

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

“Nivel de conocimiento y factores médicos relacionados con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORAS:

Bach. Reyes Vásquez, Angiee Dayan

Bach. Rojas Jiménez, Ruth Elizabeth

ASESOR:

Mg. More Valladares, Armando Deivi

ORCID: 0000-0002-5708-1660

Nuevo Chimbote – Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V°B° DE:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Armando Deivi', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

Mc. Mg. More Valladares, Armando Deivi

ASESOR

DNI: 40665865

ID ORCID: 0000-0002-5708-1660

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V^oB^o DE:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above a horizontal line.

Mc. Mg. Arana Morales, Guillermo

PRESIDENTE

DNI: 18188140

ID ORCID: 0000-0003-2979-0088

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, sweeping loop, positioned above a horizontal line.

Mc. Mg. Aréstequi Ramos, Carlos
SECRETARIO
DNI: 21470139
ID ORCID: 0000-0002-4292-8363

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a vertical line extending downwards, positioned above a horizontal line.

Mc. Mg. More Valladares, Armando Deivi
INTEGRANTE
DNI: 40665865
ID ORCID: 0000-0002-5708-1660

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
Aula magna 2 de la EAP de Medicina Humana siendo las 19:45 horas del
día 23 de mayo del 2025 dando cumplimiento a la Resolución N°
..... se reunió el Jurado Evaluador presidido por MC. Mg. Guillermo
Arana Morales teniendo como miembros a MC. Mg. Carlos Arístegui
Ramos (secretario) (a), y MC. Mg. Deivi Kare Valladares (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Médico cirujano
realizado por el, (la), (los) tesista (as)
Bach. Reyes Vásquez Angie Dayan y Bach. Rojas Jiménez Ruth
Elizabeth quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
"Nivel de conocimiento y factores médicos relacionados con la
derivación e cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024"
.....
.....
.....

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Bueno asignándole un calificativo de 18 (dieciocho) puntos, según artículo 112° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 337-2024-CU.-R-UNS).

Siendo las 21:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

.....
Nombre: MC. Mg. Guillermo Alberto Arana Morales
DNI: 78183140
Presidente
OCCD: 0000-0003-2979-0077

.....
Nombre: MC. Mg. Carlos Arístegui Ramos
DNI: 21470139
OCCD: Secretario 0000-0002-4292-8363

.....
Nombre: MC. Mg. Armando Deivi Kare Valladares
DNI: 70665765
Integrante
OCCD: 0000-0002-5703-1660

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Ruth Elizabeth Rojas Jimenez
Título del ejercicio: TESIS REYES - ROJAS
Título de la entrega: Nivel de conocimiento y factores médicos relacionados con la ...
Nombre del archivo: TESIS_REYES_-_ROJAS.docx
Tamaño del archivo: 5.26M
Total páginas: 75
Total de palabras: 21,672
Total de caracteres: 121,803
Fecha de entrega: 24-abr.-2025 03:28p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2655952647



Nivel de conocimiento y factores médicos relacionados con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	psicologiaysalud.uv.mx Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	documentop.com Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A Dios, quien me guió en cada paso, dándome la fortaleza, sabiduría y serenidad para superar todos los obstáculos que me hacían vacilar, mostrándome la luz al final del camino.

A mi familia, por ser mi gran motivación para persistir ante las adversidades; este logro es tanto suyo como mío y es el fiel reflejo de su amor, fe y paciencia incondicional.

A mis amigos, por su constante compañía, por compartir conmigo todo y ser mi red de confort siempre; cada palabra o gesto de apoyo, fue vital para que esto se hiciera realidad. recordarme que no estoy sola en este viaje.

Este trabajo es la manifestación de todo lo que he recibido de ustedes durante todos estos años; por ello, les debo todo y les dedico este trabajo desde el fondo de mi corazón.

REYES VÁSQUEZ ANGIEE DAYAN

A Dios, por brindarme la fortaleza necesaria para concluir esta carrera.

A mis padres, por su amor, por siempre creer en mi capacidad y por motivarme a seguir hacia adelante.

A mi hermano, por su apoyo incondicional a lo largo de todo este proceso.

A mis amigas de rotación, porque gracias a su compañía, sus consejos y a las anécdotas que formamos juntas, el camino se volvió más ligero.

A Bubba, mi compañero de madrugadas de estudios durante estos 7 años.

ROJAS JIMENEZ RUTH ELIZABETH

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Santa, por ofrecernos la infraestructura y brindarnos los recursos necesarios para desarrollarnos personal y profesionalmente en esta carrera.

A nuestros docentes, por sus aportes y enseñanzas durante todo nuestro proceso de aprendizaje y por contribuir significativamente en nuestra formación académica.

Al Hospital III de EsSalud - Chimbote, por autorizarnos realizar nuestra investigación en sus instalaciones, y a todos los médicos que laboran ahí, por su tiempo y buena disposición para la realización de nuestra encuesta; fueron cruciales para la ejecución del presente trabajo.

A nuestro asesor de tesis, por sus sabios consejos, constante orientación y apoyo incondicional. Su compromiso con nuestro proyecto ha sido esencial para su culminación exitosa.

Gracias a todos por ser parte de este logro y por ayudarnos a alcanzar esta meta tan importante en nuestras vidas.

ÍNDICE GENERAL

Keywords: Palliative care, PADOMI, level of knowledge, medical factors, referral.	XIII
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	14
1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	14
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	16
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. ANTECEDENTES.....	17
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	22
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	34
3.1. MATERIALES	34
3.2. METODOLOGÍA.....	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES	46
4.1. RESULTADOS.....	46
4.2. DISCUSIONES.....	58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
5.1. CONCLUSIONES:.....	64
5.2. RECOMENDACIONES.....	65
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de conocimiento médico sobre cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	46
Tabla 2. Estadística descriptiva de los Factores médicos que intervienen en la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	47
Tabla 3. Relación entre el nivel de conocimiento médico con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	49
Tabla 4. Relación entre los factores sociodemográficos y la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	50
Tabla 5. Relación entre los factores relacionados al servicio de salud y la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	52
Tabla 6. Relación entre la experiencia en atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos y la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	54
Tabla 7. Motivos de la no derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	55
Tabla 8. Regresión logística entre el nivel de conocimiento y los factores médicos con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.....	56

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74
ANEXO 02: INSTRUMENTO.....	75
ANEXO 03: SERVICIOS DE CP EN EL PERÚ - 2019	78
ANEXO 04: ATENCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, INEN 2016-2018.....	79
ANEXO 05: NÚMERO Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES SEGÚN CAUSA DE MUERTE DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS O NO ONCOLÓGICAS, QUE PODRÍAN HABER NECESITADO CP POR REGIÓN. 2016- PERÚ.....	80
ANEXO 06: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO EN GENERAL POR CRITERIO DE JUECES.....	81
ANEXO 07: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.....	83
ANEXO 08: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN HOSPITAL ESSALUD III- CHIMBOTE.....	84
ANEXO 09: VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS	85

RESUMEN

Introducción. A pesar de la alta demanda de los Cuidados Paliativos, existen diversos desafíos a enfrentar que dificultan su implementación, y que resultan en una ineficaz o nula derivación a CP y, por ende, en el posterior sufrimiento de los pacientes; actualmente, no se han realizado investigaciones en Perú que aborden el conocimiento médico ni los factores médicos vinculados con la derivación a Cuidados Paliativos. **Objetivos.** La presente investigación tiene como objetivo principal determinar si el nivel de conocimiento y los factores médicos se relacionan con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024. **Materiales y Métodos.** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal. Se incluyeron médicos del Hospital III - EsSalud de Chimbote a los cuales se les aplicó un formulario de 2 apartados: El primero incluía características sociodemográficas, aspectos del servicio de salud, experiencia y derivación a cuidados paliativos. El segundo, constaba de preguntas de conocimiento verdaderas o falsas basadas en la encuesta PCKT - SV. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de hipótesis Chi Cuadrado (X^2), con un IC de 95%, además de un modelo de regresión logística para definir si había relación entre el nivel de conocimiento y los factores médicos con la derivación a cuidados paliativos y estimar de manera precisa el efecto de interés. **Resultados.** Se incluyeron 120 médicos, 64 eran varones y 56 mujeres, con edad promedio de 40.7 años. Se encontró que sólo el 32.5% (39) de los médicos derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año y de los médicos que no derivaron (81), el 26% desconoce la modalidad de atención de CP de PADOMI. La puntuación promedio del nivel de conocimientos de los médicos fue de 11.36, y el 30% de médicos obtuvo una puntuación desaprobatoria (<11 puntos). Existe relación entre los factores de servicio médico y la experiencia con la derivación a cuidados paliativos $p < 0.05$. La prueba no es estadísticamente significativa para la relación entre el nivel de conocimientos y la derivación a cuidados paliativos $p = 0.12 > 0.05$. **Conclusiones.** No existe relación entre el nivel de conocimiento médico con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano. No obstante, sí se encontró relación entre el sexo, los factores de servicio médico al que pertenece y el factor experiencia con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano.

Palabras clave: Cuidados paliativos, PADOMI, nivel de conocimiento, factores médicos, derivación.

ABSTRACT

Introduction. Despite the high demand for Palliative Care, there are various challenges that hinder its implementation, resulting in ineffective or non-existent referrals to PC and, consequently, subsequent patient suffering. Currently, no research has been conducted in Peru addressing medical knowledge or medical factors linked to referral to Palliative Care. **Objectives.** The main objective of this study is to determine whether the level of knowledge and medical factors are related to referral to palliative care in a Peruvian hospital, 2024. **Materials and Methods.** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted. Physicians from Hospital III - EsSalud in Chicla were included and administered a 2-section form: The first included sociodemographic characteristics, aspects of the health service, experience, and referral to palliative care. The second consisted of true-false knowledge questions based on the PCKT-SV survey. Statistical analysis included the Chi-square hypothesis test (χ^2) with a 95% CI, in addition to a logistic regression model to determine whether there was a relationship between knowledge level and medical factors with referral to palliative care and to accurately estimate the effect of interest. **Results.** 120 physicians were included, 64 were men and 56 women, with an average age of 40.7 years. It was found that only 32.5% (39) of the physicians referred patients to palliative care during the last year and of the physicians who did not refer (81), 26% were unaware of the PADOMI CP care modality. The average score for the physicians' level of knowledge was 11.36, and 30% of physicians obtained a failing score (<11 points). There is a relationship between medical service factors and experience with referral to palliative care $p < 0.05$. The test was not statistically significant for the relationship between level of knowledge and referral to palliative care ($p = 0.12 > 0.05$). **Conclusions.** There was no relationship between level of medical knowledge and referral to palliative care in a Peruvian hospital. However, a relationship was found between sex, factors related to the medical service to which the patient belongs, and experience with referral to palliative care in a Peruvian hospital.

Keywords: Palliative care, PADOMI, level of knowledge, medical factors, referral.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Cuidados Paliativos (CP) como “el enfoque orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, quienes se enfrentan a los problemas relacionados a las enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana, la adecuada evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (OMS, s.f., párr.1).

Diversas investigaciones desarrolladas en países de Europa, Asia y Norteamérica han puesto en evidencia que la implementación de CP en pacientes con enfermedades en etapa terminal contribuye disminuir la frecuencia de hospitalizaciones, los ingresos a unidades de cuidados intensivos y las recurrencias a urgencias (Arias-Casais et al., 2019); sin embargo, dicho éxito se debe a que estos países cuentan con unidades especializadas, leyes y programas nacionales específicos. Lo expuesto puede verse reflejado, por ejemplo, en que toda la región europea cuenta con 6.388 servicios especializados en CP, 4 veces más que Latinoamérica, que cuenta con 1.562 servicios de CP, lo que se traduce en 2,6 servicios por cada millón de individuos, una cifra insuficiente para las necesidades de la población (Pastrana, et al.,2021).

Actualmente, en países de América Latina, un número inaceptablemente pequeño de pacientes oncológicos que necesitan CP, pueden acceder a ellos (Quiñones et al.,2013). En este contexto, solo en Argentina se realizó un estudio sobre los causantes de esta problemática, encontrándose como principales determinantes la falta de convicción de los oncólogos sobre la incorporación de CP, el predominio de criterios de derivación tardía y una preocupante tendencia a no considerar las necesidades psicosociales de los enfermos graves (Sala et al.,2023). En nuestro país, ningún estudio ha identificado las características específicas del médico relacionadas con la derivación a CP, y sólo un estudio hasta la fecha ha descrito la frecuencia real de las derivaciones médicas a CP ambulatorios (Ahluwalia & Fried, 2009). Sumado a ello, Los centros hospitalarios enfrentan un aumento progresivo en la demanda asistencial por parte de personas de edad avanzada y/o con múltiples patologías. Sin embargo, persiste una deficiente derivación de aquellos pacientes que podrían beneficiarse de los CP, lo que se refleja en servicios colapsados y en la imposibilidad de cumplir con la demanda de atención a pacientes con enfermedades agudas (Amado & Oscanoa, 2020).

En el Perú, actualmente se dispone solamente de cuatro servicios exclusivos de CP en el primer nivel de atención, los cuales corresponden al tipo de atención domiciliaria; en el segundo nivel de atención solo existe una unidad de CP, y en el tercer nivel, únicamente se dispone de cuatro unidades de CP (detallados en ANEXO N°03). Además, se cuenta con siete servicios de hospitales con atención intrahospitalaria y extrahospitalaria; y cinco servicios de apoyo hospitalario (Pastrana, et al., 2021). Entre estos últimos, tenemos al servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor del INEN; donde el 40% de pacientes oncológicos que acuden a este centro proceden del interior del país, siendo Ancash el tercer departamento con más atenciones, solo por detrás de Lima y Callao (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2019). En la ciudad de Chimbote, a través del Programa de atención domiciliaria (PADOMI) del Hospital III del Seguro Social de Salud (ESSALUD), se viene desarrollando Cuidados Paliativos a través del modelo de atención de Hospitalización en casa de PADOMI.

En cuanto a los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa), después de una exhaustiva búsqueda en los hospitales representativos de Chimbote y Nvo. Chimbote, “Hospital La Caleta” y “Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón”, no se encontró ninguna unidad especializada de CP ni en proceso de implementación.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar si el nivel de conocimiento y los factores médicos se relacionan con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento médico sobre cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.
- Describir los factores médicos en un hospital peruano, 2024.
- Determinar si los factores sociodemográficos se relacionan con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.
- Determinar si los factores del servicio de salud se relacionan con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

- Determinar si el factor experiencia se relaciona con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.
- Describir los motivos de la no derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

1.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

H_i: Sí existe relación entre el nivel de conocimiento y los factores médicos con la derivación a Cuidados Paliativos en el Hospital III - EsSalud, Chimbote, 2024.

H₀: No existe relación entre los factores médicos y la derivación a Cuidados Paliativos en el Hospital III - EsSalud, Chimbote, 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, cada año millones de personas necesitan de CP a causa de enfermedades no transmisibles y el envejecimiento. Los estudios han demostrado que los CP son efectivos para abordar estos problemas de salud, logrando mejorar el control de la angustia ocasionada por los síntomas, así como la adherencia del paciente al plan de cuidado, la disminución de terapias no deseadas y consiguiendo así, que los pacientes y sus familias se sientan más satisfechos con la atención brindada al final de la vida. Sin embargo, pese a la alta demanda de estos cuidados, existen diversos desafíos a enfrentar que dificultan su implementación, como el escaso conocimiento de los profesionales de salud, debido a una pobre educación a lo largo de su formación, la imperfecta integración en los sistemas de salud, la discrepancia entre los médicos, los pacientes y los familiares en relación al objetivo real del tratamiento, y el apoyo psico-social de baja calidad, los cuales son factores determinantes en el manejo insuficiente de la clínica, la ineficaz o nula derivación a CP y, por ende, el posterior sufrimiento injustificado de los pacientes.

Nuestro estudio será el primero en el Perú en evaluar el nivel de conocimiento y los factores médicos relacionados con la derivación a CP en un hospital del Seguro Social de la ciudad de Chimbote, aportando datos de referencia que reflejen la situación y que puedan ser valiosos para la toma de decisiones, la organización estratégica y puesta en marcha de intervenciones en nuestra localidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Ahluwalia & Fried (2009), llevaron a cabo un estudio transversal, denominado “Physician factors associated with outpatient palliative care referral”, con el objetivo de identificar los factores médicos, con especial atención en las creencias de los galenos, asociados con la derivación a CP. Para ello, participaron 170 médicos de atención primaria de Kaiser Permanente (KP) en Estados Unidos, de los cuales 100 (70%) informaron haber remitido algún paciente al programa de CP en el año anterior, con una mediana de 3 derivaciones. Los factores asociados con la derivación incluyeron haber trabajado en KP entre 10 y 20 años en comparación con <10 años [OR] 6,29 (IC del 95%: 1,38, 28,6) y tener experiencia personal con CP [OR] 2,13 (IC del 95%: 0,95; 4,976), llegando a la conclusión de que las cualidades de los médicos, aparte de sus opiniones sobre los CP, jugaron un rol importante en la derivación.

López Sánchez (2016) realizó un estudio observacional, de corte transversal, mediante una encuesta validada, intitulado “Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario”, dirigida a 145 médicos, en su mayoría hombres, con una experiencia profesional de entre 0 y 5 años, pertenecientes principalmente al área de urgencias (51,03%). El puntaje promedio obtenido en cuanto a actitudes y conocimientos sobre cuidados paliativos fue de 59,09 sobre 100. Los dominios con resultados más bajos fueron las perspectivas sobre la idoneidad (40,73 puntos) y la práctica (47,04 puntos), lo que evidencia un nivel de conocimiento y actitud de moderado a bajo. Las principales debilidades identificadas se relacionan con la aplicación práctica y la idoneidad en la toma de decisiones, por lo que el estudio concluye la necesidad de implementar programas de formación orientados a fortalecer la capacidad de establecer pronósticos y mejorar los criterios para la derivación oportuna a los servicios de cuidados paliativos.

Hernández y colaboradores (2015) llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal titulado “Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de los médicos residentes acerca de los CP. La investigación se desarrolló en la Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre", donde participaron 46 residentes de diversas especialidades, tales como Medicina Interna, Reumatología, Cirugía, Cuidados

Intensivos, Medicina Física y Rehabilitación, Pediatría y Ginecología Obstetricia. Los resultados indicaron que el 100 % de los residentes respondieron correctamente que los CP tienen como objetivo principal disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Además, el 82,6 % reconoció que buscan proporcionar un sistema de apoyo para permitir a los pacientes llevar una vida lo más activa posible hasta su muerte, y el 86,9 % aceptó que la participación familiar es esencial en los CP. No obstante, el 87 % de los encuestados consideró que sus conocimientos sobre cuidados paliativos eran insuficientes. Un 13 % no reconoció los aspectos espirituales como parte integral de los cuidados paliativos, y un 17,4 % erróneamente los asociaron con el retraso de la muerte del paciente. En conclusión, el estudio revela una falta de información sobre los aspectos conceptuales de los CP y las enfermedades tratadas por el equipo multidisciplinario, lo que genera una insuficiencia en el manejo adecuado del dolor y un subuso de opioides.

Spice y colaboradores (2016), realizó un estudio de tipo cualitativo y cuantitativo, intitulado “Hospice care in Calgary”, cuyo objetivo fue estudiar el conocimiento de los médicos de familia de Calgary, en Canadá, sobre los hospicios, sus actitudes hacia el proceso de derivación y su comprensión de las barreras para la derivación a CP. En total, se devolvieron por correo 104 encuestas. La gran mayoría de médicos (88%) estuvieron completamente a favor de que los CP mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias; no obstante, al cuestionarles sobre el proceso de derivación a CP, solo el 57 % de los encuestados indicaron que se sentían bien informados para hacerlo, y sólo el 41% respondió que estaba familiarizado con la selección de los pacientes para hospicios en la zona de Calgary, concluyendo que, si bien los médicos de familia de Calgary aprecian los CP, existen lagunas de conocimiento.

Wadhwa y colaboradores (2018), realizaron un estudio de revisión retrospectiva, intitulado “Factors Associated with Early Referral to Palliative Care in Outpatients with Advanced Cancer” cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con la derivación temprana a una clínica de CP oncológicos, en Canadá y describir la gravedad de los síntomas según el momento de la derivación. Se contó con la participación de 337 pacientes, donde 232 (69%) derivaciones fueron tardías, 60 (18%) intermedias y 45 (13%) tempranas. En el análisis multivariable, la derivación más temprana se asoció con un diagnóstico precoz de cáncer primario ($p = 0,004$), y derivación para el tratamiento del dolor y los síntomas ($p = 0,001$), donde la mayoría de los participantes de

este estudio fueron derivados en una fase avanzada de la enfermedad, concluyendo que la carga general de síntomas fue mayor en las derivaciones tardías.

Martín-Martín y colaboradores (2021) llevaron a cabo un estudio analítico transversal en 40 servicios de salud de atención primaria en España. En esta investigación, intitulada “Physicians and Nurses Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models”, se distribuyeron 600 cuestionarios PCKT-SV entre profesionales de la salud, de los cuales 561 (226 enfermeras y 335 médicos) fueron completados correctamente. Además, se recopiló información sobre variables sociodemográficas, educativas y de experiencia laboral. Los resultados mostraron que el 34,41% de las enfermeras y el 67,40% de los médicos presentaron conocimientos buenos o excelentes sobre cuidados paliativos. Las puntuaciones de los médicos en áreas como el manejo del dolor, la disnea y los trastornos psiquiátricos fueron superiores a las de las enfermeras, mientras que las enfermeras destacaron en el ámbito filosófico. Asimismo, aquellos profesionales que recibieron formación continua en cuidados paliativos demostraron un nivel de conocimientos más elevado. La edad y la experiencia laboral de los médicos, así como la formación universitaria de las enfermeras, influyeron significativamente en el nivel de conocimiento.

López-García (2021), realizó un estudio intitulado “Nivel de conocimiento en Cuidados Paliativos de Médicos y enfermeras: Validación transcultural de una herramienta de evaluación”, donde realizó una traducción y adaptación intercultural del PCKT para un estudio en España. Al aplicar la fórmula sugerida por Lawshe, obtuvo un índice de validez de contenido total de 0,86 (con un rango de 0,78 a 1), lo que lo situaba en un rango considerado como aceptable. Esto demostró que la versión final en español de 20 ítems del cuestionario PCKT (PCKT-SV) era comprensible, legible y apropiada para la población objetivo. Como parte de su estudio, realizó un formulario de recopilación de datos que constaba de dos secciones. La primera sección incluía variables sociodemográficas y aspectos relacionados con la formación profesional de médicos y enfermeras; y en la segunda sección, se incluyó el cuestionario PCKT-SV, obteniendo como resultado que los médicos tienen mayor nivel de conocimiento que las enfermeras sobre CP.

Sala y colaboradores (2023) llevaron a cabo un estudio de investigación exploratorio, descriptivo, transversal y cuantitativo en Argentina, intitulado “Attitudes and beliefs of Argentinian medical oncologists regarding palliative care referral”, cuyo objetivo fue examinar las prácticas de derivación de oncólogos a cuidados paliativos e identificar las características y creencias asociadas

con la frecuencia de derivación. El estudio incluyó a 489 oncólogos, de los cuales el 83% indicó tener conocimiento sobre los cuidados paliativos y el 71% señaló que disponían de especialistas o servicios accesibles en este ámbito. Sin embargo, el 55% de los participantes mencionó que rara vez o nunca derivaban a sus pacientes, y solo el 19% indicó contar con criterios para una derivación temprana. Aquellos que derivaban ocasionalmente a sus pacientes argumentaron que los cuidados paliativos no eran considerados relevantes, beneficiosos o prioritarios (78%), o preferían manejar los problemas del paciente por su cuenta (55%). Se observó una asociación significativa entre la frecuencia de derivación y la accesibilidad a servicios de cuidados paliativos ($P = 0,002$), así como con el conocimiento adecuado sobre estos cuidados ($P = 0,008$). El estudio concluyó que la mayoría de los médicos oncólogos no derivan a sus pacientes a cuidados paliativos, a pesar de que dichos servicios son ampliamente accesibles.

Actualmente, no se han desarrollado investigaciones en Perú que aborden el conocimiento médico ni los factores médicos vinculados con la derivación a CP en los distintos niveles de atención o en modalidades como la asistencia domiciliaria. Los trabajos existentes se centran principalmente en la necesidad y demanda de CP en hospitales de referencia en Lima, Perú o la evaluación del nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de medicina humana de pregrado acerca de los CP. A nivel de nuestra región Ancash, no existen estudios de ningún tipo relacionados con los CP.

Amado (2016), realizó una investigación de tipo transversal titulada “Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima”, centrada en tres hospitales nacionales de seguridad social en Lima y Callao. El objetivo principal del estudio fue “determinar la proporción de pacientes readmitidos a los servicios de emergencia durante el último año, identificar la condición de enfermedad terminal en los pacientes readmitidos y evaluar la necesidad y demanda de cuidados paliativos”. El análisis se basó en los datos de 846 pacientes ingresados en las salas de observación de emergencia, de los cuales 246 fueron registrados como readmitidos. Para este estudio, se aplicó una encuesta estructurada adaptada de un cuestionario de necesidad de cuidados paliativos utilizado en España. Los resultados mostraron una alta tasa de readmisión en los hospitales nacionales de seguridad social en Lima y Callao, con más del 30% de los pacientes readmitidos cumpliendo con los criterios de enfermedad terminal. De estos pacientes, más del 80% presentó una necesidad de CP.

Ordoñez y colaboradores (2018) llevaron a cabo un estudio observacional, transversal y analítico titulado “Nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en alumnos de medicina de sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, año 2018”. La muestra consistió en 132 estudiantes de sexto año, a quienes se les aplicó el Palliative Care Knowledge Test (PCKT), adaptado por Medina y colaboradores (2012) para una investigación en México y modificado posteriormente para su aplicación en estudiantes de pregrado en Perú. Los resultados mostraron que 114 estudiantes (89,06%) obtuvieron un puntaje global clasificado como bueno en la evaluación sobre cuidados paliativos. Además, los estudiantes demostraron conocimientos sobre espiritualidad, comunicación con el paciente y bioética; sin embargo, las áreas que presentaron una mayor proporción de respuestas incorrectas fueron la sintomatología y el manejo farmacológico del dolor.

Pinedo y colaboradores (2021) realizaron un estudio transversal analítico intitulado “Asociación entre la necesidad de cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano” con el objetivo de analizar la conexión entre enfermedades crónicas (EC) y la necesidad de cuidados paliativos (NCP). Se examinó a 172 pacientes, utilizando el instrumento SPICT-ESTM. La edad promedio fue 61 años, con un 54,7% de participantes masculinos eran varones y 123 de ellos identificados con NCP. En el análisis inicial, se observó una asociación significativa con ACV (RP: 1,23; $p=0,028$), cualquier tipo de cáncer (RP: 1,38; $p<0,001$), enfermedades cardíacas (RP: 1,29; $p=0,007$), nefropatía (RP: 1,42, $p<0,001$) y enfermedad de Alzheimer (RP: 1,42; $p<0,001$). Esta asociación persistió en la mayoría de EC evaluadas en el análisis ajustado, excepto en el caso de cardiopatías (RPa: 1,11; $p=0,320$). Se concluyó que la prevalencia de NCP en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas es alta, especialmente en aquellos con cáncer, ACV, enfermedades renales y enfermedad de Alzheimer.

Tarazona (2022) realizó una investigación de tipo observacional, transversal y analítico titulado “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”. La muestra estuvo compuesta por 139 estudiantes de sexto y séptimo año, quienes fueron evaluados mediante el Palliative Care Knowledge Test (PCKT), modificado por Ordoñez para su aplicación en estudiantes de medicina en Perú. El nivel de conocimiento predominante fue el “intermedio” (61,9%), seguido por el nivel “bajo” (23,7%). Se concluyó que

el nivel de conocimiento sobre CP en estos estudiantes es mayormente “intermedio”, seguido de “bajo”. Además, se observó una asociación significativa entre el sexo (grupo femenino), la edad (grupo joven) y el año de estudio (grupo sexto año) con el nivel de conocimiento.

Argume (2024) llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal titulado “Conocimiento e identificación de necesidades en cuidados paliativos pediátricos en un instituto especializado de Perú”, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el conocimiento y la identificación de necesidades de cuidados paliativos pediátricos por parte de médicos especialistas del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)-Breña en Lima, Perú”. La muestra incluyó a 180 especialistas, quienes completaron un cuestionario de 24 ítems distribuidos en tres dimensiones: teórica, ética y legal, orientado a medir el conocimiento en CPP. Adicionalmente, se presentaron cinco casos clínicos basados en los criterios de la escala PaPaS (Bergstraesser et al., 2013) para evaluar la identificación de necesidades en esta área. Los hallazgos revelaron que el 61,9% de los participantes presentó un nivel intermedio de conocimiento, siendo el componente ético el de menor puntuación. Pese a ello, la mayoría demostró una adecuada capacidad para reconocer necesidades paliativas en pacientes pediátricos. Se observó una correlación significativa, aunque débil, entre el conocimiento general en CPP y la identificación de necesidades, así como entre el dominio legal del conocimiento y dicha identificación.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

El término “derivación”, en el campo médico, se refiere a “remitir o enviar a un paciente de un proveedor de atención de la salud a otro para que reciba servicios médicos adicionales” (SUSESO, 2023). Así también, los cuidados paliativos son definidos como el “abordaje holístico, enfocado en brindar comodidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus respectivas familias y/o cuidadores, quienes enfrentan problemas asociados a las enfermedades de gravedad que les generan sufrimiento y ponen en riesgo su salud, colocándolos más cerca del final de la vida” (OMS, s.f., párr.1). Los CP se han desarrollado, en gran medida, como fruto de la visión e inspiración inicial de Dame Cicely Saunders, fundadora de la medicina paliativa contemporánea, quien afirma que “los CP se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y de que merece respeto, proporcionando el mejor cuidado médico posible” (Navarro, 2009). He ahí el sentido de que cualquier persona puede acceder a los CP,

independientemente de su edad o del estadio de la enfermedad que presente, ya que su aplicación no está necesariamente condicionada a la intención curativa del tratamiento. Estos cuidados adoptan un enfoque integral centrado en la persona, y no exclusivamente en la patología, con el propósito de prevenir o aliviar los síntomas y efectos secundarios. Además, buscan intervenir de manera temprana no solo en el tratamiento de la enfermedad, sino también en los problemas de índole psicológica, social y espiritual que puedan surgir. (Instituto Nacional del Cáncer [NCI], 2023). Este modelo integral, busca prevenir y mitigar el suplicio físico, psicosocial y espiritual de estos pacientes, comúnmente terminales (Vitoria-Gasteiz. EUSKADI, 2008), a través de la identificación temprana, una evaluación clínica rigurosa y el abordaje terapéutico del dolor y demás sufrimientos asociados (OPS, 2016); no prolongan la vida, no ralentizan ni tampoco aceleran la muerte, su función radica en su presencia y aporta los conocimientos de diversos especialistas, como enfermeros, médicos, psicólogos y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal de la enfermedad (Gómez-Sancho, 2003).

La enfermedad terminal es aquella afección progresivamente avanzada, en etapa final, donde hay diversos síntomas, profundos, variables y multifactoriales, paulatina fragilidad o pérdida de la autonomía y gran impacto emocional en el paciente y todas las personas dedicadas a su cuidado, pues presenta un daño irreversible sin posibilidad de tratamiento curativo (Amado & Oscanoa, 2023). En la actualidad, se prefiere el término “enfermedad avanzada” en lugar de “enfermedad terminal” (Alonso, 2013); pues, como bien se ha mencionado, Los CP no están dirigidos exclusivamente a mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades avanzadas y pronóstico de vida limitado, sino que también benefician a aquellos pacientes que enfrentan enfermedades graves o con mal pronóstico, aunque su muerte no sea inminente (Pontificia Universidad Católica de Chile, s.f.). En esta línea, la muerte se entiende como la fase final del ciclo vital humano y se define como la cesación irreversible de la función cerebral o el paro cardiorrespiratorio comprobado. Este proceso posee un componente existencial profundo, en el cual se busca dotar de significado y dignidad el final de la vida, promoviendo la sabiduría y la trascendencia (Pegoraro & Paganini, 2020). Antiguamente, los CP se habían considerado como una intervención dirigida únicamente a tratar pacientes en fases finales de la vida; sin embargo, hoy en día, es incorporada en la atención de la salud de todos aquellos pacientes con enfermedades crónicas complicadas, oncológicas y no oncológicas (Ministerio de Salud [MINSA], 2021).

Dentro de los principios que siguen los CP, los más esenciales son: “No pretende precipitar ni retrasar la muerte, solo buscar la mejora de la calidad de la vida, aliviar los síntomas de difícil control, como dolor, náuseas, vómitos persistentes, disnea, fatiga, delirio, distrés psicológico y espiritual, tomando en cuenta las necesidades sociales”; “no usar de forma conjunta opioides potentes y débiles, sino empezar por el escalón analgésico más apropiado de acuerdo al tipo e intensidad de dolor, y, de ser necesario, asociar tratamiento adyuvante, usando medicamentos de vida media corta para evitar la acumulación de metabolitos y efectos secundarios, priorizando la vía oral para su administración debido a su sencillez, comodidad y seguridad”, y en cuanto a la vía parenteral, la de elección es la subcutánea, pues las vías endovenosa e intramuscular son más dolorosas y proporcionan menos autonomía al paciente (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, s.f.); reexplorar la respuesta analgésica y aparición de efectos secundarios, previniendo dichas consecuencias con medidas preventivas. Así también, debido a que el sueño de calidad es fundamental porque afecta directamente a nuestra salud y calidad de vida, los trastornos del sueño son un problema prevalente en CP; razón por la cual también se considera dentro de los principios de los CP, la valoración periódica de la calidad del sueño, en especial cuando gran porcentaje se asocia a otros cuadros clínicos como ansiedad o dolor (Carralero García et al., 2013).

El nivel de conocimiento es “el grado de información adquirida y almacenada a través del aprendizaje, experiencias o introspección” (Ramirez, 2009). Es “el conjunto de saberes que busca establecer, racionalmente, los principios más generales que estructuran y guían el conocimiento de la realidad, así como el sentido del actuar humano” (RAE, 2023). El presente estudio, considera 5 dimensiones del nivel de conocimiento de acuerdo al instrumento PCKT-SV: Filosofía, dolor, disnea, problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales.

En primer lugar, la filosofía es definida como “un conjunto de saberes que busca establecer, racionalmente, los principios más generales que estructuran y guían el conocimiento de la realidad, así como el sentido del actuar humano” (RAE, 2023).

El dolor “es la experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con una lesión tisular real o potencial” (IETSI EsSalud, 2021). Para su valoración se recomienda la Escala Visual Análoga (EVA), como recurso estándar para precisar la intensidad del dolor: < 3-4/10 EVA → Dolor leve, 5-7/10 EVA → Dolor moderado, >7/10 EVA → Dolor intenso (Amado & Oscanoa, 2020); pues de ello depende la potencia del analgésico para su abordaje (IETSI EsSalud, 2021),

ya que en situaciones de dolor severo e intratable, se recurre a la sedación paliativa como estrategia terapéutica. Esta consiste en aliviar el sufrimiento en pacientes con enfermedades avanzadas o en fase terminal, mediante la disminución proporcional y controlada del nivel de consciencia, lograda a través de la administración intencional de fármacos en dosis y combinaciones apropiadas. Este procedimiento debe realizarse siempre con el consentimiento informado y explícito del paciente, con el fin de disminuir uno o más síntomas refractarios (dolor, vómito, depresión, astenia, insomnio, sufrimiento, malestar, etc.) (Cáceres Lavernia & Morales Morgado, 2016). Según la temporalidad, se diferencia una sedación intermitente, que permite periodos de alerta del paciente, y una sedación continua, que mantiene la disminución del nivel de conciencia del paciente de forma permanente. Así también se tiene una sedación primaria (disminución de conciencia intencional), con el objetivo de una intervención terapéutica, y una sedación secundaria (denominada somnolencia), como efecto colateral de un fármaco administrado en el curso del tratamiento de un síntoma (Cáceres Lavernia & Morales Morgado, 2016), la cual puede presentarse incluso con la dosis mínima, capaz de causar analgesia aceptable (Asociación Latinoamericana para Cuidados Paliativos [ALCP], s.f.). Para dicha analgesia se considera: Dolor leve → Analgésicos no opioides, Dolor moderado → Opioides débiles, Dolor intenso → Opioides potentes o mayores. Sin embargo, es importante señalar que algunos opioides no son recomendados para el manejo del dolor oncológico de intensidad moderada a severa, como es el caso de la meperidina, la buprenorfina y la pentazocina. Esto se debe a que no todos los opioides poseen las mismas propiedades farmacológicas y aún se requiere la realización de ensayos clínicos que evalúen su eficacia y tolerabilidad, tanto en el dolor agudo como crónico. Particularmente, se necesita mayor evidencia para determinar si las combinaciones de opioides ofrecen ventajas significativas sobre la monoterapia. Hasta el momento, solo puede sustentarse una recomendación débil respecto al uso combinado de dos opioides para el tratamiento del dolor (Salvador & Aliaga, 2016). Asimismo, es necesario resaltar que hay muchas creencias erróneas acerca de los opioides, como el que “acortan el tiempo de vida” o “generan adicción”, pues el tratamiento con estos, cuando se administra conforme a las dosis prescritas, tiene como finalidad principal el alivio del dolor en pacientes con enfermedades graves. En este contexto, si el fallecimiento ocurre, este se atribuye a la evolución natural de la enfermedad subyacente y no al efecto del medicamento. Estos fármacos están especialmente indicados en personas que atraviesan situaciones clínicas críticas acompañadas de dolor intenso, y en tales circunstancias, el riesgo de desarrollar adicción es

prácticamente nulo. No obstante, este riesgo podría incrementarse en individuos con antecedentes de consumo problemático de alcohol o drogas, o con trastornos mentales graves no adecuadamente controlados (Junta de Andalucía, 2012).

La disnea es un síntoma subjetivo, catalogado como una “dificultad respiratoria originada por interacción de factores fisiológicos, psicosociales y ambientales en el individuo” (American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 1999). Se presenta en un 55-70% de los pacientes terminales y suele estar asociada, en este caso, a patologías severas; por ello, el manejo está dirigido a aliviar la sensación de dificultad para respirar y prevenir su agudización, ocasionada por el miedo y la ansiedad, o cualquier otra enfermedad subyacente, como EPOC (IETSI EsSalud, 2021). Para su abordaje paliativo, se aconseja el empleo de oxígeno, benzodiacepinas, opioides (Azañero-Haro & Soto, 2021), con énfasis en la morfina, que puede ser beneficiosa para aliviar la disnea crónica, especialmente cuando se administra en formulaciones de acción prolongada, y porque pese a que la hidromorfona es un opioide eficaz, no aporta el mismo beneficio (Kuebler, 2014). No obstante, es importante tener en cuenta los efectos adversos de los opioides, los cuales pueden clasificarse en 3 categorías: a nivel gastrointestinal, lo más frecuente son las náuseas, vómitos y estreñimiento; a nivel neurológico encontramos los mareos, sedación e incluso disfunción cognitiva; y dentro de los misceláneos pueden presentarse retención urinaria, prurito y raramente depresión respiratoria (Pergolizzi Jr. et al., 2012). Asimismo, son de gran utilidad los fármacos anticolinérgicos para la disminución de las secreciones bronquiales de los pacientes que se encuentran en agonía (Ruiz de Temiño de la Peña et al., 2014). En caso de que los análisis muestran niveles reducidos de oxígeno en la sangre, puede ser necesaria la oxigenoterapia. (Medical News Today, 2020). Y con respecto a la Ventilación mecánica No Invasiva (VNI), en el contexto paliativo, esta continúa siendo controversial en la práctica clínica; pese a ello, puede aplicarse en pacientes con disnea severa que han optado por prescindir de tratamientos destinados a prolonguen su vida, limitándose a recibir CP para garantizar su confort (IETSI EsSalud, 2021).

Así también, como cuarta dimensión, tenemos a los problemas psiquiátricos, dentro de los cuales se considera a la astenia, la cual es una sensación subjetiva de agotamiento, debilidad o poca energía, siendo más grave, angustiante y persistente en pacientes con enfermedades oncológicas, sin importar la cantidad adecuada de sueño y reposo; y al delirium o también llamado “Síndrome Confusional agudo”, que es “aquel síndrome cerebral orgánico de inicio brusco o gradual,

manifestado por cambios en el estado de conciencia, atención, cognición, percepción y del comportamiento psicomotor, lo cual es frecuente en los pacientes en etapas finales de la vida, acompañada de agitación e inquietud” (IETSI EsSalud, 2021). Las principales indicaciones de tratamiento para el delirium incluyen el uso de neurolépticos y benzodiazepinas; sin embargo, pese a que el empleo de estas últimas ha sido motivo de controversia, evidencia derivada de un estudio controlado con placebo indica que añadir lorazepam (benzodiazepina) con haloperidol (neuroléptico), puede ofrecer un mejor control de la agitación en comparación con el uso exclusivo de haloperidol (Jenkins, 2017).

Como quinta dimensión, tenemos a los problemas gastrointestinales, como por ejemplo, las náuseas y vómitos. Estos son síntomas frecuentes en las fases finales de la vida, que provocan un notable sufrimiento tanto físico como psicológico, lo cual repercute negativamente en la calidad de vida (IETSI EsSalud, 2021). El manejo de estos síntomas incluye una evaluación detallada de la intensidad, causa y factores asociados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, entre otros.), a través de una adecuada recopilación de antecedentes médicos y un examen físico preciso (Instituto Nacional del Cáncer, 2023). En el caso de los pacientes con fase avanzada o terminal, se opta por un tratamiento empírico de las náuseas sin la necesidad de una causa específica, mediante eméticos (IETSI EsSalud, 2021). Asimismo, en pacientes con cáncer, se suele utilizar los esteroides, pues no sólo evitan las náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia, sino que mejoran el apetito, reduce el dolor e impide reacciones alérgicas a algunos tratamientos oncológicos (American Brain Tumor Association, s.f.).

Por otro lado, la constipación “es un síntoma producido por un enlentecimiento del paso de las heces a través del intestino, las cuales se encuentran secas y con una consistencia dura”. Este fenómeno puede deberse a diversos factores como la dieta, la falta de movilidad, ciertos trastornos metabólicos, como hipercalcemia, y especialmente, por el consumo de medicamentos, como los opioides, donde el estreñimiento puede presentarse hasta en el 87% de los casos. Además, este síntoma puede ocasionar problemas de ansiedad y angustia (IETSI, EsSalud, 2021). Las guías aconsejan el uso de los criterios de ROMA IV para el diagnóstico de constipación, el cual está incluido dentro de las alteraciones funcionales. La Guía Práctica de Oncología (GPC NCCN) comenta que una vez identificada la constipación se debe evaluar la causa y gravedad de esta. Para

ello, la GPC SEOM, aconseja identificar los factores de riesgo, predisponentes a su origen (Larkin et al., 2018). En cuanto al tratamiento; si bien las medidas no farmacológicas, como una dieta blanda, con bajo contenido calórico y rica en fibra, un adecuado consumo de líquidos y actividad física adaptada al paciente, van a ser de gran ayuda en pacientes en fase terminal avanzada, a menudo se necesitará asociar un tratamiento farmacológico, basado en laxantes osmóticos, como primera línea (IETSI EsSalud, 2021). En las etapas finales de la vida, la hidratación y la nutrición enteral o parenteral, carecen de sentido, ya que suelen generar más molestias que beneficios (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, s.f.). Al respecto, la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (CP), hace referencia a dos revisiones sistemáticas (RS) de estudios observacionales que examinaron la relación entre el papel del aporte hídrico parenteral y el alivio de síntomas como sed, boca seca y confusión, asociados a deshidratación, concluyendo que, existe escasa evidencia que respalde la conexión entre la administración de fluidos y la mejora de estos síntomas. Por ello, en situaciones de deshidratación, se sugiere la vía oral como la vía de elección para el aporte de líquidos. Se recomienda evitar el uso de la vía parenteral siempre que sea posible; pero de ser necesario u optar por la rehidratación parenteral, se puede considerar en primer lugar la vía subcutánea (SC). Si no es factible la vía SC o venosa, puede contemplarse el uso de la vía rectal (Servicio Murciano de Salud, 2012).

Se denomina factores a aquellos elementos o causas que actúan junto con otro para un producto (Real Academia Española, s.f.). En este caso, de acuerdo al análisis de distintos estudios analizados por las autoras (Sala et al., 2023; Ahluwalia & Fried, 2009; López Sánchez, 2016; Spice et al., 2016; Wadhwa et al., 2018), los factores médicos a abordar son: Factores sociodemográficos (Edad, Sexo, Religión, Grado de especialización), Factores relacionados con los servicios de salud (Departamento al que pertenece, Tiempo como médico) y Experiencia en Cuidados Paliativos (Asistencia a seminarios paliativos, Experiencia en atención paliativa y Número de atenciones paliativas en el último año).

Otero & Zunzunegui (2011) afirman que “las características sociodemográficas del paciente, como el sexo, la edad, el origen étnico o la posición socioeconómica, pueden influir en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en la utilización de los servicios”. Así pues, “el sexo hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, y permite diferenciarlos” (Instituto Nacional de Estadística, s.f.); la edad “es el lapso que transcurre

desde el nacimiento de una persona” (Clínica Universidad de Navarra, s.f.) que involucra cada uno de los periodos evolutivos (RAE, s.f.); la religión “es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado” (RAE, 2020), es “una doctrina constituida por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual, la cual abarca distintas visiones: católica, evangélica, cristiana, mormona, testigos de Jehová, entre otras” (Enciclopedia Significados, 2021); y el grado de especialización médica es la “representación del nivel de estudios, cursados por un graduado o un licenciado en Medicina en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados, relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado” (SensAgent, s.f.).

En cuanto a los factores relacionados con la atención de salud, se tiene en cuenta el departamento médico al que pertenecen los médicos, encargado de la atención integral del adulto mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en forma individual y colectiva, que depende jerárquicamente de la Dirección General del Hospital (Gob.pe, 2024); el tiempo de ejercicio profesional médico, el transcurrido desde que el médico ejerce su carrera en cualquier modalidad; ya sea docencia, asistencial, administrativa, de investigación y producción, prevista en el Decreto Legislativo N°559, Ley del Trabajo Médico, luego de obtener su matrícula correspondiente en el Colegio Médico del Perú y adquirir la condición de hábil (Colegio Médico del Perú, 2018); y la experiencia en CP, la cual se define como aquel hecho de haber sentido, conocido o presenciado un hecho (RAE, 2023) o vivencia en relación a pacientes con necesidad de CP e incluye: asistencia a seminarios paliativos, experiencia en atención paliativa y número de atenciones paliativas en el último año.

Al analizar la situación de los cuidados paliativos en el Perú, se tiene que, en nuestro país, según datos de la Oficina General de Tecnologías de Información (OGTI) del MINSA, “en el año 2014 fallecieron 84 183 personas con enfermedades tributarias para Atención de Cuidados Paliativos (ACP), y al año 2016, fallecieron un total de 1 10 912 personas, incrementándose en más de veinte mil. Teniendo en cuenta que, según datos internacionales, 40% al 60% habrían necesitado ACP, la demanda potencial en el año 2016 fue entre 44 364 y 66 547” (MINSA, 2021). Además, en el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en Perú existe una población de 31,488,625 personas, calculándose la tasa de mortalidad específica por

enfermedades tributarias de ACP en 352 personas por cien mil habitantes por año. Así mismo, se observa que las enfermedades no oncológicas con necesidad de CP constituyen el mayor porcentaje (68%), y las enfermedades oncológicas con necesidad de CP constituyen el 32% (INEI, 2016). Con respecto a la educación en CP, el sistema universitario peruano no reconoce la especialidad de CP; y tampoco se dispone de una base de datos a nivel nacional que documente a profesionales de la salud con capacitación en CP y tratamiento de dolor (MINSA, 2021).

Por otro lado, el Atlas Latinoamericano de CP, actualizado y modificado en el año 2019, evidencia que el nivel de desarrollo de los CP en el Perú se clasifica en la categoría de países de provisión aislada, y se encuentra organizado de la siguiente manera: en nuestro país, actualmente se dispone de cuatro servicios exclusivos de CP en el primer nivel de atención, los cuales corresponden al tipo atención domiciliaria: Programa de Atención Domiciliaria al Adulto Mayor y paciente Oncológico (ADAMO) de la Diresa Callao, C.S. Amakella, C.S. Condevilla, C.S. Piedra liza; en el segundo nivel de atención solo se cuenta con una unidad de CP (Hospital ESSALUD Lazarte - Trujillo); y en el tercer nivel, se dispone de cuatro unidades de CP: ESSALUD Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), Hospital Policía Nacional (HPN), Hospital Militar Central (HMC) y Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). Además, existen siete servicios de hospitales con atención intrahospitalaria y extrahospitalaria, los cuales son el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en Breña, Hospital General FAP (HGFAP), ESSALUD COPHOES: Hospital Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) y Hospital Alberto Sabogal (HAS), Programa de Atención Domiciliaria integral (ADI) oncológica del Hospital Cayetano Heredia (HCH), Hospital Regional de Ayacucho y Oncosalud - AUNA). Por último, se cuenta con seis servicios de apoyo hospitalario: INSN San Borja, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en Lima, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) Norte Trujillo, IREN Sur Arequipa; Hospital Sandía Puno, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) Lima (ANEXO N°03) (OMS, 2020). Como podemos notar, los servicios/unidades de CP se concentran en EESS de mayor complejidad y se encuentran centralizados sobre todo en la capital, a lo que se suma la falta de disponibilidad adecuada de CP en los establecimientos de salud en todos los niveles de atención, junto con una coordinación deficiente entre los diferentes niveles de atención y las instituciones que integran el Sector Salud. En consecuencia, se puede concluir que persiste una brecha considerable en la cobertura de atención de CP a nivel nacional.

El Seguro Social de Salud del Perú, “es un seguro de salud contributivo que clásicamente brinda, tanto a los asegurados como a sus derechohabientes; los servicios de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales correspondientes al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud; así como otros seguros de riesgos humanos” (EsSalud, 2023).

En octubre del 2018, se incluye a la atención paliativa como parte de los servicios que deben ser accesibles a todas las personas; esto según la Declaración de Astaná (OMS & UNICEF, 2018), en el marco de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Además, en ese mismo año, la International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), ofrece a los gobiernos diversas recomendaciones (American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 2023).

En nuestro país, EsSalud cuenta con Unidades de CP que trabajan de manera coordinada con los servicios de atención domiciliaria para brindar CP conforme al nivel asistencial y complejidad clínica del paciente (EsSalud, 2017), en particular, se destaca la existencia del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), orientado a los usuarios con limitaciones de movilidad y dependencia de terceros, y cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de los usuarios del programa, garantizando una atención integral y digna (Michue-Bohórque et al., 2011).

La atención domiciliaria en EsSalud se refiere a la “prestación de salud brindada al asegurado que por su condición de salud no puede acudir a una IPRESS o que se beneficia de continuar con los cuidados hospitalarios en el domicilio”. La atención integral en salud puede brindarse de forma presencial, mediante visitas domiciliarias, o de manera remota, a través de modalidades como la teleconsulta, el telemonitoreo y la teleorientación. Esta atención es realizada por un equipo multidisciplinario e incluye acciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, así como procesos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, conforme a la capacidad resolutoria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS). El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y Control Post Hospitalario Especializado (COPHOES) realizan atención domiciliaria (Michue-Bohórque et al., 2011).

En el Documento Técnico Local de Implementación de las prestaciones de Atención Domiciliaria en el Hospital III Chimbote, se describen diversas modalidades de la Atención Domiciliaria de PADOMI. Entre ellas tenemos a: i) La atención domiciliaria general: Modalidad que provee

atención integral al paciente, que en otras circunstancias se otorgaría de manera ambulatoria. En esta modalidad se encuentran la atención de pacientes con enfermedad crónica, pacientes con oxigenoterapia, pacientes en rehabilitación física, entre otros; ii) Atención domiciliaria de hospitalización en casa: Servicio que brinda la oportunidad para que una persona que requiere seguimiento y cumple con criterios de selección para el manejo domiciliario pueda proseguir su proceso clínico, terapéutico y de rehabilitación desde la comodidad de su hogar; iii) Atención domiciliaria internamiento domiciliario: Proporciona cuidados sanitarios de tipo hospitalario y tratamiento, de manera temporal, al asegurado que viene recibiendo atención en su domicilio; iv) Atención domiciliaria alta precoz: Proporciona cuidados sanitarios complementarios de manera temporal con criterios de hospitalización, al asegurado de alta de un servicio de hospitalización, en condición de mejorado o estable; v) Atención domiciliaria cuidados paliativos: Esta modalidad se encuentra dirigida a asegurados con criterios de terminalidad oncológica y no oncológica que, a través de la interconsulta o referencia por el médico tratante, solicitan al médico de atención domiciliaria de la IPRESS en la que está incluida PADOMI, brindar CP en el domicilio del asegurado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del asegurado y su familia a través de la prevención y el alivio del sufrimiento y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales; y vi) Atención domiciliaria de urgencias: Modalidad de atención que se brinda al asegurado en su domicilio y que requiere intervención inmediata y oportuna para evitar la progresión del daño. En la actualidad, el Hospital III-Chimbote, sólo tiene implementado PADOMI general y PADOMI hospital en casa (EsSalud, 2023).

Al analizar la situación de los cuidados paliativos en Ancash, encontramos que, según datos del Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer - INEN, más del 40% de pacientes oncológicos que acuden a servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor del INEN proceden del interior del país, siendo Ancash, durante los años 2016 al 2018, el tercer departamento con más atenciones, solo por detrás de Lima y Callao (INEN, 2019) (ANEXO N°04). Además, en Regiones, según el último registro de defunciones por enfermedades oncológicas y no oncológicas tributarias de atención de CP, en el año 2016, la región de Lima ocupa el primer lugar con 33% de las defunciones con esta necesidad. En el caso de Ancash, ocupa el puesto 12 con 2,9% (ANEXO N°05) (MINSA, 2021). A pesar de la notable necesidad de cuidados paliativos en Ancash, solo se conoce que el Hospital III- EsSalud en la ciudad de Chimbote viene implementando los CP a través de la modalidad atención domiciliaria de tipo

hospitalización en casa de PADOMI. Los pacientes que se encuentran hospitalizados y que cumplen criterios de manejo domiciliario, son derivados a PADOMI; el médico del programa evalúa al paciente en hospitalización y en coordinación con la familia es llevado al domicilio para la continuidad del tratamiento paliativo (EsSalud, 2021). Además, no se cuenta con ninguna unidad especializada que brinde este servicio de manera exclusiva en establecimientos del MINSA.

En el marco de la Directiva N° 15-GCPS-ESSALUD-2021 “Normas para las prestaciones de salud de atención domiciliaria-ESSALUD” (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2021), aprobada con la Resolución de Gerencia General N° 1322 -GGESSALUD-2021, el Hospital III Chimbote implementa las prestaciones de atención domiciliaria, adaptándola a su realidad, según Nota N° 73-PADOMI-DHIII-CH-GRAAN-ESSALUD-2022 (PADOMI, 2022). Asimismo, ante la necesidad de atención de la modalidad Hospital en Casa, en la cual se brinda CP, se fortaleció el programa, según nota N°101-PADOM-DHIII-CH-GRAAN-ESSALUD-2023 (PADOMI, 2023) para su funcionamiento. Desde mayo del 2023, PADOMI ha implementado la modalidad de atención Hospital en casa, en donde una de las formas de atención es Cuidados Paliativos; esta forma de atención se viene aplicando en coordinación con todos los servicios del Hospital III-Chimbote (OMS & UNICEF, 2018). La modalidad hospital en casa mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento; es por ello que destacamos la importancia de estudiar los factores médicos, ya que solo así podremos determinar cómo influyen las características de los galenos; sus creencias, conocimientos, y experiencias sobre la derivación de pacientes; identificar sus patrones de derivación, así como las barreras en el acceso a los CP domiciliarios. En base a lo expuesto, nuestro estudio evaluó el nivel de conocimiento y los factores médicos relacionados a la derivación a cuidados paliativos en el Hospital III del Seguro Social de Chimbote, siendo el primero en realizar dicho análisis en el Perú, brindando información referencial que muestra una realidad; por lo que, se espera su utilización en la toma de decisiones, así como en el desarrollo de gestiones en nuestra ciudad.

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. UNIVERSO: Médicos del Hospital III- EsSalud, Chimbote.

3.1.2. POBLACIÓN: Médicos del Hospital III - EsSalud, Chimbote, 2024. A través de los datos proporcionados por la División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ancash - EsSalud, se encontró una población total de 148 médicos en dicho establecimiento.

3.1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada uno de los médicos de los diferentes departamentos de atención del Hospital III - EsSalud, Chimbote.

3.1.4. MUESTRA: La muestra se considera censal pues se seleccionó el 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos. Por tanto, el tamaño muestral serán 148 participantes.

3.1.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Médicos que laboren en el Hospital III - EsSalud, Chimbote, 2024.
- Médicos que tengan experiencia de por lo menos 1 año de servicio.

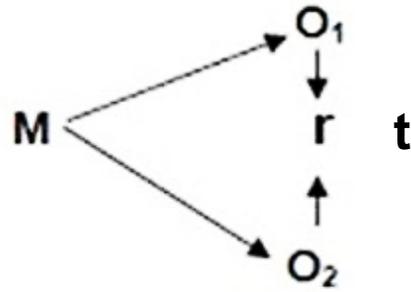
Criterios de exclusión

- Médicos que se encuentren de vacaciones y/o con descanso médico.
- Médicos pertenecientes a los Servicios de Radiología, Patología y Laboratorio.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de estudio es de tipo observacional, analítico y transversal debido a que no hubo intervención, ni manipulación de variables por parte de los investigadores.



M: Muestra

O1= Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos y factores médicos

O2= Derivación a cuidados paliativos

r = Relación entre nivel de conocimiento y los factores médicos con la derivación a cuidados paliativos

t: 2024

3.2.2. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables independientes: 1. Nivel de conocimientos, 2. Factores médicos

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE, Y NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA Y UNIDAD
Nivel de Conocimientos en cuidados paliativos	1. Filosofía	“Conjunto de saberes que busca establecer, racionalmente, los principios más generales que estructuran y guían el conocimiento de la realidad, así como el sentido del actuar humano” (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, s.f.).	Cantidad de preguntas acertadas por los médicos del Hospital III Chimbote en el cuestionario PCKT-SV, según dimensión correspondiente	Cuantitativa Discreta	De razón	Verdadero Falso
	2. Dolor	“Experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con una lesión tisular real o potencial, incluyendo dimensiones de la condición humana, como la personalidad, afectividad, emociones y relaciones psicosociales” (IETSI EsSalud, 2021).		Cuantitativa Discreta	De razón	Verdadero Falso
	3. Disnea	“Es un síntoma subjetivo, catalogado como una dificultad respiratoria originada por interacción de factores fisiológicos, psicosociales y ambientales en el individuo” (IETSI EsSalud, 2021).		Cuantitativa Discreta	De razón	Verdadero Falso
	4. Problemas Psiquiátricos	Incluye las afecciones: - Astenia: “sensación subjetiva de cansancio, debilidad o falta de energía” (MINSa, 2021). - Delirium: “Síndrome cerebral orgánico de inicio agudo o subagudo, caracterizado por alteración del estado de conciencia, trastornos de atención, cognición, percepción y del comportamiento psicomotor” (IETSI EsSalud, 2021).		Cuantitativa Discreta	De razón	Verdadero Falso

	5. Problemas gastrointestinales	Incluye las afecciones: - Náuseas y vómitos: “La náusea es aquel deseo fuerte y desagradable de vomitar. El vómito es la expulsión violenta por la boca de los contenidos estomacales” (IETSI, EsSalud, 2021). - Constipación: “Síntoma producido por un enlentecimiento del paso de las heces a través del intestino, las cuales se encuentran secas y con una consistencia dura” (IETSI, EsSalud, 2021).		Cuantitativa Discreta	De razón	Verdadero Falso	
Factores médicos en la derivación a cuidados paliativos	Factores socio-demográficos	Edad	“Lapso que transcurre desde el nacimiento de una persona” (Ramírez, 2009), que “involucra cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez” (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).	Edad en años (cumplidos) al momento de la encuesta.	Cuantitativa Discreta	De razón	≥ 18 años
		Sexo	“Es la referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres” (INE, s.f.).	Dato descrito en la encuesta como masculino o femenino	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Femenino Masculino
		Religión	“Es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado” (RAE, 2020). “Es una doctrina constituida por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual” (Enciclopedia Significados, 2021).	Información aportada por el médico sobre la religión que profesa.	Cualitativa Politómica	Nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormona Otra
		Grado de especialización	“Es la representación del nivel de estudios cursados por un graduado o un licenciado en Medicina en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado” (SensAgent s.f.).	Dato del grado de especialización médica.	Cualitativa Politómica	Nominal	Médico general Médico especialista Medico subespecialista

Factores relacionados al servicio de salud	Departamento médico al que pertenece	“El departamento médico se define como una división del personal médico de un hospital para proporcionar un tipo específico de diagnóstico o tratamiento médico” (Gobierno del Perú, 2024).	Área en el que se desarrolla o labora en el hospital	Cualitativa Politómica	Nominal	Emergencia Cirugía Medicina Pediatria Ginecología- obstetricia
	Tiempo de ejercicio profesional médico	“Es el tiempo transcurrido desde que el médico ejerce su carrera en cualquier modalidad; ya sea docente, asistencial, administrativa, de investigación y producción, prevista en el Decreto Legislativo N.º 559, Ley del Trabajo Médico, luego de obtener su matrícula correspondiente en el Colegio Médico del Perú y adquirir la condición de hábil” (Colegio Médico del Perú, 2018).	Tiempo transcurrido en años desde que ejerce como médico.	Cualitativa dicotómica	Ordinal	<15 años >15 años
Experiencia en cuidados paliativos	Asistencia a seminarios, cursos o capacitaciones sobre cuidados paliativos.	Según la RAE, la asistencia se define como “aquella acción de estar o hallarse presente” (RAE, 2024)	Dato registrado sobre asistencia a seminarios, cursos o capacitaciones sobre cuidados paliativos.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
	Experiencia en la atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos.	La experiencia se define como el “hecho de haber sentido, conocido o presenciado algo” (RAE, 2023).	Dato registrado experiencia en la atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
	Número de atenciones paliativas durante el último año.	La atención paliativa es la “atención médica especializada que se concentra en aliviar los efectos secundarios y el estrés emocional causados por una enfermedad grave” (Sociedad Americana del Cáncer, 2024).	Número de casos paliativos atendidos durante el último año registrado en la encuesta.	Cuantitativa Discreta	De razón	≥ 0

Variable dependiente: Derivación a cuidados paliativos

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE, Y NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA Y UNIDAD
Derivación a Cuidados Paliativos	Derivación de pacientes	En el campo de la medicina, “se refiere a remitir, derivar o enviar a un paciente de un proveedor de atención de la salud a otro para que reciba servicios médicos adicionales” (SUSES, 2023)	Si derivó pacientes con necesidades paliativas a través de la modalidad de Hospital en casa de PADOMI durante el último año.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No

3.2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio, para realizar la recopilación de los datos, se empleó un instrumento dividido en dos partes (ANEXO 2). La **parte A** consiste en una **ficha de recolección de datos**, la cual contiene preguntas en relación a los factores médicos (características sociodemográficas del participante, aspectos relacionados al servicio de salud, experiencia en cuidados paliativos) y a la derivación a cuidados paliativos. A su vez, la **parte B** consiste en la **encuesta de conocimientos** sobre cuidados paliativos **Palliative Care Knowledge Test Spanish Version (PCKT - SV)**.

El conocimiento se midió utilizando el PCKT-SV. Esta encuesta consta de veinte ítems y se divide en cinco dominios: “filosofía” (ítems 1 y 2), “dolor” (ítems 3 a 8), “disnea” (ítems 9 a 12), “problemas psiquiátricos” (ítems 13 a 16) y “problemas gastrointestinales” (ítems 17 a 20). Los participantes respondieron a cada pregunta como "verdadero" o "falso". Se otorgó un punto por una respuesta correcta y cero puntos por respuestas incorrectas e “inseguras”. La puntuación total varió de 0 a 20 y se convirtió en media y desviación estándar (DE). Una puntuación más alta indica un mayor conocimiento (13–17,19), resultando en 3 categorías de acuerdo al número de respuestas correctas: Nivel de conocimiento bajo: 0-7 respuestas correctas, Nivel de conocimiento regular: 8-14 respuestas correctas y Nivel de conocimiento alto: 15-20 respuestas correctas. A continuación se describe la codificación por ítems de acuerdo a cada dimensión del nivel de conocimiento:

En la dimensión Filosofía,

- Para el ítem 1 “Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible”, la respuesta “Verdadero” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto
- Para el ítem 2 “Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico”, la respuesta “Verdadero” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.

En la dimensión Dolor,

- Para el ítem 3 “Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.

- Para el ítem 4 “Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opioide”, la respuesta “Verdadero” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto
- Para el ítem 5 “Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINEs”, la respuesta “Verdadero” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto
- Para el ítem 6 “El efecto de los opioides mayores disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocina o hidrocloruro de buprenorfina”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.
- Para el ítem 7 “El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción.”, la respuesta “Verdadero” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.
- Para el ítem 8 “El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.

En la dimensión Disnea,

- Para el ítem 9 “La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.
- Para el ítem 10 “Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.
- Para el ítem 11 “Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.
- Para el ítem 12 “Los fármacos anticolinérgicos o la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.

En la dimensión Problemas Psiquiátricos,

- Para el ítem 13 “Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.
- Para el ítem 14 “Las benzodiazepinas son eficaces para controlar el delirium”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.

- Para el ítem 15 “Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.
- Para el ítem 16 “En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas de delirio” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.

En la dimensión Problemas Gastrointestinales,

- Para el ítem 17 “En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.
- Para el ítem 18 “No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica” equivale a 0 puntos y la respuesta “Falso” equivale a 1 punto.
- Para el ítem 19 “Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.
- Para el ítem 20 “La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos”, la respuesta “Verdadero” equivale a 1 punto y la respuesta “Falso” equivale a 0 puntos.

Para el análisis estadístico utilizamos un modelo de regresión logística para ajustar estadísticamente estas variables y estimar de manera precisa el efecto de interés.

3.2.4. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El cuestionario PCKT es una herramienta reconocida y validada a nivel internacional, empleada para evaluar el grado de conocimiento en cuidados paliativos entre los profesionales de la salud. Su validación inicial fue llevada a cabo en Japón en el año 2009 por Nakazawa y colaboradores, quienes reportaron una alta consistencia interna, evidenciada por un coeficiente KR-20 de 0.81, además de una adecuada fiabilidad en la prueba de repetición mediante correlación intraclase. Posteriormente, en 2012, Lilia Medina y su equipo realizaron la adaptación del instrumento al idioma español para su aplicación en un estudio en México. A diferencia de la versión original japonesa, que presentaba opciones de respuesta “Sí – No – No sé”, la versión en español introdujo una modificación en el formato de respuesta, limitándose a opciones dicotómicas “Sí – No”; sin

embargo, en el apartado de limitaciones aceptaron que será necesario validar dicho instrumento en español si se pretende utilizarlo en futuros estudios. Por otro lado, en 2021 López, realizó una traducción y adaptación intercultural del PCKT para un estudio en España; donde, aplicando la fórmula propuesta por Lawshe, obtuvo un índice de validez de contenido total de 0.86 (rango de 0,78 - 1), situándose en un rango considerado como aceptable; por tanto, esta última versión en español de 20 ítems del PCKT (PCKT-SV) demostró ser comprensible, legible y aceptable para la población objetivo (López, 2021). En nuestro país, en 2018, Ordoñez y colaboradores (2018), adaptaron la encuesta de Medina et al. para aplicarla en estudiantes de medicina en Perú, adicionando cinco preguntas y validándola por juicio de expertos. En 2022, Tarazona, llevó a cabo una nueva validación del instrumento con la participación de expertos en el tema con el objetivo de confirmar las actualizaciones en las respuestas, obteniendo un Coeficiente de validación de contenido (CVC) de 0.89, que se interpreta como buena validez y concordancia; llegando a aplicar el instrumento en estudiantes de 6to y 7mo año de Medicina Humana pertenecientes a la Universidad Ricardo Palma en Perú (Tarazona, 2022).

Con el propósito de evaluar la validez de contenido del instrumento, se utilizó la técnica de juicio de expertos mediante la aplicación del índice V de Aiken. Para ello, se contactó y proporcionó la Ficha de Evaluación respectiva (ANEXO N° 06) a cinco jueces especialistas, quienes valoraron cada ítem del cuestionario considerando los criterios claridad, objetividad, actualidad, organización, extensión, consistencia, coherencia e inocuidad, empleando una escala ordinal de 1 a 5 puntos. Los resultados individuales mostraron valores de V de Aiken que oscilaron entre 0.80 (ítem 2. Objetividad) y 0.95 (ítem 4. Organización), con un promedio general de 0.8875. Todos los ítems superaron ampliamente el umbral mínimo de aceptación de 0.70, lo cual evidencia un alto nivel de acuerdo entre los jueces respecto a la pertinencia y calidad de los enunciados. Estos resultados respaldan la validez de contenido del instrumento, permitiendo su aplicación en el estudio sin necesidad de realizar ajustes o eliminar ítems. Además, para garantizar la fiabilidad del instrumento, se efectuó una prueba piloto preliminar a 20 médicos. La evaluación de la consistencia interna del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.785, evidenciando un nivel aceptable de fiabilidad para su aplicación en el marco de la presente investigación.

3.2.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Primeramente, se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad Nacional del Santa mediante Constancia N° 3 - 2024; y del “Hospital EsSalud III - Chimbote”, mediante CARTA N° 000040 - RANC - RAAN - ESSALUD - 2024 para la ejecución del trabajo de investigación en las instalaciones de dicho nosocomio. Con las debidas autorizaciones, se contactó a los jefes de cada departamento, quienes brindaron todas las facilidades para acceder a las distintas áreas del hospital. Posteriormente se procedió a la recolección de datos de los médicos, para lo cual se localizó a los médicos en las áreas de servicio de sus respectivos departamentos, y también en sus respectivos consultorios, donde se les informó sobre el proyecto en cuestión y se les invitó a participar de manera voluntaria. Se aplicó un formulario (ANEXO 2) inicialmente de manera presencial, previa firma del consentimiento informado (ANEXO 1), al personal médico del Hospital III - EsSalud de Chimbote, que cumplía con los criterios de selección. El formulario consta de 2 apartados: El primer apartado contiene las características sociodemográficas del participante, aspectos relacionados al servicio de salud, la experiencia en cuidados paliativos y derivación a cuidados paliativos. El segundo apartado contiene preguntas de conocimiento que son verdaderas o falsas basadas en la encuesta Palliative Care Knowledge Test - Spanish Version (PCKT - SV). Debido a que no se pudo contactar a todos los médicos de manera presencial, se solicitó una base de datos con información de contacto del personal médico al jefe del área de inteligencia sanitaria de Hospital EsSalud III - Chimbote, con lo que se pudo contactar a la población de galenos restante, a quienes también se les informó e invitó a participar de manera voluntaria; asimismo se les envió un formulario virtual creado en Google Forms, que incluía información para el participante, certificado de consentimiento y los apartados del formulario original. Toda la información fue guardada en una base de datos digital. Se mantuvo la reserva y confidencialidad en los datos de los encuestados.

3.2.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada, tanto de forma manual como digital, fue sistematizada en una base de datos electrónica, fueron presentados en tablas simples y doble acompañados de gráficos estadísticos elaborados en el programa Microsoft Excel 2019. Luego, se llevó a cabo un control de calidad para verificar la precisión del registro de los datos. Finalmente, estos fueron procesados y analizados estadísticamente mediante el software SPSS versión 25.

Para las variables cualitativas, se determinaron las frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas, se analizaron medidas de tendencia central, como la media o la mediana, y medidas de dispersión, como la desviación estándar o el rango intercuartílico. Los resultados obtenidos fueron representados mediante gráficos estadísticos.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de hipótesis Chi Cuadrado (χ^2), con un intervalo de confianza 95%, considerándose un valor de significancia estadística de $p < 0,05$ para evaluar si existe diferencia significativa entre las frecuencias observadas y las esperadas, con apoyo de tablas de contingencia. Posteriormente, para controlar estadísticamente los posibles sesgos de confusión con otras covariables, se ejecutó un análisis de regresión logística múltiple, con una significancia significativa del 5% y con un intervalo de confianza del 95%, esto con el objetivo de obtener resultados más precisos y confiables en el estudio.

3.2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación contó con la aprobación previa del Comité de Ética en Investigación del Departamento de Medicina de la Universidad Nacional del Santa, así como del Comité de Ética en Investigación del Hospital III EsSalud - Chimbote.

El desarrollo del estudio se llevó a cabo conforme a las directrices establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), que proporciona lineamientos específicos para investigaciones en salud que involucran a seres humanos como sujetos de estudio. En cumplimiento de la pauta número 8, la investigación fue sometida a evaluación ética y científica. Asimismo, se acató la pauta número 22, que establece la obligación de proteger la confidencialidad de los datos recolectados, para lo cual se implementaron las medidas necesarias que aseguren su resguardo.

Así mismo, se aplicaron los 3 principios del Reporte Belmont, dentro de los cuales tenemos el respeto a la persona, en el cual se reconoce la autonomía al permitirle a los participantes retirarse de la investigación en cualquier momento y también solicitando un consentimiento informado para el uso de sus datos los cuales serán utilizados únicamente para la investigación; otro principio es la beneficencia, ya que este estudio ayudó a evaluar el nivel de conocimiento y los factores médicos relacionados con la derivación a cuidados paliativos, aportando datos de referencia que reflejan la

situación y que son valiosos para la toma de decisiones, planificación y ejecución de acciones en nuestra localidad. Por último, también la justicia ya que todos tuvieron la misma oportunidad de participar al emplearse un muestreo censal.

Se reconoce que existe un riesgo ético mínimo de pérdida de confidencialidad de los datos; sin embargo, con el fin de reducir al máximo el riesgo de divulgación de información confidencial, se optó por recolectar únicamente los datos indispensables, omitiendo cualquier dato que permitiera la identificación personal de los médicos; así como evitando la retención de los datos una vez que estos se hayan transferido a un paquete de análisis y realizado la codificación correspondiente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento médico sobre cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

Nivel de conocimiento	Médicos	%
Bajo (0 -7 puntos)	43	36
Medio (8 - 14 puntos)	67	56
Alto (15 - 20 puntos)	10	8
Total	120	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 muestra que, con respecto al nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos de los médicos de un hospital peruano en 2024, el 56% (67) de ellos tienen un nivel de conocimiento medio sobre cuidados paliativos, el 36% (43) tiene un nivel de conocimientos bajo y solo el 8% (10), alto.

Tabla 2. Estadística descriptiva de los Factores médicos que intervienen en la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

FACTORES MÉDICOS QUE INTERVIENEN EN LA DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS		MÉDICOS		
		N°	%	
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD	< 35	34	28,3%
		36-47	57	47,5%
		> 48	29	24,2%
	SEXO	Masculino	64	53,3%
		Femenino	56	46,7%
	RELIGIÓN	Católica	77	64,2%
		Evangélica	28	23,3%
		Mormona	10	8,4%
		Cristiano	2	1,7%
		Testigo de Jehová	1	0,8%
		Otra	1	0,8%
		Ninguna	1	0,8%
	GRADO DE ESPECIALIDAD	Médico general/ residente	36	30,0%
		Especialista	82	68,3%
		Subespecialista	2	1,7%
FACTORES RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE SALUD	DEPARTAMENTO MÉDICO	Cirugía	22	18,3%
		Medicina	35	29,2%
		Pediatría	29	24,2%
		Emergencia	13	10,8%
		Ginecología - Obstetricia	21	17,5%
	TIEMPO COMO MÉDICO	(0-10)	43	35,8%
(11-20)		53	44,2%	
(21-30)		22	18,3%	

		(31-40)	2	1,7%
FACTOR EXPERIENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS	ASISTENCIA A SEMINARIOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	NO	68	56,7%
		SI	52	43,3%
	EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DE PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	NO	84	70%
		SI	36	30%
		TOTAL	120	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2, se aprecia los factores médicos que intervienen en la derivación a cuidados paliativos, los cuales abarcan: los factores sociodemográficos, que incluyen la edad, el sexo, la religión y el grado de especialidad. Con respecto a la edad, el 47.5% (57) de los médicos tienen entre 36 a 47 años, el 28.3% (34) son menores de 35 años y 24.2% (29) tiene una edad de 48 a más años; en cuanto al sexo, el 53.3% (64) de los médicos son varones y el 46.7% (56) son mujeres; en relación a la religión, el 64,2% (77) de los médicos son católicos, el 23,3% (28) son evangélicos, el 8,4% (10) son mormones, el 1,7% (2) son cristianos, el 0,8% (1) son testigos de Jehová, el 0,8% (1) tienen otras religiones, y el 0,8% (1) no pertenece a ninguna religión. Así también, con respecto al grado de especialización, el 68% (82) son especialistas, el 30% (36) son médicos generales o médicos residentes y 2% (2) son subespecialistas.

Asimismo, en relación a los factores relacionados al servicio de salud, se considera el departamento al que pertenecen, obteniéndose que, el 29.2% (35) de los médicos, pertenecen al departamento de medicina; el 24.2% (29), a pediatría; el 18.3% (22), a cirugía; el 17.5% (21), a ginecología-obstetricia y el 10.8% (13) pertenecen al departamento de emergencia. Del mismo modo, se considera el tiempo que tienen como médicos, donde el 44,2% (53) tienen entre 11-20 años como médicos; el 35,8% (43), entre 0-10 años; el 18,3% (22), entre 21-30 años; y tan solo el 1,7% (2), tienen entre 31-40 años como médicos.

Por último, el factor experiencia implica la asistencia a seminarios sobre cuidados paliativos, en la que el 56.7% (55) de los médicos, no asistieron a algún seminario sobre cuidados paliativos y

el 43.3% (26) sí asistió. Asimismo, se consideró la experiencia en la atención de pacientes que requieren cuidados paliativos, evidenciándose que el 70% de los médicos no posee experiencia en este tipo de atención, mientras que el 30% sí la tiene.

Tabla 3. Relación entre el nivel de conocimiento médico con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS						P
	NO		SI		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	
BAJO	25	58,1%	18	41,9%	43	100%	0.120
MEDIO	47	70,1%	20	29,9%	67	100%	
ALTO	9	90,0%	1	10,0%	10	100%	
TOTAL	81	67,5%	39	32,5%	120	100%	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3 muestra que el nivel de conocimiento de mayor prevalencia en los médicos que no derivan fue medio (47) y el de menor prevalencia fue un nivel alto (9). En los médicos que sí derivan, la mayor prevalencia fue un nivel de conocimiento medio (20), y la menor fue un nivel alto también (1). De los médicos que tienen un nivel de conocimientos medio (67), el 29.9% (20) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último; por el contrario, el 70.1% (47) no derivaron; aquellos con un nivel de conocimientos alto (10), el 10 % (1) derivó pacientes a cuidados paliativos durante el último año; en tanto que el 90% (9) no derivaron pacientes, y quienes tuvieron un nivel de conocimientos bajo (43), el 41.9% (18) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 58.1% (25) no derivaron pacientes.

Según el chi cuadrado se obtuvo un $p=0.120$ ($p>0.05$), con un IC 95%, ninguno de los intervalos excluye el valor 1, por lo que no hay evidencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la derivación a cuidados paliativos.

Tabla 4. Relación entre los factores sociodemográficos y la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		DERIVACIÓN A CP						P
		NO		SÍ		TOTAL		
		N°	%	N°	%	N°	%	
EDAD	< 35	25	73,5%	9	26,5%	34	28,3%	0,582
	36-47	36	63,2%	21	36,8%	57	47,5%	
	> 48	20	69%	9	31%	29	24,2%	
SEXO	Masculino	37	57,8%	27	42,2%	64	53,3%	0,015
	Femenino	44	78,6%	12	21,4%	56	46,7%	
RELIGIÓN	Católica	49	63,6%	28	36,4%	77	64,2%	0,509
	Evangélica	21	75%	7	25%	28	23,3%	
	Mormona	7	70%	3	30%	10	8,4%	
	Cristiano	2	100%	0	0%	2	1,7%	
	Testigo de Jehová	1	100%	0	0%	1	0,8%	
	Otra	1	100%	0	0%	1	0,8%	
	Ninguna	0	0%	1	100%	1	0,8%	
	Médico general/residente	27	75%	9	25%	36	30,0%	
Especialista	53	64,6%	29	35,4%	82	68,3%		
Subespecialista	1	50,0%	1	50%	2	1,7%		
TOTAL		81	67,5%	39	32,5%	120	100%	

Fuente: Elaboración propia.

En relación a edad, se evidencia que el rango de edad de mayor prevalencia en los médicos que no derivan se encuentra entre 36 y 47 años (36), al igual que los médicos que sí derivan, la mayor prevalencia de edad también se encuentra entre los 36 y 47 años (21). De los que tienen entre 36 y 47 años (57), el 37% (21) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año, sin embargo el 63% (36) no lo hizo; de quienes tienen menos de 35 años (34), el 26.5% (9) derivaron

pacientes a cuidados paliativos; en tanto que el 73.5% (25) no derivaron pacientes; y de aquellos que tienen igual o más de 48 años (29), el 31 % (9) derivó a pacientes a cuidados paliativos durante el último año, mientras que el 69% (20) no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p=0.582$ ($p>0.05$) con un IC 95%, ninguno de los intervalos excluye el valor 1, por lo que no hay evidencia estadísticamente significativa entre la edad y la derivación a cuidados paliativos.

Con respecto al sexo, se evidencia que la mayor cantidad de los médicos que no derivan se encuentra fueron del sexo femenino (44), mientras que la mayoría de los médicos que sí derivan, fueron del sexo masculino (64). De los médicos que son del sexo masculino (64), el 42,2% (27) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 57,8% (37) no derivaron pacientes; de los médicos que son del sexo femenino (56), el 21,4% (12) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 78,6% (44) no derivaron pacientes. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p=0.015$ ($p<0.05$) con un OR = 2.68 y IC 95% [1.19-6.01], el cual excluye el valor 1, por lo que hay evidencia estadísticamente significativa entre el sexo y la derivación a cuidados paliativos.

En cuanto a la religión, se evidencia que la mayor prevalencia en los médicos que derivan a cuidados paliativos y no derivan son católicos (77). De ellos, el 36,4% (28) derivaron pacientes, en cambio el 63,6% (49) no derivaron pacientes; de los que son de religión evangélica (28), el 25% (7) derivaron pacientes, mientras que el 75% (21) no derivaron pacientes; de quienes son de religión mormona (10), el 30% (3) derivaron pacientes; en tanto que el 70% (7) no derivaron pacientes. De aquellos que son de religión cristiana (2), el 0% (0) derivaron a cuidados paliativos, mientras que el 100% (2) no derivaron pacientes. De quienes son testigos de Jehová (1), el 0% (0) derivaron pacientes; por el contrario el 100% (1) no lo hizo. De los que son de otras religiones (1), el 0% (0) derivaron pacientes; mientras que el 100% (1) no derivaron; y de los médicos que no son de ninguna religión (1), el 100% (1) derivaron a cuidados paliativos; sin embargo el 0% (0), no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p=0.509$ ($p>0.05$) con un OR = 1.66 y IC 95% [0.73-3.80], el intervalo no excluye el valor 1, por lo que no hay evidencia estadísticamente significativa entre la religión y la derivación a cuidados paliativos.

En lo que respecta al grado de especialidad, se evidencia que la mayor prevalencia en los médicos que no derivan a cuidados paliativos son especialistas (53), al igual que en los médicos que sí derivan, la mayor prevalencia también son especialistas (29). De los médicos generales/residentes

(36), el 25% (9) derivaron pacientes a cuidados paliativos; mientras que el 75% (27) no derivaron pacientes. Así también, de los médicos especialistas (10), el 35,4% (29) derivaron pacientes; en tanto que el 64,6% (53) no derivaron; y de los médicos subespecialistas (2), el 50% (2) derivaron a cuidados paliativos; sin embargo el 50% (2) no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p=0.470$ ($p>0.05$) con un OR = 1.42 y IC 95% [0.58-3.45], el intervalo no excluye el valor 1, por lo que no hay evidencia estadísticamente significativa entre el grado de especialización y la derivación a cuidados paliativos.

Tabla 5. Relación entre los factores relacionados al servicio de salud y la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

FACTORES RELACIONADOS AL SERVICIO DE SALUD	DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS						p	
	NO		SI		TOTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%		
DEPARTAMENTO MÉDICO	Cirugía	16	73%	6	27%	22	100%	0,000
	Medicina	13	37%	22	63%	35	100%	
	Pediatría	28	97%	1	3%	29	100%	
	Emergencia	6	46%	7	54%	13	100%	
	Ginecología - Obstetricia	18	86%	3	14%	21	100%	
TIEMPO COMO MÉDICO	(0-10)	29	72,1%	14	27,9%	43	100%	0,205
	(11-20)	36	69,8%	17	30,2%	53	100%	
	(21-30)	15	50%	7	50%	22	100%	
	(31-40)	1	100%	1	0%	2	100%	
TOTAL	81	67,5%	39	32,5%	120	100%	0,000	

Fuente: Elaboración propia.

En relación al departamento médico al que pertenecen, se evidencia que la mayor prevalencia en los médicos que no derivan son pediatras (28), y de los médicos que sí derivan, la mayor prevalencia de ellos pertenece al departamento de medicina (22). De los médicos que pertenecen al departamento de Medicina (35), el 63% (22) derivaron pacientes, mientras que el 37% (13) no derivaron pacientes, de los que pertenecen al departamento de Pediatría (29), el 3% (1) derivaron a cuidados paliativos, sin embargo el 97% (28) no derivaron; de los médicos que pertenecen al departamento de Cirugía (22), el 27% (6) derivaron pacientes, mientras que el 73% (16) no derivaron; de aquellos médicos que pertenecen al departamento de Ginecología - Obstetricia, (21), el 14% (3) derivaron pacientes, sin embargo el 86% (18) no derivaron pacientes, y de quienes pertenecen al departamento de Emergencia (13), el 54% (7) derivaron a cuidados paliativos, en tanto que el 46% (6) no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p = 0.000$ ($p < 0.05$) con un $OR = 6.77$ y $IC\ 95\% [2.84-16.12]$, el intervalo excluye el valor 1, por lo que muestra una evidencia estadísticamente significativa entre el departamento médico y la derivación a cuidados paliativos.

Con respecto al tiempo como médicos, se evidencia que el rango con mayor prevalencia en aquellos que no derivan se encuentra entre 11-20 años (28), al igual que los médicos que sí derivan, el rango con mayor prevalencia también se encuentra entre 11-20 años (53). De los médicos que tienen entre 0-10 años como médicos (43), el 27,9% (12) derivaron a cuidados paliativos durante, mientras que el 72,1% (31) no derivaron pacientes; de los médicos tienen entre 11-20 años como médicos (53), el 30,2% (16) derivaron pacientes, en tanto que el 69,8% (37) no los derivaron; de los que tienen entre 21-30 años como médicos (22), el 50% (11) derivaron pacientes a cuidados paliativos, contrario al 50% (11) que no derivaron pacientes; y de aquellos que tienen entre 31-40 años como médicos (2), el 0% (0) derivaron a cuidados paliativos; mientras que el 100% (2) no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p = 0.205$ ($p < 0.05$) con un $OR = 1.00$ y $IC\ 95\% [0.45-2.23]$, el intervalo no excluye el valor 1, por lo que no hay evidencia estadísticamente significativa entre el tiempo como médicos y la derivación a cuidados paliativos.

Tabla 6. Relación entre la experiencia en atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos y la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

FACTOR EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DE PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS						P	
	NO		SI		TOTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%		
ASISTENCIA A SEMINARIOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	NO	55	80,9%	13	19,1%	68	100%	0,000
	SI	26	50%	26	50%	52	100%	
EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	NO	74	88,1%	10	11,9%	84	100%	0,000
	SI	7	19,4%	29	80,6%	36	100%	
TOTAL		81	67,5%	39	32,5%	120	100%	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 6 evidencia que, en relación con la asistencia a seminarios sobre cuidados paliativos, de los médicos que no derivan a cuidados paliativos, la mayor prevalencia no asistió a seminarios sobre cuidados paliativos (55), al igual que los médicos que sí derivan tampoco asistieron a dichos seminarios (68). De los médicos que han asistido a seminarios sobre cuidados paliativos (52), el 50% (26) derivaron a cuidados paliativos, sin embargo el 50% (26) no derivaron pacientes; y de los médicos que no han asistido a dichos seminarios (68), el 19,1% (13) derivaron pacientes; mientras que el 80,9% (55) no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p = 0.000$ ($p < 0.05$) con un $OR = 4.23$ y $IC\ 95\% [1.88-9.54]$, el intervalo excluye el valor 1, por lo que muestra una evidencia estadísticamente significativa entre la asistencia a seminarios sobre cuidados paliativos y la derivación a cuidados paliativos.

Asimismo, de los médicos que cuentan con dicha experiencia (36), el 80,6% (29) derivaron a cuidados paliativos; mientras que el 19,4% (7) no derivaron pacientes; y de los médicos que no cuentan con aquella experiencia (84), el 11,9% (10) derivaron a cuidados paliativos; mientras que el 88,1% (74) no lo hizo. Según el chi cuadrado se obtuvo un $p = 0.000$ ($p < 0.05$) con un $OR = 30.66$ y $IC\ 95\% [10.65-88.23]$, el intervalo excluye el valor 1, por lo que muestra una evidencia estadísticamente significativa entre la experiencia en atención sobre cuidados paliativos y la derivación a cuidados paliativos.

Tabla 7. Motivos de los médicos para la no derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

Motivos para la no derivación	N°	%
No atiendo pacientes con necesidades de CP	50	61,7%
No se ha implementado un programa de CP	5	6,17%
El paciente y/o familia rechazó la derivación	3	3,7%
No estoy satisfecho con el programa	0	0
Demasiado papeleo para la derivación	2	2,5%
Desconozco la modalidad de atención de CP de PADOMI Hospital en casa	21	25,9%
Total de médicos que no derivaron pacientes durante el último año, 2024	81	100

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los motivos de la no derivación a cuidados paliativos, el 61.7% (50) de la no derivación a cuidados paliativos se debe a que estos médicos no atienden a pacientes con necesidades de CP, el 25.9% (21) se debe a que desconocen la modalidad de atención de CP de PADOMI Hospital en casa; el 6.17% (5) opinan que no se ha implementado un programa de CP, el 3.7% (3) porque el paciente y/o familia rechazó la derivación, el 2.5% (2) debido a demasiado papeleo para la derivación y ninguno opina estar insatisfecho con el programa.

Tabla 8. Regresión logística entre el nivel de conocimiento y los factores médicos con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024.

VARIABLES EN LA ECUACIÓN							
	β	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B) (Odds Ratio)	IC 95% para Exp(B)
Sexo (masculino)	1,388	,709	3,829	1	,050	4,007	[0.998, 16.081]
Religión (católica)	1,146	,730	2,462	1	,117	3,146	[0.752, 13.155]
Grado de especialización (Médico Gen. /Residente)	,136	1,930	,005	1	,944	1,146	[0.026, 50.340]
Grado de especialización (Especialista)	-1,145	1,827	,393	1	,531	,318	[0.009, 11.426]
Departamento (Cirugía)	1,186	1,039	1,304	1	,253	3,274	[0.427, 25.089]
Departamento (Medicina)	1,561	,925	2,850	1	,091	4,764	[0.777, 29.195]
Departamento (Pediatria)	-1,787	1,679	1,133	1	,287	,167	[0.006, 4.499]
Departamento (Emergencia)	-,250	1,220	,042	1	,838	,779	[0.071, 8.510]
Tiempo como médico (años)	,069	,045	2,397	1	,122	1,072	[0.981, 1.170]
Asistió a seminarios (No)	-,770	,692	1,238	1	,266	,463	[0.119, 1.797]
Experiencia en cuidados paliativos (No)	-3,678	,919	16,027	1	,000	,025	[0.004, 0.153]
Conocimiento	,008	,135	,003	1	,955	1,008	[0.774, 1.313]
Constante	-,333	2,741	,015	1	,903	,717	[0.998, 16.081]

Nota. β = coeficiente de regresión logística; p = valor de significancia; Exp(B) = razón de momios (Odds ratio). *p* < 0.05 = significancia estadística. La variable de referencia para las categorías dicotómicas está codificada como 0.

a. Variables especificadas: Sexo, Grado de especialización, Departamento, Tiempo como médico, Asistencia a seminarios, Experiencia en cuidados paliativos, Religión, Conocimiento.

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 muestra la regresión logística para las variables significativas en el análisis. Los médicos de sexo masculino tienen aproximadamente 4 veces más probabilidades de derivar a un paciente a cuidados paliativos en comparación con las médicas (categoría de referencia). El IC 95% es amplio, desde casi 1 hasta más de 16 [0.998 - 16.081], lo que indica cierta incertidumbre. Este efecto es marginalmente significativo ($p = 0.050$), por lo que debe interpretarse con cautela.

Los médicos que pertenecen a la religión católica tienen aproximadamente 3 veces más probabilidades de derivar a un paciente a cuidados paliativos en comparación con los no católicos. Sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa ($p = 0.117$), y el IC 95% [0.752 - 13.155] es amplio, lo que indica gran variabilidad.

Los médicos especialistas tienen aproximadamente un 68.2% menos probabilidades ($1 - 0.318 = 0.682$) de derivar a un paciente a cuidados paliativos en comparación con los no especialistas, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Los médicos del departamento de Medicina tienen casi 5 veces más probabilidades de derivar a un paciente a cuidados paliativos en comparación con los del departamento de referencia (Ginecología-Obstetricia). Aunque el efecto no es estadísticamente significativo ($p = 0.091$), el IC 95% [0.777 - 29.195] sugiere una posible asociación moderadamente fuerte, aunque incierta.

Según el tiempo en años como médicos, por cada año adicional como profesionales médicos, la probabilidad de derivar a cuidados paliativos aumenta en un 7.1% ($OR = 1.071$), pero el resultado no es estadísticamente significativo ($p = 0.122$). El IC 95% [0.981 - 1.170] incluye el 1, lo que sugiere que el efecto podría ser nulo.

Los médicos que no asistieron a algún seminario sobre cuidados paliativos tienen aproximadamente un 53.7% menos probabilidades ($1 - 0.463 = 0.537$) de derivar a un paciente a cuidados paliativos en comparación con aquellos que sí asistieron, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Los médicos que no tienen experiencia en atención paliativa tienen un 97.5% menos de probabilidades de derivar a un paciente en comparación con quienes sí la tienen. Este es un

resultado altamente significativo ($p = 0.000$), y el IC 95% [0.004 - 0.153] no incluye el valor 1, lo que confirma una fuerte asociación negativa y clara.

Por cada punto adicional en el puntaje de conocimiento sobre cuidados paliativos, la probabilidad de derivar a un paciente a cuidados paliativos aumenta en un factor de 1.008, lo que significa un aumento del 0.8% en las probabilidades. Sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa.

EVALUACIÓN DEL MODELO

Prueba de Hosmer y Lemeshow (Hosmer y Lemeshow, 2013)

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
	5,628	8	,689

- **Hipótesis Nula (H_0):** Existe un buen ajuste entre el modelo de regresión logística y los datos observados.
- **Hipótesis Alternativa (H_1):** No existe un buen ajuste entre el modelo de regresión logística y los datos observados.

4.2. DISCUSIONES

Los resultados obtenidos de esta nueva investigación realizada en el Hospital III EsSalud - Chimbote, aportan con lo siguiente: El 56% (67) de médicos tiene un nivel de conocimiento medio sobre cuidados paliativos, 36% (43) bajo y solo 8% (10) alto. Además, el 30% de médicos obtuvo un puntaje desaprobatorio (menor a 11 puntos).

En nuestro estudio, de los médicos que tienen un nivel de conocimientos bajo (43), el 41.9% (18) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 58.1% (25) no derivaron pacientes; de los médicos que tienen un nivel de conocimientos medio (67), sólo el 29.9% (20) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 70.1% (47) no derivaron pacientes, y de los médicos que tienen un nivel de conocimientos alto (10), solo el 10% (1) derivó a pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 90% (9)

no derivaron pacientes; por lo que se obtuvo, en síntesis, que el 56% (67) de los médicos tienen un nivel de conocimiento medio (8 a 14 puntos de 20 posibles), porcentaje similar al que obtuvo López (2016) en su estudio observacional, en donde se encuestaron 145 médicos y donde el puntaje obtenido en conocimientos sobre cuidados paliativos fue de 59,09 sobre un máximo de 100, lo que indica un nivel que oscila entre moderado y bajo en cuanto a actitudes y conocimientos. Las áreas con mayores deficiencias se identificaron en la aplicación práctica y en la capacidad para tomar decisiones adecuadas.

En cuanto a los factores médicos en un hospital, al analizar los factores sociodemográficos, se encontró que el 47.5% (57) de la edad de los médicos varía entre 36 a 47 años, 28.3% (34) son menores de 35 años y 24.2% (29) tiene una edad de 48 a más años. La edad promedio de los médicos fue de 40.7 años; similar a lo encontrado por Martín - Martín et al. (2021) en su estudio, donde los galenos presentaban edades comprendidas entre 25 y 73 años, con una edad media de 41,7 años (DE \pm 11,3). Al igual que Ahluwalia & Fried (2009), no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la derivación a cuidados paliativos en el contexto de un hospital peruano. $p > 0.05$. Para el sexo, se encontró que el 53.3% (64) de los médicos son varones y el 46.7% (56) son mujeres; diferente a lo encontrado por Martín – Martín et al. (2021) y Ahluwalia, & Fried (2009), donde la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres. De los médicos que son del sexo masculino (64), el 42,2% (27) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 57,8% (37) no derivaron pacientes; y, de los médicos que son del sexo femenino (56), el 21,4% (12) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 78,6% (44) no derivaron pacientes. En el presente estudio se identificó una asociación significativa entre el sexo y la derivación a cuidados paliativos.

Al analizar la religión, se obtuvo que el 65% (78) son católicos, 23% (28) evangélicos, 8% (10) mormones y 4% (4) pertenecen a otras religiones. Al igual que Ahluwalia & Fried (2009), donde la religiosidad no tuvo significancia estadística con la derivación a cuidados paliativos; en nuestro estudio tampoco se encontró dicha relación ($p=0.509$). En cuanto al grado de especialización, el 68% (82) son especialistas, 30% (36) médicos generales/residentes y 2% (2) subespecialistas. Tampoco se encontró relación significativa entre el grado de especialización con la derivación a cuidados paliativos.

En el factor de servicio, se encontró que, del total de la muestra el 29.2% (35) pertenecen a medicina, 24.2% (29) a pediatría, 18.3% (22) a cirugía, 17.5% (21) a ginecología-obstetricia y 10.8% (13) a emergencia; donde se evidencia que, la mayoría de médicos pertenecían al servicio de medicina. Se encontró que el departamento médico al que pertenece y la derivación a cuidados paliativos están relacionados ($p= 0.00$). En el factor de servicio, se encontró que, del total de la muestra el 29.2% (35) pertenecen a medicina, 24.2% (29) a pediatría, 18.3% (22) a cirugía, 17.5% (21) a ginecología-obstetricia y 10.8% (13) a emergencia; donde se evidencia que, la mayoría de médicos pertenecían al servicio de medicina. Se encontró que el departamento médico al que pertenece y la derivación a cuidados paliativos están relacionados ($p= 0.00 < 0.05$). También se analizó el tiempo como médicos, obteniéndose que, el 35,8% (43) de médicos tienen entre 0-10 años como médicos, el 44,2% (53) de médicos tienen entre 11-20 años como médicos, el 18,3% (22) de médicos tienen entre 21-30 años como médicos, el 1,7% (2) de médicos tienen entre 31-40 años como médicos. De todos ellos, se encontró que de los que tenían de 21 a 30 años como médicos (22), el 50% (11) derivó pacientes a cuidados paliativos; seguidos por los que tenían de 11 a 20 años como médicos (53), de los que el 30.2% derivó a pacientes a cuidados paliativos; sin embargo, la prueba no fue estadísticamente significativa ($p=0.205 > 0.05$). En el estudio realizado por Sala et al. (2023), los oncólogos que tenían más tiempo como médicos (graduados hace > 30 años) priorizaron los cuidados al final de la vida (62%) y, en menor medida, la mejora en la calidad de vida (19%) y el control de los síntomas (19%); mientras que, los que tenía menos tiempo como médicos (graduados hace ≤ 10 años) priorizaron la mejora en la calidad de vida (65%) o no pudieron determinar los beneficios de los CP (35%).

Al analizar el factor experiencia, se obtuvo que, el 56.7% (68) no ha asistido a algún seminario sobre cuidados paliativos y el 43.3% (52) sí asistió. De los médicos que han asistido a seminarios sobre cuidados paliativos (52), el 50% (26) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 50% (26) no derivaron pacientes. De los médicos que no han asistido a seminarios sobre cuidados paliativos (68), el 19,1% (13) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 80,9% (55) no derivaron pacientes. Se concluye, por tanto que, sí existe relación entre sí ha asistido a algún seminario y la derivación de pacientes a cuidados paliativos, por su $p = 0.000$ ($p < 0.05$) con un OR = 4.23 y IC 95% [1.88-9.54], Además, el 70% (84) no cuenta con experiencia en la atención de pacientes y derivación sobre cuidados

paliativos y el 30% (36) si cuenta. De los médicos que cuentan con experiencia en la atención de pacientes con necesidades paliativas (36), el 80,6% (29) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 19,4% (7) no derivaron pacientes. De los médicos que no cuentan con experiencia en la atención de pacientes con necesidades paliativas (36), el 11,9% (10) derivaron pacientes a cuidados paliativos durante el último año; mientras que el 88,1% (74) no derivaron pacientes. Sí existe relación entre sí cuenta con experiencia en la atención de pacientes y derivación sobre cuidados paliativos ($p=0.000 < 0.05$).

En nuestro estudio se encontró que sí existe relación entre el factor experiencia con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano $p<0.05$. Evidenciamos que nuestros hallazgos son similares a los encontrados por Ahluwalia & Fried (2009), quien afirma que las cualidades de los médicos, aparte de sus opiniones sobre los CP, jugaron un rol importante en la derivación; en su investigación, los médicos que tenían experiencia personal con cuidados paliativos tenían el doble de probabilidades de derivar a un paciente al programa que los médicos sin experiencia personal [OR 2,16 (IC del 95 % 0,97; 4,81)]. La experiencia con los cuidados paliativos puede aumentar la probabilidad de que los médicos los consideren para sus pacientes; asimismo, una mayor exposición a los programas de cuidados paliativos puede aumentar el conocimiento y la familiaridad de los médicos con los cuidados paliativos, haciéndolos más propensos a derivar a sus pacientes al programa. Al respecto, López (2016) afirma que es necesario llevar a cabo programas de capacitación enfocados en el establecimiento de pronósticos y en la mejora de la toma de decisiones para la remisión al servicio de cuidados paliativos.

Además, se encontró que, el 67.5% (81) de médicos del Hospital III EsSalud de Chimbote, no derivaron pacientes a cuidados paliativos, y solo el 32.5% (39) sí derivaron, durante el 2024. Al analizar los motivos de la no derivación, se encontró que, el 61.7% (50) de la no derivación a cuidados paliativos se debe a que estos médicos no atienden a pacientes con necesidades de CP, el 25.9% (21) se debe a que desconocen la modalidad de atención de CP de PADOMI Hospital en casa; el 6.17% (5) opinan que no se ha implementado un programa de CP, el 3.7% (3) porque el paciente y/o familia rechazó la derivación, el 2.5% (2) debido a demasiado papeleo para la derivación y ninguno opina estar insatisfecho con el programa. Notamos que nuestros hallazgos son similares a los obtenidos por Sala et al. (2023) en Argentina, donde el 55% de los participantes afirmó que rara vez o nunca derivaban a sus pacientes, y solo el 19% indicó tener criterios para

realizar una derivación temprana. Aquellos que derivaban a sus pacientes de manera ocasional justificaron su decisión señalando que los cuidados paliativos no eran percibidos como significativos, beneficiosos o prioritarios (78%), o manifestaron su preferencia por manejar los problemas del paciente de manera independiente (55%).

Sin embargo, los resultados son distintos a los obtenidos por Ahluwalia & Fried. (2009) en su investigación al norte de California en EE.UU., donde la mayoría de los médicos (70%) informó haber derivado a algún paciente al programa de cuidados paliativos durante el año anterior. Además, de estos médicos, la mediana del número de derivaciones fue de tres, con un rango intercuartil de entre dos y seis pacientes derivados durante el año anterior. Entre los médicos que no derivaron a ningún paciente durante el año anterior, la razón más común para no derivar fue la creencia de que los cuidados paliativos no eran apropiados para ninguno de los pacientes del panel del encuestado (33,3 %) y la segunda razón más común para no derivar fue que el encuestado derivó a su paciente a un hospicio (26,2 %). Notamos que en la actualidad en Latinoamérica, aún existe una deficiencia en la derivación de pacientes a Cuidados Paliativos, a diferencia de lo que se puede ver desde hace muchos años en otros países desarrollados. También se evidencia que, a diferencia de otros países, donde los principales motivos de no derivación eran que los médicos no consideraban estos cuidados como significativos para sus pacientes; en nuestro país, específicamente en nuestro estudio, notamos que a parte de la no atención de este tipo de pacientes, la principal razón de no derivación es el desconocimiento de la modalidad de atención de CP de PADOMI Hospital en casa; ello nos lleva a resaltar la importancia de difundir información acerca de los programas existentes y las modalidades de PADOMI, y así mejorar el acceso a los cuidados paliativos a más pacientes que lo requieran. Dado que los programas de cuidados paliativos ambulatorios son un concepto relativamente nuevo y en crecimiento, con el que los médicos se están familiarizando recientemente, una mayor exposición a los programas puede ayudar a motivar a los médicos de atención primaria a considerarlos para sus pacientes y, por lo tanto, aumentar las derivaciones. Una forma de aumentar la exposición de los médicos a los cuidados paliativos podría ser aumentar la presencia y la visibilidad del programa de cuidados paliativos en el ámbito ambulatorio, de modo que se les recuerde periódicamente la disponibilidad de los servicios de cuidados paliativos para sus pacientes.

Así pues, se realizó un modelo de regresión logística multivariada, ajustado como predictor de la derivación a cuidados paliativos, obteniéndose, de las variables incluidas, a la experiencia con pacientes en cuidados paliativos con un efecto significativo, mostrando que la falta de experiencia reduce significativamente la probabilidad de la derivación a cuidados paliativos. Los médicos que no tienen experiencia en la atención de pacientes con necesidades paliativas tienen aproximadamente un 97.5% menos probabilidades ($1 - 0.025 = 0.975$) de derivar a un paciente a cuidados paliativos en comparación con aquellos que si tienen experiencia. Esta es una asociación negativa muy fuerte y estadísticamente significativa ($p < 0.05 = 0.000$).

4.2.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es necesario mencionar que nuestro trabajo presenta limitaciones. En primer lugar, nuestra población objetivo es bastante reducida; por lo que se optó por realizar un muestreo censal, que incluye a la población total de 148 médicos del Hospital III - EsSalud, Chimbote. Asimismo, iría ligada a una segunda limitación; ya que, posiblemente, este número se reduzca aún más, al no contar con aquellos médicos que se encuentren de vacaciones y/o con descanso médico; o incluso aquellos que no deseen participar del estudio.

Una tercera limitación de este estudio es que en nuestra encuesta se solicita a los médicos que informen sobre las derivaciones a cuidados paliativos realizadas durante el último año, lo que puede estar sujeto a un sesgo de memoria. Se utilizó un período de memoria de un año porque, dada la cantidad históricamente baja de derivaciones a cuidados paliativos ambulatorios, concluimos que los encuestados podrían recordar y estimar con menor dificultad las derivaciones realizadas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- El 56% (67) de médicos de un hospital peruano en 2024 tienen un nivel de conocimiento medio sobre cuidados paliativos, el 36% (43) tiene un nivel bajo y solo el 8% (10), un nivel alto.
- En cuanto a los factores médicos: El 47.5% (57) de la edad de los médicos varía entre 36 a 47 años, 28.3% (34) son menores de 35 años y 24.2% (29) tiene una edad de 48 a más años. El 53.3% (64) de los médicos son varones y el 46.7% (56) son mujeres. El 65% (78) de los médicos son católicos, 23% (28) son evangélicos, 8% (10) son mormones y 4% (4) pertenecen a otras religiones. El 68% (82) de los médicos son especialistas, 30% (36) son médicos generales o se encuentran realizando la residencia y 2% (2) son subespecialistas. El 29.2% (35) de los médicos pertenecen al servicio de medicina, el 24.2% (29) a pediatría, el 18.3% (22) a cirugía, el 17.5% (21) a ginecología-obstetricia y el 10.8% (13) a emergencia. El 56.7% (55) de los médicos no ha asistido a algún seminario sobre cuidados paliativos y el 43.3% (26) sí asistió. El 70% de los médicos no cuenta con experiencia en la atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos y el 30% sí cuenta.
- No existe relación entre el nivel de conocimiento médico con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano $p = 0.12 > 0.05$.
- De los factores sociodemográficos, solo existe relación entre el sexo con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano, 2024 ($p=0.015 < 0.05$).
- Existe relación entre los factores de servicio médico al que pertenece y la derivación a cuidados paliativos. $p < 0.05$.
- Existe relación entre el factor experiencia con la derivación a cuidados paliativos en un hospital peruano. $p < 0.05$.
- El 43.3% (52) de la no derivación a cuidados paliativos se debe a que no atienden a pacientes con necesidades de CP, el 25.9% (21) se debe a que desconocen la modalidad de atención de CP de PADOMI Hospital en casa.
- La prueba de Hosmer-Lemeshow que evalúa si el modelo se ajusta bien a los datos, nos muestra un valor p no significativo ($0.689 > 0.05$), lo cual indica que el modelo tiene un buen ajuste.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital III EsSalud de Chimbote, brindar mayor información acerca de los programas existentes y las modalidades de PADOMI, y así mejorar el acceso a los cuidados paliativos a más pacientes que lo requieran.
- Sugerimos realizar capacitaciones dirigidas a todos los médicos del Hospital III EsSalud Chimbote, con el propósito de identificar pacientes con necesidades paliativas que puedan ser derivados a PADOMI.
- Instar a los colegas médicos y profesionales de la salud a capacitarse en el ámbito de los cuidados paliativos, con el fin de garantizar una derivación oportuna en base a esos conocimientos.
- Se recomienda fomentar la educación a los pacientes, familiares y autoridades del hospital como de la localidad sobre la importancia de los cuidados paliativos.
- Sugerimos considerar la inclusión de materias sobre cuidados paliativos en la malla curricular de pregrado de las universidades locales y nacionales para que de esta forma, se pueda contribuir en la formación de profesionales con conocimientos en estas áreas.
- Recomendamos la creación de una base de datos a nivel nacional que documente a profesionales de la salud con capacitación en cuidados paliativos y tratamiento de dolor.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahluwalia, S. C., & Fried, T. R. (2009). Physician factors associated with outpatient palliative care referral. *Palliative Medicine*, 23(7), 608–615. <https://doi.org/10.1177/0269216309106315>
- Alonso, J. P. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2541–2548.
- Amado, J. (2016). *Necesidad y demanda de cuidados paliativos en pacientes readmitidos a emergencia de adultos de hospitales nacionales del seguro social, Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6847/Amado_tj.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Amado, J., & Oscanoa, T. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*, 20(3), 11–20. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine. (2023). Redefiniendo los cuidados paliativos: una nueva definición basada en el consenso. *ScienceDirect*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475>
- American Brain Tumor Association. (s.f.). *Esteroides*. https://www.abta.org/wp-content/uploads/2018/03/esteroides_web_4.6.2020-1.pdf
- American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. (1999). Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med*, 159(1), 321–340.
- Argume Huaylinos, A. D. (2024). Conocimiento e identificación de necesidades en cuidados paliativos pediátricos en un instituto especializado de Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 24(3), e2587. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n3.05>
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., Lima, L. de, Pons-Izquierdo, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. European Association for Palliative Care. <https://www.hospiz.at/wordpress/wp->

content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdfPMC+4Dadun+4EAPC

Blog+4

- Asociación Latinoamericana para Cuidados Paliativos (ALCP). (s.f.). *Uso de opioides en tratamiento del dolor: Manual para Latinoamérica*.
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>
- Azañero-Haro, J., & Soto, A. (2021). Uso de la morfina en el manejo sintomático de la disnea en pacientes con COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14, 88–89.
- Bergstraesser, E., Hain, R. D., & Pereira, J. L. (2013). The development of an instrument that can identify children with palliative care needs: The Paediatric Palliative Screening Scale (PaPaS Scale): A qualitative study approach. *BMC Palliative Care*, 12(1), 20.
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-20>
- Cáceres Lavernia, H. H., & Morales Morgado, D. (2016). Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Humanidades Médicas*, 16(1), 175–192.
- Carralero García, P., Hoyos Miranda, F. R., Deblas Sandoval, Á., & López García, M. (2013). Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *MEDIPAL*, 20(2), 44–48.
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Edad. Diccionario médico* [Internet]. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
- Colegio Médico del Perú. (2018). *Reglamento del Colegio Médico del Perú* [Internet]. Recuperado de <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/02/REGLAMENTO-DEL-COLEGIO-M%C3%89DICO-DEL-PER%C3%9A-1-Art.149-Nov-2018.pdf>
- Enciclopedia Significados. (2021). *Religión* [Internet]. Recuperado de <https://www.significados.com/religion/>
- EsSalud. (2017). Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados paliativos en ESSALUD. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2023/nsec/essalud/0100-GCPS-ESSALUD-2017.pdf>
- EsSalud. (2021). *Documento Técnico Local: Implementación de las prestaciones de Atención Domiciliaria (PADOMI) en el Hospital III Chimbote*.

- EsSalud. (2023). *Seguro Social del Perú*. Recuperado de <https://www.gob.pe/194-seguro-social-del-peru-essalud>
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud. (2021). *Normas para las prestaciones de salud de atención domiciliaria-ESSALUD*.
- Gob.pe - Hospital Nacional Cayetano Heredia. (2024). *Departamento de Medicina* [Internet]. Recuperado de <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/pages/departamento-de-medicina.php>
- Gómez-Sancho, M. (2003). *Cuidados Paliativos: Control de Síntomas* https://www.mgomezsancho.com/esp/libros/control_sintomas.pdf
- Hernández, O. T., Arbelo Figueredo, M., Reyes Mendes, M. C., Medina González, I., & Chacón Reyes, E. J. (2015). Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. *Educación Médica Superior*, 29(1), 14–27.
- IETSI EsSalud. (2021). *Lineamientos clínicos de manejo domiciliario de síntomas en pacientes con enfermedad terminal*. https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/Lineamientos-clinicos-de-manejo-de-pacientes-con-enfermedad-terminal_25Ago2021.pdf
- IETSI EsSalud. (2021). *Lineamientos clínicos de manejo domiciliario de disnea en pacientes con enfermedad terminal*. https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/Lineamientos_Disnea-en-pacientes-con-enfermedad-terminal_05Nov.pdf
- INEN. (2019). *Documento Técnico. Estrategias para la integración de los cuidados oncológicos en la Red Integrada de Salud. Perú 2029*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/RJ-147-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2016). *El Perú tiene una población de 31 millones 488 mil 625 habitantes* [Internet]. Recuperado de <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-peru-tiene-una-poblacion-de-31-millones-488-mil-625-habitantes-9196/>
- Instituto Nacional de Estadística. (INE) (s.f.). *Glosario de Conceptos* [Internet]. Recuperado de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30081&p=1&n=20>

- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). (2023). *Cuidados paliativos para la persona con cáncer*.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2023). *La nutrición en el tratamiento del cáncer*.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/perdida-apetito/nutricion-pro-pdq>
- Jenkins, K. (2017). *La atención al delirium agudo en los últimos días de vida*. Medscape.
<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5901934>
- Junta de Andalucía. (2012). *Uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal*.
https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/06/gpc_458_opioides_terminal_pacientes.pdf
- Kuebler, K. M. (2014). Uso de morfina en los cuidados terminales. *Nursing*, 31(6), 15.
- Larkin, P. J., Cherny, N. I., Carpio, D. L., Guglielmo, M., Ostgathe, C., Scotté, F., et al. (2018). Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *Annals of Oncology*, 29(Suppl 4), iv111–iv125.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdy148>
- López Sánchez, J. R. (2016). Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. *Revista Ciencias De La Salud*, 14(1), 53–61.
<https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.05>
- López, M. (2021). *Nivel de Conocimiento Paliativo en Cuidado Paliativos de Médicos y enfermeras: Valoración transcultural de una herramienta de evaluación* [Tesis de licenciatura, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA).
https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/24197/TD_LOPEZ_GARCIA_Monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martín-Martín, J., López-García, M., Medina-Abellán, M. D., Beltrán-Aroca, C. M., Martín-de-las-Heras, S., Rubio, L., et al. (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>
- Medical News Today. (2020). *Disnea: Causas, diagnóstico y tratamientos*.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/disnea>

- Medina, L., González Pedraza Avilés, A., de la Cruz Casas, A. M., & Sánchez Santaella, M. E. (2012). *Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos* [Documento en línea]. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47323278008.pdf>
- Michue-Bohórque, S., Arana, A., Ortiz, J., Chávez, A., & Varela, F. (2011). Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. Recuperado de https://medicinainterna.net.pe/revista/revista_24_1_2011/perfil-clinico-de-los-pacientes-que-ingresan-a-padomi.pdf
- Ministerio de Salud (MINSA). (2021). *Documento técnico: Plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú 2021-2023*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2049811/Documento%20T%C3%A9cnico.pdf>
- Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, 23(8), 754–766. <https://doi.org/10.1177/0269216309106871>
- Navarro, C. E. P. (2009). Cuidados paliativos: evolución y tendencias. *Médicas UIS*, 22(3). <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/801>
- Ordoñez, D., Rivera, A., & Mateluna, P. (2018). *Nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en alumnos de medicina de sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, año 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1505/Nivel_OrdenezMoleiro_Diego.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS) & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). *Declaración de Astaná*. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Global Atlas of Palliative Care, 2nd Ed.* Recuperado de [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Cáncer*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0
- Otero, A., & Zunzunegui, M. (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria* [PDF]. Recuperado de <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>
- Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez-Cárdenas, M. A., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J. J., & Centeno, C. (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020* (2ª ed.). IAHPHC Press. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>
- Pegoraro, M. M. de O., & Paganini, M. C. (2020). Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. *Revista Bioética*, 27, 699–710.
- Pergolizzi Jr., J. V., Taylor Jr., R., Plancarte, R., Bashkansky, D., & Muniz, E. (2012). ¿Es la buprenorfina una buena opción en el manejo de dolor postoperatorio? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(6), 281–292.
- Pinedo-Torres I, Intimayta-Escalante C, Jara-Cuadros D, Yañez-Camacho W, Zegarra-Lizana P, Saire-Huamán R. (2021). Asociación entre la necesidad de cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(4), 569–576.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (n.d.). *Vivir con una enfermedad avanzada o terminal*. Cuidados Paliativos. <https://cuidadospaliativos.uc.cl/pacientes-familiares-y-cuidadores/vivir-con-una-enfermedad-avanzada-o-terminal/>
- Programa de atención domiciliaria (PADOMI). (2022). *Nota de implementación de prestaciones de atención domiciliaria, Hospital III Chimbote*.
- Programa de atención domiciliaria (PADOMI). (2023). *Nota del fortalecimiento del Programa de atención domiciliaria*.

- Quiñones Pérez, A., Álvarez Jiménez, P., García Sánchez, M. J., & Guardia Mancilla, P. (2013). Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Medicina Paliativa*, 20(2), 60–63.
- RAE. (2020). «Diccionario esencial de la lengua española». Recuperado de <https://www.rae.es/drae2001/religi3n>
- RAE. (2023). «Diccionario de la lengua española» - Edici3n del Tricentenario [Internet]. Recuperado de <https://dle.rae.es/experiencia>
- RAE. (2024). *Asistencia* | Diccionario de la lengua española - Edici3n del Tricentenario. Recuperado el 13 de enero de 2024, de <https://dle.rae.es/asistencia>
- RAE. (s.f.). «Diccionario de la lengua española» - Edici3n del Tricentenario. *Edad* | Diccionario de la lengua española. Recuperado de <https://dle.rae.es/edad>
- Ramírez, V. (2009). La teorí3a del conocimiento en investigaci3n científica: una visi3n actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 217–224.
- Real Academia Española (RAE). (2023). *filosofía*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/filosof%C3%ADa>
- Real Academia Española. (s.f.). *Factor, factores*. En *Diccionario de la lengua española* (Edici3n del Tricentenario). <https://dle.rae.es/factor>
- Ruiz de Temiño de la Peña, Á., Gil Domínguez, J., Pérez Aznar, C., & Núñez Olarte, J. M. (2014). Manejo de estertores de agonía en la miastenia gravis. A propósito de un caso tratado con octreótrido. *Medicina Paliativa*, 21(2), 75–78. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.006>
- Sala, R. A., Dran, G., Bruera, E., Niccolai, B., Fein, E., Romera, Á., et al. (2023). Actitudes y creencias de los médicos oncólogos argentinos sobre la derivaci3n a cuidados paliativos. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(1), 10–18.
- Salvador, E., & Aliaga, L. (2016). Combinaci3n de opioides. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(3), 159–163.
- SensAgent. (s.f.). *Especialidades médicas: definici3n de Especialidades médicas y sin3nimos de Especialidades médicas (español)* [Internet]. Recuperado de <https://diccionario.sensagent.com/Especialidades%20m%C3%A9dicas/es-es/>

- Servicio Murciano de Salud. (2012). *Hidratación parenteral para el alivio de síntomas como boca seca, sed y estado confusional en pacientes en la fase final de la vida*. Preevid. <https://www.murciasalud.es/preevid/19171>
- Sociedad Americana del Cáncer (2024). *Atención paliativa*. Recuperado el 21 de enero de 2024, de <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/atencion-paliativa.html>
- Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. (s.f.). *Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria*. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/MEDICINA%20PALIATIVA.pdf>
- Spice, R., Lau, M., Perez, G., Turley, N., & Turin, T. C. (2016). Hospice care in Calgary. *Canadian Family Physician*, 62(8), e484–e494.
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). (2023). *Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. TÍTULO III. Derivación e interconsultas* [Documento en línea]. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-137027.html>
- Tarazona Pedreros, D. E. (2022). *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* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5070>
- Vitoria-Gasteiz. EUSKADI. (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaocuidados_paliativos.pdf
- Wadhwa, D., Popovic, G., Pope, A., Swami, N., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2018). Factors associated with early referral to palliative care in outpatients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 21(9), 1322–1328. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0533>
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3.^a ed.). Wiley.

ANEXOS

ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de información al participante

Estimado doctor(a), somos estudiantes de séptimo año de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa. Para nuestro proyecto de investigación de pregrado, nos encontramos realizando un estudio titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES MÉDICOS RELACIONADOS CON LA DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL PERUANO, 2024”, cuyo objetivo es determinar si el nivel de conocimiento y los factores médicos se relacionan con la derivación a Cuidados Paliativos de pacientes del Hospital III - EsSalud, Chimbote, 2024.

El estudio implica un cuestionario autoadministrado que usted completará dentro de 10 minutos. El cuestionario se divide en dos partes. La parte A contiene preguntas en relación a los factores médicos (características sociodemográficas del participante, aspectos relacionados al servicio de salud, experiencia en cuidados paliativos) y a la derivación a cuidados paliativos. A su vez, la parte B contiene preguntas de conocimiento que son verdaderas o falsas. Por favor Responda TODAS las preguntas con claridad.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y tiene derecho a retirarse del mismo en cualquier momento. Todas las respuestas serán tratadas de forma confidencial y en ningún momento los resultados estarán vinculados al encuestado

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con las autoras Ruth Elizabeth Rojas Jiménez a través de correo: ruthelizabethrojas20@gmail.com, o Angiee Dayan Reyes Vásquez a través del correo: angiee.reyes.7@gmail.com

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información anterior y por la presente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma:

Fecha:

ANEXO 02: INSTRUMENTO

Parte A: Ficha de recolección de datos (Características sociodemográficas, aspectos relacionados al servicio de salud, experiencia en cuidados paliativos, derivación a cuidados paliativos)

Marque con un aspa o complete según corresponda:

SOCIODEMOGRÁFICO

1. Edad:

2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

3. Religión:

Católica ()

Evangélica ()

Testigo de Jehová ()

Mormona

()

Otra: _____

4. Grado de especialización

Médico general / Residente ()

Especialista ()

Subespecialista ()

RELACIONADAS AL SERVICIO DE SALUD

5. Departamento al que pertenece

Emergencia ()

Cirugía ()

Medicina ()

Pediatría ()

Ginecología - Obstetricia ()

)

6. Tiempo como médico (en años):

EXPERIENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

7. ¿Ha asistido usted a algún seminario sobre cuidados paliativos?

SÍ ()

NO ()

8. ¿Cuenta usted con experiencia en la atención de pacientes con necesidades paliativas?

SÍ ()

NO ()

9. Número de casos paliativos atendidos por usted durante el último año:

DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

10.¿Derivó usted algún paciente con necesidades paliativas durante el último año?

SÍ ()

NO ()

11.Si su respuesta fue NO en la pregunta anterior, marque usted sus motivos de NO derivación

No atiendo pacientes con necesidades de CP ()

No se ha implementado un programa de CP ()

El paciente y/o familia rechazó la derivación ()

No estoy satisfecho con el programa ()

Demasiado papeleo para la derivación ()

Desconozco la modalidad de atención de CP de PADOMI Hospital en casa ()

Parte B: Conocimientos: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos Palliative Care Knowledge Test Spanish Version (PCKT - SV)

ENUNCIADOS SEGÚN DIMENSIONES	Verdad	Falso
Filosofía		
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.		X
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.		X
Dolor		
3. Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno.	X	
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opioide.		X
5. Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINEs.		X

6. El efecto de los opioides mayores disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocina o hidroclicloruro de buprenorfina.	X	
7. El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción.		X
8. El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia.	X	
Disnea		
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	X	
10. Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.		X
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.		X
12. Los fármacos anticolinérgicos o la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	X	
Problemas Psiquiátricos		
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	X	
14. Las benzodiazepinas son eficaces para controlar el delirium.	X	
15. Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	X	
16. En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas de delirio.		X
Problemas Gastrointestinales		
17. En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales.		X
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.		X
19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	X	
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos.	X	

ANEXO 03: SERVICIOS DE CP EN EL PERÚ - 2019

Nivel de atención Socio sanitaria	Servicios de CP			Recursos de CP	
“Primer nivel”	Servicios exclusivos en primer nivel (CPD) 4 Atención domiciliaria: 4 (ADAMO Callao, C.S Amakella, C.S. Condevilla, C.S. Piedra Liza) Residencia tipo Hospicio: 0 Atención ambulatoria: 0 Centro comunitario: 0	Servicios / Equipos de hospitales con atención intrahospitalaria y extrahospitalaria 7 - INSN Breña - HGFAP (CPH y CPD). - ESSALUD COPOHES (CPA y CPD): HNERM y HAS -HCH ADI oncológica (CPSH, CPA y CPD articulado con 1er nivel de atención) - Hospital Regional de Ayacucho (CPA y CPD) - Oncosalud - AUNA (CPD)		Centros de día: 0	
“Segundo nivel” (Atención de media y larga estancia)	Servicios/Unidades exclusivas en hospitales de segundo nivel (CPH Y CPA) 1 Hospital ESSALUD Lazarte - Trujillo		Servicios/Equipos de apoyo hospitalario (CPA y CPSH) 5 INSN San Borja INEN Lima IREN Norte Trujillo, IREN Sur Arequipa; Hospital Sandia Puno HCLLH Lima		Voluntariados: 1 Vinculados a Centros de los Hermanos Camilos
“Tercer nivel” (Hospital general especializado)	Servicios/ Unidades exclusivas en hospitales de tercer nivel (CPH) 4 ESSALUD HGAI, HMC, HPN, HNHU				

CPH= CP Hospitalario, CPD=CP Domiciliaria, CPA = CP Ambulatorio, CPSH = CP soporte hospitalario.

HAS = Hospital Alberto Sabogal. HGAI = Hospital Guillermo Almenara. HMC = Hospital Militar Central. HPN = Hospital Policía Nacional. HNHU= Hospital Nacional Hipólito. HGFAP = Hospital General FAP. HCH = Hospital Cayetano Heredia. INSN= Instituto Nacional Salud del Niño. INEN = Institución Nacional Enfermedades neoplásicas. IREN= Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas. HCLLH = Hospital Carlos Lan Franco La Hoz

Fuente: Atlas de CP en Latinoamérica - Perú. 202. ALCP - Actualizado y modificado año 2019. Clasificación de los Servicios/equipos/unidades acordes a definición del atlas ALCP 2012.

ANEXO 04: ATENCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, INEN 2016-2018

COD. UBIGEO	LUG. DE RESIDENCIA	2016	2017	2018	TOTAL
1	AMAZONAS	208	158	171	537
2	ÁNCASH	865	884	959	2708
3	APURÍMAC	254	295	276	825
4	AREQUIPA	126	177	183	486
5	AYACUCHO	449	397	417	1263
6	CAJAMARCA	588	540	599	1727
7	CALLAO	891	934	1058	2883
8	CUZCO	330	303	304	937
9	HUANCAVELICA	147	186	208	541
10	HUÁNUCO	432	440	531	1403
11	ICA	561	605	609	1775
12	JUNÍN	616	760	753	2129
13	LA LIBERTAD	170	249	251	670
14	LAMBAYEQUE	413	358	439	1210
15	LIMA	10879	11681	12546	35106
16	LORETO	238	210	394	842
17	MADRE DE DIOS	31	39	16	86
18	MOQUEGUA	1	4	10	15
19	PASCO	150	189	196	537
20	PIURA	703	705	894	2302
21	PUNO	93	103	137	333
22	SAN MARTÍN	336	411	501	1248
23	TACNA	65	61	83	209
24	TUMBES	126	103	123	352
25	UCAYALI	162	162	231	555
	EXTRANJEROS	18	11	15	44
	Total	18852	19965	21906	60723

Fuente: OGTI-MINSA

**ANEXO 05: NÚMERO Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES SEGÚN CAUSA DE MUERTE
DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS O NO ONCOLÓGICAS, QUE PODRÍAN
HABER NECESITADO CP POR REGIÓN. 2016- PERÚ.**

Nro.	Región	Enf. Oncológicas	Enf. No Oncológicas	Total	% Total
1	Lima	1,2498	24,078	36,576	33.0%
2	La Libertad	3,146	7,132	10,278	9.3%
3	Piura	1,966	6,188	8,154	7.4%
4	Lambayeque	2,268	4,486	6,754	6.1%
5	Arequipa	1,748	3,740	5,488	4.9%
6	Callao	1,778	3,518	5,296	4.8%
7	Ica	1,432	3,038	4,470	4.0%
8	Junín	1,684	2,574	4,258	3.8%
9	Puno	990	3,124	4,114	3.7%
10	Cajamarca	926	2,684	3,610	3.3%
11	Cusco	1,060	2,298	3,158	3.0%
12	Ancash	760	2,470	3,230	2.9%
13	Huánuco	1,026	1,582	2,608	2.4%
14	San Martín	632	1,320	1,952	1.8%
15	Loreto	444	1,434	1,878	1.7%
16	Ayacucho	556	1,130	1,686	1.5%
17	Huancavelica	398	894	1,292	1.2%
18	Tacna	452	748	1,200	1.1%
19	Apurímac	374	732	1,106	1.0%
20	Amazonas	242	656	898	0.8%
21	Pasco	270	494	764	0.7%
22	Moquegua	190	410	600	0.5%
23	Tumbes	112	472	584	0.5%
24	Ucayali	108	284	392	0.4%
25	Madre de Dios	110	256	366	0.3%
Total		35,170	75,742	110,912	100.0%

Enfermedades No oncológicas = Enf. del corazón, CV, Enfermedad Respiratoria, del hígado, Enfermedad Renal, VIH / SIDA, Enf. neurodegenerativa, Alzheimer, demencia senilidad y Otras causas (no incluye CIE 10: O00-O99, P00-P96, S00-T98, V01-Y9)

Fuente: OGTI-MINSA

ANEXO 06: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO EN GENERAL POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del juez:

1.2. Cargo e institución donde labora:

1.3. Nombre del instrumento evaluado: “Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT - SV (PCKT Spanish Version)”

1.4. Autor(es) del Instrumento: Nawazaka et al. (2009), modificado por López (2021)

II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN: Marque según considere conveniente y realice alguna apreciación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	“Las preguntas están formuladas con lenguaje apropiado y comprensible, sin ambigüedades”.					
2. OBJETIVIDAD	“Permite medir hechos, fenómenos o variables en estudio”.					
3. ACTUALIDAD	“Adecuado al contexto de la población de estudio”.					
4. ORGANIZACIÓN	“Presentación ordenada y sistematizada”.					
5. EXTENSIÓN	“El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, e indicadores de la hipótesis”.					
6. CONSISTENCIA	“Los ítems tienen un respaldo teórico de modelos teóricos”.					
7. COHERENCIA	“Las preguntas guardan relación entre variables, indicadores y los ítems”.					
8. INOCUIDAD	“Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado”.					



CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \text{---}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0.00 - 0.60]
Observado	<0.60 - 0.70]
Aprobado	<0.70 - 1.00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Lugar: _____

Firma del Juez

ANEXO 07: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Constancia Nro. 3- 2024

El presente proyecto de investigación titulado: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES MÉDICOS RELACIONADOS CON LA DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL PERUANO, 2024"**, cuyas investigadoras son Reyes Vásquez Angiee Dayan y Rojas Jiménez Ruth Elizabeth , ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias; pues considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad Nacional del Santa, los lineamientos éticos y científicos, el balance riesgo beneficio, la calificación del equipo investigador, la confidencialidad de los datos, entre otros.

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación versión 01.
2. Consentimiento informado versión 01.

Cualquier enmienda, desviación o eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 14 de abril del 2025.

Si aplica, los trámites para renovación deben iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Nuevo Chimbote 14 de abril del 2025.

Mg. Guillermo Arana Morales
Presidente del Comité de Ética
en Investigación

ANEXO 08: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN HOSPITAL ESSALUD III- CHIMBOTE



Firmado digitalmente por
TORRES SOLANO Carol Giovanna ERI
202.01.26.0750 Perú
Módulo: Sig. el auto. del documento.
Fecha: 06.11.2024 16:54:58-0500

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 000040-RANC - RAAN-ESSALUD-2024
Chimbote, 06 de Noviembre del 2024

Señoritas.

REYES VÁSQUEZ ANGIEE DAYAN
ROJAS JIMENEZ RUTH ELIZABETH
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a ustedes, para saludarlas cordialmente, y asimismo en respuesta a su solicitud se les **AUTORIZA**, el desarrollo del proyecto de Investigación titulado: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES MÉDICOS RELACIONADOS CON LA DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL PERUANO, 2024**"; a su vez, recalcar que la información recabada para dicho estudio es eminentemente con fines académicos, los mismos que serán de absoluta confidencialidad para el grupo en estudio; asimismo, los resultados deberán ser presentados a la institución al finalizar la investigación, para los fines que se estime pertinente.



Firmado digitalmente por
ROJAS JIMENEZ RUTH ELIZABETH
202.01.26.0750 Perú
Módulo: Sig. el auto. del documento.
Fecha: 06.11.2024 09:30:00-0500

Por lo antes expuesto, mediante el presente documento se les otorga las facilidades del caso; a fin, que puedan desarrollar sin contratiempos la respectiva investigación en la Red Asistencial Ancash, concediéndoles la autorización para recopilar los datos necesarios que les permita concluir con éxito su trabajo de investigación; a su vez, se les recuerda que deberán en todos los procesos salvaguardar la integridad y seguridad de nuestros usuarios, respetando nuestras normas institucionales.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

DRA. CAROL GIOVANNA TORRES SOLANO
Gerente de la Red Asistencial Ancash-EsSalud
FIRMA DIGITALIZADA

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

www.gob.pe/essalud

Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000



ANEXO 09: VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

A.

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del juez: Peláez López Yolanda Marilú

1.2. Cargo e institución donde labora: Secretaria de Acción Científica del Consejo Directivo de la Macro Región Norte de la Sociedad Peruana de Cuidado Paliativos.

1.3. Nombre del instrumento evaluado: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT - SV (PCKT Spanish Version)

1.4. Autor(es) del Instrumento: Nawazaka et al. (2009), modificado por López (2021)

II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN: Marque según considere conveniente y realice alguna apreciación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Las preguntas están formuladas con lenguaje apropiado y comprensible, sin ambigüedades.				X	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos, fenómenos o variables en estudio.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al contexto de la población de estudio.					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada y sistematizada.					X
5. EXTENSIÓN	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, e indicadores de la hipótesis.				X	
6. CONSISTENCIA	Los ítems tienen un respaldo teórico de modelos teóricos.					X
7. COHERENCIA	Las preguntas guardan relación entre variables, indicadores y los ítems.					X
8. INOCUIDAD	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado.					X
↓ ↓ ↓ ↓ ↓						
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{12+30}{50} = 0.8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0.00 - 0.60]
Observado	<0.60 - 0.70]
Aprobado	<0.70 - 1.00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APROBADO

Lugar: Trujillo, 20 enero 2024


 Yolanda M. Peláez López
 SECRETARIA DE ACCIÓN CIENTÍFICA DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA MACRO REGIÓN NOROCCIDENTAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE CUIDADO PALIATIVOS
 Fianza del Juez

B.

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez: Oliva Ramos Alberto Adolfo
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Hospital III - EsSalud - Chimbote
- 1.3. Nombre del instrumento evaluado: "Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT - SV (PCKT Spanish Version)"
- 1.4. Autor(es) del Instrumento: Nawazaka et al. (2009), modificado por López (2021)

II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN: Marque según considere conveniente y realice alguna apreciación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	"Las preguntas están formuladas con lenguaje apropiado y comprensible, sin ambigüedades".					0
2. OBJETIVIDAD	"Permite medir hechos, fenómenos o variables en estudio".					0
3. ACTUALIDAD	"Adecuado al contexto de la población de estudio".					0
4. ORGANIZACIÓN	"Presentación ordenada y sistematizada".					0
5. EXTENSIÓN	"El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, e indicadores de la hipótesis".					0
6. CONSISTENCIA	"Los ítems tienen un respaldo teórico de modelos teóricos".					0
7. COHERENCIA	"Las preguntas guardan relación entre variables, indicadores y los ítems".					0
8. INOCUIDAD	"Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado".					0

CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{40}{50} = 0,8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0.00 - 0.60]
Observado	<0.60 - 0.70]
Aprobado	<0.70 - 1.00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Preguntas adecuadas para el estudio

Lugar: Chimbote


Dr. Alberto A. Oliva Ramos
 MEDICO INTERNISTA
 CMP. 61673 RNE: 38904
Firma del Juez

C.

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del juez: Villalobos Morante Iris Mercedes

1.2. Cargo e institución donde labora: Vicepresidente del Consejo Directivo de la Macro Región Norte de la Sociedad Peruana de Cuidado Paliativos.

1.3. Nombre del instrumento evaluado: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT - SV (PCKT Spanish Version)

1.4. Autor(es) del Instrumento: Nawazaka et al. (2009), modificado por López (2021)

II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN: Marque según considere conveniente y realice alguna apreciación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Las preguntas están formuladas con lenguaje apropiado y comprensible, sin ambigüedades.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos, fenómenos o variables en estudio.			✗		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al contexto de la población de estudio.				✗	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada y sistematizada.				✗	
5. EXTENSIÓN	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, e indicadores de la hipótesis.				✗	
6. CONSISTENCIA	Los ítems tienen un respaldo teórico de modelos teóricos.				✗	
7. COHERENCIA	Las preguntas guardan relación entre variables, indicadores y los ítems.				✗	
8. INOCUIDAD	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado.				✗	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		↓	↓	↓	↓	↓
		A	B	C	D	E
				3	28	

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{30(3) + 28(4)}{50} = \frac{150 + 112}{50} = \frac{262}{50} = 0.62$$

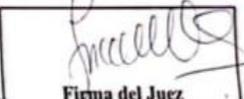
III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0.00 - 0.60]
Observado	<0.60 - 0.70]
Aprobado	<0.70 - 1.00]

0.62
↗

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Creo que la encuesta es aplicable pero faltaría explicar la prioridad de algunas preguntas
 cuando en la encuesta por el mejor comprensión de los datos es necesario explicar
 Lugar: algunos puntos por cada ítem


 Firma del Juez

D.

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez: FERNANDEZ DIOSFS Carlos
- 1.2. Cargo e institución donde labora: MEDICO - ESSALUD
- 1.3. Nombre del instrumento evaluado: "Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT - SV (PCKT Spanish Version)"
- 1.4. Autor(es) del Instrumento: Nawazaka et al. (2009), modificado por López (2021)

II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN: Marque según considere conveniente y realice alguna apreciación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	"Las preguntas están formuladas con lenguaje apropiado y comprensible, sin ambigüedades".					X
2. OBJETIVIDAD	"Permite medir hechos, fenómenos o variables en estudio".				X	
3. ACTUALIDAD	"Adecuado al contexto de la población de estudio".				X	
4. ORGANIZACIÓN	"Presentación ordenada y sistematizada".					X
5. EXTENSIÓN	"El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, e indicadores de la hipótesis".					X
6. CONSISTENCIA	"Los ítems tienen un respaldo teórico de modelos teóricos".			X		
7. COHERENCIA	"Las preguntas guardan relación entre variables, indicadores y los ítems".					X
8. INOCUIDAD	"Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado".					X

CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{36}{50} = 0,72$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0.00 - 0.60]
Observado	<0.60 - 0.70]
Aprobado	<0.70 - 1.00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APROBADO
Lugar: Chumbote


Firma del Juez
Dr. Carlos E. Fernández Diosfs
Médico Generalista y Geriátrico
ESSALUD

E.

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del juez:

1.2. Cargo e institución donde labora:

1.3. Nombre del instrumento evaluado: "Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT - SV (PCKT Spanish Version)"

1.4. Autor(es) del Instrumento: Nawazaka et al. (2009), modificado por López (2021)

II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN: Marque según considere conveniente y realice alguna apreciación

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	"Las preguntas están formuladas con lenguaje apropiado y comprensible, sin ambigüedades".					X
2. OBJETIVIDAD	"Permite medir hechos, fenómenos o variables en estudio".					X
3. ACTUALIDAD	"Adecuado al contexto de la población de estudio".				X	
4. ORGANIZACIÓN	"Presentación ordenada y sistematizada".					X
5. EXTENSIÓN	"El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, e indicadores de la hipótesis".				X	
6. CONSISTENCIA	"Los ítems tienen un respaldo teórico de modelos teóricos".					X
7. COHERENCIA	"Las preguntas guardan relación entre variables, indicadores y los ítems".				X	
8. INOCUIDAD	"Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado".					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					3	5
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{12 + 25}{50} = 0.74$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0.00 - 0.60]
Observado	<0.60 - 0.70]
Aprobado	<0.70 - 1.00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Preguntas aplicables para el contexto de estudio.

Lugar: Chumbete

[Firma]
 Dr. A. Deivi More Valledaras
 JEFE DIVISION DE INVESTIGACION SANITARIA
 RED ASISTENCIAL
 **ESSALUD