

Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes

Level of information of palliative care found in resident physicians

Dra. Odalys Tomaida Hernández Quintero,^I Dra. Mónica Arbelo Figueredo,^I
Dra. María Cristina Reyes Mendes,^I Dra. C. Inarvis Medina González,^I
MSc. Elicerio Jorge Chacón Reyes^{II}

^I Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubr. La Habana, Cuba.

^{II} Facultad de Enfermería Lidia Doce Sánchez. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades crónicas no transmisibles y dentro de ellas el cáncer constituyen problemas priorizados para el sistema de salud cubano. La medicina paliativa se dedica a la atención a pacientes con enfermedades activas, progresivas, irreversibles y avanzadas con pronóstico de vida limitado y se centra en disminuir el sufrimiento y elevar calidad de vida a pacientes y familiares.

Objetivo: caracterizar el nivel de información de los médicos residentes de la FCM 10 de Octubre sobre los cuidados paliativos (CP).

Métodos: teóricos como el análisis documental, enfoque de sistema y empíricos tales como la encuesta.

Resultados: en la muestra 52,1 % de los médicos tenían más de 10 años de graduados. Sobre la medicina paliativa poca información sobre: los aspectos conceptuales, las enfermedades de las que se ocupa el equipo multidisciplinario con integración de todos los niveles de atención. La insuficiente información sobre el tratamiento del dolor hace que los tratamientos analgésicos sean inadecuados, y los opioides infrautilizados. Los conocimientos sobre CP se consideraron como insuficientes en el 87 % de los encuestados.

Conclusiones: no hay buena identificación de las enfermedades tributarias de cuidados paliativos, ni manejo de la escalera analgésica de la OMS, con las indicaciones de la morfina. Los residentes aceptan que sus conocimientos CP son escasos y su enseñanza sistematizada debe estar en los programas de pregrado y postgrado.

Palabras clave: cuidados paliativos (CP), cáncer, sufrimiento, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: non-communicable chronic diseases like cancer are priority problems in the Cuba healthcare system. Palliative medicine is devoted to giving care to patients with active, progressive, irreversible and advanced illnesses with limited lifetime prognosis and is focused in reducing the suffering and raising the quality of life of the patients and their relatives.

Objective: to characterize the level of information that the residents from the medical faculty of 10 de Octubre municipality have on palliative care.

Methods: theoretical methods such as the documentary analysis and system approach as well as empirical ones such as survey.

Results: in the sample, 52.1 % of physicians had graduated over 10 years ago. They had little information about the palliative medicine, the conceptual aspects and the diseases that the multidisciplinary team should care of. The lack of information on pain relief makes the analgesic treatment be inadequate and opioids be underutilized. Knowledge on palliative medicine was then considered as lacking in 87 % of the surveyed physicians.

Conclusions: there is neither a correct identification of diseases in need of palliative care nor good management of the analgesic scale set by WHO with morphine use indications. The residents admitted that their knowledge on this area was poor and that the systematic teaching of the use of palliative care techniques should be included in the undergraduate and the graduate educations.

Keywords: palliative care, cancer, suffering, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El enfoque moderno sobre cuidados paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de "hospicios" en el Reino Unido, ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países. Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los cuidados paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, alcanzaron su madurez y desarrollo en la década de los 90.

Para el año 2020 se espera que ocurran 840 000 defunciones por cáncer en América Latina y el Caribe. Uno de los aspectos más descuidados en la atención de las personas con cáncer son los cuidados paliativos, los que se señalan, deberían comenzar en el momento mismo del diagnóstico.¹

La Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia.²

De acuerdo con la prevalencia de síntomas y la utilización de recursos en la fase terminal de la vida, se ha estimado que el 60 % de pacientes con cáncer y el 30 % de los pacientes no oncológicos precisan de la intervención de equipos de cuidados paliativos para evitar situaciones de encarnizamiento y/o abandono terapéutico.³

Las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes constituyen hoy las primeras causas de muerte en Cuba, son considerados el objetivo estratégico de mayor prioridad para el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) durante los próximos años. Existen varias entidades que pueden conducir a un estadio terminal más o menos prolongado: el cáncer, la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas y otras enfermedades degenerativas, pero es el cáncer el que aporta mayor número de pacientes terminales a las áreas de salud. En estos pacientes, el tratamiento curativo debe inexorablemente ser sustituido por el enfoque paliativo, que tiene entre sus objetivos, fundamentalmente, preparar para la muerte del paciente, tanto al enfermo, como a sus familiares. Lamentablemente no siempre se logra este reenfoque de la atención médica, debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con un paciente de este tipo, y también, por el profundo impacto que causa sobre el personal de salud la proximidad de la muerte.^{4,5}

Las bases para el desarrollo de un Programa de cuidados paliativos han sido definidas por la OMS como:

- 1- El establecimiento de una política gubernamental que subraya la necesidad de aliviar los dolores y el sufrimiento en el paciente con cáncer avanzado.
- 2- La disponibilidad de medicamentos, con regulación de la legislación y los reglamentos de salud para mejorar la disponibilidad de medicamentos (en particular, opioides).
- 3- La ejecución de una política de educación y capacitación de la población y del personal de salud para garantizar la comprensión del enfoque paliativo y la ejecución misma de esta atención.²

Los cuidados paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud.^{2,6,7} La necesidad de su implementación no deja dudas: se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud.^{2,8-10}

América Latina y el Caribe no escapan a esta situación, se estima que en los próximos años cerca de 1 millón de personas necesitarán cuidados paliativos en la región. La mayoría de los pacientes oncológicos, en nuestros países, fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere.¹

Del análisis de una encuesta a decanos de las facultades de Medicina españolas realizada en 2003 y de la información sobre los programas formativos, se deduce que la formación es uno de los pilares básicos del desarrollo de los cuidados paliativos. Se señala como una prioridad para el avance de los cuidados paliativos corregir urgentemente las deficiencias formativas existentes.

La formación de pregrado se ha destacado como una de las acciones con mayor impacto a medio-largo plazo sobre la efectividad de los cuidados paliativos.^{8,11-13}

Durante las dos últimas décadas, los profesionales en cuidados paliativos han desarrollado un cuerpo de conocimientos que permite controlar la gran mayoría de los síntomas físicos y psicosociales de los pacientes con enfermedades avanzadas y sus familias.¹

La SECPAL ha propuesto la creación de un Área de Capacitación Específica en cuidados paliativos, considerando que es la figura que mejor se adapta al desarrollo histórico y situación actual de los cuidados paliativos.^{11,14,15}

Los cuidados paliativos no se enseñan a nivel de pregrado o posgrado en la gran mayoría de las universidades de la región de las Américas. Como consecuencia, muchos médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud tienen acceso limitado a esta información.¹

Esta es una responsabilidad del sistema nacional de salud, y debe ser una de las actividades fundamentales de los equipos de atención primaria (APS). Permite que todos los ciudadanos, sin discriminación, puedan acceder a estos cuidados. Cada vez se da mayor importancia a la calidad de la asistencia sanitaria desde una perspectiva integral. Esto adquiere especial relieve al final de la vida, situación en la que la persona se vuelve más vulnerable y necesita más ayuda.¹³⁻¹⁹

Resulta preocupante para el claustro de profesores, que se manifieste en estudios realizados en esta facultad,⁵ que la formación de recursos humanos para esta disciplina es totalmente insuficiente, al no estar contemplada en los estudios de pregrado, ni en el posgrado que se oferta a los profesionales de los diferentes niveles de atención. Por estos motivos debe ser una exigencia por parte de las instancias correspondientes, insistir en la incorporación de estos temas en algún momento de la formación del personal médico, enfermeras y psicólogos, para después ampliar este conocimiento a las familias y cuidadores de una forma adecuada.²⁰

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, utilizando frecuencias relativas.

Universo: la investigación se desarrolló en la Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre", durante el mes de septiembre de 2013. La investigación abarcó un total de 63 residentes, de atención secundaria, de los HDCQ y HDMI 10 de Octubre. Los cuestionarios se aplicaron en visitas coordinadas con los subdirectores docentes de ambos hospitales

Muestra: de la totalidad de los residentes, se encuestaron 46 de la atención secundaria de las especialidades de Medicina Interna, Reumatología, Cirugía, Cuidados Intensivos, Medicina Física y Rehabilitación, Pediatría y Ginecología Obstetricia.

Criterio de inclusión: encontrarse en el servicio en el momento del estudio y su disposición a participar.

Criterio de exclusión: estar en rotaciones externas, guardias, vacaciones o licencias, o la no disposición a participar en el estudio.

Procedimiento: el cuestionario se estructuró de forma intencional. Contó con 9 preguntas cerradas. Las 7 primeras corresponden al conocimiento de los cuidados paliativos y las 2 últimas a la percepción en el dominio de estos temas y la enseñanza en el curso de su formación como médico y especialista.

Entre los métodos teóricos utilizados estuvieron el análisis documental para realizar los análisis conceptuales y las definiciones de la variable dependiente: "contenido" e independiente: "enseñanza de los cuidados paliativos".

Definición de las variables: para caracterizar la muestra se tomaron en cuenta los años de graduado como médico.

Primer objetivo: se estudió a través de las variables que exploraban el dominio del contenido referido a los CP, el cual se expresó en la presencia de conocimientos.

A los datos recogidos en el cuestionario, se les realizó un análisis del contenido de las 7 preguntas iniciales y se les dio una puntuación a las respuestas, sobre la base de 100 puntos. Se formularon y tabularon categorías de respuestas más frecuentes, estableciéndose sus indicadores: de 100 a 86 puntos fue considerada la variable como buena, de 85 a 70 puntos regular y menos de 70 puntos, malo.

Segundo objetivo: se abordó la necesidad de la enseñanza de los CP.

Se define la variable independiente "enseñanza de los cuidados paliativos" como la dirección del aprendizaje de los conocimientos necesarios para que se realicen los CP.

RESULTADOS

La distribución de los médicos encuestados según años de graduados: de estos, 22 (49,9 %) tenían menos de 10 años de graduado y 24 (52,1 %) tenían más de 10 años de experiencia laboral en el momento del estudio. Del total de la muestra de 46, 38 (82,6 %) están realizando una segunda especialidad, o sea son especialistas de MGI, han trabajado anteriormente en la comunidad, donde se reciben la mayor parte de los pacientes tributarios de cuidados paliativos. Aún así desconocen los aspectos básicos para tratar al paciente y su familia.

Al explorar los aspectos que definen los cuidados paliativos, se observa que el 100 % de los residentes respondieron correctamente que los cuidados paliativos van dirigidos a disminuir el sufrimiento y elevar la calidad de vida, 38 (82,6 %) reconocen que tiene el objetivo de ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte y 40 (86,9 %) aceptan que la familia debe siempre participar de los cuidados paliativos. Sin embargo manejan elementos que contradicen el sentido de los cuidados paliativos, vemos que 2 (4,3 %) creen no deben brindarse en el hogar, cuando cerca del 60 %, solo de los oncológicos, fallecen en el hogar actualmente;^{6,12,14} 6 (13,0 %) no reconocen los aspectos espirituales como parte de los cuidados paliativos y 8 (17,4 %) refieren que se ofertan para retardar la muerte del paciente, cuando la OMS ha planteado que los cuidados paliativos tienen por objeto establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga, se deben integrar los aspectos psicológicos y espirituales al tratamiento del paciente y se deben proporcionar cuidados tanto a nivel domiciliario como hospitalario.^{6,11-13}

En relación con si conocían a qué pacientes van dirigidos los cuidados paliativos, a pesar de que todas estas entidades precisan de los cuidados paliativos, señalaron a las enfermedades no oncológicas crónicas en estado avanzado, 47,8 %, las demencias en estado avanzado 43,4 % y al VIH/Sida solo 39,1 % lo consideran tributario de acciones de carácter paliativo. Identificaron con mayor acierto a la insuficiencia renal crónica (IRC) terminal un 60,8 %, a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el 52,1 % y las enfermedades oncológicas en estado terminal fueron las más identificadas con un 82,1 %. Llama la atención que enfermedades con pronóstico de vida limitado: inferior a 6 meses, solo fue señalado por 22 residentes para un 47,8 %, lo cual puede inferir que no dominan el concepto de terminalidad en las enfermedades crónicas.^{6,11-13}

Entre los médicos de 10 años y más de graduados se encontraron los mayores porcentajes que identificaron que las demencias, el VIH/Sida y la EPOC son susceptibles de cuidados paliativos. Mientras que en el grupo de menos de 10 años el 100 % reconoció que va dirigida a las enfermedades oncológicas y en mayor porcentaje a la IRC y a las enfermedades no oncológicas crónicas.

Globalmente es insuficiente el conocimiento acerca de las patologías o estados de salud a los que van dirigidos los cuidados paliativos. El VIH/Sida y las demencias en estadios avanzados fueron las reconocidas en un menor porcentaje y llama la atención que el pronóstico de vida menor de 6 meses es también pobremente identificado, a pesar que las enfermedades crónicas no transmisibles son de las primeras causas de muerte en Cuba y son considerados el objetivo estratégico de mayor prioridad para el MINSAP.¹⁵ Existe un número importante de entidades que pueden conducir a un estadio terminal más o menos prolongado como son el cáncer, la arteriosclerosis, enfermedad terminal de órgano (cirrosis hepática, renopatías, etc.), la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas y otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso; el cáncer es el que aporta mayor número de pacientes terminales en las áreas de salud, con 90 %.⁴⁻⁶

Los programas de cuidados paliativos más extendidos en el mundo y el de Cuba han dirigido su atención a personas enfermas de cáncer. Sin embargo, existe un alto porcentaje de personas con patología no oncológica, cuyo final de la vida es también muy difícil, y pueden beneficiarse de la aplicación de estos programas.¹¹

En cuanto a la atención geriátrica, estudios realizados en España indican que las personas mayores han recibido menos cuidados paliativos que los más jóvenes, y los servicios se han dirigido sobre todo hacia el cáncer.¹¹

La carga sintomatológica experimentada por estos pacientes es comparable a la que sufren los pacientes con cáncer al final de la vida.¹¹ Las demencias y otros procesos neurológicos, también susceptibles de cuidados paliativos, causan gran impacto personal y social por su elevada morbilidad y mortalidad. De ellas la más frecuente es la demencia senil tipo Alzheimer (DSTA) (41 % de las demencias), seguida de la demencia vascular (38 % de estas).

De igual manera, al realizar un análisis de datos epidemiológicos sobre el Sida se ve una disminución importante de casos de inmunodeficiencia avanzada, descendiendo el número de casos de infecciones, tumores y mortalidad por VIH y convirtiendo al Sida en una enfermedad crónica, tributaria de cuidados paliativos en las acciones de prolongación de la vida y terminalidad.¹¹

En relación con los elementos claves a tener en cuenta en los cuidados paliativos los residentes optaron por indicar de forma correcta que es cierto que se debe tener en cuenta una visión integral e individualizada de los pacientes, 86,9 %, que se debe intervenir tanto sobre el paciente como con la familia, un 91,9 % y tiene un carácter multidisciplinario, los 46 residentes para un 100 %. No existe diferencia importante entre los porcentajes de respuestas correctas de los dos grupos estudiados. El 65,2 %, 30 residentes, identificaron de forma adecuada que se debe intervenir en todos los niveles de atención, predominando este conocimiento entre los graduados de menos de 10 años de experiencia laboral con un 86,3 %.

Al analizar las respuestas falsas en esta pregunta, existe un elevado número de encuestados, 95,6 %, respondió correctamente, que no solo la brindan los médicos de la atención primaria. El 89,1 % de los residentes, manifestaron que no pueden realizarse sin preparación previa del equipo de salud. Los cuidados paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud.

La necesidad de su implementación no deja dudas: se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo.^{6,18}

En la tabla 1 se evidencian los resultados de la exploración de si identificaban prioridades de la atención paliativa, 10 residentes, 21,7 %, respondieron que va dirigida solo al control de síntomas. Identificaron cuidados psicosociales 12, 26,6 %. Respondieron correctamente que se integran la asistencia espiritual al resto de los cuidados 26 residentes para 56,5 %. La medicina paliativa forma parte de una concepción antropológica de la Medicina que considera al enfermo como un todo, en sus aspectos físicos, emocionales, sociales o relacionales y espirituales y se orienta a la humanización de la medicina contemporánea; su función es el cuidado integral en el que se vincula un equipo formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, asistentes sociales y otros, e incluye a la familia y consejeros espirituales. Es por esto que la preparación que debe tener el personal de la salud sobre estos aspectos para actuar adecuadamente, es fundamental.¹⁶⁻¹⁹

Tabla 1. Prioridades en la atención al final de la vida

Aspectos	+10 años		- 10 años		Total	
	n=24	%	n=22	%	n=46	%
Control de síntomas	6	25,0	4*	18,1	10	21,7
Cuidados psicosociales	4	16,6	8*	36,3	12	26,0
Cuidados espirituales	-	-	-	-	-	-
Integración de la asistencia espiritual al conjunto de prestaciones de servicio	14	58,3	12	54,5	26	56,5

El 100 % de los residentes reconocen de forma correcta que se deben emplear estrategias terapéuticas mixtas (farmacológicas y no farmacológicas, métodos biomédicos y psicosociales). Identifican que se debe creer en el dolor del paciente, 44 médicos (95,6 %), predominó la respuesta correcta en los graduados de más de 10 años (100 %), sobre los graduados de menos de 10 con un 90,9 %. Sin embargo reconocen en menor medida que se debe valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales (67,4 %), que se recomienda el tratamiento con analgésicos a horario fijo (37 %), y que se debe transmitir a los familiares que el

dolor por cáncer sí puede ser aliviado (67,4 %); no existieron diferencias importantes entre las respuestas de ambos grupos en estos tres ítems.

Al analizar las respuestas falsas de esta pregunta, vemos que identifican como incorrectas que se debe tratar el dolor y después evaluarlo un 47,8 % del total; que los medicamentos compuestos como el Amicodex, son mejores porque tienen más acciones farmacológicas, 19 residentes para un 41,3 % y que se debe tratar al dolor y no a los síntomas asociados 35 residentes para 76,6 %. Predominó esta respuesta en el grupo de menos de 10 años de graduados con un 90,9 %. El dolor es el mayor problema de los pacientes con cáncer pues en ello están involucrados componentes sensoriales y emocionales. Se plantea por Cleveland del Centro para el tratamiento del dolor de la OMS para América, que en numerosos estudios realizados 1 de cada 2 pacientes con cáncer están subtratados.^{6,9,12,13,16}

El dolor intenso afecta a casi la mitad de los pacientes agonizantes, un 50 % de los cuales no consiguen nunca un alivio adecuado. Por lo general, el dolor persiste no porque no se pueda controlar bien, sino debido a que los pacientes, los familiares y los médicos tienen ideas erróneas respecto al dolor y los fármacos que pueden controlarlo, en especial los opiáceos.^{6,16}

El dolor, es un síntoma con características especiales por su capacidad para alterar la calidad de vida, resultando ser la manifestación clínica más frecuente, en múltiples estudios en los que oscilan en una frecuencia del 29 al 76 %.^{6,18} Actualmente los programas de cuidados paliativos constituyen la forma práctica más viable para lograr una adecuada atención integral, ya que estos persiguen lograr en primer lugar, el máximo control de síntomas y bienestar subjetivo, aspectos fundamentales en la preservación de la calidad de vida, tanto del paciente como de la familia^{6,19} (tabla 2).

Tabla 2. Conocimientos adecuados para tratar el dolor

Aspectos	+10 años		- 10 años		Total	
	n=24	%	n=22	%	n=46	%
Tratar siempre el dolor y después evaluar.	8	33,3	14	63,6	22	47,8
Emplear estrategias terapéuticas mixtas (farmacológicas y no farmacológicas, métodos biomédicos y psicosociales).	24	100	22	100	46	100
Tratamiento con analgésico a horario fijo.	10	41,6	7	31,8	17	37,0
Los medicamentos compuestos como el amicodex, son mejores porque tienen más acciones farmacológicas.	11	45,8	8	36,3	19	41,3
Creer en el dolor del paciente.	24	100	20	90,9	44	95,6
Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales.	16	66,6	15	68,1	31	67,4
Tratar enérgicamente al dolor, no a los síntomas asociados	15	62,5	20	90,9	35	76,0
Trasmitir a los familiares que el dolor por cáncer sí puede ser aliviado.	16	66,6	15	68,1	31	67,4

Se evaluaron los conocimientos y habilidades de prescribir la Escalera Analgésica (según la OMS). Identificaron de forma correcta que debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escalera analgésica el 91,3 % de los residentes, que siempre se deben asociar medicamentos adyuvantes según el tipo de dolor, ya que esto hace reducir las dosis de los analgésicos, el 56,5 %, y que para evitar la tolerancia y la dependencia se debe aumentar la dosis y no reducir el intervalo entre dosis el 21,7 %, destacándose el bajo conocimiento en esta respuesta en el grupo de menos de 10 años de graduado, 10 %.

Se reconocen acertadamente, que la respuesta es inadecuada sobre los medicamentos que se incluyeron en el primer escalón 23,9 % de los residentes, que en la escalera para el tratamiento del dolor todos los medicamentos tienen techo analgésico 37 %, que los coanalgésicos solo deben prescribirse en los dos primeros escalones 52,1 % y que siendo la morfina el medicamento de elección en el 3er. escalón, siempre se debe poner con un intervalo de 6 a 8 horas por vía SC, el 13 % de los encuestados.

Se muestra así que el dominio sobre la escalera analgésica de la OMS es insuficiente a pesar que esta destaca, que su uso es clave para lograr un adecuado tratamiento del dolor por cáncer de una forma simple y eficaz. La escalera analgésica se considera eficaz en un 75 % al 90 % de los enfermos con cáncer.^{7,8,16}

En aquellos pacientes afectados de cáncer la incidencia de dolor es de un 50 % en cualquier etapa y 75 % en la terminalidad, lo que muestran la imperiosa necesidad del adecuado uso de analgésicos en forma convencional, según la propuesta de la OMS para el tratamiento del dolor, con lo que se beneficiarían más del 80 % de los pacientes que la utilizarán^{9,12,13} (tabla 3).

Tabla 3. Conocimientos de la Escalera Analgésica (según la OMS)

Aspectos	+10 años		- 10 años		Total	
	n=24	%	n=22	%	n=46	%
En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipirona, el paracetamol y la codeína.	6	25,0	5	22,7	11	23,9
Siempre se deben asociar medicamentos adyuvantes según el tipo de dolor, esto hace reducir las dosis de los analgésicos	10	41,6	16	72,7	26	56,5
En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico	11	45,8	6	27,2	17	37,0
Para evitar la tolerancia y la dependencia se debe aumentar la dosis y no reducir el intervalo entre dosis.	8	33,3	2	10,0	10	21,7
Los coanalgésicos solo deben prescribirse en los dos primeros escalones	16	66,6	8	36,3	24	52,1
Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escalera analgésica.	22	91,6	20	90,9	42	91,3
El medicamento de elección en el 3er escalón es la morfina, que siempre se debe poner con un intervalo de 6 a 8 horas por vía SC	4	16,6	2	9,09	6	13,0

Se muestra la existencia de mitos que rodean el uso de la morfina. Vemos que identifican de forma adecuada que la vía de elección para la administración parenteral de la morfina es la subcutánea el 67,4 % de los médicos encuestados, pero ninguno reconoció que no tiene techo terapéutico.

A su vez, mantienen arraigados conceptos erróneos, ya que el 73,9 % considera que con su uso se puede llegar a la drogadicción, que siempre da depresión respiratoria el 84,9 % de los residentes, que la tolerancia se desarrolla rápidamente por lo que al final no será tan efectiva el 50 % y 34,7 % cree que por vía oral es inefectiva. Se observa un nivel similar de respuestas en ambos grupos.

Para la OMS el consumo de morfina (de uso médico), es un buen indicador del control del dolor asociado al cáncer en los distintos países. Es una condición esencial para el alivio del dolor, un sistema de Salud Pública que garantice la disponibilidad general de morfina y otros derivados opioides para su administración oral o por otras vías. Muchos pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas no reciben tratamiento analgésico adecuado, ya sea por un uso inadecuado o por la infrautilización de opioides mayores. Según esta organización solamente una pequeña minoría de los más de un millón de personas que mueren semanalmente en todo el mundo recibe cuidados paliativos para disminuir su sufrimiento. A la baja utilización de la morfina se une un uso inadecuado por la falta de formación y preparación general de los profesionales,^{6,8,9,12,16} lo cual también ocurre en nuestro medio. Existen ciertos mitos que asocian la morfina a los últimos momentos de la vida y a su acortamiento, precisamente debido a que se ha reservado su uso como último recurso en los procesos más dramáticos del dolor. Los problemas de dependencia no pueden ser una excusa ya que son absolutamente despreciables en procesos terminales de media y corta duración y secundarios en procesos más largos o transitorios comparados con los beneficios que la eliminación del dolor producen al paciente^{6,16} (tabla 4).

Tabla 4. Mitos de la morfina

Aspectos	+10 años		- 10 años		Total	
	n=24	%	n=22	%	n=46	%
Con su uso se puede llegar fácilmente a la drogadicción.	18	75,0	16	72,7	34	73,9
No tiene techo terapéutico.	0	0	0	0	0	0
La vía de elección para la administración parenteral de la morfina es la subcutánea.	16	66,6	15	68,1	31	67,4
Siempre da depresión respiratoria.	21	87,5	18	81,8	39	84,7
La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será tan efectiva.	10	41,6	13	59,0	23	50,0
Por vía oral es inefectiva.	10	41,6	6	27,2	16	34,7

Se refleja la evaluación global de los conocimientos sobre cuidados paliativos que indagamos en el cuestionario (preguntas de la 17) observamos que solo 6 residentes, 13,3 % obtuvieron calificación de regular. Pertenecen al grupo de 10 años y más de graduados. El resto, 87 %, recibieron puntuaciones que ubican sus conocimientos como malos. Este resultado se vio reflejado en el 100 % de los residentes de menos de 10 años. Creemos que se debe a que en el grupo de 10 años y más de experiencia se encuentran los residentes que ya ejercieron su práctica como MGJ, y que de forma individual pueden haber recibido información sobre alguno de los aspectos de los cuidados paliativos. Pues en ambos grupos

prima la falta de conocimiento que les permitan enfrentar a los pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos.

Estos resultados coinciden con estudios realizados en nuestra Facultad a estudiantes de la carrera de Medicina y a profesores que la imparten, que justifican la insuficiencia de los contenidos sobre los cuidados paliativos por los estudiantes, en los que las habilidades constituyeron las dimensiones menos dominadas, seguidas de los conocimientos y las actitudes. Es insuficiente, asimismo, el dominio metodológico que tienen los profesores de dichos contenidos a pesar de la experiencia profesional y docente que poseían.^{5,16,17}

Otros estudios realizados, dirigidos a MGI dan una insuficiente preparación para la aproximación realista y útil a la muerte de sus pacientes identificando la necesidad de procesos de formación y modificación de actitudes.⁴ La Organización Mundial de la Salud destacaba desde 1990 como pilares fundamentales para el alivio del sufrimiento el desarrollo de programas de cuidados paliativos, el facilitar la disponibilidad de opioides y el mejorar la formación de los profesionales en cuidados paliativos¹¹ (tabla 5).

Tabla 5. Evaluación global del conocimiento

Puntaje	+ 10 años		- 10 Años		Total	
	n=24	%	n=22	%	n=46	%
Bueno (de 100 a 85 puntos)	0	0	0	0	0	0
Regular (de 84 a 70 puntos)	6	25,0	0	0	6	13,0
Malo (menos de 70 puntos)	18	75,0	22	100	40	87,0

Se evidencia la percepción que tienen los residentes sobre sus conocimientos en cuidados paliativos, 30,4 % considera que son suficientes y el 69,5 % reconoce que son escasos. Cabe destacar que de estos 14 residentes que refieren tener conocimientos suficientes sobre el tema, solo 2 están aprobados con 74 y 75 puntos, el resto están calificados de insuficiente, con lo que se demostró el insuficiente dominio de los contenidos que tienen sobre el tema.

En relación con qué variantes de la formación profesional los médicos consideran oportuno incluir estos temas, el 65,2 % refiere se debe incluir tanto en los programas de formación de pregrado como posgrado, lo que indica que reconocen la necesidad de una enseñanza escalonada y continua que modifique el desarrollo de habilidades, conocimientos y aptitudes en un contexto interdisciplinario, para cambiar arraigadas actitudes ante la muerte que impide manejar la mismo como término natural e ineludible de la vida.

DISCUSIÓN

En estudios realizados a estudiantes y profesores en periodos anteriores 2005-2006 el 100 % respondió positivamente sobre la necesidad de incluir contenidos de esta naturaleza en el Plan de estudios de la carrera de medicina. La Dra. *María C. Reyes*^{4,5,20} en su tesis de maestría, demostró que el dominio es insuficiente en los contenidos, por los estudiantes y asimismo, es insuficiente el dominio metodológico que tienen los profesores, a pesar de que la totalidad de ellos consideró su importancia en la formación del Médico General Básico. En el Plan de estudio, dichos contenidos son escasos y no sistematizados.

Los cuidados paliativos son actualmente una especialidad médica reconocida en Reino Unido e Irlanda desde 1987 y en Australia desde 1992. En Canadá, existen estancias formativas en unidades, destinado a completar la formación de diversos especialistas durante un año. En Estados Unidos se ha aprobado como una subespecialidad. Recientemente la medicina paliativa ha sido acreditada como especialidad en Polonia y como subespecialidad en Alemania, Rumanía y Eslovaquia. En otros 10 países europeos, existen proyectos de acreditación en distintas fases de concreción. En España existe una amplia coincidencia con la necesidad de una formación avanzada para los integrantes de los equipos de cuidados paliativos y de una acreditación de la misma.^{11,18}

En Cuba a partir del año 2009 se comenzó la introducción de temas de cuidados paliativos en el 5to. año de la carrera y con la reingeniería del programa de formación del médico general básico, en su versión C, en el presente curso se han incluido estos temas de cuidados al final de la vida en el 2do., 5to. y 6to. años de la carrera. En el posgrado se han dado cursos sobre el tema, está creada desde 2007 la Cátedra de Cuidados paliativos en la FCM 10 de Octubre que ha convocado a diferentes jornadas sobre el tema, con tiempos electivos en pregrado, y en el posgrado: cursos de cuidados paliativos para profesores para ganar experticia en el tema, y el Diplomado de cuidados paliativos en el adulto.

La mayor proporción de los residentes médicos cuentan con 10 años de experiencia laboral o más y han cursado más de una especialidad médica. Existe un bajo dominio general de los conocimientos en temas de Cuidados Paliativos. Casi la totalidad de ellos obtuvieron resultados de regular o mal en la exploración general de estos temas. Las mayores deficiencias encontradas fueron en el dominio de: la identificación de las enfermedades tributarias de cuidados paliativos tanto oncológicas como no oncológicas, en el manejo de la escalera analgésica de la OMS para el dolor y en las indicaciones de la morfina para el tratamiento del dolor. El mayor porcentaje de los residentes aceptan que sus conocimientos sobre los cuidados paliativos son escasos y su enseñanza debe formar parte tanto en los programas de formación de pregrado como posgrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Barón M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer. Madrid. España: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 131.
2. Centeno C. Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [documento en internet] [consultado 25 ago 2013]. Disponible en:
http://www.masterpaliativos.com/ArchivosFTP/BackupXII/course_files/Taller_Marzo_2010/Bibliografia/MovHospice.pdf
3. Sepal. com. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [sitio en Internet]. [consultado 25 Ago 2013]. Disponible en:
<http://www.secpal.com/presentacion/index.php>
4. Hernández Cabrera G. Actitudes ante la muerte en los Médicos de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(1):22-32.

5. Reyes Méndez MC, Rodríguez Rebastillo M, Bermúdez Sarguera R. Caracterización del proceso de enseñanza de los cuidados paliativos al paciente oncológico terminal en la carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre", durante el curso 2005-2006. *Pedagogía Universitaria* [serie en Internet] 2013 [consultado 25 Feb 2013]; 12(5). Disponible en: <http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/view/426>
6. Reyes MC. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Ed. Ciencias Médicas. 2009; (279):51-4.
7. Strand Jacob J, Kamdar Mihir M, Carey Elise C. La importancia de los cuidados paliativos. *Mayo Clin Proc.* 2013; 88(8): 859-65.
8. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M. *Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP*. 1ra. ed. Houston: IAHP Press; 2013.
9. Benítez-Rosario MA. Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121(8): 297-8.
10. Sánchez Díaz I. Educación médica y medicina paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista de Estudios Médicos Humanísticos*. 2006; 11(11).
11. La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y consumo Madrid [documento en internet] 2008. [consultado 25 ago 2013]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=16967240&AN=36117748&h=JTTQRfwyGQ56laSrJNCNOv9ozEVpZkvvmyt8%2B4BwAbZvo0PIepZ2ZJKAjY9m2cAzMBJUINz4fz9nDa3ESQJ55Q%3D%3D&crI=c>
12. Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2005. [consultado 25 ago 2013]. Disponible en: http://www.secuidados_paliativosal.com/guía_cuidados_paliativos/index.php?acc=dos
13. Navarro R, López C. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *An Med Interna (Madrid)*. 2008; 25(4): 187-91.
14. Astudillo W. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005.
15. Anuario Estadístico de Salud Pública. La Habana: MINSAP [documento en internet] 2012 [consultado 25 Ago 2013]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
16. Sierra R, Muñoz E, Rubio A. Anular o acortar los primeros peldaños de la Escalera Analgésica de la OMS. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008; 15(1):0-0.
17. Rosell Puig W, Más M, García M. La enseñanza integrada necesidad histórica de la educación en las ciencias medicas. *Educ Med Super*. 2002; 16(3): 196-203.
18. Carrera Ruiz O, González Puncet J. Experiencia de la Unidad de Cuidados paliativos del Hospital Oncológico "Conrado Benítez" en un trienio. *MEDISAN*. 2001; 5(1): 52-7.

19. Redondo Roldón B, Chacón Roger M, Grau Abalo J. Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal. Rev Cubana Oncol. 1998; 14(2): 83-6.

20. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina. Versión C de la Reingeniería de la Carrera de Medicina: Centro de Educación Médica Superior Área de Docencia e Investigaciones. La Habana: MINSAP; 2009.

Recibido: 11 de noviembre de 2014.

Aprobado: 15 de enero de 2015.

Odalys T. Hernández Quintero. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre.
Calzada 10 de Octubre No. 130. Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
odaheer@infomed.sld.cu