039 Ministerio de salud Nicaragua.	Porcentaje de respuestas correctas según: Cumplimiento en prácticas según lo establecido en la normativa 039.	X ± DE Hace	Numérica Categoría Ordinal Numérica Categoría ordinal	Observación I lista de chequeo expediente

Sistematización de la metodología conocimientos, actitudes y practicas (CAP)

Acápites	Conocimiento	Hábitos	Prácticas
Definición de cuidados paliativos	<p>Defina el concepto de cuidados paliativos, según la normativa 039.</p> <p>R: cuidado integral de todo paciente y su familia, que se encuentra frente a una enfermedad incurable, progresiva, cuya expectativa de vida es reducida.</p>		
Control de Síntomas	<p>Mencione 5 síntomas que con más frecuencia ocurren en el 50 % de los pacientes en etapa terminal</p> <p>R: fatiga, dolor, pérdida de la energía, pérdida del apetito, debilidad.</p> <p>Que síntomas son más frecuentes durante las últimas semanas de vida.</p> <p>R: Pérdida significativa de peso, dolor, náuseas, y menos frecuentes los síntomas urinarios.</p> <p>Mencione los 6 principios generales para el control de síntomas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 evaluar antes de tratar 2 explicar las causas de los síntomas 3 explicar toda estrategia terapéutica a aplicar. 4 fijarse plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas. 5 monitorización de los síntomas 6 actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo <p>Dolor :</p> <p>Mencione 2 escalas que utiliza para medir el dolor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 escala visual análoga de 0 a 10 cm 2 escala frutal análoga <p>Cuáles son las medidas no farmacológicas para tratar el dolor.</p>	<p>- entrega y recibo de paciente</p> <p>-Revisión inicial de expediente</p> <p>- revisión de signos vitales</p> <p>Temperatura</p> <p>Pulso</p> <p>Presión arterial</p> <p>Respiración</p> <p>- examen físico:</p> <p>Inspección de cabeza y cuello</p> <p>Características de la piel</p> <p>Simetría</p> <p>Configuración craneal</p> <p>Palpación facial</p> <p>Palpación articular</p> <p>Inspección ocular</p> <p>Pestañas, parpado y pliegues palpables.</p> <p>Determinación de alineación de cejas</p> <p>Función ocular</p> <p>Inspección auditiva</p> <p>Alineación</p>	<p>-Identifica al paciente.</p> <p>- revisa el expediente</p> <p>- toma signos vitales</p> <p>- Realiza examen físico</p> <p>DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala para medir el dolor. • El personal de salud procura que los pacientes en estado terminal se encuentren libre de dolor. • Fármacos que utiliza para el dolor: <p>No opioides:</p> <p>Acetaminofén</p> <p>Naproxeno</p> <p>Ibuprofeno</p> <p>Diclofenac</p> <p>Opioides:</p> <p>Tramadol</p> <p>Codeína</p>

	<p>Combinación de terapia física y psicológica.</p> <p>De los siguientes fármacos opiáceos; escriba la dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol: 50mg dosis cada 8 horas PO, dosis máxima al día 400mg. • Codeína: 30 mg dosis cada 8 horas, dosis máxima 300 mg. • Oxidodona: 10mg cada 12 horas PO. Dosis máxima, no aplica. • Fentanil : 25mcg/hora, dosis máxima , no aplica • Morfina: 0.1mg/kg iv. Dosis con intervalos de casi 4 horas, dosis máxima no aplica. <p>Mencione los fármacos no opiáceos utilizados para el tratamiento de las pacientes oncológicas en etapa terminal. Acetaminofén, naproxeno, ibuprofeno, diclofenac.</p> <p>Fármacos adyuvantes: ¿Que fármacos utiliza para el dolor óseometastasio? AINES, Bifosfonato.</p> <p>¿Qué fármacos utiliza para la compresión medular? Corticoesteroides</p> <p>¿Que fármacos utiliza para la cefalea secundaria a hipertensión endocraniametastasio? Altas dosis de corticoesteroides.</p> <p>¿Que fármacos utiliza para la infiltración visceral y tejidos blandos? Dosis bajas o moderadas de corticoesteroides , diuréticos si hay edema , AINES ,</p> <p>¿Que fármacos utiliza para los espasmos vesicales /</p>	<p>Características superficiales Palpación de pabellón auricular Valoración de audición</p> <p>Inspección nasal inspección bucal y faríngea Inspección, color, características superficiales.</p> <p>Inspección de extremidades superiores Observar, palpar brazos, manos y hombros. Características de piel y uñas. Masa muscular. Deformidad musculo esquelética. Rango de movimientos articulares.</p> <p>Inspección de espalda y parte posterior del tórax Inspección de piel y complexión torácica. Simetría de hombros y desarrollo musculo esquelético. Inspección y palpación de escapula y vertebras. Inspección pulmonar: Respiración: recorrido,</p>	<p>Oxidodona Fentanil</p> <p>Adyuvantes: AINES Bifosfonato Corticoesteroides Diuréticos Oxibutinina Clorpomacina Carbamacepina Gabapentina Antidepresivos</p> <p>recursos terapéuticos para garantizar que los pacientes en estado terminal cursen asintomáticos y con mayor bienestar</p> <p>Hace uso de herramientas terapéuticas según el protocolo de atención establecido.</p> <p>Tratamiento farmacológico para náuseas y vómito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Clorpromacina • Metoclopramida • Agonistas 5-HT3 • Ondacetron • Granicetron • Dexametazona • Lorazepam • locina • Domperidona
--	--	---	--

	<p>rectales ¿ Oxibutinina Clorpromasina</p> <p>¿Que fármacos utiliza para la neuralgia post/herpética>? Anticonvulsivantes , carbamazepina , gabapentina , antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina</p> <p>¿Qué fármacos utiliza para el espasmo muscular? Relajantes musculares y agentes sedantes.</p>	<p>profundidad, ritmo y patrón. Percusión de la parte posterior del tórax, comprobando la simetría y la resonancia. Percusión del recorrido diafragmático. Auscultación sistemática de ruidos respiratorios.</p> <p>Inspección abdominal Características de la piel, contorno, pulsaciones y movimientos. Auscultación de todos los cuadrantes. Auscultación de las arterias: aortas, renales y femorales. Percusión del tono de cada cuadrante. Percusión de los rebordes hepáticos. Palpación superficial de todos los cuadrantes. Palpación profunda de todos los cuadrantes. Palpación de línea media. Comprobación de reflejos abdominales.</p> <p>Inspección de extremidades inferiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol • Ranitidina • Interrupción de AINES <p>Tratamiento farmacológico para la constipación :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senn • Lactulosac • Duphalap • Glicerina • Visacodilo <p>Tratamiento farmacológico de la diarrea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol • Ondacetron • Aspirina • Encimas pancreáticas • Loperamida • Codeína • Morfina <p>Tratamiento farmacológico del hipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida <ul style="list-style-type: none"> • Domperidona • Antiflatulentos • Nifedipina • Clorpromacina • Dexametazona • Fenitoina • Carbamacepina <p>tratamiento farmacológico para estimular el apetito</p>
--	--	--	---

		<p>Inspección de características cutáneas, distribución del vello, masa corporal, complexión musculo esquelética. Palpación de temperatura , textura , edema , pulsos, Comprobación del rango de los movimientos y fuerza de los dedos de los pies , tobillos y rodillas, Inspección musculo esquelética Observación de los movimientos que realiza el paciente para incorporarse. Observación de coordinación, utilización de músculos. Facilidad de movimientos. Inspección neurológica. Valoración de función sensitiva: sensación punzante en frente , senos para nasales , antebrazos , manos , pies , y piernas Comprobar la función motora fina, coordinación y sentido de las extremidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progesterona • Metoclopramida • Talidomida <p>Evaluación odontológica para el cuidado de la boca</p> <p>Se encuentran bajo control y atención nutricional</p>
--	--	---	---

		<p>superiores. a) tocarse la nariz alternando los índices. b) tocarse el pulgar alternando los dedos rápidamente. C) mover rápidamente el índice entre la nariz del paciente y el dedo índice del examinador</p> <p>Comprobar la función motora fina de las extremidades inferiores. a) recorrer con el talón la otra pierna hacia abajo. b) cruzar rápidamente y de forma alternante la pierna sobre la rodilla.</p> <p>- revisión de nota medica - revisión de nota de enfermería - evaluación por síntomas</p> <p>DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala para medir el dolor. • El personal de salud procura que los pacientes en estado terminal se encuentren 	
--	--	---	--

		<p>libre de dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fármacos que utiliza para el dolor: <p>No opioides: Acetaminofén Naproxeno Ibuprofeno</p>	
Gastrointestinales	<p>¿Que fármacos se administran en las pacientes en etapa terminal para el tratamiento de las náuseas y vomito según la etiología?</p> <p>1 – Hipertensión intracraneana Dexametazona</p> <p>2 – Metabólico hipercalcemia haloperidol</p> <p>3 Obstrucción intestinal Haloperidol, hioscinabutilbromide, ondasetron, dexametazona.</p> <p>4 –Retraso del aclaramiento gástrico metoclopramida y domperidona</p> <p>5 – Irritación gástrica. Omeprazol, ranitidina, ondacetron, interrumpir AINES.</p> <p>6- inducida por opioides Haloperidol, clorpromacina, metoclopramida, agonista 5-HT3, ondacetron y granicetron.</p> <p>7- quimioterapia y radioterapia: Ondacetron, granicetron, dexametazona, metoclopramida, lorazepam.</p> <p>¿Que causa constipación a las pacientes en estado terminal? Inmovilidad, ingesta oral disminuida, medicamento, motilidad intestinal y uso de opioides.</p>		

	<p>Encierra en un círculo la respuesta correcta: Es causa de hipo...</p> <p>Irritación vagal Irritación del nervio frénico Sistémicas.</p> <p>¿Qué tratamiento farmacológico utiliza para la constipación?</p> <p>SENN Lactulosac Duphalap Glicerina Bisacodilo</p> <p>Mencione el tratamiento que se administra a las pacientes que presentan síntoma diarreico en etapa terminal según las causas. Uso de laxantes : descontinuar el laxante o revisar dosis</p> <p>Antibióticos: descartar colitis,pseudomembranosas por clostridium difficile.</p> <p>AINES y hierro antiácido: suspender el fármaco asociado</p> <p>Impactación fecal: desimpactación rectal o evacuación manual.</p> <p>Radioterapia:ondacetron, aspirina.</p> <p>Mal absorción: encimas pancreáticas.</p> <p>Tumores: desimpactaciónrectal.</p>		
--	--	--	--

	<p>Diarrea secretora de causas inespecíficas: loperamida, codeína y morfina.</p> <p>Escoja los fármacos que se utilizan para el tratamiento de anorexia y caquexia, como estimuladores de apetito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progesterona, talidomida y metoclopramida. <p>Encierre en un círculo los efectos adversos que produce la administración de opioides: Náuseas y vómitos</p>		
<p>C. Neuropsiquiátricos</p>	<p>1 - Mencione las medidas generales para la ansiedad y depresión. Ambiente adecuado y oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones, uso de técnicas de relajación. Musicoterapia y brindar consejería al paciente y su familia.</p> <p>2 – mencione la dosis de los siguientes fármacos catalogados como benzodiacepinas en el manejo de la ansiedad: Midazolam: 100mc/kg iv y sc 500mc/kg PO Lorazepam: 25-50mcg/kg. Diazepam: 2.5-5mg BID-QID</p> <p>4 - ¿Qué fármacos utiliza para el insomnio y a que dosis? Midazolam: 100mc/kg iv y sc 500mc/kg PO Lorazepam: 25-50mcg/kg. Diazepam: 2.5-5mg BID-QUID</p>		<p>Tratamiento farmacológico para la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam • Lorazepam • Diazepam <p>Tratamiento farmacológico para el insomnio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam • Lorazepam • Diazepam

<p>Atención a la Familia</p>		<p>Intervención psicológica a los familiares para prevenir claudicación.</p> <p>Realización de visitas domiciliarias</p>	<p>¿Las pacientes en estado terminal son informadas sobre su condición de salud y las medidas terapéuticas?</p> <p>¿El ambiente en el que labora, le brinda al paciente respeto, bienestar, soporte y comunicación que proporcionen la seguridad y promoción de la calidad del enfermo?</p> <p>¿Cómo es la atención integral en cuanto a los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales?</p>
			<p>¿La familia de pacientes que requieren cuidados paliativos debe recibir atención psicosocial?</p> <p>¿Considera al enfermo y a la familia como una unidad a tratar?</p>

RESULTADOS

1. En relación al nivel académico: del personal médico residente de la ginecología y obstetricia la distribución de la población del estudio corresponde al: 33.3% (11) de los R1, el 18.2% (6) de los R2, el 30.3% (10) de los R3, el 18.2 (6) de los R4. En experiencia: en cuidados paliativos corresponde al 0.0% de los (33) encuestados.

2. El nivel del conocimiento que poseen el residente en cuidados paliativos, referente a la pregunta de la 1 a la 3 de la encuesta.

A. Tabla 1. Área del conocimiento. Se puede observar en estos resultados que los R1 poseen un porcentaje mayor de respuestas correctas con respecto al resto de residentes.

En la Pregunta numero 1, en cuanto al concepto de cuidados paliativos, según la normativa 039. Los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 33.3% (8) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 33.3% (3) de los residentes R1 respondieron incorrectamente.
- El 20.8% (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 11.1% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 33.3% (8) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 22.2% (2) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 12.5% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 33.3% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente

En la Pregunta numero 2: en cuanto a los 5 síntomas que con más frecuencia ocurren en el 50 % de los pacientes en etapa terminal, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 34.6% (9) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 28.6% (2) de los residentes R1 respondieron incorrectamente.
- El 19.2 % (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 14.3% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 30.8% (8) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 28.6% (2) de los residentes R3 respondieron incorrectamente
- El 15.4% (4) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 28.6% (2) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la Pregunta numero 3: en cuanto a los Síntomas más frecuentes durante las últimas semanas de vida., los residentes respondieron de la siguiente manera :

- El 50.0% (7) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 21.1% (4) de los residentes R1 respondieron incorrectamente.
- El 14.3 % (2) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 21.1% (4) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 21.4% (3) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 36.8% (7) de los residentes R3 respondieron incorrectamente
- El 14.3% (2) de los residentes R4 respondieron correctamente.

- El 21.1% (4) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

B. Tabla 2. Área de control de síntomas, referente a la pregunta de la 4 a la 15 de la encuesta. Pregunta 4: Según los resultados emitidos por la tabla de control de síntoma se logra observar la prevalencia de los R1 en cuanto a respuestas correctas teniendo mayor porcentaje de 35.5% que el resto de los residentes.

En la pregunta número 4 en cuanto a los 6 principios generales para el control de síntomas, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 22.7% (5) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 54.5% (6) de los residentes R1 respondieron incorrectamente.
- El 18.2% (4) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 18.2% (2) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 31.8%(7) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 27.3% (3) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 27.3% (6) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 0.0%(0) de los residentes R4 (0) respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 5: en cuanto a la escalas para medir el dolor, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 16.7% (1) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 37.0% (10) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 16.7% (1) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 18.5% (5) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.

- El 16.7% (1) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 33.3% (9) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 50.0% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 11.1% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente

En la pregunta numero 6. En cuanto a las medidas no farmacológicas para tratar el dolor, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 44.0% (11) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 0.0% (0) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 20.0% (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 12.5% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 24.0%(6) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 50.0% (4) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 12.0% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 37.5%(3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente

En la Pregunta numero 7. En cuanto a los fármacos opiáceos con su dosis, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 40.9% (9) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 18.2% (2)de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 22.7% (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 9.1% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 13.6% (3) de los residentes R3 respondieron correctamente.

- El 63.6% (7) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 22.7% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 9.1% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la Pregunta numero 8. En cuanto a los fármacos no opiáceos utilizados para el tratamiento de las pacientes oncológicas en etapa terminal, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 43.5% (10) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 10.0% (1) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 13.0% (3) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 30.0% (3) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 26.1% (6) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 40.0% (4) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 17.4% (4) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 20.0% (2) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 9. En cuanto a los fármacos para el dolor óseo metastasico, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 20.0% (2) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 39.1% (9) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 20.0% (2) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 17.4%(4) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.

- El 40.0% (4) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 26.1% (6) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 20.0% (2) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 17.4% (4) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 10. En cuanto a los fármacos para la compresión medular, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 25.0% (1) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 34.5% (10) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 25.0% (1) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 17.2% (5) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 50.0% (2) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 27.6% (8) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 0.0%(0) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 20.7% (6) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 11. En cuanto a los fármacos para la cefalea Secundaria a hipertensión endocraniana metastasica, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 16.7% (1) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 37.0% (10) de los residentes R1 respondieron incorrectamente

- El 16.7%(1) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 18.5% (5)de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 50.0% (3) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 25.9% (7) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El16.7% (1) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 18.5% (5) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 12. En cuanto a los fármacos utilizados para la infiltración visceral y tejidos blandos, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 0.0% (o) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 35.5% (11) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 50.0% (1)de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 16.1% (5) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 0.0% (0) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 32.3% (10) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El50.0% (1) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 16.1% (5) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 13. En cuanto a los Fármacos para los Espasmos vesicales / rectales, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 11.1% (1) de los residentes R1 respondieron correctamente.

- El 41.7% (10) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 22.2% (2) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 16.7% (4) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 33.3% (3) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 29.2% (7) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 33.3% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 12.5% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 14. En cuanto a los fármacos utilizados en la neuralgia, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 20.0% (1) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 35.7% (10) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 40.0% (2) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 14.3% (4) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 40.0% (2) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 28.6% (8) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 0.0% (0) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 21.4% (6) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 15. En cuanto a los fármacos utilizados para espasmo muscular, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 33.3% (9) de los residentes R1 respondieron correctamente.

- El 33.3% (2) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 18.5% (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 16.7% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 25.9% (7) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 50.0% (3) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 22.2% (6) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 0.0% (0) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

C. Tabla número 3. Área gastrointestinal. Referente a la pregunta número 16 a la 20 de la encuesta. Se logra determinar según los resultados de la tabla del área gastrointestinal que el 35.5 % de los R1 poseen respuestas correctas respecto al resto de residentes.

En la pregunta numero 16. En cuanto a ¿Qué fármacos se administran en las pacientes en etapa terminal para el tratamiento de las náuseas y vomito según la etiología?, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 28.6% (2) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 34.6% (9) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 28.6% (2) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 15.4% (4) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 28.6% (2) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 30.8%(8) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 14.3%(1) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 19.2% (5) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 17. En cuanto a ¿Que causa constipación a las pacientes en estado terminal?, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 43.5%(10) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 10.0% (1) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 21.7% (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 10.0% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 21.7% (5) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 50.0% (5) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 13.0%(3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 30.0% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la Pregunta numero 18. En cuanto a la causa de hipo, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 22.2% (2) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 37.5% (9) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 33.3%(3) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 12.5% (3) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 22.2% (2) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 33.3% (8) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 22.2% (2) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 16.7% (4) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 19. En cuanto al tratamiento farmacológico para la constipación, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 35.5% (11) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 0.0% (0) de los residentes R1 respondieron incorrectamente.
- El 19.4%(6) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 0.0%(0) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 25.8% (8) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 100.0% (2) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 19.4% (6) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 0.0% (0) de los residentes R4respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 20. En cuanto a los fármacos que para tratamiento de anorexia y caquexia, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 14.3% (1) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 38.5% (10) de los residentes R1 respondieron incorrectamente.
- El 28.6% (2) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 15.4% (4) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 14.3% (1) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 34.6% (9) de los residentes R3respondieron incorrectamente.
- El 42.9% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 11.5% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

D. Tabla número 4. Área Neuro – psiquiátrico. Referente a la pregunta de la 21 a la 23 de la encuesta: respecto al área de nueropsiquiatrico se logra apreciar según los resultados de la tabla número 4 que los residentes de primer año R1 poseen un 37.9% de respuestas correctas, contrario al resto de residentes.

En la pregunta numero 21. En cuanto a las medidas generales para la ansiedad y depresión, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 30.0% (6) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 38.5% (5) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 25.0% (5) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 7.7% (1) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El30.0%(5) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 38.5%(5) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 25.0% (5) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 7.7% (1) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 22. En cuanto a la dosis de los fármacos catalogados como benzodiacepinas en el manejo de la ansiedad, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 55.6% (10) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 6.7% (1) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 16.7% (3) de los residentes R2 respondieron correctamente.

- El 20.0% (3) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 16.7% (3) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 46.7% (7) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 11.1% (2) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 26.7% (4) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En la pregunta numero 23. En cuanto a los Fármacos que se deben utilizar para el insomnio y a que dosis, los residentes respondieron de la siguiente manera:

- El 45.0% (9) de los residentes R1 respondieron correctamente.
- El 15.4% (2) de los residentes R1 respondieron incorrectamente
- El 15.0% (3) de los residentes R2 respondieron correctamente.
- El 23.1% (3) de los residentes R2 respondieron incorrectamente.
- El 25.0% (5) de los residentes R3 respondieron correctamente.
- El 38.5% (5) de los residentes R3 respondieron incorrectamente.
- El 15.0% (3) de los residentes R4 respondieron correctamente.
- El 23.1% (3) de los residentes R4 respondieron incorrectamente.

En cuanto a los tipos de hábitos, mostrados en la tabla 5 se observaron las siguientes actividades:

- Entrega y recibo de pacientes: se cumplió durante los 5 días de observación.
- Revisión inicial de expediente: se cumplió durante los 5 días de observación.
- Revisión de signos vitales: no se realiza.

- Realización de examen físico céfalo caudal: Durante los 5 días de observación ningún residente realizó el examen físico.
- Revisión de la nota médica: se cumplió durante los 5 días de observación.
- Revisión de nota de enfermería: se cumplió durante los 5 días de observación.
- Evaluación por síntomas: se cumplió durante los 5 días de observación.

4. En cuanto a los tipos de prácticas. Planteadas en la Tabla, se logró observar lo siguiente:

1- Escala para medir el dolor según la normativa 039 de cuidados paliativos: los médicos residentes no utilizan ninguna escala para medir el dolor.

2- De los fármacos utilizados para el dolor:

No opioides: se hace uso regular de 2 de 4 fármacos. Opioides: se hace uso regular de 2 de 4 fármacos. Adyuvantes: se hace uso regular de 3 de 9 fármacos estipulados por la norma 039.

3- Tratamiento farmacológico para náuseas y vómito: se hace uso regular de 2 de 11 fármacos estipulados por la norma 039.

4- Tratamiento farmacológico para la constipación: se hace uso de 3 de 5 fármacos estipulados por la norma 039.

5- Tratamiento farmacológico de la diarrea: se utilizan 4 de 7 fármacos estipulados por la norma 039.

6- Tratamiento farmacológico del hipo: se utilizan 3 de 8 fármacos estipulados por la norma 039.

7- Tratamiento farmacológico para estimular el apetito: se utilizan 1 de 3 fármacos estipulados por la norma 039.

8-Evaluación odontológica: no se realiza.

9-control y atención nutricional: no se realiza.

10-tratamiento farmacológico neuropsiquiátrico: se utilizan los 3 fármacos estipulados por la norma 039.

11- tratamiento farmacológico para el insomnio: se utilizan los 3 fármacos estipulados por la norma 039.

5. En cuanto a la entrevista.mostrada en Tabla 7 se obtuvieron las siguientes respuestas:

De la primera pregunta: concepto de cuidados paliativos, el 95% de los residentes dieron una respuesta la cual no hace referencia a la normativa 039 de cuidados paliativos. Se les pregunto a los residentes si brindan o alguna vez han brindado cuidados paliativos y el 100% de ellos contesto que solo brindan tratamiento farmacológico según la indicación del oncólogo. Al realizar la pregunta del estado de las pacientes de oncología respecto a la calidad de vida, se obtuvieron respuestas evasivas no haciendo referencia al estado o calidad de vida de las pacientes. Haciendo énfasis en que todo dependía del estado o de la evolución de la enfermedad. Al preguntar como mejorarían la calidad de vida de algún familiar o amigo que amerite cuidados paliativos , 100% de los residentes contesto que se ocuparían de brindar confort a los pacientes , y cumplir con el tratamiento farmacológico , indican la importancia de combinar el método científico con la parte empática y humanística que se debe de proyectar. Al preguntar si consideran necesaria un área especifica que brinde cuidados paliativos el 100% de los residentes indicó que es sumamente importante la capacitación del personal

médico y la elaboración de un área específica que se especialice en cuidados paliativos. Se planteó la interrogante; cuales serían los conocimientos hábitos y practicas consideraban necesario para brindar cuidados paliativos, e indicaron que la fusión empática y científica son indispensables pero no indicaron que conocimientos, hábitos o practicas deberían implementar para brindar dicho servicio debido a la falta de conocimiento y capacitación.

VII.DISCUCION DE LOS RESULTADOS

El resultado de las características de los médicos residentes en relación a nivel académico revela que: El 33.3 % pertenece al primer año de residencia R1 representado por 11 médicos, el 18.2 % pertenece al segundo año de residencia R2 representado por 6 médicos, el 30.3% pertenece al tercer año de residencia R3 representado por 10 médicos, el 18.2 % pertenece al cuarto año de residencia R4 representado por 6 médicos, formando un total de 33 médicos. En relación a la experiencia en cuidados paliativos, EL 100% de los residentes refieren no tener experiencia ni haber recibido ningún curso de capacitación en cuidados paliativos.

Los conocimientos en cuidados paliativos de la población total en estudio están por debajo de la mitad. Del 100% que correspondía a la evaluación de dicho punto en cuestionario, el puntaje más alto fue de 74 Y el más bajo fue de 9 los fallos en cuidados paliativos fueron desde los acápites área de control de síntomas hasta área neuropsiquiatrico

En cuanto a los hábitos que tienen los residentes de ginecoobstetricia sobre los cuidados paliativos encontramos que los médicos residentes poseen 5 de 16 hábitos de los cuales se realizan: entrega y recibido de paciente, revisión de expediente, revisión de nota medica, revisión de nota de enfermería y evaluación por síntomas. Se deberían de cumplir todos los hábitos según la normativa 039 emitida por el ministerio de salud de Nicaragua. (Minsa)

De las practicas los médicos cumplen con el tratamiento de control de síntomas con variedad farmacológica limitada, se logro identificar que los fármacos que acetaminofen, ibuprofeno. Opioides: tramadol y Fentanil. Adyuvantes : AINES , corticoesteroides y diuréticos. Nauseas y vomito: metoclopramida y omeprazol .para la constipación : duphalap y glicerina. Para el tratamiento de diarrea utilizan: metoclopramida , ondacetron , aspirina y morfina. Para el tratamiento del hipo

utilizan :metoclopramida , nifedipina y dexametazona. Para el tratamiento del apetito: metocloramida .y del tratamiento de la ansiedad e insomnio: se cumplen con los 3 farmacos estipulados por la norma 039 : midazolam , diazepam y lorazepam. (Paliativos, O. P.)

Se debe de contar con un tratamiento farmacológico integral para cada una de las etiologías antes mencionadas, para un abordaje de calidad en el tratamiento de cada uno de los síntomas referidos por los pacientes , los médicos residentes de el área de ginecología y obstetricia del servicio de oncología refirieron que el hospital no cuenta con un abastecimiento necesario de fármacos y según la normativa 039 establecida por el ministerio de salud es indispensable contar con variedad farmacológica para el tratamiento de los pacientes y la mejora de la calidad de vida. (minsa)

VIII.CONCLUSIONES:

- El nivel académico de los residentes encuestado fue de R1, R2, R3, y R4 fueron participes del estudio, estos mismos refirieron no haber recibido capacitación o cursos de cuidados paliativos.
- El 100% de los médicos residentes, del área de ginecología y obstetricia que rotan por oncología, poseen un 35.5% de conocimientos.
- El 100% de los médicos residentes del área de ginecología y obstetricia que rotan por oncología cumplen con 6 de 14 hábitos estableciendo que poseen un 42.2%.
- 14 de 66 de los fármacos estipulados por la normativa 039 son administrados por los residentes estableciendo que cumplen con el 21.3% de prácticas en cuidados paliativos.
- A partir de estos datos se logra determinar que los médicos residentes de ginecología y obstetricia que rotan por el área de oncología poseen un déficit de conocimientos, hábitos y prácticas en cuidados paliativos.

IX.RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a la sub dirección docente del Hospital Bertha Calderón Roque, crear un comité de cuidados paliativos.
- Capacitar a los especialistas y personal de salud del Hospital Bertha Calderón Roque en cuidados paliativos.
- Los cuidados paliativos deben de ser de interés de estado y organizaciones de tal manera que su cumplimiento sea una norma y no un método individual: es necesario que en el pensum de la residencia de ginecología y obstetricia exista el tema de los cuidados paliativos.
- Se considera necesaria y sumamente importante la acreditación de los cuidados paliativos en Nicaragua.

X.BIBLIOGRAFIA

1. minsa. (s.f.). <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2010/Normativa---039-Norma-y-Protocolo--de-Cuidados-Paliativos/>. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2010/Normativa---039-Norma-y-Protocolo--de-Cuidados-Paliativos/>
2. #5; H. J. (s.f.). Handbook of Palliative Care. . En *causes of nausea and vomiting*. 2005. Available at: http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff_005.htm. Accessed on: May 10, 2008. 11 Watson M, Lucas C, Hoy A and Back I. Oxford University. E.
3. ., m. d. ((2007).). clasificacion del dolor oncologico. cielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001100010&script=sci_arttext .
4. Atlas de cuidados paliativos en latinoamerica . (2012). http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/16_Nicaragua.pdf.
5. B., C. d. (, 2008.). . En Cuidados Paliativos: Guía para el Manejo Clínico. OPS. *Valoración del Dolor por Cáncer*, En línea.
6. cancer, j. o. ((22 de JULIO de 2010).). <http://mct.aacrjournals.org/content/10/1/90.abstract> .
7. Consultado:. (20 de 11 de 2009). <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf> . Obtenido de , SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. [En línea] Disponible en:.
8. D., G. N. (Ann Intern Med 2008). UptoDate in Palliative Medicine. . ; 148: 135-140 .
9. National Cancer Institute, .. ((s.f.). National Cancer Institute,.). Obtenido deç. (17 de marzo de última actualización: e 201.
10. Oken, M. C. (1982.). Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. 5:649-655, .
11. Oncol, .. J. (1996;). Effects of medroxyprogesterone acetate on appetite, weight, and quality of life in advanced-stage non-hormone-sensitive cancer: a placebo-controlled multicenter study.
12. paliativos, O. ((s.f.). . juntadeandalucia.es/salud , 4.

13. Paliativos, O. P. (Consultado: 20 de noviembre de 2009.).
www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf. . : *Guía para el Manejo Clínico. En línea. Disponible en:* .
14. Project., N. C. (s.f.). Clinical Practical Guidelines for Quality Palliative Care. . SecondEdition. 2009 .
15. Project., N. C. (Second Edition. 2009). Clinical Practical Guidelines for Quality Palliative Care.
16. Teunissen SCCM, W. W. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. 34:94–104. .
17. Teunissen SCCM, W. W. (2007;). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. . *J PainSymptomManage.* , 34:94–104.
18. Therapeutics., M. C. ((22 de JULIO de 2010).
<http://mct.aacrjournals.org/content/10/1/90.abstract>.). Obtenido de
<http://mct.aacrjournals.org/content/10/1/90.abstract>.
19. TwycrossRg, L. S. (1999). Therapeutics in terminal care. Londres: Churchill Livingstones; 1990 Wrede-Seaman L. Symton Management algorithms for palliative care. *Am J HospPalliatCare.* (3):517-527, 16.
20. TwycrossRg, L. S. (1999;16). Therapeutics in terminal care. Londres: ; . En 1. W.-S. care, *Churchill Livingstones* (págs. (3):517-527).
21. W, K. C. (2007). <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>. Consultado. Obtenido de Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J PainSymptomManage.*; en; .
22. Yavuzsen T, D. M. (*JClinOncol* 2005;). LeGrand S, LagmanR.Systematic Review of the Treatment of Cancer-Associated Anorexia and Weight Loss.

XI.ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua



Instituto Politécnico de la salud "Luis Felipe Moncada"

Carrera de Anestesia y Reanimación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CONOCIMIENTO

ENCUESTA DE SELECCIÓN MULTIPLE

La presente ficha de recolección de datos está dirigida los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento, en cuidados paliativos que personal de salud brinda a las pacientes del servicio de oncología en el hospital Bertha calderón Roque, en el segundo semestre 2014.

- Encierre en un círculo el año académico de la residencia en ginecología y obstetricia que cursa al momento de contestar las siguientes preguntas:

R1 R2 R3 R4

1 –Encierre en un círculo la respuesta correcta:

Concepto de cuidados paliativos, según la normativa 039.

- Cuidado integral de todo paciente y su familia, que se encuentra frente a una enfermedad incurable, progresiva, cuya expectativa de vida es reducida.
- Cuidado exclusivo del paciente que cursa por una enfermedad incurable.
- Atención del paciente, emocional, espiritual, tratamiento farmacológico.

2-Escriba falso o verdadero: 5 síntomas que con más frecuencia ocurren en el 50 % de los pacientes en etapa terminal

----- Fatiga, dolor, pérdida de la energía, pérdida del apetito, debilidad.

-----Dolor general, náuseas, vómitos, cefalea.

----- Todas son verdaderas.

3 -- Escriba falso o verdadero: Síntomas más frecuentes durante las últimas semanas de vida.

----- Pérdida significativa de peso, dolor, náuseas, y menos frecuentes los síntomas urinarios.

----- Dolor, pérdida del apetito, fatiga.

----- Todas son falsas.

4 - Escriba falso o verdadero: 6 principios generales para el control de síntomas

----- Evaluar antes de tratar, explicar las causas de los síntomas, explicar toda estrategia terapéutica a aplicar, fijarse plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas, monitorización de los síntomas, actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo.

----- No existen principios para el control de síntomas

----- Solo existen 3 principios.

- **Dolor:**

5 -Encierre en un círculo la respuesta correcta: Escalas que utiliza para medir el dolor.

- Escala visual análoga de 0 a 10 cm y Escala frutal análoga.
- Escala oncológica
- Escala del dolor
- Escala de caritas

6 –De las siguientes medidas no farmacológicas para tratar el dolor, todo es falso excepto.

- Combinación de terapia física y psicológica.
- Musicoterapia, ejercicio físico
- Esta es la verdadera

- - **Escriba falso o verdadero según corresponda: fármacos opiáceos con su dosis.**

----- Tramadol: 50mg dosis cada 8 horas PO, dosis máxima al día 400mg.

----- Codeína: 30 mg dosis cada 8 horas, dosis máxima 300 mg.

----- Oxycodona: 10mg cada 12 horas PO. Dosis máxima, no aplica.

----- Fentanil: 25mcg/hora, dosis máxima, no aplica

----- Morfina: 0.1mg/kg iv. Dosis con intervalos de c / 4 horas, dosis .

8 - En cierre en un círculo la respuesta correcta: fármacos no opiáceos utilizados para el tratamiento de las pacientes oncológicas en etapa terminal.

- Acetaminofén, naproxeno, Ibuprofeno, diclofenac.
- AINES.
- Corticoesteroides.

- **Fármacos adyuvantes: una con una raya según corresponda.**

<ul style="list-style-type: none"> • fármacos utilizados para El dolor óseo metastasico. • Fármacos utilizados para La compresión medular • fármacos utilizado para la cefalea Secundaria a hipertensión Endocranianametastastica. • fármacos utilizado para la infiltración Visceral y tejidos blandos. • fármacos utilizado para los Espasmos vesicales / rectales. • fármacos utilizados para la neuralgia., 7. fármacos utilizados para espasmo muscular. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relajantes musculares y agentes sedantes. 2. Anticonvulsivante carbamazepinagabapentina, Antidepresivos tricíclicos 3. Oxibutinina Clorpromasina. 4. Dosis bajas o moderadas de corticoesteroides, diuréticos si hay edema, AINES, 5. altas dosis de corticoesteroides 6. corticoesteroides 7. AINES y biofosfatos.
--	--

16 - Una con una raya según corresponda. ¿Qué fármacos se administran en las pacientes en etapa terminal para el tratamiento de las náuseas y vomito según la etiología?

<p>1 – Hipertensión intracraneana 2 – Metabólico hipercalcemia 3intestinal .4–Retraso del aclaramiento gástrico 5 – Irritación gástrica 6- inducida por opioides 7- quimioterapia y radioterapia</p>	<p>1. Ondacetron, granicetron, dexametazona, metoclopramida, lorazepam 2 .Haloperidol, clorpromacina, metoclopramida, agonista 5-HT3, ondacetron y granicetron 3. Omeprazol, ranitidina, ondacetron, interrumpir AINES. 4. metoclopramida y domperidona 5. Haloperidol, hioscinabutilbromide, undasetron, dexametazona 6. haloperidol 7. dexametazona</p>
--	---

17 -- En cierre en un círculo la respuesta correcta: ¿Que causa constipación a las pacientes en estado terminal?

- Inmovilidad, ingesta oral disminuida, medicamento, motilidad intestinal y uso de opioides.
- Inmovilidad, uso de opioides.
- A y B son verdaderas.

18 - Encierra en un círculo la respuesta correcta: Es causa de hipo...

- Irritación vagal
- Irritación del nervio frénico
- Sistémicas
- Todas son verdaderas.

19 - ¿Que tratamiento farmacológico utiliza para la constipación? Ponga un asterisco puede escoger varias.

- SENN
- Lactulosac
- Duphalap
- Glicerina
- Bisacodilo
- Puede ser cualquiera

20 –Escriba falso o verdadero. Fármacos que utiliza para tratamiento de anorexia y caquexia:

- Progesterona
- Talamidona
- Metoclopramida
- Todas son verdaderas

21 - Encierra en un círculo la respuesta correcta. Medidas generales para la ansiedad y depresión.

- Ambiente adecuado.
- oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones.
- uso de técnicas de relajación.
- Musicoterapia y brindar consejería al paciente y su familia.
- Todas son verdaderas.

22 – Escriba falso o verdadero. La dosis de los siguientes fármacos catalogados como benzodicepinas en el manejo de la ansiedad:

- Midazolam: 100mc/kg iv y sc500mc/kg PO_____
- Lorazepam: 25-50mcg/kg. _____
- Diazepam: 2.5-5mg BID-QID_____

23- Escriba falso o verdadero. Fármacos que se debe utilizar para el insomnio y a que dosis.

Midazolam: 100mc/kg iv y sc500mc/kg PO-----

Lorazepam: 25-50mcg/kg. -----

Diazepam: 2.5-5mg BID-QID-----



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua



Instituto Politécnico de la salud "Luis Felipe Moncada"

Carrera de Anestesia y Reanimación

FICHA DE OBSERVACION DE HABITOS

La presente ficha de observación está dirigida los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, con el objetivo de conocer los hábitos en cuidados paliativos que personal de salud brinda a las pacientes del servicio de oncología en el hospital Bertha calderón Roque, en el segundo semestre 2014

Marque con un check los procedimientos que se llevaron a cabo los médicos residentes durante el periodo de observación.

1- entrega y recibo de paciente	
2- Revisión inicial de expediente	
3- revisión de signos vitales	
Respiración	
Pulso	
Presión arterial	
4- examen físico:	
Palpación facial	
Características de la piel	
Simetría	
4- Inspección ocular	

7- Inspección de extremidades superiores	
8- Inspección de espalda y parte posterior del tórax	
9- Inspección pulmonar:	
10- Inspección abdominal	
11- Inspección de extremidades inferiores.	
13- Inspección neurológica. Valoración de función sensitiva. Comprobar función motora fina , coordinación y sentido de las extremidades superiores e inferiores.	
14- revisión de nota medica	
15- revisión de nota de enfermería	
16- evaluación por síntomas	



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Instituto Politécnico de la salud "Luis Felipe Moncada"

Carrera de Anestesia y Reanimación

FICHA DE OBSERVACION DE PRÁCTICAS.

La presente ficha de recolección de datos está dirigida los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento, hábitos y prácticas en cuidados paliativos que personal de salud brinda a las pacientes del servicio de oncología en el hospital Bertha calderón Roque, en el segundo semestre 2014

Marque con un check los procedimientos que llevaron a cabo los médicos residentes durante el periodo de observación.

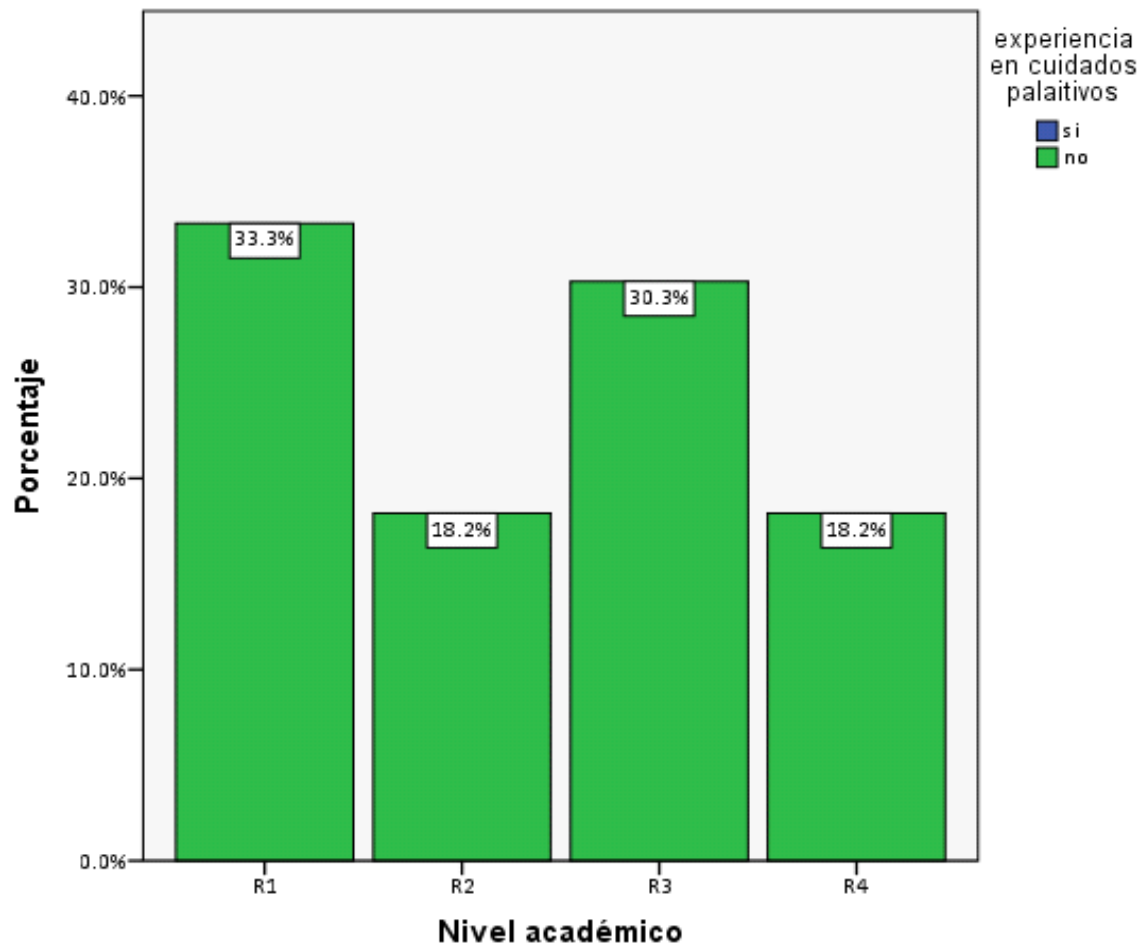
<p>1- DOLOR Escala para medir el dolor.</p> <p>El personal de salud procura que los pacientes en estado terminal se encuentren libres de dolor.</p>	
<p>2- Fármacos que utiliza para el dolor:</p> <p>No opioides: Acetaminofén Naproxeno Ibuprofeno Diclofenac</p> <p>Opioides: Tramadol Codeína</p>	

<p>Oxicodona Fentani</p> <p>Adyuvantes: AINES Bisfosfonato Corticoesteroides Diuréticos Oxibutinina Clorpomacina Carbamacepina Gabapentina Antidepresivos</p>	
<p>Tratamiento farmacológico para nauseas y vomito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Clorpromacina <p>Metoclopramida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas 5-HT3 • Ondacetron • Granicetron • Dexametazona • Lorazepam • Iocina • Domperidona • Omeprazol • Ranitidina • Interrupción de AINES 	
<p>Tratamiento farmacológico para la constipación :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senn • Lactulosac • Duphalap • Glicerina • Visacodilo 	
<p>Tratamiento farmacológico de la diarrea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol • Ondacetron • Aspirina • Encimas pancreáticas • Loperamida • Codeína • Morfina 	
<p>Tratamiento farmacológico del hipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida • Domperidona 	

<ul style="list-style-type: none"> • Antiflatulentos • Nifedipina • Clorpromacina • Dexametazona • Fenitoina • Carbamacepina <p>tratamiento farmacológico para estimular el apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progesterona • Metoclopramida • Talidomida 	
<p>Evaluación odontológica para el cuidado de la boca</p>	
<p>Se encuentran bajo control y atención nutricional</p>	
<p>Tratamiento farmacológico para la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam • Lorazepam • Diazepam 	
<p>Tratamiento farmacológico para el insomnio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam • Lorazepam • Diazepam 	

GRAFICOS

Gráfico 1. Nivel académico y experiencia en cuidados paliativos.



Fuente: Base de datos

Tabla 1. Grado de conocimiento de los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia en cuidados paliativos.

		Nivel académico							
		R1		R2		R3		R4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Área: Cuidados paliativos N039	respuesta correcta	11	34.4%	5	15.6%	10	31.3%	6	18.8%
	respuesta incorrecta	10	34.5%	5	17.2%	9	31.0%	5	17.2%
concepto de cuidados paliativos	respuesta correcta	8	33.3%	5	20.8%	8	33.3%	3	12.5%
	respuesta incorrecta	3	33.3%	1	11.1%	2	22.2%	3	33.3%
5 síntomas más frecuentes en etapa terminal	respuesta correcta	9	34.6%	5	19.2%	8	30.8%	4	15.4%
	respuesta incorrecta	2	28.6%	1	14.3%	2	28.6%	2	28.6%
síntomas frecuentes	respuesta correcta	7	50.0%	2	14.3%	3	21.4%	2	14.3%
	respuesta incorrecta	4	21.1%	4	21.1%	7	36.8%	4	21.1%

Base de datos.

TABLA 2. GRADO DE CONOCIMIENTO EN EL ÁREA: CONTROL DE SÍNTOMAS N039

TABLA 2. GRADO DE CONOCIMIENTO EN EL ÁREA: CONTROL DE SÍNTOMAS N039									
		NIVEL ACADÉMICO							
		R1		R2		R3		R4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Área: Control de síntomas	respuesta correcta	11	35.5%	6	19.4%	8	25.8%	6	19.4%
	respuesta incorrecta	11	33.3%	6	18.2%	10	30.3%	6	18.2%
seis principios	respuesta correcta	5	22.7%	4	18.2%	7	31.8%	6	27.3%
	respuesta incorrecta	6	54.5%	2	18.2%	3	27.3%	0	0.0%
escala para medir el dolor	respuesta correcta	1	16.7%	1	16.7%	1	16.7%	3	50.0%
	respuesta incorrecta	10	37.0%	5	18.5%	9	33.3%	3	11.1%
medidas no farmacológicas	respuesta correcta	11	44.0%	5	20.0%	6	24.0%	3	12.0%
	respuesta incorrecta	0	0.0%	1	12.5%	4	50.0%	3	37.5%
dosis de fármacos	respuesta correcta	9	40.9%	5	22.7%	3	13.6%	5	22.7%
	respuesta incorrecta	2	18.2%	1	9.1%	7	63.6%	1	9.1%
fármacos no opioides	respuesta correcta	10	43.5%	3	13.0%	6	26.1%	4	17.4%
	respuesta incorrecta	1	10.0%	3	30.0%	4	40.0%	2	20.0%

fármacos utilizados para el dolor óseo	respuesta correcta	2	20.0%	2	20.0%	4	40.0%	2	20.0%
	respuesta incorrecta	9	39.1%	4	17.4%	6	26.1%	4	17.4%
fármacos para compresión medular	respuesta correcta	1	25.0%	1	25.0%	2	50.0%	0	0.0%
	respuesta incorrecta	10	34.5%	5	17.2%	8	27.6%	6	20.7%
fármacos utilizados para cefalea	respuesta correcta	1	16.7%	1	16.7%	3	50.0%	1	16.7%
	respuesta incorrecta	10	37.0%	5	18.5%	7	25.9%	5	18.5%
fármacos utilizados para infiltración viceral	respuesta correcta	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%
	respuesta incorrecta	11	35.5%	5	16.1%	10	32.3%	5	16.1%
fármacos utilizados para espasmos vesicales	respuesta correcta	1	11.1%	2	22.2%	3	33.3%	3	33.3%
	respuesta incorrecta	10	41.7%	4	16.7%	7	29.2%	3	12.5%
fármacos utilizados para espasmos musculares	respuesta correcta	1	20.0%	2	40.0%	2	40.0%	0	0.0%
	respuesta incorrecta	10	35.7%	4	14.3%	8	28.6%	6	21.4%
fármacos utilizados para la neuralgia	respuesta correcta	9	33.3%	5	18.5%	7	25.9%	6	22.2%
	respuesta incorrecta	2	33.3%	1	16.7%	3	50.0%	0	0.0%
Base de datos.									

Tabla 2. Grado de conocimiento en el Área: Gastrointestinal N039									
		Nivel académico							
		R1		R2		R3		R4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Área: Gasto intestinal	respuesta correcta	11	35.5%	6	19.4%	8	25.8%	6	19.4%
	respuesta incorrecta	11	34.4%	5	15.6%	10	31.3%	6	18.8%
fármacos utilizados para vomito y nauseas en etapa terminal	respuesta correcta	2	28.6%	2	28.6%	2	28.6%	1	14.3%
	respuesta incorrecta	9	34.6%	4	15.4%	8	30.8%	5	19.2%
causa de constipación	respuesta correcta	10	43.5%	5	21.7%	5	21.7%	3	13.0%
	respuesta incorrecta	1	10.0%	1	10.0%	5	50.0%	3	30.0%
causa de hipo	respuesta correcta	2	22.2%	3	33.3%	2	22.2%	2	22.2%
	respuesta incorrecta	9	37.5%	3	12.5%	8	33.3%	4	16.7%
tratamiento farmacológico para constipación	respuesta correcta	11	35.5%	6	19.4%	8	25.8%	6	19.4%
	respuesta incorrecta	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%
tratamiento farmacológico para diarrea en etapa terminal	respuesta correcta	1	14.3%	2	28.6%	1	14.3%	3	42.9%
	respuesta incorrecta	10	38.5%	4	15.4%	9	34.6%	3	11.5%

Tabla 2. Grado de conocimiento en el Área: Neuropsiquiatrico N039

Tabla 2. Grado de conocimiento en el Área: Neuropsiquiatrico N039									
		Nivel académico							
		R1		R2		R3		R4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Área: Neuropsiquiatrico	respuesta correcta	11	37.9%	6	20.7%	8	27.6%	4	13.8%
	respuesta incorrecta	6	26.1%	4	17.4%	9	39.1%	4	17.4%
medidas no farmacológicas para ansiedad y depresión	respuesta correcta	6	30.0%	5	25.0%	5	25.0%	4	20.0%
	respuesta incorrecta	5	38.5%	1	7.7%	5	38.5%	2	15.4%
medidas farmacológicas para ansiedad y depresión	respuesta correcta	10	55.6%	3	16.7%	3	16.7%	2	11.1%
	respuesta incorrecta	1	6.7%	3	20.0%	7	46.7%	4	26.7%
Fármacos utilizados para el insomnio.	respuesta correcta	9	45.0%	3	15.0%	5	25.0%	3	15.0%
	respuesta incorrecta	2	15.4%	3	23.1%	5	38.5%	3	23.1%
Base de datos.									

CUADRO 1.

Hábitos que llevaron a cabo los médicos residentes durante el periodo de observación del día número 1 hasta el día 5.

1- entrega y recibo de paciente	Se cumple
2- Revisión inicial de expediente	Se cumple
3-Toma de signos vitales Temperatura Pulso Presión arterial Respiración	No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple
4- examen físico: Inspección de cabeza y cuello Características de la piel Simetría Configuración craneal Palpación facial Palpación articular	No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple
4- Inspección ocular Pestañas, parpado y pliegues palpables. Determinación de alineación de cejas Función ocular 5- Inspección auditiva Alineación Características superficiales Palpación de pabellón auricular Valoración de audición	No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple
6- Inspección nasal inspección bucal y faríngea Inspección , color , características superficiales	No se cumple
7- Inspección de extremidades superiores Observar, palpar brazos, manos y hombros. Características de piel y uñas. Masa muscular. Deformidad musculo esquelética. Rango de movimientos articulares.	No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple
8- Inspección de espalda y parte posterior del tórax Inspección de piel y complexion toraxica. Simetría de hombros y desarrollo musculo esquelético. Inspección y palpación de escapula y vertebras.	No se cumple No se cumple No se cumple No se cumple
9- Inspección pulmonar:	No se cumple

<p>Respiración: recorrido, profundidad, ritmo y patrón.</p> <p>Percusión de la parte posterior del tórax, comprobando la simetría y la resonancia.</p> <p>Percusión del recorrido diafragmático.</p> <p>Auscultación sistemática de ruidos respiratorios.</p>	<p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p>
<p>10- Inspección abdominal</p> <p>Características de la piel, contorno, pulsaciones y movimientos.</p> <p>Auscultación de todos los cuadrantes.</p> <p>Auscultación de las arterias: aortas, renales y femorales.</p> <p>Percusión del tono de cada cuadrante.</p> <p>Percusión de los rebordes hepáticos.</p> <p>Palpación superficial de todos los cuadrantes.</p> <p>Palpación profunda de todos los cuadrantes.</p> <p>Palpación de línea media.</p> <p>Comprobación de reflejos abdominales</p>	<p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p>
<p>11- Inspección de extremidades inferiores.</p> <p>Inspección de características cutáneas, distribución del vello, masa corporal, complexión musculo esquelética.</p> <p>Palpación de temperatura , textura , edema , pulsos,</p> <p>Comprobación del rango de los movimientos y fuerza de los dedos de los pies , tobillos y rodillas,</p>	<p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p>
<p>12- Inspección musculo esquelética</p> <p>Observación de los movimientos que realiza el paciente para incorporarse.</p> <p>Observación de coordinación, utilización de músculos.</p> <p>Facilidad de movimientos.</p>	<p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p>
<p>13- Inspección neurológica.</p> <p>Valoración de función sensitiva: sensación punzante en frente senos para nasales , antebrazos , manos , pies , y piernas</p> <p>Comprobar la función motora fina, coordinación y sentido de las extremidades superiores.</p> <p>a) tocarse la nariz alternando los índices.</p> <p>b) tocarse el pulgar alternando los dedos rápidamente.</p> <p>C) mover rápidamente el índice entre la nariz del paciente y el dedo índice del examinador</p> <p>Comprobar la función motora fina de las extremidades inferiores.</p> <p>a) recorrer con el talón la otra pierna hacia abajo.</p>	<p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p>

b) cruzar rápidamente y de forma alternante la pierna sobre la rodilla.	
14- revisión de nota medica	Si se cumple
15- revisión de nota de enfermería	Si se cumple
16- evaluación por síntomas	Si se cumple

CUADRO 2.

Practica que llevaron a cabo los médicos residentes durante el periodo de observación del día número 1 hasta el día 5.

<p>1- DOLOR Escala para medir el dolor.</p> <p>¿El personal de salud procura que los pacientes en estado terminal se encuentren libres de dolor?</p>	<p>No se cumple</p> <p>No se cumple</p>
<p>2- Fármacos que utiliza para el dolor:</p> <p>No opioides: Acetaminofén Naproxeno Ibuprofeno Diclofenac</p> <p>Opioides: Tramadol Codeína Oxicodona Fentanil</p> <p>Adyuvantes: AINES Bisfosfonato Corticoesteroides Diuréticos Oxibutinina Clorpomacina Carbamacepina Gabapentina Antidepresivos</p>	<p>Si existe No existe Si existe No existe</p> <p>Si existe No existe No existe Si existe</p> <p>Si existe No existe Si existe Si existe No existe No existe No existe No existe</p>
<p>Tratamiento farmacológico para náuseas y vomito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Clorpomacina <p>Metoclopramida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas 5-HT3 • Ondacetron 	<p>No existe No existe Si existe No existe No existe</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Granicetron • Dexametazona • Lorazepam • locina • Domperidona • Omeprazol • Ranitidina • Interrupción de AINES 	<p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>Si existe</p> <p>No existe</p>
<p>Tratamiento farmacológico para la constipación :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senn • Lactulosac • Duphalap • Glicerina • Visacodilo 	<p>No existe</p> <p>Si existe</p> <p>Si existe</p> <p>Si existe</p> <p>No existe</p>
<p>Tratamiento farmacológico de la diarrea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol • Ondacetron • Aspirina • Encimas pancreáticas • Loperamida • Codeína • Morfina 	<p>Si existe</p> <p>Si existe</p> <p>Si existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>Si existe</p>
<p>Tratamiento farmacológico del hipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida • Domperidona • Antiflatulentos • Nifedipina • Clorpromacina • Dexametazona • Fenitoina • Carbamacepina <p>tratamiento farmacológico para estimular el apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progesterona • Metoclopramida • Talidomida 	<p>Si existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>Si existe</p> <p>No existe</p> <p>Si existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>No existe</p> <p>Si existe</p> <p>No existe</p>
<p>Evaluación odontológica para el cuidado de la boca</p>	<p>No existe</p>
<p>Se encuentran bajo control y atención nutricional</p>	<p>No existe</p>
<p>Tratamiento farmacológico para la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam • Lorazepam • Diazepam 	<p>Si existe</p> <p>Si existe</p> <p>Si existe</p>

<p>Tratamiento farmacológico para el insomnio</p> <ul style="list-style-type: none">• Midazolam• Lorazepam• Diazepam	<p>Si existe Si existe Si existe</p>
--	--

Cuadro de entrevista: Entrevista realizada a los residentes de ginecología y obstetricia en el área de oncología del Hospital Bertha Calderón Roque.

Pregunta	Respuesta	Opinión
1) ¿Qué concepto tiene de cuidados paliativos?	Rr4: cuidados que se le brinda al paciente cuando no hay tratamiento medicinal para mejorar su calidad de vida.	
	Rr2: comparto la misma opinión del doctor, son los cuidados que se le brinda al paciente cuando no hay tratamiento farmacológico.	La residente hace referencia a lo ya mencionado.
	Rr4: intervenciones que se le realizan al paciente cuando se encuentran en etapa terminal.	
	Rr2: alternativa para mejorar la calidad de vida en los últimos momentos del paciente.	
	Rr2: no contesto.	Se mostro renuente a participar.

Pregunta	respuesta	Opinión
2) ¿Brinda o ha brindado alguna vez el servicio de cuidados paliativos?	Rr4: aquí en el hospital se practica un poco los cuidados paliativos, principalmente en el área de oncología, en algún paciente con cáncer avanzado	El médico indica que se practican cuidados paliativos en menos frecuencia en el área de oncología. Pero en lo personal no lo practica.
	Rr2: se les brindan a los pacientes que se encuentran en etapa terminal.	No especifica si lo practica.
	Rr4: pues la verdad es que nosotros no brindamos ese servicio simple y sencillamente cumplimos con lo que el oncólogo indica.	Afirma que no se practican los cuidados paliativos en el área de oncología.
	Rr2: pues la verdad no, quizá solo en oncología.	No está seguro/a de la práctica de cuidados paliativos.
	Rr2: no contesto.	Se mostro renuente a participar.
3) ¿En qué estado considera que se encuentran las pacientes del servicio de oncología, respecto a la calidad de vida?	Rr4: su calidad de vida está en dependencia a su enfermedad.	No hace referencia al estado de las pacientes del servicio de oncología.
	Rr2: lo mismo que dice el doctor.	No da una respuesta concreta, ni ejerce su propio criterio.
	Rr4: como dice el doctor, todo está en dependencia de la etapa en que tratemos a la paciente.	No hace referencia a las pacientes del servicio de oncología.
	Rr2: depende del diagnostico y de la evolución de la enfermedad.	No hace referencia a las pacientes del servicio de oncología.

	Rr2: no contesto	Se mostro renuente a participar.
4) ¿Como mejoraría la calidad de vida de un familiar o amigo que amerite de cuidados paliativos?	Rr4: en mi experiencia he tenido familiares en estadio terminal de cáncer, lo que nosotros hacíamos era darle el mejor confort posible, el apoyo emocional, el apoyo de la familia, consentirlo hasta donde se pueda, para que él se sienta acompañado.	Indica experiencia previa con familiares, donde practico la empatía y el humanismo de manera esporádica.
	Rr2: mantenerlo asintomático según lo que tenga	Indica tratamiento farmacológico.
	Rr4: así como que nosotros brindemos cuidados paliativos, no, el oncólogo prescribe y nosotros solo estamos asegurando de que se cumpla el tratamiento.	Refiere de manera plural que los médicos no brindan cuidados paliativos, se limitan a seguir indicaciones del médico de base y aplicar tratamiento farmacológico.
	Rr2: si he brindado cuidados paliativos, es donde se practica la parte humana, la empatía.	Indica que si brinda cuidados paliativos poniendo en práctica la empatía y calidez humana necesaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes en etapa terminal.
	Rr2: si igual como dicen ellos, en la sala de oncología es donde más pasa eso.	No ejerce opinión propia, se muestra desinteresada en contestar las preguntas y no indica si alguna vez ha practicado los cuidados paliativos.
5) ¿Considera necesaria la elaboración de un área específica para brindar cuidados paliativos?	Rr4: si creo que debería de existir un área solo para brindar cuidados paliativos y un personal solo directamente para ellos , por ejemplo aquí el personal de enfermería atienden a los pacientes en	Indica que si considera necesaria la elaboración de un área específica, con personal específico previamente capacitado para atender las necesidades de los pacientes en etapa

	estadio terminal , pero sí debería de existir un área solo para esas pacientes. Así como la uci que solo son pacientes críticos, debería de existir un área destinada solamente para cuidados paliativos, hasta donde el paciente lo permita.	terminal.
	Rr2: si, si considero que sea necesaria y debe haber incluso una especialidad para brindar los cuidados paliativos a los pacientes que lo necesitan.	Se muestra desacuerdo con la elaboración de un área específica que brinde cuidados paliativos, e indica la inminente necesidad brindar capacitación al personal de la salud respecto a cuidados paliativos.
	Rr4: por las condiciones económicas de nuestro país quizá no lo practican, pero sí debería de existir.	Supone que la falta de aéreas que brinden el servicio de cuidados paliativos se debe a la falta de recursos gubernamentales para la elaboración de dicha aérea.
	Rr2: si es necesaria para mejorar la calidad de vida de las pacientes en estado terminal.	Lo considera necesario para la mejora de la calidad de vida.
	Rr2: si es necesaria.	No hace referencia a nada más.
6) ¿Que conocimientos actitudes y practicas considera necesarias para la práctica de cuidados paliativos?	Rr2: la principal es tener el gesto humano, la sensibilidad humana para poderse poner en el lugar de la familia y el lugar de la paciente y lógicamente conocimiento científico para saber qué puedo hacer yo con la paciente en base a la patología que tenga y a lo que yo dispongo.	Indica que para la práctica de cuidados paliativos se debe de tener la capacidad de lidiar de manera natural con los sentimientos del paciente, y la necesidad del método científico para poder brindar un tratamiento integral.
	Rr2: como decía el doctor, debe de haber algún curso que te enseñe como brindar este	Hace referencia a la necesidad de capacitaciones para el personal de salud en

	servicio.	cuidados paliativos.
	Rr4: repítame la pregunta, no le entiendo fíjese, no es que no le entiendo la pregunta. Bueno lo que entiendo en esa pregunta es que por ejemplo en un paciente que quiere cuidados paliativos, debo de saber cuál es el diagnóstico que tiene para saber la manera en que voy a lo, pero que conocimientos y prácticas.... No lo entiendo.	No comprende la pregunta, solo hace referencia a que se debe de conocer el diagnóstico del paciente, no sabe que contestar.
	Rr2: deberían de brindar un curso.	Indica la necesidad de capacitación al personal de salud.
	Rr2: no contesto.	Se muestra indiferente a la entrevista.

PRESUPUESTO

RUBRO		CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
SALARIOS	Investigador	-	-	-
	Codificador	-	-	-
	Revisora ortográfica y gramática	-	-	-
TRANSPORTES	Prueba piloto de los instrumentos	3	2000	6000
	Gastos en teléfono	3	500	1500
	Gastos en fotocopias	10	100	1000
	Reproducción del informe	10	100	1000
	Equipo para medir variables	3	200	600
IMPREVISTOS	Documentación digital	3	200	600
	Accidentes viales	1	-	3000
	Asesoría legal	1	-	2000
Total		34		14700

Calendario de actividades y presupuesto.

CRONOGRAMA

Actividades	Periodo de tiempo	
Fase e de planeación	Fase exploratoria	Marzo – Abril
	Propuesta del tema	14 de abril
	Redacción de objetivos	17 de abril
	Marco teórico	21-30 de abril
	Diseño metodológico	6-13 de mayo
	Elaboración de instrumentos de recolección de datos	15-16 de mayo
	selección de muestra	20 de mayo
	Prueba piloto de los instrumentos	2-6 de junio
	Revisión y reproducción de los instrumentos	12 de junio
	Defensa del protocolo	27 de junio
Fase de ejecución	Recolección de datos	7 de julio -7 de septiembre
	Codificación	
	Verificación de la información	8-12 de septiembre
	Tabulación de los datos	13-14 de septiembre
	Análisis e interpretación	20-24 de septiembre
	JUDC	25 – 30 de septiembre
Fase de comunicación y divulgación	Redacción del informe final	Diciembre
	Impresión del informe final	Diciembre
	Redacción del artículo científico	Diciembre-enero
	Defensa	Enero-marzo 2015