



**FACULTAD DE DESARROLLO E
INVESTIGACION EDUCATIVOS**

Especialización en Docencia Universitaria

Proyecto de intervención:

Inclusión de un módulo de formación en cuidados paliativos
en la Residencia de Clínica Médica del Hospital Universitario UAI

Alumna: **Mirta Edelmira Gutierrez**

Tutora: **Alejandra Macri**

Fecha: **Octubre de 2018**

Resumen

Los cuidados paliativos (C.P), son una rama, recientemente especialidad de la medicina, que incluyen a todos aquellos pacientes que sufren enfermedades incurables, progresivas, irreversibles con limitación de su pronóstico vital. (SECPAL, 2014). Tratan de brindar los cuidados necesarios al paciente y su familia durante el transcurrir y al finalizar el padecimiento de una enfermedad crónica y mortal, con el objeto de asegurar el bienestar del paciente y su grupo familiar.

Actualmente, existen pocos especialistas en cuidados paliativos por lo tanto es altamente probable que los pacientes que requieran cuidados paliativos terminen bajo el cuidado de los profesionales especialistas en Clínica Médica. Asimismo, sólo un 10% de la población que requiere cuidados paliativos en Argentina, recibe los mismos. En este trabajo se plantea en primer término, la evaluación sobre la formación actual de los médicos en la residencia médica del Hospital Universitario (H.U) UAI, y en segundo término se propone la inclusión de un módulo para formación en cuidados paliativos en la residencia de Clínica Médica de dicho hospital.

Para evaluar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de los médicos del H.U, se llevó a cabo una encuesta. La misma permitió el análisis de situación, a partir del cual fueron planeadas múltiples y variadas estrategias pedagógicas y didácticas para ser instauradas en la residencia de Clínica Médica del H.U, con el objetivo de optimizar los conocimientos médicos sobre los cuidados paliativos, y mejorar la calidad de atención de los pacientes internados en el Hospital Universitario UAI.

Palabras claves: formación, cuidados paliativos, residencia

Contenido

PARTE A: Proyecto de Intervención

1. Fundamentación	
1.1 Problema	4
1.2 Justificación y relevancia de la Intervención	12
1.3 Propósitos de la Intervención	18
1.4 Resultados esperados	18
2. Descripción del proyecto de intervención	
2.1 Objetivos	
2.1.1 Objetivos Generales	20
2.1.2 Objetivos Específicos	20
2.2 Acciones	
2.2.1. Diseño curricular del programa de un curso sobre cuidados paliativos	21
2.2.2. Elaboración de guías para el abordaje de casos.	31
2.2.3 Elaboración de Instrumentos de seguimiento y evaluación de los participantes del curso	31
2.2.4 Rol playing	32
2.2.5 Ateneos interdisciplinarios de casos clínicos previamente trabajados	33
2.3 Recursos	33
3. Evaluación de la propuesta	34

PARTE B: Fundamentos

1. Fundamentación teórica de las decisiones asumidas	37
2. Reflexión sobre la praxis	45
3. Reflexiones Finales	51

PARTE C: Anexos y Referencias

1. Anexos	53
2. Referencias	98

PARTE A: Proyecto de Intervención

1. Fundamentación

1.1 Problema

La sociedad actual se encuentra inmersa en constantes cambios, estos cambios son cada vez más rápidos, más veloces, y son observados en todos los niveles, políticos, culturales, e incluso de la salud. A nivel mundial estadísticamente y probablemente como consecuencia entre otras razones del avance tecnológico, y del consumismo, puede observarse una medicina más mecanizada. Existe una creencia, muchas veces falsa, a través de la cual se le atribuye a los avances tecnológicos la función de poder evitar la muerte.

Asimismo, la expectativa de vida de la población, ha aumentado como consecuencia de los avances en terapéuticas ya sean estas medicamentosas o de soporte tales como la hemodiálisis, quimioterapia, transplantes, entre otros. Quizás estos avances son los que permiten las falsas expectativas con respecto a una vida sin enfermedad, o sin muerte. Sin embargo, como corolario del prolongar cuantitativamente los años de vida, se observa no pocas veces el detrimento cualitativo de la calidad de dichos años.

De acuerdo a diferentes autores, entre ellos (Pessini, 2006), (Ocampo, 2005) y (Navarro Sanz, 2008), a nivel mundial, más de 50 millones de personas mueren anualmente debido a enfermedades fatales. Sin embargo la expectativa de vida mundialmente ha aumentado. Según estadísticas de la (OMS, 2003) 6 millones de personas fallecen anualmente por cáncer, por lo que en perspectiva para el año 2020 existirán 15 millones de casos nuevos de cáncer. Si se consideran las mismas perspectivas, la OMS estima que en 2050, la población mundial mayor de 60 años pasará de 600 millones a 2 mil millones, este aumento será mayor en los países subdesarrollados. Por su parte Las Naciones Unidas en su reporte sobre mortalidad mundial de 2017, informa que las tasas de mortalidad en adultos han disminuido,

aumentando la expectativa de vida. En África, la mortalidad adulta disminuyó en un 23% entre 1990 y 2015, aumentando la población de 15-59 años de 319 millones a 640 millones (población susceptible de sufrir enfermedades crónicas, fatales en muchas oportunidades). En Latinoamérica y el Caribe, hubo una disminución del 33 por ciento en la mortalidad de adultos, con un aumento de la población de 15-59 años. En América del Norte, Oceanía y Europa, todos con menores niveles de mortalidad adulta en comparación a las otras regiones, el número de personas de 15-59 años cambio poco entre 1990 y 2015.

Asimismo la (OMS, 2014) en la sexagésima séptima asamblea mundial reconoció que, alrededor de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos por año; y que esta demanda aumentará, debido al envejecimiento de las poblaciones y al aumento mundial de enfermedades crónicas y enfermedades no transmisibles.

Considerando las aseveraciones sobre la muerte en la sociedad actual de (Espinar Cid, 2012) las defunciones de pacientes con enfermedades crónicas, se producen en mayor proporción en instituciones de salud que en el domicilio. Década tras década aumenta el número de muertes intrahospitalarias, de pacientes con diagnósticos incurables, cuya última internación podría haberse evitado de haber existido un adecuado seguimiento ambulatorio o en domicilio de su patología. Lo expuesto surge como conclusión del análisis antropológico de las actitudes ante la muerte de la Lic. en Antropología Analía C. Abt. (2006). También Rao J.K (2002) comparte la aseveración respecto del aumento de la expectativa de vida, y sus implicancias en los sistemas de salud.

En torno a esta problemática surgen algunos interrogantes: ¿el número de internaciones en las cuales es previsible la muerte del paciente, podría disminuirse con una adecuada contención familiar por parte del equipo de salud en domicilio? Para los casos que hubieran sido necesaria la institucionalización del paciente, ya sea en el domicilio o en el centro de salud, el equipo médico está capacitado para brindar contención al

paciente, prevenir sus complicaciones y dar solución a los síntomas del paciente en agonía?, en definitiva, ¿tratar de preparar al paciente y a su familia para la muerte?.

Los cuidados paliativos (C.P), son una rama, recientemente especialidad de la medicina, que incluyen a todos aquellos pacientes que sufren enfermedades incurables, progresivas, irreversibles con limitación de su pronóstico vital. (SECPAL, 2014)

Los C.P tratan de brindar los cuidados necesarios al paciente y su familia durante el transcurrir y al finalizar el padecimiento de una enfermedad crónica y mortal, con el objeto de asegurar el bienestar del paciente y su grupo familiar.

En 2015, la revista The Economist clasificó en un ranking a 80 países del mundo según la cantidad y la calidad de los recursos con los que contaban para acompañar el buen morir (paciente relajado, sin síntomas como falta de aire o dolor que lo angustien, rodeado de sus seres queridos). Los países con mayor y mejor número de recursos fueron ubicados al comienzo del ranking. El Reino Unido fue el primero. Le siguieron Australia, Nueva Zelanda e Irlanda. La Argentina quedó ubicada en el puesto 32, pero sexto en calidad de muerte en el continente americano, detrás de Estados Unidos, Canadá y Chile, entre otros.

El Hospital Universitario (H.U) UAI no es ajeno a esta realidad internacional, dentro de las causas de muerte de sus tasas de mortalidad, se encuentran patologías avanzadas e irreversibles, con población de edad avanzada en un amplio porcentaje.

Este Hospital fue creado y desarrolla sus actividades respondiendo a la Misión y Objetivos del Proyecto Institucional de la Universidad Abierta Interamericana, que privilegia la búsqueda de soluciones a las necesidades sociales. En su seno se forman durante un cuatrienio en promedio alrededor de 8 médicos especialistas, 2 por el servicio de cardiología, 2 por el servicio de terapia intensiva y 4 por el servicio de clínica médica. Las prácticas asistenciales de la residencia son llevadas a cabo en el HU, con rotaciones programadas en otras instituciones de salud. Al concluir los cuatro

años de prácticas y actividad académica complementaria, cada médico obtiene el título de especialista en sus respectivos servicios.

En función del alcance de los C.P previamente definido, en cada uno de los diferentes servicios del H.U (cardiología, terapia intensiva, y clínica médica) se internan pacientes que requieren C.P. En el servicio de cardiología, pacientes con insuficiencia cardiaca terminal, en los servicios de clínica y terapia intensiva, pacientes con enfermedades neoplásicas incurables o con patologías infecciosas avanzadas e incurables. Asimismo las enfermedades neurológicas incapacitantes e irreversibles como Alzheimer, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrofica, entre otros. Las mencionadas constituyen solo algunas de las múltiples patologías que son de habitual atención en el H.U y cuya probabilidad de requerir C.P es alta.

Con el objeto de evaluar el nivel de conocimientos relativos a los C.P de los profesionales del H.U, se implementó una encuesta en diciembre de 2016 cuyos destinatarios fueron todos los profesionales médicos de dicho hospital residentes de primero, segundo, tercer y cuarto año, médicos de planta y jefes de cada servicio.

Anexo 9.

La misma fue de carácter obligatorio y anónimo, aunque se debía indicar servicio al cual se pertenecía y jerarquía.

Fue diseñada con un formato de tres partes, en la primer parte el médico indicaba individualmente si durante su formación de pregrado o posgrado recibió alguna instrucción con talleres, seminarios, o si tuvo opción de elegir C.P como asignatura alternativa.

Una segunda parte evaluaba los conocimientos actualizados de los galenos acerca de los C.P a través de la resolución de 2 casos clínicos.

Y en la tercer y última parte se consideraba la opinión personal del médico acerca del discomfort percibido por el profesional a la hora de tomar decisiones en los diferentes

ángulos que abarcan los C.P. Asimismo se indagaba si el galeno advertía o no como una necesidad la formación en C.P, y como categorizaría las prioridades dentro de los diferentes ítems que básicamente componen los C.P.

La principal conclusión del estudio fue que casi la totalidad de los médicos del H.U no poseen los conocimientos requeridos para abordar pacientes en el final de la vida.

Con respecto a los casos clínicos, se plantearon dos pacientes muy diferentes, ambos con enfermedades crónicas, incurables, muy avanzadas, ambas merecedoras de C.P, según la definición y el alcance de los C.P. Sin embargo, una de esas enfermedades era cáncer de pulmón y la otra era una cirrosis hepática.

Durante el ejercicio de la profesión médica, cuyo principal objetivo es preservar la vida, es habitual considerar que aquellos pacientes a los cuales no se les puede ofrecer terapéuticas curativas, son pacientes terminales, a quienes solo se les pueden ofrecer terapias para aliviarlos, no invasivas.

Por ello, en la elaboración de ambos casos clínicos se presentaron pacientes muy disimiles, con enfermedades incurables, para los cuales la mejor opción terapéutica debía ser el acompañamiento en el buen morir, C.P.

Del análisis de las respuestas a esta encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados: de un total de 51 médicos encuestados, casi la totalidad de los médicos del H.U (41 médicos, 80%) no poseen los conocimientos requeridos para abordar pacientes en el final de la vida. Anexo 10

El 87% de los médicos encuestados identificó al caso clínico con cáncer de pulmón planteado en la encuesta, como paciente terminal y por lo tanto merecedor de C.P, no plausible de otras terapéuticas.

Mientras que con respecto al caso clínico del paciente cirrótico, solo el 55% de los encuestados reconoció al paciente como terminal. El 45% restante no solo no le

ofrecería C.P, sino que agotaría las medidas terapéuticas invasivas con el mismo.

Anexo 10

Del análisis de los resultados surge el desconocimiento del alcance de los cuidados paliativos. Estos cuidados incluyen a cualquier paciente, con cualquier patología crónica, progresiva e irreversible (como la cirrosis) que limite su pronóstico vital, es decir no solo la patología oncológica. Esta respuesta es esperable si tomamos en cuenta que los C.P se iniciaron para acompañar a los pacientes con cáncer, y que hoy en día, se siguen asociando solo a los pacientes con ese diagnóstico. Comparando estas mismas respuestas según el servicio del H.U, se obtuvo una diferencia significativa entre los mismos; los médicos de terapia intensiva identificaron en mayor proporción a ambos pacientes como terminales, no así el resto de los servicios. Esta diferencia significativa a favor del servicio de terapia intensiva, podría deberse a que los médicos en este servicio, deben decidir con mayor frecuencia qué pacientes son plausibles o no de medidas invasivas como ventilación mecánica, hemodiálisis. En forma constante deben abordar pacientes crónicamente enfermos en situación vital crítica, lo cual favorecería la identificación de aquellos casos que necesitan CP. De la indagación acerca de si los médicos durante su formación de pre y posgrado había o no recibido instrucción en cuanto a cuidados paliativos, se observaron distintas respuestas en función del servicio al cual pertenecían. En el servicio de cardiología y en el servicio de clínica médica por su parte ninguno de los médicos de planta recibió formación sobre C.P en el grado. En ninguno de los dos servicios, los médicos de planta recibieron formación en el grado sobre C.P, mientras que solo el 10% de los residentes durante la carrera de Medicina había recibido esa instrucción. Durante el posgrado solo un mínimo porcentaje (1 médico. 10%) de los médicos de planta recibió formación extracurricular. Por último, en el servicio de terapia intensiva, el 100% de los médicos de planta no recibió instrucción formal en C.P durante el grado, pero entre los

residentes de terapia, el 50% recibió esa formación durante el grado. A su vez, durante el posgrado todos los médicos residentes y plantas del servicio de terapia intensiva fueron instruidos en C.P.

Del análisis de la encuesta en cuanto a la percepción individual sobre la importancia de los C.P en la formación integral del posgrado en cada uno de los diferentes servicios, el 88% de los encuestados consideró a los C.P como parte importante de la formación integral del médico especialista, 40% de los mismos, lo evaluó con gran convicción, mientras que solo el 10% se posicionó como neutral ante la pregunta y por último, el 2% restante, no valoró a los C.P como parte importante de la formación de posgrado.

Según las respuestas obtenidas, el mayor porcentaje de las situaciones que causan a los médicos discomfort al abordar los pacientes terminales, fueron en primer lugar “*el dar malas noticias*” (89%), “*informar sobre el pronóstico*” (85%) y por último, (81%) planteó el “*manejo del dolor*”.

Asimismo la encuesta solicitaba clasificar en orden de prioridades, los temas que debieran ser abordados durante el posgrado, las respuestas fueron muy similares, el 21% consideró prioritario el aprender a identificar los pacientes plausibles de recibir C.P, el 20% indicó como prioridad la instrucción acerca de los aspectos legales de los C.P, otro 20%, la formación al respecto del rechazo terapéutico, mientras que un 20% juzgó como más relevante el paciente en fin de vida, quedando un 19% de los encuestados a favor de dar prioridad en la formación de posgrado, a los temas que se refieren a la comunicación de malas noticias. Anexo 10.

De los datos aportados por el análisis estadístico de la encuesta, se infiere que tanto durante la residencia en el H.U y aun al concluir la misma, la gran mayoría de los médicos de las diferentes especialidades reconocen no poseer conocimientos específicos sobre los alcances de los CP ni conocimientos para poder brindar asistencia de alta calidad a pacientes que requieran C.P. Esto genera como consecuencia,

personas que fallecen sin haber recibido estos cuidados paliativos creando discomfort y una mala percepción del paso de la vida a la muerte por parte de los acompañantes. Tal vez incluso se podría haber evitado el uso de medidas invasivas, la conocida “obstinación terapéutica” inútil en muchas oportunidades.

Según las definiciones de (Simón Lorda, 2008) la decisión médica sobre la futilidad de una medida o tratamiento es sumamente dificultosa, puesto que en medicina no existen certezas absolutas. Aún así, cuando un profesional, tras una evaluación minuciosa del caso clínico específico, considera alguna medida terapéutica como inútil, pero asimismo la inicia, es lo que se ha denominado obstinación terapéutica, anteriormente conocida con otros términos menos acertados como “encarnizamiento terapéutico” o “ensañamiento terapéutico”. También puede denominarse a la obstinación terapéutica con el actual término, reconocido por la Real Academia de “distanasia”.

Asimismo y considerando una visión desde la gestión, la falta de conocimiento acerca de los C.P por parte de los galenos del H.U, que redundan en el aumento de la obstinación terapéutica, conlleva un aumento innecesario de los gastos en terapéuticas frustras.

Surge de todo lo expuesto, la interpelación acerca de si ¿es posible mejorar la asistencia de los pacientes terminales internados en el servicio de clínica médica del H.U?

¿Es acaso factible mejorar la calidad de atención de dichos pacientes y sus familias?

¿Pueden los médicos del H.U optimizar su praxis diaria con pacientes terminales?

Probablemente esta problemática no tenga una única respuesta

Como parte de una solución factible a todos estos interrogantes, se diseñó el proyecto de intervención que se desarrollará a continuación.

1.2 Justificación y relevancia de la intervención

Los Cuidados Paliativos (CP) tienen sus orígenes en los Hospicios cristianos del siglo IV. En los mismos se brindaba apoyo emocional y espiritual a peregrinos y enfermos, algunos de ellos moribundos. La palabra hospice tiene sus raíces en el latín y proviene de *hospes*, que significa huésped. Este término fue utilizado por primera vez para referirse exclusivamente al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. En 1842, en este país, Jeanne Garnier, a través de la Asociación de Mujeres del Calvario, creó diversos Hospices o Calvaries. Posteriormente, en Londres Cicely Saunders, (enfermera, médica y asistente social) fue pionera en el ejercicio de los cuidados paliativos (CP). Cicely Saunders en 1965 inaugura en Londres el primer Hospice St. Christopher's Hospice, desde donde se promovería el movimiento Hospice. Concomitantemente, en EE.UU se comenzaría también con este movimiento, que proporcionaba atención total, activa y continuada a los pacientes y a sus familias. Dicha atención era brindada por un equipo multi-disciplinario, cuya finalidad no era prolongar la supervivencia del paciente terminal, sino mejorar su calidad de vida, cubriendo todas sus necesidades. Según las cifras del Atlas Mundial sobre cuidados al final de la vida de la (OMS, 2014) En 2011, 136 de los 234 países del mundo (58%) tiene uno o más hospice, o poseen servicios establecidos para cuidados paliativos (67%) 156 países. Asimismo en 2011, 75 países no presentaban ninguna actividad o servicio en cuidados paliativos. Los servicios antes mencionados, son diversos e incluyen: unidades intrahospitalarias, hospitales de día, equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 incorpora el concepto de CP y promueve el Programa de CP como parte del Programa de Control del Cáncer. Quince años después la Organización Panamericana de la Salud también lo incorporaba a sus programas asistenciales.

Este concepto fue redefinido por la OMS (2014) como:

Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando enfrentan enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación, evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos: proporcionan alivio del dolor y otros síntomas angustiantes; afirman la vida y considera el morir como un proceso normal; no tiene la intención de apresurar o posponer la muerte; integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a sobrellevar a los pacientes, la enfermedad y en su propio duelo;[...] es aplicable de manera temprana en el curso de la enfermedad.(p.5)

En esta definición se engloban las principales características de los Cuidados Paliativos. En primer lugar, se amplía el concepto de medicina paliativa que fuera reconocida como especialidad en 1987, se considera el cuidado multidisciplinario, que incluye a enfermeros, kinesiólogos, psicólogos y demás profesionales que de manera activa trabajan con el paciente terminal. En segundo lugar, también se amplía el espectro de cuidados no sólo al paciente terminal sino también a su familia. En tercer lugar, la definición aclara que la asistencia de los pacientes es una asistencia activa enfocada al control del dolor y otros problemas de diferente índole que no tienen un tratamiento curativo, pero sí de sostén.

El desarrollo de los CP en América Latina ha sido lento en comparación a otras regiones del mundo. En 2012 se realizó un estudio cualitativo con análisis SWOT o FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). El estudio comparó la perspectiva de tres expertos en CP por país, siendo incluidos 19 países de América Latina. La investigación concluyó que la situación entre los diferentes países es muy

heterogénea. Asimismo, identificó como debilidades la falta de programas nacionales para CP la limitada comunicación entre políticos y profesionales. También evidenció el escaso número de profesionales formados en CP y de provisión de servicios, además observó dificultades en el acceso a este tipo de asistencia, de una gran parte de la población. El estudio describió que en varios países el acceso a opioides es restringido por políticas incorrectas y conceptos erróneos acerca de estos fármacos. En cuanto a investigación y educación se refiere, el punto fue señalado como fortaleza, en aquellos países donde existen programas de educación para el pre y posgrado de medicina (Pastrana, 2015).

En Argentina, en 1982 en el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, los doctores Somoza y Manzini instauraron la primera sección de Cuidados Paliativos del país. Posteriormente, en 1985, en la ciudad de San Nicolás, el doctor Wenk, junto al apoyo de la fundación LALCEC estableció el Programa Argentino de Medicina Paliativa. Asimismo, en el mismo año la Fundación Prager-Bild instituyó el primer Programa de Cuidados Paliativos con lineamientos de la OMS en Argentina. En el año 1990, en San Nicolás, se llevó a cabo el primer curso internacional de control de dolor y medicina paliativa. Ulteriormente, en 1994, fue fundada la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. Desde 1996 con el apoyo de la fundación FEMEBA, en el Hospital Tornú de la Ciudad de Buenos Aires se concibió una unidad de Cuidados Paliativos, siendo la primera del país en poseer internación específica para Cuidados Paliativos. Legislativamente, en el año 2000 se incluye a los Cuidados Paliativos dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO) que abarca a todas las obras sociales y prepagas del país. En 2002 estos Cuidados también fueron incorporados al PMO de Emergencia.

Según estadísticas de la OMS, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2

millones de muertes relacionadas con dicha enfermedad. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años.

En la Asamblea Mundial de la Salud del año 2014 de la OMS, la cual se reúne en Ginebra anualmente, se consideró el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. Como conclusión del análisis de situación y las diferentes evaluaciones llevadas a cabo por la OMS sobre los C.P, se redactó la Resolución 67.19, en la cual se insta a los Estados Miembros a capacitar a todo el personal sanitario en cuidados paliativos, dependiendo de sus respectivas funciones y responsabilidades y en función de los siguientes principios: la formación básica y la educación continua en materia de cuidados paliativos deberá integrarse sistemáticamente como elemento clave en todos los planes de estudios de las facultades de medicina y escuelas profesionales de enfermería, asimismo deberá ofrecerse formación intermedia a todos los trabajadores sanitarios que habitualmente atienden pacientes afectados por enfermedades potencialmente mortales, por ejemplo los profesionales de los servicios de oncología, control de enfermedades infecciosas, pediatría, geriatría y clínica médica.

A nivel mundial, en diferentes países, se han puesto a prueba variadas estrategias con diferentes especialidades médicas.

En Japón en 2011 se realizó un programa de educación médica continua enfatizado en C.P para el manejo y seguimiento de síntomas para la atención integral del cáncer (PEACE) Palliative Emphasis Assessment for Continuous Medical Education. El programa PEACE fue un programa de 2 días, con 9 módulos, que comprendió tan solo 12 hs de diferentes modalidades de trabajo: talleres interactivos, sesiones de rol-play, sesiones plenarias didácticas y grupos de discusión. Como conclusiones del programa nombrado se obtuvo una mejoría significativa de los conocimientos de los médicos participantes del programa. Este programa fue completado por 37.000 médicos, una

muestra estadísticamente valorable, el impacto del mismo fue evaluado a través de encuestas previas a su implementación, durante su desarrollo y posterior a la finalización del mismo. Los resultados fueron claramente positivos (Yamamoto, 2015).

Asimismo en 2009 el Hospital pediátrico de Illinois, Chicago, publicó un artículo en el cual tras haberse llevado a cabo encuestas entre los médicos residentes, fellows de 14 subespecialidades diferentes, concluyeron que la instrucción formal, entrenamiento, experiencia y competencias en C.P era escaso o nulo. En la misma encuesta los médicos destacaron tres áreas como las más necesarias para recibir educación: informe al paciente de malas noticias, definición y discusión de enfermedades de mal pronóstico, y control del dolor. La necesidad de aprendizaje sobre soporte espiritual a la familias de pacientes terminales y la contención emocional del profesional también fueron mencionados como aspectos fundamentales.

La encuesta consideraba las formas preferenciales para acceder a dichos conocimientos, los médicos recomendaron en orden de importancia como métodos óptimos, la observación del accionar de un profesional especializado en C.P, el aprendizaje “al pie de la cama” y la participación en equipos multidisciplinarios.(Michelson, 2009).

Otra estrategia a nivel mundial, que fue llevada a cabo con el fin de valorar los conocimientos sobre C.P, se realizó en EE.UU, en el estado de Long Island. Específicamente el sistema de salud judío de la isla norte de Long Island, en 2012 formuló una encuesta que fue destinada a todos los becarios nefrólogos para adultos de EE. UU. La distribución fue llevada a cabo a través de los directores de programas de capacitación de becas de nefrología de EE. UU. La encuesta fue anónima y contó con la participación del 11% del total de becarios de ese ciclo lectivo. Dentro de las conclusiones de la encuesta respondida por los nefrólogos de EE.UU se evidenció que la mayoría de los médicos no rotó formalmente en C.P durante su beca en nefrología.

Mientras que solo la mitad había recibido capacitación formal didáctica en C.P durante su beca. Cabe destacar que si bien el número de encuestados podría limitar los datos que desde sus respuestas se concluyen, pues quizás el porcentaje reducido de médicos que respondió la encuesta, podría no ser representativo., la encuesta expone una situación cotidiana a nivel mundial, que la mayoría de los médicos no ha recibido capacitación formal en C.P durante sus estudios de grado o posgrado. En este estudio se evaluó el nivel de instrucción de los médicos nefrólogos para adultos, correspondiendo la diálisis a una terapéutica invasiva, que en ocasiones, en pacientes seleccionados, podría corresponder a una medida de obstinación terapéutica. (Shah, 2014).

Tanto en el estudio llevado a cabo por Shah, como en la encuesta del H.U, se observó la misma conclusión: la escasa instrucción de los profesionales de salud en C.P, no siendo una excepción el H.U donde frecuentemente se debe decidir cuándo llevar a cabo la limitación terapéutica.

En 2006, en Suiza, en un Centro de cuidados continuos, posterior a la realización de una rotación electiva de 6 meses en dicha institución, de residentes de diferentes especialidades (geriatria, medicina interna, psiquiatria) al culminar la rotación, mediante correo electrónico se les efectuó una encuesta a los médicos para medir su nivel de satisfacción con la rotación y si consideraban que la misma les había sido útil. El 98% de los encuestados consideró útil tal rotación; como conclusión del estudio, se recomendó la implementación de un programa específico para una rotación electiva en cuidados paliativos para los médicos de posgrado. (Duong, 2006).

Cabe destacar que el proyecto de intervención que se detallará más adelante, no solo considera la rotación en un servicio especializado en CP, sino que además la misma no es opcional, sino obligatoria para todos los residentes de clínica médica del H.U.

Finalmente, incrementando los fundamentos para el proyecto de intervención que propondré, el comité de enlace sobre educación médica y el consejo de acreditación para la educación médica de posgrado (ACGME) de EE.UU alienta programas de educación en C.P para las universidades y para las residencias. Desde 2001 la ACGME y sus comités especializados, han elaborado requerimientos explícitos (competencias) para la inclusión de C.P en las residencias de medicina interna, medicina familiar, neurología, cirugía general, oncología clínica, geriatría y radiología oncológica.(Meier, 2006).

El proyecto de intervención que se presenta no solo considera los requisitos de los galenos del H.U, sino que está en línea con las necesidades internacionales hasta aquí detalladas.

1.3 Propósitos de la intervención

Concomitantemente con la definición de la O.M.S sobre los C.P, el principal propósito de la intervención es capacitar a los médicos del servicio de Clínica Médica del H.U, en el abordaje de los pacientes terminales internados en dicho servicio. Consecuentemente mejorar la asistencia médica del H.U.

1.4 Resultados esperados

Con este proyecto de intervención se pretende alcanzar una mejora en la asistencia integral de los pacientes terminales del H.U en el servicio de Clínica Médica, lo cual redundará en una mejora de la calidad del servicio.

A nivel institucional también se espera lograr minimizar las situaciones de riesgo médico legal, a través de la formación de los galenos acerca de la legislación que los ampara.

Asimismo habiéndose apropiado los profesionales, de las herramientas comunicacionales que se brindarán en el curso, se espera que puedan ejercer su rol con

los pacientes terminales y su familia, disminuyendo su discomfort y el riesgo de burnout.

En función de la práctica ejercitada en el curso de formación en CP, se pretende también que los médicos del servicio de Clínica Médica del H.U incorporen en la praxis diaria el trabajo en equipo compartiendo las decisiones complejas de manera interdisciplinaria, dejando de ser una responsabilidad exclusiva de los médicos de dicho servicio.

Se deduce de todo lo expuesto que los profesionales podrán ejercer sus actividades con menor incertidumbre de lo desconocido, minimizando de esta forma la angustia al momento de enfrentarse a un paciente terminal, su familia y el informe de malas noticias, redundando en una mejor relación médico-paciente y mayor satisfacción con el servicio brindado al paciente y sus familiares.

A partir del abordaje de los contenidos específicos referidos a C.P incluidos en este curso, luego de una minuciosa elección de los temas prevalentes en C.P a nivel mundial, se pretende optimizar el manejo de las complicaciones más agobiantes que los pacientes terminales sufren al final de la vida, obteniendo un mejor trato y un cálido acompañamiento en la difícil situación vital que atraviesan los enfermos y sus familias, considerando la dimensión emocional, psicológica y espiritual de los involucrados. Por lo tanto, mediante las acciones pensadas para llevar a cabo en este proyecto de intervención, indirectamente los familiares de pacientes internados en el H.U también se verán beneficiados.

El impacto sobre la mejoría en la calidad de atención del paciente redundará en alivio de sus preocupaciones, en aumento de la tranquilidad de su familia, al dejar en manos idóneas el cuidado del enfermo, y no menos importante probablemente se logre el acompañamiento emocional de esta situación de crisis vital.

Se espera que se produzca un beneficio directo sobre la percepción de los pacientes y sus familias en el trato recibido durante su internación; aumentando las tasas de cobertura de C.P en pacientes internados.

2. Descripción del proyecto de intervención

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

En función del propósito principal de este proyecto de intervención y en línea con la conocida frase de Trudeau, E. (reconocido médico del siglo XIX) "*Curar algunas veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre*", se plantea como objetivo general, desarrollar competencias en los médicos del servicio de Clínica Médica del H.U que les permita diagnosticar los síntomas más frecuentes y de peor tolerancia padecidos por los pacientes al final de la vida y tomar decisiones teniendo en cuenta indicadores de orden físico, psicológico y social.

El H.U tiene como compromiso la producción de un bien público: la salud; es de vital importancia que los médicos que son formados en su interior cuenten con una capacitación integral y actualizada que contribuya a la mejora en la calidad de servicio a los pacientes.

2.1.2 Objetivos específicos

Que los médicos del servicio de Clínica Médica logren:

1. Adquirir conocimientos específicos sobre control de síntomas al final de la vida: disnea, dolor, convulsiones, vómitos, y delirios.
2. Capacidad de análisis y discriminación para distinguir los pacientes plausibles de recibir C.P en la práctica diaria.
3. Capacidad para intervenir y tomar decisiones basadas en estos conocimientos específicos y en la pericia ética.

4. Capacidad para manejar diferentes herramientas comunicacionales que permitan optimizar la habilidad de comunicación entre el médico, el paciente y su familia al momento de informar malas noticias.
5. Abordar su práctica cotidiana en forma interdisciplinaria a partir del trabajo en equipo con las disciplinas que cada caso particular requiera: kinesiología, enfermería, entre otros.
6. Incrementar la aptitud de autocrítica durante y luego del manejo de las situaciones problemáticas.
7. Disminuir sus niveles de stress y de riesgo de burnout.

2.2 Acciones

El proyecto de intervención abarca el desarrollo de un programa de formación en C.P. para los médicos del servicio de Clínica Médica del H.U.. Para el desarrollo del mismo se diseñaron distintos instrumentos didácticos:

2.2.1.- Diseño curricular del programa del curso sobre cuidados paliativos

- Denominación: Curso de Cuidados Paliativos para médicos del Servicio de Clínica Médica del H.U de la Universidad Abierta Interamericana
- Propósito: Capacitar a los médicos del servicio de Clínica Médica del H.U, en el abordaje de pacientes terminales.
- Destinatarios: Se propone la asistencia obligatoria para los residentes del servicio de Clínica Médica.
- Duración y carga horaria: 12 semanas con una carga horaria total de 100 horas cátedra, de las cuales 60 serán presenciales y el resto prácticas.
- Modalidad de cursada: Los residentes dos veces a la semana deberán asistir a las aulas del H.U de 11 a 18 hs. Las clases serán teórico prácticas en aula y prácticas en el servicio.

El curso constará de tres módulos:

MÓDULO I_ ENCUADRE Y MARCO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MÓDULO II_ PERICIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

MÓDULO III_ MANEJO DE LA INFORMACION Y LEGISLACION PARA LA TOMA DE DECISIONES

Cada día de cursada tendrán dos seminarios de 30 minutos de duración cada uno. Al finalizar cada seminario, deberán resolver un caso clínico cuyo abordaje implique la transferencia de los contenidos desarrollados en los seminarios, con la modalidad de método de casos. Se brindará a los alumnos una guía para el abordaje de casos terminales que se presenta como Anexo 1 de este trabajo.

Se seleccionarán 3 casos clínicos para el tratamiento de la temática presentada en el día, bajo la modalidad de trabajo interdisciplinario. Estos casos demandarán la intervención de profesionales de distintas disciplinas: enfermería, psicología y kinesiólogía.

En el momento de exponer grupalmente la resolución de los casos, estarán invitados profesionales de otras áreas (enfermería, kinesiólogía, nutrición, entre otros) que brindarán su visión del caso clínico y las eventuales intervenciones en función de su especialidad. Entre los docentes y dichos profesionales previamente a su intervención se llegará a un acuerdo y resumen de las mejores conductas para cada caso particular.

Al finalizar cada módulo se presentará en un ateneo multidisciplinario un paciente de C.P. de dificultosa resolución, en donde se haya requerido de la intervención de múltiples disciplinas.

Asimismo los residentes deberán rotar de forma obligatoria una vez durante la cursada, todo el día en la Fundación Paliar y una vez en el Hospice Buen Samaritano para asistencia de pacientes terminales allí internados, supervisados por médicos del plantel de las diferentes instituciones mencionadas.

En la rotación en la fundación Paliar y en el Hospice Buen Samaritano, se observarán los dos extremos de la población con respecto a su status económico e intelectual, por otra parte, se observarán a especialistas carismáticos en el trato y cuidado de los pacientes al momento de interrogarlos, revisarlos y realizar sus indicaciones.

Como Anexo 2 se presentan ejemplos de casos clínicos con las consignas de trabajo en aula y un ejemplo de ateneo que será elaborado con los docentes, alumnos, y distintos interconsultores para ser presentado por los médicos residentes, al finalizar cada módulo. Anexo 3.

Desarrollo de los contenidos.

MÓDULO I_ ENCUADRE Y MARCO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Fundamentación.

Siendo una especialidad muy reciente es importante construir el concepto de cuidados paliativos, la definición de la OMS, conocer los abarques de los cuidados paliativos. Identificar que pacientes son plausibles de recibir cuidados paliativos y las formas de brindar un cuidado paliativo integral.

Objetivos.

Que los cursantes logren:

I_Conocer los lineamientos mundiales existentes definidos para el cuidado de un paciente en fin de vida, las prácticas habituales en C.P que están normatizadas o que tienen consenso de expertos para guiar el accionar médico.

II_Valorar el trabajo en equipo multidisciplinarios, para minimizar el impacto de las consecuencias al tomar decisiones difíciles con pacientes terminales.

III_Pedir ayuda y participar en el equipo de salud.

IV_Reconocer las patologías, y el estadio más apropiado de las mismas para recibir C.P.

Unidades de desarrollo de los contenidos.

Unidad 1: Introducción a los cuidados paliativos: historia, definición, situación actual de los cuidados paliativos a nivel mundial y nacional. Abarque de los cuidados paliativos.

Unidad 2: Trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: Disciplinas que componen los cuidados paliativos, interacciones entre las distintas disciplinas, aportes de cada una. Rol de los diferentes profesionales de la salud en el equipo de C.P.

Unidad 3: Evaluación del paciente terminal: síntomas frecuentes, la multicausalidad de cada síntoma, las interrelaciones entre los síntomas, escalas utilizadas en C.P

Metodología de trabajo.

Los seminarios del primer módulo serán dictados por los médicos especialistas en cuidados paliativos: el presidente de C.P de la Sociedad Argentina de Medicina; la directora de la Fundación Paliar y el fundador y director del Hospice Buen Samaritano.

Las clases tendrán lugar en las aulas del H.U, realizándose la exposición teórica, seguida de la aplicación de la información brindada en cada unidad en la práctica del método de casos, donde intervendrán los docentes antes mencionados y profesionales de diferentes áreas afines: kinesiólogos, enfermeros, todos con formación en cuidados paliativos.

A su vez, desde el primer día de clases cada médico deberá seleccionar un paciente de su sector (de los que se encuentran internados bajo su seguimiento) debe ser un paciente terminal, que tenga dolor o falta de aire. Desde la segunda clase, cualquiera de los días de la semana el docente acompañará al médico a ver al paciente seleccionado, observando el interrogatorio, el examen físico, las indicaciones, el informe al paciente y al familiar. Al finalizar, el docente corregirá los errores, permitiendo que el médico se autoevalúe.

MÓDULO II_PERICIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Fundamentación.

Es elemental en la formación de posgrado proporcionar a los profesionales los algoritmos de acción y guías mundialmente aprobadas para el manejo de síntomas complejos en pacientes que requieren cuidados paliativos. Dicha información debe ser clara y concisa para facilitar la apropiación de la misma por parte del cuerpo médico. Asimismo la información debe ser versátil para permitir que el médico una vez que se haya apropiado de la misma, sea capaz de adaptarla y utilizarla a lo largo de su profesión en las situaciones que juzgue oportunas.

Objetivos.

Que los cursantes logren:

I_Diagnosticar los principales síntomas de manejo dificultoso en C.P.

II_Calificar mediante las escalas mundiales brindadas en el módulo anterior, los síntomas en C.P según su intensidad-

III_Identificar las posibles causas de los síntomas frecuentes en C.P y brindar el tratamiento adecuado.

III_Distinguir las situaciones de urgencia en C.P y ofrecer una respuesta diligente.

IV_Ser capaz de colocar una vía subcutánea y conocer las indicaciones de la misma.

V_Transferir los conocimientos abordados en el módulo a nuevas situaciones que se presentan en la práctica médica diaria.

Unidades de desarrollo de los contenidos.

Unidad 1: Manejo del dolor: definición de dolor total, escala de dolor de la OMS, analgésicos, tipos, equivalencias, dosis máximas, efectos adversos de los analgésicos.

Unidad 2: Control de síntomas respiratorios: definición, etiología, fisiopatología y tratamientos

Unidad 3: Control de síntomas digestivos: definición, clasificación, etiología, fisiopatología y tratamientos.

Unidad 4: Control de síntomas neurológicos: definición, clasificación, etiología, fisiopatología y tratamientos.

Unidad 5: Manejo de complicaciones renales: definición, diagnóstico, tratamiento.

Unidad 6: Cuidados de la boca: problemas frecuentes, definición, identificación, diagnóstico y tratamiento.

Unidad 7: Urgencias en cuidados paliativos: tipos de urgencias, diagnóstico, abordaje terapéutico.

Unidad 8: Vía subcutánea: definición, utilidad, práctica para la colocación de una vía subcutánea, indicaciones.

Metodología de trabajo.

Los seminarios teóricos del módulo serán dictados por los médicos especialistas en cuidados paliativos: el presidente de C.P de la Sociedad Argentina de Medicina; la directora de la Fundación Paliar; fundador y director del Hospice Buen Samaritano; Dra. Laura Rodríguez (staff de palcare) Dra. Sandra Vela (coordinadora médica de carehome); Dra. Mirta Gutiérrez (staff de carehome).

En función de las temáticas que se presentan en este módulo, cada médico cursante será tutorizado en la habitación del paciente, por un docente al momento de asistir al paciente seleccionado previamente.

Fue diseñada una lista de cotejo para que el profesor pueda realizar el seguimiento del estudiante con el paciente asignado y evaluar su desempeño médico. Asimismo esta lista de cotejo será completada por el médico cursante a modo de autoevaluación.

Anexo 4.

En función de cada evaluación el docente le dará su devolución, corrigiendo los errores detectados y marcando las fortalezas

La unidad temática sobre vía subcutánea será llevada a cabo en el laboratorio de habilidades del HU, que se encuentra equipado para la práctica de actividades con simuladores.

Las clases teóricas se realizarán en las aulas del H.U, realizándose la exposición seguida de la aplicación de la información brindada en cada unidad en la práctica del método de casos. Intervendrán los docentes antes mencionados y profesionales de diferentes áreas afines: kinesiólogos, enfermeros, todos con formación en cuidados paliativos.

Los docentes contarán con los recursos necesarios: pizarrón, cañón, internet, el mobiliario básico de un aula.

Se establecerán espacios para la puesta en común de conceptos previos, experiencias personales y dudas. Este módulo incluye dos rotaciones, una en la Fundación Paliar y otra en el Hospice Buen Samaritano. Se observarán los dos extremos de la población con respecto a su status económico e intelectual.

MÓDULO III_MANEJO DE LA INFORMACION Y LEGISLACION PARA LA TOMA DE DECISIONES

Fundamentación.

Es crucial para mantener una buena relación médico paciente, basada en el respeto mutuo y la comprensión, acompañar al galeno en la difícil tarea de dar malas noticias, brindándole herramientas estudiadas y de manejo habitual por otras disciplinas como la psicología, o las ciencias de la comunicación.

Asimismo es menester del médico conocer los estatutos, normas y leyes que rigen su accionar al momento de brindar servicio a los pacientes en fin de vida.

Objetivos.

Que los cursantes logren:

I_Reflexionar acerca de los propios sentimientos al tratar a un paciente terminal.

II_Acompañar a los pacientes y su familia comprendiendo los sentimientos que se producen en el proceso de una enfermedad terminal

III_Developar habilidades y estrategias para comunicar malas noticias, también para conducir situaciones conflictivas con familiares y /o pacientes de difícil manejo.

IV_Developar la capacidad para seleccionar las estrategias y herramientas de resolución de problemas según sea la naturaleza del mismo: legal, emocional, entre otros.

Unidades de desarrollo de los contenidos.

Unidad 1: Dar malas noticias: concepto de empatía, videos ejemplificadores, rol playing.

Unidad 2: Cerco del silencio: definición, situaciones especiales, tácticas de abordaje.

Unidad 3: Legislación Argentina: ley 26.529: derechos del paciente. Soporte vital desproporcionado: definiciones. Directivas anticipadas

Unidad 4: Espiritualidad: definición, tipos de espiritualidad, abordaje de la espiritualidad del paciente.

Unidad 5: Toma de decisiones en C.P: fundamentación para la toma de decisiones, bioética.

Unidad 6: Sedación: drogas, dosis, indicaciones. Tipos de sedaciones.

Metodología de trabajo.

Para la realización de los seminarios se utilizarán las aulas del H.U, las clases estarán a cargo de psicólogos, médicos paliativistas y abogados especialistas en medicina legal.

Cada dos clases se realizará un playing, basado en una situación problemática que deberán resolver adoptando roles rotativos, de modo que una vez tengan el rol de paciente y en otra el del médico.

A través de cada rol playing entre los asistentes y supervisados, asesorados por los psicólogos y médicos paliativistas, se podrán ensayar las herramientas brindadas en el seminario.

Asimismo se debatirán casos problemáticos complejos debido a su delicado abordaje emocional y legal.

Para cada caso, al finalizar, los profesores presentarán por un lado, la correcta resolución del mismo desde el marco legal, aplicando la legislación vigente, mientras que dejarán planteadas diferentes opciones para dirimir la problemática emocional, ya que la misma permite más de una respuesta.

También se utilizarán como recursos didácticos, videos y películas con ejemplos relativos a las temáticas del módulo.

Bibliografía del curso.

Agustin Illueca, M., Arrieta Canales, J., Benites Burgos, A., Del Rio Garcia, M., Moral Lamela, A., Rodriguez Franco, E., ... Vegas Ibañez, F. (2011). *Manual para el Manejo del Paciente en Cuidados Paliativos en Urgencias Extrahospitalarias*. Barcelona: Summa 112.

Salpeter, S. R., Buckley, J. S., & Bruera, E. (Mayo 2013). The use of very-low-dose methadone for palliative pain control and the prevention of opioid hyperalgesia. *Journal of palliative medicine*, 16(6), 616-622.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos, (2010). Guía de cuidados paliativos {Libro electrónico}. SECPAL. Acceso, 23(4).

Cherro, A., Cimerman, J. (Noviembre 2010). Guía de práctica clínica: Manejo del dolor por cáncer. *Biblioteca Prohexis*.

Recuperado: https://www.researchgate.net/publication/277075790_Manejo_del_Dolor_por_Cancer_Guia_de_Practica_Clinica_Cancer_Pain_Management_Clinical_Practice_Guideline

Cherro, A., (Enero 2010). Revisión: Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado. *Biblioteca Prohexis*.

Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/277075800_Manejo_del_Sindrome_Caquexia-Anorexia_en_el_Cancer_Avanzado_Cachexia-Anorexia_Syndrome_Management_in_Advanced_Cancer

Kopf, A. (ed.), Patel, N. (ed). (2010). *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. Washington D.C: Asociación internacional para el estudio del dolor.

Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Sociales. (2000). *Control del dolor: guía para las personas con cáncer y sus familias*. NIH Publicación No 08-4746 (S) (s.l.):National Cancer Institute.

Recuperado de :<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/control-dolor.pdf>

2.2.2.- Elaboración de guías para el abordaje de casos.

Esta guía fue elaborada con el propósito de entrenar al médico cursante, mediante su continuo uso para el abordaje de los pacientes que requieran C.P.

Se implementará varias veces al día en diferentes situaciones:

1. Para el abordaje de cada caso clínico problema presentados en cada seminario.
2. Al momento de prestar servicio a los pacientes internados en el H.U.
3. Durante la rotación en los distintos servicios de C.P.

Se presenta esta guía en el Anexo 1

2.2.3.-Elaboración de instrumentos de seguimiento y evaluación de los participantes del curso.

Fue desarrollado un sistema de evaluación con diferentes instrumentos, con el objetivo de valorar tanto el proceso, como los resultados finales obtenidos luego de la implementación de este programa de formación. Se idearon diferentes tipos de evaluaciones, de proceso (evaluación formativa) y final (evaluación sumativa).

Para la evaluación del proceso como se planteó en la metodología de la intervención, cada médico, desde el inicio de la cursada deberá elegir un paciente de su sector y azarosamente en alguna de las clases, el alumno será acompañado por el docente al momento de atender al paciente. Durante dicha atención en la habitación del hospital correspondiente, el docente utilizará uno de los instrumentos: la lista de cotejo, para facilitar la valoración de las competencias del médico cursante. Al momento de la aplicación de este instrumento, antes de la devolución por parte del docente, se fomentará en primera instancia, la posibilidad de autocrítica por parte del médico cursante. Asimismo para medir el proceso, los médicos cursantes deberán realizar un portfolio que dé cuenta de la evolución llevada a cabo durante el desarrollo de este curso. Anexo 5.

Como evaluación final del curso, cada residente deberá analizar un caso clínico diferente y deberá resolverlo poniendo en práctica lo aprendido, mediante un examen clínico objetivo. Este examen implicará el pasaje por una única estación, donde a partir de las actividades propuestas, se evaluarán competencias pre-seleccionadas.

En cada estación será simulado el caso clínico por un médico, y un psicólogo, los cuales adoptarán el rol de paciente y familiar. Esta modalidad de evaluación presenta ventajas sobre una evaluación tradicional, implica el planteo de situaciones cercanas a la realidad profesional favoreciendo el aprendizaje significativo en contexto.

Tanto el médico, como el psicólogo contarán con una lista de cotejo de acciones a llevar a cabo por el médico residente, donde también se evaluarán las competencias entrenadas durante la intervención. Considerando que los objetivos del proyecto fueron planteados desde las competencias específicas a ser desarrolladas por los residentes, resulta coherente generar instrumentos que valoren la progresión en la adquisición de estas destrezas en un examen final. Anexo 6

Los instrumentos de evaluación se presentan en el Anexo 4, 5, y 6.

2.2.4.-Rol playing.

Otras de las acciones a llevar a cabo para consolidar los objetivos de la intervención, son la puesta en práctica de los rol playing. Escritos con anterioridad donde se permita al médico aplicar los conocimientos adquiridos para discernir que pacientes deben recibir C.P como asimismo la práctica de informes difíciles.

Para cada rol playing se considerara la situación vital de cada uno de los participantes, se realizará con el conocimiento previo del tema a tratar y del libreto por parte de los actores (medico docente, médico residente y psicólogo). Será ejecutado en un clima de respeto, con el fin de poder intercambiar roles, para estimular la empatía tanto con el enfermo como con el familiar.

Si bien el médico residente, así como los médicos observadores podrán aportar espontáneamente sus opiniones acerca de la mejor manera de abordar el caso planteado. Lo cual permitirá la discusión de diferentes alternativas, sugiriendo finalmente por parte del cuerpo docente dos o tres opciones de mejor resolución del caso llevado a cabo en el rol playing.

2.2.5.-Ateneos interdisciplinarios de casos clínicos previamente trabajados

Al finalizar cada módulo, se propondrá un médico residente que con la colaboración de los docentes elaborara un ateneo a ser expuesto por el residente. Dicho caso clínico surgirá de los casos reales tratados por los médicos, como así también de experiencias previas o de los casos simulados tanto en el método de casos o en los rol playing. Para la selección del caso clínico se considerara la complejidad del mismo, el requerimiento de soluciones interdisciplinarias y claramente el aporte que pueda dejar luego de tratado. Los ateneos serán un total de tres durante toda la cursada, se llevarán a cabo en el aula principal del H.U, y contarán con la presencia de los tres servicios del hospital: terapia intensiva, clínica y cardiología, con sus respectivos médicos de staff y jefes de servicio. Asimismo estarán presentes como invitados especiales los docentes a cargo de algunas unidades específicas, como el presidente de C.P de la Sociedad Argentina de Medicina, el Jefe de C.P del Hospital Austral y la Directora de la Fundación Paliar que aportarán su vasta experiencia en el tema. Anexo 3.

2.3 Recursos

Para la implementación de este proyecto de intervención se dispone de la infraestructura y equipamiento del Hospital Universitario, de la Fundación Paliar y del Hospice Buen Samaritano.

El Hospital Universitario UAI, pertenece a la Universidad Abierta Interamericana. Se encuentra en capital federal, en el barrio de Villa Soldati. Es un hospital privado que brinda servicio a la prepaga UAI y a múltiples y diferentes obras sociales. Cuenta con 3

pisos para internación, y servicios de clínica médica, cardiología y terapia intensiva. Asimismo, brinda formación para el pregrado de medicina, enfermería y kinesiología, y para el posgrado de cardiología. Además se forma a médicos de diferentes nacionalidades, recibidos en la más variada gama de universidades, con el formato de residencia o fellows, en las siguientes áreas: clínica médica, cardiología y terapia intensiva.

Los profesionales residentes de cardiología cursan además el posgrado universitario en cardiología dictado por la Universidad Abierta Interamericana. Los profesionales residentes de terapia intensiva cursan el posgrado universitario de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y los profesionales residentes de Clínica Médica cursan el posgrado universitario de Medicina Interna de la Asociación Médica Argentina (AMA). En el hospital, los médicos residentes reciben principalmente formación en la práctica clínica, teniendo al cuidado los pacientes internados, bajo la supervisión de médicos de staff especialistas. Asisten además a ateneos y seminarios en el H.U. Estas últimas son dictadas en ocasiones por los mismos médicos residentes y en otras, por especialistas en los diferentes temas a ser abordados.

La intervención se encuentra dirigida a los médicos del servicio de clínica médica: 16 residentes en total (4 médicos por cada año de residencia) cuya asistencia es obligatoria. Asimismo los médicos de planta del servicio de clínica médica estarán invitados a participar, sin ser obligatoria su concurrencia.

3. Evaluación de la propuesta

La evaluación constituye una herramienta que permite comprender y aportar a un proceso (Celman,1998), desde esta mirada monitorear la implementación del proyecto de intervención permitirá obtener información que posibilite distinguir los aspectos que deberían modificarse, los avances parciales, las fortalezas, en definitiva información que permita mejorar el proyecto, realizando los ajustes que se consideren pertinentes.

Mecanismos previstos para el monitoreo y evaluación de la implementación

Previo a la implementación de este proyecto de intervención se llevó a cabo una evaluación diagnóstica, a través de una encuesta que aportó información valiosa para la elaboración de este proyecto. Anexo 9 y 10.

En una de sus secciones, se medía el discomfort de los médicos con respecto a ciertas situaciones del ejercicio cotidiano con pacientes de C.P.

Asimismo se indagó sobre las expectativas y consideraciones personales acerca de tópicos a fortalecer.

A partir del análisis de las respuestas, se elaboró el proyecto de intervención, haciendo hincapié en aquellos aspectos que fueron señalados como esenciales para ser abordados para su formación en esta temática.

Se diseñó una encuesta de satisfacción para los médicos, al terminar la cursada, ampliando los ítems utilizados en el diagnóstico, para evaluar los resultados del programa de capacitación. Anexo 7.

Para evaluar la intervención y el impacto en la calidad de atención, se presenta una encuesta destinada a los pacientes y/o familiares de los mismos, que hayan recibido atención de los médicos de clínica médica y que a su vez han recibido la capacitación propuesta en este proyecto de intervención. Anexo 7.

La encuesta se aplicará en los tres servicios del H.U (terapia intensiva, unidad coronaria y clínica médica) antes y después de la intervención. De esta manera se podrá comparar los resultados en primer lugar entre los distintos servicios antes de la intervención, luego se compararán los resultados en clínica médica antes y después de la intervención.

Finalmente se cotejarán los resultados de la encuesta post-intervención entre los distintos servicios, para evaluar objetivamente si existe mejoría en la calidad de atención y si dicha mejoría es atribuible a la intervención.

PARTE B: Fundamentos

1. Fundamentación teórica de las decisiones asumidas

La intervención fue concebida considerando el contexto mundial de la salud y de los cuidados paliativos, las necesidades nacionales y más específicamente las necesidades detectadas en el H.U. UAI.

Las estrategias de enseñanza y los instrumentos de evaluación elaborados para este proyecto de intervención, se diseñaron con el fin de desarrollar en los médicos cursantes, procesos cognitivos complejos y competencias generales que le permitan desenvolverse adecuadamente frente a un paciente que requiera C.P y frente a su familia.

Los destinatarios de este proyecto de intervención, son profesionales médicos que se encuentran ejerciendo su actividad en el H.U. A través del desarrollo del curso, se busca desde una postura constructivista, reestructurar los saberes previos de los médicos a partir de la resolución de situaciones problemáticas relacionadas con casos clínicos simulados y pacientes reales.

Pozo Municio (1999) plantea que el aprender supone modificar las conductas y conocimientos previos. Los médicos del H.U previo a la intervención, ya se encuentran ejerciendo su profesión, aplicando diariamente sus conocimientos sobre dolor, por ejemplo, en pacientes terminales. Asimismo, es tarea habitual dar informes difíciles a los pacientes y sus familiares, poseen conductas y saberes previos; a partir de la formación propuesta en este proyecto se intentará que los médicos puedan reflexionar sobre su propia práctica y evaluar si esos conocimientos previos resultan adecuados y suficientes para abordar pacientes con enfermedades terminales.

Cuando Pozo Municio en su libro *Aprendices y Maestros* evoca a Romero, (1995) menciona que los rasgos prototípicos del buen aprendizaje incluyen:

- ✓ Un cambio duradero
- ✓ Transferible a nuevas situaciones
- ✓ Consecuencia directa de la práctica realizada.

La intervención aspira a favorecer el logro de este tipo de aprendizaje, puesto que mediante la continua práctica de atención a pacientes paliativos con diferentes patologías, se intenta que el médico genere un cambio duradero en su accionar profesional, que le sea útil y aplicable a nuevas situaciones que se le presenten durante el ejercicio de su disciplina.

Pozo Municio, (1999) afirma:

Con mucha frecuencia los esfuerzos deliberados por adquirir o enseñar conocimientos explícitos tropiezan con los obstáculos que plantean los conocimientos implícitos aprendidos con anterioridad de modo incidental y sin que el aprendiz sea ni siquiera consciente de ellos. Ello obliga a reconstruir esos conocimientos implícitos, reflexionando sobre ellos, porque solo así podremos cambiarlos (p. 76)

Ponderando las afirmaciones de este autor es menester del docente durante la resolución de los casos clínicos, indagar los conocimientos previos de los médicos acerca del tema tratado (zona de desarrollo próximo) procurar hacerlos conscientes reflexionando acerca de su origen, su justificación para finalmente aspirar a enriquecer sus prácticas a partir de la profundización y/o ajustes de los conocimientos que posee en función de los aportados por el curso.

La transferencia de conocimientos a situaciones nuevas, es una característica central de un buen aprendizaje como afirman algunos autores como (Pozo Municio,1999) y (De La Mora Ledesma, 1979). Es de fundamental importancia en la intervención, aspirar a lograr la transferencia de los nuevos conocimientos por parte de los alumnos. Con el fin de lograr dicho objetivo, se propone la implementación de diferentes estrategias y el

uso de variados instrumentos de seguimiento y orientación: resolución de casos clínicos con el método de casos, ateneos, guía para abordaje de pacientes terminales, planteamiento de pacientes complejos por parte de los alumnos, prácticas rotando por diferentes instituciones.

Asimismo los ateneos constituyen espacios privilegiados para analizar casos complejos demostrando las posibles soluciones del mismo, y los procesos que se llevaron a cabo para lograr la toma de decisiones y el trabajo en equipo previo. De esta forma se plantean modelos de buenas prácticas referidas a pacientes que necesitan CP.

Cabe analizar el concepto de competencia, la cual no solo implica conocimientos sino habilidades que solo se adquieren cuando el aprendiz es capaz de realizar la actividad o proceso que se está aprendiendo y adaptarlo al contexto de aplicación. Según (Zabalza, 2010) una competencia es un dominio variable que implica la capacidad de aplicar el conocimiento aprendido, en la realización de actuaciones prácticas.

Valorando la clasificación de competencias generales, según el proyecto Tuning Europeo del año 2000, a través del proyecto de intervención, se proponen diferentes estrategias de enseñanza para favorecer el desarrollo por un lado, de las competencias generales instrumentales (resolución de problemas y toma de decisiones) y por otro, para el desarrollo de las competencias generales relacionales: comunicación interpersonal, trabajo en equipo y tratamiento de conflictos.

Para favorecer el logro de cada competencia, se consideró llevar a cabo tres procesos básicos:

- ✓ *Explicar* la competencia de manera teórica durante las clases
- ✓ *Practicarla* durante la cursada, con método de casos, con pacientes y rol playing.
- ✓ *Evaluarla* al inicio, durante la intervención y al final de la misma con diferentes instrumentos

Al seleccionar las competencias a desarrollar durante la intervención, se evaluó la viabilidad de cada una de ellas. Los médicos destinatarios de esta intervención, se encuentran realizando su residencia, los mismos son profesionales universitarios que ejercen su actividad dentro del H.U; en su actividad diaria deben resolver problemas de pacientes internados y constantemente deben abordarlos con otros profesionales (enfermeros, kinesiólogos, nutricionista). Por lo expuesto anteriormente, las competencias trabajadas se consideran viables para este proyecto de intervención, constantemente están o deberían estar siendo puestas en práctica por los aprendices.

Para el caso de las competencias generales de resolución de problemas, toma de decisiones y trabajo en equipo se propone la resolución de casos clínicos. Estos casos plantean ejemplos de pacientes que presenten los síntomas abordados teóricamente en cada clase. Por ejemplo si en la clase teórica del día se trató el tema de disnea, o convulsiones, el caso clínico a ser resuelto ese día al finalizar la unidad estará basado en un paciente con convulsiones o con disnea persistente de dificultosa resolución, en fin de vida, con el cual ya se han agotado los tratamientos básicos (ya conocidos hasta el momento por los médicos); la resolución del problema implica que el médico pueda aplicar los nuevos conocimientos aportados por la unidad del día.

Para favorecer el desarrollo de las competencias generales de comunicación interpersonal, trabajo en equipo y tratamiento de conflictos, se propone la realización de rol playing que impliquen la comunicación entre el médico y el paciente y prácticas de escritura de informes difíciles.

Con la intención facilitadora de poder andamiar el aprendizaje, se diseñaron guías para el abordaje de los casos clínicos ficticios y reales de pacientes que requieren C.P, las mismas son útiles para orientar a los médicos en la resolución de problemas frecuentes. Es un tipo de mediación, entre el docente y el aprendiz, ayuda a entender y trabajar mejor en C.P.

En función de lo expuesto hasta aquí, es posible señalar que los fundamentos de este proyecto de intervención pueden anclarse prioritariamente en el paradigma de la cognición situada, la cual tiene sus cimientos en las ideas del aprendizaje socio-cultural de (Vygotski, 1995).

Díaz Barriga F, (2003), afirma, citando a (Daniels, 2003) que “el paradigma de la cognición situada representa una de las tendencias actuales más representativas y promisorias de la teoría y la actividad sociocultural” (p.2)

González Monteagudo (2007) en el libro El legado pedagógico del siglo XX, para la escuela del siglo XXI, hace referencia al instrumentalismo de Dewey, que se fundamenta en la acción y la experimentación, donde el docente debe diseñar actividades y crear situaciones en la que los estudiantes tengan que experimentar. Es por ello que la intervención destina gran porcentaje del tiempo a actividades de resolución de casos clínicos, evaluación del médico aprendiz en su trabajo con el paciente y propone la rotación del médico aprendiz en fundaciones dedicadas exclusivamente a pacientes terminales. El enfrentamiento de los galenos con los problemas en el lugar de desarrollo de su actividad, contextualiza el aprendizaje, lo vuelve tangible, real y significativo.

Asimismo González Monteagudo (2007), también enumera las cinco fases de la metodología de Dewey, sobre las cuales fue elaborado el proyecto de intervención.

- ❖ FASE 1: Consideración de alguna experiencia actual del educando: el médico aprendiz debe elegir un paciente con el cual se le presente alguna dificultad en su manejo diario.
- ❖ FASE 2: Identificación de algún problema o dificultad suscitados a partir de esa experiencia
- ❖ FASE 3: Inspección de datos disponibles, así como búsqueda de soluciones viables, en la medida de sus conocimientos actuales (zona de desarrollo próximo)

❖ FASE 4: Formulación de la hipótesis de solución, comprobación de la hipótesis por la acción

Posteriormente a estas cuatro fases, el docente experto, habiendo identificado la zona de desarrollo próximo del alumno, le brindará las herramientas (conocimientos), la forma de utilizarlas (andamiaje facilitado con guías) y le ofrecerá posibles soluciones del problema planteado. Continuando durante toda la cursada con el estímulo para que el aprendiz repitere una y otra vez el método de resolución de problemas, para de esta forma alentar sus competencias en la praxis médica con pacientes de C.P.

Según la visión de (Vigotsky, 1995), el aprendiz se apropia de las prácticas y herramientas a través de la interacción con miembros más experimentados, de allí el tutelaje de los médicos expertos en cuidados paliativos a la hora de utilizar la lista de cotejo.

El médico especialista facilita el “andamiaje” para el médico residente (Wood, 1980; Bruner y Ross, 1976). Los ateneos y la resolución de casos clínicos son espacios que permiten la negociación de significados entre el educando y el educador y la construcción conjunta de saberes.

Para lograr un aprendizaje significativo (Ausubel, 1976) el aprendiz debe estar dispuesto a querer aprender, de allí que para estimular dicho interés, dicha disposición, se le pide a cada médico residente que desde el inicio del curso elija un paciente para que sea sujeto de estudio y evaluación, la elección del mismo debería estar basada en la curiosidad, preocupación, duda, emociones desde las cuales se puede iniciar la búsqueda de una respuesta. A su vez este aprendizaje estará logrado en la medida que los conocimientos nuevos puedan anclarse en las estructuras cognoscitivas previas.

Según los enfoques planteados por Díaz Barriga F. (2003), quien retoma los ejemplos presentados por Derry, Levin y Schauble, (1995), el enfoque instrucción al que se

utilizó es el del aprendizaje in situ y de simulaciones situadas (rol playing, método de casos), aprendizaje centrado en la solución de problemas auténticos. Este enfoque está fundamentado en la visión de la enseñanza situada y en la particular vinculación que Díaz Barriga realiza de la misma con la idea de aprendizaje significativo y cognición situada. Alcanzando la propuesta la más alta relevancia cultural y social, pues la misma es llevada a cabo en un escenario real, con problemas verídicos de transcendencia para la comunidad.

Asimismo se enfatizó el trabajo interdisciplinario, en equipos cooperativos y la evaluación en grupo.

Según Díaz Barriga (2003) dentro del campo de la enseñanza médica se destacan logros como una mayor retención y comprensión de conceptos, aplicación e integración del conocimiento, motivación intrínseca por el aprendizaje y desarrollo de habilidades de alto nivel. Respetando la tradición de enseñanza con casos clínicos y ampliando la misma con ateneos, rol playing y la evaluación in situ del médico residente interactuando con el paciente es que se elaboraron las estrategias de la intervención

Díaz Barriga (2003) plantea *“El aprendizaje basado en el servicio a la comunidad, es un método (Commissionon National and Community Service, 1990 en Yates y Youniss, 1999)”* (p.10). El mismo es un método independiente, por el cual los educandos aprenden participando en actividades diseñadas de servicio a la comunidad. Siendo la comunidad de referencia en este caso, los pacientes internados en el H.U UAI. En este tipo de método se estimula además la responsabilidad social, la acción de servicio y de justicia social, moral y cívica.

En la intervención se presentan clases cortas explicativas, ya que se considera que las mismas tienen la utilidad de presentar información muy actual que no se encuentra todavía en los libros de texto, de resumir el material de fuentes dispersas seleccionadas

por un experto, orientar y proporcionar el marco conceptual del material de lectura de los estudiantes. Sumada a esta estrategia, al finalizar cada unidad, con la resolución de casos, se procura estimular la puesta en acción de los conocimientos brindados favoreciendo el desarrollo de las competencias antes mencionadas. Se considera que las estrategias que favorecen la discusión y resolución de problemas, son superiores a las clases magistrales en relación a la retención de información, transferencia de conocimientos a nuevas situaciones (Keachie, 1990)

En este proyecto de intervención se emplea el concepto de evaluación como proceso. Concepto referido por varios autores, Celman, (1998), De Vincenzi (2008) y Pozo (1999). Es por ello que procura acompañar y evidenciar los continuos cambios que se producen desde el inicio de la intervención. Por esta razón utiliza variados instrumentos de evaluación en distintos momentos.

Como se señaló anteriormente, Pozo Municio, (1999) plantea que el aprendizaje implica un cambio, el cual se produce en el tiempo, por lo cual, en este marco, es fundamental evaluar al médico estudiante tanto al inicio de la actividad, como durante la implementación de la intervención y al final de la misma.

Previo al inicio de la intervención, la encuesta constituye un primer instrumento de evaluación que otorga un diagnóstico inicial sobre el grado de conocimientos previos sobre C.P. de los médicos del H.U. Durante el desarrollo del proyecto se propone utilizar la lista de cotejo durante la observación cotidiana del desempeño de los médicos con los pacientes paliativos. Al finalizar la intervención además del examen formal de los alumnos, se propone utilizar otros instrumentos: el portfolio, la encuesta realizada antes de iniciar la intervención, para medir los cambios que allí surgieran favorables o no, además de otra encuesta dirigida a medir la satisfacción de los alumnos y los pacientes, respectivamente. Anexo 8 y 7.

Según Anijovich, (2009) para que los alumnos logren una mayor autonomía y compromiso, los mismos deben comprender el por qué y para qué de las tareas que realizan, y poder evaluar sus logros y sus dificultades durante el proceso de aprendizaje.

Esta autora plantea también que es necesario preguntarse por el sentido que los alumnos asignan a las actividades propuestas, posibilitar un contrato didáctico, donde ambos actores: alumno y maestro se responsabilicen por el aprendizaje. La intervención considera al portfolio como una herramienta útil para tal fin. Por medio de la misma se estimula la autocrítica y compromiso del alumno en cuanto a su proceso de educación. Permite explicitar los objetivos y propósitos del docente, encausando así las acciones del alumno durante todo el proceso.

2. Reflexión sobre la praxis

Desde el emprendimiento de este proyecto de intervención, cuando aún era un bosquejo, se adoptó el concepto de planificación de Zabalza, (2010). Según este autor, el programa se diferencia de la programación, en que la primera considera el contexto, la situación. En esta línea, (Edelstein, 2002) plantea la importancia de lograr un pasaje de la práctica de enseñanza a la práctica docente, esta última como práctica compleja y particular dependiente del contexto donde se lleva a cabo.

Al momento de *planificar* la intervención, se tomó en cuenta a quienes estaba dirigida la propuesta, cuáles eran sus conocimientos previos al respecto de los C.P. Asimismo se reparó en el medio donde habitualmente ejercen su actividad los médicos destinatarios del proyecto (H.U), sopesando los horarios laborales, el tipo de actividad académica que realizan, “utilizando de forma adecuada y pertinente los espacios de libertad de acción que dejan los invariantes” (Zabalza, 2010 p.92). Entiéndase así, que toda la intervención se adecuó a los diferentes momentos que viven los residentes dentro y fuera del H.U, los prácticos se adaptaron a las recorridas de sala por ejemplo,

los seminarios se planearon para los momentos en que los residentes asisten a las aulas para la actividad académica de la residencia. Asimismo se incluyó un ateneo, el cual se suma a los ateneos mensuales que la residencia comparte con todos los servicios del H.U. Es por ello que la libertad de acción quedó relegada a la “invariante” actividad diaria asistencial de la residencia.

Se incluyeron no sólo los contenidos, sino que se diseñaron también las herramientas para que los alumnos se apropien de ellos, por ejemplo: una guía de abordaje de pacientes y diferentes instrumentos de evaluación: un portfolio, listas de cotejo y encuestas.

La guía fue diseñada con una orientación muy práctica, a fin de sistematizar el abordaje de los pacientes paliativos con los conocimientos fundamentales de la especialidad; destinada a ayudar al estudiante a comprender la materia, fue pensada desde la visión de un médico en ejercicio que tiene que asistir a un paciente con enfermedad terminal.

Al momento de elaborar los objetivos del proyecto de intervención, se optó por el desarrollo en los médicos de competencias específicas ya que esto se vería facilitado por la posibilidad de utilizar como estrategia de enseñanza, la tutorización de la formación práctica con pacientes in situ y la articulación del conocimiento teórico con la práctica. A partir del contexto, considerando los destinatarios del proyecto y las herramientas antes mencionadas, se pensaron competencias a alcanzar que pudieran ser útiles para los galenos y los pacientes. Se tuvo en cuenta el tiempo destinado a la intervención y si en el mismo era factible lograr las competencias elegidas. Para contribuir al logro de esas competencias se confeccionaron actividades específicas como el seguimiento de un paciente seleccionado por el alumno con una lista de cotejo. Otra estrategia de enseñanza que colabora con el mismo fin, es la rotación por las distintas instituciones de C.P, donde los alumnos deben aplicar los conocimientos que han recibido. Una tercera estrategia que favorece entre otras, el logro de competencias

relacionales, de comunicación, son los rol playing. Valorando las palabras de Zabalza, (2010) *“la competencia se adquiere sólo cuando el aprendiz es capaz de realizar la actividad o proceso que está aprendiendo”*(p. 143).

El diseño mencionado, a través de los distintos instrumentos, como las encuestas a pacientes, encuestas a alumnos al comienzo y fin de la cursada y portfolio, facilita la reflexión sobre la praxis para poder así modificarla. Mediante la investigación y análisis de las fortalezas, debilidades, dificultades en los diferentes tiempos del proyecto, se intenta lograr la optimización del mismo.

Al respecto cabe plantear:

Si el docente logra centrar más su atención en tratar de comprender qué y cómo están aprendiendo sus alumnos, en lugar de concentrarse en lo que él les enseña, se abre la posibilidad de que la evaluación deje de ser un modo de constatar el grado en que los estudiantes han captado la enseñanza, para pasar a ser una herramienta que permita comprender y aportar a un proceso. (Celman,1998.p. 9)

Edelstein, (2002) recomienda que para la reflexión sobre la práctica, lo esencial es la meditación tanto sobre los contenidos como la forma de presentar los mismos, podría decirse que es llevar al consciente la intencionalidad que guía siempre una práctica docente.

En el enfoque ecológico, desarrollado desde finales de los años setenta (Doyle, 1977, 1981, 1990; Tikunoff, 1979; Bronfenbrenner, 1979; Pérez Gómez, 1983b) son considerados los intercambios reales que se producen en el aula, en un contexto sociocultural que no es ajeno a la realidad del país e internacional (PérezGómez, 1996). El modelo de Tikunoff (1979) permite analizar el modelo de acción en el aula que se plantea en el proyecto de intervención puesto que este modelo considera la gran complejidad de variables que existen en el aula en el momento de llevar a cabo las prácticas docentes. Estas variables son dinámicas e interaccionan continuamente, es

por ello valioso que el docente se encuentre atento a las mismas. Dentro de las variables situacionales, esta intervención considera, que el lugar de realización del curso de formación debe ser in situ, en el H.U, lugar donde desarrollan sus tareas diarias los médicos. Por lo tanto, al momento de iniciar las actividades académicas, cabe evaluar el contexto de los alumnos, que sucedió en su día de trabajo, si han tenido conflictos durante su labor y de qué tipo, si han surgido urgencias, muertes, entre otros. Con respecto al marco de convivencia, es vital tener en cuenta, que los asistentes al curso, poseen diferentes jerarquías entre ellos durante el desarrollo de sus actividades en el hospital, existen los residentes de primer año, los más modernos, luego los de segundo año con mayor antigüedad y atribuciones, y así sucesivamente el residente de tercero, de cuarto año, el más antiguo con mayor atribuciones que todos los anteriores y por sobre ellos los médicos de planta. Es decir que la residencia se lleva a cabo bajo un riguroso régimen verticalista.

Específicamente, con referencia a las variables experienciales, tanto los alumnos como los docentes, principalmente al momento de realizar rol playing, cuentan con el apoyo de psicólogos especializados en C.P, no solo para brindar su aporte con respecto al manejo de los pacientes y familiares de pacientes terminales, sino también para contener al equipo de salud. Cada miembro del equipo de salud puede verse afectado en mayor o menor medida con determinados temas o ejemplos puntuales de enfermedades o muertes, que podrían estar o no relacionados con su experiencia vital como profesional, o como ser humano.

Asimismo Edelstein, (2002) plantea que las prácticas docentes se encuentran inmersas en el marco del contexto social e institucional y que la enseñanza es un proceso complejo, en el cual se enlazan diferentes puntos de índoles diversas: la cuestión epistemológica relativa a los conocimientos de la disciplina médica; la cuestión

psicológica, en lo que atañe a la forma en cómo se aprende y por último la cuestión social y cultural, que posibilita legitimar ciertos conocimientos y no otros.

Se considera que el proyecto de intervención aspira a que los médicos estudiantes logren un aprendizaje significativo; la intervención fue diseñada con la exigencia de crear actividades que proponen la puesta en práctica de procesos cognitivos de distinto tipo: *análisis, clasificación, relación, conclusión, abstracción* por parte del alumno para facilitar la construcción del conocimiento.

Citando a Grisales-Franco, (2009) “...cuando las prácticas de la enseñanza están respaldadas desde el punto de vista pedagógico y didáctico, la pregunta por las formas de enseñanza cobra importancia en el ejercicio docente.” (p.81)

La intención pedagógica que guió la elaboración de este proyecto de intervención fue la de promover la comprensión de los contenidos, la apropiación de los mismos por parte de los estudiantes para el desarrollo de competencias en los médicos del servicio de clínica médica del H.U. Dicha intención, determinó las acciones a llevarse a cabo y los roles en el interior del aula.

En cada clase se estimuló las interacciones entre pares, con mediaciones y participación del docente, a través de diferentes estrategias: el discurso, la pregunta, solución de problemas, trabajo en equipo, es decir, aquellas estrategias que permiten el acercamiento al objeto de conocimiento, para construir, reconstruirlo y que el alumno se apropie del mismo.

Se propone que las interacciones en el aula, sean distribuidas, combinando interacciones asimétricas (con foco en el docente y su discurso) con interacciones simétricas (entre los estudiantes), con actividades solitarias, conjuntas y en compañía del docente, quien juega un papel fundamental como andamiaje, puente entre los alumnos y el conocimiento (Ortiz Carrión, 2012).

En concordancia con Rodríguez Moreno, (2007) quien argumenta que la enseñanza basada en el trabajo, posee sus propios objetivos, en el proyecto de intervención se abordan: el desarrollo de la capacidad reflexiva, la metacognición, la transferencia de lo aprendido, el aprendizaje en equipo, el desarrollo de la autonomía personal y la cultura de la práctica.

A través de la reflexión, el profesor deja de ser un mediador pasivo, para convertirse en un mediador activo que desde la práctica reconstruye críticamente sus propias teorías (Edelstein, 2002). En concordancia con esta afirmación, los docentes de la intervención deben juzgar de la manera más objetiva posible, su accionar, el progreso de los alumnos, la apropiación por parte de los mismos de los contenidos de la materia, y fundamentalmente, el progreso en la adquisición de las tan anheladas competencias. Durante la cursada, en la medida que no se vaya progresando en la adquisición de las competencias propuestas, se deberán ajustar las actividades para dar respuesta al problema. Entiéndase por lo tanto, que si el docente observa por ejemplo, que varios alumnos no desarrollan la capacidad de manejar informes difíciles, podrá plantearse como posible solución incrementar los rol playing, o modificar los temas de estos últimos, o asimismo reemplazar otra actividad por escenas de películas o sumar nuevos rol playing que prioricen los informes dificultosos. Es decir la actividad solo constituye un instrumento para el abordaje del objeto de conocimiento y por tanto para favorecer el desarrollo de las competencias previstas, en consecuencia si los resultados no son los esperados cabe la posibilidad de cambiar la actividad y los recursos que utiliza el profesor. Desde esta posición, se sostiene el concepto de planificación como sistema, a través de la cual se hace foco en la relación entre los componentes, en la coherencia interna entre los mismos y no en cada uno de ellos por separado. En el ejemplo anterior, la actividad solo es adecuada en función de los objetivos, los contenidos y la evaluación que se lleva adelante en un contexto particular.

3. Reflexiones Finales

La realización de la encuesta en 2016 que sirvió como análisis crítico de la situación de los C.P en dicho periodo de tiempo en el H.U, permitió evidenciar la escasa formación en C.P entre los médicos, lo cual se encuentra en concordancia con las estadísticas mundiales. Además comparando las respuestas de los distintos servicios: clínica médica, terapia intensiva y cardiología, se infirió que el servicio que presentó las repuestas más acertadas fue aquel que en su curriculum de posgrado incluía algún tipo de formación en C.P.

La gran variedad de métodos de enseñanza utilizados en la propuesta y fundamentalmente que la misma sea efectivizada en el ámbito laboral de los médicos residentes, establece a la intervención como una propuesta con alta probabilidad de éxito.

Los C.P representan para el sistema de salud mundial un tema a abordar que cada vez cobra más fuerza, según lo reflejan las estadísticas de la OMS: Implica múltiples problemas a ser resueltos por las distintas naciones en las próximas décadas.

En este marco, este proyecto de intervención constituye un primer paso en un H.U de aproximación de los médicos residentes al conocimiento de C.P. Tal vez este conocimiento, este acceso a la información por parte de médicos, pacientes y familiares colabore en la difusión de la misma, creando consciencia por parte de los pacientes y familiares de sus derechos. Con respecto a los médicos residentes que accederían a esta formación, podrían replicarla al entrar en contacto con otros sistemas de salud, nacionales o no, con otros equipos, siendo a su vez, vectores del conocimiento ante sus pares y generando nuevos interrogantes durante su práctica.

Es importante destacar, que además llevándose a cabo la actividad en un H.U, sede de unidades académicas del grado, donde los alumnos llevan a cabo sus prácticas junto a los médicos residentes, indirectamente, los alumnos de grado, también estarán

influenciados por el nuevo conocimiento. Lo cual podría despertar nuevas demandas a nivel del pregrado de medicina u otras disciplinas, a nivel de su formación, incluso develar vocaciones latentes tanto para el ejercicio de los C.P, como para la difusión de los mismos. Así lo ejemplifica la historia de Cecily Saunders, pionera en el ejercicio de los C.P. Quien inició sus actividades como enfermera, luego asistente social y posteriormente médica. Cecily, dueña de una vocación inspiradora solía recitar esta frase al oído de sus pacientes: “Vos importas hasta el último momento de tu vida y vamos a hacer todo lo que esté a nuestro alcance no sólo para que mueras de manera pacífica sino también para que, mientras vivas, lo hagas con dignidad.”

PARTE C: Anexos y Referencias

1. Anexos

1.1 Anexo 1

HOSPITAL UNIVERSITARIO UAI

Cuidados Paliativos

Guía de abordaje para manejo de
pacientes terminales

Fecha:

OBJETIVO DE LA GUIA

Entrenar al médico en los pasos a seguir para el estudio, el análisis de consideraciones y toma de decisiones sobre casos clínicos simulados y con los pacientes terminales en cuidados paliativos.

PASOS A SEGUIR ANTE UN CASO CLINICO O PACIENTE

1- Determinar el pronóstico vital de la patología a 6 meses. Indicar si la misma es:

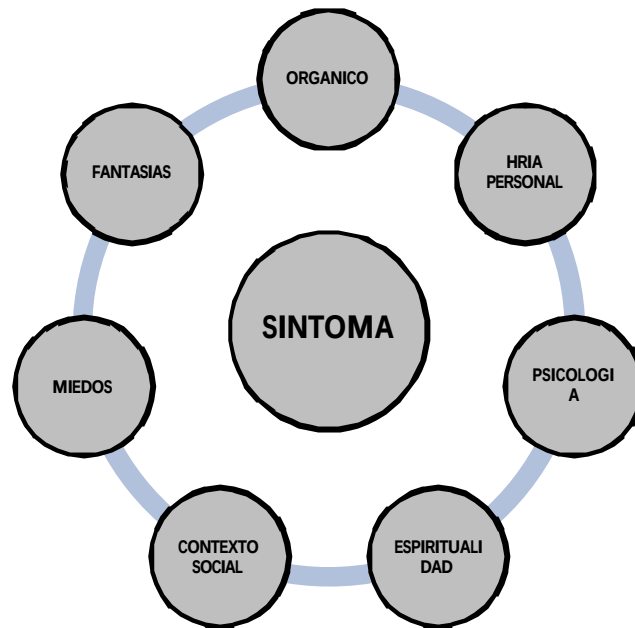
- crónica,
- irreversible,
- progresiva
- con pronóstico vital igual o menor a 6 meses

Si la patología cumple con dos o más características de las anteriores, la misma debe recibir C.P.

2- Al presentarse ante un nuevo caso clínico, calificar durante el interrogatorio los siguientes síntomas, según una escala del 1 al 10, siendo 1 el síntoma más leve y 10 la mayor intensidad:

DISNEA	• INTENSIDAD 1 AL 10
DOLOR	• INTENSIDAD 1 AL 10
INSOMNIO	• INTENSIDAD 1 AL 10
SOMNOLIENCIA	• INTENSIDAD 1 AL 10
ASTENIA	• INTENSIDAD 1 AL 10
DEPRESION	• INTENSIDAD 1 AL 10
ANSIEDAD	• INTENSIDAD 1 AL 10
NAUSEAS	• INTENSIDAD 1 AL 10
APETITO	• INTENSIDAD 1 AL 10
BIENESTAR	• INTENSIDAD 1 AL 10

3- Considerar la multifactorialidad de cada síntoma:



4- Evaluar el contexto familiar, espiritual y emocional

➤ Contexto familiar:

Cuenta el paciente con contención familiar? De vecinos? Amigos?

Existen redes sociales que puedan colaborar con el paciente y su familia, en el cuidado del mismo?

➤ Contexto espiritual:

Posee el paciente alguna creencia religiosa? Es practicante de la misma?

Tiene el paciente alguna ideología moral o cultural de trascendencia?

Practica alguna inclinación artística?

➤ Contexto emocional:

Cuál es la historia personal de resiliencia del paciente?

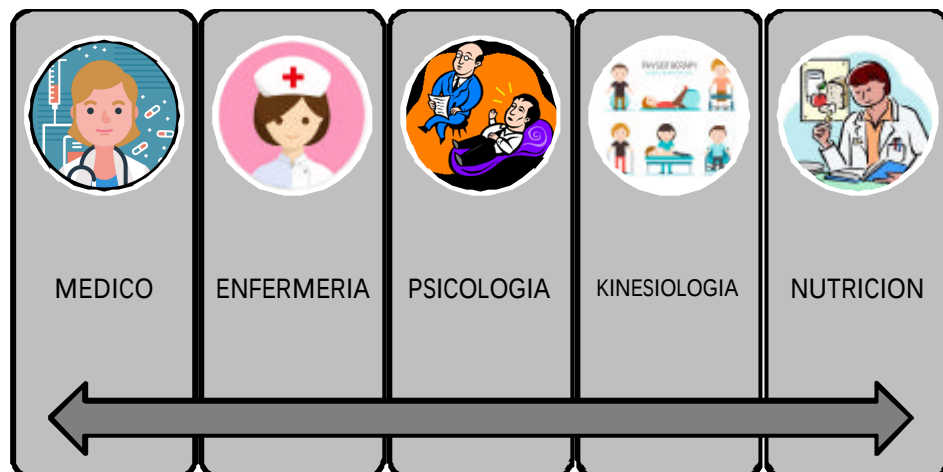
Como afronta la enfermedad?

5- Plantear estrategias multidisciplinarias de abordaje de síntomas, informes y problemas.

Ejemplo de estrategia 1 de abordaje de síntomas: realizar entrevista junto a psicólogo al considerar un gran componente emocional de algún síntoma como el dolor, nauseas, disnea

Ejemplo de estrategia 2 de abordaje de informe: ante un paciente con dificultad para la deglución, realizar el informe al paciente y la familia junto con la nutricionista.

Ejemplo de estrategia 3 de abordaje de problema: plantear con el equipo de seguimiento el problema (psicólogo, kinesiólogo, nutricionista) para que surjan diferentes alternativas para la resolución del mismo.



6- Plantear la posibilidad de directivas anticipadas.

Para decidir el accionar ante la necesidad:

- de intubación orotraqueal
- internación en terapia intensiva
- hemodiálisis
- alimentación por SNE
- sedación en agonía
- fallecimiento en domicilio o institucional

1.2 Anexo 2

Ejemplos de casos clínicos para resolución como método de casos, al finalizar cada unidad temática

Unidad temática disnea

CASO CLINICO:

Mujer de 50 años con antecedentes de tabaquismo severo, bronquítica crónica, con abundantes secreciones. Antecedente de abuela fallecida por fibrosis pulmonar en domicilio durante su adolescencia. Diagnóstico de cáncer de pulmón estadio IV, con derrame pleural, realizo tratamiento quimioterapico, actualmente fuera de protocolo terapéutico, utilizando O2 domiciliario persiste con disnea y mal manejo de secreciones por lo que se interna.

CONSIGNAS

Individual -----10 minutos

1. Lea el problema, y con el material aportado responda personalmente las siguientes preguntas
2. Es la paciente terminal? Cuáles son los factores que incrementan su disnea?

Justifique su respuesta

3. Apunte su respuesta

Grupal -----15 minutos

4. Comparta y compare sus respuestas con los miembros del grupo, acordando si es posible una única respuesta grupal.
5. Que tratamiento indicarían y por qué?
6. Siendo la paciente terminal, que medidas complementarias utilizaría en ella?
7. Redacten sus respuestas.

Puesta en común----- 10 minutos

8. Cada grupo, a través de un secretario, expondrá y justificara sus respuestas
9. Al finalizar cada exposición, se podrá hacer preguntas a los distintos grupos

CASO CLINICO:

Varón de 81 años sin antecedentes patológicos de importancia, hace 1 año falleció su esposa por un IAM, vive solo, Tiene dos hijas casadas con hijos adolescentes. Comenzó hace 6 meses por dolor abdominal severo que según estudios de imágenes es compatible con un cáncer de cabeza de páncreas altamente avanzado con infiltración de órganos adyacentes. Perdió un 20% de su peso corporal en los últimos tres meses, se presenta icterico, con negativismo a la ingesta, se interna para manejo del dolor. Sus hijas se niegan a decirle el diagnóstico y el pésimo pronóstico a corto plazo por “miedo a que lo deprima y acelere el proceso”

CONSIGNAS

Individual ----- 10 minutos

1. Lea el problema, y con el material aportado responda personalmente las siguientes preguntas
2. Cuál es el pronóstico vital del paciente? Justifique su respuesta
3. Es posible mejorar su performance status?, en que aspectos? Apunte su respuesta

Grupal ----- 15 minutos

4. Comparta y compare sus respuestas con los miembros del grupo, acordando si es posible una única respuesta grupal.
5. Respondan: si el paciente es terminal, que estrategias utilizarían para el informe del paciente?
6. Que estrategias utilizarían para el informe de sus familiares?
7. Que estrategias utilizarían para deshacer el cerco del silencio?
8. Que tratamiento indicarían?
9. Redacten sus respuestas.

Puesta en común----- 10 minutos

10. Cada grupo, a través de un secretario, expondrá y justificara sus respuestas
11. Al finalizar cada exposición, se podrá hacer preguntas a los distintos grupos

Ejemplos de Ateneos



CASO CLINICO

- Varón de 65 años
- FRC: ex tbq, sedentario, dslp
- Antecedentes: FAC no ACO por decisión familiar
- Medicación habitual: atorvastatina 10 mg/d
- Enfermedad actual: meningioma no quirurgico desde 2012, con deterioro progresivo y multiples internaciones por convulsiones, interurrencias infecciosas

CONTEXTO FAMILIAR

- Esposa que convive con el paciente, poco colaboradora, no comprende el pronóstico
- Hijo que vive en el exterior , viaja 2 veces al año al país
- Hija soltera que convive con ambos padres, negadora y altamente exigente

EXAMEN FISICO

- Paciente postrado, KATZ G
- ECOG 4
- Glasgow 9/15 (m5, o3, v2)
- Traqueostomizado
- SNE para alimentación
- Polineuropatía del paciente crítico
- Paresia 3/5 braquial dcha, plejía crural dcha
- Hemiplejía izquierda
- Sin escaras

MOTIVO DE INTERNACION

- Por presentar aumento de secreciones respiratorias con cambios en la coloración, se interno para estudio de eventual intercurencia respiratoria

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Laboratorio
- TAC de Torax
- TAC de encefalo
- RMN de encefalo: la hija se niega a realizarla

PROBLEMAS ACTIVOS

- ¿Con que disciplinas abordaría el caso clínico presentado?
- ¿Por qué?

PROBLEMAS ACTIVOS

- ¿Continuaría con los estudios de RMN de encéfalo?
- ¿Por qué?

PROBLEMAS ACTIVOS

- ¿Cuál es la probabilidad de rehabilitación del déficit cognitivo del paciente?

PROBLEMAS ACTIVOS

- ¿Cuál es la probabilidad de rehabilitación del déficit motor del paciente?

PROBLEMAS ACTIVOS

- ¿Externaría al paciente?
 - ¿Adonde?
- ¿Con que requisitos?

PLAN TERAPEUTICO

ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR



1.4 Anexo 4

Hospital Universitario UAI

Cuidados Paliativos

Lista de cotejo

Fecha:

Médico (alumno) evaluado:

Médico (docente) evaluador:

CRITERIOS	SI	NO	SUGERENCIAS
Pregunta sobre disnea (falta de aire)			
Indaga sobre nauseas			
Pregunta sobre insomnio-somnolencia			
Indaga acerca de astenia			
Pregunta sobre apetito			
Interroga sobre depresión-ansiedad			
Interroga acerca de síntomas frecuentes?			
Conoce escala Esas			
Brinda el tiempo suficiente para las respuestas?			
Califica el dolor según la escala de la OMS			
Indica medicación adecuada al nivel de dolor			
Evalúa el contexto familiar, social y económico del paciente			
Considera las preocupaciones del paciente y su familia			
Es claro al transmitir la información			
Permite el espacio para responder dudas del paciente y familiares			
Asesora acerca de la posibilidad de directivas anticipadas			
Considera en su accionar al resto del equipo de salud			

1.5 Anexo 5

Hospital Universitario Uai **Portfolio: curso de cuidados paliativos**

Nombre del alumno:

Cargo:

Expectativas respecto del curso:

Fecha:

Propósito y Objetivo del portfolio

Propósito general: Estimar el grado alcanzado de competencias con la cursada por los médicos del H.U y el grado de desarrollo de las mismas

Objetivo: valorar de forma indirecta que competencias fueron más sencillas de lograr y cuales más dificultosas por el alumno, entre ellas:

- ✓ Capacidad de análisis y discriminación para distinguir los pacientes plausibles de recibir C.P en la práctica diaria.
- ✓ Capacidad de trabajo en equipo con las disciplinas que cada caso particular requiera: kinesiología, enfermería, entre otros.
- ✓ Incrementar la capacidad de autocrítica durante y luego del manejo de las situaciones problemáticas.

Casos clínicos analizados durante la cursada

Que obstáculos se le presentaron para resolver los casos problemas?

Qué herramientas nuevas pudo poner en práctica para resolver los casos?

Elija los tres casos clínicos que consideré que más colaboraron para afianzar sus nuevos conocimientos adquiridos y cuales fueron esos conocimientos:

- 1.
- 2.
- 3.

Mencione porque razones considera que estos casos clínicos brindaron un mayor aporte

En qué aspecto ampliaron los casos clínicos más sus conocimientos? (herramienta diagnóstica, de manejo interdisciplinario, terapéutica, comunicacional)

Docente: considera usted que los casos clínicos seleccionados por el residente, presentan alguna temática común

Rol playing

En qué rol playing participe, y como me sentí participando? Por qué?

Cual fue el rol playing que le aportó más instrumentos para el trabajo interdisciplinario? Y por qué?

Cual fue el rol playing que le aportó más instrumentos para poder reconocer a un paciente como terminal? Y por qué?

Docente: Considera positivo el aporte brindado al residente por los rol playing o negativo para lograr las competencias de trabajo en equipo e identificación de un paciente terminal.

Ateneo

Seleccione el ateneo que considere que le brindo más aportes, y señale cuan útil le pareció para aplicar lo aprendido el caso clínico analizado?

Ateneo seleccionado:.....

	Inútil	Poco útil	Útil	Muy útil
Identificar paciente terminal				
Resolución de problemas interdisciplinarios				
Considerar la multifactoriedad de síntomas				
Estadificar al paciente terminal				
Terapéutica				

Fueron útiles los aportes de otros especialistas?

Que conceptos relevantes rescata del ateneo?

Que dudas me surgen a partir de este caso?

Evolución del paciente seleccionado para seguimiento

Complicaciones:

Mejorías:

Comentarios:

Docente: Observa modificaciones en el modo de abordaje del paciente por parte del médico residente

Rotación en la Fundación Paliar y Hospice Buen Samaritano

Medico supervisor:

Paciente evaluado:

Patología:

Aporte recibido:

Narre la experiencia vivida, explicitando algún elemento que le haya sido útil.

Docente: Considera trascendente para adquirir competencias en el reconocimiento o tratamiento de pacientes terminales, la rotación en Paliar y/o el Hospice Buen samaritano

Evolución del paciente seleccionado para seguimiento

Complicaciones:

Mejorías:

Comentarios:

Ecog:

Familia:

Creencias:

Estrategias multidisciplinarias:

Docente: Observa modificaciones en el modo de abordaje del paciente por parte del médico residente

Evaluación docente del Portfolio

Calificación:

Aspectos positivos:

Aspectos negativos:

Sugerencias:

Fecha:

1.6 Anexo 6

EXAMEN FINAL CURSO DE CUIDADOS PALIATIVOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO UAI

Examen Clínico Objetivo

Examen clínico objetivo

Los criterios de evaluación que se tendrán en cuenta son los siguientes:

- 1 Fundamentación de la toma de decisiones en base a los conocimientos brindados en el curso de formación en C.P.
- 2 Respeto de la legislación y las técnicas de comunicación expuestas en el curso.
- 3 Manejo de los síntomas en función de la patología del caso clínico

Las competencias a ser evaluadas

1. Manejo de síntomas al final de la vida
2. Uso de herramientas comunicacionales para dar malas noticias

Modalidad de implementación del examen clínico objetivo

En parejas integradas por un médico docente y un psicólogo, simularán ser un paciente con enfermedad terminal y un familiar, que acuden a la consulta del médico residente a ser evaluado.

Se plantearán paralelamente 8 casos clínicos diferentes, cada médico residente deberá resolver sólo uno de dichos casos clínicos. El tiempo destinado será de 1 hora.

Se conformarán 8 equipos integrados por un médico y un psicólogo cada uno, los mismos contarán con un libreto detallado con las características del paciente y familiar (personalidad, síntoma, sentimientos para con el diagnóstico y postura ante la

enfermedad) como base para llevar adelante la simulación. En dicho libreto quedarán bien delimitados los temas a ser abordados en cada entrevista.

Los casos que serán simulados serán los siguientes:

Caso 1: Varón de 70 años con cáncer de pulmón con disnea, paciente negador y ansioso. Familiar inseguro.

Caso 2: Mujer de 60 años con cáncer de mama con metástasis en hígado dolorosas, de reciente diagnóstico, paciente desconoce el pronóstico, hija pretende cerco del silencio.

Caso 3: Mujer de 35 años con cáncer de cérvix con dolor en paciente joven mujer sin familiares, con una amiga que la acompaña a la consulta e hijos pequeños

Caso 4: Linfoma intestinal avanzado, recidivante en varias oportunidades, con vómitos incoercibles, fuera de tratamiento curativo en adolescente de 18 años, con padres que insisten en continuar tratamiento quimioterápico

Caso 5: Varón de 40 años con glioma cerebral recidivado, con convulsiones frecuentes y cefalea, cuyo médico cirujano tratante no tiene el coraje para informarle que no existen chances quirúrgicas

Caso 6: Familiares de paciente postrado, poliescarado, con demencia avanzada que consultan por falta de alimentación del paciente, un familiar negador, el otro abierto a la escucha

Caso 7: Varón de 65 años con cirrosis hepática Child C, de etiología alcohólica, continua bebiendo ocasionalmente, fuera de probabilidad de trasplante, encefalopata, con síndrome hepato renal y peritonitis bacteriana espontánea, con hijo enojado con la situación y su familiar.

Caso 8: Mujer de 43 años HIV positiva con mala adherencia al tratamiento, múltiples enfermedades marcadoras, con cáncer de esófago, vómitos incoercibles, fuera de tratamiento quirúrgico paliativo. Familiar enojado con la paciente, la misma se siente culpable por la situación

Las entrevistas de los médicos residentes con los pacientes y familiares simulados, serán llevadas a cabo en un consultorio y tendrán una hora para orientar el tratamiento a seguir, hacer las indicaciones pertinentes y elaborar una estrategia de abordaje del caso. Cada uno de los evaluadores contarán con una lista de cotejo; el médico evaluará la competencia en cuanto al manejo de síntomas al final de la vida y el psicólogo, las herramientas comunicacionales de las cuales se ha apropiado el residente.

Lista de cotejo para médico evaluador			
	Indicadores	Si	NO
Saludo y presentación	Realza saludo y presentación educada y espontáneamente		
Interrogatorio	Pregunta sobre el motivo de consulta		
	Indaga sobre el conocimiento previo de la enfermedad por parte del paciente y familiar		
Interrogatorio	Pregunta sobre síntomas frecuentes en patología avanzada		
	Elabora escala ESAS		
	Prioriza el síntoma de consulta dándole relevancia		
	Explica de manera clara el plan de tratamiento para el síntoma de consulta		
	Brinda explicaciones por escrito		
	Participa al familiar acerca del plan terapéutico y pasos a seguir		
	Indaga acerca de redes de contención para el paciente		
	Evalúa el feed back de la información dada		
	Cierra la consulta de manera satisfactoria		

Lista de cotejo para psicólogo evaluador			
		Si	NO
Saludo y presentación	Realza saludo y presentación educada y espontaneamente		
Interrogatorio	Realiza preguntas abiertas		
	Brinda los tiempos necesarios para que le paciente y familiar se expresen		
Interrogatorio	Respeto los silencios		
	Es empático con el paciente y su familiar		
	Brinda una escucha activa		
	Es claro al momento de dar informes		
	Es claro al momento de mencionar estrategias de seguimiento		
	Participa al familiar acerca del plan terapéutico y pasos a seguir		
	Indaga acerca de redes de contención para el paciente		
	Evalúa el feed back de la información dada		
	Cierra la consulta de manera satisfactoria		

1.7 Anexo 7

Encuesta de satisfacción durante la internación

Nombre del paciente (opcional, puede ser anónima)_____

Encuesta completada por familiar:_____ paciente_____ (indique con una X)

Fecha:_____

	MUY SATISFECHO	SATISFECHO	POCOSATISFECHO	INSATISFECH
Atención brindada por el equipo médico				
Contención recibida				
Resolución de síntomas				
Informes médicos recibidos				
La escucha de su médico sobre sus dudas y miedos				
El tiempo dedicado por el médico				
El manejo de información en el equipo de salud				
El trabajo en equipo, entre los distintos profesionales de salud que lo asistieron				
El grado de seguridad que demostró su médico				
La resolución de sus problemas				
La claridad y completud de la información recibida				

1.8 Anexo 8

Encuesta de satisfacción con el curso de Cuidados Paliativos

Fecha:

Año de residencia:

Luego de haber finalizado el programa de capacitación en C.P., evalúe las herramientas obtenidas en el mismo para aplicar en su praxis:

1- Indique si ha tenido *discomfort emocional, personal al tener que:*

	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE	SIEMPRE
Dar malas noticias				
Manejo del dolor al final de la vida				
Manejo de disnea al final de la vida				
Aspecto legal de las Directivas anticipadas				
Rechazo terapéutico				

2- Con respecto a la actividad académica recibida:

	Muy Satisfecho	Satisfecho	Poco Satisfecho	Insatisfecho
En qué grado considera que el curso cumplió en general con sus expectativas?				
Cuál es su nivel de satisfacción con los temas abordados en el mismo?				
Cuál es su nivel de satisfacción con los docentes que dictaron los diferentes temas?				
Cuál es su nivel de satisfacción con la bibliografía utilizada?				
Cuál es su nivel de satisfacción con la metodología utilizada en el curso?				
Como evalúa la formación final lograda con el curso?				
Señale los temas de C.P que le gustaría seguir profundizando				
Comentarios y sugerencias				

1.9 Anexo 9

Encuesta a los médicos del Hospital Universitario UAI

Fecha:

Experiencia

Indique su jerarquía:

Servicio donde se desempeña:

Durante su actividad médica cuantos pacientes fallecieron estando a su cargo:

Cuantos pacientes de los que fallecieron eran terminales:

Cuantos recibieron cuidados paliativos de especialistas:

Tuve formación en cuidados paliativos en posgrado: SI – NO

Percepción

Los cuidados paliativos son importantes en mi servicio:

Si	No

Formación

Indique el nivel de capacitación formal (cursos, lectura de artículos, clases) que posee sobre

	NUNCA	GRADO	POSGRADO	CURSO EXTRACURRICULAR
Dar malas noticias				
Manejo del dolor al final de la vida				
Manejo de disnea al final de la vida				
Aspecto legal de las directivas anticipadas				
Rechazo terapéutico				

Indique si ha tenido disconfort emocional, personal al tener que:

	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECIENTE	SIEMPRE
Dar malas noticias				
Manejo del dolor al final de la vida				
Manejo de disnea al final de la vida				
Aspecto legal de las directivas anticipadas				
Rechazo terapéutico				

Considero fortalecer mi formación en los siguientes tópicos:

	MUY NECESARIO	NECESARIO	POCO NECESARIO	INUTIL
Dar malas noticias				
Manejo del dolor al final de la vida				
Manejo de disnea al final de la vida				
Aspecto legal de las directivas anticipadas				
Rechazo terapéutico				

Varón de 50 años DBT, HTA, enolista de 15 gr de alcohol por día, cirróticos, Child C, Meld 45. Ingres a uti por encefalopatía hepática grado III, al examen físico presenta sd ascítico edematoso y fiebre.

Considera a este paciente terminal:

Si	No

Considera desproporcionado:

	SI	NO
Ventilación		
Diálisis		
Nutrición parenteral		
Inotrópicos		
Intubación endotraqueal		
Catéter venoso central		
Transfusión sanguínea		
Antibióticos		
Benzodiacepinas		
Alimentación por sne		
Aines		
Hidratación endovenosa		
Opioides		
Oxígeno por cánula		
Higiene		

Suspendería lo considerado desproporcionado en este paciente

Si	No

Marque con una cruz la opción correcta: Ante el paciente antes presentado

- A) Ordena la no reanimación cardiopulmonar
- B) Conversa sobre la opción de RCP , no RCP con familiares
- C) No plantea en este momento la necesidad de definir RCP

Mujer de 48 años con cáncer de pulmón estadio IV con metástasis óseas y cerebrales, ingresa a piso de clínica médica por disnea CF IV, sin otro síntoma acompañante. Presenta recidiva de derrame pleural izquierdo (previamente sellado). Se encuentra postrada, IMC 18.

Considera esta paciente como terminal:

Si	No

Considera desproporcionado:

	SI	NO
Ventilación		
Diálisis		
Nutrición parenteral		
Inotrópicos		
Intubación endotraqueal		
Catéter venoso central		
Transfusión sanguínea		
Antibióticos		
Benzodiacepinas		
Alimentación por sne		
Aines		
Hidratación endovenosa		
Opioides		
Oxígeno por cánula		
Higiene		

Suspendería lo considerado desproporcionado en este paciente

Si	No

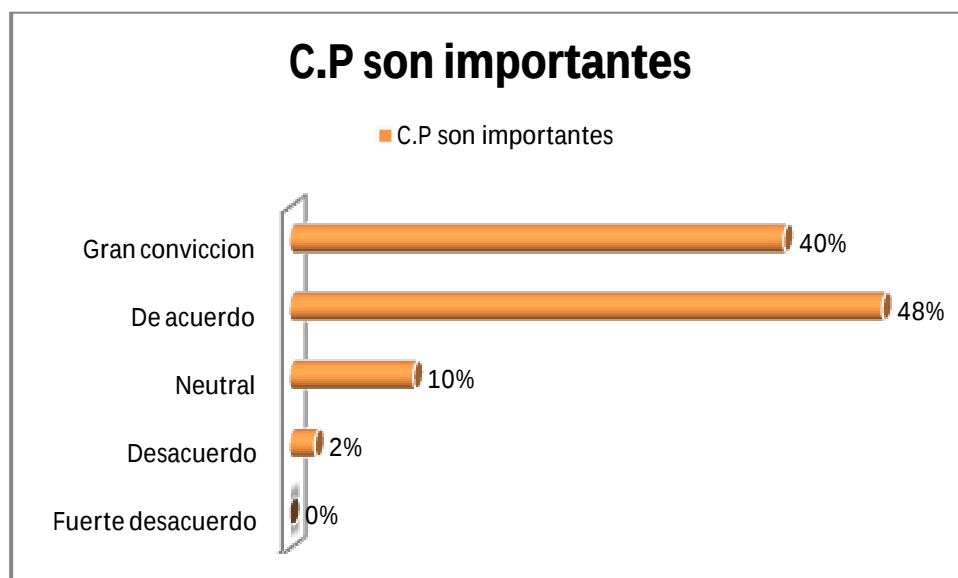
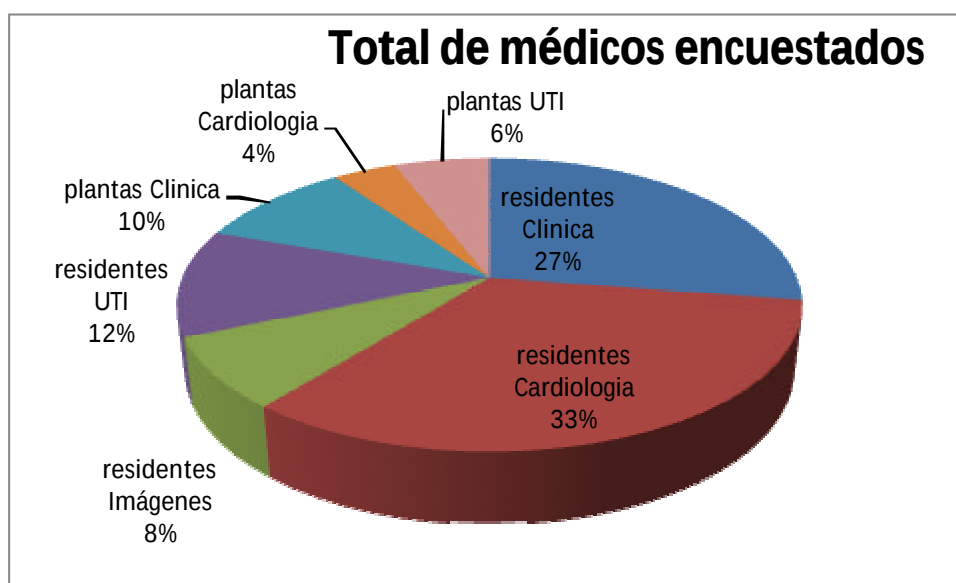
Marque con una cruz la opción correcta: Ante el paciente antes presentado

- A) Ordena la no reanimación cardiopulmonar
- B) Conversa con la paciente sobre la opción de RCP , no RCP
- C) No plantea en este momento la necesidad de definir RCP si o no

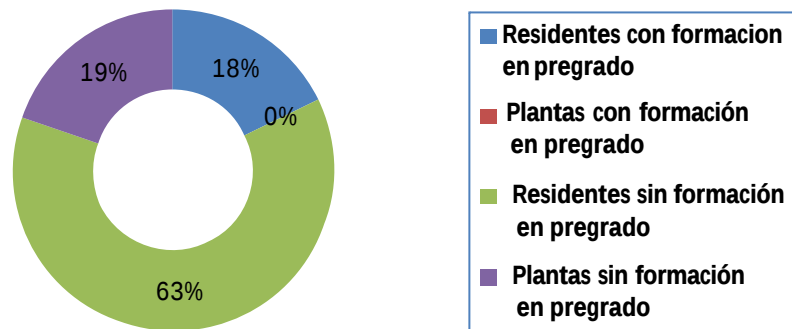
1.10 Anexo 10

Estadísticas de la Encuesta realizada a los médicos

del Hospital Universitario UAI en 2016

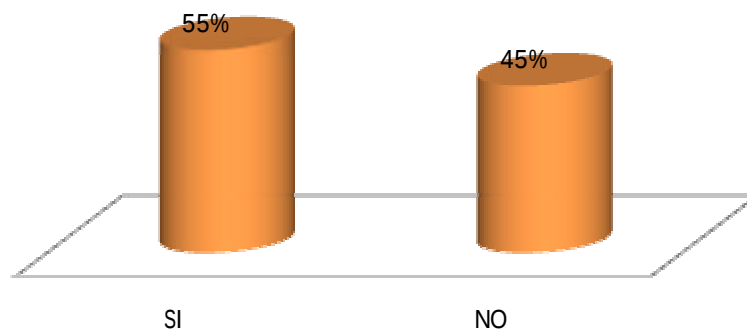


Médicos y su formación en C.P durante el pregrado



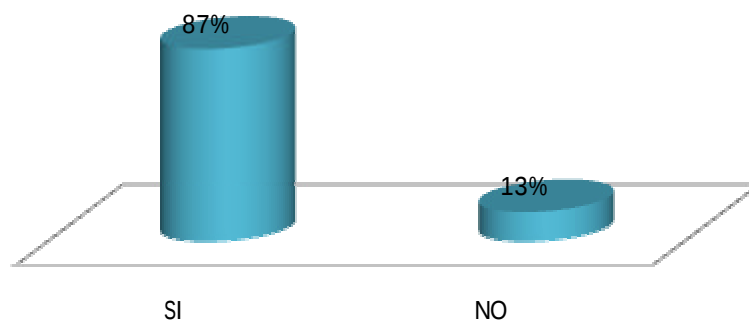
TOTAL TERMINAL CASO 1

■ TOTAL TERMINAL CASO 1

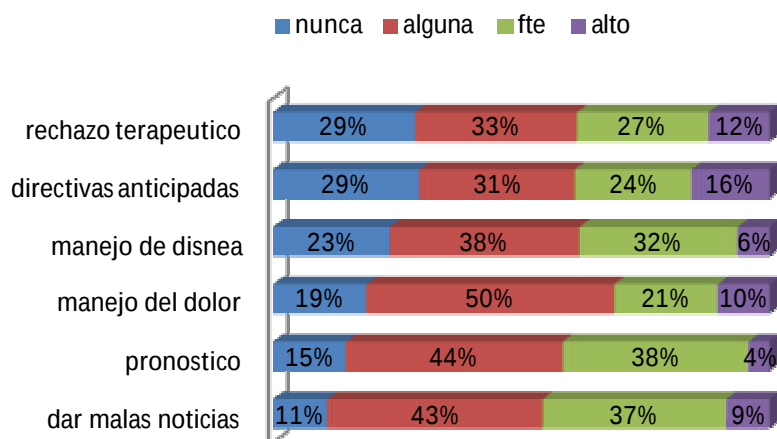


TOTAL TERMINAL CASO 2

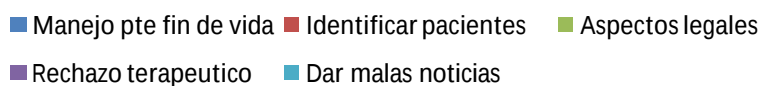
■ TOTAL TERMINAL CASO 2



DISCONFORT



Prioridades de aprendizaje



MEDICOS ENCUESTADOS		
residentes Clinica	14	27,4509804
residentes Cardiologia	17	33,3333333
residentes Imágenes	4	7,84313725
residentes UTI	6	11,7647059
plantas Clinica	5	9,80392157
plantas Cardiologia	2	3,92156863
plantas Imágenes	0	0
plantas UTI	3	5,88235294
TOTAL DE MEDICOS	51	100

	clinica residentes	
	si	no
ventilacion	3	11
dialisis	3	11
nutricion parenteral	7	7
inotropicos	7	7
intub endotraqueal	4	10
via central	3	11
transfusion	2	12
antibioticos	3	11
benzodiacepinas	3	11
sne	2	12
aines	1	13
php	3	11
opioides	4	10
oxigeno	3	11
higiene	5	9
total de respuestas	53	157

	imágenes residentes	
	si	no
ventilacion	1	3
dialisis	1	3
nutricion parenteral	0	4
inotropicos	1	3
intub endotraqueal	2	2
via central	0	4
transfusion	3	1
antibioticos	1	3
benzodiacepinas	1	3
sne	3	1
aines	4	0
php	0	4
opioides	1	3
oxigeno	0	4
higiene	0	4
total de respuestas	18	42

	cardio residentes	
	si	no
ventilacion	10	7
dialisis	10	7
nutricion parenteral	7	10

inotropicos	7	10
intub endotraqueal	9	8
via central	5	12
transfusion	6	11
antibioticos	6	11
benzodiacepinas	6	11
sne	4	13
aines	5	12
php	5	12
opioides	5	12
oxigeno	4	13
higiene	4	13
total de respuestas	93	162

	terapia residentes	
	si	no
ventilacion	2	4
dialisis	1	5
nutricion parenteral	1	5
inotropicos	1	5
intub endotraqueal	2	4
via central	2	4
transfusion	1	5
antibioticos	0	6
benzodiacepinas	0	6
sne	0	6
aines	3	3
php	1	5
opioides	0	6
oxigeno	1	5
higiene	1	5
total de respuestas	16	74

	clinica plantas	
	si	no
ventilacion	2	3

dialisis	1	4
nutricion parenteral	2	3
inotropicos	1	4
intub endotraqueal	2	3
via central	1	4
transfusion	2	3
antibioticos	2	3
benzodiacepinas	1	4
sne	1	4
aines	1	4
php	2	3
opioides	1	4
oxigeno	1	4
higiene	1	4
total de respuestas	21	54

	imágenes plantas	
	si	no
ventilacion	0	0
dialisis	0	0
nutricion parenteral	0	0
inotropicos	0	0
intub endotraqueal	0	0
via central	0	0
transfusion	0	0
antibioticos	0	0
benzodiacepinas	0	0
sne	0	0
aines	0	0
php	0	0
opioides	0	0
oxigeno	0	0
higiene	0	0
total de respuestas	0	0

	cardio plantas	
	si	no
ventilacion	1	1
dialisis	0	2
nutricion parenteral	1	1
inotropicos	1	1
intub endotraqueal	0	2
via central	1	1
transfusion	1	1
antibioticos	1	1
benzodiacepinas	1	1
sne	2	0
aines	0	2
php	1	1
opioides	1	1
oxigeno	1	1
higiene	1	1
total de respuestas	13	17

	terapia plantas	
	si	no
ventilacion	0	3
dialisis	0	3
nutricion parenteral	0	3
inotropicos	0	3
intub endotraqueal	0	3
via central	1	2
transfusion	1	2
antibioticos	2	1
benzodiacepinas	2	1
sne	2	1
aines	1	2
php	2	1
opioides	2	1
oxigeno	2	1
higiene	2	1
total de respuestas	17	28

	clinica residentes			
	si	no		
considera terminal caso 1	8	6	57%	43%
considera terminal caso 2	12	2	86%	14%
	20	8	71%	29%

	imágenes residentes			
	si	no		
considera terminal caso 1	2	2	50%	50%
considera terminal caso 2	4	0	100%	0%
	6	2	75%	25%

	clinica plantas			
	si	no		
considera terminal caso 1	2	3	40%	60%
considera terminal caso 2	5	0	100%	0%
	7	3	70%	30%

	imágenes plantas			
	si	no		
considera terminal caso 1	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
considera terminal caso 2	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

	cardio residentes			
	si	no		
considera terminal caso 1	8	9	47%	53%
considera terminal caso 2	14	3	82%	18%
	22	12	65%	35%

	terapia residentes			
	si	no		
considera terminal caso 1	4	2	67%	33%
considera terminal caso 2	6	0	100%	0%
	10	2	83%	17%

	cardio plantas			
	si	no		
considera terminal caso 1	2	0	100%	0%
considera terminal caso 2	2	0	100%	0%
	4	0	100%	0%

	terapia plantas			
	si	no		
considera terminal caso 1	2	1	67%	33%
considera terminal caso 2	3	0	100%	0%
	5	1	83%	17%

	clinica residentes			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	7	7	50%	50%
suspende deproporcionado caso 2	8	6	57%	43%
	15	13	54%	46%

	imágenes residentes			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	1	3	25%	75%
suspende deproporcionado caso 2	2	2	50%	50%
	3	5	38%	63%

	clinica plantas			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	1	4	20%	80%
suspende deproporcionado caso 2	5	0	100%	0%
	6	4	60%	40%

	imágenes plantas			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
suspende deproporcionado caso 2	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

	cardio residentes			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	8	9	47%	53%
suspende deproporcionado caso 2	9	8	53%	47%
	17	17	50%	50%

	terapia residentes			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	2	4	33%	67%
suspende deproporcionado caso 2	3	3	50%	50%
	5	7	42%	58%

	cardio palntas			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	2	0	100%	0%
suspende deproporcionado caso 2	1	1	50%	50%
	3	1	75%	25%

	terapia plantas			
	si	no		
suspendedesproporcionado caso 1	3	0	100%	0%
suspende deproporcionado caso 2	3	0	100%	0%
	6	0	100%	0%

	clinica residentes			
	si	no		
ventilacion	4	10	29%	71%
dialisis	8	6	57%	43%
nutricion parenteral	6	8	43%	57%
inotropicos	6	8	43%	57%
intub endotraqueal	7	7	50%	50%
via central	8	6	57%	43%
transfucion	5	9	36%	64%
antibioticos	5	9	36%	64%
benzodiacepinas	3	11	21%	79%
sne	4	10	29%	71%
aines	2	12	14%	86%
php	4	10	29%	71%
opioides	5	9	36%	64%
oxigeno	5	9	36%	64%
higiene	4	10	29%	71%
total de rtas	76	134	36%	64%

	imágenes residentes			
	si	no		
ventilacion	0	4	0%	100%
dialisis	4	0	100%	0%
nutricion parenteral	2	2	50%	50%
inotropicos	3	1	75%	25%
intub endotraqueal	3	1	75%	25%
via central	0	4	0%	100%
transfucion	4	0	100%	0%
antibioticos	4	0	100%	0%
benzodiacepinas	1	3	25%	75%
sne	2	2	50%	50%
aines	1	3	25%	75%
php	0	4	0%	100%
opioides	0	4	0%	100%
oxigeno	0	4	0%	100%
higiene	0	4	0%	100%
total de respuestas	24	36	40%	60%

TOTAL SI 321
TOTAL NO 443

	clinica plantas			
	si	no		
ventilacion	4	1	80%	20%
dialisis	4	1	80%	20%
nutricion parenteral	3	2	60%	40%
inotropicos	2	3	40%	60%
intub endotraqueal	4	1	80%	20%
via central	3	2	60%	40%
transfusion	3	2	60%	40%
antibioticos	3	2	60%	40%
benzodiacepinas	1	4	20%	80%
sne	2	3	40%	60%
aines	1	4	20%	80%
php	2	3	40%	60%
opioides	1	4	20%	80%
oxigeno	1	4	20%	80%
higiene	1	4	20%	80%
total de rtas	35	40	47%	53%

	cardio residentes			
	si	no		
ventilacion	13	4	76%	24%
dialisis	12	5	71%	29%
nutricion parenteral	9	8	53%	47%
inotropicos	7	10	41%	59%
intub endotraqueal	11	6	65%	35%
via central	6	11	35%	65%
transfusion	8	9	47%	53%
antibioticos	7	10	41%	59%
benzodiacepinas	3	14	18%	82%
sne	4	13	24%	76%
aines	4	13	24%	76%
php	4	13	24%	76%
opioides	5	12	29%	71%
oxigeno	4	13	24%	76%
higiene	4	13	24%	76%
total de rtas	101	154	40%	60%

	terapia residentes			
	si	no		
ventilacion	5	1	83%	17%
dialisis	3	3	50%	50%
nutricion parenteral	5	1	83%	17%
inotropicos	4	2	67%	33%
intub endotraqueal	4	2	67%	33%

via central	4	2	67%	33%
transfusion	3	3	50%	50%
antibioticos	3	3	50%	50%
benzodiacepinas	3	3	50%	50%
sne	4	2	67%	33%
aines	3	3	50%	50%
php	2	4	33%	67%
opioides	2	4	33%	67%
oxigeno	2	4	33%	67%
higiene	3	3	50%	50%
total de rtas	50	40	56%	44%

	cardio plantas			
	si	no		
ventilacion	1	1	50%	50%
dialisis	1	1	50%	50%
nutricion parenteral	1	1	50%	50%
inotropicos	0	2	0%	100%
intub endotraqueal	1	1	50%	50%
via central	1	1	50%	50%
transfusion	0	2	0%	100%
antibioticos	1	1	50%	50%
benzodiacepinas	0	1	0%	100%
sne	0	2	0%	100%
aines	2	0	100%	0%
php	0	2	0%	100%
opioides	1	1	50%	50%
oxigeno	0	2	0%	100%
higiene	1	1	50%	50%
total de rtas	10	19	34%	66%

	terapia plantas			
	si	no		
ventilacion	1	2	33%	67%
dialisis	1	2	33%	67%
nutricion parenteral	1	2	33%	67%
inotropicos	1	2	33%	67%
intub endotraqueal	1	2	33%	67%
via central	2	1	67%	33%
transfusion	2	1	67%	33%
antibioticos	3	0	100%	0%
benzodiacepinas	2	1	67%	33%
sne	2	1	67%	33%

aines	1	2	33%	67%
php	2	1	67%	33%
opioides	2	1	67%	33%
oxigeno	2	1	67%	33%
higiene	2	1	67%	33%
total de rtas	25	20	56%	44%

2. Referencias

Abt, A. C. (Agosto2006). El hombre ante la Muerte: Una mirada antropológica.

En *Segundas Jornadas de Psicooncología XII Congreso Argentino de Cancerología*, Argentina.

Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Analia_Abt_Sacks2/publication/282657983

[El hombre ante la muerte Una mirada antropologica/links/5616827908ae73279641faa2/El-hombre-ante-la-muerte-Una-mirada-antropologica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Analia_Abt_Sacks2/publication/282657983/links/5616827908ae73279641faa2/El-hombre-ante-la-muerte-Una-mirada-antropologica.pdf)

Alliance, W. P. C., & World Health Organization. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. *London: Worldwide Palliative Care Alliance*

Recuperado de: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Anijovich, R., y Mora, S. (2009). *Estrategias de enseñanza: otra mirada al quehacer en el aula*. Buenos Aires: Aique.

Barón, M. G., & Barón, M. G. (2007). Conceptos de medicina paliativa. Aspectos epidemiológicos. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer* (pp. 1-8). Buenos aires: Medica Panamericana.

Bergman, J., Lorenz, K. A., Ballon-Landa, E., Kwan, L., Lerman, S. E., Saigal, C. S., ...&Litwin, M. S. (Mayo, 2015). A scalable web-based module forimproving surgical and medical practitionerknowledge and attitudesaboutpalliative and end-of-lifecare. *Journal of palliative medicine*, 18(5), 415-420.

Danet, A., Carretero, M. J. E., Prieto, M. Á., y Cerdá, J. C. M. (Junio2012).

Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía. Expectativas de pacientes crónicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 63-77.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), S. E. (2014). Guía de cuidados paliativos.

Recuperado de: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>

Celman, S. (1998). ¿Es posible mejorar la evaluación?. En A. Camilloni, *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*, 35-66. Buenos Aires: Paidós Educador

De Benedetti Zunino, M., Pastor Carvajal, S., y BandresSanchez, M. (Enero-Marzo 2006). Evaluación de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones médicas, en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Médica Herediana*, 17(1), 21-27.

De Coste-Lopez, J., Madhok, J., & Harman, S. (Noviembre2015). Curricular innovationsfor medical students in palliative and End-of-lifecare: a systematicreview and assessment of studyquality. *Journal of palliative medicine*, 18(4), 338-349.

De la Mora Ledesma, J. G. (1979). *Psicología del aprendizaje*(Vol. 1). México: Progreso.

Recuperado de: [https://books.google.com.ar/books?id=CR-](https://books.google.com.ar/books?id=CR-WaQeqsBMC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=aprendizaje+duradero+transferencia&source=bl&ots=RupYCKS3E_&sig=imYdaQ2y6jOiepJAinm24lDo600&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjchpKa6sfbAhVCI5AKHXs6Dbw4ChDoAQgpMAE#v=onepage&q=aprendizaje%20duradero%20transferencia&f=false)

[WaQeqsBMC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=aprendizaje+duradero+transferencia&source=bl&ots=RupYCKS3E_&sig=imYdaQ2y6jOiepJAinm24lDo600&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjchpKa6sfbAhVCI5AKHXs6Dbw4ChDoAQgpMAE#v=onepage&q=aprendizaje%20duradero%20transferencia&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=CR-WaQeqsBMC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=aprendizaje+duradero+transferencia&source=bl&ots=RupYCKS3E_&sig=imYdaQ2y6jOiepJAinm24lDo600&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjchpKa6sfbAhVCI5AKHXs6Dbw4ChDoAQgpMAE#v=onepage&q=aprendizaje%20duradero%20transferencia&f=false)

Del Río, M. I., y Palma, A. (enero-junio2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de medicina uc, Pontificia universidad católica de Chile*, 32(1), 16-22.

DESA, U. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division (2009b): World Population Prospects: The 2008

Recuperado de: <http://esa.un.org/unpp> (gelesen am 16.

Díaz Barriga Acero, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista electrónica de investigación educativa*, 5 (2),1-13.

Cita en el texto. (Díaz Barriga, 2003, p.10)

Cita en el texto.(Díaz Barriga, 2003, p.2)

DiMartino, L. D., Weiner, B. J., Mayer, D. K., Jackson, G. L., &Biddle, A. K. (Diciembre2014). Do palliativecareinterventions reduce emergencydepartmentvisitsamongpatientswithcancer at theend of life? A systematicreview. *Journal of palliative medicine*, 17(12), 1384-1399.

Duong, P. H., &Zulian, G. B. (Julio2006).Impact of a postgraduatesix-monthrotation in palliativecareonknowledge and attitudes of junior residents. *Palliative medicine*, 20(5), 551-556.

Espinar Cid, V. (Enero-Abril 2012). Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 23(1).

Fernández, I. B., Miguez, R. P., Martín, P. G., Alarcón, F. F., Lázaro, G. A., & de Castro, F. L. (Enero-Junio 2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención primaria*, 33(7), 361-365.

González Monteagudo, J. (2007). John Dewey y la pedagogía progresista. Grao (ed.). En J. Trilla (coord.). *El legado pedagógico del siglo XX para la escuela del siglo XXI*, (4ª ed)(cap. 1, 15-39). Barcelona: Grao.

Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M. D. C., Massip Pérez, C., Chacón Roger, M., Reyes Méndez, M. C., Infante Pedreira, O., ...y Morales Arisso, D. (Enero-Junio 2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), .27-58.

Grisales-Franco, L., Gonzalez Agudelo, E. (2009). El saber sabio y el saber enseñado: un problema para la didáctica universitaria. *Revista Educación y Educadores*, 12 (2), 77-86

Meier, D. E., & Beresford, L. (Agosto 2006). Palliative care has a role in the essential task of educating medical residents. *Journal of palliative medicine*, 9(4), 842-846.

Michael, N., O'Callaghan, C., Brooker, J. E., Walker, H., Hiscock, R., & Phillips, D. (Marzo 2016). Introducing a model incorporating early integration of specialist palliative care: A qualitative research study of staff's perspectives. *Palliative medicine*, 30(3), 303-312.

Michelson, K. N., Ryan, A. D., Jovanovic, B., & Frader, J. (Mayo 2009). Pediatric residents' and fellows' perspectives on palliative care education. *Journal of palliative medicine*, 12(5), 451-457.

Navarro Sanz, R., & López Almazán, C. (Abril 2008). Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *Anales de medicina interna*, 25 (4), 187-191.

Ocampo, J. M. (Julio-Diciembre 2005). Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *Persona y Bioética*, 9(2) 46-58.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. Diamond Pocket Books (P) Ltd..

Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf;jsessionid=F75C718BE71B29D75D9A3DC1A5A157DC?sequence=1>

Ortiz Carrión, M. D. R. (Noviembre 2012). Prácticas Docentes Universitarias y la Construcción de Contextos para el aprendizaje. *Nova scientia*, 4(7), 237-256.

Oya, H., Matoba, M., Murakami, S., Ohshiro, T., Kishino, T., Satoh, ., . . .
y Maeda, T. (Noviembre 2013). Mandatory palliative care education for
surgical residents: initial focus on teaching pain management.
Japanese Journal Clinical Oncology, 43(2), 170-175.
doi:10.1093/jjco/hys205

Pastrana, T., Centeno, C., & De Lima, L. (Mayo 2015). Palliative care in
Latin America from the professional perspective: A SWOT
Analysis. *Journal of palliative medicine*, 18(5), 429-437.

Pérez Gómez, A.(1996). Enseñanza para la comprensión. En J. Gimeno Sacristán y
A. Pérez Gómez, *Comprender y transformar la enseñanza*. (5a ed.) (78-114).
Madrid: Morata.

Cita en el texto: Pérez Gómez, 1996, p.89

Pessini, L., yBertachini, L. (Enero 2006). Nuevas perspectivas en cuidados
paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242

Porta I Sales, J., Nuñez Olarte, J., Altisent Trota, A., Gisbert Aguilar, A., Loncan
Vidal, P., Muñoz Sanchez, D., ... y Sanz Ortiz, J. (Enero2002). Aspectos
éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Palliative medicine*, 9(1).

Rao, J. K., Anderson, L. A., & Smith, S. M. (Octubre 2002). End of lifeis a
publichealthissue. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(3), 215-220.

Rodríguez Moreno, M. L. (Julio 2007). Orientación profesional y formación basada
en el trabajo: conceptos básicos y sugerencias para la intervención.

- Ross, D. D., Shpritz, D. W., Wolfsthal, S. D., Zimrin, A. B., Keay, T. J., Fang, H. B., . .y Weissman, D. E. (Septiembre 2011). Creative solution for mplementation of experiential, competency-based palliative care training for internal medicine residents.*Journal of Cancer Eduation*, 26(3), 436-443.
- Sayers, G. M., Barratt, D., Gothard, C., Onnie, C., Perera, S., &Schulman, D. (Abril 2001).Thevalue of takingan ‘ethicshistory’. *Journal of medical ethics*, 27(2), 114-117.
- Shah, H. H., Monga, D., Caperna, A., &Jhaveri, K. D. (Febrero2014). Palliativecareexperience of US adultnephrologyfellows: a nationalsurvey. *Renal failure*, 36(1), 39-45.
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., y Hernando Robles, P. (Noviembre 2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de CalidadAsistencial*, 23(6), 271-285.
- Singer, Y., & Carmel, S. (2009). Teaching end-of-life care to family medicine residents--what do they learn? *Medical Teacher*, 31(2), e47-50.
- Smith, G. M., &Schaefer, K. G. (Diciembre2014).Missed opportunities to train medical students in generalistpalliativecareduringcoreclerkships. *Journal of palliative medicine*, 17(12), 1344-1347.

Van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., ...&Koopmans, R. T. (Marzo 2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine*, 28(3), 197-209.

Vygotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Ediciones Fausto.

Recuperado de :

<https://www.google.com.ar/search?q=Vygotsky%2C+L.+1986.+Pensamiento+y+lenguaje.+Buenos+Aires%3A+La+Pl%C3%A9yade.+Vygotsky%2C+L.&rlz=1C1CHZL esAR762AR762&oq=Vygotsky%2C+L.+1986.+Pensamiento+y+lenguaje.+Buenos+Aires%3A+La+Pl%C3%A9yade.+Vygotsky%2C+L.+&aqs=chrome..69i57j589j0i7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., & Burchett, M. (2014). Assessment of an interprofessional online curriculum for palliative care communication training. *Journal of palliative medicine*, 17(4), 400-406.

Yamamoto, R., Kizawa, Y., Nakazawa, Y., Ohde, S., Tetsumi, S., & Miyashita, M. (Enero 2015). Outcome evaluation of the Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous Medical Education: nation wide physician education Project for primary palliative care in Japan. *Journal of palliative medicine*, 18(1), 45-49.

(2010). La planificación de la docencia. En M. Zabalza y M. Zabalza Cerdeiriña, *Planificación de la docencia en la universidad. Elaboración de las guías docentes de las materias*. (2a. ed.) (85-98). Madrid: Narcea, S.A de Ediciones.

Cita en el texto. (Zabalza, 2010, p92)

_____ (2010). El nivel “macro” de la planificación

En M. Zabalza y M. ZabalzaCerdeiriña, *Planificación de la docencia en la universidad. Elaboración de las guías docentes de las materias*. (2a. ed.) (99-108). Madrid: Narcea, S.A de Ediciones

_____ (2010). El nivel “micro” de la planificación. En

M. Zabalza y M. ZabalzaCerdeiriña, *Planificación de la docencia en la universidad. Elaboración de las guías docentes de las materias*. (2a. ed.) (109-120). Madrid: Narcea, S.A de Ediciones

_____ (2010). Los objetivos y las competencias en la

guía docente. En M. Zabalza y M. ZabalzaCerdeiriña, *Planificación de la docencia en la universidad. Elaboración de las guías docentes de las materias*. (2a. ed.) (141-156). Madrid: Narcea, S.A de Ediciones