

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico de
hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Manchego Bautista, Miguel Angel

ORCID: 0009-0001-8095-1548

Molina Acosta, Joaquin Jesus

ORCID: 0000-0002-0906-0320

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Miranda Pinto, Alejandro Ruthbaldo

ORCID: 0000-0001-9579-6619

Arequipa- Perú

2025

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 04 de Marzo del 2025

Dictamen: 013876-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 013876, presentado por:

2018203481 - MANCHEGO BAUTISTA MIGUEL ANGEL

2018203781 - MOLINA ACOSTA JOAQUIN JESUS

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL MÉDICO DE
HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29448413 - SALINAS GAMERO JESUS EDUARDO
DICTAMINADOR**



**25790728 - MORÓN ESCOBAR HERNAN DAVID
DICTAMINADOR**



**10474424 - MEDINA FERNANDEZ LUIS
DICTAMINADOR**



Nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	Fuente de Internet	6%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María	Trabajo del estudiante	3%
3	riuma.uma.es	Fuente de Internet	1%
4	revistas.usat.edu.pe	Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad Continental	Trabajo del estudiante	1%
7	revistanutricionclinicametabolismo.org	Fuente de Internet	1%
8	cmhnaaa.org.pe	Fuente de Internet	1%

Dedicatoria

De Miguel

Dedico este trabajo a mi madre y hermanas que estuvieron allí cuando más las necesite.

De Joaquin

Este trabajo y todos los años de estudio los dedico a Dios, a cada persona que puso en mi camino desde mi nacimiento y a las personas que encontré hasta mis 24 años de vida, sin importar el tiempo que estuvieron conmigo, porque todos me ayudaron a crecer en virtudes y permitieron forjar el médico que Él planeo.

JJMA



Agradecimientos

De Miguel

Doy gracias a Dios y a mi familia quienes siempre me apoyaron en los momentos más difíciles.

De Joaquín

Agradezco a Dios y a todas las personas que me dio, ya que estuvieron tanto cuanto se les permitió. Espero poder agradecerles antes de morir sino ya será en el Cielo, así como con muchos que no me vieron terminar.

JJMA



Epígrafe

“La ciencia no es solamente compatible con la espiritualidad, sino que es una profunda fuente de espiritualidad”.

--Carl Sagan--

“Señor, es difícil seguirte; pero imposible dejarte”.

--San Agustín de Hipona--



RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos como un enfoque que busca aliviar el sufrimiento tanto de los pacientes como de sus familias. Frente a problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Además, enfatiza que estos cuidados son una responsabilidad ética para los profesionales de la salud.

Objetivos: Exponer los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico, atribuir la realización de un curso de cuidados paliativos y describir la relación de tener un familiar con necesidad de cuidados paliativos del personal médico.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal. Se aplicó una encuesta de 20 preguntas relacionadas a dolor, disnea, filosofía, problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales; posteriormente los 145 datos obtenidos entre setiembre y noviembre fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 14.0

Resultados: El 20.69% de médicos de 23 a 44 años presentó un nivel malo de conocimientos; el 25.52% de varones mostró un nivel malo, el 17.93% un nivel regular; en contraste el 9.66% de mujeres tuvo un nivel bueno de conocimiento; el 6.90% con 1 a 3 años de antigüedad presentaron un nivel malo, el 2.76% con 4 a 5 años de antigüedad presentó un nivel malo y 8.28% un nivel bueno de conocimientos; el 12.41% correspondiente a medicina interna obtuvo un nivel bueno respecto a los demás; el 4.14% que llevó un curso de cuidados paliativos alcanzaron un nivel bueno y el 24.14% un nivel regular; nivel de conocimientos en general el 57.24% presentaron un nivel malo y el 12.41% bueno; el 33.79% de médicos asistentes presentó un nivel malo mientras que el 12.41% tuvo un nivel bueno; el 4.14% de médicos residentes alcanzaron un nivel regular y el 23.45% un nivel malo. Finalmente, los que tuvieron un familiar con necesidad de cuidados paliativos alcanzaron el 7.59% en el nivel bueno, el 25.52% un nivel regular y el 47.59% un nivel malo.

Conclusiones: Los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en cuidados paliativos fueron la edad, el sexo, la formación en cuidados paliativos, la experiencia laboral, la antigüedad laboral, la especialidad médica y el cargo del personal médico en hospitales públicos. Se demostró que el haber llevado un curso de cuidados paliativos y tener familiares con necesidad de cuidados paliativos tuvo una relación favorable respecto al nivel de conocimientos.

Palabras clave: cuidados paliativos, nivel de conocimiento, personal médico.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) defined palliative care as an approach that seeks to alleviate the suffering of both patients and their families in the face of physical, psychological, social and spiritual problems. It also stresses that palliative care is an ethical responsibility of healthcare professionals.

Objectives: To expose the sociodemographic factors associated with the level of knowledge in palliative care of medical staff, to attribute the completion of a palliative care course and to describe the relationship of having a family member in need of palliative care of medical staff.

Materials and Methods: An observational, prospective, cross-sectional study was carried out. A survey of 20 questions related to pain, dyspnea, philosophy, psychiatric problems and gastrointestinal problems was applied; subsequently the 145 data obtained between September and November were analyzed in the statistical package SPSS version 14.0.

Results: 20.69% of physicians between 23 and 44 years of age presented a poor level of knowledge; 25.52% of men showed a poor level, 17.93% a regular level; in contrast, 9.66% of women had a good level of knowledge; 6.90% with 1 to 3 years of seniority presented a poor level, 2.76% with 4 to 5 years of seniority presented a poor level and 8.28% a good level of knowledge; 12.41% corresponding to internal medicine had a good level with respect to the others; 4.14% who took a palliative care course reached a good level and 8.14% a regular level. 41% corresponding to internal medicine obtained a good level with respect to the others; 4.14% who took a palliative care course reached a good level and 24.14% a regular level; level of knowledge in general 57.24% presented a bad level and 12.41% a good level; 33.79% of assistant physicians presented a bad level while 12.41% had a good level; 4.14% of resident physicians reached a regular level and 23.45% a bad level. Finally, those who had a family member in need of palliative care reached 7.59% in the good level, 25.52% a fair level and 47.59% a poor level.

Conclusions: The sociodemographic factors associated with the level of knowledge of palliative care were age, sex, training in palliative care, work experience, length of service, medical specialty and position of the medical staff in public hospitals. It was shown that having taken a palliative care course and having family members in need of palliative care had a favorable relationship with respect to the level of knowledge.

Keywords: palliative care, level of knowledge, medical personnel.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I..... 3

PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 4

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 4

1.1. Determinación del problema..... 4

1.3. Descripción del problema..... 4

1.3.1. Área del conocimiento 4

1.3.2. Análisis y operacionalización de variables e indicadores..... 5

1.3.3. Interrogativas básicas..... 9

1.3.4. Tipo de Investigación..... 9

1.3.5. Nivel de investigación 9

1.4. Justificación 9

1.4.1. Justificación científica 9

1.4.2. Justificación Humana 9

1.4.3. Justificación Social 10

1.4.4. Justificación Contemporánea 10

1.4.5. Factibilidad 10

1.4.6. Interés Personal 10

2. OBJETIVOS..... 11

2.1. Objetivo General 11

2.2. Objetivo Específicos 11

3. MARCO TEÓRICO..... 11

3.1. Cuidados Paliativos 11

3.1.1. Historia 11

3.1.2. Definición 13

3.2. Cuidados Paliativos en Perú 14

3.3. Epidemiología 15

3.4. Ética y Comunicación en Cuidados Paliativos	16
3.5. Farmacología en Cuidados Paliativos	18
3.6. Espiritualidad en Cuidados Paliativos	19
3.7. Disnea en Cuidados Paliativos	20
3.8. Problemas Psiquiátricos en Cuidados Paliativos	21
3.9. Revisión de antecedentes investigativos	21
3.9.1. A nivel local	21
3.9.2. A nivel nacional	23
3.9.3. A nivel internacional	24
4. HIPÓTESIS	26
CAPÍTULO II	27
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	28
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	28
1.1. Técnicas	28
1.2. Instrumentos	28
1.3. Materiales de verificación	28
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	28
2.1. Ámbito	28
2.1.1. Ubicación espacial	28
2.1.2. Ubicación temporal	28
2.2. Unidades de estudio	29
2.2.1. Población	29
2.2.2. Criterios de selección	29
2.2.3. Tamaño de la muestra	29
2.2.4. Muestreo	29
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.1. Organización	29
3.2. Recursos	30
3.2.1. Humanos	30
3.2.2. Materiales	30
3.2.3. Financieros	30
CAPÍTULO III	31
RESULTADOS	32
CAPÍTULO IV	59
DISCUSIÓN	60
CAPÍTULO V	68

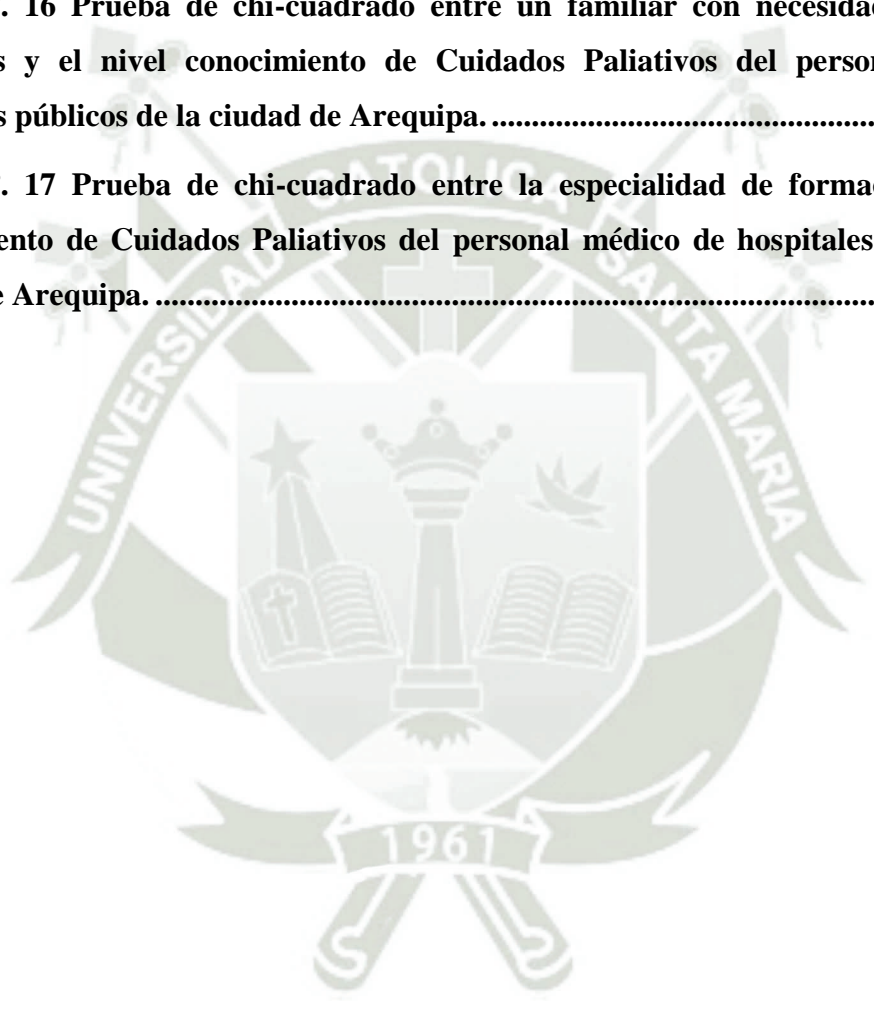
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
1. CONCLUSIONES	69
2. RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	78
ANEXO 1	78
ANEXO 2	79
ANEXO 3	80
ANEXO 4	81
ANEXO 5	83



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1 Datos sociodemográficos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	32
Tabla N°. 2 Nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	35
Tabla N°. 3 Nivel de conocimiento por dimensiones de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	36
Tabla N°. 4 Asociación entre la edad y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	38
Tabla N°. 5 Asociación entre el sexo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	40
Tabla N°. 6 Asociación entre el cargo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	42
Tabla N°. 7 Asociación entre la antigüedad laboral y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	44
Tabla N°. 8 Asociación entre el curso de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	46
Tabla N°. 9 Asociación entre un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	48
Tabla N°. 10 Asociación entre la especialidad de formación y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	50
Tabla N°. 11 Prueba de chi-cuadrado entre la edad y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	52
Tabla N°. 12 Prueba de chi-cuadrado entre el sexo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	53
Tabla N°. 13 Prueba de chi-cuadrado entre el cargo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	54

Tabla N°. 14 Prueba de chi-cuadrado entre la antigüedad laboral y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.....	55
Tabla N°. 15 Prueba de chi-cuadrado entre el curso de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	56
Tabla N°. 16 Prueba de chi-cuadrado entre un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	57
Tabla N°. 17 Prueba de chi-cuadrado entre la especialidad de formación y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	58



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Datos sociodemográficos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	33
Gráfico N° 2 Nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	35
Gráfico N° 3 Nivel de conocimiento por dimensiones de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	36
Gráfico N° 4 Asociación entre la edad y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	38
Gráfico N° 5 Asociación entre el sexo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	40
Gráfico N° 6 Asociación entre el cargo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	42
Gráfico N° 7 Asociación entre la antigüedad laboral y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	44
Gráfico N° 8 Asociación entre el curso de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	46
Gráfico N° 9 Asociación entre un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	48
Gráfico N° 10 Asociación entre la especialidad de formación y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.	50

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los Cuidados paliativos han emergido como una disciplina esencial en la atención sanitaria, destinados a mejorar la calidad de vida de pacientes tanto adultos como pediátricos con enfermedades graves y potencialmente mortales. Este enfoque, reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se centra en la prevención y alivio del sufrimiento, abordando no sólo los aspectos físicos, sino también las necesidades psicológicas, sociales y espirituales de los individuos y sus familias.

Para la Asamblea Mundial de la Salud los Cuidados Paliativos representan “una responsabilidad ética para los sistemas de salud” y es fundamental su incorporación en los sistemas de salud pública. (1). Inicialmente fueron creados para enfermedades terminales como el cáncer o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sin embargo, actualmente se usan Cuidados Paliativos para tratar otras patologías que llevan a un estado terminal de los pacientes. Su objetivo principal es ofrecer un soporte integral que les permita vivir su enfermedad con dignidad y menor sufrimiento. Esto se logra a través de la identificación temprana de síntomas, la implementación de estrategias de manejo adecuadas y el trabajo colaborativo de un equipo interdisciplinario que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales, capellanes y farmacéuticos (2).

La necesidad de Cuidados Paliativos está orientada a aliviar no solo el dolor somático, sino también a los diversos problemas involucrados en las enfermedades, debido a esto su necesidad ha incrementado en los últimos días. Distintos artículos han demostrado su importancia al formar parte del manejo médico de pacientes con patologías crónicas cuya calidad de vida se ve afectada; los que mostraron una reducción significativa en la estancia hospitalaria e incremento del tiempo de supervivencia con calidad de vida (3).

Actualmente en nuestro país no se cuentan con estudios epidemiológicos orientados a la necesidad de Cuidados Paliativos, por el contrario el Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos 2020, realizó un pequeño censo de y demostró que en el 2017, 150 mil personas tuvieron necesidad de estos y de las cuales solo el 6.5% gozaron la oportunidad de dichas atenciones; además que la proporción de médicos que recibieron educación sobre este tema fue 1 de cada 26 médicos y 3 de cada 14 enfermeras; y la implementación de los recursos asistenciales por millón de habitantes fue del 0.6% (4). En nuestro país, fue implementada una ley de Cuidados Paliativos N° 30846 y conjuntamente el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos

para enfermedades Oncológicas y No Oncológicas”, el cual fue implementado en el año 2021 y tuvo como objetivo mejorar la respuesta para la intervención en este tipo de cuidados, a través de su difusión masiva (5).

En nuestra ciudad, en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur se realizó una encuesta sobre la percepción de calidad en Cuidados Paliativos en el 2022, y se evidenció que los mismos fueron percibidos como buenos en un 68.7%; mas no se pudo evaluar la efectividad o la proporción entre el nivel de conocimientos y el manejo médico de los mismos debido a que fue un estudio realizado en los pacientes hospitalizados en dicho nosocomio y no en el personal de la salud (6)

Por tal motivo, los Cuidados Paliativos son una necesidad imperiosa en el mundo y en nuestro país, a pesar de su poca implementación y apoyo, surgen como una necesidad y su conocimiento como una condición necesaria ante la inmensa cantidad de pacientes que requieren de estos cuidados y que por diversos motivos no pueden acceder a los mismos. De tal manera la investigación sobre el nivel de conocimientos de los Cuidados Paliativos en el personal médico es de suma importancia debido a que debería ser otorgado a cualquier paciente que padezca de alguna enfermedad crónica que comprometa su salud como su vida personal en todos sus aspectos, para su mayor difusión, evaluación e implementación como curso en la formación de pregrado de los futuros médicos del país.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Evaluar el nivel de conocimiento de los Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos, en los diversos ámbitos que comprenden estos cuidados, determinado por su nivel de conocimiento y su necesidad personal de ellos.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Geriatría
- **Línea:** Cuidados Paliativos

1.3.2. Análisis y operacionalización de variables e indicadores

Variable	Dimensiones y/o categorías	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Valor final	Fuente de recolección de datos
Factores sociodemográficos	Edad	Grupo etario al que pertenecen los encuestados	Cuantitativa	Nominal	Años	1=23-44 años 2=45-64 años 3=65-75 años	Ficha de Recolección de Datos
	Sexo	Sexo biológico al que pertenecen los encuestados	Cualitativa	Nominal	Sexo	1=Masculino 2=Femenino	
	Cargo	Cargo profesional que desempeñan en determinado nosocomio	Cualitativa	Nominal	Cargo	1=Médico Asistente 2=Médico Residente	
	Curso de Cuidados Paliativos	Curso orientado y esquematizado para el desarrollo de temas sobre Cuidados Paliativos	Cualitativa	Nominal	Curso de Cuidados Paliativos	1=SI 2=NO	
	Familiar con necesidad de Cuidados Paliativos	Tener un familiar que necesite de Cuidados Paliativos debido a una	Cualitativa	Nominal	Familiar con necesidad de Cuidados Paliativos	1=SI 2=NO	

		enfermedad crónica o aguda					
	Especialidad médica	Especialidad realizada o especialidad en formación	Cualitativa	Nominal	Especialidad	1=Pediatría 2=Medicina Interna 3=Ginecología y Obstetricia 4=Cirugía	
	Antigüedad laboral	Tiempo de trabajo dedicado hacia la determinada institución en donde se cumple un contrato laboral	Cualitativa	Nominal	Antigüedad laboral	1=1-3 años 2=4-5 años 3=>5 años	
Nivel de conocimiento por dimensiones de Cuidados Paliativos	Conocimiento sobre filosofía	Información que dispone un médico acerca de la justificación o base teórica subyacente de los principios de los Cuidados Paliativos	Cualitativa	Nominal	Filosofía	0=Incorrecto 1=Correcto	
	Conocimiento sobre el dolor	Información que dispone un médico acerca de la terapia que emplea un	Cualitativa	Nominal	Dolor	0=Incorrecto 1=Correcto	

		enfoque coordinado e interdisciplinario para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de quienes experimentan dolor					
	Conocimiento sobre disnea	Información que dispone un médico acerca de la presentación y manejo de la dificultad respiratoria	Cualitativa	Nominal	Disnea	0=Incorrecto 1=Correcto	
	Conocimiento sobre trastornos mentales	Información que dispone un médico acerca de síndromes o trastornos psiquiátricos que se manifiestan por fallas en el proceso de adaptación, expresadas principalmente como	Cualitativa	Nominal	Trastornos Mentales	0=Incorrecto 1=Correcto	

		anormalidades del pensamiento, sentimiento y comportamiento que producen el deterioro del funcionamiento					
	Conocimiento sobre trastornos gastrointestinales	Información que dispone un médico acerca de la captación de sustancias a través del tracto gastrointestinal	Cualitativa	Nominal	Trastornos gastrointestinales	0=Incorrecto 1=Correcto	

1.3.3. Interrogativas básicas

- 1.3.3.1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024?
- 1.3.3.2. ¿Qué factores sociodemográficos están asociados al nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024?
- 1.3.3.3. ¿Cuál es la relación entre la realización de un curso de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024?
- 1.3.3.4. ¿Cuál es la relación entre tener un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024?

1.3.4. Tipo de Investigación

Observacional

1.3.5. Nivel de investigación

Descriptivo transversal

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación científica

El presente estudio permitirá evaluar los conocimientos sobre los Cuidados Paliativos de los médicos asistentes y médicos residentes de nuestro sistema de salud, de esta manera se hará un nuevo aporte a la literatura científica, describiendo el nivel de conocimientos sobre Cuidados Paliativos, pudiendo brindar un aporte científico y de conocimiento que podrá ser usado para la toma de decisiones en la educación médica de las facultades de Medicina Humana y la enseñanza sobre Cuidados Paliativos.

1.4.2. Justificación Humana

Afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no solo se limitan a los síntomas físicos. Los Cuidados Paliativos utilizan el trabajo multidisciplinario para brindar apoyo a los pacientes, y de esta manera poder vivir tan dignamente como sea posible hasta la muerte.

Los Cuidados Paliativos están reconocidos expresamente en el contexto de los derechos a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona prestando especial atención a las necesidades particulares de cada paciente.

1.4.3. Justificación Social

Los Cuidados Paliativos son una forma de atención médica especializada que tiene como objetivo optimizar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento. Un conocimiento adecuado de estos cuidados garantiza una mejora en la resolución de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes con una enfermedad grave, de esta manera se evitaría el mal manejo de síntomas dolor, disnea, náuseas, ansiedad, depresión y fatiga, de esta forma el presente trabajo permitirá conocer esta realidad y tomar las decisiones adecuadas para mejorar esta problemática.

1.4.4. Justificación Contemporánea

La integración de Cuidados Paliativos en el manejo de enfermedades crónicas puede reducir significativamente los costos de atención médica. Investigaciones han mostrado que estos cuidados pueden disminuir el uso de hospitalizaciones y tratamientos intensivos innecesarios, resultando en la disminución de gastos tanto para el sistema de salud como para las familias. En varios estudios se evidenció que los pacientes con acceso a Cuidados Paliativos tenían menores gastos médicos al final de la vida.

1.4.5. Factibilidad

En los hospitales de Arequipa, podemos ver una gran casuística de enfermedades y grupos etarios, en estos últimos años la necesidad de Cuidados Paliativos ha incrementado en los cuatro servicios hospitalarios, con mayor énfasis en Medicina General y Cirugía General, por lo que podemos asegurar que cada médico ha tenido la oportunidad de atender a un paciente con necesidad de Cuidados de Paliativos, lo que trae consigo un estudio y preparación en el tema. Este estudio se podrá realizar, para verificar estos conocimientos y promover cursos sobre Cuidados Paliativos.

1.4.6. Interés Personal

En nuestro año de internado hemos podido tratar diversos pacientes que han requerido de estos Cuidados Paliativos ya sea por sus enfermedades oncológicas o no oncológicas avanzadas y lamentablemente muchas veces nos hemos encontrado que pese a los tratamientos dados no logramos mejorar su calidad de vida, haciendo que sus necesidades físicas, psicosociales y espirituales sean un martirio para los pacientes, e incluso llegando a provocar estrés y frustración en nosotros, por lo que proponemos

una evaluación de este tema, debido a la gran prevalencia de estos cuidados, y poder incentivar cursos de capacitación.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024.

2.2. Objetivo Específicos

- Exponer los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024.
- Atribuir la realización de un curso de Cuidados Paliativos al nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024.
- Describir la relación entre tener un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos del personal médico de un hospital público de la ciudad de Arequipa 2024.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Cuidados Paliativos

3.1.1. Historia

Durante la Alta Edad Media existía la llamada “muerte doméstica”, que consistía en reunir a todos los seres queridos del moribundo en torno a él. En la Baja Edad Media la muerte se individualiza y, por ende, pasa a llamarse “muerte de uno mismo”. Desde el siglo XIX, la inquietud cambia, pasa a interesarse en la muerte de los seres amados, lo que se conoce como la “muerte del otro”. Con el estallido de la Primera Guerra Mundial la muerte pasa a ser un fenómeno extraño y vergonzoso, por lo que empiezan a llamarla “muerte prohibida”. Años más tarde, aparece la líder de la medicina paliativa contemporánea, Cecily Saunders, que observa como aún la idiosincrasia de la sociedad en la que se desenvolvía no era capaz de permitir que los afectados tengan acceso al conocimiento de sus padecimientos y como tal, afrontar la realidad.

El Dr. Balfour Mount usó por primera vez el término “Cuidados Paliativos”. El origen etimológico de “paliativo” viene de la palabra “pallium”, que

quiere decir manto o cubierta, haciendo referencia al acto de aliviar el sufrimiento.

Hasta el siglo XIX la medicina estuvo orientada a aliviar los síntomas; fue después, en el siglo XX cuando cambió el enfoque, ahora buscaba encontrar las causas y curas propias de cada enfermedad por encima de aliviar los síntomas, visión que posteriormente daría paso a lo que se conoce como el encarnizamiento terapéutico. En la década de los sesenta principalmente en Inglaterra, nacieron movimientos orientados a mejorar los cuidados que se les ofrecía a los enfermeros en fase terminal (7).

Podemos observar que la gran variedad de conceptos en torno a la muerte y de Cuidados Paliativos ha resultado ser más como una barrera al momento de realizar trabajos de investigación o divulgación científica sobre esta área (8).

En 1990 la OMS definió a los Cuidados Paliativos como “la atención médica especializada para personas que viven con una enfermedad grave” para luego cambiar la temática de su definición hacia una en donde se describe la realidad de los enfermos y de sus familiares, ya que son los que terminan enfrentando los problemas no solo físicos, sino también los psicosociales y espirituales (9). De acuerdo a la OMS, la incidencia de enfermedades cardiovasculares en adultos es de 38.5%, cáncer 34%, enfermedades respiratorias crónicas 10.3% SIDA 5.7% y diabetes 4.6%; además de otras patologías neurológicas; son algunas que requieren de Cuidados Paliativos. De acuerdo a la estadística realizada sobre el acceso de Cuidados Paliativos al año se obtiene que por lo menos 40 millones de personas necesitan de ellos, teniendo como principales obstáculos las políticas nacionales, la formación y el acceso de la población a analgésicos opiáceos; de acuerdo al mismo artículo, la Fiscalización Internacional de Estupefacientes apreció que 121 países usaban de manera insuficiente los opiáceos; por tal motivo la OMS en el 2014 instó a sus países miembros a integrar los Cuidados Paliativos dentro de los planes mundiales pertinentes del control de enfermedades, además de la elaboración de directrices e instrumentos integrados en todos los grupos de enfermedades y niveles de atención; y promoción para un acceso más amplio a los Cuidados Paliativos sobre todo para la población infantil en colaboración con la UNICEF (10)

3.1.2. Definición

Los Cuidados Paliativos son un enfoque que intenta mejorar la calidad de vida de pacientes, tanto adultos como niños, así como de sus familias, quienes enfrentan desafíos relacionados con enfermedades crónicas. Este tratamiento busca prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la detección temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas que pueden ser físicos, psicosociales o espirituales. Para abordar el sufrimiento de manera efectiva, es fundamental considerar aspectos que trascienden los síntomas físicos, por ello debe involucrarse a un equipo de profesionales de la salud competentes, capacitados, sincronizados y armoniosos (11).

Este enfoque se refiere al cuidado de la vida, independientemente de su duración restante. Su objetivo es restaurar la dignidad y la voluntad del paciente terminal, siendo crucial abordar los síntomas y, en caso de que no se puedan curar, evitar tratamientos invasivos o cirugías que no ofrezcan beneficios (12) La Coalición Nacional para Cuidados Paliativos y Hospicios desarrolló un marco de ocho dominios: estructural, físico, psicológico, social, espiritual, cultural, transición a hospicio y ético/legal, siendo comúnmente abordados los dominios estructural, físico y psicológico, mientras que los dominios menos estudiados el cultural y el ético/legal (13). La perspectiva de atención utilizado por los Cuidados Paliativos comprende un enfoque palio céntrico; distribuido en primarios, que incluye el tratamiento sintomático inicial y de soporte, secundarios, llevado a cabo en pacientes con necesidades más complejas en hospitalización y en consultorio externo; y finalmente los terciarios en donde los Cuidados Paliativos se desempeñan como el servicio tratante principal de las patologías oncológicas y no oncológicas de aquellos pacientes hospitalizados o en hospicios que las requieran (14,15)

Los Cuidados Paliativos en niños según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) buscan aliviar los síntomas de los pacientes pediátricos y de su familia a lo largo de toda la enfermedad; y están orientados a niños que sufren de cáncer, parálisis cerebral infantil severa, VIH-SIDA, fibrosis quística y malformaciones congénitas. Estos cuidados ayudan a la familia a conectar con recursos y servicios comunitarios, brindando apoyo y atención

durante el duelo y organizando algunas actividades en pro de la mejora de la calidad de vida del paciente. Teniendo como premisa “siempre se puede hacer algo más en el cuidado de un niño” (16). En pediatría se requiere no solo de habilidades y conocimientos médicos sino también se necesita de virtudes humanas como la empatía, compasión y la comprensión que deben ser asumidas como cabecera al tratamiento de un niño que requiera de Cuidados Paliativos (17).

Actualmente se está buscando incorporar a todos los involucrados en el cuidado de la salud para los Cuidados Paliativos siendo uno de los últimos incorporados el tema de la nutrición, ya que juega un papel crucial para los pacientes con necesidad de una alimentación parenteral en obstrucción artificial por gastrostomía en demencia terminal (18). La nutrición forma parte de los Cuidados Paliativos primarios e iniciales en cualquier patología, los mismos pueden significar una gran mejoría de la calidad de vida del paciente (19). Según la Sociedad Europea para la Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) recomienda que la nutrición en Cuidados Paliativos debe asegurar de cubrir entre 25 a 30 kcal/kg/d, de 1 a 1.5g/kg/d de proteínas; además recomienda que la dieta debe ser por vía oral sobre todo en pacientes delicados cuyo índice de masa corporal total este bordeando los límites inferiores y el uso de una nutrición enteral en aquellos que tengan problemas para la absorción de nutrientes (20).

3.2. Cuidados Paliativos en Perú

En nuestro país, en el 2007 fue establecida la Norma Técnica del Dolor, que disponía la implementación y formación en Cuidados Paliativos a las unidades prestadoras de servicios de categorías III-1 y III-2; y que los establecimientos de menor complejidad y que cuenten con banco de sangre puedan contar con una unidad de terapia del dolor (21). El 19 de setiembre del 2018 fue publicado en el Diario Oficial El Peruano la Ley Número 30846 “Ley que crea el plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas” en donde como su propio nombre lo menciona se estipula la creación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas, dando así mismo un plazo de 180 días calendario para su respectiva implementación (22). En Perú, actualmente no se cuenta con estudios nacionales que demuestren cuántas personas requieren o reciben Cuidados Paliativos; por lo

que para hablar de la epidemiología nos basamos en el Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos que estimó que hasta el 2017 aproximadamente 150 mil personas requerían de ellos, mas solamente menos del 10% de las mismas pudo acceder a los mismos (21)

En otro estudio dirigido por McNamara y colaboradores, se planteó un método para predecir la población de Cuidados Paliativos sub dividiéndola en 3 posibles estimados; siendo las categorías mínimo, moderado y máximo, teniendo en cuenta 10 enfermedades crónicas que lleven a necesitar de estos cuidados (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de motoneurona, etc.); dándonos una proyección que para el 2025 entre 294 a 302 mil personas necesitarán de Cuidados Paliativos de manera total sin contar a aquellos que ya los hubiesen recibido de manera idónea (22, 23)

La primera entidad prestadora de servicios en Cuidados Paliativos fue el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú en 1989 fundada por Raymundo Cordero Lujan y Maria Berenguel Cook; posteriormente se creó en 1999 el servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) fundada de igual manera por Maria Berenguel Cook. Finalmente, en 2003 se creó la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos; y posterior a ella se crearon más entidades encargadas de ofrecer servicios de esta índole (24)

3.3. Epidemiología

De acuerdo con la OMS, aproximadamente un total de 40 millones de personas requieren atención de Cuidados Paliativos, 78% de ellas viven en países en vías de desarrollo e ingresos bajos a medianos. El principal motivo que las personas no puedan acceder a Cuidados Paliativos son las medidas excesivamente restrictivas del uso de morfina y otros medicamentos esenciales, por tal motivo tan solo el 14% de las personas que los requieren pueden recibirlos. Más del 80% de los países no valoran adecuadamente la labor esencial de los Cuidados Paliativos dentro de la oferta de servicios de salud integral para los pacientes. Por esta razón, a menudo se les omite en la planificación de los servicios de salud. (10, 25)

Según el Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020, segunda edición en 2017; las principales enfermedades que llevaron a la necesidad de estos cuidados en adultos fueron neoplasias malignas en 28.2%, enfermedad de VIH

22.2%, enfermedades cerebrovasculares en 14.1%, demencia en 12.2% y entre otras como envenenamiento, tuberculosis, patologías hepáticas, enfermedades cardíacas no isquémicas. En nuestro país no existen reportes específicos de la cantidad de pacientes que los requieran, hayan sido hospitalizados o rehospitalizados por Cuidados Paliativos más que el estudio de Amado, en el que reporta que en los servicios de emergencia la cantidad de pacientes que reingresa por necesidad de estos cuidados es del 30.5% de un total de 60 pacientes tomados como muestra para el estudio siendo las enfermedades más frecuentes las enfermedades no oncológicas (24, 26).

Según Pastrana 2021 existen más de 124 mil peruanos que requieren de Cuidados Paliativos, sin embargo, solo el 0.3% de los mismos pueden recibirlos. En nuestro país existen 11 unidades de Cuidados Paliativos móviles, 4 equipos extrahospitalarios como atención domiciliaria, consulta comunitaria y hospicios, 4 equipos mixtos tanto intra y extrahospitalarios, y finalmente solo contamos con 2 unidades de Cuidados Paliativos pediátricos (27). La prevalencia por sexo de Cuidados Paliativos depende de la enfermedad crónica de fondo que repercute en la salud de cada una de las personas; como, por ejemplo, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) cuya prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres, no suele ser tomada bastante en cuenta a pesar de ser una enfermedad susceptible de Cuidados Paliativos (28). En Perú, se realizó un estudio que buscaba la relación entre la necesidad de Cuidados Paliativos y enfermedades crónicas; siendo el Alzheimer y las nefropatías las enfermedades que más necesitaron de Cuidados Paliativos, seguidas de cáncer, cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, para finalmente tener que diabetes mellitus fue la enfermedad que menos necesito de Cuidados Paliativos en un 60.9% (29).

3.4. Ética y Comunicación en Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos tienden a ser un reto para la mayoría de profesionales de la salud ya que por el lado ético de la medicina muchas veces los pacientes que los requieren necesitan de atenciones y cuidados delicados como ventilación mecánica, hidratación y nutrición parenteral, drogas vasoactivas, etc. Los Cuidados Paliativos contemporáneos se guían de la concepción hipocrática de no maleficencia para la salud integral de las personas. Por tal motivo, entender las bases éticas que fundamentan la atención paliativa iniciada en los hospicios es de suma importancia para una buena práctica clínica. En primer lugar, está el

principio de inviolabilidad humana, el cual orienta a las personas a respetar y promover la vida simplemente por el hecho de que exista y proponer un camino para que la misma no se acelere ni se posponga, busca su fin sin generar mayor malestar. Luego está el principio de proporcionalidad terapéutica, el que menciona que se debe tener en cuenta sólo las medidas terapéuticas que guarden relación con las circunstancias y las conclusiones esperadas respecto a la sintomatología y la clínica de cada paciente. Consecutivamente el principio de doble efecto en el manejo del dolor y disminución de la conciencia, el cual justifica el uso de opioides y otras drogas con el objetivo de suprimir levemente el estado de conciencia para que el dolor sea de alguna manera tolerable, teniendo cuatro condiciones para ser aplicado: que la acción en sí sea buena o, al menos, neutral, que el efecto negativo previsto no sea intencionado, sino aceptado, que el efecto positivo no derive de inmediato y de manera necesaria del efecto negativo y que el bien que se busca sea proporcional al daño que podría ocasionarse. El principio de veracidad donde es fundamental la confianza entre la relación médico - paciente la cual necesita tomar como pilares los principios básicos de la ética clínica (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia). El principio de prevención, que está orientado a prepararse para tomar decisiones frente a las posibles complicaciones que pueden ocurrir durante una determinada enfermedad que requiera de Cuidados Paliativos. Finalmente, el principio de no abandono, que orienta a los médicos en los casos en donde rechazan voluntariamente la propuesta de algún manejo terapéutico e implora que en vez de abandonar sutilmente la condición médica que los aqueja, se intente un método de empatía y confianza para comprender mejor la idiosincrasia de cada uno (30).

Desde otra perspectiva el iusnaturalismo clásico plantea que, por el solo hecho de ser persona y en respeto a sus atributos, todo ser humano tiene derecho a una calidad de vida digna hasta el final de su existencia. Esta corriente está arraigada en la tradición de pensadores como Aristóteles y Santo Tomás de Aquino, quienes inspiraron el desarrollo de una teoría clásica con elementos innovadores y aportes personales.

Las bases del iusnaturalismo clásico son: lo justo natural proviene de la naturaleza; lo justo legal se origina en el acuerdo de voluntades, constituyendo así el Derecho Positivo; y ambos forman parte de un solo sistema jurídico, donde

esta dualidad se manifiesta en la unidad del orden legal. De este modo, ubica al ser humano como el centro de la historia, considerándolo un ser digno y portador de derechos que emanan de su naturaleza, incluyendo el derecho a defender su dignidad y libertad hasta el final de su vida. Estas bases son esenciales para garantizar que las personas enfermas reciban un trato digno en su etapa final.

Finalmente, es fundamental que el Derecho implemente mecanismos jurídicos como la creación de una norma sobre Cuidados Paliativos en Perú, basada en el enfoque iusnaturalista, puesto que reconoce la dignidad humana a partir de los contenidos ontológicos, sin olvidar la trascendencia inherente a nuestro ser, dado que al tener cuerpo y alma somos seres tanto existenciales como espirituales (31).

3.5. Farmacología en Cuidados Paliativos

El tratamiento de las enfermedades crónicas que tengan un pronóstico reservado es principalmente enfocado al alivio de sus síntomas somáticos como ya se ha mencionado reiteradamente, en ese contexto los medicamentos de primera línea con los que contamos hasta el momento son los opioides, usados ampliamente por su capacidad sobre los receptores mu, kappa, en la corteza cerebral, el sistema límbico y de manera aferente y eferente; que se encuentran ampliamente distribuidos en nuestro sistema nervioso central para evitar la liberación de neurotransmisores presinápticos y disminuyendo la transmisión del estímulo doloroso (32).

Debido a esta capacidad los opioides fueron usados abusivamente a finales del siglo XX introducidos por la farmacéutica Purdue Pharma, que dejó en bastante duda y restricción el uso de los mismos; es por eso que varios autores acotan el término de opiofobia por el temor y la desconfianza, puesto que su uso pueda conducir a dependencia por la confusión generada previamente. Por tal motivo, el uso de opioides por el personal de salud debería ser abordado en beneficio de resolver las dudas del paciente y su expectante mejoría clínica (33). La escala del dolor es motivo de evaluación debido a su percepción relativamente imparcial por un tercero; por tal motivo se crearon scores tanto unidimensionales como multidimensionales como el Escala Analógica Visual (EVA), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Support Team Assessment Schedule (STAS), escala de grises de Luesher, escala luminosa analógica (Nayman); etc. Los cuales fueron

útiles para estratificar el tratamiento respectivo para cada paciente como leve, moderado y severo (34)

El tratamiento enfocado dependerá de la estratificación del dolor y el uso de la escalera de analgésicos para su alivio; siendo la primera escalera la más usada para el tratamiento del dolor leve, donde se incluye a los analgésicos no esteroideos o el paracetamol; seguido de la segunda escalera, usada para el tratamiento del dolor moderado, donde podríamos encontrar a los opioides débiles como (codeína, hidrocodona, tramadol) con o sin agregados; y por último la última escalera incluye a los opioides potentes como la morfina, metadona, fentanilo, oxycodona, etc. A pesar del tratamiento estratificado, existe también el término de rotación de opioides cuyo objetivo principal es de aliviar el dolor no resuelto, ya sea por dolor incontrolado, hiperalgesia o toxicidad secundaria a opioides (34,35).

3.6. Espiritualidad en Cuidados Paliativos

El acompañamiento espiritual se convierte en un medio esencial para ayudar a los enfermos a encontrar consuelo y esperanza en medio de su dolor, es por ello que desempeña un papel crucial en los cuidados paliativos, ya que aborda no solo las necesidades físicas del paciente, sino también sus dimensiones emocionales y espirituales.

Además, fomenta una relación más profunda entre el paciente, la familia y el equipo de atención médica. La presencia de profesionales de la salud que integran la espiritualidad en su práctica puede facilitar un entorno de empatía y compasión, donde se valida la experiencia del paciente y se reconoce su dignidad inherente. Este enfoque integral no solo mejora la calidad de vida, sino que también apoya a las familias en su proceso de duelo, ayudándolas a encontrar consuelo y fortaleza a través de la espiritualidad compartida. La atención espiritual se convierte, así, en un componente esencial de los cuidados paliativos, atendiendo a las necesidades del ser humano en su totalidad. (36)

La espiritualidad en los cuidados paliativos está estrechamente vinculada a la formación y ética del personal de salud. Es fundamental que los profesionales estén preparados para identificar y atender las necesidades espirituales de sus pacientes, lo que requiere una formación que contemple tanto aspectos éticos como pastorales. Al integrar la espiritualidad en la atención médica, se enriquece la experiencia del paciente y se refuerza la vocación del personal, al verlo como

un acto de servicio y amor. Así, la espiritualidad se establece como un pilar esencial en los cuidados paliativos, promoviendo una atención más humana y compasiva (37).

3.7. Disnea en Cuidados Paliativos

La disnea es un síntoma que compromete en gran manera la calidad de vida de los pacientes y es descrita segunda la Sociedad Torácica Americana como “sensación subjetiva de falta de aire que varía en intensidad”; y se pueden distinguir dos tipos: maligna y no maligna. La maligna es usualmente causada por efectos directos del tumor, los derrames hacia el tercer espacio y las relacionadas al tratamiento, por otro lado, tenemos las causas no malignas como la cardiovasculares, pulmonares y etc. (38)

La disnea también puede clasificarse dependiendo de su etiología en 4 categorías principales: respiratoria, cardiovascular, neuromuscular o una combinación de las mismas; la incidencia respecto al sexo de cada paciente es variable dependiendo de su etiología. Se explica fisiopatológicamente porque la presencia de husos de estiramiento de adaptación lenta y los receptores irritantes de adaptación rápida, informan a la médula oblongada a través del nervio vago sobre la frecuencia, el volumen y la intensidad respiratoria (39). Se presenta en aproximadamente en 75 millones de pacientes y en más de 90% de pacientes con enfermedad pulmonar grave y aún más del 50% con patologías oncológicas y no oncológicas. La disnea refractaria es una condición relacionada a patologías crónicas en donde el tratamiento convencional con oxigenoterapia no suele ser efectiva. Por ende, la sedación paliativa ha demostrado un tratamiento eficaz para su manejo siendo administrada en un rango de un 2% al 52%, siendo exitosa con el tratamiento de benzodiazepinas de vida media corta y de acción rápida; para luego iniciar el tratamiento de dosis bajas pero continuas con opioides, tomando provecho de su bajo riesgo de depresión respiratoria asociada. Según Higginson, realizó un estudio de casos y controles a 105 pacientes encontrando una mejoría significativa respecto a la disnea refractaria de 0.58 y una tasa de supervivencia del 73%. En general el uso de sedación paliativa para el manejo de disnea refractaria incrementó en 4.8 días la supervivencia de los pacientes que la padecían (40).

3.8. Problemas Psiquiátricos en Cuidados Paliativos

Los problemas psiquiátricos o síndromes psiquiátricos frecuentemente asociados a Cuidados Paliativos son usualmente relacionados a los efectos adversos de los medicamentos usados para la sedación y analgesia del dolor. La depresión y la ansiedad son los más frecuentes y usualmente relacionados entre sí. Por tal motivo, es importante distinguir la depresión de la tristeza o del dolor anticipado de la fatiga. Para la depresión el tratamiento con benzodiazepinas ha demostrado ser eficaz, en contraparte con el uso de antidepresivos tricíclicos ya que puede incrementar los efectos anticolinérgicos, la hipotensión ortostática y la propia prolongación del intervalo QT (41). Las benzodiazepinas son usadas como primera línea por su efecto ansiolítico y anticonvulsivante; por su efecto gabaérgico actúan también como relajantes musculares, y como tal, bastante utilizados en cuadros de crisis de ansiedad y angustia, en dosis de 2.5mg a 5mg inicial por vía subcutánea o 1.5mg a 3mg por vía intravenosa; pero suelen ser solamente usados en los cuadros agudos debido a sus efectos adversos (42). Por otro lado, los efectos positivos de los opioides en el centro de recompensa de las personas suele ser motivo principal de que sean utilizadas para fines más que nada recreativos, debido a su acción en el botón presináptico y postsináptico, inhibiendo los canales de calcio y dejando disminuida la producción de sustancia P y el glutamato (43).

3.9. Revisión de antecedentes investigativos

3.9.1. A nivel local

- Autor: Katherin Ruelas Mamani, Mery Lazarte Quispe

Título: Vivencias del profesional de Enfermería frente al proceso de morir de pacientes de la UCI del hospital Goyeneche, Arequipa - 2019

Resumen: Se propuso analizar las experiencias de los enfermeros ante el proceso de fallecimiento de los pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Este fue un estudio descriptivo, con un enfoque cuanti-cualitativo y un diseño fenomenológico. Se empleó un conjunto de preguntas orientadoras como herramienta de recolección de datos. La muestra estuvo formada por 16 enfermeras, y el análisis de datos se realizó utilizando el software Atlas Ti, versión 7. Los resultados del estudio evidenciaron la complejidad del proceso de morir en la UCI, así como la importancia de las emociones involucradas y la dificultad de afrontar estas situaciones, lo que subrayó la

necesidad de fortalecer las habilidades de las enfermeras para un manejo más efectivo. También se identificaron los obstáculos que limitan la atención hacia un buen morir, como la orientación curativa propia de la UCI. En consecuencia, se destacó la urgencia de integrar cuidados paliativos en este entorno, promover el soporte emocional, trabajar en colaboración multidisciplinaria y mejorar la comunicación tanto con el equipo profesional como con los familiares de los pacientes. Se puso énfasis en el papel fundamental de la enfermera, quien no solo proporciona cuidados directos, sino que también apoya a las familias y actúa como gestora para optimizar los cuidados hacia un buen morir, buscando así humanizar la atención en la UCI. (44)

- Autor: Lourdes Velarde Bernal

Título: Cuidados de Enfermería en persona con cáncer de mama según modelo de Virginia Henderson en el servicio de oncohematología HNCASE Arequipa 2021

Resumen: El presente Trabajo Académico tiene como objetivo ofrecer una perspectiva sobre el cáncer de mama en mujeres, abarcando tanto el contexto global como el de Latinoamérica y nuestro país. Se basa en tres enfoques de tratamiento: cirugía, radioterapia y tratamiento sistémico, cuya implementación se determinará según el estadio y pronóstico de la enfermedad. Además, se incluye un estudio de caso de la paciente R.S.L., quien otorgó su consentimiento informado, con la finalidad de que la paciente logre una recuperación mediante el desarrollo de un plan de cuidados de Enfermería. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud - Arequipa, en el servicio de Oncohematología, utilizando el Proceso de Enfermería (PE) basado en el Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson. Se identificaron ocho diagnósticos a partir de la evaluación de las 14 necesidades, los cuales se relacionaron con los diagnósticos de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), los objetivos NOC y las intervenciones NIC. Esto facilitó la planificación y ejecución de los cuidados, permitiendo ofrecer una atención oportuna y de calidad, respaldada por fundamentos científicos, antecedentes y un marco teórico pertinente (45).

3.9.2. A nivel nacional

- Autor: Blanca Fernandez Quispe, Gasmita Velasquez Contreras

Título: Conocimientos y prácticas de Cuidados Paliativos en las enfermeras de neonatología en hospitales públicos Trujillo-2023

Resumen: El progreso en la investigación y la tecnología ha permitido una mejora constante en el tratamiento y cuidado de recién nacidos con enfermedades críticas y prematuridad. A pesar de estos avances, la mortalidad en este grupo de edad sigue siendo elevada. Los neonatos que padecen enfermedades irreversibles o que se encuentran en fase terminal tienen derecho a recibir atención holística por parte de profesionales de enfermería, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades necesarios para proporcionar cuidados paliativos de calidad y garantizar una muerte digna. Este estudio tiene como propósito determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de cuidados paliativos en enfermeras del área de neonatología en hospitales públicos. Se llevó a cabo un estudio de tipo básico, con un diseño no experimental y de corte transversal, clasificándose como correlacional. Se utilizó una muestra censal compuesta por 38 enfermeras, aplicándose un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se administraron dos cuestionarios: uno sobre conocimientos de cuidados paliativos neonatales y otro sobre prácticas en este ámbito, elaborados por las autoras basándose en la Teoría del Final Tranquilo de la vida y el Manual de Cuidados Paliativos Pediátricos. El 55.3% de las enfermeras mostró un nivel medio de conocimiento sobre cuidados paliativos, mientras que el 71.1% presentó un nivel medio de práctica. Se concluyó que existe una relación positiva significativa (r de Spearman = 0.727). Se encontró una correlación entre el conocimiento teórico y la práctica, aunque se evidenció que las enfermeras tienen un conocimiento limitado sobre el aspecto espiritual y no tienen una comprensión clara de la definición de cuidados paliativos neonatales (46).

- Autor: Susan Chaupi Rojas

Título: Factores asociados al nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos en internos de medicina humana del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2023

Resumen: La demanda de cuidados paliativos (CP) está en aumento, por lo que es esencial que cada médico reconozca y aplique los conocimientos fundamentales en esta área. Sin embargo, la formación en cuidados paliativos durante la etapa de pregrado se encuentra descuidada, lo que representa una desventaja. Determinar los factores relacionados con el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos en internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año de internado 2023. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y de corte transversal en los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se utilizó la encuesta Palliative Care Knowledge Test (CPKT) para medir el nivel de conocimiento en cuidados paliativos. Un 60.66% de los participantes era de sexo femenino. El 81.42% de los internos provenía de una universidad privada, y solo el 8.74% había cursado alguna asignatura previa sobre CP. Se encontró que el 70.49% de los internos presentó un nivel de conocimiento “bueno” acerca de CP. Además, se observó que haber tomado un curso previo sobre cuidados paliativos (RP: 2.67, IC 95% 1.75-4.06, $p < 0.001$) está significativamente asociado con un mayor nivel de conocimiento en esta área. Los internos de medicina mostraron un nivel de conocimiento “bueno” en cuidados paliativos, encontrándose una asociación significativa con la variable relacionada a haber realizado un curso previo sobre cuidados paliativos (47).

3.9.3. A nivel internacional

- Autor: Marcial Peña Elvia

Título: Ansiedad y nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos en estudiantes de Guerrero

Resumen: Identificar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de las escuelas de enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero. Se llevó a cabo un estudio mixto con un diseño transversal, comparativo, analítico y fenomenológico, utilizando narrativa testimonial. Se encuestaron a 380 estudiantes de cuarto año de la licenciatura, y se realizaron entrevistas a profundidad a 18 de ellos, con una duración de entre 25 a 40 minutos. El 78.7% de los estudiantes tiene un nivel de conocimientos en cuidados

paliativos que se considera malo. Según la escala de ansiedad y miedo a la muerte de Collett-Lester, el 66.3% de los encuestados se clasifica con un nivel de ansiedad muy alto. En relación a los diferentes escenarios de muerte, se observó que el 55.3% presenta un nivel de ansiedad moderada ante su propia muerte; el 57.1% se muestra muy ansioso ante el proceso de morir; el 75.5% siente alta ansiedad por la muerte de otros; y el 60% se siente muy ansioso respecto al proceso de morir de otras personas. Durante el proceso de muerte, los estudiantes expresaron sentimientos de tristeza, ansiedad, vacío profundo, desesperación, miedo, frustración, enojo, autoconservación y aceptación. Las intervenciones que proponen para pacientes hospitalizados en etapa terminal y para sus familias incluyen técnicas y procedimientos orientados a prevenir otras patologías y aliviar el dolor. Los estudiantes presentan un nivel de conocimiento malo sobre cuidados paliativos, dado que el plan de estudios no incluye una unidad de aprendizaje específica sobre este tema. Asimismo, el nivel de ansiedad ante la muerte es muy alto, reflejando que los estudiantes se sienten muy ansiosos ante los procesos relacionados con la muerte (48).

- Autor: Monica Lopez Garcia

Título: Nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos de médicos y enfermeras: validación transcultural de una herramienta de evaluación

Resumen: Los Cuidados Paliativos son esenciales en la atención primaria de salud, debido al creciente número de pacientes con enfermedades graves que requieren atención en etapas finales de su vida. Los médicos y enfermeras de familia necesitan adquirir competencias para proporcionar Cuidados Paliativos de calidad. Los programas de educación en grado y postgrado sobre Cuidados Paliativos son necesarios. Para verificar su eficacia, deben evaluarse los conocimientos y habilidades de los que reciben dicha capacitación. En España, la formación de grado y postgrado en Cuidados Paliativos es heterogénea. Para medir el conocimiento y la efectividad de la amplia variedad de programas de formación, es necesario un instrumento estandarizado y validado que nos permita comparar los conocimientos y los resultados de aprendizaje obtenidos en estudios realizados en España y en otros países. El objetivo de esta tesis doctoral fue

validar transculturalmente una herramienta de evaluación del conocimiento de médicos y enfermeros del nivel básico de atención sanitaria. La metodología se desarrolló en tres fases. En una primera fase se realizó un análisis descriptivo de la asignatura de Cuidados Paliativos y sus competencias curriculares en el grado de Enfermería y Medicina en España. Se realizó un estudio analítico transversal del conocimiento de 60 estudiantes del grado de Medicina de la Universidad de Málaga. En la segunda fase se realizó una búsqueda sistemática en la literatura de un cuestionario de conocimientos para médicos y enfermeros. El cuestionario seleccionado, Palliative Care Knowledge, (PCKT) fue validado con 260 médicos y enfermeras. La versión en español del PCKT (PCKT-SV) se obtuvo a partir de un proceso que incluyó traducción, retrotraducción y revisión por expertos y un estudio piloto. Se analizó la validez de contenido y la fiabilidad del cuestionario (49).

4. HIPÓTESIS

Dado que los cuidados paliativos son utilizados para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas que comprometen su salud, es probable que el personal médico posea diverso nivel de conocimiento en cuanto al manejo del dolor, la disnea, los trastornos psiquiátricos, los problemas gastrointestinales y la atención integral de los pacientes en cuidados paliativos.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se diseñó una ficha para la recolección de datos que incluyó el consentimiento informado y un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos de Cuidados Paliativos en el personal médico. Esta ficha fue elaborada en una versión virtual, creada mediante “Google Forms”, cuyo enlace fue compartido entre los médicos asistentes y médicos residentes, teniendo el apoyo de los cuerpos médicos de cada hospital público para su difusión, durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2024.

1.2. Instrumentos

Se aplicó una ficha de recolección de datos de 28 ítems (Anexo) dividido en 2 secciones para recolectar datos sociodemográficos y el instrumento para medir el nivel de conocimientos en Cuidados Paliativos:

- Datos sociodemográficos
- The Palliative care knowledge test por Y. Nakazawa (50), es un instrumento validado para evaluar el conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Este instrumento está construido a partir de cinco dominios, incluidos “filosofía”, “dolor”, “disnea”, “problemas psiquiátricos” y “problemas gastrointestinales”, pudiéndose aplicar a médicos y enfermeras.

1.3. Materiales de verificación

Ficha de recolección digital

Recursos digitales Microsoft Word y Microsoft Excel

Programa Estadístico SPSS

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

2.1.1. Ubicación espacial

Hospitales Públicos, Arequipa, Arequipa, Perú

2.1.2. Ubicación temporal

Setiembre a noviembre del año 2024

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Población

168 Médicos Residentes en todas las especialidades en el proceso de admisión mediante CONAREME, y 334 Médicos Asistentes con contrato vigente, en Hospitales Públicos, de septiembre a noviembre del año 2024.

2.2.2. Criterios de selección

a) Criterios de inclusión

- Médicos cirujanos generales que estén cursando su formación de residencia médica en un hospital público en Arequipa.
- Médicos especialistas que estén trabajando en un hospital público en Arequipa.

b) Criterios de exclusión

- Trabajadores del área de la salud que no formen parte del cuerpo médico.
- Trabajadores del área de salud que no tengan título de médico cirujano general.
- Trabajadores del área de la salud que no estén de acuerdo con la realización del estudio.

2.2.3. Tamaño de la muestra

La muestra de estudio estuvo constituida por aproximadamente 145 residentes y asistentes en conjunto distribuidos en los respectivos hospitales públicos de nuestra ciudad de Arequipa. Esta muestra es con un intervalo de confianza al 95%, con una proporción del 5% y una precisión del 3 %.

- $$N = \frac{1.96^2 \cdot 502 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.03^2 (502 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}$$
- N=145

2.2.4. Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Para la recolección de datos se seleccionó al personal médico disponible y trabajando de manera activa, previa autorización, que cumplan con los criterios de inclusión, ya descritos.
- Se procedió a la recolección de datos con previa lectura y firma del consentimiento (Ver anexo 2).

- Este proyecto de investigación fue realizado teniendo en cuenta la declaración de Helsinki y el Artículo N051 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, dentro del cual se establece que los investigadores tienen el deber de respetar el derecho que tienen los profesionales de salud a la confidencialidad de todos sus datos personales; se tomó en cuenta también al 19 Artículo número 95 del mismo código, para que la realización de esta investigación conservará el anonimato del profesional de la salud. Además, se obedeció las consideraciones éticas señaladas en la Ley General de Salud del Estado Peruano, Ley N026842, donde se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud, y la importancia de que nuestra investigación sea realizada por profesionales con experiencia y con respaldo de una institución respetable.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

Investigadores tesistas Miguel Angel Manchego Bautista, Joaquin Jesús Molina Acosta

Médicos asistentes y médicos residentes que aceptaron formar parte del estudio

3.2.2. Materiales

Ficha de recolección de datos digital

Computadora

Impresora

Papelería

Materiales de escritorio

Microsoft Word

Microsoft Excel

Programa estadístico SPSS

3.2.3. Financieros

Autofinanciado



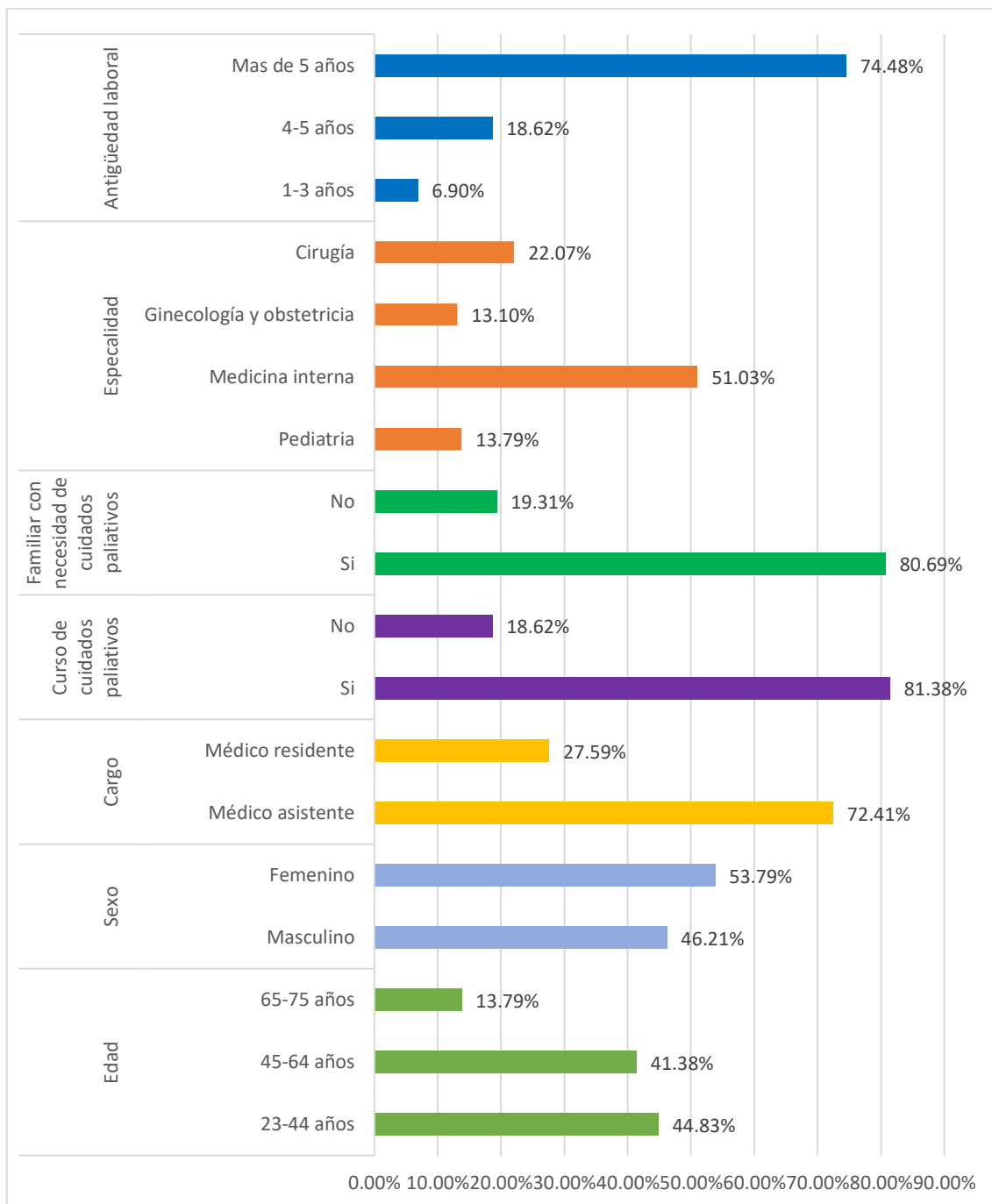
CAPÍTULO III RESULTADOS

RESULTADOS

Tabla N°. 1 Datos sociodemográficos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Datos demográficos			
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	23-44 años	65	44.83%
	45-64 años	60	41.38%
	65-75 años	20	13.79%
	Total	145	100.00%
Sexo	Masculino	67	46.21%
	Femenino	78	53.79%
	Total	145	100.00%
Cargo	Médico asistente	105	72.41%
	Médico residente	40	27.59%
	Total	145	100.00%
Curso de Cuidados Paliativos	Si	118	81.38%
	No	27	18.62%
	Total	145	100.00%
Familiar con necesidad de Cuidados Paliativos	Si	117	80.69%
	No	28	19.31%
	Total	145	100.00%
Especialidad	Pediatría	20	13.79%
	Medicina interna	74	51.03%
	Ginecología y obstetricia	19	13.10%
	Cirugía	32	22.07%
	Total	145	100.00%
Antigüedad laboral	1-3 años	10	6.90%
	4-5 años	27	18.62%
	Más de 5 años	108	74.48%
	Total	145	100.00%

Gráfico N° 1 Datos sociodemográficos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 1, se presenta información sociodemográfica del personal médico, analizando diferentes características relevantes. En cuanto a la distribución por edad, se observa que el grupo predominante está compuesto por profesionales con edades entre 23 y 44 años, representando el 44.83%. Le sigue el grupo de 45 a 64 años con un 41.38%, mientras que el 13.79% corresponde al rango de 65 a 75 años.

Respecto al sexo, el personal médico está mayoritariamente conformado por mujeres, quienes representan el 53.79%, mientras que los hombres constituyen el 46.21%. Respecto al cargo desempeñado, los médicos asistentes son mayoría, alcanzando el 72.41%, a diferencia de los médicos residentes que representan el 27.59%.

En cuanto a la formación en Cuidados Paliativos, el 81.38% del personal ha recibido capacitación en esta área, mientras que el 18.62% no cuenta con esta formación. Además, un 80.69% de los médicos tiene experiencia personal con familiares que requirieron Cuidados Paliativos, a diferencia del 19.31% que no ha tenido esta experiencia.

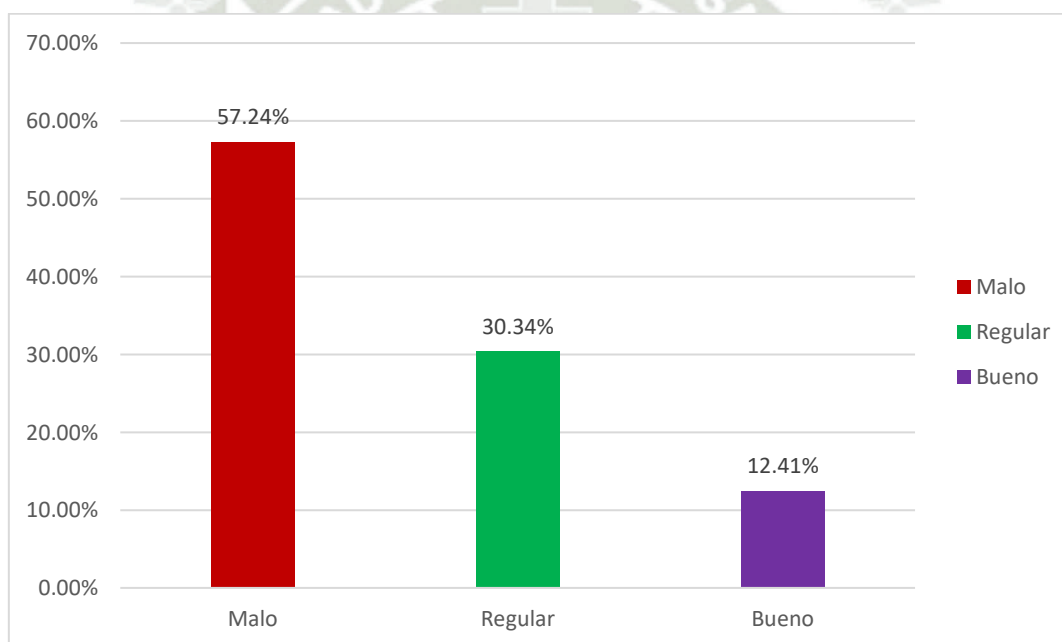
Respecto a las especialidades médicas, se destaca que Medicina Interna es la más frecuente, con un 51.03%. Cirugía ocupa el segundo lugar con un 22.07%, seguida por Pediatría con un 13.79% y Ginecología y Obstetricia con un 13.10%.

En cuanto a la antigüedad laboral, se observa que el 74.48% del personal tiene más de cinco años de experiencia laboral, mientras que el 18.62% tiene entre cuatro y cinco años. El grupo con menor experiencia, de uno a tres años, representa el 6.90%.

Tabla N°. 2 Nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo		
	N	%
Malo	83	57.24%
Regular	44	30.34%
Bueno	18	12.41%
Total	145	100.00%

Gráfico N° 2 Nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

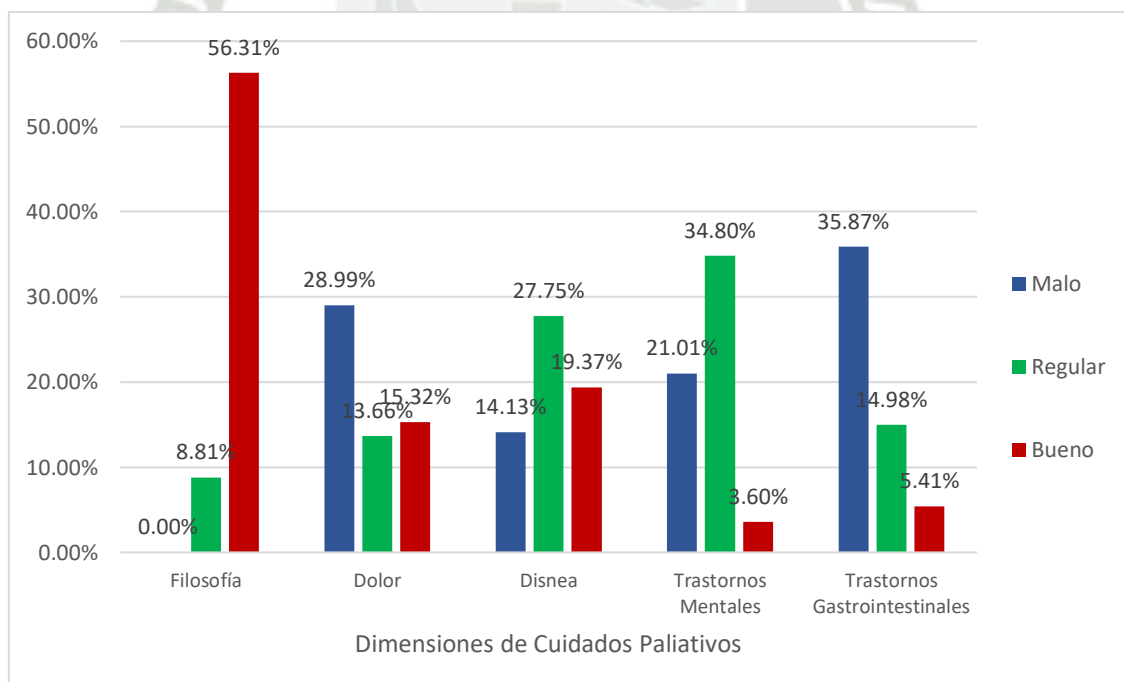


En la Tabla 2, el análisis del nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico evidencia importantes deficiencias. La mayoría, un 57.24%, posee un nivel de conocimiento clasificado como malo, lo que sugiere una preparación insuficiente para atender de manera adecuada a los pacientes que requieren este tipo de cuidados. Un 30.34% presenta un conocimiento regular, lo que indica que tienen nociones básicas, pero no suficientes para una atención integral. Solo el 12.41 % alcanza un nivel de conocimiento bueno, destacándose como la minoría capacitada para manejar esta área con eficacia.

Tabla N°. 3 Nivel de conocimiento por dimensiones de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

	Dimensiones de Cuidados Paliativos					
	Malo		Regular		Bueno	
	N	%	N	%	N	%
Filosofía	0	0.00%	20	8.81%	125	56.31%
Dolor	80	28.99%	31	13.66%	34	15.32%
Disnea	39	14.13%	63	27.75%	43	19.37%
Trastornos Mentales	58	21.01%	79	34.80%	8	3.60%
Trastornos Gastrointestinales	99	35.87%	34	14.98%	12	5.41%
Total	276	100.00%	227	100.00%	222	100.00%

Gráfico N° 3 Nivel de conocimiento por dimensiones de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 3, analiza el nivel de conocimiento del personal médico sobre Cuidados Paliativos desglosado en distintas dimensiones, evidenciando variaciones significativas en cada área evaluada. En la dimensión de filosofía de los Cuidados Paliativos, destaca que la mayoría del personal tiene un nivel bueno, con un 56.31 %, mientras que un 8.81 % posee un nivel regular. No se reportaron casos con un nivel malo en esta dimensión, lo

que sugiere que los principios básicos de los Cuidados Paliativos están bien comprendidos.

En la dimensión de manejo del dolor, el 28.99% presenta un nivel de conocimiento malo, un 13.66 % tiene un nivel regular y solo un 15.32% alcanza un nivel bueno, indicando que esta área requiere atención para fortalecer las competencias clínicas. En el manejo de la disnea, un 14.13 % tiene un nivel malo, un 27.75% regular y un 19.37% bueno, mostrando un desempeño moderado.

Los trastornos mentales representan una de las áreas más críticas, ya que un 21.01% tiene un nivel malo, un 34.80% regular y apenas un 3.60% alcanza un nivel bueno, reflejando una marcada deficiencia en esta dimensión. En cuanto a los trastornos gastrointestinales, la situación es aún más preocupante, ya que el 35.87% tiene un nivel malo, el 14.98% regular y solo el 5.41% bueno.

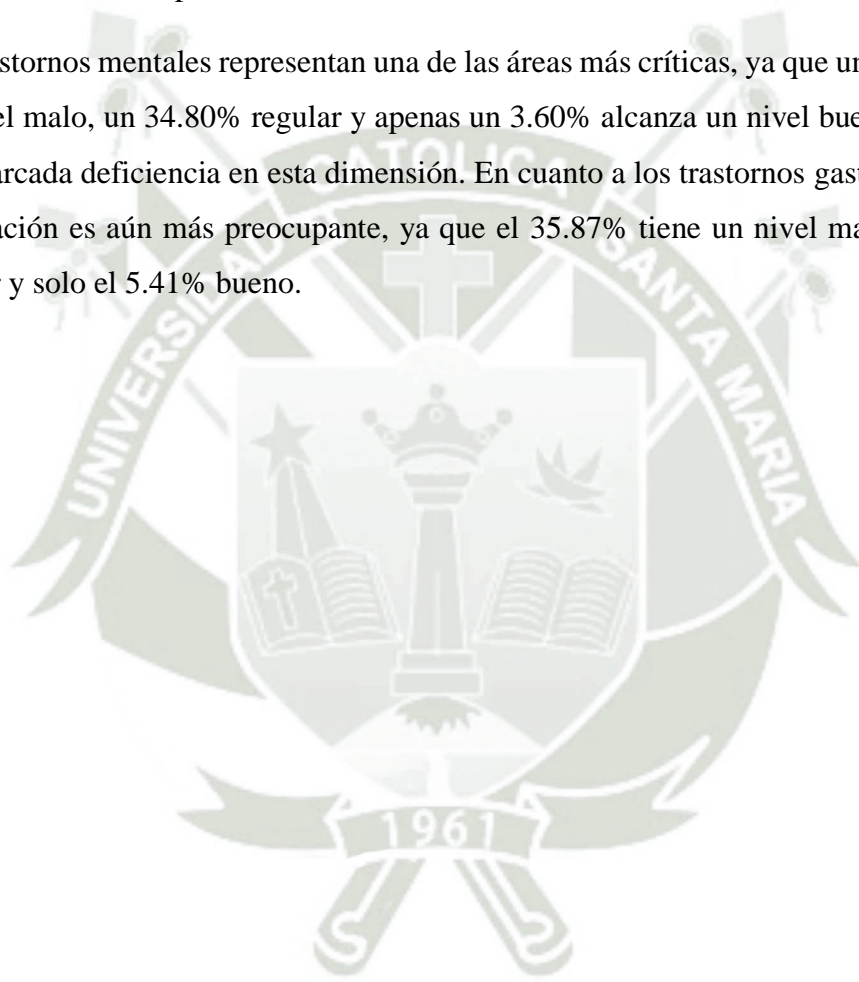
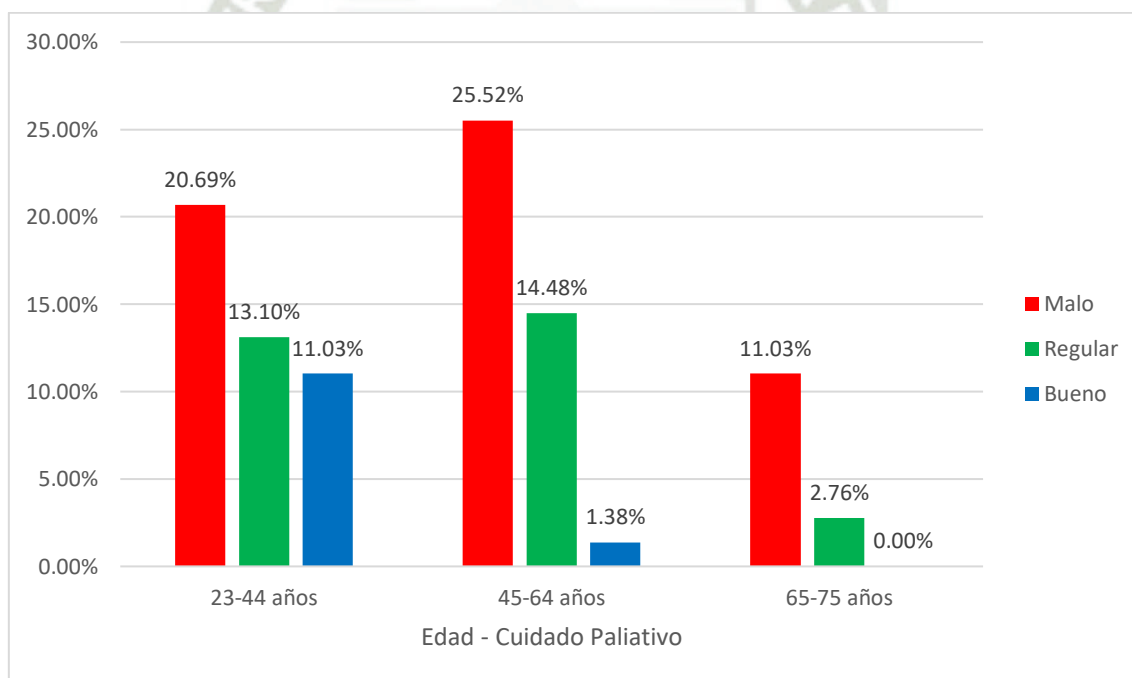


Tabla N°. 4 Asociación entre la edad y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

	Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total		
	Malo		Regular		Bueno				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	23-44 años	30	20.69%	19	13.10%	16	11.03%	65	44.83%
	45-64 años	37	25.52%	21	14.48%	2	1.38%	60	41.38%
	65-75 años	16	11.03%	4	2.76%	0	0.00%	20	13.79%
	Total	83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 4 Asociación entre la edad y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 4, presenta la relación entre la edad del personal médico y su nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos. Los datos muestran una clara tendencia en cuanto a la edad y el nivel de conocimiento, destacando que los profesionales más jóvenes, en el grupo de 23 a 44 años, tienen una distribución más equitativa en los tres niveles de conocimiento. De este grupo, un 20.69% tiene un nivel malo, un 13.10% regular y un 11.03% bueno. Aunque existe una mayor proporción de conocimiento malo, el porcentaje de conocimiento bueno es relativamente más alto en comparación con los otros grupos de edad.

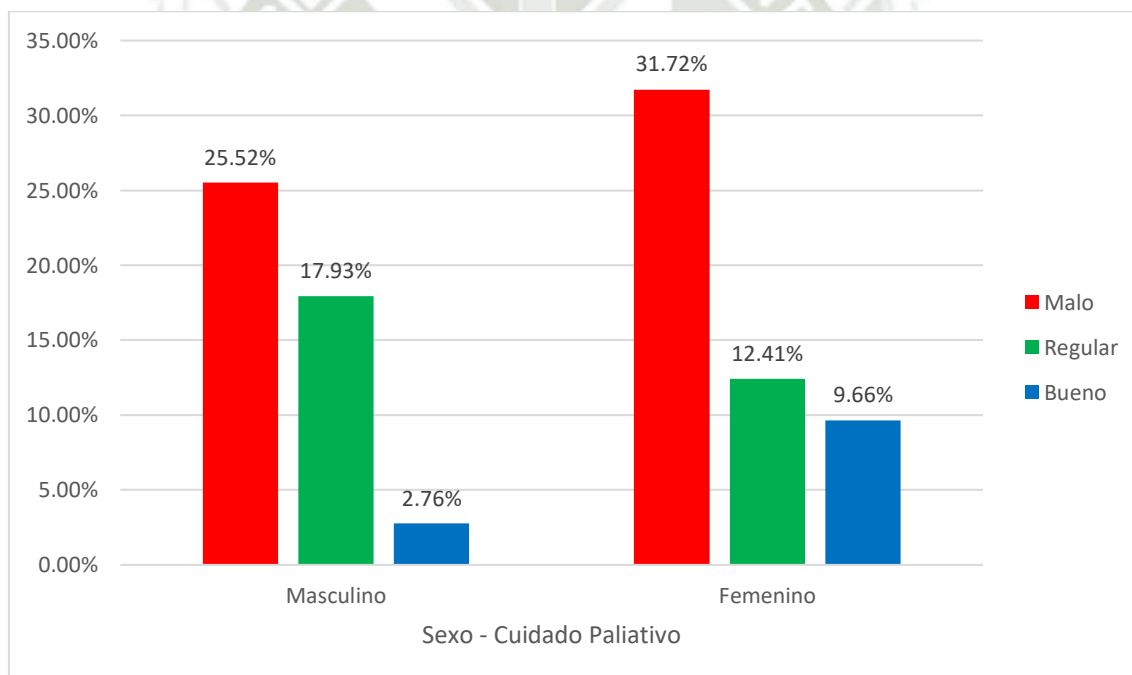
En el grupo de 45 a 64 años, se observa una mayor concentración en el nivel malo, con un 25.52%, y una reducción significativa en el nivel bueno, que solo alcanza un 1.38%. Este grupo muestra una deficiencia notable en el conocimiento de Cuidados Paliativos, con un porcentaje bajo en el nivel bueno, lo que podría indicar la necesidad de actualización en esta área.

Por último, el grupo de 65 a 75 años presenta una menor muestra, con solo un 11.03% en el nivel malo y un 2.76% en el nivel regular, pero sin ninguna persona con un nivel bueno de conocimiento. Esta edad avanzada podría asociarse con un menor acceso o interés en la capacitación continua sobre Cuidados Paliativos, lo que se refleja en los resultados.

Tabla N°. 5 Asociación entre el sexo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

		Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total	
		Malo		Regular		Bueno		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Sexo	Masculino	37	25.52%	26	17.93%	4	2.76%	67	46.21%
	Femenino	46	31.72%	18	12.41%	14	9.66%	78	53.79%
Total		83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 5 Asociación entre el sexo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 5, muestra la relación entre el sexo del personal médico y su nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos. Los resultados indican que el grupo masculino tiene una distribución más marcada en los niveles de conocimiento malo y regular. Un 25.52% de los hombres presentan un nivel malo de conocimiento, mientras que un 17.93% tienen un nivel regular. Solo un 2.76% alcanza un nivel bueno de conocimiento, lo que refleja una escasa preparación en esta área.

En comparación, las mujeres presentan una mayor proporción de conocimiento bueno, con un 9.66% en este nivel, mientras que el 31.72% tienen un nivel malo y un 12.41% un nivel regular. Aunque las mujeres también muestran un porcentaje significativo de conocimiento malo, es notable que más mujeres que hombres se encuentran en el nivel bueno de conocimiento.

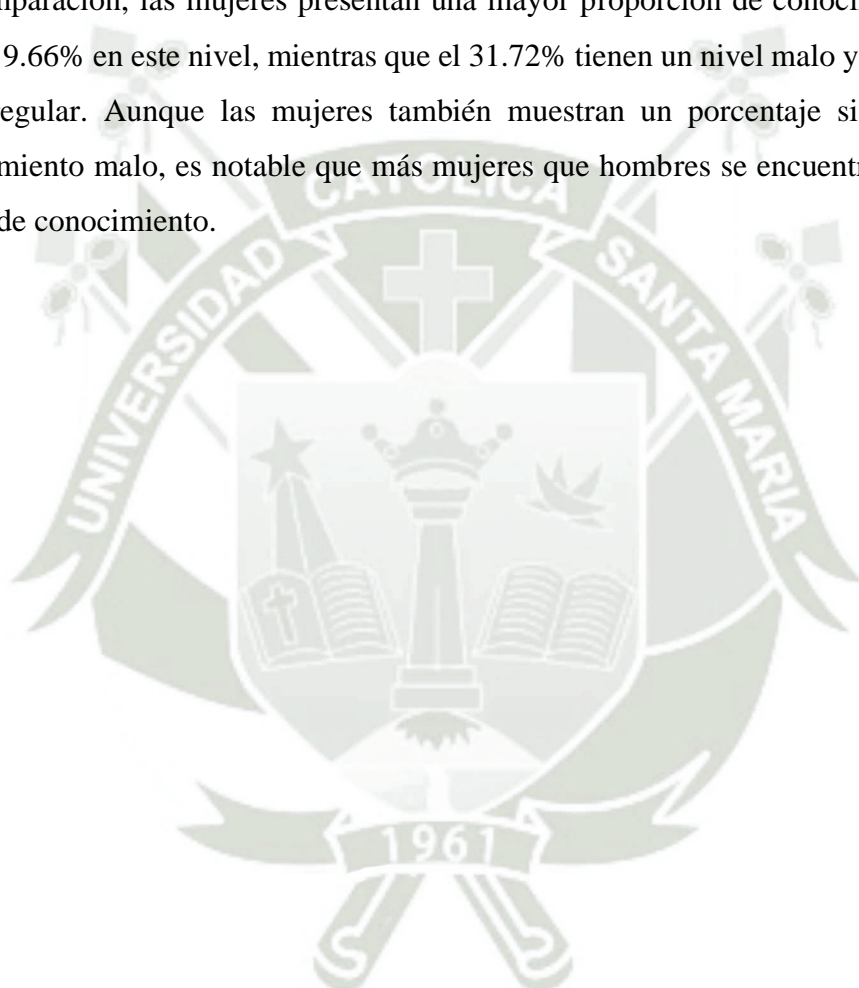
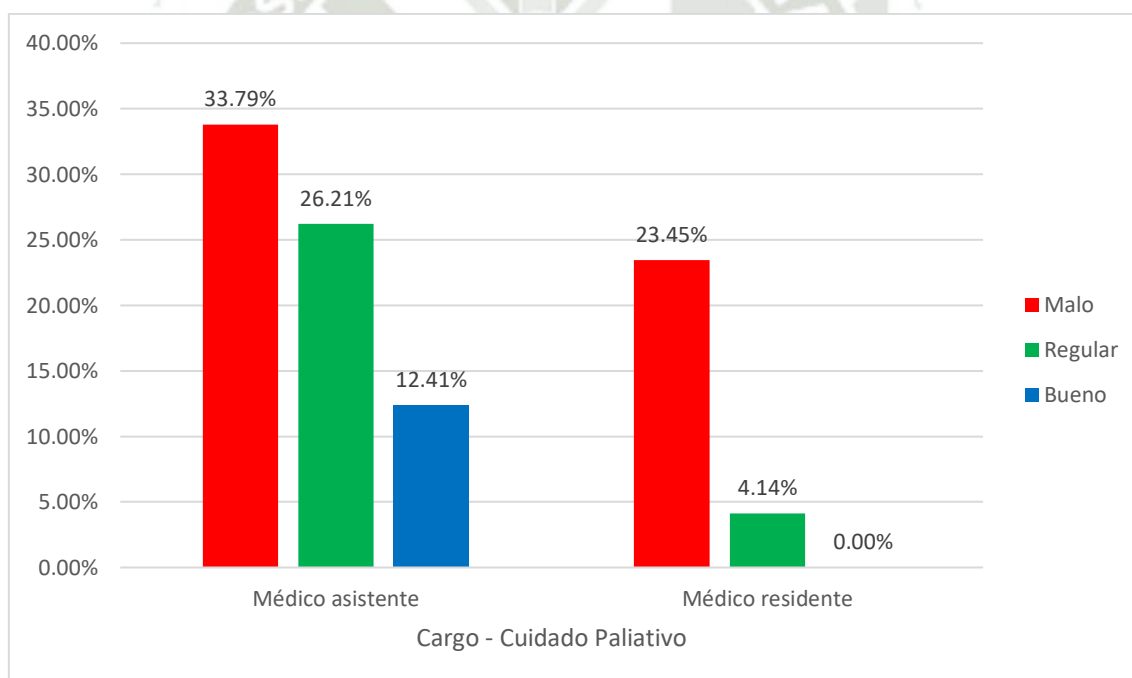


Tabla N°. 6 Asociación entre el cargo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Cargo	Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Médico asistente	49	33.79%	38	26.21%	18	12.41%	105	72.41%
Médico residente	34	23.45%	6	4.14%	0	0.00%	40	27.59%
Total	83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 6 Asociación entre el cargo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 6, presenta la relación entre el cargo del personal médico y su nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos. Los datos revelan diferencias importantes entre los médicos asistentes y los médicos residentes en cuanto a su conocimiento en este ámbito.

Los médicos asistentes, que representan la mayoría de la muestra con un 72.41%, tienen una mayor distribución en los niveles de conocimiento malo y regular. Un 33.79% de los médicos asistentes reportan un nivel malo de conocimiento, mientras que un 26.21% tienen un nivel regular. Solo un 12.41% alcanza un nivel bueno, lo que indica que, aunque este grupo es más numeroso, la preparación en Cuidados Paliativos sigue siendo insuficiente para muchos de ellos.

Por otro lado, los médicos residentes, que conforman el 27.59% de la muestra, presentan una concentración más elevada en el nivel malo de conocimiento, con un 23.45%, y solo un 4.14% tienen un nivel regular. Ningún médico residente alcanzó un nivel bueno de conocimiento en Cuidados Paliativos, lo que refleja una clara deficiencia en su formación en esta área esencial.

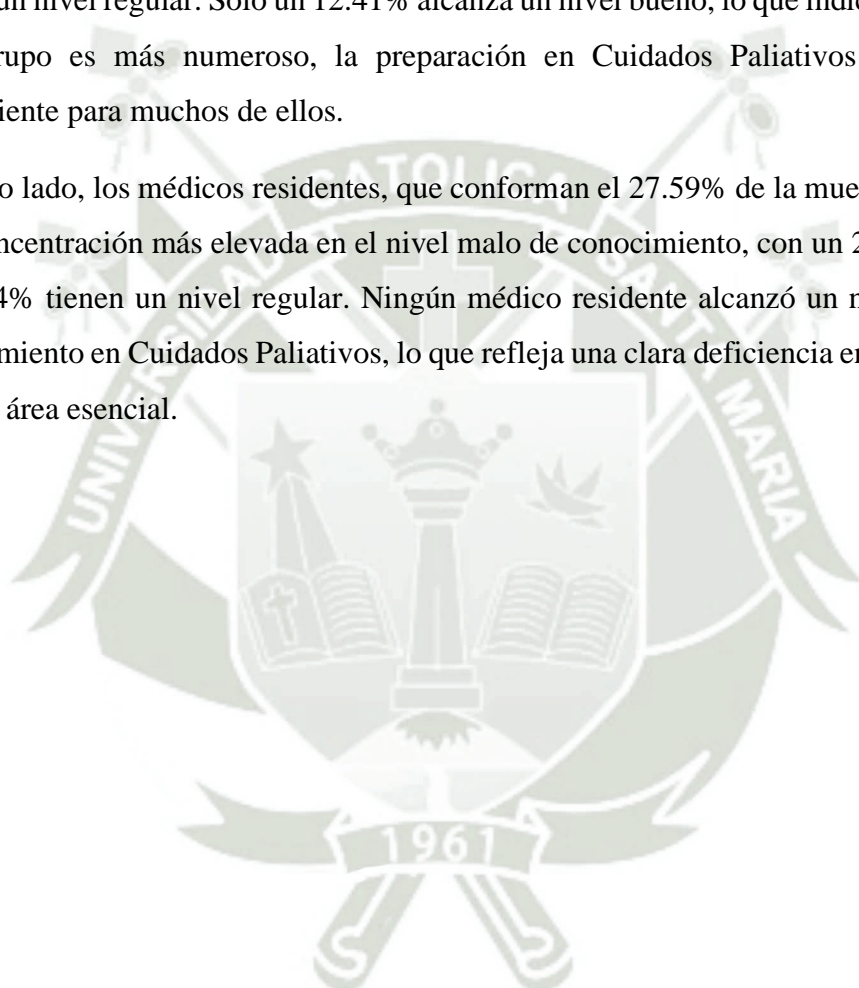
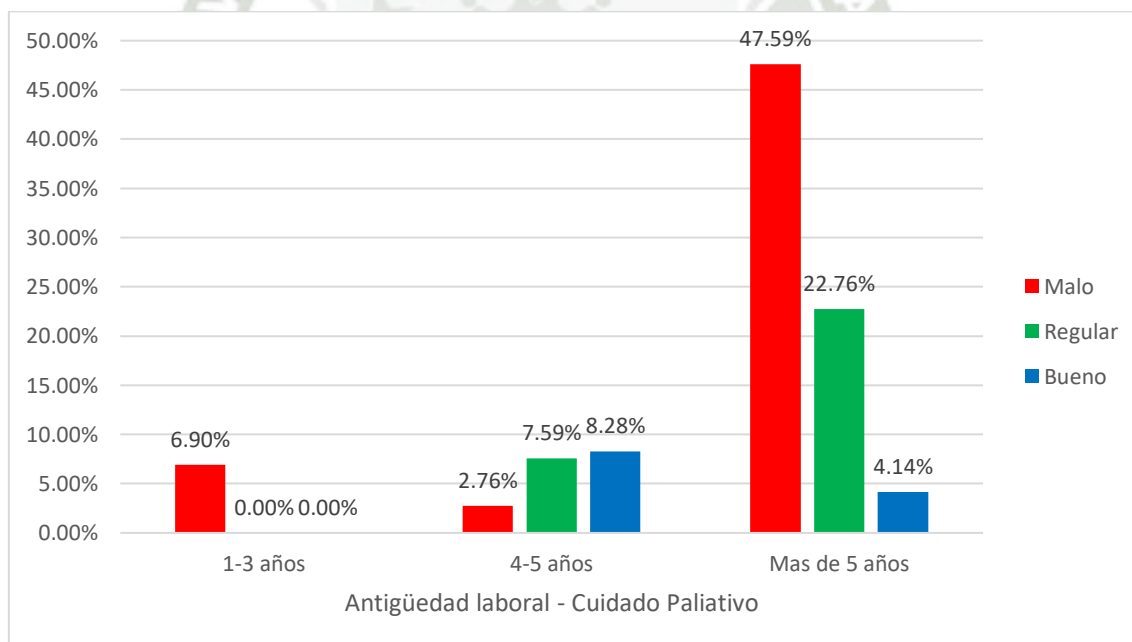


Tabla N°. 7 Asociación entre la antigüedad laboral y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

		Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total	
		Malo		Regular		Bueno			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Antigüedad laboral	1-3 años	10	6.90%	0	0.00%	0	0.00%	10	6.90%
	4-5 años	4	2.76%	11	7.59%	12	8.28%	27	18.62%
	Más de 5 años	69	47.59%	33	22.76%	6	4.14%	108	74.48%
	Total	83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 7 Asociación entre la antigüedad laboral y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 7, muestra la relación entre la antigüedad laboral del personal médico y su nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos. Los resultados revelan diferencias significativas entre los grupos con distintos años de experiencia laboral.

En el grupo con 1 a 3 años de antigüedad, que representa el 6.90% de la muestra, todos los participantes se encuentran en el nivel malo de conocimiento, sin ninguna persona en

los niveles regular o bueno. Esto sugiere que los médicos con menor experiencia laboral aún no han recibido una capacitación adecuada o suficiente en Cuidados Paliativos.

En el grupo con 4 a 5 años de antigüedad, que representa el 18.62% de la muestra, se observa una distribución más variada. Un 2.76 % tiene un nivel malo, un 7.59% tiene un nivel regular y un 8.28% alcanza el nivel bueno de conocimiento. Este grupo muestra una mejora respecto al anterior, indicando que con algunos años adicionales de experiencia, los médicos empiezan a adquirir un mayor conocimiento en Cuidados Paliativos.

En el grupo con más de 5 años de antigüedad, que constituye el 74.48% de la muestra, la mayoría de los participantes presentan un nivel malo de conocimiento, con un 47.59%. Un 22.76% se encuentra en el nivel regular y solo un 4.14% alcanza un nivel bueno de conocimiento. Aunque este grupo tiene más años de experiencia, sigue mostrando deficiencias importantes en el conocimiento de Cuidados Paliativos, lo que resalta la necesidad de una formación continua en esta área.

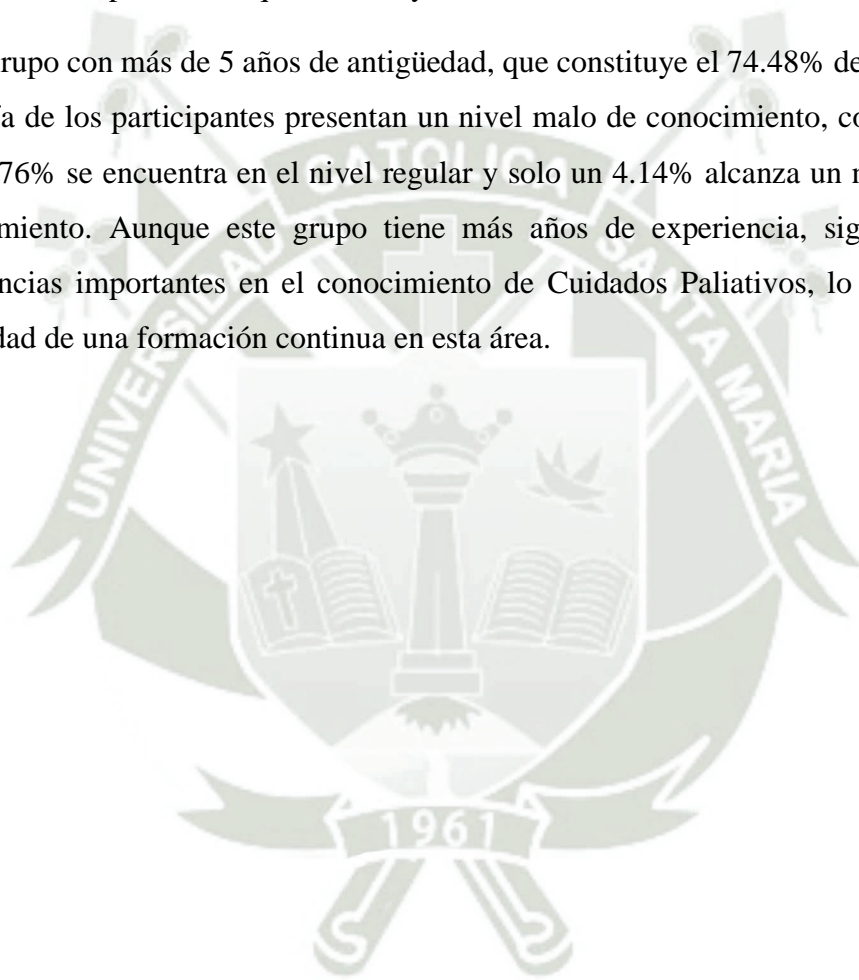
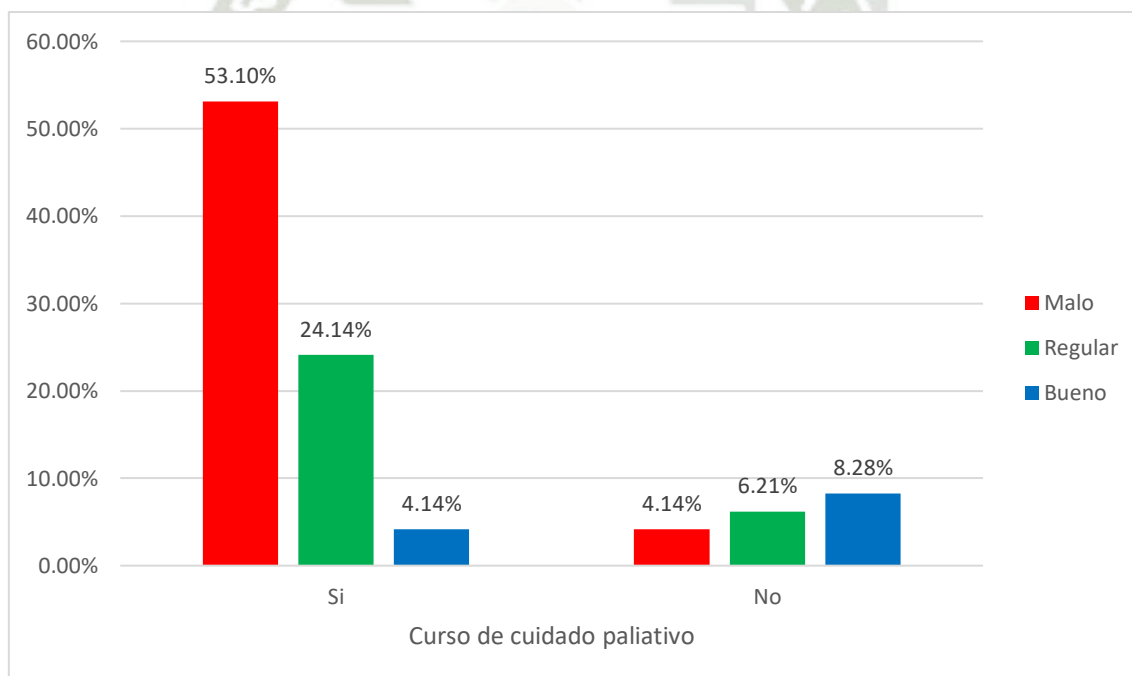


Tabla N°. 8 Asociación entre el curso de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

		Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total	
		Malo		Regular		Bueno			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Curso de cuidado paliativo	Si	77	53.10%	35	24.14%	6	4.14%	118	81.38%
	No	6	4.14%	9	6.21%	12	8.28%	27	18.62%
Total		83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 8 Asociación entre el curso de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 8, refleja la relación entre la participación en un curso de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento en esta área entre el personal médico. Los resultados indican una diferencia significativa en el conocimiento de Cuidados Paliativos según la asistencia a este tipo de curso.

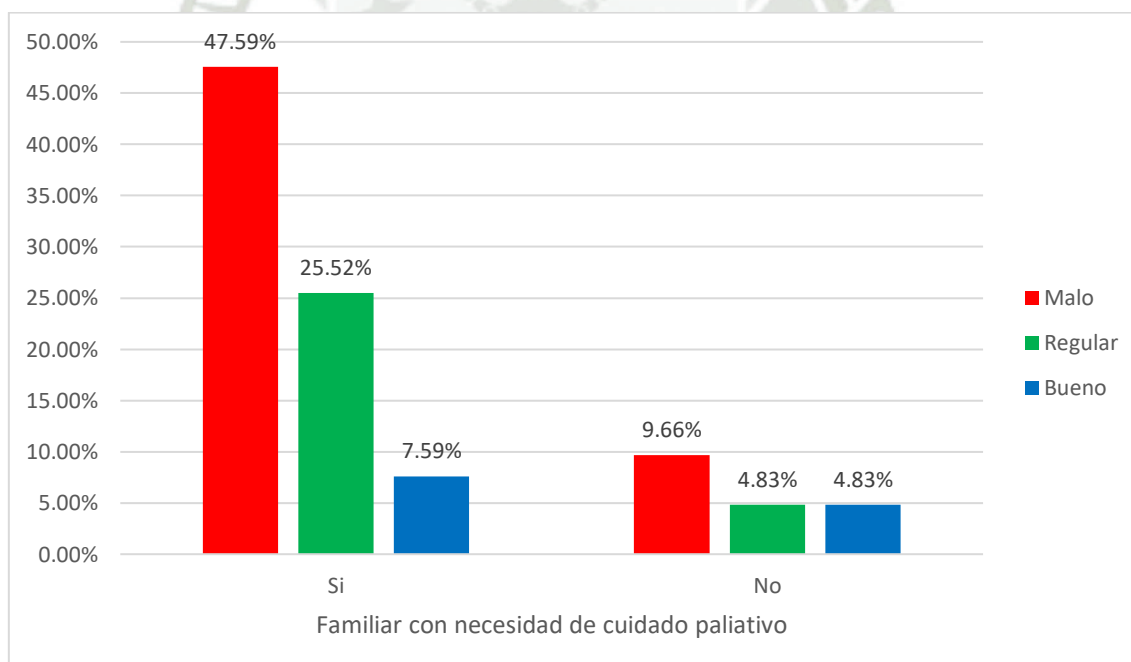
En el grupo de médicos que han cursado el programa de Cuidados Paliativos, que representa el 81.38% de la muestra, se observa que el 53.10% tiene un nivel de conocimiento malo, el 24.14% se encuentra en el nivel regular y solo el 4.14% alcanza un nivel bueno. Aunque una gran parte del personal que ha participado en el curso se encuentra en los niveles más bajos de conocimiento, es importante señalar que la capacitación no ha tenido un impacto completamente efectivo en mejorar los niveles de conocimiento, ya que la mayoría de los médicos en este grupo aún presentan deficiencias en este ámbito.

Por otro lado, en el grupo que no ha tomado el curso, que constituye el 18.62% de la muestra, los resultados son diferentes. El 4.14% tiene un nivel de conocimiento malo, el 6.21% tiene un nivel regular y el 8.28% alcanza un nivel bueno. Aunque este grupo es significativamente más pequeño, un porcentaje mayor de los participantes en este grupo muestra un nivel de conocimiento bueno en comparación con aquellos que han tomado el curso.

Tabla N°. 9 Asociación entre un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

		Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total	
		Malo		Regular		Bueno			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar con necesidad de cuidado paliativo	Si	69	47.59%	37	25.52%	11	7.59%	117	80.69%
	No	14	9.66%	7	4.83%	7	4.83%	28	19.31%
Total		83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 9 Asociación entre un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 9, muestra la relación entre tener un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico. Los resultados indican que aquellos médicos que tienen un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos tienen una distribución de conocimientos diferente en comparación con los que no tienen un familiar en esta situación.

De los médicos que tienen un familiar que requiere Cuidados Paliativos, que constituyen el 80.69% de la muestra, el 47.59% presenta un nivel de conocimiento malo, el 25.52% tiene un conocimiento regular y el 7.59% alcanza un nivel de conocimiento bueno. A pesar de la experiencia personal que puedan tener con los Cuidados Paliativos debido a la situación de un familiar, la mayoría de estos médicos siguen mostrando un nivel insuficiente de conocimiento en este ámbito.

En el grupo de médicos que no tienen un familiar con esta necesidad, que representa el 19.31% de la muestra, los resultados son notablemente diferentes. El 9.66% tiene un nivel de conocimiento malo, el 4.83% tiene un nivel regular y otro 4.83% tiene un conocimiento bueno. Aunque el grupo es más pequeño, la proporción de médicos con un nivel bueno de conocimiento es igual al porcentaje de aquellos con conocimiento regular, lo que contrasta con el grupo anterior donde la mayoría tiene un conocimiento malo.

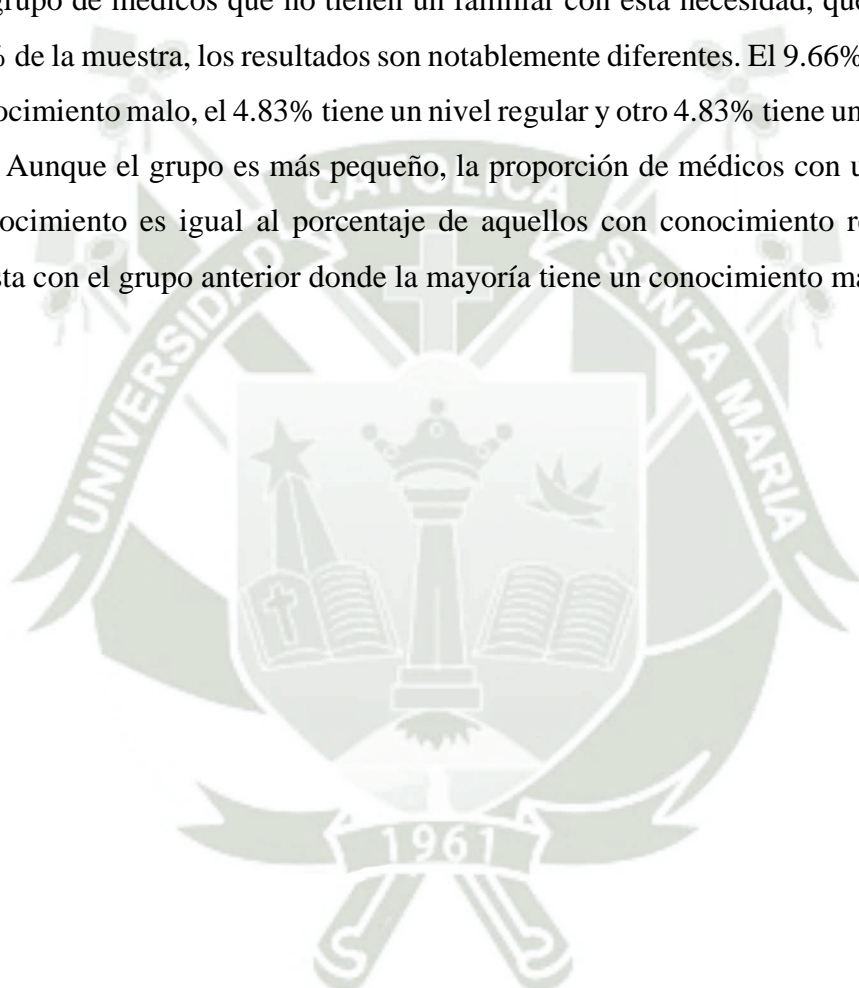
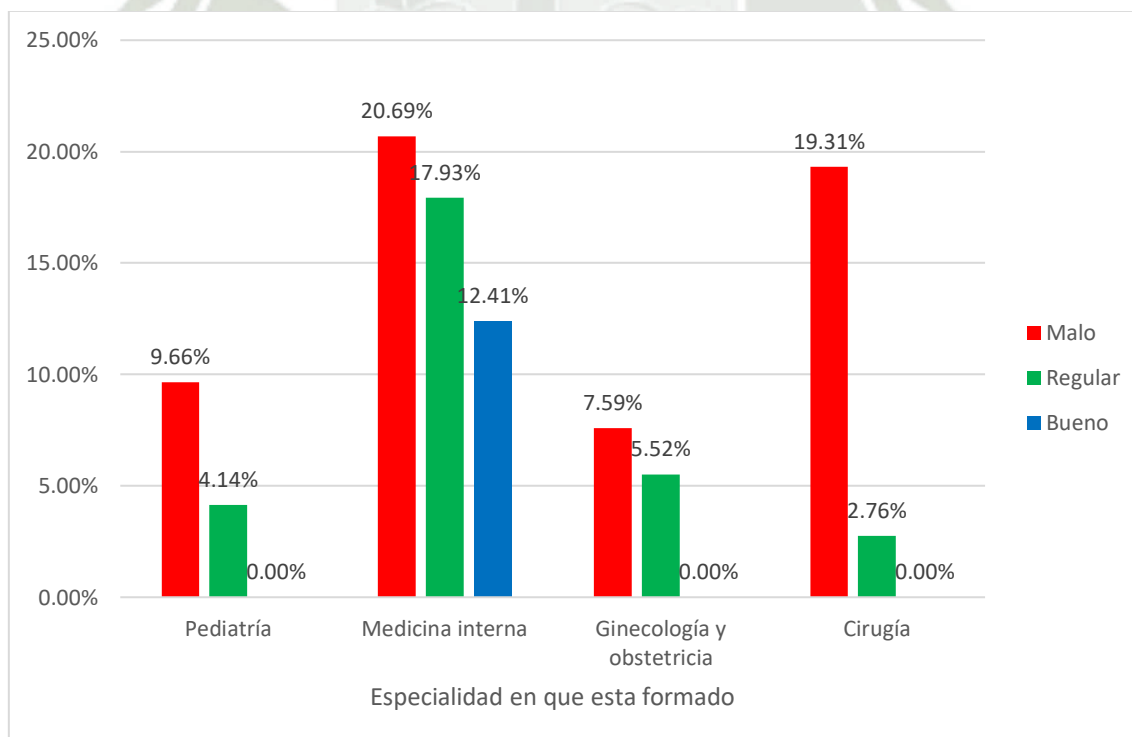


Tabla N°. 10 Asociación entre la especialidad de formación y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

	Especialidad en que está formado	Nivel de conocimiento de Cuidado Paliativo						Total	
		Malo		Regular		Bueno		N	%
		N	%	N	%	N	%		
	Pediatría	14	9.66%	6	4.14%	0	0.00%	20	13.79%
	Medicina interna	30	20.69%	26	17.93%	18	12.41%	74	51.03%
	Ginecología y obstetricia	11	7.59%	8	5.52%	0	0.00%	19	13.10%
	Cirugía	28	19.31%	4	2.76%	0	0.00%	32	22.07%
	Total	83	57.24%	44	30.34%	18	12.41%	145	100.00%

Gráfico N° 10 Asociación entre la especialidad de formación y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



En la Tabla 10, se observa la relación entre la especialidad de formación y el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico. Los datos revelan variaciones en el conocimiento dependiendo de la especialidad en la que se ha formado cada profesional.

En el grupo de pediatría, que representa el 13.79% de la muestra, la mayoría de los médicos tienen un nivel de conocimiento malo (9.66%), seguido de un 4.14% con un conocimiento regular, y ningún médico en este grupo alcanza el nivel bueno de conocimiento. En la especialidad de medicina interna, que representa el 51.03% de los médicos, se presenta una distribución más variada: un 20.69% tiene un conocimiento malo, un 17.93% tiene un conocimiento regular y un 12.41% tiene un conocimiento bueno. En ginecología y obstetricia, que constituye el 13.10% de la muestra, el 7.59% de los médicos tiene un conocimiento malo, un 5.52% tiene un conocimiento regular y ninguno alcanza el nivel bueno. Finalmente, en cirugía, que representa el 22.07% de la muestra, el 19.31% tiene un conocimiento malo, un 2.76% tiene un conocimiento regular y ninguno tiene un conocimiento bueno.

Tabla N°. 11 Prueba de chi-cuadrado entre la edad y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,835 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	21,189	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,868	1	,000
N de casos válidos	145		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 2,48.

En la Tabla 11, la prueba de chi-cuadrado entre la edad y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico revela una asociación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 18,835, con una significación asintótica de 0,001, lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de los médicos y su nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. La razón de verosimilitud es de 21,189 con un valor p de 0,000, lo que también respalda la existencia de esta relación.

Además, la prueba de asociación lineal por lineal presenta un valor de 13,868 con una significancia de 0,000, sugiriendo que la relación es de naturaleza lineal. Aunque una casilla presenta un recuento menor a cinco, los resultados en su conjunto confirman que la edad tiene un impacto en el nivel de conocimiento de los Cuidados Paliativos.

Tabla N°. 12 Prueba de chi-cuadrado entre el sexo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,193 ^a	2	,027
Razón de verosimilitud	7,489	2	,024
Asociación lineal por lineal	,489	1	,484
N de casos válidos	145		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 8,32.

En la Tabla 12, la prueba de chi-cuadrado entre el sexo y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico muestra una relación significativa, ya que el valor del chi-cuadrado de Pearson es de 7,193 con una significación asintótica de 0,027. Esto indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Además, la razón de verosimilitud es de 7,489 con una significación de 0,024, lo que refuerza la existencia de esta relación. Sin embargo, la prueba de asociación lineal por lineal no muestra una relación significativa, ya que el valor es de 0,489 con una significancia de 0,484. Los resultados sugieren que el sexo influye en el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos, aunque la relación no es lineal. No se observan casillas con recuentos esperados menores a cinco.

Tabla N°. 13 Prueba de chi-cuadrado entre el cargo y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,579 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	23,423	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,863	1	,000
N de casos válidos	145		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 4,97.

En la Tabla 13, la prueba de chi-cuadrado entre el cargo y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico revela una asociación altamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 18,579 con una significación asintótica de 0,000, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre el cargo y el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos. Además, la razón de verosimilitud muestra un valor de 23,423 con una significación de 0,000, lo que respalda aún más la relación. La prueba de asociación lineal por lineal también resulta significativa, con un valor de 17,863 y una significancia de 0,000. Estos resultados sugieren que el cargo de los médicos influye de manera significativa en su nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Sin embargo, una casilla tiene un recuento menor a cinco, aunque el recuento mínimo esperado es suficiente.

Tabla N°. 14 Prueba de chi-cuadrado entre la antigüedad laboral y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,164 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	43,407	4	,000
Asociación lineal por lineal	3,184	1	,074
N de casos válidos	145		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,24.

En la Tabla 14, la prueba de chi-cuadrado entre la antigüedad laboral y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico muestra una asociación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 44,164 con una significación asintótica de 0,000, lo que indica que la antigüedad laboral tiene un impacto estadísticamente significativo en el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. La razón de verosimilitud también respalda estos hallazgos con un valor de 43,407 y una significación de 0,000. Sin embargo, la prueba de asociación lineal por lineal no resulta significativa con un valor de 3,184 y una significación de 0,074. Además, tres casillas presentan un recuento menor a cinco, aunque el recuento mínimo esperado es bajo, lo que podría afectar la interpretación en algunos casos. En general, la antigüedad laboral se asocia con el conocimiento en Cuidados Paliativos.

Tabla N°. 15 Prueba de chi-cuadrado entre el curso de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,626 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	28,817	2	,000
Asociación lineal por lineal	29,889	1	,000
N de casos válidos	145		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 3,35.

En la Tabla 15, la prueba de chi-cuadrado entre la realización del curso de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento de estos cuidados muestra una asociación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 34,626 con una significación asintótica de 0,000, lo que indica que la participación en el curso tiene un impacto importante en el conocimiento sobre Cuidados Paliativos. La razón de verosimilitud también es significativa, con un valor de 28,817 y una significación de 0,000. Además, la prueba de asociación lineal por lineal refleja una relación significativa con un valor de 29,889 y una significación de 0,000. Sin embargo, se observa que una casilla tiene un recuento menor que cinco, lo cual debe ser considerado al interpretar los resultados. En general, el curso de Cuidados Paliativos influye positivamente en el nivel de conocimiento de los médicos.

Tabla N°. 16 Prueba de chi-cuadrado entre un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,073 ^a	2	,079
Razón de verosimilitud	4,358	2	,113
Asociación lineal por lineal	2,734	1	,098
N de casos válidos	145		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 3,48.

En la Tabla 16, la prueba de chi-cuadrado entre la presencia de un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento de estos cuidados por parte del personal médico no muestra una relación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 5,073 con una significación asintótica de 0,079, lo que indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. La razón de verosimilitud también tiene una significación de 0,113, lo que refuerza la idea de que no existe una asociación relevante. Además, la prueba de asociación lineal por lineal tiene un valor de 2,734 con una significación de 0,098, lo que también sugiere que la relación no es significativa. A pesar de que una casilla tiene un recuento menor que cinco, los resultados generales sugieren que la experiencia personal de tener un familiar con Cuidados Paliativos no influye directamente en el conocimiento de los médicos sobre el tema.

Tabla N°. 17 Prueba de chi-cuadrado entre la especialidad de formación y el nivel conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,349 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	38,796	6	,000
Asociación lineal por lineal	8,797	1	,003
N de casos válidos	145		

a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 2,36.

En la Tabla 17, prueba de chi-cuadrado entre la especialidad de formación y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico indicaron una relación significativa entre ambas variables. El valor obtenido para el chi-cuadrado de Pearson es 31,349 con una significación asintótica de 0,000, lo que sugiere que la especialidad de formación influye en el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos. Además, la razón de verosimilitud de 38,796 y la asociación lineal por lineal de 8,797 con un valor de significación de 0,003 refuerzan esta conclusión. Estos hallazgos evidencian que las diferentes especialidades médicas impactan de manera relevante en el conocimiento que el personal tiene sobre Cuidados Paliativos. Sin embargo, es importante considerar que tres casillas presentaron un recuento esperado menor de cinco, lo cual puede afectar la precisión de algunos resultados.



CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo evaluar los conocimientos en Cuidados Paliativos del personal médico de los hospitales públicos en la ciudad de Arequipa. La muestra final fue de 145 médicos que respondieron el cuestionario durante el intervalo de septiembre a noviembre del 2024. Los datos muestran una clara tendencia en cuanto a la edad y el nivel de conocimiento, destacando que los profesionales más jóvenes, en el grupo de 23 a 44 años, tienen una distribución más equitativa en los tres niveles de conocimiento. De este grupo, un 20.69 % tiene un nivel malo, un 13.10% regular y un 11.03% bueno. Aunque existe una mayor proporción de conocimiento malo, el porcentaje de conocimiento bueno es relativamente más alto en comparación con los otros grupos de edad. En el grupo de 45 a 64 años, se observa una mayor concentración en el nivel malo, con un 25.52%, y una reducción significativa en el nivel bueno, que solo alcanza un 1.38%. Este grupo muestra una deficiencia notable en el conocimiento de Cuidados Paliativos, con un porcentaje bajo en el nivel bueno, lo que podría indicar la necesidad de actualización en esta área. Por último, el grupo de 65 a 75 años presenta una menor muestra, con solo un 11.03% en el nivel malo y un 2.76% en el nivel regular, pero sin ninguna persona con un nivel bueno de conocimiento. La prueba de chi-cuadrado entre la edad y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico revela una asociación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 18,835, con una significación asintótica de 0,001, lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de los médicos y su nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Los datos sugieren que el grupo de mayor edad presenta las mayores carencias en conocimientos sobre Cuidados Paliativos, mientras que los profesionales más jóvenes tienen una distribución más equilibrada. Este análisis resalta la necesidad de enfocar los esfuerzos formativos en los grupos de mayor edad, para mejorar el nivel de conocimiento en esta área crucial. Esto es explicable por Tarazona y colaboradores 2021 (51), quienes encontraron que su población estuvo compuesta por 90.6% de jóvenes y se apreció un nivel de conocimiento alto en un 15.9% e intermedio en un 63.5% para los jóvenes mientras que los participantes adultos no puntuaron en el rango de nivel de conocimiento alto y 53.2% puntuaron un nivel de conocimiento bajo. Lopez y colaboradores 2021 (49) obtuvieron que en el rango de edad entre 25 a 35 años fue el mayor grupo representando el 36% de su población; sin embargo, no pudieron relacionarlo con el nivel de conocimientos. Por otro lado, Martinez y Sarmiento 2020 (52) encontraron que los

médicos que tuvieron entre 31 a 35 años puntuaron 68.5% en pocos conocimientos, de 36 a 40 años puntuaron 75% en pocos conocimientos, y los que tuvieron más de 45 años presentaron 55% en buenos conocimientos sobre Cuidados Paliativos.

El grupo masculino tiene una distribución más marcada en los niveles de conocimiento malo y regular. Un 25.52% de los hombres presentan un nivel malo de conocimiento, mientras que un 17.93% tienen un nivel regular. Solo un 2.76% alcanza un nivel bueno de conocimiento, lo que refleja una escasa preparación en esta área. En comparación, las mujeres presentan una mayor proporción de conocimiento bueno, con un 9.66% en este nivel, mientras que el 31.72% tienen un nivel malo y un 12.41% un nivel regular. Aunque ellas también muestran un porcentaje significativo de conocimiento malo, es notable que más mujeres que hombres se encuentran en el nivel bueno de conocimiento. La prueba de chi-cuadrado entre el sexo y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico muestra una relación significativa, ya que el valor del chi-cuadrado de Pearson es de 7,193 con una significación asintótica de 0,027. Esto indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Según datos se demuestra, aunque tanto hombres como mujeres presentan deficiencias en su nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos, las mujeres tienen una mayor proporción en el nivel bueno, por el contrario, los hombres tienen una mayor concentración en los niveles malos y regulares. Esto sugiere que las mujeres podrían estar recibiendo más capacitación o tener mayor interés en esta área, mientras que en los hombres hay una clara necesidad de mejorar su formación en Cuidados Paliativos. Esto es explicado por Lopez y colaboradores (49) hallaron que el 61.5% fueron mujeres, quienes obtuvieron un nivel intermedio; Tarazona (51) quien encontró un nivel alto de conocimientos en Cuidados Paliativos en un 14.5%, 58% en un nivel intermedio y bajo en un 15.7%, Martínez y Sarmiento (52) encontraron que el 27.6% de las mujeres presentaron un nivel de buenos conocimientos, mientras que el 72.4% obtuvo pocos conocimientos en Cuidados Paliativos; Argume (53) determinó que el rango de edad de moda fue de 30 a 39 años siendo el 34% y el sexo femenino fue predominante en el 51.11%. Pudiendo determinar que el sexo femenino fue el predominante, lo cual es acorde al censo de médicos formados en los últimos años.

En el grupo con uno a tres años de antigüedad, que representa el 6.90% de la muestra, todos los participantes se encuentran en el nivel malo de conocimiento, sin ninguna persona en los niveles regular o bueno. Esto sugiere que los médicos con menor

experiencia laboral aún no han recibido una capacitación adecuada o suficiente en Cuidados Paliativos. En el grupo con cuatro a cinco años de antigüedad, que representa el 18.62% de la muestra, se observa una distribución más variada. Un 2.76% tiene un nivel malo, un 7.59% tiene un nivel regular y un 8.28 % alcanza el nivel bueno de conocimiento. Este grupo muestra una mejora respecto al anterior, indicando que con algunos años adicionales de experiencia, los médicos empiezan a adquirir un mayor conocimiento en Cuidados Paliativos. En el grupo con más de cinco años de antigüedad, que constituye el 74.48% de la muestra, la mayoría de los participantes presentan un nivel malo con el 47.59%. El 22.76% se encuentra en el nivel regular y solo el 4.14% alcanza un nivel bueno de conocimiento. La prueba de chi-cuadrado entre la antigüedad laboral y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico muestra una asociación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 44,164 con una significación asintótica de 0,000, lo que indica que la antigüedad laboral tiene un impacto estadísticamente significativo en el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Se infiere que a pesar que los médicos con más experiencia deberían tener un mayor nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos, la antigüedad laboral no parece estar directamente relacionada con una mejora significativa en este aspecto. Esto indica que, independientemente de la antigüedad, sigue siendo necesario implementar programas de capacitación más efectivos y continuos en Cuidados Paliativos. Lo cual es explicable por Martin y colaboradores del 2021 (54) quienes encontraron que el 40.6% de los médicos graduados con menos de cinco años de formación presentaron un nivel regular respecto al manejo de Cuidados Paliativos, de igual manera que los médicos que tuvieron más de cinco años de formación y tuvieron un nivel regular. En otro estudio Biswas y colaboradores 2021 (55) encontraron que los médicos graduados con más de cinco años de experiencia el 29.8% presentó un nivel bajo de conocimientos en Cuidados Paliativos, el 42.6% presentó un nivel regular y el 27.6% presentó un nivel alto; por otro lado, los médicos recién graduados con menos de cinco años de experiencia presentaron 43.7% un nivel alto, 28.7% un nivel regular y el 27.5% un nivel bajo de conocimientos; Moya (56) vio que el grupo de médicos pediatras con menos de cinco años de antigüedad fue del 14% obteniendo un nivel intermedio y el grupo de mayor proporción fueron aquellos de más de 20 años de antigüedad alcanzando un nivel leve; Argume (53) encontró de igual manera que los residentes con menos de 5 años de antigüedad fueron el 46% presentaron un nivel intermedio. Esto refuerza la idea de que en los últimos años los Cuidados Paliativos han tomado parte importante del manejo clínico y en la formación académica.

Respecto a las especialidades médicas la especialidad de moda fue medicina interna mientras que hubo pocos participantes de cirugía de vías biliares y digestivas; al momento de agruparlas por servicios de especialidades médicas, el grupo de pediatría presentó el 13.79% de la muestra, y la mayoría de estos médicos tienen un nivel de conocimiento malo (9.66%), seguido del 4.14% con uno regular, y ningún médico en este grupo alcanza el nivel bueno. En la especialidad de medicina interna, que representa el 51.03% de los médicos, se presenta una distribución más variada: el 20.69% tiene un nivel malo, el 17.93% uno regular y el 12.41% un nivel bueno. En ginecología y obstetricia, que constituye el 13.10% de la muestra, el 7.59% de los médicos tiene un conocimiento malo, un 5.52% uno regular y ninguno alcanza el nivel bueno. Finalmente, en cirugía, que representa el 22.07% de la muestra, el 19.31% tiene uno malo, el 2.76% uno regular y ninguno tiene un conocimiento bueno. La prueba de chi-cuadrado entre la especialidad de formación y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico indican una relación significativa entre ambas variables. El valor obtenido del chi-cuadrado de Pearson es 31,349 con una significación asintótica de 0,000, lo que sugiere que la especialidad de formación influye en el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos. Estos resultados muestran que la especialidad de formación influye de manera significativa en el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos. La mayoría de los médicos en las especialidades de pediatría, ginecología y cirugía tienen un conocimiento insuficiente en esta área, mientras que los médicos de medicina interna presentan una mayor diversidad en los niveles de conocimiento, aunque también predomina el conocimiento insuficiente. Esto resalta la necesidad de mejorar la formación en Cuidados Paliativos en todas las especialidades, especialmente en aquellas en las que el conocimiento parece ser más limitado. Lo cual es explicable por Martínez y Sarmiento (52) quienes encontraron que los médicos de áreas clínicas tuvieron un 68.9% de pocos conocimientos y el 31.1% buenos; en áreas quirúrgicas el 78.8% presentó pocos conocimientos y el 21.2% buenos, en áreas pediátricas el 90% presentó pocos conocimientos y el 10% buenos. Por otro lado, en el estudio realizado por Biswas y colaboradores (55) encontró que medicina y sus ramas presentaron un nivel regular de 32.8% y el 44.5% presentó un alto: mientras que el 25% de especialidades básicas presentó un nivel alto y el 62.5% uno bajo. En otro estudio realizado por Mojen y colaboradores 2022, encontró que los servicios de hematología, pediatría y oncología presentaron un nivel alto, mientras que otros servicios como la unidad de cuidados coronarios presentó un nivel bajo de conocimiento en Cuidados Paliativos (57). Yóplac y

colaboradores (58) determinaron que los médicos residentes de anestesiología del tercer año fueron el 26%, del primer año el 22.5%; y en conjunto obtuvieron un nivel intermedio.

Los que cursaron el programa de Cuidados Paliativos, representan el 81.38% de la muestra, se observa que el 53.10% tiene un nivel de conocimiento malo, el 24.14% se encuentra en el nivel regular y solo el 4.14% alcanza un nivel bueno. Aunque una gran parte del personal que ha participado en el curso se encuentra en los niveles más bajos de conocimiento, es importante señalar que la capacitación no ha tenido un impacto completamente efectivo en mejorar los niveles de conocimiento, ya que la mayoría de los médicos en este grupo aún presentan deficiencias en este ámbito. Por otro lado, en el grupo que no tomó el curso, que constituye el 18.62% de la muestra, los resultados son diferentes. El 4.14% tiene un nivel de conocimiento malo, el 6.21% tiene un nivel regular y el 8.28% alcanza un nivel bueno. Aunque este grupo es significativamente más pequeño, un porcentaje mayor de los participantes muestra un nivel de conocimiento bueno en comparación con aquellos que han tomado el curso. La prueba de chi-cuadrado entre la realización del curso de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento de estos cuidados muestra una asociación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 34,626 con una significación asintótica de 0,000, lo que indica que la participación en el curso tiene un impacto importante en el conocimiento sobre Cuidados Paliativos. Se deduce, que a pesar de que la mayoría de los médicos han tomado el curso de Cuidados Paliativos, el impacto de este curso en la mejora del conocimiento no ha sido completamente satisfactorio. Es posible que el curso no haya cubierto todos los aspectos necesarios para que los médicos alcancen un nivel adecuado de comprensión sobre los Cuidados Paliativos, lo que resalta la necesidad de revisar el contenido, la metodología y la frecuencia de este tipo de formación. Esto es explicado por Tarazona (51) quien encontró que el 58.8% de los que sí llevaron el curso presentaron un nivel intermedio y el 17.6% un nivel alto; por otro lado, los que no llevaron el curso de Cuidados Paliativos presentaron un nivel intermedio de 62.3% en conocimientos.

El análisis del nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos del personal médico evidencia importantes deficiencias. La mayoría, el 57.24%, posee un nivel de conocimiento clasificado como malo, lo que sugiere una preparación insuficiente para atender de manera adecuada a los pacientes que requieren este tipo de cuidados. Un 30.34% presenta un conocimiento regular, lo que indica que tienen nociones básicas, pero

no suficientes para una atención integral. Solo el 12.41% alcanza un nivel de conocimiento bueno, destacándose como la minoría capacitada para manejar esta área con eficacia. Estos resultados reflejan la necesidad urgente de implementar programas de formación y capacitación en Cuidados Paliativos para el personal médico. Esto permitirá fortalecer sus competencias y mejorar la calidad de atención brindada, impactando positivamente en el bienestar de los pacientes. En total, se evaluaron 145 profesionales, lo que da una visión clara de la situación actual en esta área. Esto es explicado por OMS 2020 (10) que registró que los servicios de asistencia paliativa solo estaban integrados en 20 países y el consumo de opiáceos en más de 121 países fue insuficiente para atender las necesidades básicas. Según Pastrana (27) en el atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 se evidenció que las asignaturas correspondientes para Cuidados Paliativos en medicina fueron de 1/26 y que no se contaba con una acreditación oficial para la especialidad de medicina paliativa.

En la dimensión de filosofía de los Cuidados Paliativos, destaca que la mayoría del personal tiene un nivel bueno, con un 56.31%, mientras que un 8.81% posee un nivel regular. No se reportaron casos con un nivel malo en esta dimensión, lo que sugiere que los principios básicos de los Cuidados Paliativos están bien comprendidos. Los resultados evidencian que, aunque el personal médico tiene un buen dominio de los principios filosóficos, existen importantes deficiencias en el manejo clínico de aspectos clave como el dolor, la disnea, los trastornos mentales y los gastrointestinales. Esto subraya la necesidad de implementar programas de formación específicos para fortalecer sus capacidades en estas áreas críticas. Esto es explicable por Castañeda y Tapia 2024 quienes encontraron una incidencia de 92% para espiritualidad, 44.6% sintomatología y farmacología en un 72% (59)

Respecto al cargo desempeñado, los médicos asistentes, que representan la mayoría de la muestra con un 72.41%, tienen una mayor distribución en los niveles de conocimiento malo y regular. Un 33.79% de los médicos asistentes reportan un nivel malo de conocimiento, mientras que un 26.21% tienen un nivel regular. Solo un 12.41% alcanza un nivel bueno, lo que indica que, aunque este grupo es más numeroso, la preparación en Cuidados Paliativos sigue siendo insuficiente para muchos de ellos. Por otro lado, los médicos residentes, que conforman el 27.59% de la muestra, presentan una concentración más elevada en el nivel malo, con un 23.45%, y solo un 4.14% tienen un nivel regular. Ningún médico residente alcanzó un nivel bueno de conocimiento en Cuidados Paliativos,

lo que refleja una clara deficiencia en su formación en esta área esencial. La prueba de chi-cuadrado entre el cargo y el nivel de conocimiento de Cuidados Paliativos del personal médico revela una asociación altamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 18,579 con una significación asintótica de 0,000, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre el cargo y el nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos. Los datos refieren, aunque los médicos asistentes tienen una mayor presencia en el estudio, ambos grupos, tanto los médicos asistentes como los residentes, presentan importantes carencias en su conocimiento de Cuidados Paliativos, especialmente los residentes, quienes no muestran ningún caso con un nivel bueno. Esto subraya la necesidad de mejorar la capacitación en Cuidados Paliativos en ambos grupos para garantizar una atención de calidad a los pacientes. Esto describe Sarmiento (52) quien encontró que el 61.3% de los médicos asistentes con más de cinco años de experiencia, presentaron pocos conocimientos en Cuidados Paliativos; y el 38.8% de los mismos presentó buenos conocimientos. Por otro lado, en el estudio realizado por Mojen y colaboradores encontraron que de los asistentes evaluados presentaron un puntaje regular con un intervalo de confianza al 95% de 0.01 a 2.27 (57).

Respecto a los participantes que tenían un familiar que requerían de Cuidados Paliativos, constituyeron el 80.69% de la muestra, el 47.59% presentaron un nivel malo, el 25.52% tiene un conocimiento regular y el 7.59% alcanza un nivel bueno. A pesar de la experiencia personal que puedan tener con los Cuidados Paliativos debido a la situación de un familiar, la mayoría de estos médicos siguen mostrando un nivel insuficiente de conocimiento en este ámbito. En el grupo de médicos que no tienen un familiar con esta necesidad, que representa el 19.31% de la muestra, los resultados son notablemente diferentes. El 9.66% tiene un nivel de conocimiento malo, el 4.83% tiene un nivel regular y otro 4.83% tiene uno bueno. Aunque el grupo es más pequeño, la proporción de médicos con un nivel bueno es igual al porcentaje de aquellos con conocimiento regular, lo que contrasta con el grupo anterior donde la mayoría tiene uno malo. La prueba de chi-cuadrado entre la presencia de un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento de estos cuidados por parte del personal médico no muestra una relación significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson es de 5,073 con una significación asintótica de 0,079, lo que indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Este análisis sugiere que, aunque tener un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos podría suponer una mayor sensibilización, no parece traducirse

directamente en una mejora significativa del conocimiento profesional sobre este tema entre los médicos. Esto podría indicar que el conocimiento en Cuidados Paliativos entre el personal médico depende más de la formación formal que de la experiencia personal, lo que resalta la importancia de cursos y programas educativos especializados para mejorar la comprensión en este campo. Lo cual es interpretado por Chaupi 2023, quien encontró que el 100% de la muestra evaluada que tenía un familiar presentó un nivel bueno de conocimiento en Cuidados Paliativos a diferencia de los que no tenían, que presentaron un nivel bueno del 68.24% (47).





CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- PRIMERO: Los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos fueron la edad, el sexo, formación en Cuidados Paliativos, experiencia laboral, antigüedad laboral, especialidad médica y cargo del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024.
- SEGUNDO: Se demostró que no existe relación entre el haber llevado un curso de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento, es importante señalar que la capacitación no ha tenido un impacto completamente efectivo en mejorar los niveles de conocimiento del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024
- TERCERO: Se demostró que no existe relación entre tener un familiar con necesidad de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimiento, esto podría indicar que el conocimiento en Cuidados Paliativos entre el personal médico depende más de la formación académica que de la experiencia personal.

2. RECOMENDACIONES

- PRIMERO: A los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, la implementación del curso de Cuidados Paliativos dentro de la malla curricular en busca de una mejor formación académica.
- SEGUNDO: Al equipo médico de los Hospitales Públicos de Arequipa, promover charlas y capacitaciones sobre Cuidados Paliativos además de la elaboración de una guía de práctica clínica orientada al manejo de Cuidados Paliativos teniendo como piedra angular la especialidad de Geriátrica.
- TERCERO: al Ministerio de Salud incrementar el financiamiento sobre los Cuidados Paliativos en los Hospital Públicos de la Región de Arequipa además de la mejora de los programas ya establecidos para la mayor difusión y alcance entre los miembros del cuerpo médico y así buscar una atención integral completa y eficiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization. (internet) 2018 (citado el 25 de junio del 2024) ISBN: 978-92-4-151447-7
2. Kida K, Doi S, Suzuki N. Palliative Care in Patients with Advanced Heart Failure. Heart Failure Clinics. Elsevier (internet) 2020 (citado el 25 de junio del 2024) pages 243-254 volume 16 issue 2. Disponible en: [10.1016/j.hfc.2019.12.006](https://doi.org/10.1016/j.hfc.2019.12.006)
3. Pinedo T, Isabel. Asociación entre la necesidad de Cuidados Paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. (internet) 2021 (citado el 25 de junio del 2024) pp 569-576. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n4/569-576/es/#ModalArticles>
4. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (Internet) 2020 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>
5. Miranda B, Cruz R, Taype A. Cuidados Paliativos: definición, importancia y avances en Peru. Repositorio Institucional EsSalud. (internet) 2023 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/4340#:~:text=El%20presente%20art%C3%ADculo%20de%20revisi%C3%B3n%20aborda%20el%20concepto>
6. Concha S. Percepcion de la calidad del cuidado enfermero en pacientes oncologicos hospitalizados del instituto regional de enfermedades neoplasicas del sur, Arequipa 2022. Repositorio Institucional de la Universidad Catolica de Santa Maria. (internet) 2022 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/8d21a1a2-2dcb-46be-95ad-d970b497a1df>
7. Ignacia M, Palma A. Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. Pontificia Universidad Católica de Chile. (internet) 2012 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclcfndmkaj/https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>

8. Hui D, De la cruz M, Mori M. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. Pubmed. (internet) 2012 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22936493/>
9. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. (1990). *World Health Organization technical report series*, 804, 1–75
10. Cuidados Paliativos. World Health Organization. (internet) 2020 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
11. Christina M, Ferrel B, Otis S. Overview of spirituality in palliative care. Uptodate. (internet) 2024 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: [Overview of spirituality in palliative care - UpToDate](#)
12. Oliveira M, Paganini M. Cuidados Paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. Scielo. (internet) 2019 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: [SciELO - Brasil - Cuidados Paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva Cuidados Paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva](#)
13. DeGroot L, Koirala B, Pavlovic N, Nelson K, Allen J, Davidson P, et al. Outpatient palliative care in heart failure: an integrative review. *J Palliat Med*. 2020;23(9):1257-69. doi: 10.1089/jpm.2020.0031.
14. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med*. 2011;14(1):17-23. doi: 10.1089/jpm.2010.0347.
15. Santacruz JG, Martinez Gil LF. Cuidados Paliativos: conceptos básicos. *Rev. Nutr. Clin. Metab.* [Internet]. 7 de diciembre de 2020 [citado 20 de septiembre de 2024];4(2):14-8. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/212>
16. Módulos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos [Internet]. Paho.org. [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/modulos-sobre-cuidados-paliativos-pediatricos>
17. Vallejo J, Garduño A. Cuidados Paliativos en pediatría. Scielo (internet) 2014 (citado el 25 de junio del 2024) vol 35 No 5. Disponible en:

- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000500010
18. Schwartz DB, Olfson K, Goldman B, Barrocas A, Wesley JR. Incorporating palliative care concepts into nutrition practice: across the age spectrum. *Nutr Clin Pract.* 2016;31(3):305-15. doi: 10.1177/0884533615621556.
 19. Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A., Riso, S., & On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer (2021). The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*, 13(2), 306. <https://doi.org/10.3390/nu13020306>
 20. Muscaritoli M.: Clinical Nutrition in cancer. ESPEN practical guideline (internet) 2021 (citado el 25 de junio del 2024) Volume 40, Issue 5, 2898 – 2913. Disponible en: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(21\)00079-0/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(21)00079-0/fulltext)
 21. Chavez M, Cruz C, Taype A. Cuidados Paliativos: definición, importancia y avances en Perú. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet].* 2023 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en DOI:10.35434/rcmhnaaa.2023.162.1839
 22. Proyectos de Ley 2016 - 2021 [Internet]. Gob.pe. [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.congreso.gob.pe/pley-2016-2021>
 23. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDJ. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage [Internet].* 2006;32(1):5–12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392406002508>
 24. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020 - Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. [citado 25 de junio del 2024]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-delatinoamerica/>
 25. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *The economist.* (internet) 2015 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: [2015 EIU Quality of Death Index Oct 29 FINAL.pdf \(economist.com\)](https://www.economist.com/quality-of-death/2015/10/29/eiu-quality-of-death-index-oct-29-final)
 26. Amado J, Necesidad y demanda de Cuidados Paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima 2016. Repositorio institucional UNMSM. (internet) 2017 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://gestionrepo.unmsm.edu.pe/items/3217e3e3-9454-4774-ab9c-ae3ef6dfa02b/full>

27. Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez-Cárdenas, M., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, JJ.&Centeno, C. (2021). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. (2ª ed.). Houston: IAHP Press
28. Martínez R, López S, Caravante S. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de Cuidados Paliativos fallecidos en el domicilio. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2018 (citado el 25 de junio del 2024) 41(3): 321-328. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000300321&lng=es
29. Pinedo I, Intimayta C, Jara D. Asociación entre la necesidad de Cuidados Paliativos y enfermedades crónicas en paciente atendidos en un hospital peruano. Rev Peru Med Exp Salud Publica. (internet) 2021(citado el 25 de junio del 2024) 38(4):56976. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9288>.
30. Taboada P, Principios éticos relevantes en medicina paliativa. PAHO. (internet) 2020. (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/palliative-care.htm>
31. Montenegro K, Sanchez R. Directrices biojuridicas con enfoque Iusnaturalista Clásico para la regulación de una Ley de Cuidados Paliativos en Peru. Apuntes de Bioética. (internet) 2022 (citado el 25 de junio del 2024) Vol 5 N 1 pp 33-59. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/731/1360>
32. Valiente M, Salinas F, Verdejo M. Los fármacos opioides en atención primaria. Elsevier. (internet) 2001 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-los-farmacos-opioides-atencion-primaria-13016400>
33. Tarazona D. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos en estudiantes del sexto y séptimo año de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, durante el segundo semestre del 2020, Lima, Perú. Repositorio Institucional Ricardo Palma. (internet) 2022 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5070>
34. Torcal Baz Marta, Ventoso Mora Sagrario Ana. Manejo y tratamiento del dolor en Cuidados Paliativos. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2020 [citado 2024 Sep 29] ; 13(3): 203-211. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203&lng=es. Epub 23-Nov-2020
35. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. [Updated 2023 Apr 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
 36. De Aquino ST, suma teológica secunda secundae, primera edición, España, 1990, cuestión 30-32
 37. Carta *Samaritanus bonus* sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida (14 de julio de 2020) [Internet]. Dicasterio para la Comunicación. [citado el 5 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_sp.html
 38. Crombeen, A. M., & Lilly, E. J. (2020). Management of dyspnea in palliative care. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 27(3), 142–145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>
 39. Hashmi MF, Modi P, Basit H, et al. Dyspnea. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499965/>
 40. Rey M, Leal F, Martínez Y. Sedación paliativa en pacientes con disnea refractaria. *Revista chilena de Anestesia*. (internet) 2023 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv52n8-13/>
 41. Pinilla J, Villanueva P, Freire R. Documento de consenso y recomendaciones sobre Cuidados Paliativos en insuficiencia cardiaca de las secciones de insuficiencia cardiaca y cardiología geriátrica de la sociedad española de cardiología. *Revista Española de Cardiología*. (internet) 2020 (citado el 25 de junio del 2024) Pages 69-77. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893219303227>
 42. Delgado A, García G, Solorzano F. Sedación en Cuidados Paliativos. *Reciamuc* (internet) 2024 (citado el 24 de junio del 2024) Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1334/2082>
 43. Cardoso-Ortiz, J., López-Luna, M. A., Lor, K. B., CuevasFlores, M. R, Flores de la Torre, J. A., Covarrubias, S. A. (2020). Opioids: Pharmacology and epidemiology. *Revista Bio Ciencias* 7, e955. doi: <https://doi.org/10.15741/revbio.07.e955>

44. Ruelas K, Lazarte M. Vivencias del profesional de Enfermería frente al proceso de morir de pacientes de la UCI del hospital Goyeneche, Arequipa – 2019. Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín. (internet) 2019 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/3ad4b96d-afc1-4b8e-b680-c010f3078b89>
45. Velarde L. Cuidados de Enfermería en persona con cáncer de mama según modelo de Virginia Henderson en el servicio de oncohematología HNCASE Arequipa 2021. Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín. (internet) 2021 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/67e64c3b-1791-4066-a722-f30047fb21c2>
46. Fernandez B, Velasquez G. Conocimientos y prácticas de Cuidados Paliativos en las enfermeras de neonatología en hospitales públicos Trujillo-2023. (repositorio digital institucional de la Universidad Cesar Vallejo. (internet) 2023 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/133472>
47. Chaupi S. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos en internos de medicina humana del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2023. Repositorio Institucional Ricardo Palma. (internet) 2023 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/7544>
48. Peña-Marcial E, Diaz-Marcelo JS, Reyna -Avila L, Pérez-Cabañas R, Bernal-Mendoza LI. Ansiedad y nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos en estudiantes de Guerrero. Rev. cienc. ciudad. [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 6 de octubre de 2024];19(1):57-70. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3093>
49. Lopez M. Nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos de médicos y enfermeras: validación transcultural de una herramienta de evaluación. Repositorio Institucional de la Universidad de Malaga. (internet) 2021 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/24197>
50. Nazakawa Y, Miyashita M, Morita T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliative medicine. (internet) 2010 (citado el 25 de junio del 2024) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19648223/>

51. Tarazona-Pedrerros Daniela, Espinoza-Rojas Rubén. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos en estudiantes de medicina de una Universidad en Lima, Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2021 Jul [citado 2025 Ene 26] ; 21(3): 571-579. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000300571&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i3.3768>.
52. Martinez L, Sarmineto T. Cuidados Paliativos; bioética problemas éticos; manejo terapéutico. Repositorio Universidad del Azuay. (internet) 2020 (citado el 25 de enero del 2025) Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10309>
53. Argume Huaylinos Angela Debora. Conocimiento e identificación de necesidades en cuidados paliativos pediátricos en un instituto especializado de Perú. *Horiz. Med.* [Internet]. 2024 Jul [citado 2025 Mar 02] ; 24(3): e2587. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2024000300006&lng=es. Epub 17-Sep-2024. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n3.05>
54. Martín-Martín, J., López-García, M., Medina-Abellán, M. D., Beltrán-Aroca, C. M., Martín-de-las-Heras, S., Rubio, L., & Pérez-Cárceles, M. D. (2021). Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 5031. <https://doi.org/10.3390/ijerph18095031>
55. Biswas, J., Banik, P. C., & Ahmad, N. (2021). Physicians' knowledge about palliative care in Bangladesh: A cross-sectional study using digital social media platforms. *PloS one*, 16(9), e0256927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256927>
56. Moya-Dionisio Vanessa. Conocimiento sobre cuidados paliativos pediátricos de los pediatras de atención primaria del Principado de Asturias, España. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2020 Ago [citado 2025 Mar 02] ; 77(4): 195-201. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462020000400195&lng=es. Epub 29-Sep-2020. <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000046>.
57. Khanali-Mojen, L., Akbari, M. E., Ashrafizadeh, H., Barasteh, S., Beiranvand, S., Eshaghian-Dorcheh, A., Karami, M., Khademi, F., Krakauer, E. L., Shirinabadi Farahani, A., & Rassouli, M. (2022). Caregivers' Knowledge of and Attitude

- towards Palliative Care in Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention* : *APJCP*, 23(11), 3743–3751. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.11.3743>
58. Yóplac-López KJ, Ruiz-Arias RA, Sandoval-Vegas MH, Amado-Tineo J. Percepción sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de anestesiología en hospitales peruanos. *Rev Peru Cienc Salud*. 2023; 5(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9615699>
59. Castañeda E, Tapia H. Nivel de conocimiento de internos de medicina sobre Cuidados Paliativos en pacientes terminales, Hospital Regional Lambayeque 2023. Repositorio institucional Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. (internet) 2024 (citado el 25 de enero del 2025) Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12724>



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL MEDICO DE HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2024

INVESTIGADORES: Manchego Bautista Miguel Angel, Molina Acosta Joaquin Jesus

LUGAR: Hospitales públicos de la ciudad de Arequipa, Usted ha sido invitada a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Responda todas las preguntas de acuerdo a su criterio

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Evaluar el nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos en el personal médico de un establecimiento público de salud.

PROCEDIMIENTOS: Esta investigación es altamente confidencial, por lo tanto, es anónima, para lo cual usted deberá llenar un cuestionario, donde nos permitirá saber los resultados de esta investigación. Este estudio es completamente voluntario.

CONSENTIMIENTO: Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprende los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del Participante

Firma del Investigador

ANEXO 3

ESPECIALIDADES MÉDICAS

ADMINISTRACION DE HOSPITALES	CIRUGIA DE LA RODILLA	COLOPROCTOLOGIA
ADMINISTRACION DE SALUD	CIRUGIA DE MANO	DERMATOLOGIA
ADMINISTRACION EN SALUD	CIRUGIA DE TORAX	DERMATOLOGIA PEDIATRICA
ADMINISTRACION Y GESTION EN SALUD	CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR	DERMATOLOGIA Y VENERELOGIA
ADOLESCENTOLOGIA	CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO	DIAGNOSTICO POR IMAGENES
ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA PEDIATRICA	CIRUGIA ENDOSCOPICA GINECOLOGICA	EMBRIOLOGIA
ALERGIA E INMUNOPATOLOGIA	CIRUGIA GASTROENTEROLOGICA	EMERGENCIAS Y DESASTRES
ALERGOLOGIA	CIRUGIA GENERAL	ENDOCRINOLOGIA
ANALISIS CLINICOS	CIRUGIA GENERAL Y ONCOLOGICA	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
ANATOMIA HUMANA	CIRUGIA HEPATOPANCREATOBILIAR Y TRANSPLANTE	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA Y GENETICA
ANATOMIA PATOLOGICA	CIRUGIA HOSPITALARIA	ENDOCRINOLOGIA Y ENFERMEDADES METABOLICAS
ANATOMIA PATOLOGICA - PATOLOGIA CLINICA	CIRUGIA NEUMOLOGICA	ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
ANATOMIA PATOLOGICA Y LABORATORIO	CIRUGIA ONCOLOGICA	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION	CIRUGIA ONCOLOGICA ABDOMINAL	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES
ANESTESIOLOGIA	CIRUGIA ONCOLOGICA DE CABEZA Y CUELLO	EPIDEMIOLOGIA
ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR	CIRUGIA ONCOLOGICA DE MAMAS, TEJIDOS BLANDOS Y PIEL	EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO
ANESTESIOLOGIA OBSTETRICA	CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	EPIDEMIOLOGIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS
ANESTESIOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS	CIRUGIA PEDIATRICA	FARMACOLOGIA
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	CIRUGIA PLASTICA	FISIATRIA
ANESTESIOLOGIA Y TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCULAR	CIRUGIA PLASTICA FACIAL	FISIOLOGIA
ANGIOLOGIA	CIRUGIA PLASTICA Y CAUMATOLOGIA	FLEBOLOGIA Y LINFOLOGIA
APARATO DIGESTIVO	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA	FONIATRIA
ARTROSCOPIA Y CIRUGIA DE RODILLA	CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA	GASTROENTEROLOGIA
BIOQUIMICA	CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
CARDIOLOGIA	CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA DE MANO	GENETICA
CARDIOLOGIA INFANTIL	CIRUGIA PLASTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA	GENETICA MEDICA
CIRUGIA	CIRUGIA PLASTICA, RECONSTRUCTIVA, ESTETICA Y MAXILO FACIAL	GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	CIRUGIA TORACICA	GERIATRIA
CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR	GESTION EN SALUD
CIRUGIA COLORRECTAL	CIRUGIA VASCULAR	GINECOLOGIA DE LA NIÑA Y ADOLESCENTE
CIRUGIA CRANEOMAXILOFACIAL	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	GINECOLOGIA ONCOLOGICA
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	CIRUGIA, TRANSPLANTOLOGIA Y ANDROLOGIA	HEMATOLOGIA
HEMATOLOGIA CLINICA	MEDICINA GENERAL Y ONCOLOGICA	OFTALMOLOGIA
HEMATOLOGIA PEDIATRICA	MEDICINA HIPERBARICA Y SUBACUATICA	OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA
HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA Y ESTRABISMO
HEPATOLOGIA	MEDICINA INTENSIVA	ONCOLOGIA
HIGIENE OCUPACIONAL	MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	ONCOLOGIA CLINICA
HISTOLOGIA	MEDICINA INTENSIVA Y DE EMERGENCIA	ONCOLOGIA MEDICA
HISTOPATOLOGIA	MEDICINA INTERNA	ONCOLOGIA PEDIATRICA
IMAGENOLOGIA	MEDICINA INTERNA - GASTROENTEROLOGIA	ONCOLOGIA QUIRURGICA
INFECTOLOGIA	MEDICINA INTERNA PEDIATRICA	ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA	ORTOPEDIA ONCOLOGICA
INMUNOLOGIA	MEDICINA INTERNA Y PEDIATRIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
INMUNOLOGIA CLINICA Y ALERGOLOGIA	MEDICINA LEGAL	OTORRINOLARINGOLOGIA
INMUNOLOGIA Y ALERGIA	MEDICINA MATERNO FETAL	OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA
INMUNOLOGIA Y REUMATOLOGIA	MEDICINA NUCLEAR	OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
LABORATORIO CLINICO	MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	PARASITOLOGIA
LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA	MEDICINA ONCOLOGICA	PATOLOGIA
MEDICINA AEROSPAZIAL	MEDICINA PEDIATRICA	PATOLOGIA CLINICA
MEDICINA BIOLOGICA	MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMICA
MEDICINA CRITICA	NEFROLOGIA	PATOLOGIA ONCOLOGICA
MEDICINA CRITICA DE ADULTO	NEFROLOGIA PEDIATRICA	PATOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO
MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA	NEONATOLOGIA	PEDIATRIA
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	NEUMOLOGIA	PEDIATRIA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
MEDICINA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	NEUMOLOGIA CLINICA	PEDIATRIA Y PUERICULTURA
MEDICINA DE REHABILITACION	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	PROCTOLOGIA
MEDICINA DEL DEPORTE	NEUMONOLOGIA CLINICA	PSIQUIATRIA
MEDICINA DEL TRABAJO	NEUMONOLOGIA Y TISILOGIA	PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
MEDICINA ESTETICA	NEUROCIRUGIA	PSIQUIATRIA EN ADICCIONES
MEDICINA FAMILIAR	NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	RADIODIAGNOSTICO
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RADIOLOGIA
MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA	NEUROLOGIA	RADIOLOGIA E IMAGEN
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION	NEUROLOGIA PEDIATRICA	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	NUTRICION	RADIOLOGIA Y DIAGNOSTICO POR IMAGENES
MEDICINA GENERAL INTEGRAL	NUTRICION CON ORIENTACION EN OBESIDAD	RADIOTERAPIA
REUMATOLOGIA	TERAPEUTICAS ALTERNATIVAS Y FARMACOLOGIA VEGETAL	UROLOGIA
SALUD OCUPACIONAL	TERAPIA INTENSIVA	UROLOGIA GENERAL Y ONCOLOGICA
SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	TOCOGINECOLOGIA	UROLOGIA ONCOLOGICA
SALUD PUBLICA	TOXICOLOGIA	UROLOGIA PEDIATRICA
SALUD PUBLICA CON MENCION EN EPIDEMIOLOGIA	TOXICOLOGIA MEDICA	VENERELOGIA

ANEXO 4 COMITÉ DE ETICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 10 de enero de 2025

Investigadores Miguel Angel Manchego Bautista
Joaquin Jesus Molina Acosta

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL MEDICO DE HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2024”.

Investigadores: Miguel Angel Manchego Bautista y Joaquin Jesus Molina Acosta.

TIPO Y DISEÑO: De campo, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico de hospitales públicos de la ciudad de Arequipa 2024.



PROCEDIMIENTOS: Cuestionarios.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Residentes de Medicina en todas las especialidades en el proceso de admisión de CONAREME 2024 en el periodo de junio a julio 2024 y asistentes con contrato vigente, de los hospitales públicos de Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

***DICTAMEN FAVORABLE
010 - 2025***



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com



ANEXO 5 MATRIZ DE DATOS

Edad	Sexo	Cargo	Curso	Fam_Necc	Servicio	Antigüedad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Puntaje	Filosofia	Dolor	Disnea	Mentales	Gastro	Puntaje_I	Filosofia	Dolor	Disnea	Mentales	Gastro_D
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	12	2	2	4	1	3	2	3	1	3	1	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	11	2	2	4	1	2	2	3	1	3	1	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	10	2	2	4	1	1	1	3	1	3	1	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9	2	2	4	1	0	1	3	1	3	1	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	2	4	0	0	1	3	1	3	1	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	11	2	2	4	1	2	2	3	1	3	1	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	10	2	2	4	1	1	1	3	1	3	1	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9	2	2	4	1	0	1	3	1	3	1	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	2	4	0	0	1	3	1	3	1	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	12	2	2	4	1	3	2	3	1	3	1	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	17	2	5	4	3	3	3	3	3	3	2	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	15	2	5	4	3	1	2	3	3	3	2	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	14	2	5	4	3	0	2	3	3	3	2	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	17	2	5	4	3	3	3	3	3	3	2	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	16	2	5	4	3	2	3	3	3	3	2	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	15	2	5	4	3	1	2	3	3	3	2	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	14	2	5	4	3	0	2	3	3	3	2	1
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	17	2	5	4	3	3	3	3	3	3	2	2
1	1	1	1	0	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	2	5	4	3	4	3	3	3	3	2	3
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	2	4	3	1	3	2	3	2	2	1	2	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	2	4	3	1	2	2	3	2	2	1	2	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	11	2	4	3	1	1	2	3	2	2	1	1	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	2	4	3	1	0	1	3	2	2	1	1	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	9	2	4	3	0	0	1	3	2	2	1	1	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	11	2	4	3	1	1	2	3	2	2	1	1	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	2	4	3	1	0	1	3	2	2	1	1	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	9	2	4	3	0	0	1	3	2	2	1	1	
1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14	2	4	3	1	4	2	3	2	2	1	3	
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18	2	5	4	4	3	3	3	3	3	3	2	
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	17	2	5	4	4	2	3	3	3	3	3	2	

1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18	2	5	4	4	3	3	3	3	3	3	2
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	2	5	4	4	2	3	3	3	3	3	2
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15	2	5	4	4	0	2	3	3	3	3	1
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3
1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	2	4	4	3	4	3	3	2	3	2	3
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2	4	4	3	3	3	2	3	2	2	2
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	4	4	3	1	2	3	2	3	2	1
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2	4	4	3	0	2	3	2	3	2	1
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	2	4	4	3	4	3	3	2	3	2	3
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	2	4	4	3	4	3	3	2	3	2	3
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	2	4	4	3	3	3	3	2	3	2	2
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2	4	4	3	2	2	3	2	3	2	2
1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	4	4	3	1	2	3	2	3	2	1
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	8	1	0	2	2	3	1	2	1	2	2	2
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	7	1	0	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6	1	0	2	2	0	1	2	1	2	2	1
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	7	1	0	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6	1	0	2	2	1	1	2	1	2	2	1
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	5	1	0	2	2	0	1	2	1	2	2	1
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	1	0	2	1	0	1	2	1	2	1	1
1	2	1	0	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	8	1	0	2	2	3	1	2	1	2	2	2
1	2	2	0	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	8	2	2	1	2	1	1	3	1	1	2	1
1	2	2	0	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	7	2	2	1	2	0	1	3	1	1	2	1
1	2	2	0	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	2	2	1	1	0	1	3	1	1	1	1
1	2	2	0	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1
1	2	2	0	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	0	0	1	3	1	1	1	1
1	2	2	0	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	8	2	2	1	2	1	1	3	1	1	2	1



2	1	2	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	7	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1
2	1	2	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6	1	3	1	1	0	1	2	2	1	1	1
2	1	2	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	1	3	1	0	0	1	2	2	1	1	1
2	1	2	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	3	0	0	0	1	2	2	1	1	1
2	1	2	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	0	0	1	2	1	1	1	1
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	11	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	10	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	9	2	2	2	2	1	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	8	2	2	2	2	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	7	2	2	2	1	0	1	3	1	2	1	1
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	11	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	10	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	9	2	2	2	2	1	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	8	2	2	2	2	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	16	2	5	3	3	3	3	3	3	2	2	2
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	14	2	5	3	3	1	2	3	3	2	2	1
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	13	2	5	3	3	0	2	3	3	2	2	1
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	12	2	5	3	2	0	2	3	3	2	2	1
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	14	2	5	3	3	1	2	3	3	2	2	1
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	16	2	5	3	3	3	3	3	3	2	2	2
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	15	2	5	3	3	2	2	3	3	2	2	2
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	11	2	1	3	3	2	2	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	10	2	1	3	3	1	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	9	2	1	3	3	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	8	2	1	3	2	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	7	2	1	3	1	0	1	3	1	2	1	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	10	2	1	3	3	1	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	9	2	1	3	3	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	8	2	1	3	2	0	1	3	1	2	2	1



2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	12	2	5	3	2	0	2	3	3	2	2	1
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16	2	5	3	3	3	3	3	2	2	2	
2	2	1	0	0	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15	2	5	3	3	2	2	3	3	2	2	2
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	11	2	1	3	3	2	2	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	10	2	1	3	3	1	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	9	2	1	3	3	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	8	2	1	3	2	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	7	2	1	3	1	0	1	3	1	2	1	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	10	2	1	3	3	1	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	9	2	1	3	3	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	8	2	1	3	2	0	1	3	1	2	2	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	7	2	1	3	1	0	1	3	1	2	1	1
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	11	2	1	3	3	2	2	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	12	2	1	3	3	3	2	3	1	2	2	2
2	2	1	0	0	4	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	13	2	1	3	3	4	2	3	1	2	2	3
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	12	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	2
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	11	2	2	3	3	1	2	3	1	2	2	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	10	2	2	3	3	0	1	3	1	2	2	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9	2	2	3	2	0	1	3	1	2	2	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	2	2	3	1	0	1	3	1	2	1	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	11	2	2	3	3	1	2	3	1	2	2	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	10	2	2	3	3	0	1	3	1	2	2	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9	2	2	3	2	0	1	3	1	2	2	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	2	2	3	1	0	1	3	1	2	1	1
3	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	12	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	2
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	4	0	0	0	1	3	2	1	1	1
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	0	0	0	1	3	2	1	1	1
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	0	0	1	3	1	1	1	1
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0	1	3	1	1	1	1
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	3	1	1	1	1
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	0	0	0	1	3	2	1	1	1
3	2	2	0	0	3	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	0	0	1	3	1	1	1	1

