



## **Intervención educativa sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos**

Dra. Marileydis Almaguel García <sup>1</sup>

Lic. MSc. José Sánchez Prieto <sup>2</sup>

Estudiante de medicina: Alejandro Zaldívar Almaguel <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Correo electrónico: marileydisag@gmail.com. Teléfono: 55990454 Centro de trabajo: Hospital-Policlínico Miguel Alipio de León Hernández, Aguada de Pasajeros, Cienfuegos. Cuba

<sup>2</sup> Correo electrónico: josesp@jagua.cfg.sld.cu. Teléfono: 53354558 Centro de trabajo: Dirección Municipal de Salud, Aguada de Pasajeros, Cienfuegos. Cuba

<sup>3</sup> Correo electrónico: azaldivar760@gmail.com. Teléfono: 54370519 Centro de estudio: UCMC "Raúl Dorticós Torrado", Cienfuegos. Cuba

### **Resumen**

**Fundamento:** El objetivo fundamental del tratamiento paliativo es preparar para la muerte, tanto al enfermo como a sus familiares. Una de las patologías más frecuentes en la comunidad que necesita de cuidados paliativos son las neoplasias, las cuales ocupan la segunda causa de mortalidad en Cuba. La atención primaria de salud es el primer eslabón de contacto con el individuo enfermo de cáncer en estadio terminal.

**Objetivo:** incrementar conocimientos sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos en médicos de familia del área de salud Miguel Alipio de León Hernández, del municipio de Aguada de Pasajeros.

**Método:** Se realizó un estudio cuasiexperimental, antes y después de una intervención educativa, longitudinal, prospectivo, con una muestra de 21 médicos de familia. Operacionalizando diferentes variables

**Resultados:** Se realizó una intervención educativa con 8 temas, con una duración de 90 minutos por encuentro, con una evaluación antes y después para evaluar resultados. Los resultados obtenidos antes de la intervención fueron desfavorables con poco conocimiento sobre el tema, luego de la intervención se mostraron buenos resultados sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos.

**Conclusiones:** Concluyendo que se cuenta con un personal médico con conocimiento para enfrentar los pacientes con cáncer en la atención primaria de salud para mejorar la calidad de



vida del paciente en los últimos momentos de la muerte con un tratamiento adecuado tanto médico como psicológico al paciente y cuidadores, donde el protagonismo es del médico general integral.

## **INTRODUCCIÓN**

Los cuidados paliativos según definición de la Organización Mundial de la Salud son "la asistencia, integral, individualizada y continuada de la persona enferma en situación avanzada y terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador con fines de mejorar la calidad de vida." <sup>1</sup>

El objetivo fundamental del tratamiento paliativo es preparar para la muerte, 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 estos pacientes, y también, por el profundo impacto que causa sobre el personal de la salud la proximidad de la muerte. <sup>2</sup>

En el 2018, el cáncer causó en el mundo 1,3 millones de muertes y 3,7 millones de nuevos casos.<sup>3</sup> En Cuba en el año 2019 los tumores malignos ocuparon la segunda causa de muerte con un total de 25 035 para una tasa de 223 X100000/habitantes. En Cienfuegos también ocupó la segunda causa de muerte, un total de 906 fallecidos por neoplasias en el año 2019 para una tasa de 219,1 X100000/habitantes.<sup>4</sup>

La atención primaria de salud (APS) es el primer eslabón de contacto con el individuo enfermo de neoplasias en estadio terminal, entonces se necesita de conocimientos adecuados y actualizados para poder llevar a cabo los tratamientos adecuados de cuidados paliativos y aún se demuestra que existe dificultad para brindar el mismo, por la falta de conocimientos de la necesidad y ventajas de dichos cuidados. Por todo ello nos hacemos la siguiente pregunta científica ¿Cómo contribuir a incrementar conocimientos sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos en médicos de familia pertenecientes al área de salud "Miguel Alipio de León Hernández" del Municipio de Aguada de Pasajeros?

El objetivo del presente trabajo ha sido; incrementar conocimientos sobre sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos en médicos de familia del área de salud Miguel Alipio de León Hernández, del municipio de Aguada de Pasajeros.



## **DESARROLLO**

Se realizó un estudio cuasiexperimental, antes y después de una intervención educativa, longitudinal, prospectivo en el Área de salud del Policlínico Universitario Miguel Alipio de León Hernández, Aguada de Pasajeros. Con una duración de 6 meses; junio – diciembre 2020.

La investigación se sustentó en la metodología cualitativa con apoyo de la cuantitativa. El empleo de procesamientos cuantitativos y cualitativos en dicha investigación contribuyó a corregir los sesgos propios de cada método.

El universo de la investigación estuvo integrado por 27 médicos de la familia pertenecientes al Policlínico Miguel Alipio de León Hernández, Aguada de Pasajeros, durante los meses desde junio – diciembre 2020. Se asume una muestra no probabilística accidental o deliberado, condicionada por el autor, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión quedando conformada 21 médicos.

Los métodos utilizados fueron:

Del nivel teórico: (analítico–sintético, inductivo–deductivo, histórico–lógico)

Del nivel empírico: (análisis documental, formulario de recolección de datos sobre conocimientos sobre los diferentes temas a tratar y la intervención educativa)

Métodos Matemático – Estadístico.

Se utilizaron diferentes variables relacionadas con el conocimiento antes y después de aplicada la intervención educativa.

El estudio constó de cuatro etapas:

Primera etapa: se listaron todos los médicos de familia que cumplieran los criterios de inclusión para la investigación, se definió la muestra, y se dió a conocer la investigación que se iba a efectuar, así como sus objetivos, alcances y limitaciones.

Encuestas <sup>5</sup> donde se obtienen datos sobre el grado de conocimientos por el personal médico, donde lo adquirió entre otras interrogantes y la motivación sobre capacitación sobre cuidados paliativos, se aplica formulario para identificar nivel de conocimiento en los temas referidos a cuidados paliativos antes de aplicada la intervención con una escala que medirá si el conocimiento es muy bueno, bueno, regular y malo.

Segunda Etapa: Se aplicó la intervención propuesta

Intervención educativa para médicos de familia “Un nuevo paradigma en cuidados paliativos para el paciente oncológico en la comunidad”



Se impartió en forma de talleres, conferencias, seminarios, debates y videos debates el mayor porcentaje de forma virtual, donde se aplicaron técnicas participativas de presentación y animación, de análisis y profundización y de evaluación. Con la metodología participativa se buscó fomentar en los médicos las diferentes formas de adquirir conocimientos (intuitiva y racional) para tener una visión amplia de la realidad. En cada caso siempre se trató de que existiera protagonismo no sólo por el dirigente de la clase, sino por el resto del colectivo, para incrementar conocimientos sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos en médicos de familia del área de salud Miguel Alipio de León Hernández, del municipio de Aguada de Pasajeros.

Total de encuentros: 8

Periodicidad: semanal.

Duración: 90 minutos.

TEMA 1. INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS (¿Qué son los cuidados paliativos? Criterios de terminalidad generalidades. Identificación de la terminalidad. Objetivos, Bases Terapéuticas y Tratamientos)

TEMA 2.-ÉTICA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS (Respeto a la Dignidad de la persona. Adecuación ética de los tratamientos al final de la vida. Atención médica al enfermo, la familia y al final de la vida desde la Deontología Médica. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES (Fases de la comunicación. Toma de decisiones en patología oncológica. Criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia: predicción de terminalidad)

TEMA 3. HACIA UN NUEVO PARADIGMA (Los cuidados paliativos en cáncer. Mitos de los cuidados paliativos. Es importante quitar el estigma. Cuidados paliativos: un manto de confort. Cuando la meta es calidad de vida. Involucrar al paciente en su propia atención)

TEMA 4.- IDENTIFICACIÓN DE LA FASE TERMINAL

TEMA 5.- SISTEMAS DE EVALUACIÓN (Evaluación de síntomas. Evaluación de capacidad funcional. Evaluación de pronóstico)

TEMA 6.-CONTROL DE LOS SÍNTOMAS (anorexia, astenia, delirium, disnea, dolor (Opioides), espasmo vesical, estertores, estreñimiento, hemorragias, úlceras oncológicas, hematuria, hemoptisis, hipo, insomnio, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal, tenesmo urinario, síndrome de los últimos días (sud)

TEMA 7.- SEDACION



TEMA 8.- CUIDADOS DE ENFERMERIA. (Curas y cuidados: úlceras neoplásicas, cuidados de la boca y cuidados de la piel)

Tercera Etapa: Se evaluó el conocimiento adquirido por los médicos para lo cual se procedió nuevamente a aplicar el instrumento de medición, 4 semanas después de culminada la intervención.

Cuarta etapa: Una vez concluido se procesaron los formularios se analizaron los datos y se llegó a conclusiones y recomendaciones.

Se tuvieron en cuenta todos los aspectos éticos y no hubo conflicto de interés

Obteniéndose los siguientes resultados: El tema 1 se refirió a la Introducción a los cuidados paliativos y el tema número 2 a la ética en los cuidados paliativos. En la evaluación de los temas 1 y 2 antes de la intervención 13 médicos obtuvieron evaluación de mal, 8 de regular y ninguno de bien. Después de realizada la intervención mal ninguno, 2 de regular y 19 de bien. (Tabla 1)

Tabla 1: Evaluación de los temas 1 y 2. Introducción a los cuidados paliativos y ética en los cuidados paliativos

Evaluación	Total antes de la intervención	Porciento (%)	Total después de la intervención	Porciento (%)
Mal	13	61,9	0	0
Regular	8	38,1	2	9,5
Bien	0	0	19	90,5
Total	21	100	21	100

Hacia un nuevo paradigma fue el título del tema 3 y la identificación de la fase terminal fue el tema desarrollado en el 4. Los temas 3 y 4 antes de la intervención una evaluación similar de mal 16, regular 5 y ninguno de bien; al ser evaluados 4 semanas después de la intervención se obtuvieron excelentes resultados 1 solo de mal, 3 regulares y 17 evaluados de bien. (Tabla 2)

Tabla 2: temas 3 y 4. Hacia un nuevo paradigma e identificación de la fase terminal

Evaluación	Total antes de la intervención	Porciento (%)	Total después de la intervención	Porciento (%)
Mal	16	76,2	1	4,8



Regular	5	23,8	3	14,3
Bien	0	0	17	80,9
Total	21	100	21	100

En la tabla 3 se observan los resultados del tema 5 que consistió en el sistema de evaluación y el tema 6 abordó el control de los síntomas, antes de la intervención se obtuvieron evaluaciones desfavorables, 10 evaluados de mal y 11 de regular a pesar de la evaluación mostraron algún conocimiento. Luego de aplicada la intervención no hubo evaluación de mal, solo 2 de regular y 19 de bien.

Tabla 3: Evaluación de los temas 5 y 6. Sistemas de evaluación y control de los síntomas

Evaluación	Total antes de la intervención	Porcentaje (%)	Total después de la intervención	Porcentaje (%)
Mal	10	47,6	0	0
Regular	11	52,4	2	9,5
Bien	0	0	19	90,5
Total	21	100	21	100

Al mostrar los resultados de los temas 7 y 8 en la tabla 4 sobre sedación y cuidados de enfermería se apreció el mal conocimiento antes de la intervención con 15 médicos evaluados de mal y 6 de regular, luego de la estrategia de intervención se muestran resultados satisfactorios 1 solo evaluado de mal 2 de regular y 18 de bien.

Tabla 4: evaluación de los temas 7 y 8. Sedación y cuidados de enfermería

Evaluación	Total antes de la intervención	Porcentaje (%)	Total después de la intervención	Porcentaje (%)
Mal	15	71,4	1	4,8
Regular	6	28,6	3	9,5
Bien	0	0	18	85,7
Total	21	100	21	100

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.<sup>6</sup>



El cuidado paliativo centra su objetivo en mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes, y sus familias, que cursan con una enfermedad incurable hacia el final de la vida; está indicado en cualquier paciente con una enfermedad seria, que condicione la vida con repercusiones en las esferas física, psicológica o espiritual, causando distrés como resultado de su condición médica o su tratamiento.<sup>7</sup>

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 son bastantes recientes. Estos se centran en la persona y no en su enfermedad; tienen en cuenta como vive la persona su situación de salud, cuál es su respuesta a la misma y se plantean como puede ayudar al individuo a afrontar sus vivencias de modo que alcance el máximo nivel de bienestar posible y siempre bajo la premisa de una atención integral. La atención específica activa e integral consiste en cuidar al enfermo y a su familia.<sup>8</sup>

El estigma que acompaña a la palabra paliativo evita muchas veces aliviar el sufrimiento de pacientes y sus familias, es por esto que en algunos sitios se han denominado cuidados de confort o cuidados de soporte; sin embargo, independientemente del nombre, los cuidados paliativos ayudan a aliviar el sufrimiento en pacientes con cáncer.<sup>9</sup>

La actitud del médico de cabecera del paciente es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad terminal y la proximidad de su muerte.<sup>5</sup>

Un médico comunitario debe de tener los conocimientos adecuados para tratar al paciente oncológico en estadio terminal como se logró en todos los temas relacionados con los cuidados paliativos coincidiendo con Espinosa donde refiere que los conocimientos y habilidades necesarios para la atención a enfermos terminales incluyen pues: una comunicación adecuada con pacientes y familiares, manejo del dolor y otros síntomas, apoyo psicológico, social y espiritual, así como coordinación de un grupo de servicios médicos y sociales.<sup>5</sup>

Según se demuestra en el trabajo existe poco conocimiento sobre el tema coincidiendo con Alejandra Palma donde refiere que varios reportes de países desarrollados demuestran que la mayoría de las escuelas y facultades de medicina ofrecen alguna enseñanza en cuidados paliativos, pero también hay evidencia que muestra un nivel de entrenamiento inadecuado, sobre todo en las prácticas clínicas. En general, los programas curriculares no están integrados, el modelo de enseñanza es en clase magistral, la educación formal tiende a ser pre-clínica, las prácticas clínicas son electivas, hay pocas personas con la capacidad de servir





de modelos y los estudiantes no tienen la obligación ni la motivación de examinar sus actitudes personales. Esto resulta en un nivel de conocimiento inadecuado de los profesionales sobre el cuidado paliativo. Por ejemplo, el fracaso de los médicos profesionales al evaluar y tratar el dolor ha sido demostrado de manera consistente en diversas poblaciones y alrededor del mundo, y las discusiones iniciadas por los especialistas sobre los objetivos del cuidado médico al final de la vida de un paciente ocurren muy poco.<sup>10</sup>

Hernández Quintero coincide con el poco conocimiento, donde refiere que 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. Existe un bajo dominio general de los conocimientos en temas de Cuidados Paliativos.<sup>11</sup>

Según Consejería de Salud y Familias de Sevilla para la identificación de la situación terminal en las enfermedades oncológicas (sólo se requiere la presencia de un criterio):

- Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (Estadio IV). En algunos casos, además del estadio, es necesario tener en cuenta el pronóstico, los síntomas y las complicaciones propias de la enfermedad y las metástasis.
- Diagnóstico confirmado de cáncer en Estadio III, que presenten escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, progresión en el transcurso del tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales.
- Deterioro funcional significativo.
- Síntomas persistentes mal controlados a pesar de optimizar el tratamiento específico.<sup>12</sup>

Espinosa planteó en su trabajo doctoral que como sucede en toda investigación, al igual que a otros de mis colegas en estos afanes, al finalizar me surgen nuevas preguntas: ¿conocemos realmente lo que nuestros pacientes necesitan?, ¿estaremos alguna vez totalmente preparados los profesionales de la salud para ayudar a nuestros pacientes a morir, para acompañarlos en ese proceso?, ¿cómo hacerlo?; ¿tenemos derecho a ocultarles la verdad?, ¿cuándo, cómo y por qué decirla?<sup>5</sup>

Ante estas dudas se abren nuevos caminos para la investigación, no solamente para identificar, describir y caracterizar el fenómeno, sino también para actuar, camino que sólo hemos comenzado, para cambiar los paradigmas que pueden ser cambiados o aprender a vivir





con los nuestros, fruto de nuestros credos morales, religiosos y culturales. Queda pues, abierto el reto a la investigación y a la acción. De nosotros depende. Confiamos.<sup>5</sup>

### **Conclusiones**

Podemos concluir que es importante el conocimiento para poder identificar y tratar al paciente que necesita de los cuidados paliativos, hoy los médicos de familia luego de la intervención presentan los conocimientos adecuados para realizar una labor adecuada con los pacientes oncológicos en estadio terminal en el municipio de Aguada de pasajeros porque fueron incrementados los conocimientos.

### **Recomendaciones**

Extender el trabajo para lograr mejorar la calidad de vida al paciente en estadio terminal que tantas polémicas genera entre la sociedad y la familia, para evitar su ingreso hospitalario con ganancia económica para el país y social para la familia y el paciente. Realizar evaluación posterior sobre el impacto en el paciente en estadio terminal.

### **Referencias bibliográficas:**

1. Rizo Vázquez A C, Gasca Hernández E, Molina Luís M, Díaz Torres N V. Enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado. Revista Cubana de Salud Pública 2012; 38(4): 591-601
2. Agramonte Rodríguez I, Martínez Sánchez I, Broche Ulloa M. Cuidados paliativos del paciente en estadio terminal. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019. Disponible en: <http://enfermeria2019.sld.cu>
3. Gálvez González A M, Graber N, Le Galès C. Innovación y cuidados del cáncer en Cuba desde la evaluación socioeconómica y la etnocontabilidad. Encimed. Información para directivos de la Salud. 2020 (Sep-Dic);32:e\_842
4. Anuario estadístico nacional 2019. Ministerio de salud pública, dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana 2020. Disponible en: <http://files.sld.cu>
5. Espinosa Roca A. Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud. Tesis para optar por el grado de doctor en ciencias médicas. 2006. Disponible en: <http://tesis.sld.cu>



6. Hernández Quintero O T, Arbelo Figueredo M, Reyes Mendes M C, Medina González I, Chacón Reyes E J. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. Educación Médica Superior. 2015; 29(1):14-27. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
7. Ríos Piedrahita AF, Baena Álvarez C. Cuidado paliativo, una mirada integral. Med fam Andal Vol. 20, Nº.2, mayo-diciembre 2019.
8. Rodríguez López N, León León I, Montero Ramírez G, Torres García M, Salgado Selema G. Cuidados paliativos en personal de enfermería. Multimed 2018 (1) enero-febrero. Versión on-line: ISSN 1028-4818
9. Allende Pérez S R. Guía médica del cáncer, los cuidados paliativos en cáncer. Primera edición, 2019.
10. Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Primera edición 2010. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: [www.edicionesuc.cl](http://www.edicionesuc.cl)
11. Hernández Quintero O T, Arbelo Figueredo M, Reyes Mendes M C, Medina González I, Chacón Reyes E J. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. Educación Médica Superior. 2015; 29(1):14-27. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
12. Fernández López A, et al.]. Proceso asistencial integrado. Cuidados paliativos. 3ªed. [Sevilla]: Consejería de Salud y Familias, 2019. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>