

Conocimientos multiprofesionales sobre cuidados y extubación paliativos en infectología

Brenna Costa da Silva¹, Jonas Loiola Gonçalves²

1. Escola de Saúde Pública do Ceará. Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza/CE, Brasil. 2. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil.

Resumen

Este estudio, de carácter exploratorio, descriptivo y cuantitativo, investigó la percepción y el conocimiento de profesionales de la salud sobre cuidados y extubación paliativos en infectología. La recopilación de datos se realizó en un hospital de referencia de Ceará entre mayo y diciembre de 2023 mediante un formulario electrónico para captar perfiles sociodemográficos, percepción y conocimientos del equipo asistencial y directivo de la institución, en muestreo por conveniencia. La mayoría de los participantes eran personas negras y de piel morena, que tenían entre 20 y 67 años de edad, solteras, católicas, con educación superior concluida en instituciones privadas y experiencia laboral entre uno y cinco años. Destacó existir un equipo de cuidados paliativos, pero afirmaron no haber recibido capacitación y/o asignaturas específicas durante su formación académica. Reconocen que están emocionalmente listos para actuar en un primer momento, pero sienten que no tienen habilidades prácticas necesarias para realizar la extubación paliativa. Se destaca la necesidad de cambios en la formación en salud con relación al cuidado.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Personal de salud. Gestor de salud. Hospitales generales.

Resumo

Conhecimentos multiprofissionais sobre cuidados paliativos e extubação paliativa na infectologia

Este estudo, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo, investigou a percepção e o conhecimento de profissionais de saúde sobre cuidados paliativos e extubação paliativa em infectologia. A coleta de dados foi realizada em um hospital de referência do Ceará, entre maio e dezembro de 2023, por meio de formulário eletrônico para captação de perfis sociodemográficos, percepção e conhecimentos de equipe assistencial e gerencial da instituição, em amostragem por conveniência. A maioria dos participantes eram pessoas pretas e pardas, com idade entre 20 e 67 anos, solteiras, católicas, com ensino superior concluído em instituições privadas e experiência de trabalho entre um e cinco anos. Destacaram haver equipe de cuidados paliativos, porém afirmaram não terem recebido em sua formação acadêmica capacitação e/ou disciplinas específicas. Reconhecem estar emocionalmente preparados para atuar num primeiro momento, porém não sentem ter habilidades práticas necessárias para a extubação paliativa. Destaca-se a necessidade de mudanças formativas em saúde perante o cuidado.

Palavras-chaves: Cuidados paliativos. Pessoal de saúde. Gestor de saúde. Hospitais gerais.

Abstract

Multiprofessional knowledge about palliative care and palliative extubation in infectious diseases

This exploratory, descriptive, and quantitative study investigated the perception and knowledge of healthcare professionals about palliative care and palliative extubation in infectious diseases. Data were collected at a reference hospital in Ceará between May and December 2023 using an electronic form to capture sociodemographic profiles, perception, and knowledge of the institution's care and management team in a convenience sampling. Most participants were black and brown people, aged between 20 and 67, single, Catholic, with higher education completed in private institutions and work experience between one and five years. They highlighted the existence of a palliative care team but stated that they had not received specific training and/or subjects in their academic training. They acknowledge being emotionally prepared to act at first but do not feel they have the practical skills necessary for palliative extubation. The need for formative changes in health care is highlighted.

Keywords: Palliative care. Health personnel. Health manager. Hospitals, general.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-HSJ-Sesa 6.058.518

Cuidados paliativos (CP) van más allá de los cuidados prestados al final de la vida o en situaciones terminales: la definición más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ resalta que se trata de un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de pacientes de todas las edades que enfrentan enfermedades graves que amenazan la continuidad de su vida. Así, el enfoque no se limita solamente al paciente, sino también se extiende a su familia y cuidadores.

El principal objetivo de CP es prevenir y aliviar el sufrimiento, abarcando el dolor físico y los problemas de carácter psicosocial y espiritual que pueden surgir con la enfermedad, lo que incluye identificación temprana, evaluación y tratamiento de estos problemas, asegurando un enfoque holístico e integrado del cuidado al paciente. Por lo tanto, es esencial comprender que CP son relevantes en todas las etapas de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el final de la vida, y no solamente en situaciones terminales. Este enfoque centrado en la persona busca proporcionar comodidad, dignidad y apoyo emocional al paciente y su familia, en medio a los desafíos que enfrenta durante el curso de la enfermedad².

Teniendo en cuenta este amplio concepto de enfermedades que amenazan la vida, y de acuerdo con el estadio en el que se encuentran, hay diversos enfoques de CP. Uno de los desafíos más difíciles para el equipo de salud que atiende al paciente es realizar una evaluación precisa y directa, para verificar la necesidad de indicar CP e identificar qué tipo de actuación sería la más adecuada y beneficiosa según la subjetividad de cada persona y la etapa en la que se encuentra la progresión de su enfermedad³.

En este contexto, la práctica basada en evidencias presupone tres principios: la experiencia clínica; el uso de la mejor evidencia científica disponible; y las preferencias y valores de los pacientes. Este último pilar es el punto clave del CP, que tiene la intención de contener la habilidad de integrar las evidencias científicas y la propia experiencia clínica dentro de lo que es relevante al paciente².

Desde el principio del desarrollo de los CP, se entiende que pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida) son elegibles para recibir cuidados especializados⁴. Los datos

más recientes indican que en 2022 había entre 33,1 millones y 45,7 millones de personas viviendo con el VIH en todo el mundo, con aproximadamente 1,3 millón de recién infectados y 630 muertes durante este periodo. Estos datos resaltan la necesidad continua de una atención integrada e integral para esta población, incluida la importancia de CP en el manejo de la afección y la mejora de la calidad de vida de los pacientes⁵.

A pesar de los avances significativos logrados con las nuevas terapias antirretrovirales (TAR), que tienen un impacto positivo en la calidad de vida y en la supervivencia de los pacientes, aún quedan desafíos considerables a enfrentar. Muchos pacientes no tienen acceso al tratamiento ideal, un gran número no sigue el tratamiento prescrito, y hay casos en los que, incluso entre quienes siguen la terapia, se produce resistencia viral. CP tienen un papel fundamental en el cuidado de pacientes con VIH/Sida, a pesar de los beneficios de las TAR. Aunque han revolucionado el tratamiento del VIH, prolongando la vida y mejorando la calidad de vida, las TAR también pueden estar asociadas con efectos colaterales y desafíos de manejo^{4,6}.

En las últimas décadas, se han producido avances tecnológicos en el soporte vital en diversos sectores asistenciales, permitiendo la recuperación de muchos enfermos críticos. Sin embargo, pacientes con enfermedades avanzadas en la etapa final de la vida, como portadores de VIH/Sida, cuando ingresan en determinados sectores, se someten constantemente a tratamientos considerados inútiles para prolongar la vida, que posponen el proceso de muerte^{7,8}.

En este contexto, el tratamiento inútil en el ámbito de la salud se define como un procedimiento terapéutico ineficiente que no aporta beneficios al enfermo. Dado que los pacientes pueden experimentar un empeoramiento irreversible de su condición clínica aguda o crónica, que los llevará a la muerte, el equipo multiprofesional debe evaluar diariamente la evolución clínica para redefinir los objetivos de los tratamientos y priorizar CP al final de la vida cuando los tratamientos ya no proporcionen beneficios^{9,10}.

En el caso de pacientes con expectativa de muerte inminente, para quienes no hay ningún beneficio en seguir con la ventilación mecánica

invasiva (VMI), se considera la extubación paliativa (EP) como una medida capaz de generar confort. Eso porque la presencia del tubo oro-traqueal y la VMI pueden prolongar sufrimientos físicos y sociales, e incluso asistenciales por parte de los que prestan cuidado al final de la vida¹¹.

Así, CP son una respuesta global integrada a las necesidades de pacientes y familias en situación de sufrimiento resultante de una enfermedad que limita la vida, con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar. En este sentido, el conocimiento de los profesionales de la salud en CP y EP es fundamental para el acceso a cuidados dignos, centrados en la persona y basados en un modelo holístico y biopsicosocial¹².

Sin embargo, cuando se busca ofrecer CP y EP en el contexto de infectología, surgen vacíos científicos para el lanzamiento, desarrollo y toma de decisiones centrados en una práctica segura, científicamente respaldada y humana. Así, es necesario llenar estos vacíos para apoyar estrategias que permitan a los gestores y otros actores asistenciales desarrollar buenas prácticas. En este contexto, este estudio investigó la percepción y los conocimientos de profesionales de la salud sobre CP y EP centrándose en la infectología en un hospital de referencia en el estado de Ceará.

Método

Este estudio es un extracto de la investigación titulada "Cuidados paliativos e extubação/ desconexão paliativa: percepção de profissionais e gestores de um hospital de referência em infectologia no nordeste brasileiro". Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y con enfoque cuantitativo, reportado de acuerdo con el Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Se resalta que investigaciones exploratorias tienen el objetivo de proporcionar más familiaridad con el problema, buscando hacerlo más explícito o construir hipótesis. Su planificación suele ser muy flexible, porque considera los más variados aspectos relacionados con el hecho o fenómeno estudiado¹³.

Estudios descriptivos tienen el objetivo de describir las características de una determinada

población o fenómeno, pero también pueden elaborarse para identificar posibles relaciones entre variables. Hay innumerables investigaciones que se pueden clasificar como descriptivas, y la mayoría de las que se realizan con objetivos profesionales probablemente se encuadran en esta categoría¹³. Así, consolidar el enfoque cuantitativo presupone un contexto constituido y regido por leyes invariables, que se pueden verificar y predecir¹⁴.

El estudio se realizó en un hospital de enfermedades infectocontagiosas del estado de Ceará, vinculado a la Secretaría Estatal de la Salud (SESA), que es referencia en el cuidado de infecciones y enfermedades transmisibles en el estado. El cuadro de empleados de esta unidad está compuesto por aproximadamente 900 profesionales, que componen la unión de servicios ambulatorios especializados, emergencia clínica y otras unidades necesarias para el soporte vital¹⁵. Se eligió esta unidad debido a su tamaño estructural, su responsabilidad en el contexto de la regionalización de la salud del estado y el hecho de ser una referencia para todo el estado de Ceará.

Participaron en el estudio 101 profesionales del servicio, mediante una muestra por conveniencia no probabilística. Así, el criterio de elegibilidad para participar fue calificarse como profesional independientemente de su vínculo laboral, con al menos tres meses de actuación en el servicio. Se excluyeron los profesionales alejados de las actividades laborales por demandas de salud. Se recopilaron los datos entre los meses de mayo y diciembre de 2023.

Los procedimientos para empezar la recopilación de datos se centraron, al principio, en la aplicación de un cuestionario a través de la plataforma Google Forms, teniendo como base preguntas sobre el perfil sociodemográfico (género, edad, etnia, ingreso familiar, naturalidad, situación de vivienda, estado civil, religión, formación profesional, nivel de especialidad, tiempo de formación y área de actuación), con diez preguntas cerradas sobre la percepción y conocimientos de CP y EP en infectología y una pregunta abierta para sugerencias sobre deseos y necesidades en el tema estudiado.

Se elaboró el material con base en las *expertises* de los investigadores, que desarrollaron una

prueba piloto con tres residentes multiprofesionales (un fisioterapeuta, un psicólogo y una enfermera), que demostraron aceptar y comprender las preguntas presentadas, apoyando la consolidación del cuestionario. Se resalta que se excluyeron los profesionales que participaron en la prueba piloto del muestreo final del estudio.

Luego, la recopilación de datos se inició con la disponibilidad del formulario Google Forms a través de la plataforma digital WhatsApp. Los objetivos de la investigación se presentaron y se aclararon mediante la lectura completa del formulario de consentimiento libre e informado (FCLI) y, tras la aceptación y acuerdo expresado mediante la firma del FCLI, se inició la recopilación de datos. A continuación, se finalizó el reclutamiento de nuevos participantes y se organizaron los datos recopilados en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013, con posterior análisis descriptivo de frecuencias absolutas, presentadas en tablas.

Resultados

En el estudio participaron 101 profesionales de la salud, la mayoría con más de 47 años de edad, representando 29 (el 29%) participantes. Entre estos, la mayoría era del sexo femenino, totalizando 76 (el 75,2%), que se autodeclaró de piel morena, 40 (el 42,6%). Con respecto al estado civil, la mayoría era soltera, con 53 (el 52,5%) personas en esta condición, y con respecto a la religión, predominó la religión católica, con 55 (el 58,1%).

Los enfermeros fueron la categoría profesional más representada, con 20 (el 20%) personas. Con respecto a la formación académica, la mitad de los profesionales evaluados estudió en universidades privadas, y 40 (el 40,8%) de ellos tenían entre 1 y 5 años de formación. En cuanto a la experiencia profesional, 32 (el 32%) participantes actuaban hace más de seis años en los servicios de infectología, y con respecto al rango de ingresos, la mayoría tenía ingresos que oscilaban entre R\$ 2.501,00 y R\$ 5.000,00 reales, totalizando 45 (el 45%) personas. Estos datos proporcionan un perfil demográfico y socioeconómico de los profesionales de la salud que participaron en el estudio (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil socioprofesional de los participantes. Fortaleza/CE, 2023

Variables	N	%
Grupo de edad (años)		
19 a 25	18	17,8%
26 a 30	27	26,7%
31 a 36	16	15,8%
37 a 41	7	7%
42 a 46	4	4%
>47	29	29%
Sexo		
Masculino	25	24,8%
Femenino	76	75,2%
Color de la piel autoinformado		
Piel morena	40	39,6%
Piel negra	10	9,9%
Piel blanca	39	38,6%
Piel amarilla	3	3%
No declaró	9	8,9%
Estado civil		
Soltero	53	52,5%
Casado	41	40,6%
Divorciado	5	4,9%
Viudo	1	1%
No declaró	1	1%
Religión*		
Católica	55	58,1%
Evangélica	26	14,8%
Espírita	6	4,3%
Agnóstico	7	6,5%
Ateo	2	2,1%
No tiene religión	10	10,7%
Profesión*		
Enfermero(a)	20	20%
Fisioterapeuta	16	16%
Médico(a)	18	18%
Técnico(a) en enfermería	16	16%
Nutricionista	7	7%
Fonoaudiólogo(a)	2	2%
Asistente social	3	3%
Técnico(a) administrativo(a)	3	3%
Farmacéutico(a)	4	4%
Psicólogo(a)	5	5%
Terapeuta ocupacional	2	2%

continúa...

Tabla 1. Continuación

Variables	N	%
Institución de formación		
Universidad privada	52	51,5%
Universidad pública	47	46,5%
Universidad privada como becario	2	2%
Tiempo de formación*		
Menos de 1 año	13	13,3%
Entre 1 y 5 años	40	40,8%
Entre 5 y 10 años	16	16,3%
Entre 10 y 15 años	3	3%
Más de 15 años	26	26,4%
Ingresos*		
Hasta R\$ 1.500,00	7	7%
Entre R\$ 1.501,00 y R\$ 2.500,00	9	9%
Entre R\$ 2.501,00 y R\$ 5.000,00	45	45%
Entre R\$ 5.001,00 y R\$ 7.500,00	9	9%
Entre R\$ 7.501,00 y R\$ 10.000,00	12	12%
Más de R\$ 10.000,00	18	18%
Área de actuación		
Terapia intensiva	34	33,7%
Clínica médica	31	30,7%
Ambulatorio	4	4%
Administrativa/Gestión	8	7,8%
Otro	24	23,8%
Tiempo de actuación en infectología*		
Menos de 1 año	24	24%
De 1 a 2 años	22	22%
De 2 a 4 años	19	19%
De 4 a 6 años	3	3%
Más de 6 años	32	32%

*Porcentajes con variaciones – algunos participantes no completaron todo el formulario.

El análisis de la formación académica revela que, en general, la mayoría de los profesionales (el 66,3%) no tuvo clases sobre CP durante la graduación y que el 85,1% no tuvo una asignatura específica sobre el tema. Tras graduarse, 70 (el 69,3%) participantes no tuvieron formación adicional en CP y 61 (el 60,4%) nunca han trabajado en el área de CP. Sorprendentemente, a pesar

de esta falta de experiencia y formación específica, 51 (el 50,5%) participantes afirmaron sentirse capacitados para actuar en CP y 96 (el 95%) demostraron interés en participar en formaciones en esta área.

Además, la mayoría de los participantes (el 61,4%) afirmó sentirse emocionalmente lista para lidiar con CP y el 68,3% declaró que trabajar en este contexto no tuvo impacto negativo en su salud mental. Otro dato importante es que 93 (el 92,1%) participantes confirmaron que la institución en la que trabajan cuenta con un equipo multiprofesional responsable de CP (Tabla 2).

Tabla 2. Formación profesional en cuidados paliativos. Fortaleza/CE, 2023

Variables	N	%
Participó, durante la graduación, en clases sobre cuidados paliativos		
No	67	66,3%
Sí	34	33,7%
Asignatura específica sobre cuidados paliativos durante la graduación		
No	86	85,1%
Sí	15	14,9%
Formación sobre cuidados paliativos tras graduarse		
No	70	69,3%
Sí	31	30,7%
Se siente capacitado para actuar con cuidados paliativos		
No	50	49,5%
Sí	51	50,5%
Se siente emocionalmente listo para actuar con cuidados paliativos		
No	39	38,6%
Sí	62	61,4%
En algún momento, trabajar con cuidados paliativos impactó su salud mental de forma negativa		
No	69	68,3%
Sí	32	31,7%
Su institución cuenta con un equipo multiprofesional de cuidados paliativos		
No	8	7,9%
Sí	93	92,1%

continúa...

Tabla 2. Continuación

Variables	N	%
Tiene interés en participar en formación sobre cuidados paliativos		
Sí	96	95%
No	5	5%
Años de actuación en cuidados paliativos		
Nunca he actuado	61	60,4%
De 1 a 2 años	21	20,8%
De 3 a 5 años	12	11,9%
De 6 a 10 años	5	4,9%
Más de 10 años	2	2%

Cuando se les preguntó sobre la formación profesional en el área de extubación/desconexión paliativa en infectología, 75 (el 74,3%) participantes afirmaron que ya habían oído hablar de este enfoque. Sin embargo, sorprendentemente, el 91% respondió que las instituciones donde estudiaron aún no ofrecían cursos o capacitaciones que abordaran este tema específico, y el 80,2% afirmó que no hubo oportunidad de realizar prácticas relacionadas con la EP.

Como resultado de esta falta de formación y experiencia práctica, la mayoría de los participantes —83 profesionales— afirmó que no se siente listo para realizar la extubación o desconexión paliativa. Estos resultados indican un vacío significativo en la formación de los profesionales de la salud para lidiar con la EP, lo que resalta la necesidad urgente de desarrollar programas de capacitación y educación en esta área (Tabla 3).

Tabla 3. Formación profesional para ofrecer extubación paliativa. Fortaleza/CE, 2023

Variables	N	%
Ya ha oído hablar sobre extubación o desconexión paliativa en infectología		
Sí	75	74,3%
No	26	25,7%
La institución ya ofreció algún curso sobre extubación o desconexión paliativa		
Sí	9	9%
No	91	91%

continúa...

Tabla 3. Continuación

Variables	N	%
Tuvo momentos prácticos con extubación o desconexión paliativa		
Sí	20	19,8%
No	81	80,2%
Se siente listo para ofrecer extubación o desconexión paliativa		
Sí	18	17,8%
No	83	82,2%

Discusión

Buscando comprender la percepción y los conocimientos de los profesionales de la salud sobre CP y EP, principalmente con respecto a las enfermedades infectocontagiosas, se destaca un público significativo: personas que viven con VIH/Sida. Estudios como el de Souza y colaboradores¹⁶ identifican a este grupo como un fuerte candidato a necesitar CP debido a la demanda de control de síntomas y apoyo familiar como parte del cuidado.

Además, la gravedad y la alta tasa de mortalidad asociadas con el VIH/Sida hacen que estos cuidados sean aún más esenciales. Esta investigación resalta la importancia de reconocer las necesidades específicas de estos pacientes y asegurar que tengan el apoyo necesario para enfrentar los desafíos físicos, emocionales y sociales asociados con su condición de salud¹⁶.

Ante los resultados presentados, queda claro que aproximadamente la mitad de los profesionales entrevistados no están capacitados para lidiar con CP, lo que se puede atribuir a una deficiencia en su formación. Sin embargo, es muy importante que estos profesionales estén bien calificados para atender con eficiencia y prontitud.

Según un estudio publicado en Brasil, es crucial que instituciones que forman profesionales de la salud inviertan en la capacitación de los estudiantes, para que desarrollen no solo las habilidades técnicas asistenciales, sino también interpersonales, como la empatía, la congruencia, la acogida y el diálogo. Estas habilidades son esenciales para el cuidado humano, principalmente en situaciones de muerte y CP¹⁷. Los resultados indican un

vacío en la formación en CP de los profesionales de la salud, pero también sugieren un alto nivel de interés y disposición para aprender y capacitarse en esta área, así como una percepción positiva con respecto a la preparación emocional para lidiar con estos cuidados.

Según Gibbins y colaboradores¹⁸, en Reino Unido se reconoce que incluir la enseñanza de CP durante la graduación proporciona al estudiante el desarrollo de competencias que mejoran su actuación profesional en el cuidado general de los pacientes. Este mismo estudio revela la acción del gobierno al emitir recomendaciones claras de que todos los estudiantes de medicina deben recibir enseñanzas básicas sobre cómo aliviar el dolor y el sufrimiento, así como sobre los cuidados con pacientes terminales.

Según estudios de Spalding e Yardley¹⁹, en Reino Unido también se observa, en las instituciones que implementaron la enseñanza de CP, una mejora en las habilidades de comunicación, en el trabajo en equipo, en el apoyo familiar y en el manejo de síntomas. Esto es fundamental para garantizar un cuidado humanizado de calidad para los pacientes y su familia, lo que contribuye a mejorar la experiencia en momentos tan delicados como el proceso de muerte¹⁶.

En 2021, la evaluación del contexto de formación en enfermedades infecciosas en Europa reveló que las capacitaciones en esta área solo se ofrecen en el 30% de las naciones, mientras que capacitaciones específicas en CP para el área solo se ofrecen en el 11% de los países. Estas cifras destacan un vacío significativo en la formación de los profesionales de la salud, principalmente en materia de CP en contextos de enfermedades infecciosas. En este escenario, es fundamental mejorar los currículos educativos, buscando una mejor calidad en la formación, lo que implica un esfuerzo conjunto de instituciones de enseñanza, gobiernos y organismos reguladores para fortalecer la capacitación en enfermedades infecciosas, además de fortalecer la formación en CP específicos para esta área²⁰.

Para lograr esta mejora en Europa, hay que revisar y actualizar los currículos, garantizando que incluyan contenidos relevantes sobre CP en enfermedades infecciosas. Además, es fundamental implementar métodos de evaluación eficaces para asegurar que los estudiantes adquieran los conocimientos y habilidades necesarias en esta

área crucial de la salud. Invertir en la formación en CP para enfermedades infecciosas no solo mejora la calidad de la atención a los pacientes, sino también ayudar a proporcionar un enfoque más holístico y compasivo en el tratamiento de estas condiciones. Esta mejora en la formación contribuye a una asistencia más completa y humanizada, satisfaciendo mejor las necesidades de los pacientes y sus familias²⁰.

Según Lin y colaboradores²¹, en un estudio realizado en India, la capacitación que utiliza protocolos clínicos puede fortalecer CP en todo el sistema de salud, no solo en India, sino en el mundo entero. Este enfoque puede ayudar a estandarizar los cuidados y garantizar una prestación consistente y de alta calidad a los pacientes que necesitan de CP, resaltando que proporcionar formación en CP es una necesidad urgente en el mundo entero.

De acuerdo con Freitas²², en Brasil, implementar la enseñanza de CP en la graduación es esencial para garantizar buenas prácticas en cuidados de salud. Se considera esta implementación como una condición esencial para preparar de forma adecuada a los futuros profesionales de la salud, porque existe una preocupación global por garantizar que profesionales de la salud tengan capacitación en CP durante los cursos de formación, de forma integrada al sistema de salud.

Con respecto a la EP, en los últimos años ha aumentado la aceptación de que la retirada de la ventilación mecánica puede formar parte de las acciones paliativas en las unidades de cuidados intensivos (UCI)²³. En un estudio realizado en Argentina, Brasil y Uruguay, hubo variación en los resultados con respecto a la suspensión de la ventilación mecánica, y se identificó que esta práctica casi siempre se realiza por el 48,2% de los profesionales argentinos, el 25,8% de los uruguayos y el 18,9% de los brasileños. Estas cifras reflejan diferencias en la aceptación y aplicación de la retirada de la ventilación mecánica como parte de acciones paliativas en los diferentes países estudiados²⁴.

Con base en los resultados de este estudio, la EP requiere cuidado especializado y formación adecuada del equipo multidisciplinario. Investigadores brasileños apuntan que la retirada del soporte ventilatorio de un paciente representa una forma de atención extremadamente especializada que requiere la presencia y la disponibilidad del equipo multidisciplinario con capacitación adecuada en el

control de síntomas y CP²⁵. Este hecho destaca la importancia de contar con un equipo multidisciplinario capacitado para realizar la EP, así como demuestra la necesidad de más estudios y discusiones sobre el tema, porque es un método que todavía poco se aplica en las UCI.

Por lo tanto, es fundamental invertir en la formación continua del equipo de salud, para garantizar que todos los miembros estén actualizados y capacitados para proporcionar cuidados de alta calidad a los pacientes en situación de EP. Eso va a contribuir a garantizar un proceso seguro, digno y respetuoso a los pacientes y su familia.

Consideraciones finales

Este estudio resalta la necesidad de invertir en la capacitación de profesionales de la salud desde la graduación. Para mejorar la situación del sistema de salud con respecto a CP, es esencial que las instituciones de enseñanza y los programas de formación revisen y fortalezcan sus currículos para incluir una educación más

completa y especializada en CP. Esto puede implicar la implementación de cursos específicos, prácticas clínicas y actividades prácticas relacionadas con CP, estrategias fundamentales para asegurar que todos los pacientes que necesiten CP tengan el apoyo y la asistencia que necesitan para vivir con comodidad y dignidad en su jornada de salud.


Además, es importante ofrecer oportunidades de educación continua y capacitación a profesionales de la salud, para actualizarlos sobre las mejores prácticas y enfoques en CP, para que adquieran y mejoren sus habilidades, conocimientos y competencias necesarias para lidiar con los complejos desafíos asociados con CP y EP. La formación continua también puede promover una cultura de aprendizaje y mejora en los equipos de salud, fomentando el intercambio de experiencias, el trabajo colaborativo en equipo y la búsqueda de mejores prácticas basadas en evidencias. De esta manera se puede garantizar que los pacientes reciban cuidados de alta calidad y humanizados, promoviendo su dignidad, comodidad y bienestar hasta el final de sus vidas.

Referencias


1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: OMS; 2020 [acceso 20 out 2022]. Disponible: <https://tinyurl.com/bukby64y>
2. Silva JM, Plens CM, Morbeck EP, Campanholi LL, Tsai L, Tonezzer T. Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas em cuidados paliativos oncológicos da ABFO. Rio de Janeiro: Thieme; 2021.
3. Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, editores. Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. 2ª ed. Barueri: Manole; 2022.
4. Krug R, Karus D, Selwyn PA, Raveis VH. Late-stage HIV/AIDS patients' and their familial caregiver's agreement on the palliative care outcome scale. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 [acceso 20 out 2022];39(1):23-32. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.05.010
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2022 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2022 [acceso 6 mar 2024]. Disponible: <https://tinyurl.com/4dmx7und>
6. Simms V, Higginson IJ, Harding R. Integration of palliative care throughout HIV disease. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2012 [acceso 6 mar 2024];12(7):571-5. DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70085-3
7. Coradazzi AL, Ilhaia CLS, Santana MTEA, Sala AD, Ricardo CP, Suadicaní CO *et al.* Palliative withdrawal ventilation: why, when and how to do it? *Hos Pal Med Int Jnl* [Internet]. 2019 [acceso 6 mar 2024];3(1):10-4. DOI: 10.15406/hpmij.2019.03.00141
8. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 [acceso 6 mar 2024];370(26):2506-14. DOI: 10.1056/NEJMra1208795
9. Allipradini M, Fernandin A, Fernandes A, Belim M, Jorge M, Colombo B *et al.* End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study. *Anaesthesiol Intensive Ther* [Internet]. 2019 [acceso 6 mar 2024];51(5):348-56. DOI: 10.5114/ait.2019.91189
10. Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [acceso 6 mar 2024];29(2):222-30. DOI: 10.5935/0103-507X.20170031
11. Kok VC. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2015 [acceso 6 mar 2024];10:679-85. DOI: 10.2147/CIA.S82760

12. Kmetec S, Štiglic G, Lorber M, Mikkonen I, McCormack B, Pajnikihar M, Fekonja Z. Nurses' perceptions of early person-centred palliative care: a cross-sectional descriptive study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2020 [acceso 6 mar 2024];34(1):157-66. DOI: 10.1111/scs.12717
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2018.
14. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 12ª ed. São Paulo: Cortez; 2017.
15. Ceará. Secretaria de Saúde . Hospital São José [Internet]. 2022 [acceso 20 fev 2024]. Disponível: <https://tinyurl.com/dvsshwnt>
16. Souza PN, Miranda EJP, Cruz R, Forte DN. Cuidados paliativos no paciente com HIV/AIDS internado na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acceso 6 mar 2024];28(3):301-9. DOI: 10.5935/0103-507X.20160054
17. Barros BFM, Pasklan ANP, Rodrigues NF, Barros JB, Motta VBR, Lima SF. Percepciones y conocimientos médicos sobre la limitación del soporte vital. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2023 [acceso 6 mar 2024];31:e3387PT. DOI: 10.1590/1983-803420233387PT
18. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat Med* [Internet]. 2010 [acceso 6 mar 2024];24(3):299-305. DOI: 10.1177/0269216309356029
19. Spalding J, Yardley S. 'The nice thing about doctors is that you can sometimes get a day off school': an action research study to bring lived experiences from children, parents and hospice staff into medical students' preparation for practice. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2016 [acceso 6 mar 2024];6(4):459-64. DOI: 10.1136/bmjspcare-2015-001080
20. Brockhoff RA, Hicks SR, Salmanton-García J, Dušek D, Stahl JP, Beeching NJ, Cornely OA. Training in infectious diseases across Europe in 2021: a survey on training delivery, content and assessment. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2021 [acceso 6 mar 2024];27(11):1693e1-8. DOI: 10.1016/j.cmi.2021.07.033
21. Lin CP, Boufkhed S, Pai AA, Namisango E, Luyirika E, Sleeman KE *et al*. Preparedness and capacity of Indian palliative care services to respond to the COVID-19 pandemic: an online rapid assessment survey. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2021 [acceso 6 mar 2024];27(1):152-71. DOI: 10.4103/ijpc.ijpc_429_20
22. Freitas ED. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acceso 6 mar 2024];25(3):527-35. DOI: 10.1590/1983-80422017253209
23. Lacerda FH, Checoli PG, Silva CMD, Brandão CE, Forte DN, Besen BAMP. Retirada da ventilação mecânica como procedimento paliativo em uma unidade de terapia intensiva brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2021 [acceso 6 mar 2024];32(4):528-34. DOI: 10.5935/0103-507X.20200090
24. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, Silva NB, Lago PM, Machado FO. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2010 [acceso 6 mar 2024];22(2):125-32. DOI: 10.1590/S0103-507X2010000200005
25. Affonseca CA, Carvalho LFA, Quinet RPB, Guimarães MCC, Cury VF, Rotta AT. Palliative extubation: five-year experience in a pediatric hospital. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2019 [acceso 6 mar 2024];1-8. DOI: 10.1016/j.jped.2019.07.005

Brenna Costa da Silva – Graduada – brennacosta15@gmail.com

 0009-0009-6304-0062

Jonas Loiola Gonçalves – Estudante de doctorado – jonasloiola10@hotmail.com

 0000-0003-1015-9173

Correspondencia

Jonas Loiola Gonçalves – Universidade Estadual do Ceará. Av. Dr. Silas Mugunba, 1.700 CEP 60060-120. Fortaleza/CE, Brasil.

Participación de los autores

Los autores participaron conjuntamente en la elaboración de este trabajo.

Recibido: 12.3.2024

Revisado: 12.8.2024

Aprobado: 30.9.2024