



Capacitación y opinión sobre cuidados paliativos por médicos de atención primaria (Estudio IKERPAL)

Sanmiguel-Zabala Jon-Imanol^a, Garay-Angulo Zaloa^a, Aizpurua-Umerez María^a, Vélez-de-Mendizabal-Zubia Miren-Maider^a, Mendibil-Crespo Luis-Ignacio^a

(a) Osakidetza, Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia, Bilbao, Bizkaia, España

Recibido el 23 de agosto de 2018; aceptado el 17 de septiembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos.
Atención primaria de salud.
Estudios de factibilidad.

Resumen:

Actualmente, se están implantando los Planes de Cuidados Paliativos, se estima una necesidad en el 50-89 de las muertes.

Objetivo: conocimiento, capacitación, actitud y opinión de los médicos de Atención Primaria sobre el manejo de los Cuidados Paliativos.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal a todos los médicos de Atención Primaria (n: 242) de dos Organizaciones Sanitarias Integradas. Se utilizó un cuestionario autocumplimentado de preguntas cerradas y anónimo.

Variables: sociodemográficas. Capacitación y actitudes sobre el manejo. Experiencia, formación, y conocimiento de recursos y legislación. Mayoritariamente se utilizó escala Likert siendo el 1 mínimo y 5 máximo.

Resultados: respondieron 201 médicos/os (no respuesta: 17%), edad media 51,9 años, el 68% mujeres. Capacidad para el manejo de síntomas: dolor, náuseas, estreñimiento, diarrea, ansiedad/depresión, disnea, insomnio fue de 4; anorexia, astenia y delirio de 3. Conocimiento uso de fármacos: opioides, co-analgésicos, antidepresivos, antieméticos, ansiolíticos y laxantes 4; antipsicóticos 3. Preparación para utilizar vía subcutánea, comunicar pronóstico a familiares y acompañarles fue 4 y para proporcionar cuidados paliativos, reconocer necesidades espirituales, comunicar pronóstico al paciente y manejo sedación paliativa 3. Preparación para enfrentar la muerte profesionalmente fue 4, en el plano emocional y espiritual 3. Contacto con estos pacientes y plantear terapia de confort fue 98%. El 99% afirmó que debería proporcionar cuidados paliativos el médico de familia. Recibir formación fue de 3, siendo nivel avanzado 56% y la mediana de artículos leídos en los últimos 3 años fue 3. El 97% conocía Unidades de Cuidados Paliativos, el más referido San Juan de Dios (74%). Las dos preguntas de conocimiento jurídico contestaron correctamente el 60% y 80%.

Conclusiones: los médicos de primaria de nuestro entorno se sienten capacitados y piensan que es competencia de Atención primaria el abordaje de los cuidados paliativos.

Siendo los puntos más débiles a mejorar el manejo de los antipsicóticos, comunicación y conocimiento de legislación.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Training and opinion on palliative care by general practitioners (IKERPAL Study)

Abstract:

Palliative Care Plans are being implemented currently. Their need is estimated in 50 to 89% of the deaths.

Objective: knowledge, training, attitude and opinion of the General Practitioners (GPs) on the usage of Palliative Care.

Methods: Cross-sectional descriptive study to all GPs (n:242) of two Integrated Sanitary Organizations. A self-completed questionnaire with closed and anonymous questions was used.

Variables: sociodemographic. Capabilities and attitudes on management. Experience, training and knowledge of resources and legislation. Likert scale was mainly used being 1 the minimum and 5 the maximum.

Results: 201 GPs answered (17% didn't answer) average age 51.9 years old, 68% women. Capabilities to manage symptoms: pain, nausea, constipation, diarrhea, anxiety/depression, dyspnea, insomnia was 4; anorexia, asthenia and delirium was 3. Knowledge of the use of drugs: opioids, co-analgesics, antidepressants, antiemetics, anxiolytics and laxatives 4; antipsychotics 3. Expertise to use subcutaneous, communicate medical prognosis to relatives and accompany them was 4 and to provide palliative care, identify spiritual needs, communicate medical prognosis to patient and handling palliative sedation was 3. Expertise to face death professionally was 4, in the emotional and spiritual plane was 3. Contact with these patients and posing comfort therapy was 98%. 99% said that family physicians should be the one to provide palliative care. Receiving training was 3 being advanced level 56% and the median of read articles in the last 3 years was 3. 97% acknowledged Palliative Care Units, the most referred San Juan de Dios (74%). The two questions about legal knowledge were properly answered by 60 and 80%.

Conclusions: GPs of our surroundings feel qualified and believe that palliative care is a scope of primary care. Being the weakest points to be management of antipsychotics, communications and legislation knowledge.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Lehen arretako medikuen trebakuntza eta iritzia zaintza paliatiboetan (IKERPAL Ikerketa)

Laburpena:

Egun, Zaintza Paliatibo-planak ezartzen ari dira. Heriotzen %50-89en artean sumatzen da beharrazana.

Helburua: lehen arretako medikuen ezagutzak, prestakuntza, jarrera eta iritzia paliatiboaren arloan.

Materia eta metodoak: bi Erakunde Sanitario Integratu eta mediku guztiei ikerketa deskriptibo eta transbertsala. (n:242). Galdera itxietako eta norberak betetako inkesta anonimoa erabili zen.

Aldagaiak: soziodemografikoak. Ezagutza eta prestakuntzan kudeaketa. Baliabideetan eta legeetan esperientzia eta ezagutza. Gehiengoetan Likert eskala erabili zen gutxiengo 1 izanik eta gehiengo 5.

Emaitzak: 201 lehen arretako medikuk erantzun zuten (erantzun Gabe: %17), batezbesteko adina 51.9 urte, %68 emakumeak. Sintoman kudeaketan gaitasuna: mina, nauseak, idorreria, beherakoa, ansietate/depresioa, disnea, insomnia 4 koa izan zen; anorexia, astenia eta delirioan 3. Farmakoen ezagutzak: opioideak, ko-analgesikoak, antidepressiboak, antiemetikoak, ansiolitikoak eta laxanteak 4; antipsikotikoak 3. Larruazalpeko tratamenduak erabiltzeko gaitasuna, familiari pronostikoa azaltzeko eta laguntzeko gaitasuna 4 eta zaintza paliatiboak, behar paliatiboak, pronostikoa pazientearekin jakinarazi eta sedazio paliatiboaren tratamendua 3. Profesionalak heriotzari aurre egiteko

KEYWORDS

Palliative care.
Primary health care.
Feasibility studies.

GILTZA-HITZAK

Zaintza paliatiboak.
Osasun Lehen Arreta.
Egingarritasun ikerketa.

prestakuntza 4 eta plano espiritualean eta emozionalean 3. Paziente hauekin kontaktua eta konforreko terapia planteatzea %98koa izan zen. 99% familiar medikuen betebeharrak zela uste zuten. Prestakuntza jasotea 3 koa izan zen, maila aurreratuan 58% zelarik eta aurreko 3 urteetan irakurritako artikuluen mediana 3 izan zen. %97 ak, Paliatiboko Unitaterenbat ezagutzen zuten, ezagunena San Juan de Dios zelarik (%74). Ezagutza juridikoan bi galderak ondo erantzun zituen %60 ea %80ak.

Ondorioak: Gure inguruko Primariako Medikuek Paliatiboko zaintza haien ardura dela uste dute eta gai sentitzen dira aurrera eramateko, antipsikotikoen erabilera, pazientearekin komunikazioa eta legearen ezagutza dituztelarik hobetzeko puntuak.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

En la mayoría de países occidentales está aumentando la necesidad de cuidados paliativos (CP) debido al aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y el aumento de personas que mueren de enfermedades crónicas. En estos países se estima que hay una necesidad de estos cuidados en el 50-89% de todas las muertes¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los CP como “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, psicológicos, físicos y espirituales”².

Según la Estrategia en CP del Sistema Nacional de Salud de 2014, éstos deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad terminal, al mismo tiempo que los tratamientos curativos. Esta transición de cuidados curativos a paliativos suele ser gradual, según las necesidades de cada persona, más que por el tiempo de supervivencia esperado^{3,4}. Uno de los principales objetivos de este programa es ofrecer al paciente y a la familia una atención adaptada a cada situación, a cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo el curso de la enfermedad³. Además, los cuidados paliativos y terminales a menudo abarcan algún tipo de apoyo a los familiares del paciente, lo que significa que las necesidades de atención se multiplicaran por más de dos⁵.

En el año 2014, desde la OMS se ha realizado el primer atlas mundial de necesidades de CP no atendidas. En este documento se insta a todos los países a que incluyan la asistencia paliativa como componente esencial de todos los sistemas de atención de salud, en consonancia con los esfuerzos por alcanzar la cobertura sanitaria universal, lo cual implica afrontar temas, entre otras cosas, como la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios⁵.

Uno de los objetivos de los CP es atender a los pacientes con enfermedades en fase terminal en su domicilio, mejorando su calidad de vida por medio del control del sufrimiento⁶. En el cumplimiento de este objetivo se han desarrollado diversos modelos asistenciales que en unos casos se incluyen la atención prestada por la atención primaria y en otros no⁷.

En las diferentes publicaciones se ha visto que la mayoría de la gente que padece enfermedades crónicas y terminales prefiere fallecer en un domicilio. Hay evidencia que la atención en el domicilio se asocia con una alta probabilidad de morir en casa^{1,13,14}. A pesar de esto, en el País Vasco se observa que el lugar de fallecimiento más frecuente sigue siendo el hospital con un 54% y la suma de muertes en el domicilio y en el ámbito residencial alcanza el 41%¹³.

El creciente interés de los profesionales de atención primaria por los cuidados paliativos ha sido evidente según se refleja en distintas publicaciones⁸⁻¹⁰. Para los pacientes susceptibles de esta atención el médico de atención primaria es una parte importante en su acompañamiento, y en el control de los síntomas. Muchos de los médicos de atención primaria entienden y comprenden la importancia de los CP y lo consideran una parte importante en su día a día pero son conscientes del tiempo que requiere y de su complejidad, presentando así, dificultades, para su realización¹.

En este momento, en la Comunidad Autónoma del País Vasco está en marcha el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016 -2020, en el que se describen todos los eslabones asistenciales y establece la misión y competencias de los recursos intervinientes, entre ellos la atención primaria¹³. La atención a pacientes en fase de enfermedad avanzada o terminal se ha desarrollado significativamente en las últimas décadas en todo el territorio español¹¹⁻¹².

Creemos que es fundamental el papel del médico de atención primaria en el desempeño de los CP. Se vienen realizando estudios sobre la atención de cuidados paliativos en atención primaria en diferentes lugares del mundo^{1,5,15-17}. Teniendo en cuenta la implantación del programa de CP en Osakidetza y dado que no hemos encontrado datos en nuestro entorno sobre la opinión que tienen los propios profesionales sanitarios acerca de su rol y de su capacidad para desempeñar CP, nos ha parecido interesante desarrollar una investigación con el siguiente objetivo: conocimiento, capacitación, actitud y opinión de los médicos de atención primaria sobre el manejo de los cuidados paliativos en dos organizaciones sanitarias integradas (OSI) de Bizkaia.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal. Preguntando a los 241 médicos adjuntos de atención primaria:

129 de la OSI Uribe y 112 de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, ambas en Bizkaia. Se excluyeron a los pediatras de atención primaria y a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se recogieron datos mediante un cuestionario anónimo autocumplimentado de preguntas cerradas que se presentaba en una reunión en cada Unidad de Atención Primaria (UAP) y a quien no acudía se le entregaba en persona posteriormente.

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron sexo y edad.

Respondieron mediante encuesta Likert (una escala de 1 a 5, siendo 1 el peor y 5 el óptimo) como se veían capacitados en diferentes áreas¹⁵⁻¹⁷.

- Manejo de síntomas (dolor, náuseas, anorexia, astenia, estreñimiento, diarrea, ansiedad, depresión y delirio).
- Manejo de fármacos (analgésicos, antidepresivos, antieméticos, ansiolíticos, laxantes y antipsicóticos).
- Manejo de la sedación paliativa.
- Considerarse preparado para proporcionar CP, reconocer las necesidades espirituales, el afrontamiento ante la muerte del paciente (en lo profesional, en lo emocional y en lo espiritual).
- Comunicar el pronóstico (paciente y familia) y acompañamiento a la familia.
- Actitud ante el uso de la vía subcutánea (Likert 1 a 5).
- Planteamiento del cese de terapias para el mantenimiento de la vida y si habían tenido contacto con pacientes paliativos (dicotómicas).
- Formación recibida (Likert 1 a 5), necesidad formativa (Likert de 4 categorías) y número de artículos leídos en los últimos 3 años (cuantitativa).
- Unidades de CP que conocían en la Comunidad Autónoma Vasca. (texto libre)
- Conocimiento de la ley de limitación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa. En nuestro estudio, con tres categorías: "sí", "no", "no sé".
- Opinión sobre si es responsabilidad de la atención primaria el proporcionar CP.

En el análisis estadístico se estimaron medias y proporciones. Para estudiar la relación de la edad con otras

variables se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, colapsando dos categorías consecutivas cuando una de ellas tenía menos de cinco efectivos. En la comparación de sentirse preparado para proporcionar cuidados paliativos con otras variables se utilizó la prueba de X^2 (chi cuadrado) corregida con la prueba exacta de Fisher, agrupando categorías cuando tenían menos de 5 unidades, usando la Tau-b de Kendall para indicarnos la dirección cuando el resultado anterior había sido estadísticamente significativo. Se realizó con el programa estadístico IBM-SPSS v.23.

Este trabajo de investigación fue aprobado por el CEIC de Euskadi (PI2017043).

Resultados

Respondieron 201 médicas/os (tasa de no respuesta: 17%) con edad media 51,9 años siendo el 68% mujeres.

En cuanto al manejo de síntomas, se sentían bastante capacitados (Mediana "Me": 4) para atender: dolor, náuseas, estreñimiento, diarrea, ansiedad/depresión, disnea e insomnio. Y regular (Me: 3) para anorexia, astenia y delirio. (ver tabla I)

En el conocimiento del uso de fármacos se sentían bastante capacitados para el manejo de opioides, co-analgésicos, antidepresivos, antieméticos, ansiolíticos y laxantes; y regular en el manejo de antipsicóticos. (ver tabla I)

Utilizarían la vía subcutánea bastantes veces en caso de necesidad.

Manejarían regular la sedación paliativa llegado el momento.

La capacidad de reconocer las necesidades espirituales del paciente la consideraban regular.

La preparación para enfrentarse a la muerte del paciente la consideran buena en lo profesional y regular en el plano emocional y en lo espiritual.

Se sentían bastante capacitados para comunicar el pronóstico a la familia y acompañarla de enfermos con enfermedades incurables, la capacidad de comunicárselo al paciente era regular.

El 98% de los médicos plantearía al paciente y/o familia únicamente tratamiento sintomático y de confort, llegado el caso.

Un 98% habían tenido contacto con pacientes en cuidados paliativos.

Tabla I
Opinión de los médicos sobre su capacitación en el manejo de síntomas y de fármacos

SÍNTOMAS	MEDIA	MEDIANA	FÁRMACOS	MEDIA	MEDIANA
Dolor	3.9	4	Opioides	3.8	4
Náuseas	3.8	4	Co-analgésicos	3.8	4
Anorexia	3.2	3	Antidepresivo	3.6	4
Astenia	3.1	3	Antiemético	3.7	4
Estreñimiento	3.8	4	Ansiolítico	3.8	4
Diarrea	3.5	4	Laxantes	3.7	4
Ansiedad/depresión	3.7	4	Antipsicóticos	3.2	3
Disnea	3.7	4			
Insomnio	3.6	4			
Delirio	3.3	3			

Tabla II
Habilidades para reconocer necesidades espirituales y profesionales de paciente y familia; y la comunicación

	MEDIA	MEDIANA
Reconocer necesidades espirituales	3.3	3
Enfrentarse a la muerte del paciente		
Capacidad profesional	3.7	4
Capacidad emocional	3.4	3
Capacidad espiritual	3.2	3
Comunicación		
Pronostico al paciente	3.5	3
Pronostico a la familia	3.8	4
Acompañar a la familia	3.8	4

Creían tener una preparación regular para proporcionar CP.

En cuanto a la formación, consideraba regular la formación recibida, identificando que necesitaban formación de nivel avanzado el 56%, de nivel medio el 39%, nivel básico el 5% y nadie contestó que no necesitaba. El número de artículos que habían leído sobre CP en adultos en los últimos tres años variaba entre 0 y 68 siendo la mediana tres artículos.

El 97% conocía recursos de cuidados paliativos. En total nombraron 20 diferentes recursos de cuidados paliativos a nivel del País Vasco. El Hospital de San Juan de Dios de Santurtzi el 74%, Hospital de Gorliz 54%, Hospital de Santa Marina 43%, Hospital de Cruces 41% (de éstos el 7% precisaban Hospitalización a Domicilio y 34% no precisaban).

En las dos preguntas de conocimiento jurídico, el 60% conocía que es legal la limitación del esfuerzo terapéutico (el 38% no lo sabía y un 2% contestó que era ilegal); y el 80% conocía que era legal la sedación paliativa (el 19% no lo sabía y el 1% afirmó que era ilegal). En conjunto, las dos respuestas correctas las conocía casi un 55% (ver gráfico 1).

Opinaban en un 99% que el médico de familia debería proporcionar CP a sus pacientes.

Los médicos de más edad se sentían menos capacitados que los más jóvenes ($p < 0,05$) en los siguientes aspectos: el manejo de la anorexia y la astenia; necesitaban formación más básica; y conocían en menor medida la legalidad de la sedación paliativa. En el resto de variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por la edad.

Quiénes se sentían más preparados para proporcionar cuidados paliativos también lo eran en todos los demás aspectos ($p < 0,05$) salvo en las dos preguntas de contenido jurídico en las que no se observaron diferencias.

Discusión

La práctica totalidad de los médicos de atención primaria perteneciente a estas dos organizaciones sanitarias integradas (OSI) considera que los médicos de familia deben proporcionar cuidados paliativos; su capacitación la consideran en general bastante buena —y regular a veces—. Se ha observado bastante desinformación respecto a aspectos jurídicos sobre esta práctica.

Los resultados de nuestro estudio, en general, son bastante similares a los encontrados en otras investigaciones.

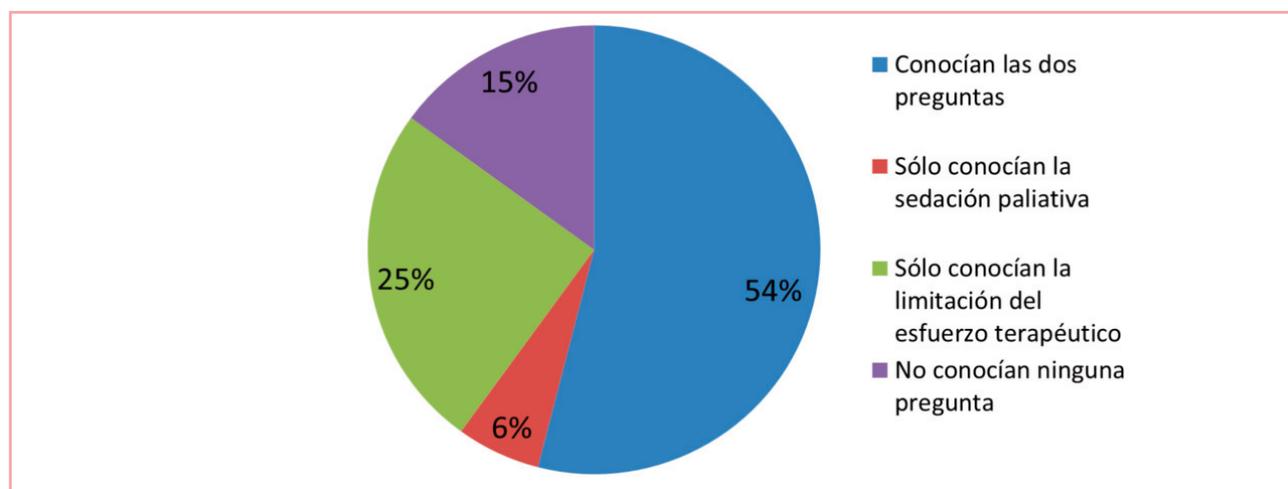


Figura 1. Conocimiento de las dos preguntas jurídicas.

La capacitación para manejo de síntomas era bastante buena en nuestro estudio y era similar a estudios realizados en Chile¹⁵, Suiza¹⁸, Dinamarca¹⁹, salvo en lo que se refiere a astenia y anorexia que era inferior en el estudio chileno.

La regular capacitación para proporcionar CP percibida en nuestro estudio era similar a un estudio realizado en Granada¹⁶. También en un estudio suizo¹⁸ la capacitación de reconocer necesidades espirituales era regular.

La regular formación recibida en CP coincidía en un estudio de Toledo¹⁷.

A la hora de decidir dejar únicamente un tratamiento sintomático que era mayoritario en nuestro estudio, coincidimos con un estudio realizado en Granada¹⁶, sin embargo era muy superior a un estudio chileno¹⁵.

Tanto en Suiza¹⁸ como en nuestro estudio, la mayoría de los médicos de familia habían tenido contacto con pacientes en cuidados paliativos. En cambio, en un estudio de EE. UU.²⁰ solo el 33% proporcionaba cuidados paliativos.

En Granada, el 58,6% de médicos sí conocía que era legal el esfuerzo terapéutico y el 77% sabía qué es la sedación paliativa, datos similares a los nuestros¹⁶.

Los profesionales coinciden con el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi (2016-2020)¹³ en desarrollar actividades de formación y asesoramiento clínico y emocional.

Nuestro estudio ha querido conocer la percepción de los profesionales pero sería interesante estudiar en un futuro la aplicación real en los pacientes para poder mejorar la atención prestada.

Conclusiones

Los médicos de atención primaria consideran que deben prestar CP, dicen tener buena preparación, sin embargo se puede mejorar su capacitación tanto en clínica, en aspectos espirituales y en conocimiento jurídico.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Hoek PD, Schers HJ, Hendriks JCM, et al. Palliative care consultations in primary care: a cross-sectional survey among Dutch general practitioners *BMJ Supportive & Palliative Care* Published Online First: 17 June 2016. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-000967.
- 2 World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> [Citado 5 de junio de 2018].
- 3 Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Actualización 2010-2014. Publicado 2011. [Citado 5 de junio de 2018]. <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>.
- 4 Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care. Canberra: The National Palliative Care Program. National Health and Medical Research Council; 2006.
- 5 Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014. <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>. [Citado 5 de junio 2018].
- 6 Technical report series n.º 804. Ginebra: OMS, 1990.
- 7 Planificación y organización de los cuidados paliativos. En: Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P, eds. Cuidados paliativos en oncología. Barcelona: JIMS, 1996; 313-321.
- 8 Olano-Espinosa E, Alonso-Pérez JL, Crespo-Garzón A, Sionis A, Sabugal-Rodelgo G, Velázquez-García A. Atención al paciente oncológico terminal en un distrito de atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 483-486.
- 9 Fernández Díaz R, Pérez Suárez MC, Cossío Rodríguez Y, Martínez González P. Actitud ante una enfermedad incurable. *Aten Primaria* 1996; 389-393.
- 10 Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. *Aten Primaria* 1997; 108-109.
- 11 Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Directorio de Cuidados Paliativos. URL: <http://www.secpal.com/directorio/index.php> [Citado 5 de junio 2018].
- 12 Espinosa J, Ela S, Beas E, Gómez-Batiste X. Directorio de cures paliatives Catalunya. *DirCat-CP* 2010. URL: <http://ico.gencat.cat> [[Citado 5 de junio 2018].
- 13 Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020. Departamento de salud - Gobierno Vasco
- 14 Approaching death: improving care at the end of life, Field, MJ, Cassel, CK (Eds), National Academy Press, Washington, DC 1997.
- 15 Paula Vial C, Patricio Ibáñez L, Alfredo Umaña V, María Margarita Reyes D, Paola Viviani, Flavio Nervi O. Autoevaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 445-52.
- 16 Luisa María Torres-Mesa, Jacqueline Schmidt-Riovalle, Inmaculada García-García. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 464-70.
- 17 Sánchez-Holgado J, Gonzalez-Gonzalez J, Torijano-Casalengua M.L. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *SEMERGEN* 2016; 19-24.
- 18 Giezendanner S, Jung C, Banderet HR, Otte IC, Gudat H, et al. (2017) General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross - Sectional Survey. *PLOS ONE* 12(2):e0170168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170168>.
- 19 Winthereik A, Neergaard M, Vedsted P, Jensen A. Danish general practitioners' self-reported competences in end-of-life care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2016;34(4):420-427. doi:10.1080/02813432.2016.1249059.
- 20 Claire K. Ankuda, MD, MPH, Anuradha Jetty, MPH, Andrew Bazemore, MD, MPH, Stephen Petterson, PhD. Provision of Palliative Care Services by Family Physicians Is Common. *JABFM* 2017 Vol. 30 No. 2.

ANEXO 1-CUESTIONARIO IKERPAL

Ponga una cruz en la respuesta que considere correcta. Intente no dejar en blanco ninguna respuesta.

1. Edad _____

2. Sexo

1.-M

2.-V

3. ¿Cómo calificaría su capacidad para el manejo adecuado de los siguientes síntomas posibles de encontrar en enfermos de cuidados paliativos?

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Dolor					
Náuseas					
Anorexia					
Astenia					
Estreñimiento					
Diarrea					
Ansiedad /Depresion					
Disnea					
Insomnio					
Delirio					

4. ¿Cómo calificaría su conocimiento de los siguientes fármacos frecuentemente utilizados en cuidados paliativos?

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Opioides					
Co-analgésicos					
Antidepresivos					
Antieméticos					
Ansiolíticos					
Laxantes					
Antipsicóticos					

5. ¿Cree que tiene la preparación adecuada para proporcionar cuidados paliativos a un paciente?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho

6. ¿Sabría reconocer las necesidades espirituales (trascendencia, miedo a la muerte, asuntos pendientes, etc.) del paciente con necesidades de cuidados paliativos?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho

7. ¿Cómo calificaría su preparación para enfrentar la muerte de su paciente? En lo profesional, en el plano emocional, en lo espiritual.

	Pésima	Mala	Regular	Buena	Muy buena
En lo profesional					
En el plano emocional					
En lo espiritual					

8. ¿Utilizaría la vía subcutánea en Atención primaria en caso de que hiciera falta?

Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante veces	Siempre

9. ¿Cómo calificaría su capacidad para el manejo adecuado de las siguientes situaciones en enfermos con enfermedades incurables?

	Pésima	Mala	Regular	Buena	Muy buena
Comunicar el pronóstico al paciente					
Comunicar el pronóstico a la familia					
Acompañar a la familia del paciente					

10. ¿Plantearía al paciente y/o familia dejar únicamente tratamiento sintomático y de confort, llegado el caso?

- 1.- SI
2.-NO

11. ¿Se ve capacitado, llegado el momento para el manejo de la sedación paliativa?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

12. ¿Ha tenido contacto con pacientes en cuidados paliativos?

- 1.- SI
2.- NO

13. ¿Debe el médico de familia proporcionar cuidados paliativos a sus pacientes?

- 1.- SI
2.- NO

14. ¿Ha recibido formación en cuidados paliativos?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

15. ¿Cree que le hace falta formación para ello?

- 1- No necesito
2- A nivel básico
3- A nivel medio
4- A nivel avanzado

16. ¿Ha leído algún artículo sobre cuidados paliativos en adultos en los últimos 3 años?

¿Cuántos? ____ (si es ninguno, ponga 0)

17. ¿Conoce alguna unidad de cuidados paliativos en el País Vasco?

1.- SI

2.- NO

18. Si ha contestado afirmativamente ¿Cuáles? (escriba todas las que conozca)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

19. Desde el punto de vista jurídico la limitación del esfuerzo terapéutico, ¿es una práctica legal según la legislación nacional o autonómica?

1.-SI

2.-NO

3.-NO SE

20. Desde el punto de vista jurídico la sedación paliativa, ¿es una práctica legal según la legislación nacional o autonómica?

1.-SI

2.-NO

3.-NO SE