



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Dificultad en la aplicación de la atención paliativa en un Servicio de Medicina Interna en Murcia, España

Dificultat a la aplicació de la atenció pal·liativa en un Servei de Medicina Interna a Murcia, Espanya

Difficulty in implementing Palliative Care in an Internal Medicine Department in Murcia, Spain

Violeta Sabater Martínez

Violeta Sabater Martínez. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España. Unidad 31 del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier, España. Email: violeta.sabater@um.esh. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3891-4796>.



Copyright (c) 2025 Violeta Sabater Martínez. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Resumen

El envejecimiento de la población, junto a la dependencia y comorbilidades han provocado que los cuidados en fase avanzada de enfermedad tomen una especial relevancia. En muchas ocasiones los sanitarios no se sienten lo suficientemente formados para poder brindar unos cuidados paliativos de calidad, que ofrezcan una atención activa e integral. Es por ello que los objetivos del presente estudio fueron: a) averiguar si los profesionales sanitarios tienen conocimientos específicos en cuidados paliativos; b) analizar si el equipo sanitario conoce el plan de actuación que debe realizar con un paciente en fase terminal; c) identificar si el equipo de sanitarios dispone de herramientas para los cuidados al final de la vida. Han participado 58 profesionales sanitarios de un hospital del sudeste de España, a los que se les pasa el cuestionario validado *Palliative Care Difficulties Scale* (PCDS) con el fin de averiguar su opinión sobre los cuidados paliativos. Aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) en las siguientes variables: a) Es difícil establecer una comunicación entre los miembros del equipo, respecto al alivio de síntomas del paciente; b) Cuando un paciente expresa ansiedad, es difícil darle una respuesta; c) No hay equipos de expertos a los que consultar, sobre el control de síntomas del paciente en domicilio. Entre las conclusiones destaca que existen carencias en la puesta en práctica de forma unánime y homogénea de los protocolos en cuidados paliativos, por lo cual sería necesario que se implementen programas de formación continuada para el personal sanitario y que se desarrollen procedimientos normalizados.

Palabras clave: final de la vida; cuidados enfermeros; atención enfermera; muerte; dignidad.

Resum

Objectiu: L'envelliment de la població, juntament a la dependència i comorbilitats han provocat que les cures en fase avançada de malaltia prenguin una especial rellevància. En moltes ocasions els sanitaris no se senten prou formats per a poder brindar unes cures pal·liatives de qualitat, que ofereixin una atenció activa i integral. És per això que els objectius del present estudi van ser: a) esbrinar si els professionals sanitaris tenen coneixements específics en cures pal·liatives; b) analitzar si l'equip sanitari coneix el pla d'actuació que ha de realitzar amb un pacient en fase terminal; c) identificar si l'equip de sanitaris disposa d'eines per a les cures al final de la vida. Han participat 58 professionals sanitaris d'un hospital del sud-est d'Espanya, als quals se'ls passa el qüestionari validat *Palliative Care Difficulties Scale* (PCDS) amb la finalitat d'esbrinar la seva opinió sobre les cures pal·liatives. Apareixen diferències significatives ($p < 0.05$) en les següents variables: a) És difícil establir una comunicació entre els membres de l'equip, respecte a l'alleujament de símptomes del pacient; b) Quan un pacient expressa ansietat, és difícil donar-li una resposta; c) No hi ha equips d'experts als quals consultar, sobre el control de símptomes del pacient en domicili. Entre les conclusions destaca que existeixen mancances en la posada en pràctica de manera unànime i homogènia dels protocols en cures pal·liatives, per la qual cosa seria necessari que s'implementin programes de formació continuada per al personal sanitari i que es desenvolupin procediments normalitzats.

Paraules clau: fi de vida; cures infermeres; atenció infermera; mort; dignitat.

Abstract

The aging of the population, with dependency and comorbidities, has meant that care in the advanced phase of the disease has taken on special relevance. In many cases, healthcare professionals do not feel sufficiently trained to be able to provide quality palliative care, offering active and comprehensive care, so that, the aims of this study were: a) to determine whether healthcare professionals have specific knowledge of palliative care; b) to analyse whether the healthcare team is aware of the action plan to be carried out with a patient in the end-of-life care; c) to identify whether the healthcare professionals have tools for end-of-life care. Fifty-eight healthcare professionals from a southeast hospital participated. The opinion on palliative care in patients at the end of life was assessed. The validated questionnaire "Palliative Care Difficulties Scale (PCDS)" was used. Significant differences ($p < 0.05$) were found in the following variables: a) It is difficult to communicate about alleviating symptoms in multiprofessional teams; b) When a patient expresses anxiety, it is difficult to respond; c) There are no facilities that can be consulted for alleviating the symptoms of home care patients. It was concluded that there is a lack of palliative care protocols, which is why it is considered necessary for health care administrations to implement continuous training programs for health care profession.

Keywords: end of life; nursing cares; nursing attention; death; dignity.

1. Introducción

Desde hace unos años los Cuidados Paliativos poseen una gran importancia tanto para los enfermos como para el resto de los trabajadores sanitarios, tanto a nivel de atención primaria como a nivel hospitalario.

Dado el envejecimiento progresivo de la población y a una tendencia actual de la sociedad motivada por aspectos físicos, sociales o económicos del abordaje del final de la vida, la fase terminal de las personas se vive con gran frecuencia en los hospitales. Además, a ello contribuye la imposibilidad por parte del sistema sanitario, de cubrir todas las necesidades de las personas en el final de su vida exclusivamente en su hogar y entorno familiar (Fernández del Riesgo, 2003).

Los Cuidados Paliativos han nacido para ayudar a la persona a transitar hacia la muerte (o proceso de bien morir), encargándose de aliviar el sufrimiento de pacientes, familiares y allegados en las fases terminales o ante enfermedades incurables abordando sus cuidados multidisciplinariamente e integrales juntos con otros profesionales. Acometiendo la mejora en la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad tanto de la persona como de su entorno familiar (Calvo *et al.*, 2015).

Actualmente España se sitúa, según la OMS, entre los Países donde los servicios de atención a Cuidados Paliativos están en una etapa preliminar de integración en el sistema de prestación de servicios (OMS, 2020). Según *el Informe de la situación actual de cuidados paliativos* realizado por el *Observatorio* en 2014, en España existen 458 programas de asistencia hospitalaria y domiciliaria en Cuidados Paliativos (Oriol, 2014).

Pese a ello existe una gran dificultad de acceso para muchas personas y en la mayoría de las ocasiones esta atención es dada por enfermeras no especializadas para ello, como es el caso de los trabajadores de hospital, y hemos de tener presente que en España un tercio de la población fallece en un centro sanitario (Osés & Casas, 2017 & Doblado *et al.*, 2016).

Las enfermeras especialmente afectadas en este proceso son las que desarrollan su actividad mayoritariamente en unidades de Medicina Interna, donde la media de edad de las personas es elevada, y con gran comorbilidad; y van a ser clave en la aplicación de cuidados en la fase terminal de la vida de estas personas ya que esto forma parte de sus funciones estipuladas si bien sin tener la formación específica en las competencias correspondientes (Vidal *et al.*, 2021 & Campello *et al.*, 2018).

En el proceso de fase terminal de una enfermedad y el enfrentamiento a la muerte acontecen varias cuestiones éticas importantes como son el respeto a la vida y el derecho a morir con dignidad; y éstas no pueden cumplirse sin unos profesionales formados adecuadamente en el acompañamiento del proceso (Hiciano, *et al.*, 2020).

De ahí, se plantea realizar un estudio en el servicio de Medicina Interna de un hospital para averiguar el nivel de conocimientos y formación de sus profesionales.

Por todo ello, los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

- a) Averiguar si los profesionales sanitarios tienen conocimientos específicos en cuidados paliativos.
- b) Analizar si el equipo de profesionales conoce el plan de actuación que debe realizar con un paciente en fase terminal.
- c) Identificar si el equipo sanitario dispone de herramientas para los cuidados al final de la vida.

2. Metodología

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Servicio de Medicina interna de un hospital del sudeste de España, que cuenta con 120 de un total de 255 camas de hospitalización. Según la clasificación de Cluster (Ministerio de Sanidad, 2007), está dentro del grupo 2. El hospital cuenta con una enfermera de cuidados paliativos en la Unidad de Medicina Interna encargada del Equipo de Atención Hospitalaria (ESAH) que sirve de enlace con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

2.1. Muestra

La muestra está formada por todos los profesionales sanitarios del Servicio activos durante el periodo de estudio del 1 al 15 de mayo del 2023 con un total de 87 profesionales como universo de la muestra, de los cuales 18 son auxiliares de enfermería, 29 enfermeros y 11 médicos.

Criterios de inclusión: todos los profesionales en activo (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) fijos y eventuales que realizan su actividad asistencial en las unidades de medicina interna durante la primera quincena de mayo.

Criterios de exclusión: otros profesionales no activos (baja laboral, vacaciones, días de libre disposición) y los profesionales no sanitarios de las unidades de medicina interna.

2.2. Procedimiento

Se facilitó una hoja de información a los participantes, donde se les informó del título del proyecto, quién lo llevaba a cabo, sus objetivos, porqué se les invitó a participar, lo que se les solicitó que realicen; así como se informó que la participación era voluntaria y, que el hecho de contestar la encuesta implicaba el consentimiento para participar en el estudio.

Para el estudio se utilizó el cuestionario (ANEXO I): Cuestionario validad *Palliative Care Difficulties Scale* (PCDS) (Nakawaza *et al.*, 2010), “Escala de Dificultades en Cuidados Paliativos (PCDS)” traducida y adaptada al español (Vidal, 2019), que valora cinco bloques o dimensiones, con diferentes preguntas en cada una de ellas, y que el profesional debe valorar mediante una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 indica que está completamente en desacuerdo y 5 completamente en acuerdo:

- a) Comunicación en el equipo multidisciplinar;
- b) Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia;
- c) Apoyo por parte de un equipo experto en cuidados paliativos, respecto a control de síntomas;
- d) Alivio de síntomas;
- e) Coordinación en la comunidad.

El cuestionario también registra datos demográficos, categoría profesional y años de experiencia. Para el análisis de los datos los resultados se reagrupan en:

- Acuerdo los 4 y 5.
- Indeciso 3.
- Desacuerdo 1 y 2.

2.3. Análisis de datos

Los datos se analizan con el software SPSS 28.0. La opinión de los participantes se analiza calculando la frecuencia de respuesta en cada variable. Se realiza una comparación entre medias mediante la prueba T para muestras independientes y ANOVA de un factor. La Test de Levene de homogeneidad de varianzas se aplica para observar las diferencias significativas. Se utiliza un nivel de significación de $p < 0.05$.

3. Resultados

Se obtiene una tasa de respuesta del 66,7%, 58 encuestas contestadas, de un total de 87 personas a las que se entregó, (Figura 1) de las cuales 18 son auxiliares de enfermería (31%), 29 enfermeros que proporcionan el 50% de la muestra y 11 son médicos que da un 19% de la muestra.

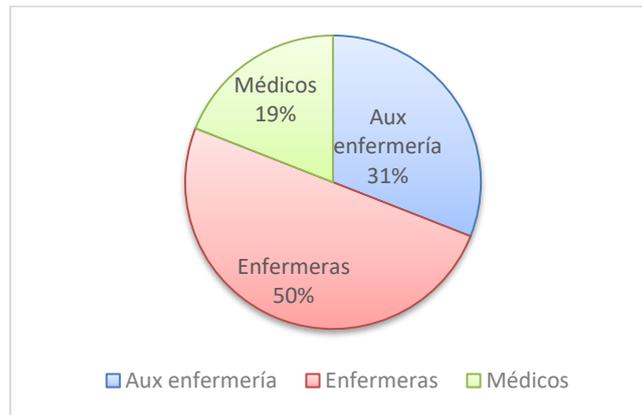


Figura 1. Proporción de profesionales que respondieron la encuesta por categoría profesional.

El 29,3% tiene estudios de Formación profesional (FP) 31% de Grado Universitario y 39,7% Postgrado (Máster y Doctorado) (Figura 2). Además, un 81% tiene menos de 20 años de experiencia y un 19% tiene más de 20 años de experiencia (Figura 3).

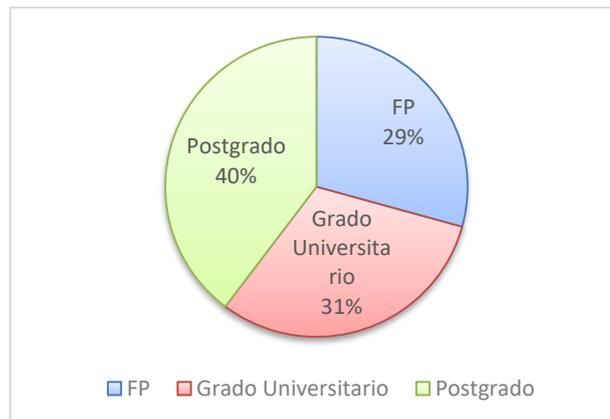


Figura 2. Proporción de profesionales que respondieron la encuesta por titulación.



Figura 3. Proporción de profesionales que respondieron la encuesta por experiencia profesional.

Los resultados globales obtenidos se muestran en la Tabla 1, donde se puede identificar el nivel de la opinión del conjunto de los entrevistados, reagrupados en los resultados 1 y 2 como desacuerdo, 4 y 5 como acuerdo y 3 indeciso.

Tabla 1. Resultados de frecuencias globales del PCDS.

Opinión	A - Comunicación en el equipo multidisciplinar			B - Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia			C - Apoyo por parte de un equipo experto en cuidados paliativos, respecto a control de síntomas			D - Alivio de síntomas			E - Coordinación en la comunidad		
	A1	A2	A3	B4	B5	B6	C7	C8	C9	D10	D11	D12	E13	E14	E15
Desacuerdo (%)	20,7	50	60,3	48,3	41,4	48,3	44,8	60,3	62,1	37,9	46,6	12,1	41,4	34,5	29,3
Indeciso (%)	17,2	17,2	13,8	6,9	12,1	15,5	15,5	24,1	19,0	12,1	12,1	3,4	25,9	24,1	31
Acuerdo (%)	62,1	32,8	25,9	44,8	46,6	36,2	39,7	15,5	19	50	41,4	84,5	32,8	41,4	39,7

En el análisis por bloques encontramos los siguientes resultados:

Se han encontrado diferencias significativas ($P < 0,05$) entre los profesionales en los bloques: A) Comunicación en el equipo multidisciplinar, donde se encuentran resultados significativos entre la opinión de los médicos en relación a la opinión de auxiliares de enfermería y enfermeros; B) Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia, donde se encuentran resultados significativos entre la opinión de los profesionales con más de 20 años y los que tienen menos de 20 años; y C) Apoyo por parte de un equipo experto en cuidados paliativos, respecto a control de síntomas, donde se encuentran resultados significativos entre la opinión de los profesionales con postgrado y los con grado y FP. Y no hemos encontrado diferencias en los bloques D y E que corresponden al alivio de síntomas y coordinación en la comunidad.

Respecto a los resultados concretos dentro de cada bloque (Tabla 1):

1. Bloque A *Comunicación del equipo multidisciplinar*

Se ha hallado diferencias significativas en a la variable A3 *Es difícil establecer una comunicación entre los miembros del equipo, respecto al alivio de síntomas del paciente* ($p=0,01$) donde se aprecia una diferencia acentuada en a la puntuación media de los médicos comparada con auxiliares de enfermería y enfermeros (Figura 4).

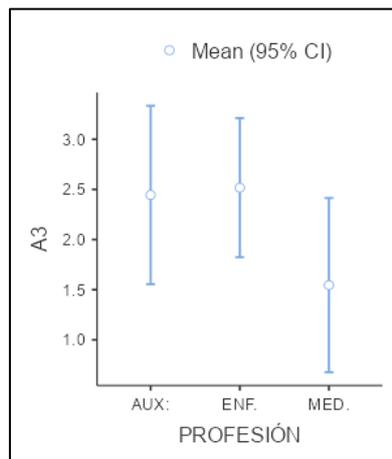


Figura 4. Valores medios por profesión de la variable *Es difícil establecer una comunicación entre los miembros del equipo, respecto al alivio de síntomas del paciente.*

2. Bloque B *Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia.*

Se ha hallado diferencias significativas en a la variable B4 *Cuando un paciente expresa ansiedad, es difícil darle una respuesta* ($p=0,04$) donde se aprecia una diferencia acentuada en la puntuación media en desacuerdo con más experiencia (Figura 5).

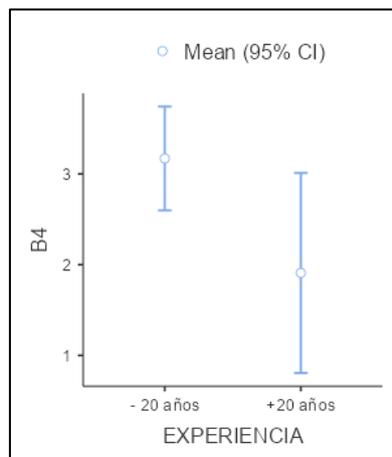


Figura 5. Valores medios por experiencia de la variable *Cuando un paciente expresa ansiedad, es difícil darle una respuesta.*

3. Bloque C Apoyo por parte un equipo experto en cuidados paliativos, en respeto al control de síntomas encontramos que:

Se ha hallado diferencias significativas en la variable C9 No hay equipos de expertos a los que consultar, sobre el control de síntomas del paciente en domicilio ($p=0,01$) donde se aprecia una puntuación media baja de los sanitarios con estudios de postgrado (Figura 6).

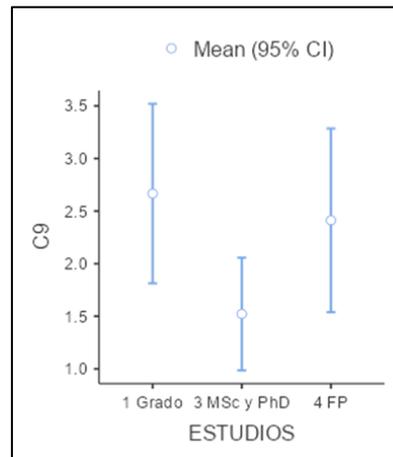


Figura 6. Valores medios por profesión de la variable No hay equipos de expertos a los que consultar, sobre el control de síntomas del paciente en domicilio.

4. Bloque D Alivio de síntomas encontramos que:

En relación con este apartado no existen diferencias significativas entre los profesionales.

5. Bloque E Coordinación en la comunidad encontramos que:

En relación con este apartado tampoco existen diferencias significativas entre grupos.

4. Discusión

Si bien la muestra de profesionales analizados es pequeña, porque el servicio de Medicina Interna tiene un número reducido de profesionales trabajando en él, la tasa de respuesta es bastante elevada 66,7%, lo que nos permite valorar la situación de los cuidados paliativos en él servicio.

La opinión de todos los profesionales en 3 de los 5 bloques (bloque A- Comunicación en el equipo multidisciplinar; bloque B- Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia; bloque C- Apoyo por parte de un equipo experto en cuidados paliativos respecto al control de síntomas) analizados sobre el abordaje de los cuidados paliativos es bastante homogénea, los sanitarios encuentran apoyo por parte de un equipo experto en el ámbito hospitalario, teniendo

un referente que es capaz de asesorar de forma multidisciplinar a los distintos sanitarios implicados.

Ahora bien, encontramos puntos que son necesarios de reforzar ya que las respuestas muestran que alrededor de la mitad de los encuestados no sabrían enfrentarse a situaciones difíciles donde tienen que tratar con el paciente o sus familiares, concretamente aquellas situaciones que implican un abordaje psicosocial. Debido a ello dependiendo de que categoría esté implicada del personal, se sabrá identificar de manera adecuada aquellos síntomas que deben ser tratados generando un objetivo en común en el tratamiento holístico del paciente.

Con respecto a los dos bloques restantes (bloque D- Alivio de síntomas y bloque E- Coordinación en la Comunidad) la mayoría de los sanitarios están de acuerdo en que no reciben la formación necesaria en cuidados paliativos y su aplicación hospitalaria, teniendo que señalar que hay una carencia de conocimientos sobre el funcionamiento de los equipos de cuidados paliativos domiciliarios y la coordinación existente entre los mismos (Ury *et al.*, 2000).

Analizando los resultados por bloque de conocimiento y comparándolos entre categorías profesionales, experiencia laboral y nivel de estudios observamos que en la dimensión comunicación interdisciplinar existen diferencias entre la opinión de los distintos grupos, donde los médicos puntúan más favorablemente sobre su percepción del trabajo en equipo comparado con la opinión de enfermeros y auxiliares de enfermería. Esto puede ser debido a que el médico es el encargado de prescribir el tratamiento y por lo tanto tiene claro los objetivos a conseguir con los fármacos pautados. Estos resultados van de acuerdo con lo encontrado en el área de salud Hospital San Juan de Dios (Sevilla), cuando se ha preguntado a los profesionales por estas cuestiones, y donde los médicos internistas también tienen una opinión más favorable que los enfermeros (SECPAL, 2020).

Esto ahonda sobre la perspectiva diferente que los profesionales tienen sobre un mismo procedimiento o posiblemente también podría explicarse por la diferente formación para estas situaciones, algo que sería bueno evaluar en un próximo estudio y que es una limitación del nuestro, ya que no lo hemos tenido en cuenta. Los médicos consideran que la comunicación que se está dando es adecuada, sin embargo, la percepción de los demás profesionales no es así, y esto nos indica que existe un claro punto de mejora a nivel de la comunicación intraequipo. Sería adecuado hacer una sesión clínica o un procedimiento normalizado donde todos los profesionales se pongan de acuerdo de cómo llevar a cabo esta comunicación y sobre los canales más eficaces para hacerlo.

Con respecto al bloque B - Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia, al valorar los años de experiencia, donde los profesionales con más de 20 años de

experiencia están en desacuerdo sobre la dificultad de tratar a un paciente que muestra ansiedad ante su situación. Esto puede ser dividido a la formación específica en Cuidados Paliativos (Chover, 2019) que tengan cada uno de ellos, ya que para poder lidiar con estas situaciones es necesario tener herramientas y unos conocimientos profundos en el trato a paciente y familiares en situaciones terminales. Y también puede considerarse la experiencia laboral en unidades específicas como un factor importante algo que se muestra en la bibliografía (Hernández & Aguilar, 2016; SECPAL, 2000 & Valles & García, 2013).

El nivel de estudio de los profesionales también genera resultados significativamente diferentes al valorar el bloque C - Apoyo por parte de un equipo experto en cuidados paliativos, respecto al control de síntomas), donde la mayoría de los profesionales encuentran apoyo en equipos especializados para consultar y delegar cuestiones propias de la evolución de la enfermedad o del manejo de las terapias. Los profesionales con mayor nivel académico saben cuáles son las vías de consulta y apoyo a las que pueden recurrir en caso de dudas. Además, la formación en cuidados paliativos es impartida en casi todas las universidades españolas de Enfermería, el 77,4% de ellas imparten la asignatura, sin embargo, sólo en 55 de las 112 universidades estudiadas (49,1%) la asignatura es obligatoria (Valles & García, 2013). En este sentido, el grado de formación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en su currículo académico no consta ninguna asignatura relacionada con los cuidados paliativos (Osés, 2016 & Real Decreto 546/1995) esto puede ser una de las causas de las diferencias encontradas.

Respecto a los bloques D - Alivio de síntomas y E - coordinación en la comunidad la opinión de todos los profesionales es similar sin hallarse diferencias significativas entre ellos, sin embargo, en la variable sobre la formación recibida, la opinión es unánime en que existe una carencia por parte de la administración en la formación continuada de los profesionales sanitarios. Por tanto, los profesionales sanitarios creen muy importante la implementación de programas de formación específica en paliativos.

También es significativo como en el alivio de los síntomas hay una clara dispersión de los resultados, tanto a nivel del control del dolor, como de la disnea y síntomas digestivos, que de una u otra forma puede estarnos diciendo las diferentes dificultades que presentan los profesionales en abordar dichas sintomatologías cuando se aproxima el final de la vida.

En este sentido, y de acuerdo con lo anteriormente mencionado, el cuestionario no valora si los sanitarios han recibido formación previa en cuidados paliativos algo que sería bueno tener en cuenta a la hora de este tipo de estudios y que podría clarificarnos los diferentes resultados que hemos obtenido en el presente trabajo.

4.1 Limitaciones

Limitaciones por rotación de turnos, al tratarse de turnos de 12 horas de diurno, 12 horas noche, librando 3 días hay dificultad de alcance a todo el personal sanitario. También es una dificultad el no pertenecer como personal a las otras unidades de Medicina Interna, por lo que la adherencia a la encuesta es menor. Así mismo, no haber considerado la formación específica que cada profesional ha tenido en cuidados paliativos a lo largo de su ejercicio profesional, aunque haya sido de forma voluntaria.

5. Conclusiones

Se puede concluir que:

1. Existen carencias en la formación de los profesionales sanitarios en el ámbito de los cuidados paliativos en nuestro servicio de Medicina Interna
2. Los profesionales con menos formación académica y menor experiencia muestran más dificultad para abordar de forma holística a los pacientes en fase terminal.
3. Es necesaria la creación de un plan de formación específico para cada categoría profesional que fomente el trabajo interdisciplinar.
4. Existen carencias en el plan de actuación con los pacientes terminales.
5. No se identifican herramientas claras dentro del equipo para comunicarse adecuadamente por parte de enfermería y auxiliares de enfermería.

Conflictos de interés

La autora declara no presentar conflictos de intereses económicos o cooperativos

Referencias

- ◆ Campello Vicente, C. & Chocarro González, L. (2018). Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Palliat Med*, 25(2), 66-82. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-necesidades-cuidados-paliativos-enfermos-no-S1134248X17300538>.
- ◆ Calvo Rodríguez, B. & Berdial Cabal, I. (2015). Ethical conflicts at the end of life from nurse perception. *Rev Enferm*. 38(10), 52-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26685567/>.
- ◆ Chover Sierra, E. (2019) Adaptación y validación de la versión en español del Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN). Un análisis del nivel de conocimientos en cuidados paliativos de profesionales y estudiantes de enfermería españoles. Tesis Doctoral. <https://rodrigo.uv.es/handle/10550/70152>.
- ◆ Doblado, R.; Herrera, E.; Librada, S.; Lucas, M.; Muñoz, I. & Rodríguez, Z. (2016) Análisis y evaluación de los recursos de cuidados paliativos de España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2016.
- ◆ Fernández del Riesgo (2003). La muerte hospitalaria. La muerte expropiada. Una reflexión moral. *Contrastes. Revista internacional de filosofía*, 3, 59-76 Málaga. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=792792>.
- ◆ Hernández, M.I. & Aguilar, C.R. (2016). Conocimientos del personal de enfermería sobre Cuidados Paliativos en pacientes hospitalizados de Medicina Interna. *Rev Enferm*, 24, 87-90. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65604>.
- ◆ Hiciano Guillermo, AI.; Jover Aguilar, M. & Martínez-Alarcón, L. (2020). Nivel de conocimientos en cuidados paliativos de las enfermeras; un estudio descriptivo en el Área de Salud VII de la Región de Murcia. *Palliat Med*, 27(2), 79-87. <https://www.medicinapaliativa.es/nivel-de-conocimientos-en-cuidados-paliativos-de-las-enfermeras;-un-estudio-descriptivo-en-el-area-de-salud-vii-de-la-region-de-murcia502>.
- ◆ Ministerio de Sanidad (2007). Clasificación de hospitales públicos españoles mediante el uso del análisis de conglomerados. *Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/CLASIFICACIONHOSPITALESCUSTER.pdf>.
- ◆ Nakawaza, Y.; Miyashita, M.; Mortia, T. & Umeda, M. (2010). The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 13 (4). <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0289>.
- ◆ OMS Organización Mundial de la Salud (2020). Cáncer. Cuidados Paliativos. Edición digital. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

- ◆ Oriol, I. (2014). Informe de la situación actual de cuidados paliativos. *AECC, Área de Programas y Servicios. Área de relaciones Institucionales*. Observatorio.
<https://observatorio.contraelcancer.es/informes/informe-de-la-situacion-actual-en-cuidados-paliativos>.
- ◆ Osés, M. (2016). Actualidad en la formación de cuidados paliativos en los planes de estudio de las facultades y escuelas de Enfermería de España. *SEEO*, 18 (3).
- ◆ Osés, M. & Casas, JM. (2017). El proceso de muerte y su desarrollo conceptual en los cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Ética de los Cuidados*. 10(19).
<http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et11318r.php>.
- ◆ Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/04/07/546>.
- ◆ Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2000). Recomendaciones básicas sobre formación en Cuidados Paliativos. *Palliat Med*, 7(1), 23-25.
- ◆ Ury, W.A.; Reznich, C.B. & Weber, C.M. (2000). A needs assessment for a palliative care curriculum. *J Pain Symptom Manage*, 20, 408-416.
[https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(00\)00217-7](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00217-7).
- ◆ Valles, P. & García, I. (2013). Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Medicina Paliativa*, 20(3), 111-114.
<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.003>.
- ◆ Vidal, S. (2019). Validación del cuestionario “Palliative Care Difficulties Scale (PCDS)” en población española, sobre dificultades de profesionales sanitarios en cuidados paliativos. *Revista Española Salud Pública*, 93.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100034.
- ◆ Vidal, S.; Fernández, M.; López, S. & Lacalle, J. (2021). Dificultades y barreras encontradas por los profesionales sanitarios en la atención de pacientes paliativos en un distrito sanitario. *Medicina Paliativa*, 28 (1), 32-38.
[https://www.medicinapaliativa.es/\(X\(1\)S\(3smo1k4e0wvvdw2umwhcwgd\)\)/dificultades-y-barreras-encontradas-por-los-profesionales-sanitarios-en-la-atencion-de-pacientes-paliativos-en-un-distrito-sanitario594](https://www.medicinapaliativa.es/(X(1)S(3smo1k4e0wvvdw2umwhcwgd))/dificultades-y-barreras-encontradas-por-los-profesionales-sanitarios-en-la-atencion-de-pacientes-paliativos-en-un-distrito-sanitario594).

Fecha de recepción: 4 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 1 de octubre de 2024.

Fecha de publicación: 14 de febrero de 2025.

Anexo I

Cuestionario “Palliative care difficulties scale (PCDS)” sobre dificultades de profesionales sanitarios en cuidados paliativos.

Con este estudio se pretende averiguar el nivel de conocimientos y formación de los profesionales en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

Variables Identificativas	
Edad	20-30
	30-40
	40-50
	+de 50
Profesión	TCAE
	DUE
	Médico
Máximo nivel de estudios	Carrera universitaria
	Máster
	Doctorado
	Ciclo de grado medio y/o superior
Tipo de contrato	Eventual
	Vacante o larga duración
	Personal estatutario
Años de experiencia	0-5
	5-10
	10-20
	+20

Puntúe de 1 a 5 los ITEMS que se indican a continuación, según esté de acuerdo o en desacuerdo con el aspecto consultado:

1. COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NO ESTOY SEGURO
4. DE ACUERDO
5. COMPLETAMENTE DE ACUERDO

**A- Comunicación en el equipo multidisciplinar /
 Communication in multidisciplinary teams:**

1. La evaluación de síntomas del paciente no es homogénea en el equipo asistencial, varía según el profesional que la realiza.
The method of evaluating symptoms is not consistent in multiprofessional teams. 1 2 3 4 5

2. Es difícil tener un objetivo común en el equipo, respecto al alivio de los síntomas del paciente.
It is difficult to have a common goal toward alleviating symptoms in multiprofessional teams. 1 2 3 4 5

3. Es difícil establecer una comunicación entre los miembros del equipo, respecto al alivio de síntomas del paciente.
It is difficult to communicate about alleviating symptoms in multiprofessional teams. 1 2 3 4 5

**B- Comunicación del profesional sanitario con el paciente y su familia /
 Communication with patient and family:**

4. Cuando un paciente expresa ansiedad, es difícil darle una respuesta.
When a patient expresses anxiety, it is difficult to respond. 1 2 3 4 5

5. Cuando una familia expresa ansiedad, es difícil darle una respuesta.
When a family expresses anxiety, it is difficult to respond. 1 2 3 4 5

6. Después de que un paciente es informado de malas noticias, es difícil hablar con él.
After a patient is informed of bad news, it is difficult to talk. 1 2 3 4 5

7. Es difícil conseguir el asesoramiento de expertos.
It is difficult to get support from experts about alleviating symptoms. 1 2 3 4 5

8. No hay ningún experto al que pueda consultar.
There is no expert whom I can consult with about alleviating symptoms. 1 2 3 4 5

9. No hay equipos de expertos a los que consultar, sobre el control de síntomas del paciente en domicilio.
There are no facilities that can be consulted for alleviating the symptoms of home-care patients. 1 2 3 4 5

**D- Alivio de síntomas /
 Alleviating symptoms:**

10. Hay falta de conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico.
There is a lack of knowledge about alleviating cancer pain. 1 2 3 4 5

11. Hay falta de conocimiento sobre el manejo de la disnea y los síntomas digestivos.
There is a lack of knowledge about alleviating dyspnea and digestive symptoms. 1 2 3 4 5

12. No se recibe la formación necesaria sobre cuidados paliativos.
Necessary training is not received about palliative care. 1 2 3 4 5

**E- Coordinación en la comunidad /
 Community coordination:**

13. No existe comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales (hospital/atención domiciliaria), cuando el paciente oncológico es dado de alta a domicilio.
There is no meeting between facilities when the cancer patient moves from hospital to home care. 1 2 3 4 5

14. Es difícil obtener información sobre el cuidado en el domicilio en pacientes oncológicos.
It is difficult to get information about home care for cancer patients. 1 2 3 4 5

15. Es difícil compartir información entre profesionales del hospital y profesionales que atienden al paciente en domicilio.
It is difficult to share information between hospital and facilities that provide home care. 1 2 3 4 5