

**FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL**



“Percepción sobre la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.”

AUTOR: Sebastián Diagama Restrepo.

ASESOR METODOLÓGICO: Valentín Vega Peña.

ASESORA TEMÁTICA: Marta Ximena León.

- 1. RESUMEN.**
- 2. DESCRIPCIÓN.**
 - a. Pregunta y problema de investigación.
 - b. Marco teórico.
 - c. Estado del arte.
- 3. OBJETIVOS.**
 - a. Objetivo general.
 - b. Objetivos específicos.
- 4. METODOLOGÍA.**
 - a. Tipo de estudio.
 - b. Población.
 - c. Criterios de inclusión y exclusión.
 - d. Técnica de recolección de la información.
 - e. Plan de análisis de los datos.
 - f. Variables.
 - g. Herramienta.
 - h. Consideraciones éticas.
- 5. RESULTADOS.**
- 6. DISCUSIÓN.**
- 7. CONCLUSIONES.**
- 8. BIBLIOGRAFÍA.**
- 9. ANEXO GRÁFICAS Y TABLAS.**

1. RESUMEN

Los cuidados paliativos responden al cuidado hacia el sufrimiento grave de la salud de los pacientes con enfermedades crónicas y sólo se alivian con la intervención profesional. Hoy, su acceso es limitado, y una de las barreras, es la falta de talento humano preparado. A nivel global, y en cirugía, existe mucho interés en esta formación, pero en Colombia, no hay información básica que permita mejorarla. El último estudio sobre un currículo nacional en cirugía general basado en competencias, expresa que la percepción de los cirujanos generales sobre los distintos campos de su formación no fue consultada, por lo que se infiere que se abren nuevas oportunidades para realizar estudios sobre la formación de CP en los residentes de cirugía general. Esta investigación representa una exploración novedosa del tema de los procesos de adquisición de las competencias de CP por parte de los residentes de cirugía general. Su percepción acerca de las competencias en CP, los métodos de enseñanza y, asimismo, de la calidad del aprendizaje recibido son deficientes e inadecuados. La naturaleza de los hallazgos sugiere buscar estrategias de enseñanza y aprendizaje para su implementación.

2. DESCRIPCIÓN

a. Pregunta y problema de investigación

¿Cuáles son las percepciones con respecto a los métodos de aprendizaje y la adquisición de las competencias de cuidados paliativos por parte de los residentes de cirugía general en Colombia?

Los cuidados paliativos (CP) para la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponden al “cuidado activo hacia el sufrimiento grave relacionado con la salud, comprometiendo el funcionamiento físico, social, espiritual y/o emocional y no se pueden aliviar sin intervención profesional”. Son cruciales, están en todos los niveles de atención e implican una responsabilidad ética (1).

A nivel global, la situación es preocupante a pesar del mayor interés en su desarrollo. En el 2022, la OMS estimó que alrededor de 56,8 millones de adultos y niños experimentaron un sufrimiento innecesario que puede abordarse y tratarse con cuidados paliativos (2). Se espera que este número aumente drásticamente en las próximas décadas, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (3). En el 2014, la OMS ya había estimado que 40 millones de personas en el mundo requerían atención en CP, que el 78% de los adultos con esta necesidad estaban en países de bajos o medios ingresos, como los hay en Latinoamérica (4) y que solo el 14% de los pacientes recibían atención (1).

En el 2019, la OMS mostró que la disponibilidad de servicios de CP sigue siendo escasa para pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT) a nivel mundial, como son las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, enfermedades respiratorias crónicas, entre otras. Cada año 17 millones de personas fallecen por ENT y 86% de estas muertes prematuras son en países de ingresos bajos y medios (5). Por lo que la Asamblea Mundial de la Salud ha realizado llamados a los estados miembros en estos aspectos (1, 5, 6).

Respecto de América Latina, en el 2021 se encontró un crecimiento en el total de equipos de CP (2,6 equipos / millón de habitantes), con sólo 5 países que tienen una ley específica y con 10 países que cuentan con un programa nacional de cuidados paliativos (7).

En Colombia la situación es similar. En el Ranking Mundial de CP del 2015, ocupaba el puesto 68 entre 80 países, con 5,2 millones de personas mayores de 60 años, con un aumento esperado a 2050 y el cálculo de la población objeto de CP que era de 80.000 personas año (8). Cuenta con una base normativa y los documentos guía para su aplicación (8 – 13), pero sólo dispone de 1,6 recursos asistenciales / millón de habitantes con 79 equipos en total (7). El cubrimiento está concentrado en Bogotá, Antioquia, Valle y Atlántico, y el promedio de CP por habitante (0.5 / 100.000 habitantes), es inferior frente al recomendado a nivel mundial (1 / 80.000 habitantes) (13).

Por otra parte, el sistema educativo para formar a los expertos en CP en el mundo es desigual. En Israel, Noruega, Reino Unido, Bélgica, Francia, Austria, Alemania e Irlanda la enseñanza de los CP está más desarrollada (14). El Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Alemania tienen un componente fuerte de CP en el currículo de pregrado, sin definirse dentro de la especialización de cirugía general (15). Lo mismo sucede a nivel de la Unión Europea (16), Nueva Zelanda y Japón (15), donde se trabaja la educación en el manejo de dolor como CP en residentes de cirugía general (17). En América Latina, sólo el 15 % de las facultades de medicina tienen una asignatura independiente de CP, 8 países los tienen como especialidad médica y muchos los tratan como cursos (7).

Estos datos se complementan con los aportados por el Observatorio de Bioética en Europa, que revela un acceso desigual a la formación en CP en esa región por parte de los estudiantes de medicina. En 13 países se enseñan en todas las facultades, pero es una materia obligatoria en 06 de ellas. En 15 países, se enseña únicamente en algunas universidades y en 14 no se contempla ningún tipo de formación específica en la materia (14). En 2003 el Consejo de Europa mencionó que muchos países han definido tres niveles educativos: básico, destinado a todos los profesionales sanitarios; intermedio, para aquellos que desean adquirir competencias específicas en CP, sin llegar a especializarse en la materia; y un nivel avanzado, concebido para quienes desean ser especialistas en CP. El Real Colegio de Médicos (RCP, por sus siglas en inglés) del Reino Unido y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) han desarrollado propuestas curriculares, por lo que en muchos países los CP se encuadran a nivel básico, en la formación médica continuada (FMC). Y paralelamente existen programas ordinarios con una enseñanza más avanzada, pero destinada a los no especialistas (el nivel intermedio) (18).

En cuanto a Colombia, algunos pregrados de medicina incluyen los CP dentro de su currículo (7) y en algunas facultades de medicina, enfermería, psicología y trabajo social se cuenta con posgrados específicos (19). Existe la base normativa para que la educación continua sea la estrategia básica para su desarrollo y se promueven e incentivan los posgrados (12).

Finalmente, en relación con el campo específico de la formación de CP en cirugía general, la realidad muestra que en Estados Unidos hay una preocupación creciente por su desarrollo. Pero en Europa, América Latina o Colombia no tiene la misma prioridad (7, 14, 19).

En Colombia, la educación en CP en cirugía general evidencia un vacío en los currículos de estudios, que comprenden programas educativos específicos, materias o contenidos concretos dentro de los programas de formación a nivel de posgrado. No aparece el concepto y no están descritas las competencias en este campo (20). Un documento sobre fundamentos de un currículo nacional en cirugía general basado en competencias del año 2021, que tuvo como cubrimiento la totalidad de los programas que existen en el país en cirugía general, muestra que los CP no aparecen dentro de los procesos educativos formales del residente ni en el aprendizaje

de sus competencias. El estudio concluye además que no se indagaron las percepciones de los cirujanos generales sobre los distintos campos de su formación, por lo que se infiere que se abren nuevas oportunidades para realizar estudios sobre la formación de CP en los residentes de cirugía general (20).

Este estudio pretende explorar la formación en CP en los residentes de cirugía general en Colombia, identificar sus percepciones, opiniones, experiencias, métodos de aprendizaje y oportunidades de implementar una política educativa en el tema.

b. Marco teórico

Los CP comenzaron como práctica en el Reino Unido durante la década de 1960 (21). El término nació en 1975 con el Dr. Balfour Mount, cirujano que pretendió evaluar las intervenciones para los pacientes con diagnósticos terminales, con relación a su calidad de vida (22). En 1990, la OMS estableció que el propósito de los CP se encamina hacia un total y activo cuidado de aquellos pacientes que no son responsables de su cuidado curativo ni de su enfermedad. El control del dolor, los síntomas asociados, los problemas psicológicos, sociales y espirituales eran su objetivo en pro de una mejor calidad de vida, para los pacientes y sus familias (23). Posteriormente, estableció que los CP son una parte fundamental de los servicios de salud integrados y centrados en las personas, para aliviar el sufrimiento grave relacionado con la salud, físico, psicológico, social o espiritual. Son una responsabilidad ética mundial (1).

En Colombia, los CP surgieron como campo de acción en 1980 en Medellín, en el Hospital San Vicente de Paúl. En 1995 se creó la primera especialidad médica en el Instituto Nacional de Cancerología y en 1996 nació la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (7).

Más adelante, se organizó la estructura jurídica de los CP (Ley 1733 de 2014) que en su artículo 4º establece que son aquellos apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. Su propósito es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia (11). Su implementación se complementó con leyes, circulares y resoluciones, con elementos teóricos, conceptuales y metodológicos (8, 10, 13). Además, se organizó una infraestructura física, se capacitó al personal asistencial y se definió la política nacional de Cuidados Paliativos (11).

En materia de educación médica para la atención de CP, el país también dispone de una Política Nacional de Talento Humano en Salud (24), una Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia (25) y una ley específica en el fomento de la educación en CP (12). La ley 1733 de 2014 (artículo 7º) estableció que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) garantizarán la atención en CP con personal capacitado en este tema (11).

De otro lado, el marco teórico de la formación posgradual de los cirujanos generales en Colombia, se soporta en el estatuto educativo (26, 27), complementado con los acuerdos de aprobación interna, las resoluciones de aprobación del registro calificado, las condiciones mínimas del programa, que incluyen asignaturas, créditos, semestres y duración; así como los documentos maestros de los programas.

Los posgrados de cirugía general en Colombia no tienen una norma que fije condiciones comunes y no hay un currículo nacional adoptado por acuerdo de los programas. La formación específica en CP no es un tema común a los programas existentes y tampoco aparece como asignatura, dominio o campo de formación autónomo en alguno de ellos. Y los dominios generales de competencia profesional en la formación del residente de cirugía general, son el conocimiento, la comunicación, la ética, el cuidado integral del paciente y la práctica basada en el sistema de salud (20). Se posibilita una ausencia en la formación profesional del cirujano sobre las competencias en CP, las cuales se incorporan en un aprendizaje experiencial y en el sitio de trabajo, dentro de su labor asistencial y académica diaria. En consecuencia, el aprendizaje se surte desde el individuo y no es y formalizado dentro de una metodología pedagógica explícita en el programa de estudios.

El concepto de competencia es una combinación de atributos ligados al conocer, comprender, saber cómo actuar y saber cómo ser, que describen el nivel de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarse en torno a un contenido aprendido o frente a una situación de estudio o trabajo (28). Los métodos de aprendizaje se entienden como un conjunto de procesos que pueden facilitar la adquisición, almacenamiento y utilización de la información más específicamente. Son procesos de toma de decisiones (conscientes e intencionales) mediante los cuales el alumno elige y recupera los conocimientos que necesita para satisfacer una determinada demanda o lograr un objetivo, dependiendo de las características de la situación educativa en que se produce la acción (29).

El aprendizaje de los CP en las especializaciones de cirugía general en Colombia, podría desarrollarse en el currículo oculto, en situaciones clínicas como obstrucción intestinal maligna, dolor crónico por una enfermedad terminal, disfagia irreversible, entre otros. Este es definido como “el currículo latente o tácito, no explicitado por el sistema o institución, que comprende el conjunto de aprendizajes no previstos que de forma asistemática y no intencional tienen lugar en el medio escolar” (30). La educación experiencial asegura que a las personas se les debe entrenar para hacerlas responsables de sus propias vidas, y que se les debe educar a través del enfrentamiento directo de la vida (31), como la práctica quirúrgica diaria.

Por lo anterior, acudiendo al cuerpo conceptual y normativo de la educación (28), será posible evaluar las percepciones, opiniones y las experiencias de los residentes de cirugía general sobre su formación en CP, que pueden ir más allá de las asignaturas o el currículo formal. Para ello se puede acudir a la ley 115 (artículo 1º) establece los conceptos de educación, educación formal (artículo 10) y currículo (artículo 7) (27).

Finalmente, la percepción se entiende como una hipótesis del fenómeno, que se basa en inferencias con conocimientos previos y experiencias pasadas, lo que permite la definición de nuevas hipótesis, que al ser recopiladas ofrecen información que no se conoce (32). Este sería el caso de la investigación propuesta dado que no hay estudios sobre la percepción de los distintos campos de su formación del cirujano general.

c. Estado del arte

En Estados Unidos la importancia y el reconocimiento de los CP como parte del actuar de un cirujano general se explicitaron desde 1998, cuando el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) planteó los principios de tratamiento en el fin de vida (33). En 2007, todos los residentes de cirugía general de la Escuela de Medicina de Brown en Rhode Island afirmaron la necesidad de formación en CP (34). En el año 2008 se mencionó la necesidad de

formación de los cirujanos, con respecto a la comunicación hacia los pacientes en temas relacionados con CP (35). En 2010 se mostró que la formación basada en lecturas individuales era sub-óptima (36). En el 2016 se documentó un mayor beneficio con el entrenamiento en CP por parte de los residentes de cirugía general, en términos de actitudes, conocimientos y percepciones (37).

En 2019, el grupo de cirugía de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, planteó que los métodos de entrenamiento en CP para cirujanos eran inadecuados e inapropiados, ya que solo el 58,8% de los residentes evaluados eran competentes para tratar o referir pacientes a CP (38). Mientras que en la Universidad de Salud y Ciencia de Oregon, Estados Unidos, se mostró que para los residentes de cirugía general el entrenamiento en CP genera beneficios en múltiples aspectos de su práctica, pues muchas cirugías envuelven decisiones que exigen grandes explicaciones sobre temas de CP. Allí todos los residentes encuestados consideraron necesaria la formación en CP (39).

Un estudio realizado en los programas de residencia en cirugía general del estado de Michigan, Estados Unidos en 2019, identificó cuatro factores que influyen los CP en cirugía: el entrenamiento y educación del residente, las actitudes del residente frente a los CP, el conocimiento sobre el tema, y el entrenamiento en tópicos no relacionados con la cirugía (38).

El Departamento de Cirugía de Beth Israel Deaconess Medical Center en Boston, demostró que el tema de CP es una necesidad, un componente crítico y un campo de formación en la práctica del cirujano, aunque con un mal direccionamiento hacia el currículo formal (40). En 2022, la División de Trauma del Departamento de Cirugía y Cuidado Crítico de la Universidad de Oregon, Estados Unidos, documentó la necesidad de conocimientos básicos y competencias en CP en un cirujano (41, 42).

Una revisión de la literatura sobre el entrenamiento y los recursos en CP para cirujanos, publicada en el año 2022, documentó un aumento en los procesos de enseñanza y aprendizaje en los programas de Estados Unidos, aunque con limitaciones para su implementación, ante las restricciones del tiempo protegido para estas actividades. Se planteó la necesidad de su incorporación en el currículo de estudios, con un posible impacto en los desenlaces de las cirugías y por tanto en los pacientes (43).

En Europa hay problemas educativos asociados a CP, tales como la ausencia de un proceso de especialización oficial para médicos, pocas escuelas de formación, y el bajo porcentaje de escuelas de medicina por país, así como la variación de la forma en que se enseña. Solo 9 países enseñan CP como materia específica obligatoria en todas las facultades de medicina (Austria, Reino Unido, Bélgica, Estonia, Francia, Alemania, Luxemburgo, República de Moldavia y Suiza). Otros 7 países enseñan obligatoriamente en combinación con otros programas, como CP y Oncología. Y no hay una relación explícita en las especializaciones de cirugía general (44).

Para el caso de Asia, las conferencias de Cuidados Paliativos del Centro Lien en Singapur en 2021 y 2022, no trataron sobre cirugía general ni educación en CP quirúrgicos (45, 46). Además, la Universidad de Duke en Singapur, desarrolla cursos en CP, pero no están incluidos dentro de los programas de cirugía general. Lo mismo se observa en la comparación por países, a pesar que dentro del top 10 hay 3 países asiáticos (45). Mientras que, en Australia el Colegio Real Australasiano de Cirujanos (RACS, por sus siglas en inglés) incentiva la formación en CP para los cirujanos generales como un rol importante en el fin de vida de los pacientes (47).

En el caso de América Latina, si bien hay programas de formación para especialistas en CP, su implementación está ausente en los programas de posgrados de cirugía (7). Frente a Colombia, los estudios y documentos sobre CP muestran que no hay de manera explícita formación en CP en los cirujanos generales, aunque se consideran como atributos deseables en todo médico, independiente de su nivel de formación o especialidad (20, 48).

3. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Establecer las percepciones con respecto a los métodos de aprendizaje y la adquisición de las competencias de cuidados paliativos por parte de los residentes de cirugía general en Colombia.

b. Objetivos específicos:

- Caracterizar las percepciones por parte de los residentes de cirugía general en Colombia con respecto al aprendizaje en CP.
- Establecer los métodos de aprendizaje en CP por parte de los residentes de cirugía general en Colombia.
- Identificar las posibles relaciones entre las metodologías de aprendizaje de CP y su nivel de conocimientos percibidos con respecto a las competencias en CP propias de la formación en cirugía general en Colombia.
- Establecer un diagnóstico con el fin de proponer mejorías en el proceso formativo en CP en las residencias de cirugía general en Colombia.

4. METODOLOGÍA

a. Tipo de estudio:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal (49, 50).

b. Población de estudio:

Residentes de cirugía general de los 20 programas de cirugía general existentes en Colombia, que voluntariamente acepten participar. Estudio de carácter censal. No se considerará alguna técnica de muestreo. La población de residentes académicamente activos en el país es de 383 individuos, en los 20 programas de cirugía general, de acuerdo con la información obtenida en los diferentes programas de residencia (51). Todos ellos son factibles de ser entrevistados.

c. Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyeron los residentes inscritos y matriculados en un programa de especialización de cirugía general en Colombia, activos académicamente en el 2023. Únicamente participaron residentes de primera especialidad.

Se excluyeron los residentes que se encontraban en suspensión temporal de su programa académico. De igual manera, las encuestas con información incompleta no se consideraron para el análisis.

d. Técnica De Recolección De La Información:

Se construyó un cuestionario el cual se socializó a través de la plataforma de Google Forms, y se envió el link por correo o por vía Whatsapp a todos los residentes de cirugía general del país, explicando el propósito del estudio. Para ello, se contactó a los jefes de residencia de los 20 programas de cirugía general, con el fin de lograr recolectar la mayor cantidad de respuestas de residentes de cirugía general en el país. Se consideró una posible pérdida de la información en un 30% de los residentes. La cercanía del investigador principal del trabajo con los residentes de los distintos programas, como una comunidad de práctica interrelacionada, posiblemente disminuyó esta cifra. Se efectuaron esfuerzos adicionales y enfocados en programas donde se evidenció una baja tasa de respuesta, para aumentar el número de participantes en el trabajo.

El cuestionario se anexa al final del documento.

e. Plan De Análisis De Los Datos Según El Tipo De Variable:

Posterior a la recolección de los datos se revisó la información registrada para evitar posibles inconsistencias o duplicaciones mediante análisis y limpieza de los datos. Posteriormente, se realizó un análisis exploratorio de los datos, donde se evaluó su normalidad, valores extremos y la necesidad de realizar transformaciones estadísticas. Se evaluó la normalidad en la distribución de los datos a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Con los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo de las variables el cual está determinado según su clasificación. Las variables cualitativas se analizaron por medio de medidas de frecuencia relativa o absoluta y las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y de dispersión (promedios y desviaciones estándar/ mediana y rango intercuartílico RIQ), según cada caso.

Para esto, se definieron como las principales competencias en CP a evaluar en los residentes de cirugía general, y que deben hacer parte de su formación integral como cirujanos generales las siguientes:

- Manejo del dolor en pacientes terminales / crónicos.
- Manejo de la disnea en pacientes terminales / crónicos.
- Manejo de la obstrucción intestinal en pacientes terminales / crónicos.
- Pertinencia de traqueostomía, gastrostomía, colostomías en pacientes terminales / crónicos.
- Soporte nutricional en pacientes terminales - crónicos en pacientes terminales / crónicos.
- Decisiones en dilemas éticos en pacientes terminales / crónicos.
- Asistencia en situaciones de “fin de vida” en pacientes terminales / crónicos.

Se identificaron los rangos (bajo, medio y alto) del nivel de conocimientos percibido global, y la percepción global de calidad de la formación en CP de los residentes en competencias en CP, por medio de la técnica Baremos.

Se identificó el nivel de conocimientos percibido por los residentes en cada una de estas competencias, se establecieron dos categorías en cuanto al nivel de conocimiento percibido, siendo alto nivel (Likert ≥ 4) y bajo nivel (Likert < 4).

Se realizaron los test estadísticos en el programa R-Studio.

Se efectuó un análisis bivariado del nivel de conocimiento promedio percibido vs las variables cualitativas de aspectos demográficos, propios de la universidad y los métodos de aprendizaje, mediante la prueba de Chi cuadrado y/o test de Fischer. También, se realizó un análisis bivariado de cada una de las variables de las percepciones sobre el nivel de conocimiento en CP vs cada una de las variables de los métodos de aprendizaje, excluyendo las modalidades de enseñanza recibida en CP, mediante la prueba de Chi cuadrado.

Además, se realizó el test de Kruskal-Wallis para cada una de las modalidades de enseñanza vs cada una de las variables de las percepciones sobre el nivel de conocimiento en CP.

Por otro lado, se realizó el análisis bivariado de cada una de las variables de las percepciones sobre el nivel de conocimientos en CP vs cada variable equivalente de las percepciones sobre la formación en CP, mediante el test de Mann-Whitney.

Por último, se evaluó la relación entre el año de residencia y el nivel de competencia percibido, mediante análisis de correlación de Spearman.

f. Variables

CATEGORÍAS DE VARIABLES	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA DE LA VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Aspectos demográficos	Identidad	Número de documento de identidad	cuantitativa - discreta	Número
	Género	Identificación sexual	cualitativa - nominal politómica	a. Masculino b. Femenino c. Otro
	Edad	Años cumplidos	cuantitativa - discreta	Número de años
Aspectos de la universidad	Carácter de la universidad	Carácter privado o público de la universidad	cualitativa - nominal dicotómica	a. Pública b. Privada
	Año actual de residencia	Año de residencia que estudia actualmente	cuantitativa - discreta	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4
Métodos de aprendizaje	Rotación en cuidados paliativos	Aprendizaje de cuidados paliativos en rotación específica de cuidados paliativos	cualitativa - nominal dicotómica	a. Sí b. No
	Rotación en cirugía oncológica	Aprendizaje de cuidados paliativos en rotación de cirugía oncológica	cualitativa - nominal dicotómica	a. Sí b. No
	Contacto con especialistas en cuidados paliativos	Aprendizaje de cuidados paliativos con apoyo profesoral	cualitativa - nominal dicotómica	a. Sí b. No
	Modalidad de enseñanza recibida en cuidados paliativos	Metodología de enseñanza recibida en cuidados paliativos	cualitativa - nominal politómica	a. Clases teóricas (virtual o presencial) b. Juntas multidisciplinares c. Actividades prácticas durante la residencia d. Talleres / conferencias e. Material didáctico f. Otro

Percepciones sobre el nivel de conocimientos en cuidados paliativos	Manejo del dolor	Percepción sobre el nivel de conocimiento en el manejo del dolor en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Manejo de la disnea	Percepción sobre el nivel de conocimiento en el manejo de la disnea en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Manejo de la obstrucción intestinal	Percepción sobre el nivel de conocimiento en el manejo de la obstrucción intestinal en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Pertinencia de traqueostomía, gastrostomía, colostomías	Percepción sobre el nivel de conocimiento en la pertinencia de traqueostomía, gastrostomía o colostomía en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Soporte nutricional en pacientes terminales - crónicos	Percepción sobre el nivel de conocimiento acerca del soporte nutricional en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Dilemas éticos	Percepción sobre el nivel de conocimiento en la resolución de dilemas éticos en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Asistencia en situaciones de "fin de vida"	Percepción sobre el nivel de conocimiento en la asistencia en situaciones de "fin de vida" en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
Percepciones sobre la formación en cuidados paliativos	Manejo del dolor	Percepción sobre la formación en el manejo del dolor en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Manejo de la disnea	Percepción sobre la formación en el manejo de la disnea en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Manejo de la obstrucción intestinal	Percepción sobre la formación en el manejo de la obstrucción intestinal en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Pertinencia de traqueostomía, gastrostomía, colostomías	Percepción sobre la formación en la pertinencia de traqueostomía, gastrostomía o colostomía en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Soporte nutricional en pacientes terminales - crónicos	Percepción sobre la formación acerca del soporte nutricional en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Dilemas éticos	Percepción sobre la formación en la resolución de dilemas éticos en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo
	Asistencia en situaciones de "fin de vida"	Percepción sobre la formación en la asistencia en situaciones de "fin de vida" en pacientes terminales / crónicos	cuantitativa - ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni desacuerdo d. Desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

g. Instrumentos:

Encuesta on-line (anexo 1).

h. Consideraciones éticas:

Este proyecto se acoge a la normativa nacional que regula la investigación clínica en Colombia según las resoluciones 8430 de 1993 (52) y la 2378 de 2008, y a los acuerdos internacionales de ética de investigación en humanos (declaración Helsinki). Debido a su carácter de estudio observacional, el cual no requiere intervención alguna se considera como investigación sin riesgo.

Su carácter de anonimidad asegura la privacidad al participante. Se explicitó en el formato de recolección de datos, la obligación de la confidencialidad por parte de los investigadores, de acuerdo con la ley de Habeas data 1255 de 2008, vigente para nuestro país, la cual regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones. No obstante, por tratarse de información sensible a obtener, se documentó claramente en el formato recolector los propósitos académicos del estudio y la autorización del participante para el uso de la información.

5. RESULTADOS

Se recolectaron en total 228 respuestas (59.5% del total de residentes en cirugía general Colombia). La distribución por género evidenció 103/228 mujeres (45.2%) y 125/228 hombres (54.8%). La edad promedio fue de 29.86 años. El carácter de la universidad corresponde a 150/228 (65.8%) individuos en programas de universidades privadas y 78/228 (34.2%) de universidades públicas. La caracterización de las variables demográficas de los encuestados y su distribución por año de residencia se ilustran en la **Tabla 1**.

El 7.8% (18/228) de los encuestados mencionó que tuvo rotación en cuidados paliativos, el 66.6% (152/228) en cirugía oncológica y asimismo el 66.6% (152/228) tuvo un contacto con especialistas en cuidados paliativos durante su proceso formativo. Las estrategias pedagógicas encontradas fueron: material didáctico 1/228 (0.4%), talleres 12/228 (5.3%), clases teóricas 31/228 (13.6%), actividades prácticas 52/228 (22.8%), juntas multidisciplinarias 62/228 (27.2%), y otros 70/228 (30.7%).

El 29.3% (67/228) de los encuestados correspondió al rango alto, 63.1% (144/228) al medio y 7.4% (17/228) al bajo del nivel de conocimiento global percibido. El 21.05% (48/228) se identificó como rango alto, 60.08% (137/228) a medio y 18.85% (43/225) a bajo de la percepción de la calidad de la formación en CP por los residentes, tal como se ilustran en las **Gráfica 1 y Gráfica 2**.

El alto nivel percibido de conocimientos (puntuaciones de la escala de Likert ≥ 4 , en las preguntas) con respecto a las competencias de CP evaluadas, fue de 26.75% (61/228) en manejo de dolor, 19.29% (44/228) en manejo de disnea, 83.77% (191/228) en manejo de obstrucción intestinal, 75.43% (172/228) en definición de pertinencia de estomas (traqueostomías, gastrostomías y colostomías), 68.42% (156/228) en definición de soporte nutricional, 37.28% (85/228) en toma de decisiones con respecto a dilemas éticos, y 28.07% (64/228) en asistencia en fin de vida en pacientes terminales / crónicos.

De acuerdo con el test de Kolmogorov-Smirnov, no se cumplieron los parámetros para una distribución normal ($p = <0.001$).

No hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento promedio percibido por los residentes, y las variables demográficas, de la universidad, año de entrenamiento y, asimismo, el haber tenido rotación específica en CP, en cirugía oncológica o un aprendizaje por contacto con especialistas en CP (test de Chi cuadrado y/o Fischer $p > 0.05$).

La evaluación de las modalidades de enseñanza utilizadas para la adquisición de cada una las competencias en CP, no documentó diferencias estadísticamente significativas (test de Kruskal-Wallis $p = >0.05$).

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las percepciones sobre la calidad del proceso formativo y la adquisición del conocimiento percibido en el manejo de la obstrucción intestinal (test de Mann-Whitney $p = <0.001$), definición de pertinencia de estomas ($p = <0.001$), en definición de soporte nutricional ($p = 0.0095$), en toma de decisiones con respecto a dilemas éticos ($p = <0.001$), y en asistencia en fin de vida ($p = 0.0127$) en pacientes terminales / crónicos. No hubo asociación en el manejo de dolor ($p = 0.15$) y disnea ($p = 0.3$) en pacientes terminales / crónicos.

No se encontraron asociaciones entre el año de residencia y la adquisición del nivel de conocimientos de cada competencia en CP, a excepción del conocimiento en la pertinencia de traqueostomía, gastrostomía y colostomía (test de correlación de Spearman $p=0.025$). Una evaluación gráfica documentó una correlación débil entre estas variables (Coeficiente de correlación $R= 0.1480$) (**Gráfica 3.**)

6. DISCUSIÓN

De acuerdo con esta investigación, el aprendizaje tanto teórico (material didáctico, clases teóricas y talleres / conferencias), como el práctico (rotaciones clínicas y actividades prácticas diarias), no tuvieron efecto significativo en el nivel percibido de conocimiento en CP en los residentes de cirugía general de Colombia. El aprendizaje de las competencias en CP no se asoció con el año de entrenamiento, ni de forma específica con la presencia de una rotación clínica en CP.

Desde 1998 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) reconoció la importancia de los CP como parte del ejercicio de los cirujanos (33). Posteriormente, se planteó la necesidad de implementar competencias en CP durante su proceso de formación profesional (35, 39, 41- 42). Sin embargo, la educación en CP para los cirujanos generales es aún deficiente o inexistente en diferentes partes del mundo (15, 16, 44 - 46), aunque hay una preocupación creciente por su desarrollo dado el impacto positivo en los pacientes terminales / crónicos (33 - 42, 47). Una investigación reciente en Colombia sugirió la necesidad de profundizar más sobre este tema, en una ilustración de su deficiencia pedagógica al interior de los programas de formación de cirujanos del país (20).

Los cuidados paliativos (CP) son una parte esencial de la práctica de la cirugía general, ante la necesidad de procedimientos quirúrgicos y toma de decisiones en situaciones complejas en pacientes con enfermedades avanzadas o terminales, con el fin de mejorar su calidad de vida (39). En consonancia, el aseguramiento de un nivel elevado de competencias en CP en los residentes de cirugía general, es un tema altamente pertinente (34, 35, 39, 40). Los resultados de este trabajo documentan una adquisición temprana de un nivel percibido de competencias durante su entrenamiento (años 1 y 2), aunque no varía de forma significativa durante el curso del entrenamiento en la residencia.

El bajo nivel de conocimientos percibidos y deficiente calidad de los métodos de aprendizaje, hablan de una escasa formación en CP durante la especialización de cirugía general en Colombia, de forma análoga a lo descrito en el pregrado y en otras especialidades médicas en el mundo (7, 14-17). El aumento pronosticado de las necesidades globales y nacionales de CP, el déficit actual de servicios disponibles (3, 4, 7, 8, 13) y la oferta de alternativas terapéuticas, hacen necesario mejorar el entrenamiento de residentes de cirugía general en cuidados paliativos. Aun cuando el establecer una asignatura específica de CP, tal y como se estableció en este trabajo, no represente una ventaja en la adquisición de estas competencias, posiblemente el lograr procesos de tutoría con técnicas de aprendizaje basado en casos, participación en juntas multidisciplinarias, escenarios de deliberación con pacientes y sus familias, podrían hacer una diferencia en la incorporación de estos conocimientos. De igual manera, su utilidad futura como una actividad de práctica clínica es extensible a todas las posibles subespecialidades de un cirujano (coloproctología, cirugía de tórax, cirugía de seno, etc.). Asimismo, este panorama de la enseñanza es aplicable a demás especialidades y subespecialidades médicas.

La calidad baja-media percibida de la enseñanza de estas competencias identificadas en el presente estudio, están en concordancia con lo descrito en 2019 por el grupo de cirugía de la Universidad de Michigan, donde se planteó que los métodos de entrenamiento en CP para cirujanos eran inadecuados e inapropiados (36, 38). Igualmente, la implementación curricular ha enfrentado dificultades, como las reportadas el departamento de Cirugía de Beth Israel Deaconess Medical Center en Boston (40), entre las que se destaca la limitación del tiempo destinado para la instrucción de estos contenidos (43). Identificar e implementar una metodología adaptada al contexto y las necesidades de un currículo de cirugía es un desafío que debe ser abordado a la luz de los avances del conocimiento, preferencias de los pacientes y la complejidad de los casos.

La complejidad y la pertinencia del tema obliga a establecer un espacio en los programas educativos, posiblemente con acompañamiento de especialistas en cuidado paliativo en tiempo real en casos debatibles y con la participación de personal de la salud (enfermería, rehabilitación, nutrición, cirugía, cuidado paliativo).

La racionalidad en los costos de intervenciones fútiles, la incorporación de nuevas perspectivas en fin de vida y la autonomía del paciente, como elementos cada vez más reconocidos por la comunidad académica, la familia y las instituciones de salud, apoyan la generación de espacios deliberativos que buscan el bienestar común para todos los actores del sistema. La participación activa de un residente en este escenario favorece y humaniza su aprendizaje, para el caso que nos compete de cirugía general.

Este estudio presenta fortalezas. No se conoce hasta la fecha por parte de los autores, estudios similares que exploren este tema en la literatura latinoamericana. La ausencia de asociaciones entre la calidad de enseñanza con el nivel de adquisición de las competencias en CP y, asimismo, de los métodos de enseñanza empleados, describen un posible aprendizaje experiencial, reflexivo y probablemente, mediado por un currículo oculto en el que interviene la imitación, los conocimientos previos adquiridos desde su pregrado y una construcción de conocimientos y actitudes propios de un encuentro clínico complejo, como lo constituye un paciente en condición terminal. Se abre una ventana de investigación para explorar a profundidad en este aspecto.

Dentro de las limitaciones de la investigación, se reconoce su naturaleza cuantitativa en un tema con alta carga emocional que influye en la toma de decisiones para los actores del sistema de salud y el cual, merece ser explorado desde una perspectiva de investigación cualitativa. De igual manera, no se consideró la perspectiva de los docentes en la adquisición del nivel de las competencias y su calidad de la enseñanza.

Esta investigación representa una exploración novedosa del tema de los procesos de adquisición de las competencias de CP por parte de los residentes de cirugía general. La naturaleza de los hallazgos sugiere estrategias de enseñanza y de aprendizaje no conocidos, que podrían ser potenciados como parte del proceso formativo de los residentes. Considerar la perspectiva de los pacientes y sus familias, así como de los profesores y personal paramédico, representan elementos evaluativos adicionales de la calidad y el nivel de adquisición de estas competencias, en un residente de cirugía general.

7. CONCLUSIONES

La percepción de los residentes de cirugía general en Colombia acerca de las competencias en CP, los métodos de enseñanza y, asimismo, de la calidad del aprendizaje recibido son deficientes e inadecuados para la complejidad de los pacientes a su cargo. Las competencias en CP se adquieren dentro de un currículo no explícito en los programas de formación en cirugía general en Colombia. Estructurar y facilitar este proceso de enseñanza y aprendizaje del CP es necesario como parte de la formación integral de un cirujano.

La complejidad del tema amerita investigaciones adicionales que involucren las perspectivas de los demás actores en los procesos de atención en salud en pacientes que se benefician de un CP. Es responsabilidad de los programas educativos la formación de sus estudiantes, el CP es una competencia necesaria, reconocida y deficiente en la educación de los cirujanos de Colombia.

8. BIBLIOGRAFIA

1. 2022. *Definición Cuidados Paliativos*. Organización Mundial de la Salud OMS. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
2. Connor, S. R. (2020). *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition*. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.
3. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240033351>
4. 2020. *Datos de Cuidados paliativos*. Organización Mundial de la Salud OMS. Fecha de consulta: noviembre 28 de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. 2022. *Enfermedades no transmisibles*. Organización Mundial de la Salud OMS. Fecha de consulta: noviembre 28 de 2022. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
6. Sánchez-Cárdenas MA, Correa JE, Guerrero AC, Suarez VK, Moreno JR, León MX. *Estrategias de evaluación del desarrollo de los Cuidados Paliativos: una revisión sistemática*. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/JaTomado de iana.rgps20.eedc>
7. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 (2ª ed.)*. Houston: IAHPC Press.
8. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Lineamientos para la Atención Integral en Cuidados Paliativos*. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamnts-cuidvs-paliatvs-gral-pediatrc.pdf>
9. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *ABECÉ Cuidados Paliativos*. MinSalud - Gobierno de Colombia. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2022. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abec-e-cuidados-paliativos.pdf>
10. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción)*. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-cuidados-paliativos-adopcion.pdf>
 11. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (septiembre 8 de 2014). *Ley 1733 de 2014*. Diario Oficial 49268.
 12. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (8 de julio de 2022). *Ley 2241 de 2022*. Diario Oficial 52089
 13. Corredor, O. 2018. Documento: *Apoyo prestado en el desarrollo y seguimiento de estrategias para el proceso de la atención integral en cuidados paliativos*. MinSalud, Gobierno de Colombia. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/apoyo-implementen-cuidos-paliativos.pdf>
 14. Observatorio de Bioética UCV. (2015). *Cuidados Paliativos. La formación de los estudiantes de medicina en Europa*. Observatorio de Bioética Instituto Ciencias de la Vida, Universidad Católica de Valencia. <https://www.observatoriobioetica.org/2015/07/cuidados-paliativos-la-formacion-de-los-estudiantes-de-medicina-en-europa/9035>
 15. Latta, L., & MacLeod, R. D. (2019). *Palliative Care Education: An Overview*. Springer.
 16. Doyle, D. (2013). *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools*. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf>
 17. Oya, H. (2012). *Mandatory Palliative Care Education for Surgical Residents: Initial Focus on Teaching Pain Management*. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 43(2), 170–175. <https://doi.org/10.1093/jjco/hys205>
 18. O'Brien, T., & Adoptada por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 en la 860a Reunión de Representantes Ministeriales. (2003). *Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est6.pdf.pdf
 19. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2021). *Estado actual de los Cuidados Paliativos en Colombia*. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos.
 20. Domínguez LC, Sanabria AE, Torregrosa-Almonacid L, Sánchez W, Vega NV, Vargas F, et al. *Fundamentos para un currículo nacional en Cirugía General basado en competencia: Consenso Delphi de la División de Educación de la Asociación Colombiana de Cirugía*. *Rev Colomb Cir*. 2021;36:582-98. <https://doi.org/10.30944/20117582.898>

21. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. (2017). *Historia de los Cuidados Paliativos & el Movimiento Hospice*. SECPAL.
<http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/01/MovHospice.-SECPAL.pdf>
22. American College of Surgeons, Dunn, G. P., & Dunn, G. P. (2009). *Surgical Palliative Care: A Resident's Guide*.
23. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>
24. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. *Política nacional de talento humano en salud*. 2018. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2022. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
25. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Educación Nacional. *Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia*. Fecha de consulta: diciembre 1 de 2022. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/transformacion-educacion-medica-colombia.pdf>
26. República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Normatividad. MinEducación - Gobierno de Colombia. Fecha de consulta: enero 2 de 2023. Disponible en: <https://www.mineduccion.gov.co/portal/Normatividad/>
27. República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Normas Generales de la Educación Superior. MinEducación - Gobierno de Colombia. Fecha de consulta: enero 2 de 2023. Disponible en: <https://www.mineduccion.gov.co/1621/w3-printer-184681.html>
28. Torres, U., & Verificación y Evaluación de las Condiciones de Calidad. Ministerio de Educación de Colombia. (2022). *Referentes conceptuales para la comprensión de los resultados de aprendizaje en los procesos de autoevaluación*.
29. Meza, A. (2013). *Learning strategies. Definitions, classifications and measuring instruments*. *Propósitos y Representaciones*, 1(2), 193–213. doi:
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2013.v1n2.48>
30. De Costilla, J., & Graciela, M. (2006). *El Currículo Oculto de una Experiencia Aulica*. *Acta Latinoamericana de Matemática Educativa*, 19, 259–265.
31. Clark, J., & Combariza Echeverry, X. (Eds.). (2005). *Educación Experiencial (Vol. 17)*. Magisterio.
32. Mann, S. (2017). *La biblia de la psicología: Tú, este libro y la ciencia de la mente (Spanish Edition)*. Gaia.
33. *Statement on principles guiding care at the end of life*. American College of Surgeons' Committee on Ethics. *Bull Am Coll Surg*. 1998 Apr;83(4):46. PMID: 10179260.
34. Klaristenfeld, D. D., Harrington, D. T., & Miner, T. J. (2007). *Teaching palliative care and end-of-life issues: a core curriculum for surgical residents*. *Annals of Surgical Oncology*, 14(6), 1801–1806. <https://doi.org/10.1245/s10434-006-9324-1>
35. Bradley CT, Brasel KJ. *Core competencies in palliative care for surgeons: interpersonal and communication skills*. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007 Dec-2008 Jan;24(6):499-507. doi: 10.1177/1049909107310063
36. Bradley CT, Webb TP, Schmitz CC, Chipman JG, Brasel KJ. *Structured teaching*.

- Experiential learning of palliative care for surgical residents. Am J Surg.* 2010;200(4):542e547. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.12.014>
37. Raoof M, et al., *Prospective evaluation of surgical palliative care immersion training for general surgery residents, The American Journal of Surgery* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.11.032>
38. Suwanabol, P. A., Vitous, C. A., Perumalswami, C. R., Li, S. H., Raja, N., Dillon, B. R., Lee, C. W., Forman, J., & Silveira, M. J. (2020). *Surgery residents' experiences with seriously-ill and dying patients: An opportunity to improve palliative and end-of-life care. Journal of Surgical Education*, 77(3), 582–597. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.12.013>
39. Bonanno, A. M., Kiraly, L. N., Siegel, T. R., Brasel, K. J., & Cook, M. R. (2019). *Surgical palliative care training in general surgery residency: An educational needs assessment. American Journal of Surgery*, 217(5), 928–931. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.01.008>
40. Allar, B. G., Weinstock, J., Buss, M. K., & Kent, T. S. (2022). *Palliative care education for surgical residents: Current practices and future directions. Journal of Surgical Education*, 79(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.06.021>
41. Schultz, K., Howard, S., Siegel, T., Zonies, D., Brasel, K., Cook, M., & Moreno, K. (2022). *Supporting surgical residents learning clinical palliative care: Insights from multi-disciplinary focus groups. American Journal of Surgery*, 224(2), 676–680. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.02.062>
42. Schultz, K., Howard, S., Moreno, K., Siegel, T., Zonies, D., Brasel, K., & Cook, M. (2022). *Teaching primary palliative care to general surgical residents: A novel pedagogical approach drawn from multi-disciplinary focus group data. American Journal of Surgery*, 224(1 Pt B), 396–399. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.02.001>
43. Jafri, S. M., Vitous, C. A., & Suwanabol, P. A. (2022). *Palliative care education in surgery. Annals of Palliative Medicine*, 11(2), 871–884. <https://doi.org/10.21037/apm-20-2046>
44. Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., de Lima, L., Pons, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Julie Ling, D. M., & Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. University of Navarra ATLANTES Research Program Institute for Culture and Society (ICS)*. <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdf>
45. Duke-NUS Medical School. (2021). *Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. Duke-NUS Medical School Lien Centre for Palliative Care*. <https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-of-death/country-reports/SGP/>
46. Duke NUS Medical School. (2022). *LCPC Palliative Care Conference 2022. Duke NUS Medical School Lien Centre for Palliative Care*. <https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/research/lcpc-palliative-care-conference-2022>
47. Royal Australasian College of Surgeons. (2020). *End of life care. Royal Australasian College of Surgeons*. <https://www.surgeons.org/about-racs/position-papers/end-of-life-care-2020>
48. Rico, M. F., Pardo, A. A., & Guerrero G, D. A. (2020). *Cuidados Paliativos al Final de la Vida en Latinoamérica: Estado del Arte. Universidad Nacional de Colombia*.
49. Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4a ed.)*. SAGE Publications.

50. *Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación 6 edición. McGraw Hill Higher Education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>*
51. *República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Consulta de Programas – Sistema Nacional de Información para la Educación Superior en Colombia SNIES. (2022). Fecha de consulta: diciembre 3 de 2022, Disponible en: <https://hecaa.mineducacion.gov.co/consultaspublicas/programas>*
52. *República de Colombia. Ministerio de Salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993. República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>*

8. ANEXOS

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

Anexo 1.

PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS ESTUDIANTES DE LAS ESPECIALIZACIONES DE CIRUGÍA GENERAL EN COLOMBIA

Investigador: Sebastián Diagama Restrepo. Universidad de La Sabana. Especialización en Cirugía General

Título estudio: “Estudio sobre la percepción y opinión de la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia”

Asesor metodológico: Dr. Valentín Vega Peña. MSC. en Epidemiología. Director de cirugía general Universidad de La Sabana.

Asesora temática: Dra. Marta Ximena León. Directora de cuidado paliativo Universidad de La Sabana.

Categorías de variables:

- Aspectos demográficos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
- Aspectos asociados con la universidad donde se forman los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
- Métodos de aprendizaje en la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
- Percepciones sobre el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
- Percepciones sobre la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.

Introducción

Estimado residente de cirugía general en Colombia, a continuación, encontrará unas preguntas acerca de su percepción en la formación en cuidados paliativos dentro del programa que usted está estudiando, esto como parte de un proyecto de investigación donde soy investigador principal. La encuesta abarca todo el tiempo de estudio a la fecha, es de carácter anónimo y con propósitos únicamente académicos. Le solicitamos ser lo más sincero posible.

El manejo de la información se hará de acuerdo con la ley de Habeas data 1255 de 2008, vigente para nuestro país, con relación a la confidencialidad y el manejo de los datos personales. El diligenciamiento de la encuesta confirma su autorización para la participación voluntaria en el estudio. Cualquier duda con el trabajo puede comunicarse con Sebastián Diagama, Residente IV de cirugía general de la Universidad de La Sabana, al teléfono 3134519646 o al correo sebastiandire@unisabana.edu.co, investigador principal del proyecto.

Gracias por su colaboración.

Preguntas

- Aspectos demográficos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
 1. Documento de identidad
 2. Género
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. Otro
 3. Edad
- Aspectos asociados con la universidad donde se forman los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
 4. Carácter de la universidad donde está realizando su especialización en cirugía general
 - a. Pública
 - b. Privada
 5. Año de especialización que cursa
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
- Métodos de aprendizaje en la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.
 6. ¿Durante sus estudios ha tenido alguna rotación en cuidados paliativos?
 - a. Si
 - b. No

7. ¿Durante sus estudios ha tenido alguna rotación en cirugía oncológica?
 - a. Si
 - b. No

8. ¿Durante sus estudios ha estado en contacto con especialistas en cuidados paliativos?
 - a. Si
 - b. No

9. ¿Qué método de enseñanza recibió sobre cuidados paliativos en la especialización?
 - a. Clases teóricas (virtual o presencial)
 - b. Juntas multidisciplinarias
 - c. Actividades prácticas durante la residencia
 - d. Talleres / conferencias
 - e. Material didáctico
 - f. Otro

- Percepciones sobre el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.

Para las siguientes preguntas le solicitamos que marque la respuesta que más represente su situación frente a las afirmaciones mencionadas.

10. Sus conocimientos son adecuados para procurar un correcto manejo del dolor en pacientes terminales / crónicos
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo

11. Sus conocimientos son adecuados para procurar un correcto manejo de la disnea en pacientes terminales / crónicos
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo

12. Sus conocimientos son adecuados para procurar un correcto manejo de la obstrucción intestinal en pacientes terminales / crónicos
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo

- e. Totalmente en desacuerdo
13. Sus conocimientos son adecuados para definir la pertinencia de traqueostomía, gastrostomía o colostomía en pacientes terminales / crónicos
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
14. Sus conocimientos son adecuados para definir el soporte nutricional en pacientes terminales / crónicos
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
15. Sus conocimientos son adecuados para resolver dilemas éticos en pacientes terminales / crónicos
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
16. Sus conocimientos son adecuados para asistir en situaciones de “fin de vida” de pacientes terminales / crónicos
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

- Percepciones sobre la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de las especializaciones de cirugía general en Colombia.

Para las siguientes preguntas le solicitamos que marque la respuesta que más represente su situación frente a las afirmaciones mencionadas.

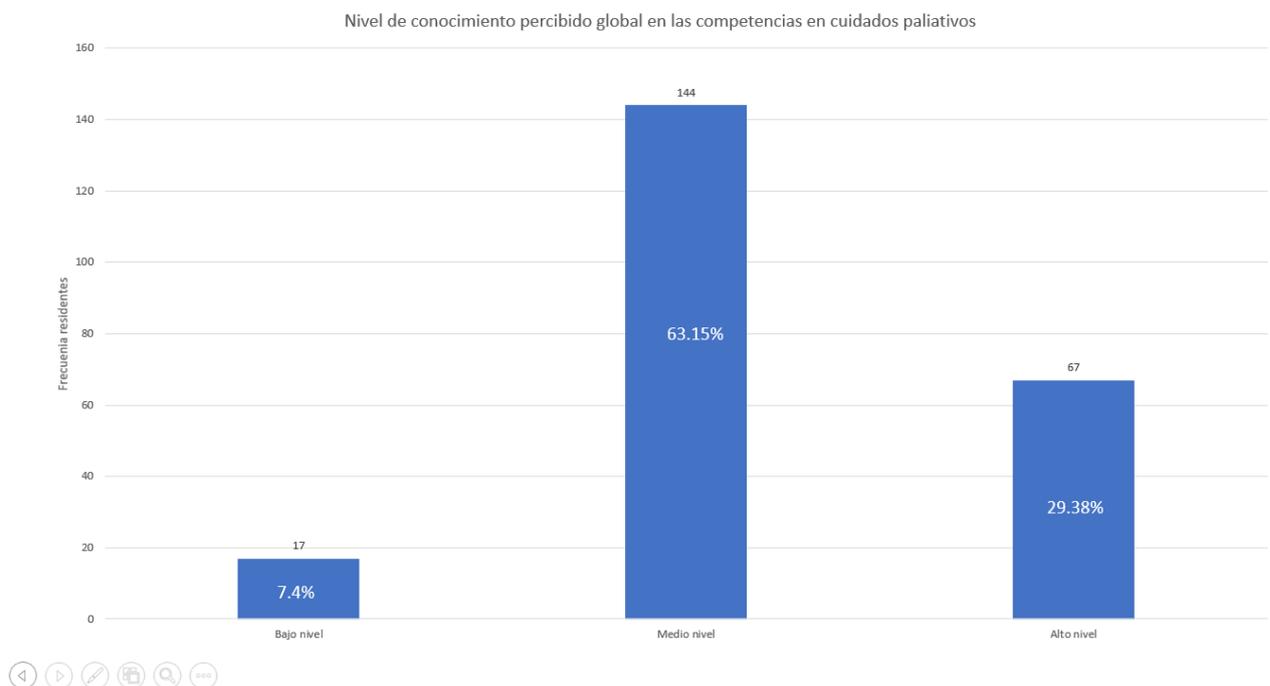
17. La forma como ha adquirido las competencias para procurar un correcto manejo del dolor en pacientes terminales / crónicos es adecuada
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo

- c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo
18. La forma como ha adquirido las competencias para procurar un correcto manejo de la disnea en pacientes terminales / crónicos es adecuada
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo
19. La forma como ha adquirido las competencias para procurar un correcto manejo de la obstrucción intestinal en pacientes terminales / crónicos es adecuada
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo
20. La forma como ha adquirido las competencias para definir la pertinencia de traqueostomía, gastrostomía o colostomía en pacientes terminales / crónicos es adecuada
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo
21. La forma como ha adquirido las competencias para definir el soporte nutricional en pacientes terminales / crónicos es adecuada
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo
22. La forma como ha adquirido las competencias para resolver dilemas éticos en pacientes terminales / crónicos es adecuada
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - d. Desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo

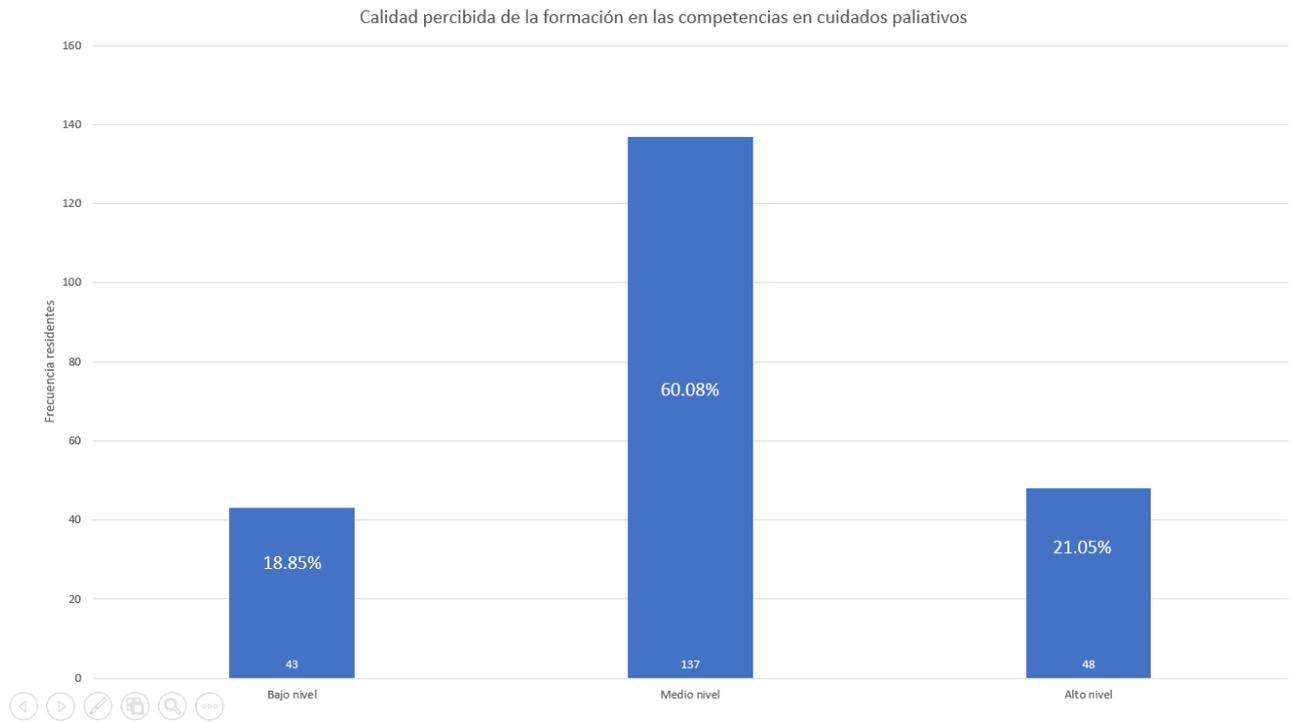
23. La forma como ha adquirido las competencias para asistir en situaciones de “fin de vida” de pacientes terminales / crónicos es adecuada
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - Desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

Tabla 1. Aspectos demográficos y de la universidad		n = 228
Femenino, n %	103	45,2
Masculino, n %	125	54,8
Edad, media	29,8	
Edad, min	24	
Edad, max	55	
Universidad privada, n %	150	65,8
Universidad pública, n %	78	34,2
1 año, n %	44	19,3
2 año, n %	47	20,6
3 año, n %	61	26,8
4 año, n %	76	33,3

Gráfica 1.



Gráfica 2.



Gráfica 3.

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO PERCIBIDO EN LA PERTINENCIA DE TRAQUEOSTOMÍA, GASTROSTOMÍA Y COLOSTOMÍA EN PACIENTES TERMINALES / CRÓNICOS, Y EL AÑO DE RESIDENCIA

