

Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario

Marcos Vinícius da Conceição¹, Maiane Cássia de Castro Vasconcelos², Caio José Coutinho Leal Telino³, Erik Vinícius Barros Guedes⁴, Deborah Mônica Machado Pimentel⁵

Resumen

Aunque puedan ser aplicados en diversas situaciones, además de las neoplasias, los cuidados paliativos no siempre encuentran respaldo técnico y científico por parte de los médicos. Por medio de una investigación exploratoria, descriptiva, transversal y de abordaje cuantitativo, se procuró evaluar el conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe. Para ello, se creó un cuestionario a partir de los instrumentos de la bibliografía. El perfil de la muestra estuvo compuesto predominantemente por mujeres (67%), profesionales con hasta 29 años (59%), y con hasta cuatro años de graduados (60%). La mayoría de los médicos (78%) afirmaron que no recibieron información suficiente sobre los cuidados paliativos durante la formación de grado. Luego del análisis de todas las preguntas, sólo el 7% de la muestra presentó una evaluación excelente (con aciertos en más del 80% de las preguntas).

Palabras clave: Cuidados paliativos. Conocimiento. Educación médica. Autoevaluación.

Resumo

Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário

Embora possam ser aplicados em diversas situações além das neoplasias, os cuidados paliativos nem sempre encontram respaldo técnico e científico por parte dos médicos. Por meio de pesquisa exploratória, descritiva, transversal e de abordagem quantitativa, objetivou-se avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Para isso, foi criado um questionário a partir dos instrumentos da literatura. O perfil da amostra foi composto predominantemente por mulheres (67%), profissionais com até 29 anos (59%) e até quatro anos de formados (60%). A maioria dos médicos (78%) afirmou não ter recebido informações suficientes sobre cuidados paliativos durante a graduação. Após análise de todas as questões, apenas 7% da amostra apresentou avaliação excelente (acerto em mais de 80% das questões).

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Conhecimento. Educação médica. Autoavaliação.

Abstract

Knowledge of palliative care among residents of a university hospital

Although palliative care can be applied in different situations besides neoplasias, it does not always find technical and scientific support from physicians. Thus, the objective was to evaluate the knowledge regarding palliative care among these professionals. Through an exploratory, descriptive, transversal and quantitative approach, the objective was to evaluate the knowledge about palliative care among physicians residing at the Federal University of Sergipe Hospital. For this, a questionnaire was created based on instruments from literature. The sample profile consisted predominantly of women (67%), professionals up to 29 years (59%), and up to four years since graduation (60%). Most physicians (78%) stated that they had not received enough information about palliative care during graduation. After analyzing all the questions, only 7% of the sample presented an excellent evaluation (accuracy in more than 80% of the questions).

Keywords: Palliative care. Knowledge. Education, medical. Self-assessment.

Aprovação CEP-UFS 66997817.6.0000.5546

1. **Graduando** drmarcosvinicius2017@gmail.com – Universidade Federal de Sergipe (UFS) 2. **Graduanda** maiane_castro@hotmail.com – UFS 3. **Graduando** caiotelino@gmail.com – UFS 4. **Graduando** erikbarros@hotmail.com – Universidade Tiradentes (Unit), Aracaju/SE 5. **Doutora** deborah@icloud.com.br – UFS, Aracaju/SE, Brasil.

Correspondência

Marcos Vinícius da Conceição – Rua Via Férrea, 260, Condomínio Alamedas dos Pássaros, bloco 8, apt. 209, Inácio Barbosa CEP 49040-690. Aracaju/SE, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La nueva era tecnológica y científica que la medicina presencia está inmersa en la paradoja entre la vida y la muerte. Por un lado, a través del desarrollo de nuevas terapias, la medicina curativa eleva la expectativa de vida y reduce las tasas de mortalidad. Por el otro, el aumento en la prevalencia del cáncer y de las enfermedades crónico-degenerativas exige una medicina que, aunque sin garantía de curación, mejore la calidad de vida y garantice una muerte digna¹.

Ante este desafío impuesto por la sociedad contemporánea, se destaca el concepto de cuidados paliativos, relacionado con el cuidado integral, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *un abordaje para mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares que enfrentan una enfermedad amenazadora para la vida, con la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, de la evaluación minuciosa y del tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales*².

Hasta la década de 1980, los cuidados paliativos estaban predominantemente dirigidos a pacientes con cáncer. Sin embargo, en el escenario actual, es notable la creciente necesidad de estos cuidados en enfermedades como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la insuficiencia cardíaca congestiva, en enfermedades neurológicas, respiratorias y otras condiciones crónico-degenerativas. En 2011, según la OMS, de las 54,6 millones de personas que murieron en todo el mundo, 29 millones necesitaban cuidados paliativos. Entre ellas, el 94% eran adultos, el 69% con más de 60 años y el 25% entre 15 y 59 años³.

En esta perspectiva, Arantes⁴ enfatiza la importancia del conocimiento médico sobre cuidados paliativos dentro de los hospitales. En estas instituciones, en los momentos de sufrimiento y miedo, es el médico, junto con otros profesionales, quien puede llevar alivio al paciente, ya sea por medio de una palabra amistosa o de la prescripción correcta de la dosis de morfina. También según esta autora, aunque en la facultad los alumnos sean motivados para nunca abandonar al paciente, lo que vivencian en la práctica es la actitud de no abandonar la enfermedad, lo que acaba generando una asistencia inadecuada, con abordajes innecesarios, dado que varias enfermedades no pueden ser curadas, pero tienen diversas posibilidades terapéuticas.

No obstante, estas posibilidades aún no son la regla en los servicios de Brasil y de muchos países. Los tratamientos fútiles y el manejo incorrecto de síntomas como dolor y disnea fueron algunos de los abordajes evidenciados por diversos estudios⁵⁻⁸, lo que demuestra la insuficiencia de los conocimientos sobre cuidados paliativos adquiridos durante la formación médica y la consiguiente falta de preparación profesional. Se percibe también la fragilidad con que el tema es discutido, tanto entre profesionales del área de la salud como en

la sociedad en general, pues muchos todavía temen hablar sobre la muerte, el morir y los cuidados a ser brindados en el final de la vida⁵⁻⁸.

En este escenario, se justifica la necesidad de evaluar el conocimiento sobre cuidados paliativos de los médicos residentes de un hospital universitario, dado que la adquisición de competencias y habilidades en esta área depende de un aparato teórico-práctico adquirido a lo largo de la formación académica y a través de las experiencias de dichos sujetos.

Método

Este estudio es parte de un proyecto titulado "Conocimiento sobre cuidados paliativos entre internos de medicina y médicos residentes de un Hospital Universitario en una capital del Nordeste", que tiene como población a médicos residentes del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe (HU-UFS), en el campus de salud Prof. João Cardoso Nascimento Júnior. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, transversal y de abordaje cuantitativo. La recolección de datos tuvo lugar entre junio y julio de 2017, tras la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de la UFS.

Los residentes que aceptaron participar en la investigación firmaron el documento de consentimiento libre e informado, que garantiza el total anonimato para los integrantes de la investigación, según lo previsto en la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 466/2012. Se excluyeron a los residentes sin vínculos con el HU-UFS, aunque estuvieran ejerciendo, al momento de la investigación, actividades en el hospital por cuenta de asociaciones entre instituciones.

No se pudo acceder a todos los médicos residentes del HU-UFS, dado que muchos trabajan en otros hospitales y realizan prácticas en otros estados. Por esto, se realizó un cálculo muestral que definió una muestra no probabilística accidental de 96 individuos entre la población de 136 médicos residentes. Para la recolección de datos, se elaboró, a partir de instrumentos de la bibliografía, un cuestionario dividido en dos partes: la primera con las características sociodemográficas de los participantes; la segunda con preguntas que analizaron la autoevaluación general sobre cuidados paliativos. En esta última etapa, se analizaron seis dominios: filosofía, dolor, disnea, problemas psiquiátricos, problemas gastrointestinales y comunicación de malas noticias.

Las variables categóricas fueron descritas por frecuencia absoluta y porcentaje. Para comparar las características de las variables categóricas entre los grupos, se utilizó la prueba de chi cuadrado o el test exacto de Fisher, cuando fuese más adecuado. Las

variables continuas estuvieron representadas por la media y la desviación estándar. Se consideraron significativos los resultados con un nivel descriptivo para el valor de p inferior al 5% ($p < 0,05$). Los análisis estadísticos fueron procesados a través del programa Statistical Package for the Social Sciences versión 22.0.

Resultado

El perfil predominante de la muestra fue de profesionales de entre 20 y 29 años (59%), del sexo femenino (67%), y con entre uno y cuatro años de egresado (60%). Gran parte (46%) tuvo su formación académica en la propia Universidad Federal de Sergipe, pero un porcentaje significativo (44%) se formó en otros estados brasileños.

Más del 80% de la muestra investigada profesaba alguna religión, destacándose el catolicismo (61,5%), el espiritismo (13,5%) y el protestantismo (12,5%). Personas de otras denominaciones religiosas, ateos, o que no respondieron/religión ignorada sumaron un 12,5%. En cuanto a las especialidades médicas, 39 encuestados (40%) cursaban residencias en diversas especialidades, como pediatría, radiología, neumología, ortopedia,

endocrinología y neurología. Los que cursaban cirugía general sumaron un total de 18 médicos (19%), clínica médica, 16 (17%), y ginecólogos, infectólogos y anesthesiólogos totalizaron 23 profesionales (24%).

En cuanto a la autoevaluación sobre cuidados paliativos (Tabla 1), 75 médicos (78%) afirmaron no haber recibido informaciones suficientes sobre pacientes en situación terminal mientras cursaban la carrera de grado. En relación con el manejo adecuado de enfermos con dolor, 62 profesionales (65%) admitieron no tener conocimientos suficientes. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre técnicas de comunicación y postura médica para dar malas noticias, 70 médicos (73%) afirmaron haber aprendido tales competencias.

En las cuestiones específicas (Tabla 2), los profesionales presentaron un alto porcentaje de aciertos en el dominio "filosofía". La primera afirmación, de que los cuidados paliativos debían ser brindados solamente a los enfermos sin posibilidad de cura, fue considerada falsa por 77 médicos (80%). En el segundo ítem, que interrogaba sobre la concomitancia del tratamiento para neoplasias y tratamiento paliativo, el porcentaje de aciertos fue aún mayor: 90 médicos (94%) estuvieron de acuerdo en que puede haber simultaneidad entre los dos tipos de tratamiento.

Tabla 1. Autoevaluación sobre cuidados paliativos (n=96)

	Sí		No	
	n	%	n	%
1. Recibí información suficiente sobre pacientes en situación terminal durante la carrera de grado	21	22	75	78
2. Conozco la definición de la OMS de cuidados paliativos	45	47	51	53
3. Recibí información suficiente para el manejo de pacientes con dolor	34	35	62	65
4. Recibí información suficiente sobre el control de síntomas más comunes en pacientes en cuidados paliativos	43	45	53	55
5. Aprendí técnicas de comunicación y de postura médica para dar "malas noticias"	70	73	26	27

No obstante, en cuanto al dominio "dolor", la mayor parte de los médicos residentes todavía reproduce la cultura médica de que los opioides pueden inducir a la dependencia: sólo 12 médicos (12,5%) acertaron la pregunta relativa a este tipo de medicamento. También sobre este tema, muchos residentes se mostraron reticentes a aumentar la dosis de opioides debido a la probabilidad de depresión respiratoria: 63 médicos (66%) temen la insuficiencia respiratoria como efecto colateral, prefiriendo no aumentar la dosis de morfina y, por lo tanto, no aliviar el dolor.

Estos fármacos también se analizaron en casos de disnea. Además de ser analgésicos potentes, alivian la incomodidad respiratoria experimentada por muchos pacientes bajo cuidados paliativos. En este dominio, poco más de la mitad (54%) de la muestra afirmó que la morfina debe ser usada para aliviar la dificultad para respirar. Acertadamente, una proporción idéntica de

residentes (54%) no correlacionó los niveles de saturación de oxígeno (observados por el aparato denominado oxímetro de pulso) con la disnea.

En relación con los problemas psiquiátricos, la mayoría de los médicos (93%) tenían conocimiento de que algunos pacientes terminales necesitan sedación continua para aliviar el sufrimiento. Sin embargo, equivocadamente, 59 médicos (62,5%) consideraron a la morfina como causante de *delirium*, y 39 médicos (40,5%) afirmaron que las benzodiazepinas son eficaces para combatirlo.

En la pregunta relativa a "problemas gastrointestinales", los dos primeros ítems tuvieron una proporción de aciertos similar: 33 médicos (34%) afirmaron que en los estadios terminales del cáncer no es necesaria una mayor ingesta calórica, y 32 médicos (33%) estuvieron de acuerdo en que los esteroides mejoran el apetito de los enfermos con neoplasias avanzadas.

Tabla 2. Ítems analizados con respuesta correcta (n=96)

	RC*	n	%
Filosofía			
1. Los cuidados paliativos sólo deben ser brindados a los enfermos que no disponen de tratamientos curativos	F	77	80
2. Los cuidados paliativos no deben ser brindados junto con tratamientos para el cáncer	F	90	94
Dolor			
3. Cuando los opioides son tomados de forma regular, los anti-inflamatorios esteroides no deben ser usados	F	80	83
4. El uso a largo plazo de opioides puede, muchas veces, inducir dependencia	F	12	12,5
5. El uso de opioides no influye en el tiempo de supervivencia	V	53	55
6. Los opioides son las drogas de primera elección en el manejo del paciente con dolor	F	89	93
7. Algunos medicamentos antidepresivos y anticonvulsivos ayudan a aliviar el dolor del cáncer	V	93	97
8. El uso de laxantes es eficaz en la prevención de la constipación inducida por opiáceos	V	61	63,5
9. El aumento de la dosis de opioides debe ser limitado porque la depresión respiratoria puede tener lugar como un efecto colateral	F	33	34
Disnea			
10. La morfina debe ser utilizada para aliviar la disnea en pacientes con cáncer	V	52	54
11. Los niveles de saturación de oxígeno están correlacionados con la disnea	F	52	54
12. Las drogas anticolinérgicas o el bromhidrato de escopolamina son eficaces para el alivio de las secreciones bronquiales	V	58	60
13. Si la temperatura ambiente fuera mantenida más alta (caliente), los pacientes con disnea frecuentemente experimentan alivio	F	23	24
Problemas psiquiátricos			
14. Las benzodiacepinas deben ser eficaces para el <i>delirium</i>	F	57	59,5
15. Algunos pacientes terminales necesitarán sedación continua para aliviar el sufrimiento	V	89	93
16. La morfina es frecuentemente causante de <i>delirium</i> en enfermos terminales o en pacientes con cáncer	F	37	38,5
17. El <i>delirium</i> tiene lugar frecuentemente en pacientes que son propensos a síntomas mentales	F	46	48
Problemas gastrointestinales			
18. En los estadios terminales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en relación con los estadios iniciales	F	33	34
19. Los esteroides deben mejorar el apetito entre los pacientes con cáncer avanzado	V	32	33
20. La infusión intravenosa no será eficaz para aliviar la boca seca en pacientes terminales	V	46	48
Comunicación			
21. La habilidad de la comunicación puede aprenderse	V	95	99
22. Las informaciones que los pacientes y las familias solicitan y el grado en que los pacientes y las familias participan en la toma de decisiones pueden cambiar de acuerdo con el curso de la enfermedad y la condición	V	87	91
23. No deben brindarse informaciones inciertas al paciente o a la familia, pues pueden causar ansiedad adicional	F	29	30

En el dominio “comunicación”, casi todos los participantes de la investigación (99%) afirmaron que las habilidades de comunicación pueden aprenderse. Gran parte (91%) de los médicos también toma como verdadero que el grado de participación de los pacientes y familiares en las decisiones depende de la evolución de la enfermedad. En la pregunta sobre dar informaciones inciertas a pacientes o familiares, hubo un bajo porcentaje de acierto: sólo 29 médicos (30%) comunican informaciones aunque no tengan total certeza del caso.

Después de controlar los ítems que integraban los seis dominios, se llegó al resultado de los conocimientos

de los médicos residentes sobre cuidados paliativos: el 23% tuvo un resultado insatisfactorio (menos del 50% de aciertos); el 54% presentó un rendimiento aceptable (50% a 70% de aciertos); el 16% obtuvo un resultado deseable (71% a 80% de aciertos) y el 7% tuvo una excelente evaluación (más del 80% de aciertos).

Discusión

El conocimiento médico viene enfrentando un proceso de fragmentación: especialidades y

subespecialidades subdividen el cuerpo humano en partes cada vez más pequeñas y las tornan objeto de estudio de innumerables áreas médicas. Muchas veces, en medio de esta subdivisión creciente, con todo el arsenal tecnológico ofrecido, el médico presume que tiene poder sobre la enfermedad y la muerte. No obstante, cuando la enfermedad no cede al tratamiento ponderado, y el paciente se encamina hacia la muerte, surge la figura del médico no preparado, que no sabe lidiar con cuestiones esenciales al cuidado del paciente sin posibilidad de cura⁹.

Confirmando la fragmentación y los servicios cada vez más específicos, la muestra de este estudio estuvo conformada por médicos de diversas especialidades. En el programa de residencia médica del HU no existe la especialidad medicina intensiva, tampoco la residencia en oncología, lo que puede haber modificado el resultado final, pues se sabe que en estas categorías el tema de los cuidados paliativos es bastante discutido. Además, en estas áreas, curar no siempre es el objetivo final del tratamiento, sino proporcionar una mejor calidad de vida.

Sin embargo, los cuidados paliativos todavía no se abordan en las facultades médicas. Varios estudios enfatizan que tanto estudiantes de medicina como médicos ya egresados no reciben orientaciones sobre cuidados paliativos. Fue lo que demostró una investigación realizada en São Paulo con alumnos de medicina de los 5° y 6° años, entre los cuales el 83% no recibió información satisfactoria sobre los pacientes en situación terminal durante la carrera de grado¹⁰. Otro estudio, realizado en la Columbia Británica (Canadá), indicó que el 75% de los médicos de la muestra no recibieron una formación adecuada sobre cuidados paliativos, añadiendo que la mayoría de los residentes deseaba que el propio programa de residencia proporcionara una base teórica y práctica más sólida en asistencia paliativa¹¹.

Con resultados similares, en nuestra investigación, el 78% de los médicos residentes dijeron que no habían recibido información sobre el tema, demostrando que la temática a menudo no se aborda en las facultades médicas. Los propios futuros médicos y médicos residentes indican que los cuidados paliativos fueron poco discutidos en el aula. Ya sea en São Paulo¹⁰, en la Columbia Británica¹¹ o en Aracaju, la mayoría de los profesionales del área médica todavía vive en un limbo cuando se trata de este tema.

Entre los diversos aspectos en que se puede subdividir a los cuidados paliativos, el dolor, es sin duda uno de los más complejos. En la práctica, muchos pacientes con síntomas álgicos pueden necesitar atención médica no sólo en hospitales de referencia, sino en cualquier institución de salud con puertas abiertas. Pero los médicos, en general, poseen el mínimo de conocimiento sobre el dolor: en nuestra investigación,

más de la mitad de la muestra (65%) hizo referencia a no haber recibido la información suficiente para saber cómo manejarlo.

Confirmando estos datos, Pinheiro¹⁰ afirma que el 58% de los futuros médicos no recibieron información apropiada para el control del dolor, y Santos¹² también es enfático al declarar que los diversos aspectos del dolor no son bien abordados por el médico brasileño. Entrenamientos incompletos y dificultades para prescribir drogas analgésicas han imposibilitado el control adecuado del sufrimiento y, consecuentemente, la mejora física que daría la autonomía necesaria al paciente para deliberar sobre su tratamiento.

Es necesario subrayar que, en la presente investigación, no hubo una diferencia significativa en la autoevaluación en relación con la especialidad médica, el lugar y el tiempo de formación. La no correlación entre tiempo de formación y autoevaluación puede ser explicada por el hecho de que tener experiencias clínicas no siempre significa tener vivencias con pacientes bajo cuidados paliativos; pues, un médico puede tener diez años de graduado y poco contacto con tales pacientes.

Sin embargo, esta realidad no es estanca, y muchos médicos con más tiempo de egreso pueden tener una mejor autopercepción en cuanto a los cuidados paliativos, como muestra el estudio con 74 residentes de la Universidad de Washington y de la Universidad Médica de Carolina del Sur¹³. Según la investigación, cuantas más experiencias vividas, mejor la autoevaluación por parte de los médicos, lo que corrobora la importancia de aprovechar las oportunidades de tener vivencias, con el fin de mejorar las habilidades en cuidados paliativos, no sólo después de graduarse, sino desde las clases de la facultad.

Pero es necesario destacar que las instituciones de enseñanza no viven sólo de percances y fallas: en la presente encuesta, el 70% de los médicos residentes aprendieron técnicas de comunicación y de postura médica para dar malas noticias. Esta proporción fue similar a la del estudio realizado por Lech, Destefani y Bonamigo¹⁴, en que el 77,5% del cuerpo clínico de un hospital universitario consideró su capacidad de transmitir malas noticias al enfermo como buena/muy buena.

Otro estudio, realizado en la India por Mohamed y colaboradores¹⁵, evidenció que la mayoría de una muestra de 120 médicos residentes se siente cómodo para discutir pronósticos y metas de tratamiento con pacientes y familiares. Sin embargo, la misma investigación¹⁵ demostró que, cuando la comunicación involucra asuntos más delicados, más de la mitad (75%) de los médicos nunca participaba en reuniones con familiares. Esta contradicción fue explicada por el hecho de que la investigación era auto-evaluativa, es decir, los médicos podían incluso afirmar que se sentían seguros para dar

malas noticias, pero, en realidad, cuando la información a ser dada era más delicada, gran parte no la transmitía.

En el presente artículo, 77 médicos (80%) afirmaron que los cuidados paliativos no deben ser brindados sólo a pacientes sin posibilidad de cura. Una proporción similar fue encontrada en una investigación con estudiantes de medicina, en la cual el 79% de la muestra también se refirió a que los cuidados paliativos pueden ser ofrecidos concomitantemente a otros tratamientos⁵. Esta constatación se basa en la premisa del “Manual de Cuidados Paliativos de la Agencia Nacional de Cuidados Paliativos”¹⁶, que deja claro que tal práctica no significa dejar las terapias de lado, sino brindar dignidad y calidad de vida al paciente en su terminalidad, ya que el alivio también es una medida terapéutica.

Con relación a los opioides, el 85% de los residentes consideraron que el prescriptor no debe recomendarlos, o debe hacerlo con parsimonia, por el riesgo de dependencia. Esta situación también fue evidenciada por Roy y colaboradores¹⁷ en Quebec, a partir de una investigación que evaluó la práctica de prescripción de opioides para pacientes con dolor no neoplásico. En esta provincia canadiense, el 73,2% de los médicos evaluados no se sentían seguros para prescribir opioides, principalmente por la preocupación por el abuso y la dependencia farmacológica. En este mismo estudio¹⁷, el 43,1% de los médicos sugirieron una mayor instrucción sobre las indicaciones y el uso de estos fármacos.

En nuestra investigación, la asociación entre las respuestas sobre dependencia de opioides y lugar de formación del médico residente estuvo muy cerca de ser significativa ($p=0,05$). Se verificó una leve predominancia en este resultado, pues los pocos médicos que acertaron en este ítem cursaron medicina en la Universidad Federal de Sergipe. Sin embargo, como p no fue menor a 0,05, no se puede afirmar que el hecho sea estadísticamente significativo.

También con relación a los opioides, el 62,5% de los residentes consideró verdadera la afirmación de que el aumento de la dosis conduce a la depresión respiratoria. Este mito, bastante difundido entre legos y profesionales, acaba limitando aún más el uso de la morfina, pues los médicos aún temen que el paciente tenga una disminución del nivel de consciencia y, por consiguiente, un paro respiratorio.

La posibilidad de esta emergencia médica fue investigada por Quintero y colaboradores¹⁸, que evaluaron el nivel de información sobre cuidados paliativos de 46 médicos residentes de la ciudad de La Habana (Cuba), enfocándose en las características del tratamiento para el dolor. De los médicos con más de diez años de clínica, el 87,5% afirmó que la morfina siempre causa depresión respiratoria, lo que muestra que, incluso con experiencia, el mito del paro respiratorio aún está presente entre muchos médicos. Los autores

del “Manual de cuidados paliativos en pacientes con cáncer”¹⁹ confirman que los opioides son la droga de elección para tratar la disnea en pacientes terminales, enfatizando que se debe identificar primero la causa de la disnea y adoptar acciones como mantener tranquilo el ambiente y la cabecera del lecho en alto.

En el caso de la disnea, poco más de la mitad de los participantes (54%) consideró que la morfina debía ser utilizada para aliviar esa condición en pacientes con cáncer, lo que denota cierto conocimiento acerca del alcance del medicamento más allá del alivio del dolor. Este dato también es confirmado por la investigación de Yamamoto y colaboradores²⁰, en que el 67% de una muestra de 434 médicos hizo referencia a que la morfina era efectiva para aliviar la disnea de los pacientes en cuidados paliativos. En una revisión sistemática, Rema²¹ también confirma a los opioides, siempre que se administren adecuadamente, como fármacos seguros para aliviar la disnea de pacientes con enfermedades oncológicas y otras afecciones como enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca.

Sin embargo, es importante señalar que al tratar el dolor no es necesario que los opioides sean prontamente prescritos, pues existen otros fármacos, como los analgésicos simples o antiinflamatorios no hormonales (AINH) que pueden servir como primeras medicaciones de preferencia. En el presente estudio, el 83% de los médicos afirmaron que los antiinflamatorios no esteroides (AINE) podrían ser administrados cuando los opioides ya estaban siendo utilizados, lo que nos lleva a inferir que los residentes del HU-UFS tienen buenos conocimientos farmacológicos. Eyigor⁵ encontró una proporción de acierto mucho menor: sólo el 14,9% de los estudiantes de medicina permitiría el uso de AINE y opioides.

Además de las medicaciones más tradicionales para tratar el dolor, pueden utilizarse los fármacos llamados “moduladores”, como los anticonvulsivos y antidepressivos. En nuestro cuestionario, la mayoría (97%) de los médicos estuvo de acuerdo en que tales medicamentos son indicados para aliviar el sufrimiento de los pacientes. Tal constatación representa mejoras para el cuidado de personas que necesitan que su dolor sea tratado y que se alivien las molestias. Una investigación cuantitativa y de enfoque transversal, realizada con la intención de evaluar el tratamiento farmacológico adyuvante con antidepressivos en un hospital, verificó que el 43% de los pacientes ya usaban la amitriptilina en adición a la terapia analgésica²².

En la actual investigación, el 93% de los residentes dijeron que la sedación continua puede aliviar el sufrimiento de los pacientes en cuidados paliativos. El elevado porcentaje muestra que los participantes saben que las molestias del enfermo no significan necesariamente dolor, lo que permite un tratamiento

no sólo con opioides, sino con agentes sedantes. No obstante, en la práctica, muchos profesionales todavía temen usar estos medicamentos.

En una investigación cualitativa realizada por Leboul²³, varios profesionales del área de la salud, incluso médicos, demostraron conocer las indicaciones de cuándo administrar un agente sedante, pero tuvieron dificultades para seguir los protocolos y definir el momento para iniciar la administración del midazolán, que es el gran ejemplo de fármaco sedante. El discurso de uno de los médicos demuestra su cautela para usar tales agentes, principalmente por relacionar los sedantes con la incomodidad respiratoria. En la visión de este profesional, hay riesgos de una interpretación errónea en cuanto al momento ideal para utilizar estos medicamentos²³.

En la presente investigación, se encontró un resultado peculiar cuando se indagó sobre el uso de corticoides con el propósito de mejorar el apetito en etapas avanzadas de cáncer: buena parte de la muestra (40%) prefirió abstenerse, desconociendo la respuesta a la pregunta o no se sintieron seguros para contestarla. Este resultado puede ser explicado por el hecho de que la base fisiopatológica de esta relación aún no está totalmente clara, existiendo la necesidad de nuevos estudios sobre el tema.

Una interpelación para la realización de nuevas investigaciones tuvo lugar en un reciente estudio con 114 pacientes de clínicas y hospitales de Texas (Estados Unidos), que buscó definir si habría o no mejora de la fatiga, anorexia, caquexia, ansiedad, depresión y dolor después del uso de glucocorticoides. En un período de 8 a 15 días después del inicio de la administración de dexametasona, hubo una reducción de la fatiga, la anorexia y la caquexia, sin ocurrir lo mismo con el dolor, la ansiedad y la depresión. Este hecho muestra que los corticoides son benéficos en pacientes con restricción nutritiva, reduciendo las citocinas inflamatorias y aumentando significativamente el apetito²⁴.

La casi totalidad (99%) de los médicos residentes de nuestro estudio confirmó que la habilidad de comunicación no es innata, pudiendo ser aprendida. En un artículo de revisión, Borges y Santos Junior²⁵ sostienen que la comunicación debe ser un medio para crear vínculos entre médico y paciente, asegurando la confianza en el trabajo profesional y, por consiguiente, garantizando una mayor adhesión a las propuestas terapéuticas. Así, aunque no haya más posibilidad de cura, una relación adecuada entre equipo de salud, paciente y familia favorecerá el tratamiento con las amplias perspectivas terapéuticas en los cuidados paliativos.

También sobre este tema, Araújo y Silva²⁶, en una publicación sobre estrategias de comunicación, citan algunas técnicas para lidiar con pacientes bajo asistencia paliativa: preguntar lo que el paciente sabe sobre

su condición; ponerse a disposición para ayudar/conversar; hablar con la claridad suficiente para ser entendido y adoptar una sinceridad prudente, exponiendo las informaciones de modo gradual. Al investigar la frecuencia de estas estrategias entre los participantes del estudio, los autores descubrieron que eran poco utilizadas, sin sobrepasar la proporción del 22,7%.

Se constató una diferencia significativa entre los años de formación y la concepción de cómo informar a pacientes y familiares. Los médicos que más acertaron el ítem “comunicar informaciones”, aunque indefinidas, tenían menos de un año de formación, lo que puede explicarse por el hecho de que existe, al final del grado, un abordaje de las cuestiones de ética médica, debido a las prácticas del internado.

No obstante, afrontar esta problemática sólo en los últimos períodos no es la mejor manera de solucionar la carencia de discusiones a lo largo de la carrera, pues, de acuerdo con Pimentel, Oliveira y Vieira²⁷, es necesario enseñar la ética de forma transversal durante todo el grado, mejorando las habilidades de comunicación y la capacidad de enfrentar momentos tan singulares en la relación médico-paciente.

Como en otros estudios, los médicos de nuestra muestra revelaron tener escasos conocimientos sobre el tratamiento paliativo. Sólo el 7% de los residentes tuvieron una evaluación “excelente”, con más del 80% de aciertos en los dominios analizados. Un dato aún más preocupante se refiere al porcentaje de médicos que acertaron menos de la mitad de los ítems encuestados: el 23% de la muestra.

Esta realidad está presente en muchos centros de formación médica y hospitales. En Catanduva (São Paulo), Brugnolli, Gonsaga y Silva²⁸ realizaron un estudio con médicos y también verificaron la inconsistencia del conocimiento sobre ética y asistencia paliativa. Sólo el 2,6% de la muestra de 76 individuos respondieron correctamente a la pregunta sobre la definición de cuidados paliativos: la mayoría (59,2%) asoció el término sólo al alivio del sufrimiento físico y a la calidad de vida.

Otro estudio, que también evaluó el conocimiento en cuidados paliativos, pero en estudiantes de medicina de una facultad de Brasilia, fue categórico en afirmar que el entendimiento de los alumnos sobre el tema no es bueno. En este estudio, Lemos y colaboradores²⁹ afirman que ni el internado (período en que los estudiantes tienen mayor carga horaria práctica) fue suficiente para mejorar el aprendizaje en ese tópico, siendo estadísticamente significativa la ausencia de ganancia en conocimientos. No obstante, Schmit y colaboradores³⁰, al evaluar la educación y la experiencia entre residentes, afirmaron que los médicos con mayor contacto con la práctica de cuidados paliativos durante la facultad se sintieron más seguros en las actividades de residencia. A pesar de estas discrepancias, lo que asocia a las encuestas citadas^{29,30}

y la presente investigación es la ausencia o el escaso entrenamiento en cuidados paliativos.

Es importante destacar el alcance de nuestro estudio, que se adentró en diversos campos, considerando desde cuestiones filosóficas hasta cuestiones más concretas, como el manejo del dolor y de otros síntomas, para intentar disminuir sesgos. Sin embargo, existieron limitaciones, como ítems que evaluaran de forma más completa cada dominio y la ausencia de comparaciones entre los alumnos del primer año de residencia con los que cursan otros semestres con el fin de observar su evolución.

Consideraciones finales

Gran parte de los médicos consideraron no haber recibido, durante la carrera de grado, información suficiente sobre pacientes en situación terminal, y sólo una

parte ínfima presentó altos índices de acierto en los interrogantes específicos. Estos resultados sugieren lo deficiente que es la formación médica en nuestro país respecto de los cuidados paliativos, pues las buenas intenciones no bastan: es necesario poseer nociones mínimas y aplicarlas de forma correcta.

Dado que la mayoría de los residentes reconocen que durante el grado no han recibido suficiente formación sobre temas fundamentales, como el dolor, es necesario crear mecanismos para mejorar la enseñanza médica. Esto puede realizarse por medio de disciplinas que se aboquen a esta temática o por el perfeccionamiento de las disciplinas ya existentes, con nuevos enfoques e incluso pasantías durante la residencia dedicadas a este tipo de terapéutica. Ante las incomodidades de la realidad vivenciadas por los profesionales de hospitales universitarios, se desprende la necesidad de que el cuerpo docente se dedique aún más a nuestra actual formación médica.

Este artículo se deriva de un trabajo de finalización de la carrera de medicina en la Universidad Federal de Sergipe.

Referências

1. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.
2. World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. London: WHO; 2014 [acesso 8 jun 2017]. p. 5. Disponível: <https://bit.ly/VpiThU>
3. World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance. Op. cit.
4. Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016. p. 192.
5. Eyigor S. Fifth-year medical students' knowledge of palliative care and their views on the subject. J Palliat Med [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];16(8):941-6. DOI: 10.1089/jpm.2012.0627
6. Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany towards palliative care: an interinstitutional questionnaire-based study. BMC Palliat Care [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];10:19. DOI: 10.1186/1472-684X-10-19
7. Santos MFO, Teles NO, Oliveira HJ, Gomes NC, Tavares JCV, Nóbrega EC. Avaliação do conhecimento dos anestesiológicos sobre cuidados paliativos. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];22(2):373-9. DOI: 10.1590/1983-80422014222019
8. Korzeniewska-Eksterowicz A, Przysło Ł, Kędzierska B, Stolarska M, Młynarski W. The impact of pediatric palliative care education on medical students' knowledge and attitudes. Scientific World Journal [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];2013:498082. DOI: 10.1155/2013/498082
9. Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2013 [acesso 9 ago 2017];37(2):298-307. Disponível: <https://bit.ly/2AdsnTk>
10. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. O Mundo da Saúde [Internet]. 2010 [acesso 12 fev 2019];34(3):320-6. Disponível: <https://bit.ly/2Sjux8J>
11. Spicer D, Paul S, Tang T, Chen C, Chase J. Canadian Medical Education Journal Survey evaluations of University of British Columbia residents' education and attitudes regarding palliative care and physician assisted death. Can Med Educ J [Internet]. 2017 [acesso 12 fev 2019];8(1):e6-21. Disponível: <https://bit.ly/2Gniwjs>
12. Santos OM. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];19(3):683-95. Disponível: <https://bit.ly/2SrJH38>
13. Billing ME, Curtis JR, Engelberg RA. Medicine residents' self-perceived competence in end-of-life care. Acad Med [Internet]. 2009 [acesso 12 fev 2019];84(11):1533-9. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181bbb490
14. Lech SS, Destefani AS, Bonamigo EL. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. Unoesc & Ciência ACBS [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];4(1):69-78. Disponível: <https://bit.ly/2tl2fTA>
15. Mohamed ZU, Muhammed F, Singh C, Sudhakar A. Experiences in end-of-life care in the intensive care unit: a survey of resident physicians. Indian J Crit Care Med [Internet]. 2016 [acesso 12 fev 2019];20(8):459-64. DOI: 10.4103/0972-5229.188196

16. Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 56-74.
17. Roy É, Côté RJ, Hamel D, Dubé P-A, Langlois É, Labesse ME *et al.* Opioid prescribing practices and training needs of Québec family physicians for chronic noncancer pain. *Pain Res Manag* [Internet]. 2017 [acesso 12 fev 2019];2017:1365910. DOI: 10.1155/2017/1365910
18. Quintero OTH, Figueredo MA, Mendes MCR, González CIM, Reyes EJC. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. *Educ Méd Super* [Internet]. 2015 [acesso 12 fev 2019];29(1):14-27. Disponível: <https://bit.ly/2SJOpuu>
19. Unidade de Cuidados. Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer. Rio de Janeiro: Unati; 2009.
20. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];16(11):1423-8. DOI: 10.1089/jpm.2013.0112
21. Rema JM. Opioides no tratamento da dispneia: uma revisão sistemática da literatura [dissertação] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2013 [acesso 23 set 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2r0LtYV>
22. Morais FLL. Avaliação de antidepressivos como adjuvantes no tratamento da dor oncológica [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2012 [acesso 15 ago 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2TuRpz>
23. Leboul D, Aubry R, Peter JM, Royer V, Richard JF, Guirimand F. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso 12 fev 2019];16(1):25. DOI: 10.1186/s12904-017-0198-8
24. Yennurajalingam S, Williams JL, Chisholm G, Bruera E. Effects of dexamethasone and placebo on symptom clusters in advanced cancer patients: a preliminary report. *Oncologist* [Internet]. 2016 [acesso 12 fev 2019];21(3):384-90. DOI: 10.1634/theoncologist.2014-0260
25. Borges MM, Santos Junior R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];38(2):275-82. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200015
26. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso 12 fev 2019];46(3):626-32. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300014
27. Pimentel D, Oliveira CB, Vieira MJ. Teaching of medical ethics: students' perception in different periods of the course. *Rev Méd Chil* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];139(1):36-44. DOI: /S0034-98872011000100005
28. Brugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];21(3):477-85. Disponível: <https://bit.ly/2le7CQA>
29. Lemos CFP, Barros GS, Melo NCV, Amorim FF, Santana ANC. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos em estudantes durante o curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2017 [acesso 12 fev 2019];41(2):278-82. DOI: 10.1590/1981-52712015v41n2rb20160087
30. Schmit JM, Meyer LE, Duff JM, Dai Y, Zou F, Close JL. Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with end-of-life care. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016 [acesso 12 fev 2019];16:297. DOI: 10.1186/s12909-016-0819

Participación de los autores

Marcos Vinicius da Conceição y Maiane Cássia de Castro Vasconcelos participaron integralmente de las etapas de la investigación. Caio José Coutinho Leal Telino y Erik Vinicius Barros Guedes realizaron los análisis estadísticos. Deborah Mônica Machado Pimentel dirigió el proyecto. Todos los autores redactaron el artículo y corroboraron la redacción final del trabajo.

Marcos Vinicius da Conceição

 0000-0002-5323-1465

Maiane Cássia de Castro Vasconcelos

 0000-0002-0323-7463

Caio José Coutinho Leal Telino

 0000-0002-4597-4699

Erik Vinicius Barros Guedes

 0000-0001-8052-6261

Deborah Mônica Machado Pimentel

 0000-0003-2102-7125

