

**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**



**Instituto Universitario de Investigación en
Envejecimiento.**



I Máster en Cuidados Paliativos

**Nivel de Conocimiento en Cuidados Paliativos de los
Profesionales de Atención Primaria. Identificación de
factores asociados**

Autor:

Cesar Santiago Cuevas Feliz

Tutora

Dra. María Dolores Pérez Cárcelos

Dra. Fuensanta Sánchez Sánchez

Coordinadora Cuidados Paliativos

Índice

| | |
|--------------------|----|
| Agradecimientos | 2 |
| Resumen | 3 |
| Abstract | 4 |
| Introducción | 6 |
| Objetivos | 10 |
| Material y métodos | 10 |
| Resultados | 12 |
| Discusión | 13 |
| Conclusiones | 14 |
| Recomendaciones | 14 |
| Bibliografía | 15 |
| Anexos | 19 |
| Tabla 1 | 19 |
| Tabla 2 | 20 |
| Tabla 3 | 22 |
| Figura 1 | 23 |
| Figura 2 | 23 |
| Figura 3 | 24 |
| Figura 4 | 24 |
| Figura 5 | 25 |
| Figura 6 | 25 |
| Figura 7 | 26 |

Agradecimientos

Quisiera expresar mi agradecimiento a todos los que han hecho posible la realización de éste I Master en cuidados paliativos y que culmina con esta investigación en donde tantos han aportado.

Quiero agradecer a mi Ada Lenny Olivero por su tolerancia y apoyo durante mis ausencias, probablemente cuando más me necesitaba...

No es fácil expresar en su justa dimensión el agradecimiento con palabras cuando te enseñan a tratar mejor el dolor, problemas físicos, psicológicos o espirituales de personas y familias susceptibles de cuidados paliativos o en sus últimos días; la verdad es que no es fácil, por lo que tengo una gratitud para siempre y quiero agradecer a los profesionales sanitarios: médicos y enfermeras del área III de Lorca; al Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento en la persona de Don Vicente Vicente, garante de un crecimiento global, a la Dra. Maria Dolores Pérez Cárceles por su amable y competente asesoramiento.

A la incansable, perseverante e inmensa Dra. Fuensanta Sánchez por mantener siempre la chispa encendida de la investigación, por el apoyo y con la siempre afable expresión de la formadora por excelencia.

A mis compañeros de estudios por su entusiasmo, entrega y disposición a crecer juntos como equipo.

A Enrique Casado por darme ese tiempo que no me correspondía, sus oportunos y sabios aportes.

A Leonard B. Sanchez por su inagotable conocimiento y desinteresado apoyo siempre, gracias mil, mi hermano.

Resumen

Contexto:

Conocer cual es el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios del área III en Lorca, región de Murcia, contribuiría al desarrollo de programas adecuados de formación ya que existen muchos estudios en los que se ha informado acerca de los niveles de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre las enfermeras, pero muy pocos de estos proporcionan información sobre los conocimientos sobre distintos aspectos de los cuidados paliativos; tales como la filosofía, el dolor, la disnea, los problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales.

Objetivos:

Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de atención primaria del área III, en Lorca, región de Murcia sobre los cuidados paliativos utilizando la prueba de conocimiento PCKT.

Diseño del estudio:

Estudio transversal, descriptivo y prospectivo, realizado en los centros de Atención Primaria del área III, en Lorca, región de Murcia a los médicos: 114 y enfermeras: 88, con 202 validos de una muestra de 204, mediante cuestionario auto-administrado, anónimo, y confidencial.

Material y método:

Se utilizó un cuestionario diseñado originalmente por el grupo de investigación de Nakazawa y cols. El cuestionario PCKT consta de 20 ítems que analiza distintos aspectos sobre los cuidados paliativos. Los 20 ítems están agrupados en 5 dimensiones: filosofía (2 ítems), dolor (6 ítems), disnea (4 ítems), problemas psiquiátricos (4 ítems), problemas gastrointestinales (4 ítems). En cada uno de los ítems el profesional debía responder la respuesta: correcto, incorrecto, no estoy seguro. La puntuación total para las respuestas correctas es 20.

Análisis estadístico utilizado:

Se utilizó el programa SPSS. Versión 19.0 Se realizó un estudio descriptivo (frecuencia, medias, desviación estándar, rangos); para el análisis de diferencias entre medias se utilizó la t-student y ANOVA. También realizamos un análisis de correlación de Pearson.

Resultados:

La puntuación total del PCKT fue de $10,8 \pm 3,3$, la puntuación de la dimensión filosofía fue de $1,5 \pm 0,6$ (0-2), la puntuación de la dimensión dolor fue de $2,6 \pm 1,3$ (0-6), la puntuación de la dimensión disnea fue $2,2 \pm 1,2$ (0-4), la puntuación de la dimensión problemas psiquiátricos $2,1 \pm 0,9$ (0-4) y de problemas gastrointestinales $2,2 \pm 1,0$ (0-4).

Conclusiones:

El nivel global de los conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales sanitarios de la atención primaria en este estudio es deficiente, más acentuado en la dimensión: dolor. Los médicos tuvieron más conocimiento que las enfermeras en las dimensiones dolor y disnea. Trabajar y recibir formación aumenta el conocimiento en cuidados paliativos de los profesionales sanitarios.

Palabras claves: conocimiento, cuidados paliativos, formación, formación en cuidados paliativos, formación de profesionales médicos y enfermeras.

ABSTRACT**Context:**

Knowing what is the level of knowledge of the health professionals in the area III in Lorca, Murcia region, would contribute to the development of appropriate education programs now that there are many studies in which have been reported about the levels of knowledge about palliative care among nurses, but very few of these provide information about the knowledge of the various aspects of palliative care; such as philosophy, pain, dyspnea, psychiatric problems and gastrointestinal problems.

Aims:

Assess the level of knowledge that primary care professionals have in the area III in Lorca, Murcia region, about the palliative care using the knowledge test (PCKT).

Study design:

A Descriptive and prospective cross-sectional study, conducted in primary care centers in the area III in Lorca, Region of Murcia to the Physicians: 114 and Nurses: 88, with 202 valid from a sample of 204, through self-administered, anonymous, and confidential questionnaire.

Materials and Methods:

The questionnaire used originally designed by the research group of Nakazawa and Cols. The questionnaire PCKT consists of 20 items that analyzes various aspects about the palliative care. The 20 items are grouped into five dimensions: philosophy (2 items), pain (6 items), dyspnea (4 items), psychiatric problems (4 items), and gastrointestinal problems (4 items). In each of the items the professional had to respond the answer: correct, incorrect, unsure. The overall score for correct answers is 20.

Statistical analysis used:

SPSS software was used. Version 19.0. A descriptive study was conducted (frequency, measures, standard deviation, ranges); for the analysis of differences between measures was used the t-student and ANOVA. We also carried out a Pearson correlation analysis.

Results:

The overall total score of PCKT was $10,8 \pm 3,3$, the philosophy dimension score was $1,5 \pm 0,6$ (0-2), the pain dimension score was $2,6 \pm 1,3$ (0-6), the dyspnea dimension was $2,2 \pm 1,2$ (0-4), the psychiatric problems dimension was $2,1 \pm 0,9$ (0-4), and gastro-intestinal problems was $2,2 \pm 1,0$ (0-4).

Conclusions:

Overall level of knowledge about palliative care of the health professionals in primary care in this study is poor, more highlighted the dimension: pain. The doctors had more knowledge than the nurses in the dimensions pain and dyspnea. Work and receive education increases knowledge of the health professionals in palliative care.

Keywords: knowledge, palliative care, education, education in palliative care, education of medical professionals and nurses.

Introducción

A finales de los años 70 el Movimiento *Hospice* bajo el liderato de Cicely Saunders en el Reino Unido estructuró una propuesta de respuesta a las necesidades insatisfechas de Cuidados para pacientes y familiares manejando patologías en proceso terminal, experiencia que aparece recogida en el Libro “Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal”.^A Con los trabajos de este movimiento se inicia el desarrollo moderno de los Cuidados Paliativos y en el colofón de ese proceso aparece en el 1987 la Medicina Paliativa como especialidad en el Reino Unido. En España, es en la segunda mitad de la década de los ochenta cuando se empiezan a incorporar en las instituciones de salud componentes específicos, áreas, unidades y recursos humanos entrenados en el tema, para dar respuestas a los pacientes necesitados de Cuidados Paliativos^B

La relevancia que ha adquirido el tema de los Cuidados Paliativos en España puede establecerse a partir de los cambios introducidos en su legislación, observándose por ejemplo que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud consigna entre otras cosas que los mismos son “una prestación que debe estar presente en cualquier nivel de Atención Sanitaria”.^C De igual modo como un valioso aporte a la consolidación del marco-país, fruto de un amplio consenso e interacción de las comunidades, también cabe mencionar la aprobación de la Estrategia en Cuidados Paliativos en el 2007 y su actualización para el periodo 2010-2014.

Dejando pre-establecido que los Cuidados Paliativos debían tener una aplicación progresiva, en consonancia con las necesidades de los enfermos y su entorno familiar, ofertando respuestas oportunas según el avance de la enfermedad; apuntalando con ello que no solo debían circunscribirse a la fase terminal de un padecimiento, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplía la definición que doce años atrás, en el 1990, había adoptado para Cuidados Paliativos, definiéndolos como: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades

^A Saunders CM, La Filosofía del Cuidado Terminal. En: Saunders CM (ed). Cuidados de la enfermedad maligna terminal, Barcelona; Salvat Editores; 1980, p.259-272

^B Sanz O, J. En: Historia de la Medicina Paliativa en España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Conferencia. www.secpal.com.2013

^C Ley 26-2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE N° 128, P.20567-88 (29 de Mayo, 2003).

amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”^D

En años previos a esta ampliación conceptual de los Cuidados Paliativos la OMS había propuesto, tomando en consideración que los pacientes con enfermedades oncológicas eran el referente para el enfoque de las intervenciones paliativas, que dicha visión tenía que hacerse extensiva y abarcar a cualquier persona viviendo con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal.

En concordancia con este postulado, un documento^E emitido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en el que se aborda la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Actualización 2010-2014) plantea que “La estrategia está dirigida a los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada y terminal. Las intervenciones paliativas se basarán fundamentalmente en las necesidades de los pacientes y familiares, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada”. A seguidas dicho documento menciona los criterios propuestos para la definición de los pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal.

Esta estrategia, tras ponderar el perfil epidemiológico de las necesidades de cuidados paliativos en la población española propone en una de sus líneas de acción el objetivo general de “Disponer de un modelo organizativo explícito para que los pacientes reciban cuidados paliativos de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales”, desagregando como objetivo específico “Implementar en cada Comunidad Autónoma un modelo regional de cuidados paliativos en forma de plan o programa específico, con órganos responsables de su coordinación y gestión”.

Es en la perspectiva de importantizar los Cuidados Paliativos en el modelo de salud vigente en las comunidades autónomas españolas que el tema de los Recursos Humanos, vinculados a la oferta de servicios para pacientes que eventualmente han de ser parte de la cohorte de usuarios de estas prestaciones sanitarias, se ha incorporado a la Agenda estratégica sobre

^D Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrico A, Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. J Pain Symptom Manage 2002; 24 (2): 91-6.

^E Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Gobierno de España: Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Actualización 2010-2014). Pags. 18, 27, 41.

Cuidados Paliativos. A partir de ese proceso se puede visualizar, identificada la demanda potencial por los usuarios y la capacidad de respuesta del sistema, la necesidad de capacitación de esos Recursos Humanos. Esa capacitación, de una u otra manera, está vinculada tanto al tema de la Calidad en los Servicios como a la Equidad del modelo a implementar.

Como marco de referencia al elemento de la capacitación en Cuidados Paliativos es importante destacar el tipo de Recurso Humano idóneo para dar respuesta a las necesidades identificadas, sin soslayar la relevancia que en los debates del enfoque paliativo tiene el cuestionamiento al esquema propuesto para afrontar estos Cuidados. Al margen del modelo a impulsar, se reconoce que en la entrada al sistema y los mecanismos de manejo del paciente así como en la eficacia y eficiencia de las prestaciones a ofertarle, están los nodos críticos para organizar los servicios; esto partiendo de que en el Modelo (organizativo-asistencial) descrito en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Servicio Nacional de Salud Español^F estos se sectorizan por niveles asistenciales, pautando primero un “Nivel de Cuidados Paliativos Básicos Primarios” (en alusión a los cuidados a ofertar en Atención Primaria como en Especializada); en segundo lugar se describe el “Nivel de Cuidados Paliativos Específicos, Secundarios o Avanzados” (definido para intervenciones en situaciones de complejidad).

Concurrentemente se denomina “Tercer Nivel” a la atención en unidades de hospitalización, específicas para Cuidados Paliativos, conformadas por un equipo interdisciplinario.

En el campo específico de la formación en Cuidados Paliativos destinada a los actores oferentes de servicios en el Sistema de Salud, la referida estrategia plantea que la misma debería iniciarse en los estudios de grado, sirva para ejemplificar que en el módulo de Formación Clínica Humana se incluye la medicina paliativa. De igual manera para el personal de enfermería se ha formulado (propuesta de La Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos) un currículo de Enfermería en Cuidados Paliativos estratificado para pre-grado, formación continuada y especialización-postgrado.

Se pondera en el contexto de las necesidades identificadas para formar recursos humanos con habilidades y competencias para dar respuesta a las necesidades de los pacientes de Cuidados Paliativos trabajar en tres niveles formativos: Un *Nivel Básico*, dirigido a todos los profesionales; uno *Intermedio*, dirigido a profesionales que atiendan con mayor frecuencia a

^F Pascual, A. “La estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud”, *Psico-oncología*. Vol.5, Num. 2-3, pp 217-231.

enfermos en fase avanzada o terminal y un *Nivel Avanzado*, dirigido a los profesionales de los equipos de Cuidados Paliativos.

Tomando en consideración que en España en los últimos años el grueso de la formación en Cuidados Paliativos se ha centrado en el nivel básico (cursos específicos con duración de 20-40 horas), siendo muy baja la proporción de profesionales que llegan a capacitarse en niveles intermedios (cursos acreditados de 40-80 horas, doctorados y rotaciones de 1-2 meses por Unidades de Paliativos) y aún más baja los que alcanzan titulaciones de nivel avanzado (Máster y estadías de 3 meses o superiores en Unidades de Cuidados Paliativos); visto el hecho de que son escasos los estudios que permiten conocer cual es el nivel de conocimiento de los profesionales facilitarían el desarrollo de programas adecuados de formación ya que existen muchos estudios que se ha informado acerca de los niveles de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre las enfermeras, [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25] pero ninguno de estos proporcionan información sobre los conocimientos de los distintos aspectos de los cuidados paliativos; tales como la filosofía, el dolor, la disnea, los problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales. Nakazawa y cols^[26] han desarrollado y validado los certificados de la prueba de conocimientos de cuidados paliativos (PCKT); para la evaluación de los conocimientos sobre los cuidados paliativos entre los profesionales de la salud, PCKT tiene 5 sub-escalas separadas para cada una de las cuestiones mencionadas en la práctica de cuidados paliativos. Hasta el momento en España, después de realizar una revisión bibliográfica no se ha publicado ningún estudio que ponga de manifiesto los conocimientos de las distintas dimensiones de los cuidados paliativos con esta escala.

Objetivos

General

- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de atención primaria sobre los cuidados paliativos.

Específicos

- Analizar el conocimiento general sobre cuidados paliativos de los profesionales de atención primaria
- Medir el conocimiento de las distintas dimensiones de cuidados paliativos que tienen los profesionales de atención primaria en el área III de salud en Lorca, Región de Murcia.
- Identificar factores socios demográficos y laborales que influyen en el conocimiento de cuidados paliativos en atención primaria.

Material y método

Estudio transversal, descriptivo y prospectivo, realizado a los médicos y enfermeras, en los centros de atención primaria del área III de salud, en Lorca, región de Murcia; mediante cuestionario auto-administrado, anónimo, y confidencial.

Para el estudio se utilizó un cuestionario diseñado originalmente por el grupo de investigación de Nakazawa y cols. ^[26] El cuestionario PCKT consta de 20 ítems que analiza distintos aspectos sobre los cuidados paliativos. Los 20 ítems están agrupados en 5 dimensiones: filosofía (2 ítems), dolor (6 ítems), disnea (4 ítems), problemas psiquiátricos (4 ítems), problemas gastrointestinales (4 ítems). En cada uno de los ítems el profesional debía responder la respuesta: correcta, incorrecta, no estoy seguro. La puntuación total para las respuestas correctas es 20.

El cuestionario para este trabajo específicamente fue traducido y retrotraducido desde el idioma original por traductores expertos. El estudio se realizó mediante encuesta auto-administrada que incluía: 1) variables socio demográficas: edad, género, 2): variables

laborales: profesión, años de ejercicios, experiencia laboral, 3) cuestionario CPKT. A los profesionales seleccionados se les explico el objetivo del estudio y su consentimiento para participar en él, solamente 2 del total del consentimiento se negó a participar. Los participantes del estudio fueron profesionales del área III de salud, en Lorca, región de Murcia, médicos y enfermera/os que fueron seleccionados aleatoriamente siendo la muestra final de 202 personas.

Para el análisis estadístico se utilizo el programa SPSS. Versión 19.0 Se realizo un estudio descriptivo (frecuencia, medias, desviación estándar, rangos); para el análisis de diferencias entre medias se utilizó la t-student y ANOVA. También realizamos un análisis de correlación de Pearson.

Resultados

Los profesionales participantes en este estudio: médicos 114 y enfermeras 88, siendo la muestra de 204, para un resultado final de 202 cuestionarios validos.

En las variables sociodemográfica, laboral y puntuación de PCKT observamos que la edad promedio es de 42,9 años, la vía de formación MIR (medico interno residente), 79 (39,1%), no ha recibido formación en la facultad de Medicina/Escuela de Enfermería 142 (70,3%) y con experiencia laboral 68 (33,7%). Respecto a la puntuación de las 5 dimensiones: filosofía $1,5 \pm 0,6$ (0-2), dolor $2,6 \pm 1,3$ (0-6), disnea $2,2 \pm 1,2$ (0-4), problemas psiquiátricos $2,1 \pm 0,9$ (0-4) y problemas gastrointestinales $2,2 \pm 1,0$ (0-4), en todas observamos un escaso conocimiento de las mismas, siendo mas notable en la dimensión dolor $2,6 \pm 1,3$ (0-6) y una puntuación total $10,8 \pm 3,3$ (2-19). *Tabla 1.*

Es significativo el que, en la dimensión: problemas psiquiátricos 187 (92,5%) de respuestas correctas, proporcionen sedación a los pacientes en fase terminal, al igual que en la dimensión filosofía proporcionen de forma incluyente dichos cuidados a los pacientes en tratamiento oncológico donde pudimos observar que sus respuestas fueron correctas 172 (85%). *Tabla 2.*

Los años de ejercicio profesional no se correlacionan con un mejor nivel de conocimiento en las 5 dimensiones, mientras que en la edad observamos una correlación directa y positiva en la dimensión dolor (,038). Es decir, que a mayor edad más conocimiento; a más años de ejercicio profesional no es equivalente a más conocimiento. *Tabla 3.*

Al realizar el análisis de las diferencias en las medias de la suma total del cuestionario y de cada una de las dimensiones.

Sólo hemos encontrado diferencias significativas en la dimensión Dolor, en función del género de los profesionales, los varones son los que tienen un mejor conocimiento de esta dimensión frente a las mujeres. *Fig. 3.*

Cuando hemos analizado en función de la profesión, observamos diferencias significativas en las dimensiones: dolor y disnea, siendo el medico el que tiene mejor conocimiento. *Fig.4.*

Al comparar las diferentes dimensiones en función de la formación de grado no detectamos diferencias significativas. Fig. 5.

Cuando comparamos los profesionales que han tenido o no formación en cuidados paliativos, podemos observar que existen diferencias significativas en las dimensiones en las que a habido formación continuada en el resultado global, así como en las dimensiones de filosofía, dolor, disnea y problemas gastrointestinales. Fig. 6.

Observamos que la experiencia de aquellos profesionales en cuidados paliativos aumenta todas las dimensiones y la suma total siendo estadísticamente significativas las dimensiones: dolor, disnea, y problemas gastrointestinales. Fig. 7.

Discusión

Se destaca en esta investigación la alta participación de los profesionales sanitarios donde los cuestionarios validos representan el 98 %

Hemos observamos diferencias significativas en las dimensiones dolor y disnea, siendo el medico el que tiene mejor conocimiento, sin embargo, encontramos que es lo contrario en otro estudio donde las enfermeras tenían una mayor orientación hacia la dimensión dolor (12). Existe coincidencia respecto a los resultados de la dimensión filosofía ya que tanto en este como en realizado por Nakazawa y colaboradores los profesionales tenían mayor conocimiento (26).

Muy pocos estudios se han realizado en España sobre los cuidados paliativos en profesionales de atención primaria en las dimensiones: filosofía, dolor, disnea, problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales, aplicando como instrumento de evaluación cuantitativo el cuestionario PCKT que consta de 20 ítems elaborado y validado por el grupo de investigación de Nakazawa (26).

El recibir entrenamiento formal de cuidados paliativos y haber trabajado en esta área guarda estrecho vínculo con un mayor conocimiento (25-38)

Una estrategia que responda al perfil epidemiológico de las necesidades de cuidados paliativos en la población estudio podría proporcionar calidad de vida de pacientes y familiares afectados de enfermedades amenazantes para sus vidas pero para lograr dicha estrategia sería sumamente necesario fomentar la formación MIR (medico interno residente) de estos profesionales sanitarios que como se pone en evidencia en este estudio es muy pobre.

Como dificultad y/o sesgo en este estudio identificamos algunos médicos: tres, y enfermeras: seis, altamente cualificados y en ejercicios de cuidados paliativos, por lo que considero que en futuros estudios no deben ser incluidos en este tipo de investigación.

Conclusiones

En todas las dimensiones en general observamos un escaso conocimiento de las mismas, siendo más notable en la dimensión dolor.

En función de la profesión, en las dimensiones: dolor y disnea, es el medico el que tiene mayor conocimiento.

Trabajar y recibir formación aumenta el conocimiento en cuidados paliativos de los profesionales sanitarios.

Recomendaciones

Inclusión de los cuidados paliativos en currículo de formación de grado de las ciencias de la salud, promover y facilitar la rotación en equipos de cuidado paliativos de los profesionales de medicina, psicología y enfermería residentes de las especialidades implicadas en la atención a estos pacientes. Promover que los profesionales de los equipos específicos de cuidados paliativos dispongan de formación avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos.

Bibliografias

1. Skår R. Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Educ Today*. 2010;30:132–6.
2. Egan KA, Abbott P. Interdisciplinary team training- preparing new employees for the specialty of hospice and palliative care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2002;4:161–71.
3. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *J Prof Nurs*. 1993;9:79–88.
4. Ddungu H. Palliative care: What approaches are suitable in developing countries? *Br J Haematol*. 2011 [In press]
5. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:486–93.
6. Crossetti Mda G. Production of knowledge and the quality of nursing practice. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30:372–4.
7. Jamison RN, Rudy TE, Penzien DB, Mosley TH., Jr Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: Replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain*. 1994;57:277–92.
8. Soyannwo OA. Palliative care and nursing. *Afr J Med Med Sci*. 2009;38(Suppl 2):67–70.
9. Lipsky PE, Buckland J. Pain by name, pain by nature. *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6:179–80.
10. Syrjala KL, Chapko ME. Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain*. 1995;61:69–79.
11. Kumar SP, Saha S. Mechanism-based classification of pain for physical therapy management in palliative care. *Indian J Palliat Care*. 2011;17:80–6.
12. Prem V, Karvannan H, Chakravarthy RD, Binukumar V, Jaykumar S, Kumar SP. Attitudes and beliefs about chronic pain amongst nurses: biomedical or behavioral? A cross-sectional study. *Indian J Palliat Care*. 2011;17:215–22.
13. Kwekkeboom KL, Vahl C, Eland J. Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care. *J Palliat Med*. 2006;9:90–9.
14. Kumar SP, Jim A, Sisodia V. Effects of palliative care training program on knowledge, attitudes, beliefs and experiences among student physiotherapists: A preliminary quasi-experimental study. *Indian J Palliat Care*. 2011;17:47–53.
15. Abu-Saad Huijjer H, Dimassi H. Palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes and practices of physicians and nurses. *J Med Liban*. 2007;55:121–8.

16. Berrang T, Samant R. Palliative radiotherapy knowledge among community family physicians and nurses. *J Cancer Educ.* 2008;23:156–60.
17. Abu-Saad Huijer H, Dimassi H, Abboud S. Perspectives on palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties. *Palliat Support Care.* 2009;7:339–47.
18. Gibbs G. Nurses in private nursing homes: A study of their knowledge and attitudes to pain management in palliative care. *Palliat Med.* 1995;9:245–53.
19. Proctor M, Grealish L, Coates M, Sears P. Nurses' knowledge of palliative care in the Australian Capital Territory. *Int J Palliat Nurs.* 2000;6:421–8.
20. Dunniece U, Slevin E. Giving voice to the less articulated knowledge of palliative nursing: An interpretative study. *Int J Palliat Nurs.* 2002;8:13–20.
21. Ronaldson S, Hayes L, Carey M, Aggar C. A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *Int J Older People Nurs.* 2008;3:258–67.
22. Shipman C, Burt J, Ream E, Beynon T, Richardson A, Addington-Hall J. Improving district nurses' confidence and knowledge in the principles and practice of palliative care. *J Adv Nurs.* 2008;63:494–505.
23. Abu-Saad Huijer H, Abboud S, Dimassi H. Palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes and practices. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15:346–53.
24. Stevens E. Extending knowledge of terror management theory to improve palliative nursing care. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15:368–70.
25. Knapp CA, Madden V, Wang H, Kassing K, Curtis C, Sloyer P, et al. Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: A quantitative study. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15:432–9.
26. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med.* 2009;23:754–66.
27. Gavrin J. Expert knowledge in palliative care on the World Wide Web: palliativedrugs.org. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2009;23:374–9.
28. Carr SM, Lhussier M, Wilcockson J. Transferring palliative care knowledge: Evaluating the use of a telephone advice line. *Int J Palliat Nurs.* 2008;14:303–8.
29. Bailey B, Aranda S, Quinn K, Kean H. Creutzfeldt-Jakob disease: Extending palliative care nursing knowledge. *Int J Palliat Nurs.* 2000;6:131–9.

30. Reed VA, Jernstedt GC, Goodlin SJ. A palliative care survey to measure medical students' and health care professionals' knowledge and attitudes. *Acad Med.* 1998;73:578.
31. Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs.* 1996;23:126–37.
32. Vandam LD. A palliative approach to the newgrowth of medical knowledge. *Anesthesiology.* 1962;23:576–7.
33. Twycross RG. Research and palliative care: the pursuit of reliable knowledge. *Palliat Med.* 1993;7:175–7.
34. Hockley J, Froggatt K. The development of palliative care knowledge in care homes for older people: The place of action research. *Palliat Med.* 2006;20:835–43.
35. Jackson A. Palliative care. Source of knowledge. *Nurs Times.* 1995;91:55–7.
36. Degner LF. Knowledge translation in palliative care: Can theory help? *Can J Nurs Res.* 2005;37:105–13.
37. Wilson B, McSherry W. A study of nurses' inferences of patients' physical pain. *J Clin Nurs.* 2006;15:459–68.
38. Wilson B. Nurses' knowledge of pain. *J Clin Nurs.* 2007;16:1012–20.
39. Beach DJ. Professional knowledge and its impact on nursing practice. *Nurse Educ Pract.* 2002;2:80–6.
40. Nairn S. A critical realist approach to knowledge: implications for evidence-based practice in and beyond nursing. *Nurs Inq.* 2012;19:6–17.
41. Lundeen S, Harper E, Kerfoot K. Translating nursing knowledge into practice: An uncommon partnership. *Nurs Outlook.* 2009;57:173–5.
42. Daly J, Jackson D. On the use of nursing theory in nurse education, nursing practice, and nursing research in Australia. *Nurs Sci Q.* 1999;12:342–5.
43. Fralic MF. Hardwiring the “three-legged stool”: Nursing's vital education/ practice/ research triad. *J Prof Nurs.* 2004;20:281–4.
44. Leahey M, Svavarsdottir EK. Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? *J Fam Nurs.* 2009;15:445–60.
45. Mitchell PH. Knowledge that matters: Integrating research, practice, and education. *Commun Nurs Res.* 2008;41:3–10.
46. Berragan L. Nursing practice draws upon several different ways of knowing. *J Clin Nurs.* 1998;7:209–17.

47. James I, Andershed B, Gustavsson B, Ternstedt BM. Knowledge constructions in nursing practice: understanding and integrating different forms of knowledge. *Qual Health Res.* 2010;20:1500–18.
48. McNeil PA. The circle of nursing knowledge: Education, practice, and research. Foreword. *Commun Nurs Res.* 2008;41:xxiii.
49. Mills J, Field J, Cant R. The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6:219–28.
50. Waite R, Calamaro CJ. Cultural competence: A systemic challenge to nursing education, knowledge exchange, and the knowledge development process. *Perspect Psychiatr Care.* 2010;46:74–80.
51. Tagney J, Haines C. Using evidence-based practice to address gaps in nursing knowledge. *Br J Nurs.* 2009;18:484–9.

Anexos:

TABLA N° 1

Distribución de las muestras en función de características socio demográfica y laboral.

| | | |
|---|------------------------------|--------------------|
| Tamaño de la muestra, N | | 202 |
| Edad (años) | | 42,9 ±10,4 (26-73) |
| Género | Hombre, N (%) | 81 (40%) |
| | Mujer, N (%) | 121 (59.9%) |
| Profesión | Medico, N (%) | 114 (56.4%) |
| | Enfermera/o, N (%) | 88 (43.6%) |
| Vía de formación. | MIR, N (%) | 79 (39.1%) |
| | NO MIR, N (%) | 123 (60.9%) |
| ¿Ha recibido formación en la facultad Medicina/Escuela de Enfermería en CP? | SI, N (%) | 60 (29.7%) |
| | NO, N (%) | 142 (70.3%) |
| ¿Ha Recibido los últimos 5 años alguna actividad formación continuada CP? | SI, N (%) | 75 (37.1%) |
| | NO, N (%) | 127 (62.9%) |
| ¿Tiene experiencia laboral? | SI, N (%) | 68 (33,7%) |
| | NO, N (%) | 134 (66.3%) |
| Puntuación total del PCKT | | 10,8 ± 3,4 (2-19) |
| Puntuaciones de las dimensiones | Filosofía | 1,5 ± 0,6 (0-2) |
| | Dolor | 2,6 ± 1,3 (0-6) |
| | Disnea | 2,2 ± 1,2 (0-4) |
| | Problemas psiquiátricos | 2,1 ± 0,9 (0-4) |
| | Problemas gastrointestinales | 2,2 ± 1,0 (0-4) |

TABLA N° 2

Distribución de las respuestas de los profesionales en cada uno de los ítems del cuestionario

| Dimensiones | | | | | |
|--------------------|--|-------------------|---------------|--------------------------|------------------------------|
| Filosofía | Preguntas | Verdaderos | Falsos | No estoy seguro/a | % Correcto respuestas |
| 1 | Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible. | 47 | 140 | 15 | 69,3% |
| 2 | Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico. | 13 | 172 | 17 | 85,1% |
| Dolor | | | | | |
| 3 | Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno | 151 | 41 | 10 | 74,7 |
| 4 | Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opioide | 37 | 67 | 98 | 33,1 |
| 5 | Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINEs | 38 | 106 | 58 | 52,4 |
| 6 | . El efecto de los opioides disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocina o hidroclicloruro de buprenorfina. | 39 | 45 | 118 | 19,3 |
| 7 | El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción. | 130 | 46 | 26 | 22,7 |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-----|-----|----|-------|
| 8 | El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia | 136 | 30 | 36 | 67,3 |
| Disnea 9 | La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer. | 133 | 38 | 31 | 65,8 |
| 10 | . Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria | 54 | 120 | 28 | 65,8 |
| 11 | Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea | 115 | 65 | 22 | 32,1 |
| 12 | Los fármacos anticolinérgicos o la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal | 138 | 5 | 59 | 68,3 |
| Problemas Psiquiátricos 13 | Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente | 89 | 50 | 63 | 44,1% |
| 14 | . Las benzodiacepinas son eficaces para controlar el delirio | 78 | 63 | 61 | 38,6 |
| 15 | Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento | 187 | 7 | 8 | 92,5 |
| 16 | . En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas del delirio | 62 | 77 | 63 | 38,1 |
| Problemas Gastrointestinales 17 | En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales | 31 | 118 | 53 | 58,4 |

| | | | | | |
|----|--|-----|----|-----|-------|
| 18 | No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica. | 32 | 22 | 148 | 73,2% |
| 19 | Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado | 111 | 20 | 71 | 54,9 |
| 20 | La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos. | 69 | 74 | 59 | 34,1 |

TABLA N°. 3

Correlaciones de la suma total del cuestionario y de cada una de las dimensiones con la edad y los años de ejercicios profesional.

| | | Suma | Filosofía | Dolor | Disnea | Problemas Psiquiátricos | Problemas Gastrointestinales |
|--------------------|--|------|-----------|-------|--------|-------------------------|------------------------------|
| Edad | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | ,049 | ,050 | ,146 | ,007 | ,036 | ,028 |
| | | ,492 | ,478 | ,038 | ,923 | ,607 | ,693 |
| Años de ejercicios | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | ,011 | ,065 | ,056 | ,057 | ,003 | ,001 |
| | | ,875 | ,361 | ,430 | ,424 | ,967 | ,994 |

Figura 1: Distribución de las respuestas de los profesionales en los 20 ítems del cuestionario

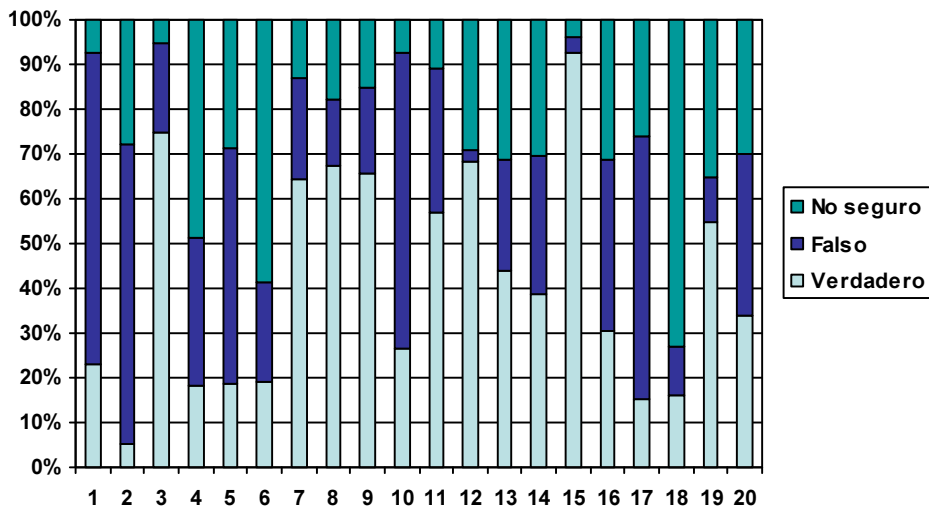


Figura 2: Porcentaje de respuestas correctas en cada ítem del cuestionario

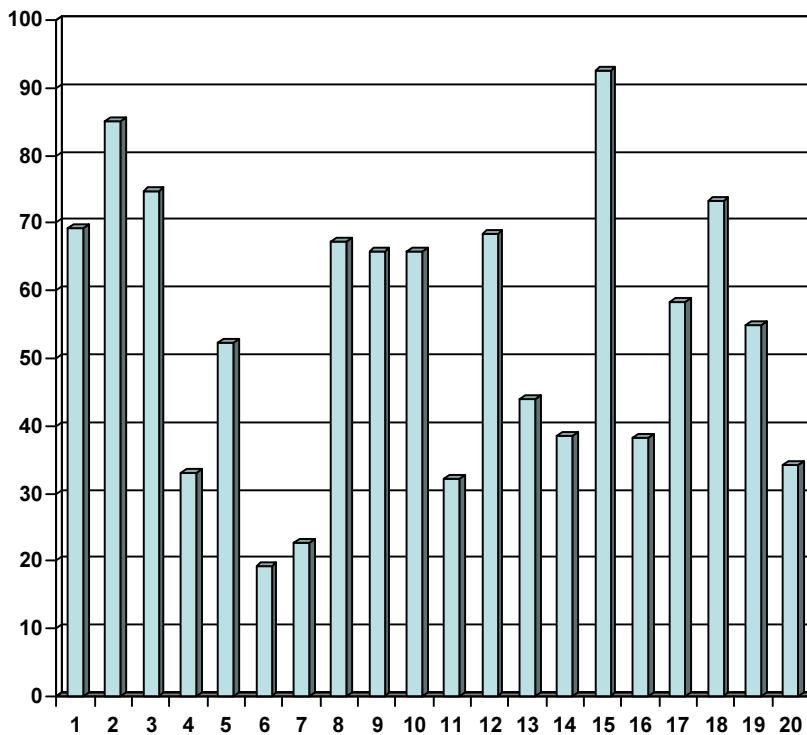


Figura 3: Comparación de la suma total del cuestionario y de las dimensiones en función del género

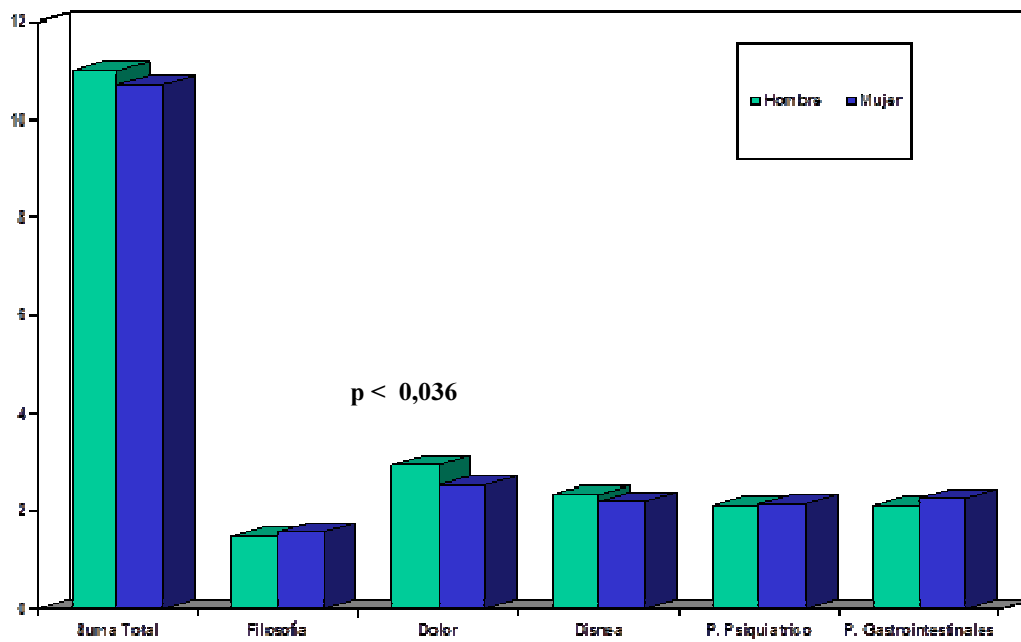


Figura 4: Comparación de la suma total del cuestionario y de las dimensiones de función de la profesión

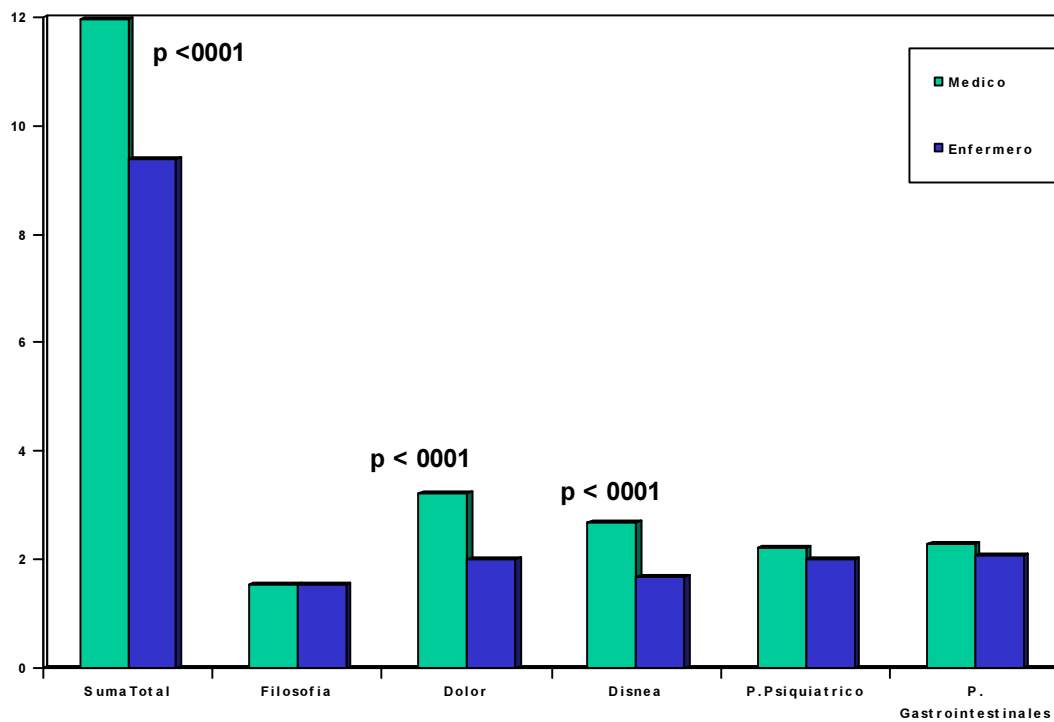


Figura 5: Comparación de la suma total del cuestionario y de las dimensiones en función de la formación en grado

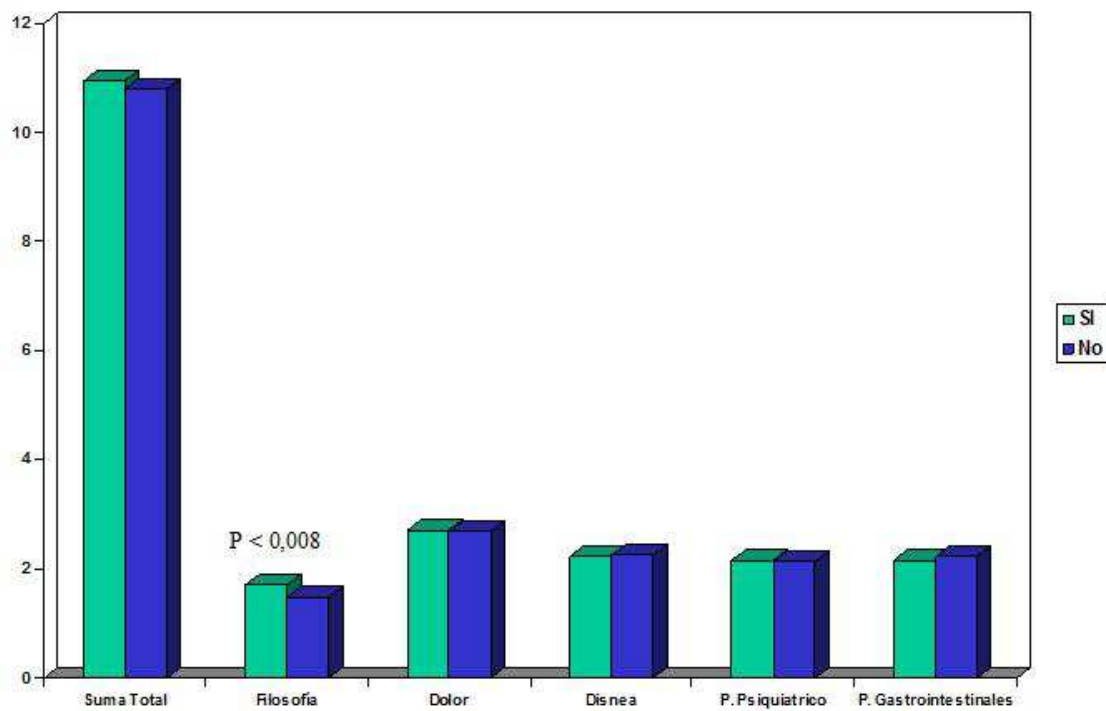


Figura 6: Comparación de la suma total del cuestionario y de las dimensiones en función de la realización de la formación continuada

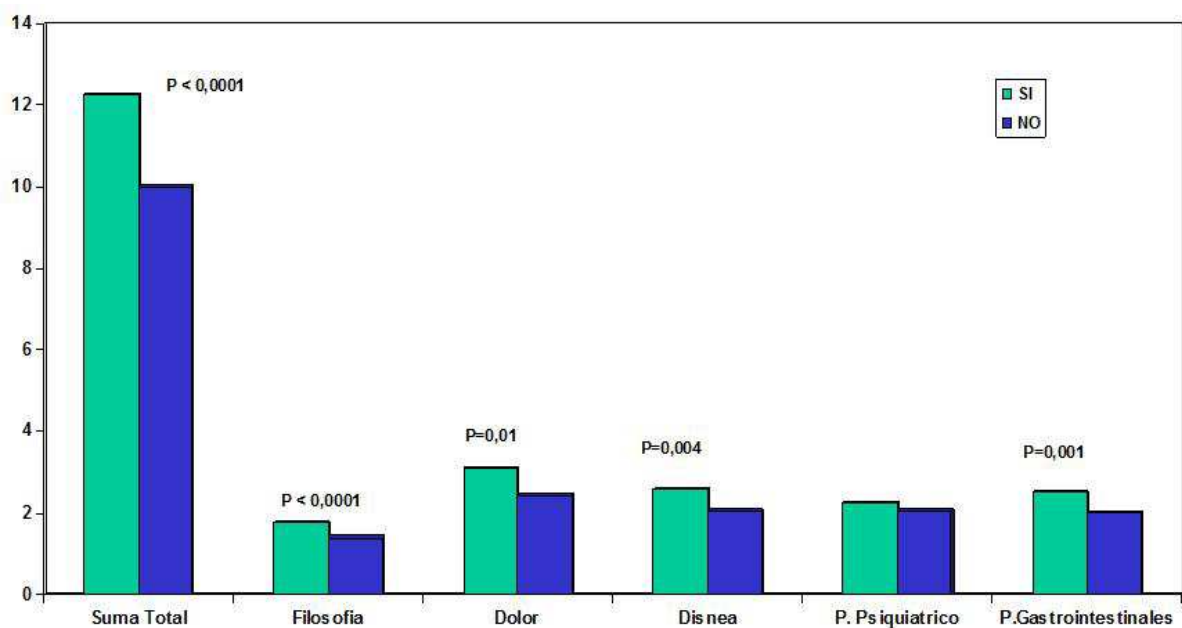


Figura 7: Comparación de la suma total del cuestionario y de las dimensiones en función de la experiencia en Cuidados Paliativos

